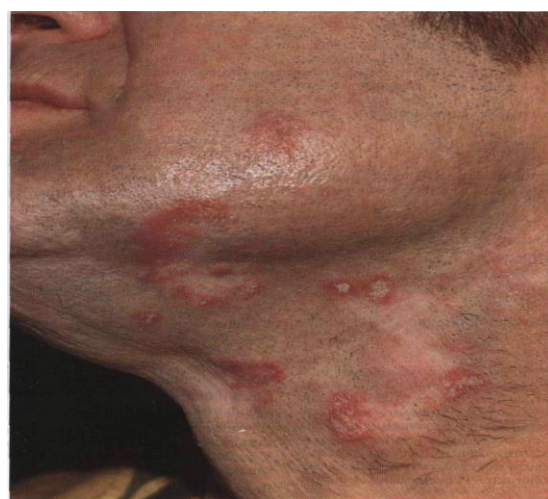


А.Б. ПАҚИРДИНОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ДАРСЛИК



А.Б. ПАҚИРДИНОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ДАРСЛИК

ТОМ

1

АНДИЖОН – 2020 ЙИЛ

Асосий ишлаб чиқарувчи ташкилот: Андижон Давлат тиббиёт институти.

Тузувчилар:

1. **Пақирдинов А.Б.** – Андижон Давлат Тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

Такризчилар:

1. **Маннанов Абдушукур Маликович** – Тошкент Педиатрия медицина институти, Болалар тери ва таносил касалликлар ва СПИД кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
2. **Салоҳиддинов Зухриддин Салоҳиддинович** – Андижон Давлат Тиббиёт институти, 1 – УАШ кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.

“Дерматовенерология” номли дарсликни педиатрия факультетининг 4 курс, даволаш факультетининг 4 курс ва касб таълим 4 курс талабалари учун мўлжалланган.

Дарслик АДТИ марказий услубий хайъатининг “23” декабр 2019 йил № 5 мажлис баённомасида кўриб чиқилди ва илмий кенгашга тавсия қилинди.

Андижон Давлат тиббиёт институти Илмий Кенгашилини 2019 йил 25 декабрдаги йиғилишида баённома № 5 кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Илмий кенгаш котиби, доцент

Х.А.Хусанова



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

GUVOHNOMA



Toshkent shahri

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va q'rtta maxsus
ta'lim vazirligining 20 20 yil "30" iyun dagi
"359" -sonli buyrug'iga asosan

A.B. Paqirdinov

5510100- Davolash ishi, 5111000- Kasb ta'limi,

5510200- Pediatriya ishi

(ta'lim so'hasidagi (shaxslar) ismi)

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan
Dermatovenerologiya (I, II tomlar) nomli

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

darsligi

ga

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



Vazir

I. Madjidov

Ro'yxatga olish raqami 359-505

СЎЗ БОШИ

Охирги вақтда тери ва таносил касалликлари кўпайиб кетганлиги сабабли дерматовенерология фанига катта эътибор ошиб бормоқда. Янги тиббиёт олиғохлари қошида (Тошкент, Фарғона, Наманган, Бухоро, Жиззах ва ҳ.қ.) тери ва таносил касалликлари кафедралари ташкил этилди, ва замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозланган.

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, алергологлар, умумий амалиёт шифокорлари, олий ўқув юрти талабалари, магистрлар ва клиник ординаторларимизга дерматология фанига оид билим ва кўникмаларини янада шакллантириш ва мустахкамлашга ёрдам беради.

Бизнинг дарслик Ўзбекистан Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Олий таълим бошқармаси томонидан тиббиёт олиғохлари педиатрия, даволаш, касб таълим талабалари ва дерматовенерология соҳасида ишловчи мутахассисларга учун мулжалланган.

Дарслик умумий, хусусий ва лаборатория диагностикаси қисмларидан иборат. Ўмумий қисмда дерматовенерология фанининг қисқача тарихи, терининг анатомияси, гистологияси, гигиенаси, касалликларининг умумий симптоматологияси ва беморларни клиник текшириш усуллари батафсил ёритилган. Хусусий қисмга беморларда кўп учрайдиган тери ва таносил касалликлари киритилган.

Дерматовенерологик касалликлар этиология, патогенез ва клиник кўринишига қараб гуруҳларга бўлиб жойлаштирилган. Шу билан бирга ўлкамиз учун хос баъзи тери касалликлари, жумладан, мохов, лейшманиоз, пуфакли касалликлари, коллагенозлар, замбуруғли касалликлари, терининг йирингли касалликлари терининг паразитар касалликлари, терининг вирусли

касалликлари, терининг пролефератив касалликлари ва ирсий касалликларга ҳам кенг ёритилган. Таносил касалликлари — захм, сўзак, ОИТС ҳақида тулик. Замонавий маълумотлар берилган.

Тери ва таносил касалликларида ҳам барча юқумли касалликлардаги каби лаборатория текшириш натижаларининг ҳиссаси жуда каттадир.

Дарслик узбек тилида ёзилаётганлиги учун айрим хато ва камчиликлардан ҳоли бўлмаслиги мумкин.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

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

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

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

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

Француз дерматологик мактабининг асосчиси Alibert (1766- 1837) нинг таъкидлашича теридаги тошмалар, дерматозларнинг келиб чиқиши ва кечиши организмнинг умумий ўзгариши (ахволи) билан боғлиқ. Alibert шифокорлар учун қўлланма, атлас ёзиб қолдирди ва дерматоз, «сифилид»

деган терминларни биринчи бўлиб қўллади. У яратган мактаб оламга бир қанча машҳур дерматологлар (Bielt, Bazin, Devergia, Vidal, Besnier) ни етказиб берди.

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

Россияда тери ва таносил касалликларига асос солган олимлардан А. Г. Полотебнев (1838-1907), А. И. Поспелов (1846-1919) ўзларининг илмий изланишларида теридаги патологик ўзгаришлар ички аъзо, нерв системаси хасталиклари, атроф-муҳитнинг салбий таъсири оқибатида келиб чиқади деб тушунтирганлар. А. Г. Полотебнев томонидан яратилган «Дерматологик тадқиқотлар» китоби ҳозир ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Агар А. Г. Полотебнев рус дерматологиясининг отаси бўлса, В. М. Тарновский (1837-1906) рус венерологиясининг асосчиси ҳисобланади. У «Аёл ва болаларда венерик касалликларни аниқлаш» (1863) китобини чоп этди, захм билан оғриган болалар ва аёлларни даволаш учун Калинин касалхонасида махсус бўлим очди, Петербургда сифилидология ва дерматология жамиятини тузди.

Собиқ Итгифокда олимлардан Т. П. Павлов (1860-1932), С. Т. Павлов (1897-1971), П. В. Кожевников (1898-1969), Н. С. Ведров (1891 - 1949), Л. Н. Машкиллейсон (1898-1964), А. И. Картамишев (1897-1973), Н. С. Смелов (1898-1975), Ю. К. Скрипкин, Н.С. Патекаев, Н.Н. Патекаев, Ю.В. Сергеев, А.А. Кубанова, М.К. Болтабаев ва бошқалар дерматология фанининг ривожланишига катта ҳисса қўшдилар.

Ўзбекистонда тери ва таносил касалликлари кафедрасининг очилиши 1920 йили Туркистон Давлат университети ташкил этилиши билан боғлиқ. 1932 йилга келиб Тошкентда тери ва таносил касалликлари илмий-текшириш

институти очилди. Ўзбекистан Республикалари ўзининг А. А. Ақовбян, У, М. Мираҳмедов, Р. А. Капкаев, У. К. Белуха, М. М. Обидов, А. Х. Абдуллаев, А. Ш. Ваисов, Э. С. Балуюнц, Ш. А. Ҳамидов, Х. Ш. Шодиев, Х. К. Шодиев, А.М. Маннанов, М.И. Абдуллаев, К.Н. Хаитов, А.Б. Раҳматов, У.Ю. Собиров, З.М. Абидова, Исмаилова Г.А., А.Б. Пақирдинов, Д. Порсоҳонова, Б. Саатов ва бошқа дерматовенеролог профессор олимлари билан фахрланади. Теританосил касалликлари соҳасидаги мутахассислар ҳудудимизда кўп учрайдиган дерматозлар (терининг йирингли касалликлари, пуфакли касалликлари, неродерматозлар витилиго, фотодерматозлар, лейшманиоз, коллагенозлар касалликлари ва бошқалар) нинг келиб чиқиши, ривожланиши ва давоси бўйича чуқур илмий ишлар олиб бормокдалар.

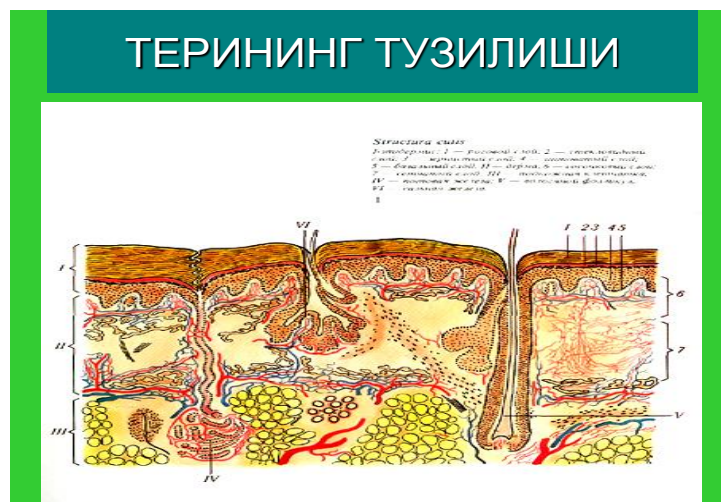
ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ

БОБ 1. МЕЪЁР 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 чизиқгача давом этади ва сезилмас даражада лабнинг қизил хошиясининг кўп қаватли ясси эпителийсига айланади.

Эпидермис (тери усти) – терининг ташки 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.



Тери тузилиши

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 қаршилиқнинг 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 ата лади. Тонофиламентлар боғламлар (тонофибриллар) ҳосил қилади ва демосомалар чегарасида тугайди. Цитоплазматик ўсиқлар каналлар тармоғини ҳосил этиш билан хужайралар бирлашувини таъминлайдилар, улар бўйлаб хужайралараро 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 секрециясини пасайтириб, митотик бўлишни тўхтатувчи полипептидлар, кейлонлар тўпланишига олиб келади. 5 ёшгача болаларда донадор қават хужайралари кўпроқ серсув, камроқ зичлашган, уларнинг ядроси эса митотик фаолликка қарши қобилиятини йўқотмаган бўлади. Базал, тиканаксимон ва донадор қаватлардаги митотик бўлинишлар кўпинча уларни битта ўсувчи эпидермис қавати (малпигий қавати)га бирлаштиради.

Элеидинли ялтироқ қават эпидермис кучли ривожланган жойларда (оёқ ва қўл кафтларида) яхши намоён бўлади. Тери қопламасининг бошқа қисмларида бу қават 1-2 қатор гомоген ялтироқ ясси хужайралар ёмон ажратиладиган чегаралари билан базўр сезилади. Элеидиндан кератин ҳосил бўлиши кератиноцитлар етилиши ва уларнинг эпидермиснинг мугузсимон қаватига айланиши билан якунига етади. Мугузсимон қават ўта 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 десквамацияси (физиологик пўст ташлаши) оқибатида мунтазам ажралиб туради.

Мугузсимон қаватнинг қалинлиги бир хил эмас. Қўл ва оёқ кафтларида яхши намоён бўлади (физиологик гиперкератоз), қовоқлар, юз, жинсий аъзолар соҳасида, айниқса, болаларда, салгина билинади. Мугузсимон хужайранинг сиртқи қавати эпидермиснинг усувчи қаватидаги узлуксиз

митотик бўлинишлар, шунингдек, эпидермисдаги кератиннинг кератиноцитлар оксил субстанцияларининг сув йўқотиш ва азот атомларининг олтингугурт атомларига айланиши оқибатида мунтазам равишда пўст ташлайди ва қайта тикланади. Ташқи мугузсимон қават мугузланган хужайраларнинг мунтазам равишда ажралиши кўра турличадир. Хужайраларнинг базалдан донадор қаватга ўтиши меъёр бўйича 26 кундан 42 кунгача, мугузсимон қавати орқали – 14 кунгача, барча эпидермиснинг тўла босқичи алмашилиши эса 59-65 кунни ташкил этади.

Эпидермис оксиллар синтездан ташқари, пигмент ҳосил қилиш, ҳимоя ва иммунологик функцияни ҳам бажаради. Эпидермиснинг пигментларни синтезлаш фаоллиги асаб тўлқинларидан келиб чиқувчи ва базал қаватнинг кератиноцитлари орасида ўрнашиб оладиган меланоцитлар билан боғлиқдир.

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

Меланоцитлардан ташқари, эпидермисда ҳали келиб чиқиши аниқ белгиланмаган сезувчи хужайралар (рецептор тузилмалар) – оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар ҳам жойлашган. Лангерганс хужайралари (эпидермисда суяк 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-тизимини гуморал (суюқлик) ва хужайра омилларини фаоллаштиришга кодирдир.

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 туташмаларини ўз ичига олади.

Базал мембрана 40-50 нм қалинликда, нотекис чизиклар, 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 propra*) хужайра элементлари, толасимон субстанция ва оралик моддадан иборат. Дерманинг қалинлиги 0,49 мм дан 4,75 мм гача бўлади. Терининг бриктирувчи тўқима қисми (*corium*) икки ноаниқ чегараланган қаватга бўлинади: эпителий ости – сўрғичсимон (*str. papillare*) ва тўрсимон (*str. reticulare*). Дерманинг устки қавати тиканаксимон хужайраларнинг эпителиал қирралари ўртасида жойлашган сўрғичларни ҳосил қилади. У кристалланмаган, структурасиз модда, коллаген ва эластик (эгиловчан) толаларни ўз ичига 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 оксиллар ва гликолипидлар, нуклеоплазмада эса РНК таркибли интерхроматин доначалар мавжуд. Дерманинг сургичларида эпидермис, дерма ва нерв охирларини озиқлантирувчи 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 мустахамлиги 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. Силлик 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 қилувчи майда мугузчалар давом этади. Мугузланган ва бирлашувчи томирлар субдермал артериал тармоқдан тўғри ва қия йўналишда юқорига йўналади ҳамда сўрғичсимон ва тўрсимон қават ўратсидаги чегарада улардан 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 ҳароратини 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 кўшимча ўсимтасига етиб боради ва сўрғичсимон қаватнинг қуйи бўлимида сиртки нерв чигалини ҳосил қилади. Ундан эса сўрғичлар ва эпидермисга ўқсимон цилиндр кўринишидаги мугузчалар ажралиб чиқади. Улар эпидермисда донадор қаватгача кириб боради, миелин қобиғини йўқтади ва оддий калинлашиш ва йўғонлашиш билан тугалланади.

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

Сезги таначалари сўрғичларда жойлашади ва таркибида алоҳида рецептор хужайралар бўлган юпқа бириктирувчи тўқима капсулаларидан иборатдир. Уларга капсуланинг қуйи қутби орқали миелинсиз ўқсимон цилиндр кўринишидаги ва мениск кўринишида йўғонлашиб тугайдиган ва рецептор хужайраларга туташувчи нерв толаси яқинлашади. Краузе колбаси сўрғичлар остида жойлашади. Уларнинг чўзиқ овалсимон шакли сурғичларнинг юқори қутбига йўналади. Бириктирувчи тўқима капсуласининг юқори қутбида миелинсиз нерв цилиндри жойлашган.

Руффини таначалари дерманинг чуқур қисмлари ва териости ёғ тўқимараларининг устки қисмида ўрнашади. Улар ўзида нерв ўқсимон цилиндри тугунчалари кўплаб мугузчаларга бўлиниб кетадиган бириктирувчи тўқима капсулаларини намоён этадилар. Пластинкасимон таначалар териости ёғ тўқималарида жойлашади ва капсуляр тузилмага эга бўлади. Терида барча томирлар, капиллярларнинг устида жойлашган кўплаб вегетатив нерв толалари ҳам мавжуд. Улар томир чигалларининг функционал фаоллигини мувофиқлаштириб турадилар ва шу билан эпидермис, дерма ва териости ёғ қавати тўқималаридаги физиологик жараёнларга таъсир этадилар.

Тери хосилалари (сочлар, тирноқлар, тер ва ёғ безлари). Сочларнинг шаклланиши ҳомила ривожининг 2- оий охирлари – 3- оий бошларида бошланади. Эпидермис соҳасида кейинчалик тук фолликулаларига айланувчи базал хужайра ўсимталари пайдо бўлади. 4 ва 5- ойлarda бошланғич муртак туклар момик сочлар (lanugo) кўринишида қўл 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 сочи кўтариб берувчи мушак яқинлашади ва бирикади. Сочнинг стержени ва илдизи уч қаватдан иборат: марказий – мия, мия қобиғи ва кутикула (пўстлоқча). Мия моддаси асосан терида жойлашади ва тукли фолликулалар воронкасига етиб боради. Стерженнинг асосий массасини бир - бирига зич турувчи кератинлашган хужайралар ташкил этади. Соч илдизининг дистал қисми илдизпоя, деб аталади. У сочнинг ўсишини таъминлайди, чунки, унинг марказий қисмига гиподермадан келувчи қон томир ва нервлари бўлган тукли сўрғичлар уланади.

Фолликуланинг юқори қисми хисобланган тук ёки соч фолликулалари воронкаси - таркибида гликоген, сезиларли миқдордаги вакуоллар, тонофибриллар, кератогиалин ва кератиносомалар бўлган 1-3 қатор эпидермал 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 қобикли (*lamina ex-ter-na*) 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 (*epo-ni-chium*) 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 терисиди 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 жиҳатдан 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 кўл ва оёқ кафтлари, 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 аросcrinicae) мерокрин тер безидан фаркли равишда хужайра моддалари иштирокида шира ҳосил қилади, шунинг учун хужайраларнинг бир қисми ҳаракат (босиб олиш) босқичида бўлади. Апокринли безлар шунингдек, найчасимон тузилишга эга бўлиб, аммо, йирикроқ ҳажмда, чуқур жойлашиш ва ўзига хос кенгайиш хусусиятига эга. Улар жинсий аъзолар терисидаги тук фолликулалари, анус атрофида, кўкрак сўрғичи ареоласи (сўрғич атрофидаги қорамтир айлана) ва қўлтиқости 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 хужайраларнинг ёғ метаплазияси ҳисобланади. Хужайраларни дифференциялаш марказдан бошланади ва ёғ везикулалари кўпроқ тўпланиши билан тавсифланади. Бу, хужайралар, унинг ядросининг таркибий қисмларга ажралиши, хужайра қобиғининг бузилиши ва ёғ каналига шира ажралишига олиб келади. Ёғ безлари умумий ирмоғининг деворлари тузилиши бўйича эпидермисдан фарқ қилмайди, ирмоқнинг тармоқланишида эса мугузсимон ва донадор қават мавжуд эмас. Ёғ безлари тук фолликулаларини ўраб туради. Қоидага кўра, ҳар бир фолликула атрофида 6-8 тадан ёғ безлари бўлади, шунинг учун нормада тери тукли қопламасининг барча қисмлари ёғ билан мойланган бўлади. Бироқ, айрим ёғ безлари изоляцияланган ҳолда жойлашади ва тери сиртига мустақил чиқиш йули орқали очилади. Терининг юз, жинсий аъзо бошчаси, олат ва кичик жинсий лаблар соҳаларидаги қисми тук фолликулаларига боғлиқ бўлмаган

ёғ безлари билан етарлича таъминланган. Ёғ безлари кўл 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 чакалок териси пишлоксимон 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 секретари терининг физиологик, иммун ва бикимёвий функциясида катта аҳамиятга эга.

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

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

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

Оғиз шиллик пардасининг бириктирув хужайра қисми хусусий қавати ва шиллик ости ўзак (*tela submucosa*) дан иборат. Эпителийнинг базал қават хужайралари эластик, коллагенли, ўта коллаген толалар таркибли, шиллик парда ўз ва шиллик ости қаватларнинг асосини ташкил этувчи *lamina propria mucosae* билан чегараланади. Оғиз шиллик пардасининг бириктирув тўқима қаватида қон томирлар ва лимфатик томирлар, нерв тугунчалари ва

кўплаб майда сўлак безлари тўпланган. Сўлак безларининг секретини шиллик парданинг сиртини нам ҳолатда ушлаб туради ва оғиз бўшлиғида озукани хазм қилишда уларнинг иштирокини таъминлайди.

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

Коллаген ва эластик толаларнинг халқасимон тармоғидан ҳосил бўлган шиллик ости ўзакда чуқур томирлар тармоғи, хужайра элементлари (лимфоцитлар, иммуноглобулинлар ҳосил қилувчи плазматик хужайралар), 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 қисимга 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 лифатик тизимлар оғиз шиллик пардаси, тил, лабларнинг қизил хошияси бўйлаб капиллярлар, венулалар ва лимфатик тармоқ билан намоён бўлади. Лимфатик тармоқ, айниқса, бодомсимон без

ва тил ўзагида зич жойлашади. Бу ерда баландлиги 5 мм гача бўлган, крипталар деб аталувчи лимфоэпителиал тепалик ҳосил бўлади. Лимфоид хужайрадан шиллиқ 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 кулоқ атрофи, қуйи жағ ости ва тил ости безлари киради. Кичик сўлак безлари гетерогенли бўлиб, лаб, лунж, танглай ва тил безларига бўлинади.

ТЕРИНИНГ АСОСИЙ ВАЗИФАЛАРИ

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

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

Шу сабабли Т- лимфоцитлар иммун тизимнинг асосий элементи ҳисобланади ва эпидермис кератиноцитларининг айрисимон без эпителиал хужайралари билан анатомик, молекуляр ва функционал жихатдан ўхшашлиги ўз исботини топган. Уларга эпидермал тимоцит фаоллаштирувчи

омил (ЭТФО), 1, 2-интерлейкинлар (Т - хужайра омиллари), 3-интерлейкин (булутсимон хужайраларнинг пролиферация ва дегранлуяция омилли), фаоллаштирувчи табиий киллерлар омилли (ФТКО), гарнулоцитлар фаоллигининг эпидермал омилли таъллуқлидир. Бундан ташқари, кератиноцитлар терининг иммун ва яллиғланиш реакцияларида иштирок этувчи қатор носпецифик медиаторлар, биологик фаол омилларни тозалаб туради. Улар орасида ёғ кислоталарининг метаболитлари (простагландинлар, лейкотриенлар, ёғ кислоталарининг гидроксидлари), плазминогеннинг активатор ва ингибиторлари яхшироқ ўрганилган.

Кератиноцитлар дезоксинуклеотидилтрансферазага таъсир этиш йўли билан Т- лимфоцитларнинг етилишига кўмаклашади. Эпидермал хужайралар бу ферментнинг таъсирчанлигини, шунингдек, Т-лимфоцитлар дифференцияси жараёнида тимопоэтин секрециясини кўзғатишга 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 хужайралари билан ўхшашлиги эпидермиснинг базал хужайраларида аниқланган умумий гетероантигенлари ва тимус гормонал эпителийлари билан исботини топган. Бу аъзоларнинг умумий морфологик хусусиятлари тимус эпителийларини экиб ўстириш жараёнида белгиланган. Аниқланишича, тимус хужайралари экиб ўстириш чоғида эпидермиснинг типик кератиноцитларига айланади. Кейинчалик айрисимон безларнинг рецепторлари (Гассал таначаси) да эпидермиснинг базал қавати хужайралари учун хос антигенлар топилди. Айрисимон безлар таначаларининг янада чуқурроқ тузилмаларида эпидермиснинг тиканаксимон, донадор ва мугузсимон қаватларига хос

бўлган антигенлар аниқланди. Бу эса эпидермисни функционал жихатдан айрисимон безга ўхшайдиган аъзо сифатида кўришга имкон беради.

Дермадаги иммун фаоллик юзаки томир чигаллари посткапиляр венулалар ва тери ўсимталари атрофидаги лимфоцитлар хисобига юзага келган. Иммуноморфологик услублар билан аниқланишича, Т-лимфоцитлар тери лимфоцитларининг 90 фоизини ташкил этади ва асосан эпидермисда ва дерманинг юқори қаватларида жойлашади. В-лимфоцитлар дерманинг ўрта ва чуқур қаватларида аниқланади. 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 посткапиляр 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 ҳужайрани намоён этади. Гистиоцитлар цитоплазмаси таркибида РНК ва ферментлар тутади. Гистиоцитлар сиртида барча макрофагалар сингари С3 ва Fc-фрагментли IgG рецепторлар мавжуд. Терининг макрофагал тизими Т-лимфоцитларнинг миграцияси, гиперсезувчанликни юқори (тез) кўринишдаги антиген - антитело реакциясида иштирок этувчи булутсимон ҳужайраларни ўз ичига олади. Теридаги иммун жараёнларни рўёбга чиқаришда, шунингдек, турли иммун вазифаларни амалга оширувчи, терида кўчиб юрувчи қон ҳужайралари (моноцитлар, эозинофиллар, нейтрофиллар, базофиллар, эритроцитлар) ҳам иштирок этади. Бунинг асосини ҳимоянинг носпецифик омиллари мавжуд бўлган Т-лимфоцитларнинг ўзаро таъсири ташкил этади.

Иммун вазифасини ўзида 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.

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

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

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

Терининг химоя вазифаси шунингдек, полисахаридлар (95 %) ва оқсил (5 %) бирликлардан иборат протеогликанлар томонидан ҳам амалга оширилади. Бу полианионлар жуда катта ҳажмга эга бўлиб, сув ва катионларни бириктириб, бириктирувчи тўқима асосий моддасини ҳосил

қиладилар. Протеогликанлар экстрацеллюяр матрицадан тарқаладиган моддалар учун молекуляр ғалвир сифатида таъсир этади: кичик молекулалар тўрдан ўтади, катталари эса ушланиб қолади.

Оғиз шиллик пардасининг тузилиши тери тузилиши билан ўхшашлигидан, у ҳам оз миқдорда бўлсада химоя вазифасини бажаради. Бунга оғиз шиллик пардасининг сўлак билан мунтазам 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 химоя ролини кучайтиради.

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

Терида меланин қанча кўп бўлса, организм учун зарарли нурлардан химояланишни шунча яхши амалга оширади. Терида меланиннинг тез янгилиниши рўй беради, у эпидермиснинг пўст ташлаш чоғида йўқолади, кейин эса меланобластлар томонидан қайта синтезланади. Меланин синтезига гипозиз (меланинни стимуляцияловчи гормон) таъсир этади,

тирозиннинг оксидланишини катализловчи тирозиназа ва доксифенилаланин (ДОФА) муҳим рол ўйнайди. Антиоксидант ҳимоянинг биокимёвий механизмлари эркин радикал таъсирларни қўзғалиш, тармоқланиш босқичларида тўхтатиб қолиш ва оксидланиш занжирларининг узилишини таъминлайди.

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

Кератин – эпидермиснинг асосий оқили - ҳосил бўлиши мураккаб секретция жараёни ҳисобланиб, кератиноцитлар томонидан амалга оширилади. Бошланғич босқич кератин фибриллалари тонофиламентлар кўринишида пайдо бўладиган базал қават ҳужайраларида кечади. Тонофиламент оқсиллари тиканаксимон қават ҳужайраларида 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, босқичма босқич шаклланувчи протоплазма оқсиллари 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 қўшган 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 суяқ ёки ярим суяқ 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 қўл ёки оёқ терига нисбатан, 6-7 марта кўп без бўлади. Терда хлоридларнинг мавжудлиги тер ажралиш тезлигини, тери ҳароратини, инсон ёшини ва метоболизм интенсивлигини белгилайди. Тер билан бирга организмдан дори моддалар – йод, хинин, антибиотиклар чиқариб ташланиши мумкин. Суткада ўртача 750-1000 мл тер ажралади, аммо, юқори ҳароратда бир неча литргача тер чиқиши мумкин. Тер безлари фаолиятининг бошқарилишида марказий ва вегетатив асаб тизими етакчи рол ўйнайди. Бу безлар фаолиятининг асосий рағбатлантирувчиси ташқи ҳароратнинг кўтарилиши ҳисобланади.

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

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

Нафас ва резорбция (сўриш) функцияси. Терининг резорбция хусусияти ёғ - соч фолликулаларининг функционал фаоллиги, сув - ёғ мантияси ҳолати, мугузсимон қаватнинг мустаҳкамлигига боғлиқ. Қўл ва оёқ кафтлари физиологик гиперкератоз оқибатида кучсиз резорбция қобилиятга 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, биллак 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 эгалиги) хужайралар ичи ва улар ташқарисидаги суюқликлар ва минерал моддалар, витаминлар, микроэлементларнинг ушланиб қолинишини таъминлайди. Терида липидларнинг перикс оксидланиш жараёнида ҳосил бўладиган углеводлар, холестерин, йод, бром, аминокислоталар, ўт кислоталари ва шлаклар сақланиб қолади. Шунинг учун умумий модда алмашинуви бузилишидан анча олдин терида жигар фаолияти бузилиши чоғида қаттиқ қичишиш ёки яширин қандли диабетда эса йирингли элементлар кўринишидаги патологик жараёнлар пайдо бўлади.

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

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

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

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

Оғриқ ва қичишиш ўтишининг периферик 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 штаммлари ўта касал қилувчи (вирулент) ҳисобланади. Шунга қарамай, пидермиянинг ривожланиши учун қўшимча, масалан, тери химоя 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 химоя механизмини сусайтиради ва шу билан тери касаллиги ривожланиши учун муҳит (“берилувчанлик”) яратади.

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

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

Физик экзоген эитологик 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, қадоклар, қадокланиш ҳосил бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Термик омилларга териға паст ёки юқори ҳароратнинг таъсири киради, унинг оқибатида калтираш, совуқ олдириш, куйиш ва ҳоказолар ривожланиши мумкин. Нурли энергия (масалан, ультрабинафша ва рентген нурлари, ион ҳосил қилувчи радиацион ва ҳ.к.) териға 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 кўзғатувчилар), турмушда учраши ёки турли дори моддаларини кўринишида намоён бўлиши мумкин. Шунингдек, терида кимёвий кўзғатувчилар 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.

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

Патоген замбуруғлар турли кератомикозлар, дерматомикозлар ва чуқур микозларни чакиради.

Эмоционал таъсир барча даражада ва нерв тизимининг барча бўлимларидаги асаб кўзғалишлари ацетилхолин – кимёвий узатгич (медиатор) нинг бўшалишига олиб келади. Марказий ва периферик асаб

тизимининг органик касалликлари ҳам турли тери касалликларига олиб келиши мумкин. Чунончи, тешикли яралар, масалан, сирингомиелияда, орқамия касаллиги, алкогольли невритлар ва ҳоказоларда, трофик яралар, куймич ва бошқа нервлар зарарланишида пайдо бўлади.

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

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

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

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

Қатор дерматозларнинг пайдо бўлиши ёки бунга ёрдам берувчи аллергиялар муайян аллерген билан қайта алоқага киришиш оқибатида ривожланади. Тери касалликларига сабаб бўлувчи барча аллергенларни санаб ўтиш қийин. Булар, асосан, озиқ-овқат аллергенлари ва дори воситалари, кам ҳолларда – айрим металллар (масалан, хром, никел), ўсимликлар, косметика, бўёқлар, лаклар ва бошқалар.

Тери касалликлари патогенезида ўчоқли инфекциялар – сурункали тонзилит, гайморит, чириган тишлар ва бошқалар катта аҳамиятга эга.

Ўчоқли инфекция, биринчидан, организм таъсирчанлигини келтириб чиқариши, иккинчидан, организмнинг ташқи таъсирга жавоб бериш реакциясини сусайиши, иммун танқислигини яратиш йўли билан гуморал иммунитетнинг сусайишига олиб келиши мумкин. Ўчоқли инфекциянинг эшакеми, экссудатив эритема, пориаз, қизил волчанка ва бошқалар патогенезидаги аҳамияти аниқланган.

Бироқ кўплаб дерматозларнинг этиология ва патогенези ҳозирги вақтгача тамомила аниқланмаган.

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

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

Сенсибилизацияни ўзаро контакт йўли ёки организмга озиқ-овқат махсулотлари, дори воситалари, кимёвий моддаларнинг тушиши натижасида терига бевосита таъсир кўрсатувчи аллергенлар таъминлайди. Инфекцион омил (инфекцион ёки бактериал аллергия) лар сурункали инфекциялар ўчоғида, шунингдек, умумий юқумли касалликларда аллергияни келтириб чиқариши мумкин. Учинчи ҳолатда қатор дерматозларнинг пайдо бўлишига аутоаллергик жараёнлар олиб келади. Барча бу шакллар бирлашиши ҳам мумкин.

Тери патологик жараёнга тизимли касалликлар (коллагенозлар, иммунобластозлар ва.б.) ривожланишида ҳам жалб этилиши мумкин. Қон ва лимфа айланиши бузилишлари акроцианоз, йириклашув, асфикция белгилари, томир деворлари касалликлари (масалан, битиб қолувчи

эндоартерит) – тери гангренази, оёқлар яраси ривожланишига олиб келиши эҳтимоли бор.

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

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

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

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ АСОСЛАРИ

Дерматологик бемор терида ёки кўринадиган шиллик қаватларда айрим ҳолатларда субъектив ҳис этиш билан кузатиладиган ўзгаришлар аниқлангандан кейингина тиббий ёрдамга мурожат қилади. Бирок, 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 шиллик 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. Бирок, 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 кириши 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 намоеън 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 боғляпти? У қачон илк марта (туғмами – кейин ҳосил бўлдими) пайдо бўлди? Бирор маҳсулотни (шоколад, цитруслар, ёнғоқлар, турли озиқ-овқатлар (озуқа токсидермияси); нон ва

клеяковин таркиблилар (Дюриннинг герпессимон дерматити) истеъмол қилгандами? Дори истеъмол қилиш билан алоқадорми (дори токсидермияси)? Тошмалар фақат очиқ қисмларда (фотодерматозлар, фотосезувчанлик хусусиятли дориларга фототоксик реакциялар) ёки ёпиқ қисмларда (бошқа дерматозлар, дориларга фотоаллергия) ҳам тарқалганми? (Агар тошмалар тери қопламасининг очиқ қисмларида қуёшдан нурланишдан сўнг бир неча дақиқа ўтгач пайдо бўлса – қуёшли эшакеми; 24-48 соатдан кейин – полиморф фотодерматоз (қуёш қичимаси ёки қуёш экземаси)). Оғиз атрофидаги тошмалар (перорал дерматит; тиш пастаси таркибидаги фтор моддасига аллергик реакция).

Касбий тери касалликларига гумон қилинганда, беморнинг иш хусусиятларини аниқлаш муҳимдир: эризипелоид кушхоналарда, консерва заводлари ишчилари, хом гўшт (кўпинча чўчка гўшти), балиқни қайта ишловчиларда, соғувчиларда - соғувчилар тугунчалари, сибир яраси – қассоблар, кўнчиларда, сап (манқа) – ветеринар шифокорлар, отбоқарлар ва сап билан касалланган ҳайвонларга хизмат кўрсатувчи бошқа шахсларда учрайди. Токсик меланодермия углеводородлар (нефтни ҳайдаш маҳсулотлари, газ ва ҳ.к.) билан кўп алоқада бўладиган шахсларда кузатилади. Тери лейшманиози, лепра, флеботодермия ва бошқа қатор дерматозларга гумон қилинганда, оз муддат бўлса-да бемор бу касалликлар учрайдиган жойларда, масалан, лейшманоиз гумонида – Ўрта Осиё ёки Кавказда, чуқур микозлар, тропик трепонематозларга шубҳа қилинганда – иссиқ иқлимли мамлакатларда бўлган ёки бўлмаганлиги ва бошқаларни аниқлаштириш зарур. Сийдик йўлидан ажралмалар, жинсий аъзолардаги эрозив ёки ярали кўринишларга шикоятлар бўлганида, ташхисни аниқлаштириш учун эски тасодифий жинсий алоқалар ҳам аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

Қатор дерматозларнинг диагностикасида касалликнинг мавсумийлиги ҳам муҳим. Масалан, куз ва баҳорда кўпинча кўп шаклли экссудатив эритема, пушти ранг темиратки, тугунчали эритема, ўраб олувчи темиратки

пайдо бўлади. Фотодерматозлар, эритематозлар, флеботодермиялар, ўсимликлар чақирувчи дерматозлар, эпидермофитиялар билан касалланган беморлар кўпинча илк баҳор ёки ёз ойларида, эт увишиши (титраш) да эса йилнинг намгарчилик ва совуқ пайтларида шифокорга мурожат қилишади.

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

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

Бемордан сўраб - суриштириш айрим ҳолларда касалликнинг олиавий 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.

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

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

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

Тери касаллиги тарихини аниқлашда унинг давомийлиги, шунингдек, беморнинг ўзи унинг бошланиши ва кучайишини нима (стресс, совқотиш, дори препаратлари, озиқ – овқатларнинг муайян турини қабул қилиш, териға 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 териға таъсириға эътиборни қаратиш лозим.

Дерматоз патогенезидаги ташқи омиллар ролини аниқлаш мақсадида ҳаётий анамнез тўплашда беморнинг иш ва турмуш шароитиға 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 тарқалганлигиға эътибор қаратиш лозим, зеро жараён универсал бўлиши, барча тери қопламаларини эгаллаши (эритродермия), тошмалар умумлашган(генерализациялашган) ёки бир жойга хос(локал), симметрик ёки асимметрик жойлашиши мумкин. Беморларда бирламчи элементларнинг бир кўринишлиси (мономорф тошма) ёки ҳар хил

тури (полиморф тошма) мавжудлигига эътибор бериш лозим. Бу элементларнинг бир-бирига нисбатан жойлашуви муҳим диагностик аҳамиятга эга. Тошмалар ҳимояланган ёки гуруҳланган, халқа, ёй, чизик ва бошқалар шаклини ифодалаган ҳолда жойлашиши мумкин. Тошмаларнинг алоҳида, унча катта бўлмаган гуруҳларда жойлашиши уларнинг герпессимонлигидан дарак беради. Тошмалар қўшилишга 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 (каттик 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 чандик 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 сўргичли 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 ҳужайравий таркиби, акантолитик ҳужайраларни аниқлаш учун эрозия юзасидан олинган суртма аломатларининг цитологик текширувлари натижалари, қон ва нажаснинг умумий клиник таҳлили муҳим диагностик аҳамиятга эга.

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

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

Кўпинча дерматозларнинг клиник манзараси ва "классик" кечишида у ёки бошқа атипиклиги кузатилади. Бундай ҳолатларда дерматовенеролог беморни кўргач ва тошманинг ташқи кўриниши бўйича ҳамда текширувнинг қўшимча усуллари (пайпаслаш, диаскопия, тўкилмаларни қириб олиш ва.б.)

дан фойдаланишдан кейин ҳам ташхисни белгилаш имконига эга бўлмай туриб анамнез ва бемор шикоятларини аниқлаб олиши керак. Зарур ҳолларда касалликнинг якуний ташхисини белгилаш, унинг этиологияси ва патогенезини аниқлаштириш мақсадида махсус дермовенерологик текширувлар (биопсия материалнинг патогистологик текшируви, замбуруғлар текшируви, оқиш трепонема, гонококк, сил микобактерияси, лепра таёқчаси, акантологик хужайралар, қон реакцияси, иммуноаллергик текширувлар ва.б.) ўтказиш лозим.

ОРГАНИЗМНИНГ УМУМИЙ ҲОЛАТИ ТАЪРИФИ

Саломатликнинг умумий ҳолати ёш ташқи кўринишига мувофиқ равишда рухий ва жисмоний статус (мақоми) бўйича баҳоланади. Текширувлар умумий қоидалар бўйича ўтказилади, шунинг учун биз уларни қисқача баён қиламиз. Пайпаслаш имкони бўлган лимфатик тугунларнинг ҳажмлари, зичлиги, ҳаракатчанлиги, оғриқлиги текширилади. Суяк тўқима тизими кўрилади ва мушаклар тонуси аниқланади. Бурун, халқумни кўриш, перкутор ва аускултатив текширувлар нафас аъзолари ҳолатини аниқлаб беради. Қон айланиш аъзолари функциясига оид шикоятлар аниқланади, юрак чегаралари белгиланади, унинг товуши эшитилади, артериал босим ўлчанади, томир уриши аниқланади. Сўнгра овқат хазм қилиш аъзолари функциясига оид шикоятлар аниқланади, оғиз бўшлиғи кўрилади, қорин (жигар, қораталок) 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 чирок, шу жумладан, кундузги ёруғли лампа билан кўрилади. Тери ва кўринадиган шиллиқ

пардалар ранги, соғлом терининг эластиклиги ва тортилувчанлиги, шишган мушаклар ва тери ости ёғ хужайралари, шунингдек, ёғ ва тер безлари, тирноқ ва сочлар ҳолати, пигментланиши, чандиклар, 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 – сарик, қисилиш ҳолатларида – кўкимтир) организм аъзолари ва тизимлари функцияси бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Терининг чўзилувчанлиги ва эластиклигини аниқлаш учун уни ушлаб кўрилади, бураб кўрилади, куйида жойлашган хужайралар билан мустаҳкамлиги мавжудлиги ёки йўқлиги эса терини силжитиш билан аниқланади.

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

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

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

Тери ва шиллик 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 темирлатки, 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, ярали 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 думаолок, овал, полигонал ёки полициклик, майда ёки йирик кунгурали(фестончаты) бўлади. Консистенцияси (зичлик даражаси) бўйича элементлар ёғочсимон зич, эластик зич, юмшоқ, хамирсимон бўлиши мумкин. Уларнинг ташқи кўриниши силлик, ғадир - будур, паст - баланд ва ҳ.к. бўлади. Улар бир - биридан алохидаланган ёки қўшилган бўлади; биринчи ҳолатда тошмаларнинг фокусга оид тарқалганлигидан дарак беради. Агар тошмалар доира, ярим доира, овал, ёйни эслатса, унда тошмаларнинг тўғри гуруҳлангани кўринади. Нотўғри гуруҳланган тошмалар муайян қисмда тарқалади, аммо, бирон бир геометрик шаклни ҳосил қилмайди. Дерматометамерлар 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 усулларида фойдаланишга тўғри келади.

МАХСУС ДЕРМАТОЛОГИК ВА ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ.

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

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

(серологик, микроскопик, патоморфологик текширувлар) текширишлар киради.

Тошмаларни шиша буюм, скалпел ва бошқалар билан қириб олиш асосан, тангачали темиртки ва парасориазга гумон қилинганда қўлланилади. Псориазда давомли тарзда учта хусусиятли – “стеаринли доғ”, “терминал парда” ва “қонли шудринг”, ёки нуқтали қон кетиши белгисини, томчисимон парасориазда – яширин пўст ташлаш белгисини олишга муваффақ бўлинади. Эритематозда фолликуляр “тикан” ларга эга бўлган тангачаларни қириб олиш оғриқли (Бенъе белгиси) кечади.

Элементларнинг консистенцияси (зичлиги) пайпаслаш билан аниқланади; агар консистенциянинг сўнгги даражадаги ҳолатини қиёсий баҳолаш мураккаб бўлмаса, унда элементнинг кейинги шакллари зарур малакани талаб этади.

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

Айрим дерматозларда соғлом терига нисбатан унинг қўзғалишларига жавобан шу хасталикка хос тошмалар пайдо бўлади. Бу ҳодиса қўзғалишнинг изоморф реакцияси, деб аталади. Бу реакция ўз – ўзидан(спонтан) келиб чиқиши мумкин бўлиб, асосан тананинг кўп ишқаланувчи сохаларида ва куёш нуридан интенсив таъсирланувчи одамларда кузатилади – масалан, экзема, нейродермит, қизил ясси темирткида, ёки сунъий қўзғатувчилар таъсирида – псориазда (Кёбнер аломати), қизил ясси темирткининг ривожланган босқичда. Тарвоқдаги уртикар дермогарфизм ҳам изоморф таъсирга мисол бўла олади. Қизил ясси темирткида «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 услуби ёки В.В.Иванов ва Н.С.Ведров томонидан таклиф этилган томчи синови ёрдамида аппликацион синов қўлланилади. Айрим ҳолатларда скарификацион ва компресс (скарификацион-апликацион) услублар бирлаштирилади.

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

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

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

Медикаментоз дерматитга гумон қилинганда, модда бартараф этилгандан сўнг профилактика мақсадларида (бемор розилиги билан) гумон қилинган аллерген (кўпинча сульфаниламид препарати) нинг жуда оз дозалари билан перорал ёки парентерал синамаларга мурожат қилинади. Дорилар чақирган аллергик дерматит ҳолатларида тери усти синамалари ҳамиша ҳам ижобий натижаларни бермайди.

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

Қоннинг клиник таҳлили натижалари терида намёон бўлиш билан кечадиган лейкомик касалликларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Дюриннинг герпессимон дерматитига гумон қилинганда, қон ва пуфаклар суюқлигидаги эозинофилия ташхисни тасдиқловчи бўлиб хизмат қилади. Бу, айниқса, пўрсилдоқ дифференциал ташхисида муҳим. Шундай ҳолатларда пуфаклар

суюқлиги ёки препаратлар - изи (Тцанк тести, пуфакчаларнинг акантолитик хужайралари) нинг цитологик текширувларидан, системали қизил волчанка ташхиси учун эса қонда қизил волчанка хужайралари (LE - хужайралар) аниқлаш қўлланилади.

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

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

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 аллергияларга юкори таъсирчанликни аниқлаш учун тери синамалари (тестлар), шунингдек, инвитро тести: базофиллар дегрануляцияси, лимфоцитларнинг бласт трансформацияси реакциялари қўйилади.

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 қўзғатувчилар таъсирида келиб чиқади. Қўзғатувчининг таъсириға организм ва тери қопламасининг жавоби рецептор аппаратининг ҳолати, малҳамкур инсондаги олий нерв фаолияти, организмнинг реактивлиги ва бошқа омилларға боғлиқ.

Яллиғланишнинг микроскопик кўринишида алтерация, экссудация ва пролиферация фарқланади. Алтерация, деганда тўқималарға 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 бироз 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 хусусиятларға қараб ўзига хос тарзда кечади. Эпидермиснинг яллиғланишға оид ўзгаришлари қуйидагиларда ифодаланиши мумкин:

хужайра ичининг ишиши ёки вакуол дегенерацияси, бунда малпиги қавати хужайраларининг протоплазмасида вакуолалар шаклланади, у

ядронинг ёнида ёки атрофида жойлашади ва ядрони марказдан четга суради. Бунда ядро деформацияга учрайди ва кўпинча пикнознинг барча аломатларига эга бўлади. Шиш хосил қилган суюқлик аста – секинлик билан хужайрани эритиб юборади ва унинг ўлишига олиб келади. Агар вакуола хужайра ядросида бўлса, ядро шишади ва суюқлик тўлдирилган юмалоқ пуфакчага айланади. Баъзи ҳолларда унда ядроча сақланиб қолади. Вакуол дегенерацияси қизил ясси темиртки, 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 ортиқча 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 усулларидан фойдаланиш талаб қилинади (лаборатория таҳлиллари ҳам шулар жумласидан).

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

Яллиғланиш жараёни 5 классик аломатга эга: қизариш (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 кўриниб туради: қизариш жадаллик билан ўтади, экссудатив реакция хисобига 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). Ҳужайра 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 қаварчик киради.

Тери, шиллик 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 темираткининг эрозив-яралли шаклидаги эрозиялар пуфакларнинг оқибати бўлиб ҳисобланмайди.

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

БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР.

Тошмаларнинг бирламчи элементларига доғ, тугунча, пуфакча, қаварчик, йирингча, пуфак, дўмбоқча ва тугун киради (расмлар 1-2). Иккиламчи элементларга пигментациянинг бузилиши, тангача, эрозия, экскориация (шилиниш, травматик эрозия), яра, ёриқ, қалоқ, чандик, лихенификация, вегетация киради.



Расм № 1



Расм № 2

Доғ (macula) тери ёки шиллик қават рангининг чекланган ўзгаришидан иборат. Одатда доғ уни ўраб турган тери билан бир сатҳда жойлашади. Консистенцияси бўйича ундан фарқ қилмайди ва пальпацияда ҳам сезилмайди.

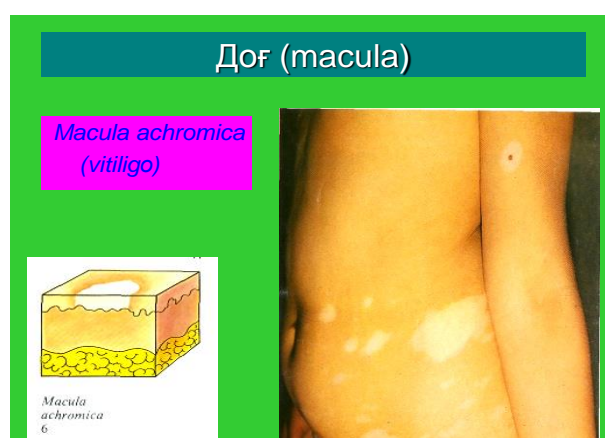
Доғлар томирли, шу жумладан, геморрагик ва дисхромик турларига бўлинади (расмлар № 3-4).

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 кўзғатувчи 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.



Расм № 3



Расм № 4

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 қичишмайдиған, одатда, бирлашиб кетмайдиған бўлади. Ўткир яллиғланишга оид розеолалар бирламчи элементлар сифатида қизамиқ, қизилча, экзема, дерматит, пушти темиратки касалликлари билан оғриётган беморларда пайдо бўлади. Ўткир яллиғланмағанлари 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 шакли бўлади ва одатда экзема, дерматит, биринчи даражали куйиш, сарамас яллиғланиши ҳамда кўп шакли экссудатив эритема хасталикларидан азият чекаётган беморларда томирларнинг ўткир яллиғланишли кенгайишида кузатилади.

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

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

Томир деворларининг ўтказувчанлиги ошганида терига қон қуйилиши мумкин. Бунинг оқибатида геморрагик доғлар ҳосил бўлади. Улар босилгандай йўқ бўлмайди. Қон қуйилишидан кейин ўтган вақтга қараб бундай доғларнинг ранги қизил, кўкимтир-қизил, бинафшаранг, яшил, сариқ бўлиши мумкин (гемоглобиннинг гемосидерин ва гематоидинга

айланишига қараб). Бундай доғлар ўлчамларига қараб фарқланади. Нуқтали геморрагиялар *петехия*, мўъжаз юмалоқ ва одатда кўп сонли бўлган ва ўлчами 1 сантиметргача етадиганлари тўғри шаклдаги йирик қон қуйилишлари *экхимозлар*, кенг миқёсли қон йилиши ва терининг ишиши ва унинг атрофидаги терига қараганда бўртиб чиққанлари *гематомалар*, деб номланади.

Теридаги меланин пигментининг ортиши ёки камайишидан дисхромик доғлар пайдо бўлади. Улар гиперпигментацияланган (пигментнинг ортиши) ва депигментацияланган (пигментнинг камайиши) бўлади. Пигментли доғлар туғма (қоллар, лентиго) ва орттирилган (сепкиллар, хлоазма, витилиго) бўлади.

Гиперпигментацияга оид доғларга сепкиллар (оч жигарранг, жигарранг доғларга эга бўлган кичик жойлар, улар ультрабинафша 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 темиратки, псориаз) эски морфологик элементлар ўрнида кузатилади. Унда соғлом терининг атрофидаги қисмлари ультрабинафша 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) – бўшликсиз, 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 номланади. Кўпинча папулалар эпидермадермал жойлашувга эга бўлади (масалан, қизил ясси темирлатки, псориаз).

Тугунчалар яллиғланган ва яллиғланмаган турларга бўлинади. Яллиғланган тугунчалар кўп учрайди: псориаз, экзема, иккиламчи захм, қизил ясси темирлатки ва бошқалар (расм №5). 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.



Расм № 5

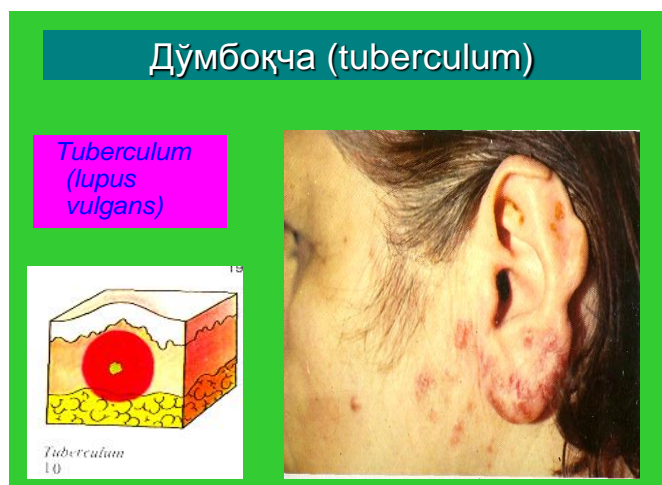
Тугунчалар турли ўлчамда бўлади: 1 мм ва ундан катта бўлган. 1 мм ўлчамдаги папулалар *милиар*, деб номланади (mlium – тарик дони), ёки лихен (қизил ясси темираткида, тилларанг темираткида) деб аталади. 0,5дан 1 см гача бўлганлари лентикуляр (lenticula - ясмик), дея аталади ва улар псориаз, иккиламчи 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, сариқ, пушти, қизил, бинафшаранг, жигаранг ва бошқалар).

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

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

Дўмбоқча (tuberculum) – бўшлиқсиз, 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 каватида жойлашади ва гистологик жиҳатдан инфекциян гранулёмани ифодалайди, ёки сўрилиб кетади, ёки ўзидан сўнг чандикли атрофия қолдиради (расм № 6). Тугунчалардан асосий клиник фарқи бўлиб, жараён яқунланганидан кўп йиллар ўтганидан сўнг уларни фарқлаш имконини беради. Масалан, учламчи захмда ёки тери силида (нафақат чандиклар ёки атрофиянинг мавжудлиги, балки, уларнинг жойлашиши, масалан, захмда чандикнинг нақшсимонлиги, тери силидаги кўприкчалар ва ҳоказо).



Расм № 6

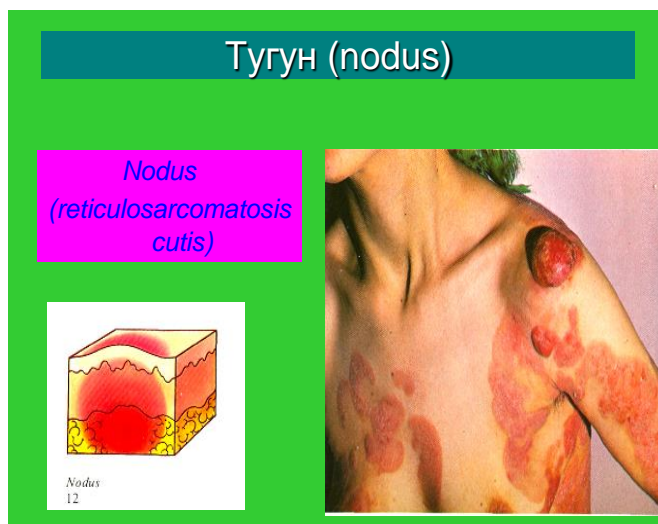
Айрим ҳолларда дўмбоқчалар анча характерли рангга эга: учламчи захмда қизил- қорамтир, тери силида қизил-сарик, моховда қорамтир занг тусида.

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

Дўмбоқчалар одатда тери қаватининг чекланган ҳудудларида пайдо бўлади ёки гуруҳланади, ёхуд бирлашиб кетади. Шу тариқа яхлит инфилтрат

юзага келади. Кам ҳолларда улар тарқоқ, диссеминациялашган тарзда жойлашади.

Тугун (nodus) – бирламчи морфологик, бўшлиқсиз инфилтратив, ўткир яллиғланишга оид бўлмаган элемент бўлиб, тери ости ёғ қаватида жойлашган. Ўлчамлари – 2-3 см ва ундан катта (расм № 7). 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 бери: скрофулодерма – колликватив сил, гумма – учламчи захм.



Расм № 7

Пуфакча (vesicula) – бирламчи бўшлиқли, экссудатив элемент. Асосида суюқлик тутади ва тери сатҳидан биров бўртиб чиқади. Пуфакчада, сероз суюқлик билан, кам ҳолларда серроз-геморагик суюқлик билан тўлган бўшлиқ, ташқи қобиғи ва туби фарқланади. Пуфакчалар мугуз қавати остида, эпидермиснинг орасида ва эпидермис ҳамда дерманинг ўртасида жойлашиши мумкин; улар бир камерали ва баъзида кўп камерали бўлиши мумкин (бу ҳолда беморда пуфак мавжудлиги аниқланади, аммо

парда деворлари йўқдек туюлади). Пуфакнинг ўлчамлари 1 ёки 3-4 мм гача. Пуфакнинг таркиби шаффоф, серозли, кам ҳолларда қонли бўлади. Кўпинча лойқаланади, йирингли турига айланади. Бу пуфакчанинг (везикула) йирингчага (пустула) айланишида рўй беради (расм № 8). Пуфакчанинг суюқлиги пўст бўлиб қурийдими ёки қопқоғи ёрилади ва эрозивланган юзага ўхшаб кетади сўнгра намланиш пайдо бўлади, худди экземанинг қўзғалган 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 кафтларда) улар узок вақт сақланиб туради. Пуфакчалар изсиз йўқ бўлиб кетади ёки ўзидан кейин вақтинчалик пигментацияни сақлаб қолади. Масалан, худди Дюренинг герпессимон дерматози каби.

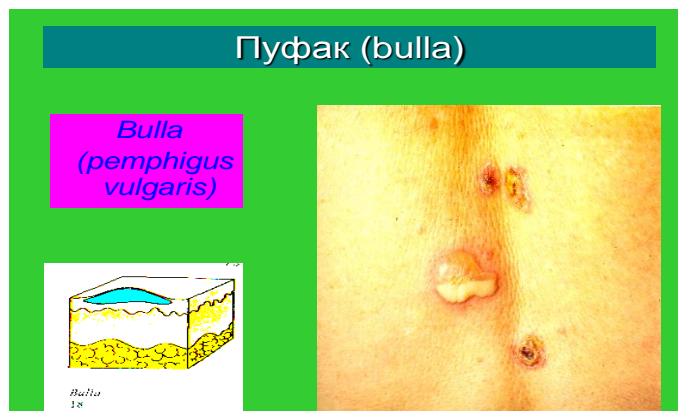


Расм № 8

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

Пуфак (bulla) – 1 см ва ундан катта бўлган экссудатив, бўшликли элемент. Худди пуфакча сингари ташқи қобик, серозли суюқлик билан тўлган бўшлиқ ва асосдан иборат. Бўшлиқ мугуз қавати остида жойлашганида *субкорнеал*, деб аталади, тикансимон қаватнинг қалинлашган

қисмида жойлашганда эса *интраэпидермал*, эпидермис ва дерма ўртасида бўлса – *субэпидермал*, деб аталади. Пуфакнинг шакли юмалок, яримшар ёки овал; таркиби шаффоф, сарғиш, кам ҳолларда лойқаланган ёки геморрагик. Пуфак суюқлигида лейкоцитлар, эозинофиллар, эпителиал ҳужайралар бўлади (расм № 9).



Расм № 9

Дерматозларнинг айрим турларига ташхис қўйишда суртма-излари ёки пуфакнинг тубидан қириб олинган таҳлилларни цитологик текшириш аҳамиятга эга. Чунки бир қатор дерматозларда ҳужайралар 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 чиқаётган 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 шиллик 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, бироз 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 ёки пустила – тери сатҳидан бўртиб чиқиб турган экссудатив, бўшлиқли элемент. Унинг таркибида мадда (йиринг) бўлади. Микроорганизмлар ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг таъсирида (асосан стафилококкларнинг) эпителиал ҳужайраларнинг некрози юзага 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 (расм № 10).



Расм № 10

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 қўзғатувчиси стафилококк бўлиб ҳисобланади. Чуқур дермани ҳам қамраб оладиган ва фолликуляр бўлмаган йирингча *эктима*, деб номланади. Яра ҳосил бўлади ва кейинчалик чандиқ қолади. Эктимага стрептококк сабабчи бўлади. Стрептококкли ташқи пустула (ясси) *фликтена*, деб аталади.

Йирингчалар доимо яллиғланишнинг пушти ранг ҳалқаси билан ўралган бўлади. Айрим ҳолларда йирингчалар пуфак ва пуфакчалардан иккиламчи тарзда юзага келади. Бунда иккиламчи инфекция қўшилади.

Тарвоқ (*urtica*) – 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. Сўргичларнинг 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 хашаротлар чаққан жойда, иссиқ, совуқнинг таъсирида, ачиштирадиган қичитки ўтга тегинишда (ташки омиллар), интоксикация ва сенсibiliзацияда (ички омиллар) юзага келади. Теридаги қаварчиқ дори воситалари, озиқ-овқат маҳсулотлари ва инфекциялар аллергиялар (қичитки ўт, Квинке шиши, зардоб хасталиги) таъсирида пайдо бўлади. Терининг шикастланган жойларини механик қўзғатиш оқибатида ҳам юзага келиши мумкин. Масалан, пигментли эшакемида. Бир қатор ҳолатларда терини механик қўзғатиш оқибатида узоқ вақт сақланиб турадиган йирик тарвоқлар пайдо бўлади.

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

ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР.

Иккиламчи морфологик элементлар бирламчи морфологик элементларнинг эволюцияси оқибатида пайдо бўлади. Уларга пигментли доғлар, тангачалар, қалок, 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, дўмбокча, 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 (расмлар № 11, 12).



Расм № 11



Расм № 12

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) – 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 темирлаткида 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 (куруқ, ёғли, синувчан, қаттик), 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 (муғуз ҳосил бўлишининг бузилиши). Бунда эпидермисда донатор қават йўқ бўлади. Муғуз пластинкаларида эса ядронинг қолдиқлари бўлади. Кам ҳолларда пўст ташлаш гиперкератоз натижасида, яъни оддий муғуз хужайраларининг кескинлик билан ривожланиши ёки кератоз (зич қуруқ муғуз массаларининг қаватлашиши, масалан, қадоқларда) туфайли ҳосил бўлади.

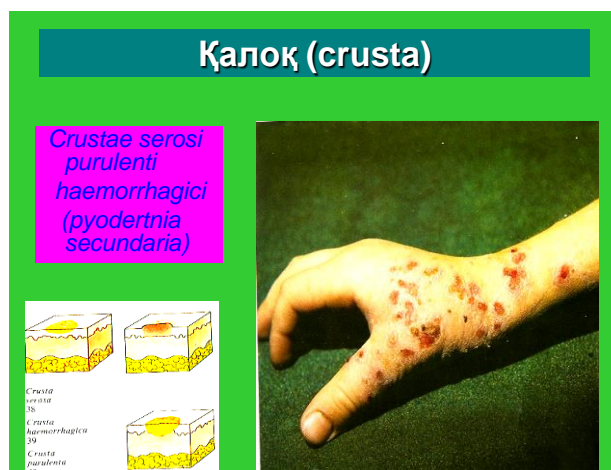
Пўст ташлашнинг шакллари ва тангачанинг кўринишини фарқлай билиш бир қатор дерматозларга ташхис қўйишга ёрдам беради. Шу тариқа кумуш тангачалар псориазда кузатилади, қорамтирлари – ихтиознинг айрим шаклларида, сариқлари – ёғли себореяда, укаланиб кетадиганлари ва осонлик билан ажратиладигани – псориазда. Тангачаларни олиб ташлаш базида оғриқли тарзда ўтади (расм № 13).



Расм № 13

Бунга эса терининг фолликуляр ёриқларига кириб борган тангачанинг қуйи юзасидаги бигизсимон муғуз 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.

Қалoқ (crusta) терида серозли экссудат, йиринг ёки қоннинг, базада қўлланилган дори воситаларининг аралашishi билан қуриши оқибатида юзага келади. Серозли, йирингли, сероз-йирингли, йиринг-гемарогик каби қалoқлар фарқланади. Улар пуфак, пуфакчалар, йирингчаларнинг қуришидан, дўмбоқча, тугуннинг яраланишидан, чуқур маддаларнинг некрози ва йирингли эришидан ҳосил бўлади (расм № 14).



Расм № 14

Қаватли йирик устрицасимон қалoқ *рупия (rupia)*, деб номланади. Бунда қалoқнинг юза қисми энг эскиси ва шу билан бирга энг кичиги бўлиб ҳисобланади.

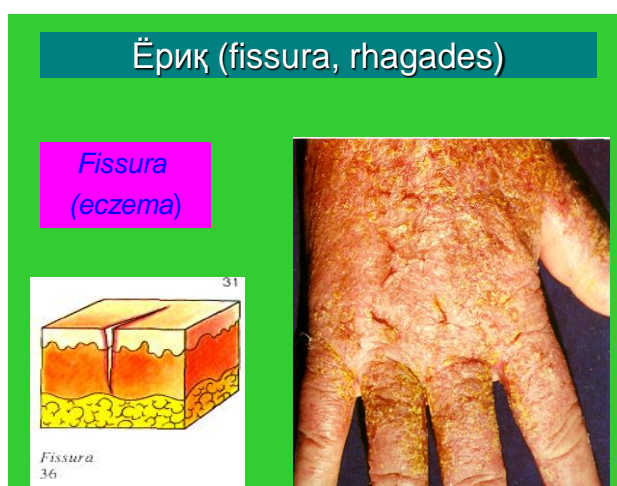
Қалoқнинг ранги улар юзага келган ажралмага боғлиқ: серозли ажратмаларда қалoқ шаффоф ёки сарғиш бўлади, йиринглисида – сариқ ёки яшил-сариқ тусда, қонлисида – қизил ёки жигар ранг бўлади. Аралаш ажратмаларда мос равишда қалoқнинг ранги ҳам ўзгаради.

Қалoқ кўпинча лабларнинг қизил ҳошиясида юзага келади (пўрсилдоқда, кўп шаклли экссудатив эритема, пуфакли темиратки, турли хейлитлар ва бошқалар). Терида қалoқ кўтирда, микозларда, пиодермияларда, экзема, нейродермитлар ва турли захмга оид тошмаларда ва ҳоказоларда юзага келади.

Теридаги аралаш – тангача ва қалoқдан иборат қаватлар тангача - қалoқ, 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 хоказолар) яллиғланиш инфилтрати туфайли терининг эластиклигини йўқотиши оқибатида ҳосил бўлади (расм № 15).



Расм № 15

Малҳамкур хасталик сурункали экземалар, оёқ қафтининг интритригиноз 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 (расм № 16).



Расм № 16

Эксориациялар кучли қичишишнинг обектив белгиси бўлиб ҳисобланади. Тирналишлар юз берган жой ва унинг шакли баъзида таъхис қўйишга ҳам ёрдам беради (масалан, қичимада).

Эрозия – эпидермис чегарасида юзага келадиган терининг нуқсони. Эрозиялар пуфакчалар, пуфаклар, йирингчаларнинг ёрилишидан кейин ва ўлчамлари ҳамда шакли бўйича 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 темиртки, дисгидроз, оёқ кафтларининг дисгидротик эпидермофитияси билан хасталанган беморларда пуфакларни ёрилишидан кейин ҳосил бўлади. Оғиз бўшлиғида, терининг бир-бирига тегиб турадиган юзаларида кўпинча эрозиялашган захмга оид папулалар ҳосил бўлади. Қаттиқ шанкр ҳам эрозия кўринишида бўлиши мумкин. Эрозиялар чандиқлар қолдирмай тузалиб кетади.

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 темиртки ҳамда тери силининг эрозив-яралли шаклида. Бундай

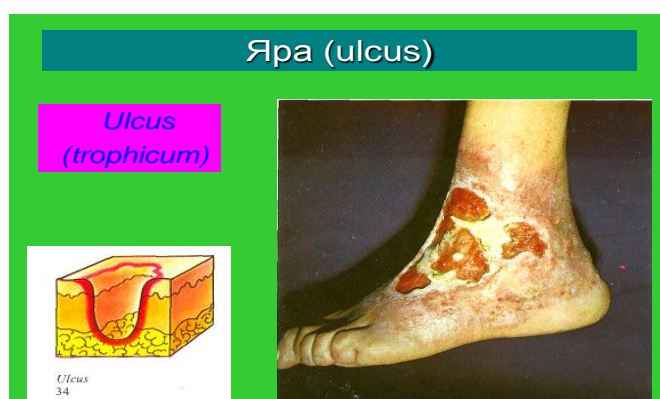
эрозиялар осон шикастланадиган яллиғланган шиллик қавати ва терининг жароҳат олиши оқибати юзага келади (расм № 17).



Расм № 17

Жароҳат натижасида шишган, кўпинча мацерирлашган эпителийнинг яхлитлиги бузилади.

Яра (ulcus) – терининг эпидермиси, дермиси, 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, биров ўйилган, ясси ва юқорига кўтарилиб турадиган, зич ва юмшоқ бўлади (расм № 18).



Расм № 18

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

Чандиқ (*cicatrix*) – терининг чуқур нуқсонлари ўрнида ҳосил бўлади. Бунда уларнинг ўрнини дағал, толали бириктирувчи тўқима эгаллайди. Терининг сўрғичлари текисланади, сўрғич ўртасидаги эпителиал 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 курак йўл билан, яни бундан олдинги яраланишсиз ҳосил бўлади (расм № 19).



Расм № 19

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.

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

Беморда бундан олдин бўлган патологик жараёнга ташхис қўйишда чандиқнинг жойлашуви, шакли, миқдори, ўлчамлари ва ранглари ёрдам беради. Захмга оид гумма ўзидан кейин чуқур чўзинчоқ юлдузсимон чандиқ қолдиради. Терининг колликатив сили –лимфа тугунлари ҳудудида ичига тортилган нотекис шаклдаги кўприксимон чандиқлар қолади. Тери қопламининг бошқа жойларида ҳам худди шундай чандиқларнинг пайдо бўлиши нафақат силдан, балки сурункали чуқур пиодермиядан ҳам дарак бериши мумкин. Терининг папулонекротик силидан сўнг аниқ чегараланган, худди муҳрлангандек ташқи чандиқлар қолади. Учламчи захмнинг дўмбоқчали тошмалари – ола-чипор тўлқинсимон чандиқлар; тери-силида тузалиб кетган тошмалар ўрнида текис юпка ва ялтираб турадиган тери атрофияси қолади.

Лихенизация ёки лихенификация (lichenisatio, lichenificatio) терининг одатий сурати кучайган ҳолда унинг қалинлашиши ва зичлашишидан иборат. Бунда гиперпигментация, қурукшаш, ғадир-будурлик кузатилади (расм № 20).



Расм № 20

Лихенификация бирламчи - тирналишлар оқибатида тери узок вақт мобайнида қўзғатилиши (масалан, 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 катталашиси ҳам қайд қилинади. Улар дермага чуқур кириб боради (акантоз ҳодисаси), айнаи чоғда дерманинг юқори бўлмаларида сурункали яллиғланиш инфилтрацияси билан бирга сўрғичларнинг узайиши кузатилади.

Веgetация (vegetatio). Яллиғланиш жараёни узок вақт сақланиб турган жойда тикансимон қаватнинг кескинлик билан ўсиши оқибатида ҳосил бўлади ва улар ворсинка, дерманинг сўрғичлари кўринишида бўлади. Веgetациянинг юзаси нотекис, паст-баланд, хўроз тожини эслатиб юборади. Агар веgetациянинг юзаси қалинлашган мугуз қавати билан қопланган бўлса, улар қуруқ ва қаттиқ кўринишда бўлади ва кўкимтир тусга эга бўлади. Веgetация эрозияга учраган бўлса, бундай ҳолат шикастланиш ўчоқларидаги ишқаланиш оқибатида юзага келади, улар юмшоқ, серсув, пушти - қизил ёки қизил рангда, осонлик билан қон чиқадиган, серозли ёки сероз - қонли суюқликни ажратади. Иккиламчи инфекция қўшилганда, оғрик пайдо бўлади, атрофидаги хошиясида гиперемия, сероз-йирингли ажратмалар чиқиши кузатилади (расм № 21).



Расм № 21

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ИЧКИ АЪЗО ВА АСАБ ТИЗИМИ ПАТОЛОГИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

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

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

Аммо марказий ва периферик нерв тизимининг органик касалликларида ҳам терида ҳар хил касалликлар келиб чиқиши мумкин. Масалан, сирингомиелияда, алкоғолли невритларда, орқа мия қуришида (спинная сухотка) перфоратив яралар пайдо бўлиши кузатилади. Қуймич нерви зарарланганда эса трофик яра пайдо бўлади. Эндокрин безларининг функциялари бузилганда ҳам терида ҳар хил патологик жараёнлар кузатилади. Масалан, гипофиз ва жинсий безлар функциясининг бузилиши себорея ва хуснбузар келиб чиқишига сабаб бўлади. Қалқонсимон без функциясининг етишмовчилигида эса микседема ривожланади. Буйрак усти безлари хасталигида эса тери бронза тусига киради ва х.к.

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

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

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

ЮРАК – ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ТЕРИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Атеросклероз доим терининг зарарланиши билан кечади, бу зарарланиш аста секин кучайиб борувчи ишемиядан то терининг инфарктигача, яъни некрозгача бўлиши мумкин. Терининг некрози қон билан таминланишининг тўсатдан бузилиши оқибатида ривожланади. Тери инфарктнинг сабаби бўлиб атероэмболия хисобланади, яъни майда артерияларнинг атеросклеротик пиллакчаларининг фрагменти (майда холдаги) билан тўсилиб қолиши хисобига пайдо бўлади. Атеросклероздан кўпроқ ва катта даражада оёқлар артерияси шикастланади ва шунинг учун оёқлар соҳасидаги теридаги ўзгаришлар бошқа соҳаларга нисбатдан кучлироқ ривожланади. Терининг ишемияси хисобига ранги оч, оқиш, цианозга учраган, тукларнинг бўлмаслиги кузатилади. Терининг инфаркти: эпидермисда аниқ

чегараланган некроз зонаси кузатилади, унинг шакли географик харитани эслатади.

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

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

Ишемик яралар: кўпинча травмага учрайдиган босимга учрайдиган соҳаларда тўпиқ устида, суякларнинг бўртиб чиққан соҳаларида оёқ панжаларида кузатилади. Атеросклероз зарарлаган артерия қон билан таминловчи соҳага тўғри келади .

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

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

Марторелли синдроми болдирнинг пастки 1/3 қисми чегараси соҳасида кўпинча симметрик ҳолда жойлашади. Дастлаб пигментацияланган ёки

кўкимтир доғлар пайдо бўлади, кейин ўз – ўзидан ёки арзимаган травма оқибатида доғлар ўрнида симметрик ҳолда струп билан қопланган яралар пайдо бўлади. Яранинг қирғоқлари теккис атрофида гиперэмия хошияси кузатилади. Пальпацияда яра усти қалоқ билан қопланган, кучли оғриқ сезилади. Оғриқ оёқни пастга осилтириб турилганда пасаяди. Узоқ вақт тўшакда ётиш режими яхшиланишга олиб келмайди. Беморларда қон босими анча юқорилиги (гипертензия), умумий ангиопатия (буйрак, кўз, юрак қон томирлари) кузатилади. Кўпроқ катта ёшдаги аёлларда учрайди.

Сурункали веноз етишмаслигида теридаги ўзгаришлар

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

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

Варикоз экзема: тўпиқлар соҳасида ва болдирнинг қуйи қисмида учрайди. Терининг оқ атрофияси: фил суяги рангидаги пиллакчалар пайдо бўлади, улар тўпиқ соҳасида, товонда (юзасида) жойлашган, юзасида қизил нукталар – петехиялар ва телеангиэктазия кузатилади. Пиллакчалар атрофида гиперпигментация хошияси бўлиб, у гемосидерин чўкмаси хисибига пайдо бўлган. Тери ва гиподерма склерози: болдирнинг пастки 1/3 соҳасида терида ялиғланиш, зичланиш ва гиперпигментация кузатилади. Унинг юқори қисми ва қуйи қисмида шиш кузатилганлиги сабабли оёқ шампанское шишасини эслатади (шиша оёқ симптоми).

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

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

Варикоз яралар 30 % беморларда учрайди. Йирик (юзаки ёки чуқур) ва майда ҳамда жуда оғриқ чақирувчи бўлиши мумкин (терининг оқ атрофияси соҳаларида), варикоз яралар доим тўқималарнинг шиши ва зичлашиши асосида пайдо бўлади. Яра пайдо бўлишидан аввал терида гипоксия кузатилади: ёки қизил доғ пайдо бўлади. Бу ерда билинар билинмас травма оқибатида яра пайдо бўлади. Яралар асосан юзаки, қирғоқлари нотекис ўйилган. Бу яралар, варикозли экзема ҳам рожа ва флегмона каби асоратларга олиб келиши мумкин. Бу касалликларнинг рецидивиди тери ва гиподерма склерози чуқурлашади, гиперпигментация пайдо бўлади. Болдир - товон бўғимида фиброзли ёки суякли анкилоз ривожланади.

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

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

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

Авитаминозларда теридаги ўзгаришлар

Цинг (Скорбут)

Овқатда витамин С етишмаслиги оқибатида келиб чикувчи ўткир ёки сурункали касалликдир. Терида қон қуйилиши, қўл ва оёқларда петехиялар ва экхимозлар, фоликуляр кератоз (соч фолликулалари оғзида мугуз пробкалар) ва перифоликуляр қон қуйилишлар кузатилади. Ранги қизил, жигар ранг (янгилари), сариқ – яшил (эскилари). Петехиялар ва экхимозлар кўпинча соннинг ички юзасида пайдо бўлади. Фоликуляр кератоз ва перифоликуляр қон қуйилишлар эса болдирнинг орқа юзасида учрайди. Сочлар синувчан, кўпинча соч фолликуласини оғзини қоплаган мугуз пробка тагида қолиб кетган. Соч фолликулалари атрофида қон қуйилишлар. Тирноқларда – узунасига кетган тирноқ ости қон қуйилишлари. Шиллик қаватлар: шишган, ғоваклашган, тўқ қизил ёки сафсар рангда, осонлик билан

қонайди. Тишлар қимирлаб осон тўкилиб кетади. Бу аломатлар дархол пайдо бўлмайди. Витамин С коллаген толаларнинг синтезида иштирок этади. У етишмаганда проколлагеннинг гидроксиланиши бузилади, коллаген синтези камаяди, капиллярлар ёрилувчан бўлиб қолади (организмда бир суткада 1.5 – 3.0 грамм витамин С бўлиши керак). 0.5 граммдан камайса цинг аломатлари (геморрагиялар) келиб чиқади. 0.5- 0.1 гача пасайса гингивит артралгия сочларнинг ўзгариши, фолликуляр кератоз 0.1 дан камайса олигурия, нейропатия, нафас етишмаслиги, ўлим бўлиши мумкин (даволанмас).

Ферментатив панникулит

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

ҚОН КАСАЛЛИКЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Тромбоцитопеник пурпура

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

ДВС синдром (дессиминированное внутрисосудистое свертывание)

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

Тезкор пурпура (Молниеносная пурпура)

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

Лейкоздаги ўзгаришлар

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

4 хил клиник тури тафовуд қилинади:

Ўткир

лимфоматоз

сурункали

бурксаб (тутаб) турувчи (тлеюшая)

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

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

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

Специфик тошмалардан яна энг кўп учрайдигани геморрагик синдромдир. Теридаги тошмалар хилма-хил бўлиб, кўпинча терининг бошқа яллиғланиш касалликларига ўхшаб кетади. Кўпинча майда ўлчамдаги (2-5мм) папулалар, тугун ёки пилакчалар учрайди. Элементларнинг кўплиги ва хилма-хиллиги лейкознинг турига боғлиқ эмас. Теридаги яллиғланиш касалликлари лейкозли беморларда бошқача, ўзига хос кечади, чунки яллиғланиш ўчоғида лейкоз хужайралари учрайди. Бунда носпецифик тошмалар: экхимозлар, пурпуралар (баъзан папула юзасида пурпура), яралар эритродемия, буллез элементлар, тарвоқлар пайдо бўлади. Тошмалар томчисимон псориазни, пигментли тарвоқ ва гангреноз пиодемияни эслатиши мумкин. Элементлари ранги асосан тўқ бўлади. Пушти-кўкимтир ранглар, кўкиш жигарранггача диапазонда. Тромбоцитопенияда геморрагик доғлар пайдо бўлади. Элементларга консистенцияси қаттиқлик, зичлилик,

оғриқ характерли эмас. Баданнинг ҳар қандай соҳасида учраши мумкин, асосан танада қўл - оёқларда, юзда кўп бўлади.

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

Анемиядаги ўзгаришлар

Тери қуруқшаган, ранги оқ, оқиш, тер ва ёғ чиқариш камайган, терида юпқалашиш, нозиклашиш кузатилади. Сочлар ингичкалашади, тўкилиб ҳар хил аллопециялар келиб чиқиши мумкин, анемик невуслар кузатилади. Тирноқлардаги ўзгаришлар ўзига хос бўлиб, тирноқлар ичига ботиб кирган, юмшоқлашган, юпқалашган, озод қирғоғи осон уқаланади, буни койлонихия деб юритилади.

Шиллиқ қаватлар оқиш пушти, оғиз қуруқшайди, милклар осон қонайди, лабларда ва тилда ачишиш, оғриқ кузатилади, айниқса овқат еганда бу холатлар кучаяди. Тўам билиш хисси йўқолган бор, гулвота ва бошқа нарсалар истеъмол қиладилар. Тил шишган, оғизларида тиш излари қолган, сирти атрофияга учраган. Оғиз бурчакларида ёриқлар кузатилади. Оғиз шиллиқ пардасида парестезия ва там билишининг бузилиши, темир етишмаслиги анемиясининг бошланишидаги асосий аломатдир (диагностика учун). Витамин В12 етишмаслиги анемиясида тил силлиқ, ялтироқ

сўрғичлари атрофияга учрайди, эпителий ва мушаклари юпкалашган. Тилда ёрқин – қизил доғлар пайдо бўлади, улар қўшилиб кетгач, бутун тил ёрилиб, қизил тусга киради. (Гюнтер – Мюллер глоссит).

Септик эндокардит

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

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

2. Ослер тугунчалари. Тери остида нўхот донидан кичик бўлган (ярмича), ёрқин қизил рангли, оғриқли тугунлар пайдо бўлади. Улар бармоқларнинг оёқ ва қўл дистал қисмида, ёстиқ соҳасида жойлашади, бош ва кичик бармоқнинг кўтарилиб турган соҳасини эгаллайди. Ослер тугунчалари капиллярларнинг септик эмболияси ҳисобига юзага келади. Тугунчаларни аспирацион биопсия қилиш ёрдамида бу ердан касалликни қўзғатувчи (септик эндокардит) микроорганизмни ажратиш олиши мумкин. Ним ўткир эндокардитда эса Ослер тугунчалари қон томир деворларида иммун комплекслари чўкиб қолиши ва васкулит ривожланиши ҳисобига юзага келади.

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

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

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

6. Оёқлар (кўллар) гангренази. Септик эмболия оқибатида юзага келади.

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

ЭНДОКРИНОПАТИЯЛАРДА ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Қандли диабет

Бу касалликда терида хилма-хил ўзгаришлар юз беради:

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

2. Ҳалқали гранулема. Қандли диабетда бу касалликнинг генерализациялашган тури кузатилади. Қаттиқ, силлик, ялтироқ папулалар ва диаметри 1- 5 см ли пиллакчалар пайдо бўлади. Элементларнинг ранги пушти-қизил, сафсар ёки терининг ранги билан бир хилда бўлиши мумкин. Шакли халқасимон, ярим ойсимон бўлиб халқа ёки ярим халқа хосил қилиб жойлашади.

3. Кирле касаллиги. Биринчи марта 1916 йил, австралия дерматологи Дж. Кирле томонидан баён қилинган. Асосан қандли диабет касаллигида, буйракларнинг сурункали етишмовчилигида, баъзан эса жигар етишмовчилигида, гипотириозда учрайди. Дастлаб майда, якка холдаги ёки гурухлашган мугузланувчи (кепакланувчи) папулалар пайдо бўлади. Уларнинг ранги соғлом тери билан бир хил. Секин аста улар катталашиб пиллакчалар хосил қилади. Элемент марказида мугузли (кипикли) пробка

кўзга ташланади. Агар шу мугуз пробкани олинса (чиқариб), кратерсимон чуқурча хосил бўлади. Соғайгандан сўнг атрофик чандиқчалар қолади.

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

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

5. Эрруптив ксантомалар. Декомпенсацияга учраган қандли диабетда ва қонда триглицеридлар миқдори жуда ортиб кетганда пайдо бўлади. Элементлар кўкқисдан, кўп миқдорда пайдо бўлади. Дастлаб аниқ чегараланган папулалар хосил бўлади. Улар қўшилиб пилакча хосил қилади. Элементларнинг ранги дастлаб қизил, кейин улар сариқ тусга киради ва қирғоғида қизил хошия мавжуд бўлади. Шакли гумбазсимон, яримшарсимон, тартибсиз жойлашган. Бир бирига яқин жойлашган папулалар катталлашиб қўшилиб, дўмбоқчали эруптив ксантомалар хосил қилади (чиғанокда). Кўпинча элементлар думбада (пилакча), чиғанокда, тиззада, елка соҳасида учрайди.

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

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

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

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

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

Дастлаб ишемия ўчоғлари пайдо бўлади, уларнинг шакли нотўғри, размери катта бўлиб, у ерда доғ кузатилади, терининг сурати мраморни эслатади оқиш тусга кирган холда қизил тусли доғ сезилади. Баъзан ишемияга учраган тери юзасида пуфаклар пайдо бўлади. Кейин эпидермис, дерма, гиподерма некрозга учрайди, некротик тўқималар чиқиб кетгач, яра хосил бўлади. Иккиламчи инфекция кўшилса, флегмона ва сепсис ривожланиши мумкин. Доғларнинг ранги дастлаб тўқ қизил, кўкимтир, сафсар, кейин инфаркт зонаси қора тусга киради. Бир неча hafta ёки ойлар мобайнида касаллик ўчоғи кенгаяди. Агар сенсор нейропатия бўлмаса, хатто янги ўчоғларда ҳам кучли оғриқ бўлади. Тўқималар зичлашган, қаттиқ. Некроз ўчоғлари аниқ чегарага эга эмас. Яранинг атрофидаги соҳаларида касалликга чалинган ўчоғ кўламида гиподерма зичлашган. Яранинг қирғоқларида қора струплар хосил бўлади. Яра чуқур, гиподермага етиб боради, жуда кучли оғриқ безовта қилади. Яра атрофидаги теридаги оқиш ва тўқ қизил соҳалар касаллик ўчоғида тўрсимон кўриниш беради. Касаллик кўпинча болдирнинг латерал юзасида, икрасимон мушак соҳасида, думбада, қоринда пайдо бўлади. Баъзан қўл бармоқлари ва жинсий олатда учраши мумкин.

11. Липоидли некробиоз. Оппенгейм-Урбах касаллиги. Липоидли некробиоз ҳар хил рангли пилакчалар пайдо бўлиши билан кечувчи

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

Глюкагонома

Кам учрайдиган, ошқозон ости безининг оролчалардаги альфа-хужайларидан етишиб чиққан ўсма касаллигидир. Ўсма глюкагон гормони ишлаб чиқаради ва оқибатида жуда ўзига хос тошмалар пайдо бўлиши билан кечади. Булар некролитик миграцияловчи эритема, глоссит ва лаб бичилишидир. Миграцияловчи некролитик эритемада яллиғланишга хос пилакчалар (эритемалар) пайдо бўлади ва атрофга қараб ўсиб, кенгайиб боради, марказида эса элементлар регрессияга учрайди. Элементлар бир-бирлари билан қўшилиб географик харитага ўхшаган кўриниш олади. Пилакчаларнинг атрофида пуфакчалар, қалоқлар, кепаклар ҳосил бўлади, эрозиялар учрайди. Жойлашиш ҳалқасимон, спиралсимон, ёйсимон. Кўпинча оғиз атрофида, юзда, қўл ва оёқларнинг букилувчи соҳаларида, катта бурмалар соҳасида, ташқи жинсий аъзолар ва орқа пешов соҳасида бўлади. Бармоқлар учи қизил, ялтироқ тусда, эрозияга учраган. Шиллиқ қаватларда

блефарит, глоссит кузатилади. Тил катталашган, гўштсимон, қизил тусда, сўрғичлари текислашган. Лабларда бичилиш (заеда) кузатилади. Перианал соҳасида ўчоғларда полициклик шаклдаги эрозиялар учрайди, эпидермис некрозга учраб кўчиб, ажраб чиқади (пуфак қобиқ каби қоплаб туради, кандидозга ўхшайди) цинк препаратлари эффе́кт бериши мумкин (даволашда).

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

Иценко – Кушинг синдроми

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

Теридаги аломатлари:

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

- б) Терининг бошқа касалликлари ранг-баранг темиртки ва дерматофитиялар кўп учрайди

Диффуз токсик буқоқ (ҚБазедов касаллиги)

Диффуз токсик буқоқнинг учта асосий белгиси бўлади:

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

Беморларда тери иссиқ, нам, барқутсимон, силлик бўлади. Кафт ва товонларда тер чиқиши кучайган. Претибиал микседема (шилликли шиш). Даставвал иккала оёқ соҳаларида симметрик жойлашади, зич-қаттиқ папулалар ёки пиллакчалар пайдо бўлади. Ўчоқ катталашиб боради, бир бири билан қўшилади ва оғир холатларда болдирнинг ҳамма юзасини ва товоннинг устки қисмини эгаллаб олади. Зарарланган тери дастлаб апельсин пўчоғини эслатади, кейинчалик унинг юзаси сўгалсимон холатга киради. Ўчоғнинг ранги қизил пушти, тўқ қизил, баъзан эса ўзгармаганини кузатиш мумкин. Қўлтиқ остида ҳарорат ўлчанганда, оғиз бушлигидаги ҳароратдан 0,2-0,3С баланд бўлади. Телле симптоми, қовоқлар (век) пигментацияси учрайди.

Гипотиреоз (микседема)

(Кретинизм – врожденный гипотиреоз).

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

Мумсимон, қуруқ ксеродермадаги каби ғадр-будур, ажинлар пайдо бўлган. Кафт ва товонларда мугузланиш кучайган - кератодермия. Ранги-оқиш, бу холат сув ва гликозамингликанлар миқдорининг ортиши ва қон билан таъминланишининг камайиши (вазоконстрикция) хисобига бўлади. Кафт ва товонларда эса каротинемия хисобига сарғиш ранг кузатилади. Пальпацияда тери қуруқшаган, тер ва ёғ чиқиши камайган, совуқ,

хамирсимон консистенцияга эга бўлади. Қўл - оёқларда зич - қаттиқ шиш кузатилиб, бармоқ билан босилса чуқурча қолмайди. Тана тотал зарарланади. Кўпинча, айниқса 30 ёшдан ўтган аёлларда вителиго пайдо бўлиши кузатилади. Сочлар куруқ, дағал, синувчан. Алопеция кузатилади; Соч ўсиши секинлашади, сочлар сийраклашди (бошда, соқоллар соҳасида, жинсий аъзолар соҳасида). Соч молекулаларининг телоген босқичидагилари кўпаяди (ундов белгиси симптоми мусбат). Қошларнинг ташқи латерал томондаги 1/3 қисми тўкилади (Ротшильд симптоми). Тирноқлар секин ўсади, осон синувчан бўлади. Тил қатталашган, силлик, қизил тусда ҳаракати секинлашган. Бу касалликда тери рангининг оқиш бўлишига сабаби нордон гликозамингликанлар (гиалурон ва хондроэтинсульфат кислоталар) нурларнинг синишини (лучепреломление) ўзгартиради. Сарик рангининг (кафт ва товонларда) сабаби эса бетта-каротининг витамин «А» га айланишининг секинлашиб кетишидир.

ҲАР ХИЛ НЕВРОЛОГИК ВА РУХИЙ БУЗИЛИШЛАР ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Буларни куйдагиларга ажратиш мумкин:

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

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

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

3. Дистромфомания (дистромфофобия). Бунда беморлар ўзларида физик етишмовчилик (майиблик, мажрухлик) хис қиладилар ва тўла ишонадилар (дистромфия – мажхурлик). Бу ишонч кўпинча делирий (брeд) характерига эга бўлади. Беморлар дерматологларга ва пластик хирургларга мурожаат қиладилар, психиатр ёрдамидан эса қатъий воз кечадилар. Кўпинча ёш, ёлғиз аёллар бунга чалинадилар. Уларнинг шикоятлари ҳам жуда типик: ажинлар, хуснбузарлар, чандиқлар, гипертрихоз, лабнинг қуруқшаб кетиши, соч тўкилишининг бошланиши, сочнинг жуда тез ўсиши, кўп терлаш, терининг бадбуй хидига ва х.к.

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

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

6. Бошнинг сочли қисмидаги ёки бошқа соҳалардаги сочларини юлиб олишидан иборат бўлиб, бу сочни юлиб олиш хоҳиши шу қадар кучликки,

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

Нейротропик яралар

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

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Бир қатор дерматозларда уларнинг пайдо бўлишига олиб келган этиологик омил маълум бўлади (пиодермиянинг турли клиник шакллари, дерматомикозларнинг клиник шакллари ва турли хилдаги қўзғатувчиларга эга эканлиги, тери сили, тери лейшманиози, вирусли дерматозлар, мохов, қичима ва бошқалар). Касаллик қўзғатувчисини ажратиш, уни лаборатория шароитида ўрганиш, малҳамкур қўзғатувчини жониворларга юктириш аксарият ҳолларда даволаш препаратларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этиш имконини берди. Улар микробга ўзига хос тарзда таъсир қилиб, инфекцияни ёки паразитар дерматозни йўқ қилишни осонлаштиради. Бу эса дерматознинг этиотроп (этиологик) терапиясидир. Бироқ «соф ҳолатда» бундай муолажа кам ҳолларда самара келтириши мумкин (қўтир, лейшманиоз ва бошқалар). Микроб агент яхлит организмда фаолият олиб боради. Охир-оқибатда организм микроорганизмнинг таъсирига унинг жавобини аниқлайди. Бундан ташқари беморнинг организмга ҳам, микроб омилига ҳам атроф-муҳит шароити таъсир кўрсатади.

Сезиларли терапевтик қийинчиликларни кўпинча амалиётда учрайдиган дерматозлар, қачонки организмнинг реактивлиги ўзгаришлари, яъни экзоген ва эндоген қўзғатувчилар – 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 қўзғатувчи омил ётса (масалан, профессионал дерматозда кимёвий аллегрен), у полисенсibiliзацияга олиб келмаган бўлса (бир неча моддага ўта сезувчанлик), уни йўқотиш нисбатан тезроқ соғайишга олиб келади. Бироқ амалиётда дерматозни юзага келтирган аллергенни кўпинча аниқлашнинг имкони бўлмайди ёки ирсий боғлиқлик ва орттирилган поливалент сенсibiliзация туфайли кўплаб ўзғатувчиларга реактивлилик

мавжуд бўлади. Бундай ҳолатларда асосий аҳамият умумий даволашга, десенсибилизацияланадиган ва симптоматик муолажага, сурункали инфекция ўчоқларини ва ички азоларнинг аниқланган хасталикларини, асаб тизими ва дерматозни сақлаб турадиган ички безларини даволашга этибор қаратилади. Айниқса, сурункали аллергик дерматозлардан азият чекаётган болаларни даволаш қийиндир.

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

Муолажа режаси анамнез малумотлари ва клиник, лаборатор текширувларнинг натижаларига мувофиқ тарзда тузилади ва тўғриланади. Клиник фикрлаш, иш давомида юзага келадиган тажриба, малака, интуиция, шунингдек, махсус даврий адабиётларни ўқиб-ўрганиш ва кўшни ихтисосликларда эришилган натижаларни билиш, айниқса, терапия ва неврология ҳам муҳим аҳамият касб этади.

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

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

Умумий даволаш

Тери хасталикларини умумий даволашда айни пайтда кўплаб дори воситалари ва усуллардан фойдаланилади. Бу седатив, гипосенсибилизациялайдиган, гормонал, иммун терапияси, кимёвий терапия, антибиотиклар билан даволаш, курорт даволаниши ва бошқалар. Бироқ

умумий терапия воситаларини бундай бўлиши малум маънода нисбийдир. Чунки бир хил дори кўпинча ҳар томонлама таъсир кўрсатади.

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

Психотерапия тери касалликлари билан хасталанган беморларни даволашнинг муваффақиятли қисмларидан бири бўлиб ҳисобланади. Психотерапия ўз ичига, аввало, беморга сўз ва феъл-атвор билан таъсир кўрсатишни олади. Психотерапияни беморнинг асабий-руҳий ҳолатини инобатга олган ҳолда ўтказиш лозим. Юзага келиши мумкин бўлган ятроген манбаларини йўқотиш керак. Беморларга уларнинг хасталиги тузалиб кетишини сингдириш даркор, ҳатто оғир хасталик ҳолатида ҳам. Шифокор беморнинг шикоятларига сабр билан қулоқ тутиши зарур. Ҳар бир дори воситасининг қўлланилишини тушунарли тартибда изоҳлаш, унинг ижобий таъсирлари, вақти ва қабул қилиш миқдорини тушунтириши керак бўлади.

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

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

Электросон марказий асаб тизимининг функционал бузилишига таъсир кўрсатади. Беморларнинг умумий ҳолати яхшиланишига олиб келади. Бу усул асаб тизимига тегишли частотали тебранишларга эга токнинг кучсиз

импулси 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 нейрелептик 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 хужайралардаги 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 қобилятини 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, ҳуснбузар 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 шиллик қават силнинг ярали шаклларида, D₃ - псориази 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 ўлимнинг олдини олади, балки аксарият ҳолларда уларга меҳнат қилиш қобилиятини ҳам қайтаради. Бир қатор дерматозларда кортикостероидлар хасталикнинг оғир зўрайишларини тезда олдини олади (токсидермия, атопик дерматит, экзема, дерматомиозит, буллёзли пемфигоид ва бошқалар).

Дерматозларни даволашда кортикостероидларни қўллаш уларнинг яллиғланишга қарши, гипосенсибилизацияловчи, антиаллергик ва антитоксик, иммунодепрессив таъсирига асосланган. Кортикостероидларнинг катта гуруҳидан тери касалликларини даволашда кўпинча преднизолон, триамцинолон, дексаметазон қўлланилади. Вулгар 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 узок вақт давомида қўллаб - қувватлаб турувчи дозаларга мурожат қилиш зарурлиги билан боғлиқдир.

Стероидли препаратларни тезлик билан тўхтатиш оғир асоратларга олиб келиши мумкин («бекор қилиш синдроми»). Уларнинг миқдори қандай даражада катта ва даврийлиги ҳам узок бўлса, миқдори (дозалар) босқичма-босқич ва шу даражада узок пасайтирилади. Кортикостероидлар

билан даволашда ош тузини истеъмол қилишни чеклаш лозим. Шу билан бирга 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 чизиқлари юзага келади. Бундан ташқари артериал қон босими ҳам ортиб кетиши мумкин (стероидли гипертония). Стероидли диабет юзага келиши, яра хасталиги кучайиши, пептик яранинг перфорацияга учраши оқибатида қон оқиши кузатилади (кортизонли перфорация). Ўпкаларда эса сил жараёнлари зўрайиши ҳам мумкин. Макроорганизмнинг иммунобиологик ҳимоявий кучлари пасайиши оқибатида фокал ва умумий ўткир ҳамда сурункали инфекциялар фаоллашиши мумкин. Қонда протромбиннинг ортиши туфайли томирларда тромбоз ривожланиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Аменорея ва руҳий касалликларнинг пайдо бўлишини ҳам истисно қилиб бўлмайди (дастлаб эйфория, кейинчалик руҳий сиқилиш), остеопороз (кўпинча умуртқага тегишлиси) ва бошқалар. Юқорида кўрсатилган асоратларнинг мавжудлиги туфайли кортикостероидлар билан даволашда иштаҳа, артериал босим, беморлар танасининг вазни, диурез, қандга сийдик ва қонни текшириш, сийдикда хлоридлар ва мочевианани аниқлаш, калий, калций ва натрийни, қоннинг ивиши, тромбоцитларнинг миқдори, протромбин индексини кузатиб бориш лозим.

Анаболик гормонлар нитроген алмашинувига ижобий таъсир кўрсатади, оксилларни синтез қилиш учун зарур бўлган калий, олтингугурт ва фосфорнинг ажралишини ушлаб туради. Калцийнинг суякларда тўпланишига кўмаклашади. Анаболик гормонларни тайинлашда иштаҳанинг ортиши, бемор умумий ҳолатининг яхшиланиши, калцийнинг суякларда тўпланишининг тезлашиши (остеопорозда) кузатилади. Шу боис улар узоқ вақт қўлланиш учун кўрсатилган. Нероболит, ретаболит, метандростенолон ва бошқа анаболик стероидлар кучсиз андроген таъсирга эга ва шу боис улар простата беши аденомасига эга эркакларга ва менструал циклнинг фолликуляр (estrogen) босқичидаги аёлларга тайинланмайди.

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

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

Антибиотиклар билан даволаш. Инфекцион дерматозларға 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, амоксицилин, аугментин) кенг қўлланилади. Цефалоспоринлар гуруҳидан дерматовенерологик амалиётда кефзол, зиннат, роцефин ва бошқалар қўлланилади. Тетрациклинлар гуруҳидан

кўпинча доксициклин, оксациклин, метациклин, тетрациклин; макролидлар (эритромицин, сумамед, ровамицин, рулид) кўп қўлланилади. Сиртга қўллаш учун синтомицин линименти, линкомицин, гелиомицин, тетрациклиндан фойдаланилади.

Дерматомикозларда замбуруғларга қарши воситалар кенг қўлланилади – ламизил, орунган, амфоглюкамин, гризеофулвин, нистатин. Пиодермитлар ва микоплазмозларда линкозамидлар гуруҳидаги антибиотикларини қўллаш мақсадга мувофиқдир (линкомицин, клиндамицин ва бошқалар).

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

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

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

Антимикотик воситалар асосан *Candida* турига мансуб замбуруғларга (миконазол, кетоконазол, флуконазол, нистатин, леворин), дерматофитларга (гризеофулвин, толнафтат, толциклат, оксиканозол), замбуруғ хужайралари

деворларининг тузилмасига ва функциясига ҳамда нуклеин кислота синтезига (амфотерицин В, натамицин, тербинафин, нафтифин, аморолфин), замбуруғ хужайраларида трансмембрана алмашинуви жараёнларига (батрафен) қарши таъсир кўрсатади.

Биологик фаол препаратлардан бир қатор дерматозларни даволашда (псориаз, пемфигус, васкулитлар) гепарин қўлланилади; бириктирувчи тўқимада гиалуриинли кислота ортиши билан кечувчи дерматозларда (склеродермия) – лидаза.

Бўғимлар шикастланиши билан ўтадиган дерматозларда, масалан атропатик псориазда ностероидли яллиғланишга қарши воситалар муваффақиятли тарзда қўлланиб келинади (индометацин, ортофен, напросин, мефенам кислота, ренгазил, сургам ва бошқалар). Фагоцитозни фаоллаштириш, регенератив жараёнларни тезлаштириш, организмнинг ҳимояловчи 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 хужайра 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.

Охирги 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, суг истеъмол қилиш таъқиқланади.

Ташқи даво

Маҳаллий даволаш худди умумий даволаш сингари доимо якка тартибдаги ёндашувни талаб қилади. Ташқи даволашнинг ижобий натижага олиб келиши касаллик характери (ўткир, ўткир ости, сурункали), жараённинг босқичлари (зўрайиб бораётган, стационар, пасайиб бораётган), шикастланишнинг чуқурлиги ва жойлашган қисми, тайинланаётган тиббий воситанинг фармокологик хусусиятлари, уни қўллашга бўлган тавсиялар ва қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар, ташқи воситанинг концентрацияси ва унинг шакллари мақбул тарзда баҳолашга боғлиқ. Экзема энг яққол намуна бўлиб ҳисобланади. Бунда ташқи даво экземанинг шакли, унинг босқичи, жойлашган жойи ва бошқа омилларга боғлиқ. Ташқи даволашни қатъий равишда якка тартибда ва беморни доимий равишда кузатган ҳолда олиб бориш лозим. Чунки препаратларни кўпинча алмаштиришга (улар мақбул келмаганда ёки уларга ўрганиб қолинганда) ёки дозаларини ўзгартиришга тўғри келади. Бир қатор тери хасталикларда маҳаллий

даволашнинг асосий қоидаларидан бири дастлаб дори воситаларининг кучсиз концентрациясини қўллаб, босқичма-босқич уни ошириб бориш ва янада фаол таъсир кўрсатадиган препаратларга ўтиш бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга тери касалликларининг кучли таъсир қиладиган дори воситалари қўлланилиши кўрсатилган шакллари ва босқичлари мавжуд. Масалан, бу айрим инфекциялар дерматозлардир (трихомикозлар, қичима ва бошқалар).

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

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

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

У ёки бу ташқи дори воситасини қўллашдан олдин шикастланиш ўчоғини йиринг, устки қават, тангача, пуфакча парчалари ва пуфакчалардан тозалаш лозим. Бироқ тангачалар, устки қават, малҳам қолдиқларини мажбуран олиб ташлаш мумкин эмас. Бундай жойларга одатда кунгабоқар, зиғир ёки бошқа ўсимлик мойи суртилади. 15-20 дақиқадан кейин эса такрорий равишда ўчоққа ишлов берилади ёки мойли боғични янада узок вақтга қолдирилади. Ифлосланган эрозия ва яраларга водород пероксидининг 3 фоизли эритмасида ишлов берилади. Пиодермия ва бошқа инфекцион дерматозларда ўчоқлар атрофидаги тери 2 фоизли салицил ёки 2 фоизли борат спирти ёрдамида артилади.

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

Дерматологияда дори воситаларини ташқи қўлланилишининг асосий усуллари

Сепма дорилар кукунсимон моддалардан иборат бўлиб, зарарланган жойга текис, юпқа қават қилиб суртилади. Улар терини қуритади ва ёғсизлантиради (гигроскопиклик оқибати), уни (иссиқлик чиққанда) совутади ва тери сиртки томирларининг торайишига қўмаклашади. 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 айнақса, тери бурмаларидаги кучли терлашда қўллаш

керак эмас. Айрим дори воситалари эрозия ва яраларни даволаш учун сепмалар таркибига кукун кўринишида киритилади.

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti aa 10,0

M.D.S. Сепма

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti aa 15,0

Dermatoli

Bolus albae aa 10,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli aa 10,0

M.D.S. Сепма.

Дерматологияда яллиғланишга қарши, қуритувчи ва дезинекцияловчи восита сифатида сув ва спирт эритмалари шаклидаги **примочкалардан** 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. Кўпинча 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 жарохат 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 қоидалар бўйича тайёрланади, аммо, дока қатламлари кўпроқ (8-12) ва у қуришига қараб, анча кам алмаштирилади (1/2-1 соат ва ундан кўпроқ). Нам - қуритувчи боғлам усти юпқа қатламли гигроскопик пахта билан ёпилади ва бинт билан боғлам қўйилади. Бу боғламлар ўткир яллиғланиш аломатларининг пасайишига кўмаклашади, секин-аста буғланувчи суюқлик тери (нам қуритувчи боғламга нисбатан фаолроқ) совушини келтириб чиқаради.

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

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

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

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Glycerini

Aq. destillatae aa 25,0

M.D.S. Қўлланишдан олдин чайқалсин.

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

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 30,0

Glycerini

Sp. Vini rectific. 96 % aa 25,0

Aq. destill. ad 220,0

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

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

Rp: Zinci oxydati 30.0

Ol. Helyanthi 70.0

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

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

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

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

Пасталар индифферент кукунлар (рух оксиди, талк, крахмал) нинг тенг миқдордаги аралашмаси ва mine ўзаклари (ланолин, вазелин ва б.) ўзида жам этади. Официнал рух пастаси куйидаги 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 чукурроқ, аммо, малҳамлардан камроқ яллиғланишга қарши ва қуритувчи таъсир кўрсатади. Пасталарнинг ёпишқоқлиги уларни боғловларсиз қ ўйишга имкон беради. Сувланиш пайтида бошнинг сочли қисмига улар қўлланилмайди. Паста терига кунига 1-2 маҳал суртилади; 3 кунда 1 марта ўсимлик мойида намланган тампон билан артиб тозаланади.

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

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

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

Малҳам ёғли- малҳамли ўзак (вазелин, ланолин, чўчқа 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 % олтингурут 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 темиртки, ўраб олувчи темирткини даволашда интерферонли, оксолинли малҳамлар, ацикловир ва бошқалар қўлланилади.

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

кремида вазелин ўрнига ўсимлик (зайтун, шафтоли, кунгабоқар, канақунжут) мойларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: Lanolini, Ol. Helyanthi, Aq. destill. aa.

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

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

Кейинги йилларда липосомал эмулсиялар асосида тайёрланган, таркибига доривор ўсимликлар ва цитокинлар экстрактларидан қўшилган малҳам ва геллардан қўлланиляпти. Қуюқлаштирувчилар сифатида глицерризин ва кератиндан фойдаланилган. Липосомалар тирик мембрана модели ҳисобланади ва таркибига биологик мембраналар кирадиган табиий лецитиндан иборат. Бу суний мембраналар хужайралар мембраналари (қўшилиш, липид қаватдан ўтиш ва б.) билан самарали ўзаро таъсир кўрсатади. Улар гидрофил, гидрофоб ва амфифил моддаларни ўз ичига олади ҳамда дориларнинг жуда кенг спектрига бардош беради.

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

Rp: Ac. lactici

Ac. Salicylic!

Resorcini aa 10,0

Ol. Ricini 3,0

Collodii ad 100,0

M.D.S. Вулгар оёқ кафти сўгаллари, қадоқлар, шунингдек, 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, куйдирувчи, фунгицид ва бошқа воситалар фарқланади. Ташқи воситаларнинг бундай бўлиниши кулай ва гарчи, шартли бўлса-да, демак, уни қўлланиш шакли ва концентрациясиға қараб, бир хил восита турли таъсир кўрсатиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатда кератопластик (оз даражада), кератолитик (бир неча кўп даражада) ва куйдирувчи (янада кўп даражада) таъсир қилувчи резорцин жуда яхши. Қатрондан типик кератопластик восита сифатида шунингдек, паразитларға қарши ва қичишишға қарши мақсадлардан фойдаланилади. 3 % даражадаги салицил кислотаси кучсиз кератопластик, 3%дан орти қ даражада эса кератолитик восита сифатида таъсир кўрсатади.

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

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

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

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

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

Куйдирувчи ва емирувчи воситаларга салицил кислотаси ва резорцин (катта концентрацияда), кумуш нитрати, сут кислотаси, подофиллин эритмаси, пирогаллол, сирка ва трихлоруксус кислотаси, ўювчи ишқорлар ва бошқалар тааллуқлидир.

Замбуруғли касалликлар беморларига йод (2-5 % спиртли эритма) анилин бўёқлари, ундецилен кислотаси препаратлари, шунингдек, малҳам

шаклидаги олтингугурт ва қатронни ўз ичига олган фунгицид воситалар тайинланади.

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

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДАГИ ҚАЙТА ЎЗГАРГАН ЖИСМОНИЙ 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 тоқ билан қиздирилган платина халқалар (электролиз) билан хужайраларни куйдириш учун фойдаланилади.

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

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

Диадинамика тоқ (Бернар тоқи) ҳам мунтазам тоққа мансуб бўлиб, тўғриланган паст частотали синусоидал тоқлардир. Ушбу токни пайдо қиладиган аппарат “диадинамик” деб аталади. Дерматологияда бернар тоқи 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, халка ва ҳ.к. кўринишидаги ҳаракатдаги кичкина сиртга эга бўлади. Диатермокоагуляциядан сўгаллар, папилломалар, дерматофибромлар, томир невуслари, холлар, телеангиэктазияларни парчалош, бўжама тошмаларини даволаш, татиуровкаларни йўқ отиш ва бошқаларда фойдаланилади. Диатермокоагуляциядан, шунингдек, гипертрихозда сочларни тўқишда ҳам қўлланилади.

Ультра юқори частотали тоқлар (УВЧ) – 10 000 дан 300 000 000 гача ва ундан ортиқ герц частотали, электромагнит майдонини яратувчи ўзгарувчан ток. Диатермик аппаратга ўхшаш мослама ултрақисқа 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.. Бирок, 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 териға зарарловчи таъсирлари анча кам бўлган чегара нурлари (Букки нурлари) қўлланади. Букки нурлари ортиқча бўжамалар, нейродермитларнинг чекланган шакли (сурункали Видал лишайи), сурункали экзема, келоид чандиқлар ва бошқаларда тайинланади. Сурункали болдирлар трофик яралари, васкулитларда лазер қўлланилади.

Ультратовушли терапия. Ультра товуш механик, термик ва жисмоний-кимёвий таъсир кўрсатади. Тўғридан тўғри (териға, мушакка, бўғимларга) ва билвосита (орқа мия илдизларига, симпатик ствол, алоҳида нервлар ва б.) товушлангириш қўлланилади. Дерматологияда тўғридан тўғри локал товушлангириш гидраденит, локал тери қичишишида, чекланган нейродермитда, чекланган склеродермияда, псориастик артропатияда, трофик яраларда қўлланилиши мумкин. Сегментар билвосита товушлангириш 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.

Фотохимётерапия (ПУВА-терапия). Бу ном ”псорален” сўзининг бош ҳарфидан келиб чиққан. УВА узун тўлқинли ультрабинафша нурларни билдиради. Даволашда беморни узун тўлқинли ультрабинафша А-нурлари (тўлқин узунлиги 315 дан 400 нм гача) билан нурлангиришдан 2 соат олдин фотосенсибилизаторлар – пувален, метоксален, ламадин ва бошқалар қўлланилади.. Нурлангириш секин-аста дозани ошириб борган ҳолда ҳафтасига 4 марта ўтказилади. Шунингдек, фотосенсибилизаторлар қабулини талаб этмайдиган селектив фототерапия (СФТ) (тўлқинлар узунлиги 280-315 нм гача бўлган В-нурлар)дан ҳам фойдаланилади.

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

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА КУРОРТ ОМИЛЛАРИ

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

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

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

Болаларга илк ҳаво ванналари 2-3 ойликдан бошланади: бола кунига 1-2 марта бир неча дақиқа яланғочланган ҳолда қолдирилади. Кўкрак ёшида ҳаво ванналарини гимнастика билан қўшиш мумкин. Об-ҳаво ва боланинг

реакциясига қараб, ҳаво ванналарининг давомийлиги 2-60 дақиқагача кўпайтирилади.

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

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

Балнеологик курортларда асосий даволовчи омил минерал сувлар ҳисобланади. Даво мақсадлари учун яроқли эриган газлар, муайян терапевтик фаол ионларнинг умумий минераллашмалари шифобахш минерал сувлар, деб аталади. Замонавий таснифга кўра, минерал сувлар 7 та асосий бальнеологик гуруҳга бўлинади: 1) специфик компонент ва хусусиятларсиз сувлар; 2) карбонат ангидридли; 3) сульфатли; 4) темирли, маргумушсимон ва б.; 5) бромли, йодли ва юқори органик модда таркибли; 6) родонли (радиоактив); 7) кремнийли иссиқ булоқлар. Бу таснида минерал сувларнинг кимёвий таркиби, жисмоний хоссаси ва организмга таъсирини боғлашга ҳаракат қилинган.

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

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

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

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

Родонли ванналар сероводородга нисбатан юмшоқ таъсир қилади. Терининг яллиғланиш ўчоқларида улар гистамин, сератонин, брадикинин сингари биологик фаол қўзғатувчи моддалар ҳосил бўлишини пасайтиради. Тарқалма турғун қизил дермографизм билан кечувчи экзема, эшакемида родонли ванналартери томирлари ўтувчанлиги камайган ва бир вақтнинг ўзида томир торайиши эффекти оқбитадига ўткир яллиғланиш ҳодисаларини пасайтиради. Улар, шунингдек, псориаз, атопик дерматит, қичиманинг ривожланган кечишида ҳам самаралидир. Ванналар давомийлиги 5 дан 15 дақиқагача бўлади.

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

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

Балчикли даволашда турли фаол элементлари (сероводород, темир ва б.) бўлган балчикли ва торфли (ишқорли ва нордон торфлар) балчиклардан фойдаланилади.

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

Балчикли аппликациялар терининг янги ҳосилалари, қон, юрак-қон томир етишмовчилиги касалликларида акс таъсир кўрсатади.

Озонотерапия турли дерматозларда қўлланилади. Унинг патогенетик самараси озоннинг юқори оксидлаш-тиклаш имконияти билан белгиланади. Организмда периферик қон таминоти ва микроциркуляцияларнинг тикланиши, ҳужайраларнинг антиоксидант механизмларининг кучайиши яхшиланади. Озон яллиғланишга қарши, бактерицид, фунгицид, антивирусли, иммунмодуловчи ва десенбилизацион таъсир кўрсатади. Озонатор сифатида АК-1 активатори ва б.дан фойдаланилади. Озонотерапия экзема, пиодермия, трофик яралар, онихомикозли беморларни даволаш учун тайинланади.

Дерматологияда лазердан ҳам муваффақиятли фойдаланилади. Лазер нурлантириш қувватига қараб паст интенсив (100 мВт/см² дан кам) ва юқори интенсив, ёки юқори қувватли турларга бўлинади.

Паст интенсив лазер нурлантириш яллиғланишга қарши, шишларга қарши, тикловчи, иммунокорригирловчи, антигипоксик, оғриқ қолдирувчи таъсир кўрсатади, қон микроциркуляциясини яхшилаиди. Уни қўллаш учун асосий кўрсатмалар терининг трофик ярали зарарланиши, тери васкулитлари,

герпес, склеродермия, экзема, атопик дерматит, псориазик артритга тегишли ҳисобланади.

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

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚАЙТА ЎЗГАРГАН ФИЗИК ОМИЛЛАР

Электр билан даволаш

Дерматолог амалиётида мунтазам ва ўзгарувчан тоқлардан ҳам фойдаланилади. Мунтазам тоқка 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 тоқ билан қиздирилган платина халқалар (электролиз) билан хужайраларни куйдириш учун фойдаланилади.

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

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

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

Диадинамика ток (Бернар токи) ҳам мунтазам токка мансуб бўлиб, тўғриланган паст частотали синусоидал тоқлардир. Ушбу токни пайдо қиладиган аппарат “диадинамик” деб аталади. Дерматологияда бернар токи асосан оғриқ қолдирувчи ва қичишишга қарши самарага эришиш учун рефлектор таъсир мақсадларида қўлланилади. Бундан ташқари, дерматологияда диатермик токдан диатермокоагуляция учун ҳам кенг фойдаланилади. Бунда 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 ток. Диатермик аппаратга ўхшаш мослама ультрақисқа тўлқинлар (УҚТ)нинг генератори ҳисобланади. Электродлар сифатида турли ўлчам ва шаклдаги металл пластинкалар қўлланилади. Электродлар тери сиртидан қанча узокликда жойлашса, УВЧнинг таъсири шунча чуқур бўлади. Бироқ, дерматологик амалиётда терига таъсир зарурияти (фолликулитлар, фурункулар, карбункуллар, унча катта бўлмаган абсцесслар ва ҳ.к.) да электрод пластинка терининг зарарланган жойига яқинроқ ўрнатилади. Сеансларнинг давомийлиги – 5-10 дақиқа.

КВЧ – электромагнит тўлқинлари билан ўта юқори диапазонда таъсир кўрсатишдир. Миллиметрли тўлқинларнинг даво таъсирининг асосий механизми организмнинг носпецифик қаршилиқ 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 териға зарарловчи таъсирлари анча кам бўлган чегара нурлари (Букки нурлари) қўлланади. Букки нурлари ортикча бўжамалар, нейродермитларнинг чекланган шакли (сурункали Видал лишайи), сурункали экзема, келоид чандиқлар ва бошқаларда тайинланади. Сурункали болдирлар трофик яралари, васкулитларда лазер қўлланилади.

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

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

МАХСУС ҚИСМ

БОБ 2. ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Терининг йирингли касалликлари ёки пиодермитлар (юнонча руон – йиринг, derma – тери) тери касалликлари орасида энг кўптарқалганларидан бўлиб, асосан стафилококклар ва стрептококклар томонидан чақирилади, клиник шакллари, кечиши ва оқибатлари бўйича хилма-хил касалликларни ўз ичига олади. Терининг йирингли касалликлари мустақил равишда бирламчи касаллик сифатида, ёки терининг бошқа касалликларининг (экзема, нейродермит, кичима, кўтир ва х.к.лар) асоратлари сифатида келиб чиқиши мумкин.

Пиодермитлар аҳолининг барча табақалари ўртасида кенг тарқалган бўлсада, қурилиш, металлургия, қон саноати ва транспорт соҳалари ишчилари орасида кўпроқ учрайди ва касбга оид касалликлар сифатида қайд этилади. Кўпинча пиодермитларнинг сурункали кечиши ва тез-тез қайталаниб туриши оқибатида беморлар меҳнатқобилиятининг пасайиб кетиши, вақтинча ишга яроқсиз кунларнинг чўзилиб кетиш холлари кузатилади. Агар масалага шу нуктаи-назардан ёндашилса, пиодермитларга қарши кураш тиббиётнинг ижтимоий муаммоси эканлиги ойдинлашади.

Терининг йирингли касалликлари нафақат катталар орасида, балки болалар ўртасида ҳам кенг тарқалган бўлиб, болаларнинг барча тери касалликларининг 25-60% ни ташқил этади (Скрипкин Ю.К. ва бошқалар, 1983). Терининг йирингли касалликларининг бу даражада кўп учраши, йиринг ҳосилқилувчи микроорганизмларнинг ташқимухитда (чангда, ҳавода, сувда, атрофимиздаги предметлар юзаларида), бемор ва соғлом одамлар терисида ва шиллиққаватларида кенг тарқалганлиги билан изоҳланади. Соғлом одамлар терисида ва шиллиққаватларида турли-туман микроорганизмлар: стафилококклар, стрептококклар, дифтероидлар, ичак таёқчалари, замбуруғлар ва бошқалар доимо учрайди. Терида учрайдиган микроорганизмларни 3 та тоифага ажратиш мумкин (У.К. Нобл 1986 й.):

1. Транзит микроорганизмлар – ташқимухит предметлари билан контаклда бўлиш оқибатида терига тушган ва терида кўпаймайдиган;
2. Вақтинча резидент микроорганизмлар – кирланиш оқибатида қисқа муддатга терига тушган, унда кўпаювчи;
3. Доимий резидент микроорганизмлар – терида доимо яшовчи, кўпаювчи.

Терида энг кўп учрайдиган микроорганизмлар қоринобактериялар, стафилококклар, стрептококклар, вульгар протей, кўк йиринг таёқчаси кабилардир. Аммо уларнинг тери юзасида тарқалиши ҳар хил бўлиб, ёш, жинс, терининг ўзига хос хусусиятлари, инсоннинг яшаш шароити, йил фасллари ва бошқакўплаб омиллар таъсирида ўзгариб туради (Ю.К. Скрипкин, В.Н.Мордовцев 1999 й.). Ҳаттоки терининг ҳар хил соҳаларида бир турдаги микроорганизмларнинг, масалан, стафилококкларнинг ҳар-хил штаммлари турли хил нисбатда (миқдорда) учрайди (Kloos W.E., Schliefer K.H. 1975). Аммо йиринг чақирувчи микроорганизмлар терида қанчалик кўптарқалган бўлмасин, уларнинг ўз патоген хусусиятларини намоён қилиб, пиодермитлар чақириши учун организмни қаршилик кўрсатиш қобилиятининг пасайиши ва тери ҳимоя функциясининг бузилиши талаб қилинади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

Жуда кўпчилик ҳолларда терининг йирингли касалликлари асосан стафилококклар ва стрептококклар томонидан чақирилади. Клиник шакллариининг хилма хиллиги эса кўпгина омилларга: кўзгатувчининг хусусиятига, касаллик ўчоғида бошқа микроорганизмлар мавжудлиги ва уларнинг синергист ёки антагонист сифатида таъсир этишига, организмнинг реактивлигига ва бошқаларга боғлиқдир. Терида жойлашган патологик ўчоғдан ажралиб чиқаётган йиринг бактериологик текширилганда стафилококк якка ҳолда (монокультура) 79,9-90,8%, стрептококк эса 8,6% учраган. Кўпинча стафилококк бошқа микроорганизмлар (кўк йиринг таёқчаси – 8-10%, вульгар протей ва дифтероидлар 20% гача) билан

ассоциациялашган холда ажратиб олинади (Балтабаев М.К. 1987 й.; Каламқарян А.А., Бухарович А.М. 1990 й.; Масюкова С.А. 1993 й.).

Стафилококklar биринчи маротаба Л.Пастер томонидан 1878 йили фурункул билан оғриган бемордан чиқаётган йирингдан ажратиб олинган. Улар шарсимон шаклда бўлиб, диаметри 0,5-1,5 мкм, ҳаракатсиз ғужум-ғужумбўлиб жойлашади, спора ҳосилқилмайди, барча бўёқлар билан яхши бўялади, граммусбат. Баъзи йирингда, экссудатив суюқликларда ва лейкоцитлар ичида жойлашганда грамманфий бўялиши мумкин. Стафилококklar урчитувчи озик моддаларида 37° ҳароратда ва рН 7,2-7,4 да яхши ўсади ва думалоқ шаклдаги тилларанг ялтироқ, сариқ ёки оқ колониялар ҳосилқилади. Патоген стафилококklar ўзхаёт фаолияти давомида экзотоксин ажратиб чиқаради. Бу экзотоксин одам эритроцитларини лизис қилиш қобилиятига эга бўлиб, тери орасига юборилганда тўқималарни некрозини чақиради, вена ичига юборилганда эса ҳайвонларни ҳалок этади. Бундан ташқари стафилококklar коагулаза, фибринолизин, лецитиназа, липаза, гиалуронидаза ва бошқа ферментлар ажратиб чиқаради. Стафилококklarни электрон-микроскоп остида кўрилганда, уларда ҳужайра девори (қобиғи), цитоплазматик мембрана, мезосома, нуклеоид ва микрокапсулалар мавжудлиги аниқланган.

Сурункали пиодермия билан оғриган беморларда типик стафилококklar билан бир қаторда атипик шакллари ҳаманиқланган. Улар антибиотиклар қўлланиши оқибатида, ҳужайра деворини синтези ингибиция қилиниши оқибатида пайдо бўлган деган фикр мавжуд (Кац Л.Н. 1980 й.). Бундай трансформацияга учраган L-шаклдаги стафилококklar йирик шарсимон бўлиб, уларнинг вирулентлик қобилияти пасайган ва шунинг учун узоқвақт мобайнида яллиғланишчақирмаслиги мумкин, бу эса гуёки беморнинг соғайганлиги тўғрисида нотўғри тасаввур ҳосилқилишга олиб келади, клиницистлар даволаш ва профилактика ишлари олиб бораётганда буни инобатга олишлари зарур (расм № 22).

1974 йили Baird-Parker стафилакоккларни учта турга ажратишни таклиф қилди ва бу таклиф 1975 йили Варшавада ўтказилган стафилококк бўйича III – халқаро симпозиум таксономия комитети томонидан қабулқилинган бўлиб, унга мувофиққуйидаги турлар фарқланади:

1. *S. aureus* – тилларанг стафилококк, одамларда касаллик чақиради;
2. *S. epidermitis* – эпидермал стафилококк, патологик жараёнда қатнашиши мумкин;
3. *S. saprophyticus* – сапрофит стафилококк, патологик жараёнда қатнашмайди.



Расм № 22. Тилларанг стафилококкларнинг микроскоп остида кўриниши (2000 мартаба катталаштирилган).

Тилларанг стафилококкларни эпидермал ва сапрофит стафилококклардан фарқлаш учун асосан 2 хил тестдан фойдаланилади: коагулаза ферментини ишлаб чиқариш (яъни плазмани коагуляция қилишқобилияти) ва маннитни анаэроб шароитда ферментлаш (яъни кислота ҳосилқилдириш). Стафилококкларнинг патогенлиги ва коагулаза ҳосил қилиш қобилияти орасида юқори даражадаги мутаносиблик мавжуддир. Терининг йирингли касалликларида баъзан аниқланиб турувчи коагулаза манфий стафилококклар штаммларининг патоген роли масаласини хал этилган деб бўлмайди, чунки клиник кузатувлар шуни кўрсатмоқдаки,

плазмани коагуляция қилиш қобилиятига эга бўлмаган стафилококклар ҳам терида касаллик чақириши мумкин. Ушбу штаммларнинг бошқа ферментлар, шу жумладан ДНКаза ферменти ажратиб чиқариши аниқланган. Охириги вақтларда беморлардаги ҳар хил патологик ўчоғлардан стафилококкларни ажратиб олиш кескин камайиб бормоқда. Бу ҳол антибиотикларни етарли дозада бермаслик оқибатида стафилококкларни ҳалок бўлиши ўрнига уларни L-шаклларига трансформация қилиши билан боғлиқдир. Пиодермитларнинг сурункали кечувчи ва атипик шакллариининг юзага келиши, бактерияларнинг дори моддаларига юқори даражада турғун бўлган вариантларининг пайдо бўлиши, стафилококкларнинг L-шаклга трансформацияси оқибати деб ҳисобланади (Агафонова Д.А. ва бошқалар 1974 й.; Смирнова А.М. ва бошқалар 1977 й.; Акатов А.К., Зуева В.С. 1983 й.). Кейинги йилларда ҳар хил йирингли жараёнлардан, шунингдек сепсис билан оғриган беморлар қонидан тез-тез ажратиб олинаётган оқ стафилококклар ҳам патоген стафилококкларнинг ўзгарган шаклларида бири деган қараш мавжуд.

Терининг эксфолиация билан кечувчи йирингли касалликлари (чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси, буллёз импетиго, стафилодермиянинг скарлатинасимон шакллари, терининг стафилококкли куйиш синдроми) стафилококкларнинг II - фагогурухлари томонидан чақирилади, чунки фақат шу фагогурухга мансуб стафилококкларгина эксфолиатив токсин ишлаб чиқариш қобилиятига эгалар. Бу токсин эпидермиснинг донадор қаватидаги десмосомаларни шикастлайди, натижада у ерда тирқишлар ва пуфаклар ҳосилбўлади.

Умуман стафилококклар томонидан ишлаб чиқарилувчи токсик маҳсулотларнинг энг эътиборлилари куйидагилардир:

1. α -токсин – қонда ва суяқликларда эрувчи термолабил эктотоксин, тузилиши бўйича соф протеин бўлиб, антигенлик хоссаларига эга ва махсус антитоксин пайдо бўлишини стимуляция қилади. Бу токсинга формалин билан таъсир қилиб кучли иммунологик хоссага эга бўлган зарарсиз анатоксин тайёрлаш мумкин. Стафилококкларнинг α -токсини қуйидагича

таъсир қилади: а) *invitro* қуён эритроцитларига гемолитик; б) лаборатория ҳайвонларига летал; в) тўқималарга некрозловчи; г) силлиқ мушак толаларига аввал спазматик, сўнгра эса паралитик. α -токсинга сезувчанлик ёшга боғлиқ бўлиб, болалар бу токсинга жуда юқори даражада сезувчандирлар.

2. Энтеротоксин – айрим стафилококклар штаммлари томонидан ишлаб чиқариладиган эрувчан, протеин тузилишига эга, термостабил токсин бўлиб, ошқозон-ичак йўллариининг ўткир зарарланишини чақиради. Агар термолабил экзотоксин 60° ҳароратда парчаланса, энтеротоксин 30 минут қайнатилганда ҳам парчаланмайди, трипсинга нисбатан резистентдир.

3. Гемолизинлар – стафилококклар ишлаб чиқарадиган 4 хил гемолизин мавжуд бўлиб, улар α , β , γ , δ деб юритилади, улар антигенлик хоссаларига эгадирлар. α -гемолизин одам учун патоген бўлган стафилококкларнинг кўпгина штаммлари томонидан ишлаб чиқарилади. α -гемолизин одам эритроцитларига гемолитик таъсир кўрсатмасада, касаллик ўчоғида йирингли ўзгаришлар пайдо бўлишида алоқаси бор деб ҳисобланади, чунки фақат α -гемолизин ишлаб чиқарувчи стафилококклар штаммлари касаллик чақиргандагина йиринг пайдо бўлади, α -гемолизин ишлаб чиқармайдиган стафилококклар чақирган касаллик ўчоғларида йиринг ҳосил бўлиши кузатилмайди.

4. Лейкоцидин (ҳақиқий лейкоцидин) – Panton P.N. ва Valentine F.G.O. лар томонидан 1932 йили аниқланган бўлиб, стафилококкларнинг айрим коагулазамусбат штаммлари томонидан ишлаб чиқарилади. Бу махсулот одам ва қуён лейкоцитларига ва макрофагларига токсик таъсир қилади. Лейкоцидинларнинг фаоллиги иккита протеин (F-fast ва S-slow) компонентининг мавжудлигига боғлиқ бўлиб, улар иккаласи ҳам лейкоцитларда адсорбцияланади; улар лейкоцитлар ва макрофаглар гликолизи даражасини пасайтирадилар; калий миқдорини камайтириб, натрий миқдорини орттирадилар; органик фосфор миқдорини камайтириб, неорганик фосфор миқдорини орттирадилар. Бу токсин таъсирида

лейкоцитлар ва макрофаглар ҳалок бўлмайдилар, аммо маълум морфологик ўзгаришларга учрайдилар. Хужайраларнинг ҳаракати ўзгаради, хужайра ичидаги доначаларнинг Браун ҳаракати йўқолади. Бир неча минут ўтгач хужайра шишади, шарсимон шаклга киради, хужайра донадорлиги йўқолади, уларнинг ўрнига пуфакчалар пайдо бўлади. Бу пуфакчалар хужайра деворига ёпишиб улар ичидаги суюқлик моддаси хужайрадан ташқарига чиқариб ташланади. Пуфакчалар ичидаги моддалар протеин бўлиб, улар ўзида қатор энзимларни (лизоцим, фагоцин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза, β -гликуронидаза, пероксидаза) жамлагандир. Лейкоцидин таъсири остида лейкоцитлардан ва макрофаглардан лизоцим ва фагоцин ажралиб чиқадилар, улар фагоцитланган стафилококкларнинг хужайра ичида йўққилинишида муҳим рол ўйнайдилар.

5. Стафилококк фибринолизини – фибрин ивимларини эритиб юборувчи энзим бўлиб, баъзилар бунинг пайдо бўлишида стафилокиназа ёки плазминогенни фаолловчи омил аҳамиятга эга деб ҳисоблайдилар. Ушбу фибринолизин фақат одамда касаллик чақирувчи коагулазамусбат стафилококклар штаммлари томонидангина ишлаб чиқарилади, у термостабил бўлиб, иммунологик хоссаларга эга.

6. Стафилококк коагулазаси: Коагулаза экзоген фермент бўлиб, протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин, плазмин) таъсирида осон парчланади, аскорбин кислотаси ва оксилларни парчалайдиган моддалар таъсирдан эса фаоллиги пасаяди, фақатгина патоген стафилококклар томонидан ишлаб чиқарилади, нопатоген штаммлари плазмани коагуляция қилмайди. Шунинг учун коагулаза пайдо қилиши патоген стафилококкларни нопатоген штаммларидан фарққилдирувчи мезон сифатида қабулқилинган. Стафилококкларнинг патоген хусусиятида коагулазанинг қандай таъсир қилиш механизми хали охиригача аниқланмаган. Стафилококклар билан зарарланишнинг бошланғич босқичларида, қўзғатувчиларнинг организмга адаптация қилиш жараёнида коагулаза рол ўйнайди деб қаралади. Бу босқичда стафилококкларнинг фибрин тўрлари билан ўралиб олиши, уларни

ҳам гуморал омиллар таъсиридан, ҳам фагоцитоздан ҳимояқилади; бу эса кўзғатувчини макроорганизмда жойлашиб олиб патологик жараён чақириш учун етарли миқдорда кўпайиб олишига кўмаклашади.

Стафилококкларнинг бошқа микроорганизмлар, масалан микоплазмалар билан ассоциацияланган ҳолда чақирган касалликлари моноинфекцияга нисбатан оғирроқ кечади: яллиғланиш жараёнида экссудатив компонент кучли намоён бўлади, кўпинча фиброз-некротик жараёнга олиб келади, майда қон томирларининг тромбози кузатилиб, микроциркуляция кенг кўламда бузилади, ҳар иккала микроорганизм ҳам янада интенсив равишда кўпаяди, уларни касаллик ўчоғидан узоқвақтгача ажратиб олиш мумкин. Бундай беморларда иммунологик реактивлик анча пасайган бўлади. Пиодермитларнинг ярали-некротик, гангренозли каби оғир шакллариининг юзага келишида юқоридаги ҳолатлар аҳамият касб этади.

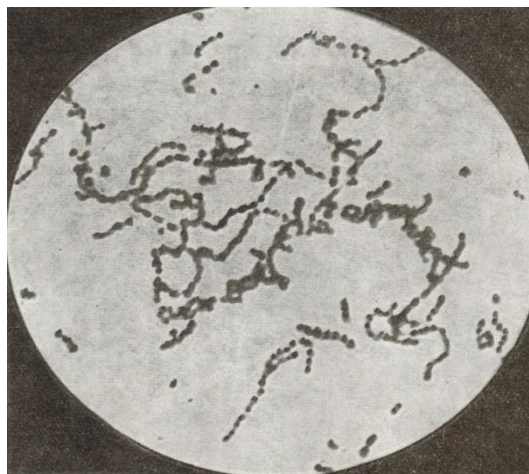
Қандли диабет билан оғриган беморларда стафилококкли инфекциялар айниқса оғир ва торпид кечади. Диабетда дермадаги эркин глюкоза миқдори соғлом одамлардагига нисбатан юқори бўлиб, қондаги глюкоза миқдorigа мутаносибдир, аммо тери микрофлорасининг таркиби соғлом одамлардагидан фарқ қилмайди (Somerville D.A., Lancaster-Smith M., 1973, Binazzi M. et al., 1976, Gloor M. et al., 1978). Диабет билан оғриган беморлар стафилококкларнинг патоген штаммлари учун ўзига хос «инкубатор» дирлар, бу штаммларни ўзида сақлаб, атроф муҳитга тарқатувчилардир.

Стафилококклар асосий манбадан ҳар хил йўллар орқали, масалан ҳаво-томчи йўли билан, ифлосланган қўллар, ҳар хил предметлар, кийим-кечаклар, чойшаблар ва х.к.лар орқали ўтиши мумкин.

Ташқим муҳитда стафилококклар юқори даражада яшовчандирлар. Улар чангларда сақланиб қолади, ҳаво оқимлари орқали тарқалади, қуритишни яхши кўтаради. Ҳавода ва предметларда уй ҳароратида стафилококклар ўртача 35-50 кунгача яшайдилар.

Стрептококклар (грекча streptos – занжир ва kokkos – дон) L.Pasteur томонидан 1879 йили сепсис ва йирингли инфекцияда аниқланган,

стрептококклар шарсимон шаклда бўлиб, диаметри 0,8-1,0 мкм, ҳар хил узунликдаги занжир ҳосилқилиб жойлашади. Стрептококкларнинг кўпгина турлари факультатив анаэроб бўлиб, қонли агарда ўсиш хусусиятига қараб α -гемолитик, β -гемолитик ва γ -гемолитик турларга бўлинади (Нобл У.К. 1986). Одамларда энг кўп касаллик чақирувчи тури β -гемолитик стрептококкдир, у ўз навбатида А, В, С, Д, G, Е, F, H гуруҳларга ажратилади.(Johes. D. 1978). Биохимик, иммунологик текширишлар ёрдамида стрептококклар ҳар хил (α -, β -, γ -, G-) экзотоксинлар, ферментлар ҳосилқилиши аниқланган. Экзотоксинлари цитотоксик, иммуносупрессив ва пиоген таъсир қилади, эритроген фаолликка эга, ҳайвонларни ҳалок қила олади, тўқималарни шикастлайди, ретикулогистиоцитар тизим функциясини пасайтиради, ҳужайра мембранларининг ўтказувчанлигига таъсир қилади. Стрептококкларнинг экзотоксинидан гемолизин, лейкотоксин, некротоксин, фибринолизин, эритрогенли токсин, стрептолизинлар ажратиб олинган. Шунингдек стрептококклар дезоксирибонуклеаза, гиалуронидаза, стрептокиназа (ивиган плазмани эритиб юборади), амилаза (гликогенни гидролиз қилади), рибонуклеаза, протеиназа ва бошқа ферментлар ажратадиларки, бу ферментлар микроорганизмларнинг кўпайиши, ўсиши, озикланиши учун мукамал шароит яратилишини таъминлайдилар (23 - расм).



Расм № 23. α -гемолитик гуруҳига мансуб стрептококклар (2000 маротаба катталаштирилган).

1. Эритрогенли токсин – камида 2 та (А ва В) тури мавжуд бўлиб, протеин ҳисобланади, трипсин билан парчаланмайди (яъни трипсинга сезгир эмас). Эритроген токсин ишлаб чиқарилиши фаг синтези билан боғлиқ бўлиб, фагишлаб чиқаришини кучайтирувчи омиллар (масалан, УБН) бу токсин чиқишини ҳам кучайтиради.
2. Стрептолизинлар. Йирингли касалликлар чақирувчи стрептококклар етарли шароитда икки хил гемолизин ишлаб чиқарадилар ва улар О ва S стрептолизинлар деб юритиладилар. Стрептолизин О иммун хоссаларига эга бўлган протеиндир. Махсус антитаначалар уни фаоллигини сўндирадилар. Стрептолизин О лейкоцитлар учун токсик бўлиб, томир ичига юборилганда кўпгина лаборатория ҳайвонларини ҳалок бўлишига олиб келади.
3. Стрептокиназа – стрептококк фибринолизини бўлиб, одам қонидаги фибрин ивилмаларини эритиб юборади, плазминогенни фаоллаштиради. Стрептокиназа одам протеаз тизимини кучли фаоллаштирувчи бўлиб, трипсин томонидан парчланиши кузатилади, бу эса уни протеин эканлигидан далолат беради. Стрептокиназа иммуноген хоссаларга эга, қон зардободаги антитаначалар унинг фаоллигини тормозлайдилар. Текширишлар шуни кўрсатдики, плазминоген, одам қонининг зардоби ёки плазмаси стрептокиназа ишлаб чиқарувчи стрептококкларнинг вирулентлигини ошириб юборади.
4. Дезоксирибонуклеаза – одам учун патоген бўлган стрептококклар томонидан ишлаб чиқарилади, дезоксирибонуклеин кислотасини деполимеризацияга учратади. Бу энзимнинг тирик ҳужайраларга парчаловчи таъсир қилиш ёки қилмаслиги аниқланмаган, аммо унинг ўлик ҳужайраларга таъсир қилиб парчланиши исботланган. Бу парчланиш оқибатида пайдо бўлган махсулотлар стрептококклар ва ҳаттобошқа микроорганизмлар ривожланиши учун озик моддаси бўлиб хизмат қилади.
5. Рибонуклеаза – йирингли касалликлар чақирувчи стрептококклар томонидан оз миқдорда ишлаб чиқарилади, рибонуклеин кислотасини деполимеризациясини чақиради.

6. Дифосфопиридинонуклеотидаза – яхшигина иммуноген ҳисобланади, қон зардобдаги махсус антитаначалар бу энзимнинг фаоллигини тормозлайди. Ушбу энзим фақатгина лейкотоксик таъсир қобилятига эга бўлиб, лейкоцитларни дезинтеграциясини ва ҳалоқатини чақиради.

7. Протеиназа – йирингли касалликлар чақирувчи стрептококклар протеиназанинг прекурсорини ишлаб чиқаради ва маълум шароитларда (оз миқдордаги трипсин ёки сульфгидрил гурухлари иштирокида) ундан фаол протеиназа ҳосилбўлади. Протеиназа ҳосил қилиниши йирингли касалликлар чақирувчи стрептококкларнинг антигенли хоссаларига яққол таъсир қилади, чунки бу энзим стрептококкларнинг типоспецифик М-антигени ривожланишини чақиради.

8. Амилаза – А гурухига мансуб стрептококкларнинг кўпгина штамлари томонидан ишлаб чиқарилади. Бу энзим гликоген ва крахмални гидролизлайди. Унинг антигенлик хоссаларига тааллуқли маълумотлар жуда оздир.

9. Гиалуронидаза – йирингли касалликлар чақирувчи стрептококкларнинг айрим, асосан гиалурон кислотасидан иборат қобиқ ҳосил қилмайдиган штамлари томонидан ишлаб чиқарилади. Стрептококклар гиалуронидазаси иммуноген хоссаларга эга бўлиб, улар фаолиятини тормозлайдиган махсус антитаначалар ишлаб чиқарилишини чақиради.

10. Фибриногенни преципитацияловчи омил – А ва G гурухидаги стрептококклар томонидангина ишлаб чиқарилади.

Турли-туман касалликлар чақирувчи стрептококкларнинг ўхшашлиги ёки фарқи масаласи ҳозиргача ҳал этилмаган, айниқса терида касаллик чақирувчи стрептококклар кам ўрганилган. Архангельская Е.И. (1979 й.) келтирган маълумотларга кура диффуз стрептодермия ва микробли экзема касалликлари билан хасталанган беморлардан ажратиб олинган 204 штамдаги стрептококкларнинг 87,2% β -гемолитик, 12,8% эса α -гемолитик (яшил) бўлган. Терида йирингли касалликлар келтириб чиқаришда β -

гемолитик стрептококкларнинг А-гурухга мансуб штаммлари кўпроқ (карийб учдан икки қисмида) рол ўйнайди (Connor B.L., 1972).

ПАТОГЕНЕЗИ

Терининг йирингли касалликлари ривожланишида организмнинг бактерияларга қарши умумий ва маҳаллий чидамлигининг пасайиб кетиши ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Юқори даражада мустаҳкамликка ва эластикликка эга бўлган мугузқаватнинг бир бутунлиги, тери ва бактериал ҳужайралар ўртасида мусбат заряднинг мавжудлиги пиококкларнинг тери ичига киришига тўсқинлик қилади. Терининг кимёвий мантияси қопламасининг, яъни тер ва ёғ безлари ажратиб чиқараётган водород ионлари юқориконцентрацияли (рН 3,5-6,7), бактерицид ва бактериостатик таъсир этиш қобилиятига эга бўлган секретлар аралашмасининг ҳам аҳамияти ниҳоятда каттадир. Булардан ташқари пиодермитлар ривожланишида микроорганизмларнинг патогенлиги ва вирулентлиги ҳамалоҳидаўрин тутади. Шунингдек ташқимухит шарт-шароитлари ҳам муҳим рол ўйнайди. Пиодермитлар ривожланишида аҳамиятга молик бўлган ташқимухит омиллари, яъни экзоген омиллар сифатида қуйидагиларни кўрсатиш мумкин:

1. Терининг ҳаддан зиёд кирланиши;
2. Тери юзасидаги микротравмалар;
3. Терининг қуруқшаб кетиши ёки ортиқча даражада намланиши;
4. Терига ҳархил қитиқловчи ва ёғсизлантирувчи кимёвий моддалар таъсири;
5. Совқатиш, совуқ ёки иссиқ уриши, юқори намлик;
6. Тери қопламасининг рН муҳитини ўзгариши;
7. Тери мацерацияси, бичилиши, ёш болаларни нотўғри қийинтириш ёки йўргаклаш;
8. Касбга оид омиллар.

Терининг ҳаддан зиёда кирланиши, гигиенага риоя қилмаслик, иш жойларининг (саноат корхоналарида) юқори даражада чанглиги туфайли юзага келади. Айрим соҳа ишчилари (масалан кўмир санотида, оҳак, тупроқ,

цемент билан ишловчилар, қурувчилар ва х.к.) учун бу касбга оид омиллардир. Шунингдек терининг микротравмалари ҳам ишлаб чиқаришда (механиклар, металл қуювчилар, дегрезлар, пайвандчилар ва х.к.) ёки турмуш юмушларини бажаришда келиб чиқиши мумкин.

Нефт маҳсулоти билан ишловчиларда (шу соҳа ишчилари, шоферлар ва бошқалар) ҳамда кимё саноати ишчиларида терининг ёғсизланиши, қуруқшаб кетиши кузатилса, баъзи соҳа хизматчиларида (қир ювувчилар, озиқ-овқат маҳсулотлари тайёрлаш ходимларида ва х.к.) аксинча, терининг маълум соҳаларида намлиги ортиб кетиши кузатилади. Экспериментда терининг намлигини маълум даражада ушлаб турган ҳолда унга стафилококк туширилганда пиодермит ривожланиши, терининг намлиги меъёрга келтирилганда эса бу жараён тезда ўтиб кетиши кузатилади. Тропик (намлиги юқори) иқлим шароити ва қониқарсиз шахсий гигиена бирга учраган пайтда стрептококкли пиодермитлар 30% болаларда учраса, бу кўрсаткич совуқ (намлиги кам) иқлим шароитида гигиена қоидаларига риоя қилган болаларда 3% ни ташкил қилади (Taplin D. et al., 1973). Кийим кечаклардаги (сунъий матолардан тикилган) фарқлар ҳам терининг намлигига таъсир қилиб, уни қитиклайди, мацерациялар (бичилишлар) чақиради, пиодермитлар ривожланишига олиб келади. Масалан, Европача қийинган хиндларда ўзларининг одатий кийимларини кийганларга нисбатан пиодермитлар кўпроқ кузатилиши маълум (SeiwinS., VermaB.S., VaishnavV.P. 1967).

Терининг меъёрдаги микрофлорасининг патоген микроорганизмлар билан конкуренцияга кириши ҳаммаълум аҳамиятга эга эканлигини кўрсатиб ўтмоқ зарур. Теридаги одатий учрайдиган нопатоген микроорганизмлар патоген микроорганизмларга, масалан *S. aureus*га қарши курашиб, уни терида ўрнашиб олишига йўл қўймайди.

Агар ҳар хил антибиотиклар таъсирида терининг нормал микрофлорасига шикаст етказилса, унда патоген микроорганизмлар доминант бўлиб олади ва терини зарарлаши (шикастлаши) осонлашади.

Marples R.R., Kligman A.M. (1969) томонидан териға неомицин билан бир вақтда унга чидамли бўлган *S. aureus* штамларини аппликация қилиниши пиодермитлар ривожланишига олиб келиши аниқланган, яъни неомицин терининг нормал микрофлорасини камайтирган, ҳамда неомицинга чидамли бўлган стафилококк штаммини ривожланиб, терида касаллик чақиришига шароит яратиб берган. Lacey R. W. (1969) маълумотлари бўйича, неомицин, канамицин, гентамицин каби антибиотиклар эпидермисдаги эркин ёғ кислоталарининг одатдаги антибактериал таъсирини ингибиция қилади, яъни терининг тер-ёғ қопламасининг антибактериал хусусиятини пасайтиради, натижада патоген микроорганизмларнинг терида ривожланиши учун шароит яратилади.

Эндоген омилларга эса организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини сусайтирувчи барча ҳолатлар киради ва булардан энг кўп учрайдиганлари қуйидагилардир:

1. Тинка қуриши (толиқиш);
2. Етарли даражада озикланмаслик, истеъмол қилинаётган озик маҳсулотларида бирор зарур модданинг етишмаслиги, айниқса оқсил моддаларининг;
3. Гиповитаминозлар;
4. Сурункали интоксикация;
5. Қандли диабет, яъни углеводлар алмашинувининг бузилиши;
6. Овқат хазм қилиш тизими аъзоларининг хасталиклари;
7. Эндокринопатиялар, қалқонсимон без ва гипофиз фаолиятидаги етишмовчиликлар;
8. Сурункали йирингли инфекциялар ўчоғининг (теридан бошқа аъзоларда) мавжудлиги;
9. Иммуни тизимидаги бирламчи ва иккиламчи етишмовчиликлар;
10. Узоқвақт кортикостероид гормонлари ва цитостатиклар қабул қилиш.

Ушбу эндоген омиллар орасидан айниқса қандли диабетга алоҳида эътибор бермоқ даркор. Диабетда қондаги қанд (глюкоза) миқдори қанчалик

юқорибўлса терида (дерма ва эпидермисда) ҳам шунчалик юқорибўлади (Нобл У.К., 1986). Бу беморлар терисидаги микрофлора соғлом одамлар терисидаги микрофлорадан фарққилмасда (Somerville D.A., Lancaster-Smith M. 1973), аммо уларда пиодермитлар кўпроқ учрайди ва оғирроқ кечади. Болаларда эса пиодермитлар келиб чиқишида терининг физиологик тўсқинлик қилишқобилиятининг мукамал эмаслиги аҳамият касб этади. Бунга сабаб эса болалар терисининг юқори намлиги, ғоваклиги, эпидермис мугузқаватининг нозиклиги, коллоид-осмотик ҳолатининг ўзгарувчанлиги ва бошқалардир. Болалар орасида стафилококклар томонидан чақирилган пиодермитлар қизларга нисбатан ўғил болаларда кўпроқ учраши аниқланган (Thompson D.J. et al., 1963).

Кўпинча юқорида келтирилган экзоген ва эндоген омилларининг биргаликда, бир вақтда таъсир қилиши кузатилади. Касалликларнинг ривожланишида микроорганизмларда мавжуд бўлган омилларнинг ҳамўзўрни бор, яъни касалликнинг ривожланиши ва кечиши макро- ва микроорганизмларнинг ўзаро муносабатига боғлиқ. Тузилишининг ўзига хос жихатлари (капсула, А оқсили, тейхой кислоталари ва х.к.лар) ҳисобига стафилококклар фагоцитлар фаоллигига ва махсус антитаначаларга қарши тура оладилар, улар томонидан чиқариладиган ферментлар турли-туман вазифаларни бажарадилар. Гиалуронидаза инвазияга кўмак беради, ДНКза озиқ моддалар билан таъминлайди ва бегона ДНКни микроб ҳужайраси ичига киришдан сақлайди, коагулаза тромб ҳосилбўлишини чақиради ва стафилококк атрофида фибринли «ғилоф» яратади, фибринолизин эса фагоцитлар микроблар жойлашган жойга етиб боришини таъминловчи фибрин ипларини парчалайди (Скрипкин Ю.К., Мордовцов В.Н., 1999). Стрептококк инфекциясида М-протеин фаол катнашади ва нейтрофиллар хемотаксисини сусайтиради (сўндиради), стрептолизинлар гемолизни кучайтиради, ДНКза ва гиалуронидаза стрептококкларнинг терида киришини таъминлайди.

Булардан ташқари стафилококklar ва стрептококklar томонидан ишлаб чиқариладиган экзотоксинлар организмнинг иммун статусига таъсир қиладилар ва фаол антиген, носпецифик иммуномодуляторлар сифатида намоён бўладилар (Семенова Е.Б. ва бошқалар 1991; Ymada T. et al. 1988). Стафилококklarнинг А протеини, экзотоксини, тейхой кислоталари, шунингдек лизоцим ва гиалуронидаза ферментлари иммуносупрессив хоссаларга эгадирлар. Улар Т-лимфоцитларни, Т-супрессорларни стимуляция қиладилар ва гуморал иммунитетни сусайтирадилар.

Охирги йилларда пиодермитларни кўзгатувчи микроорганизмларнинг антибиотикларга чидамли штамmlарининг тобора ортиб бораётганлиги жиддий муаммо чиқармоқда. Антибиотикларнинг кенг миқёсда, баъзан уларни кўллаш ҳақидаги тавсияномаларга амал қилмаган холда кўлланилиши оқибатида антибактериал дори моддаларига чидамли бўлган микроорганизмлар штамmlарининг ортишига олиб келди. Ушбу чидамлилик бактериялар ДНКсининг хромосомалардан ташқаридаги генетик тузилмалари – плазмидлар ҳисобига келиб чиққан бўлиб, улар микроорганизмлар ҳужайраси цитоплазмасида автоном равишда репликация қилиш қобилиятига эгалар. Плазмидлар бактерияларнинг ўзгарган муҳитга тезда адаптация қилиш омиллари деб қаралади.

Стафилококklarнинг пенициллинга, гентамицинга, тетрациклинга, метициклинга, линкомицинга, сульфаниламидларга шунингдек янги авлод антибиотиклари ҳисобланмиш фторхинолонларга, иккинчи ва учинчи авлодга мансуб цефалоспоринларга, гликопептидларга нисбатан чидамлилик генини ташувчи плазмидлар маълум.

Чидамлиликнинг бошқа турларига шунингдек, стафилококklarнинг микрокапсула ҳосилқилиб олиши, иммуноглобулин қопламасидан пайдо бўлган капсулалар, β-лактамаза ферментини ишлаб чиқарувчи штамmlарнинг пайдо бўлиши, L-трансформацияси ва х.к.лар киради (Анатов А.К., Зуева В.С., 1983; Быков А.С. ва бошқалар, 1988; Навашин С.М., Навашин П.С.,

1990; Никитин А.В. 1990; Маслюкова С.А. ва бошқалар, 1993; Clewell D. V. et al. 1985).

Терининг сурункали кечувчи стафилококкли касалликларининг патогенези мураккабдир. Касалликнинг келиб чиқишида ва ривожланишида хужайранинг инфекцияга қаршиҳимоя ва иммун жавоби механизмлари катта аҳамиятга молик. Пиодермитларнинг клиник манзараси ва кечиши ўзгариши оқибатида хозирги кунга келиб сурункали шакллари кўпроқ учрамоқда ва уларнинг тез-тез қайталаниб туриши, ўтказиладиган даво чораларига торпидлилиги кузатилмоқда. Электрон-микроскопик текширишлар сурункали пиодермитларнинг барча шакллари учун хужайра реакцияларининг умумийлигини кўрсатади: кўп холларда терининг ультраструктураси ўзгарган холда макрофаглар ва лимфоцитлардан иборат микроабсцесслар шаклланиши, тугалланмаган фагоцитозни устиворлиги, нейтрофил лейкоцитлар дегрануляцияси ёки цитоплазматик гранулаларнинг йўқлиги (Маслюкова С.А ва бошқалар, 1983). Пиодермитларнинг ярали шаклларида эса стафилококкларнинг персистенция зонаси, уларнинг эпидермис ва дермада бошқа бактериялар билан ассоциацияси, фиброз билан моноклеар ва гистиоцитар хужайралардан иборат инфилтрат шаклланиши, тери капиллярларининг тузилишида чуқур ўзгаришлар кузатилади.

Пиодермитларда иммун тизими кўрсаткичларида қуйидаги ўзгаришлар намоён бўлади: Т-ва В-лимфоцитларнинг ва иммуноглобулинларнинг камайиши, нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигининг ва носпецифик ҳимоя омилларининг пасайиши. Бу ўзгаришлар кўпинча касалликни келтириб чиқарган микроорганизм томонидан чақирилган эмас, балки жараённинг оғирлигига, унинг тарқоқлигига ва муддатига боғлиқ (Лесницкий А.И. 1985; Савицкая Л.Н., 1987). Иммун бузилишларнинг ўзига хос жихати периферик қондаги моноцитлар ва Т-хужайралар миқдоридagi ўзаро алоқадорликнинг ўзгаришидан иборат. Юқорида санаб ўтилган экзоген ва эндоген омиллар, шунингдек микроорганизмлардаги агрессия ва ҳимоя

комплекслари алоҳида ёки биргаликда таъсир қилиши оқибатида патологик ҳолат – пиодермитлар келиб чиқади ва ривожланади.

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ СИНФЛАРГА БЎЛИНИШИ (ТАСНИФИ)

Этиологик омиллари бўйича стафилококкли, стрептококкли ва аралаш пиодермитлар тафовут қилинади. Патологик жараён терининг қайси қаватларида жойлашишига қараб юзаки ва чуқур турларга ажратилади.

Юзаки пиодермитлар терининг эпидермис қаватинигина зарарлайди ва ўзидан кейин, вақтинчалик, иккиламчи пигментация доғи қолдиради. Чуқур пиодермитлар эса дермани ва кўпинча гиподермани камраб оладилар, ўзларидан кейин чандиқ ва чандиқли атрофия қолдирадилар. Касалликнинг кечиши бўйичаўткир, сурункали ва атипик шакллари фарқланади. Булардан ташқари терининг тузилмаларидан қайси бирининг (соч фолликулалари, ёғ безлари, тер безлари, тери бурмалари, тирноқ атрофидаги валиклар ва х.к. лар) касаллик жараёнига тортилганлиги, касаллик ўчоғининг чекланган, тарқоқ ёки диффуз тус олганлиги ва бошқалар ҳам инобатга олинади.

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ СИНФЛАРГА БЎЛИНИШИ:

1. Стафилококкли пиодермитлар

- а) Остиофолликулит
- б) Фолликулит
- в) Вульгар сикоз
- г) Фурункул
- д) Карбункул
- е) Гидраденит
- ж) Везикулопустулёз
- з) Фингернинг ёлғон чипқонлари
- и) Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси
- к) Риттер-Фон-Риттергеймнинг эксфолиатив дерматити

2. Стрептококкли пиодермитлар

а) Стрептококк импетигози (турлари: буллёз импетиго, тирқишсимон импетиго, юзаки хасмол, оддий темиратки, сифилиссимон папулалари импетиго, интертригиноз стрептодермия)

б) Ёлин яллиғланиши

в) Стрептококкли эктима

г) Стрептококкли рупия

д) Сурункали юзаки диффуз стрептодермия

3. Аралаш этиологияли пиодермитлар

а) Вульгар импетиго

б) Сурункали яралар пиодермия

4. Атипик пиодермиялар

а) Сурункали яралар-вегетацияловчи пиодермия

б) Шанкрсимон пиодермия

в) Гангреноз пиодермия

г) Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси

д) Гоффманнинг бошнинг емирилиб абсцессланувчи фолликулити ва перифолликулити

е) Чандиқланувчи фолликулит

ж) Келоид хуснбузар

з) Чақмоқ тезлигидаги, тезкор акне

к) Болдирларнинг пустулез ва атрофик дерматити

л) Бластомикозсимон пиодермия

м) Юз пиодермияси

н) Колликватив силга ўхшаш пиодермия

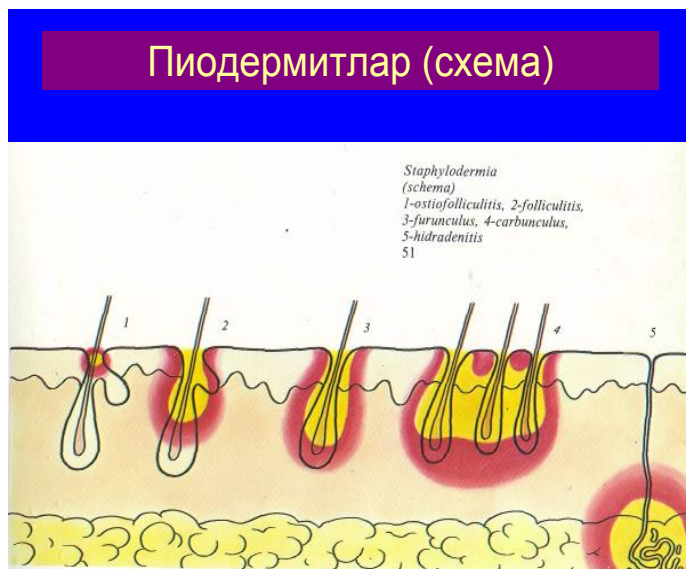
о) Вегетацияловчи пиостоматит

п) Олат ва мой халтасининг гангренази

СТАФИЛОКОККЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

Стафилококкли пиодермитларда касаллик жараёни асосан терининг ҳосилаларида – сочфолликулалари, ёғ ва тер безларида ривожланади.

Стафилококкли пиодермитларда пустиула (мадда) конус ёки яримшарсимон шаклда, пустиуларнинг қобиғи нисбатан калин, таранг бўлиб, ичидаги йиринг кўйикрок, сариқ-зангори тусдадир, марказида эса кўпинча соч (тук) кўриниб туради. Фақат кичик ёшдаги болалардагина стафилококклар терида соч-ёғфолликулалари ва тер безларига алоқаси бўлмаган, силлиқ терида жойлашган юзаки пуфаклар ҳосилқилади. Бунга сабаб эса, чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда тери морфологик жихатдан етарли шаклланган эмас, асосий мембранинг заифлиги ва сўрғичларнинг теккислиги туфайли эпидермис дерма билан мустахкам боғланган эмас, шунинг учун патоген стафилококклар тушганда пуфак кўринишидаги нофолликуляр элементлар пайдо бўлади, бу эса касалликнинг оғир кечишига ва кенг тарқалишига олиб келади (расм № 24).



Расм № 24

Стафилодермияларга қуйидагилар киради: остиофолликулит, фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, вульгар сикоз. Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда везикулопустулез, Фингернинг псевдофурункулези (терининг кўп сонли абсцесслари), эпидемик чилла яра, Риттер фон Риттергеймнинг эскфолиатив дерматити, терининг стафилококкли куйиш синдроми каби касаллик турлари ҳам учрайди. Бундан

ташқари нисбатан кам учрайдиган, стафилококклар томонидан чақирилган касалликларга чандиқланувчи фолликулит (акне), Гоффманнинг абсцессланувчи фолликулити, энсанинг склерозланувчи фолликулити, Аллопонинг вегетацияловчи пиодермити кабилар киради.

ОСТИОФолЛИКУЛИТ ЁКИ СТАФИЛОКОККЛИ ИМПЕТИГО

Остиофолликулит – соч фолликулаларини зарарлайдиган барча стафилодермияларнинг бошланғич элементиدير, муствакил касаллик сифатида ҳам учрайди, Вокхарт томонидан стафилококкли импетиго номи билан биринчи мартаба баён этилган.

Бу ясмиқ дони ёки тўғногич бошчаси катталигидаги, соч халтачасининг оғзида жойлашган ва ўткир яллиғланишли гиперемия ҳошияси билан ўралган фолликуляр маддадир. Улар гоҳо чекланган холда тери сатҳининг озроққисмини эгаллаб турса, кўпинча эса тарқалган холда учрайди ва сочфолликуласи, ёғ беши чиқарув тешиги атрофида қизариш ва бироз оғриқ билан бошланади, сўнгра марказида мадда бўлган яримшарсимон ёки конуссимон шиш пайдо бўлади, унинг қобиғи қалин бўлиб, йиғилган йиринг ҳисобига сарғиш тус олади. Бир неча кундан сўнг йиринг куриб, қалоқ ҳосил қилади, жароҳат атрофидаги яллиғланиш барҳам топади ва ҳеч қандай из қолдирмайди ёки бироз билинадиган доғқолдиради (иккиламчи пигментация). Остиофолликулитлар атрофга тарқалиш хусусиятига эга эмас, кўпмикдорда бўлганида ҳам бир-бирига яқин холда, аммо қўшилмасдан тўп-тўп бўлиб жойлашади. Гоҳо йирик нўхотдек катталашиб, марказида туксимон сочкўриниб туради, буни қўтирнинг асорати сифатида талқин этилиб, Бокхартнинг импетигоси деб аталади. Юз, бўйин, тирсак, болдир, сон соҳалари остиофолликулитлар кўпроқ жойлашадиган сатҳлар ҳисобланади.

Соч-соқолларни қириш, ишқалаш, компресслаш таъсирида терида келиб чиқадиган микротравмалар, ўзгаришлар ва бошқақатор сабаблар остиофолликулит пайдо бўлишига имкон яратади.

Керосин, бензин, суртиш мойлари, қатрон каби махсулотларни терида тез-тез тушиб туриши туфайли пайдо бўлган остиофолликулитлар касбга

алоқадор хисобланиб, элементлар кўп миқдорда пайдо бўлади, кўпинча чуқур фолликулитга айланиб кетади. Остиофолликулитлар 2-10 ёшдаги болаларда учраганда бичилиш, кўп терлаш, совуққотиш ёки исиб кетиш, тери парваришига эътибор бермаслик ҳолатлари сабаб бўлади.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Шох қаватнинг остида, соч халтасининг оғзи атрофидаги эпителий қаватда фибрин, полиморф ядроли лейкоцитлар, оз миқдорда лимфоцитлар сақлаган пуфак пайдо бўлади. Гимза ёки Грамм усуллари билан бўялганда хужайрадан ташқарида ёки нейтрофиллар ичида жойлашган кўпгина стафилококкларни топиш мумкин. Дерманинг сўргич қаватида, кенгайган капиллярлар атрофида жойлашган нейтрофиллар ва лимфоцитлардан ташкил топган яллиғланишли инфильтрат ҳосилбўлади.

ФОЛЛИКУЛИТ (Folliculitis)

Фолликулит – соч фолликуласининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Пиодермитларнинг бу турида стафилококклар фолликуланинг деярли ҳамма қисмида яллиғланишчақирган ҳолда унга чуқур кириб боради. Касаллик бошланишида қизил рангдаги оғрувчи тугунчалар пайдо бўлади. 2-3 кун ўтгач, улар ўртасида соч бўлган маддага айланади. Бир икки кунда мадда суюқлиги чиқиб кичик ярача ҳосилбўлади (расм № 25).



Расм № 25. Остиофолликулитлар ва фолликулитлар.

Касаллик 5-7 кунда яқунланади ва чуқур фолликулит ўрнида кичик нуқтасимон чандиқ қолади, бунда соч сўргичи емирилади ва қайта тикланмайди. Чуқур фолликулитларнинг кўпроқ жойлашадиган соҳалари:

бошнинг сочли қисми, бўйиннинг орқа томони, алоҳида-алоҳида жойлашганлари турли соҳаларда учраши мумкин.

Гистопатологияси. Инфильтрат нейтрофиллар ва лимфоцитлардан таркиб топган бўлиб, фолликула атрофида жойлашади, сўнгра некрозга учрайди, ўрнида эса бириктирувчи тўқимадан ташкил топган чандиққолади.

ВУЛЬГАР СИКОЗ (sycosisvulgaris)

Оддий сикоз сурункали қайталанувчи пиодермит бўлиб, ўзига хос хусусиятларга эга: 1. Касалликка чалинган фолликулаларда бетўхтов равишда остиофолликулит ва фолликулит кўринишидаги қайталанган элементлар ҳосилбўлади. 2. Касалланган соҳадаги қарийб барча фолликулаларнинг жараёнга тортилиши; 3. Секинлик билан, торпид кечиши; 4. касалликнинг клиник манзараси аста-секин ривожланади (расм № 26).



Расм № 26. Вульгар сикоз.

Касаллик бошланишида остиофолликулитлар ва фолликулитлар пайдо бўлиб, улар соқол-мўйлов соҳаси, бурун қанотлари деворининг ички юзаси, қош-қовоқлар қирғоқларида жойлашадилар, кейинчалик кўпая бориб, кенгроқ майдонни эгаллашга мойилдирлар. Остиофолликулитлар атрофида яллиғланишли инфильтрат ривожланади, натижада зарарланган жой зичлашади, кўкимтир-қизғиш холга келади, баъзан оғриқбўлиши мумкин. Кейинчалик бир неча жароҳат жойлари ўзаро қўшилиб, маддалар йиғиндиси – конгломератни ҳосил қилади. Маддалар пўсти ёрилгач, йиринг сочларга ёпишган холда кир-сарғиш қалоқ ҳосилқилиб қотади. Зарарланган жойдаги

соч юлинса, унинг ўзак қисмида желатинасимон тиниқ муфтани кўриш мумкин. Оддий сикоз одатда узок вақт, йиллаб давом этади, вақти-вақти билан кўзгайди, юзда жойлашганлиги сабабли рухиятга салбий таъсир этади. Субъектив аломатлардан беморни ачишиш, биров қичишиш ёки санчиш безовта қилиши мумкин.

Дифференциал диагностикаси. Инфилтратив-мадаловчи трихофития ёки «паразитар сикоз» билан фарққилинади. Сўнгги касаллик анча ўткир кечиш, каттиқ ва чуқур тугунлар пайдо бўлиши, ўз-ўзидан тузалишга мойиллиги ва касалланган соҳа чеккасидаги сочлардан замбуруғ элементлари топилиши билан фарққилади. Агарда сикоз экзематизацияланган бўлса, унда клиник кўриниш пиодермия кўшилган экземани (сикозсимон экзема) эслатиши мумкин. Бу холларда экзема учун хос бўлган чин полиморфизмнинг йўқлиги ва остиофолликулитлар мавжудлиги диагноз қўйишга ёрдам беради.

Гистопатологияси. Сочфолликуласи чиқиш жойидаги эпителийда, остиофолликулитдаги мадага ўхшаш, нейтрофиллар билан тўла инфилтрат пайдо бўлади. Дерманинг юқориқисмида жойлашган, фолликулалар атрофидаги инфилтрат асосан лимфоцитлардан, плазматик хужайралардан, гистиоцитлардан ва озроқ миқдорда полиморф ядроли лейкоцитлардан, ҳамда айрим гигант хужайралардан ташкил топган. Гоҳо сочфолликулалари сақланган, ёғ безлари емирилган бўлади. Қон томирлари кенгайган, эндотелий хужайралари гипертрофияга учраган.

Касалликнинг патогенезида беморларда инфекция ўчоғлари, ички аъзолар касалликлари, асаб ва эндокрин тизимларидаги ўзгаришлар мавжудлиги катта аҳамиятга эгадир.

Касаллик оқибати (натижаси) ҳаёт учун хафвли эмас. Рационал даволанганда эса баъзан тезда бутунлай соғайиш холлари кузатилади. Аммо кўпинча жараён сурункали қайталанувчи холда кечади, даволаш чоралари етарлича самара бермайди, бу эса бемор рухий холатига салбий таъсир этади, унда астения чақиради.

Вульгар сикознинг ўзига хос бўлган шаклларида бири люпоидли сикоз бўлиб, бу касаллик ҳам стафилококклар томонидан чақирилади. Касалликнинг бошланиш даври одатдаги сикоз билан бир хил. Асосан юз соҳасидаги тери зарарланади. Остиофолликулит ва фолликулитлар ҳосил бўлгач, перифолликуляр инфилтрат шаклланади, у секин аста атрофга ва ичкарига (чуқурқаватларга) қараб тарқала бошлайди. Сурункали яллиғланиш жараёни соч фолликулаларини халокатга (емирилишга) олиб келади, сочлар тўкилиб кетади, касаллик марказида ясси чандиқ шаклланади. Бу чандиқ юзаси силлиқ, шакли думалок, диаметри 1-2 см атрофида. Чандиқ атрофида вақти-вақти билан фолликуляр пустулалар пайдо бўлади, улар қўшилиб яна худди юқоридаги каби патологик жараён давом этади. Касаллик торпид равишда кечади, даволаш жуда мушкуллашади.

ФУРУНКУЛ (furunculus), ФУРУНКУЛЕЗ (furunculosis)

Фурункул (ёки чипқон) терининг кўп учрайдиган йирингли касалликларидан ҳисобланади. Бу соч фолликуласи, ёғ бези, унинг атрофидаги бириктирувчи тўқима ва тери ости ёғ клетчаткасининг ўткир, йирингли-некротли яллиғланишидир.

Фурункулкўпинча остиофолликулит ёки фолликулитдан инфекциянинг чуқурга қараб тарқалиши учун қулай шароит мавжуд бўлган тақдирда ривожланади.

Якка холда учраганини фурункул, 2 тасини фурункулар, 3 ва ундан ортиқмиқдордагисини фурункулез деб юритилади.

КЛИНИК КЕЧИШИ. Касаллик ривожланишида 3 босқич мавжуддир: 1. Инфилтрат ривожланиш босқичи; 2. Йиринглаш ва некротга учраш босқичи; 3. Чандиқҳосилқилиб, тузалиш босқичи.

Касаллик бошланишида дерманинг чуқурқаватида соч фолликуласи атрофида кучли оғриқ билан кечадиган қип-қизил тусдаги ноаниқ чегарали, тери сатхидан кўтарилиб турувчи чекланган инфилтрат пайдо бўлади. Инфилтрат секин-аста катталашади, оғриқ кучаяди, яллиғланиш зўрайиб, атрофдаги тўқималарда шиш ва гиперемия зўрайди, инфилтрат марказида

пустула ҳосил бўлади. Инфилтрат юмшаб боради, 3-4 кунда касалликнинг иккинчи босқичи юзага келади. Фурункул диаметри 1 см дан 3 см гача етади, унинг марказида йирингли некротик ўзак шаклланади. Фурункул соҳасидаги тери силлиқ, кўкиш товланувчи, инфилтрат конуссимон шаклни олади. Бу даврда оғриқ зўраяди, ҳарорат 37-38° С гача кўтарилиши, умумий беҳоллик, хорғинлик, бош оғриғи ва бошқа белгилар пайдо бўлади. Сўнгра мадда қобиғиўз-ўзидан ёки бирон таъсир натижасида ёрилади ва фурункулдан кон аралашган холда йиринг чиқади, касаллик ўчоғининг марказида некротик ўзак кўзга ташланиб туради. Бу некротик ўзак аста-секин йиринг билан бирга чиқиб кетади.

Ўзак чиқиб кетганидан сўнгўрнида яра ҳосилбўлади, шиш ва оғриқйўқолади, инфилтрат аста-секин сўрилади, ҳосилбўлганфурункул яраси грануляция билан тўлади ва 3-5 кун ичида чандиқ пайдо қилиб битади. Аввалига чандиқ тўққизилбўлиб, аста-секин оқиш тус олади, баъзан эса зўрға билинадиган даражада кичик бўлади (расм № 27).

Фурункул одатда 8-10 кун давом этади. Фурункулнинг фолликулитдан фарқи, унда некротик ўзакнинг мавжудлигидир. Фурункулда инфилтратнинг ўлчами тўқималар реактивлигига боғлиқдир; қандли диабетда айниқса чуқур ва кенг некрозга олиб келувчи катта инфилтрат пайдо бўлади.



Расм № 27. Фурункул.

Юмшоқтўқималар оз бўлган ёки бўлмаган соҳаларда (болдирнинг олдинги юзаси, бўғимлар соҳаси, бармоқларнинг орқа юзаси, бошнинг сочли

қисми) жойлашган фурункуллар кучли оғриқ чақирадилар. Тери ости ёғ клетчаткаси яхши ривожланган соҳаларда (сонда, думбада, билакда, елкада) фолликула атрофида кучли инфильтрат йиғилиши ҳисобига фурункуллар ўлчами катта бўлади. Фурункул бор беморда бошқа интеркуррент касалликлар бўлса, у абсцессга айланиши мумкин (абсцессга ёки флегмонага айланган фурункул). Кафт ва товондан бошқа барча соҳаларда фурункуллар учраши мумкин. Якка холларда фурункул айниқса энсада, тирсак, бел, қорин, думба, оёқлар терисида кўплаб пайдо бўлади. Ташқи эшитув йўли фурункули оғриқнинг кучлилиги билан ажралиб туради. Оғриқайниқса тунда ва кулоқ супрасининг олдинги тоғай қисмига босилганда кучаяди. Оғриқ сўрғичсимон ўсимта, бош суяги, кўзсоҳаси, танглайнинг бурун қисмига иррадиация қилади. Деворларининг шиши оқибатида ташқи эшитув йўли тўсиб қўйилади ва эшитиш мумкин бўлмай қолади (расмлар № 28,29,30).



Расмлар № 28,29,30. Фурункул (касалликнинг ҳар хил босқичлари).

Бунда кулоқ супраси гиперемияга учраган, шишган бўлади. Ажралиб чиқаётган йирингда мавжуд бўлган вирулент стафилококклар ўртақулоқнинг йирингли яллиғланишига олиб келиши мумкин ва аксинча, яъни

ўртақулоқнинг яллиғланиши оқибатида ажралиб чиқаётган йиринг ташқи эшитув йўлида фурункул чақириши ҳам мумкин.

Фурункуллар юз соҳасида (юқори лабда, бурун-лаб бурчагида) жойлашганда алоҳида хавф туғдирадilar, чунки бу ерларда улар ёмон сифатли кечиш хусусиятига эгадирлар. Касалликнинг ёмон сифатли кечаётганидан оғриқнинг кучайиши, шишнинг катталашиб зичланиши, инфилтратнинг юқори лаб, бурун бурчаги томонга қараб катталаша бориши, баъзан кўзнинг ички бурчагига етиб бориши, терининг кўкиш-қизил, тўқкўк тус олиши, ҳароратнинг 40-41° С кўтарилиши, бош оғриши, уйқуга мойиллик, умумий аҳволнинг кескин оғирлашуви далолат беради. Бундай холларда сепсис ёки миянинг юзаки ва чуқур вена томирлари тромбоз ривожланиши хавфи туғилади.

Фурункул бўйин, кўкрак, сон лимфа тугунларига яқин соҳаларда жойлашганда ўткир лимфангоит ва лимфаденит ривожланиши мумкин, ҳарорат кўтарилади, лейкоцитоз, СОЭ ортиши кузатилади.

Фурункул жигарга, буйракка ва бошқа ички аъзоларга метазтаз бериши мумкин (септикопиемия). Бу асоратларнинг ҳаммаси фурункулларни айрим холларда ниҳоятда жиддий касаллик эканлигидан далолат беради.

Фурункуллар кўплаб ва қайта-қайта тошганда фурункулёз деб аталади. Фурункулез чекланган ва тарқалган бўлиши мумкин. Кечиши бўйича фурункулез ўткир (бир неча ҳафтадан 1-2 ойгача давом этади ва кўпмиқдорда фурункуллар пайдо бўлиши кузатилади) ва сурункали (оз сонли фурункуллар бир қанча ойлар давомида узлуксиз ёки вақти-вақти билан пайдо бўлади) турларга булинади.

ДИАГНОЗ. Умумий холларда диагноз қўйиш қийин эмас. Сибир яраси (куйдирги), гидраденит, инфилтратив-маддаловчи трихофития билан дифференциация қилиш керак. Сибир ярасида усти кўнғир-қора струп (қалок, қора-кўтир) билан қопланувчи папула-везикула пайдо бўлиб, дерма ва гиподермада кучли инфилтрат ривожланади, кучли оғриқ ва умумий холатнинг анча оғирлашиши билан кечади. Гидраденит асосан кўлтиқ

остида, қов бурмаларида, сийна сўрғичи соҳасида, орқа пешов атрофида учрайди, марказида некротик ўзак бўлмайди. Инфилтратив-маддаловчи трихофития кўпроқ бошнинг сочли қисмида, соқол-мўйловлар соҳасида жойлашади, диагноз қўйиш учун анамнезга (уй ҳайвонлари билан контакт), оғриқнинг ва йирингли-некротик ўзакнинг йўқлигига, суртмада замбуруғлар топилишига эътибор берилади.

Гоҳо тугунли эритема, Базеннинг индуратив эритемаси ва скорофулодерма билан дифференциация қилишга тўғри келади.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Ёғ-соч аппарати яқинидаги тўқималар атрофида кўп лейкоцитлар тўпланади, ёғ-соч аппарати ва унинг атрофидаги тўқималар некрозга учрайди. Ўраб турган бириктирувчи тўқимада кўплаб қон томирлари кенгайган, коллаген анча шишган, зарарланган ўчоқда эластик ва коллаген толалар бутунлай емирилган бўлади. Некроз ўчоғи атрофида кучли артерофил тўр шаклланади. Коллагенлашган толалар тутамлари ҳалқа каби ўчоғни ўраб олади.

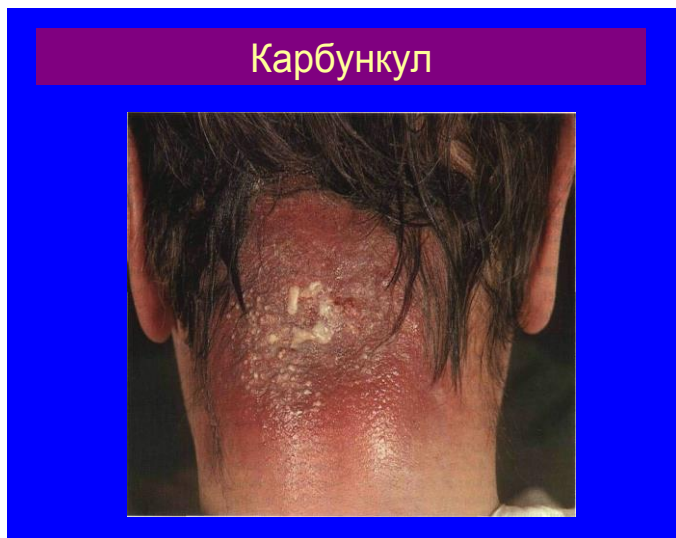
ОҚИБАТИ. Якка холлардаги фурункулларда (юздагилардан ташқари) доим яхши. Сурункали фурункулезда, айниқса кексаларда, дистрофик ва диабетли беморларда, асорат берган фурункулларда ва сепсисда оқибат жиддийдир.

КАРБУНКУЛ (Carbunculus)

Карбункул (ёки хўппоз) бир неча кўшни соч фолликулаларининг ҳамда дерманинг чуқурқатламлари ва гиподерманинг жалб этилиши билан кечадиган, тарқалган йирингли-некротик яллиғланишдир (яъни умумий инфилтрат билан бирлаштирилган фурункуллар конгломератидир).

Бу касалликда йирингли некротик инфилтрат катта майдонни эгаллайди ва фурункулга нисбатан дерма ва гиподерманинг янада чуқурқаватларига тарқалган бўлади. «Карбункул» сўзи юнонча бўлиб, «сагво» – кўмир сўзидан келиб чиққан ва «кўмирга айланиш», («қорайиб куйиш») маъносини англатади. Карбункуллар кўпинча бўйиннинг орқа юзасида, белда жойлашадилар.

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик бошланишида бир неча соч фолликуласида бирданига ёки бирин-кетин қаттиқ инфильтрат пайдо бўлиб, булар бир бутун инфильтрат ҳосилқилиб қўшиладилар. У катталашиб баъзан болалар кафтича бўлиши мумкин. Унинг юзаси яримшарсимон шаклда бўлиб, тери таранглашади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади. Инфильтрат маркази кўкимтир, атрофи қизғич рангда бўлади ва кучли оғриқ билан кечади. Бу инфильтрат ривожланаётган биринчи босқич бўлиб, у 8-12 кун давом этади. Кейин инфильтратнинг марказий соҳасида, соч фолликуласи атрофида некроз кузатилади ва бир нечта маддалар шаклланади. Уларнинг қобиғиқорамтир тусга киради, ёрилади ва ғалвирни эслатувчи бир нечта тешик пайдо бўлади. Булардан қон аралаш сарғимтил-яшил рангли йиринг оқиб чиқа бошлайди. Карбункул марказидаги бошқа соҳалар ҳам секин-аста некрозга учрайди (расм № 31).



Расм № 31

Ажралиб чиққан массалар ўрнида чуқур яра шаклланади. Ҳосил бўлган яранинг қирғоқлари нотекис, тубида яшил-сарғимтир некротик стерженлар кўзга ташланиб, улар жуда секинлик билан ажралиб чиқадилар. Бу некротик стерженларни куч билан олиб ташлаш қийинчилик туғдиради, чунки касаллик ўчоғидаги барча фолликулалар бир вақтнинг ўзида некрозга учрамайди, балки бирин-кетин, маълум фурсат оралиғида некрозга учрайди, шунинг учун некрозга учрамаган фолликулаларни атрофдаги тўқималар

билан яхши алоқа бириктирган бўлади. Икки ҳафтадан кейин, баъзан ундан ҳам кеч некротик стерженлар осонлик билан ажралиб чиқади. Некротик массалар чиқиб кетгандан сўнг ҳосил бўлган яра чуқур, баъзан мушакларга етиб боради, туби нотекис, унда шиллиқ-йирингли қоплама кўриниб туради, осон қонайди, қирғоқлари кўкимтир, шалвираб турувчи нотекис. Яра атрофида узоқвақт инфильтрат сақланиб туради.

Иккинчи босқич, яъни йиринглаш ва некрозга учраши 14 кундан 20 кунгача давом этади. Бундан кейин яра аста-секин тозаланиб, грануляцион тўқима билан қопланиб боради ва одатда остки тўқималар билан бириккан чуқур, дағал чандиқ пайдо бўлади. Карбункул оператив йўл билан даволанганда ҳам, ундан кейин катта чандиқлар қолади.

Карбункул одатда якка холда учрайди. Уларнинг ривожланиши кучли азоб берувчи оғриқ, совқатиш (қалтираш), нохушлик билан кечади. Карбункулнинг оғир кечишини кексаларда, силласи қуриган беморларда, қандли диабетнинг оғир шакли билан хасталанган шахсларда, асаб-рухий толиққанларда кўпроқ кузатиш мумкин. Бунда менингеал сипмтомлар, неврологик оғриқлар, алахсираш ёки идрокнинг туманлашуви холати, септик табиатли иситма (40-41°), лимфангоит, лимфаденит пайдо бўлади. Карбункул йирик қон томирларига яқин соҳада жойлашган бўлса, уларнинг зарарланиши оқибатида кучли қон кетиши ва сепсис натижасида бемор ҳалок бўлиши мумкин. Бурун, юқори лаб соҳасида карбункул жойлашганда оғир менингеал асоратлар бўлиши мумкин.

Карбункул умуртқа поғонаси соҳасидагитерида жойлашганда умуртқа поғонасининг танаси ва орқа мия, энса соҳасида жойлашганда, бош мия пардалари зарарланиши мумкин. Оралиқсоҳасида жойлашса парапроктит, пастки жағда жойлашса, унинг оғиз бўшлиғига перфорацияси кузатилиши мумкин.

Асоратлари: флебитлар, тромбофлебитлар, бош мия синуслари тромбози, септицемия, умумий септик холат, мияга, ўртақулоққа, ўпкага,

юррак клапанлари ва мушакларига, жигарга, буйракка ва бошқа аъзоларга метастаз бериши.

ДИАГНОЗИ. Диагноз қўйиш қийин эмас. Сибир ярасида (куйдиргида) тўқималардаги шиш ривожланган бўлади, мадда соҳасида кўмирни (anthrax) эслатувчи қора струп (қора кўтир) пайдо бўлади ва специфик кўзгатувчи - аэроб граммусбат куйдирги таёқчаси топилади. Юқорида келтирилган клиник кўриниш бўйичакарбункулни фурункулдан фарққилиш мумкин.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Дерманинг куйи бўлимларида ҳамда гиподермада чуқур некроз мавжуддир. Некроз аста-секин атрофга тарқалади. Бу некроз ўчоқлари нейтрофиллардан ташкил топган кучли инфилтратда жойлашгандир.

ГИДРАДЕНИТ

Гидраденит – апокрин тер безларининг йирингли яллиғланишидир. Одатда қўлтиқ ости, чов бурмаси, сийна сўрғичи, киндик, жинсий аъзолар атрофи ва анус соҳасида жойлашиши мумкин.

Асосан тилларанг стафилококкларни апокрин безлари чиқарув йўли орқали унинг тана қисмига кириб қолиши ва кейинча лимфоген тарқалиши натижасида пайдо бўлади.

Организмнинг умумий қувватининг пасайиши, кўп терлаш, қўлтиқ ости ва анус соҳасидаги терининг ишқорий реакцияга эғалиги, шахсий гигиена талабларига риоя қилмаслик, бичилиш, микрошикастланишлар, соч қиришида кесиб олиш, нерв ва эндокрин (диабет, жинсий безлар дисфункцияси) тизимлари бузилишлари, қичишиш билан кечувчи дерматозлар оқибатида пайдо бўлади. Тирналган жойлар мавжудлиги, организмнинг маҳаллий қаршилиқ кўрсатишининг пасайиши, касаллик пайдо бўлишига мойиллик кўрсатувчи омиллар ҳисобланади. Жинсий балоғатга етмаган болаларда апокрин тер безлари фаолияти бошланмаганлиги сабабли уларда гидраденит учрамайди. Апокрин тер безларининг ривожланиб такомилланиши балоғат ёшига етганда яқунланади, бу хол ўғил болаларга нисбатан қизларда эртароқ юзага келади. Гидраденит эркакларга нисбатан

аёлларда кўпроқ учрайди. Кексаларда апокрин тер безлари фаолияти якунланганлиги туфайли уларда гидраденит учрамайди.

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Бошланишда дерма ёки гиподерма қаватида пальпация қилинганда билинадиган якка-якка холда жойлашган нўхот дони катталигидаги қаттиқ тугунлар аниқланади. Бу даврда беморлар бироз қичишиш, шу соҳада ноқулайликлар ёки оғриқ сезадилар. Тугунлар устидаги тери шу вақтда хали ўзгармаган, ранги одатдагидек. Яллиғланиш кучайиб борган сари тугунлар диаметри катталашиб 1-2 смгача етади. Тугун устидаги тери қизаради, қизил-кўкимтир тус олади, тугунлар бир-бири билан ёпишиб конгломерат ҳосилқилганлиги туфайли тери юзаси пальпацияда нотекис, баъзан эса шу соҳанинг бир неча жойи сўрғич каби соғлом теридан кўтарилиб туради («ит эмчаги»), оғриқ кучаяди, шиш ривожланади. Тугунлар юмшайди, флюктуация пайдо бўлади, кейин улар ўз-ўзидан ёрилиб, қон аралаш қаймоқсимон кўринишдаги йиринг оқиб чиқади, некротик ўзак пайдо бўлмайди. Баъзан флегмонани эслатувчи тарқалган, қаттиқ, тахтасимон инфильтрат пайдо бўлади (расмлар № 32,33).



Расмлар № 32,33 . Гидраденит.

Бундай холда оғриқ фақат ҳаракат қилгандагина эмас, балки тинч холатда ҳам пайдо бўлади ва беморни ишга яроқсизқилиб қўяди. Гидраденитнинг етилиши одатда умумий лоҳаслик, тана ҳароратининг кўтарилиши, сезиларли даражада оғриқ билан кечади. Тугунлар ёрилгандан кейин тортишиш ва оғриқ камаяди, бир неча кундан сўнг яра ҳосилбўлади ва у чандиқ ҳосил қилиб битади.

Аммо касалликнинг қайталаниши кўпроқ учрайди, чандиқ ёрилганда янги яралар пайдо бўлади ва бу, жараённинг узок кечишига олиб келади.

Қўлтиқ ости гидраденити аксарият холларда бир томонлама учрайди, гоҳо бир вақтнинг ўзида икки томонлама бўлиши ҳам мумкин. Касаллик ўртача 10-15 кун давом этади, лекин кўпинча узоквақтқайталаниб кечиши (айниқса семиз, гипергидроз кузатилувчи, кандли диабетга чалинган ва тери гигиена қоидаларига етарлича эътибор бермайдиганларда) кузатилади.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Жараён дастлабки босқичда дерма ва гиподерма чегарасида жойлашади. Йирингли инфилтрат бошланғич босқичда асосан нейтрофиллардан, кейинроқ эса лимфоцитлар ва плазматик ҳужайралардан иборат бўлади; у апокрин безлари ва уларни ўраб турган бириктирувчи тўқимани қамраб олади, сўнгра инфекция лимфа томирлари бўйлаб бошқа апокрин безлари, ҳамда эккрин безларига тарқалиб, уларнинг йирингли емирилишига олиб келади.

ДИАГНОЗИ. Жараённинг ўзига хос жойлашиши ва клиник кўринишининг хусусиятини ҳисобга олган холда диагноз қўйиш қийин эмас. Некротик ўзакнинг йўқлиги гидраденитни фурункулдан ажратиб туради. Скрофулодерма учун касалликнинг узок давом этиши, жараённинг лимфатик тугунларни зарарлашдан бошланиши, оғриқнинг йўқлиги, катта сатҳда яра пайдо бўлиши, тешиклари кўпбўлган оқма яра ва кўприксимон чандиқ пайдо бўлиши хосдир.

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 қисмидан 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 якунланади.

ДИАГНОЗ қўйиш қийин эмас. Пиодермия билан асоратланган қўтирда маддалар кафтда, товонда, думбада, қоринда, киндик атрофида, тирсак-билак бўғинида, қўлнинг дорзал юзасида жуфт-жуфт бўлиб жойлашади. Диагноз аниқланишига жуфт мадда элементлари оралиғида қўтир йўллариининг мавжудлиги ва қўтир 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 йўллариинигина 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 организминг умумий қаршилиқ кўрсатиш қобиляти 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 № 34

Дастлаб касалликка учраган соҳада пальпацияда оғриқ чақирувчи гилос данагича ёки нўхотдек катталиқдаги тугун аниқланади, бу яллиғланиш инфилтрати 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. Тешиқ 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 холларда 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 қамраб олувчи некроз ҳосилбўлади. Тер безининг чиқарув йўли ичида стафилококклар ёки бошқа кўзғатувчилар тўплами кўринади.

ДИАГНОЗИ. Кўкрак ёшидаги болаларда ўткир яллиғланиш белгиларисиз флюктуацияланувчи тугунлар мавжудлигига асосланади. Бу ёшдаги болаларда фурункулез кам учрайди, тошмалар микдорининг 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 яққа холдаги зарарланиш бўлиб, тезда марказий қисмининг емирилиши ва ёрилишига олиб келади, аста-секин грануляция билан қопланувчи, оз микдордаги сероз суюқлиги ажралиб турувчи яра пайдо бўлади.

ОҚИБАТИ. Бу ҳақда жиддий ўйлаш зарур, у айниқса камқувват болаларда, асоратлар келиб чиққанда, 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 кўзгатувчиси тилларанг стафилококк, кўпгина муаллифлар эътироф этишича, стафилококкларнинг II фагогурухга мансуб штаммларидир.

Патоген стафилококклар янги туғилган чақалоқ терисига киндикдан (киндик кесилган пайтда асептика ва антисептика қодаларига 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 шаклларининг ўзига хос кечиши, айрим холларда эса пуфак ичидаги суяқлик 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 *in vitro* шароитида ўстириш фаол препаратлар олиш имконини бермади. Ушбу экстрацеллюляр махсулот эксфолиатив токсин бўлиб, уни фақат II фагогурухга мансуб стафилококкларгина ишлаб чиқариши маълум булди. Шикастланган соҳаларни гистологик текшириш

натижалари шуни кўрсатадики, ушбу токсин жуда тор йўналишдаги таъсирга эга. У фақат эпидермиснинг донадор қаватидаги десмосомаларни шикастлайди ва оқибатда тирқишлар (ёриқлар) ва пуфаклар ҳосил бўлади. Экспериментда бу шикастланишлар токсин инъекция қилингандан 2-2,5 соат ўтиб оқ пайдо бўлади ва фақат эпидермисда жойлашади. Ҳозирги кунда қон зардобда эксфолиатив токсинга қарши бўлган 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 қўли 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 ҳолда 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 кунларидаёқ 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 бировгина 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 чиқаётган суюқлик қотиб сероз-йирингли, сарғиш-кулранг калоклар ҳосил қилади (расм № 35).



Расм № 35

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 қалокҳосилқилибқотади, унинг атрофида эса янги пуфаклар пайдо бўлади. Бездоралик, уйқусизлик, ҳароратнинг 38-39° гача кўтарилиши ва иштахасизлик 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 холларда 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 вақтинчалик 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 ҳужайралари ва кўзғатувчилар бўлади. Дермада сўрғичлар қон томирларининг кенгайиши (сўрғичларнинг шиши ва томирлар атрофида бироз инфильтрация) кузатилади.

ДИАГНОЗИ. Туғилгандан кейин биринчи 2 ҳафтада пуфакларнинг хуруж қилиб тошишига, уларнинг тезда такрорий ривожланишига, асосида инфилтрат 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 инфилтрат бўлиб, улар одатда кафтларда, 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, чиғанокда, 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 ҳолда 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 ҳоллар 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 (**Staphulococcol 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 ҳолларда бу синдром айрим дори моддаларига сезувчанликни ортиб кетиши оқибатида юзага келса, бошқа ҳолларда масалан чақалоқларда стафилококк инфекцияси натижасида келиб чиқади. Аммо дори моддалари томонидан

чақирилган ТЭНда стафилококкли ТЭНдан(шунингдек SSSS дан)фарқли равишда эпидермиснинг чуқурроққаватлари зарарланиб, базал қаватхужайралари ҳам жараёнда иштирок этадилар. Стафилококклар томонидан чақирилган касалликда эса эксфолиатив токсин донатор қават остини зарарлашини юқорида (эпидемик чилла яраси касаллигини баёнида) айтиб ўтган эдик. Бу иккала касалликни фарқлаш яна шунинг учун ҳам зарурки, дори моддалари томонидан чақирилган 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 фарқилувчи 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 ҳақида 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 ҳафталаридаёқ 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 қобиқли 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 айниш, тана ҳароратининг кўтарилиши рўй бериши мумкин. Гоҳо буллез тошмалар устиворлик қилиши,

кейинчалик эса эритродермия тусини олиши, бошқа холларда у дастлаб эритродермик ўзгаришлар билан бошланиши мумкин (расм № 36).



Расм № 36

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

Чақалокларнинг 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 қалоклар йиғилади. Эпидермиснинг кўчиши лаб соҳаларига тарқалсада, оғиз шиллик 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 узокдаги бирор касаллик ўчоғида жойлашган (отит, фарингит, қонъюнктивит) 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 қўйиш учун гистологик ва цитологик текшириш ўтказиш зарур.

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

Дори моддалари томонидан чақирилган Лайелл синдромида эпидермис жароҳати базал қаватга қадар етиб борган; стафилококкли ТЭНда эса донатор қават билан чегараланади. Стафилококкли ТЭН учун акантолитик кератинацитлар характерли бўлса, дори моддалари томонидан чақирилган Лайелл синдромида хужайра детрити билан бирга базал кератиноцитлар хосдир (FritschP. 1974; AmonR., DiamondR. 1975).

ДИАГНОЗИ. Чақалоқлар ҳаётининг 2-3 ҳафталаарида терининг каттагина соҳаларида яллиғланишга хос ўзгаришлар ёки пуфаклар пайдо бўлиши ва уларнинг пластинкасимон кепакланишлар ҳосил қилиб йўқолишига, касалликнинг кўкқисдан 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 тиниқ рангли эмаслиги, шикастланган соҳалар сарғиш тусга эга эканлиги, қипиқлар 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, абортив шакли ҳисобланади. Касаллик алоҳида-алоҳида жойлашган бир нечта, нўхотдан то гилос данагича катталиқдаги бир камерали юпқа қобикли 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, юпқа қалоклар пайдо бўлади. Пуфаклар човда ва оёқ-қўлда жойлашиб атрофга ўсиш ва тарқалишга бироз мойиллиги бўлади.

Болаларнинг умумий ахволи унча ўзгармайди.

Оқибати: яхши.



Расм № 37

СТРЕПТОКОККЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

(СТРЕПТОДЕРМИЯЛАР)

Стрептококklar стафилококklarга 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 териға эға бўлган болалар ва аёллар кўпроқ касалланадилар.

СТРЕПТОКОККЛИ ИМПЕТИГО (*impetigostreptogenes*)

(САЧРАТКИ ЯРА) Син: Тильберн - Фокс импетигоси, Фокс импетигоси.

Касалликнинг асосий элементи фликтена бўлиб, бу гиперемияланган, шишган асосдаги, таранг бўлмаган қобиклар ва сероз суюқли юзаки, нофолликуляр бўшлиқли элементдир (расм № 38).



Расм № 38. Стрептококкли импетиго.

Кўпчилик муаллифлар бирдан-бир касаллик чакирувчиси стрептококклар деб ҳисобласаларда, гоҳо пуфакчалар суюқлигида оз миқдорда стафилококкларни ҳам топганлар.

Стрептококкли ёки оддий импетигонинг юқумлилиги айниқса болалар орасида кўпгина текширувлар натижасида исботланган (10-расм).

Қичишиш билан кечадиган дерматозларда (қўтир, қичима) терининг бутунлиги бузилиб микротравмалар ҳосил бўлиши, ринитда бурундан, отитда қулоқдан оққан йирингни, эпидермисни мацерацияга учратиши касаллик ривожига олиб келувчи муҳим омил бўлиб ҳисобланади. Умумий қувватсизлик, ошқозон-ичак йўллари касалликлари, ичкиликка ружу қўйганда организм қаршилиқ кўрсатиш қобилятининг пасайиб кетиши ҳам касаллик пайдо бўлишида аҳамиятга эғадир. Себореяли ҳолатлар, терининг рН, сув-липид мантиясининг ўзгаришлари касалликка мойиллик келтириб чиқаради. Импетиго кўпинча болаларда, айниқса шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида пайдо бўлади.

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик кичкина кизилдоғчадан бошланиб, унинг сатҳида бир неча соатдан сўнг катталиги ясмиқ донидон то 0,5-1 смгача диаметрга тенг келадиган пуфакча (фликтена) пайдо бўлади. Пуфак қобиғиюпқа, таранг эмас, ичидаги суюқлик тиниқбўлади, бироз қизариб шишган ҳошиябўлиши мумкин, бу периферик ўсишга мойилликни кўрсатади.

Баъзан фликтеналар ўзгармаган (қизармаган) терида пайдо бўлиши ҳам мумкин. Қисқавақтўтгач, фликтена ичидаги суюқлик лойқаланади, кейин фликтена ёрилиб, ҳосилбўлган эрозия усти сомонсимон сариқ тусли юпқағовак қалоқ билан қопланади. Эрозиялар эпителий билан қопланиб битгач эса, юзасида бироз қипиқланиш ёки пигментация кузатилади, энгил гиперемия бу соҳада яна бироз сақланади. Фликтеналарнинг эволюцияси 3-4 кунни ташкил қилади. Касалликда камдан-кам холларда оз миқдорда элементлар ҳосилбўлиши кузатилади, кўпинча эса аксинча элементлар сони ортиб боради. Бунда улар периферияга қараб ўсиб каттая боради, натижада айрим-айрим жойлашган элементлар кўшилиб кетади ва ҳалқасимон (цирцинар) импетиго ҳосилқилади. Касаллик ўчоғининг периферик қисмларида янги фликтеналар кузатилади, марказий қисмида эса эрозия ва қалоқлар кўзга ташланади. Касаллик ўртача 3-4 ҳафта давом этади. Эпидермиснинг мугузқавати қалинбўлган шахсларда эса фликтеналар узоқвақтгача ёрилмай туриши, бунда улар периферияга қараб каттая бориши мумкин. Баъзан қалоқлар остидан ажралиб чиқаётгансуюқ йиринг қотиб қолиши оқибатида қалоқлар қават-қават кўриниш оладилар, юзаси нотекис, осон уқаланиб тушувчи холатга келади. Уларнинг ранги ажралаётган йирингнинг рангига, қон ва бошқа нарсалар аралашганлигига боғлиқбўлади. Қалоқлар кўчириб олинганида уларнинг остида пушти-қизил рангли эрозиялар кўзга ташланиб, бу эрозиялар соғлом теридан яққол ажралиб турадилар, юзаси тиниқ эксудатив суюқлик билан намланганлиги кузатилади. Инфекциянинг касаллик ўчоғидан бошқа жойларга олиб

ўтилиши оқибатида касаллик кенг соҳаларга тарқалиши мумкин. Кўпинча лимфангоит ва лимфаденит каби асоратлар кузатилади.

Касаллик кўпинча юзда, тананинг ёнбош қисмларида, оёқ-қўлларда жойлашади. Стрептококк импетиго терида ташқари лабнинг қизил ҳошиясини, оғиз шиллиқ пардасини, бурун бўшлиғини, кўзни, бронхларни ҳам зарарлаши мумкин. Айрим беморларда шиллиқ қаватларнинг зарарланиши терида аввал бошланади (Попхристов П. 1962). Лабнинг қизил ҳошияси зарарланганда стрептококкли хейлит у ерда кизариш, шиш, ёриқлар, кепакланиш, сероз-йирингли ва геморрагик қалоклар ҳосил бўлиши кузатилади. Лабнинг қимирлаши оғриқ чақиради ва ёриқларнинг катталашуви ва қоноқишига олиб келади.

Ушбу стрептококкли хейлитлардан ташқари стрептококк импетигонинг қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади: буллезли импетиго, тирқишсимон импетиго, оддий лишай, юзаки хасмол, интертригиноз стрептодермия (ёки стрептококкли бичилиш), захмсимон папулез импетиго (ёки папула-эрозив стрептодермия).

БУЛЛЕЗ ИМПЕТИГО (*Impetigobullosa*)

Йирик ўлчамдаги (ёнғоқ ёки тухум катталигида) фликтена ҳосил бўлиши билан характерланади. Уларнинг қобиғи таранг, ичидаги суюқлиги тиниқ. Атрофга қараб катталашини жуда секинлик билан кечади, атрофида гиперемия ҳошияси доим ҳам кузатилавермайди. Пуфак ёрилгандан кейин ҳосил бўлган эрозия секин-аста катталашади; эрозия атрофида пуфакнинг қобиғи қолдиқлари шокила каби кўриниб туради. Касалликнинг характери касалланган соҳадаги мугуз қаватнинг қалинлигига кўпроқ боғлиқ. Энг кўп учрайдиган соҳалар – кафтнинг орқа юзаси, товон ва болдирда.

ТИРҚИШСИМОН ИМПЕТИГО (*angulus infectiosus perleche*)

ЁКИ АНГУЛЯР СТОМАТИТ

Оғизнинг бир ёки иккала бурчагида жойлашадиган ва тезда ёриладиган фликтеналар билан характерланади. Бир вақтнинг ўзида худди шундай

холатлар бурун қанотлари ва кўз тирқишининг ташқи чеккасида жойлашиши мумкин. Касаллик ўзига хос клиник манзарага эга бўлиб, дастлаб оғиз бурчакларида шалвираган пуфакчалар пайдо бўладилар. Улар тезда ёрилиб унча чуқур бўлмаган чизикли ёриқлар ҳосил қилади (расм № 39).



Расм № 39. Ангуляр стоматит.

Оғиз бурчаклари шишган ва қизарган, ичкари қисмида тирқишсимон эрозия ва бу эрозия атрофида эпителийнинг кўчган қисми оқиш тусда кўзга ташланиб туради, гиперемия ва шиш билан бирга бироз инфильтрация ҳам кузатилиши мумкин.

Ҳосил бўлган тиниқ-сарик рангдаги қалоқлар намланиш, ҳамда, лабнинг қимирлаши оқибатида тушиб кетадилар, худди шу сабабли эрозия юзасида янгидан пайдо бўлаётган эпителий ҳам яна қайтадан жароҳатланади (бичилади). Бунга касаллик ўчоғи соҳасини тил билан ялаб намлаш, сўлак оқиши ҳам сабаб бўлади, чунки касаллик бироз қичишиш, сўлак оқиши, овқат истеъмол қилганда, лабларни ҳаракатлантирганда (гапирганда) оғрик билан кечади.

Ринит, конъюнктивит каби касалликларда, ковак тишлари бор шахсларда, ёш болаларни оғиз бурчагини ялаб юрадиган одатлари бўлса, кексаларда тиш протезлари мавжуд бўлса, истеъмол қилинаётган озиқ-овқат махсулотларида В комплексидаги витаминлар етишмаса касаллик узоқ вақт кечиши, вақти-вақти билан қайталаниб туриши кузатилади. Касаллик тез юқувчан бўлиб, ўпишганда, сочиклар, идиш-товоқлар орқали ўтиши кузатилади. Ўз вақтида даволанмаса, узоқ вақт давом этади.

Дифференциал диагнози. Ушбу касалликни оғиз бурчаклари юзаки кандидози (кандидозли хейлит, кандидозли лаб бичилиши) билан дифференциация қилиш зарур. Кандидозли лаб бичилиши асосан катта ёшли одамларда кузатилади ва уларда углеводлар алмашинуви бузилиши кузатилади (қандли диабет), ҳамда оғиз шиллиқ қавати ва терининг бошқа бурмалар соҳаларида ҳам кандидоз ўчоғлари мавжуд бўлади. Бундан ташқари кандидозда бичилиш оқибатида эпидермиснинг муғузқавати кўчганлигини кўриш мумкин, бунда йирингли қалоқлар ҳосил бўлмайди, микроскопик текширишларда эса қириндида ачитқисимон замбуруғлар осонлик билан аниқланадилар. Захмнинг иккиламчи даврида оғиз бурчагида жойлашган эрозив папулалар эса асосида инфльтрация яхши ривожланганлиги, захмнинг бошқа клиник аломатлари мавжудлиги, серологик реакцияларнинг мусбатлиги, эрозия юзасидан суртма текширилганда оқ спирохеталар топилиши билан фарққилади.

ТИРНОҚ ВАЛИКЛАРИ ИМПЕТИГОСИ – ЮЗАКИ ХАСМОЛ

ЁКИ ТОУРНИОЛ (tourniole)

Қўл бармоқлари тирноқлари атрофида (tourne – атрофи) яллиғланиш асносида фликтеналар ҳосил бўлиши билан кечади, катта ёшли одамларда ҳам, болаларда ҳам учрайди. Касалликнинг ривожланишига тирноқ атрофидаги эпидермисни тишлаш оқибатида (болалардаги одат) унинг бутунлигининг бузилиши сабаб бўлиши мумкин. Касаллик бошланишида тирноқ валиги соҳасидаги тери қизаради, шишади, оғриқ пайдо бўлади, кейинча эса ичида тиниқ суюқлик бўлган пуфак ҳосил бўлади. Бу суюқлик кейинча хиралашиб йирингга айланади, унинг қобиғи таранглашади ва тирноқ валигининг анча қисмини эгаллаб жойлашади, атрофида эса гиперемия кузатилади. Фликтена ёрилгач эрозия ҳосил бўлади ва у тирноқни уч томондан тақасимон кўринишда ўраб туради. Касалликка чалинган бармоқ фалангасида оғриқ, шиш кузатилади, тирноқ пластинкаси кўчиб тушиши ҳам мумкин. Баъзан ҳароратнинг 37,5°C-37,5°C гача кўтарилиши, беморни ўзини ёмон хис қилиши, лимфа тугунларининг (тирсак соҳасидаги)

катталашиси кузатилади. Тоурниоль импетигонинг бошқа клиник шакллари билан бирга келиши мумкин.

Касаллик сурункали кечганда тирноқ валиги териси кўкимтир-қизғиш тус олган, инфильтрацияга учраган бўлади, атрофида кўчаётган эпидермис шокилалари кузатилади. Вақти-вақти билан тирноқ валиги остидан йиринг чиқиб туради, буни бармоқ билан босиб ҳам текшириб кўриш мумкин – валик босилса, остидан бир томчи йиринг чиқади. Тирноқ пластинкаси деформацияга учрайди, хиралашади.

ОДДИЙ ТЕМИРАТКИ ЁКИ ЭРИТЕМАТО-СКВАМОЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ (pityriasis simplex)

Кўпинча болаларда учрайди ва стрептококкли импетигонинг курук кечувчи шакли ҳисобланади. Асосан юзда (лунжда), пешонада, пастки жағда, оғиз атрофида, баъзан эса оёқ-қўлларда ва баданда жойлашади. Бу соҳалар терисида овал ёки думалоқ шаклдаги доғлар пайдо бўлади, уларнинг ранги пушти-қизил ёки оқиш, чегараси аниқ, юзаси оқиш унсимон қипиқлар билан қопланган. Бироз қичишиш кузатилади.

Ультрабинафша нурлар таъсири остида доғлар юзасидаги қипиқ тўкилиб, улар янада оқиш тус олади, атрофидаги тери эса тўкроқ рангга эга бўлади ва доғлар яққол ажралиб туради (расм № 40).



Расм № 40. Оддий темиртки.

Касаллик асосан баҳор ва куз ойларида кўпроқ учрайди. Болалар муассасаларида касаллик эпидемик тус олиши мумкин. Стрептодермиянинг

бу тури, кўпинча тирқишсимон импетиго, интертригиноз стрептодермия кабилар билан бирга учрайди.

ИНТЕРТРИГИНОЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ

(intertrigostreptogenes)

Касаллик тери бурмалари соҳаларида, аёлларда кўкрак беги остида, семиз одамларда қорин бурмаларида, думбалар орасида, чов-сон бурмасида, кулоқ супралари орасида, кўлтиқ остида ва бошқа жойларда юзага келади. Болаларда эса ортиқча вазнга эга бўлган семиз, кўп терлайдиган, қандли диабет, паратрофия, эксудатив диатез каби касалликларга чалинганлар орасида учрайди.

Дастлаб яслиқ ёки нўхот дони катталигидаги фликтеналар кўпмиқдорда пайдо бўлади. Улар бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар, ёрилиб эрозиялар ҳосилқиладилар. Эрозияларнинг сатҳи доим нам бўлиб, ранги қизил, қизил-пушти, чегаралари пистонни эслатувчи кунгираддор, атрофида эпидермис шокилалари кузатилади. Касаллик ўчоғи атрофида алоҳида жойлашган ҳар-хил ривожланиш босқичидаги янги элементлар (сачратқи элементлар) мавжуд (расм № 41).



Расм № 41. Интертригиноз стрептодермия.

Бурмаларнинг тубида ёриқлар пайдо бўлади ва улар оғриқ чақиради. Эрозиялар усти сариқ тусли тиниқ калоқлар билан қопланган, касаллик ўчоғи атрофида гиперемия хошияси кузатилади.

Касаллик узоқ давом этади, беморларда ҳар-хил субъектив ҳиссиётлар (қичишиш, ачишиш, оғриқ) кузатилади. Ўткир яллиғланиш аломатлари пасайгач, кепакланиш кузатилади.

Дифференциал диагностикаси. Касалликни йирик бурмалар кандидозидан дифференциация қилиш зрур. Кандидозда пуфаклар ҳосил бўлмайди, қалоклар сарик тусга эга эмас, касаллик ўчоғида ва атрофдаги янги пайдо бўлган сачратки элементларидан ачитқисимон замбуруғ топилади.

ЗАХМСИМОН ПАПУЛЕЗ ИМПЕТИГО ЁКИ ПАПУЛА-ЭРОЗИВ СТРЕПТОДЕРМИЯ

Бу касалликни йўргак дерматити деб ҳам юритилади. Кўкрак ёшидаги болаларда, кўпинча чилла даврида учрайди. Сийдик ва нажосат билан намланган кўкликда пайдо бўлувчи аммиакнинг қитиқловчи таъсири касаллик ривожланишига мойиллик туғдирувчи омил ҳисобланади. Айниқса, бу ацидоз кузатилувчи рахит билан оғриган болаларда (сийдикда аммиак микдори ортиб кетади), шунингдек сигир сути билан овқатлантирилаётган болаларда (нажосат ишқорий муҳит касб этади, аммиак ишлаб чиқарувчи бактериялар эса йўғон ичакнинг ишқорий муҳитида яхши ривожланади) муҳим аҳамиятга эгадир.

Ушбу касаллик клиник манзараси, кечиши ва бектериологик текширувлар натижасига кўра стрептокок импетигосининг бир тури деб қаралсада, айрим кузатувчилар касаллик ўчоғидан патоген стафилококклар ҳамўстириб олганлар (Зверькова Ф.А 1983). Касаллик ўчоғи асосан думба, сон, жинсий аъзолар, ораликсоҳа терисида жойлашади. Бу соҳалар терисида дастлаб ҳар хил размердаги чекланган эритема доғлари пайдо бўлиб, улар юзасида бироз қаттиқроқбўлганкўкимтир-қизил тусли, нўхот донидан то 1 см гача катталиқдаги папулалар ҳосилбўлади. Папулалар юзасида тезда фликтеналар пайдо бўлади ва улар ёрилиб эрозия ҳосилқилади. Эрозиялар усти қалоклар билан қопланади, атрофида эса яллиғланиш аломатлари кузатилади. Эрозиялар размери папула размеридан кичикдир, унинг

атрофида тери гиперемияланган ва инфильтрацияга учраган. Касаллик учун атрофга қараб тарқалиб бориш хосдир.

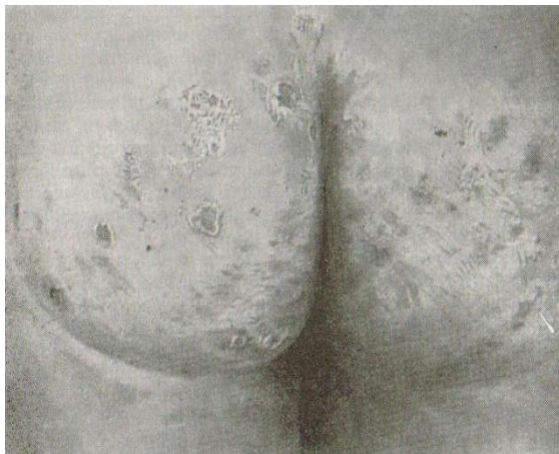
Захмсимон папулез импетиғони сифилитик папулалардан дифференция қилиш зарур. Захм папуласи учун фликтеналар ҳосил бўлиши, атрофга қараб ўсиш хос эмас, эрозиялар тезда ҳосил бўлмайди, унинг атрофида эпидермис шокилалари кузатилмайди, папула атрофида ўткирляғлиғланиш аломатлари бўлмайди, сифилитик папулалар консистенцияси зич-қаттиқ, оғриқсиз. Бундан ташқари терида ва шиллиққаватларда захмга хос бошқа аломатлар кузатилади. Аммо барибир хал қилувчи аҳамиятга эга бўлиб, оқ спирохетага текшириш ва КСР натижаси ҳисобланади.

ЧУҚУР СТРЕПТОДЕРМИЯ ЁКИ ОДДИЙ ЭКТИМА

(Ectymavulgare)

Вулгарь эктима тўқималарнинг чекланган соҳада ярага айланиши билан кечувчи чуқур зарарланиши бўлиб, бунда чуқур нофолликуляр пустула ҳосилбўлади. Касалликнинг кўзғатувчиси стрептококлар деб ҳисоблансада, аммо аралаш стрепто-стафилококлар томонидан қақирилган эктималар хусусида етарлича маълумотлар йиғилган (Троицкая А.Д. 1957; Бабинцев В.Г. 1984). Ҳар-хил сабаблар (сурункали касалликлар, гипо ва авитаминозлар, алкоголизм, моддалар алмашинувининг бузилишлари ва бошқалар) туфайли организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти пасайиб кетган одамларда учрайди. Эктиманинг ривожланишида икки босқич тавофут қилинади: фликтенали ва ярали. Касаллик стрептококкли фликтеналардан ёки асосида чуқур инфилтрат бўлган аралаш импетигодан бошланади. Бу пустула пуфакка айланиб, ичидаги сероз ёки сероз йирингли суюқлик тезда тилларанг-сарик тусли қалоқҳосилқилибқотади, унинг остида йирингли геморрагик суюқлик бўлиб, бу соҳадаги тўқима емирилади. Кўпинча бир неча қатламдан иборат бўладиган қалоқ олиб ташланса унинг остидаги думалоқ ёки овал шаклдаги яра кўзга ташланади. Яранинг туби кир-кулранг йирингли, некротик мадда билан қопланган, осон қончиқиши кузатилади,

қирғоқлари юмшок, шишган, димикқансимон гиперемияга учраган, тери сатҳидан бироз кўтарилиб туради. Ярадан чиқаётган ажралма қўнғир тусли қалокҳосилқилибқотади ва у анча қалинлашиши мумкин. Касаллик торпид кечади (расмлар № 42,43).



Расмлар № 42,43. Вульгар эктима.

2-3 ҳафтадан сўнг яра грануляцион тўқима билан тўлиб, секин-аста юзаки силлиқчандикҳосилбўлади, чандик атрофида пигментация зонаси кузатилади. Эктималар энг кўп учрайдиган соҳа-болдирнинг олдинги ва ёнбош соҳалари, сон, бел соҳаси ҳисобланади. Эктималар кўпинча 1-2 дона пайдо бўлади, аммо баъзан 10-15 ва ҳатто ундан ортиқмикдорда ҳам бўлиши мумкин.

Дифференциал диагностикаси. Импетигодан, фурункулдан, сифилитик эктимадан, колликватив силдан фарқлаш зарур. Импетигода касалликнинг кечиши ўткирбўлиб яра ва чандикҳосилбўлмайди. Фурункул учун некротик стержен ҳосилбўлиши, кучли оғриқ хос (расм № 44).



Расм № 44. Вульгар эктима.

Захм эктимасида яра тубида инфилтрат кузатилади, яранинг қирғоқлари каттик атрофида яллиғланиш аломатлари йўқ, захмга хос бошқа белгилар кузатилади, КСР мусбат натижа беради. Колликуватив силда касаллик жуда секинлик билан кечади, ўткир яллиғланиш аломатлари ва пустиула йўқ, чандик сўрғичсимон кўринишда, туберкулин синамаси мусбат натижа беради.

Силласи куриган, камқувват беморларда, қариларда, алкоголизмга чалинганларда, оғир жисмоний иш билан шуғулланувчиларда, икки ёшгача бўлган болаларда, айниқса улар инфекцион ёки бошқа касалликка чалинган бўлса, ичи кетиб сувсизланганда ва бошқа холларда вульгар эктима жуда оғир кечиши кузатилади ва буни пармаловчи, ўйиб кирувчи эктима (*ecthyma terebrans*) деб юритилади. Унинг ривожланишида асосий жараёнга кўк йиринг таёқчаси ёки ичак таёқчаси каби микроорганизмларнинг қўшилиши ҳам аҳамиятга эгадир. Касалликнинг бу тури умумий ахволнинг оғирлашуви, ҳароратнинг кўтарилиши, регионар лимфа тугунларининг катталашуви, эктима соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлиши билан кечади. Яралар дермага чуқур ботиб киради, тери ости ёғ клетчаткасига етиб боради, кучли оғриқчақиради, туби йирингли ёки геморрагик ажралма билан қопланган, кечиши ёмон сифатли бўлиб, ўз вақтида ҳар-хил даволаш муолажалари ўтказилмаса сепсиз чақириш хавфи бор.

СУРУНКАЛИ ЮЗАКИ ДИФФУЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ

(*Streptoderma chronica diffusa superficialis*)

Касаллик ўткир стрептодермиядан ёки аралаш импетигодан 3-6 ой ўтгач риволаниши мумкин. Стрептококлар ёки аралаш стрептостафилококлар томонидан чақирилади. Махаллий қон айланишининг узоқвақт бузилиши, терида моддалар алмашинувининг бузилиши, тўқималар гипоксияси (масалан, вена қон томирлари варикоз кенгайганда, узоқвақт тик турганда), оёқларнинг совуққотиши ва бошқалар касаллик келиб чиқишига сабаб бўлувчи омиллардир. Жараён асосан болдирлар терисида ривожланади.

Касаллик учун терининг катта соҳаларининг диффуз зарарланиши хосдир. Касаллик ўчоғида терининг анча ривожланган инфильтрацияси, гиперемияси кузатилади. У кўкимтир-кўнғир тус олади, юзаки эрозиялар пайдо бўлади, улар бироз ялтирок, юпқа, қават-қават сарғиш-кулранг қалоқлар билан қопланади. Қалоқлар остида ёппа жойлашган намланиб турувчи юза кўзга ташланади. Касаллик ўчоғининг қирғоқлари йирик кунгирадор, атрофга қараб кенгайиб боради ва бутун болдир соҳасини қамраб олиши мумкин. Кейинча нам чиқиш ва қалоқлар ҳосилбўлиши тўхтагач, касаллик ўчоғидаги йиринг пластинкасимон қипиқлар билан қопланади. Касаллик сурункали кечади.

Диффуз стрептодермиянинг бир кўриниши сифатида унинг ўткир шаклини кўрсатиб ўтиш зарур. Бу шакли ҳарорат кўтарилиши, эритродермия асосида тошмаларнинг ўткир пайдо бўлиши билан кечади. Узоквақт битмайдиган яралар атрофида пайдо бўлганда эса, «паратравматик стрептодермия» деб юритилади. Касалликни болдир соҳасида жойлашган микробли экземадан фарқлаш унчалик қийинчилик чақирмайди: экземада нуқтасимон экзематоз «қудуқлар» бўлиб, улардан шудрингни эслатувчи томчили нам чиқиб туради, ҳамда чин полиморфизм кузатилади.

АРАЛАШ СТРЕПТО-СТАФИЛОКОККЛИ ПИОДЕРМИЯ

Бу гуруҳ пиодермитларга этиологик омили бир вақтнинг ўзида ҳам стафилококклар ҳам стрептококклар ҳисобланувчи пиодермитлар киради. Булардан юзаки шаклдагиси: оддий (вульгар) ёки стрепто-стафилококкли импетиго, чуқур шаклдагиси: сурункали ярали пиодермия ва атипик шакллилари сурункали ярали вегетацияловчи пиодермия, шанкрсимон пиодермия, ботриомикома (пиоген гранулема), гангренозли пиодермия, Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси, Гоффманнинг бошдаги емирилувчи абсцессланувчи фолликулити ва перифолликулити, чандиқланувчи фолликулит, тезкор хуснбузар (*Acne fulminans*), келоид хуснбузар, болдирнинг пустулез ва атрофик дерматити, бластомикозсимон пиодермия, юз пиодермияси, колликуватив силни эслатувчи пиодермия,

вегетацияловчи стоматит, жинсий олат ва мойк халтачасининг гангренази каби касалликлар киради.

Стрептостафилококкли ёки вульгар импетиго

Касаллик шишган-қизарган асосда стрептококкли импетиго -фликтена пайдо бўлиши билан бошланади. Пуфакчанинг фаркли белгилари шундан иборатки, унинг қобиғи нозик, юпқа, таранг эмас, суюқлиги сероз. Пуфакча периферияга қараб ўсишга мойилдир. Жараённинг ривожланиш босқичида стафилококлар қўшилишиоқибатида фликтена ичидаги суюқлик лойқаланиб йирингга айланади ва 2-3 кун мобайнида сариқ-мисранг қалоклар ҳосилқилибқурийдди. Айрим холларда фликтеналар юмалоқ ёки овал шаклдаги эрозиялар ҳосилқилиб ёрилади ва лойқали сероз-йирингли суюқлик ажралиб туради. Эрозиялар четларида эпидермис шокилалари кўзга ташланади ва қизарган ҳошия билан ўралгандир. Эрозиялар ҳам фликтеналар каби 1-2 кундан сўнг сомон сариқ ёки кулранг геморрагик қалоклар кўринишида қуриган экссудат билан қопланади. Айрим холда олинган элементнинг ривожланиш босқичи 8-15 кун бўлиб, қалоклар тушгандан 1-2 ҳафта ёки 8-9 кундан кейин бирламчи элементлар ўрнида иккиламчи қизарган, бироз шишган, енгил кепакланишли доғ қолади.

Импетигоноз элементларнинг периферияга ўсиб, бир-бирига қўшилиб кетишга мойиллиги борлиги сабабли улар катталашади. Теридаги жараён кўпинча юзда, оғиз ва кўз атрофида, пешонада, камроқ холларда човда ва оёқ-қўл соҳаларида жойлашади, касаллик юқумли бўлиб, кўпинча болалар, қизлар ва ёш аёлларда учрайди. Болалар жамоаларида касаллик эпидемик характерга эга бўлиб, тез тарқалиши мумкин. Катталарда вульгар импетиго мустақил равишда ёки қўтир, педикулез, қичишиш билан кечадиган хасталикларда асорат сифатида пайдо бўлиши мумкин.

Дифференциал диагноз: вульгар пўрсилдоқ ва вульгар сикоз билан, экссудатив кўп шаклли эритемадан дифференциация қилинади. Вульгар пўрсил доқдаги пуфаклар соғлом терида пайдо бўлади, тезликда катталашиб «нок»симон кўриниш олади (Шеклаков симптоми), Асбо-Хансен ва

Никольский симптомлари мусбатдир, суртмаларда акантолитик хужайралар топилади. Вульгар сикоз эркакларда ўткир бошланиб, сокол-муйловлар соҳасида, марказида соч бўлганконус шаклидаги юзаки ва чуқур фолликуляр пустулалар пайдо бўлиши билан характерланади. Экссудатив полиморф эритема кўп сонли эритематоз, уртикар, везикулез ва буллез элементли тошмалар билан характерланиб, етилган элементда «ирис» ёки «куш кўзи» шаклида симптом ҳосил бўлади. Бундан ташқари у беморларда ҳароратнинг кўтарилиши, суяк ва бўғимларда оғриқ кузатилади, тошмалар нафақат терида, балки шиллиқ қаватларда ҳам жойлашиши билан кечади.

СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ ПИОДЕРМИЯ

Касаллик бирламчи равишда ёинки импетиго, эктима, фолликулит, фурункул каби пиодермитларнинг трансформацияси натижасида иккиламчи пайдо бўлиши мумкин.

ПАТОГЕНЕЗИ. Мураккаб ва комплекслидир.

Адабиётларда келтирилган маълумотлар ва кузатувлар терининг меъёрдаги физиологик ҳолатини бузувчи, организмнинг умумий функцияларини сусайтирувчи, унинг иммунобиологик реакцияларини фаоллигини пасайтирувчи барча ноқулай омиллар сурункали пиодермитлар ривожланишига олиб келишини, уларнинг кечишини оғирлаштиришини қайта-қайта рецидивлар чақиритишини кўрсатади.

Организмнинг пиококкли инфекцияларга қаршилик кўрсатиш қобилиятининг, шунингдек касаллик қўзғатувчи микроорганизмларнинг патогенлик хусусиятини пасайиб кетиши ҳам муҳим рол уйнайди. Зеро бунда организм йирингли пиококклар тушганлигига ўта кескин реакция бермайди, бу эса касалликнинг узоқвақт сурункали кечишига олиб келади. Ички аъзолар ва эндокрин тизими аъзоларининг функцияси бузилиши касаллик ривожланиши учун қулай шароит яратиб беради. Гиповитаминоз ёки бирор инфекцион касаллик оқибатида қон томирларининг ўтказувчанлигини бузилиши, совуқ қотиш, шикастланиш (травма), маҳаллий соҳаларнинг қон билан таъминланишининг бузилиши оқибатида ривожланган асаб-трофик

Ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Сурункали ярали пиодермияда экма олинганда кўпинча стафилококлар, стрептококлар, протей, ичак ва кўк йиринг таёқчалари ўсиши кузатилади (расмлар № 45,46).



Расмлар № 45,46. Сурункали ярали пиодермия.

Клиникаси. Сурункали ярали пиодермия кўпинча оёқларда, болдир соҳасида, айрим вақтда эса кафтнинг орқа юзасида жойлашади. 40-60 ёшли эркекларда кўпроқ учрайди. Касаллик стрептокок эктимаси, фурункул ёки ўзига хос чуқур инфилтрат пайдо бўлиши билан бошланади, у тезда некрозга учраб яра ҳосилқилади. Яранинг ўлчами анча катта, думалок, овал ёки кунгираддор шаклга эга, қирғоқлари эса емирилган, қаттиқ инфилтратли туби нотекис бўлиб, кўп миқдордаги йиринг ва кулранг тусли грануляцион тўқима билан қопланган. Касалликнинг асосий ўчоғи атрофида чуқур пустулалар пайдо бўлиши мумкин. Инфилтрат тубида чуқур жойлашган бир-бирлари билан туташувчи йирингли бўшлиқлар мавжуд. Қалоқлар остида ярали жараён атрофга қараб кенгая боради ва ҳар хил кўриниш олади: доира, ҳалка, гирлянд кўринишида. Асосий ўчоғ атрофида доим янгидан фликтеналар ёки пустулалар ҳосилбўлиб, улар ҳам йирингли некротик емирилишга учрайди. Жараён дермадан гиподермага, мушакларга етиб, ҳатто суяккача бориб етиши мумкин, доим чандиқ ҳосил қилиш билан яқунланади. Касаллик уйқусизлик, камқувватлик, камқонлик, кучли бўлмаган оғриқ билан кечади, сурункали тус олади, кўп ойларга ва ҳатто йилларга чўзилади.

СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ-ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ПИОДЕРМИЯ

Бу касаллик учун фолликулит ёки пустула ўрнида ярага айланувчи кўкимтир-қизғиш тусли юмшоқ консистенцияли, атрофдаги соғлом теридан кескин чегараланиб турувчи пилакчалар (бляшкалар) ривожланиши хосдир. Бу пилакчалар сатҳи теридан бироз кўтарилиб туради, нотўғри шаклдаги думалоқ ёки овал кўринишга эгадир. Уларнинг юзаси бутунлай ёки қисман ярага айланган, яра юзаси эса сўгалсимон, папилломатоз ўсимталар билан қопланган, бу ўсимталар усти калоклар билан қаватма-қават ёпилган. Пилакчалар атрофи димланган гиперемия хошияси билан чегараланган. Инфилтрат босиб кўрилганда, сўрғичлар орасидаги ёриқлардан ва оқма йўллاردан йиринг ёки йиринг аралаш қонли суюқлик ажралиб чиқади. Серпигинацияга мойиллик кузатилади – теридаги жараён атрофига ёки бир тарафга қараб кенгайиб боради. Регрессия кузатилганда пилакчанинг марказий қисми бироз пасаяди, чўқади, вегетациялар текисланади, мугузланади, йиринг чиқиши тўхтайтиди, чандикҳосилқилиб битади. Чандик нотекис, сўрғичсимон ўсимталари ва кўприкчалари бўлиб, скрофулодермадан кейинги чандикни эслатади. Айрим холларда касаллик ўчоғининг марказида ёки бир чеккасида чандикҳосилбўлиши кузатилса, бошқа тарафда эса атрофга қараб кенгайиш давом этади. Сурункали ярали пиодермия ўчоғлари битта ёки бир нечта бўлиши мумкин, улар ўсиб катталашиб, бир-бири билан қўшилиб кетиши оқибатида катта-катта сатҳларни қамраб олиши кузатилади. Касаллик ўчоғи ҳамма жойда пайдо бўлиши мумкин, аммо энг кўп учрайдиган сеvimли соҳалари қуйидагилар: бошнинг сочли қисми, қўллар, қов соҳаси, қўлтиқ ости, чов соҳалари, болдирлар.

Ярали вегетацияловчи пиодермия узоқвақт – ойлаб, баъзан йиллаб давом этади, яхшиланиш (соғайиш) даврлари авж олиш жараёнлари билан алмашилиб туради. Ярали вегетацияловчи пиодермия ҳарқандай ёшда, шу билан бирга болаларда ҳам ривожланиши мумкин, аммо кўпинча 40-60 ёшли одамларда учрайди.

Гистологик текширишларда эпидермисда дистрофик ўзгаришлар ва дермада гранулематоз ўсиш, некроз ва абсцессланиш ўчоғлари билан кечувчи сурункали яллиғланишаниқланади. Инфилтрат хужайралари орасида лимфоцитлар, гистиоцитлар, фибробластлар кўпчиликни ташкил қилади, нейтрофиллар, эозинофиллар ва плазматик хужайралар аралашмалари ҳам кузатилади. Ҳар хил катталиқдаги некроз ўчоғлари ва абсцесслар аниқланади.

Дифференциал диагностикаси. Терининг колликватив ва сўрғичсимон сил касалликлари, чуқур микозлар (бластомикоз, споротрихоз) билан дифференциация қилинади. Терининг сўрғичсимон силида ноўткиряллиғланишли дўмбоқчалар пайдо бўлади, тери силига хос феноменлар кузатилади («олма желеси» симптоми, Поспеловнинг «зонд» симптоми), ярали-вегетацияли босқичида эса ярадан оз миқдорда сероз суюқлик ажралиб чиқиши кузатилади ва ўчоғ атрофида янгитдан ҳосил бўлаётган пиоген элементлар бўлмайди. Бундан ташқари сўгалсимон ўсимталар гиперкератотик характерда бўлиб, емирилишга мойил эмаслар. Скрофулодерма ёрилганда ҳосил бўлган яра қирғоқларида юмшоқ тўқимадан иборат парчалар кузатилади, яра тубида эса оч рангли грануляцияцион тўқима кўзга ташланади, оз миқдорда сероз суюқлик ажралиб туради. Оқма йўллариининг мавжудлиги дифференциал диагностикани анча қийинлаштиради. Скрофулодермада касаллик ўчоғида кўприкчали ва сўрғичли чандиқ ҳосил бўлади. Актиномикоз сурункали ярали вегетацияловчи пиодермиядан ёғочсимон қаттиқ инфилтрат ҳосилбўлиши ва ярадан чиқаётган массада замбуруғ борлиги билан фарқланади. Споротрихоз ва чуқур бластомикоз микологик текшириш ва биопсия натижаларига қараб дифференциация қилинади.

Шанкрсимон пиодермия

Бу касаллик биринчи мартаба 1913 йили E.Hoffman томонидан терининг бактериал инфекцияси номи билан баён қилинган бўлиб, клиник манзараси бирламчи сифиломани эслатади. Касаллик ҳам катта ёшли

одамларда, ҳам болаларда, жинсидан катъий назар учрайди. Жойлашиш соҳаси жинсий аъзолар ёки экстрагенитал. Касаллик пуфакча пайдо бўлиши билан бошланиб, у ёрилгач, думалоқ ёки овал шаклидаги эрозия ёки яра ҳосилбўлади, унинг туби эса доим зич (қаттиқ) қонсистенцияга эгадир. Кўпинча касаллик ўчоғи ҳар хил қалинликдаги геморрагик қалоклар билан қопланган бўлади. Қалоклар олиб ташлангач, унинг остидаги эрозия ёки яра кўзга ташланади, бу эрозия ёки яранинг ранги пушти-қизил, туби теккис, қонсистенцияси қаттиқ, қирғоқлари бироз кўтарилиб туради оз микдорда сероз ёки сероз-йирингли суюқлик ажралиб туради. Айрим холларда ўчоғ атрофида энсиз яллиғланишҳошияси кўзга ташланади. Яранинг диаметри 1-2 см гача етиши мумкин. Субъектив хиссиётлар кузатилмайди. Регионар лимфа тугунлар қаттиқ, оғриқсиз, бир-бирига ва остидаги тўқимага ёпишмаган. Яра элементи кўпинча якка холда учрайди, аммо бир неча дона бўлиши ҳам мумкин. Эрозия ёки ярадан ажралиб чиқаётган суюқликдан стафилококклар ва стрептококклар топилади. Касаллик 2-3 хафта давом этади, эрозия изсиз битиб кетади. Яра эса юзаки чандиқ қолдиради.

Гистологияси: яққол билинувчи акантоз, шиш, қон ва лимфа томирларининг кенгайиши кузатилади. Периваскуляр ва диффуз инфилтрат асосан полиморф ядроли нейтрофиллардан, эозинофиллардан, лимфоид элементлар ва гистиоцитлардан иборат; бирламчи сифиломада бунинг акси бўлиб инфилтрат плазмамо (яъни плазмоцитлардан иборат) ҳисобланади. Дифференциал диагноз биринчи навбатда қаттиқ шанкр билан ўтказилади. Кўп маротаба текширилганда ҳамоқиш спирохеталарнинг топилмаслиги, серологик реакцияларнинг манфийлиги ушбу касалликларни фарқлашни енгиллаштиради.

ГАНГРЕНОЗ ПИОДЕРМИЯ

Пиодермиянинг ушбу кам учрайдиган шаклини биринчи маротаба L.Bruinsting, W.Goesckerman, O.Learu 1930 йили баён қилганлар. Узоқвақтлар гангреноз пиодермия ривожланишидаги бош омилни стафилококклар ва стрептококкларнинг алоҳида хусусияларида деб кўрсатиб келинган. Айрим

муалифлар ҳозир ҳам шу фикрдалар. Аммо охириги йилларда адабиётларда гангреноз пиодермия асосида алергик васкулит ётади, ҳар хил микроорганизмлар эса сенсбилизацияловчи омил ролини ўйнайди деган қараш кенг ёйилгандир. Кўпгина илмий мақолаларда гангреноз пиодермиянинг иммун бузилишлар билан алоқадорлиги кўрсатиб ўтилади. Кўпчилик клиницистлар гангреноз пиодермия 70-80% беморларда ҳар хил системали (тизимли) касалликлар ва сурункали инфекцион яллиғланишўчоғлари (ярали колит, Крон касаллиги, лейкозлар, парапротеинемия, артритлар, карциноидли ўсмалар, ёмон сифатли лимфомалар ва бошқалар) билан бирга учрашини таъкидлашиб, бу касалликларни бирламчи омил деб, терининг касалланишини эса иккиламчи равишда ривожланган деб қарайдилар (расм № 47).



Расм № 47. Гангреноз пиодермия (қандли диабет билан оғриган беморда).

Касаллик асосан катта ёшдаги одамларда, 30-49 ёшлар орасида ёки 60 ёшдан кейин учрайди; болалар жуда кам касалланадилар.

Клиникаси: теридаги жараён пустулалар, фурункулсимон элемент ёки сероз, геморрагик суюқлик тутувчи пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланади. Пайдо бўлган элементлар тезда емирилиб ёки ёрилиб атрофга қараб кенгайиб борувчи яра ҳосилқилади. Яралар думалок, ногўғри, ёки кунгираддор шаклда бўлиб, ўлчамлари кафтдек ёки ундан катта бўлиши мумкин. Касаллик ажвига чиққан паллада ўчоғ пушти қизил рангдаги, қирғоқлари нотекис валиксимон кўтарилиб турувчи ва эпидермис

шокилалари осилиб турувчи катта ўлчамдаги яра кўринишини олади; унинг атрофида гиперемия зонаси кўзга ташланади. Яранинг туби нотекис, асосан қонаб кетувчи, юмшоқ (намли) грануляциялар билан қопланган, ярадан кўпмиқдорда қон, йиринг ва емирилаётган тўқималар билан аралашган бадбўй хидли суюқлик ажралиб туради. Яралар бир томонга серпигинация қилиб ёки марказдан ҳамма томонга қараб кенгайиб боради, эски соҳалардаги яралар эса бу вақтда чандиқланади. Яралар пальпация қилинганда кучли оғриқ сезилади. 50% ҳолларда касаллик ўчоғи битта, қолган ҳолларда эса кўп ўчоғли бўлади. Ўчоғлар кўпинча оёқларда учрайди, баъзан эса баданда (танада), қўлларда ва юзда кузатилади.

Дастлаб пайдо бўлган пустулаларнинг ичидаги суюқлик стерил бўлиши мумкин, ярадан ажралиб чиқаётган суюқликдан эса ҳар хил кокксимон ва бактериал флоралар топилади. Беморларнинг умумий ахволи кам ўзгаради. Айрим вақтда тезда ўтиб кетувчи ҳарорат кузатилади. Касалликнинг кечиши сурункали, қайталаниб туришга мойил. Касаллик оқибати бир вақтнинг ўзида бирга кечувчи касалликларга (ярали колит, лейкоз ва бошқалар) кўп жихатдан боғлиқ.

Гистологияси. Дерманинг юқори қаватида жойлашган қон томирлари деворида ҳаттоки уларнинг бўшлиғини беркилиб қолишига олиб келувчи шиш, тромбоз, терининг ички қаватларида ва гиподермада некроз кузатилади. Бутун дерма бўйлаб гранулематоз инфилтрат аниқланади, улар лимфоцитлардан, нейтрофил лейкоцитлардан, плазматик хужайралардан, фибробластлардан иборат. Касалликни чуқур микозлар, терининг колликватив сили, учламчи захм, йододерма ва бромодерма, сурункали ярали вегетацияловчи пиодермия каби касалликлардан дифференцеция қилинади.

АЛЛОПОНИНГ ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ПИОДЕРМИЯСИ

Француз дерматологи Аллопо 1889 йили «*dermatite pustulose chronique en foyers a progression excentrique*» номи билан биринчи мартаба баён қилиб берган касалликни, 1905 йили P.Gaucher унинг номи билан

Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси деб аташни таклиф этади. Бу касаллик ўчоғидан ажралиб чиқаётган йиринг бактериологик текширилганда доим тилларанг стафилококлар аниқланади. Шунинг учун ҳам R. Degos, A. Carteaud Аллопонинг вегетацияловчи пиодермиясини иккиламчи равишда вегетация ҳосил бўлувчи стафилококкли пустулез деб қарайдилар. Касаллик асосан катта ёшли эркак ва аёлларда бир хилда учрайди, болаларда жуда кам кузатилади. Аллопонинг вегетацияловчи пиодермиясида бирламчи элемент пустулалар ҳисобланиб, уларнинг сони жуда тезлик билан ортиб боради. Пустулалар ёрилгач, уларнинг ўрнида аста-секин сўгалсимон вегетациялар ҳосилбўладилар, улардан ажралиб чиқаётган йиринг эса қалок ҳосил қилиб қотиб қолади. Майда ўчоғлар атрофга қараб кенгайиб борадилар ва бир-бирлари билан қўшилиб, йирик ўлчамдаги, аниқ чегараланган эритема ҳошияси билан ўралган пиллакчалар ҳосил қилади. Кўп учрайдиган соҳалар – бошнинг сочли қисми, пешона, лаблар, қўлтиқ ости, жинсий аъзолар соҳаси, лунж ва бурун шиллиқ қаватлари. Регионар лимфа тугунлари катталашishi мумкин, умумий ахвол ўзгармайди.

Гистологияси: интра эпидермал эозинофилли абсцесслар, папилломатоз, псевдоэпителиоматоз гиперплазия, дермада сурункали гранулематоз яллиғланишқузатилади. Яллиғланиш инфилтрати лимфоцитлардан, гистиоцитлардан, эозинофиллар ва нейтрофиллардан ташкил топган.

Дифференциал диагностикаси вегетацияловчи пўрсилдок, иккиламчи захм, чуқур микозлар, сўгалсимон тери сили каби касалликлар билан ўтказилади. Касалликнинг оқибати кўпинча яхшилик билан тугалланади: рационал даво ўтказилганда вегетацияловчи ўчоғлар бир неча ҳафта ёки ойлар давомида барҳам топадилар.

ГОФФМАННИНГ БОШНИНГ ЕМИРИЛИБ АБСЦЕССЛАНУВЧИ ФОЛЛИКУЛИТИ ВА ПЕРИФОЛЛИКУЛИТИ

Ушбу кам учрайдиган касалликнинг классик манзарасини E.Hoffman 1907 йили баён қилиб берди ва бошнинг емирилиб абсцессланувчи

фолликулити ва перифолликулити деб аташни таклиф килди, чунки ушбу касаллик учун юзаки ва чуқур абсцесслар шаклланиб, ўзидан кейин худди гидраденит касаллигидаги каби чандиқлар қолдириши хосдир. Бактериологик текширувларда асосан стафилококклар топилади. Касаллик кўпинча ёш эркакларда учрайди. Бошнинг сочли қисмида, асосан энса соҳаларида думалок, чўзинчоқ ёки буйраксимон шаклдаги шиш пайдо бўлади, унинг ранги оқиш-сарғимтир ёки кўкиш қизилбўлиб, консистенцияси юмшоқ ёки флюктуация кузатилади. Бу шиш устидаги тери сочлардан махрум бўлган, таранг тортилган, юпқалашган, айрим жойларида ярага айланган. Ўчоғлар бир-бирига яқин, тиғиз, жойлашган бўлиб, баъзан бир-бирига қўшилиб, чўзинчоқ, эгри-бугри валиклар ҳосилқиладилар, улар мия эгатчаларини эслатиб юборади. Бундай ўчоғларни босиб кўрилганда у ерда мавжуд бўлган фистулалардан йиринг ажралиб чиқади. Бу фистулалар бир-бирлари билан қўшилиб кетувчи ва терини чуқур емирувчи йўллар ва чўнтаклар тизимига олиб боради.

Касаллик жуда узоқ вақт давом этади, аммо соғайиш билан яқунланади. Гистологик манзараси: конглобат хуснбузар гистологиясидан фарққилмайди. Касалликни терининг колликватив ва сўгалсимон сил касаллигидан, учламчи сифилидлардан, чуқур микозлардан дефференциация қилиш керак.

ЧАНДИҚЛАНУВЧИ ФОЛЛИКУЛИТ

**Син: чандиқланувчи хуснбузар, эпиляцияловчи
ва чандиқланувчи фолликулит.**

Касаллик патогенезида беморлар иммун тизимининг холати алоҳида аҳамиятга эга. Чандиқланувчи фолликулит соч фолликуласининг турғун алопецияси ва деструкцияга олиб келувчи яллиғланиш билан ифодаланади. Пустулаларда кўпинча стафилококклар топилади. Яллиғланиш аломатлари чуқур пиодермияларнинг бошқа шакллариغا нисбатан камроқ ривожланади. Касаллик узоқ вақт мобайнида кучсиз равишда кечиб, вақти-вақти билан авж олиб туради. Асосан катта ёшдаги эркакларда учрайди, аммо ўсмирларда ва

ҳатто кичик ёшдаги болаларда ҳам учраши мумкин. Чандикли атрофия ўчоғлари кўп сонли, шакли ва ўлчамлари бўйича ҳар-хилдир. Кўпинча улар кўшилиб, нотўғри шаклдаги, аммо аниқ кўринишдаги каттароқ ўчоғлар (диаметри 2-3 см бўлган) ҳосил қиладилар. Жойлашган соҳалари: бошнинг сочили қисми, асосан энса ва тепа соҳаларида, жуда кам холларда эса қўлтиқ остида ва қовда учрайди.

Гистологияси: касалликнинг эрта, пустулез фазасида фолликулаларнинг юқори қисмида атрофи инфилтратлар билан ўралган абсцесслар аниқланади. Перифолликуляр инфилтрат кўп сонли нейтрофиллар, гистиоцитлар, лимфоид ва плазматик ҳужайралардан иборат. Эски ўчоғлардаги гранулематоз тўқима кўп сонли плазматик ва лимфоид ҳужайралардан, шунингдек фибробластлардан иборат.

Дифференциал диагноз: қизил югурук, склеродермия, бошнинг сочили қисмидаги қизил ясси темиртки, (Лассюэр-Литтл синдроми) билан ўтказилади.

КЕЛОИД ХУСНБУЗАР

Син: бошнинг сўргичли дерматити, энсанинг

склерозланувчи фолликулити

М.Кароси 1869 йилда биринчи марта ба ушбу пиодермитни «dermatitis papillomatosa capillitii» номи билан мустақил касаллик сифатида баён қилган.

Касаллик фақат эркакларда учрайди. Дастлаб яқка холда жойлашган майда, жуда зич (қаттиқ), оғриқчақирувчи тугунчалар пайдо бўлиб, кейин улар бир-бирлари билан кўшилиб йирик, қаттиқ бляшклар ҳосил қиладилар. Бу элементлар юзасида тери сафсар қизил ёки оч қизил рангда. Пилакчалар юзи чуқур эгатчалар билан қопланган бўлиб, улар орасида эса сўргичсимон тузилмалар ҳосил бўлган. Сочлар мўй қалам кўринишида бўлади. Чандикли, ўзгарган ўчоғ юзасида ҳар бир тирқишдан юлиб олиб ташлаш жуда қийин бўлган 10-15 дона соч толаси чиқиб туриши кузатилади. Жойлашган соҳалари: энсада, одатда бўйиннинг орқа юзасига ўтувчи қисмида кўп учрайди. Касаллик узок давом этади, терининг зарарланган соҳаларининг

склерозга учраши билан яқунланади. Бактериологик текширувда йиринг экмасидан тилларанг стафилококк ўсиши кузатилади.

Гистологияси. Эпидермисда биров гиперкератоз, ўчоғли паракератоз, эпителиал ўсимталарнинг нотекислигига олиб келувчи акантоз кузатилади.

Дерманинг бутун қавати бўйлаб полиморф хужайрали, пассив ўчоғли инфилтрат кузатилиб, бу инфилтрат нейтрофил лейкоцитлардан, йирик плазматик хужайралардан, гистиоцитлардан ва эозинофиллардан иборат. Ўчоғли инфилтратнинг марказида лейкоцитлар тўплами (абцесс) аниқланади.

Дифференциал диагноз тери силининг шакллари билан, чуқур микозлар билан утказилади.

ЧАҚМОҚ ТЕЗЛИГИДАГИ, ТЕЗКОР АКНЕ (ХУСНБУЗАР)

Хуснбузарнинг бу шаклига биринчи мартаба 1959 йили R.Vuzns, J.Coivilleлар эътибор қаратдилар ва «септицемия билан кечувчи конглобат акне» деб ном бериб, пиодермиянинг алоҳида шакли сифатида ажратдилар. Kligman 1975 йили бу касалликни «фульминанс акне» «чақмоқ тезлигидаги хуснбузар» (лотинча fulmen – чақмоқ) деб аташни таклиф этди, бу ном касаллик қўққисдан бошланишини, оғир кечишини таъкидлаб туриш билан бирга кечиши, симптоматологияси ва оқибати бўйича бу касалликдан мутлақо фарқ қилувчи конглобат хуснбузар номини айтишдан сақлар эди. Ҳозиргача ушбу дерматознинг этиологияси ва патогенези хусусида яхлит фикр йўқ. Кўпчилик олимлар бу дерматозни хуснбузарларнинг жуда ўткир кечувчи экзацербацияси деб қарайдилар. Касаллик асосан ёш ўсмир ва эркакларда (16-20 ёш) учрайди, аммо аёлларда учраганлиги ҳақида ҳам адабиётларда маълумотлар бор. Тошма элементларининг қўққисдан, жуда тез, бирданига пайдо бўлиши бу касалликни характерли клиник аломатларидандир. Елкада, кўкракнинг олд ва орқа юзаларида, бўйиннинг ёнбош соҳаларида кўп сонли, оғриқ билан кечувчи, ярага айланувчи, йирингли ва геморрагик ажралмали, усти қалоқлар билан қопланган тугунчалар пайдо бўлади. Шу соҳаларнинг ўзида кўп миқдорда, тарқоқ

холда жойлашган, атрофида эритема мавжуд бўлган пустулалар ҳам ҳосил бўладилар.

Юзда тошмалар бўлмаслиги ва комедонлар йўқлиги касаллик учун хосдир. Касаллик ўчоғларининг битиши оқибатида кўплаб чандиқлар, шу жумладан келоид чандиқлар ҳосилбўлади. Ўртача оғирликдаги бўғимлар симптомлари (кўпинча тиззада ва тирсак бўғимларида оғриқлар) кузатилади, аммо баъзан оғир кечувчи, артралгия аломатлари мавжуд бўлган тезкор (чақмоқ тезлигидаги) анкелар ҳам учраб туради. Ревматоид омилга текширув натижаси манфий. Доим лейкоцитоз (15000-30000 гача) ва СОЭнинг кескин ортиши (40 дан 90 мм/с гача) кузатилади. Қоринда тарқоқ оғриқ, аксарият холлари кўнгил айнаши ва қайт қилиш кузатилади.

Гистологияси: Инфильтрат полиморф ядроли лейкоцитлардан иборат бўлиб, у фолликуляр аппарат ичига ботиб киради, ва уни емиради, парчалайди. Касалликни сурункали пиодермия ва конглобат хуснбузардан дифференциация қилинади.

БОЛДИРЛАРНИНГ ПУСТУЛЕЗ ВА АТРОФИК ДЕРМАТИТИ

Син: болдирлар сикози, болдирларнинг пустулез ва атрофик фолликулити.

«Dermatosis cruris pustulosaе atrophicans» атамасини биринчи мартаба 1952 йили ушбу касалликни Лагосда баён қилиб берган G.Clarke ишлатган.

1968 йили эса R.Narman ушбу дерматитнинг характерли клиник белгиларини муфассал тасвирлаб берди. Касалликнинг кўп учрашида географик омилнинг аҳамияти бор: Нигерия ва Лагосда бу касаллик кўп учраб, барча дерматозларнинг 0,5-4,8% ни ташкил этса, Шарқий ва Жанубий Африкада қарийб учрамайди. Бактериологик текширувда қарийб доим тилла ранг, баъзан эса оқ стафилококклар топилади. Касаллик патогенезида теридаги инфекция учун кириш дарвозаларининг, яъни микротравмаларнинг аҳамияти катта.

Касаллик эркаклар ва аёлларда бирдек тезликда учрайди, беморлар ёши асосан 14-32 ёшни ташкил қилади. Жараён болдирлар соҳасида, атрофи

ингичка яллиғланиш хошияси билан ўралган кўп миқдордаги сикозсимон фолликуляр тугунчалар ва пустулалар ҳосил бўлиши билан бошланади. Бу элементлар бир неча кун, баъзан эса ҳафта тургач сўнгра ёрилиб, усти қалоклар билан қопланади. Пустулаларнинг бир-бирлари билан қўшилиб кетиши, бироз шиш ва қичишиш кузатилади. Касалликнинг кейинги кечиш даврида, 3-4 ҳафтадан кейин фолликулалар ўрнида атрофик чандик шаклланади. Беморларнинг умумий ахволи қониқарли, лимфа тугунлари жараёнга жалб этилмаган, касаллик 3 ойдан 4 ойгача, кўпчилик беморларда эса 12-20 ой давом этади, оқибати яхши, аммо баъзи ҳолларда элевантиаз ривожланиши мумкин.

Гистологияси: Эпидермисда акантоз, паракератоз, хужайра ичра шиш, дерманинг сўрғич қаватида шиш, лимфоцитлар, плазматик хужайралар, эозинофиллар, полиморф ядроли лейкоцитлар, гистиоцитлар, баъзан эса гигант хужайралардан иборат инфильтрация кузатилади.

Декальвацияловчи фолликулит билан дифференциация қилинади.

БЛАСТОМИКОЗСИМОН ПИОДЕРМИЯ

Бластомикозсимон пиодермияни айрим муаллифлар сурункали ярали вегетацияловчи пиодермияни алоҳида бир кўриниши деб ҳисоблайдилар.

Касаллик пуфаклар, пустулалар, тугунчалар, тугунлар пайдо бўлиши билан бошланиши мумкин. Алоҳида-алоҳида жойлашган элементлар тезда қўшилиб кетиб, ярага айланади, ҳосил бўлган яра ранги кўкимтир-қизғиш, қирғоқлари нотекис, ўйилган, инфильтрацияланган, туби эса сўрғичсимон ўсимталар билан қопланган. Ҳосил бўлган бир ёки бир неча касаллик ўчоғи кўпинча қўл ва оёқларда жойлашади ва клиник манзараси кўп жихатдан худди бластимикозга ўхшаб кетади. Касаллик ўчоғининг атрофида одатда кўпмиқдорда алоҳида жойлашган пустулалар, абсцесслар кузатилади. Пиодермиянинг ушбу шакли ярали колит билан бирга учрайди деган айрим манбалар ҳам мавжуд. Бактериологик текширувда касаллик ўчоғидан кўпинча тилла ранг стафилококклар, гемолитик стрептококклар топилади.

Гистологияси: Псевдоэпителиоматоз гиперплазия ва дермада нейтрофиллар ва эозинофиллардан иборат кўп сонли абсцесслар учрайди. Касалликнинг чуқур микозлар билан клиник ва гистологик манзарасида катта ўхшашлик борлигини ҳисобга олган ҳолда доим керакли бактериологик ва серологик текширувлар ўтказиш керак. Яхши ривожланган псевдоэпителиоматоз ўсимталарни ясси хужайрали карцинома билан дифференциация қилинади.

ЮЗ ПИОДЕРМИЯСИ

Юз пиодермияси – ўткир яллиғланиш жараёни бўлиб, вульгар хуснбузарларга чалинмаган ёш аёлларнинг юз терисида йиринглаб кетувчи тугунчали ва тугунли элементлар пайдо бўлиши билан характерланади.

Этиологияси ва патогенези ноаниқ. Айрим муаллифлар бу касалликни розацеанинг (пушти хуснбузарнинг) оғир яллиғланган шакли деб қарасалар, баъзилар эса пушти хуснбузарларни фақат касалликка мойиллик туғдирувчи омил ҳолос деб ҳисоблайдилар. Касалликни ҳар хил йиринг чақирувчи кокклар томонидан, аммо кўпинча тилла ранг сафилококклар томонидан чақирилади деб қарайдилар. Бу одатдан ташқарияллиғланиш реакцияси кузатилувчи касаллик фақат ёш аёлларда, 20-25 ёшларда учрайди, яъни вульгар хуснбузарлар тошиши давридан анча кеч бошланади. Дерматоз кўкқисдан бошланиб, жуда тез прогрессга учраши билан характерланади.

Кўпчилик беморлар касаллик бошлангунга қадар медикаментлар (шу жумладан йод, бром препаратлари) қабулқилмаганлиги аниқланади. Барча беморларда жараён юзнинг марказий қисмида (параназал ва моляр соҳаларда), пешонада, чеккада, пастки жағсоҳасида жойлашади. Касаллик юз терисида гиперемия ва шиш пайдо бўлиши билан бошланади, 2-3 кун ўтгач кўриниши биров конглобат хуснбузарларни эслатувчи, аммо комедонларсиз, кўп миқдордаги йирингли, оғриқ чақирувчи тугун элементлари пайдо бўлади; меъёрдаги ва касалланган тери орасидаги кескин чегара кўзга ташланади. Жараён бир неча ойдан 1 йилгача давом этади.

Умумий аломатлардан нохушлик, иштаҳанинг пасайиши, уйқунинг бузилиши ва бошқалар кузатилади. Лаборатория кўрсаткичларида ўзгариш кузатилмайди.

Гистологияси: касалликнинг бошланғич даврида соч фолликулалари атрофидаги бириктирувчи тўқима некрози кузатилади. Некроз атрофга тарқалиб соч ва ёғ аппаратини қамраб олади, соч фолликулалари ва ёғ безларини дегенерациясини чақиради. Касаллик ўчоғи соҳасида коллаген ва эластик толалар ҳам зарарланади.

Дифференциал диагноз оддий ва пушти хуснбузарлар билан, шунингдек ўткир пиодермия билан ўтказилади.

КОЛЛИКВАТИВ СИЛГА ЎХШАШ ПИОДЕРМИЯ

Ушбу ном остида И.С.Попов ҳаммуалифлари билан биргаликда 1941 йили кўкрак ва гўдак ёшидаги болаларда учратган ва клиник манзараси колликватив силни эслатиб юборувчи касалликни баён қилдилар.

Касаллик ўчоғи юзда, баъзан эса бўйинда жойлашадилар; бу соҳаларда тери остида сафсар рангли тугунлар пайдо бўлади. Тугунлар секин аста ривожланиб бориб тери билан бирикадилар, юмшайдилар, сўнгра ёрилиб қопсимон бўшлиқлар ҳосилқиладилар, ундан кейин тез орада (1-2 ҳафта ичида) кичикрокчандикқолдириб битиб кетадилар.

Касалликнинг клиник манзараси бўйича колликватив сил касаллигини ўхшатиб юборсада, аммо тугунлар ёрилгач уларнинг тез фурсатда барҳам топиб, чандик ҳосил қилиши бу диагноздан фарқ қилишга олиб келади. Тугунлар пункция қилиниб, ичидан олинган материалдан суртма тайёрланиб текширилганда, фақат стафилококлар топилади.

ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ПИОСТОМАТИТ

Вегетацияловчи пиостоматит оғизшиллик пардасининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, эритема асносида миляр абсцессни эслатиб йиринг чиқиб турувчи, майда вегетациялар пайдо бўлиши билан характерланади. Касаллик биринчи мартаба F. Mc. Carthy томонидан 1949 йили баён қилинган. Ушбу касаллик тўғрисида адабиётларда маълумот берган қарийб барча муаллифлар

(F.Mc.Carthy, G.Shklar 1963; G.Banatz, E.Nelle 1972; S.Klans 1983; ва бошқалар) оғизшиллик пардасида, айниқса милклар ва лунж соҳаларида пустулез билан бирга кечувчи генерализацияланган папилломатоз кузатилишини таъкидлайдилар.

Дифференциал диагностикаси дорилар томонидан чақирилган экзантемалар, кўп шаклли эксудатив эритема, сил, бластомикоз, вегетацияловчи пўрсилдоқ каби касалликлар билан ўтказилади.

ОЛАТ ВА МОЯК ХАЛТАСИНИНГ ГАНГРЕНАСИ

Эркаклар ташқи жинсий аъзоларининг жуда кам учрайдиган ва оғир шаклдаги гангренаси. Гангрена учун одатий хол бўлган сабабларсиз (артериал тромбоз) кўққисдан бошланади, тезда ривожланади.

Бу касалликни биринчи мартаба J.Fournier 1883 йили баён қилган. Ҳозиргача бу касаллик 325 дан ортиқ одамларда кузатилгани ҳақида адабиётларда маълумотлар бўлиб, (Thomas 1956; Tan R. 1964; Singh Sh. et al. 1975; Biswas M. et al. 1979; Bamdini G. 1983) улар асосан Европа ва Африкада яшовчи аҳолидирлар.

Касаллик инфекцион табиатга эга деб қаралади, чунки бактериологик текширувда тилларанг стафилококлар, стрептококлар, баъзан эса вульгар протей аниқланади. M.Reggiani (1979 й.). Касалликнинг қуйидагича патогенетик механизмларини кўрсатади: инфекцион бошланиш, аллергия ва нихоят ишемия.

Касаллик ўрта ва кексароқ ёшдаги эркакларда учрайди, кўққисдан бошланади. Жинсий олат ва мойк халтасида шиш пайдо бўлади, ҳарорат 38-39°Сгача кўтарилади, нохушлик сезилади. 1-2 ҳафта ўтгач юзаки некроз ривожланади ва у мойк халтаси ва жинсий олатнинг барча олдинги юзасини қамраб олади. Антибиотиклар қўлланишига қарамасдан гангрена яна 2-3 ҳафта мобайнида кучайиб боради ва тўқималарнинг деструкциясини чақиради.

Аёлларда касаллик кузатилган тақдирда патологик жараён кичик уятли лаблар ёки клитор соҳасида учрайди ва оралиқ терисига, баъзан эса соннинг

ички юзасига ва қов соҳаларига тарқалади. Лейкоцитоз кузатилади. Кейинчалик даволаш тадбирлари туфайли касаллик ўчоғлари некротик массалардан тозаланиб, аста-секин соғайиш кузатилади. Кўпчилик беморларда касаллик ўчоғида оғриқ бироз суст ёки ўртача даражада кузатилади. Мояк халтаси терисининг чўзилувчанлиги ва моякларни ҳимоя қилувчи фиброз парда мавжудлиги туфайли мояклар ҳеч қачон жараёнга жалб этилмайдилар. Касаллик оқибати жиддий, ўз вақтида ва тўғри ўтказилган даволаш чораларига боғлиқ.

ПНОАЛЛЕРГИДЛАР

Узоқ давом этадиган терининг йирингли касалликларида, айниқса улар комбинацияланганда ўзига хос иккиламчи тошмалар пайдо бўладики, уларни клиник амалиётда микробидлар ёки пноаллергидлар деб юритилади. Улар симметрик жойланиш ёки тошмаларнинг полиморфлиги билан характерланади.

Пноаллергидлар, микидлар, туберкулидлар каби терининг иккиламчи аллергия равишда келиб чиққан зарарланиши бўлиб, коккларнинг ишлаб чиқарган махсулотлари ёки уларнинг парчаланиши оқибатида пайдо бўлади. Махсулотларнинг асосий пноген ўчоғидан гематоген равишда тарқалиб, аллергияга мойил бўлиб қолган организмни сенсабилизациялаши оқибатида келиб чиқадилар.

Пноаллергидларнинг пайдо бўлишига бевосита сабаб бўлиб норационал ташқи муолажа ўтказилиши, иммунобиологик препаратларни юбориш, интеркуррент касалликлар мавжудлиги ҳисобланади.

Аллергик реакциянинг кучайишидаги хал қилувчи омил бўлиб гепатобилиар тизимда дискинетик холлар, вегетодистония, нейроэндокрин бузилишлар, ўта исиб кетиш ва бошқалар намоён бўлади. Морфологик жихатдан эритематоз-сквамоз, везикулез, пустулез ва папуловезикулез элементлардан ташкил топиб, улар кўпинча намланувчи эрозияли сатҳларни пайдо қилишади. Кафт ва товонларда пноаллергидлар дисгидротик тус олиб, кўп миқдорда пайдо бўлган зич пуфакчалар ва пуфаклар кўринишида намоён

бўлади. Аниқ билинадиган изоморф реакция кўзга ташланади. Пиоаллергидлар пайдо бўлишидан аввал ҳарорат кўтарилади, умумий ахвол ёмонлашади ва кучли қичишиш пайдо бўлади. Тошма элементлари кўпайиб бориб, терининг асосий ўчоғдан узоқдаги жуда катта сатҳларни камраб олиши мумкин. Аммо 1,5-2 ҳафтадан кейин улар регрессга учрай бошлайдилар.

ПИОДЕРМИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Терининг йирингли касалликларини даволаш комплекс равишда қуйидаги мақсадларни кўзлаган ҳолда олиб борилади.

1. Маҳаллий даво ўтказиш йўли билан пиодермитлар ўчоғига бевосита таъсир ўтказиш.
2. Касалликнинг кўзғатувчисига 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 фликтини, 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. Ўзвақтида 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 сууюқлиги) суртилади. Атрофдаги соғлом тери юзаси 2% салицилат спирти эритмаси ёки камфорали спирт билан артиб дезинфекцияланади, анилин бўёқлари қуригач, эрозия сатҳига антибактериал мазлар (эритромицин, гелиомицин, гентамицин, линкомицин, тетрациклин мазлари ва бошқалар) суртиш мумкин. Агар касаллик ўчоғида қалоқлар қатлами йиғилиб қолган бўлса, улар 2% салицилат кислотаси мази ёки 5% ли фурациллин мази суртиш йўли билан юмшатиб олиб ташланади. 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-катрон (2% борат кислотаси, 5% катрон), 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

қалоклардан тозаланиб эпителизацияга учрагач, қатрон препаратлари қўлланилади: 50% қатрон мази, (нафталан билан тенгма-тенг микдорда), 10% ли АСД пастаси (III фракция), Вилькинсон мази (цинк пастаси билан бирга).

Чақалокларнинг 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.

Чукур пиодермитларнинг (чукурфолликулит, 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 чандикланишини таъминлаш каби мақсадлар қўйилади.

Чукур 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» кўйиб бойламни янгиланади. Бойлам кунига 2 махалдан кўйилади. Фурункул сўрилишини тезлатиш мақсадида бойлам устидан куруқ иссиқ (соллюкс лампаси), УВЧ терапия қўллаш мумкин. Тўғри бажарилган тақдирда фурункулни ихтиол билан махаллий 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 кўйилади. Йирингни ва ўлик тўқималарни ажралиб чиқишини осонлаштириш мақсадида яра юзасига ўлчами яра билан тенг бўлган дока сальфетка натрий хлориднинг гипертоник (10%) эритмаси билан шимдириб кўйилади. Бойламни бу эритма қуриши билан янгилаб туриш зарур. Бойлам кўйиш 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 кўйилади. Юқорида кўрсатилган барча муолажалар (шунинг билан бирга куруқ 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 антимикроб таъсир этиш хусусиятига эга, ярани некротик массалардан тозалаб, чандиқланиш 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 кўйиб 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, жаррохлик йўли билан даволаш тавсия этилади. Болаларнинг кўп сонли абсцесслари уларни парвариш қилишда санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, уларни қалин 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 маҳаллий 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 қириб олинади, бўшлиқлар дезинфекцияловчи моддалар билан бир неча маротаба 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. Чандиқланиш жараёнини кучайтириш мақсадида цинк-желатинали бойлам (Zinicioxydati, Glucerini, 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, чандиқланиш 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, хлорофиллиптининг ёки сангвиритрининг 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. Бошқачуқур 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 граммулгат 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 аҳолини ҳисобга олиб антибиотикларни танлаш даволовчи врач зиммасидаги маъсулиятдир.

Пенициллин гурухидаги 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 жихатидан 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) холларда 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 гурухидаги 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 гурухидаги антибиотикларнинг пенициллин гурухига 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 кўзғатувчининг 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 ҳолда, беморнинг умумий ахволи, ёши, касаллик шакли ҳисобга олинган ҳолда индивидуал равишда танланади.

Тетрациклинлар - таъсир доираси кенг бўлган, шу жумладан грам манфий микроорганизмларга ҳам таъсир этувчи антибиотиклар гуруҳидир. Тетрациклин ва тетрациклин гидрохлорид 0,25 дан суткасига 4 маҳал, метациклин гидрохлорид 0,3 дан 3 маҳал, доксициклин гидрохлорид (вибрамицин) 0,1 дан 2 маҳал *per os* берилади. Тетрациклинлар кальций, темир ва бошқа металллар билан организмда эриши жуда қийинбўлган комплекс бирикмалар ҳосилқиладилар. Шунинг учун тетрациклин препаратларини сут ва сут маҳсулотлари 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 – гуруҳига мансуб антибиотиклар (сизомицин, амикацин, канамицин, гентамицин, тобромицин) кенг таъсир доирасига эга бўлган, грам манфий ва грамм мусбат микроорганизмларга бактерицид таъсир қилувчи антибиотиклардир.

Ушбу гуруҳга мансуб антибиотикларнинг ҳар бири ўзининг фаоллиги, антибактериал спектри, таъсирининг давомийлиги ва токсик (ото ва нефротоксик) таъсири бўйича бир-бирларидан фарқиладилар. Бу гуруҳдаги 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 ҳолларда 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 габўлиб 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 ҳолда 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 габўлиб 2 махал, бошқа ёшдаги болаларда эса 3 габўлиб, 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-қунига 1-2 маҳал қабулқилинса кифоя қилади. Бу гуруҳ препаратлари ичида жуда кенг қўлланиладигани эритромициннинг таблеткаси бўлиб, уни катталарга 0,25 – 0,5 г дан суткасига 4 маҳал, болаларга эса суткасига 1 кг оғирлик вазнга 20-40 мг дан (4 маҳалга бўлиб) тавсия қилинади. Агар эритромицинни оғизорқалиқабулқилиш мумкин бўлмаса (имконияти бўлмаса), эритромициннинг фосфатли тузи 0,2 г дан қунига 2-3 маҳалдан вена қон томири ичига аста-секинлик билан юборилади. Олеандомицин таблеткаси катталарга 0,25-0,5 г дан қунига 4-6 маҳал *per os* берилади, болаларга эса суткасига 1 кг вазнга 0,02 г-1,0 гача (ёшга қараб) дозада берилади (уни қунига 4-6 маҳалга бўлиб берилади). Азитромицин катталарда қунига 250-500 мг.дан 1 маҳал 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, пефлоксацин кабилар кенг қўлланилиб келинади. Линкомицин гидрохлорид асосан грам мусбат микроорганизмларга таъсир қилади. Капсула холида оғизорқали берилганда катталарга 0,5 г дан 3 маҳал, болаларга суткасига берилладиган 30-60 мг/кг дозани 2-3 маҳалга 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 маҳал 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 қилиш хусусиятига эгадирлар. Пефлораксациллин ва норфлораксациллин 0,4 г дан (1 таблеткадан) офлораксациллин (таривид) 0,2-0,4 г дан (1-2 таблеткадан), ципрофлораксин эса 0,25-0,5 г дан (1-2 таблеткадан) кунига 2 маҳалдан *per os* берилади. Левофлораксин (левозар, лефлоракс, вариор) 250-500мг.дан кунига 1 маҳал 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 чақиритиш хусусиятига эгалар.

Пиодермитларнинг ўткир шаклларида антибиотиклар энг камида 5-7 кунга, сурункали шаклларида эса 7-14 кунга тавсия қилинади. Вульгар сикозда 2-3 ҳафта 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 *per os* берилади. Агар ушбу антибиотиклардан самара кузатилмаса, микроорганизмларнинг сезувчанлиги аниқлангач, бошқа

турдаги (цефалоспорин гурухидаги, линкомицин ва х.к) антибиотиклар буюрилади.

Чақалокларнинг 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, диклосациллин 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 стафилококларга қарши таъсир қилувчи антибиотиклар сифатида фузидин натрий, линкомицин гидрохлорид ва цефалоспорин ҳосилалари - цепорин, цефалексин, цефазолин, линацеф, цефамезин (кефзол) каби дорилардан фойдаланиш ҳам мумкин.

Гидраденитда антибиотиклардан оксациллин, курс учун 20-30 г, олеандомицин, курс учун 8-10 г каби антибиотиклар ёки сульфаниламид препаратларидан норсульфазол (кунига 3-4 г дан 8-10 кун мобайнида) тавсия қилиш мумкин. Агар ушбу химиотерапевтик дори моддаларидан кутилган самара олинмаса, унда стафилококларга қарши таъсир қилиш хусусияти анча юқорибўлган цефалоспорин гурухига мансуб ёки гентамицин каби антибиотиклар умумий ўртача дозада 6-7 кун буюрилади. Ўткир равишда пайдо бўлганфурункулни умумий даволаш тактикаси касалликнинг умумий аломатлари (тананинг юқори ҳарорати, интоксикация аломатлари ва х.к.лар) бор ёки йўқлигига, шунингдек маҳаллий яллиғланишнинг қай босқичда ривожланганлигига ва жараённинг қаерда жойлашганлигига боғлиқ. Агар

фурункулоёқ-қўлларда ёки танада жойлашган бўлса, инфильтрация ва яллиғланиш унчалик кучли ривожланмаган ва умумий аломатлар кузатилмаган тақдирда касалликнинг босқичини ҳисобга олиб маҳаллий даво ўтказишнинг ўзи ҳам кифоя қилади.

Агар фурункул юзда, лаб соҳасида ва бошқа соҳаларда жойлашган бўлса, умумий аломатлар кучли ривожланган тақдирда, албатта, умумий даво учун антибиотиклардан (эритромицин, фузидин-натрий, оксациллин, тетрациклин) ёки сульфаниламидлардан фойдаланилади. Бунда антибиотиклар камида 7-10 кун мобайнида қабул қилиниши шарт. Масалан: (эритромицин 0,25 г дан, фузидин натрий 0,25 г дан кунига 4 маҳалдан 10 кун ва х.к.). Агар касалликни келтириб чиқарган патоген флоранинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланган бўлса, дархол ўша флора сезувчан бўлган антибиотик билан даволашни бошлаш ҳам мумкин. Рецидивловчи фурункулезда ҳам агар элементлар юз соҳасида жойлашган бўлса, умумий аломатлар кузатилмаган тақдирда ҳам антибиотиклар буюрилади.

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 ҳамқўшимча равишда ўтказилади.

Сурункали ярали пиодермияни ва сурункали ярали вегетацияловчи пиодермияни даволаш бир хил усулда олиб борилади. Болдир соҳасидаги ҳарқандай этиологияли ярани даволашда энг асосийси шу соҳага тинчлик беришликдир. Бемор касалланган оёғини юқориқилиб кўтарилган холда ётиши керак, чунки бунда маҳаллий васкуляризация жараёни бир мунча яхшиланади. Бундан ташқари бемор шу оёғининг ҳатто энг кичик травма олиши ҳам яна янги яралар пайдо бўлишига олиб келиши мумкинлиги ҳақида огоҳлантирилади. Антибиотиклар билан этиотроп даволашдан олдин ярадан чиқаётган ажралма бактериологик усулда текширилиб,

антибиотикограммани ҳисобга олган ҳолда кенг доирада таъсир қилувчи антибиотиклар (сезувчанлиги юқорибўлган), цефалоспоринлар буюрилади, агар кўк йиринг таёқчаси аниқланса, карбенициллин, диоксидин каби антибиотиклар буюрилади. Аммо иммунотерапиясиз антибиотикларнинг бир ўзи етарли самара бермаслигини ҳисобга олган ҳолда специфик ва носпецифик иммунотерапия бирга ўтказилади (иммунотерапия қисмига қаранг).

Терининг йирингли касалликлари орасида гангреноз пиодермия алоҳидаўрин тутати. Клиник жихатдан терининг гангренази билан бошланиб, бир вақтнинг ўзида йирингли яра жараёни кўринишига эга бўлганлиги сабабли касалликни кўпчилик муаллифлар васкулит тоифасига қўшадилар. Даволаш чораларини ҳам шу нуқтаи назардан келиб чиққан ҳолда олиб бориш керак бўлади. Беморни комплекс равишда даволашда глюкокортикоид гормонлари буюриш ҳал қилувчи аҳамиятга эга, бунда гормоннинг кунлик дозасини нисбатан кам миқдорда (преднизолон ҳисобидан 25-30 мг дан) буюриб ҳам яхши самарага эришиш мумкин. Қутилган натижа олингач, гормон дозасини аста-секин пасайтириб бориб, охирида бутунлай тўхтатилади, ушлаб турувчи давонинг зарурати йўқ. Агар касаллик яна қайталанса, даволаш чоралари қайтарилади. Антибиотикларни эса антибиотикограмма асосида буюриш мақсадга мувофиқдир. Гангреноз пиодермия ўта оғир сурункали касаллик бўлганлиги сабабли ўз вақтида керакли даво чоралари ўтказилмаса, касаллик қарийб беморларнинг ярмининг ўлими билан якунланади.

Бошнинг абсцессланувчи ва емирилувчи фолликулити ва перифолликулити, декальвацияловчи фолликулит, чандиқланувчи 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.

Шанкрсимон пиодермияни умумий даволашдан аввал ярадан чиқаётган ажралмани қайта-қайта оқ спирохетага текшириш керак. Агар регионар лимфаденит мавжуд бўлса, шундагина умумий даво учун сульфаниламид препаратлари тавсия қилинади, антибиотикларни қўлламаслик мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Иммунотерапия ва организмни умумий кувватини оширувчи бошқа даволаш чоралари

Организмнинг йирингли касалликлар чақирувчи микроорганизмларга қаршилик кўрсатиш қобилиятини ошириш мақсадида специфик ва носпецифик иммунотерапия қўлланилади. Чуқур пиодермитларни даволашда қўлланиладиган ҳар хил иммунобиологик препаратларнинг самарадорлиги тахминан қарийб бир хилдир. Адабиётларда келтирилган фактлар тахлили ва кузатувлар натижаси шундан далолат берадики, мавжуд иммунобиологик препаратлар ёрдамида стафилококкли инфекцияга қарши етарли даражада қувватли ва турғун иммунитет ҳосилқилиш мумкин эмас. Клиник тажрибалар ва экспериментал тадқиқотлар натижаси ҳозирги кундаги мавжуд бўлган маълум стафилококкли иммунопрепаратлар ўзининг таъсири ва самарадорлиги бўйича носпецифик стимуловчи моддаларга жуда яқин эканлигидан далолат беради. Ҳар ҳолда улар специфик таъсир қилиш билан бир вақтда аниқ-равшан намоён бўлувчи носпецифик самара ҳам берадики, бу организмнинг маҳаллий, ўчоғдаги ва умумий реакцияси билан намоён бўлади.

Ҳозирги даврда стафилококкли пиодермитларни даволаш мақсадида қуйидаги специфик иммунобиологик моддалар ишлаб чиқарилади:

1. Адсорбцияланган стафилококкли анатоксин. Балласт моддалардан тозаланган препарат бўлиб, таркибида алюминий гидроксиднинг гомоген аралашмаси тутади. Препарат куракнинг пастки бурчаги соҳасига тери остига юборилади. Даволаш мақсадларида дастлаб юқорида кўрсатилган соҳага 0,2 мл дозада юборилади, кейинги дозалари 0,5, 1,5 ва ундан кейин 2,0 мл.дан. Инъекциялар ҳар 2-4 кунда бир қилинади, курс учун 6-12 инъекция буюрилади. Профилактик иммунизация 2 курсдан иборат бўлиб, улар орасида 30-45 кун муҳлат бўлади. Ҳар бир инъекцияда 0,5 мл дан препарат юборилади. 3 ойдан сўнг анатоксиннинг худди шу дозаси билан ревакцинация ўтказилади ва 1 йилдан кейин яна қайта ревакцинация ўтказилади.
2. Натив холатидаги стафилококкли анатоксин. Стафилококкни қиздириб олинган ва формалин билан зарарсизлантирилган токсини. Даволаш мақсадида тери остига қуйидаги схема бўйича юборилади: 1-инъекция 0,1 мл; кейинги инъекциялар-0,3 мл; 0,5 мл; 0,7мл; 1,0; 1,2; 1,5; 1,7; 2,0 мл. Инъекциялар орасидаги интервал 3-5 кун, ҳар бир кейинги инъекцияда юбориладиган дозани умумий, маҳаллий, ўчоғдаги реакцияларни қай даражада ривожланганлигини ҳисобга олган ҳолда белгиланади. Профилактика мақсадларида анатоксин тери остига уч марта 0,5 мл; 1,0 мл; ва 1,0 микдоридан юборилади. 1-ва 2-чи инъекциялар оралиғи 20 кун, иккинчи ва учинчи инъекциялар оралиғи эса 10 кундан иборат. Ревакцинация 1,0 мл дозада 3 ва 12 ойдан кейин амалга оширилади.
3. Стафилококкли антифагин – термостабил эрувчи комплекс антиген бўлиб, бактериал филтёрлардан ўтказилгандир. Антифагин билак ёки куракнинг пастки учи соҳасидаги тери остига юборилади. Даволаш курси 10 кун мобайнида ҳар куни 0,2 дан 1,0 мл гача дозадаги инъекциядан иборат. Агар зарурат туғилса 10-15 кундан кейин даволаш курси юқоридаги схема бўйича қайтарилиши мумкин.

Специфик иммунотерапия буюришдан аввал беморнинг умумий ахволини бахолаш, аниқлаш керак бўлади. Фаол специфик ва ҳамма турдаги носпецифик (аутогемотерапия, лактотерапия, пиротерапия) иммунотерапия инфекциян касалликларда, қон касалликларида, ички аъзоларнинг оғир касалликларида, асаб ва эндокрин тизими касалликларида, ҳамда хомиладорлик даврида, кексаларда қатъий ман қилинади.

Ўзлари организмда етарли миқдорда антитаначалар ишлаб чиқара олмайдиган заиф беморларга пассив иммунизация ўтказилади. Бунинг учун уларга 5-7 кун давомида ҳар куни 1 кг вазни ҳисобига 5 мл миқдорда антистафилококкли гипериммун плазма қўйилади ёки 7-10 кун мобайнида кун ора 5 мл дан мушак орасига антистафилококкли γ -глобулин юборилади.

Чуқур пиодермитларнинг сурункали, оғир клиник шаклларида антибиотиклар ва специфик иммунотерапия билан бирга, носпецифик иммунотерапия воситалари – аутогемотерапия, лактотерапия, пиротерапия, носпецифик вакциналар юбориш, қонқуйиш, хужайра ва гуморал иммунитет омилларини фаоллаштирувчи дори моддалари ҳам қўлланилади.

Аутогемотерапия – носпецифик стимуляция қилиш воситаси бўлиб, айниқсафурункул ва фурункулезни даволашда кенг қўлланилади. Ушбу усул оддий ва шунинг билан бирга самарадорлиги юқоридир. Бу усулда даволашда қон олиниб, дархол думба соҳаси, мушаги орасига юборилади. Инъекциялар 1-2 кун оралатиб, ортиб борувчи дозада – 5 мл дан 12 мл гача амалга оширилади, даволаш курси учун 5-10 инъекция буюрилади.

Лактотерапия. Янги соғилган, стерилланган сутнинг нисбатан кичик дозасидан (0,5 мл дан 2,0 мл ва ундан ортиқроқ) фойдаланилганда умумий реакция унча кучли ривожланмайди. Сутни стериллаш учун уни (3,5 мл) стерил пробиркага қуйиб, спиртовка оловида қиздириб қайнатилади (5'-10' давомида), кейин уни тана ҳарорати даражасига (36° - 37°) тушгунча совитилади. Сўнгра стерил шприцга ўзун игна қўндирилиб пробиркадан сутнинг тубидан (юзасида ёғ моддалари парда ҳосилқилибқолган, уни олинмайди) керакли миқдорда (0,5-2 мл) сут олиниб, думба соҳасига, мушак

орасига юборилади. Инъекциялар 2-4 кун оралатиб, аввалги инъекция натижасида келиб чиққан реакция аломатлари бутунлай йўқолгач, амалга оширилади.

Пиротерапия. Пирогенални мушак орасига хафтада 2-3 маротабадан, кичик 25-100 МПБ дозадан бошлаб то 1000-1500 МПБга етгунча дозасини орттириб бориш тавсия қилинади. Курс учун 10-15 инъекция буюрилади.

Бактериал полисахарид бўлган продигиозан ҳам худди пирогенал каби таъсир қилади. Бу препаратни 10 мкг дан бошлаб дозаси аста-секин 75-100 мкг га етгунча орттириб борилиб, ҳар 3-5 кунда бир маротаба мушак орасига юборилади, курс учун 10-12 инъекция буюрилади. Пирогенал, продигиозан ёки сут билан даволаш жараёнида умумий ва маҳаллий реакция кузатилса, инъекциялар оралтиришдаги муддат 7 кунгача чўзилади, дозаси эса орттирилмай, ўша дозада (реакция берганда) такрорланади.

Оғир кечувчи генерализацияланган стафилококкли пиодермитларда, айниқса сепсисли ҳолатларда гипериммун антистафилококкли плазма қўлланилади, уни вена ичига беморнинг 1 кг вазнига 4-6 мл ҳисобидан ҳар 2-3 кунда 1 мартадан, курс учун 4-6 марта юборилади. Антистафилококкли плазма бўлмаган тақдирда қон ёки унинг ўрнини босувчи суюқликлар (гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, альбумин ва бошқалар) курс учун 6-10 маротаба қўйилади.

Охириги йилларда қайталанувчи сурункали пиодермияларни даволашда иммуномодуляторлардан кенг фойдаланилмоқда. Бундай дори моддаларига метилурацил, пентоксил, левамизол, шунингдек, тимуснинг полипептид ҳосилаларидан бўлган тималин, тимозин, тимоптин, тактивин ва бошқалар киради.

Иммуномодуляторларни антибиотикотерапия ўтказилгач, ремиссия даври 3 ойдан кам бўлган беморларга иммунитетнинг асосий кўрсаткичларини аниқлангач буюриш мақсадга мувофиқдир. Иммунокорректорлар билан қайта даволаш курслари ҳам иммунограмма кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда, агар иммунограммани аниқлаш

имконияти бўлмаса, гемограмма кўрсаткичлари асосида ўтказилади. Гемограмма кўрсаткичларидан лимфоцитлар (19% дан кам бўлса ёки 1 мкл қонда 1000 хужайра), моноцитлар (3% дан кам ёки 1 мкл қонда 20 тадан 100 тагача хужайра), эозонофиллар (0%) миқдори ҳисобга олинади. Юқоридаги кўрсаткичлар қайд этилган тақдирда иммуномодуляторлар қўлланилади.

Тактивин лимфоцитлар субпопуляциясининг абсолют ва нисбий миқдори камайган лимфопения кузатилувчи беморларга тавсия қилинади. Уни 10 кун мобайнида ҳар куни 0,01% эритмасини 1,0 мл дан тери остига юборилади. Қайта курс клиник-иммунологик кўрсатмалар бўйича ўтказилади. Тимоген ҳар бир инъекция учун 50 мкг дан 100 мкг гача, курс учун 300-1000 мкг мушак орасига юборилади.

Қайта курс 1-6 ойдан кейин ўтказилади. Тимоптин 100 мкгдан 4 кун оралатиб, курс учун ҳаммаси бўлиб 4-5 марта тери остига юборилади. Қайта курс клиник-иммунологик кўрсатма бўйича ўтказилади. Тималин ҳар куни 5-20 мгдан, курс учун 30-100 мг тери остига юборилади, қайта курс 1-6 ойда ўтказилади. Миелопид нейтрофиллар ва В-лимфоцитлар миқдори пасайиб кетган беморларга тавсия қилинади. Уни 3 мг дан 3 кунда бир марта мушак орасига юборилади, курс учун 5 та инъекция. Қайта курс клиник-иммунологик кўрсатма бўйича ўтказилади.

Рузам – янги иммуномодуляторлардан бўлиб, термофил стафилококкнинг микробли синтези маҳсулотидир. Рузам антиаллергик ва яллиғланишга қарши самарага эга бўлиб, иммунитетнинг хужайра звеносини стимуляция қилади. Уни касалликнинг қайталанишига қарши яхши самара бериши аниқланган. Рузам 0,2 мл дан 5-7 кунда бир марта тери остига юборилади, курс учун 10 та инъекция.

Янги иммуномодуляторлардан яна бири ликопид бўлиб, мурамилпептидлар синфига мансубдир. Кучли адъювант бўлиб ҳисобланади, организмнинг инфекцияларга қарши носпецифик резистентлигини кучайтиради. Препарат мушак орасига ҳар куни 0,125 мг дан 10 кун давомида юборилади.

Фурункул билан оғриган беморлар иммун статуси томонидан Т-хужайраларининг яққол намоён бўлувчи депрессияси кузатилмаса, специфик иммунотерапия учун стафилококки анатоксин қўлланилиши мумкин. Даволаш 0,1 мл анатоксинни тери орасига юборишдан бошланади, кейинги ҳар бир инъекция учун унинг дозаси 0,1 мл га орттириб борилиб, 1,0 мл га етказилади. Биринчи инъекциядан бошқа барча инъекциялар тери остига юборилади, улар орасидаги интервал 2-3 кун, яъни ҳафтасига 2 та инъекция қилинади. Агар инъекция қилинган соҳада шиш ва инфилтрация сакланиб турган бўлса улар йўқолгунча фурсат мобайнида кейинги инъекция қилинмай туради. Даволаш курсининг ўрталарида жараённинг бироз авж олиши (янги фолликулитлар пайдо бўлиши инъекция соҳасида кучли реакция) кузатилиши мумкин, бундай тақдирда 3-4 кун давомида танаффус қилиб, авж олган реакцияси тугагач, стафилоанатоксин давом эттирилади, қўшимча даво ёки иммунотерапияни тўхтатиш талаб қилинмайди.

Агар фурункулез билан оғриган беморларда Т-хужайралар депрессияси яққол кузатилса, неспецифик иммунотерапия учун левамизол (декарис) қўллаш мумкин. Левамизол 1 кг тана вазнига 2,5 мг ҳисобидан эрталаб нонуштадан сўнг 2 кун мобайнида ичилади, сўнгра 5-8 кун танаффус қилиниб, яна ўша дозада қайтарилади. Худди шундай даволаш курси 8-10 ҳафта давом этади.

Ҳар 3 ҳафтада периферик қонни таҳлил қилиб текшириб туриш шарт ва агар лейкоцитлар миқдори 4000 дан камайиб кетса препарат дархол тўхтатилади. Дастлабки 2-3 ҳафтада айрим янги элементлар пайдо бўлсада, 1 ойдан сўнг сезиларли даражадаги самара кузатилади. Булардан ташқари фурункулни иммунотерапиясида тактивин қўлланилиб, 100 мкгдан куракнинг пастки бурчаги соҳасига тери остига 1-, 3-, 6-, 13-, ва 20-кунлари юборилади курс учун 5 та инъекция (Ю.К.Скрипкин, 1986 й). Пиперазин адипинатни ҳар 5 кунда 0,5 г дан кунига 2 маҳалдан овқатдан сўнг 1,5-2 ой мобайнида қабулқилиб яхши натижаларга эришилгани ҳақида адабиётларда маълумотлар мавжуд (Л.И.Савицкая., Р.Ф.Федеровская, 1985 й.). Сурункали

чуқур пиодермитлар билан оғриган беморларда иммунитетнинг дисбаланси жуда ҳам яққол намоён бўлади. Уларда Т-лимфоцитларнинг камайиб кетиши, Т-хелперлар, супрессорлар ва киллерларнинг бир-бирларига нисбатининг ўзгариши, В-лимфоцитлар ва сегмент-ядроли нейтрофилларнинг функцияларининг патологик фаоллиги, фагоцитознинг тугалланмаганлиги, микроб флораларига аллергик реакцияларининг яққол намоён бўлиши, зардобдаги иммуноглобулинлар миқдорининг, яллиғланиш ауто анти таначаларининг, токсик субстанцияларнинг ортиб кетиши каби ўзгаришлар кузатилади. Шунинг учун ҳам пиодермитларнинг бу шаклларида даволашда патогенетик терапиянинг, биринчи навбатда иммунотерапиянинг аҳамияти жуда юқори.

Специфик ва носпецифик стимуляцияловчи даво воситаларидан стафило-стрептококкли вакциналар, антистафилококкли плазма, аутовакцина, аутогемотерапия, антистафилококкли плацентар иммуноглобулин, γ -глобулин, димоцифон, метилурацил, пиперазин адипинат, левамизол, тактивин ва бошқакатор дори моддаларидан кенг фойдаланилади. Ўта оғир кечувчи клиник шаклларида қонқуйиш тавсия этилади.

Сурункали пиодермитларни даволашда ультрабинафша нурлари билан нурлантирилган қонқуйиш усули яхши самара бериши тўғрисида адабиётларда маълумотлар бор (М.М. Кохан ва Я.Х. Халемин, 1983 й.) Ушбу усул яққол намоён бўлувчи носпецифик стимулловчи таъсир этади, гемопоезни қўзғатади, ҳимоя антитаначалари синтезини фаоллаштиради, полинуклеар лейкоцитлар, Т-ва В-лимфоцитларнинг абсолют ва нисбий мутаносиблигини координация қилади. Аутоқонни экстракорпорал равишда ультрабинафша нурлантириш «Изоolda» деб номланувчи аппарат орқали амалга оширилади, унинг тўлқинлари узунлиги 254 нм ни ташкил этади. Қон айланиш тезлиги 100-150 мл/мин, муолажанинг (процедуранинг) давомийлиги 30'-60'. Антикоагулянт сифатида гепариндан фойдаланилади. Даволаш курси учун 3-10 сеанс ўтказилади.

Аниқланган интеркуррент касалликларга қарши ва умумий қувватни оширувчи даволаш чоралари.

Пиодермитларни комплекс даволашда фақат этиотроп ва иммунотерапия билан чекланмасдан, балки бошқа дори моддалари, физиотерапевтик усуллардан ҳам кенг равишда фойдаланилади, чунки кўпчилик шаклдаги пиодермитларни даволашда этиотроп ва иммунологик усулларни ўзидангина яхши самара кутиш мумкин эмас. Беморларни даволашда кенг равишда витаминлар, айниқса «С» ва «В» гуруҳидаги витаминлар, биоген стимуляторлар (алоэ, ФИБС ва бошқалар), фермент препаратлари, антидепрессантлар ҳам касалликларнинг клиник шакли, кечиши, беморнинг ахволи ва бошқакўп жихатларни ҳисобга олган ҳолда даволаш муолажалари қаторидан ўрин оладилар.

Аскорбин кислотаси (витамин С) молекуласида диенол гуруҳи мавжудлиги туфайли кучли қайтарувчи хоссаларни намоён этади, стероид гормонлари синтезини, тўқималар регенерациясини кучайтиради, қонни ивувчанлигини, углевод алмашинувини тартибга солади; капиллярлар ўтказувчанлигини нормаллаштиради, коллаген ва проколлаген толалари синтезида иштирок этади. Одам организми С витаминини синтез қила олмаганлиги сабабли у фақатташқи томондан озиқ-овқат маҳсулотлари билан организмга тушади, шунинг учун айниқса инфекцион касалликларда аскорбин кислотасини қўлланилиши асослидир. Уни *peros*, мушак орасига ёки вена ичига юбориш мумкин. Катталарга *peros* 0,1-0,3 дан 3-5 маҳал, ёш болаларга эса 0,05-0,1 дан 2-3 маҳал, инъекцияда эса катталарга 5% эритмасини кунига 2-4 мл дан, ёш болаларга эса 1-2 мл дан мушак орасига юборилади.

«В» гуруҳига мансуб бўлган витаминлардан тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианокобаламин кенг қўлланилади. Ушбу гуруҳга мансуб витаминларни қўлланилиши зарурлигига яна бир сабаб шуки, улардан айримлари (пиридоксин, цианокобаламин) қисман одам организмида ичак микрофлораси томонидан синтез қилинади. Пиодермит билан оғриган

беморлар узоквақт антибиотиклар билан даволанганда, албатта ичак микрофлорасида ўзгаришлар келиб чиқади, ичак микробиоценози бузилади ва бунинг натижасида юқоридаги витаминлар синтези ҳам пасаяди, шунинг учун ҳам уларнинг организмдаги дефицитини қоплаш мақсадида, ташқи томондан қабулқилиш зарурати туғилади.

Тиамин хлорид катталарга 5% ли, болаларга 2,5%ли эритмаси 1,0 мл дан, тиамин бромид эса катталарга 6% ли, болаларга 3%ли эритмаси 1,0 мл дан мушак орасига кунига 1 махалдан юборилади. Курс учун 10-15 инъекция. Рибофлавин катталарга 5-10 мгдан кунига 3 махал, болаларга 2-5 мг дан кунига 3 махал буюрилади. Рибофлавинни айниқса стрептодермияларда, ангуляр стоматитда болаларга албатта тавсия қилинади. Пиридоксин катталарга 0,02-0,03 г дан болаларга 0,005-0,02 гдан 2-3 махал *per os* берилади ёки мушак орасига кунига 1 махалдан юборилади (5% ёки 1% эритмалари 1 мл дан).

Цианокобаламин катталарга 100-200 мгдан болаларга эса 30-50 мг дан кун ора мушак орасига юборилади (0,003% 0,01%, 0,02% эритмалари 1,0 млдан).

Булардан ташқари «А» ва «Е» гурухига мансуб бўлган ва бошқа витаминлар ҳам кенг миқёсда, умумий терапевтик дозаларда қўлланилади. Пиодермитларни даволашда аҳамиятга молик препаратлардан яна биоген стимуляторларни кўрсатиб ўтиш даркор. Булардан алоэ экстракти, ФиБС, торфот каби препаратлар кенг қўлланилади. Бу препаратлар организмга юборилганда стимулловчи таъсир этиш ва регенерация жараёнларини тезлаштириш хусусиятига эга. Алоэ экстракти тери остига ҳар куни 1 мл дан юборилади, курс учун 30-50 инъекция ФИБС ва торфот каби препаратлар ҳамҳар куни 1 махалдан тери остига юборилади, курс учун 30-35 инъекция.

Булардан ташқари лейкопозни стимуляция қилиш мақсадида (агар у пасайган бўлса) метилурацил, пентоксил каби препаратларни умумий терапевтик дозаларда қўллаш мумкин (метилурацил катталар учун 0,5 г дан кунига 4 махал, болалар учун 0,25-0,5 г дан кунига 3 махалдан курс учун 30-

40 кун; пентоксил катталар учун 0,2-0,3 г дан 3-4 махал, болалар учун 0,015-0,15 г дан 3-4 махал, курсига 15-20 кун).

Охирги йилларда пиодермитларни комплекс даволашда фермент препаратларидан кенг фойдаланиб келинмоқда (трипсин, химотрипсин ва хемопсин). Кристаллик трипсин ва химотрипсиннинг 5-10 мг ини 1-2 мл физиологик эритмада эритиб, кунига 1-2 махалдан мушак орасига юборилади, курс учун 10-15 инъекция. Химопсин яхши тозаланмаган препарат бўлганлиги сабабли фақатташқи томондан қўллашга рухсат этилган. Бунинг учун 25-50 мг химопсинни 20-50 мл 0,25% новокаин эритмасида ёки натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритиб олиниб, касаллик ўчоғига нам қуритувчи бойлам сифатида кунига 1-2 махалдан қўйилади. Худди шу мақсад учун лидаза ферментини ҳам қўллаш мумкин (64 ED лидаза 10-20 мл 0,25% новокаин эритмасида эритиб олиниб, нам қуритувчи бойлам сифатида қўлланилади).

Сурункали чуқур пиодермитларни даволашда уларнинг клиник манзарасини қай тарзда кечишини ҳисобга олиб, унинг оғир турларида антибиотиклар билан бир вақтда кортикостеорид гормонлари ва цитостатиклар ҳам буюрилади. Айниқса гангреноз пиодермитларда, чақмоқ каби тез кечувчи акнеда, абсцессланувчи ва емирилувчи фолликулитда албатта кортикостероид гормонлари бериш шарт. Гормоннинг суткалик дозаси унчалик юқорибўлиши шарт эмас, преднизолон ҳисобидан 25-30 мг миқдоридаги доза билан чекланиш мумкин, чақмоқ каби тез кечувчи акнеда эса бироз юқорироқ дозада (кунига 30-40 мг преднизолон ҳисобида) берилади. Самара олингандан кейин гормон дозаси аста-секин камайтирилиб борилиб, бутунлай тўхтатилади. Агар касаллик қайталанса, даволаш ҳамқайтарилади. Бир вақтнинг ўзида цитостатиклардан проспидин препарати қўлланилади. Уни дастлаб 1-2 кун мобайнида 50 мг дан мушак орасига юборилади, кейин эса ҳар куни 100 мг дан мушак орасига юборилади. Курс учун 1,5-2,0 г қўлланилади. Айрим холларда проспидин ўрнига

циклофосфандан (циклофосфамид) фойдаланиш мумкин: 100 мг дан мушак орасига ҳар куни 1 махалдан юборилади, курс учун 1,5-2,0 г.

Булардан ташқари сурункали пиодермитларни комплекс даволашда тери микроциркуляциясини яхшиловчи препаратлар ва гепатопротекторлар кенг қўлланилади. Булардан актовегин 5 мл дан вена томири ичига ҳар куни 1 махалдан юборилади, курс учун 15-20 инъекция. Солкосерил 2,0 мл дан мушак орасига ҳар куни 1 махалдан 10-15 кун мобайнида юборилади. Трентал, теоникол, никотинат натрий каби препаратлар ҳамўртача терапевтик дозада тавсия қилинади. Гепатопротекторлардан, карсил, апкасул, витогепат, зиксорин кабиларни тавсия қилиш мумкин. Пиодермитларни комплекс даволаш жараёнида беморда бошқакўшимча хасталиклар борлигига ва агар улар аниқланса, уларни даволашга катта аҳамият берилади. Қайталанувчи фурункулез, карбункул каби касалликларда беморда углевод алмашинуви бузилиши хасталиги-қандли диабет бор-йўқлиги албатта текширилади ва агар шундай касаллик аниқланса, албатта унга қарши даво чоралари қўлланилади. Шунингдек бемор юқумли инфекцион хасталиклар билан яқин вақт оралиғида касалланганми ёки йўқми, гипо ва авитаминозлар кузатиладими ёки ошқозон-ичак йўллари, жигар хасталиклари бор-йўқми текшириб аниқланиши шарт.

Айниқса ёш болаларда пиодермитлар қизамиқ, сув чечак, ичак инфекциялари каби ёш болаларда оғир кечувчи умумий инфекцион хасталиклардан кейин пайдо бўлса, даволаш ишларини анча қийинлаштиради. Шунингдек ёш болаларда гиповитаминоз, моддалар алмашинувининг бузилиши (гипопротеинемия), диспепсия оқибатида овқатланишнинг бузилиши кабилар кўп учрайди ва улар пиодермитларнинг клиник кечишига ўз таъсирини ўтказадилар ва буни даволаш жараёнида албатта ҳисобга олиш зарур. Агар болаларда диспепсия жараёни узоқвақтдан бери кузатилаётган бўлса, антибиотикотерапия натижасида у янада кучайиши мумкин (дисбактериоз ҳисобига) ва бунда албатта

бифидумбактерин, лактобактерин каби препаратлар бериш зарурати туғилади.

Айрим пиодермитлар (масалан гангреноз пиодермия, бластомикозсимон пиодермия) ярали колит, Крон касаллиги, лейкозлар, ёмон сифатли ўсмалар каби касалликлар билан бирга кечади ва бундай шароитда албатта мавжуд бўлган касалликларга қарши даволаш ишлари тенг олиб борилади. Агар беморларда пиоаллергидлар келиб чиққанбўлса, уларни даволаш ҳам маълум қийинчиликлар туғдиради. Юқорида айтиб ўтилганидек пиоаллергидлар беморларни ташқи даволашда ноадекват (китиқловчи таъсирга эга), нораціонал усулга йўлқўйилганда, беморга иммунологик препаратлар юборилганда келиб чиқади. Пиоаллергидларни даволаш учун дастлаб касаллик ўчоғида аввал олиб борилаётган маҳаллий муолажани тўхтатиш зарур ва экзема, дисгидроз касалликларини даволаш принциплари бўйича муолажалар ўтказилади. Ташқи томондан индефферент чайқатилувчи аралашмалар 2% бор кислотаси эритмаси, фурациллин эритмаси (1:5000,0) билан нам қуритувчи бойламлар, 1% анилин бўёқлари суртиш, кортикостеорид малҳамлари қўллаш мақсадга мувофиқҳисобланади. Умумий даволаш учун антигистамин препаратлари, кальций хлорид, глюконат кальций кабилар ичгани ёки вена қон томирига инъекцияда буюрилади, ҳарорат юқори кўтарилса антибиотиклар тавсия қилинади. Кўп холларда беморда пиоаллергид кўринишида бошланган терининг ўткир яллиғланиш жараёни микробли экземага айланиб кетиши мумкин, бундай холларда микробли экземани қандай даволанса, шундай даволаш чоралари олиб борилади.

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА УЛАРГА ҚАРШИ КУРАШ ЧОРАЛАРИ

Аҳоли орасида пиодермитларнинг кенг тарқарганлиги ва улар томонидан чақирилган ишга яроқсиз кунларнинг кўплиги, болалар муассасаларида бу касалликларнинг эпидемик авж олиши мумкинлиги каби холатлар пиодермитларга қарши кенг профилактик тадбир-чоралар олиб

боришликни тақозо этади. Бунда пиодермитларга қарши курашда нафақат тиббиёт ходимлари (ҳар хил мутахассисликлар бўйича шифокорлар ва ўрта тиббиёт ходимлари), балки аҳолининг кенг қатламлари, жамоатчилик ташкилотлари ва раҳбар ташкилотлар ҳам фаол иштирок этишлари керак.

Пиодермитларга қарши курашни ташкил этишни қуйидаги босқичларга ажратиш мумкин:

- 1) Давлат миқёсида;
- 2) Ишлаб чиқариш корхоналари миқёсида;
- 3) Оила, турмуш миқёсида;
- 4) Шахсий (индивидуал) миқёсда.

Давлат миқёсида олиб бориладиган тадбирлардан аввалгиси пиодермит касалликларини умумий ҳисобга олишдан, бу касаллик аҳолининг қайси табақалари орасида, қайсисоҳа ишчилари орасида кенг тарқалганлигини аниқлашдан иборат, чунки буларни аниқлаш келгусида режа асосида ва аниқ мақсадларга йўналтирилиб профилактик тадбирлар олиб бориш имкониятини беради.

Санитария-техника тадбирлари ишлаб чиқариш жараёнини такомиллаштиришни, зарарли таъсир этувчи омилларни (йирингли касалликлар келиб чиқишига сабаб бўлувчи ҳавонинг чанглиги, совук, ортиқча исиб кетиш, майда-чуйда жароҳатлар ва х.к.) камайтириш ва йўқотиш чораларини ўз ичига олади.

Санитария-гигиена тадбирлари ишлаб чиқариш жараёнида терининг тозалигини сақлаб қолишни, махсус кийимлардан фойдаланишни, организмни қаршилик кўрсатиш қобилиятини орттириш мақсадида чиниқтиришни ва бошқаларни ўз ичига олади.

Ишлаб чиқариш корхоналаридаги профилактик тадбирлар, корхонанинг қайсисоҳага тааллуқли эканлигига қараб турлича бўлиши мумкин. Масалан, текстил саноатида, кўмир шахталарида, пахта тозалаш муассасаларида иш жойида ҳавонинг чанглиги ўта юқорибўлганлиги сабабли, ҳавони алмаштирувчи ва кондиция қилувчи мосламалар, чанг

тутқичлар ўрнатилиши зарурий чоралар ҳисобланади. Машинасозлик ва металлургия корхоналарида эса асосан микротравмалар пиодермитлар келиб чиқишига сабаб бўлувчи асосий омил ҳисобланади, шунинг учун бу соҳадаги корхоналарда асосан микротравмаларга қарши чораларга урғу берилади: микротравмаларни санация қилиш, уларни клей (БФ-2 клейи) ёки пленка билан ёпиштириш, махсус «биологик қўлқоплар» дан фойдаланиш ва х.к. лар.

Оила миқёсида профилактика ишлари олиб борилганда уйларни ва уйдаги жихозларни доим озода, тоза холда тутиш, хоналарни доимо шамоллатиб туришга аҳамият бериш, хоналарда чанг бўлмаслигига эришиш, ортиқча намгарчиликнинг бўлмаслиги, қуёш нурларининг тушиб туриши кабилар муҳим ўрин тутди.

Шахсий гигиена коидаларига риоя қилиш: терини доимо покиза холда сақлаш, сув муолажаларига (чўмилиш, душ, ванна қабулқилиш) алоҳида аҳамият бериш, гимнастика, спорт билан шуғулланиш, организмни чиниқтириш, қуёш нурларидан етарлича баҳраманд бўлиб (қуёшда товланиш), углеводларга бой бўлган ширинликлар ва озиқ махсулотларини чеклаш кабилар пиодермитларни олдини олишдаги асосий омиллардир.

Болаларда пиодермитларнинг олдини олиш алоҳида аҳамиятга эгадир. Болаларда профилактик ишларни антенатал, интранатал ва постнатал даврларида олиб борилади. Йирингли касалликларнинг антинатал профилактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: хомиладор аёлларни иш режимини, дам олишини, уйқусини, овқатланишини тўғриташкил қилишҳоқибатида улардаги носпецифик иммунитетни орттириш. Хомиладор аёллар истеъмол қилаётган овқатлар тўла қимматга эга бўлган, етарли даражада калорияли, сут, ўсимлик ва гўшт махсулотларини тутувчи, витаминлар ва минерал тузларга бой бўлиши керак. Аёллар қонсултациясида хомиладор аёллар мутахассислар (акушер-гинеколог, терапевт, дерматовенеролог, ЛОР, стоматолог ва бошқалар) томонидан чуқур текширилади ва агар уларда бирон бир ўткир ёки сурункали яллиғланиш

жараёни билан кечувчи касаллик аниқланса, албатта улар даволаниб, касаллик ўчоғлари санация қилинади. Хомиладорлар орасида соғлом турмуш тарзи тўғрисида суҳбатлар уюштирилиб, пиодермитлар, уларнинг профилактикаси ҳақида тушунча берилади.

Чақалоқнинг туғилиш жараёнида доялар ва бошқалар санитария гигиена қоидаларига тўла риоя қилишлари шарт, киндик асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда кесилади, йўргаклар, стерилланган ҳолда ишлатилади. Туғруқхоналарда гигиена режимининг бузилиши, ходимларнинг қўлларига нотўғри ишлов берилиши, ҳар-хил предметларни (бельёларни, идишларни, халатларни, ниқобларни ва х.к.ларни) нораціонал дезинфекция қилиниши, бемор болаларни ва оналарни ўз вақтида изоляция қилмаслик, шунингдек ходимлар орасида стафилококкларнинг патоген, вирулентли штамmlарини ташувчилар мавжудлиги чақалоқлар орасида стафилодермияларнинг келиб чиқишига ва кенг тарқалишига сабаб бўлади. Шунинг учун туғруқхоналарда санитария-гигиена қоидаларига қаттиқ риоя қилинади, туғруқхона ходимлари ўз вақтида текширувдан ўтказиб туриладилар. Агар йирингли касалликлар, ангина билан оғриган ёки стафилококкларнинг ташувчиси бўлган ходим аниқланса, у туғруқ бўлимларига ишга қўйилмайди.

Стафилодермиялар ёки стрептодермия билан касалланган чақалоқ аниқланса, улар дарҳол бошқалардан изоляция қилинади - изоляторга ёки боксга ўтказилади; дерматологик ёки хирургик касалхонага юборилиши ҳам мумкин. Барча ёшдаги болалар орасида пиодермитларнинг олдини олиш учун уйда, болалар муассасаларида (ясиларда, боғчаларда, болалар уйларида, мактабларда) гигиена қоидаларига оғишмай амал қилиш зарур. Ҳарқандай ёшдаги болада импетигонинг бирор тури аниқланса, у дарҳол соғлом болалардан ажратиб, то соғайгунгача изоляция қилинади. Болалар орасида пиодермитларнинг олдини олиш кўп жихатдан педиатрлар, болалар дерматологлари, шу участкадаги ўрта тиббиёт ҳамширалари орасида ўзаро ишни яхши ташкил этилишига боғлиқ.

БОБ 3. ТЕРИНИНГ ПРОЛИФЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

ПСОРИАЗ

Псориаз – эритематоз-тангачали мультифакториал табиатли, генетик сабабларни доминантлигига урғу берувчи дерматоздир. Псориаз эпидермал ҳужайралар гиперпролиферацияси, кератинизация бузилиши, дермада яллиғланиш реакцияси, ҳар-хил ички аъзо ва тизимларда ўзгариш билан кечадиган касалликдир.

Псориазни узок ўтмишдан билишган. Классик псориазни ёзилиши ва ирсий ҳолат муҳим роль ўйнашини R. Willan (1801) таъкидлаган. Псориаз кенг тарқалган дерматоз бўлиб, ҳар–хил мамлакатларда дерматозларни 0,1-3% ташкил қилади [Lomholt G., 1965; Baker H., 1966; Hellgren L., 1967; Eckes L. et al., 1975; Farber E.M., Nail L., 1991].

Ўзбекистонда бошқа юкумсиз тери касалликлар ичида псориаз 1% ҳолатларда учрайди.

Этиологияси ва патогенези

Касаллик келиб чиқиши сабаблари ноаниқ, лекин генетик сабаблар яъни қариндошлар орасида кўпроқ бўлиб, бир тухумдан пайдо бўлган эгизакларда, ҳар-хил тухумдан пайдо бўлган эгизакларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Псориаз мультифакториал касаллик ҳисобланиб, генетик компонент бўлаги ўртача 30-40% дан 60-70% ташкил қилади [Мордовцев В.Н., Сергеев А.С., 1977; Watson W. et al., 1972; Ananthakrishnan R. et al., 1973]. Олимлар томонидан ёғ алмашинуви ва озроқ углевод алмашинуви генетик детерминацияси аниқланган [Алиева П.М., 1980; Рахматов А.Б., 1983]. Шунингдек, жигар-талоқ фаолияти бузилиши (Болтабоев М.К. 1996), витаминлар алмашинуви бузилиши муаллифлар томонидан эътироф этилган.

Псориазда асосий патогенетик жараёнлар бўлиб эпидермис гиперплазияси, эпителиоцитлар такомиланиши бузилиши ёки дермадаги яллиғланиш реакциялари ҳисобланади.

Псориазда генетик маркерларни ўрганиш, HLA тизимидан ташкари 17-хромасома дистал қисми билан боғланганлиги аниқланди [Boweock et al., 1994], яна генетик псориазда маркер механизми митозда нотурғун омил борлиги аниқланди М. Theewes (1994).

Синфланиши

Псориазни оддий (вульгар), эритродермик, артропатик, пустуллёз шакллари ва бошқа турлари кузатилади [Ябленик Б.С., 1964; Машкиллейсон Л.Н., 1965; Довжанский С.И. ва б., 1973; Задорожный Б.А., 1983].

В.Н. Мордовцев вульгар псориазни – эритродермияли, артропатик, пустуллёз тарқалган - (Цумбуш тури), кафт товонда чекланган - (Барбер тури) ва яна псориазсимон пустулали дерматозлар: Аллопони сурункали йирингли акродерматит тури, пустулали бактерид, эндроген тарқалган псориадик пустуллёз, Гебрани герпессимон импетигоси ва Дарьени ҳалқасимон эритемали псориази каби турлари бордир [Degos R. et al., 1966; Drieschler P., Boiling R., 1982; Zala L., Hunziker T., 1984].

Клиник кўриниши

Вульгар псориазда - тугунча тошади ва соғлом теридан аниқ чегара билан ажралиб туради. Тугунчалар пушти-қизил ёки тўқ қизил рангда бўлиб, юзаси осон кўчувчи, уқаланган шам кўринишидаги оқ ялтироқ тангача билан қопланган бўлади.

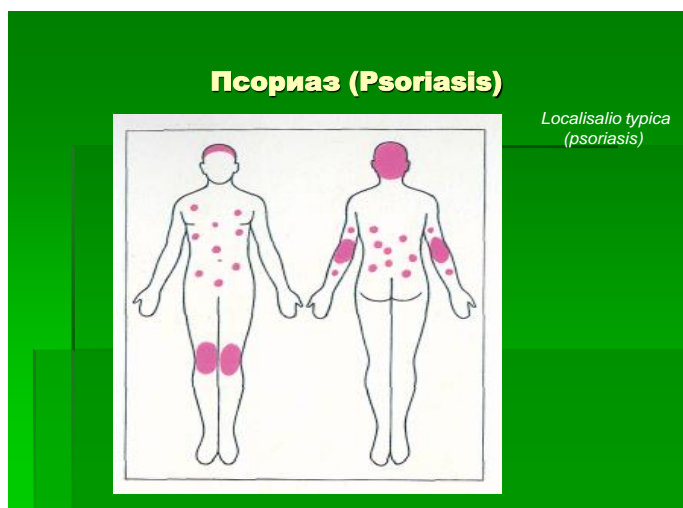
Тугунча юзаси қириб кўрилганда навбат билан псориаз учлик симптоми мусбат бўлади.

Стеарин доғи - тугунчалар усти қириб кўрилганда тангачалар осон кўчади, стеарин (шам) доғларига ўхшайди.

Терминал парда - тангачалар кўчирилганида нам юпқа қизғиш парда, ялтироқ юзали ҳолатда намоён бўлади.

Нуқтали қонаш - аста терминал парда қирилса уни юзасида нуқтали қонаш кузатилиб, папилломатоз туфайли у келиб чиққани аниқланади (Ауспитца феномени ёки нуқтали қон қуйилиши симптоми).

Хамма беморларда псориаз бошланиши ҳар-хил кечади, псориаз чекланган соҳада жойлашиб, касаллик бошида бир неча тугунчалар пайдо бўлади, улар катта бўғимлар соҳасида кузатилади, аста секин улар катталашиб боради, кўпроқ қитиқловчи омиллардан сўнг (пархез бузилиши, ҳомиладорлик, алкоголизм), юқумли касалликлардан сўнг (грипп, ангина қизамиқ, қизилча), стресс, асабийлашишдан сўнг, дориларга юқори сезувчанлик касалликни қайталаниши ва кучайишига кузатилади (расм № 48).



Расм № 48

Ранги тиниқ-қизил папулалар тангачалар билан қопланган бўлади, аммо ҳамма тугунчалар юзасида ҳам тангачалар бўлмайди, лекин қириб кўрилса псориастик учлик дарров топилади. Тошмалар кўпроқ тизза - чиғанок, бошнинг сочли қисмида, белда, думғаза бўғимида оёқ-қўлларнинг ёзилувчи соҳаларида кузатилади. Камроқ ҳолатларда тугунчалар букилувчи соҳада ҳам жойлашади. Тугунча бадан ва қўл-оёқни терисида ёппа жойлашиши мумкин. Кам ҳолатларда лабни қизил ҳошиясида жойлашади. Шиллиқ қаватлар жуда кам учрайди, фақат оғир кечувчи атропатик псориазда кузатилиши мумкин. Эритема, ҳошиясимон ўчоқ, географик псориаз, тилда ва нотабий конъюнктивит ҳолати кузатилади. Псориаз учун симметрик зарарланиш хосдир, баъзан бир томонлама ва ўраб олувчи темиртки кўринишидаги тугунчалар кузатилади (расм № 49).



Расм № 49

Баъзан касаллик ўчоқлари - фигурали жойлашади, ҳошиясимон, эгик чизиксимон, ўрмаловчи, географиклар ўчоқлар бел ва думба соҳада жойлашиб, тугунчаларда инфильтрация кучайиб пилакчаларга айланади, бундай ҳолат семиз, тўла одамларда учрайди ва юзаси эксудацияланади, ишқаланиш туфайли папиломатоз ва сўгалсимон тугунчалар юзаси ўсади (*psoriasis verucosae*). Баъзан тугунчалар бурчак ёки чиганок шаклда пайдо бўлади, баъзан эксудатив кўринишли псориастик кўринишдаги тугунча юзасида пуфакчалар топилади ва микробли пилакчасимон экссудатга ўхшайди.

Сўгалсимон псориаз - нотабий омилар терига таъсири туфайли, яна пиококкли инфекциялар, нораціонал маҳаллий даво, мишъяк қабул қилиши сабабли ривожланади. Касаллик ўчоғида инфильтрация, ўчоқли сўгалсимон ўсимталар, юзасида тангача ва қалоклар бўлади. Псориаз касаллик ўчоқларида сўгалсимон ўсимтали тугунчалар, оддий тугунчалар билан алмашинган бўлаши ёки уларсиз кузатилиши мумкин.

Себореяли псориаз - бошнинг сочли қисмида ёки себореяли соҳаларда себорея кўринишида бўлади. Фақат бошнинг сочли қисми зарарланади, баъзан бўйин ва бошқа соҳалардаги ясси тери тугунчалар ва пилакчалар оддий псориаздагидек бўлади, кўп тангачалар билан копланган яллиғланиш реакцияси кузатилмаган ҳолатда кузатилади. Бемор юзида, кўкрагида, себореяли фонда тугунча ва пилакчалар кўплаб қаватма-қават тангачалар, чегараси унча аниқ эмас кучли эксудацияга мойиллиги билан кечади.

Псориазик феномен - оддий тугунча ва пилакчалар тошган соҳада яхши аникланади. Сочлар тушмайди, псориаз тугунча, пилакча ва йирингчалар булишига карамасдан эритродермия ёки энса соҳасида пилакча кучли кичишишга сабаб бўлади. Тугунчала псориазда асосан кандли диабет билан огриган беморларда учраб, култик остида, сут безлари остида жойлашиб, ута қизил рангдаги тугунча, пилакчалар юзасида тангачалар булмайди, юзаси силлик, бироз ишкаланган ва ингичкарок бўлади. Кулок супраси соҳасида ва курак ости псориаз тугунчалари юзасида ёриклар бўлади. Баъзан жинсий аъзоларда псориазнинг тугунча, пилакчалари-ёлгиз белги бўлиб жинсий олат бошчасида, жинсий олат ёпкич ички терисида, кичик уятли лаблар соҳасида балонапостит, вульвитга ухшаб, ундан инфильтрация кучлилиги билан фарк қилинади, аник чегараси яллиғланиш белгиларисиз кечиши билан ажратиб оламиз, тугунча куп майда тангачалар билан копланиб, псориаз феномени мусбат бўлади (расм № 50).



Расм № 50

Кафт ва товон псориази: купинча факат кафт ва товон зарарланади жисмоний иш билан шугилланувчи беморларда учраб, псориаз кузгалганда кузатилади. Купинча тугунча-пилакчалар бир-бирига кушилиб, ёппа инфильтрат хосил қилади, гипертрофик, кийин тарқалувчи саргиш тангача ва чукур ёриклар билан кечиб, парда феномени товон гумбазида жойлашади. Псориаз 3-лик симптоми жуда кийин чакирилади, асосан тирнок пластинкалари зарарланади: юзасида гиперкератоз бўлиб, ангушога ухшайди, камрок тирнок ажралиши ва деформацияси кузатилади, осон

синади, тирнок хиралашади, кундаланг чизиклар, онихолизис, тирнок ости кон куйилиши кузатилади, баъзан тирнок пластинкаси калинлашиб-гиперкератоз ва онихогрифоз кузатилади, булар теридаги тошмалардан олдин пайдо бўлади. Купинча атропатик ва пустулез псориазда кузатилади. Эпидемиологик ва оилавий текшириш псориазни эпидемиологиясини урганишда кул келади.

Атипик огир кечувчи-псориастик эритродермия, атропатик ва пустулез псориаз хисобланади.

Псориастик эритродермия-псориастик жараен доимий илгарилаб-ривожланиб борганда кузатилади ва яна кузгатувчи таъсирлар, куп УБ нурлари, керагидан ортикча куешли ванна олиш, нотугри даволаниш (илгарилаб борувчи даврида сурилтирувчи: 10% ихтиолли, дектярли малхам, АСД 3-фракцияси, Вилкинсон ва Псориазин малхамларини махаллий давога, безгакка карши даво, мишяк, новокаин, пенициллин, тезда кортикостероид гормон буюрилгандан сунг, дориларнинг тезда учирилиши ва хоказолар сабаб бўлади.

Клиник кўринишида тери қизил-туқ рангда, кучли инфилтратсия, катта ва кичик тангачалар борлиги, баъзан кепаксимон тангачалар борлиги ва ута кучли булмаган кичишиш кузатилади. Беморнинг умумий ахволи уртача огир бўлиб-бушашиш, хансираш, иштаха пасайиши, юкори харорат, касаллик узок давом этса юрак кон-томирлари етишмовчилиги, мускуллар гипотрофияси, буйрак ва жигар фаолияти бузилиши, терлаш пасайиши, сувсизланиш, периферик лимфа тугунлари катталашиши, соч тукилиши, баъзан бўғимлар зарарланиши, конда анемия ва гипоалбуминемия билан кечади (расм № 51).



Расм № 51

Атропатик псориаз-псориаз касалликларини 01% ни (Эрдес.Ш; Ибрагимов Ш.И.1985й), суяк-бўғим аппаратини рентгенография килиб, суяк-бўғимни псориастик зарарланишини аниқлашди. Купрок бўғим олди остеопарози, бўғим оралиги кичрайиши, остеофитлар, суяк тукумасидаги кистоз ўзгаришлар, камрок-суяк эрозияси кузатилади. M Edvord.,E.Sulls (1980) псориаз билан огриган 25% беморда суякда псориастик рентгенологик ўзгаришлар аниқлашди.

16 ешга тулган болаларда асосан эрозия бел-думгаза соҳадаги бўғимда, синдесинефитлар ва 11% беморларда кул ва оек майда бўғимлари зарарланиши кузатилди. Эркаларда атропатик псориаз купрок учраб сабаби тула аниқланмаган, бунинг сабабини Ибрагимов Ш.И.(1985 й.) генетик мойиликка, Коньева Т.Н.(1985й)-коллагенга, 2-тип иммун юкори сезувчанлик реакцияси ва яна юкумли касалликлар эвазига (хломидиоз, уреплазмоз, микоплазмоз), номукобил даво - айникса кортикостероидлар билан даволашдан сўнг учрайди.

Псориастик зарарланиш купрок асимметрик олигоартрит, кул ва оёкларда бир ёки бир неча майда бўғимлар артрити учрайди. Камрок кукрак, бел, думгаза (псориастик спондилит) соҳалари, бел-думгаза бўғими (псориастик сакроиллеит) шуни айтиш тугрики юкоридагилар периферик артеритлардан сўнг ривожланади. Купрок моно, олигоартрит кузатилиб кейин псориаз янада илгарилаб борса бошқа бўғимлар зарарланиши кузатилади. Худди клиникаси ревматоид артритга ухшаб кечади:бўғимлар шишади, яллиғланган бўғим териси кизаради ва куплаб бўғимлар зарарланса огрик, харакат чекланиши ва эрталабки бўғим огрикли харакат чекланиши кузатилади. Бўғимлар деформацияси анкилозлар, мутиляцияловчи ўзгаришлар ва яна миозитлар, мускулдаги дистрофик ўзгаришлар бўғимга якин соҳада жойлашади.

Пустулез псориаз-псориастик тугунча ва пилакчалар тарқалган еки чекланган ҳолатда тошиб, купрок кафт ва товонда жойлашади (расм № 52).



Расм № 52

Тарқалган йирингчали псориаз L.Sumbusch(1910) ёзиб олиб борувчи омилларга: юқумли хасталиклар, асаб тизимини зуриқиши, оддий псориаз илгарилаб борувчи боскичида безгакка қарши даво мишяк препаратлари қулланилиши, гормонал узғаришлар, оғиз орқали ичиладиган контрацептив воситалар истемоли, кортикостероидларни тез ва бетартиб учирлиши, нотабий маҳаллий даво, стафилакоккли инфекциялар, Т-системадаги иммунитет тақчиллиги, бета блокаторлар қабул қилиш, литийли дори воситалари, фенилбутазон ва хоказолар (расм № 53).



Расм № 53

Тарқалган пустулез псориаз оғир кечади: тана ҳарорати қутарилиши, хансираш, умумий беҳоллик, қонда лейкоцитоз, ЭҚТни ортиши билан тугун

ча ва пилакчалар кизариб вақти-вақти билан кучайиб атрофдаги соғ тери кизариб катталашади, бу жараён тарқалиб бутун танани коплаб олади. Тугунча ва пилакчалар аста секин катталашиб боради, бир-бирига кушилади.

Тугунчалар кушилиб юзасида эпидермис юзаки каватлари йирингли дарёлар кушилиб ёппа эритродермия пайдо бўлади. Купрок дистрофик узга ришлар тирноклар, бўғимлар зарарланишида, камрок буйрак ўзгаришларида кузатилади. Псориастик касаллик учоги-халкасимон, урмаловчи ва бошқа фигурали учоклар хосил килиб купрок соҳаларни эгаллайди ва огиз шиллик каватини ҳам зарарлайди. Йирингчали тошмалар ҳар хил ривожланиш боскичида бўлади, янги чикаётган пайтда бемор ахволи яхшиланади, тана ҳарорати тушади. Кафт ва товон тури-купрок учрайди. Бу тури тенар гипотенар ва товон гумбазида жойлашиб, чегараси аниқ эритемали-тангачали пилакчалар юзаси йирингчалар билан копланadi. Купрок пилакчалар юзасида ва атроф соғ терида китикловчи дори малхамлардан сўнг тошади.

Ташхис ва киесий ташхис:

Вулгар псориаз ташхиси тугунча, пилакчали эритематоз-тангачали тошмалар юзасида псориастик учлик симптоми мусбат бўлади. Пустулез ва атропатик псориазда терининг айрим соҳаларида оддий тугунча ва пилакчалар булиши кул келади. Яна ташхис куйишда - бемор анамнези, гистологик текширув хулосалари, рентген текширув, иммунологик, антиген тукима келишмовчилиги, ревмотологик текширув хулосалари ёрдам беради. В.В.Бодокин (1977) псориастик артритда олигоартритда, бармоқлар ораси бўғимларида мутиляцияловчи артрит, асимметрик зарарланиши билан, бўғимлар териси кизарган кукарган рангда булиши периартрикуляр ҳолат кузатилиши, баъзан умуртка погонаси зарарланиши, тери ости тугунларисиз кечиши, купрок учта еки купрок бўғим зарарланиши ва рентгенологик ўзгаришлар булиши хосдир.

Аллопонинг йирингли акродерматитида-касаллик бармоқлар соҳасидан бошланади, йирингчали псориазда эса кафт ва товонда - купрок тенар ва гипотенар, товон гумбазида жойлашиб псориазга хос бошқа тугунча ва пилакчалар баданда жойлашиши кузатилади. Эндрюс бактеридида эса кафт марказида ва товон гумбазида жойлашиб купрок бемор организмида сурункали инфекция учоги мавжуд бўлади. Гистологик текширувда пустулёз ва вулгар псориазда гистологик фарк килиб - пустулёз псориазда спонгиозли йирингча бўлади. Вулгар псориаз - парапсориаздан, папулалар захмдан, қизил ясси темиреткидан, замбуругсимон микоздан, Рейтер касаллигидан, дискоид қизил волчанкадан, себореяли экземадан киёсий таккосланади. Парапсориаздан - псориаз учлик симптоми манфийлиги, пурпураларнинг борлиги, бошнинг сочли қисмида ва юзда жойлашмаслиги билан фаркланади.

Иккиламчи папулалар захмдан-псориаз тиник ранги, тугунчалар юза жойланиши, куп тангачалар ажралиши, тез атрофга усиши ва тугунчалар кушилиб пилакчалар ҳосил килиши, псориаз учлик симптоми мусбатлиги, КСР ни манфий булиши билан фаркланади.

Қизил ясси темиреткидан-псориазда ранги оч-пушти булиши тугунчалар қизил полигонал эмаслиги шакли думалок овал, юзасидан тангачаларнинг куп ажралиши, оғиз шиллик каватини жуда кам зарардаши билан, купрок кул-оёқларнинг езилувчи соҳасида жойлашиши билан фаркланади.

Замбуругсимон микоз-псориаздан жуда кеч бошланиши, кучли кичишиши, полиморф тошмалари, ремиссияга моил эмаслиги, яллиғланишга қарши оддий даво ердам бермаслиги билан, гистологик текширишда ботриё микроабцесси, инфилтрат полиморфлиги, дермада яна атипик ҳужайралар борлиги эозинофиллар куплиги билан фаркланади.

Рейтер касаллиги билан-ногонококкисиз уретрит йуклиги, куз ва бўғим бир пайтда зарарланмаслиги, псориазсимон тошмалар ҳамма жойда булиши

характерли белгиси купрок пилчираб, йирингчалар билан копланеди, атрофга караб усади ва куп хошиядор учоклар хосил килади, тангача, тангача-калок билан копланеди.

Себореяли экземадан-асосан себореяли учокларда жойлашиб, бошда себореяли тож хосил килади ва баъзан остропатик соч тукилиши кузатилади ва тангачалар курук бўлади.

Бурмалар псориази-кондидоз ва чов эпидермофтиясидан фаркланади. Кандидоз-катта бурмаларда жойлашиб, уткир бошланади, касаллик учоги ута яллиғланишли кизарган, киргоклари ута аник эмас, куплаб мацерацияланган учок эпидермик, кизил доғли-пуфакчали характерда бўлади.

Чов эпидермофтиясидан-бурмалар псориази сурункали кечиши, кучли кичишиш йуклиги, киргокларининг хошиядор эмаслиги ва лабаротор замбуруг иплари топилмаслиги билан фаркланади.

Атропатик псориаз-ревматоид артритдан ута огир кечмаслиги, дистал бармок бўғимларида ва тирнокларида ўзгаришлар, умурткалараро бўғимлар, тос-думгаза бирикмасида асимметрик зарарланиш (узок олигоартрит хос), мушаклар атрофияси, кечрок ревматоидли артрит эртарок бўғимлар деформациялари кузатилиб, ревматик синамалар манфий бўлади.

ДАВОЛАШ:

Даволашда беморнинг умумий ахволини (моддалар алмашинуви бузилишига асаб. иммун тизимига караб хисобга олиб, псориаз шакли, боскичи, тугунча ва пилакчалар тарқалганлигига караб даволанади. Псориазнинг илгарилаб боручи боскичида пархез буюрилади: ош тузи, уткир воситалар, ёғлар, углеводлар чекланади. Бир-икки кунлик очлик 3-4 кун оралиги билан яхши натижа беради. Псориазнинг илгарилаб борувчи боскичида-30% 10.0 натрий тиосульфат эритмаси, 10%ли 5-10мл глюконат калций эритмаси N10та, агар кон босими юкори булса 25%-10мл магнезий сульфат эритмаси буюрилади.

Агар эксудатив псориазда (суб организмда ушланиб колса) гипотиазид 25-50 мг 1 суткада, 3-4 кун давомида калий оротат билан бирга буюрилади. Псориазнинг стационар даврида-пирогенал тана харорати ортгунча аста секин дозаси оширилиб борилади. 25-50МПДдан 1000МПДгача, мушаклар орасига 1-2 кунда 1 марта курсга 20та инъекция буюрилади. Гемодез яхши ёрдам беради 200-400мл кун оралаб 4-6 марта. Яна антигистамин дори воситалари яхши ёрдам беради: лоратадин 0.01г кунига 1 махал, супрастин 2,5мг 2 махал и\у.

Махаллий даво-1-2%салицилат малхами, 5-10% нафталан, 2-5% борат малхами АСД-3 фракцияси билан, календула малхами, шалфейли, ромашкали, сасна экстракти, дамланган чой билан ванналар буюрилади. Сутли-ёгли ванна (0,5л сут, 2 кошик оливка мойи) хафтасига 1-2 марта кортикостероид малхамлари буюрилади. Гелиотерапия, УБН, ПУВА-терапия жуда эхтиёт бўлиб кишки псориаз кузгалган турида буюрилади.

Вульгар псориаз стационар ва регрессив даврларида махаллий даво асосий даво хисобланади. Беморнинг шахсий сезувчанлиги, кутара олиши, клиник куринишига караб буюрилади. 1-2%ли салицилат малхами, 5-10% нафталан малхами, 1-2% ок кургошинли малхам(бошга); шалфей кайнатмаси, ромашкали ванналар; эрталаб бироз куешда сайр; кишда УБН буюрилади. Агар вульгар псориаз бошнинг сочли қисмида жойлашса-2%ли ок кургошинли салицилат малхами, кафт-товон псориазида-2%ли борат-дэктиар малхами, Митрошин суюклиги, 5-10%ли ихтиолли, нафталанли малхамлар буюрилади.

Чекланган, инфльтрацияланган пилакчалар учун 5-10%ли ок кургошин малхами ишлатилади. Ёг алмашинуви бузилганда, микроциркуляцияни яхшилашга - продектин 0,25 3махал 1,5-2 ойга буюрилади (Борисенко К.К, 1983.); микслерон 0,25 3-4 махал 1-1,5ой давомида, трентал 0,2дан 3 махал 30-40 кун, теоникал 0,15дан 3 махал 35-40 кун(Рахматов А.Б.1983.), комполмин 0,15 билан бирга 3-5% комполамин малхами билан буюрилади (Кривенко З.Ф.,1982), фосфоден 2%-3мл м/о+0,1

дипромонил билан 20-30 кун, 0,05 ва 0,02 кунига 2-1 марта 1ой буюрилади. Нуклеотитлар бузилишини хисобга олиб, фосфодиэстеразалар-теофиллин 0,2, эуфиллин 0,15 3 махал 1 кунда, кавинтон 0,01 3 махал 2 хафта.; унитиол 5%-5мл N10-12та, липоевая кислота, метионин, аскорбин кислотаси буюрилади (Костютов В.В., 1982).

Агар жигар фаолияти бузилган булса-сирепар 2мл м/о, курсига 60-80мл. (Дюрдь П.И., 1984), агар сийдикда полиамин хоссаси ортса-фтивазид 0,3дан 5 махал 20-30кун давомида (Кагроманова А.Г., 1992), бриктирувчи тукима асосий моддасидаги ўзгаришига караб лидаза буюрилади: 64ТБ дан N20та м/о Буюрилади (Гуляй П.Д. 1980), гепарин 1мл м/о N15-20та псориазда ижобий таъсир курсатади (Вербенко Е.В. 1982), гепарин кони суултирувчи, микроциркуляцияни яхшиловчи яллиғланишга карши, иммунодепрессив ва цитостатик таъсирга эга.

Псориазнинг огир турларида-атропатик, пустулез, эритродермия билан асоратланганда метотрексат буюрилади: у хужайралар пролиферациясини камайтиради ва 2,5-5 мг дан хар кунига 7-10 кун давомида (Ашмарин Ю.Я, ва бошқалар; 1973), азиотиопирин 4 мг/кг 3 махал, 3-4 хафта давомида; Циклоспорин А(сандимум) бщшка давога чидамли булса, (Кубанава А.И ва бошқалар; 1994), лекин бу дори воситалари иммуносупрессия чакиради, буйракларга емон таъсири борлиги учун жуда эхтиет бўлиб, шифохона шароитида, кон зардобидаги дори концентрациясини аниклаб буюрилади.

Яна ижобий натижа аутокон УБ нурланишдан сўнг куйилса яхши фойда беради, трансфузия 1-2 кунда, курсга 8-10 марта куйилади (Бочкарев Ю.Н ва бошқалар 1983), плазмоферез (Н.С Потеекаев, А.Б Пакирдинов; 1990) гемотрансфузияга караганда яхши усул бўлиб, айникса псориазнинг огир шаклларида яхши натижа беради. Псориазда кортикостероидлар куллаш максадга мувофик эмас. Атропатик псориазда-ностероид яллиғланишга карши дорилар: индометацин (метиндол), вольтарен (0,025-0,05гр 3 махал), напросин (0,5-0,75 кунига 2 махал), мафенаменовая кислота (0,5 дан 3-

4 махал), бутадион(0,1-0,15 3махал), бруфен(0,2 3-4 махал), буюрилиши-кучли, доимий огрик, яллиғланишли ўзгаришларга, дориларга сезувчанлигига караб буюрилади. Дастлаб юкори дозада 1-боскичда, кейин дозаси камайтирилиб 2-боскич буюрилади ва даво гимнастикаси, физиотерапия: УВЧ, диатермия, магнитотерапия, ультратовуш, индуктотермия (Антоньев А.А. 1976), балчик билан даволаш (Малитенко С.А.1985). Пуватерапия (Шахместер И.Я.1980), карши курсатма булмаса пувален 0,2 ичирилади. Пува-терапия: аевит билан (Шахместер И.Я.1982), ретинол (Каухова О.Я.1982), ретиноидлар билан (Машкилесен А.Л 1982), теоникон(Якубович А.Э.1986), этимизол билан (Русак Ю.Э.19820), эссэнсиале (Бочкарева Е.Н.1992), гипербалик оксигенация (Боталин С.К.1987), селектив фототерапия (Владимиров В.В.1987) билан даволашган.

ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ (LICHEN RUBER PLANUS).

Қизил ясси темираткини Wilson (1869 йил) аниқлаб, унда учрайдиган бирламчи элементни батафсил ифодалаган. Қизил ясси темиратки тери касалликларининг 0,5% ини ташкил этади.

Этиологияси ва патогенези. Тўлиқ аниқланган эмас, илмий адабиётларда касалликнинг келиб чиқишида турли назариялар (вирусли ёки инфекцион, невроген, ирсий, токсик, иммунологик) мавжуд.

Вирусли назария тарафдорлари беморлар терисида филтрланувчи вируслар учраб, улар ўз активлигини организмнинг иммунобиологик химоя қобшшяти сусайган даврда кучайтиради деган фикрни айтадилар. Л. Н. Машкиллейсон (1965) вирусли назарияни тасдиқловчи қуйидаги мезонларни келтиради: 1. Қизил ясси темиратки билан оғриган беморлар терисида вирусга ўхшаш ва бошқа инфекцион агентларнинг бўлиши; 2. Қизил ясси темиратки беморнинг бошқа оила аъзоларида ҳам учраши; 3. Тошмалар ўраб олувчи темиратки сингари жойлашиши, қонда лимфоцитоз, шунингдек лимфа тугунларининг катталашиши ва бошқалар; 4. Баъзан беморларни антибиотиклар билан даволаш яхши ёрдам беради. Лекин ҳозирга қадар беморлардан вирус ажратиб олинмаган.

Кўпгина олимлар касалликнинг вужудга келишини нерв сис-темаси фаолиятининг бузилишига (эмоционал ҳаяжонланиш, стресс) боғлиқ деб қарайдилар. Бунда тошмалар нерв толалари бўйлаб жойлашиши мумкин. Кўпчилик беморларда гипнотерапия яхши натижа беради.

Токсик (заҳарланиш) назарияга мувофиқ қизил ясси темиратки организмга турли хил дори-дармонлар таъсир этиши, аутоинтоксикация, меъда-ичак, жигар хасталиклари оқибатида вужудга келади. Антибиотиклар (стрептомицин, тетрациклин), олтин, йод, қўрғошин препаратлари, фтивазид ва бошқа дорилар таъсирида қизил ясси темиратки келиб чиққанлиги маълум.

Иммуноаллергик назария тарафдорларининг фикрича беморлар қонида ва терисида Т-хужайралар сонининг камайиши, Т-лимфоцитлар субпопуляциясидаги нисбатнинг ўзгариши кузатилади. Моноклонал антителолар ёрдамида дермал инфилтратда Т-хужайралар ва Т-супрессорларнинг камайиши натижасида Т-хелперлар, Т-супрессорлар коэффициентининг ошиши аниқланган. Дермоэпидермал чегарада Лангерганс хужайралари сонининг ортиши, IgMнинг чўкиши иммуноаллергик назарияни яна бир бор исботлайди.

Клиникаси. Касалликнинг асосий клиник-морфологик элементи дермо-эпидермал папуладао бўлиб (диаметри 1-3 мм), унинг қуйидаги ўзига хос хусусиятлари бор: 1) полигонал, ясси шакли; 2) папулалар юзасида (асосан марказда) киндиксимон ботиқ бўлиши; 3) периферияга қараб ўсиши; 4) тошмгалар устига ўсимлик мойи суртилса, тўрсимон шакллар вужудга келиши Уикхем белгиси (эпидермис донадор қаватининг нотекис кен-пайиши); 5) ўтувчан ёруғликда папулалар юзасинининг пушти-бинафша рангда ялтираб туриши (расм № 54).



Расм № 54.

Тошмалар аксарият кўл ва оёқнинг букилувчи соҳаларида (тирсак олди, билак, оёқда) юзага келиб, сўнг бутун баданга тарқалиши мумкин. Тошмалар баъзан оғиз бўшлиғи ва жинсий аъзоларнинг шиллик қавати, кўпроқ лунжларда оқимтир тасмалар шаклида учраб, бир-бири билан қўшилиб, пиллакчалар ҳосил қилади. У сурункали давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олган даврида, янги-янги тошмалар тошади ва улар катталашиб боради. Кейин касаллик стационар даврга ўтади, бунда папулалар аста-секин сўрилиб ўрнида тўк жигарранг доғ қолади; терининг таъсирланган жойида ёйлар кўринишида жошгашадиган папулалар пайдо бўлади. Касаллик қаттиқ кичиши бйяан кечади. Қайталаниш анча кам учрайди. Қизил ясси темираткига Кёбнер изоморф реакцияси ҳам хос. Баъзан тирноқлар дам ўзгариб ранги хиралашади, устида узунасига кетган чизиклар пайдо бўлади. Қизил ясси темираткининг бир неча хили бор: 1. Гипертрофик, сўгалсимон хили тугунчаларнинг иперплазияси натижасида вужудга келади. Ҳосил бўлган пиллакчалар пушти, кизил-кўнғир рангда бўлиб, уларнинг усти ўгалсимон гиперкератотик қатламлар билан қопланган бўлади. ундай тошмалар атрофида кизил ясси темираткининг типик эшмаларини учратиш мумкин (расм № 55).



Расм № 55

2. Атрофик ва склеротик хилида папула ва пиллак-шар сўрилиб терида атрофик ва склеротик ўзгаришлар қолиши мумкин. Чандиксимон атрофия очик рангда бўлгани учун баъзи дерматологлар уни оқ темиртки деб юритадилар. Бунда тошмалар бўйин, қўл, кўкрак ва қорин соҳасида учрайди. Баъзан бош-инг сочли қисмида атрофик ўзгаришлар псевдопелладага ўхшай-ва у қўл ҳамда оёқларнинг ёзувчи юзаларида жойлашган фолликуляр кератоз билан бирга кечади. Буни Литтл-Лассюэр иптомидеб аталади.

3. Пемфигоидли ёки пуфакли хилида қизил ясси ираткининг типик элементлари билан бирга катталиги нўки олчадек келадиган ичи сероз ёки қон-серозли суюқлик би, ўла пуфакчалар тошади.

4. Монилиформ қизил темирткида катталиги ча данагидек келадиган маржонсимон (moline - маржон, шс тошмалар тошиши кузатилади. Улар асосан пешона, қулоқ с раси, қорин, думба териларида учраб, кўриниши мунчокни латади.

5. Ўткир учли хилида ясси тугунчалар билан бирга у ёки конуссимон тугунчалар учрайди, улар асосан фолликуларда жойлашади. Тошмалар бошнинг сочли қисмида бў; кичик-кичик атрофияли чандиклар юзага келиши мумкин.

6. Ҳалқасимон қизил ясси темиратки кўпинча эркакларнинг жинсий аъзоларида учрайди. Касалликнинг бу тури тошлар ўртасидан сўрила бошлаши натижасида вужудга келади (расм 56).



Расм № 56

Қизил ясси темираткининг псориазиформ, узунчоқ ва зоост форм хиллари ҳам учрайди. Гистопатологияси. Эпидермиснинг ҳамма қават қалинлашади, акантоз, гиперкератоз кузатилади (расм № 57).



Расм № 57

Донадор қа бир текисда қалинлағцмайди, яъни гипергранулёзли дона, қават нормал қалинликдаги донадор қават билан кетма-кетлади. Дерманинг устки қаватида папилломатоз, асосан лим цитлардан ташкил топган инфильтрат кузатилади.

Диагнози. Қизил ясси темиратки рўйирост намоён бўганида диагноз қўйиш қийин эмас. Бунда ясси, полигонал ўрт киндиксимон ботиқ пушти-бинафша тугунчаларга, уларни жойланишига ва Кебнернинг изоморф реакциясига аҳамият риш талаб этилади. Тошмалар жинсий аъзоларнинг

шилJ қаватларида бўлса, уни захм билан таққослаш керак. Захи текширганда қонни серореакциясиниТШлиш, пилчираган туг лардан оқ трепонемаларни излаш, касаллик анамнезини йиг муҳим, Қизил ясси темиратки тугунчаси устида Уикҳем т; борлиги, атрофиянинг йўқлиги, уни эритематоздан ажратиб ради.

Давоси. Биринчи навбатда касалликни келтириб чиқар чи омилларни бартараф этиш, инфекция ўчоқларини санація қилиш лозим. Касаллик ўткир кечганида антибиотиклар (тет Цикликлин каторидан - тетрациклин, хлортетрациклин 1.000 000 дан 10 кун), кальций тузлари эритмаси, натрий гипосульфит инъекция ҳолида тавсия этилади. Тинчлантириш мақсадида бром препаратлари, транквилизаторлар буюрилади. Витам лар (РР, В₆, В₁₂), антигистамин дориларни қўллаш давол самарасини оширади. Касаллик клиник жиҳатдан оғиррок к ганида стероидли гормонлар тавсия қилинади, уларнинг миқдори 30 мг дан 100 мг гача бўлиши мумкин. Сурункали қизил си темираткини даволашда делагил, резохин, хингамин препаратлари, стероидли гормонал воситалар билан бирга қўлланилади. Беморни гипноз ва электр таъсир эттириш йўли билан ухлатиб даволаш, бўйнидаги симпатик тугунларни диатермия, паравертебрал блокада қилиш, бел соҳасида индук-тотермия ўтказиш ҳам яхши натижа беради. Баъзан эса ПУВА-терапия тавсия этилади.

Маҳаллий даво ментол ва карбол спирти, глюкокортикоидли малҳамлардан иборат. Қасалликнинг гипертрофик турида тошмаларни диатермокоагуляция қилиш, СО₂, суюқ азот билан куйдириш, улар атрофидан гидрокортизон эмульсияси ёки стероидли гормон эритмалари билан инъекция қилиш тавсия этилади. Қасалликнинг ремиссия даврида беморга санатория (Кисловодск, Есентуки, Чимён, Чортоқ, Кизил тепа, Олти арик) ва курортларда даволаниш буюрилади.

БОБ 4. ТЕРИНИНГ БИРИКТИУВЧИ ТЎҚИМА КАСАЛЛИКЛАРИ

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

Тери касалликлари ичида бириктирувчи тўқиманинг диффуз зарарланиши билан кечадиган хасталиклар алоҳида ўрин эгаллайди. Чунки бу касалликлар ўзларининг кечиши, асоратлари ва бир вақтнинг ўзида ички аъзоларни ҳам зарарлаши билан бошқа тери касалликларидан ажралиб туради. Иккинчи томондан, бу касалликларни талабалар дерматовенерология курсидагина ўрганиб қолмасдан, яна терапия, педиатрия каби кафедраларда ҳам ўрганадилар. Шунинг учун дерматовенерология курсида талабалардан асосан ушбу касалликлар туфайли терида келиб чиқадиган ўзгаришларни пухта ўрганиб, ўзлаштириши тақозо этилади. Дерматовенерология фанидан ўзбек тилида чоп этилган дарсликларда ушбу мавзулар қисқача баён этилганини ҳисобга олиб, талабалар учун қулайлик туғдириш мақсадида ушбу ўқув-услубий қўлланмани ёзишга зарурат сездик.

Бириктирувчи тўқима касалликлари ҳақидаги таълимотнинг асосчилари бўлиб Klemperer P., Pollack A. ва Ваehr G. (1941й.) каби олимлар ҳисобланишади. Улар клиник-морфологик ўзгаришлари жиҳатидан ўхшаш бўлган, бириктирувчи тўқималарнинг зарарланиши билан кечадиган касалликларни бирлаштириб, “Коллагенозлар” деган атамани киритдилар. Ушбу гуруҳга ревматизм, ревматоидли артрит, системали қизил югурик, склеродермия, дерматомиозит ва тугунли периартериит касалликлари киритилган эди. Бу касалликлар учун бириктирувчи тўқиманинг диффуз зарарланиши хос бўлиб, бу зарарланиш фибриноидли дегенерация, мукоидли шиш, асосий оралиқ модданинг гомогенлашуви, бириктирувчи тўқимани

ташкил қилувчи компонентларнинг (коллаген, аргирофил ва эластик толаларнинг) дезорганизацияси билан кечар эди. Кейинги олиб борилган изланишлар ва тадқиқотлар ушбу патология ҳақидаги билимларни ва маълумотларни янада чуқурлаштирди ва бу касалликларнинг ҳар бири алоҳида ўрганишга лойиқ эканлигини кўрсатди. Дерматологлар учун бу гуруҳдаги касалликлар ичида қизил югурик, склеродермия ва дерматомиозит аҳамиятлидир.

Коллагенозларнинг синифланиши

- Коллагенозларга қуйидаги касалликлар киради:

1. Қизил югурик
2. Склеродермия
3. Дерматомиозит
4. Ревматоидли полиартрит
5. Тугунчали периартериит

ҚИЗИЛ ЮГУРИК

(СИНОНИМЛАРИ: ЭРИТЕМАТОЗ, ЧАНДИҚЛАНУВЧИ ЭРИТЕМАТОЗ)

Қизил югурик- этиологияси ноаниқ бўлган, патогенези мураккаб касаллик бўлиб, клиник аломатларининг ҳилма-ҳиллиги билан ажралиб туради. Ушбу касаллик аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ кузатилади, қуёш нурларига сезувчанлиги ўта юқори бўлиб, тошмалар кўпинча терининг қуёш нуридан ҳимоя қилинмаган очик жойларида учрайди.

Касалликни биринчи мартаба Р. Rayer 1827 йили “flux sebace” номи билан баён қилган. 1851 йили А. Cazenave “қизил югурик” ибораси билан аташни таклиф қилди. Кўпчилик олимлар бу номни касалликни тўғри ифода этаолмайди деб ҳисоблайдилар, шунинг учун А.И. Картамишев (1952) ва Ю.К. Скрипкин (1972) бу касалликни “эритематоз” деб аташни таклиф қилганлар. 1972 йили М. Кароси, бу касалликнинг оғир кечувчи, ўткир (системали) шаклини баён қилди, натижада касаллик жараёни кечиши бўйича икки хил типда – ўткир ва сурункали эканлиги маълум бўлди.

Касаллик барча мамлакатларда учрайди, умумий тери касалликларининг 1,5-1,8% ни ташкил қилади, аммо охириги пайтларда касалликнинг, айниқса унинг ўткир шаклининг кўпайиши кузатилмоқда. Россиянинг айрим ҳудудларида системали қизил югурик касаллиги 100000 аҳолига 7,5 бемор нисбатида учраса (Лесик О.М.,1992), АҚШда 500 аёлдан 1таси ва 5000 эркакдан 1 таси қизил югуриikka чалинган (D.L. Tuffanelli, 1981).

Этиологияси ва патогенези

Ҳозирги кунга қадар касалликнинг этиологияси ва патогенези ноаниқлигича қолмоқда. Дастлабки пайтларда олға сурилган, стрептокок, сил таёқчаси, стафилокок каби микроорганизмлар томонидан чақирилади деган қарашлар ҳозирги кунда фақат тарихий маълумот сифатидагина инобатга олинади. Кейинча, М. Favre 1935 йили дерматологларнинг 9- Ҳалқаро конгрессида қизил югурикнинг вируслар томонидан чақирилиши концепциясини олға сурди. Касалликнинг вирусли этиологияси фойдасига қуйидагилар гувоҳлик берадилар:

- ўзида ДНК тутувчи герпес ва Эпстайн-Барр вирусларига ва РНК тутувчи қизамиқ миксовируси, қизилча, парагрипп вирусларига нисбатан циркуляция қилувчи антитаначалар мавжудлиги (Алекберова З.С. ва бошқалар 1980,Тареева И.Е. ва бошқалар 1978, Филимонова Р.Г. ва бошқалар 1982, Laitinen O. Et.al.1972, Ferlitsch A. et. al.1978);
- вируслар репликациясида ҳосил бўлувчи икки спиралли РНКга нисбатан антитаначаларнинг аниқланиши (Насонова ва бошқалар 1972; Wollina U. 1984).
- Қизил югурик касаллигини интерферон билан даволагандаги самарадорлик ва вирусларга қарши антитаначалар титрининг камайиши (Демин А.А. ва юошқалар 1974; Койчев К 1982; Hooks J.J. 1980).

- Вирусли касаллик эканлиги исботланган алеут норкалари ва янги зеландия сичқонларидаги касалликларни моделлаштириш (Tuffanelli D.S. 1972).

Электрон микроскоп остида текширишлар касалликнинг вируслар томонидан чақирилиши ҳақидаги гипотезани айтарли даражада мустаҳкамлади. Системали қизил югурик касаллиги билан оғриган беморлар буйраги коптокчаларини эндотелиал хужайраларидан микротубуляр киритмалар ажратиб олинди. Бу киритмалар парамиксовирусларнинг РНК структураларига ўхшаш эди. Кейинча шундай киритмаларни беморлар терисидан, мускуллардан синовиал пардалардан ҳам ажратиб олинди. Қизил югурикнинг ривожланишида вирусларнинг ролини вирус геномини хужайра геномига интеграция қилиши билан изоҳлайдилар. Натижада, вирусга хос маҳсус оқсиллар, шу жумладан антигенлар ишлаб чиқилади. Бу антигенларга нисбатан бир томондан антитаначалар ишлаб чиқилса, иккинчи томондан шу антигенларни ишлаб чиқараётган хужайраларни иммун компетентли хужайраларининг нишонига айлантиради. Аммо келтирилган аргументларнинг залворлигига қарамасдан, тўқималардан вирусни ажратиб олишга уринишлар самарасиз яқунланди. J.H. Klippel ва бошқалар 1975 йили тубулоретикуляр киритмаларни цитохимиявий ва автордиографик усулларда текшириб, уларнинг таркибида фосфолипидлар ва гликопротеинлар борлигини, вируслар учун хос бўлган нуклеопротеинлар йўқлигини аниқладилар.

Ҳозирги замонавий тушунчалар бўйича қизил югурикнинг патогенези мураккаб бўлиб, унда иммун, генетик, метаболик, нейроэндокрин ва экзоген омиллар иштирок этадилар. Касалликни кўзгатувчи сифатида ҳар-хил омиллар иштирок этиши мумкин: В-хужайраларни фаоллаштирувчи омиллар, шу жумладан инфекциялар, вирусемия натижасида модификацияга учраган лимфоцитар антигенлар, нуклеар антигенлар, экзоген (куёш нурлари ва УВ нурлар) ҳамда эндоген (дори моддалари) таъсирлар. Системали қизил югурик иммун гомеостазнинг кенг доирадаги бузилишлари билан

характерланувчи аутоиммун касалликларнинг классик намунаси деб эътироф этилган (Насонова В.А. 1972; Сперанский А.И. 1980; Петров Р.В. 1982; Sonnichen N.,1985). Иммунологик концепция 1932 йили Gross L. томонидан системали қизил югуриқдан вафот этган беморнинг юраги клапанларидан ядро материалларидан иборат бўлган гематоксилин таначалари топилган вақтдан бошланган. Иммунологик концепциянинг ривожланишида М.М. Hargraves ва бошқалар томонидан 1948 йили ўткир қизил югуриқ билан оғриган беморнинг кўмик илигидан LE-феномен деб аталган ўзига хос нуклеофагоцитознинг очилиши муҳим давр бўлди. Нуклеофагоцитоз натижасида ҳосил бўлган хужайраларни LE-хужайралари деб атадилар. 1949 йили бу нарса Sundberg R.D., Lick N.B. томонидан периферик қонда ҳам топилди, кейинчалик эса сийдикда, суртма-изларда, пуфак суюқликларида, бўғимлар, плевра ва перикард суюқликларида ҳам аниқланди. 1949 йили Haserick J.R., Bortz D.W. LE-хужайраларининг пайдо бўлиши алоҳида , ядрога қарши бўлган, LE-омили деб аталган оксил моддага боғлиқ эканлигини аниқладилар. Бу оксил модда иммуноглобулин бўлиб, чўкиш константаси 19Sга тенг бўлган IgG синфига мансуб, ва нуклеопротеидга қарши антитанача ҳисобланади. Ушбу модда (антинуклеар омил) лимфоцитларга ва бошқа лейкоцитларга кириб, уларнинг ядросига ёпишиб олади (фиксацияланади), нуклеопротеидлар билан алоқага киришиб, ДНКнинг фосфат гуруҳларини тўсади, ва уни гистон билан бирикмасидан сиқиб чиқаради (1-босқич). Парчаланган ядро моддаси деполимеризацияланган гомоген қолдиқ сифатида қон оқимида чиқади, уни бу ерда нейтрофил лейкоцитлар ўраб олади ва фагоцитоз қилади (2-босқич ёки “розетка ҳосил қилиш босқичи”). Фагоцитоз қилган хужайранинг (кўпинча нейтрофил лейкоцит, баъзан эса моноцит ёки эозинофил) ўлчами катталашади, ядроси периферияга сурилади, хужайранинг асосий қисмини гомоген, деполимеризацияга учраган ядро субстанцияси эгаллаб олади; бу 3-босқич, яъни қизил югуриқ хужайрасининг (LE-хужайраси) ҳосил бўлиш босқичи. Табиий шароитларда, иммунологик жараёнлар одатдагидек

меъёрида кечганда, нуклеофагоцитоз химоя реакцияси сифатида рўй беради; бундай холларда Тарта хужайралари ёки псевдо- LE-хужайралари ҳосил бўлади, улар фагоцитоз қилинган ядро субстанциясининг тузилиши сақланиб қолганлиги билан фарқланадилар (ҳақиқий LE-хужайраларида ядро структураси бутунлай парчаланган бўлади). Қизил югурик хужайралари ва ядрога қарши антитаначалар кўпинча системали қизил югурикда топилади. Бухужайраларнинг ушбу касаллик учун ҳослиги нисбийдир, чунки бу хужайралар баъзан токсикодермияда, Дюрингнинг герпессимон дерматозидида ҳам топилган. Кейинчалик қонда унинг шаклли элементларига қарши (антиэритроцитар, антитромбоцитар, антилейкоцитар), шунингдек қоннинг ивйтиш тизимига қарши (антипротромбин, антитромбопластин), томирлар эндотелиялари ва ҳар-хил тўқималарга қарши (лизосомага, рибосомага, цитоплазмага, лимфоцитлар мембранасига, липопротеидларга) комплекс аутоантитаначалар топилди. Ядрога ва унинг компонентларига – LE-феноменини келтириб чиқарувчи нуклеопротеидгагина эмас, балки, ДНКга ҳамда нуклеогистонга қарши антитаначаларнинг аниқланиши энг катта аҳамиятга эга. ДНК фрагментларининг қисман кардиолипинга ўхшашлиги, системали қизил югурикда Вассерман реакциясининг ёлғон-мусбат натижа беришига сабаб бўлади. Ўткир қизил югурикда қарийб доим лейкоцитларда, терида ва бошқа тўқималарда иммун шулаланиш реакцияси ёрдамида антинуклеар омилнинг топилиши, бу усулни ушбу касалликка гумон қилинганда скрининг-тест сифатида қабул қилишга асос бўлади. Терида эса, дерма ва эпидермис чегарасида, тошмалар бор соҳада ҳам, соғлом кўринган соҳада ҳам фиксацияланган IgG ёки IgM ва комплемент чўкмалари аниқланади (Тареев И.Е.,1973; Соловьев С.К.,1981; Tuffanelli D.L. 1969; Grausz H. et. al.1970; Provost T.T. 1981; Gammon W.R. et.al.,1983; Knopf B.,1984). Hallerg P. ва бошқалар (1982) иммун шулаланиш реакциясидан системали қизил югурикнинг фаоллигини баҳолашда фойдаланишни тавсия қиладилар. Касалликнинг тери шаклида иммуноглобулин чўкмалари ва антинуклеар омиллар фақат теридаги касаллик ўчоғидагина аниқланади,

системали қизил югуриқда эса, касаллик ўчоғида ҳам, соғлом тери соҳасида ҳам аниқланади. (Каламқарян А.А. ва бошқалар,1977; Трофимова Л.Я. ва бошқалар,1977; Tuffanelli D.L. 1968, Knopf B, Koch H.J, 1976. Антинуклеар антитаначаларнинг патогенетик аҳамиятини уларни циркуляция қилувчи иммун комплексларидан (ЦИК) топилиши ҳам тасдиқлайди. Қизил югуриқ клиникасининг хилма-хиллиги ЦИКни ҳар хил тўқималар ва аъзоларда, шунингдек терида чўкиши билан изоҳланади. Тери ва буйракнинг системали қизил югуриқда кўплаб зарарланишини ДНКнинг ушбу тўқималарнинг коллаген таркиби билан бир хиллиги оқибати деб изоҳлайдилар. Lee L.A. ва ҳаммуаллифлари (1985) терида ўзига хос антиген аниқладилар ва қонда унга қарши антитаначалар топдилар. Бу маҳсулотлар терида, дермо-эпидермал зонада иммун комплекслар ҳосил қиладилар. Ультрабинафша нурлар бу жараённи кучайтиради. ЦИК эритематознинг тери шаклида ҳам топилади (Шапошников О.К. ва бошқалар,1982; Главинская Т.А. ва бошқалар 1985; Nagy E. Et al.,1982; Yoshima S.,1984).Қизил югуриқда В-хужайраларнинг бирламчи фаоллигининг ортиши ва лимфоцитлар ҳамда моноцитларнинг супрессорлик функциясининг пасайиши кузатилади. Иммунитетнинг хужайра звеноси ҳолати қизил югуриқда гуморал иммунитетга нисбатан кам ўрганилган. Қизил югуриқда фитогемагглютининга жавобан Т-лимфоцитларнинг бласттрансформация реакцияси пасайиб кетиши, В-хужайраларнинг поликлонал фаоллашуви, хелперлар/супрессорлар нисбатининг ортиб кетиши, табиий киллерларнинг фаоллигида камчиликлар аниқланган (Резникова Л.С. ва бошқалар, 1976; Траянова Т.Г.1977; Wandel A.G. et al,1984; Wollina U.,1983).

Қизил югуриқка мойиллик ирсий берилиши ҳақида ҳам маълумотлар бор.(Gawkrodger D.J.,Beveridge G.W.,1984). Қизил югуриқнинг иммуногенетик характердаги касаллик эканлиги ҳақидаги маълумотлар энг ишончлидир. Касалликка мойиллик борлигини белгиловчи генларнинг жойи 6-хромосомаларнинг қисқа елкасида, HLA ва D/DR локуслари орасида деб

ҳисобланади, яъни иммун жавобларига масъул генлар жойлашган соҳада (Беневоленская Л.И.,1986).

Қизил югурик патогенезида нейрогормонал регуляция ҳолати муҳим аҳамиятга эга. Буни касалликнинг аёлларда кўпроқ учраши, ҳомиладорликнинг, туғишнинг, абортларнинг, гормонал контрацептивларнинг касалликни қўзғатувчи таъсир этиши, беморларда кўпинча учрайдиган менструациянинг бузилиши, гиперэстрогениянинг мавжудлиги, эстрогенлар фракцияларининг нисбатини бузилиши кабилар ҳам тасдиқлайди (Шардина Л.А. ва бошқалар,1983; Inman R.D. et al,1982; Miller M.H. et al 1983). Гипоталамус-гипофиз-буйрак усти безлари тизими функциясининг бузилиши глюкокортикоидлар, минералокортикоидлар кўрсаткичларининг пасайишида, уларнинг заҳиралари камайишида намоён бўлади. Қарийб доимо асаб тизимида ўзгаришлар кузатилади. Касалликнинг аввалги босқичларида қўзғалиш жараёни устивор бўлади; кейин эса аста-секин тормозланиш жараёни кучайиб боради ва асаб тизими жараёнининг заҳиралари пасаяди, бу эса ҳар хил руҳий ҳолатларда (психозлар, тутқаноқ, менингит ва ҳ.к.) намоён бўлади.

Синфланиши.

Барча томонидан эътироф этилган ягона классификацияси йўқ. Дерматология амалиётида касалликнинг қандай кечишига асосланган вуйидаги 3 шакли фарқ қилинади:

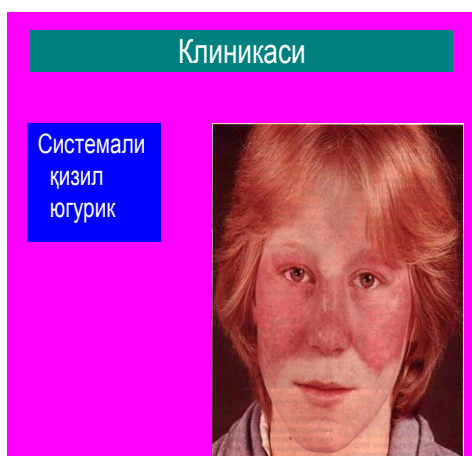
- 1.Сурункали қизил югурик. Қизил югурикнинг бу шаклининг ўз навбатида қуйидаги клиник турлари фарқланади: а) дисксимон тури; б) Биетнинг марказдан қочувчи эритемаси; в) диссеминацияланган (тарқоқ) тури; г) Капоши –Иргангнинг чуқур турдаги қизил югуриги.
2. Ним ўткир (ўткир ости) қизил югуриги
3. Ўткир ёки системали қизил югурик.

Кўпчилик муаллифлар сурункали қизил югурикнинг системали турига ўтиши мумкинлигини эътироф этадилар (Смелев Н.С. ва муал.,1961й.;Соловьева Л.С., Рохлина Э.Л.,1963й.; Beck J.,Rowell N.R.

1966; Fenske N.A., Millns J.L.1981;). Дисксимон клиник туридан системали қизил югуриқнинг ривожланиши касаллик бошлангандан бир неча йиллар ўтгач (Л.И. Несговорова ва муаллифлари бўйича 23 йилгача), баъзан эса узоқ вақт давом этган ремиссия давридан сўнг рўй бериши ҳам мумкин.

СУРУНКАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИҚ

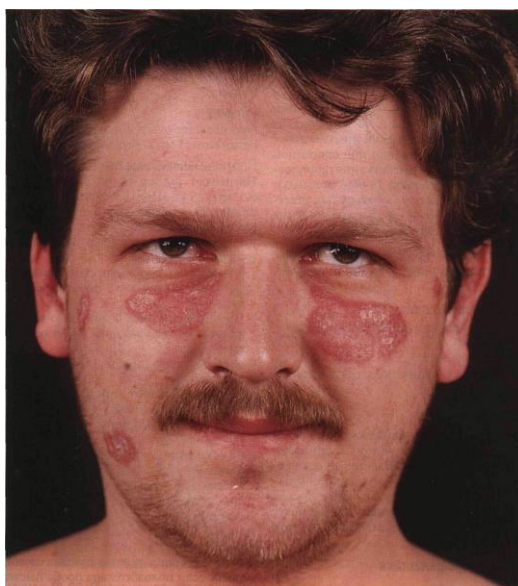
Юқорида кўрсатиб ўтганимиздек, сурункали қизил югуриқнинг дисксимон, диссеминацияланган (расмлар № 58,59), Биетнинг марказдан қочувчи эритемаси, Капоши-Иргангнинг чуқур турдаги қизил югуриги тафовут қилинади. Буларнинг ичида энг кўп учрайдигани дисксимон турдаги қизил югуриқдир.



Расмлар № 58,59

Дисксимон қизил югуриқ. Бу турдаги қизил югуриқ касалликнинг энг кўп тарқалган тури бўлиб, кўпинча ёш аёлларда (эркакларга нисбатан икки баробар кўп) учрайди. Касаллик жараёни баҳор ва ёз ойларида қуёш нурларининг таъсири кучайган пайтда ривожланади. Жараён кўпинча бурунда, лабнинг қизил ҳошиясида, оғиз бўшлиғида, баданда, қўл ва оёқлар соҳасида жойлашади. Аммо энг кўп учрайдиган соҳаси, юзнинг бўртиб чиқиб турган жойи –яъни яноқлар, бурун, пешона ва ияк (пастки жағ) ҳисобланади. Касаллик жараёни босқичма-босқич кечади. 1-босқич- эритематоз босқичи бўлиб, бунда чегаралари аниқ бўлган 1-2та майда эритема доғлари пайдо бўлади. Дастлаб доғ бироз шишинқираган бўлади, кейинчалик эса у соҳада инфильтрация ривожланади, доғнинг ранги пушти, баъзан эса гилос ранги

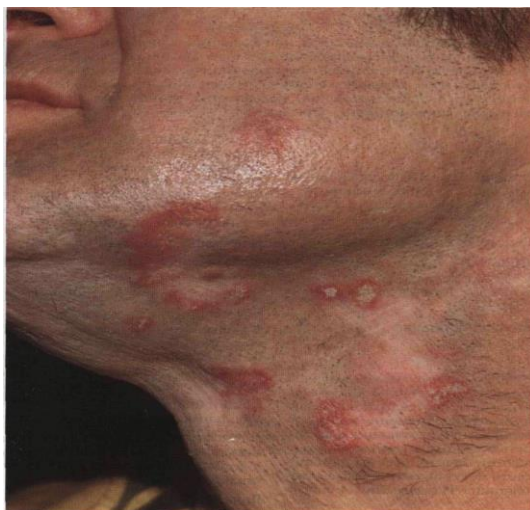
каби қизил бўлади, марказида телеангиэктазиялар кузатилади. Эритема доғлари аста-секин периферияга қараб ўсиб катталашади, бир бирлари билан қўшилиб кетадилар, юзасида бироз қипиқланиш кузатилади. Жараён кучайиб боргани сари касаллик ўчоғи кенгайиб, юз ва бурун соҳаларини қамраб олади ва капалакни эслатадиган манзара касб этади, эритематоз-инфильтрацияланган пилакчаларга айланади. Уларнинг юзаси териға маҳкам ёпишган майда қипиқлар (тангачалар) билан қопланган, бу касалликнинг 2-босқичи, яъни гиперкератоз-инфильтратив босқичидир (расм № 60).



Расм № 60. Кизил югурик (дискоид тури)

Қипиқларни кўчириб чиқариш осон эмас, агар уларни куч билан тортиб чиқарилса, оғриқ туфайли бемор врач кўлини туртиб (итариб) юборади ва бошини орқага ташлайди –бу Бенъе-Мешерский симптоми деб аталади. Юлиб олинган қипиқнинг териға ёпишган томонида тикансимон ўсимта кўзга ташланади, буни “аёллар пошнаси” симптоми дейилади, терининг тикансимон ўсимта ёпишган ўрнида эса соч фолликуласининг ёки ёғ безининг кенгайган оғзи кўзга ташланади (фолликуляр гиперкератоз). 3-босқичда касаллик ўчоғининг марказий қисмида тери юпқалашиб, атрофияга учрайди, шунинг учун атрофия босқичи деб юритилади. Касаллик ўчоғидаги тери юпқалашган, депигментацияга учраган, юзасида кўплаб телеангиэктазиялар кузатилади. Дисксимон пилакчалар атрофида касалликнинг иккинчи даражали белгилари – телеангиэктазиялар,

гиперпигментация ва депигментация ўчоғлари кузатилади. Касалликнинг ушбу босқичида дисксимон қизил югурик клиникаси учун хос бўлган ҳамма зоналар аниқ билинади: марказда – атрофия, оралик зонада гиперкератоз ва инфильтрация, периферияда гиперпигментация. Дисксимон қизил югурикнинг энг кўп жойлашадиган соҳаси бурун ва яноқлар териси бўлиб, касаллик ўчоғи бундай жойлашганда капалакни эслатади. Бурунда ва қулоқ супраларининг учки қисмида жойлашса, кенгайган фолликулалар оғзида гиперкератоз ва қипиқланиш кузатилганлиги сабабли, эритема, инфильтрация асносида комедонлар кўзга ташланади, буни Хачатуриянинг “ангушвона” симптоми деб аталади. Асосий клиник аломатларининг (белгиларининг) ўзига хослигига қараб дисксимон қизил югурикнинг бир неча клиник вариантлари ажратилади. Касаллик ўчоғида кучли пигментация кузатилса (тўқ жигаррангдан тортиб то кўнғир ранггача) пигментли қизил югурик дейилади. Баъзи муаллифлар фикрича пигментли қизил югурикда касалликнинг натижаси бошқа шаклларига нисбатан анча яхшидир, яъни даволанганда самара яхши натижа беради, ремиссия узокроқ давом этади, қайталаниш камроқ кузатилади ва енгилроқ ўтади (расм № 61).



Расм № 61. Қизил югурик (дискоид тури)

Касалликнинг гиперкератотик шаклида гиперкератозли касаллик ўчоғлари юзасида гипс ёки бўр сепиб қўйилган каби майда қипиқлар кузатилади. Дисксимон қизил югурикнинг веррукоз шаклида гиперкератоз билан бирга дерманинг сўрғичсимон қаватининг ўсиб кетиши кузатилади, шунинг учун

сўгални эслатувчи манзара ҳосил қилади. Бурун ва кулоқ супраси соҳасида шишинқираган, кўкимтир рангли, қипиқлари кам бўлган пилакчалар ҳосил бўлса, ўсмасимон қизил югурик дейилади. Терининг себореяли соҳаларида жойлашса, фолликулаларнинг кенгайган оғзида сарғимтир-кул рангли, ёғли қипиқлар йиғилиб қолади, буни себореяли қизил югурик дейилади. Бундай шаклида кулоқ супраларидаги фолликулаларда жойлашган ёғли қипиқлар кирланиб, тўқ рангли пробкалар (комедонлар) ҳосил қилади (Хачатуряннинг “ангушвона” симптоми). Бурун қанотларида ва кулоқ супраларида атрофия кучли ривожланса, тўқималарнинг сўрилиб кетиши кузатилади, натижада улар кичрайдиган ва ўткирлашади, буни мутиляцияловчи қизил югурик дейилади. Қизил югурикнинг касаллик ўчоғи бошнинг сочи қисмида жойлашса, бошланғич даврида себореяли экземани эслатиб юборади, аммо ундан куруқ, терига жуда маҳкам ёпишган қипиқлар борлиги билан фарқ қилади. Кейинги босқичларда эса атрофик чандиқ ҳисобига касаллик ўчоғида турғун алопеция пайдо бўлади. Жуда кам ҳолларда қизил югурикнинг буллез шакли учрайди, бунда касаллик ўчоғида (ёки ўзгармаган терида) пуфаклар ёки пуфакчалар пайдо бўлади.

Лабнинг қизил ҳошияси сурункали қизил югурик энг кўп жойлашадиган соҳалардан биридир, кам ҳолларда жараён оғиз шиллиқ пардасини ҳам зарарлайди. Л.Н.Машкиллейсон (1973) бўйича сурункали қизил югурикда пастки лаб қизил ҳошиясининг касалликка чалиниши 9%, юқори лабники эса 4,8% ҳолларда учрайди, оғиз шиллиқ пардасининг зарарланиши эса 2,2% ни ташкил қилади. G.Shklar, P.L.McCarthy (1978) бўйича эса оғиз шиллиқ пардасининг зарарланиши 25% ни ташкил этади.

Клиник манзараси. Т.Н. Антонова лабнинг қизил ҳошиясида жойлашган сурункали қизил югурикнинг 4та шаклини ажратади: 1) типик; 2) атрофия клиник жиҳатдан ривожланмаган шакли; 3) эрозив-ярали; 4) Капоши-Иргангнинг чуқур шакли. Оғиз шиллиқ пардаси зарарланганда типик, экссудатив-гиперемик ва эрозив-ярали шакллари фарқланади. Қизил югурикнинг бу клиник шакллари биридан бошқасига трансформация қилиши

мумкин. Лабнинг қизил ҳошиясида жойлашган қизил югурикнинг типик шаклида касаллик ўчоғи лабнинг қизил ҳошиясини бутунлай қамраб олган диффуз ҳолда ёки чекланган ўчоғ ҳолида учраши мумкин. Касаллик ўчоғи тўқ-қизил рангда, бироз инфильтрацияга учраган, остига қаттиқ ёпишган оқиш-кул ранг қипиқлар билан қопланган. Уларнинг перифериясида ҳиралашган эпителийнинг нотекис кўринишдаги оқиш рангли чизиксимон ҳошияси кузатилади. Касаллик чекланган соҳада бўлса, битта-иккита инфильтрацияланган ўчоғлар кузатилади, баъзан улар бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар. Ўчоғнинг марказида атрофия кузатилади, аммо атрофия теридагига нисбатан кучсиз ривожланган бўлади. Баъзан гиперкератоз кузатилади.

Атрофия клиник жиҳатдан ривожланмаган шакли учун эритема ва озроқ гиперкератоз ҳосдир. Жараён кўпинча диффуз характерда бўлади. Лаб димиққансимон гиперемияга учраган, қипиқланади. Қипиқлар кириб кўрилганда, юпқа пластинкачалар шаклида қисман осон кўчиб тушадилар. Айрим жойларда бироз инфильтрация кузатилади, кам ҳолларда телеангиэктазиялар учрайди, улар ҳисобига лаб “ола-була” кўринади.

Эрозив-яралли шакли учун яхши ривожланган яллиғланиш ҳос бўлиб, шу аснода эрозиялар, ёриқлар, яралар ҳосил бўлади, уларнинг юзаси сероз ва сероз-геморрагик қалоқлар билан қопланган бўлади. Эрозиялар асосида кўпинча инфильтрациялар кузатилади, ўчоқдан периферияда эса қипиқлар кўринишидаги гиперкератоз ва атрофия аниқланади. Касалликнинг бу шакли учун овқатланганда кучаядиган оғриқ, ачишиш ҳосдир. Лабда жойлашган қизил югурик баъзан иккиламчи гландуляр хейлит билан асоратланади.

Кам учрайдиган чуқур шакли эса лабда жойлашган тугунсимон элемент (ҳосила) кўринишида бўлади.

Лабнинг қизил югуриги учун характерли бўлган нарса, касаллик ўчоғига Вуд лампаси нури тушириб кўрилса, қорсимон-феруза рангида товланиш беришидир.

Қизил югурикнинг типик шакли оғиз шиллик пардасида жойлашса, бир нечта чекланган яллиғланган, бироз инфильтрацияга учраган касаллик касаллик ўчоғи пайдо бўлади, уларнинг қирғоқлари бироз кўтарилиб туради, маркази эса атрофия ҳисобига бироз пасайган бўлади. Унинг перифериясида оқ нозик чизик кўринишидаги мугузланиш кузатилади. Баъзан бундай мугузланиш касаллик ўчоғининг барча соҳасини қамраб олади. Айрим ҳолларда касаллик ўчоғида кучли гиперкератоз кузатилади, унинг атрофида оқиш-перламутсимон соҳа бўлиб, бу қизил ясси темирлатки манзарасини эслатиб юборади.

Эксудатив-гиперемик шаклида ёрқин гиперемия, кучли шиш ва бироз гиперкератоз кузатилади.

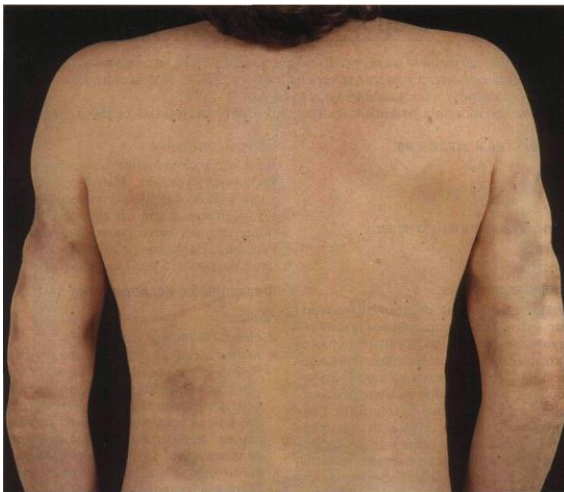
Эрозив-яралли шаклида бир нечта оғриқ чақирувчи эрозия 1ки яра пайдо бўлади, улар кучли фибриноз қараш билан қопланган бўлади. Эрозия атрофида эритема асносида марказдан радиар равишда тарқалувчи оқ рангли ингичка чизиклар кузатилади. Касаллик перифериясида мугузланиш кучаяди, баъзан бироз кўтарилиб турувчи кератотик бордюр бўлиб, у бир-бирларига яқин, ёпишиб жойлашган нуқталар ва чизиклардан ташкил топгандир.

Биетнинг марказдан қочувчи эритемаси –кам учрайдиган шаклларида биридир. И.И. Лелис 5,2% беморлада кузатган бўлса, Л.Н. Машкиллейсон 11% беморларда кузатган. Қизил югурикнинг бу шаклида касаллик ўчоғлари юзнинг марказий қисмида жойлашади, бурун ва ёноқларни симметрик равишда қамраб олади ва капалакни эслатади. Бироз шиш кузатилади ва баъзан тўқ қизил, айрим ҳолларда эса, оч, пушти-қизил рангли эритема доғлари пайдо бўлади. Эритема доғи марказдан атрофга қараб кенгайиб боради, шунинг учун у думалоқ шаклга эга бўлиши мумкин, эритема доғининг чегаралари аниқ, кўпинча у ерда майда геморрагиялар (қон қуйилишлари) кузатилади, субъектив ҳиссиётлар йўқ. Атрофия ва гиперкератоз кузатилмайди. Баъзан касаллик ўчоғи асимметрик бўлиши мумкин, пешона ва чакка соҳаларида кўпинча асимметрик учрайди.

Касалликнинг ушбу шакли системали қизил югуриikka ўтиб кетиши мумкин, ёки унинг дастлабки белгиси сифатида намоён бўлади.

Капоши-Иргангнинг чуқур қизил югуриги (синонимлари: волчанка панникулити, люпус-панникулит)кам учрайдиган клиник шаклларига киради. Бу турдаги қизил югурикда типик дисксимон ўчоғлар билан бир вақтда ёки мустақил равишда тери ости ёғ клетчаткасида битта ёки бир нечта қаттиқ консистенцияли ва ҳаракатчан тугунлар пайдо бўлади. Уларнинг устидаги терининг ранги дастлаб ўзгармаган, кейинча эса кўкимтир-қизил тус олади, кепакланиш кузатилмайди. Касаллик ўчоғида субъектив ҳиссиётлар йўқ, баъзан эса бироз қичишиш, парестезия ёки ачишиш кузатилади. Энг кўп жойлашадиган сохалари: юзда, бошнинг сочли қисмида, кўкрак безларида, елка камарида, сонларда, думба сохасида. Чуқур жойлашган тугунлардан ташқари баъзан чуқур ясси инфилтратлар ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Тугунлар ёки инфилтратлар сўрилгач, у сохада чуқурликлар қолади. Илгари унча яхши билинмай турган касаллик ўчоғи яққол билиниб туради, чунки чуқурликлар ва кўтарилиб турган сохалар терига нотекис кўриниш беради, айниқса буни қоронғи хонада ёнбошдан нур тушириб кўрилса яхши билинади. Айрим холларда инфилтратлар ва тугунлар ярага айланиши мумкин. Тугунлар устида баъзан типик дисксимон бляшкалар бўлиши мумкин (расм № 62).



Расм № 62. Капоши - Иргангнинг чуқур қизил югуриги

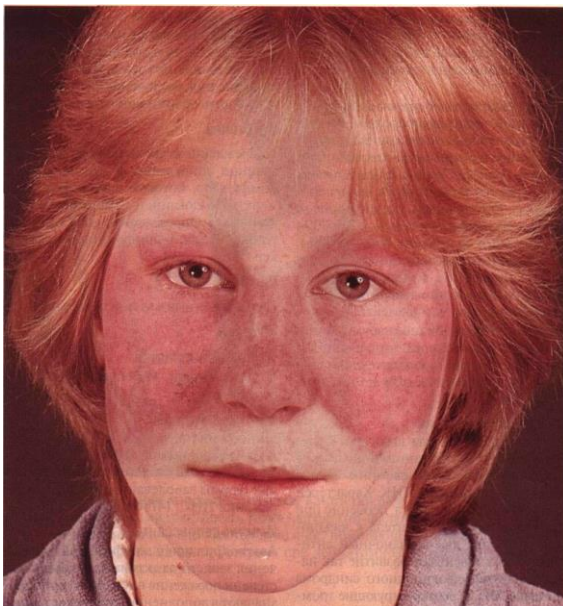
Диссеминацияланган қизил югурик асосан юз соҳасидаги теридан ташқари, бўйин, тирсаклар, кафтлар, кўкрак, бадан ва бошқа соҳалар терисида учрайди. Одатда бу шаклда элементлар дисксимон турдагига нисбатан ўлчамлари кичик бўлиб, кўп миқдорда тошадилар. Қизил югурикнинг бу клиник тури учун ҳам дисксимон туридаги учлик (эритема, инфильтрация ва гиперкератоз, атрофия) хос бўлиб, фақат эритема ўчоғларидаги шиш бироз кучлироқ, элементларнинг ранги ёрқин, инфильтрация камроқ ривожланган бўлади. Қипиқлар бироз майинроқ бўлиб, тиканакли ўсимтаси яхши билинмайди, атрофия кечроқ ривожланади ва юзакироқ бўлади. Кафт ва товонларда васкулитлар ривожланиши мумкин, ундан ташқари яна акроцианоз кузатилиши мумкин. Қизил югурикнинг диссеминацияланган турида беморнинг умумий аҳволи ва лаборатория кўрсаткичлари томонидан ўзгаришлар бошқа турларига нисбатан кўпроқ ва чуқурроқ кузатилади. ЭЧТ ортади, лейкопения, диспротеинемия (α - ва β -глобулинлар миқдорининг ортиши), криоглобулинемия кузатилади, жигарнинг, буйрак усти безларининг, қалқонсимон безнинг функционал фаоллиги пасаяди, иммун тизими бузилади. Экзоген (куёш нурлари, УБН, жароҳатлар, сульфаниламидлар, гидрализин ва бошқалар) ёки эндоген (инфекциялар, ҳомиладорлик, руҳий травмалар) омиллар таъсирида диссеминацияланган қизил югурик дисксимонга қараганда кўпроқ ҳолларда системали қизил югуриikka ўтиб кетади, шунинг учун бу турини ўтувчи шакли дейиш мумкин.

Қизил югурикнинг тери шаклининг асоратлари кам учрайди. Н. Barriere ва муаллифлари бўйича (1981), эритематоз ўчоғларида эпителиома ривожланганлиги ҳақида адабиётларда 204 маълумот бор. Асосан ясси ҳужайрали, камроқ базал ҳужайрали рак юз, бошнинг сочли қисми, кулоқ супралари каби соҳаларда жуда узоқ вақт давом этган касаллик ўчоғларида ривожланади. Ракнинг ривожланишига сабаб бўлувчи омиллар бўлиб инсоляция, нурлар билан даволаш ёки нораціонал, “қитиқловчи” даволаш

ҳисобланади (Потекаев Н.С.,1986; Presser S.E.,Teylor J.R.,1981; Ingler A. et.al. 1983;).

Системали қизил югурик

Системали қизил югурик бирданига (спонтан равишда) ривожланиши ёки сурункали тери шаклидан системалига айланиши мумкин. Бирданига ривожланса *Lupus erithematodes acutus demblee* деб юритилади. Касалликнинг бу тури айниқса ниҳоятда оғир кечади ва бир вақтнинг ўзида юрак-қон томир тизими, буйраклар, ошқозон ичак тизими, нафас олиш тизими аъзоларини зарарлайди. Сурункали қизил югурикни норационал даволаш, стресс омиллари таъсир этиши, ультрабинафша нурлар ёки совуқ таъсирида, гормонал дисфункциялар, инфекциян касалликлар туфайли авж олиб системали қизил югурик шаклига ўтиб кетганда уни *Lupus erithematodes cum exacerbatione acuta* деб юритилади (расм № 63).



Расм № 63. Системали кизил югурик

Кўпгина олимлар системали қизил югурикнинг ўзини ҳам ўткир, ним ўткир (ўткир ости) ва сурункали турларга ажратадилар (Тареев Е.М., Лелис И.И., Потекаева М.А., Насонова В.А., Несговорова Л.И.).

В.А. Насонова жараённинг фаоллигини 3та даражага бўлади. Асосан 16-30 ёшдаги аёллар кўпроқ бу касалликка чалинадилар. Касаллик авж олган

пайтда устивор бўлган патологияга караб касалликнинг тери-бўғимлар, буйрак, юрак-қон томирлар, неврологик, ўпка, ошқозон-ичак, жигар, гематологик турлари фарқ қилинади.

Системали қизил югурик продромал даврдан кейин ёки бирданига ўткир равишда бошланади: тана ҳарорати 39-40 даражагача кўтарилади, кам қувватлик, бош оғриғи безовта қилади, иштаҳа ва уйқу бузилади, мушакларда ва бўғимларда оғриқ, адинамия ривожланади. Беморлар умумий холсизликка, уйқунинг бузилишига, тезда чарчашга, кўп терлашга, кўнгил айланишига шикоят қиладилар, уларда депрессив синдром кузатилади, инжик бўлиб қоладилар, тезда аччиқланадилар. Терида тошмалар пайдо бўлиши энг биринчи ва кўп учрайдиган касаллик аломатларидан ҳисобланади. О.Л. Иванов, В.А. Насонова, А.И. Нестеров, J.R.Haserick кабилар эътироф этишларича, теридаги тошмалар фақат 5,7-15% беморлардагина учрамаслиги мумкин. Юз соҳасида пайдо бўладиган типик эритема доғларидан ташқари, тошмалар бошнинг сочли қисмида, бўйинда, баданда, кўл ва оёқларда пайдо бўлиши мумкин. Доғлардан ташқари яна везикулалар, пуфаклар, торвоқлар ва ҳаттоки пустиулалар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Юзда классик кўринишдаги “капалак”, Биетнинг марказдан қочувчи эритемаси ёки М. Каросі томонидан “erysipelas perstans faciei” деб ном берилган ялин яллиғланиши шаклидаги эритема пайдо бўлиши мумкин (расм № 64).



Расм № 64. Системали қизил югурик

Охирги кўрсатилган шаклдаги тошмалар пайдо бўлганда юзда, айниқса қовоқлар соҳасида кучли шиш кузатилади, кўз тирқиши торайган, тери тўқ-қизил рангда, баъзан унинг юзасида пуфаклар пайдо бўлади, кўплаб эрозиялар ҳосил қилади, бу эрозиялар сероз-йирингли ёки геморрагик қалоқлар билан қопланади. Бадан ва қўл-оёқлар терисида ҳам худди шундай элементлар пайдо бўлиши мумкин. Лаблар шишинқираган, ёриқлар пайдо бўлган, қонли-йирингли қалоқлар билан қопланган. Охирги кўрсатилган шаклдаги тошмалар пайдо бўлганда юзда, айниқса қовоқлар соҳасида кучли шиш кузатилади, кўз тирқиши торайган, тери тўқ-қизил рангда, баъзан унинг юзасида пуфаклар пайдо бўлади, кўплаб эрозиялар ҳосил қилади, бу эрозиялар сероз-йирингли ёки геморрагик қалоқлар билан қопланади. Бадан ва қўл-оёқлар терисида ҳам худди шундай элементлар пайдо бўлиши мумкин. Лаблар шишинқираган, ёриқлар пайдо бўлган, қонли-йирингли қалоқлар билан қопланган.

О.Л. Иванов ва В.А. Насоновалар қон томирга алоқадор бўлган, васкулитли деб аталувчи капалаксимон доғни алоҳида ажратадилар: бу юз соҳасида жойлашган, қуёш нурлари, иссиқ, шамол, совуқ таъсир қилганда ёки ҳаяжонланганда кучайиб кетувчи, доимий бўлмаган, пульсацияловчи тарқоқ ҳолдаги қизариш.

Айрим беморларда тошмалар кўп шаклли эксудатив эритемани эслатади.

Системали қизил югурик учун кафт бармоқларининг охирги фалангаси ички юзасида, тенар ва гипотенар соҳаларида пайдо бўладиган васкулитлар, шунингдек кафтлар, тизза бўғими ва болдирлар соҳасида юзага келадиган акроцианоз хосдир. Баъзан трофик ўзгаришлар келиб чиқади: диффуз алопеция, тирноқларнинг мўртлашуви ва юзасида кўндаланг чизиқлар пайдо бўлиши кузатилади. Оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватларида гиперемия, пуфаклар, қонли-йирингли қалоқлар билан қопланган эрозиялар пайдо бўлади.

Ним ўткир (ўткир ости) қизил югуриқда касалликнинг аломатлари бироз кучсизроқ, температура субфебрилдан юқори кўтарилмайди, теридаги тошмаларда эксудатив компонент қарийб кузатилмайди.

Системали қизил югуриқнинг сурункали кечувчи шакли учун ремиссия даврларининг касалликнинг авж олиш даврлари билан алмашиб туриши хосдир, бунда авж олиш даврида ҳам касалликнинг ўткир яллиғланиш аломатларисиз кечиши кузатилади.

Системали қизил югуриқнинг тери-бўғимлар варианты учун тери жароҳатлари билан бир вақтда доимо бўғимлар патологияси ҳам кузатилади. Одатда кўпинча артралгия кўринишида кечади, баъзан эса артритлар юзага келади. Кўпинча бўғимлар жароҳати аввал, касалликнинг бошқа аломатларидан анча илгари пайдо бўлади, шунинг учун ревматизм деб хато диагноз қўйиш холлари кузатилади. Дастлаб майда бўғимларда оғриқлар пайдо бўлади, кейинчалик йирик бўғимлардаги оғриқлар қўшилади. Ревматоидли артритдан фарқли равишда бўғимлар деформацияси касаллик жуда узоқ вақт давом этсагина қўшилиши мумкин.

Лимфа тугунлари катталашади (лимфоаденопатия). Мускулларнинг зарарланиши (миалгиялар ва миозитлар) бўғимлар патологиясига қўшилиб келадилар ёки мустақил равишда ривожланиши мумкин. Клиник ва морфологик жиҳатдан уларни дерматомиозитдан фарқлаш қийин (расм № 65).



Расм № 65 Системали қизил югуриқ

Касалликнинг энг оғир ва кўпинча ўлимга олиб келувчи варианты буйракларнинг жароҳати билан кечувчи туридир, буни люпус-нефрит деб аталади. Қизил югурик нефрити нефротик синдром билан ёки бундай синдромсиз кечиши ҳам мумкин, баъзан у нефросклероз билан яқунланади. Сийдик анализидида озгина ўзгариш билан кечувчи латент (ноактив) нефрит бўлиши ҳам мумкин, бунда қон босими кўтарилмайди, буйрак етишмовчилиги кузатилмайди. Кечиши сурункали, клиникасида умумий аломатлар: тана ҳароратининг кўтарилиши, тери ва бўғимларнинг зарарланиши устивордир. Системали қизил югурикда буйракларнинг шунингдек юрак-қон томир тизимининг у ёки бу даражадаги патологияси барча беморларда касалликнинг маълум бир босқичида учрайди деб ҳисобланади.

Бундай патологиянинг энг кўп учрайдигани васкулитлар ҳисобланади, қон томирлар деворларининг ўзгаришлари гистологик текшириш натижасида касалликнинг клиник белгилари бўлмаган тақдирда ҳам аниқланади. 14-18% беморларда Рейно синдроми кузатилади, ушбу синдром баъзан касалликнинг бошқа аломатларидан бир неча йил аввал пайдо бўлади. Агар касаллик Рейно синдромидан бошланса, оқибати ўта ёмон ҳисобланади (В.А. Насонова 1984; С.Я. Балабан, Н.К.Еров 1986). Касаллик жараёнига юракнинг барча бўлимлари жалб этиладилар, кўпинча миокардит, перикардит кузатилади, кам ҳолларда эндокардит ривожланади (Либман-Сакс синдроми).

Ўпкадаги патология пневмония, плеврит ва иккиламчи носпецифик жараёнлар кўринишида учрайди ва 30-50% беморларда кузатилади. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг патологияси кам учрайди, абдоминал синдром, паренхиматоз аъзоларнинг жароҳати, қон томирларида ўзгаришлар кўринишида кечади, аммо нейролюпус ёки люпус-нефрит оқибатида рефлектор равишда кузатиладиган, медикаментлар (стероид яралар, дисбактериоз) ва йўлдош касалликлар туфайли пайдо бўлган диспептик бузилишлар кўпроқ учраб туради. Жигарнинг функционал патологияси қарийб барча беморларда учрайди, люпоз гепатит клиникаси эса кам

учрайди, бунда паренхиматоз ёки интерстициал гепатит оқибатида оқсиллар, ёғлар, пигментлар алмашинуви ва антитоксик функциялари бузилади. Бир вақтнинг ўзида талоқ ҳам катталашади. Жигарнинг катталашуви специфик гепатитдан ташқари, волчанка васкулити ривожланиши ҳисобига, юрак етишмовчилиги туфайли ёки гепатолиенал синдром натижасида ҳам пайдо бўлади.

Нейролюпус касалликнинг энг оғир вариантларидан биридир. Унинг клиникаси ҳилма-хил бўлиб, полиневрит, миелорадикулоневрит, энцефалит, миелит, менингизм, энцефаломиелорадикулит, ўткир церебрал шиш, сероз лептоменингит, эпилептик хуружлар, субарахноидал қон қуйилиши ва невротик реакциялар кўринишида кечиши мумкин (В.В. Михеев, 1971).

Эндокрин тизимидаги ўзгаришлар системали қизил югурикда тери шаклидагидан кўра кўпроқ ривожланган бўлади. Касаллик оғир кечганда гипертиреоз ва гиперэстрогения қалқонсимон без ва жинсий безларнинг гипофункцияси билан алмашади.

Кўрув аъзолари томонидан эписклерит, кўз мугуз пардасининг яраси, конъюнктивит, кўз туби қон томирларининг ангиопатияси каби ўзгаришлар кузатилади.

Гематологик ўзгаришлар лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения, моноцитар тизимнинг пасайиши, гемолитик анемия, қоннинг томирлар ичида ивиши синдроми, ЭЧТ ортиши билан характерланади. Уларнинг ўзгариш даражаси касалликнинг ўткирлик ва оғирлик даражаси билан мутаносибдир. Диспротеинемия ривожланади, бу абсолют гипоальбуминемия, альфа- ва гаммагиперглобулинемия, оқсил-углевод ва липопротеид компонентларнинг ўзгариши, эркин аминокислоталар дисбаланси, парапротеинемия каби ўзгаришларда намоён бўлади. Оқсиллар алмашинувининг чуқур бузилиши гетероген гипергаммаглобулинемия, криоглобулинлар ва LE-омилнинг мавжудлиги кабиларда ўз аксини топади.

Қизил югурикнинг клиник кечиши кўпинча организмнинг физиологик хусусиятларига, ёшга ва жинсга боғлиқ бўлади.

Болаларда қизил югурикнинг системали шакли устивор бўлади. Агар қизил югурикнинг барча шакллари билан оғриган болалар шу касалликнинг барча ёшдаги одамлар орасидаги умумий сонининг 4,2%ни ташкил қилса, системали қизил югурикнинг билан оғриган барча беморларнинг 10%ни болалар ташкил қиладилар (Т.А. Главинская; Л.А. Исаева). LE-омилнинг плацента орқали ҳомилага ўтиши оқибатида, янги туғилган чақалоқларда ҳам қизил югурик учрайди. R.M. Watson ҳаммуаллифлари билан биргаликда(1984) 100та янги туғилган чақалоқларда қизил югурик касаллигини аниқлашга мушарраф бўлишган. Клиник жиҳатдан бу терида тез фурсатда ўтиб кетувчи эритематоз доғлар ҳосил бўлиши, фотосенсибилизация, гематологик ўзгаришлар, доимий бўлмаган системалик аломатлари, юракнинг қисман ёки тўлиқ блокадаси билан намоён бўлади.

Болаларнинг ёши улғайиб боргани сари, қизил югурик билан касалланиш ҳам ортиб боради. 10 ёшгача бўлган болаларда сурункали қизил югурик ўғил болаларда кўпроқ учрайди, диссеминацияланган ва системали шакллари эса қиз болаларда кўпроқ учрайди. Сурункали шакллари билан болаларда Биетнинг марказдан қочувчи эритемаси кўпроқ кузатилади ва у асосан юзда жойлашади. Диссеминацияланган ва система шакллари билан болаларда юз ва бадан терисида димлангансимон эритема доғлари пайдо бўлади, улар жуда ёрқин ва бироз шишинқираган, сероз-геморрагик қалоқлар билан қопланган, қўл ва оёқларда эса пастоз, нурсиз, худди совуқ қотгандаги доғлар каби эритемалар пайдо бўлади. Қиз болаларда телеангиэктазиялар, пурпуралар кўпроқ кузатилади. Болаларда гиперкератоз ва атрофия унча ривожланмайди, системали қизил югурикка ўтиб кетиш ҳоллари кўп кузатилади. Системали қизил югурикда болаларда тана ҳарорати жуда юқори бўлади, теридаги тошмаларда геморрагик компонент устивор бўлади, астеновегетатив (астеноневротик) синдром кучли ривожланади, васкулитлар кўп учрайди, катталарга нисбатан агрессив кечади. Висцеропатиялар жуда эрта ривожланади ва оғир кечади, кўпинча люпуснефрит, полисерозит, кардит, нейроэндокрин тизимидаги патологиялар, метаболик бузилишлар

кузатилади, LE-хужайралар кўп топилади. Айниқса 12-15 ёшли қизларда касаллик оғир кечади. Болаларда касалликнинг оқибати жуда оғирдир (В.А. Насонова,1969; М.Г. Гулбис,1973; В.И. Карташева,1983; Л.А. Исаева, 1991). В. Leveque (1970) таъкидлашича, системали қизил югурик билан оғриган болаларнинг 50%ти дастлабки 2 йил ичида ҳалок бўладилар.

Қариган одамларда қизил югурик кам учрайди (2,5%ни ташкил қилади). Қараларда бошқа шаклларига нисбатан дисксимон қизил югурик кўпроқ учрайди. Системали қизил югурик кузатилса, у яхши сифатли кечади, буйрак ва асаб тизимида оғир асоратлар кузатилмайди (С.Я.Балабан, В.И Петрова,1985; S.P.Ballou et.al.1982; L.J.Catoggio et.al.1984; Maldykowa et.al.1985). Системали қизил югурикнинг кечишида эркаклар ва аёлларда фарқ кузатилмасда (R.D.Inman et.al.1982; М.Н. Miller et.al.1983;), аммо эркакларда люпус нефрит оғир кечади деган фаразлар мавжуд (И.Е. Тареева, Т.Н.Янушкевич1985).

Қўшимча текшириш усуллари.

Қоннинг тахлили. Нормохром, нормоцитар анемия, лейкопения (лейкоцитлар миқдори 4000мкл. дан кам), лимфопения, тромбоцитопения, ЭЧТ ортиши (ЭЧТ га қараб касалликнинг фаоллиги даражасини баҳолаш мумкин). Булардан ташқари яна гипергаммаглобулинемия, гипергаптоглобинемия кузатилади, қонда LE-хужайралари аниқланади.

Иммунофлюоресцент усулда бўяш. Терини биопсиясини бевосита иммунофлюоресцент усули билан бўяб текширилганда, эпидермис ва дерма чегарасида узлуксиз йўғон чизиқ кўринишидаги IgG, IgM ва Clq кабиларнинг грануляр чўкмалари аниқланади. Бу чўкмалар терининг тошмалар (элементлар) бор соҳасида ҳам (90% беморларда кузатилади), соғлом соҳасида ҳам (терининг очиқ соҳаларида 70%-80%, қуёш нуридан тўсилган соҳаларда 50% учрайди) аниқланади. Терининг соғлом (тошмалар бўлмаган) соҳаларида иммуноглобулинлар ва комплементнинг компонентлари чўкиши – қизил югурик нефрити борлиги ва комплементнинг компонентлари дефицити аломатидир.

Серологик реакциялар. 95% дан ортиқ беморларда антинуклеар антитаначалар аниқланади. Комплемент миқдорининг пастлиги хосдир, айниқса буйрақлар зарарланганда бу янада яққол намоён бўлади. Кардиолипинга қарши аутоантитаначалар (волчанка антикоагулянти сифатида маълум) хосил бўлиши эса антифосфолипид синдром (фаоллаштирилган тромбопластин вақтининг ортиши, артерия ва вена қон томирларининг рецидивловчи тромбози, хомила ташлаш, митрал клапан зарарланишига олиб келувчи эндокардит, хорая, эпилепсия) келиб чиқишига сабаб бўлади. Ядронинг Ro/SS-A антигенига қарши антитаначалар кўпроқ ярим (ним) ўткир қизил югурик учун хосдир.

Диагностикаси ва дифференциал диагнози.

Қизил югурикнинг дисксимон ва диссеминацияланган шакллари эритема, фолликуляр гиперкератоз ва атрофия каби белгиларига қараб диагноз қўйилади. Диагноз қўйишда куёш нурларига сезувчанликнинг ортиб кетганлиги, касалликни қўзғалишига сабаб бўлган омиллар (инсоляция, УВ нурланишлар, совуқ қотиш, стресслар) ёрдам берувчи аҳамиятга эга. Лаборатория текшириш натижалари (анемия, лейкопения, лимфопения, ЭЧТ ортиши, гипергаммаглобулинемия, гипергаптоглобинемия, ядрога қарши антитаначалар ва LE-хужайралар мавжудлиги) ҳам диагноз қўйишда ёрдам беради. Диагноз қўйиш қийин бўлган ҳолларда гистологик ва иммуноморфологик текшириш натижалари катта ёрдам беради.

Системали қизил югурикни диагностикасини тартибга солиш мақсадида Америка ревматологлари ассоциацияси 1971 йили мезонлар қабул қилган ва бу мезонлар 1982 йили қайта кўриб чиқилган ва тўлдирилган. Ушбу мезонларга мувофиқ диагноз қўйишда касалликнинг қуйидаги 11та белгиларига аҳамият берилади:

- юзда жойлашган эритема;
- дисксимон эритема;
- фотосенсибилизация;
- оғиз шиллиқ пардасининг яраланиши;

- артритлар;
- серозитлар;
- буйрак патологияси (суткасига 0,5дан ортиқ турғун протеинурия, цилиндрурия);
- неврологик патология (дори моддалари қабул қилинганлигига ёки моддалар алмашинувининг бузилишига (кетацидоз, уремия) боғлиқ бўлмаган психоз ёки хуружлар);
- дори моддалари қабул қилганликка боғлиқ бўлмаган гематологик ўзгаришлар (ретикулоцитоз билан кечувчи гемолитик анемия, 2та ва ундан ортиқ анализда тасдиқланган $4000/\text{мм}^3$ тадан кам бўлган лейкопения, $100000/\text{мм}^3$ дан кам бўлган тромбоцитопения);
- иммун патология (LE-хужайралар, ядронинг Sm антиганига ёки соф ДНКга қарши антитаначалар мавжудлиги, ёки РИТ ва РИФ манфий бўлганлиги ҳолатида 6 ой мобайнида захмга хос бўлган КСРнинг мусбат натижа бериши);
- ядрога қарши антитаначалар (“волчанка синдроми”ни чақирувчи дори моддалари қабул қилмаган ҳолда ҳар қандай даврда аномал титрда, иммунофлюоресценция реакцияси ёрдамида топилиши);

Ушбу мезонда кўрсатилган белгилардан энг камида 4таси мавжуд бўлса, системали қизил югурик касаллиги диагнози шубҳасиз тасдиқланган бўлади.

Системали қизил югурикда жараёнга характеристика берилганда, унинг фаоллигини ҳисобга олиш зарур, чунки даволашда бу нарса муҳим аҳамиятга эга. В.А. Насонова (1979) қизил югурикнинг кечишидаги фаолликни 3та даражага ажратади. Қуйида ушбунинг жадвал кўринишида илова қиламиз (жадвал № 1).

Қизил югурик касаллигида, айниқса унинг системали шаклида LE-хужайраларни аниқлаш энг яхши информация берувчи ва нисбатан осон амалга ошириладиган текшириш усулларидан биридир. Бунда системали қизил югурикда Хазерик триадасини эсда тутиш зарур:

- Гроссинг гематоксилин таначаларининг мавжудлиги;

- Гросс таначалари атрофида нейтрофиллар йиғилиши оқибатида шаклландиган “розетка” феномени;
- Нейтрофилларнинг гомоген ядро массасини фагоцитоз қилиши натижасида LE-хужайраларнинг пайдо бўлиши.

Жадвал № 1

Курсаткич	Системали қизил югурикнинг фаоллик даражаси		
	I (енгил)	II (ўртача оғирликда)	III (оғир)
Клиник аломатлар			
Тана ҳарорати	Меёрда	38 Сдан паст	38 С ва ундан юқори
Тана массасининг пасайиши	Йўқ	Озгина	Сезиларли
Трофик ўзгаришлар	Йўқ	---	---
Терининг зарарланиши	Дисксимон ўчоғлар	Экссудатив эритема	“капалак” ва волчанка эритемаси
Полиартрит	Артралгия, демормацияловчи	Ўткир ости	Ўткир, ўткир ости
Перикардит, плеврит	Адгезив		Экссудатив
Миокардит	Кардиосклероз, миокард дистрофияси	Қурук	Диффуз, кўп
Эндокардит	Митрал клапан етишмовчилиги	Ўчоғли	Ўчоғли
		Бир нечта клапаннинг зарарланиши	
Пневмонит	пневмофиброз	Битта клапаннинг (митрал) зарарланиши	Ўткир (васкулит)
Нефрит	сурункали гломерулонефрит	Сурункали	Нефротик

Асаб тизими	полиневрит	Нефритик ёки сийдик синдроми	синдром Ўткир энцефаломиеелор адидулоневрит
	лаборатория	Энцефалоневрит	
Гемоглобин,г/л	12 ва ундан ортиқ	Белгилари	10
ЭЧТ, мм/с	16-20		45 ва ундан юқори
	0,5	10-11	
Фибриноген,г/л	9	30-40	0,6
Умумий оқсил,г/л	48-60		7-8
Альбуминлар,%		0,5	30-35
Глобулинлар,%	10-22	8-9	
Альфа2	20-23	40-45	13-17
Гамма	Йўқ ёки 1-2та		30-40
LE-хужайралар (1000та лейкоцитларга)		11-12	5та ва ундан ортиқ
Антинуклеар омил титри	1:32	1-2	
Шулаланиш тип	Гомоген		1:128 ва ортиқ Қирғоқда
Нуклеар ДНКга қарши антитаначалар даражаси	паст	1:64	
		Гомоген ва кирғоқда ўртача	Юқори

Ядро массасини фагоцитоз қилган ҳужайра ўлчами катталашади, унинг ядроси тақасимон шаклга киради, чеккага суриб чиқарилади, марказий қисм бутунлай гомоген масса билан тўлган бўлади. Системали қизил югуриқда LE-хужайралар 47-100% ҳолларда топилади, сурункали шаклларида эса камроқ топилади (25-73% ҳолларда).

Қизил югуриқнинг дисксимон ва диссеминацияланган шакллари псориаздан, пушти ранг ҳуснбузарлардан, себореяли экземадан фарқлаш

зарур. Псориазнинг ёзги типдаги ўхшашлик қуёш нурларига сезувчанликнинг ортганлигида, терининг очиқ соҳаларида тошмалар пайдо бўлишида намоён бўлади. Аммо эритематозда фолликуляр гиперкератоз кучли ривожланган бўлади, кипиқларни кўчириб олиш қийин ва оғриқ чақиради. Псориазда кипиқлар оқиш кумушсимон, улар осон ва оғриқсиз кўчирилади, қириб кўрилганда стеарин доғи, терминал парда ва қонли шудринг феноменлари аниқланади, тошмалар сўрилгач атрофия қолмайди. Пушти ранг темирлаткида диффуз эритема кузатилади, бу эритема аста-секин соғлом терига ўтиб кетади, кўплаб пустулалар, тугунчалар кузатилади, гиперкератоз ва атрофия кузатилмайди. Себореяли экземада касаллик ўчоғлари қулоқ супраларининг орқа томонидаги терида, бошнинг сочли қисмида, бўйинда, кураклар оралиғида, кўкрак соҳасида жойлашади. Ноаниқ чегарали пушти-сарғимтил доғлар юзаси осон кўчириб олиш мумкин бўлган сариқ рангли ёғли қалоқ-кипиқлар билан қопланган бўлади. Бурмалар соҳаларида нам чиқиш кузатилади, кучли қичишиш безовта қилади, касаллик ўчоғлари изсиз йўқолиб кетади. Сил волчанкасида касаллик ўчоғи асосан буруннинг тоғай қисмида ва қанотларида жойлашади, “капалаксимон” эритема бўлмайди. Касалликнинг авж олиши ёки қўзғалиши мавсумга боғлиқ эмас. Асосан дўмбоқчалар пайдо бўлади, улар емирилиб, яралар ҳосил қилади, кейинчалик чандиқ ҳосил қилиб битади. Чандиқ юзасида янги дўмбоқчалар ҳосил бўлиши касаллик учун хосдир. “Олма желеси” ва Пospelовнинг зонд симптомлари мусбат бўлади. Сил волчанкасининг жуда кам учрайдиган шакли ҳисобланган Лелуарнинг эритематоидли шаклида гистологик текшириш натижалари диагноз қўйишга ёрдам беради.

Юзнинг эозинофил гранулемаси дисксимон шаклдаги эритематознинг бошланғич даврига ўхшаб кетади, аммо гистологик текшириш натижалари (дермада эозинофиллардан ташкил топган инфильтрат, оз миқдорда лимфоцитлар, плазматик хужайралар ва нейтрофиллар) тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Биетнинг марказдан қочувчи эритемасини Иеснер-Каноффнинг лимфоцитар инфильтрациясидан фарқлаш керак бўлади, чунки бу касаллик ҳам юзнинг чакка соҳасида учрайди. Бу касаллик учун тошмаларнинг марказий қисмида регрессияга учраб, ҳалқасимон шаклга кириш хосдир, шунингдек гиперкератоз ва атрофия кузатилмайди.

Эритематоз бошнинг сочли қисмида жойлашганда Брокнинг псевдопеладаси билан дифференциация қилиш керак бўлади. Бу касалликда эритема унча кучли эмас, фолликуляр гиперкератоз бўлмайди, касаллик ўчоғининг шакли юлдузсимон ёки нурсимон тарқоқ кўринишга эга.

Дисксимон ёки диссеминацияланган эритематоздан ривожланган системали қизил югурикни ҳам юқорида кўрсатиб ўтилган касалликлардан фарқланади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий аҳволнинг оғирлашуви, артралгиялар асаб тизими, буйраклар, юрак-қон томир тизими қва бошқа ички аъзоларнинг жараёнга жалб этилиши, ЭЧТнинг ортиши, лейкопения, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия, LE-хужайраларнинг топилиши касалликнинг системали шакли ривожланганлигидан далолат беради. Терининг жароҳати бўлмаган холларда ўткир равишда бошланиб ривожланган системали қизил югурикнинг симптоматикаси 50% беморларда нотипик кўринишда бўлади. Бунда унинг клиникаси ялин яллиғланишидан фарқ қилиб, ёрқинлиги унча кучли ривожланмаган, геморрагиялар кузатилади, юздан бошқа соҳаларга ҳам (баданга, қўл ва оёқларга) тарқалган бўлади.

Ўткир системали қизил югурикнинг бошланғич даврида айниқса дерматомиозитдан фарқлаш қийинчилик туғдиради. Дерматомиозитда эритема асосан периорбитал соҳада жойлашади ва “кўзойнак” симптоми юзага келади, ранги тўқ қизил, кафт бўғимлари устида касаллик ўчоғлари жойлашади, пойкилодермия кузатилади, юзда, бўйинда, елка камарида зич (қаттиқ) шиш пайдо бўлади, мушаклар камқувватлиги, қўл ва оёқларда ҳаракатнинг қийинлашуви, ютиниш мушкуллашади, ички аъзолардаги ўзгаришлар кучли эмас.

Рейно синдроми билан бошланувчи системали қизил югурик клиникаси диффуз склеродермияга жуда ўхшаб кетади. Аммо диффуз склеродермияда жараён секин-аста ривожланади, юздаги жароҳат ўткир яллиғланиш характерида эмас, буруннинг ўткирлашуви, оғизнинг торайиши, амимия, қизилўнгач торайиши кабилар диагноз қўйишга ёрдам беради.

Даволаш

Қизил югурик билан оғриган беморларни даволашда организмнинг индивидуал хусусиятларини, унинг реактивлигини ва иммун тизимини ҳолатини, касалликнинг шакли ва фаоллигини ҳисобга олган ҳолда комплекс ва адекват муолажалар буюрилади.

Асосан аминохинол препаратлари (хингамин, резохин, хлорохин, делагил, плаквенил) буюрилади. Бу препаратлар қуёш (ультрабинафша) нурлардан ҳимоя қилиш, ДНК ва РНКни полимеризациясини олдини олиш, антитаначалар ва иммун комплекслар ҳосил бўлиши, лимфоцитлар трансформацияси, нуклеопротеидларни боғланиши реакцияларини сўндириш хусусиятига эгалар. Уларнинг яллиғланишга қарши таъсири гидролитик ферментлар реакциясини сўндиришга, лизосомаларни стабиллашга, простагландинлар синтезини бузишга, хемотаксисни блокада қилишга, антигистамин таъсирга асосланган (F.C. Koranda,1981; D. Isaacson et.al.,1982;). Дисксимон ва диссеминацияланган қизил югурикда хлорохин, делагил ёки резохин 0,25г.дан, плаквенил 0,2г.дан кунига 2 маҳалдан 5 кун мобайнида берилади, кейин 5 кун танаффус қилиниб, юқоридаги дозада яна 5 кун берилади, шундай тартибда даволаб, курс учун 20-25г. препарат буюрилади. Юқори даражада фаол кечаётган диссеминацияли шаклида, Биетнинг марказдан қочувчи эритемасида ва Капоши-Иргангнинг чуқур типдаги шаклларида пресоцил таблеткасини бериш мақсадга мувофиқдир, чунки унинг таркибида 0,04г делагил, 0,75мг преднизолон, 0,2г ацетилсалицилат кислотаси бор. Пресоцил кунига 6 таблеткадан буюрилади, кейинчалик ҳар 5 кунда 1тадан таблеткани камайтириб борилади. Аминохинол препаратларининг нохуш таъсирлари қуйидагилардир: уйқуни

бузилиши, кулоқда шовқин пайдо бўлиши, бош оғриши, бош айланиши, диспептик аломатлар, кардиалгия, лейкопения, сочларнинг депигментацияси, токсикодермия, аккомодациянинг бузилиши, кўз қорачиғининг хиралашуви, қаршилик кўрсатиш қобилятининг пасайиши. Дори моддаларининг қабул қилинишини яхшилаш мақсадида В гуруҳидаги витаминлар, аскорбин кислотаси ва бошқалар буюрилади. N. Sonnichsen (1991) тигазон, талидомид каби препаратларини буюриш ҳам мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайди. Антиоксидантлик хусусиятини инобатга олган ҳолда витамин Е буюриш ҳам яхши самара беради. Иммуни тизимини коррекция қилувчи дори моддаларидан Т-супрессорларни стимуляцияловчи левамизол (декарис) буюрилади. Уни аминоксинол препаратлари билан бир вақтда ёки уларни беришдан аввал 0,15г. дан кун оша, 4 ҳафта мобайнида тавсия қилинади. Бу дори моддасига аллергия кузатиловчи, қон ва овқат ҳазм қилиш тизимларида патология мавжуд бўлган беморларга уни тавсия қилинмайди. Охириги йилларда қизил югуриқда иммунокоррекция мақсадида т-активин ва тималин моддалари қўлланиб келинмоқда (Скрипкин Ю.К.,1985; Бирюков А.В. 1986; Шапошников О.К.,1986).

Интерферон қўллаш ҳам перспективали усуллардан бири ҳисобланади. Интерферон кенг доирадаги вирусларга қарши таъсир этишидан ташқари, антитаначалар ҳосил бўлишини регуляция қилади, секин ва кескин ривожланувчи сезувчанликнинг ортишини бостиради, макрофагларни фаоллигини ортиради, лимфоцитларнинг табиий киллерлик фаоллигини стимуляция қилади, хужайра гомеостазини сақлашда кенг миқёсдаги назорат-регуляция ишларини бажаради. Интерферонни ингаляция усулида ҳар куни, курс учун 10 кун мобайнида тавсия қилинади. Иммуномодуляциялаш мақсадида яна апилак бетиш мумкин, уни 0,01г.дан кунига 3 маҳал 10 кун мобайнида берилади. Кунига 1 маҳалдан 0,005г. дозада дибазол бериб бориш, аминоксинол дори моддаларининг асоратларини камайтириш имконини беради, шунингдек ремиссия даврини чўзилишига олиб келади. Иммуни тизимига таъсир қилиш мақсадида яна метацил,

нуклеинат натрий каби дори моддаларини умумий дозаларда буюриш мумкин. Жигар патологияси бор беморларда липид алмашинувининг бузилиши кузатилса, эссенциале препаратини 15-20 кун мобайнида 5мл дан вена ичига юбориш тавсия қилинади, ёки 2 капсуладан кунига 3 маҳалдан per os қабул қилинади. Шундай ҳолатларда яна касаллик ўчоғидаги макроглобулинларни деполимеризация қилиш мақсадида комплексонийлардан унитиол (мушак орасига ёки тери остига), пентацин (вена ичига аста-секин) кабиларнинг 5% ли эритмаси 5мл дан 10-15 кун мобайнида тавсия қилинади. КВЧ-терапиянинг самарадорлиги ҳақида ҳам маълумотлар бор (Г.Ю. Курников, Т.А. Главинская 1994).

Системали қизил югурикни даволашда асосий дори моддаси кортикостероид гормонлар (преднизолон, полькортолон, метипред, дексаметазон, урбазон, целестон, дипроспан) ҳисобланади, уларнинг дозалари касалликнинг оғирлик даражасига, ўткирлигига, фаоллигига қараб берилади. Касаллик ўткир кечганда ва фаоллиги III-даражада бўлганда, айниқса нейролюпус ва люпус-нефрит кузатилса энг камида беморнинг 1кг вазнига 1мг. преднизолон ҳисобидан берилади, II-даражадаги фаолликда суткасига 30-40мг. дан, I-даражадаги фаолликда 15-20мг.дан буюрилади. Тери-бўғимлар шаклидаги қизил югурик диагностика қилинган беморларда, гормоннинг суткалик дозаси 0,5мг/кг ҳисобидан олинади. Яққол сезиларли клиник самара кузатилгандан кейин дастлаб гормоннинг дозаси 2.5мг га(0,5 таблеткага) камайтирилади. Кейинчалик жуда аста-секинлик билан камайтириб борилади, барча томонидан эътироф этилган тактика шундан иборатки, 60мг преднизолондан 35 мг га тушириш 3ой мобайнида олиб борилади, 15мг га тушириш яна 6 ой мобайнида амалга оширилади, яъни ½ таблеткадан тушириш 2-3 ҳафтада бир марта умумий аҳволни назорат қилган холда, лаборатория анализлари натижасини ҳисобга олган холда олиб борилади. Ундан кейин минимал ушлаб турувчи дозаси титрланади, бу доза 5-10мг. ва ундан ортиқ бўлиши мумкин. Минерал бузилишларни профилактика қилиш мақсадида калий препаратлари (15% ли калий ацетат

эритмаси кунига 3-4 ош қошиқдан), ойда 7-10 кун мобайнида кальций препаратлари буюрилади, кортикостероид гормонларининг салбий таъсирини камайтириш мақсадида ва оқсил алмашинувини бузилишини олдини олиш мақсадида анаболик гормонлардан нероболит, ретаболит, метиландростенолон кабилар буюрилади. Системали қизил югурик жуда оғир кечган холларда, аутоиммун жараёни бостириш мақсадида пульс-терапия ўтказилади: суткасига 1000мг дан метилпреднизолон вена ичига томчилаб 3-5 кун мобайнида юборилади, ундан кейин (самара кузатилгач), одатдаги дозаларда узоқ вақт қабул қилинади. Агар кортикостероидларга резистентлик ривожланса, ёки унинг асоратлари (қандли диабет, остеопороз,гипертензия) кузатилганда, кўшимча равишда иммунодепрессантлар: циклофосфамид, азатиоприн, лейкеран, циклоспорин А каби моддалар буюрилади. Циклоспорин А пульс терапия шаклида метилпреднизолон билан биргаликда вена ичига юборилиши ҳам мумкин: бунда 250мг циклоспорин 5% ли 500мл. глюкозада эритилиб, 1000мг метилпреднизолон билан биргаликда вена ичига томчилаб юборилади. Кейинчалик 5-6 ой мобайнида ҳар ойда бир мартаба худди шундай дозада қабул қилиш тавсия этилади. Кортикостероидлар ва иммунодепрессантлардан ташқари, айниқса люпус-нефритда микроциркуляцияни яхшиловчи, томирлар ўтказувчанлигини ва комплиментнинг фаоллигини камайтирувчи, томирлар ичида коагуляция бўлишини олдини олувчи таъсир хусусиятларига эга бўлган гепарин тавсия қилинади. Системали қизил югурикда циркуляция қилувчи иммун комплексларни, аутоантитаначаларни ва токсик моддаларни организмдан чиқариб ташлаш мақсадида гемосорбция (В.И. Петров ва бошқ. 1983; В.А. Насонова ва бошқ. 1985;) ва плазмаферез (Simcikova V. et.al. 1985) тавсия қилинади. Даволашнинг самарасини ошириш мақсадида симптоматик даво чоралари қўлланилади. Узоқ вақт давомида кортикостероид препаратлари билан даволанганда, унинг бевосита асоратларидан (кушингоид, гипертензия, стероид яралар, қандли диабет, психозлар, остеопороз) ташқари, ўчоғли

инфекцияларнинг авж олиши, ўраб олувчи темирлатки ривожланиши мумкин ва улар одатдаги усулларда даволанадилар. Системали қизил югурикнинг ўткир даври бартараф этилгач, кортикостероид гормонларнинг ушлаб турувчи дозаси билан бирга аминохинол препаратлари комбинация қилиб берилди (1таблеткадан 1 маҳал кечқурун). Сурункали қизил югурукнинг тери-бўғимлар вариантыда аминохинол препаратларини диссеминацияланган туридагига мос дозада беришнинг ўзи кифоя қилади. Ташқи даво чораларидан кортикостероид мазлар (синафлан, синалар, флуцинар, фторокорт, целестодерм, локатоп, элоком ва бошқалар) энг самрадор ҳисобланади.

Беморлар диспансеризацияси

Диспансер назорати профилактик тадбирларни ўтказиш, шунингдек ушлаб турувчи дозадаги гормонни олиш тартибини назорат қилиш имконини беради. Бундан ташқари диспансер назоратига касаллик авж олишини вақтида аниқлаш ва керакли даво чораларини вақтида буюриш, беморларни ишга жойлаштиришни ва керак бўлса ногиронликка чиқаришни ташкил қилиш каби вазифалар ҳам юклатилган. Касалликнинг сурункали шакллари билан оғриган беморлар дерматолог назорати остида ушлаб турилса, системали шакллари эса ревматологлар (ёки терапевтлар ва педиатрлар) назорати остида турадилар. Улар бепул даволаш муолажалари қабул қиладилар, керак бўлса бошқа ишга (енгилроқ) ўтказиладилар ёки ногиронликка чиқариладилар. Беморлар ҳар кварталда текширувдан ўтишлари шарт, бунда умумий кўрувдан ташқари албатта қоннинг ва сийдикнинг умумий тахлили, LE-хужайраларга текшириш ўтказилади. Куз-қиш ва баҳор ойларида витаминотерапия (декамевит, пангексавит, эссенциале ва бошқалар) буюрилади. Эрта баҳорда қуёш нурларига сезувчанликни камайтириш мақсадида 3-5мл.дан 2,5% ли никотинамид эритмаси мушак орасига, курс учун 20-25 инъекция буюрилади, ичгани теоникол ёки компламин умумий терапевтик дозаларда 1ойлик цикл қилиб берилди. Қизил югурикнинг дисксимон ва диссеминацияланган шаклларида

баҳорда хинолон препаратлари (делагил, хлорохин, плаквенил) кунига бир маҳалдан (кечқурун) 2-5 ой мобайнида бериб бориш тавсия қилинади (Koranda F.C/,1981). Шунингдек баҳор ойларида кўчага чиқиш олдидан беморлар юзларига куёш нурларидан химоя қилувчи кремлар (“луч”, “Шит”, “От загара” ва бошқа), 5-10% ли салол ёки пара-аминобензой кислотаси мазлари суртиб олиши тавсия қилинади. Системали қизил югуриқда кортикостероид гормонларнинг дозаси узоқ вақт ичида пасайтирилади ва ушлаб турувчи дозасини (5-15 мг) доимо ичиб юриш буюрилади, бунда гормоннинг суткалик ритмига мувофиқ, пасайтириш кечки дозалардан бошланиши керак. Ушлаб турувчи доза билан бирга калий тузлари, витаминлар, анаболик гормонлар, делагил (кунига 1таблеткадан 1маҳал кечқурун) буюрилади. Ҳаттоки турғун ремиссия кузатилган тақдирда ҳам 2-3 йил мобайнида баҳор ойларида хинолон препаратлари ва витаминлар билан рецидивга қарши даво ўтказиш шарт. Шунингдек совуқдан ва иссиқдан, куёш нурларидан сақланиш керак, вакцинотерапия олиш таъқиқланади. Ҳомиладор бўлиш ва туғиш, планли равишда операциялар ўтказиш каби масалалар беморларнинг умумий ахволини ва касалликнинг кечишини ҳисобга олган ҳолда ҳал этилади.

Касаллик оқибати беморнинг ҳаёти, иш қобилияти ва даволаш натижалари бўйича сурункали қизил югуриқда яхши, чунки у яхши сифатли кечади. Фақат камдан –кам ҳолларда бу шаклнинг системали шаклига трансформацияси кузатилиши мумкин. Идиопатик равишда ўткир бошланган системали қизил югуриқ оқибати эса ўта жиддий, чунки бу шаклини даволаш жуда қийин, ногиронликка олиб келади, шунинг учун барча кўрсаткичлар бўйича унинг оқибати ёмон ҳисобланади, ремиссияни ушлаб туриш учун эса барча терапевтик имкониятларни сафарбар этиш талаб қилинади. Сурункали қизил югуриқдан системали шаклига ўтиб кетган ҳолларда эса касаллик оқибати бироз яхшироқ, аммо бунда ҳам барча имкониятларни ишга солган ҳолда даволашдан самара олишга интилиш талаб этилади.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

(Синонимлари – дерматосклероз, системали кўзғолган склероз)

Склеродермия-бириктирувчи тўқиманинг кучайиб борувчи, тизимли (системали) жароҳати бўлиб, бунда фиброз-склеротик ўзгаришлар ва қон томирларининг облитерацияловчи эндартериолити кўринишидаги бузилиши устивор бўлади. Жараёнда асосан тери ва тери ости ёғ клетчаткасида ривожланувчи тарқоқ вазоспастик ўзгаришлар ҳам кузатилади. Склерозланиш жараёни организмдаги ҳар қандай аъзода юзага чиқиши мумкин, аммо бу жараён терида ва тери ости ёғ клетчаткасида устивор равишда кузатилади. Ушбу касаллик жуда кенг тарқалмаган бўлсада, аммо врачларга азалдан маълум эканлиги адабиётлардаги маълумотлардан кўриниб туради. Қадимги грек ва Рим врачларининг, шунингдек Абу Али Ибн Синонинг асарларида клиник манзараси склеродермияга ўхшаш касаллик ҳақида маълумотлар бор.

Касалликни клиник манзарасини биринчи бор 1634 йили Zacutus Lusitanus ёритиб берди. Аммо унинг клиникасини етарли даражада мукамал ва ҳар томонлама ёритиб берган шахс J. Alibert (1817й.) хисобланади. Касалликка “склеродермия” номини эса E. Gintrac (1847й.) берган. Кейинчалик, яъни 1862 йили Raynaud касалликнинг бошланғич даврида склеродермияга жуда ўхшаб кетувчи, терининг (асосан кафтлар ва товонлар соҳасида) совуқлиги, оқариб қонсизланиши, кўқариши билан кечадиган касалликни баён қилиб чиқди ва бу касалликка унинг номи берилди (яъни Рейно касаллиги). Склеродермия билан барча ёшдаги одамлар касалланадилар, шу жумладан кичик ёшдаги болалар ҳам. Аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари ичида ўзининг тарқалганлиги бўйича склеродермия қизил югуриқдан кейин иккинчи ўринда туради, 100000 аҳолига 32-45 бемор тўғри келади (Довжанский С.И., 1979й.).

Этиологияси ва патогенези

Ҳозирги кунгача склеродермиянинг этиологияси аниқланмаган, патогенези эса етарлича ўрганилмаган. Склероз жараёнининг шаклланишида инфекцион-аллергик концепцияга катта аҳамият берадилар. Вирусологиянинг ривожланишидаги муваффақиятлар, айниқса электрон микроскопнинг қўлланилиши, склеродермиянинг шаклланишида вируслар ролини ўрганишга туртки бўлди. Склеродермия билан оғриган беморларда эпидермис, дерма, мускул, қон томирлари эндотелияси хужайраларида “ядро таначалари” топилган, аммо вирус топилмаган. Генетик омилларнинг роли ҳақидаги гипотеза склеродермияни оилавий учратиш холларига асосан пайдо бўлган. Н.Г. Гусеванинг (1983) фикрича, склеродермияда мультифакториал наслийлик кузатилади.

Склеродермиянинг патогенези жуда мураккаб бўлиб, унда қон томирларидаги бузилишлар, моддалар алмашинувининг бузилиши, иммун тизимидаги ўзгаришлар асосий ролни ўйнайди. Бириктирувчи тўқима метаболизми бузилишининг аҳамиятини коллаген ҳосил бўлишининг ортиб кетиши ҳам тасдиқлайди. Бунда гиалурон кислотаси ва гиалуронидаза ферментининг ўзаро мутаносиблигининг бузилишига катта аҳамият берилади. Гиалуронидаза фаоллигининг пасайиб кетиши оқибатида мукополисахаридлар йиғилиб қолиши ва уларнинг шиши, ҳамда фибриноидли дегенерация кузатилади ва бириктирувчи тўқима компонентларининг гомогенизацияси рўй беради. Бу ўз навбатида гиперемия ва яллиғланиш шишини чақиради, у эса кейинчалик индурация ва атрофия билан алмашади. Буларнинг барчасини қон плазмасида оксипролиннинг ортиб кетиши, коллагеннинг эрувчи ва эрмайдиган фракцияларининг нисбати бузилиши, дермада протоколлаген-пролингидроксилазанинг миқдорининг ортиб кетиши кабилар ҳам тасдиқлайди (Laitinen O. et al. 1976). Коллаген синтезининг ортиб кетиши фибробластлар культурасида ва электрон микроскоп ёрдамида (фибробластлар томонидан оқсил ишлаб чиқаришнинг ортиб кетиши, аномал коллаген толаларининг ҳосил бўлиши,

терининг айниқса чуқур қаватларида коллаген, фибронектин, гликозамингликанлар ҳосил бўлишининг кучайиши) ҳам тасдиқланган. Коллаген алмашинувининг бузилиши механизмида мис микроэлементи миқдорининг ортиб кетишининг аҳамияти ҳам аниқланган (Акимов В.Г., 1990). Склеродермияда, айниқса унинг системали турида иммун тизимида турли ўзгаришлар аниқланган, аммо аутоиммун ўзгаришлар асосий аҳамиятга эгадир. Т-лимфоцитлар миқдорининг камайиши, В-лимфоцитлар миқдорининг ортиши, табиий киллерларнинг камайиши, барча синфдаги иммуноглобулинлар концентрациясининг ортиши, антинуклеоляр, антинуклеар, антицентромер аутоантитаначаларнинг топилиши кўпчилик олимлар томонидан эътироф этилади (Бутов Ю.С. 1980; Гусева Н.Г. 1983; Сучкова Т.Н.1986; Tan E.M.1981, Inoshita T.et.al.1981, Tuffanelli D.L. et.al.1983, Postlethwaite A.E. et.al.1984, Cziryok L. Et.al.1985, Chozzelski T. et.al. 1985, Jablonska S.et.al.1987). Р.В. Петров (1976) склеродермияни ноорганспецифик бузилишлар билан кечувчи аутоиммун касаллик деб қарайди. Бунда аутоантигенлар лимфоид хужайралар билан ўзаро алоқага киришадилар. Т-хелперлар экзоген ва эндоген омиллар таъсирида фаоллашадилар ва лимфокинлар ишлаб чиқара бошлайдилар, улар эса фибробластларни стимуляция қиладилар. Фибробластлар томонидан коллаген оксилларининг кўп миқдорда ишлаб чиқарилиши антиген стимуляцияни доимо юқори даражада ушлаб туради ва аутоиммун реакциялар юзага келишига фон яратади (Владимирцев В.А. ва бошқалар 1982). Қон томирларидаги ўзгаришлар асосан майда артерияларда, артериолаларда, капиллярларда кузатилади.Бунда қон томир деворидаги силлиқ мускул тўқимасидаги ўзгаришларга алоҳида аҳамият берилади, чунки бу мускул хужайралари фибробластларнинг бир тури бўлиб, улар III-типдаги коллаген ишлаб чиқарадилар (“қон томир” типдаги), натижада периваскуляр фиброз ривожланади. Эндотелийнинг пролиферацияси ва деструкцияси, ички қобикнинг қалинлашуви ва гиперплазияси, қон томир деворларининг фибриноидли ўзгаришлари ва склерози, майда қон

томирларининг торайиши ва облитерацияси.ўтказувчанликнинг ва қон оқимининг бузилиши (ивувчанликнинг ортиши, гиперкоагуляция, фибринолизни камайиши, шаклли элементларнинг агрегацияси, стаз), капиллярларнинг деформацияси ва редукцияси каби ўзгаришлар микроциркуляциянинг бузилишига, ўша сохалардаги тўқималарнинг озикланиш жараёнининг бузилишига олиб келади. Бу эса системали склеродермиянинг клиник манзарасида генерализацияланган Рейно синдроми, ўпка ва буйракларда эса унинг эквиваленти, тарқалган трофик, ишемик ва некротик ўзгаришлар юзага чиқишига сабаб бўлади. Склеродермиянинг ривожланишида асаб тизимининг ахамияти ҳақида кўпинча бу касаллик стресс ҳолатларидан, травмалардан, МНС касалликларидан кейин келиб чиқиши далолат беради.Склеродермиянинг эндокрин тизими билан алоқаси ҳам шубҳасиздир. Касалликнинг абортдан кейин келиб чиқиш ҳоллари, беморлардаги эстроген етишмовчилик борлиги, эстриолдан самара кузатилиши, прогестерон метаболизмининг бузилиши кабилар бундан далолат берадилар. Касалликнинг ривожланишига ҳар-хил физик (травмалар, инсоляция, узоқ вақт совуқ қотиш, вибрация), химик (кўмир чанги, маргумуш,дори моддалари) ва иммун (эмлаш,вакцинотерапия, қон ва препаратларини қуйиш) омиллар ҳам таъсир қилади.

Классификацияси

Склеродермияни иккита асосий шаклга –чекланган ва системалига ажратадилар, уларнинг ҳар бири яна ўзининг клиник турларига эгадир. Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тавсиясига кўра бириктирувчи тўқималарнинг диффуз касалликлари тоифасига фақат системали склеродермиягина киритилган, аммо жуда кўплаб олимлар (Смелев Н.С.,Тареев Е.М., Струков А.И., Скрипкин Ю.К.,Jablonska S., Sonnichsen N.) чекланган ва системали склеродермияни ягона жараён деб қарайдилар. Чекланган склеродермиянинг пилакчали, чизикли (лентасимон),оқ доғлар касаллиги (доғсимон), юзаки (Пазини-Пьеринининг идиопатик атрофодермияси) турлари тафовут қилинади. Булардан ташқари жуда кам

учрайдиган клиник турларига тубероз (келоидсимон), халқасимон ва пуфакли шакллари киради. Айрим олимлар (Высоцкий Г.Я.) юзнинг гемиатрофияси билан кечувчи клиник турини ҳам алохида ажратиб кўрсатадилар. Системали склеродермиянинг ҳам ўз навбатида диффуз-универсал, акросклеротик турлари тафовут қилинади, шунингдек CREST-синдроми, (ёки Винтербауэр синдроми), Тибъерж-Вейссенбах синдроми, кабилар фарқ қилинади.

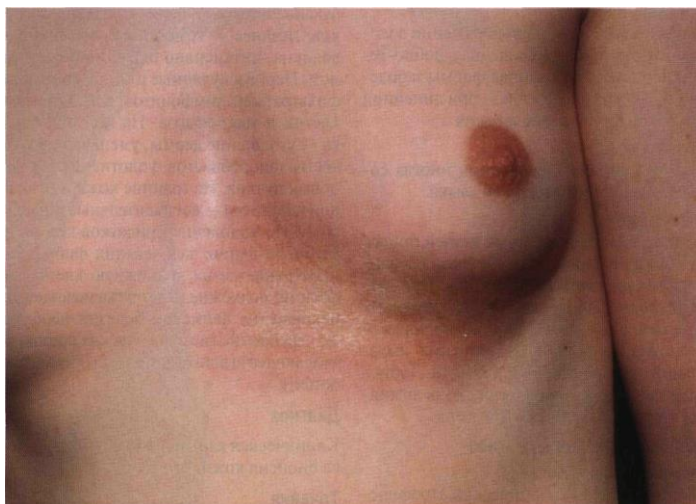
ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ.

Чекланган склеродермиянинг клиникаси, айниқса теридаги аломатлари илгариги даврлардан буён маълум. Чекланган склеродермия хар қандай ёшдаги одамларда учраши мумкин, аммо кўпинча 20-50 ёшларда учрайди, айниқса 16-25 ёшлар орасида кўпроқ аниқланади. Аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ кузатилади. Болаларда бу касаллик камроқ учрайди, аммо 3 ёшли ва ҳатто 1ёшу 9ойли болада кузатилганлиги ҳақида ҳам адабиётларда ёритилган. Касаллик аста-секин, билинмасдан бошланади. Касалликнинг кечиши аввал бошданок сурункали тус олади, авж олиш даврлари узок давом этадиган ремиссия даврлари билан алмашилиб туради. Christiansen фикрича 3,5 йилдан 25 йилгача давом этиши мумкин. Ремиссия даври даволангандан кейин юзага чиқади, ёки баъзан даволанмаганда ҳам кузатилиши мумкин. Касалликнинг авж олишида кўпинча ангина, грип, гепатит каби инфекцион касалликлар кўзгатувчи омил сифатида намоён бўладилар, баъзан эса совуқ қотиш натижасида касаллик авж олади. Касалликнинг кечишида 3та босқич тафовут қилинади: шиш (эдема), зичланиш ва атрофия босқичлари. Бу босқичларнинг давомийлиги хар-хил бўлиб, шиш босқичи бир неча кундан то бир неча ҳафтагача давом этади, энг узок давом этадиган босқич зичлашиш босқичи бўлиб, у хаттоки 13-19 йилгача давом этиши мумкин. Охирги босқич атрофия терининг юпқаланиши, силлиқланиши, баъзан эса унинг остидаги тўқималарнинг ҳам атрофияси билан натижаланади.

Пилакчали склеродермия энг кўп учрайдиган клиник туридир. Кўпинча 30-50 ёшли аёллар касалланадилар, болалар ва эркакларда камроқ

кузатилади. Дастлаб баданнинг ёки кўл ва оёқларнинг терисида битта ёки бир нечта чегараси ноаниқ, ранги пушти-қизил ёки сирен каби товланувчи, бироз шишган, консистенцияси хамирсимон, шакли думалоқ ёки овал, ўлчами тангадан то кафтдек касаллик ўчоғи пайдо бўлади. Доғнинг ўлчами секин-аста катталаша боради, 20см ва ундан ҳам катта бўлиши мумкин. Бу давр узок давом этмайди, бир неча кундан то бир неча ҳафтагача давом этади.

Ундан кейин доғнинг марказий қисмидаги ранги оқариб боради ва фақатгина унинг атрофидаги (қирғоқ қисмидаги) доғгина сақланиб қолади. Бир вақтнинг ўзида касаллик ўчоғининг марказий қисми зичлаша боради ва охир-оқибатда зич консистенцияга эга бўлади (Расм № 66).



Расм № 66. Чекланган склеродермия (пилякчали тури)

Атрофидаги сақланиб қолган пушти-қизил доғ эса сиренни эслатиб юборади ва шунинг учун “сирен ҳалқаси” (lilac ring) деб аталади. Бундай ҳалқасимон доғ пилякчали чекланган склеродермия учун жуда хосдир, яъни унинг зичланиш босқичи учун. Касалланган соха юзаси ялтироқ, эскирган фил суягини эслатади, терининг сурати текисланган (йўқолган), сочлар йўқ. фолликулалар оғзи, тер ва ёғ безларининг оғзи ҳам аниқланмайди. Тери бармоқлар билан ушланганда бурма хосил қилмайди, юзаси тер ва ёғ чиқмаганлиги сабабли қуруқшаган бўлади, сезувчанлиги анча пасайган, айрим холларда эса парестезия кузатилади. Терининг остидаги тўқималар кўпинча жараёнга жалб этилмайди, фақат айрим холлардагина остидаги

мускул тўқимасини ҳам камраб олиши мумкин, бунда чекланган миосклероз ривожланади. Кейин эса касалликнинг атрофия босқичи юзага чиқади: сирен рангидаги халка йўқолади, терининг зичлиги камаяди, юпқалашади, инфильтрат ўрнини чандикли бириктирувчи тўқима эгаллайди (иккиламчи атрофия), баъзан телеангиэктазиялар ва пигментация кузатилади. Christiansen 235 та бемордан 82 тасида пигментация кузатган (расм № 67).



Расм № 67. Чекланган склеродермия (пилякчали тури)

Депигментация камроқ учрайди, кўпроқ гиперпигментация кузатилади. Айрим вақтларда касаллик ўчоғи бир томондан сўрила бориб, юпқалашиб, атрофияга учрай бошлайди, бошқа тарафдан эса терининг зичлашиши атрофга қараб кенгайиб, катталашиб боради. Атрофия босқичида терининг қаттиқлиги йўқолиб, юпқалашганда у папирос қоғозини эслатадиган даражада юпқа бўлади, бармоқ билан ушлаб кўрилганда осонгина бурма ҳосил қилади, остидаги тўқималар ҳам атрофияга учраганлиги сабабли атрофидаги меёрдаги теридан биров пасайиб туради. Склеродермия ўчоғлари кўпинча асимметрик жойлашади, аммо адабиётларда симметрик жойлашган касаллик ўчоғлари ҳақида ҳам етарлича маълумотлар бор. Камдан-кам холларда касаллик ўчоғи бадан терисининг катта сохаларини камраб олади, бундай клиник шакли генерализацияланган склеродермия деб аталади. Пилякчали склеродермия билан оғриган беморларнинг умумий ахволи деярли ўзгармайди, иш қобилиятини

йўқотмайди, жуда кам холлардагина ишга вақтинча яроқсизлик варақасига эҳтиёж сезади.

Чизиксимон склеродермия ёки лентасимон (йўл-йўл)

склеродермия (scleroderma linearis) чекланган склеродермиянинг тарқалганлиги бўйича пиллакчалидан кейин иккинчи ўринда турувчи клиник тури бўлиб, теридаги касаллик ўчоғи йўл-йўл ёки чизик бўлиб жойлашади, остида чуқур жойлашган тўқималарни (тери ости ёғ клетчаткаси, мускуллар, пайлар) ҳам зарарлайди. Бу клиник тури асосан болаларда кўпроқ кузатилади, юз соҳасида, айниқса пешонада жойлашади. Бу клиник турида ҳам жараён эритематоз доғдан бошланади, у секин –аста шишга айланади, кейин эса зичланиш ва охири атрофия босқичи билан яқунланади. Касаллик ўчоғи бошнинг сочли қисмидан бошланиб, пешонага ва ундан буруннинг устигача давом этиши туфайли қилич билан чопилганда қоладиган чандиқни эслатиб юборади, шунинг учун sclerodermie en coup de sabre деб аталади. Бундан ташқари чизиксимон склеродермия ўчоғи қўл ва оёқларда ҳам жойлашиши (узунасига) мумкин. Кам холларда эса баданда, асаб шохлари бўйлаб ёки Захарьин-Геднинг рефлексоген зонаси бўйлаб жойлашиши мумкин. Склеродермиянинг бу клиник турида терида битта ёки бир нечта чизиксимон жойлашган, кенлиги бир неча см га етадиган, ранги жигарранг-кўнғир ёки сарғимтир бўлган касаллик ўчоғи пайдо бўлади. Худди бляшқасимон туридаги каби касаллик 3та босқичда кечади. Болаларда кўпинча атрофия терининг ўзи билангина чекланиб қолмасдан, балки унинг остидаги тўқималарда – мускулда, суякларда ҳам кузатилади, бу эса ўз навбатида беморларнинг юзи деформацияланишига, мускуллар атрофияси уларнинг кучини пасайишига олиб келади, миосклероз ривожланади. Агар касаллик ўчоғи қўлларда ва оёқларда жойлашган бўлса, атрофия мускулларда, пайларда ҳам кузатилиши оқибатида тери унинг остидаги тўқималар билан бирикиб кетиб чандиқ ҳосил қилади, натижада ретракция ва контрактуралар ривожланади, бўғимлардаги ҳаракат чекланади. Чизиксимон склеродермия болаларда қўл ёки оёқларда жойлашган тақдирда,

касалликка чалинган томон ривожланишдан анча орқада қолади. Умуман болаларда иккала турдаги(бляшкасимон ва чизиксимон) чекланган склеродермияда ҳам тўқималар анча чуқур (суяклар, фасциялар, мускуллар, пайлар) зарарланадилар, шунинг оқибатида яралар ҳосил бўлиши ва мутиляциялар кузатилади. Чизиксимон склеродермия асосан асимметрик жойлашади. Баъзан чизиксимон склеродермия бляшкасимон билан бирга келиши мумкин.

Оқ доғлар касаллиги ёки склероатрофик лихен (White spot disease, morphea guttata)- майда, диаметри 3-10мм келадиган думалоқ шаклдаги, чегараси аниқ, юзаси силлиқ, атрофик, ялтироқ фарфорсимон оқиш доғлар ҳосил бўлади. Улар зич консистенцияли, юзаси атрофдаги теридан бироз пасайган (ёки дастлабки пайтларда бироз кўтарилиб туради),атрофида қизғиш-жигарранг хошияси кўзга ташланади. Энг кўп жойлашадиган сохаси-бўйин терисида, елка камарида, кўкракнинг олдинги юзасида, жинсий аъзоларда, оғиз шиллиқ пардасида. Тошмалар кўпинча гурухлашиб жойлашади, мозаикага ўхшаш манзара ҳосил қилиши мумкин, ёки ўйналадиган картанинг белгиларига ўхшайди. Доғларнинг консистенцияси хамирсимон ёки бироз зич (қаттиқ), юзаси силлиқ, юзасида туклар бўлмайди,терининг сурати текисланган, атрофида пушти-сирен рангли ёки эритематоз-пигментли бордюор (ҳалқа) кузатилади. Кейинча бу доғлар сохасида атрофия ривожланади, тери юпқалашади.

Юзаки склеродермия ёки Пазини-Пьеринининг идиопатик атрофодермияси (sclerodermia superficialis, seu Morphea plana atrophica)- ҳозирги пайтда бу клиник турини бляшкасимон склеродермиянинг юзаки жойлашган ва зичланиш ривожланмайдиган тури деб қаралади. Оқиш - кўнгири тусли, зичлашмаган, маркази бироз ботиқ, юзасида қон томирлари кўриниб турувчи касаллик ўчоғлари пайдо бўлади, атрофида сирен ҳалқаси йўқ. Кейинчалик бу ўчоғда юзаки атрофия ривожланади (зичланиш босқичи кузатилмайди), шу жойда дисхромия (кўпинча пигментациянинг камайиши)

аниқланади. Касаллик ўчоғлари кўпинча елка соҳасида, орқада, сонларда учрайди. Субъектив хиссиётлар кузатилмайди.

Ромбергнинг юз гемиатрофияси билан кечувчи тури. Чекланган склеродермиянинг, айниқса унинг чизиксимон турининг кўпинча юз гемиатрофияси билан бирга келиши азалдан маълум. Кейинчалик кўпчилик олимлар юз гемиатрофиясини чекланган склеродермиянинг хусусий кўриниши деб эътироф эта бошладилар. Юзнинг гемиатрофияси баъзан склеродермия жараёнидан аввал, баъзан эса шу жараён билан бир вақтда ва нихоят айрим холларда эса склеродермия касаллиги нихоясига етаётганда ривожланади. Юз гемиатрофиясининг клиник манзараси жуда яхши маълум. Типик клиник кўриниши: юзнинг бир томони кичраяди (кўпроқ пастки 1/3 қисми), чакка соҳаси ичига ботиб киради, кўз тирқишлари асимметрияга учрайди, қошларнинг бир текис жойланиши ўзгаради (касалланган томон пастроқда жойлашади), лабнинг касаллик жойлашган томони юпқалашади, буруннинг қанотлари ва тешиги ҳам касалланган томонда кичраяди. Атрофия жараёни юзнинг барча тўқималарини қамраб олади: тери, тери ости ёғ клетчаткаси, мускуллар, баъзан хатто суяклар ҳам атрофияга учрайдилар. Айрим холларда тилнинг ҳам ярми (касаллик жойлашган томони) атрофияга учрайди. Адабиётларда юзнинг гемиатрофияси бўйинга, кўлга, кўкрак соҳасига, жуда кам холларда эса баданнинг бир томонига тарқалганлиги хақида ҳам маълумотлар бор. Баъзан беморларда энофтальм ёки экзофтальм кузатилади. Касалланган соҳада тер ва ёғ ажралиши кескин камайган ёки бутунлай тўхтаган, туклар (соқол- мўйловлар) ўсмайди, киприклар ва қошлар тўкилган. Тери қуруқшаган, юпқалашган, пергамент қоғозини эслатади.

Тубероз (тугунсимон) ёки келоидсимон склеродермия-жуда кам учрайдиган клиник турларидан биридир. Унинг клиник манзарасининг ўзига хос томони шундаки, касаллик ўчоғида зичланиш жуда кучли ривожланади, натижада ўша касалланган соҳа атрофдагига нисбатан кўтарилиб туради, ўта қаттиқ бўлади. Бошқа томонлардан бляшкасимон туридан фарқ қилмайди.

Буллез-геморрагик шакли- дастлаб ичида геморрагик суюқлик тутувчи пуфаклар хосил бўлади, кейинчалик улар ярага айланади ва калоқлар билан қопланади, ундан кейинги ривожланиши бляшкасмон склеродермияга ўхшаш.

Халқасимон тури-қўл панжасини ёки олатни халқа каби айланасига ўраб олиб жойлашади, касаллик ривожланиши оқибатида (тери ва унинг остидаги тўқималарнинг атрофияси туфайли) панжани ёки олатни ампутацияга учратиши мумкин.

СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ.

Оғир, сурункали, системали касаллик бўлиб, торпид кечиши ва тўхтовсиз авж олиб бориши хосдир.

Системали склеродермия барча континентларда ва мамлакатларда учрайди, бу касаллик билан барча ирқ ва миллат вакиллари хасталаниши мумкин, барча ёшдагилар орасида кузатилади. Аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ учрайди (3:1дан 15:1 гача). Касаллик 20-40 ёшлилар орасида кўпроқ кузатилади, болаларда жуда кам учрайди. Касаллик хар-хил травмалардан кейин, стресс ҳолатларидан кейин, совуқ қотишдан кейин, грипп, ангина, герпес инфекцияси кабилардан кейин бошланади (расм № 68).



Расм № 68. Системали склеродермия (никобсимон юз)

Касаллик аста-секин бошланади ва ривожланади. Дастлаб касалликнинг продромал белгилари намоён бўлади. Энг биринчи белгилари

иштаханинг пасайиши, озиб кетиш, умумий дармонсизлик, тезда чарчаш, майда бўғимларда вақти-вақти билан оғриқ кузатилиши, тери рангининг тўқроқ бўлиб ўзгариши, акропарестезия, озгина жисмоний ишда ҳам юрак уришининг тезлашуви кабилар киради. Баъзи холларда беморларни узоқ вақт мускуллардаги оғриқ, (айниқса кечқурунлари кучаядиган) безовта қилади. Бу аломатларнинг барчаси теридаги ўзгаришлар пайдо бўлишидан 6-18 ой аввал бошланади. Касалликнинг юқорида кўрсатилган продромал белгилари жуда кўп касалликларда ҳам кузатилиши туфайли, бу даврда беморларга вегетоневроз, тиреотоксикоз, Рейно касаллиги, хар-хил этиологияли полиартрит каби диагнослар қўйилади. Касалликнинг бошланғич давридаги шикоятлардан энг характерлиси совуққа сезувчанликнинг ортиб кетиши бўлиб, бу айнақса юзда, қўл ва оёқларнинг дистал қисмларида кучли намоён бўлади, бу холат кучайиб бориб, беморлар умуман совуқни кўтара олмайдиган даражага етадилар. Тез фурсат ичида Рейно синдроми шаклланади, бу синдром системали склеродермияни, айнақса унинг акросклероз турини доимий хамрохи бўлиб қолади. Бу синдромни склеродермия билан бирга келганлигини биринчи мартаба Raynaud 1862йили баён қилган. Клиницистлардан O'Leary ва Nomland бу синдром системали склеродермия билан оғриган беморларнинг 89%тида учрайди деб хисоблайдилар, Leinwand эса 70% деб айтади, Pfister бўйича эса 63% беморларда кузатилади. Рейно синдроми касаллик бошланишидан бир неча ой ёки йил илгари унинг ягона аломати бўлиши мумкин.

Системали склеродермиянинг акросклеротик тури. Бу клиник тури системали склеродермия билан оғриган барча беморларнинг 60%ни ташкил қилади. Асосан Рейно синдроми билан оғриган аёлларда кўпроқ учрайди. Касаллик аста-секин ривожланади, ички аъзоларнинг зарарланиши анча йиллардан кейин қўшилади.

Юз, қўллар ва (ёки) оёқлар терисининг зарарланиши типик клиник манзарани хосил қилади (расм № 69).



Расм № 69. Системали склеродермия (склеродактелия)

Дастлаб беморда вақти –вақти билан қон томирларининг спазми кузатилади, цианоз, совқотишни хис қилади, қафтлари ва товонлари уюшади, қафтлари ва товонлари сохасида оқариш (қонсизланиш), оғриқ ёки парестезия кузатилади. Кейинчалик юзда, қафтларда ва товонларда хамирсимон шиш пайдо бўлади, бу шиш бир неча ҳафта сақланиб туради, тери тараглашган, ялтироқ, оқиш ёки кўкимтир-пушти рангда, уни бармоқ билан босиб кўрилганда хосил бўлган чуқурча узоқ вақт сақланиб қолади (қаттиқ шиш босқичи). Беморларда бу вақтда хар-хил шикоятлар кузатилади: қафт ва товонларида терининг тортишиши, сиқиб тургандек туюлиши, босилиши, қизиб кетиши, чумоли ўрмалагандек туюлиши. Юз, оёқ ва қўллар териси зичлаша боради, бир неча ҳафтадан кейин зичланиш кучая бориб, ёғочни ёки тоғайни эслатадиган даражагача етади, ўзининг остидаги тўқималар билан бирикиб кетади. Касаллик ўчоқларидаги тери совуқ, тер ва ёғ ажралишининг камайиши оқибатида қуруқшаган, терининг сурати текисланган, ушлаб кўрилганда бурма хосил қилмайди. Терининг ранги кўнғир тус олади, ёки тўқ жигарранг бўлади, баъзан пергаментни эслатади ёки эски фил суягининг рангига ўхшаб кетади, айрим сохаларида дисхромиялар (депигментациялар) пайдо бўлади, кўплаб телеангиэктазиялар кузатилади.

Бармоқлардаги ҳаракат қийинлашади ва чекланган бўлади, бироз букилган ҳолатда контрактуларлар шаклланади (зичланиш босқичи). Бу

даврдда юз ҳам системали склеродермияга хос бўлган шаклга киради-ниқобсимон кўриниш олади, худди қотиб қолгандек, ҳаракатсиз, амимия кузатилади, юз терисидаги бурмалар ва ажинлар йўқолади ва теккис бўлиб қолади, оғиз тешиги тораяди, лаблар юпқалашади, лаблар тўла юмилмайди ва лаблар атрофида кисетсимон (радиар) ажинлар кузатилади (расм № 70).



Расм № 70. Системали склеродермия (склеродактелия)

Бурун кичрайиб, ўткирлашади, қулоқ супралари ҳам кичраяди. Атрофия босқичида бармоқлар ингичкалашади, калта бўлиб қолади (дистал фалангларнинг остеолизи, сўрилиб кетиши ва мутиляция хисобига), шунинг учун “мадонна бармоғи” деб аталади, қафт мускуллари атрофияси ҳамда терининг остидаги тўқималарга ва суякка ёпишиши хисобига бармоқлар бироз букилиб қоладилар, оқибатда қафтларда ҳаракат қилиш қийинлашади ва анча чекланади. Бўғимларда артралгиялар, полиартритлар кузатилади, ёки периартрит ривожланиб, бўғимлар деформацияга учрайдилар ва контрактуралар ривожланади. Бўғимларда, айниқса тизза бўғимида ҳаракат қилинганда крепитация кузатилади. Бармоқларнинг суяклари зарарланиши склеродермия учун хосдир. Дистал фалангларнинг суягида қон-томирлари облитерацияси хисобига келиб чиққан трофик ўзгаришлар туфайли ривожланган остеопороз ва остеолиз кузатилади, рентгенологик жиҳатдан бу “эриётган шакар” каби манзара беради. Вақт ўтиши билан бу фаланг

“сўрилиб” кетади ва бармоқ калта бўлиб қолади. Мутиляциялар хисобига қисқарган, ингичкалашган ва биров букилган холдаги бармоқлар “қуш кафти”ни эслатиб юборадиган кўриниш оладилар, буни склеродактилия дейилади, Кафтларда ёриқлар ва трофик яралар хосил бўлиши мумкин.

Кўпинча патологик жараён оғиз шиллик пардасига ва тилга ҳам тарқалади. Лабнинг қизил хошияси оқиш тус олади, кипикланади, унда ёриқлар ва яралар пайдо бўлади. Оғиз шиллик қаватидаги энг хос ўзгариш –бу периодонтал тирқишнинг кенгайиши ва кейинчалик атрофияга учраши, бунинг оқибатида тишларнинг тушиб кетиши, милкларнинг атрофияси, кичик тил ва юмшоқ танглай ҳам атрофияга учрайди. Тил дастлаб шиш хисобига катталашган бўлади, аммо кейин у фиброзга учрайди ва бужмаяди, кичраяди, ригид холга киради, натижада гапириш, овқат ейиш ва ютиниш қийинлашади.

Касаллик кучайиб боргани сари, умумий дистрофик ўзгаришлар ҳам кучайиб боради. Тирноқлар ўзгаради, хиралашади, деформацияга учрайди, ғадир-будир бўлиб қолади, юзасида кўндаланг чизиклар пайдо бўлади, қалинлашади, уқаланади ёки бутунлай тушиб кетади (қайта чиқмайди), бармоқлар охирида (тирноқлар атрофида) йиринглаш кузатилади. Атрофик жараён бошнинг сочли қисмида апоневрозга ҳам тарқалади, натижада сочлар тўкилади, кўп миқдорда телеангиэктазиялар пайдо бўлади, баъзан трофик яралар кузатилади. Тишлар тушиб кетади, бармоқларда ва жараёнга жалб қилинган бошқа сохаларда кучли оғриқ чақирувчи ва узок вақт битмайдиган трофик яралар хосил бўлади. Н.Г.Гусева бармоқларида, бурун учида ва қулоқ супраларида қуруқ гангрена ривожланган бемор хақида ахборот берган.

Системали склеродермиянинг диффуз-универсал тури- бу клиник вариантыда терининг генерализацияланган зарарланиши кузатилади. Жараён одатда бадан сохасидаги теридан бошланади, ундан кейин эса юз сохасига ва қўл –оёқларга тарқалади. Бу клиник тури билан акросклеротик тури орасида принципал фарқ йўқ, уларнинг фарқланиши нисбий, касалликнинг

бошланишида терида жойланган сохаларига асосланган. Акросклерозни системали склеродермиянинг ички аъзоларни кам холларда зарарлайдиган, нисбатан яхши кечувчи варианты деб қаралади (А.А. Студницин,1983).

Касаллик бу клиник турида ҳам Рейно синдромидан бошланиши мумкин, аммо теридаги ўзгаришлар универсал характерга эга, яъни тананинг барча сохаларида, юзда, баданларда, оёқ- қўлларнинг дистал қисмидагина эмас, балки проксимал қисмида ҳам кузатилади. Бу турида ҳам склеродермиянинг 3та босқичи (шиш, зичлашиш ёки қаттиқлашиш, атрофия) ўталади. Тери рангининг кўғир тусга кириши, яъни меланодермия жараёни бу турида кучлироқ ривожланган, телеангиэктазиялар терининг барча сохаларида пайдо бўлиши мумкин. Беморлар кескин озиб кетадилар, вазнининг йўқотилиши бир-неча ой ичида 20-25кг ва хатто ундан ҳам ортиқ бўлиши мумкин, кахексия тўхтовсиз ривожланиб боради. Касаллик энг ривожланган босқичида беморларнинг ташқи кўриниши жуда ҳам характерли тус олади: уларнинг фаол харакатлари камайган, худди бирор нарсадан тортиниб тургандек, жуда секин, майда қадам билан бошларини бироз пастга эгиб ва қимтиниб юрадилар. Кафт сохасидаги терининг атрофияга учраб, ўзининг остидаги тўқималарга ёпишиб кетганлиги оқибатида кафт бармоқлари букилган холда контрактурага учраган, шунинг учун уларда фаол харакат ҳам, пассив харакат ҳам йўқ, беморлар ўзига –ўзи эплаб хизмат кўрсата олмайдилар, ишга яроқсиз. Мимика харакатлари умуман йўқ ёки жуда камайган, юзлари ниқобсимон, лаб атрофида ғамгин кўриниш берадиган радиар ажинлар, лаблар юпка, қонсизланган (оқарган), оғиз торайган. Бурун кичрайган, ингичкалашган ва ўткирлашган, териси таранг тортилган кўринишда, терининг ранги кўнғир ёки тўқ жигарранг, худди “офтобда тобланган”дек, айрим жойларда оз миқдорда депигментациялар кузатилади. Бундай холдаги кўриниш олган беморларни Grasset “мумия одам” деб атаган.

Бириктирувчи тўқиманинг универсал зарарланиши хисобига нафақат тери, мускуллар, бўғимларгина зарарланиб қолмай, балки ўпка, юрак,

ошқозон-ичак тизими аъзолари ва асаб тизими ҳам жараёнга жалб этиладилар. Баъзи холларда ички аъзоларнинг зарарланиши терининг патологиясидан олдин ривожланиши ҳам мумкин (А.И. Нестерев ва Я.А. Сигидин, В.М. Тареев, Piper, Helwig). Касалликнинг диффуз-универсал турида ички аъзоларнинг зарарланиши акросклеротик турига нисбатан кучлироқ ривожланган бўлади, аммо вақт ўтиши билан, яъни касаллик қанчалик узок давом этаётган бўлса, акросклеротик турида ҳам ички аъзолар зарарланиши кучайиб боради.

Системали склеродермияда ўпканинг зарарланиши биринчи маротаба 1889 йили Finlay томонидан баён қилинган, аммо уни хар томонлама муфассал ўрганиш анча кейинроқ амалга ошган. Бу касалликда ўпканинг зарарланиши хар хил муаллифлар бўйича 50% дан 84%гача кузатилиши мумкин. Клиник жихатдан ўпканинг патологияси сурункали носпецифик интерстициал пневмония, сурункали бронхит, прогрессияловчи диффуз пневмосклероз, эмфизема ва бронхоэктазлар кўринишида бўлади (Н.Г.Гусева, Talbott, Ferrandis, Bonard). Ўпкадаги ўзгаришлар асосида бронхлар, альвеолалараро тўсиқлар, плевра ва қон томирларининг бириктирувчи тўқимасининг универсал зарарланиши ётади, бу ўз навбатида ўпканинг фиброзига (асосан базал фиброз) олиб келади. Системали склеродермияда ўпка зараланишининг клиник аломатлари қуйидагилардир: хансираш, айниқса озгина жисмоний меҳнат натижасида ҳам кучаядиган хансираш, кейинча бу холат тинч турганда ҳам кузатилади, қуруқ, баъзан эса шилимшиқли ажралма кузатилувчи хўл йўтал, кўкрак қафасининг пастки қисмида оғриқ. Объектив текширилганда: перкуссияда ўпка товушининг қисқариши кузатилади, аускультацияда асосан ўпканинг қуйи қисмларида қуруқ ёки майда пуфакчали хириллаш кузатилади. Ўпкадаги ўзгаришлар жуда аста-секинлик билан кучая боради, шу нуқтаи назардан склеродермиядаги пневмосклерозни бошқа сабаблар билан келиб чиққан пневмосклерозга нисбатан бироз яхши сифатли дейиш мумкин. Рентгенологик манзараси: ўпка суратининг диффуз равишда икки томонлама

кучайиши, айниқса базал қисмида, пневмосклероз. Пневмосклероз икки хил бўлиши мумкин:

1. компакт ўпка склерози.
2. кистозли склероз –“асалари уяси” (кўпроқ учрайди).

Плеврадаги ўзгаришлар унингфибрози ва қалинлашуви билан боғлиқ.

Юрак-қон томир тизимидаги ўзгаришлар системали склеродермия учун характерли хисобланади. Бу касалликда юракнинг зарарланиши ҳар хил авторлар бўйича 90%-100% ни ташкил қилади. Склеродермик кардиопатия касаллик ривожланиб боргани сари кучая боради ва оғир юрак етишмовчилигига олиб келади, бу эса беморлар ўлимига сабаб бўлади. Миокард диффуз ёки ўчоғли фиброз типиди зарарланади, натижада коронар томирларнинг унчалик ўзгармагани холда юрак мускуллари атрофияга учрайди. Бундай холатни олимлар ҳар хил номлар билан атаганлар: А.И. Нестеров ва Я.А. Сигидинлар “склеродермик кардиосклероз”, Weiss эса “миокардиофиброз”, Falck – “миокардоз”, Fabre- “склеродермик миокардит” деб атаганлар. Баъзан фиброз жараёни эндокарддан то эпикардгача давом этади ва электрокардиограммада миокард инфарктини эслатиб юборади. Эндокард ва эпикардда ҳам фиброз ривожланганлиги оқибатида клапанлар соҳасидаги эндокард склерозга учраса клапанлар (кўпинча митрал клапан соҳасида) етишмовчилиги ёки стенози келиб чиқади. Юракнинг склеродермиядаги зарарланиши туфайли қуйидаги клиник аломатлар келиб чиқади: касалликнинг дастлабки даврларида тахикардия (юрак уриши минутига 90-120та), хансираш. Юрак соҳасида узоқ вақт давом этадиган санчувчи, босувчи, сиқувчи оғриқлар ҳам кузатилади. Бу оғриқларнинг стенокардиядан фарқи, улар узоқ вақт (кунлар, хафталар мобайнида) давом этадилар ва уларга спазмолитик дорилар таъсир қилмайди. Перкуссия қилиб кўрилганда юракнинг кўпинча чап томонга кенгайгани аниқланади. Аускультацияда- юрак тонлари бироз бўғиқ, кўпинча мускул (миокард) хисобига, баъзан эса клапанлар етишмовчилиги хисобига систолик шовқин эшитилади, иккинчи тоннинг аорта устида акценти ва бўлиниши кузатилади.

ЭКГда эса QRS комплексининг вольтажининг диффуз камайиши, P нинг пасайиши, T нинг пасайиши, қоринчалар экстрасистолияси кабилар аниқланади. Системали склеродермия билан оғриган беморларда артериал қон босими (максимал кўрсаткичи ҳам, минимал кўрсаткичи ҳам) кўпинча паст бўлади.

Овқат хазм қилиш аъзолари. Ошқозон-ичак тизимининг системали склеродермияда жараёнга жалб этилиши доимо кузатилади. Мускул ва шиллиқ ости қаватларининг фиброз тўқима билан алмашинуви оқибатида перистальтика бузилади, шиллиқ қават атрофияга учрайди ва бунинг натижасида секретор ҳамда сўрилиш функциялари кескин пасайиб кетади, қизилўнгач, ошқозон ва ичаклар деворида оғир трофик ўзгаришлар келиб чиқади, юзаки ва чуқур яралар хосил бўлади, уларнинг битиши ниҳоятда қийин, шунинг учун узоқ вақт сақланиб турадилар, девор яқинидаги овқат хазм қилиш жараёни бузилади. Қон томирларидаги ўзгаришлар овқат хазм қилиш канали деворларида ишемик некрозлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Беморларда иштаханинг пасайиши, ёки бутунлай бўлмаслиги, овқат истеъмол қилишдан бош тортиш, умуман овқат емаслик, дисфагия (овқатни ютишни қийинлашуви), қизилўнгач соҳасида худди бегона нарса тургандек хис қилиш, жиғилдон қайнаши, кекириш, метеоризм, азобловчи доимий кўнгил айниши, қайт қилиш, қорин соҳасида доимий ёки вақти-вақти билан оғриқ, қабзият (ичнинг қотиши) кузатилади. Касаллик авж олиб боргани сари бу симптомлар ҳам кучая боради. Рентгенологик текширувда системали склеродермия учун жуда характерли бўлган қизилўнгачнинг юқориги 1/3 қисмининг кенгайиши ва пастки қисмининг торайиши кузатилади, натижада у “қум соати” кўринишини олади (рентгенологик текширувда). Жигарнинг зарарланиши 1% холарда учраши мумкин. Органнинг биров катталашуви, секин ривожланувчи цирроз, кам холларда портал гипертензия кузатилади. Баъзан гепатолиенал синдром учраши мумкин.

Буйрақлар зарарланиши клиницистлар маълумотлари бўйича унча кўп кузатилмайди (31% гача), аммо патологоанатомлар томонидан кўпроқ

аниқланади-74% гача. Склеродермик “нефропатия” икки хил типда кечиши мумкин:

1. Сурункали гломерулонефритни эслатиб юборадиган, бир неча йиллар давом этадиган, секин ва аста ривожланадиган типи,

2. Ёки “хақиқий склеродермик буйрак” деб аталувчи (Calvert, Owen), касалликнинг охири босқичларида ривожланувчи, беморлар ахволини кескин оғирлаштириб, уремияга олиб келувчи ва ўлимга сабаб бўлувчи типи.

Касалликнинг клиник аломатлари сурункали кечганда унчалик кўп эмас: бироз альбуминурия ва доимий бўлмаган гематурия. Фақат буйраklarнинг прогрессияловчи зарарланишида артериал гипертония ривожланади, кўз тубида ўзгаришлар (гипертоник ретинопатия), шишлар, кўп миқдорда оксил йўқотилиши, гематурия, азот чиқариш функциясининг бузилиши кузатилади.

“Хақиқий склеродермик буйрак” деб аталувчи клиник варианты камроқ учрайди, кечиши ёмон сифатли гломерулонефритга ўхшайди. Буйрак бирданига оғир зарарланади, жуда тезда ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқади. Бундай ҳолат юз бергунича сийдикда оксилларнинг изи, бир неча дона эритроцитлар кузатилган бўлса, кейин бирданига тезда олигурия ривожланади, кўп миқдорда альбуминурия, цилиндрурия, азотемия (240-290мг%) кузатилади, олигурия кучайиб ануриягача етиши мумкин, уремия ривожланади. Буйрак етишмовчилиги бошлангандан 2-4 ҳафта ўтгач бемор ҳалок бўлади. “Хақиқий склеродермик буйрак”нинг клиник манзарасида иккита ўзига хос томони бор: артериал гипертониянинг кузатилмаслиги (фақат 1/3 ҳоллардагина учрайди) ва одатдан ташқари жуда тез, қарийб чақмоқ тезлигида буйрак етишмовчилигининг ривожланиши.

Эндокрин безлари системали склеродермияда маълум даражада зарарландилар. Қалқонсимон безнинг кўпинча функциясининг ортиши, камроқ эса пасайиши кузатилади. Тухумдонлар функцияси жуда кўп бузилади. Беморларда жинсий сезгининг пасайиши, менструация циклининг бузилиши, эрта юзага келадиган климакс кабилар кузатилади. Адабиётларда системали склеродермия билан оғриган беморларда қандли диабет

ривожланганлиги хақида маълумотлар бор. Беморларда кузатиладиган терининг ривожланган гиперпигментацияси, адинамия, артериал босимнинг пасайиши, кескин озиб кетиш каби аломатлар айрим муаллифлар фикрича буйрак усти безларининг зарарланишига боғлиқ. Узоқ вақт давомида олиб борилган стероидли терапия натижасида беморлар ахволининг яхшиланиши ҳам буйрак усти безлари зарарланганлигидан далолат беради.

Асаб тизими системали склеродермияда кам зарарланади. Аммо асаб тизимининг зарарланиши кўп учрайди деб ҳисобловчи олимлар ҳам етарлича кўп. Уларнинг фикрича касалликнинг дастлабки босқичиданоқ асаб тизимида ўзгаришлар кузатилади. Булар кўл ва оёқлар терисида кузатиладиган хар-хил парестезиялар, невралгик характердаги оғриқлар, вазомотор кризлар, бошнинг оғриб туриши, тезда чарчаш ва бошқалар. Беморларда неврастеник ёки психастеник реакциялар кузатилади, нейрциркулятор дистония аниқланади, дастлабки пайтлардаги кафтларнинг, товоннинг ва кўлтиқ остининг ривожланган гипергидрози кейинчалик тери атрофияси ривожлангач ангидроз билан алмашинади. Рефлектор дермографизм пасайган ёки чақирилмайди. Сочларнинг трофик ўзгаришлари (киприк, қош, сочларнинг диффуз алопецияси) кузатилади. 1/3 беморларда полиневритик синдром аниқланади, бу сезувчанликнинг ўзгариши билан намоён бўлади (парестезиялар, текширилаётганда оғриқ бўлиши). Касалликнинг дастлабки босқичида полиневрит вазомотор бузилишлар ҳисобига келиб чиқади, кейинчалик эса, асаб тўқимасидаги фиброз-склеротиква дистрофик ўзгаришлар ҳисобига бўлади. Олий нерв фаолияти томонидан қуйидаги аломатлар кузатилади: тезда аччиқланиш, безовталаниш, эмоционал лабиллик ва кўзгалувчанлик, йиғлоқлик, хотиранинг пасайиши. Менингоэнцефалитик синдром, бош миянинг қон томирлари бузилишлари (геморрагиялар, тромбозлар), миелит ёки миелополирадикулоневрит кабилар жуда кам учрайди.

Тибьерж-Вейссенбах синдроми.

1911 йили G. Thibierg, R. Weissenbach склеродермия билан оғриган беморда қўлнинг юмшоқ тўқималарида, асосан бўғимлар атрофидаги сохаларда кальциноз аниқладилар. Хозирги кунда маълумки, кальциноз ҳар қандай ички аъзоларда ва миянинг қобикларида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Диффуз склеродермия касаллиги қанчалик узок вақт давом этса, кальциноз ривожланиш эҳтимоли шунчалик ортади. Н.Г. Гусев маълумотича Тибьерж-Вейссенбах синдроми 23% беморларда кузатилади, Е.М. Тареев эса ушбу синдромни 32% беморларда кузатган. Адабиётларда бу синдром хали диффуз склеродермиянинг клиник аломатлар пайдо бўлмасдан туриб 3йил аввал ривожлангани ҳақида маълумотлар бор (Валентик М.Ф., Бондарь И.А., 1981). Бириктирувчи тўқима асосий моддасини гликопротеин занжирларининг юқори даражадаги деполимеризацияси унинг коллоидларини зичлигини камайишига ва кальцийнинг озод бўлишига олиб келади, озод бўлган кальций эса тўқималарда чўкиб қолади. Касаллик ўчоғлари асосан бўғимлар атрофида ёки бўртиб турган суяклар сохасида, ҳамда склерозга учраган ҳар қандай юмшоқ тўқимада жойлашади. Диаметри 1см атрофида бўлган, қаттиқ консистенцияли тугунсимон элементлар ҳосил бўлади, у сохада терида яллиғланиш кузатилмайди. Вақти-вақти билан бу кальциноз ўчоғлари ёрилиб, ичидан оқ бўрсимон моддалар чиқиб туради ва узов вақт битмайдиган яралар ҳосил қилади.

CREST-синдроми.

1964 йили R. Winterbauer томонидан баён қилинган ва уни ташкил қилувчи симптомларнинг биринчи харфлари билан аталган.

Calcinosis cutis – тери кальцинози

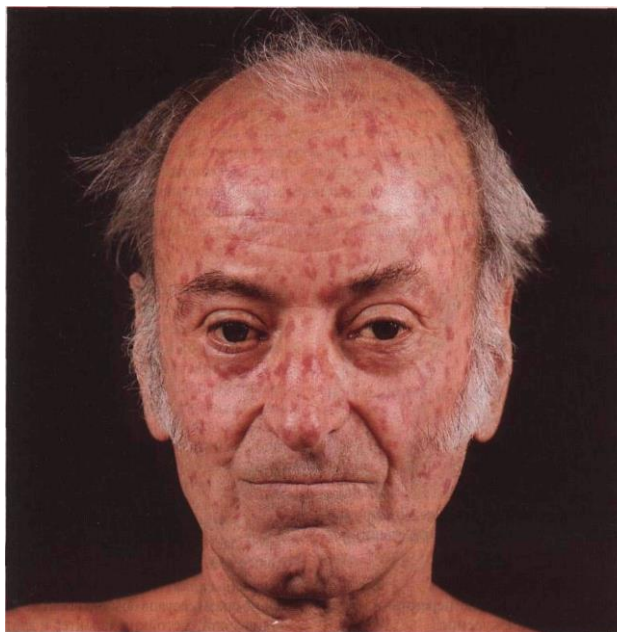
Raunauds phenomenon – Рейно синдроми

Esophageal dysfunction – қизилўнғачнинг дисфункцияси

Sclerodactyly - склеродактилия

Teleangiectasia – телеангиэктазиялар.

CREST-синдроми системали склеродермияни акросклеротик турининг нисбатан энгил кечувчи клиник варианты хисобланади. Касаллик Рейно синдромидан бошланади (расм № 71).



Расм № 71. Системали склеродермия (CREST синдроми)

Рейно синдроми эса хуруж қилиш билан бошланади. Дастлаб қўл ва ўёқлар панжалари оқаради, бу қон томирларининг спазми ва ишемия хисобига келиб чиқади. Оқариш бармоқ учларидан бошланиб, проксимал (юқорига) томонга тарқалади ва юқори сохада ўзининг аниқ чегарасига эга бўлади. Шу чегарадан дистал қисмда тери совуқ, оқарган ёки кўкимтир, проксимал қисмда эса иссиқ ва пушти-қизғиш. Бармоқларнинг совуқлиги қайтиб, улар илиганда оқариш цианоз билан алмашинади, чунки қон оқиши секинлашган бўлади. Ундан сўнгра маълум вақт ўтгач, (яъни хуружнинг охирида) бармоқлар яна пушти-қизил холига қайтади, бу эса реактив гиперемия хисобига юзага чиқади. Демак терининг ранги қуйидаги тартибда ўзгаради: оқариш → кўқариш → қизариш. Касаллик хуружи бир иккита, ёки барча бармоқларни қамраб олиши мумкин, фақат бош бармоққина бунга жалб этилмайди. Хуруж вақтида доимо парестезия кузатилади, касаллик ўчоғи соҳасида оғриқ, санчиш, чумоли ўрмалагандек сезиш каби хиссиётлар беморни безовта қилади. Томирлар спазми узоқ вақт давом этганлиги туфайли бармоқларда трофик ўзгаришлар кузатилади, кам холларда яралар

(яралар худди каламуш тишлагандек кўринишда бўлади), ёриклар, гангреналар пайдо бўлади. Товоннинг зарарланиши 40% холларда аниқланади. Жуда кам холларда худди шундай томирлар реакцияси бурун учида, кулоқ супрасининг учида, тилнинг учида кузатилади. Лаблар ва тил соҳасида қон томирлари спазми вақтида лаб ва тил оқаради, санчиш ва уюшиш каби хиссиётлар сезилади. Агар спазм кучли бўлса тилнинг ҳамма қисми, айниқса олдинги 1/3 қисми оқаради, аста-секин кўзикаринсимон сўрғичлар ўлчами кичрая боради.

Қизилўнғачнинг дисфункциясида дисфагия (дастлаб кўйик овқатни, кейинчалик эса суёқ овқатларни ҳам ютишни қийинлашуви), рефлюкс-эзофагит, қизилўнғач соҳасида худди бегона нарса тургандек хис қилиш каби аломатлар кузатилади. Рентгенологик текширувда қизилўнғачнинг юқориги 1/3 қисмининг кенгайганлиги, пастки қисмининг эса торайганлиги аниқланади, яъни қизилўнғач “қум соати” кўринишини олади.

Склеродактилия кўл ва оёқларнинг дистал қисмида ривожланади. Тери ўзининг остидаги тўқималарга (мускуллар ва пайларга) маҳкам ёпишган, қаттиқ, атрофияга учраган, ранги тўқ . Ушлаб кўрилганда совуқ, ҳаракат (фаол ва пассив) кескин камайган, тирноқлар дистрофияга учраган “барабан чўпи” кўринишида (соат ойнаси каби), эпониҳия гипертрофияси. Мутиляциялар хисобига қисқарган, ингичкалашган ва биров букилган холдаги бармоқлар “қуш кафти”ни эслатиб юборадиган кўриниш оладилар.

Тери кальцинози кўпроқ суяклар чиқиб турган соҳаларда, бўғимлар атрофида кузатилади. Баъзан кальциноз тарқоқ (кўп соҳаларга тарқалган) холда бўлиши мумкин. Диаметри 1см гача бўлган тугунлар ҳосил бўлади, уларнинг устидаги терида яллиғланиш аломатлари кузатилмайди, улар оғриқсиз. Агар кальциноз мускуллар орасида пайдо бўлса, “оссификацияловчи миозит” дейилади, бунда оғриқ безовта қилиши мумкин. Айрим холларда тугунлар ярага айланиб, ичидаги оқ оҳаксимон массалар чиқиб кетади, ҳосил бўлган яралар жуда узок вақт битмай турадилар.

Телеангиэктазиялар жуда кўп миқдорда хосил бўлади.Энг кўп учрайдиган сохалар: юзда, бўйинда, тананинг юқори қисмида, кафтларда, лабларда, оғиз шиллик пардасида, ошқозон-ичак трактида. Юзда телеангиэктазиялар кўплиги хисобига юз ола-була кўриниш олиши мумкин. Телеангиэктазияларнинг келиб чиқишига сабаб, терида фиброз хисобига капиллярлар кескин камайган, қолганлари эса кенгайган холда бўладилар, шу капиллярларда эндотелиал хужайраларнинг пролиферацияси ва гипертрофияси телеангиэктазиялар пайдо бўлишига олиб келади. Айрим холларда юзда телеангиэктазиядан бошқа склеродермиянинг клиник аломати учрамаслиги ҳам мумкин. Телеангиэктазиялар тирноқларнинг валигида ҳам пайдо бўлади.

Болаларда склеродермиянинг худди катталардаги каби шакллари ва вариантлари тафовут қилинади. Аммо уларда касаллик кўпроқ генерализацияланган ва тезда прогрессга учрайдиган холда кечади (Ковалев В.М., Кривенко З.Ф.1980; Уварова Н.Н., Власова Т.М. 1983). Болаларда системали склеродермиянинг Рейно синдроми билан бошланиши катталарга нисбатан кам учрайди, кальциноз ва остеолиз ҳам уларда кам. Чекланган склеродермия билан оғриган 46,6% болаларда жараён юзда, гавдада ва қўл-оёқларда ташқи кўринишни жуда хунук қилиб юборувчи манзара хосил қилган (Никитина М.Н. 1980).

Диагностикаси ва дифференциал диагнози

Клиник аломатлари яхши намоён бўлган холларда диагностикаси ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Чекланган склеродермиянинг дастлабки босқичларида гумон бўлса, уни гистологик текширув натижалари бартараф этади. Системали склеродермияда қонда антинуклеар антитаначалар аниқланади: булар центромерларга қарши антитаначалар ва антиген SCL-70 га қарши антитаначалар. Центромерларга қарши антитаначалар диффуз-универсал склеродермияда 21% беморларда, CREST-синдроми билан оғриганларда эса 71% беморларда аниқланади. SCL-70 антигенига қарши

антитаначалар эса диффуз-универсал склеродермияда 33% беморларда, CREST-синдроми билан оғриганларда эса 18% холларда аниқланади.

Рентгенологик текширишда қизилўнгачда “қум соати” симптоми аниқланади, ўпкада эса “асалари уяси кўринишидаги ўпка” кузатилади.

Тери биопсия қилиб текширилганда қуйидагилар аниқланади: шиш босқичида базал қават хужайраларининг гидропик дистрофияси, дерманинг гомогенизацияси ва коллаген толаларнинг фибриноидли дегенерацияси (асосан тўр қаватда). Капиллярлар деворлари юпқалашган, эндотелиал хужайралар цитоплазмаси вакуоллашган, уларнинг орасидаги тирқишлар кенгайган. Томирлар атрофидаги инфилтратда Т-лимфоцитлар ва макрофаглар миқдори кўп, интенсив фагоцитоз аломатлари. Зичланиш босқичида эпидермис ва дерманинг сўрғичсимон қаватлари атрофияси. Коллаген толалари қўшилиб кетган ва катта гиалиноз майдонлари ҳосил бўлган. Ёғ ва тер безлари гиалинозга учраган бириктирувчи тўқима орасида қолиб кетган, хужайралари атрофияга учраган. Қон томирлари деворлари қалинлашган ва мукоидли бўлган, томирлар бўшлиғи (ичи) эндотелиал хужайралар гипертрофияси ҳисобига кескин торайган. Атрофия босқичида терининг барча қаватлари ва ҳосиллари атрофияга учраган, қон томирлари бўаб қолган, катта гиалиноз майдонлари ҳосил бўлган.

Чекланган склеродермияни витилигодан, моховдан, чизиқсимон невуздан, қизил ясси темирлаткининг атрофик туридан, вульванинг краурозидан дифференциация (фарқлаш) қилиш керак. Бляшқасимон склеродермиянинг бошланиш даврида биров витилигони эслатиб юбориши мумкин, аммо зичланиш ва атрофия ривожлангач, диагноз тўғрисида ҳеч қандай шубҳа қолмайди. Бундан ташқари витилигода касаллик ўчоғи атрофида яллиғланиш хошияси йўқ, депигментация ўчоғлари кўпинча гиперпигментацияли тери фонида жойлашган. Моховнинг ноаниқ типидида касаллик ўчоғида (депигментация сохаларида) харорат, оғриқ ва тактил ҳиссиётларни қабул қилиш бузилади (сезмайди). Чизиқсимон невос чизиқсимон склеродермиядан фарқли равишда, чақалоқ туғилган вақтиданок

мавжуд бўлади, жараёнда ҳеч қандай динамика кузатилмайди, атрофия ривожланмайди. Қизил ясси темираткининг атрофик турида, терида ва шиллик қаватларда типик қизил ясси темираткига хос папулалар ҳам бўлади. Вульванинг краурозиди курак, лихенизацияга учраган касаллик ўчоғларида телеангиэктазиялар, эксориациялар кузатилади, жуда кучли қичишиш безовта қилади.

Системали склеродермияни дерматомиозитдан, Рейно касаллигидан, Бушке склеремасидан, чақалоқлар склеремаси ва склередемасидан фарқлаш керак.

Дерматомиозитда касаллик ўчоғида ёрқин эритема кузатилади, кўз атрофида ҳам характерли эритема доғи мавжуд бўлади (“кўзойнак симптоми”), склеродермия кўпроқ Рейно синдроми билан бошланади, кейинчалик склеродактилия ривожланади, суякларда ўзгаришлар бўлади, дерматомиозитда эса бу аломатлар кузатилмайди.

Рейно касаллигидан фарқи шундаки, касаллик ўчоғларида тери зичлашади, атрофияга учрайди, склеродактилия кузатилади, қизилўнгачда ўзгаришлар кузатилади. Бушке склеремасида касаллик ўчоғларига босиб кўрилса, чуқурча қолмайди, юзда тўқималар атрофияга учрамайди, тилда макроглоссия (шишган ва катталашган) кузатилади (склеродермияда микроглоссия), кафт ва товонларнинг дистал қисмлари зарарланмайди, пигментация, телеангиэктазиялар, атрофия ва висцеропатиялар йўқ. Чақалоқлар склеремаси нимжон, чала туғилган чақалоқларнинг дастлабки кунларидан бошланади, кучли совуққотиш, инфекциялар сабаб бўлади. Касаллик болдир сохасидан бошланади, тезда бошқа сохаларга тарқалади, аммо кафт, товон таги ва мойк халтаси сохаларидаги тери зарарланмайди. Терида босиб кўрилганда чуқурча қолмайди. Касаллик жуда оғир кечади ва кўпинча ўлим билан якунланади. Склередема склеремага ўхшаш, аммо ундан фарқи кафтлар, товон ва мойк халтаси териси ҳам зарарланади, бармоқ билан босилганда чуқурча қолади.

Даволаш

Бириктирувчи тўқима касалликлари ичида даволашга энг торпид бўлган касаллик хисобланади. Системали склеродермиянинг дастлабки босқичларида пеницилламин-D (купренил) яхши самара беради. Бу препарат билан даволашни стационарда бошланади, дастлаб кунига 150мг дан берилади, хар хафтада дозасини 150мг дан орттириб борилади ва 1500-1800мг гача етказилади, шу дозада 2 хафта мобайнида қабул қилгандан кейин дозасини аста -секин пасайтириб борилади ва 300-600мг дан иборат ушлаб турувчи дозада қолдирилади. Клиник самара 2 ойлардан кейин билинади. Бемор амбулатория шароитида 2-3 йил давомида юқорида кўрсатилган ушлаб турувчи дозани қабул қилиб боради. Патологик жараён фаоллиги юқори бўлса, бўғимларда аломатлар яққол намоён бўлса, иммун тизимида ўзгаришлар кузатилса кортикостероид гормонлар буюрилади. Преднизолонни 30-40 мг дан берган маъқул, терапевтик самара олингач, дозасини аста-секин пасайтириб борилади ва ушлаб турувчи дозада қолдирилади (10-20мг), бу дозани бемор узоқ вақт қабул қилиб туради. Кальциноз ривожланган айрим беморларда этилендиаминтетрасирка кислотасини динатрийли тузи яхши самара беради. Беморларга албатта, айниқса болаларга “А”, “Е”, “С”, “В” гуруҳидаги витаминлар буюрилади, чунки бу витаминлар бириктирувчи тўқимани меъёрлаштирувчи таъсир қиладилар. Шунингдек вазоактив моддалар: теоникол ёки компламин, никотин кислотаси ёки никотинамид, никоверин, но-шпа ёки никошпан кабилар буюрилади. Чекланган склеродермияда авж олаётган даврида албатта пенициллинотерапия ўтказилади, курс учун 20-40млн. Т.Б.да буюрилади. Зичланиш босқичида фермент препаратлари буюрилади. Лидаза кунига 1 маҳал 64 Т.Б.дан мушак орасига юборилади, курс учун 15-20 инъекция. Ронидаза билан электрофорез ёки фонофорез ўтказилади, шунингдек фиброз-склеротик ўчоғларни сўрдиришга ёрдам берувчи папаин, трипсин, химотрипсин, коллитин буюриш мумкин. В.С. Довжанская (1983) коллитин ёки купренилни гидрокортизон билан аралаштириб

ультрафонофорез бериш янада самаралирок деб хисоблайди. Тиол бирикмалари коллагенни парчалаш хусусиятига эгалар, шунинг учун унитиолни 5% ли эритмасини 5-10мл дан мускул ичига юбориш мақсадга мувофиқ хисобланади, курс учун 15-20 инъекция буюрилади (Л.М. Пасиашвили, Г.С. Цераидис 1980). Унитиол беморнинг умумий ахволини яхшилаш билан бирга, касаллик ўчрғининг ўсиш зонасини кичрайтиради, терининг зичлигини камайтиради, дисфагияни йўқолишига олиб келади, бўғимлардаги ва мускуллардаги оғриқни камайтиради, юрак ва жигар фаолиятини яхшилади. Даволаш курсини бир неча мартаба қайтариш мумкин. Микроциркуляцияни яхшилаш ҳамда тромбоцитлар агрегациясини камайтириш йўли билан циркуляцияни яхшилаш мақсадида склеродермиянинг барча турларида қон томирларини кенгайтирувчи ва антиагрегатлардан дорилардан компламин, андекалин, депо-падутин (калликреин), трентал, курантил кабилар буюрилади. Патогенетик жихатдан пастмолекулали декстранлардан полиглюкин буюриш мақсадга мувофиқ.. Улар гипертоник эритмалар бўлганлиги учун плазманинг хажмини орттиради, қоннинг ёпишқоқлигини (қўйиқлигини) камайтиради ва натижада қон оқишини яхшилади. Полиглюкинни 500мл дан вена ичига томчилаб, 3-4 кунда 1 марта, курс учун 6-7 марта қўйиш буюрилади. Беморларга АТФ, шишасимон тана ёки ганглиоблокаторлар (пахикарпин, фентоламин, пирилен) каби препаратларни буюриш ҳам мақсадга мувофиқ хисобланади. Физиотеравтик муолажалардан ультратовуш, Бернарнинг диадинамик токи, диатермия, магнитотерапия, парафин, озокерит аппликациялари, лазеротерапия, баротерапия, вакуумтерапия кабилар қўлланилади. Касалликнинг ремиссия даврида даволаш гимнастикаси, массаж, гипербарик оксигенация, оксиген-талассотерапия, санатория-курортда даволаниш тавсия этилади.

Диспансеризацияси

Склеродермиянинг чекланган турида касаллик оқибати яхши, тузалиб кетади (касаллик ўчоғида атрофия қолади). Системали склеродермия секин-

аста, аммо тўхтовсиз равишда ривожланиб боради, терини ва ички аъзоларни склерозга олиб келади. 50% дан ортиқ беморлар 10 йилдан кўпроқ умр кўрадилар. Бу касалликда ўлимнинг асосий сабаби: буйрак етишмовчилиги ривожланиши, камроқ холларда эса юрак ва ўпканинг зарарланиши. CREST-синдроми секинроқ ривожланади, шунинг учун унда прогноз нисбатан яхши. Склеродермиянинг барча турлари билан оғриган беморлар диспансер назоратида турадилар. Беморлар очик хавода ишлашлари мумкин эмас, шунингдек совуқ таъсир қиладиган, химикатлар ва токсик моддалар билан боғлиқ ишлардан озод этиладилар. Системали склеродермияда беморларга 2-гурух ногиронлиги берилади. Беморлар касалликнинг қандай ҳолатдалигига қараб, врач тайинлаган муддатларда амбулатория шароитида клиник-лаборатория кўригидан ўтадилар, профилактик даво олиб турадилар. Системали склеродермия билан оғриган беморлар асосан узок вақт мобайнида Д-пеницилламин олиб турадилар, лидаза билан даволаш курси қайтарилиши мумкин, вазоактив моддалар, АТФ, унитиол, витаминлар ва бошқа дорилар олиб турадилар. В.А. Насонова (1980) маълумоти бўйича, диспансер назоратида турган системали склеродермия билан оғриган беморларнинг 80%и касалликнинг эрта босқичларида ишга яроқлик қобилятини йўқотмаганлар.

ДЕРМАТОМИАЗИТ

Синонимлари: полимиозит, Вагнер касалиги, Вагнера -

Унферрихта касаллиги, Хеппани псевдотрихинози.

Бириктирувчи тўқиманинг касалликлари орасида алоҳида ўрин тутадиган хасталиклардан бири бу дерматомиозитдир. Дерматомиозит-оғир системали касаллик бўлиб, тери ва кўндаланг-тарғил мускулларни устивор зарарлаш билан кечадиган бириктирувчи тўқиманинг диффуз зарарланишидир. Касаллик нисбатан кам учрайди, Т.А. Medsger (1970) бўйича, дунёда ҳар йили 1млн. аҳолига 5 та янги бемор аниқланади. Аммо А.П. Соловьева (1980), Г.М. Гехт ва Н.А. Ильиналар (1982) фикрича охириги йилларда касаллик холлари кўпайиб бормоқда.

Касалликни биринчи мартаба 1863 йили Potain, 1875 йили эса E.Wagner кузатганлар. Кейинчалик, яъни 1887 Wagner бу касалликни ўткир полимиозит номи билан баён қилиб чиқди, бу беморда касаллик ўткир бўлиб, терида касаллик аломатлари кузатилмаган эди. Орадан 4 йил ўтгач, 1891 йили H.Unverricht бу касалликнинг тери ва мускуллар жарохати устивор бўлган классик вариантыни баён қилиб берди ва “дерматомиозит” деб аташни таклиф қилди. Бу касаллик кам учрашадан ташқари, ундан ҳам кам холларда ўз вақтида тўғри диагностика қилинади. Катталар ва болалар бу касаллик билан бирдек хасталанадилар. Кўпинча 20-50 ёшлар орасида учрайди. Аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ касалланадилар (3:2).

Этиологияси ва патогенези.

Дерматомиозитнинг этиологияси аниқланмаган. Азалдан маълум бўлган инфекцион, аллергия, моддалар алмашинувининг бузилиши каби назариялар ҳозирги кунгача ўз исботини топмаган. Касалликнинг ўткир бошланиши, бўшашиш, ўзини ёмон хис қилиш, холсизлик (камқувватлик), артралгиялар, миалгиялар, кўнгил айниши, йўлдош касаллик сифатида инфекцион хасталиклар учраши ёки юқумли касалликлардан кейин бошланиши каби омиллар дерматомиозитни инфекцион характерга эга бўлган касаллик деб гумонсирашга асос бўлади. Аммо бу касалликни кўзгатувчисини топиш ва исботлаш ҳозирги кунгача ҳеч кимга насиб қилмаган. Худди шунингдек аллергия ва моддалар алмашинувининг бузилиши назарияларини ҳам ҳозиргача ҳеч ким исбот қилиб бера олмаган. Дерматомиозитнинг ёмон сифатли ўсмалар билан 10-50% холларда бирга келиши маълум (А.И. Нестерев, Я.А. Сигидин, 1966; А.А. Каламқарян, В.И. Хапилова 1983; Е.М. Тареев ва бош. 1985; F.D. Arundell 1960; L.Vesterager et.al 1980). Дерматомиозитда ёмон сифатли ўсмаларни аниқланиши миқдорининг бу даражада кенг фарқ қилиши эҳтимол беморлар ёшининг ҳар хиллиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Л.А. Исаева ва М.А. Жваниялар (1979) 118та дерматомиозит билан оғриган бемор болалар ва ўсмирларни текшириб, фақат 1тасида ўсма аниқладилар. М. Baron, P.Small (1985)

маълумотлари бўйича, ёмон сифатли ўсма аниқланган дерматомиозит билан оғриган беморларнинг 46% и 50 ёшдан ортган беморлар бўлган, фақат 13% беморларгина 50 ёшдан кичик бўлганлар. Беморларда ўсмалар (рак) асосан тухумдонда, кўкрак безида, ошқозон ичак трактида, буйрақларда жойлашади. Айрим ҳолларда лимфомалар, лейкозлар, миелома ва бошқа ёмон сифатли кечувчи касалликлар учрайди. Кўпинча бу ёмон сифатли ўсмалар дерматомиозит ривожланишидан анча аввал бошланади. Бу ўсма касалликлари латент равишда кечиши ҳам мумкин, ундай ҳолларда, дерматомиозит билан оғриган беморларни жуда синчковлик билан чуқур онкологик текшириш натижасида аниқланади, баъзан эса фақат аутопсияда аниқланиши мумкин. Дерматомиозитнинг ёмон сифатли ўсмалар билан бирга ассоциацияда келиши сабаби аниқланмаган. Кўпинча мавжуд бўлган рак жараёни жинсий аъзолар ва кўкрак безларида жойлашганлиги сабабли гормонал бузилишларнинг ахамияти ҳақида мулоҳаза юритилади; этиологик омилнинг битталиги ҳақида, масалан вируслар бўлиши мумкинлиги айтилади. Айримлар эса ўсмалар натижасида юзага келадиган мускул тўқимасининг метаболизмида иштирок этувчи зарурий моддаларнинг (азот, глюкоза, витаминлар ва бошқалар) дефицити ҳақида гапирдилар, юзага келган бу дефицит эса мускул патологиясига ва дистрофиясига олиб келади. А.И. Нестерев ва Я.А. Сигидинлар эса ўсмалар натижасида ҳосил бўлган махсулотларнинг аллергиязацияловчи таъсири оқибатида дерматомиозит келиб чиқади деб ҳисоблайдилар. Шуни қайд қилиш керакки, ёмон сифатли ўсма бартараф қилинса, дерматомиозит клиникасида яхши томонга силжиш, баъзан эса хатто клиник соғайиш кузатилиб, ремиссияга учраши мумкин. Бундай мусбат натижани ҳисобга олган ҳолда, айрим муаллифлар дерматомиозит ривожланишида ўсмалар токсинининг ахамияти ҳақида гапирдилар.

Фибробластларда, мускул ва тери капиллярлари эндотелийсида, мускул тўқимасининг ядросида ва саркоплазмасида тубулоретикуляр вирусга ўхшаш киритмаларни топилиши, В1-6 серотипидаги Коксаки

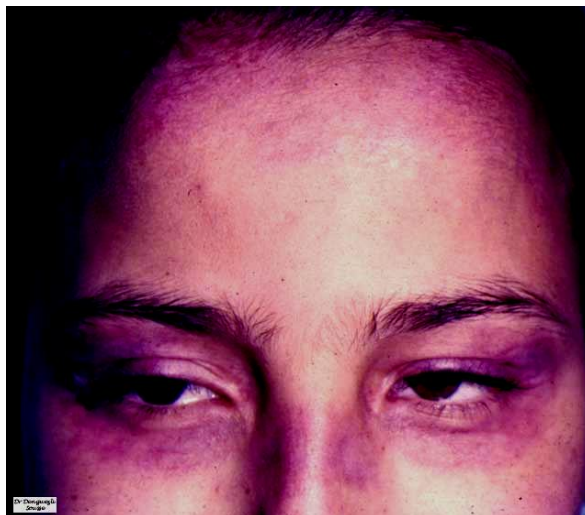
вирусларига қарши махсус антитаначалар титрининг юқорилиги дерматомиозит келиб чиқишининг вирусли гипотезаси фойдасига ишлайди (С.М. Семакова ва бош.,1976; A.S.Faici, 1979; A. Schidt, 1980). Аммо вируслар культурада хали ўстириб олинмаган. Вирусларнинг генетик мойиллик билан алоқаси борлиги ҳақиқатга яқинроқ деб ҳисобланади. Дерматомиозитга мойилликнинг мавжудлигига оилавий беморлар учраб туриши, оила аъзолари орасида бошқа коллаген касалликлар кузатилиши ҳам гувоҳлик беради. Н.Д. Goring ва ҳаммуаллифларининг (1984) фикрича айниқса болалардаги дерматомиозитда мойилликнинг роли каттадир.

Ҳозирги кунда кўпчилик томонидан дерматомиозит ривожланишининг аутоиммун гипотезаси эътироф қилинган. Лимфоцитларнинг мускул тўқимаси антигенларига сенсibiliзацияси, касалликнинг системали эканлиги, ауто-, гомо-, гетерологик мускул культураларига лимфоцитларнинг цитотоксиклиги, аутоантитаначаларнинг, шу жумладан ядрога қарши, ҳамда мускул инфилтратига циркуляцияловчи ва лимфоид хужайраларда фиксацияланган иммун комплекслар мавжудлиги ушбу гипотеза фойдасига гувоҳлик беради (С.В. Агабабов ва бош. 1982; S. Currie et al.,1971; R.L. Johnson et al.,1972; A. Bohan et al.,1977; P.I.W.Venables et al.,1981; С.Н. Spencer, 1980; N.Sonnichsen,1984). Беморларда хужайра (Т-лимфоцитларнинг, асосан В-лимфоцитларга супрессор таъсир қилувчи субпопуляциясининг камайиши) ва гуморал (IgG ва IgM миқдорининг ортиши) иммунитетнинг бузилиши, Р-оқсил миқдорининг ортиши, оксипролиннинг қон зардобидаги миқдори ортиши ва уни сийдик билан ортиқча миқдорда чиқиши кузатилади (Т.А. Главинская, И.А. Клеменова, 1996).

КЛИНИКАСИ

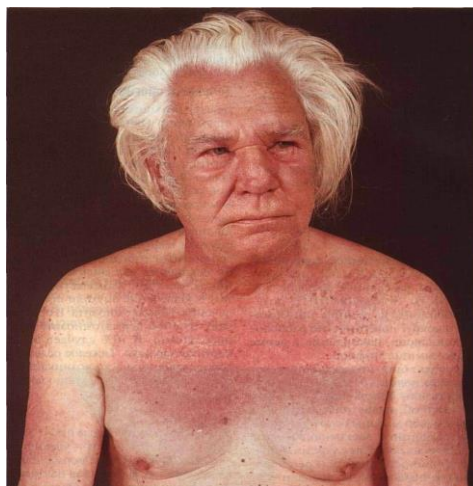
Дерматомиозитни идиопатик, паранерпластик ва ювенил турларга ажратилади, кечиши бўйича эса ўткир, ярим (ним) ўткир ва сурункали фарқ қилинади. Касаллик ҳар қандай ёшда - болаларда ва ўсмирларда ҳам, катталарда ҳам кузатилади, аммо жуда кўп ҳолларда 40-60 ёшлиларда учрайди. Эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ кузатилади (Н.Д. Goring et al.

1984). Касаллик кечишида 3та давр тафовут қилинади: продромал даври, манифест даври ва дистрофия (ёки терминал) давр. Касалликни юзага чиқарувчи омиллар бўлиб инфекциялар (ангина, грипп, ўткир респиратор инфекциялар), инсоляция ёки совуққотиш, дори моддалари билан сенсбилизацияланиш, вакцинация кабилар хисобланади. Касаллик аста – секин бошланиши мумкин, ёки бирданига, кўкқисдан, ўткир равишда кечиши хам мумкин (расм № 72).



Расм № 72. Дерматомиозит (куз атрофидаги эритема)

Агар асте-секин ривожланса унинг продромал даврида хароратнинг кўтарилиши, камқувватлик, кўнгил айниши, мускулларда ва суякларда оғриқлар, кўп терлаш каби белгилар кузатилади. Ўткир бошланиши 25% холларда кузатилади, бундай бошланиш кўпроқ ёш болаларда учрайди. Касалликнинг ўткир кечишида харорат юқори даражага кўтарилади, бош оғриши, бош айланиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш, оёқ-қўлларда кучли оғриқ бўлиши, қалтираш, жунжикиш кузатилади, тери, скелет мускуллари ва висцерал аъзолар генерализацияланган равишда зарарланади. Нимўткир шаклида касаллик нисбатан тинчроқ бошланади, субфебрилитет кузатилади, тери ва мускул синдроми устивор бўлади (расм № 73).



Расм № 73. Дерматомиозит (юздаги, буйиндаги ва кукракдаги тошмалар)

Сурункали шаклида касалликнинг кечиши циклик бўлади, айрим гурух мускуллари зарарланади, висцеропатиялар унчалик кучли эмас. Тери ва мускулларнинг зарарланиши бир вақтда ривожланиши мумкин, баъзан эса терининг зарарланиши аввал бошланади. Теридаги тошмаларнинг очик сохаларда –юзда, айниқса кўз косаси атрофида, буйинда, қўл ва оёқларнинг бўғимлари устида, кўкракнинг олдинги очик жойида жойлашиши касаллик учун жуда хосдир, аммо тананинг хар қандай сохасида ҳам тошмалар пайдо бўлиши мумкин (расм № 74).



Расм № 74. Дерматомиозит (юздаги тошмалар)

Дастлаб шишинқираган, куёшда куйганни эслатувчи, ёрқин, олов рангидаги эритема доғи пайдо бўлади. Бундан ташқари касалланган сохаларда кўп шаклли эксудатив эритемани эслатиб юборувчи уртикар

элементлар, пуфаклар, геморрагик элементлар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Баъзан терида оғриқ ёки қичишиш кузатилади (расм № 75).



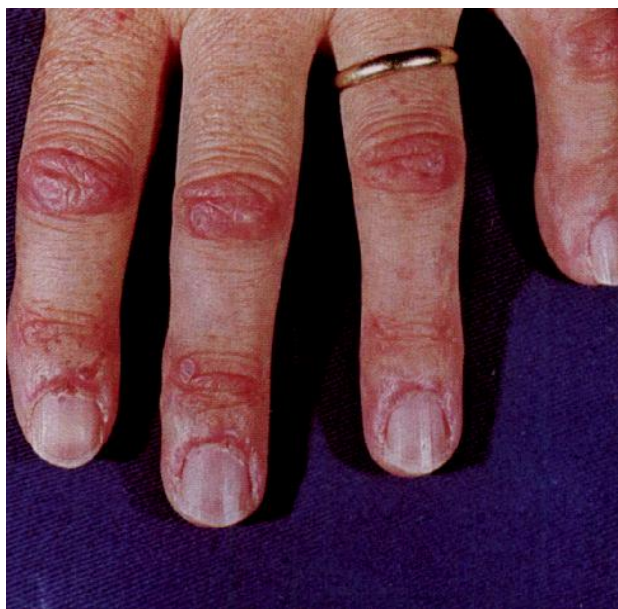
Расм № 75. Дерматомиозит (буйин соҳасидаги тошмалар)

Касаллик учун жуда характерли бўлган эритема доғи очик соҳаларда яхши ривожланган бўлади, куёш нури тушмайдиган соҳаларда эса (масалан иякнинг ости) яхши ривожланмаган, ёки умуман кузатилмайди. Эритема соҳаларида албатта шиш кузатилади, айниқса кўз косаси атрофида, юқори қовоқда бу ҳолат жуда яхши ривожланган бўлиб, “кўзойнак симптоми” деб аталади. Оғиз атрофида, қошлар соҳасида, бурун учида, пастки жағ соҳаларида эритема кузатилмайди. Шунингдек эритема доғи бўйиннинг ёнбош томони соҳасида, камроқ холларда кўлларнинг ташқи юзасида, тирсакда, кафтларнинг ташқи юзасида, оёқлар соҳасида тиззада, болдирда, тўпиқлар соҳасида учрайди. Баъзи холларда терида некротик ўзгаришлар ҳам кузатилади, эрозиялар ва яралар пайдо бўлади.

Айрим холларда эритема асносида бўйиннинг орқа юзасида, кўпинча эса кафт-фалангалар ва фалангаларро бўғимлар соҳасида (фалангаларнинг ўзларининг устида йўқ) майда лихеноидли папулалар пайдо бўлади, уларнинг ранги қизил бўлиб, юзаси силлиқ, шакли ясси, буларни Готтрон папулалари деб аталади, дерматомиозит касаллиги учун жуда хос бўлган элементлар ҳисобланади. Худди шундай папулалар кафтларнинг орқа юзасида ва тирноқлар атрофида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Дерматомиозит учун характерли бўлган белгилардан яна бири телеангиэктазиялардир.

Эритема ва шиш кузатилган сохаларда телеангиэктазиялар пайдо бўлади, улар жуда тез фурсатда, бир неча кун ичида конфигурациясини ўзгартирадилар, ёки йўқолиб, ўрнига янгилари пайдо бўлади. Аста секин касаллик ўчоғларидаги терининг манзараси ўзгариб боради.

Дастлаб озгина кузатилаётган кипиқланиш кучайиб боради, айниқса тирсак бўғимида, тиззада, кулоқ супрасининг учида кипиқланиш кучли ривожланади. Терининг ранги кўнғирсимон тусга киради, телеангиэктазиялар билан ўралган (чегараланган) бироз ичига ботган (атрофияга учраган), алебастр ёки фарфор рангидаги доғлар пайдо бўлади, депигментация ва гиперпигментация ўчоғлари хосил бўлади ва терида пойкилодермия манзараси кузатилади. Оғриқ чакирувчи паронихиялар, бармоқларнинг болишчаси устида капилляритлар юзага келади (расм № 76).



Расм № 76. Дерматомиозит (бармоқлардаги Готтрон тугунчалари)

Шиллиқ қаватлар зарарланиши мумкин, конъюнктивит, атрофик ринит, стоматит, ларингит, фарингит кабилар ривожланади.

Айрим беморларда дерматомиозитнинг клиник манзараси эритродермияни эслатиб юборади, бундай шаклини “Миляннинг миастеник эритредемаси” деб аталади (расм № 77).



Расм № 77. Дерматомиозит (бармоқлардаги Готтрон тугунчалари)

Тери билан бир вақтда, касалликнинг номидан кўриниб турганидек, мушкуллар ҳам зарарландилар, бу касалликнинг бошланғич давридаёқ яққол намоён бўлади.

Мушкулларнинг кучайиб борувчи камқувватлиги ва адинамия устивор аломатлардандир, беморлар тезда чарчаб қолишдан, елка камари ва сон соҳасидаги мушкуллардаги оғриқдан шикоят қиладилар. Скелет мушкултурасининг кўндаланг тарғил мушкуллари зарарланади, елка камари соҳаси, проксимал гуруҳ мушкуллари зарарланиши устивордир, аммо жараёнга ҳар қандай мушкуллар ҳам жалб этилиши мумкин. Беморлар у ёки бу даражадаги оғриққа, шикоят қиладилар, айниқса қўлларни ёки оёқларни пассив ёзилганда оғриқ янада кучаяди. Беморлар ювиниш учун, сочларини тараш учун, овқат истеъмол қилиш учун, кийиниш учун қўлларини кўтара олмайдилар (“кўйлак симптоми”). Бўйин мушкулларининг зарарланиши оқибатида ётган жойида бошни ёстикдан кўтариш имконини бермайди, юрганда ҳам бошни тик тутиб туrolмайдилар ва беморлар боши бироз ёнбошга оғиб туради. Беморлар ўтиришга қийналадилар, уларнинг юриши эса “ўрдак” юришига ёки матрослар юришига ўхшаб кетади, яъни юрганда оёқларини икки ёнбошга кенг ташлаб, секин юрадилар. Шунингдек беморлар пилапоядан кўтарилишга жуда қийналадилар (“пилапоя симптоми”), кўпинча

кўтарилолмай йиқилиб тушадилар. Мускуллар консистенцияси аста-секин қаттиқлашиб боради ва ёғоч даражасидаги қаттиқликкача боради. Узоқ вақт давом этган миозит оқибатида кўл ва оёқлар бироз букилган ҳолда фиксацияланиб қоладилар, тезда мускуллар контрактураси ва атрофияси ривожланади. Зарарланган мускуллар устидаги тери қизил тусда, зичлашган (қаттиқлашган), ялтироқ, худди склеродермиядаги каби, бурма ҳосил қилмайди. Кўпинча, айниқса болаларда мускулларнинг диффуз ёки ўчоғли кальцинози кўшилади. Болаларда кальциноз катталарга нисбатан 5 баробар кўп учрайди, болаларда кальциноз кўпинча касалликнинг прогрессга учраши билан бирга келади. Шунингдек кальциноз худди склеродермиядаги каби, тери ости ёғ қаватида ҳам учраши мумкин. Скелет мускуллари билан бир вақтда қобирғалараро, жағ (чайновчи), юмшоқ танглай, халқум, хиқилдоқ, қизилўнгач, диафрагма, юрак мускуллари ҳам зарарланадилар. Натижада висцерал-мускул синдроми келиб чиқади. Жағ мускуллари зарарланиши оқибатида беморлар қаттиқ овқатни чайнашга қийналадилар, жуда тезда чарчайди (чайнов мускуллари), чала чайналган овқатни ютишга мажбур бўладилар. Халқум мускуллари зарарланиши туфайли, овқатни ютиш қийинлашади, овқатланиш пайтида беморларда қақаб кетиш ҳоллари кўп учрайди. Хиқилдоқ мускуллари зарарланиши натижасида афония келиб чиқади. Қизилўнгач мускулларининг зарарланиши овқатни ошқозонга ўтказиш жараёнини қийинлаштиради, овқат туриб (тиқилиб) қолади. Қобирғалараро ва диафрагма мускуллари патологияси оқибатида нафас олиш юзаки бўлади, чуқур нафас олиш қийинлашади. Айрим беморларда теридаги ўзгаришлар мускуллардагидан аввал пайдо бўлади, 5% беморларда эса касаллик клиник жихатдан фақатгина мускуллар патологияси билангина чекланади (полимиозит).

Тахминан 20% беморларда шиллиқ қаватлар зарарланади. Кўпинча стоматит, хейлит кузатилади, баъзан эса эрозиялар, яралар, пурпуралар, лейкоплакияни ва қизил ясси темирткини эслатувчи тошмалар, атрофиялар учрайди. 12-18% беморларда касалликнинг бошланиш даврида ёки ундан

олдинроқ бўғимлар зарарланади. Тахминан худди шунча (12-18%) беморларда кўзнинг зарарланиши кузатилади: ретинит, птоз, страбизм, ирит, нистагм, экзофтальм ва бошқалар.

Дерматомиозитда ички аъзоларнинг- ошқозон ичак тракти, юрак-қон томир (миокардит, эндокардит, дистрофия), нафас аъзолари (ўпка, бронхлар патологияси, гипостаз, ўпка хаётий хажмининг пасайиши), асаб тизими (гиперестезия, оёқ ва қўлларнинг уюшиши, полиневритлар, артериал ва вегетатив дистониялар, жавлиш, психик бузилишлар), буйрак (нефрит) ва бошқаларнинг ҳам зарарланиши кузатилади. 50% беморларда талок катталашган, 1/3 беморларда эса жигар катталашган бўлади. Кам холларда суякларнинг остеопорози аниқланади, шунинг учун беморларни кортикостероид гормонлари билан даволаш жараёнида суякларга алохида ахамият бериш керак (остеопорозга). Ички аъзоларнинг юқорида санаб ўтилган патологиялари катталарга нисбатан болаларда кўпроқ учрайди, ҳамда уларда оғирроқ кечади (Л.К. Баженова ва бош., 1980).

Касалликнинг умумий аломатларидан беморларда яна тахикардия, кучли гипергидроз, сочларнинг тўкилиши, озиб кетиш, баъзан эса ёруғликка сезувчанликнинг ортиб кетиши кузатилади. Дерматомиозит билан оғриган беморларнинг юзлари кўпинча касалликнинг дастлабки давриданок худди йиғлагандек кўриниш олади, бу гипомимия натижасидир. Бунинг келиб чиқишига сабаб, юздаги шиш ажинларни четлаб ўтади (яъни ажинлар сохасида шиш кузатилмайди), натижада юздаги ажинлар чуқур эгатларга ўхшаб қоладилар, бундай кўринишни “карнавал ниқоби” деб атаганлар (Le Coulant, Texier). Худди юз мускуллари қисқарган холатда тургандек, юқори лаб- бурун бурмалари эса чуқурлашган, натижада беморнинг афтида гўёки хафагарчилик ва ночорлик уфуриб тургандек манзара кўринади, буни Schuermann ва Hornstein “йиғлоқилик холати” деб атаганлар.

Шарп синдроми.

1972 йили G.C. Sharp ва хаммуаллифлари бир вақтнинг ўзида системали қизил югурик, системали склеродермия ва дерматомиозитнинг

клиник манзараси намоён бўлган бириктирувчи тўқиманинг касаллигини кузатдилар. Бу касалликни кейинчалик Шарп синдроми деб атала бошланди. Шарп синдромининг энг характерли белгилари бўлиб артритлар ва артралгиялар ҳисобланади. Кафтлар ва бармоқлар шиши натижасида бармоқлар сосискани эслатиб юборадиган кўриниш оладилар. Кўпинча бу клиник манзара Рейно синдроми билан бирга келади. Қизилўнгачнинг ҳаракат (ютиш) функцияси бузилади. Бошқа ички аъзоларда ҳам ўзгаришлар кузатилиши мумкин, аммо буйрак ва асаб тизими жуда кам зарарланади, шунинг учун ушбу синдромнинг оқибати ҳам нисбатан унчалик оғир эмас. Теридаги аломатлар кўпинча дисксимон ёки системали қизил югуриқдаги каби бўлади, 7% беморларда теридаги ўзгаришлар склеродермияга ўхшаб кетади. Беморларда алопеция ва дисхромиялар кузатилиши мумкин. Касалликнинг умумий иммунологик белгилари бўлиб нуклеопротеинга нисбатан антитаначалар титрининг юқорилиги ҳисобланади.

Қўшимча текшириш усуллари.

Лаборатория таҳлили. Дерматомиозит учун хос бўлган ўзгаришлардан бири, қонни биохимиявий таҳлили натижасида аниқланадиган КФК (креатинфосфокиназа) фаолигининг ортишидир, бу аломат 65% беморларда кузатилади, мускуллар зарарланганлигининг энг ишончли белгиси ҳисобланади. Шунингдек фруктозодифосфатальдолаза ферменти фаоллигини ортиши 40% беморларда аниқланади. АсАТ (аспартатаминотрансфераза), ЛДГ (лактатдегидрогеназа), альдолаза ферментлари фаоллиги ҳам ортади. Креатинин миқдори камайиб кетади, креатин/креатинин коэффициенти эса ортиб кетади, бу коэффициент касаллик оғирлашганда янада ортади. Сийдик билан ажралиб чиқаётган креатин миқдори кескин ортган (суткасига 200мгдан ортиқ). ЭЧТ бироз юқори, кўпинча альбуминурия кузатилади, қон зардобидаги альбумин миқдори пасайган.

Электромиография. Электродлар қўйилганда юқори даражадаги қўзғалувчанлик, спонтан фибрилляциялар, псевдомиотоник разрядлар

(мускулларни механик қитиқлагандан кейин, юқори частотали ҳаракат потенциаллари залплари), мусбат потенциаллар (худди денервациядаги каби). Асаб ўтказувчанлиги бузилганда ёмон сифатли ўсмаларга гумон қилиш зарур.

ЭКГ. Миокардит аломатлари, қоринчалар ва бўлмачалар экстрасистоласи, атриовентрикуляр блокада.

Кўкрак қафаси рентгенограммаси. Фиброзловчи альвеолит кузатилиши мумкин.

Тери биопсияси. Эпидермис юққалашган, базал қаватнинг гидропик дистрофияси, дерманинг юқори қаватлари шиши, соч фолликулалари ва ёғ безларида дистрофик ўзгаришлар. Коллаген толалари бўккан, гомогенизацияга учраган, эластик толалар парчаланган. Оз миқдорда, асосан периваскуляр жойлашган, гистиоцитлар, лимфоцитлар, фибробластлар, плазматик ва семиз хужайралардан ташкил топган яллиғланиш инфилтратлари, эпидермис ва дерма чегарасида ҳамда юзаки қон томир капиллярлари атрофида ШИК-мусбат фибриноид чўкмалари, дермада нордон гликозаминогликанлар йиғиндиси. Тери ости ёғ клетчаткаси шишган, мукоидли дегенерацияга учраган, фиброз, баъзан кальциноз кузатилади, қон томирларининг ички девори қалинлашган, тромблар учраб туради.

Мускуллар биопсияси. Камқувватлик ёки оғриқ кузатилаётган елка камари, таз соҳаси, сон мускуллари биопсия қилинади. Гистологик текширувда: мускул толалари кўндаланг чизикларини йўқотган, мумсимон қуруқ некрозга учраган. Саркоплазманинг гиалинози, пролиферацияси, фрагментацияси, базофилия аниқланади, мускул толаларининг ҳар хил (донадор, вакуол) дистрофияси кузатилади, баъзан регенерацияловчи мускул толалари аниқланади. Интерстицияда лимфоцитлар, макрофаглар, гистиоцитлар, плазматик хужайралардан ташкил топган периваскуляр ёки диффуз яллиғланиш инфилтрати. Ювенил дерматомиозитда шунингдек васкулит аниқланади. Дерматомиозит касаллигидаги мускулларнинг

гистологик манзарасини бошқа коллагенозлар ва полимиозитдаги гистологик манзарадан фарқлаш мумкин эмас.

Диагнози ва дифференциал диагнози.

Касалликнинг типик клиник манзараси мавжуд бўлганда диагнозни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Шартли равишда касалликнинг катта ва майда белгилари фарқланади. А.П. Соловьева (1980) катта белгиларига қуйидагиларни киритган:

1. тери синдроми;
2. мускуллар синдроми;
3. гистологик текширувда аниқланадиган мускуллар зарарланиши;
4. трансаминаза миқдорини 50% дан юқори ортиб кетиши;
5. патологик электромиограмма.

Л.А. Исаева ва М.А. Жваниялар эса ювенил дерматомиозитда (болаларда) кальцинозни ҳам катта белгиларига киритганлар.

Касалликнинг бошқа аломатлари (юқори харорат, шиллик қаватлар, ўпка, юрак каби аъзолардаги ўзгаришлар) дерматомиозитнинг кичик белгиларига киритилган. Агар 5 та катта белгиларидан 3 таси, ёки 2та катта белгилар билан 2та кичик белгилар бир вақтда келса, дерматомиозит диагнози ҳеч қандай шак-шубҳасиз ҳисобланади. Лаборатория таҳлили натижаларидан трансаминаза, альдолаза, креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа каби ферментлар фаоллиги, креатинин миқдорининг камайганлиги холида креатинурия кузатилиши, сийдикнинг суткалик миқдорида креатин/креатинин коэффицентининг ортиши кабилар носпецифик бўлсада, жараённинг фаоллигини кўрсатиб берадилар, шунинг учун даволаш давомида муҳим аҳамиятга эгадир.

Дерматомиозитни системали қизил югуриқдан, склеродермиядан, Крисчен-Вебер панникулитидан, трихинеллездан дифференциация қилинади. Дерматомиозит клиник манзарасининг системали қизил югуриқка ўхшаш жихатлари кўп. Иккала касаллик ҳам терининг очиқ сохалари, таянч-харакат аъзолари зарарланишидан бошланади. Дерматомиозитдан фарқли равишда

системали қизил югуриқда эритема юз соҳасида бурун ва бетни қамраб олади, капалакни эслатади, ранги пушти қизил, шиш кузатилмайди, дерматомиозитда эса “кўзойнак симптоми” кўринишида бўлади, эритема ранги тўқ қизил. Кафт ва товонларда эса системали қизил югуриқда бармоқлар болишчаси соҳасида васкулитлар хисобига тошмалар пайдо бўлади, дерматомиозитда эса фалангаларо бўғимларда Готтрон тугунчалари кузатилади. Қизил югуриқда миозитлар кўп учрамайди, мускуллар қаттиқлашмайди ва уларда оғриқ кузатилмайди, ҳаракат чекланмайди. Ички аъзоларда эса қизил югуриқда ўзгаришлар жуда оғир ва эрта бошланади, кўпинча касалликнинг биринчи белгиси хисобланади, LE-хужайралари, антинуклеар омил топилади, ЭЧТ юқори, гипергаммаглобулинемия кузатилади.

Системали склеродермия биров дерматомиозитга ўхшаб кетсада, аммо унда ёрқин эритема, “кўзойнак симптоми” кабилар кузатилмайди. Склеродермия кўпинча акроцианоздан, Рейно синдромидан бошланади, кейинчалик дерматомиозитда учрамайдиган склеродактилия ривожланади, суякларда ўзгаришлар (деформация) кузатилади.

Вебер-Крисчен панникулити тўлқинсимон кечиши, тери ости ёғ клетчаткасида, асосан сон ва қорин соҳаларида тери билан бирикиб кетувчи, оғриқ берувчи тугунлар ҳосил бўлиши билан кечади. Баъзан бу тугунлар ёрилиб, чандиқ ҳосил қиладилар.

Трихинеллез овқатда чўчка ёки балиқ гўшти истеъмол қилингандан кейин ўткир равишда гастроэнтеритдан бошланади, юздаги шиш турғун эмас, касаллик узоғи билан 7-8хафта давом этади. Диагноз қўйишда лаборатория текшируви натижалари, яъни лейкоцитоз, комплементни бойлаш, агглютинация, преципитация реакцияларининг мусбатлиги ҳам ёрдам беради, ҳал қилувчи тест эса трихинеллез антигени билан тери синамаси қўйилганда мусбат натижа бериши хисобланади, анамнез хисобга олинади.

Прогрессияловчи мускул дистрофияси, тиреотоксик миопатия, оғир миастения каби касалликлардан дерматомиозитни дифференциация қилишда терида ўзгаришларнинг бўлмаслиги ёрдам беради.

Даволаш.

Дерматомиозит билан оғриган беморларни даволаш доимо комплекс равишда олиб борилиши керак. Бундан ташқари дерматомиозит ўсма касаллиги билан бирга келганми ёки йўқми, албатта аниқланиши керак. Касалликнинг паранеопластик вариантыда (яъни ўсма туфайли келиб чиққан бўлса), асосий эътибор ўсмани бартараф этишга қаратилади. Кўплаб олимларнинг (А.П. Соловьева, О.М. Виноградова) кузатувлари шуни кўрсатдики, ўсмани ўз вақтида бартараф этиш. дерматомиозит касаллигини узок йиллар давом этадиган ремиссиясига олиб келади. Дерматомиозитни даволашда асосий дори воситаси бўлиб, хозиргача кортикостероид гормонлари хисобланади. Асосан преднизолон препарати афзал деб қаралади, ёш болаларда эса кўпроқ урбазон қўлланилади. Триамцинолон (полькортолон) миастеник таъсир қилиш хусусиятига эга бўлганлиги туфайли, уни буюриш мумкин эмас, қарши кўрсатмага эга. Кўпгина олимлар томонидан аниқланиб, қайд этилганидек (Е.М. Тареев, А.И. Нестеров, А.Я. Сигидин, А.П. Соловьева), даволашни преднизолоннинг юқори дозасидан бошлаш керак - энг камида суткасига беморнинг 1кг. вазнига 1мг.дан берилади, агар самара кузатилмаса, дозани 1кг.га 1,5мг.гача кўтарилади. Аниқ намоён бўлган терапевтик самарадан кейин, аммо 1 ойдан илгари эмас, гормоннинг дозасини хар хафтада ¼ таблеткага пасайтириб борилади, кейин пасайтириш бошлангандан энг камида 3-4 хафта ўтгач, ушлаб турувчи дозага (бу доза суткасига 10-20мг.дан иборат) етказилади. Ушлаб турувчи дозани лаборатория тахлили (ферментлар фаоллиги, креатинурия, иммуноглобулинлар миқдори, ЭЧТ) натижаларини хисобга олган холда тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир (А.М. Жвания 1979; О.В. Агабабов 1982). А.П. Соловьева ушлаб турувчи дозани, касалликнинг клиник-лаборатория кўрсаткичлари бўлмаган тақдирда, энг камида 1 йил мобайнида

олиб бориш керак деб хисоблайди, кейин эса то препаратни тўхтатгунча хар ойда $\frac{1}{4}$ таблеткага камайтириб боришни тавсия қилади. Касаллик сурункали кечганда, преднизолон буюргунга кадар Т-активин, коллализин препаратларини қўллаш тавсия этилади (Т.А. Главинская ва бош., 1996). Кортикостероид дори моддалари билан бир вақтда, калий препаратлари, анаболик гормонлар (неробол, ретаболил), АТФ, кокарбоксилаза, витаминлар, оксигенотерапия, кальциноз кузатилса- натрий тутувчи комплексонийлар (трилон Б) буюрилади. Дерматомиозитни комплекс даволашда витамин “Е” нинг ахамияти катта. Бу витамин мускулдаги ўзгаришларга самарали таъсир қилади, буни ушбу витаминни узок вақт қабул қилинганда, креатуриянинг пасайиши ҳам тасдиқлайди. Суткасига 30-100мг.дан, курс учун 2 ой давомида буюрилади.

Мускуллар контрактурасининг олдини олиш учун эртароқ даволаш гимнастикаси, массаж, диадинамик тоқлар, фонофорез кабилар тавсия этилади, кейинчалик эса- парафинотерапия, балчиқли ванналар буюрилади. Адабиётларда цитостатикларни (G.M. Intz et al. 1971; N.Sonnichse et al.1984), иммунодепрессантларни (H.Kietsmann et al.1984) қўллаш яхши натижалар бериши хақида маълумотлар бўлсада, дерматомиозитни даволашда бу препаратлар кенг тарқалмади, асосий дори воситаси кортикостероидлар бўлиб хисобланади. Т. Фицпатрик ва хаммуаллифлари (1999) преднизолонни азатиоприн билан комбинацияда қўллаш жуда яхши самара беради деб хисоблайди. Азатиоприн суткасига 1кг. вазнга 2-3мг.дан буюрилади. Бундан ташқари шу авторлар, хар ойда вена ичига юқори дозада (1кг.вазнга 0,4г.хисобидан) иммуноглобулин юбориб туриш, ремиссияга олиб келадиган ва уни ушлаб турадиган преднизолон миқдорини камайтиришга имкон беради деб хисоблайдилар.

Дерматомиозитни комплекс равишда адекват даволаш қувонарли натижалар бериши мумкин. М.А. Жанузаков ва хаммуаллифлари (1986), 22 йил мобайнида 144 та дерматомиозит билан оғриган беморларни кузатдилар, улардан 114тасида касалликнинг идиопатик, 30тасида паранеопластик тури

аниқланган эди. Кузатув даврида улардан 42 таси вафот этган, шулардан 17таси идиопатик тури билан, 25 таси паранеопластик тури билан. Беморларнинг умумий гуруҳида 5 йил ва 10 йил давомида умр кўрганлар мос равишда 73% ва 66% ни ташкил қилган.

Диспансеризацияси ва профилактикаси.

Дерматомиозит билан оғриган беморлар барча коллаган касалликларидаги каби албатта диспансер назоратига олинади. Ушбу беморларга хар жабхада умумдавлат миқёсида ёрдам берилади. Буларга беморларнинг дерматолог (ёки ревматолог) назорати остида туриши, бепул даволанишни ташкил этиш, рационал равишда иш билан таъминлаш, агар керак бўлса ногиронликка ўтказиш қабилар киради.

Дерматомиозитни бирламчи профилактикаси беморнинг 1-даражадаги қариндошларига (фарзандлари) нисбатан ўтказилади. Гомозиготали эгизакларда, сибсларда ревматик касалликлар, қуёш нурига юқори сезувчанлик кузатилса, аллергияк ҳолатлар бўлса уларни диспансер назоратига олинади. Бундай хавфли гуруҳдагиларга совуқдан, УБН химояланиш, иммун препаратлари қабул қилмаслик, болаларга вакцинация ўтказишда жуда эҳтиёт бўлиш, аёлларга гормонал контрацептивлардан фойдаланмаслик тавсия этилади.

Иккиламчи профилактика касалликни қайталанишини олдини олишга, унинг оғир шаклларига ўтиб кетмаслигини таъминлашга, диагнозни эрта аниқлашга, босқичма-босқич адекват даволашга, диспансер назоратига олишга қаратилган. Касаллик биринчи марта аниқланганда ва унинг фаол даврида, стационар шароитида комплекс даво ўтказилади, кейинча даволашни амбулатория шароитида давом эттириш тавсия этилади ва диспансер назоратига олинади.

Диспансер назорати беморларга профилактик тадбирлар ўтказишни, ушлаб турувчи даволашни (гормонни) бемор қандай қабул қилаётганини назорат қилиб туришни ва керак бўлса уни коррекция қилишни, касалликнинг авж олганини эрта аниқлаб, ўз вақтида адекват даволаш

чоралари қўллашни таъминлаб беради. Беморлар ҳар кварталда бир марта дерматолог текширувидан ўтадилар, уларга қоннинг, сийдикнинг умумий тахлили, зарурат бўлса бошқа текшириш (ферментлар, креатинурия) усуллари ўтказилади. Куз-қиш ва баҳор ойларида беморларга витаминотерапия буюрилади, агар зарурат бўлса, бошқа дори моддалари ҳам буюрилади. Эрта баҳорда қуёш нурларининг таъсирини камайтириш мақсадида 2,5% ли никотинамид эритмасини 3-5мл.дан м/о га кунига бир мартадан 1 ой мобайнида юборилади. Унинг ўрнига теоникол ёки компламин препаратларини 1 ой мобайнида per os буюриш мумкин. Беморлар узок вақтдан бери ушлаб турувчи дозада кортикостероид гормонлари олаётганлиги туфайли, уларга калий тузлари, кальций тузлари, анаболик гормонлар буюрилади. Беморларни совуқ қотишдан, иссиқликдан, айниқса қуёш нурида товланишдан асраш керак, қуёш нуридан химоя қилувчи воситалар (хинолон препаратлари, нурдан химоя қилувчи кремлар) қўлланилади, вакцинотерапиядан сақланадилар. Беморларнинг хомиладор бўлиши мумкинми ёки йўқми, унинг умумий ахволини, касалликнинг қандай кечишини, ремиссия даврини, анализлар натижаларини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда ҳал қилинади. Режали амалга ошириладиган жаррохлик амалиётлари ҳам юқоридаги каби ҳал этилади. Дерматомиозит билан оғриган беморларни ҳар йили бир мартаба онкологик муассасада текширувдан ўтказиб турилади. Беморлар очиқ ҳавода, иссиқ цехларда ёки аллергиязацияловчи таъсири бўлган шароитларда ишлаши мумкин эмас, уларга мос келувчи иш билан таъминлаш талаб этилади, агар кўрсатмалар етарли бўлса, беморлар ногиронликка чиқариладилар.

Дерматомиозит касаллигининг оқибати умуман олганда жиддийдир. Кортикостероид гормонлари билан даволаш йўлга қўйилгунча 50% дан ортиқ беморлар бир неча ой ичида, асосан интеркуррент касалликлардан ёки ёмон сифатли ўсмалардан вафот этар эдилар. Гормонлар билан даволаш йўлга қўйилгач, касаллик оқибати бирмунча яхши томонга ўзгарди, 70% беморларда касалликнинг ремиссия бериши кузатилади. Касалликнинг

қандай кечишига қараб, оқибати ҳам ҳар хил бўлиши мумкин. Агар ёмон сифатли ўсма аниқланмаса, ёки ўпка зарарланмаса, оқибати яхши. Аммо беморларда, айниқса катта ёшдагиларда дерматомиозит бошлангандан кейин 2 йил ичида ёмон сифатли ўсма ривожланиши кузатилади, бундай ҳолатда касаллик оқибати жиддий бўлади. Кўпчилик ҳолатларда ўсма даволанса, дерматомиозит ҳам ремиссияга учрайди. Болаларда жуда кўп ҳолларда оғир асоратлардан ҳисобланувчи тери ости ёғ клетчаткасининг кальцинози кузатилади.

БОБ 5. ТЕРИ СИЛИ

Тери сили – сурункали инфекцион касаллик бўлиб, сил микобактерияси томонидан чақирилади.

Касаллик клиник кечиши одам аъзоизимининг умумий ҳолати, иммунитети, специфик аллергияси, ёши, ички аъзолар жароҳатланиш ҳолати, микобактериянинг организмга тушиш йўллари, улар сони ва вирулентлигига.

Касаллик чақирувчиси, туберкулёз таёқчаси, 1882 йил Р. Кох томонидан топилган бўлиб, олим томонидан кашф этилган туберкулин, специфик туберкулёзга хос аллергияни, хужайра иммунитетини ўрганишдаги аҳамиятини ҳозиргача ҳам сақлаб қолган.

Кейинги йилларда мустақилликка эришилгандан кейин Ўзбекистонда туберкулёзга қарши кураш чоралари умумдавлат миққиёсида олиб борилгани сабабли ички аъзолар (асосан ўпка) туберкулёзи, шу жумладан тери туберкулёзи билан касалланишни стабиллашувига олиб келди.

Шунга қарамасдан охириги йилларда СНГ давлатларида тери силининг чекланган турлари камайиши, аксинча диссеминациялашган тери сили шакллари кўпайиши кузатиляпти (Шаповал М.И, 1980, Довжанский С.И, ва б.).

Агар тери туберкулёзи асосан ёш болаларда учраган бўлса, кейинги йилларда катталарда кўпроқ учрайдиган бўлиб қолди. Масалан, К.Ворк, (1985 й.) 61 ёшли аёлда лихеноид туберкулёз волчанкасини, Р.Виннен (1981) 77 ёшли беморда тарқоқ жойлашган туберкулёз волчанкасини кузатганлиги ҳақида маълумотлар бор.

Тери силини камайишига қарамай, айрим давлатларда (Россия, Беларуссия), касаллар сони айникса болалар ва ўсмирлар орасида бир хил кўрсаткичларда турибди (Хаменко А.Б, 1996, Никитин О.И,1987). Ҳозирда кўпроқ касаллар узоқ вақт аниқланмаганлиги учун, кечиктирилган турлари (Чистякова И.А, 1990, Тихоморова Н.В, 1995) кузатиляпти.

Юқоридагиларни инобатга олиб, тери сили ҳамон учраб тураркан, касалликни олдини олиш чораларини ўрганиш талабалар учун долзарб масалалардан бири бўлиб қолаверади.

Этиологияси ва патогенези

Сил касаллиги сил таёқчаси - *Micobacterium tuberculosis* (Р.Кох 1882) спирт ва кислота таъсирига чидамли бўлиб, касаллик асосан одам тури орқали (*Micobacterium tuberculosis humonus*) чақирилади. Баъзан касаллик сил таёқчасининг хўкиз тури (*Micobacterium tuberculosis bovimus*), қушлар тури (*Micobacterium tuberculosis avium*) орқали чақирилиши ҳам мумкин. Микобактерия тўғри, бироз эгилган, баъзан бир хил, баъзан донатор таёқча шаклида бўлади, узунлиги 1-4 мкм, эни 0,2-0,6 мкм, учлари бироз юмалок қалинлашган бўлиб тугайди.

Туберкулёз таёқчаси спора ҳосил қилмайди, ҳаракатланмайди, Грам мусбат, Цил-Нильсон бўйича бўялганда қизил ранга бўялиб, кислота ва спирт таъсирида рангсизланмайди.

Туберкулёз таёқчаси полиморф характерга эга бўлиб, бу ҳолат узунлиги, энини узун қисқалиги, кислотага чидамлилигини ўзгариши, кокklar, филтрдан ўтувчи ва L-формалар ҳосил қилиши билан намоён бўлади. Микобактериялар терига асосан лимфоген, гематоген ёки per. Contituitatem, экзоген йўл билан тушади.

Теридаги патологик ҳолатни ривожланишида - организмга тушган кўзғатувчининг кўплиги, вирулентлиги, одам организмдаги иммун ҳолатига боғлиқ (Никитина В.С, 1986 й). Иммун ҳолатдаги Т-система организмнинг инфекция кўзғатувчисига нисбатан чидамлилигига таъсир қилувчи марказий звено ҳисобланади (Литвинов В.И, 1996).

Одам организмнинг носпецифик чидамлилигини сусайтирувчи сабаблар –ўткир инфекциялар, асаб тизимининг функционал бузилиши, эндокрин ўзгаришлар, биринчи навбатда қандли диабет, гиповитаминоз, ҳомилардорлик, кортикостероид ва цитостатик дорилар касаллик келиб

чиқишига туртки вазифасини ўташи мумкин. Тери силининг тарқоқ турлари ривожланишида организмнинг аллергик ҳолати катта роль ўйнайди. О.В.Литвинова, И.П.Соловьева (1972) аллергик ҳолатнинг морфогенезида қон томирлар ўзгаришлари (васкулитлар) ётишини кўрсатиб ўтишган.

Классификацияси

Тери сили касаллигининг синфларга бўлинишини ҳар хил олимлар турлича таклиф қилишган.

Ж.Дарье (1896 й.) томонидан таклиф қилинган классификацияда - чин туберкулёз ва туберкулоидларга бўлинган.

И. Н.Агапкин ва М.И. Багеловлар (1954) - классификацияси бўйича тери сили бирламчи ва иккиламчига бўлинади.

С.Т.Павлов (1969 й.) – тери силининг ҳамма тўрини чекланган (волчанка, сўгалсимон туберкулёз, скрофулодерма, ярали, туберкулёзли шанкр) ва диссеминациялашган (туберкулоидлар) лихеноид тери сили, папуло-некротик туберкулёз, индуратив эритема ва диссеминациялашган милиар волчанка шаклларига бўлади.

Ҳозирги вақтда асосан В. Н. Мордовцов ва М.И. Шаповал (1995 й.) – классификация қабул қилинган бўлиб, авторлар тери силини шартли равишда 2 гурпуага бўладилар:

1. Олдин туберкулёз инфекцияси бўлмаган беморлардаги тери сили бирламчи аффект (бирламчи комплекс): милиар туберкулёз, коллекватив туберкулёз (бирламчи гематоген скрофулодерма), БЦЖ-билан эмланган жойдаги бирламчи аффект.
2. Туберкулёз инфекцияси бўлган беморлардаги тери сили.
А) Кўпроқ чекланган характердаги шакллари: сил волчанкаси, сўгалсимон тери сили, скрофулодерма (лимфа тугунлар силига нисбатан иккиламчи), ярали тери сили.

Б) кўпроқ тарқоқ характердаги шакллари – папуло-некротик тери сили, индуратив эритема, олтинқулоқ темирatkиси, юзнинг милиар диссеминациялашган волчанкаси.

Клиникаси

Бирламчи тери сили: (туберкулёз шанкри, бирламчи туберкулёз аффекти). Тери силининг жуда кам учровчи тури бўлиб, олдин туберкулёз билан оғримаган одамларда учрайди. Касаллик асосан ёш болаларда, баъзан катта одамларда ҳам учраши мумкин.

Касаллик юқиши учун микобактериянинг вирулентлиги ва сонидан ташқари теридаги жароҳат (маиший травма, тирналиш, ҳашарот чақиши, яхши стерил қилинмаган игна билан укол қилиш, қулоқ тешиш, суннат қилиш) ҳам катта аҳамиятга эга. Жароҳат асосан қўл ва оёқ терисида кузатилади, баъзан оғизда, кўз конъюнктивасида ва жинсий аъзоларда (фаол ўпка сили билан оғриган беморлар балғами ва сўлаги орқали юққанда) жойлашиши мумкин (расмлар № 78,79,80,81).



Расмлар № 78,79,80,81 Тери сили

Касаллик юккач 3 хафтадан кейин, микобактерия кирган жойда каттик консистенцияли, кизгиш-жигаранг тугунча пайдо бўлади, тугунча тезда оғриксиз кечадиган юзаки пиодермияга ўхшаб кетадиган ярага айланади.

Пиодермиядан фарқ қилиб, атрофида ўткир яллиғланиш белгилари бўлмайди. Яра катталиги 1,5-2,0 см дан ошмайди.

Яра туби донадор, баъзан папиломатоз-веррукоз шаклида, йирингли ажралма билан қопланган чеккалари юмшоқ, емирилган бўлиб, қирғоқлари баъзан ясси силлиқ ёки инфильтрат кузатилиб, жароҳат шанкрсимон ёки эпителиомасимон кўриниш беради.

Агар бактерия чуқурроқ кирса, гиподермада тугунли инфильтрат ҳосил бўлиб, кейинчалик тарқаб скрофулодермага ўхшаб қолади. Яра ҳосил бўлгандан 2-4 хафта ўтгач лимфангит – регионар лимфаденит бирламчи туберкулёз комплекси кузатилади.

Лимфа тугунлар бошланишида оғриксиз, қаттиқ бўлиб, алоҳида-алоҳида жойлашган, ҳаракатчан бўлади. Кейинчалик бир-бири билан ва атрофидаги тери билан қўшилади, юмшайди ва скрофулодерма яраси каби яра ҳосил қилиб тешилади.

Бир неча хафта ёки ойдан кейин яралар чандиқ ҳосил қилиб битади ёки сўнг улар ўрнида дўмбоқчалар пайдо бўлиши мумкин.

Лимфа тугунлари оҳакланиб (бир неча ой ҳатто 1-2 йилдан кейин) кетади ёки касаллик тарқаб – папуло-некротик ёки милиар тери силига ўтади.

Тери силининг типик кечишидан, баъзан ҳар хил ўзгаришлар бўлиши мумкин. Агар организмнинг иммунитетини яхши одамлар терисига вирулентлиги камайган, кам миқдордаги бактерия тушса, жароҳат чекланган характерга эга бўлиб, бирламчи аффект шаклида тўхтайдиган, лекин яранинг тезда битиши ва лимфа тугунлар катталашмасдан ҳам кечиши мумкин.

Бундай параспецифик белгилардан бири, тугунли эритема шаклида намоён бўлиши мумкин.

Агар жароҳат оғиз шиллик қаватида бўлса, бирламчи аффект кичкина бўлиб сезилмаслиги ва бунга беморлар шикоятлари йўқлиги сабаб бўлиши мумкин.

Шунинг учун ёш болаларда лимфаденит белгилари кузатилганда туберкулёз белгиларидан бири деб ҳисоблаш керак.

Бодомча беши жароҳатланганда бирламчи аффект бир томонлама жойлашади. Панжа соҳасида паронихия белгилари каби, кўз конъюнктивасида эса яллиғланиш терига қараганда кучлироқ кечиши билан характерланади.

БЦЖ - билан эмланган жойларда кўпинча бирламчи аффект белгилари (сунъий бирламчи аффект), қонда туберкулёз волчанкасига ўхшаш, баъзан лимфа тугунлари катталаниши билан кечадиган скрофулодерма шаклидаги белгилари пайдо бўлади.

Айрим ҳолларда беморларга туберкулёзга хос аллергия ҳисобига, фигурали эритемали, лихеноид тери сили, ҳалқасимон гранулёма, тугунли эритемани эслатувчи, полиморф тошмалар тошади, бошланишда манфий бўлган туберкулин синамаси, кейинчалик мусбат бўлади.

Эмлаш натижасида пайдо бўлган жароҳат бир неча ой мобайнида битиб кетади. Агар лимфа тугунлар жароҳатланса специфик даво ўтказиш керак. Қасаллик оқибати, ўпка туберкулёзи билан оғриган беморлар каби бўлади.

Ўткир милиар диссеминациялашган тери сили

Тери силининг кам учрайдиган тури бўлиб, диссеминациялашган оғир кечувчи милиар туберкулёз беморлар қони орқали микобактерияларни терига тушиши натижасида келиб чиқадиган қасаллик.

Теридаги тошмалар полиморф характерга эга бўлиб, беморларга ўткир, ним ўткир кечувчи бадан ва қўл-оёқлар терисига симметрик жойлашган майда доғли-тугунчали қизгиш-жигарранг ёки кўкимтир рангли, пустулёз, везикулёз, қонли элементлар ҳамда тери остида жойлашган тугунли гуммасимон тошмалар тошади.

Айрим элементлар эрозияга айланиб юзаси қонли қалоқ билан қопланган бўлиб, папуло-некротик туберкулёзни эслатади.

Жароҳат ярали-некротик шаклда, шу жумладан товоннинг чеккаларида (майда артериолаларни туберкулёз микобактерияси билан эмболияси ҳисобига) симметрик гангреноз шаклида кузатилади.

Баъзан шиллиқ қаватлар жароҳати кузатилади. Бунда жароҳат ўчоғи, сурункали ярали ва инфилтратив атрофик ҳолда учраши мумкин.

Туберкулин синамаси манфий.

Туберкулёзни бу формаси, асосан қувватсизланган гўдак болаларда учрайди. Касаллик оқибати беморда ички аъзолар туберкулёз касаллигини кечишига боғлиқ. Даволанмаса ўпка ва бошқа аъзолардаги туберкулёз инфекцияси тезда авж олиб кетиши мумкин. Сурункали формаси оқибати яхши натижа билан тугаши мумкин.

Колликватив тери сили

Синоними: (бирламчи скрофулодерма, скрофулёз гумма, гематоген скрофулодерма, туберкулёзли гумма).

Колликватив тери сили - терининг чуқур қаватларида териости ёғ клетчаткаси (гиподермада), тезда юмшаб, ярага айланувчи тугунлар пайдо бўлиши билан бошланади.

Туберкулёз гуммасини биринчи марта Люголь ёзган бўлиб, Базен уни туберкулёзга боғлиқлигини гумон қилган бўлса, Бенъе бу касалликни тери сили касалликлар гуруҳига киргизган.

Ядассон бу касалликка тери колликватив сили деб ном берган. Скрофулодерма - кўп учрайдиган касаллик бўлиб, ҳамма тери сили касалликларини 10-15% ни ташкил қилиб, тери волчанкасидан кейин туради.

Касаллик кўпроқ ўпка ва бошқа ички аъзолардаги сил ўчоқларидан таркалади (бирламчи скрофулодерма), баъзан касаллик жароҳатланган лимфа тугунларидан, суяк бўғинлардаги оқма яралардан контакт йўли билан юқиш (иккиламчи скрофулодерма) мумкин.

Клиникаси

Бирламчи скрофулодерма дерманинг чуқур қавати ёки гиподермада – томирлар йўналиши бўйича жойлашган бир нечта шарсимон, диаметри 1-3 см

лик, тугунлар ҳосил бўлиши билан бошланади. Бошланишда тугунлар қаттиқ консистенциялик, ҳаракатчан, бир-бири билан остидаги тери билан боғлиқсиз ва оғриқсиз бўлади. Устидаги тери ўзгармаган, кейинчалик тугунлар катталашиб атрофидаги тўқималар ва тери билан қўшилиб, ҳаракатчанлигини йўқотади, устидаги тери кўкимтир-бинафша ранга киради (расмлар № 82,83).



Расмлар № 82,83. Колликватив тери сили

Вақт ўтиши билан тугунлар юмшаб, устидаги тери юпқалашиб флюктуация ривожланади ва бир ёки бир нечта жойдан тешилиб (свищ) кўп тешикли яралар пайдо бўлади.

Яраларни қирғоқлари чуқур ва юмшоқ, нотеккис, осилиб турган бўлади ва тезда қон, некротик хужайралар қўшилиб, кўп миқдордаги йиринг ажралиши кузатилади. Яралар ўз-ўзидан битиши мумкин. Бунда кўпинча жароҳатнинг тепа қисмида чандиқ ҳосил бўлса, пастки қисмида янги скрофулодермияли тугун ҳосил бўлади. Яралар битиб, нотекис, кўприксимон, чўнтаксимон чандиқлар пайдо бўлади. Баъзан келлоид чандиқлар бўлиб, О.Н.Подвысоцкая бундай чандиқлар скрофулодермага иккиламчи йирингли инфекция тушганда кузатилади деб ҳисоблайди.

Бирламчи скрофулодермада, иккиламчидан фарқ қилиб, ташқи кўринишида, ҳамда пальпацияда касаллик ўчоғининг лимфа тугунлар жароҳати ёки суяк-бўғимлар оқма яралар билан боғлиқ эмаслиги кузатилади. Шунинг учун бирламчи скрофулодерма дейилади.

Иккиламчи скрофулодермада-теридаги касаллик иккиламчи, яни зарарланган лимфа тугунлари, ёки суяк ва бўғинлардаги туберкулёзидаги оқма яралардан чиққан суюқлик орқали ўтиши мумкин.

Иккиламчи скрофулодерма клиникаси, бирламчи скрофулодермадан кам фарқ қилади, лекин жароҳат чуқур бўлганлиги сабабли яра ҳам чуқурроқ жойлашади. Жароҳатланган лимфа тугунлар билан боғлиқ бўлганлиги сабабли тубидаги оқма яра йўллари лимфа тугунларга қараб юради. Яра ўрнида ҳосил бўлган чандиқлар тортилган, остидаги тўқималарга ёпишган, нотеккис, кўприксимон бўлади.

Айрим ҳолларда скрофулодерма гуммаси атрофига бириктирувчи тўқималар ўралиб, капсула ҳосил қилади, бундай ҳолларда тўпланган йиринг капсулага ўралган бўлиб, узоқ вақт тешилмасдан, яра ҳосил қилмасдан сақланиб қолади.

Болаларда колликватив тери сили, катталардан фарқ қилиб, кўп миқдорда бўлади. 6 ёшгача бўлган болаларда (56,4%) кўпроқ бирламчи скрофулодерма, 10 ёшдан кейин эса кўпроқ (53,2%) иккиламчи скрофулодерма кузатилади.

Иккиламчи скрофулодерма кўпроқ бўйин, жағ ости, ёнок, умров суяги устида, остида, кўкрак ва бўғинлар соҳасида шунингдек кўл ва оёқ соҳаларида жойлашиши мумкин.

Беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб айрим ҳолларда интоксикация белгилари, озиб кетиш, бўшашиш, кечкурунлари субфебриль иситма чиқиши кузатилади.

Умумий қон анализида гипохром анемия, лейкоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Туберкулин реакцияси скрофулодерма билан оғриган беморларда 88,8% ҳолатларда мусбат бўлади.

Дифференциал диагностика - қуйидаги касалликлар билан ўтказилади:

1. Сифилитик гумма.
2. Споротрихоз гуммаси.
3. Актиномикознинг ярали шакли.

4. Базеннинг индуратив эритемасы.
5. Вульгар эктима.
6. Гидраденит.

Фунгозли тери сили

Бу ўзига хос клиникага эга бўлган тери силини айрим олимлар (О.Н.Подвысоцкая ва бошқалар) колликватив тери сили турига, бошқалар эса туберкулёз волчанкаси ёки суяк-бўғин туберкулёзи турига киргизганлар.

Касалликни икки хил – диссеминациялашган ва чегараланган турлари тафовут қилинади.

Тарқоқ турида - замбуруғсимон микозни эслатувчи тарқоқ шаклдаги тугунлар пайдо бўлади.

Чекланган турида касаллик белгиси – скрофулодерма ёки сўгалсимон туберкулёзга ухшайди.

Жароҳат асосан оёқда (болдир ва товонда) учрайди. Жароҳат ўчоғида асосан шишсимон, худди замбуруғ шляпасини эслатувчи, қалоқ билан қопланган оқма яралар ҳосил қилса, бошқа ҳолатда - бош мия чуқурларига ўхшаш эгатчалар ҳосил қилади. Улар юмшоқ консистенцияли, баъзан қаттиқ бўлади. Жароҳат юзасидаги тери кўкимтир-қизил рангда бўлади.

Фунгозли туберкулёз секин, узоқ вақт сўринкали кечади.

Сил волчанкаси

Синоними: сил югуриги, люпоид тери сили, вульгар волчанка

Сил волчанкаси - тери сили касалликлари орасида кўп учрайдиган тури бўлиб, ҳамма тери сили касалликларини 50-75% ташкил қилади. Клиник жиҳатдан, ўзининг узоқ ва оғир кечиши, специфик давога чидамлилиги билан ҳамма тери сили турлари ичида биринчи ўринда туради.

Волчанка номи узоқ вақтлардан бери, халқ орасидаги атамадан сақланиб қолган. Мандарун (XIV асрда) – табирича теридаги бундай кўриниш «худди қонхўр бўри ғажиб ташлаган оёқни эслатади».

1822 йил Р.Кох - волчанка касаллигининг келиб чиқиши туберкулёз таёқчасидан эканлигини исботлади.

Касаллик кўзгатувчиси терига лимфа ёки қон орқали жароҳатланган аъзолардан (ўпка, лимфа тугунлари ва бошқалар) тушади.

F.Ehring ва H.Zuck (1969 й.) лар текширилган беморлардан 30% да ҳўкиз туридаги микобактерия топишган. О. В. Литовченко (1955) ҳам текширилган касалларни 97% да лимфа тугунлар катталашганлигини аниқлаган.

Клиник шакллари – касалликни асосий бирламчи элементи - люпома-дўмбоқча чуқур жойлашиб, бошланишда сариқсимон-қизил ёки сарғиш жигаррангли бўлиб, консистенцияси юмшоқ, майда 2-5 мм катталиқдаги, аниқ чегарали доғ бўлиб кўринади.

Бир неча ойлар ўтиб, яллиғланиш кучаяди ва дўмбоқчалар тери сатҳидан аниқ кўтарилиб кўзга ташланиб турадиган бўладилар. Дўмбоқчаларни пайпаслаб кўрилганда юмшоқ консистенцияли бўлиб улар одатда оғриқсиз кечадилар. Вақт ўтиши билан дўмбоқчалар катталашиб, бир-бири билан қўшилиб кетиши мумкин.

Дўмбоқчани буюм ойнаси билан босиб кўрилса (диаскопия усули), яллиғланиш ўчоғидаги қон томирлар торайиб қонсизланганлиги оқибатида, тошмалар ранги ўзгаради ва сарғиш-қизил рангли дўмбоқчалар кўпроқ оқиш-сарғиш кўринишга эга бўлади ва «куйган шакар ёки олма желесини» эслатади (**олма желеси симптоми**).

Иккинчи туберкулёзга хос симптом - Пospelов симптомини (зонд тушиб кетиш симптоми) аниқлаш учун, ўтмас зонд билан дўмбоқча маркази босилганда, бемор терисидаги коллаген ва эластик толалар казеоз парчаланганлиги сабабли, зонд эпидермисдан ўтгандан кейин, қаршилиқсиз терига осон кириб кетади.

Бу симптомлар беморларга диагноз кўйишда катта аҳамиятга эга.

Сил волчанкасининг клиник кўриниши ҳар-хил бўлиб, буларни билиш, беморга тўғри диагноз куйишда катта аҳамиятга эга.

Асосан касаллик икки хил (ясси ва ярали) турлари мавжуд бўлиб, ҳар иккаласининг ҳам бир неча турлари бор.

Сил волчанкасининг ясси (*lupus vulgaris planus*) – шаклида теридаги люпома ва пилакчалар (бляшкалар) меъёрдаги (нормал) тери сатҳидан деярли кўтарилмайди ёки сал пал кўтарилади (расмлар № 84,85).

Дўмбоқчалар узок вақт бир хил ҳолатда ўзгармасдан сақланиб қолади ва жуда секин ривожланади. Элементлар жуда кам ҳолатларда якка жойлашади. Асосан атрофга қараб катталашиб, бир-бири билан қўшилиб, ҳар хил катталиқдаги ва шаклдаги пилакча (бляшка) ҳосил қилади. Баъзан марказда катта пилакча (бляшка) атрофида майда элементлар кузатилади (*l.v. corymbiformis*).



Расмлар № 84,85. Сил волчанкаси.

Ясси волчанкани бир неча турлари мавжуд:

1. Дўмбоқчали тури (*lupus vulgaris tuberosus*).

Сил волчанкаси элементлари тери сатҳидан юқорига қараб ўсиб, тери сатҳидан анча кўтарилган юмалоқ шаклдаги дўмбоқчага айланади.

2. Шишсимон тури (*lupus vulgaris tumidus*) – бу турида катталашган дўмбоқча (бляшкалар) юмшоқ, сарғиш-кўнғир рангли юмалоқ шишлар ҳосил қилади. Шишсимон тури кўпроқ бурун, кулоқ супраси терисида, баъзан бошқа жойларда ҳам учраши мумкин.

Дўмбоқчали ва шишсимон турлари алоҳида учраши мумкин, шу билан бирга ясси волчанка дўмбоқчалари ва пилакчалари (бляшкалари) бир вақтда учраши мумкин.

Люпомалар юзаси бошланишида силлик, ялтироқ, кейинчалик мугузланиш жараёнини бузилиши натижасида кулранг-оқиш, осон кўчадиган тангачалар пайдо бўлиши мумкин (*lupus vulgaris exfoliatus*). Баъзан тангачалар кучли ривожланган бўлиб пластинкасимон бўлади ва псориаз касаллигидаги тангачаларни эслатади (*lupus vulgaris psoriasiformis*).



Расм № 86. Сил волчанкаси

Айрим ҳолларда гиперкератознинг тез ривожланиши натижасида дўмбоқчалар юзасида сўгалсимон ўсимталар ҳосил бўлади (*lupus vulgaris verucosus*).

Ясси волчанкадаги дўмбоқчалар ва бляшкалар яра ҳосил қилмасдан куруқ битиш йўли билан сўрилиб, йўқолиб ўрнида чандиқли атрофия қолдиради (расм № 86).

Чандиқли атрофия ўчоғининг териси нозик, юпқа худди ғижимланган папирос коғозидек бўлиб ялтираб туради.

Кейинги асосий клиник шаклларида бири, ярали волчанка - *lupus vulgaris ulcerosus*.

Касалликни бошланишида жароҳат ўчоғидаги терида дўмбоқча ёки пиллакча бўлиб, ташқи муҳит таъсирида ёки бемор иммунитетининг сусайиши натижасида секин, баъзан тезда ярага айланади. Жароҳат юзасида чеккалари юмшоқ, нотеккис, оғриқсиз, тез қонайдиган юзаки яралар ҳосил бўлади.

Жуда кам ҳолатларда яра атрофидаги ва остидаги тўқималарга тарқаб чуқур емирилишларга олиб келади. Люпоз инфилтратининг терини чуқур катламларига ўтиши ва катта яралар ҳосил қилиши юз терисининг айрим

қисмлари (бурун учи ва чеккалари, кулоқ супраси ва бошқа жойларда) емирилиб тушиб кетишига олиб келади.

Агар жароҳат суяк-бўғин туберкулёзи билан бир вақтда кечадиган бўлса оёқ ва кўл панжаларида жойлашса (*spina ventusa*) суяклардаги ўзгариш натижасида битта ёки бир нечта панжалар фалангларини емирлиб тушиб кетишига олиб келади. Волчанкани бу тури мутиляцияланувчи (*lupus vulgaris mutilaus*) тури деб аталади.

Ярали волчанкани эксудатив турида - люпоз инфилтрат ичкарига тарқаб, тери сатҳидан юқорига кўтарилмайди. Унинг юзасидаги тери, шишган, қизарган, ярали бўлади. Яра устидаги экссудат кўп миқдорда бўлса, куриб қалокка айланади ва жароҳат юзасини тўлиқ қоплайди (*lupus vulgaris crustosus*).

Агар яра юзасига иккиламчи йирингли инфекция кўшилса импетигосимон тури ривожланади (*lupus vulgaris impetiginosus*).

Баъзан тери ва эпителий асосидаги бириктирувчи тўқималар ўсиши натижасида юмшоқ папиломатоз ўсимталар ҳосил бўлади - *lupus vulgaris hypertrophicus s. Papillamatosus*.

Касалликнинг кам учрайдиган турига эритематоз волчанкасимон тури киради. Бунда майда жароҳат юзасига қаттиқ ёпишиб турган оқиш тангачалар билан қопланган эритематоз элементларни қўшилиши натижасида жароҳат ўчоғидаги (айникса юз соҳасида) кўриниш қизил волчанкани эслатади. Бу қизил волчанкани эслатувчи туберкулёз волчанкаси дир.

Асосан касалликда жароҳат ўчоғи битта ёки бир нечта бўлади, фақат диссеминациялашган вариантда, атипик тарқоқ папулёз - лихеноид, ва инфилтратив тошмалар бўлади. Баъзан диссеминациялашган тугунчали тошмалар ёш болаларда учраб, инфекция касалликлардан кейин кузатилади (*lupus vulgaris pestexan-thematicus*).

Волчанкани кечишидаги ҳозирги вақтдаги асосий хусусиятлари, клиник белгиларининг кам билиниши натижасида, кеч аниқланиши кузатилмоқда.

М.И.Шаповални (1980 й.) кузатишича 44,8% касалларда диагноз 5 йил ва ундан кейин қўйилган.

Касалликнинг ҳар хил клиник кўринишига қарамасдан, охирида диагноз қўйилган жароҳат ўчоғида чандиқ ҳосил бўлади.

Чандиқлар юпка, силлиқ, юзаки, олдин пигментланган, кейинчалик депигментли, папирос қоғозини эслатади. Волчанка чандиғига хос белгилардан яна бири чандиқ юзасида янги люпомалар ҳосил бўлишидир.

Жароҳатлар жойлашиши: Сил волчанкасининг асосий жойлашиш соҳаси юз териси бўлиб, олимларни кузатиши бўйича 72-75% ҳолатларда учрайди.

Юзда кўпинча бурун, устки лабда жойлашади. Бу ерларда касалликнинг гипертрофик-яралли шакллари бўлиб, булар ёш болалар ва катталарда юмшоқ тўқима ва бурун тўсиқларини емириб, чандиқ билан битади.

Лекин сил волчанкасини бу турлари ҳозир деярли учрамайди.

Пешона ва ёноқларда асосан ясси шакли учрайди. Жағ ости, бўйин соҳаларида эса скрофулодермадан кейин чандиқ юзасига люпоз дўмбоқчалар тошади.

Тана терисида кўпинча диссеминациялашган ясси волчанка, кузатилса панжалар ва товон соҳасида сўгалсимон волчанка учрайди.

Шиллиқ қаватлар волчанкаси

Сил волчанкаси фақат терини жароҳатламасдан, балки юқори нафас йўллари ва оғиз шиллиқ қаватларини ҳам жароҳатлайди.

Кўпинча жароҳат олдин терида бўлиб, кейин шиллиқ қаватга ўтади. Баъзан жароҳат фақат шиллиқ қаватда кузатилади.

Худди тери каби, шиллиқ қаватларда ҳам игна тугма бошчасидек келадиган дўмбоқчалар ҳосил бўлиб, кейинчалик улар қўшилиб ҳар-хил катталиқдаги бляшкаларни ҳосил қилади.

Люпоз инфилтратли пилакчалар учун-сарғиш қизил рангли, майда донадорлик характерлидир.

Волчанка пилакчалари, юзаки, оғриқсиз, тез қонайдиган, юзасида майда донатор элементли яраларга айланади (расм № 87).



Расм № 87. Шиллик қаватлар волчанкаси

Иммунитети пасайган беморларда пайдо бўлган яралар шиллик қаватларнинг чуқур катламига ўтиб, тоғайларни ҳам жароҳатлайди ва бурун тўсиқларини тешилишига олиб келади.

Касаллик бошланишида симптомлари унча билинмаслиги сабабли, ўз вақтида аниқланмайди. Беморлар узоқ тумов, бурундаги қалоққа шиллик қаватлар тез қонашга шикоят қилиб юрадилар ва Лор врачларига мурожаат қиладилар. Кейинчалик люпоз инфилтратнинг ўсиши ва бурун йўллариининг торайиши натижасида нафас олиш қийинлашиб, беморлар оғиз билан нафас олишадилар.

Оғиз шиллик қаватининг жароҳатланиши 18-30% гача беморларда кузатилади. Кўпинча мулклар, юмшоқ ва қаттиқ танглай, кичик тилча жароҳатланади. Тил жуда кам ҳолларда зарарланади.

Ҳозирги вақтда сил волчанкаси билан шиллик қаватлар жароҳатланиши деярли кузатилмайди.

Асоратлари. Сил волчанкасини кўп учрайдиган асоратларидан бири бу ялиндир. Ялин бу кўпинча оддий ялинга ўхшаб кетади, лекин температура унча баланд бўлмайди, интоксикация белгилари камроқ касаллик қайталаниб туради, баъзан унча баланд бўлмаган иситма чиқади. Кўпроқ юқори лабда ва оёқларда кузатилади.

Иккинчи ўринда – шиш аниқланади. Кўпинча ялин катталашганда пайдо бўлади, айрим ҳолларда волчанкани ўзида лимфа томирлари ва тугунлари жароҳатланиши натижасида келиб чиқади.

Энг оғир асоратлардан бири бу волчанка ўчоғида инфилтрат ёки чандикдан кейин рак ярасини ривожланишидир.

Lupus carcinoma-олимлар кузатишича 1% дан 10% гача учрайди. Асорат кўпроқ ёши ўтган, узок вақт оғриб юрган беморларда, рентгенотерапиядан кейин асосан юз соҳасида кузатилади. Эркакларда аёлларга қараганда кўпроқ учрайди.

L.carcinoma – бошқа раклардан фарқ қилиб тез ривожланади ва оқибати яхши эмас.

L.carcinoma - сил волчанкаси инфилтрати ёки чандиғи юзасида яллиғланмаган шиш пайдо бўлишидан бошланиб, тезда емирилиб ярага айланади пальпацияда яра қаттиқ, чеккалари қайрилган бўлади (расмлар № 88,89).



Расмлар № 88,89. Lupus-carcinoma

Сил волчанкаси турли клиник кўринишда бўлганида ҳам регионар лимфа тугунлар яллиғланиб, катталашиб, бир-бири билан боғланиб қолади ва бемор оғриқ сезади.

Кечиши: сил волчанкаси ёшлиқдан бошланиб, кўп йиллар (10-50 йилгача) давомида сурункали, вақти-вақти билан фаоллашиб кечади.

Волчанка кечиши - касал организмнинг иммунобиологик ҳолати, организмда қаршилиги, ҳамда организмдаги умумий туберкулёз инфекциясининг кечишига боғлиқ.

Пирке реакцияси 1%, 5% ва 10% ли туберкулин билан 88,6% ҳолларда мусбат бўлади.

Сил волчанкасини қуйидаги касалликлар билан дифференциация қилинади:

1. Учламчи захмдаги дўмбоқчали сифилид.
2. Мохов.
3. Дўмбоқчали тери лейшманиози.
4. Сурункали чуқур микозлар - спортирихоз, бластамикоз.
5. Псевдомикоз – актинамикоз.
6. Сил волчанкасининг ярали импетигиноз шаклини сурункали пиодермия билан.
7. Эритематозли сил волчанкасини қизил волчанка билан.
8. Псориазсимон сил волчанкасини - псориаз билан дифференциация қилиш керак.

Сил волчанкаси учун характерли белгилар:

1. Беморнинг умумий аҳволи ва ташқи кўриниши.
2. Ички аъзолар туберкулёзи.
3. Теридаги дўмбоқчалар ва уларда «олма желеси, зонд» симптомларини мусбатлиги.
4. Тери биопсиясидаги ўзгаришлар (гранулёма, казеоз некроз).
5. Сил микобактерияларини топилиши.

Шу белгиларга асосланиб, юқоридаги касалликлардан фарқ қилинади.

Сўгалсимон тери сили

Тери силининг бу турига 1880 йил Рил ва Пальтауф (Richl, Paltauf) томонидан Сўгалсимон тери сили деб ном берилган.

Уларгача бу касаллик Горди ва Андерсонлар (Hardy, Anderson) томонидан ҳар-хил номлар билан ёзилган эди (расм № 90).



Расм № 90. Сўгалсимон тери сили

Сўгалсимон тери сили, сил волчанкаси, скрофулодермага нисбатан камроқ учраб, эркакларда аёлларга караганда кўпроқ учрайди. Касаллик ўпка ва ичаклар туберкулёзининг очик шакллари (формалари) билан оғриган беморларда, ҳамда ветеринар врачлар, хирурглар ва касалланган хайвонларга қаровчилар, қассобларда кўпроқ учрайди.

Касаллик асосан хўкиз туридаги микобактерия томонидан чақирилади. Жароҳат ўчоғи кўпинча қўл панжаларининг ташқи томонида (кўпроқ 1-2 панжалар) ва товонда жойлашади. Терининг бошқа соҳаларида камроқ учрайди.

Клиникаси. Касаллик жароҳат ўчоғида пушти - кўкиш, кулранг қизил рангдаги, атрофи ингичка яллиғланиш ҳалқаси билан ўралган оғриқсиз, майда тугунчалар тошиши билан бошланади.

Элементлар бир-бири билан қўшилиб кўп қиррали, юзаси юпқа тангачалар билан қопланган бляшкалар (пилакчага) га айланади.

Касаллик секинлик билан ривожланиб, йиллар мобайнида сони ва катталиги жиҳатдан кўпайиб, бир-бири билан қўшилиши натижасида ҳосил бўлган яллиғ, сўгалсимон, баъзан папилломатоз жароҳатга айланади. Жароҳат ўчоғи соғлом теридан аниқ ажралиб туради, ҳамда кўнғир-қизил рангли, юзаси ғадир-будир, марказида ёриклар, ариқчалар, шохсимон ўсимталар бўлиб, атрофи эса кўкиш-қизил инфилтратив ҳалқа билан ўралган бўлади.

Жароҳат ўчоғи маркази босиб кўрилса, бир томчи йиринг чиқиб, бу йирингда микобактерия топилиши мумкин. Жароҳат ўчоғи қаттиқ консистенцияли, яқка жойлашган бўлиб, баъзан атрофида янги элементлар пайдо бўлади ва улар бир-бири билан қўшилади.

Кейинчалик элементларнинг кайтиши марказдан кузатилади. Бунда жароҳат ўчоғи теккисланиб, юзасидаги шохсимон ўсимталар сурилиб кетади ва ўрнида оқиш чандиқ ҳосил қилади.

Сил волчанкасида фарқли равишда, тери силининг бу турида чандиқ юзасида янги элементлар пайдо бўлмайди.

Кам ҳолларда, иккиламчи инфекция натижасида экссудация кучайганда регионар лимфа тугунлар катталашади.

Баъзи ҳолларда келоид, склеротик, деструктив, вегетацияланувчи (фунгоз) жароҳат ёки верукоз туберкулёзли волчанкасимон жароҳат кузатилади.

Сўгалсимон тери сили асосан бўғимда, болдир, думба соҳаларида учрайди. Аутоинокуляция натижасида сўгалсимон тери сили перианаль, (ярали-вегетацияланувчи ўзгариш) жойлашиши ҳамда *per contituitatem* туберкулёз билан жароҳатланган бўғим ва суяклардан ўтиши мумкин.

Сўгалсимон тери силининг клиник турларидан бири анатомлар дўмбоқчаси (мурда дўмбоқчаси) дир. Бу асосан профессионал касаллик ҳисобланиб, травмадан кейин инфекция кирган жойда майда, оғриқсиз, жигарранг-қизил рангдаги, юзаси тангачалар билан қопланган қаттиқ тугунча пайдо бўлади. Элемент тезда катталашиб, дермал инфилтрат ҳисобига қаттиқлашиб, юзасида верукоз ўсимталар пайдо бўлиб, терига қаттиқ ёпишган қалоқ билан ажралиб туради, тугунчалар атрофга қараб ҳар-хил катталашганлиги сабабли серпигинацияланувчи кўриниш ҳосил қилади. Айрим ҳолларда лимфангоит белгилари учраб, жароҳат тарқаб кетиши мумкин. Яра битиб ўрнида юзаки чандиқ қолади.

Касаллик асоратларидан – асосан специфик лимфангоит учрайди.

Дифференциал диагностикаси

Сўгалсимон тери силини қуйидаги касалликлар билан дифференциация қилинади:

1. Сўгалсимон туғма ҳол.
2. Қизил ясси темиратки - сўгалсимон тури.
3. Сурункали ярали пиодермия.
4. Сифилитик - вегетацияланувчи папула.

Киёслаш вақтида - касалликнинг умумий белгилари, элементлар ранги, консистенцияси, симптомлар, ички аъзолар жароҳати ва туберкулин синимаси катта аҳамиятга эга. Шундай қилиб, сўгалсимон тери силида: Беморларнинг умумий аҳволи қониқарли, шикоятлари йўқ, туберкулин синамаси мусбат, кўпинча ички аъзоларда (асосан ўпкада) туберкулёз кузатилади, кечиши узок, сурункали, оқибати яхши тугайди.

СКРОФУЛОДЕРМА

Бирламчи гемотоген колликватив тери силидан фарқли равишда строфулодерма иккиламчи, яни туберкулёз билан жароҳатланган лимфа тугунлар, айрим ҳолларда туберкулёз билан жароҳатланган (ўпкадан ташқари) аъзолардан келиб чиқади.

Агар илгариги вақтларда скрофулодерма ёш болаларда асосан учраган бўлса, ҳозир катталарда ҳам учрайди.

Бирламчи скрофулодермадан фарқ қилиб, иккиламчи скрофулодерма лимфа тугунлар, кўпроқ бўйин соҳасида, суяк-бўғимлар туберкулёзида эса оқма яралар атрофида жойлашади.

Тугунлар бирламчи скрофулодермага қараганда кўпроқ чуқур жойлашганлиги сабабли, пайдо бўлган яралар чуқур бўлиб, тортилган кўприксимон, бесунақай чандиқ ҳосил қилади. Чандиқ юзасида дўмбоқчалар пайдо бўлади (Неродов Л.А., 1961).

Агар инфекция суяк туберкулёзи билан оғриган беморлардаги оқма яралардан ўтса, унда верукоз (фунгоз) жароҳат ўчоғи пайдо бўлади.

Тери силининг бу шакли, бошқаларга караганда юқумли ҳисобланади, интоксикация натижасида беморнинг умумий аҳволи оғирлашади.

Узоқ вақт сурункали кечади, тез-тез кайталаниб туради. Тери синамалари мусбат бўлади. Скрофулодерма тери силининг бошқа турлари билан бирга учраши мумкин (Кордашенко Б.Я, 1981), кўпинча яхши тугайди.

Папуло-некротик тери сили

Син: фолликлис, акнит.

Папуло-некротик тери сили биринчи марта 1891 йили Бартеlemi (Barthelemy) томонидан ёзилган бўлиб, икки хил тури: фолликлис (чуқур) ва акнит (юзаки) турига ажратилган.

1906 йил Дарье бу касалликни туберкулоидлар гуруҳига киргизган.

Касаллик асосида аллергияк васкулит бўлиб, бунда касал организмнинг туберкулёз микобактериясига сенсбилизацияси натижасида келиб чиқади.

Касаллик ривожланишига қон айланишини бузилиши, эндокрин ўзгаришлар, ўткир инфекцион касалликлар (қизамиқ, грипп ва бошқалар) сабаб бўлиши мумкин.

Асосан касаллик болалар, ўсмирлар, кўпроқ аёлларда учрайди.

Клиникаси

1. Акнит (aknitis) пустулёз шаклида, кўпинча мактаб ўқувчиларида учрайди, бошланишда юз соҳасида тошган тошмалар вульгар хусунбузарни эслатади (расм № 91).



Расм № 91. Папула-некротик тери сили

Юз, кўкрак, кўлларнинг ёзулувчи соҳалар, терисида жойлашган яримшарсимон, катталиги игна-тугма бошчаси катталигидан, мошгача бўлган, жигарранг-қизил ёки кўкимтир-қизил рангли папулалардан иборат бўлади.

Папулалар юзаси силлиқ, баъзан бировз кипиқлашган, каттиқ, оғриқсиз бўлади. Элементлар марказида сохта пустулалар (некроз) ҳосил бўлиб, улар юзасида маҳкам жойлашган қалоклар билан қопланган кратерсимон яралар ҳосил қилади.

2.Фолликлис (folliclis) – чуқур пустулёз тури бўлиб ўсмирларда кўл, оёк ва бадан соҳаларидаги терида фолликуляр жароҳат билан кечади.

3. Akne cachecticorum – бунда папула, пустулалар ўзидан кейин кратерсимон яра ҳосил қилиб, чечаксимон чандиқ колдиради.

Бу шаклида - туберкулёз синамаси, касал организмнинг иммунологик ҳолатини пасайиши натижасида манфий бўлади.

Касаллик сурункали кечиб, ёз фаслида яхшиланиб, қишда яна кўзғалиш билан кечади. Касаллик кўзғалганда интоксикация белгилари, бўшашиш, иситма чиқиши ва бўғимларда оғриқ билан кечади. Касаллик оқибати яхшилик билан тугайди.

Лихеноид тери сили (олтиқулоқ темираткиси)

Олтинкулоқ темираткисини биринчи бўлиб, 1872 йили Гебра (Gebra) ёзган. Касаллик кўзғатувчиси туберкулёз микобактериясини 1891йил Якоби (Yacobi) топган, 1894 йили Даръе бу касалликни туберкулидлар гуруҳига киритган.

Лихеноид туберкулёз - тери силининг бошқа шакллари (скрофулодерма, папуло-некротик туберкулёз) билан бирга кам ҳолларда учрайди.

Тери силининг бу клиник шакли жуда кам учраб, бошқа аъзолар туберкулёзи билан (лимфа тугунлар, суяклар, ўпка) оғриган кам қувватли болалар ва ўсмирларда, гематоген диссеминация натижасида келиб чиқади.

Касаллик ривожланишига ўткир инфекциялар, туберкулин синамаси БЦЖ билан эмлаш кабилар туртки бўлади.

Фоликуляр ёки перифоликуляр жойлашган конуссимон ёки ясси шаклли чеккалари юмалоқ, баъзан полигонал, юзасида мугузсимон тангачалар тешиб чиққан майин сочлар билан қопланган лихеноид папулалар касалликнинг асосий тошмалари ҳисобланади.

Папулалар симметрик тананинг биқин соҳасидаги терида жойлашади. Элементлар сарғиш-жигаррангли, қизгиш ёки оқиш-пушти рангда бўлади. Тошмалар кўплиги сабабли улар бир-бирига зич, гуруҳлашиб жойлашиб, овал ёки ҳалқасимон жароҳат ўчоғини ҳосил қилади.

Айрим ҳолларда инфилтратив жароҳат ўчоғида эритематоз тошмалар учраб, худди папуло-некротик тери силига ўтаётганга ўхшайди (Bask M.M., 1981й) баъзан биргаликда келиши мумкин (Литовченко О.В., Гущина А.П., 1972).

Айрим ҳолларда лихеноид туберкулёзли элементлар, ўзига хос бўлган клиник кўринишда масалан: кафт ва товонда жойлашган ўткир учли гиперкератотик тошмалар каби бўлади. Premalath S. ва ҳаммуаллифлар (1982) 50 ёшли скрофулодерма билан оғриган беморда учраганини ёзган бўлса, Grohom-Broun R.A.C. (1980) 20 ёшли лимфа тугунлар туберкулёзи билан оғриган беморда туберкулёз хасталиги билан кечган олтинкулоқ темираткиси учрашини кузатган. Касаллик кечиши яхши сифатли бўлиб, баъзан бироз қичишишдан ташқари беморларни ҳеч нима безовта қилмайди.

Элементлар вақти-вақти билан тошиб туради, 3-6 ҳафтадан кейин элементлар сўрилиб, оқиш пигментация доғ ҳосил қилиб, кейинчалик йўқолиб кетади, айрим ҳолларда тугунчалар ўрнида билинар-билинемас чандиқ қолади. Касаллик иккиламчи захмдаги лихеноид папула, қизил ясси темиретки билан дифференсация қилинади. Пирке реакцияси 100% мусбат, туберкулин синамаси кам ҳолларда мусбат. Касаллик баъзан қайталаниши мумкин.

ИНДУРАТИВ ТЕРИ СИЛИ

Синоними: Базеннинг индуратив эритемаси.

Базеннинг индуратив эритемаси – яхши сифатли, сурункали кечувчи тери сили бўлиб, 1861йили Базен томонидан ёзилган.

Ҳозирги вақтда индуратив эритема - туберкулёз касаллигининг бир тури бўлиб, асосан қизлар ва ёш аёлларда учрайди. Касаллик папуло-некротик тери сили, туберкулёз лимфаденити билан оғриган беморлардан, асаб тизими, эндокрин безлар бузилишларида, инфантилизм натижасида гематоген йўл орқали ўтади.

Касаллик келиб чиқишида аёлларда қон айланиши бузилиши – акрацианоз, қон томирлар варикоз кенгайиши, оёқларни совуқ олиши муҳим аҳамиятга эга. Касаллик кўпроқ оёқда тик туриб ишлайдиганларда учраб, асосан йилнинг совуқ пайтида бошланади.

Клиникаси

Касаллик бошланишида оёқнинг болдир соҳасида, икрасимон мушакда симметрик чуқур жойлашган, диаметри 1 дан 5 см гача келадиган, ҳамирсимон ёки қаттиқ-эластик консистенцияли тугунлар пайдо бўлади (расмлар 92,93).



Расмлар № 92,93. Базеннинг Индуратив эритемаси

Тугунлар кам сонли, биров оғриқ билан кечадиган, юмалоқ ёки овал шаклда бўлиб, алоҳида-алоҳида жойлашган, чегараси ноаниқ (айниқса ясси «пилакчасимон» жойлашганда) бўлади.

Терида пальпацияда аниқланадиган тугунлардан тортилган найсимон қаттиқ инфилтратли лимфангитлар кузатилади.

Тугун устидаги тери бошланишда ўзгармаган, кейинчалик тугун ўсиши билан тери яллиғланиб, кўкимтир ранга киради ва тугун билан ёпишиб кетади.

Яллиғланиш аломатлари борлигига қарамасдан, тери ушлаб кўрилганда совук бўлади. Тугун аста-секин сурилиб, ўрнида пигментация, билинар-билинемас, баъзан чуқур атрофия қолади. Айрим ҳолларда тугун марказидан юмшаб, ярага айланади.

Л. Н. Машкилейсон ва Л.Л. Нерадова (1937) ларни кузатишича ярага айланиш 38,9% беморларда учраса, И.Б. Вейнерова ва Ю.А. Рудченко (1973й) бўйича 23,9% ҳолларда учрайди.

Ҳосил бўлган яралар унчалик чуқур эмас, юмалок, овал шаклда, тубида сарғиш-қизил рангли секин ривожланаётган грануляция, сероз қонли ажралма кузатилади. Яра чеккалари тик тушган ёки емирилган, парчаланмаган инфильтрат ҳисобига қаттиқ яра битгач ўрнида тортилган силлик атрофидан гиперпигментли чандиқ қолади.

Кам ҳолларда папуло-некротик элементларни эслатувчи, тошмалар оёқ ва бадан терисига тошади. Баъзан тугунли эритема пайдо бўлиши мумкин.

Туберкулин синамаси баъзида мусбат, кўпинча манфий бўлади. Касаллик асосан ёшларда учрайди.

Беморларда ўпка, бошқа ички аъзолар туберкулёзи билан жароҳатланиши, шунингдек тери силини бошқа турлари ҳам бир вақтда учраши мумкин.

Касаллик узоқ вақт кўп ойлар мобайнида, сурункали тулкинсимон кечади.

Дифференциал диагностикаси

Касалликни дифференциация қилишда - пуштиранг ва вулгар хусунбузар, сифилитик миллиар папула ва саркоидларга этибор берилади.

Диагноз қўйишда - касаллик клиникаси, жойлашиши, ўзига хос белгилари («олма желези» симптоми), элементлар атрофида яллиғланиш йўқлиги, юмшоқлиги, узоқ сурункали кечиши, туберкулёз синамаси мусбат, бошқа аъзоларда туберкулёз топилиши катта аҳамиятга эга.

Даволаш. Тери силини даволаш комплекс, узоқ вақт, узликсиз ўтказилади. Этиологик даво, патогенетик даво билан бир вақтда олиб борилади.

Антибактериал терапия - асосан туберостатик препаратлар билан ўтказилади. Ҳозирги вақтда туберкулёзга қарши препаратлар 3 гуруҳга бўлинади (Хоменко А.Т.1996 й.).

1. Изониазид, фтивазид, рифампицин.
2. Стрептомицин, канамицин, флоримицин (биомицин), этамбутол, аротинамид (этанамид), ниразинамид,
3. ПАСК, бепаск.

Изониазид-изоникатин кислотасининг тоза гидразиди. Беморларга ичкани суткасига 0,6-0,9 г (1-2 маҳал), болаларга ҳар бир 1 кг оғирлигига 0,006-0,012 г суткасига (1-2 маҳал) берилади. Бу препарат туберкулёзда энг эффектив дори ҳисобланади.

Фтивазид (тубазид)-изоникотин кислотасининг гидроксиди бўлиб, тери силининг ҳамма турларида куллаши мумкин.

Катталар учун терапевтик доза, стационарда кунига 1,0-1,5 г (2-3 маҳал), амбулатория шароитида кунига 0,75-1,0 г дан буюрилади. Курсига 150-200 г фтивазид берилади.

Болаларга фтивазит қуйидагича берилади: 1 ёшгача суткасига 1кг оғирлигига 0,02-0,03 г 3 маҳал, 2-3 ёшга суткасига 0,3-0,5 г 3 маҳал, 3-7 ёшга 0,6-0,7 г, 8-15 ёшга 0,5-1,0 г суткасига (3 маҳалга бўлиб ичилади) курсига 40 г дан 200 г гача.

Юрак кон томир ва асаб тизими жароҳатида, жигар, буйраклар функцияси бузилганда фтивазид суткасига 0,5г дан ортик берилмайди.

Рифампицин - кенг спектрли антибиотик бўлиб, фаол, юқори туберостатик таъсирга эга, аммо унга сил микобактерияси тезда чидамли бўлиб қолади.

Овкатдан олдин суткасига 600 мг (300 мгдан 2 маҳал) дан болаларга 1 кг оғирлигига 8-10 мг дан (0,45 г дан ортмаслиги лозим) суткасига буюрилади.

Стрептомицин - тери силининг ҳамма турларида яхши терапевтик натижа беради. Катталарга суткасига 0,5-1,0 г дан мушак орасига 1-2 маҳал, ҳамда жароҳат ўчоғига 0,1-0,2-0,3 г дан 4-6 кунда 1 марта жўнатилади. Мушак орасига ва жароҳат соҳасига (тери орасига) жўнатилган стрептомицин дозаси 1 г дан ошмаслиги керак.

Беморларда кулоқда шангиллаш бошланса, стрептомицин дозаси камайтирилади ёки тўхтатилади.

Канамицин - кенг спектрли антибиотик бўлиб ўз таъсири билан стрептомицинга ухшайди, лекин кўпроқ заҳарли таъсири бор.

Катталарга суткасига бир маҳал 0,5-1,0 г мушак орасига, болаларга суткасига 10-20 мг 1 кг вазнига (кунлик дозаси 0,5 г дан ортиқ бўлмаслиги лозим), ўсмирларга (0,75 г дан ортиқ эмас) юборилади.

Даволанаётган пайтда невритларни олдини олиш мақсадида пантотен кислотаси берилади.

Биомицин ёки флоримицин сульфат - юқоридаги антибиотиклар каби, микробларга қарши кенг спектрда таъсир қилиш хоссасига эга.

Кўпинча стрептомицин ўрнига биомицин мушак орасига суткасига бир маҳал 0,5-1,0 г дан 6 кун давомида қилиниб, 7-кун танаффус қилинади.

Болаларга 1 кг вазнига 15-20 мг дан (кунлик дозаси 0,5 г дан ортиқ эмас), ўсмирларга (0,75г дан ортиқ эмас) мушак орасига қилинади.

Агар беморларда эшитиш ёмонлашса, препаратга аллергия реакция бўлса, гипокалемия кузатилса, дорини юбориш ҳафтада икки мартага туширилади ёки тўхтатилади.

Этамбутол - кунига бир марта ичилади.

Катталар учун 1 кг вазнига 25 мг, болаларга 20-25 мг суткасига, аммо 1 г дан ортиқ буюриш тавсия этилмайди. Даволаш вақтида кўзга эътибор бериш керак.

Этионамид - синтетик препарат, ПАСК-препарати ўрнига ишлатилиб, стрептомицин, тубазид билан комбинацияда қўлланилади, таблетка 0,25 г дан кунига 1таблеткадан 3 маҳал буюрилади.

Болаларни ҳар бир кг оғирлигига 0,01-0,02 г дан суткасига овқатдан бир соат кейин ёки 0,25 свеча ҳолида суткасига 3 марта буюрилади. Дори қабул қилинганидан кейин диспептик ҳолатларни камайтириш мақсадида никотинамид 0,05-3 маҳал ёки никотин кислотаси 0,05 дан 3 маҳал берилади.

Пиразинамид - туберкулёз микобактерияси бошқа препаратларга чидамлилиги ошганда, уларни ўрнига тубазид билан биргаликда қўлланилади. Дозаси 0,5 г дан суткасига 3-4 маҳал ёки 0,75-1,0 г дан 2 маҳал берилади.

Болаларга 20-30 мг/кг дан, лекин суткасига 1,5 г дан ортиқ бўлмаслиги керак. Препаратни жигарга токсик таъсирини камайтириш мақсадида метионин суткасига 0,5 г дан 3 маҳал берилади.

ПАСК (парааминосалицил кислота) - асосан натрийли тузи, баъзан кальцийли тузи (бепаск) ишлатилади. Суткасига 9-12 г (болаларга 0,15-0,2 г) ичиш учун, ҳамда 25% ли мази суртиш учун ишлатилади.

Тери силига қарши препаратлар ишлатилганда дориларни узоқ вақт қабул қилиниши натижасида, микроорганизм дориларга ўрганиб қолиши, чидамлилигини ошишини олдини олиш мақсадида кўпроқ препаратлар комбинация қилинади.

Асосан 3 та препаратлар бирга берилади - стрептомицин, ПАСК, фтивазид ёки тубазид. 3 ойдан кейин стрептомицин тўхтатилиб, ПАСК ўрнига БЕПАСК берилади.

Даво курси, асосан дорилар таъсири яхши ва фойдали бўлса, 10-12 ой давом эттирилади.

Патогенетик давога витаминлар, десенсибилизацияловчи препаратлар, физотерапия, диетик овқатлар ва симптоматик препаратлар берилади.

Тери силининг диссеминациялашган турида, узоқ эффе́кту́сиз кечса, дориларга реакция бўлса, параспецифик реакциялар (тугунли эритема, ҳалқасимон гранулёма ва б.) да киска вақт кортикостероид гормонлар (преднизалон 2 ҳафта суткасига 30 мг дан буюрилади, кортикостероид гормони дозаси кейинчалик аста-секин схема билан тўхтатилади).

Беморларга презацил порошогидан суткасига 2-3 маҳал 1-2 ой, гистоглобулин, инфилтратив эритемада - тиосульфат натрий берилади.

Физотерапевтик муолажалардан - электрофарез 10% тиосульфат натрий эритмаси билан маҳалий ва умумий ультрафиолет нурлари юборилади.

Овкатлардан - асосан витаминлар, оксиллар, кальций тузи кўп бўлган таомлар буюрилади.

Маҳалий даволаш - унча аҳамиятга эга эмаслиги учун, деярли қўлланилмайди.

Профилактика ва диспансер ёрдамни ташкил қилиш

Тери сили касаллигига қарши курашиш чораларига – оқартув-профилактик ишлардан ташқари, беморларни эрта аниқлаш ҳам киради. Аҳолини тиббий кўриқдан ўтказиш вақтида ҳамда ўпка силини фаол шакллари билан оғриган беморлар орасидан тери сили билан оғриган беморлар аниқланади.

Ҳамма беморлар сил касалликлар диспансерида рўйхатга олиниб, кузатилади ва қайталанишига қарши даво ўтказилади.

Тери сили билан оғриган беморлар диспансер кузатувида 5 гурпуага олинади.

5^а гуруҳга - тери силининг фаол шакллари билан оғриган беморлар кириб, улар асосий давони оладилар. Даво курси 10 ойдан 1-2 йилгача давом этади.

5^б гуруҳга - клиник тузалиш давридаги беморлар киради. Бундай беморларда рессидивга қарши даво ўтказилади: чекланган шакллари билан даво 5 йил, йилига 2 та курс (жами 10 та курс) – 2 ой баҳорда, 2 ой кузда, диссеминациялашган шаклида 3 йил (6 курс) ўтказилади.

5^в гуруҳига клиник тuzалган (касалликнинг фаол клиник, морфологик белгилари йўқолган), тuzалиш гистологик тасдиқланган беморлар киради.

Бундай беморлар 5 йил (йилига 2 марта) шифокор текширувида турадилар, шундан кейин диспансер кузатувидан чиқарилади.

Тери сили билан оғриган беморларни диспансер кузатувидан чиқариш шартлари.

1. Тери сили ўчоғидаги жароҳатнинг тўлиқ сўрилиб, ўрнида чандиқ қолиши.

2. Чандиқ ҳосил бўлган жойдан олинган материални биологик, гистологик текшириш натижасида тузалганлигини тасдиқлаш.

3. Клинико-лаборатор-рентгенологик текшириш натижасида ўпка ва ўпкадан ташқарида жароҳатни тузалганлигини тасдиқлаш.

Беморларга тўлиқ антибактериал ва патогенетик даво ўтказиш натижасида тери сили билан оғриган беморларда касалликни қайталанмаслиги.

БОБ 6. ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДЕРМАТИТЛАР ВА ТОКСИКОДЕРМИЯ

Дерматитлар – терининг уткир яллигланиши булиб, механик, физик, химик ёки биологик омилларни (агентларни) ташкаридан таъсири натижасида келиб чиқади.

Жароҳатланган жойда терининг олдин яллигланиши, кейинчалик тугунча, пуфакча, баъзан пуфак, ҳамда кушимча стрепта ёки стафилококklar кушилганда моддалар ҳосил булиши характерлидир. Кейинчалик калок ҳосил булиб, охирида кепакланиш билан тугайди.

Терида ёки шиллик каватларда аллергияк яллигланишни дори ичганда, укол қилганда, баъзан ингаляция қилганда ёки бирор овқат истеъмол қилганда пайдо булиши токсикодермия дейилади.

Токсикодермия тушунчаси бу ерда кучма булиб, гап асосан юкоридаги агентларни аллергияк таъсири устида кетади.

ДЕРМАТИТЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Кечиши буйича: Уткир ва сурункали;

I. Контактли дерматитлар

1. Оддий контактли

а) Механик сабаблардан *бичилиши (интертриго)*;

б) Физик омиллардан *куйиши, совук олдириши, ушикуруши, куёшдан дерматит, нурли дерматит*;

в) Химик моддалардан *кислоталар, ишкорлар, минерал кислоталар ва ишкорий металллар, жанговор захарловчи моддалар, дезинфекцияловчи моддалар*;

г) Биологик омиллардан: *усимликлар, кумирскалар*.

2. Аллергияк контактли

Хром, никель кобальт, скипидар ва уларнинг тузлари, формальдегид смоласи, косметик моддалар (урсол, парафенилендиамин, инсектицидлар, синтетик кир ювиш моддалари), дори-дармон препаратлари (антибиотиклар,

сульфаниламидлар, новокаин, формалин), таркибида симоб, мышьяк бор ташки таъсир килувчи моддалар.

3. Професионал аллергик дерматит

ТОКСИКОДЕРМИЯНИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

1. Медикаментоз токсикодермиялар;
2. Интоксикациялар билан боғлиқ булган токсикодермиялар;
3. Алиментар токсикодермия;
4. Аутоксик дерматоз.

КЛИНИК КЕЧИШИ БУЙИЧА

1. *Доғсимон токсикодермия;*
2. *Папулалар токсикодермия;*
3. *Тугунсимон токсикодермия;*
4. *Везикулёз токсикодермия;*
5. *Пустулалар токсикодермия;*
6. *Буллёз токсикодермия;*
7. *Фиксациялашган токсикодермия;*
8. *Лайелл синдроми.*

КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТЛАР

Контактли дерматитлар оддий ва аллергик буладилар. Оддий дерматитлар териға бирламчи облигат (лотинча *obligo* – албатта сузидан олинган) ёки бирламчи факультатив кузгатувчилар таъсиридан пайдо буладилар.

Аллергик дерматитлар аллергенларни териға кайта-кайта таъсир килиб сенсбилизация чакирганда пайдо булади.

Оддий дерматитнинг пайдо булишида, таъсир килган аллергенга тери сезувчанлигининг ошган булиши шарт эмас. Оддий контактли дерматитлар купинча кислота, ишкорлар таъсиридан келиб чиқади. оддий дерматит клиникаси учун яллигланишнинг кучли булиши, купинча пуфакчалар пайдо булиши, баъзан некроз характерлидир. Жарохатлан-

ган жойдаги клиник узгариш, агент биринчи марта таъсир килиши билан бошланади ҳамда яширин давр булмайди (расмлар № 94,95).



Расмлар № 94,95. Оддий контактли дерматит

Контактли аллергия дерматит учун экземага ухшаш жарохатланиш характерлидир, шунинг учун Америкали олимлар бу касалликни контактли экземасимон аллергия дерматит деб атайдилар. Хакикатдан ҳам контактли аллергия дерматитларни купинча уткир экземадан ажратиш кийин, айникса бошланиш даврида. Контактли аллергия дерматитни келиб чиқиши учун терининг бирор жойига аллергиянинг бир неча марта таъсир килиш керак, яъни касалликнинг келиб чиқишидан олдин, яширин давр керак. Яширин давр хар хил булиб 5 кундан то 3 хафтагача булиши мумкин (Baer et wittwn). Контактли аллергия дерматитнинг клиникаси, касал организмдаги сенсбилизациянинг куз-озлиги, аллергиянинг сенсбилизация чакириш хусусияти, агент билан терининг "учраши" вакти ва сонига караб огир ёки енгил булади.

Аллергенлар тери оркали таъсир килмай, балки шиллик каватлар (огиз бушлиги, куз, ичаклар) уколлар оркали юборганда терида пайдо булган аллергия дерматитлар, токсикодермия дейилсада, клиникаси асосан контактли аллергия дерматитлардан унча фарк килмайди. Токсикодермияда купрок жарохатланган жойлар симметрик жойлашади, огиррок утади, ҳамда касалнинг умумий ахволи огирлашади. Агар контактли дерматитларда

касалнинг ахволи аллерген тасири тухташи билан тезда яхшиланса, токсикодермияда аллерген тасири тухтагандан кейин ҳам узок давом этади.

Контактли аллергик дерматитлар уткир экземадан куйидагилар билан фарк килади

1. Дерматит касаллик бошланишидан бошлаб факат аллерген тасир килган жойда булади, экземада эса аллерген тасир килган жойдан ташкарида ҳам булади.
2. Дерматитда чегараси аник ва аллерген таъсир килган жойда булади, уткир экземада чегараси аник эмас, биринчи кунданок тананинг бошка жойларида аллергик тошмалар тошади.
3. Аллерген таъсири тугаши билан дерматит аста-секин кайтади ва тезда утиб кетади, уткир экзема узок давом этади ва аллерген таъсири тугаса ҳам давом этиб хроник шаклига утади.
4. Дерматит учун жарохатланган жойда кизиш, ачишиш, огрик баъзан кичишиш булади, экземада доим каттик кичишиш, баъзан ачишиш, кизиш булади.
5. Дерматитнинг кайталаниши яна аллерген кайта таъсир килганда булади, уткир экземада кайталаниш бошка омиллар таъсирида булиши мумкин

МЕДИКАМЕНТОЗ ДЕРМАТИТЛАР ВА ТОКСИКОДЕРМИЯЛАР

Антибиотиклардан чакирилган дерматитлар контактли ёки антибиотикларни – энтераль, парентераль ва ингаляция оркали кабул килинганда пайдо булади. Контактли дерматитлар антибиотиклар билан ишлаганларда булади хамширалар, врачларда, формацефтларда, хамда антибиотик ишлаб чиқарувчи заводлар ходимларида. Антибиотиклардан чакирилган контактли дерматитлар купрок панжаларда, юзда ва буйинда жойлашади. Клиникаси жихатдан экземага ухшаб кетади. Антибиотиклардан чакирилган токсикодермия купинча кучли кичишиш торвок тошиш билан кечади. Баъзан касалларда анафилактик шок булади ва касални улимга олиб келади. Айрим вақтларда антибиотиклардан чекланган (фиксацияланган), дерматит ҳам

булиши мумкин. Бунда терининг айрим жойларида эритемали дог хосил булиб, хар сафар дорини кайта ичганда факат бир жойда пайдо булади. Терига килинадиган синамалар контактли дерматитда мусбат булса, токсикодермияда манфий булади. Антибиотиклардан дерматит ва токсикодермиялар булишини олдини олиш учун, биринчи касалдан суралади, олдин олганми-йукми, реакция булганми-йукми ва касаллик тарихига "анамнезда антибиотикларга реакция йук",- деб ёзиб куйилади. Кейин касалнинг тилини тагига 2 томчи ёки 1\2 таблетка, ишлатиладиган антибиотикдан куйилади ва 15 минут кутади. Агар хеч кандай реакция булмаса, касалга биринчи уколдан 30 минут олдин 1 таблетка димедрол бериб, сунгра укол килинади.

Касаллар даволаниш даврида хар 5-10 кунда кон топширадилар, бунда асосан эозинофилларга эътибор берилади. агар эозинофиллар оша борса хушёр булиш керак, чунки организмда сенсibiliзация ошаётган булади.

ВИСМУТ ПРЕПАРАТЛАРИДАН ЧАКИРИЛГАН ТОКСИКОДЕРМИЯ

Висмут препаратларидан чакирилган токсикодермиялар кам учраб, асосан уларни укол оркали юборганида булади. Дерматитнинг келиб чикиш сабаблари висмутга организмда ута сезгирлик булишидан, ёки висмутнинг узининг таъсиридан, баъзан эса бошка препаратлардан (масалан: биохинолда – хинин ёки йод) булиши мумкин (расм № 96).

Висмутли дерматитнинг клиникаси хар-хил булиб баъзан майда-майда догсимон тошмалардан тортиб, то тугунча, тугунчали пуфакча хосил килиб эксфолиатив эритродермиягача бориши мумкин. Базида касалнинг умумий ахволи ёмонлашиб, тошмалар касални жуда безовта килади (ачишиш, кичишиш, терининг тортилиши ва бошкалар).

Клиникаси

токсикодермия



Расм № 96. Токсикодермия

Касалликнинг бошланишида, купинча огиз бушлиги жарохатланиб – тишнинг устки кисми кора плёнка, "висмутомовая кайма", билан копланди, стоматит булади. Кейинчалик висмут буйракка таъсир килади, сийдикда цилиндрлар, оксил ва висмут хужайралари пайдо булади.

Буларнинг олдини олиш учун висмут препаратларини олаётган касал огзини чайкаб ювиб туриши ва хар хафтада сийдикни текшириб туриши керак.

Йод ва бром токсикодермиялари

Йод ва бром препаратлари галогенлар таифасига мансублиги туфайли улар томонидан чакирилган токсикодермия узига хос курунишга эга булади. Маълумки, галогенлар организмга тушса, улар факат терининг ёг безлари оркалигина чиқарилади. Шунинг учун касаллик аломатлари ёг безлари яхши ривожланган ҳамда куп булган тери сохаларида – юзда, кукрак сохасида, елканинг юкори кисмида намоён булади. Бу токсикодермиялар йод ва бром хуснбузар тошмалари курунишида ёки тубероз бромодерма ва йододерма курунишида булади. Юкорида курсатилган сохаларда, айникса юзда уткир яллигланишга хос яримшарсимон папулалар пайдо булади, уларнинг марказида эса пустулалар хосил булади. Йод хуснбузар тошмалари бром хуснбузар тошмаларига нисбатан майда ва куп микдорда булади. Тубероз йододерма ва бромодермада эса кукимтир кизил рангли юзаси нотекис

бияшкалар хосил булади, уларнинг юзаси йирингли калоклар билан копланган. У калокларни олиб ташланса, остида папилломатоз усимтали инфильтрат кузга ташланади.

Сульфаниламид препаратларидан чакирилган дерматит

Сульфаниламид препаратларидан дерматитлар купинча махаллий даво килинганда, баъзан ичганда пайдо булади, айникса булар-булмасга агар бирор шиллик кават ёки тери жарохатланса сульфаниламид препаратларини куп микдорда сепилса контактли, баъзан аллергик дерматитлар келиб чиқади. Хосил булган дерматитлар хар-хил кечади, биринчи марта кулланилганда терининг бироз яллигланиши, баъзан жарохатланган жойдаги яллигланишнинг купайиши мумкин. Яна кайтадан уша жойларга сульфаниламидлар кулланилса ёки контактли дерматит, ёки фиксирования эритема булади.

Сульфаниламидли фиксацияланган эритема клиникаси купинча куп формали эксудатив эритемага ухшаб кетади ва огиз бушлиги шиллик каватида, баданда, баъзан оёк-кулларда ва жинсий аъзоларда жойлашади (характерли учлик).



Расм № 97. Токсикодермия

Жарохатланган жойларда олдин битта, кейинчалик иккита ва купрок юмалок шаклдаги, пушти-кукиш ёки кунгир-кукиш рангдаги доглар хосил булади (расм № 97). Догларнинг атрофи шишган булиб сафсар-кизил рангда булади. Доглар маълум вақт сакланиб тургач, уларнинг интенсивлиги аста-секин камая боради, аммо уша сохада аниқ билиниб турувчи пигментация

колади. Кейинчалик бемор яна сульфаниламид дори моддаларини кабул киладиган булса, уша жойда яна эритема доги пайдо булади (бошка сохаларда янги доглар хам пайдо булиши мумкин), шунинг учун бу касалликни фиксацияланган эритема деб хам аталади. Купинча доглар устида, айникса огиз шиллик кавати ва жинсий органларда, пуфак пайдо булади. Бу пуфаклар тезда ёрилиб эрозия хосил килади. Шунинг учун врач курганда, купинча жарохатланган жойда атрофида эпидермис шокилалари жойлашган эрозияларни куради. Бу эрозиялар ачишади ва овкатланиш пайтида (агар огиз шиллик пардасида булса) халакит беради. Врачлар купинча бу эрозияларни пурсилдок ва куп шаклли эксудатив эритема билан алмаштирадилар.

Лайелл синдроми

Медикаментозли токсикодермиянинг огир шаклларида бири токсико-аллергик эпидермал-некролиз (Лайелл синдроми) булиб купинча бир нечта дорини бирдан кабул килганида булади. Бу синдромни 1956 йили A.Lyell токсик эпидермал некролиз (ТЭН) номи билан баён килган. У бу касалликнинг 4 хил вариантыни ажратган. 1. Дорилардан келиб чиккан, 2. стафилококкли, 3. аралаш, 4. идиопатик. Хозирги замон карашлари буйича ТЭН келиб чикишининг асосий сабаби дори моддаларининг таъсиридир. Касаллик патогенезида аллергик реакция асосий рол уйнайди, унинг огирлиги факат анафилактик шокдан кейин туради (расм № 98).



Расм № 98. Лайелл синдроми

ТЭН дори кабул килингандан кейин бир неча соат ёки кун утгач бошланади: харорат 38-41⁰ С гача кутарилади, умумий ахвол кескин огирлашади, терида тошмалар пайдо булади. Дастлаб гиперимея доги ёки куп шаклли экссудатив эритемага ухшаш тошмалар кам холларда петехиал, уртикар ёки эритематоз буллёз тошмалар пайдо булади. Касаллик купинча юз сохасидан бошланади ва аста-секин буйин, кукрак, елка, кул ва оёклар сохаларига таркалади. Дастлаб касалланган сохаларда эритема доги пайдо булади. Бир-икки кун утгач уларнинг юзасида йирик-йирик пуфаклар хосил булади, бу пуфаклар шалвираган, кобиги юпка, тезда ёрилади. Касалликнинг иккинчи боскичида терининг холати худди иккинчи даражали куйишни эслатади: бутун баданда эритема, улар эрозиялар билан копланган, пуфаклар учрайди. Терининг касалликка учраган сатхи умумий сатхнинг 80-90% ни ташкил килади (расм № 99).



Расм № 99. Лайел синдроми. Никольский симптоми

Никольский симптоми мусбат булади. Ташки томондан каралганда нормал куришиб турган терига хам кул ёки бирон нарса тегиб кетса, у сохада эпидермис шилиниб (арчилиб) кетади (намланган белье симптоми). Касалнинг умумий ахволи огир, харорат юкори (39-41⁰), интоксикация аломатлари кузатилади, юрак фаолияти бузилади, эритроцитлар чукиш тезлиги ошади, альбуминурия кузатилади, бундан ташкари сийдикда оксил,

эритроцитлар ва цилиндрлар пайдо булади, нейтрофилия кузатилади (расм № 100).



Расм № 100. Лайел синдроми

Баъзан ТЭН кучли огрик чакирувчи диффуз эритемадан бошланади ва эпидермис йирик сохаларда ажралиб чикиб, катта-катта эрозия сатхларини хосил килади.

Айрим беморларда эритема геморрагик тус олади, эритема доглари атрофида пурпуралар хосил булади, пуфак ичидаги суюклик геморрагик тус олади. Жараён куз, огиз, бурун, кизилунгач ва жинсий аъзолар шиллик пардаларига таркалади.

Адабиётларда трахея, бронхлар, ошқозон-ичак тракти, сийдик пуфаги ва уретра зарарланганлиги хакида маълумотлар учрайди. Баъзан соч, киприк, кошлар тукилади, тирноклар ажралиб кетади. Касалнинг ахволи прострация холатида, уйкусираган, сувсизланиш аломатлари кузатилади: кучли чанкок безовта килади, овкат хазм килиш безларининг секрецияси пасайган, кон куйилган ва бунинг окибатида кон айланишнинг огир бузилишлари ва буйрак фаолиятининг бузилиши кузатилади. Касалликнинг кечиши висцерал симптомлар, асосан упка ва буйрак симптомлари кушилиши окибатида яна хам огирлашади. **Периферик коннинг анализиде эозинофиллар булмайди.** Динамикада (даволаш бошлангандан кейин бир неча кун утгач) коннинг анализиде эозинофиллар пайдо булса, бу яхшилик аломатидир, яъни даво самара бераётганлигини курсатади.

Химиявий моддалар чакирган дерматитлар

Химиявий моддалардан купрок хар-хил буёклар дерматит чакиради. Краскалар касалнинг ишдаги касбига караб терида узгариш чакириши мумкин, ёки хар хил буёкларга сезувчанлик ошиши оркали касаллик чакириши мумкин. Купинча сочни буяйдиган ранглар таркибидаги урсол дерматит чакиради. Лабга куйиладиган краска, киприкларни буяйдиган туш, тирнокларга ишлатиладиган лаклар хам дерматит чакириши мумкин. Кейинги вақтларда синтетик толалардан (нейлон, капрон, перелон) чакирилган дерматитлар жуда куп учрайдиган булиб колди.

Овкат моддалардан чакирилган дерматит ва токсикодермиялар

Овкат моддалари чакирган контактли дерматитлар купрок аллергик булиб, купинча мева, кукат сотадиган сотувчиларда, поварларда, официантларда, айрим вақтларда уй бекаларида учрайди.

Овкат моддаларидан чакирилган токсикодермия купинча инфекцион касалларда буладиган тошмалар – пуртура, экзантема тошиш билан характерлидир. Лекин асосан бу токсикодермияда торвок тошади. Аллергик токсикодермиялар, асосий токсикодермиядан фарк килиб, касалнинг умумий ахволи огирлашмайди, организмда интоксикация белгилари курунмайди. Аллергик токсикодермиялар аллергия чакирган овкат махсулотини хар сафар истеъмол килганда янгиланади. Баъзан одамларда бир хил овкат турига ута сезувчанлик булади ва уларни истеъмол килиш эмас хатто курса, хидини сезса хам аллергик реакция беради (масалан: кулубной, балик махсулотлари, спиртлик ичимлик, сут ва бошкалар).

Травматик дерматитлар

Травматик дерматитларга асосан - пичилиш. Ишкаланиш ва кукрак беги ёрилиши киради. **ПИЧИЛИШ**: купинча терининг бир-бирига тегиб турадиган юзасида пайдо булади. Масалан – сонда, кукрак безлари остида, панжалар орасида, ёш болаларда буйнида

КЛИНИКАСИДА – жарохатланган жойдаги терининг кизариши, мацерацияси, юзаки ёриклар пайдо булиши, хамда кичишиш ва огрик

характерлидир. Купинча пичилиш натижасида юриш кўйишлади, ҳаракат қилганда оғриқ бўлади.

Актиник дерматитлар

Кўёш нуридан чакирилган дерматитлар купрок кўёш нурига таъсирчан блондинларда бўлади. Клиник курилиши кўёш нурининг таъсир қилиш вақти ва одам терисининг сезувчанлигига боғлиқ. Маълум бир яширин давр утгандан кейин кўёш нури таъсир қилган терида қизариш. Баъзан пуфакча ва хатто пуфаклар ҳосил бўлади. Агар терининг анча юзаси жароҳатланса касалнинг умумий ҳолати узгаради – камқувватлик, бош айланиш, совқотиб, қалтираш бўлади. Кўёш нури таъсиридан 12-24 соат кейин асосан клиник белгилар аста-секин қайтади ва жароҳатлаган жойда қепакланиш кейинчалик пигментли доғ қолади.

Ультрабинафша нурлардан ҳосил бўлган дерматитлар кўёш нуридан бўлган дерматитлар қаби қечади, фақат чегараси чекланган бўлади.

ДАВОЛАШ

Оддий контактли дерматитни даволашда тери жароҳатига қараб қилинади. Агар терида сал қизариш бўлса присипка ёки қартикостероид мазлар. Мабодо қизариш – шиш билан бўлса примочка, балтушка, кейин қартикостероидлар мазлар. Терида пуфакчалар бўлса қийиб ташлаб, анилин бўёқлар суртилади. Кўёш нуридан бўлган дерматитларга Унна креми, балтушка суртилади. Пуфаклар бўлса тешилиб, сунгра қартикостероид мазлар ишлатилади. Агар кўёш нурига сезгир одамлар бўлса, дерматитни олдини олиш учун хинин салол метилурацил мазлари, ёки "Шит", "Луч", "Загардан" қаби кремлар қулланилади. Аллергик дерматитларда иложи борича аллергияни топиб уни таъсирини четлатиш қерак.

Даволашда маҳаллий даво контактли дерматитга ухшаб қилинади. Ундан ташқари умумий даво ҳам қилинади. Қасалларга – седатив, антигистамин препаратлар, витаминлар, айрим вақтларда гормонлар берилади.

Токсикодермияда юқоридагилардан ташқари – сийдик хайдовчи (диуретин, гипотиазид, фуросемид) ва токсинга қарши (тиосульфат натрий,

унитиол) дорилар берилади. Лайелла синдромида беморлар реанимация булимига ёткизилдилар. Даволаш сув, электролит ва оксил балансини ушлаб туришга каратилган. Суткасига вена ичига томчилаб 2 л гача суюклик юборилади: реополиглюкин, плазма ёки альбумин, изотоник эритма, ацесол, дисол, трисол, контрикал, 1% ли хлорид кальций эритмаси (100-200 мл). Гипокалиемияда кушимча равишда панангин, калий хлорид юборилади. Глюкостероид гормонлар инекция холида юборилади. Дастлабки дозаси 150 мг преднизолон, хар 3 соатда инекция килиш керак, бунда эрталабки дозаси тушдаги ва кечкурундаги дозаларидан юкори булишига ахамият бериш керак. Зарурат тугилганда кенг спектр доирали антибиотиклар буюрилади. Вена ичига глюкоза эритмаси, аскарбин кислотаси, юрак препаратлари юборилади, тери остига гепарин юборилади (100-200 ЕД/кг суткасига, хар куни). Беморларни ташки муолажаси ва парвариш килиш ута мухим ахамиятга эга. Бемор иссик, бактерицид лампалар билан жихозланган хонада каркас остида ётиши керак. Хар куни 2-3 махал танадаги ва ётган жойдаги бельеларни алмаштириб туриш керак. Бойламлар куйишдан аввал аналгетиклар буюрилади. Бемор суюк овкат кабул килади, куп микдорда суюклик ичади.

АТОПИК ДЕРМАТИТ

Бола организмидаги алохида бир холат булиб, бу кандайдир ички ва ташки кузгатувчига атопик дерматит билан жавоб беришга "тайёр" булиб туради.

Атопик дерматит (АД) – сурункали, аллергик касаллик булиб, у атопияга генетик мойиллиги бор шахсларда ривожланади, кайталанувчи кечиш хос, клиник аломатларида бемор ёшига караб узига хос хусусиятлари бор, экссудатив ва (ёки) лихеноид тошмалар билан характерланади, кон зардобиди IgE ортиши кузатилади, махсус ва носпецифик китикловчиларга сезувчанлиги ортиши кузатилади. Клиник амалиётда АД купинча «аллергик» ёки «экссудатив – катарал» диатез номи билан юритилади. АД болалардаги аллергик касалликлар ичида куп учраши буйича аввалги уринни

эгаллайди (50-75%). Охирги йилларда АД касаллигининг купайиши, кечишининг огирлашиши кузатилмокда.

АД ривожланишида эндоген омиллар (наслийлик, атопия, терининг гиперреактивлиги, терида функционал ва биохимик жараёнларни бузилиши) энг асосий рол уйнайди. Бу омиллар экзоген омиллар (аллергенлар ва ноаллергенлар) билан кушилиб, АД клиник манзарасини ривожланишига сабаб булади. Атопикларда Т-хелперлар-2 микдори ортган, умумий IgE гиперпродукцияси кузатилади. Боланинг отаси ва онаси соглом булса, болада АД ривожланиш хавфи 10-20%, агар улардан бирортасида (отаси ёки онаси) аллергик касаллик ёки реакция булса, 40-50%, агар иккаласи хам бемор булса, 60-80%. Ташки омиллардан боланинг 1 ёшга тулгунча булган вақтда болани овкатлантириш режимини бузилиши асосий омил булса, 3-7 ёшда маиший (уйдаги) ва замбуруг аллергенлари асосий сабаб булади, пубертат ёшда эса рухий – эмоционал омил устувор туради.

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

1. экссудатив – 2 ёшгача
2. эритематоз – сквамоз оддий тури – 2-7 ёш
3. эритематоз – сквамоз лихенизацияланган – 7-12 ёш
4. лихеноид тури – 12 ёшдан катта
5. пруритиноз – 12 ёшдан катта

Касалликнинг канчалик таркалганлигига караб куйидагича булинади:

1. Чекланган
2. Таркок
3. Диффуз

Клиник манзарасининг (кечишининг) огирлигига караб:

1. Енгил
2. Уртача огир
3. Огир

Касалликнинг даврлари ва фазаларига караб:

1. Бошлангич боскичи
2. Яккол узгаришлар боскичи
(авж олиш даври – рецидивлар)
 - а) уткир фазаси
 - б) сурункали фазаси
3. Ремиссия боскичи
 - а) чала ремиссия (ним уткир даври)
 - б) Тула ремиссия
4. Клиник согайиш боскичи

Клиник этиологик вариантлари (устивор аллергенларга нисбатан)

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



Расм № 101. Атопик дерматит

Касалликнинг асосий белгилари эритема, шиш, папула, калоклар, эксориация, лихенификация, ёриклар, терининг курукшаши, кучли кичишиш, уйкусизлик, ок дермографизм (расм № 101). Тошмалар асосан кул ва оёқларнинг букилувчи сохаларида, огиз атрофида, белда, жинсий аъзолар сохасида, буйиннинг орка юзасида, юзда, пешонада, куз атрофида жойлашади (расм № 102).



Расм № 102. Атопик дерматит

Диагностик мезонлари

А. Катта (зарурий, асосий) мезонлар

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

Б. Кичик (кушимча) мезонлар:

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

12) куз атрофида тук рангли узгаришлар (аллергик товланиш)

Даволаш

АДни даволашни асосий омили уни комплекс даволашдир. Бунда касаллик патогенезининг хар хил звеноларига таъсир килувчи дори моддаларидан фойдаланилади. Энг аввало хар хил аллергенлар таъсирини бартараф этиш керак. Бунинг учун бемор иш, дам олиш ва овкатланиш режимларига амал килиши шарт. Кийим-кечаклардан сунъий матолар ман килинади. Уй шароитида мумкин булган аллергенлар (чанг, жун махсулотлари) таъсирини бартараф килиш керак. Агар иш жойида хар хил химиявий моддалар ёки аллерген вазифасини уташи мумкин булган нарсалар билан контактда булса, иш шароитини узгартириш талаб килинади. Овкатланиш режимига алохида ахамият бериш керак. Бунда узида аллерген тутувчи озик-овкат моддалари (мош, ловия, нухат, тухум, цитрус мевалари, кофе, какао тутувчи озик-овкат моддалари, от гушти, кази, калампир ва х.к.) рациондан чикариб ташланади. Дори моддаларидан антиоксидантлар (альфа-токоферол ацетат, ретинол ацетат, аскорбин кислотаси, никотин кислотаси), антигистамин дори моддалари (кларитин, лоратадин, аналергин, кетотифен ва бошкалар), топик глюкокортикоид кремлар (элоком, адвантан, целестодерм) ишлатилади.

БОБ 7. НЕЙРОДЕРМАТОЗЛАР

Нейродерматозлар гурухи уз ичига терининг кичишиши билан бошланиб, бутун касаллик даврида давом этадиган кичишиши, ҳамда асабларнинг бузилиши билан кечадиган касалликларни олади. Бунда баъзан кичишиш бирламчи пайдо булиб, теридаги узгаришлар кейинчалик пайдо булади (*тери кичишиши, нейродермит*), бошқа вақтда эса кичишиш теридаги тошмалар билан бир вақтда бошланади (*торвок, кичима*).

Терининг кичишиши физиологик ёки патологик булиши мумкин. Физиологик кичишиш бирор нарса чакканда ёки биророта кичиштирадиган усимлик («чаён ут») терига текканда пайдо булади. Бу турдаги кичишиш уша нарсалар тасири йуқолиши билан утиб кетади. Паталогик кичишиш оирорта ички аъзо, эндокирин безларнинг функцияси бузилган ёки асаб систкмаси жарохатланганда пайдо булади ва вақт давом этади. Г.Н. Кассиль ибораси билан айтганда: *Кичишиши – бу одамда терининг ёки шиллик каватининг маълум бир жойини кашлашга енгиб бумайдиган талаб пайдо булишидир*. Хозиргача кичишиш алохида сезгими ёки огрик сезишини бир турими эканлиги аниқланмаган.

Нейродерматозларнинг классификацияси:

- 1) Тери кичишиши – чекланган, таркок;
- 2) Кичима (почесуха)- ёш болалар кичимаси, катталар кичимаси, тугунли кичима;
- 3) Торвок (уткир ва сурункали);
- 4) Нейродермит – чекланган, диффуз.

I. ТЕРИ КИЧИШИШИ (*Pruritus cutaneus*)

Тери кичишиши мустакил касаллик булиб, бунда узок давом этадиган кичишиш, ҳамда терида кашланган жойлар булиши характерлидар.

Хозиргача кичишишни кабул киладиган алохида рецепторлар бор йуклиги аниқ маълум эмас. Огрикни кабул килувчи эркин ётадиган ёки капсулаларга уралган нерв охирлари кичишишни кабул килади деган тахминлар мавжуд. Кичишиш сезгиси келиб чиқишида терининг ҳамма

сезиш аппаратлари катнашади. Кичишиш сезгисини чакирадиган импульслар, капсулани С-тоналар оркали субкортиколь ва кортикаль марказдан утади.

Тери кичишиши касаллигини аниқлашдан олдин тери, кон, модда алмашиш, жигар, буйрак, меъда ости беши билан боғлиқ ва бошка шу каби хамма касалликларни инкор қилиш лозим. Чунки бу касалликларда тери кичишиши бир симптом булиши мумкин.



Расм № 103. Тери кичишиши

Тери кичишиши касаллигида терида бирорта хам бирламчи элемент булмаи, иккиламчи элементлардан фақат эксқориақия ва конли (нуқтали ёки чизиксимон) калок булиши мумкин (расм № 103).

Бир хил касалларда узок кашлаш натижасида **тирноклар** узига хос юпкалашиб, худди лак билан буяб қуйгандек ёки "чахлаб" қуйгандек булиб қолади. Кичишиш баъзан кечқурун, ярим кечада, айрим вақтларда кундузи булади. Кичишиш хар хил булиши мумкин: баъзан бушрок, баъзан жуда кучли булиб касаллар кечаси ухламай чикади.

Каттик кичишиш натижасида айрим касаллар хатто иш кобилиятини йуқотади. Баъзан узок давом этадиган кичишиш ва кашлаш натижасида терида лихенификация пайдо булади.

Бундай вақтда кичишиш касаллиги нейродермитга уткан булади. Кичишиш маълум бир жойда чекланган, таркок ва ёйилган булади. Чекланган кичишиш купрок ташки жинсий олатда ва орка пешов атрофида учрайди.

Чекланган кичишишнинг сабаблари куйидагилардан иборат булиши мумкин: меъда (купинча-острица), вульва, кин, тугри ичак, орка пешов атрофининг шамолаши ва чекланган узгариши билан кечувчи вегетоневроз (кичишган жойда тер ажралишининг кучайиши, ички безлар функциясининг бузилиши кабилар).

Таркок кичишишнинг келиб чикишида юкоридаги узгаришлардан ташкари ёши утган ва кексаларда /кариялар кичишиши/ модда алмашувининг бузилиши, тананинг уз моддасидан захарланиши /хомиладорлик кичишиши/ ва бошка купинча аниклаб булмайдиган сабаблар булиши мумкин.

ДАВОЛАШ. Кичишишга карши симптоматик кулланилган антигистамин препаратлари вактинча ёрдам беради: диазолин 0,05-0,1 г дан кунига 2-3 махал, пипольфен, супрастин, этизин 0,025 г дан кунига 3 марта /яхшиси куннинг иккинчи ярмида ва кечкурун/, димедрол 0,03-0,05 г дан кунига 2 махал. Агар хар куни ёки кун оша 2-1,5% димедрол, супрастин ёки пипольфен эритмасидан 1-2 мл мушаклар орасига укол килинса кичишишни колдиришда яхши натижа беради. (хлорид кальцийнинг 10% эритмасидан вена ичига ёки, глюкнат кальцийнинг 10% эритмасидан мушаклар орасига). Кальций препаратларини парасимпатик нервлар таъсири кучли булганда (**кизил дермографизм**) куллаш керак.

Агар симптоматик нервлар таъсири кучли булса (секин ва **ок дермографизм**) кальций препаратларини куллаш мумкин эмас, чунки кичишишни кучайтириб юбориш мумкин. Айрим касалларга агар кичишиш жуда кучли ва доимий булса, кортикостероид гормонларни куллаш мумкин, гипноз килиши ва электр билан ухлатиш кушиб килинса яхши натижа беради.

Кариялар кичишиши билан огриган касалларга дала хвойдан тайёрланган кайнатма берилса яхши булади. (1 ош кошик 3-4 стакан кайнаган сувда дамлайди ва 1-1,5 соатдан кейин дока билан сузади ва хуплаб-хуплаб кун буйи ичади, бундай даволаш 2-2,5 хафта давом этади).

Асаб системаси бузилган касалларга седатив препаратлар – бром, валериана. Хамда нейролептик препаратлар – седуксен, элениум, лабриум, триоксазин бериледи. Физиотерапевтик усуллардан таркок кичишишда сунъий ёки табиий сероводороди ёки радон ванналар, череда, дуб пустлоги ёки кепакдан (битта ваннага 1 кг) ванналар буюрилади, хамда денгизда чумилиш тавсия этилади.

Терига 1-2% тимол, карболовая кислота ва ментолнинг спиртли эритмаси, 60-70% спиртда эритилган, 5% хлорэтил, хлоралгидрат, ментол аралаштирилган чайкатма буюрилади. Тери курукланганини камайтириш учун ичган А, В₂, В₃ витаминлари, суртгани эса юмшатувчи крем (Lanolini ol.oliunrum. Agdestillatoc an 30,0) бериледи.

ТОРВОК

Торвок (*лотинча urtica – торвок*) - узига хос алохида касаллик булиб, терида, баъзан шиллик каватда куккисдан окиш, пушти ёки кизил рангдаги торвокларнинг пайдо булиши билан характерланади. Баъзан элементлар тугунча, пуфакча шаклида булади. Торвок катталиги – 2 – тийинлик чакадан тортиб 20 тийинлик тангадек булади. Тошмалар жуда кучли, баъзан эса чидаб булмайдиган кичишиш билан бирга давом этади. Тошмалар кандай тез пайдо булган булса, шунчалик тез (1-2 соатдан кейин) йуколиб кетади, лекин янги тошмалар тошиши мумкин. Айрим холларда касаллик тез-тез кайталаниб узок вақт давом этиб, хроник шаклга утиши мумкин.

Касаллик тошмаларнинг тезда пайдо булиб, тезда йуколиб кетиши касал одамни врач олдида нокулай ахволга солиб куяди. Купинча касаллик биринчи марта кечаси бошланади ва кучли кичишиш билан булади, бундан куркиб кетган касал ёки унинг кариндошлари врачни уйига чакиради ёки врач олдида узи боради. Лекин врач келиб кургунча касал баданида хеч нарса

колмайди. Тошмалар хикилдок, халкум шиллик пардаларида хам пайдо булиши мумкин, бунда бу жойлар шишиб нафас олиш ва ютиш кийинлашиб колади (расм № 104).



Расм № 104. Торвоқ

Сурункали кайталанувчи торвоқ бир-икки тошмалар тошиш билан чегараланмайди, балки тез-тез кайталаниб узок вақт давом этади. Айрим вақтларда сурункали торвоқда торвоқлар урнида доғлар колади (расм № 105).



Расм № 105. Сурункали тарвоқ

Келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши

Wolf – Eisner – биринчи марта торвоқнинг аллергия оркали пайдо булишини айтган эди. Соғлом одамда торвоқ тери остига гистамин

жунатилганда пайдо булади, синаб курувчи хайвонларда гистаминдан олдин, антигистамин препаратларидан берилса торвок хосил булмайди. Шунинг натижасида торвокнинг келиб чиқишида гистамин ва гистаминга ухшаш моддаларнинг роли борлиги аниқланган. Торвокнинг сабаблари хар-хил булиб – токсинлар, аутоинтоксикация, аллергия асаб бузилишидир.

Торвокнинг бир неча турлари бор:

1. **Совукдан тошадиган торвок:** совукни юкори сезувчи одамлада булиб, асосан хар сафар териға совук нарса таъсир килганда булади. Масалан: териға совук сув, совук буюм /метал, шиша идишлар, муз/ ва совук хаво. Бир хил вақтларда торвок терининг факат совук теккан жойида, баъзан таркок холда пайдо булади. Лекин бу касалларда совук нарсалар ейилганда, ичилганда, хатто музқаймок еганда хам торвок тошмайди, торвок совук нарсалар факат териға таъсир килса пайдо булади.

2. **Иссикдан тошадиган торвок:** бунда торвок териға иссик нарсалар таъсир килганда пайдо булади ва терининг таъсирланган жойида булади.

3. **"Чарчашдан" тошадиган торвок:** асосан жисмоний ишдан кейин тошади. Шундай ходиса ёзилган 22 ёшли эркекда, 13 ёшдан бошлаб хар кандай жисмоний ишдан кейин торвок тошар экан, хатто озгина баскетбол уйнаса хам. Бунда торвок иссикданми ёки "чарчашдан" аниқ билиш кийин.

4. **Куёшдан тошадиган торвок:** купинча териси хам куёш нурига, хам иссикликка ута сезгир одамларда булади.

5. **Сунъий торвок:** бу торвокнинг алохида бир тури булиб, хеч тери касаллиги билан огримаган одамларда бадан терисидан утмас бирор буюм юритилса, ёки тери ишкалса, шу механик таъсиротга жавобан тери чизик-чизик булиб торвок тошади. Баъзан териға бирор нарса ёзганда булади.

Шунинг учун буни баъзан – аутографизм хам дейилади. Сунъий торвок одатда баданни кичиштирмасдан утиб кетади.

5. **Тугунчали торвок:** кам учрайдиган тури булиб, майда тугунчалар, торвокли тугунчалар хосил булади. Пайдо булган тошмалар, кучли кичишиш билан кечади. Терининг хар-хил жойларида кашилган жойлар, конли калок

кора доғлар пайдо булади. Тошмалар бир жойга тупланмайди, купрок аёлларда учрайди.

Квинкенинг ангионевротик шиши

Келиб чиқиш сабаблари жихатидан оддий торвоқдан фарк қилмайди, лекин торвоқка хос булган қичишиш ҳам булади. Жарохат асосан ковок, лаб, жинсий аъзолар териси ва огиз бушлиғи, тил, халқум, хикилдок шиллик каватида жойлашади. Ишган жой чегараланган ёки тарқалган булиб, ранги меъёрдаги теридан окрок, баъзан сал қизилрок булади. Касаллик қайталанувчан булиб унча узок давом этмайди (расм № 106).



Расм № 106. Квинкенинг ангионевротик шиши

Тошмалар хикилдок ва халқумда жойланганда тезда ёрдам берилмаса окибати ёмон булиши мумкин.

Даволаш: Касални даволашдан олдин, уни сабабини аниқлаш ва бартараф этиш керак. **Масалан:** бирор дори, овқат, гижжа, диабет, ангина, курт еган тиш ва бошқалар. Даволашда асосан антигистамин препаратлар – димедрол /0,05/ пипольфен, супрастин /0,025/, кальций препаратлари /10% хлористый кальций, глюконат кальций/ кулланилади.

Огир холларда: 1:1000 нисбатдаги адреналин 1 мл тери остига юборилади.

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

Махаллий даво 1-2% ментол, 3-5% анестезин, 1-2% димедрол малхамлари, болтушкалар ва бошка кичишишни тухтатувчи дорилар кулланилади.

БОЛАЛАР КИЧИМАСИ (СТРОФУЛЮС)

Nillen ва Bateman – бу касалликни строфулюс номи билан ёзишган. Асосан 6 ойдан 3-4 ёшгача булган болалар огрийди. Айрим вақтларда каттарок болаларда ҳам учрайди. (Педиатрия факультети талабалари кенгрок танишишади).

КАТТАЛАР КИЧИМАСИ (ГЕБРА КИЧИМАСИ)

Катталар кичимаси асосан болалик даврдан бошланиб кейинчалик катталар кичимасига айланади. Катталар кичимаси асосан болалик даврдан бошланиб кейинчалик катталар кичимасига айланади.

Казенав, Брок, Яквет каби француз дерматологлари таъкидлашларича кичимада аввало кичишиш булиб, кейинчалик тугунчалар пайдо булади. Буни исботлаш учун Jagnet (1982 й) кичима билан огриган касални бир кулини бинт билан боглаб куйганда тугунчалар шу кулида пайдо булмаган, бошка жойларда пайдо булган. Гебра, Яриш ва Фингер каби немис дерматологлари кичимадан олдин тугунча пайдо булиб, кейин кичишиш булади, дейдилар. Бизнингча кичишиш билан тугунчалар бир вақтда пайдо булади, деган Нейсер ва Мак-Лед хак булсалар керак.

Этиологияси: маълум эмас. Гебра кичимасининг келиб чиқиш сабаблари тугрисада икки хил назария бор – нейротрофик ва интоксикацион.

Нейротрофик назария тарафдорлари А.С.Полотебнов, П.В.Никольский, Т.П.Павлов – касаллардаги ок дермографизм, тер ажралишининг камайиши, тери рефлексларининг бузилиши сабабли касаллик келиб чиқади, дейдилар.

Интоксикацион назария тарафдорлари А.И.Поспелов ва А.П.Иорданлар купинча тошмалар ошкозон-ичаккасалигидан кейин бошланишини аниклаганлар.

Клиникаси: Кул-оёқларнинг ёзилувчи юзаларида тугногич бошидек келадиган каттик, курук, оқиш-пушти рангдаги тугунчалар пайдо булади.

Кейинчалик элементлар бошка жойларда хам пайдо булади, лекин юзда, кулоёкларнинг букилуви сатхларида пайдо булмайди (расм № 107).



Расм № 107. Катталар қичимаси (Гебра қичимаси)

Каттик кашлаш натижасида тугунчалар усти шилиниб конли калок билан копланеди. Тошмалар тошган жойда тери калинлашади, ранги кораяди ва лихенификация пайдо булади. Баъзан иккиламчи пиококк инфекция кушилиб йирингли пуфакчалар пайдо булади.

Чов култик ости лимфа безлари катталашади, лекин огримайди ва йиринламайди.

Баъзан касалликнинг огир ва енгил шакллари учрайди. Огир шаклида кичишиш хаддан ташкари кучли булади, ремиссиялар киска, рецидив узок давом этади. Касалларнинг иштахаси йуколиб, уйкусизлик пайдо булади. Енгил шаклида тошмалар унча куп чикмайди, баъзан сал-пал кичишади, ремиссиялар узокрок давом этади.

Даволаш: аввало беморга тугри режим, етарлича уйку, очик, хавода булишни таъминлаб бериш керак. 30% ли натрий тиосульфат эритмасидан венага 5-10 мл. юбориб туриш тавсия этилади. Ичиш учун антигистамин препаратлари, витаминлар бериледи.

Бизнинг кафедра усули асосан касалларга антиоксидантлар (витамин А, Е, С, РР, тиосульфат натрий), тимолин Т- активин берилганда яхши натижа беради. Баъзан лимфотерапия (тавегил-Т-активин билан) хам касалнинг тезда тузатишга ёрдам беради.

Махаллий даво катрон препаратлари, анестезин 2%, (Бетаметазон, Преднизолон, Целестодерм, Тридерм, Дермавейт, Дипросалик, Синафлан 0,025%, Гидрокартизон 1%, Лоринден А, ва бошка гормонал малхамлардан иборат.

ТУГУНЛИ КИЧИМА

Тугунли кичима биринчи марта 1880 йилда ёзилган. 1909 йилда бу касалликка тугунли кичима номини биринчи марта Hyde берган.

Келиб чиқиш сабаблари бир гуруҳ олимларнинг фикрича эндокрин узгариш (асосан аёлларда учраб, жинсий безлар бузилиши) сабаб булса, иккинчи олимларнинг фикрича интоксикация сабаб булади.

Клиникаси: бу касалликда аввало терида, асосан оёк ва кулларда кичишиш пайдо булади. Кичишиш зурлигидан касаллар терини темир нарсалар (пичок, кайчи, баъзан гишт парчаси) билан кашлайдилар. Кейинчалик терининг кичишган жойларида каттик ловиядек тугунчалар пайдо булади. Тугунлар усти конли калок билан копланеди, баъзан гиперкератоз хосил булади. Тошмалар бир-бири билан кушилмайди, аксинча алохида-алохида гуруҳ булиб жойлашади.

Тугунлар узок вақт туради, кейинчалик аста-секин сурилади. Сурилганда агар кашлаш натижасида чуқур шилинган булса, урнида атрофи корайган чандик қолади.

Агар касаллик узок вақт давом этса тошмалар, баданда юзда ва бошда пайдо булиши мумкин (расм № 108).



Расм № 108. Тугунли кичима

Диагноз: Тугунли кичимани кизил ясси темираткининг гипертрофик шаклидан ажрата билиш керак. Кизил ясси темираткида тугунчалар, кичикрок, кичишиш камрок булади. Шиллик каватларда, асосан огиз бушлигида тошмалар пайдо булади.

Баъзан тугунли кичима искабтопар чакан жойда кизариб шишганлар йуколганда кейинги тугунлар сакланиб қолиш натижасида бошланади, кейинчалик тугунлар, искабтопар чакмаган жойларда ҳам пайдо булади.

Даволаш: асосан келиб чиқиш сабабларини аниқлаш ва унга қарши даволаш. Купинча антигистаминлар, витаминлар, баъзан безгакка қарши дорилар ҳам яхши фойда қилади.

НЕЙРОДЕРМИТ

Бу касалликни 1891 йили Брок ва Жане томонидан «Нейродермит» деб аталган ҳамда терининг бирламчи кичишиши ва иккиламчи дагалланиши (лихенификация) билан кечадиган тери неврози деб қаралган.

Нейродермитнинг асосан икки хили: ***чекланган ва диффуз шакллари*** фарқ қилади. Касалликнинг келиб чиқиш асосий сабаблари – асаб системасининг, ички секрет безлари функциясининг, ички аъзолар, модда алмашинувининг бузилиши ва ташки мухитнинг таъсиридир.

Чекланган нейродермит: Нейродермитнинг бу хили билан асосан катталар, 19 ёшдан то 60 ёшгача оғрийдилар. Касалликнинг учоғи ясси ҳолда жойлашган булиб, асосан 3 та зона ажратилади.

1) Ташки – периферик зона булиб доғли ёки сургичлар шипертрофиясининг бошланиш зонаси; 2) Урта – тугунчали зона; 3) Ички – инфильтрацияли зона.

Биринчи ташки зона асосий жароҳатланган жойни белбоғ сингари ураган булиб ички ва ташки чегарасини аниқ эмас, шунинг учун соғ тери билан ҳам, иккинчи тугунчали зона билан ҳам аниқ чегараси йук.

Иккинчи урта зона уз номидан қуриниб тургандек, тугноғич бош қисмидан, то ясмик катталиғича қеладиган тугунчалардан иборат, тугунчалар

бошланишда ок-пушти, кулранг ёки саргиш рангда булиб, кейинчалик тукрок кизилрок ок-киил, жигарранг-кизил рангга утади. Тугунчалар нотугри шаклда булиб, тери сатхидан озгина юкорига кутарилади. Устки кисми ясси, ялтираган булиб конталаш калок билан копланган.

Янги бошланган жарохат атрофида ташки зона булмайди, шунда тугунчали зона, ташки зонани ташкил килади. Ташки зона пайдо булганда купинча тугунчали зона сурилиб кетади, унда иккита ташки ва ички зона колади.

Учинчи ички зона асосан факат инфильтрация эмас, балки лихенификациядан иборат. Бунда тери калин тортиб зичлашади, бурмалари кескин ифодаланган булади.

Чекланган невродермит учун асосан уч хил симптом характерлидир:

1) Каттик кичишиш; 2) Лихенификация; 3) Жарохатнинг курук кечиши, сув чикиш факат кашлаш оркали булиши мумкин, узича пуфакча булиб, сув чикмайди.

Чекланган невродермитнинг нотипик турларига куйидагилар киради:

Гипертрофик невродермит (гигант лихенификация)

Бу невродермитнинг кам учрайдиган турида касаллик учоги асосан соннинг ички юзасида жойлашиб, янги лихенификация булади. Тери калинлашади: дагаллашади. Инфильтрациянинг кучлилиги окибатида касаллик учоги сог теридан ажралиб туради ва ундан юкорирок туради. Купинча узгарган тери юзасида тугунлар баъзан тугунчалар пайдо булади. Шунинг учун айрим олимлар гипертрофик невродермитни тугунли кичиманинг бир турига киргизади.

Пигментсизланган невродермит – айрим вақтларда чекланган невродермит касаллик учогида пигментнинг камайиши билан кечади. Бунда баъзан касалда невродермит билан витилиго бирга учраганга ухшайди. Аслида эса витилигога ухшаш узгариш иккиламчи булиб, асосан кашлаш натижасида булади. Бундай хосил булган пигментсиз жой асли витилигога караганда тезда тузалиб кетади, невродермит касаллиги тузалиши билан.

Баъзан хакикатдан ҳам витилиго билан невродермит бир вақтда булиши мумкин. Бунда витилиго невродермит булмгаган жойрларда ҳам учрайди.

Декальвирующей нейродермит. Касаллик бошнинг сочли кисмида учраганда каттик кичишиш натижасида жарохатланган жойда соч тукилади тери юпкалашади, ялтиллайди, лекин атрофия булмайди.

Линейар нейродермит. Оёк ва кулларнинг узиловчан сатхида жойлашган булиб, худди узун сочга ухшаш лихенификация пайдо булади. Айрим тугунчалар чекланган невродермитга караганда катт абулади.

Даволаш: асосан В₁, В₁₂ витаминлар, никотин кислотаси купинча метионин. Кичишишига карши антигистамин, кальций препаратлари, баъзан новокаин 0,5% ичгани, 2% укол яхши натижа беради. Агар касал ухлолмаса бром, валериан препаратлари берилади.

Махаллий катрон олтингугурт малхамларига, кичишганда карши ментол, анестезин кушилади. Купинча нафталан нефти, нафталан малхамлари АСД кулланилади.

ДИФФУЗ НЕЙРОДЕРМИТ

Келиб чикиш сабаблари тугрсида аник бир фикр йук, лекин – невроген, аллергик, интоксикацион ва атопик назариялар мавжуд.

Касаллик чекланган нейродермит каби, олдин каттик кичишишдан бошланади, лекин жарохат учоги таркок таркалган булади (расм № 109).



Расм № 109. Диффуз нейродермит

Касаллик учоги купрок кул-оёк, баданда, орка пешов атрофи, жинсий органларда, баъзан човда жойлашади. Касаллик хамма ёшда. Айникса урта ёш ва кариганда бошланади.

Бунда терининг катта-катта қисмлари зарарланади. Бу ерларда тери калинлашади, курук булиб қолади, лихенификация пайдо булади. Шу билан бирга айрим жойларда майда, ялтирок тугунчалар пайдо булади. Кашлаш натижасида терининг жароҳатланган жойларида кунгир тусли калоклар пайдо булади. Баъзан кашланган жойларда сув чиқиши мумкин. Диффуз невродермит дермографизми ок булади.

Диф. диагностика – Невродермитни экзема билан ажрата билиши керак. Экземада тошма билан кичишиш бир вақтда, невродермитда олдин кичишиш бошланади. Невродермитда пуфакчалар булмайд, сув чикмайд, дермографизм ок булади.

Даволаш: Иложи борича касалликни келтириб чиқарган сабабларни топиш ва уни йукотиш. Асаб системасини даволаш, уйқуни яхшилашга қаратилган дорилар. Умумий дорилардан аллергияга қарши, кичишишига қарши дорилар В₁, В₆ витаминлар, бром, новокаин. Кальций, темир препаратлари. Махаллий даво асосан инфилтратларни сурилишини тезлатиш, кичишишни камайтишга қаратилган булиб, терига купрок ҳар хил ёғлар (терини юмшатиш учун) сурти.

ЭКЗЕМА (ГУШ)

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

КЕЛИБ ЧИКИШ САБАБЛАРИ – аниқ булмай, ҳар хил теориялар бор. Бир хил олимлар келиб чиқиш сабабларидан асосий ролни нерв

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

Болаларда айниқса чакалоқларда экземанинг келиб чиқиш механизми биров бошқачароқ бўлиб қуйидагилардан иборат:

Бола организмидаги алоҳида бир ҳолат бўлиб, бу қандайдир ички ва ташқи кузгатувчига экзема билан жавоб беришга "тайёр" бўлиб туради.

Бунинг асосий сабаблари қуйидагилар:

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

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

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

КЛИНИКАСИГА ҚАРАБ

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

Қам учрайдиган шакллари: Капошининг герпессимон экземаси, пруритиноз, вакцинали.

КЕЧИШИГА ҚАРАБ

1) уткир, 3) сурункали.

ХАКИКИЙ (ИДИОПАТИК) ЭКЗЕМА – касалликни бошланишида бир канча боскичларни куриш мумкин – жарохатланган жойда тери кизариб эритема хосил килади, кейинчалик инфильтрация кучайиб эритема тугунчага айланади, тугунча аста-секин инфильтрациянинг кучайиши натижасида пуфакчага айланади, пуфакча ёрилиб сув чикиб турган эрозияга айланади, эрозия устида хосил булган сероз "кудукчалар" худди кайнаётган сувни эслатади. ("экзема" – грек сузидан келиб чикиб, кайнаб чикиш маъносини билдиради). Бу даврда экзема энг юкори кулминацион боскичга кутарилади, кейин аста-секин кайта бошлайди. Эрозия усти пустлог билан копланди пустлог тушиб кетиб, урнида кипиксимон кепакланиш булади, сунгра кора дог колади. Касалнинг бошланиш даврида каралса жарохатланган жойда хакикий патоморфизм булади. Жарохатланган жой кизариб, ишиб кетади, хамда **эритемали дог, эксудатив тугунча, микровезикулалар, эрозия, пустлог, кепакланиш** булади (расм № 110).



Расм № 110. Хакикий идеопатик экзема

Касаллик асосан симметрик жойлашди, хам кул-оёк ва баданда купрок учрайди. Касалларни каттик кичишиш безовта килади. Касаллик баъзан кайнаётган вақтда жарохатланган жойда инфильтрация сурилмай кепаклашиш, кичишиш кучайиши ва кашлаш натижасида тери калинлашиб

лихеинфекция, гиперкератоз булиши мумкин. Бу касалликни сурункали формага утиши булади. Баъзан жарохатланган жойга стрепто, стафилококклар тушиб, модда – йирингли пуфакчалар хосил килади. Сурункали экзема баъзан бирор бир агент таъсирида яна кузгаб уткир формага утиши мумкин. Болаларда идиопатик экзема 2-3 ойликдан бошланиб, симметрик холда бетда, кул-оёклар терисида жойлашади, хамда эритема сквамоз, папуло-везикулез. Элементларнинг кичишиши билан давом этади. болаларда купрок хакикий, микробли ва себореяли экземаларнинг бирга учраши кузатилади.

Хакикий экземанинг куйидаги турлари ажратилади.

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

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

МИКРОБЛИ ЭКЗЕМА

Микробли экзема хакикий экземадан фарк килиб купинча бирор микроб касал чакирган жойда (стрепто, стафилококк, дрожжи) нотугри даволаш натижасида экземага айланиб кетади. Микробли экзема ассимтерик холда тиззада панжаларда, бошнинг сочли кисмида жойлашади. Чегараси

аник булиб куп таркамайди. Асосий касаллик учогининг атрофида кизариш, эксудатив папула, микровезикула, пустула булади. Элементлар усти кукиш-сарик йирингли ва конли пустлог билан копланган. Пустлог билан копланган юзаси кизил рангда булиб, осон конайди. Хар жой-хар жойда хакикий экземага ухшаб сув чикади.

Баъзан микробли экзема операциядан кейин трофик яра атрофида мадда, яллигланган эритема, папула хосил килиб бошланади. Бундай холларда микробли экземани паратравматик ёки яра атрофидаги экзема дейилади.

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

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

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



Расм № 111. Микробли экзема

в) **Сикозсимон экзема.** Сикоз билан огриган беморларда, жарохатланган жой атрофи кизариб, пуфакчалар, тугунчалар хосил булади ва сув чика

бошлайди. Жароҳат учоги сочли қисмдан ташқари чиқиб терини ҳам жароҳатлайди. Каттик кичишиш, сув чиқиш кузатилади.

Болаларда микробли экзема купинча сурункали инфекция билан (отит, ринит, гайморит, тонзиллит, конъюнктивит) биргаликда кечади.

СЕБОРЕЯЛИ ЭКЗЕМА

Себореяли экзема купрок бошда, юзда, курак суяклари орасида учрайди. Жароҳатланган жойда қават-қават жойлашган сарғиш пустлог, тангачалар ҳосил булади. Сочлар ялтирок булиб, бир-бири билан ёпишиб қолади. Кулок орти бурмасида сероз-йирингли экссудат пайдо булади. Купинча оёқда каттик кичишадиган фолликуляр тугунчалар ҳосил булади. Болаларда себореяли экзема асосан ҳаётининг 2-3 ҳафтасидан бошланади, ҳақиқий экзема эса 3-5 ойдан бошланади. Ҳақиқий экземадан фарқ қилиб себореяли экземада сув чиқмайди, баъзан бурмаларда чиқиши мумкин. Болалар экземасида юқоридаги турлардан ташқари, яна қуйидаги экземалар булиши мумкин.

Даволаш.

Экземани даволаш комплекс олиб борилиб, бунга-гипноз, электросон, седатив, антигистамин, базан эса гормонал преаратлар қиради. Қасалларга кальций препаратлари, натрий тиосульфат (10% кальций хлоридий ёки 30% тиосульфат натрий томирдан юборилади). Антигистамин препаратлардан – супрастин 0,025 дан 3 марта ичгани ёки 2,5% эритмасидан 1 мл дан уқолга, ёки диазолин 0,1 тавегил 0,01 димедрол 0,05 пипольфен, 0,25дан 2-3 марта ичгани берилади. Сув чиқиш ва ишганни қайтириш учун қасаллик бошланишда 3-4 кун сийдик ҳайдовчи препаратлари – гипотиазид, фуросемид берилади. Баъзан седатив препаратлар – бром, валериан, нейролептик препаратлар (эленум оксилудин, амизил). Агар қасаллик сурункали кечса, бошқ дорилар ёрдам бермаса, кортикостероид гормонлари анаболил гормонлар билан (метандростеналон, нераболил, ретаболил) берилади. Қерак вақтда витаминлар қулланилади. Ёш болаларни даволашдан олдин парҳезга эътибор бериш қерак. Бунинг учун суюқлик истеъмол

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

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

БОБ 8. ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Н.Д.Шеклаков буйича замбуруг касаликлари

Классификацияси

- 1) Кератомикозлар
 - А) Кепакли ёки ранг-баранг темиртки;
 - Б) тугунли трихоспория;
 - В) култик ости трихомикоз;
- 2) Дерматомикозлар
 - А) эпидермофития;
 - Б) рубромикоз;
 - В) трихофития;
 - Г) микроспория;
 - Д) фавус.
- 3) Кандидозлар тери, шиллик каватлари ва ички аъзоларнинг касалликлари;
- 4) Чукур (системали) микозлар, лекин кам учрайдиган замбуруг касалликлари группаси:
 - А) хромомикоз,
 - Б) актиномикоз,
 - В) споротрихоз,
 - Г) бластомикоз.

Кератомикозларга – ранг-баранг темиртки, эритразма, тугунсимон трихоспория-пъедра, култикости трихомикози киради.

Дерматомикозларга – трихофития, микроспория, фавус, чов ва товон эпидермофтияси киради.

Кандидозларга – йирик бурмали кандидози, бармоқлар орасидаги кандидозли эрозия, кандидозли паронихия, огиз бурчаклари кандидози, огиз окариши, сурункали генерализацияланган (гранулематоз) болалар кандидози киради.

Чукур микозларга – актиномикоз, хромомироз, споротихоз касалликлари киради.

Терининг замбуругли касалликларини даволашда гризеофульвин, низорал, ламизил каби антибиотиклардан кенг фойдаланилади. Бу касалликларни олдини олишда тиббий, санитария ва эпидемиологик ва ветеринария хизматлари ходимлари узаро хамкорликда фаолият курсатишлари махсадга мувофиқ булади.

ОДАМЛАРДАГИ ЗАМБУРУГ КАСАЛЛИКЛАР - МИКОЗЛАР

Умумий маълумотлар

Соғлиқни сақлаш ходимларининг замбуруг касалликларига қарши қурган тадбирларига қарамай, ҳалигача одамларда, айниқса ёш болаларда тери замбуруг касалликлари учраб турибди, базан эса бирорта бир болалар муассаларида бирдан қупайиб кетишта олиб келаяпти. Шунинг учун бугунги кунда замбуруг касалликларини билиш, уларнинг олдини олиш йулларини урганиш барча медицина ходимлари учун зарурдир.

Барча тери касалликлари билан хасталаниш орасида терининг замбуругли касалликлари йирингли тери касалликларидан кейин 2-уринни эгаллайдилар, шу сабабли уларни урганишнинг ва уларга қарши қурашишнинг қанчалик зарурлиги келиб чиқади.

Табиатда замбуруглар жуда кент тарқалгандир. Лекин уларнинг фақатгина қичик бир қисми хайвонлар ва одам учун зарарлидир. Замбуруглар қуйи усимликларга мансубдир, лекин уларда хлорофилл йук, ва углекислотасини узлаштира олмайди.

Замбуругларни оддий қуролланмаган қуз билан қуриб булмайди. Микроскоп остида хар хил йугонликдаги ва узунликдаги ипчалар ва мицелийдар қуринади. Замбуруглар споралар ҳосил қилиш йули билан қупаядилар. Спора - бу юмалок, овал шаклида булиб, қатталиги 3-4 мк.

Замбуруглар ташқи шароитга қидамли. Сочда (15° - 17°) замбуруглар 7 йилгача яшаш қобилятига эга. Хар хил химиявий моддалар замбуругларга хар хил таъсир этади. Масалан олтингурут ва хлорид қислота эритмаси 45-

60 минут таъсир килганда замбуруглар улади, 5-9% натрий ёки калий ишкори таъсирида 20-30 минутда, карбол кислотасининг 5% эритмаси, ҳамда сулеманинг 1% эритмаси таъсирида 3-5 минутда уладилар. 1-10% хлорид охак эритмаси бир неча секунд ичида замбуругларни улдиради. Замбуруглар асосан кислородни яхши куради (аэроб), факат айримларигина кислороднинг оз микдорида ривожланадилар.

Замбуруглар 2 катта гуруҳга булинади: одамнинг факат тери ва унинг (ортикларини) кушимчаларини зарарлайдиган антропофил замбуруглар деб аталувчи ва хайвон ҳамда одамнинг терн, терн кушимчаларини зарарлайдиган зооантропофил замбуруглар. Биринчи гуруҳга, масалан, юзаки ва сурункали трихофития чакирувчилари - **сафсар** ва **кратерсимон** шаклидаги трихофитонлар, микроскопияни чакирувчи "**занглаган**" микроспорум, фавуснинг (кал) чакирувчиси - **Шенлейн ахориони**, иккинчи гуруҳга бузокларда, сичконларда ва бошка хайвонларда трихофития чакирувчи **гипссимон** ва **фавуссимон** трихофитонлар, улар одамда унинг инфильтратив йирингли шаклини чакиради. Ит за мушук ҳамда одамда касаллик чакирувчи **момиксимон** микроспорум киради. Ачитки сифат зарарли замбуруглар кандида синфига мансуб булиб алохида гуруҳни ташкил этишади. Уларнинг асосий фарқи шундан иборатки, улар спора хосил килмайдилар, балки пайдо булиш йули билан купаядилар, улардан пайдо булган ишлар хакикий шохларга эга булмайдилар, шу сабабли уларни **сохта мицелий** деб аташади.

Эпидемиологияси. Замбуругларни юкиши бевосита бемордан ёки зарарланган хайвондан (касалликнинг тугридан-тугри утиши) ёки касал ишлатган хар хил нарсалар, буюмлар оркали, хайвонларни парвариш килиш анжомлари оркали (касалликнинг билвосита утиши) булиши мумкин. Айрим замбуруг касалликлари билан (юзаки трихофития, микроспория ва бошкалар) купрок мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар касалланишади, бошкалари билан эса (эпидермофития, рубромикоз, системали чукур микозлар ва бошкалар) купрок катта ёшдагилар касалланишадилар.

Синфларга булиниши (Классификацияси). Хар хил авторлар хилма-хил сабабларни (одамда касаллик чакирувчи замбуругларнинг морфологик хусусиятлари, уларнинг овкатланиш мухитларига муносабати, дерматомикозларнинг клиник куриниши за кечишининг узига хослилиги ва хоказо) хисобга олганлиги сабабли дерматомикозларнинг умуммакбул синфларга булиниши йук. Биринчи марта замбуруг касалликларининг синфларга булинишини 1910 йилда Сабуро таклиф этган.

МДХ да укитиш максадида А.М.Ариевич (1963 й.) томонидан тавсия этган, Н.Д.Шеклаков томонидан узгартирилган ва аниклик киритилган клиник классификациядан фойдаланилади. Бу классификация буйича терининг замбуругли касалликлари 4 катта группага булинада: 1) Кератомикозлар (**кепакли ёки хар хил рангдаги, темиртки, тугунли трихоспория, култик ости трихомикози**); 2) Дерматомикозлар (**эпидермофития, рубромикоз, трихофития, микроспория ва фавус**) - энг катта социал эпидемиологик ахамиятга эга, терининг замбуругли жарохатланиши энг кузга куринган группаси; 3) Кандидозлар (**тери, шиллик каватлари ва ички аъзоларнинг касалликлари**); 4) Чукур (системали) микозлар, лекин кам учрайдиган замбуруг касалликлари группаси (**хромомикоз, актиномикоз, споротрихоз, бластомикоз**).

I. КЕРАТОМИКОЗЛАР

Бу группага кирувчи замбуруг касалликлари учуй факатгина эпидермис мугуз каватини жарохатлайдиганлари киради (юнонча, **keratos** – мугуз, **mycos** – замбуруг), уларга кам юкумлилик ва аник яллигланиш белгилари йуклиги хосдир. Урнашиб колган анъанага мувофик бу гурухга эритразмани хам киритадилар, аммо эритразманинг чакирувчиси замбуруглар эмас, балки коринебактериялардир. Кератомикоз группасига яна тугунчали трихоспория ва култик ости трихомикози хам киради.

КЕПАКЛИ ЁКИ РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ

Этиология ва патогенези. Чакирувчиси – **Microsporum furfur** ёки **Pityrosporum orbiculare** фолликулаларининг чикиш тешиги ва

эпидермиснинг мугуз каватида жойлашади. Жарохатланган тангачаларни микроскоп остида курилганда замбуруг калта, анчагина йугон, эгилган мицелий ипларга ва икки-контурли катламли юмалок спораларнинг шингилсимон жойланишига эгадир.

Касалликнинг юкумлилиги жуда камдир.

Клиникаси ва кечиши. Терининг касалланган жойларида яллигланмаган характердаги сарик-кунгир пушти ранг доғлар пайдо булади, улар соч фолликуларарининг чикиш тешигидан бошланиб, секин-аста катталашаберади. Узаро кушилишиб терининг анча жойини эгаллаб чеккалари кингир-кийший булиши мумкин. Доғларнинг ранги аста-секин тим-кунгир, баъзи холларда "сутли кофе" рангика олади. Ранглар шаклларининг шу каби алмашинуви сабабли бу касалга "Рангбаранг" темиратки номи берилган (расм № 112).



Расм № 112. Ранг-баранг темиратки

Доғлар теридан кутарилмайдилар, одатда субъектив белгилари йук (гохо унча кучли булмаган кичишиш булиши мумкин), унга ухшаб кепакланади (шу сабабли иккинчи номи – **кепакли темиратки**), буни тирнаб курилганда осонгина аникланади (**Бенъе белгиси**). Ранг-баранг темиратки доғлари симметрияга риоя килмаган холда жойлашишади.

Купрок жойланиши - кукрак ва орка териси, камрок холатларда буйин, корин, гавданинг ёнбош сохаларида, елкаларнинг ташки юзасида булиши мумкин. Кейинги пайтларда касалликни аниклашда увеол ойнали симоб-

кварц лампасидан фойдаланилганлиги сабабли (**Вуднинг лампаси**) ранг-баранг темиратки доғларини куп холларда (айникса кенг таркалган холатларда) бошнинг сочли кисмида куриш мумкин. Бу холда соч жарохатланмайди. Эхтимол шу касалликнинг афтидан муваффақиятли даволанганидан кейин хам тез-тез кайтовланишита сабабдир. Ранг-баранг темираткининг мактаб ёшида булган болаларда ёки жинсий етишиш ёшидаги усмирларда булиши буйин, кукрак, култик ости чукурчаси, корин, орка, кул ва оёк сохаларида, бошнинг сочли кисмига кенг таркалиши билан характерланади. Касаллик ойлаб ва йиллаб узок давом этади. Клиник даволанишдан сунг хам куп холларда касалликнинг кайтовланиши мумкин. Шунини таъкидлаш керакки куёш нурунинг таъсирида тезда даволаниш мумкин, бу холда ранг-баранг темиратки аввалги доғлари жойлашган жойларда тери кизармайди ва бу ерларда ок доғлар пайдо булади (псевдолейкодерма).

ГИСТОПАТОЛОГИЯ. Замбуруг споралари ва мицелий иплари булган мугуз каватнинг яллигланишсиз холатидаги говаклиги кузатилади.

Диагноз. Кийинчиликка эга эмас ва куп холларда характерли клиник куринишлари асосида куйилади. Кийинчилик булганда кушимча усуллар кулланилади. Бу холларда Бальцернинг йод билан аниклаб куриши синамасидан фойдаланилади: терига 5% спиртли йод эритмасини суртилганда, мугуз кавати говакланган жарохатланган жойларда тери сог терига караганда аникрок булади. Айрим холларда йод урнига 1-2% анилин буёклари эритмасини куллайдилар. Бенъе белгиси ("киринди") феноменидан хам фойдаланиш мумкин: доғларни тирнок билан тирналганда мугуз каватнинг говоклиги сабабли тангачаларнинг юкори каватлари кучадилар. Клиник яширинган жарохатланган жойларни аниклаш макседида никел тузлари шимитилган ойна оркали нурлари утадиган (Вуд фильтри) симоб-кварц лампасидан фойдаланилади. Текширишни коронгилаштирилган хонада олиб борилади, бу хонада кепакли темиратки доғлари тук кунгир ёки кизгич-сарик нурланади.

ДАВОЛАНИШИ. Жарохатланган терига кератолитик ва фунгицид дорилардан суртилади. 5% салицил ёки 3-5% резорцин спирти, 10-20% олтингугурт, 3-5% салицил малхами буюрилади. Терини яллиглантирмайдиган ва буямайдиган **Андриасян суюклиги** (уротропин 10,0 + глицерин 20,0 + Sol.Ac.aceticі 8% 70,0) буюрилганда яхши натижалар олинмоқдалар. Жарохатланган жойларга эритма ва малхамлар 4-6 кун мобайнида суртилади, сунгра беморга катрон совунли ванна буюрилади ва уст-боши алмаштирилади. УФ нурлари билан нурлантириш хам фойдалидир. Куп жойларга таркалган холларда 60% натрий тиосульфит эритмаси ва 6% туз кислотаси эритмаси ишлатиб (кутирни даволашда ишлатилган методика буйича) **Демьянович методи** билан даволанишни куллайдилар.

Болаларни даволашда кулланиладиган дори-дармонлар проценти тегишли холда пасайтирилади (40% ва 4%). Касаллик даволаб булингандан сунг профилактик максатда жарохатланган жойларга бир неча хафта мобайнида кунда 1 махал 1-2% салицил ёки 2% бор-салицил спирти суртилади ёки 1-2 ойдан сунг даволаш курсини кайтарилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ. Куп терлашни даволаш даркор, чиникиш керак. Беморлар ортик исиб кетишлари керак эмас. Терн гигиенаси коидаларига катъий амал килмок керак. Касалликни бошидан кечирганларга профилактик максатда терига хафтада 1-2 марта арок, 6% сирка суртишни буюриш мумкин.

Тугунли трихоспория (пъедра)

Бу касаллик биринчи марта Россияда Ю.Кнох (1886 й.) томонидан ёзилган. Касалликнинг номи испан сузидан келиб чиккан булиб, "пъедра"-тош демакдир.

Касалликнинг юкиши асосан касал одамларнинг тарагидан ва бош кийимидан фойдаланилгандан утади.

Пъедра асосан икки хил ок ва кора булади. Ок пъедра бошдаги сочларни, сокол ва муйловни, кора пъедра эса факат бошдаги сочларни зарарлантиради.

Клиникаси: Сочнинг тепасида майда биттадан, бир нечта унтагача булган тугунчалар пайдо булади. Тугунчалар жуда каттик (тошсимон) овал, нотугри шаклда булиб сочни худди муфти сингари ураб туради. Соч атрофида яллигланиш чакирмайди ва соч синмайди.

Даволаш учун сочни хар куни кайнок 1:1000 ли сулема эритмаси билан ёки сулемали сирка билан ювиш керак. Агар сочни кириб ташлаб совунлаб ювилса, даволаш тезлашади.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР

Бу замбуруг касалликлари катта группаси булиб, бунда на факат тери, балки унинг кушимчалари хам жароҳатланади. Дерматомикозлар барча замбуруг группалари ичида табиатда кенг таркалган булиб куп ёки оз даражада юкумли хисобланадилар. Улардан айримлари учун (зоофил трихофитонлар ва момиксимон микроспорум), афтидан тупрок юкумли манба булиб хисобланади. Дерматомикозларни урганиш катта эпидемиологик ахамиятга эгадир, улар билан курашишни ташкил этиш эса давлат ахамиятига молик социал проблемаларга киради.

1. ЭПИДЕРМОФИТИЯ

Эпидермофития - эпидермофития замбуруг турлари оркали чакириладиган, тирнок пластинкалари ва силлик тери юзаки каватлари юкумли замбуруг касаллигидир. Сочлар касалланмайдилар. Эпидермофитиянинг икки клиник куриниши бор: чов ёки йирик бурмалари эпидермофитияси ва товон эпидермофитияси.

Йирик бурмалар эпидермофитияси ёки чов эпидермофитияси (*epidermophyton plicatum* sen *epidermophyton inguinalis*).

Этиология. Чакирувчиси ***epidermophyton inguinale* Sabonrand** замбуруги.

Эпидемиологияси. Касалланиш хаммомларда, умумий ваннадан, мочалкадан фойдаланилганда булади. Касаллик чакирувчи микроб сог одамга умумий уст-бош, клеёнка, таг идиш, термометрлар, сочиклар, губкалар оркали утиши мумкин.

Патогенези. Касалликнинг ривожланишига чов-сон бурмаларидаги ва култик ости чукурчасидаги, айникса семиз кишиларнинг ва диабет билан огриганларнинг куп тезлаши, компресс билан терининг хулланиб колиши олиб келади. Купрок эркаклар касалланади, болалар ва усмирлар аса кам холларда жарохатланади.

Клиникаси ва кечиши. Касалланиш сон-ёргок бурмаларида сонларнинг ички юзасида, суппада, култик ости чукурчасида жойлашган булади. Айрим холларда патологик процесс кукрак териси, корин (семизларда бурмалар орасида), аёлларда сут бези остидаги терига ва бошка жойларга таркалиши мумкин. Аввало ясмик катталигидаги кепаклашган, кизил яллигланган доглар пайдо булади. Атрофга усиш сабабли гохо пуфакчалар, пустлокчалар ва тангачалар билан копланган, чеккалари шишиб бироз кутарилган, шилинган, кизарган юзали овалсимон каттагина жарохатланган жойлар бир-бири билан кушилиб катталиги кафтдай келадиган чегаралари географик чизмаларга ухшаш кенг жойларни эгаллайди. Жарохатланган жойларнинг маркази секин аста окаради ва бир мунча пасаяди. Чеккаларида шилинган кучабошлаган эпидермисдан ташкил топган хошия булади. Беморларни касаллик кузиган пайтида кучаядиган енгил кичишиш безовталайди. Касаллик одатда уткир бошланади, бироқ кейинчалик сурункали кечади ва вакти-вакти билан кузгалиб (айникса йилнинг иссик пайтида ва куп терлаганда) куплаб ой ва йиллар давом этиши мумкин. Кекса авторлар клиник курунишининг экзема касалига ухшашлиги сабабли бу касалига "**хошияли экзема**" (**eczema marginatum**) номини беришган.

Диагнози. Типик клиник куруниш, процесснинг жойланиши, уткир бошланиш, сурункали кечиш, жарохатланган жойлар юзасидан олинган кириндиларни (текшириш учун жарохатланган жойлар чеккаларидаги кучаётган эпидермисдан олингани маъкул) микроскопда курилганда шохланган мицелий иплари топилади. Эритразма билан дифференцияллаш клиник куруниш ва кечишдаги тавофут ук оркали олиб борилади. Сурункали

трихофития одатда бурмаларда жойлашмайдилар. Рубромикоздан экиб текшириш маълумотлари асосида, юзаки ачиткили жарохатлар ухшаш клиник куруништа эга булиб, жарохатланган жойлар юзасидаги киридини микроскопда куриш билан фарк килади.

Даволаниши. Экзематизация аломатлари булган уткир даврда 3% борат кислота эритмаси, 0,25% кумуш нитрат эритмаси билан совук холда докага шимитишиб ва уни бироз сикиб ташлаб махаллий куйилади. Агар экзематизация булмаса, уткир даврда хам бир неча кун мобайнида йоднинг 1-2% спиртли эритмасини суртилади, кейинчалик 2-3 % хафта мобайнида 3-5% корамойли ёки борат-корамойли малхам буюрилади. Куйидаги замбуругка карши препаратларни: Нитрофунгин, микосептин, амиказол, "Ундецин" ва "Цинкундан" малхамлари, Кастеллани 2-5% суюклиги, нафталан билан Вилькинсон малхамини кенг микдорда, октатион малхамини буюриш максадта мувофикдир. Уткир даврда булардан ташкари (10% кальцийли хлорид эритмаси, 0,5 г натрий тиосульфатни 3 махал ичишга буюриш) десенсибилизация даволанишини утказиш керак булади. Касал кайталанишининг олдини олиш макседида клиник даволанишдан сунг собик жарохатланган жойларга (хар куни ёки кун оша) 2% йоднинг спиртли эритмасини суркашни буюрилади.

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ (epidermophytia pedum).

Товон эпидермофитияси - дунёнинг барча мамлакатларида учрайдиган, жуда кенг таркалган касалликдир. Ахолининг айрим группалари (сузувчилар, хаммом, душ ходимлари, спорт билан шугулланувчилар, кумир шахтаси, иссик цех ишчилари ва х. з.) орасида касаллар сони баланд, айрим холларда 60-80 фоизга етади. Кишлок ахолиси шахар ахолисига караганда камрок касалланади. Болалар нисбатан камрок касалланадилар (15 ёшгача булганларнинг 3,9% касаллангандир). Бирок 16-18 аёлларда касалланиш 17,3% етади.

Этиологияси. Чакирувчиси **Trichophyton mentagrophytes** замбуруги, булиб авваллари Epidermophyton Kaufmann-Wolf номланган замбуругнинг

interdigitale варианты хисобланади. Бармоқлараро трихофитон томонидан чакириладиган товон касаллигини фақат анъанага мувофиқ товон "эпидермофитияси" деб атайдилар. Epidermophyton inguinale замбуругидан фарқ қилиб у пробиркада сочни зарарлайди.

Эпидемиологияси. Касаллик юкумлідир ва унинг соғларга беморлардан утиши хаммомларда, душларда, пляжларда касаллик чакирувчиси бор булган гиламчалар, тушамалар, устамалар, тогоралар, скамейкалар орқали булади. Бемор фойдаланган оёқ кийими, пайпоқлар юкумлідир, шу сабабли умумий оёқ кийимидан фойдаланиш хавфлідир. Замбуруг споралари ва мицелий иплари беморлар куп микдорда, "йукотган" эпидермис мугуз каватидаги тангачаларда катта микдорда булиб ноқулай эпидемиологик вазият яратади.

Патогенези. замбуругни сапрофит ҳолатидан патоген ҳолатига утишига оёқнинг куп терлаши, яситовонлилик, бармоқ ораларининг зичлиги, тор оёқ кийими (шу сабабли армияга янги чакирилганлар орасида эпидермофитияни купайиши кузатилади), ейилиш, пичилиш, терининг хар ёшга хос булган анатомик физиологик хусусиятлари, тернинг химизми ва тер рНнинг ишқорий силжишига олиб келади.

Клиникаси ва кечиши. Товон эпидермофитиясининг куйидаги клиник қуринишлари фарқ қилинади: сквамоз, интертригиноз, дисгидротик, тирнок эпидермофитияси. Аллергик реакциянинг қуриниши сифатида эпидермофитидлар ажратилади. Ноаник белгили сквамоз шакли ёки касалликнинг клиник белгиларисиз чакирувчи топилганда (буни эса чакирувчи ташиш хисоблаб) яширин шакли хисобланади. Ҳозирги пайтда куп микологлар эпидермофитиянинг яширин шакли борлигини тан олмайдилар. Бир неча клиник қуринишларининг қушилиши ҳамда бир шаклдан иккинчисига утишининг мавжудлиги сабабли товон эпидермофитиясининг шаклларга булиниши шартли булиб хисобланади.

Сквамоз шакли. Товон гумбазида сал кизарган терида унча аниқ булмаган кипикланиш булади. Кипикланиш унча катта булмаган ёки

анчагина катта булган сохаларни эгаллаши мумкин. Беморлар баъзан доим булмайдиган ва бироз кичишишини таъкидлайдилар. Бу шакли бемор купинча сезмаган холда давом этади, шу сабабли у эпидемиологик нуктаи назаридан жуда хавфлидир. Касаллик кузгалганда сквамоз шакли дисгидротик ва аксинча дисгидротик шакл сквамоз шаклга утиши мумкин. Касаллик бошида процесс хамиша бир оёкда булиб, кейинчалик иккинчи товонта ҳам утиши мумкин.

Интертригиноз шакли. Куп холларда унча аниқ курунмаган сквамоз шаклдан ва мустақил равишда пайдо булиши мумкин. Процесс оёк бармоклари орасида, купинча IV ва V камрок III ва IV оёк бармоклари оралигида бошланади (расм № 113).



Расм № 113. Товон эпидермофитияси. Интертригиноз шакли

Баъзида касаллик бошка бармоқлар оралигига ёйилиши ва бармоқларнинг букланувчи юзасига, оёк бетига утишиш мумкин. Эпидермиснинг кучаётган оқиш мугуз кавати атрофи билан уралган, бармоқлар орасида ёриклар пайдо булади. Намланиш, кучли ёки кучсиз кичишиш, гохо (эрозия булганда) огриш булиши мумкин.

Куп холларда кишда бироз тинчиб ва йилининг иссик пайтида кузгалиб касаллик жуда куп давом этади. Интертригиноз шаклда мугуз кавати говакланиши сабабли ёрикларнинг пайдо булиши, стрептококкок инфекциясининг кириши ва болдирнинг кайталанувчи сурункали ёлинини, тромбофлебитни ривожлантиради.

Дисгидротик шакли катталити тугногич бошчасидан катта булматан нухотчата калин пустлокли кайнатан саго донларига ухшаш группалашган пуфакчалар товон гумбази сохасида пайдо булиши билан характерданади. Пуфакчалар кушилиб куп камерали пуфаклар ташкил этиб, уларнинг урнида чеккаларида шилинган эпидермис ва эрозияланган юзалар пайдо булади. Касаллик товонларнинг ички ва ташки ён томонларига ҳам ёйилиб интертригиноз шакли билан бир патологик жой пайдо килиши мумкин. Кичишиш ва огрик булиши мумкин (расм № 114).



Расм № 114. Товон эпидермофитияси. Дисгидроз шакли

Иккиламчи инфекция кушилса пуфакдаги суюклик лойкаланади, пуфакчалар ёпилгандан сунг йиринг чикали, лимфангит ва лимфаденит ривожланиши мумкин. Яллигланиш реакцияси пасая борган сари тирналган жойлар битадилар, янги пуфаклар пайдо булмайди ва жарохатланган жойнинг териси куча бошлайди. Иккиламчи инфекция кушилиб бемор огир ахволда булганда уни шифохоната ёткизилади. Куп холларда касаллик бир томонлама жойлашади. Бу шакл узок, секин, асосан бахор ва ёзда тез-тез кайталаниб ва кузгалиб туриши мумкин.

Биринчи марта О.Н.Подвысоцкая томонидан тасвирланган касалликнинг дисгидротик (гохо интертригиноз шакли) иккиламчи йирингли инфекция билан зурайиб кетиши ва асорталаниши товонда ва оёк бармоқларида куп микдорда пуфакча-пуфак, тошмаларининг пайдо булиши

билан характерланади: уларнинг териси бироз шишиб қолади. Уткир эпидермофития маза кочиш, бош огриги, хароратнинг кутарилиши, чов лимфоденити ва эпидермофитидлар - кенг тарқалган иккиламчи аллергия тошмалар билан кузатилади. Касаллик тезда яхши бўлиб кетсада, яна қайталаниши мумкин, 1-2 ойгача давом этади.

Тирноклар эпидермофитияси. Бошлангич узгаришлар тирнок эркин чеккаси олдида сарик доғлар, йул-йул чизиклар пайдо бўлади. Кейинчалик бутун тирнок пластинкаси йугонлашади, сарик-қизгич-сарик рангга киради, осонгина укаланиб тушади, синади, унинг остида мугуз массалар йиғилиб қолади (тирнок ости гиперкератози). Айрим ҳолларда пластинка юпкаланиб тирнок жойлашган жойидан ажралади (онихолизис). Купинча оёкнинг I ва V бармоқларидаги тирнок пластинкалари касалланади. Кул тирноклари ҳеч қачон касалланмайдилар. Ҳисобларга қараганда товон эпидермофитияси билан огриган беморларнинг тахминан 20-30% тирнок пластинкалари ҳам жароҳатланади.

ЭПИДЕРМОФИТИДЛАР

Кучли токсике-аллергик хоссаларга эга ва бемор организмини узок вақт мобайнида аста-секин юкори сезувчанликка олиб келадиган interdigitole варианты ҳисобланган. *Tr. mentagrophytes* замбуругининг таъсири иккиламчи аллергия тошмалар-эпидермофитидлар пайдо бўлишига олиб келади. Эпидермофитиянинг уткир шаклларидаги бемор организмдаги юкори сезувчанлик на фақат замбуруг ҳаётий фаолияти маҳсулотларини юкори сурилишида балки узгарилган оксил парчаларишидан пайдо бўлган маҳсулотларнинг сезувчанлик келтириб чиқарувчи таъсири натижаси ҳамдир. Эпидермофитидлар интритригиноз ва хатто сквамоз шаклларида гоҳо бўлсада, дисгидротик эпидермофитияли беморларнинг 60% тида пайдо бўлади. Эпидермофитидлар (регионар) эпидермофитияли жойларнинг яқинида пайдо бўлиши билан бир қаторда куп ва кенг жойларга тарқалиши ҳам мумкин. Купрок улар қафтда ва кул бармоқларида жойлашишади.

Эпидермофитидларнинг морфологик характери хар хил булиши мумкин:- эритема-сквамоз, уртикар-экссудатив, дигидротик (пуфакчалар), пустулез, экземасимон. Кафтларда купрок пуфакчали ва сквамоз эпидермофитидлар, юз терисида, гавдада ва оёкларда купрок торвок-экссудатив ёки эритема-сквамоз холатида булади. Кенг таркалган эпидермофитидлар купинча умумий ходисалар билан кузатилади: хароратнинг кутарилиши, калтираш, бехоллик, баъзан кучли кичиш булади. Экземасимон ва дисгидротик эпидермофитидлар узок вақт давом этиб нотугри даволанилганда экземага утиб кетиши мумкин.

Даволаш. Товон эпидермофитиясини даволаш клиник шаклига караб хар хил булади. Умумий коида куйидагича: касаллик аломатлари канча уткир булса, фунгицид ва дезинфекция килувчи моддалар концентрацияси шунча камрок булиши керак. Уткир эпидермофитияни уткир экземами даволашдаги барча принципларга риоя килган холда даволанилади: (кальций препаратлари, антигистамин моддалари, витаминлар, аутогематерапия) десенсибилизация даволаши олиб борилади ва совутувчи примочкалар ёки перманганат калийли иссик ванночкалар билан махаллий яллигланишга карши даволанилади, жарохатли жойлар (пуфак ва пуфакчалар очилиб, уларни устки кисми олиб ташланади, кучаётган эпидермис киркиб ташланади ва хоказо) олдиндан парвариш этилади. Эпидермофитидлар билан кузатиладиган уткир кечувчи дисгидротик эпидермофитияда десенсибилизация даволаш комплексига (хлорид кальций ичгани ёки вена ичига, натрий гипосульфит вена ичига, В₁ ва В₆ витаминларининг инъекциялари, аутогематерапия, димедрол, дипразин, диазолин ва бошкалар) кортикостероид гормонларини (преднизолон, тирамцинолон ёки дексаметазон) юкори булмаган дозаларда куйиб фойдаланилади. Агар эпидермофитията пиоген инфекция кушилса (пуфакча ва пуфакларнинг ичида йирингли нарса) 5-7 кун давомида сульфаниламидлар буюрилади. Бу холларда антибиотиклар буюриш тавсия этилмайди, чунки бу эпидермофитияни кучайишига ва эпидермофитидлар пайдо булишига олиб

келиши мумкин. Яллигланиш холатларинкнг тинчлана бораётганида (эпидермофитиянинг дисгидротик ва интентригиноз куринишларида) препаратларнинг концентрациясини аста-секин ошира бориш йули билан фунгицид ва терини тушурувчи дорилар билан даволашга утилади: 3-5% олтингугурт-корамой ёки салиций-корамой пасталари, бетанафтол малхами, "Цинкундан", "Ундецин", "Афунгил" малхамлари. Сквализ эпилермофитияда мугуз каватини тушурувчи малхамлар: **Уайтфилд** малхами (бензой кислотаси 1,0-2,0, салицил кислотаси 2,0-3,0, вазелин 30,0) ёки **Ариевич малхами** (сут кислотаси 6,0, салицил кислотаси 12,0, вазелин 100,0 гача) буюрилади. Мугуз массалар тушиб кетгандан сунг Андриасян суюклигини (уротропин 10,0, глицерин 20,0, Sol.acidi aceticі 8%-70,0) ёки **Кастеллани суюклигини** (фуксин 20,0, фенол 5% 190,0, борная кислота 2,0, ацетон 10,0, резорцин 20,0) нитрофунгин ва фунгицид малхамлари (0,05%- 1% нитрофурилен, олтингугурт салицил-корамой, октатион, ундецин, "Цинкундан" ва бошка) буюрилади. Интентригиноз эпилермофитияда фунгицид суюкликлари ва малхамлар буюргандан сунг хар хил упасимон сепиладиган (аминазол, декамин) ёки куйидаги ёзув буйича: (олтингугурт, салицил кислотаси ана 1,5 борат кислотаси 5,0 цинк, тальк ана 25,0) дориларидан фойдаланилади.

Эпилермофитияда касалланган тирнокларнинг дазоланишини рубромикоздаги онихомикозларни даволаш булимида куриб чикилади. Эпилермофитиядаги айрим касалланган тирнок пластинкаларини бутунлай олиб ташлаш урнига замбуругни таркалиб кетишининг олдини олиш максатида йоднинг спиртли эритмасини суртишни буюрилади.

РУБРОМИКОЗ ЁКИ РУБРОФИТИЯ (rubromycosis seu rubrophytia)

Этиологияси. Айрим авторларнинг фикрича рубромикоз чакирувчиси эпилермофитонлар ва трихофитонлар орасида урта вазиятни эгаллайди. Бу (трихофитонлар каби) чакирувчининг тукларни жарохатлай олиши билан богликдир. Аммо кейинги вақтларда уни купрок трихофитонлар группасига

киритмокдалар, бу аса замбуругнинг номида (авваллари замбуруг *Es.rubrum* деб аталарди) – *Gr.purpureum* - уз аксини топган.

Товон рубромикози

Товон рубромикози - замбуругнинг энг куп жойлашадиган жойидир. Бармоқлараро бурмалардан бошланиб, эпидермофитиядан фаркли уларок барча ёки деярли хаммаси жарохатланади. Товон калинлашиб куп кизариб куруклаша бошлайди, тери жуяклари аник куришиб, уларда унсимон тукилиш яхши билиниб туради.

Процесс товон ва бармоқлар устки ва ёнбош юзаларига хам таркалиши мумкин. Болаларда рубромикознинг бу куриниши куп холларда аник экссудатив ходисалар билан кузатилгани сабабли диагностикада хатоларга олиб келиши мумкин (расм № 115).



Расм № 115. Товон Рубромикози

Товон терисининг жарохати, одатда, эртами ёки кечми процессга тирнок пластинкаларини хам тортилишига олиб келади. Булак холларда процесс тирнок пластинкаларининг жарохатланишидан бошланиб, кейинчалик товон терисини хам коплайди.

Товон ва кул рубромикози

Касаллик товон терисидан бошланиб, кейинчалик куллар ва кул бармоқлари, тирнок пластинкалари хам жарохатланади. Кам холларда чакирувчи аввало кул терисига жойлашади (расм № 116).



Расм № 116. Кафтлар Рубромикози

Касаллик клиник курилиши товон териси жарохатига деярли ухшайди, аммо (кулнинг кайта-кайта ювилиши хисобига) жарохатланиш аниклиги бирмунча пастрокдир. Жарохатланган жойлар четида ва кул бармоқларининг тепа юзасидан булиниб-булиниб жойлашган буртикчалар булади.

Тирнок пластинкалари рубромикози.

Касаллик тез-тез учраб туради. Айрим холларда факат тирноклар жарохатланади. Бошка холларда эса товон териси, панжалар ёки кенг таркалган рубромикоз билан бирга учрайди. Тирнок пластинкаларининг ёппасига жарохатланиши характерлидир, купинча оёк-кулдаги барча тирноклар касалланади. Рубромикозли онихиянинг нормотрофик типиде пластинкасини калинлиги узгармайди: касалланиш эркин чеккадан ёки тирнок ёнбош томонларидан бошланиб у ерларда ок ёки саргиш рангли йул-йул чизикчалар пайдо булади: шундай йул-йул чизикчалар тирнок пластинкасининг ичидан курилиб туриши мумкин. Рубромикозли онихиянинг гипертрофик типиде тирнок пластинкаси калинлашади осонгина укаланади, синади, тирнок ости гиперкератоз булади: юкорида айтилган йул-йул чизикчалар булиши мумкин. Онихиянинг атрофияли типиде тирнок пластинкаси юпкаланади, унинг катта кисми емирилади, факат тирнок буртида колади. Гохо тирнок пластинкаси тирнок чикадиган жойдан онихолизис типиде буйича ажралади. Тирнок пластинкалари, кул бармоқлари ва товон терисининг характерли (типик) касалланишида диагноз куйиш кийинчилик чакирмайди, факатгина шуни эътиборга олиш керакки, у

патологик материални микроскопик текширилганда осонгина тасдикланади. Кул бармоклари ва тирнок пластинкаларининг жарохатисиз булган товон териси ва бармоқлараро бурмалар рубромикозини товон эпидермофитияси интертригиноз ва сквамоз курунишаридан фарк килмоги керак, буларнинг клиник курунишлари амалий жихатдан бир хилдир. Бирок рубромикозда анча аник гиперкератоз за терм жуяклариде унсимон кепакланиш булади, интертриноз курунишда эса анча курунган яллигланиш ходисалари, иккиламчи аллергик тошмалар булади.

ТРИХОФИТИЯЛАР

Трихофитиялар группасига 3 клиник шакллар киради: юзаки ва сурункали трихофития, хамда инфилтратив йирингли ёки зоофил трихофития. Шу шакиларнинг хар биттасида факат бошнинг сочли кисми, силлик тери, ёки (камрок холларда) тирнок пластинкалари жарохатланиши мумкин. Анчагина холларда кушма жарохатланиш, масалан бошнинг сочли кисми, силлик тери ва тирнок пластинкалари ва х.з. булиши мумкин.

Этиологияси. Юзаки ва сурункали трихофитияни бир хил чакирувчилар чакиради: уларни антропофил замбуруглар деб аталади. Улар одамнинг факат териси ва унинг кушимчаларида паразитлик киладилар, сочни жарохатланади унинг ичида (*Trich. endothrix*) жойлашиб терида, унча аник булмаган яллигланишли узгаришлар чакиради. Бу группа замбуругларга **Tr. violaceum** ва **Tr. tonsurans (crateriforme)**лар киради. Инфилтратив-йирингли, ёки зоофил, трихофитияни зоантропофил деб аталувчи замбуруглар чакиради. Улар учун хайвонлар (сичкон, каламуш, куён, денгиз чучкалари, бузоклар, сигирлар, отлар ва бошкалар) билан бир каторда одамни хам жарохатлаш характерлидир. Сочларни жарохатлаганида замбуруглар сочнинг ташкарасида (*Tr. ectothrix*) жойлашади ва терида унча аник булмагандан тортиб, процессга тери ости клетчаткасини хам кушиб олишгача булган яллигланиш реакциясини чакиради. Бу группага куйидаги замбуруглар киради. **Tr. mentagrophytes (Tr. gypseum варианты)** ва **Tr.**

verrucosum (faviforme). Майда спорали турини *Gr.gypseum* ташкил этади ва унинг асосий эгалари булиб уй, дала сичконлари, денгиз чучкалари хисобланади. Сочда йирик спирали турини *Tr.verrucosum* чакиради, унинг учун асосий эга булиб йирик уй хайвонлари: бузоклар, камрок сигирлар, отлар киради. Бемордаги замбуругнинг турини билиб олиш тугри даволаш ҳамда илмий асосланган эпидемияга карши чоралар куриш имкониятини яратади.

Эпидемиологияси. Антропофил замбуруглари юкиши бемор билан бевосита контактда булганда ёки хар куни ишлатиладиган замбуруглар билан зарарланган предметларга (тарок, бош кийими, дуррача, соч олиш машинкаси ва х.з.) ва буюмларга (уйинчоклар, ёстик жилди ва х.з.) тегилганда булади. Юзаки трихофития билан болалар юзаки трихофития билан касалланган болалардан ёки катталар сурункали трихофитияси билан касалланган катталардан (она, ката буви ва бошкалар) зарарланиши мумкин. Зооантропофил замбуруглари билан тегишли беморлардан, зарарланган предметлардан ёки трихофития билан касалланган хайвонлардан (бузоклар, отлар ва х.з.) ҳамда пичан, сомон ва бошка предметларда хайвонлар томонидан колдирилган тангача ва сочлар оркали зарарланиш мумкин.

ЮЗАКИ ТРИХОФИТИЯ

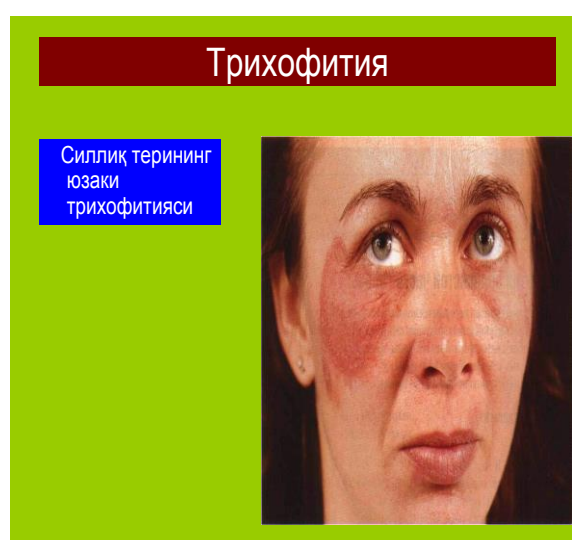
Юзаки трихофития барча ёшдагиларда учрасада купрок мактаб болалари касалланадилар. 40-50% касал болаларга катталардан юкади. Авваллари хисоблаганларидек бу касаллик на факат "мактаб", балки "оилавий" юкумли касалдир. Шу сабабли ушбу микозда эпидемияга карши чораларни факатгина болалар муассасаларидагина (ясли, болалар богчаси, мактаб) эмас, балки бемор боланинг уйида (квартирада) хам курадилар.

Клиникаси ва кечиши. Бошнинг: сочли кисми, силлик тери ва тирнок юзаки трихофитияси фарк килинади.

Жарохатли жойлар катта-кичиклиги билан фарк киладиган, кичик учогли ва катта учогли турлари учратилади. Улар аник ялликланиш

белгиларисиз, нотекис, ноаник чегарали, унча юмалок, булмаган шаклли, окиш кепакли тангачалар билан копланган булади. Жарохатлар чеккасида баъзида пуфакчалар, пустиулалар, пустилокчалар жойланиши мумкин. Зарарланган сочлар жарохатланган жойларда ёппасига касалланмасдан балки уларнинг сийракланиши (камаиши) булади. Улардан айримлари (тери юзасидан 1-2 мм юкорида) жуда киска синади ва вергул, кармокча, савол аломатига ухшаб кетади: уларни "тункачалар" деб атайдилар. Одатда бошда бир неча жарохатли жойлар булади, бироқ биттагина жойга жойлашиши ҳам мумкин. Беморларнинг субъектив шикоятлари булмайдди. Касаллик йиллаб дивом этиши мумкин ва сурункали трихофитияга (аёлларда) утиши мумкин ёки узи-уздан (эркакларда) даволаниб кетиши мумкин. Катта ёшдаги эркакларда бошнинг сочли кисмидаги шу шаклдаги клиник жихатдан бир хил булгам сокол ва муйлов сохасидаги юзаки трихофития пайдо булиши мумкин (расмлар № 117,118,119).

Силлик тери юзаки трихофитияси терининг барча жойларида кузатилсада, купрок юз, буйин, ва гавда терисида жойлашади. Бу ерда жарохат яхши чегараланган, тери сатхидан бироз кутарилган, юмалок ёки овал куринишда, чеккаларида майда пуфакча ва пустилокчалари булган догсимон ёки тугунчасимон унча катта булмаган буртик булади.





Расмлар № 117,118,119. Юзаки трихофития

Жарохат жойининг марказидан касаллик яхши була бошлайди, шунинг учун бу ер бироз окиш булади ва кипикланади. Жарохатланган жойлар узаро кушилиб узига хос расм пайдо килади. Базан унча кучли булмаган кичишиш булиши мумкин.

Касалликка туклар кушилиши мумкин, бу эса даволаининг чузиб юборади. Силлик тери трихофитияси билан аксарият холатларида болалар касалланади.

Тирноклар трихофитияси. Купрок кул бармоклари) тирнок пластинкалари, юзаки трихофитияда 2-3% беморларда жарохатланади. Жарохатланиш тирнок пластинкасининг олд томонидан бошланади, гохо - орка томонида бошланади ва бир неча ой мобайнида бутун пластинкага таркалади, у йугонлашади, говак булиб колади, укаланиб тушади, куллангли булади, тирнок-ости гиперкератози булади. Одатда бир нечта тирнок пластинкаси жарохатланади. Давосиз касаллик йиллаб давом этади.

СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯ

Этиологияси. Касаллик юзаки трихофитияни чакирадиган антропофил замбуруглари билан чакирилади.

Клиникаси ва кечиши. Бошнинг сочли кисми, силлик тери ва тирнок сурункали трихофитияси тафовут этилади.

Бошнинг сочли кисми сурункали трихофитияси асосан энса ва чакка сохаларида жойлашиб у ерларда кукимтир тусли окиш-кизгич рангли унча

катта булмаган жарохат жойлари, диффуз ёки майда жойли кипикланиш ва атрофияли сочи тукилган жойчалар булади. Силлик тери савиясида синган сочлар ва кемедонни эслатувчи ("кора нукталар" деб аталувчи) соч жарохати жуда характерлидир. Улар бошнинг сочли кисми сурункали трихофитияси учун шунчалик характерлики, бу касалликнинг номи хам тез-тез "корануктали трихофития" деб аталади. Гохо касаллик калин сочли аёлларда топилиши жуда катта кийинчилик тугдирадилар ва курик олиб бораётган врач ёки тиббий хамширадан тажриба ва синчковлик талаб этадиган факат бир нечта "кора нукталар" билангина куринади. Куп йиллар баъзида ун йиллар мобайнида "корануктали трихофития" аникланмай қолиб кетиши мумкин, бунда эса беморлар катта эпидемиологик хавфга эга булиб болаларни зарарлайди улардан трихофитиянинг юзаки шакли пайдо булади. Шу сабабли касаллик чиккан хар бир холда она, катта буви, энага, кушни аёлларни (асосан бошнинг сочли кисми) сурункали трихофитияга текшириш керак. Силлик тери сурункали трихофитияси узининг клиник куриниши, жойланиши ва кечиши буйича юзаки трихофитиядан анчагина фарк килади. Энг характерли жойланиши болдир, думба, тизза бугимлари, билан ва камрок холларда юз ва гавда терисида булади (расм № 120).



Расм № 120. Силлик терининг сурункали трихофитияси

Жарохат жойлари аник чегарасиз булиб секин-аста нормал терига утиб кетади, тук кукиш ранглидир, хар хил жойларда тангачалар билан коплангани билан сурункали экземаси эслатади. Силлик тери сурункали

трихофитиясининг узок ва суст кечиши организмнинг анергик иммунологик вазияти билан бир каторда, тукларнинг бошнинг сочли кисми ва тирнокларнинг (таркалган жарохатланиш) кушилиб касалланиши билан тушунтирилади. Субъектив шикоятлар булмаслиги ёки енгил кичишиш булиши мумкин. Кафт ва товон териси сурункали трихофитиясида гиперкератоз асосида унча аник булмаган яллигланиш ходисалари билан тирнок пластинкаларининг тез-тез касалланишининг курук дисгидроз деб аталувчи тури буйича пластинкали кипикланиш булади.

Тирнокларнинг касалланиши сурункали трихофитияли бемоларнинг 1/3 кисмида булиб тирнок пластинкалари калинлашиши билан характерланади, улар кулранг, гадир-будир, осонгина укаланиб тушади ва синади: тирнокнинг олд кисми орка кисмидан оркада колади.

Инфилтратив-йирингли ёки зоофил трихофития. Зооантропофил замбуруглари билан чакириладиган бу шаклни чукур йирингли тугунлар пайдо булиш билан характерлангани учун чукур трихофития / Gr.protunola/ деб атар эдилар. Хозирги пайтда аникланишича зооантропофил замбуруглари одамда яллигланиш ходисалари хар хил даражада буладиган клиник куриниш чакира олар экан.

Клиникаси ва кечиши. Инфилтратив - йирингли трихофитиянинг бир нечта клиник шакллари фарк килинади. Бошнинг сочли кисми инфилтратив йирингли трихофитияси. Характерли кечганда куп микдорида йирингли, ширали пустлоклар билан копланган анчагина калин кизарган, аник чегаралари, онда-сонда учрайдиган йирик жарохатланган жойлар, пайдо булади (расмлар № 121,122).



Расмлар № 121,122. Бошли сочли қисми инфильтратив – маддаловчи трихофитияси

Шу пустлоклари олиб ташлагандан сунг йирингнинг хар бир фолликулдан чикаётганини куриш мумкин булсада биринчи каралганда беморда битта катта ва чукур абсцесс борга ухшайди. Шу сабабли касалликнинг бошка номи бор - **"фолликуляр абсцесс"**. Хар фолликулдан алохида чикаётган йиринг асалари инидан чикаётган асални жуда эслатади. Бунда касалликнинг учинчи тез-тез учраб турадиган нами – **Kerion Celci (Цельзийнинг асалари инлари)** бордир. Сокол ва муйлов инфильтратив йирингли трихофитиясида (Sycosis parasitaria) бошдагидек йирик булмаган, бошка клиник куринишлари бошнинг сочли қисмидаги жарохатига ухшаш жарохатлар пайдо булади. Чукур шаклда утадиган зоофил трихофитияда каттиклашган жой пальпация килинганда аллаканча огрик сезилади. Тез-тез умумий ходисалар (маза кочиш, хароратнинг кутарилиши, бош огриги) регионар лимфа безларининг шишиши ва огриши мумкин. Касаллик даволанилмаса бир неча ойдан сунг узидан кейин чандиклар ёки купрок чандикли атрофия колдиради.

Силлик тери инфильтратив-йирингли трихофитиясида кизарган, атрофда сог тери билан аник чегараланган, юмалок, калин, кепакли ёки пластинкали тангачали бляшкалар пайдо булади: унинг сатхида жуда куп микдорда фолликуляр пустулалар ва йирингли пустлоклалар булади. Атрофга кенгайиб, калинлашган бляшка катта размер (диаметри 5 см ва

ундан катта) ларга ага булиб, гиперпигментация, гохо чандикли атрофия колдириб бир неча хафтадан кейин уз-узидан яхши булиб кетади.

МИКРОСПОРИЯЛАР

Этиологияси. Микроспория чакирувчилар, трихофития чакирувчилари каби кератофиллар 2 группасига булинади: антропофил ва зооантропофил замбуруглари. Одам териси ва унинг кушимчаларини зарарлайдиган антропофил замбуругларга **Mic. ferrugineum** (зангсимон микроспорум) зооантропофил замбуруглардан бизда **Mic. lanosum** (момиксимон, ёки "мушук", микроспорум синоними: *Mic. canis* "ит" микроспоруми) кузатилади (расм № 123).



Расм № 123. Силлиқ тери микроспорияси

Эпидемиологияси. Антропофил микроспорумлари билан зарарланиш бемор билан бибосита мулокотда булиш ёки замбуруглар билан захарланган нарсалар ва уй-рузгор буюмлари оркали булиши мумкин. **Зангли микроспорум** маълум барча зарарли замбуруглар орасида **энг юкүмлиси** булиб хисобланади. Болалар коллективда бемор пайдо булганида куп болалар зарарланган буладилар ва катта ташкилий ва эпидемияга карши чоралар курилиши талаб этадиган касалликнинг бирдан авж олиши кузатилади. Зооантропофил микроспорум (момиксимон) билан тегишли беморлардан (бу эса кам холларда булади) ёки касал мушук болалари, мушуклар ва итлардан юкиши мумкин.

Касаллик юкиши замбуруг билан зарарланган предметлар (уйинчоклар ёстик жилди, дурра, телпак ва бошқалар) оркали булиши мумкин. Сунгги пайтларда мушукларда замбуруг ташиши имконияти борлиги аниқланган.

Микроспория билан асосан болалар касалланади. Балогат ёшига етганда касаллик уз-узидан даволаниб кетиши мумкин. Катталарда фақат текис тери касалланади. Тирнок пластинкаларини микроспорумлар, одатда зарарлаймайди.

Антропофил (зангли) микроспорум чакирган микроспориянинг клиникаси ва кечиши

Бошнинг сочли қисми зарарланганда куп микдорда кингир-кийшик ноаниқ чегаралари булган майда жарохатли жойлар пайдо булиб, улар юзаки трихофитияни эслатади. Аммо улардан фарқи шуки, антропофилли микроспория жарохатли жойлари бир-бирига кушилишига мойиллиги бор булиб улар битта йирик жарохат жойи пайдо қилиб у полициклик чеккали, уртаси кипикланишли, тук-пушти рангли булади. Микроспориянинг ушбу шакли учун касаллик жойларининг чекка зоналарига жойлашиши характерлидир. Жарохатнинг бир қисми текис терида булади, бошқаси - бошнинг сочли қисмида булади. Анча холларда жарохат жойлари булиб, бир халқа (қизарган буртика булак бир халқа ичида жойлашади, шундай қилиб узга хос фигуралар пайдо қилади. Бошдаги касаллик жойларнинг юзаки трихофития ва зоофилли микроспориянинг клиник фарқлари одатда аниқ қуришиб турган жарохатланган жойларда фолликуляр гиперкератоз булиб ҳисобланади. Барча микроспориялар учун сочнинг асосида оқиш гилофчалик булган холда зарарланган сочнинг юқори (тери умумий сатҳида 5-8 мм.тепарокда) синиши характерлидир.

Жарохатланган жойларда сочларнинг ёппасига касалланиши қайд этилади. Силлик терида жарохатлар анча холатларда узига хос фигуралар ҳосил қилиб iris шаклига ухшаб кетадиган аниқ чегарали жарохат жойи пайдо булади. Зангли микроспорум анча холларда даволашни

кийинлаштирадиган тукларни жароҳатлаб, бошнинг сочли қисмини касаллантирмасдан силлик терини алоҳида жароҳатлайди.

ЗООАНТРОПОФИЛЛИ (МОМИКСИМОН) МИКРОСПОРИЯ ЧАКИРАДИГАН МИКРОСПОРИЯНИНГ КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ

Бошнинг сочли қисми жароҳатланганда асбестсимон, кулранг тангачалар билан копланган, ташки қуриниши яхши чегараланган, юмалок ва овалсимон қуринишли онда-сонда йирик жароҳатли жойларнинг пайдо булиши билан характерланади.

Момиксимон микроспорум чакирган бошнинг сочли қисми микроспория

Жароҳат жойида сочлар ёппасига касалланиб бир хил баландликда (умумий тери сатҳидан 5-8 мм баландликда синади) кирилганга ухшайди. Жароҳатланган соч асосида оппоқкина гилофчани қуриш мумкин - бу касал сочни муфтасимон ураб олган замбуругнинг спораларидар. Жароҳат жойларида яллигланиш ходисалари унча аниқ билинмайди, шу сабабли терн пушти рангга буялгандир. Бирок айрим ҳолларда жароҳат жойларида кизариш ва калинлашиш анча қуринган булади, гоҳо процесс чуқур микроспория типиде ривожланиб (**Mic. profunda**), процессга регионар лимфа безларини тортиб, анча ҳолларда иккиламчи аллергияк тошмалар микроспоридлар пайдо булиши билан, умумий узгаришлар (харорат, беҳоллик) йирингли пустлокли пустулалар пайдо булиб уткир кзчади (расм № 124).



Расм № 124. Бошнинг сочли қисми микроспорияси

Силлик терида кулрангсимон тангачалар билан копланган, юмалок ёки овалсимон эритематоз жарохатланган жойлар пайдо булади. Уларнинг чеккалари бироз кутарилган булиб, уларда алохида пуфакчалар ёки сероз пустлокчалар ва тангачалар булади. Деярли хамма беморларда процессга туклар жалб этилади. Жарохат жойлар купрок гавданинг очик кисмларида (буйин, юз, кукракнинг юкори кисми, куллар, билаклар) жойлашади. Гохо момиксимон микроспорум томонидар чакирилган силлик тери микроспориясига характерли булган бир нечта унлаб микдорда жарохат жойлари булиши мумкин.

Диагнози. Бошнинг сочли кисми микроспориясининг юзаки трихофитиядан фарки, клиник куриниши (сочларнинг юкоридан синиши, терининг яллигланиш реакцияси, асбестсимон куп микдордаги кепакланиш), микроспорум зарарланган сочларнинг коронги хонада увеол ойнаси (Вуд лампаси) оркали утказилган киска ультрабинафша нурлар билан нутлантирилганда яшил-сарик ёки кумушсимон-яшил (зулунадсимон) нурланиш биландир.

Зангсимон микроспорум сочнинг оч-яшил нурланиши, момиксимон микроспорум-окиш-яшил, окиш нурланиш чакиради, бу эса бошнинг сочли кисми антропофил ва зооантропофил микроспориясини фарк килиш имкониятини беради. Микроспориянинг нурланиш диагностикасида факатгина бошнинг башка замбуругли касалликлари билангина фарк килиш учунгина эмас, балки микроспория кайд этилган болалар коллективини ёппасига текшириш учун, микроспория билан касалланишда шубха тугилган мушук ва итларни текшириш учун, хамда даволаниш критерийсини аниклаш учун хам фойдаланилади. Шунини таъкидлаш керакки, йод малхамлар нурланишни йукотади.

Бундай холларда беморнинг бошини яхшилаб ювиш керак ва 3-4 кундан сунг текширишни кайтариш керак.

ФАВУС (FAVUS)

Этиологияси. Касаллик чакирувчиси - антропофил замбуруг **Tr. Achariom Schonleini** - сочининг ичида жойлашади, шунинг учун эндотрикс хисобланади.

Эпидемиологияси. Фавус кам юкувчидир. Яширин давр 2-3 хафта давом этади. Касалликнинг кечиши сурункалидир. Касалланиш беморлар билан бевосита мулокотда ёки, куп холларда замбуруг утиб колган предметлар (ич кийим, кийим, уйинчоклар ва бошка) оркали утиши мумкин. Фавус билан касалланиш, одатда, болаликда бошланади, лекин биринчи марта касаллик катта ёшдаги одамда топилиши мумкин, чунки бу процесс уз-узидан яхши булиб кетмайди. Фавусда асосан бошнинг сочли қисми жароҳатланади, 1/5 қисм беморларда - тирнок пластинкалари, камрок холларда силлик терн жароҳатланади.

Патогенези. Касаллик купчилик холларда гипотрофик, холсизланган, эндокрин узгаришлари, ошқозон-ичак касалликлари, хар хил юкумли касалликлари билан огриган болаларда булади. Касалликнинг булишига ёмон парвариш, шахсий гигиена коидаларига риоя килмаслиги сабаб булади.

Клиникаси ва кечиши. Бошнинг сочли қисми, силлик тери, тирноклар ва ички аъзолар фавуси фарк килинади.

Бошнинг сочли қисми фавусида: **1) скутуляр, 2) сквамоз (питироид) ва 3) импетигиноз шакллари** учрайди. Биринчи шакли фавус учун типикдир, 2-3 чилари атипикдир (расм № 125).



Расм № 125. Фавус

I. Скутуляр шакли фавус клиник куриниши жуда характерлидир. Бироз кизарган догларда бироз микдордаги мугуз массали, замбуруг соф экилмасидан иборат булгам, агдариб куйилган лycopчани эслатувчи ботик (скутулалар, фавоз калкончалари) кизгич-сарик пустлокчалар пайдо булади. Скутулани олиб ташлагандан сунг анча холларда чандик купрок холларда эса терининг чандикли атрофияси куринади. Бошнинг сочли кисмида жарохат булганида унинг чеккалари буйлаб йул-йул соглом сочлар колиши жуда характерлидир. Фавусдаги зарарланган сочлар синмайдилар, ингичкадир, чанг босганга ухшаб, кулранг, нурсиз булиб колади, табиий ёлтирашини йукотиб парик (ясама соч) ёки пакля (зигирпоянинг дагал толаси)ни эслатади. Касалнинг бошида узига хос "сичкон", "омбор" хиди келади.

II. Бошнинг сочли кисми фавусининг сквамоз (питириоид) шаклида аник куринган себореяни эслатувчи, куп микдорда майда пластинкали кипикланишли тук-кизил рангли терн участкалари пайдо булади.

III. Импетигноз шаклида соч фолликулаларининг чикиш жойида пустулалар булиб, улар куриганда импетигнозни эслатувчи пустлокларнинг пайдо булиши ифода этилади. Бирок фавуснинг бу 2 атипик куринишларида сочларнинг касалланишига шубха килмаслик учун типик, скутуляр шаклдаги сочларда буладиган жарохатга ухшаган узгаришлар ёрдам беради. Фавус даволанилмаса узок давом этиб (силлик тери чегарасида колган сочлар хошияси билан) бош терисининг чандикли атрофияси билан тамом булади. Силлик тери фавуси, одатда, бошнинг сочли кисми касалланганидан сунг, иккиламчи булиб, камрок холларда мустакил касаллик сифатида ривожланади. Силлик тери скутуляр шакли типик фавоз калкончалари пайдо булиши билан ва уларнинг узаро кушилиб аллаканча катта размерни эгаллаши билан характерланади. Процесс терининг чегараланган жойларини эгаллайди, ammo гохо ёйилган характерга эга булиши мумкин. Касалликнинг атипик хилларида периферик усишга (питириоид шакли) ёки остиофолликулитларни (импетигноз шакли) эслатадиган кепакли

эритематоз жароҳатланган жойлар пайдо булади. Силлик терида фавуси элементларидан кейин чандикли атрофия элементлари колмайди.

Тирнок фавуси учун процессга тирнок пластинкалариинг секин жалб килиниши характерлидир. Бошланишда унинг марказида узок давом этадиган ва аста-секин кенгайиб бутун тирнок пластинкасини эгаллаб оладиган жигарранг ёки кулранг дог ёки сарик ранг йул-йул чизикчалар пайдо булади. Фавусда тирнок пластинкаларда деструктив узгаришлар, бошка онихомикозларга караганда анча кам билинади. Аксарият кул тирнок пластинкалари жароҳатланади.

Ички аъзолар фавуси. Ички аъзолар касалланиши заифлашган, озгин, сил касаллиги билан огриётган беморларда тасвирланган. Упка, ошкозон-ичак йуллари, бош мия пардалари ва моддаси (менингоэнцефалит) жароҳатланиши маълумдир. Бошнинг сочли кисми фавусида гохо процессга буйин, энса ва кулок олди лимфа безлари (фавоз лимфаденити) жалб этилади. Ички аъзолари фавусида касаллик чакирувчисини балгам, ахлат, орка мия суюклик ва лимфа тугунлари пунктатида излайдилар.

ТРИХОФИТИЯ, МИКРОСПОРИЯ ВА ФАВУС БИЛАН

КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Силлик терининг факат узи жароҳатлаганда (юзаки трихофития микроспориялар, фавус) факат махаллий даволаш билан касалликни бутунлай даволаш мумкин: эрталаб йоднинг 2-5% спиртли эритмаси, кечкурун эса 10% олтингугурт ва 3% салицил кислотали малхам ёки 10-15% олтингугурт-корамой малхами ишлатилади. Бундай даволашни 2-3 хафта давомида олиб борилади. Шундай сунг 3-4 хафта давомида 2% йоднинг спиртли эритмасини суртиш буюрилади.

Бошнинг сочли кисми юзаки ва суринкали трихофитияси, микроспорияси ва фавусида силлик терида онда-сонда учрайдиган жароҳат жойларида, аммо процессга туклар жалб этилганда даволашда антибиотик **гризеофульвин** муҳим роль уйнайди, уни таблеткада 0,125 г. юкори

диспероли холла (форте) чакирилади: у камрок захарлидир ва ичакда яхши сурилади. Гризеофульвин конга ва тукималарга яхши киради ва эпидермис, соч ва тирнок эпидермиси мугуз кавати кератини томонида суриб олинади. Препарат суткасига 1 кг вазнга 21-22 мг хисобида буюрилади. Суткалик дозани овкат вактида 3 га булиб ичилади. Препаратнинг ичакда яхши сурилиши учун 1 чой қошик усимлик ёки балик мойи билан ичилади. Гризеофульвинни замбуругга биринчи 2 манфий анализ олингунча хар куни. Сунгра кун оша, учта манфий анализ натижалари олингандан кейин, 2 хафта давомида хафтасига 2 марта кабул киладилар. Анализ хар 2-3 кунда олинади.

Болаларда катталарга караганда гризеофульвин кабул килганда кушимча ходисалар аллергик тошмалар (майда тугунчали, догсимон ва тарвокли тошмалар, бош огриги, юракда, коринда огриклар, кунгил айниши кайт килиш, ичнинг суюлиши, кондаги узгаришлар (лейкопения ёки лейкоцитоз, эозинофилия, лимфопения), носпецифик иммунитетинг пасайиши порфирин алмашинувининг бузилиши, В группа витаминлари алмашинуви бузилиши, гиповитаминоз белгилари пайдо булиши мумкин. Агар аллергик тошмалар оз ва кичишиш кучли булмаса антибиотик ичилаверилади, десенсибилизация килувчи ва антигистамин препаратлари (кальций глюконати, супрастин ва бошка) буюрилади. Аллергик тошмалар куп булса ва кичишиш кучли булса гризеофульвинни вақтинча берилмай турилади ва десенсибилизация килувчи даволаш буюрилади, сунгра (аллергик тошмалар йуколганида) даволаш янгидан бошланади, аммо биринчи кунлари гризеофульвин крин дозада кабул килинади. Агар тошмалар яна такрорланса гризеофульвин билан даволаш тухтатилади ва янгидан бошланилмайди. Гохо бош огриганда, кунгил айниганда, ошкозон ва юрак сохасида огрик пайдо булганда препаратни 2-3 кун бермай турилса кушимча ходисалар утиб кетиши мумкин ва кейин беморлар гризеофульвинни яхши кабул килишлари мумкин. Гиповитаминоз олдини олиш учун гризеофульвин билан даволаш давомида 3 комплекс поливитаминлари буюрилади. Гризеофульвин трихофития ва фавусда микроспорияга караганда купрок фойдалидир.

Гризеофульвин буюрилишига карши холлар кон, жигар, буйрак, порфирин касалликлари, зиёнли усма шишлар хисобланади. Гризеофульвин билан даволаш билан бир вақтда бошнинг сочли қисми жароҳатланганда у ерлар йоднинг 2% спиртли эритмаси билан эрталаб ва 10-15% олтингугурт қорамой ёки Вилькинсон малхами билан кечкурун суртилади (сочларни яшаш қобиляти) споралардан ажратиш учун 7-10 кунда бир соч кириб турилиб). Бошни хафтасига 2-5 маҳал ювиш мумкин.

Текис терида жароҳатланган жойлар куп булганида шундай маҳаллий даволашни олиб борилади. Процессга туклар жалб этилганда уларни олиб ташлаш учун **Ариевичнинг кучирувчи малхами** (салицил кислотасидан 12,0, сут кислотасидан 6 г, вазелиндан 82) ёки "кучиришни" колладийли пленка (салицил ва сут кислоталардан 1%г дан, коллодийдан 80 мл), кулланилади. Коллодийли пленкани бир неча кунга қуйилади, сунгра унинг устига 2-5% салицил кислотаси малхамини (мумланган қоғоз ва пахта остига) суртилиб қуйилади, сунгра пленкини туклар билан осонгина олиб ташланади. Қерак булиб қолганда ушбу процедурани қайтарилади, сунгра йод ва олтингугурт қорамой малхами буюрилади.

Тирнок пластинкалари жароҳатланганида тирноклар рубромикозини даволаш булимида батафсил ифода этилган даволар кулланилади.

Гризеофульвин билан даволаш мумкин булмаган холларда бошдаги сочларни 4% эпидин пластири (эпидин 4г, дистилланган сув 15,0, сувсиз ланолин 22г, асалари муми 5г, қурғошин пластири 54г). Эпидин пластирини бемор вазнига қараб қуйидаги схема буйича буюрилади: вазни 10 кг булганда 2г, 11 кг- 2,5г, 12 кг-3г, 13-14 кг-3,5г 15кг-3,5-4г, 16-17кг-4г, 18кг-4,5г, 19-25кг-5г, 26-30кг-5,5г, 31-35кг-6г, 36-40кг-7-8г, 41-50кг-9-10г, 50кг-12г. Пластир массасини қуйишда сочни пластир қуйиладиган жойдагина кириб ташланади (қолганлари қалта олинади). Эпидин пластирини юпка қуйилади (яқшиси микоз жойларига) ва лейкопластир билан черепицага ухшаб йул-йул қилиб қуйилади. 6 ёшгача булган болаларда 15-18 кун муддатга 1 марта пластир қуйилади, қаттарок ёшдаги болаларга ва қатталарга ҳар 8-10

кунда алмашмириш йули билан 2 марта куйилади. Инжик, нозик болаларга пластир билан эпиляция килинишни узик-юлик методика буйича олиб борилади. 6 ёшгача пластир массасини 3 суткага, сунгра 7 кунлик танаффусдан сунг яна 7-10 кунга куйилади, 6 ёшдан катта болаларга ва катталарга эпилин пластир 1 хафтага, сунгра 7 кунлик танаффусдан кейин 10-14 кунга куйилади. Сочлар одатда эпилин куйилгандан 12-14 кун утганда туша бошлайди: тукилиш 20-25 кунга якин тамом булади. Агар 20-22 кунга эпиляция булмаса ёки оз билинса, пластирнингги порциясини аввалги дозада (кичик болаларга-иккинчи марта, каттарок ёшлардаги болаларга ва катталарга - учинчи марта) куйиш керак. Бундай холларда одатда 4-6 кундан сунг яхши эпиляция фойдаси булади. Каллик даврида соч усгунга кадар (30-45 кун) медаикаментлар билан даволаш олиб борилади (йоднинг спиртли эритмаси эрталаб, олтингугурт салицил ёки олтингугурт корамай малхами кечкурун, 1-2 марта "мугуз каватни туширилиши").

Эпилин пластиридан фойдаланилганда, кам холларда булса хам кушимча ходисалар конъюактивит, блефарит, бош огриши, нотинч уйку, тунги куркишлар юзда хуснбузарга ухшаш ва фолликуляр тошмалар, бошнинг сочли кисмида фолликуляр гиперкератоз булиши мумкин. Улар пайдо булганда пластир массасини олиб ташлаб, куп суюклик ичиш, аскорбин кислотаси, витамин В₁, антигистамин препаратлари буюрилади. Одатда 5-7 кундан сунг пластирни кайта куйиш мумкин. Жигар, буйрак, асаб системаси, бугимлар касалликлари булганда эпилин пластири билан даволанилмайди. Болаларга уни факат шифохона шароитда буюрилади. (1 ёшгача булган болаларда кулланилмайди). Эпилин пластири куйилгунча кадар ва ундай фойдаланилаётганда хар 10 кунда кон ва сийдикни текшириб туриш керак.

Гризеофульвин ва эпилин пластири булмаганида ёки улардан фойдаланиш ман этилганда бошнинг сочли кисмида рентген нурларини куллаш мумкин, у факатгина сочни эпиляция килмасдан (тукилиш) балки организм химоя кучларини оширади ва даволаш процедураси булиб

хисобланади. Рентген эпиляция учун бошнинг сочли кисмини 4 кисмга (пешона тепа, 2 чакка, энса) булинади ва хар бир кисмга алохида 400-500-550 Р (ёшига караб) нур берилади. Хозирги вақтда одатда 100-150 Р дан булиб нурлантиришдан фойдаланилмокда (хар бир кисмига умумий дозага олиб борилгунча) 14-16 кунга келиб сочлар тукила бошлайди: бошни иссик сув, совун билан ювиш, сочнинг олиниси сочдан тозаланишни тезлаштиради. Янги сочнинг усиши уртача икки сунг бошланади. Бошда соч йук пайти жароҳатланган участкаларни эмлашдан кейин ишлатиладиган моддаларни куллаб даволанади. Бошнинг сочли кисми микроспорияси билан хасталанган болаларга гризеофульвин, эпилин пластири ва рентген) нурларини куллаш мумкин булмаган холларда дейодолеин (Iodi 37,5, Kalii jodati 25,0, As oleimici 350,0, sp.aetiylisi 96% 87,5) буюрилади. 1,5-2 ой мобайнида хар хафтада сочни кириш ва бош ювиш, вақти-вақти билан сочни тушириш, хар куни 2 маҳал дори суртиш яхши натижа бериши мумкин.

Даволаш тамом булганидан сунг жароҳатланган жойлардан олинган сочларни 3 марта кайтариб микроскопик текшириш утказилади. Текшириш хар 7-10 кунда олиб борилади. Кейинчалик 2 ва 3 ойларда текшириш кайталанилади. Болалар коллективига катнаш 3 марта манфий натижа берган анализдан сунг калпокчада юриш шарти билан ва уйда якунловчи дезинфекция килингандан сунг рухсат этилади. Даволашдан сунг (контрол микросковик текширишлар бошланилганидан) 3 ой мобайнида кузатув беморни бутунлай тuzалган деб айтишга асос бера олади.

Бошнинг сочли кисмида инфилтратив-йирингли формаси булганида бошка принциплар буйича даволанилади. Уткир кечганда (чукур шаклида) аввал хуллаб-курийдиган бойлагичлар куйилади (ихтиолнинг 10% эритмаси, борат кислотасининг 2% эритмаси, этакридин лактатнинг 0,1% эритмаси, фурацилиннинг 1:5000 эритмаси, Ag. Cronlurdi) ва киприк пинцети билан сочларни кулда юлиб ташланади. Уткир ходисалар тинчиганидан кейин 10-15% олтингугурт малхами ёки Вилькинсон малхами буюрилади. Зооантропофилли трихофитиянинг инфилтратив ва юзаки куринишларида

бир йула (хулланиб-курийдиган бойлагични аввал кулламай туриб малхамлар билан даволашни бошланади. Бу холларда аввал процессни кузгаб олиб кейин йод ва малхамларнинг даволаш фойдасини орттиришга эга булиш мумкин. Зооантропофилли трихофития жарохат жойларидаги процессни кузгаш учун уларга 24-48-72 соат ёпишкок пластирни черепаца ухшаб ёпиштириб куйиш ёки булинган рентген эпиляцияни буюриб ва уни касаллик кузгаганда тухтатиб (бу холда йиринг сочдаги замбуругларни эритади, бундан ташкари, йирингли гилофга билан уралган сочни осонгина кул билан эпиляция килиб олиб ташлаш мумкин) куйилади.

Трихофития, микроспория ва фавусга карши курашни ташкил

этиш ва профилактикаси

Болалар муассаларини мактаблар интернатларда гохо эпидемия авж олишига сабаб буладиган (айникса зангли микроспорум чакирган) микроспория энг юкумлидир. Юкумчиллик жихатидан кейингиси трихофитиядир. Фавус кам юкумчилдир. Трихофития, микроспория ва фавусга карши курашни сахар ахолиси билан бир каторда кишлок жойлари ахолиси уртасида хам олиб бориш керак. Ушбу микозларга карши курашда асосида МДХда ишлаб чикилган ва узини яхши оклаган диспансер методи ётади. Куйидаги чораларни куришни кузда тутуди: 1) барча касалланганларни мажбурий руйхатга олиш ва (белгиланган шакл буйича) юкори тери-таносил муассасаларига, у ерда чораларнинг конкрет плани тузилади (эпидемиологик вазиятни хисобга олган холда) ва санитария - эпидемиология станциясига хабар килинади. У эса тегишли дезинфекция чораларини утказди ва керак булганда ветеринария хизматини хабардор килади, у эса касалланган ва дайди мушук ва итларни тутишни, дератизация чораларини (кемирувчилар орасида эпизоотия булса), касал уй хайвонларини даволайди; 2) болалар муассасаларида вакти-вакти билан болалар ва хизмат килувчи персонални курикдан утказиб туришлар. Шу максад учун кулда олиб юрадиган люминесцент лампаларга (микроспория билан касалланган болаларни

эртарок айиклаш учун, беморлар билан мулоқотда булган болаларни куриш учун) эга булиб максадта мувофикдир: 3) Трихофития, микроспория ва фавус билан касалланганларнинг барчасини эртарок, самарали ва бепул даволаш. Эпидемик авж олиш вақтида замбуругли беморлар учун кушимча вақтли стационарлар очилади, бу районларга экспедиция отряд юбориб касалланиш авж олиши бартараф этилади; 4) бир катор ҳолларда касалланиш билвосита (хар хил предметлар орқали) булган булса ҳам зарарланиш манбасини энг қисқа муддатларда аниқлаш жуда қийин ёки ҳаттоки иложи бўлмайди. Бу ҳолларда аҳолини "уйма-уй" юриб куришга тугри келади; 5) мактаб укувчилари, укувчилар ота-оналари ва болалар муассасалари ходимлари уртасида кенг санитария-оқартув иши олиб бориш аҳолининг санитария маълумотини оширади ва медицина ёрдами учун эртарок муружат этишта олиб келади; 6) сартарошхоналар иши устидан қатъий назорат (соч оладиган машинкалар ёнаётган горелка устида киздириб зарарсизлантириш, қайчи, устара, тарокларни ва касаллик соғ одамларга утиши мумкин булган бошқа предметларни ҳам 3% формалин эритмаси билан зарарсизлантириш) сартарошларга бошининг сочли қисмида ёки юзида замбуруг касаллигига шубҳа булган жароҳатли жойлари булган кишиларга хизмат курсатиш таққиланади. Хар бир бола сочини олгандан сунг машинка, қайчилар 2% натрий гидрокарбонат эритмасида қайнатилиб ёки этил спиртига ботирилиб дезинфекция қилинади сунгра қуйдирилади. Бошининг сочли қисмида у ёки бу замбуруг касалликлари булган болаларнинг сочлари иккинчи навбатда олинади. Хар бир соч олингандан сунг машинкалар 2% натрий гидрокарбонат эритмасида 15 минут давомида қайнатилади. Ушбу процедурани бошида замбуруг касали аниқ булган боланинг сочини олгандан кейин ҳам утқазилади; 7) болалар коллективида юзаки трихофития ёки фавус билан бемор топилганда (охирги касал аниқлангандан сунг) болалар 2 марта ҳафталик танаффусдан кейин куриқдан утқазилади. Бу даврда эса гурпуага янги болалар қабул қилинмайди ва соч олинмайди. Касал қикқан гурпуа болалар қийими алоҳида ювилади. Микроспория топилганда уша

тадбирларни 6 хафта давомида утказилади. Болаларни куриқдан утказиш 4-5 кунда 1 марта (чунки микроспория юкумлирокдир ва унинг яширин даври узокрокдир) люминесцент лампадан албатта фойдаланиш билан амалга оширилади; 8) дерматолог врачлар ва педиатрларнинг даволаш профилактика ишларини санитария-эпидемиология станциялари ва ветеринария муассасалари фаолияти билан мувофиклаштириш; 9) Инфекция учогларида пароформалин ёки хавобуг камераларидан фойдаланиб кам киммат бош кийимларини ёкиб юбориш (йукотиш) йули билан дезинфекция чораларини куриш.

БОБ 9. ТЕРИНИНГ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ

ҚЎТИР

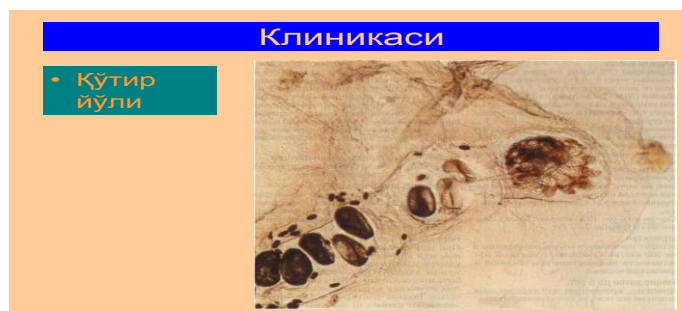
ҚЎТИР – юкумли касаллиги булиб, уни хайвон паразити – кутир канаси пайдо килади. Кананинг ургочиси ташки куриниши жихатидан тошбакага ухшаб кетади. ургочиси эркагидан йирикрок булади. Уругланганидан кейи ургочиси эпидермиснинг юза катламларига кириб, хар хил йулар оркали, яъни узи очган йуларга 6-8 хафта давом этадиган уз умрида 50 тагача тухум куяди. Тухумлардан каналар ривожланиб чикиб, 4 хафта давомида жинсий жихатдан вояга етади.

Симптомлари. Қўтир терига кана тушганидан кейин 7-14 кун утгач авж олиб боради. Касаллик эгри-бугри, ингичка кул ранг йулар – узунлиги 5-10 мм келадиган чизиклар (*қўтир йулари*) пайдо булиши билан характерланади. Кутир йуларида майда-майда кир тупламларидан иборат айрим – айрим кора нукталар булади (расм № 126).



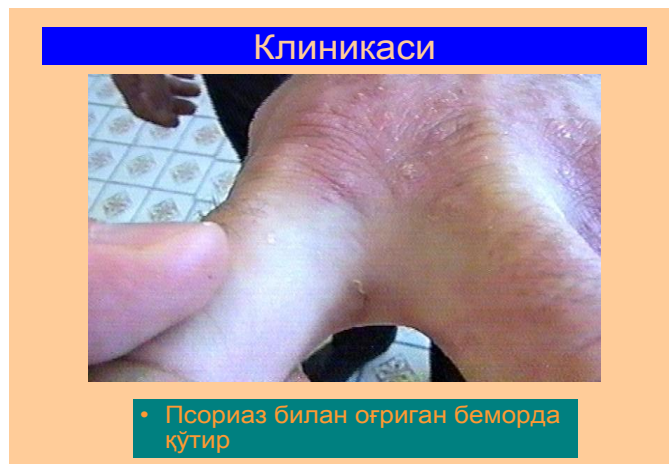
Расм № 126. Қўтир канаси

Кутир йулининг бир учи – боши очик, иккинчи учи ёпик булади. Қўтир йулининг ёпик учида купинча тиник ёки хиралашиб колган пуфакча топилади. Баъзан пуфакчада ургочи канани топса булади (расм № 127).



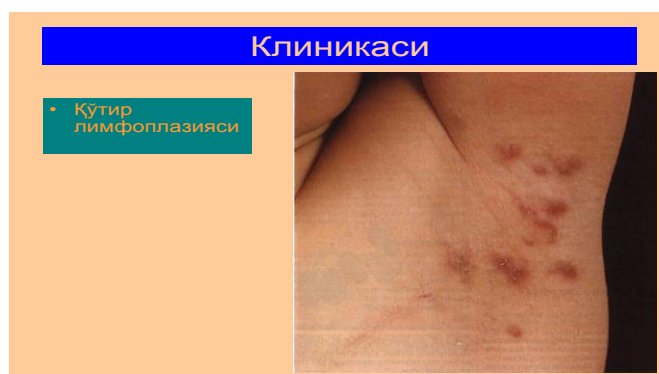
Расм № 127. Қўтир йўли

Терининг шох катлами нозик, ингичка буладиган қисмларида: кул панжасининг бармоқлар орасидаги бурмалари, кафт усти бугимнинг букилувчи юзаси, култикнинг олдинги девори, аёлларда кукрак учининг терисида қутир йуллари яхши қуришиб туради. Кулларнинг букилувчи юзалари терисида, тирсак соҳасида, думба, коринда, сонда қутир йуллари билан бир қаторда **туғунча–пуфакчалар**дан иборат тошмалар, тирналган жойлар, қора қалоклар пайдо булади (расм № 128).



Расм № 128. Псориаз билан оғриган беморда қўтир

Қатта ёшли одамларда кул-оёқ кафтлари, шунингдек, юз, буйин, орқа юқори қисмининг териси зарарланмайди. Каналар қуп учрайдиган жойлардагина эмас, балки бадан терисининг бошқа жойларида ҳам тирналган ерлар буладик, бу баданнинг реффлектор йули билан қичишини қурсатади. Қамдан-қам қолларда, айниқса узини тоза тутадиган одамларда бадан сал-қал қичишини мумкин. Бунда қасалликнинг клиник манзараси нотайин булиб, қутир диагнозини аниқлаш қийин булиб қолади (расм № 129).



Расм № 129. Қўтир лимфоплазияси

Тирналган жойлар, кутир йуллари иккиламчи стрепто-стафилокок инфекцияси учун кириш дарвозалари булиб хизмат килиши мумкин. Купинча, хусусан узини озода тутмайдиган, купдан бери врачга бормай юрган одамларда кутир – пиодермия билан бирга экзема ҳам кушилиши мумкин. Кечаси бадан кичий бериб, жонни безор килгани, одам яхши ухлай олмаслиги, баъзида эса бутунлай уйкудан колиши туфайли кутир билан оғриган касалларда нерв системасида функционал узгаришлар юзага келиб, иш кобилияти пасайиб кетади.

Болаларда, хусусан эмадиган болаларда касаллик жараёни баъзан юз, кул-оёк кафтлари, бошнинг сочли кисмига ҳам утиб кетади, шу билан бирга кутирнинг клиник манзарасини унга кушилган иккиламчи инфекция куп холларда ацнитиб колади. Умрининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда кутир аввал кизилгача ухшаб орка, думба юз терисида жойлашган ва уртаси котиб колган кон билан копланган бир талай торвокчалардан иборат булиши мумкин. Тунда айникса зурайдиган кичима ва кутир йуллари ҳамда пуфакчалар узига хос тарзда жойлашуви тугри диагнозга ёрдам беради.

Тез-тез ювиниб турадиган одамларда баданга тошадиган тошмалар характерли булмаслиги мумкин, шу сабабли уларда диагнозни аниклаш учун касални бошдан-оёк ечинтириш ва бадан терисини, хусусан кутир тошмалари куп учрайдиган жойларни лупа ёрдамида синчиклаб караб чикиш керак. Куп холларда касалликнинг хатто бошлангич шаклларида ҳам кутир йуллари топиш мумкин булади. Гумон тугдирадиган холларда кутир канасини топиш диагнозини тасдиклаб беради. Шу максатда пуфакча бор. Жойдаги кутир йулининг ёпик учини лупа билан текшириб туриб, найзасимон игна ёрдамида тешилади ва микроскоп остида текшириш учун буюм ойнасига материал олинади. Чикариб олинган кана аввалига харакатсиз булади, сунгра активлашади, сал иситилса харакати тезлашади. Иккинчи усул шундан иборатки, терининг кутир канаси бор деб гумон килинган кисми спирт билан дезинфекция килиниб, кутир йули пуфакчанинг усти устара билан кесиб

олинади, кесилган жойга йод суртилади, пуфакча ичидаги суюклик буюм ойнаси куйилади ва уювчи ишкор ёки сут кислотаси билан ишлангандан кейин (30% ли уювчи натрий эртимасидан бир томчи туширилади) микроскоп остида текгирилади: бунда каналар, уларнинг тухумлари ва экспериментлари топилади.

Касал одам оиласининг хамма аъзолари ва касални парвариш киладиган кишиларни профилактик текширишдан утказиб туриш тугри диагноз куйиш учун ёрдам беради. Пиодермия билан огирлашган кутирда касалликнинг клиник манзараси анча узгариб қолади. Баданнинг пиодермия билан зарарланган жойларни, хусусан, кутир куп учрайдиган жойларини куздан кечириш кутир каналари йуллари аниқлаб олишга ва тугри диагноз куйишга ёрдам беради.

ДАВОСИ. Қўтир йуллари емириш ва каналларини йукотиш учун таркибида *олтингузурт бор мазлар* ишлатилади. *Вилькинсон мази* асорат бермаган кутирда кулланилади. Гудаклар даври, экзема буйрак касалликлари борлиги бу мазни куллашга монелик қилади. Мазь бошнинг сочли қисми билан юзни артмаган, баданнинг бутун терисига 6 кун давомида кунга 1 мартадан суртилади. 7 – суткага келиб, касал совунлаб ювиниши ва бутун кийим –кечаклари, урин-курпаларини алмаштириш керак.

33% олтингузурт мази билан даволанишда даво муддати 7-8 кунгача узаяди. *К-совун ва олтингузуртли совун* ҳам муваффақият билан ишлатилади, бу совун 4-5 кун давомида бадан терисига 15 минутда кунга 2 махал суртилади, касаллар совун куригандан кейингина кийинади. 6 кун уларга ювинишга рухсат берилади.

Давонинг тезкор усуллари ичида *Демьянович усули* кенг расм олган. Касал ликопчага куйилган *60% натрий тисульфати эртимаси* ни 10 минут давомида бадан терисига зур бериб суртади. Аввал кулларнинг бир томонига, сунг иккинчи томонига, шу тартибда оёқ терисига ҳамда думба соҳасига 3 минут суртилади ва хаммасига 10 минут кетади. Эритма куриши учун 5-10 минутлик танаффус қилингандан кейин (эритма куригандангина тери майда-

майда кристаллчалар билан копланеди, шулар ёрдамида эпидермиснинг юза катламлари юмшок, эритма чуқуррок кирадиган булиб қолади) даво такрорланади. Эритма куругач яъна танаффус килингандан кейин бадан терисига худди бояги тартибда, аммо баданнинг хар бир кисмига **концентрацияланган хлорид кислотанинг сувдаги 6% ли эритмаси**ни кул кафти билан 1 минутдан суртиб чиқилади. Бутун бадан терисига эритма суртиб чиқиш учун 5 минут кетади. Эритма куриши учун танаффус килинганидан кейин бу даво яна шундай танаффуслар билан 2 марта такрорланади. Шундай кейин бемор тоза ич қийим қияди. Бу даво 2 кун давом этади.

Эритма сунги марта суртилгандан кейин у куригач тоза ич қийим қияди. 3 кунгача ювиниш учун рухсат берилмайди. Натрий тиосульфати билан хлорид кислотаси уртасидаги химиявий реакция натижасида каналларни халок хусусиятига эга булган сульфат ангидриди мази ва эркин олтингугурт хосил қилади. Эритмаларни суртишда, хусусан кутир куп жойлашадиган ерларда суртишда уларни адаштириб юбормасдан, эҳтиёт ишлатиш керак (яхшиси эритмаларни **"эритма № 1"** ва **"эритма № 2"** деб белгилаб қуйиш керак). Юкорида курсатилган тавсияларга амал килинганидан купчилик холларда даво яхши наф беради, даво наф қилмайдиган булса, 3-5 кундан кейин муолажа такрорланади. **Ёш болаларда** камрок концентрацияли **хлорид кислотаси (2-3 %ли)** ва **натрий тиосульфати (30-40% ли)** эритмалари билан кутирга даво қилинади; бунда эритмаларни терига суртмасдан, балки шу эритмалари намлаб қуйилади; орадан 2-3 кун утказиб даво 2-3 марта такрорланади.

Қўтирга даво қилиш учун **бензилбензоатнинг сувдаги 20% ли эмульсияси** хам кулланилади (*20 мл бензилбензоат 78 мл сув 2 г яшил совун билан аралаштирилади*). **3 яшаргача** булган болалар учун **бензилбензоатнинг 10 % ли суспензияси** буюрилади. Суспензия суюлтирган холда купи билан 7 кун сакланиш мумкин.

Бензилбензоат суспензияси ишлатишдан аввал чайкатилади ва сунг томпони билан, бош ва оёк кафтларини артмаганда, боланинг ҳамма терисига 2 марта (куриши учун орадан 10 минут утказиб) суртиб чикилади. Шундан кейин касал тоза ич кийим кияди ва чойшаб ҳамда ёстик жилдларини алмаштиради. Ечиб олинган ич кийим дезинфекция қилиниши керак. Даво 2 кун давом этади. 3 кундан кейин касал душда ювинади ва ич кийимни яна алмаштиради.

Юкорида курсатилган усулларнинг хохлагани билан даволаш тугаганидан кейин бемор тузалиб кетадиган булса, унинг устидан контроль кузатув урнатилади. Касаллар 3-7-10 кундан кейин текширув учун врачга келишлари керак. Кутир белгилари топиладиган булса, давони такрорлаш зарур.

Баъзи одамларда бадан териси даводан кейин ҳам кичийвериши мумкин. Бундай ҳолларда кутир йуқолиб кетганлигини аниқлаш ва кутирдан кейинги (постскабиоз) кичишувни босадиган даво буюриш керак.

Қўтирдан қоладиган экземаланиш ёки пиодермия қуринишидаги арзимас асоратлар юкорида айтилган усуллар билан даволаш учун тускинлик қилмайди. Пиодермия ёки экзема ходисалари руй-рост ифодаланган булса, баъзан аввал шу асоратлар даво қилиш ва аста-секин кутирга қарши давога утиб, дастлабки пайтларда анча авайладиган воситалардан фойдаланиш керак бўлади.

Профилактикаси. Касалликни барвақт аниқлаш, топилган касаллар ва инфекция манбаларга уз вақтида туги даво қилиш, касалларга яқин юрган кишилар устидан назорат урнатиш кутирга қарши қурашда катта аҳамиятга эга. Касал тутган буюмлар, нарсалар, хонадаги паразитларни йуқотиш ва касаллик учоклардаги мушук, итларни тешириш зарур. Бу хайвонларда ктир топилмаса, уларни даволаш зарур. Кутир билан огриган беморларни топиш профилактик жихатда катта аҳамиятга эга. Болалар коллективларини ҳар ойда текширишдан утказиш вақтида шуни ёдда тутиш керак.

Касаллар поликлиникаларга келганларида, стационарга ётқизилганларида ҳам уларни текшириб куриб, кутир билан оғриганларини аниқлаб олиш керак.

Касал бутунлай соғайиб кетмагунча, эпидемияга қарши чоратадбирларнинг бутун комплекси утказилмагунча даволаш даврида болалар богчаси, мактабларга катнаш тақикланади. Тегишли санитария – эпидемиология станцияси справкаси тақдим этилганидан кейингина бола коллективга қуйилади.

Қўтир учокларида кутир диагностикаси, давоси, профилактикаси ва дезинфекция чоралари юзасидан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан тақдикланган услубий курсатмаларга амал қилган ҳолда ҳам жорий, ҳам яқунловчи дезинфекция утказилади.

Уюшган коллективлардаги кутир учоги устидан СЭС 1,5 ой эпидемиология кузатув олиб боради.

Қўтир билан оғриган деб топилган ҳар бир беморга врач ёки урта маълумотли медицина ходими № 281 шаклга мувофиқ, маълумотнома тулдириб, уни касалнинг турар жойидаги тери-таносил диспансерига юборади.

Қўтир касал уй шароитларида даволанадиган бўлса, даволовчи врач жорий дезинфекцияни ташкил қилади.

Яқунловчи дезинфекция бемор касалхонага жойлаштирилганидан кейин ёки амбулатория давоси тугаганидан сунг кутир учогида утказилади. Касал мактаб – интернат, ясли ва бошқа муассасаларда бошқалардан ажратиб қуйилган бўлса, яқунловчи дезинфекция 2 марта утказилади. Касал топилганидан кейин бутун гуруҳда ва уни даволаб бўлгандан кейин изоляторда яқунловчи дезинфекция қилинади.

МОХОВ

Мохов – оғир кечадиган хроник инфекцион касал бўлиб, яширин даври аниқланмаган, узок вақт давом этади.

Маълумотларга караганда мохов биринчи марта Мисрда пайдо булганлиги кайд килинади, гарчи бошка манбаларда мохов Мисрдан анча олдин Хитойда маълум булганлиги ёзилган. Мохов сузи биринчи марта Хитойда ишлатилган.

Янги ерларнинг очилиши, мамалакатлар уртасида савдо-сотикнинг ривожланиши мохов касаллигининг таркалишига сабабчи булди. Айниқса куллар билан савдо - сотик килиш (уларнинг орасида купинча мохов касали билан огриганлар булган) касалликнинг кенг таркалишига олиб келди.

Америкага моховнинг кириб келишига Африкадан олиб келинган кул – негрлар сабабчи булдилар.

XII-XIII асрларда Европада мохов жуда тезлик билан таркала бошлади. Мохов эпидемияси жуда куп касал одамларни нобуд кила бошлади ва купгина Европа мамлакатларига офат келтирди.

Бунинг натижасида мохов касаллар шаҳар ва кишлоклардан хайдаб чиқарилдилар, ҳамда улар қайтиб келса, қариндошлар томонидан улдирилдилар. Бахтсиз хайдалган касаллар одамлардан, уй-жойларидан узокда – сарсонликда юрардилар. Кейинчалик улар бирлашиб, шаҳардан ташқарида узлари учун яшаш жойлари «моховхоналар – лепрозорий»лар ташкил кила бошладилар.

Англияда XIII асрда 110 дан ортик моховхоналар булган булса, Францияда 2000 тадан ортиқрок булган. Купгина мамлакатларда касалларни кимсасиз оролларга ташлаб келдилар. Шундай қилиб мохов билан касалланганларни ажратиб қуйиш натижасида, XVII асрга келиб купгина Европа мамлакатларида мохов касаллиги қамайиб кетди. Хозирги вақтда аниқ булмаган ВОЗ (бутун дунё соғликни сақлаш бирлашмаси) нинг маълумотига караганда бизнинг планетамизда 15 миллиондан ортиқрок мохов билан касалланган бемор бор. Шулардан фақат 2 миллионигина врачлар назоратида туриб даволанадилар.

15 миллион касалдан 7,5 миллиони Осиё мамлакатларида:

Хиндистонда - 1,5 млн., Бирмада –200000, Тайландда – 150000, Индонезияда – 100000, Японияда – 15000 ва хоказо.

Африка китъасида – 3 млн. касал булиб, купрок Нигерия, Мозамбик, Уганда, Того ва Мадагаскар оролларидадир. Африка китъасида, купрок Португалия ва Францияда учрайди.

МДХда моховнинг энг катта эпидемик жойлари Коракалпогистон, Узбекистон рес. Козогистон, Куйи Поволжье, Шимолий Кавказ, Узок Шаркда, Болтик Буйида жойлашган. Вакти-вакти билан хар хил жойларда куккисдан пайдо буладиган айрим мохов холлари аникланиб колинади. Умуман олганда мамлакатимизда касаллар сони унча катта эмас, уларни даволаш асосан лепрозорийларда олиб борилади.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ: Мохов касалини чакирувчиси – Ганзен таёкчаси булиб кислота ва спиртга чидамлидир. Циль-Нильсен буйича буялади ва ташки куринишдан сил бактериясини эслатади. Учлари бироз уткирлашган таёкча шаклига эга, туп-туп, гурухлашиб, сигарасимон, гохо якка – якка булиб жойлашади. Капсулага эга эмас ва спора хосил этмайди.

Болаларнинг моховга сезгирликлигини, катталар орасида айрим кишиларгагина тез юкишини эътиборга олиб, мохов бактериясини устириш учун аввало болалар ва мохов билан касалланган катталар кони зардобидан фойдаланилади.

МДХда биринчи марта шимпанзе маймунда одамдаги моховни туберкулоид типидеги тошмаларга ухшаш мохов тошмалари олинади, бу эса моховнинг клиникаси ва патогенезини экспериментал урганишга имконият яратиб берди.

Сунбий экиш йули билан касаллик чиқарадиган тоза мохов таёкчасини 1969 йилда Япония олими Тэйо Мурохаси уз ассистенти Коносук Исида билан олдилар. Америка олими Кирхмейр биринчи марта мохов касалини броненосецга зирхли сут эмизувчи хайвонга юктирди. Касаллик белгиси факат 13 ойда билинади. Броненосец узок яшайди ва ургочиси эгизак тугади.

Бу эса касалликни узок вақт урганишга имкон беради. Мохов таёкчасини одам организмига кириш йуллари етарлича урганилгани йук. Касалланишга бемор билан узок вақт ва яқиндан контакт (оилавий, маиший) олиб келади. Мохов касали атрофдагилар (айникса оила аъзолари билан) канча узок контактда булса, нокулай маданий ва санитария – гигиена шароитлар канча куп булса, касалланиш имконияти шунчалик ортади. Касалланиш афтидан, юкори нафас йуллари оркали томчи йули билан амалга ошади (бурун тусигининг тогайли кисми шиллик каватида мохов таёкчаси эртарок топилади). Шарффернинг курсатишича касал одам нафас йули оркали 1,5 метрга 10 минут мобайнида 100000 да то 500000 гача микроб ажратади. Касалликнинг бошланиш давридаёк катталашган сон лимфа тугунларида лепроз бациллалари топилади. Шунча асосан оёк териси сатхидан микробнинг кириши мумкинлиги тахмини бор. Бу холда йулдош касаллик – товон микозларига, айниса кандидозларга мухим роль берилади.

Учадиган кон сурадиган хашоратлар чакканда ярадор булганда терининг жарохатланган жойи оркали зарарланиш холлари маълум. Организмнинг индивидуал хусусиятлари, унинг реактивлиги ва умумий холлатига мохов жараёни ривожланаётган шакллари шубхасиз богликдир. Яширин давр хар хил муаллиф маълумотларига караганда 4 йилдан 6 йилгача чузилади. Бирок етарли ишончли белгиланганки юкиш эхтимоллиги 2-3 ойдан тортиб, 10-20 хатто 50 йилгача булиши мумкин. Шундай килиб мохов яширин даври муддатларининг узоклиги ва сезиларли узгариб туриши характерлидир. Моховни кам юкадиган касаллик деб хисоблайдилар, у силга караганда камрок юкади. Болалар катталарга караганда купинча сезгирдирлар ва узок контакт шароитида уларда мохов билан зарарланиш тезрок ва анча купрок булади.

Продромал ходисалар беморларни лохасликка, кучли невралгик огрикка, бугимларда огрикка, холсизликнинг кучайишига, ошкозок - ичак бузилишларига шикоят килишлари билан характерланади. Гохо парестезия, гиперестезия, харорат кутарилиши мумкин. Шу даврда бурун тусиги шиллик

каватида Ганзен таёкчасини топиш мумкин. Кейинчалик касалликнинг клиник белгилари ривожланади, морфологик куринишларга мувофиқ равишда касалликнинг 3 типи фарк қилинади.

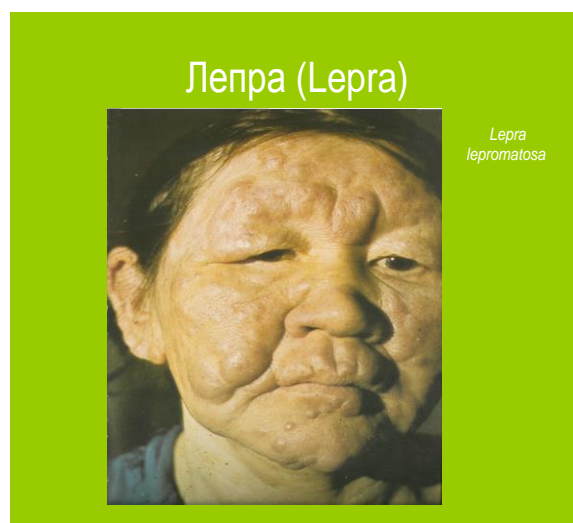
Моховнинг синфларга бўлиниши (Гавана, 1948 й.)

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

МОХОВНИНГ ЛЕПРОМАТОЗ ТИПИ

Моховнинг лепроматоз типидида бошланишида терида чегараланмаган, оз билинадиган сафсар ёки олча тусли кизгиш доғлар пайдо бўлади. Бу доғлар жойлашган жойларда сезувчанлик (оғрик сезиш, хароратни сезиш, тактил) аввалида бузилмайди.

Аста-секин доғлар каттиклаша бошлайди. Тез-тез кучли инфилтратлар пайдо бўлади. Жараёнга терининг узидан ташқари тери ости ёғ клетчаткаси ҳам жалб этилади, тугунлар (лепрома) пайдо бўлади (расмлар 130,131).



Расмлар № 130,131. Мохов Лепроматоз тури

Бундай инфилтратлар ва тугунлар купрок оёқ-кулларни ёзилувчи юзасида, юзда, пешона сохасида, кош усти ёйлар, лунж, бурун сохаларида жойлашадилар. Юз мимикаси бузилади, юзи дахшатли куринишга (арслонтумшуги) эга бўлиб хунуклашади.

Кош усти ёй инфилтрацияси кошлар ёнбош томонидан сочнинг тушиб кетишига олиб келади. Инфилтрацияланган жойлар юздан ва оёқ-кул

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

Пайдо булаётган яралар каттик, гохо буртиксимон кутарилган юлик-узик чеккалар билан, конли сарик суюкликда лепроз бациллалари куп микдорда булиши билан характерланади. Бразилия лепрологлари (Бакелли, Ромберг) маълумотларига караганда лепроматоз типиде жарохатланган тукуманинг 1 см³ да 1 миллионга якин бацилла булар экан. Яралар аста-секин янги битаётган тукума билан тулиб чандик пайдо булади. Тугунлар ва чукур инфилтратлар ҳам купинча яралар хосил килади, камрок холларда яраланмасдан суриладилар (бу холда юзаки чандикчалар қолади). Яраланган тугунчалар ва чукур инфилтрат урнида яралар пайдо булади: бунда жараёнга мушаклар ва суяклар ҳам тортилиши мумкин. Бу холларда бугимлар, майда суяклар емирилиб уларнинг тушиб кетиши (мутиляция) ва кейинчалик, кескин деформацияга ҳам бесунакайликка олиб келиши мумкин. Хаммадан куп жараёнга бурун шиллик кавати, айникса тусикнинг тогайли кисми тортилади. Худди шунинг учун касаллик бошидаёк шу ердан олинган кириндида Ганзен таёкчаси топилади.

Бурун тусиги шиллик кавати жарохати эритема, инфилтрация, бурундан чикиндилар чикиши, калоклар калашиб кетиши билан характерланади. Бу эса сурункали лепроз ринити куринишини келтириб чиқаради. Лепроз инфилтратининг кейинги ривожланиши натижасида бурун

тусигининг тогайли кисми соҳасида яралар, емирилишлар булиши мумкин: бу холларда бурун шаклининг характерли узгариши пайдо булади – бурун учи тепага караб кутарилган булиб қолади.

Диффуз инфилтратлар ва лепромалар тилда, каттик ва юмшоқ танглайда жойланиши мумкин, хикилдок шиллик кавати, овоз бойламчаларига таркалиши мумкин. Натижада овоз хириллаб бутунлай йуқолиб кетишига олиб келиши мумкин, бу холларда у хикилдок усти ва овоз бойламчалари шиллик каватларидаги чандикли узгаришлар натижасида булади.

Лепромтоз туридаги мохов беморларда конъюктивит, ирит, эписклерит ва кератит кузатилиши мумкин. Лепроз кератитидан келиб чиқадиган инфилтрация, хираланиш, яраланиш, чандикланиш натижаси даволанилмаса куриш қобилияти йуқолиши мумкин.

Лимфа тугунлари (айникса сон ва чов, камрок буйин, энса, жаг ости, култик ости) урмон ёнгоги катталигигача катталашади, каттик эластик консистенцияга эга булади, огримайди, харакат қилади. Ангина холларида асаб системаси жароҳатланиши мумкин. Пайдо буладиган узгаришларни шартли равишда иккига булиш мумкин: биринчидан марказий асаб системасининг умумий узгаришларига невродан психозларгача; иккинчидан невритлар ва полиневритлар ривожланадиган периферик асаб системасининг жароҳатлари. Жароҳатланган асаб стволлари йуғонлашади ва тегишли соҳаларда пайпаслаб куриш мумкин. Марказий ва аввало периферик асаб системаси жароҳатлари натижасида сезувчанликда, трофик ва харакат узгаришлари ривожланади.

Сезувчанликдаги узгаришлар лепроматоз моховида туберкулоид типига караганда кечроқ пайдо булади. Сезувчи асаб охирилари бирламчи пайдо буладиган хужайра инфилтратлари сиқиши натижасида иккиламчи булиб жароҳатланадилар. Аввало қучли, жуда қийнайдиган невралгиялар булади, кейинчалик терининг тегишли участкаларида гиперестезия, парестезия, сезувчанлик бузилиши китиклашга ноадекват реакция (совукни

иссик деб ва тескариси, шартсиз китикловчига реакция кечикади). Кейинчалик гиперстезия, анестезия, аналгезия билан алмашадилар. Бадан ва кул-оёк айрим қисмларидан термик анестезия ва аналгезиянинг булиши беморлар хис эта олмайдиган қуйишларга олиб келади. Қуйган жойлардаги терида кейинчалик чандикли узгаришлар қолади. Тактил сезгирликнинг лепроматоз типидagi бузилиш кам учрайди ва фақат касалликнинг кейинги даврида булади.

Беморлардаги трофик узгаришлар пигментациянинг бузилишига, баъзан оғир асоратлар қафт, товонларни тушиб кетишига олиб келади. Бунда сезиларли трофик узгаришлар натижасида (инфилтратив процесслар натижасида эмас) қафт ва товон суяк скелетининг аста-секин катламларга булиниши содир булади. Қафт ёки товон юмшок булиб «тюлень» ёки «бака» панжасини эслатади. Ёғ ва тер безларининг функцияси бузилиши трофик узгаришларга боғлиқдир. Улар гиперфункцияси кейинчалик гипофункция билан алмашади: тери курук, гадир-будир, ёрилиб кетади. Бундай беморларда Минор синамаси манфий булиб қолади (йоднинг спиртли эритмаси сурқалган жойга крахмал сепилса ва бемор иссик курук хаволи камерага жойлаштирилса тер безлари функцияси йуклиги сабабли кукармайди).

Периферик асаб системасининг жароҳатланиши туфайли ҳаракат тартибсизликлари келиб чиқади. Қафт, товон ва болдир ёзувчи мушаклари ҳар хил атрофияга дучор булганлиги сабабли буқувчилар тонуси ортик булади.

Бармоқлар бир хил булмаган даражада букилиб (тирноксимон панжа ва от товони) ярим букланган вазиятни қабул қилади. Кул юзасидаги майда мушаклар атрофияси сабабли суяклараро ораликларнинг пасайиши булади. Тенор ва гипетенор мушакларининг атрофияси сабабли кул яссиланиб маймун панжасини эслатади.

Кузнинг юмалок мушаклари атрофияси ковокларни тулик булмаган ёпилишига олиб келади (лагофталъм). Бу беморлар ковокларини узича ёпа

олмайдилар. Юз нерви жарохатланиши сабабли мимика мушаклари атрофияга учраб, юз гамгин, маскага ухшаш куринишга эга булади («мукаддас Антоний маскаси»).

Мохов касалларда марказий асаб системаси функционал узгаришлари билан бир вақтда юкорида тасвирланган, сезувчанлик, харакат ва трофик узгаришларнинг хар хил даражада куриниши мумкин. Лепроматоз типигаги мохов маскаларида хар хил ички аъзолар жарохатланиши мумкин. Аввало упка, жигар, талок катталашади ва каттик булиб қолади. Бирок бу узгаришлардаги клиник куриниш факатгина моховга хос эмас. Касаллик типини тери сатхи ва шиллик каватларидаги специфик узгаришлар клиникаси асосида, бурун тусиги шиллик кавати кириндиси, скарификат, жарохатланган жой терисидан, камрок холларда шиммаган лимфа тугунидан олинган биопсиянинг бактериоскопик текшириш маълумотларига асосоланади.

Моховда асаб системаси ва ички аъзолар жарохатланиши билан бир каторда айрим ички секреция безлари функцияси бузилади, бу эртарок кексайиш, аёлларда эртарок климакс, жинсий функциянинг пасайиши, эркакларда импотенциягача булади. Айрим мохов касалларида икки томонлама орхит ва эпидидимит булганлиги сабабли, кейинчалик йуллернинг бекилиш жараёни ривожланиб азоспермия булади. Бу холларда аёл бепуштлиги эрида сперматозоидлар йуклигига боглик.

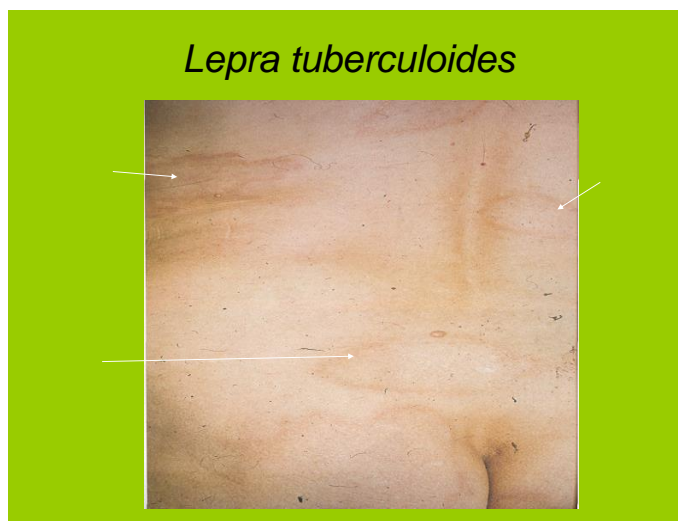
Мохов думбокчасининг гистопатологияси.

Моховнинг туберкулоид типини.

Моховнинг туберкулоид типини анча зиёнсиз сифатли кечиши билан характерланади. Энг куп тери сатхлари, периферик асаблар жарохатланади. Терида аник чегараланган пигментсиз пессимон доғлар ёки кукумир кизгич марказида оқарган доғлар пайдо булади, буларнинг чеккаларида узига хос хошия сифатида кизил ясси темираткини эслатувчи полигонал, ясси ва каттик, сафсар папулалар жойлашади. Папулалар кушилиб кизгиш-сафсар ва кунгир-кизгиш рангли булиб катталиги хар хил булган ясси бляшкалар хосил

килади, айрим жойларда халкасимон формага эгадир. Шундай бляшкалар марказий кисмида секин-аста депигментация ва атрофия ривожланади.

Туберкулоид моховга огрик, харорат, сезувчанликнинг эртарок тактил сезувчанликнинг бироз кечрок бузилиши жуда характерлидир. Витилиго касаллигида бу сезги турлари мохов беморларидан фарк килиб сакланиб қолади. Бундан ташкари 0,1 мл. гистаминни 1:1000 суюлтириб моховдаги ок доглар териси ичига юборилса торвок атрофида рефлектор кизариш булмайди (аксон-рефлекснинг булмаслиги) пес касалидан фарк килади. Жарохатланган асаблар йуганлашган, ушлаб курилганда айрим тасбехсимон йугонлашган каттик чилвирга ухшайди (расм № 132).



Расм № 132. Мохов туберкулоид тури

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

МОХОВНИНГ АНИКЛАНМАГАН ТИПИ

Моховнинг аникланмаган типии типик тошмалар булмаслиги билан характерланади. Аник чегарасиз, хар хил катта-кичикликдаги ва курунишдаги оз микдорда нурсиз доглар диагностикасини кийинлаштиради.

Беморларда Ганзен таёкчасини топиш жуда кам холларда мумкин булади.
(расм № 133).



Расм № 133. Мохов

Патогистологик хар-хил сурункали тери касалликларида булганидан оддий банан инфилтрат билан куринади. Куп холларда бундай инфилтратлар мохов таёкчалари топилмайди.

Бу касаллар кам юкумлидирлар, уларнинг умумий холати ва узини хис этиши, одатда, яхшидир. Моховнинг аникланмаган хилида тери сатхидан ташкари процессга четки асаб системаси жалб этилади.

Полиневратик клиник куриниши куп жихатдан туберклоид типдагини эслатади, бироқ у билан алокадор булган харакат трофик бузилишлари ва сезувчанлик узгаришлари жуда аник куринган (трофик яралар «тирноксимон кул», «от товони» ва бошкалар) булиши мумкин.

Уч ёшдан ва ундан каттарок болларда аралаш ёки диморф мохов катталарга караганда купрок учрайди, унда бир вақтнинг узида лепроматоз, туберкулоид ва аникланмаган моховга хос узгаришлар булади. Бундан ташкари болаларда мохов тугунли эритема куринишида булиши мумкин.

Моховнинг диагностикаси: касалларни куришда теридаги доғлар ва думбокчаларга эътибор бериш керак. Касалларни сезишини текширилади ва бурун шиллик каватидан, лимфа безлари ва лепромдан Ганзен таёкчасига анализ олинади.

Бундан ташкари куйидаги функционал пробалар килинади:

- 1) гистамин, морфин, дианин пробаси 1-2 томчи суюкликдан олиб терининг моховга текширилаётган жойи билан соглом жойига томизилади ва скарификатор билан тирналади. Шунда сог жойда кизариш уртасида эса торвок пайдо булади, касал жойда факат торвок булади.
- 2) Никотин кислотаси билан синама 1% ли никотин кислотаси эритмасидан 2-3 мл. томирга юборилади, мохов касали билан зарарланган тери кисмида ёрик кизариш пайдо булади ва узок сакланади.
- 3) Кимёвий калам билан синама – бунда текширилаётган терига калам билан чизилади, сунгра касалган иш бажартириб терлатади. Моховда калам ранги узгармайди, чунки тер безлари ишламайди.
- 4) Горчичник ва УБН нурланиш синамаси – бунда соглом жой билан текширилаётган жойга горчичник куюди ёки УБН юборилади. Шунда теридаги сог жой кизаради, касал жой узгармайди.
- 5) Минор пробаси: текшираётган терига йод эритмаси суртилади ва устидан крахмал сепилади. Сунг богланиб, касалган терлатувчи нарсалар берилади (иссик чой, жисмоний иш). Агар мохов булса крахмал узгармайди, сог булса терлаш оркали крахмал йод билан кушилиб кукимтир ранг хосил килади.
- 6) Бундан ташкари касалларда Мицед томонидан таклиф килинган лепрамин синамаси куйилади.

Мохов зарарланган теридан кесиб олиб, физиологик эритмада 30 минут кайнатамиз, сунгра майдалаймиз ва яхшилаб аралаштираамиз. Хосил булган аралашмага бир неча томчи 0,5% карбол кислотаси эритмасидан кушамиз

(1:20 хисобида). Сунгра 0,1 мл тери остига жунатилади, худди лимон пустлогига ухшатиб.

Натижаси 24-48 соатдан кейин (эртанги), ёки 20-25 кундан кейин (кечки реакция) укилади. Эртанги реакция (24-48 соат).

- 1) Салбий (-) реакция йук ёки териде юборилган жойдаги кизариш диаметри 5 мм дан кам.
- 2) Гумонли (+) (-) кизариш 5-10 мм, инфилтрация бор.
- 3) Сал. Мусбат (+) - кизариш 10-15 мм, инфилтрация
- 4) Мусбат (++) - кизариш 15-20 мм, инфилтрация
- 5) Юкори мусбат (+++) кизариш 20 ортик, яра пайдо булади.

Кечки реакция (20-25 кун).

- 1) салбий (-) – хеч нарса йук.
- 2) Гумонли (+)(-) – кизариш 3 мм, инфилтрат.
- 3) Сал. Мусбат (+) – кизариш 3-5 мм, инфилтрат
- 4) Мусбат (++) – кизариш мм, инфилтрат
- 5) Юкори мусбат (+++) – инфилтратнинг ярага айланиши.

Бу проба моховнинг лепроматоз типиде 90-97% холда салбий булади. Туберкулоид типиде юкори мусбат, сог одамларда хам юкори мусбат булади. Проба лепрозорияларда текшириляётган ва касал билан контактда булган одамларга куйилади.

Диф. диагностика: 1) витилиго; 2) сирингомиелия; 3) захм думбокчаси; 4) сил думбокчаси.

Даволаш: Мохов касалларини хозирги вақтда 1943 йил Америка лепрологи Фейджет томонидан таклиф этилган сульфон препаратлари билан асосан даволайдилар. Уларга кушимча килиб бир вақтда тиомочевина хосилалари (этоксид) ёки этилмеркаптан бирлашмалари (этизул) чаульмуғров препаратлар (чаульмуғров мойи ва муғроль), изоникотин кислотаси гидразиди препаратлари (этмонамид) буюрилади.

Асосий моховга карши доривор моддалар диаминодифенилсульфан (ДДС) ва уни хосилалари хисобланади.

- 1) ДДС, авлосульфан, дапсон 0,05 г кунига 2 махал, якшанбадан ташкари 2 хафта мобайнида, кейин 0,1 кунига 2 махал 6 ой мобайнида куллайдилар.
- 2) Сульфетрон 50% эритма шаклида мушагига хафтада 2 марта укол килинади: 1 хафтада 0,5 мл, 2 - 1 мл, 3-1,5 мл, 4-2 мл, 5-2,5 мл, 6-3 мл, 7 хафта ва кейинчалик 3,5 мл юборилади. Даволаш курси 6 ой давом этади ва 50 инъекциядан иборат булади.

Сульфон препаратларининг юкори зарарлигини, кушимча таъсирини (гипохром анемия, гепатитлар ва хоказо) эътиборга олиб 6 ой даволангандан сунг 30 кун танаффус тавсия этилади, кейин яна сульфон препаратларини кабул кишиш 6 ойлик курсини кайтарилади.

Сунгги йилларда моховга карши препарат диуцифон синтез килинади. У асосий моховга карши препарат ДДСдан 4,5 марта камрок захарлидир ва узок вақт кабул килинганда сульфонларга хос кушимча таъсир курсатмайди. Препаратни 0,1-0,2 г. дан кунига 3-5 махал ичилади ёки 5% эритма сифатида кунига 5 мл. мушак орасига юборилади.

Сульфонларга караганда камрок захарли тиомочевина хосилалари Сиба 1906 ва Этоксид киради. Сиба 1906 (тиокарбонизид) кунига 1 махал (якшанбадан ташкари) буюрилади; 1- ва 2 хафтада 0,5 г, 3-6-1г, 7-12-2,5 г сунгра охириача кур охиригача 2 г-дан. Курс 40 хафта давом этади, кейин 1 ойлик танаффус килинади.

Этоксид – ичгани кунига 3 махал буюрилади: 1 хафтада 0,1 г, 2-0,2г, 3-дан – 0,3 г. Касаллар дорини яхши кабул килаётган булса 21 хафтадан кейин айрим беморларга 1 марталик дозани 0,5 г. гача купайтириш мумкин. Курс 40 хафта давом этади (якшанба кунидан ташкари) сунгра бир ойлик танаффус килинади.

Болаларни даволаш:

1) ДДС – диамино – дифенил – сульфон.

2 ёшгача, катталар дозасининг 1/8 булагига 0,006 х 2 марта

2 дан 4 ёшгача 1/6 кисми – 0,008 х 2 марта

4 дан 6 ёшгача $\frac{1}{4}$ кисми 0,013 х 2 марта

6 дан 7 ёшгача $\frac{1}{3}$ кисми 0,017 х 2 марта

7 дан 14 ёшгача $\frac{1}{2}$ кисми 0,025 х 2 марта

14 дан 19 ёшгача $\frac{3}{4}$ кисми 0,038 х 2 марта

2) Солюсульфон – 14 ёшгача булган болаларга 25% эритмаси юкоридаги схемада кулланилади.

Кейинги вақтларда, агар касалнинг яшаш жойида шароит булса, комиссия томонидан лепрозориядан амбулаторияда даволашга чиқариш мумкин.

Стационардан чиқариш шартлари:

1) касалликнинг ташқи белгилари йук булиши керак.

2) Ганзен таёкчаси кейинги икки йил ичида бурун шиллик кавати ва тери қириндиларида топилмаслиги керак.

3) Даволаш тулик булиши керак.

4) Уйда 14 ёшгача болалар булмаслиги керак.

5) Гистология текширишлар яхши томонга узгариши керак.

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

Бемор оила аъзоларини кузатиш тартиби:

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

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

ПРОФИЛАКТИКА. Касал келган жойларда аҳолини оммавий ва пухта куриқдан утказилади. Асосий диққат бемор билан узок вақт контакта булган шахсларни куриқдан утказиш ва текширишга берилади. Бундай шахсларга энг мухими беморларнинг яқин қариндошларига лепромин пробаси куйилади (пухта клиник курувдан утказишдан ва бурун тусиги

шиллик каватидан шилиб олиб текшириш билан бир каторда). Агар лепромин реакцияси манфий булса, бемор билан контакда булган шахслар алохида пухта текшириш ва профилактик даволанишлари лозим.

Болалар мохов билан онасининг корнида зарарланмаганлиги сабабли ва факат улар бемор она билан контактда булгандан сунггина зарарланиши учун болани тугилгандан кейин бемор ота-оналаридан ажратилади. Айрим беморлар моховлар аникланган жойларда профилактика мақсадида силга карши БЦ вакцинаси билан оилавий эмлашлар олиб борилади, (Кальметт – Герен вакцинаси) топилган беморларни лепрозорийларга ажратилиб, у ерда эффектив даволаш олиб борилади.

Хар-хил касалликларнинг, жумладан моховнинг олдини олишда халкнинг моддий, турар-жой маиший ва санитария шароитларини доимий яхшилаш мухим ахамиятга эгадир.

ЁМОН ЖАРОХАТ – ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ (БОРОВСКИЙ КАСАЛЛИГИ)

Синонимлар: Ашхобод, Коканд, Мурғоб, Богдод, Бомбей яраси ва хоказо.

Тери лейшманиози қадим замонлардан маълум булиб, уни бизгача етиб келган қазилмалардан ва қулёзмалардан қуришимиз мумкин.

Биринчи марта ушбу касаллик тугрисидаги тулик маълумот Покок ва ака-ука Руссельлар (1756) томонидан берилган.

Бу касалликка кизикиш Европадан Якин Шарк ва Осиега қучириган солдатлар орасида кенг тарқалгандан кейин бошланади.

XIX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб Ватанимиз медицинаси соҳасидаги асарларда Россия учун янги булган касаллик - тери лейшманиози тугрисидаги материаллар эълон қилина бошланди. 1888 йилда эълон қилинган П.Л. Гейден рейосанинг «Пендин яраси» монографияси катта кизикиш уйготди.

Қупгина чет эл олимларининг фикрича тери лейшманиозининг чакирувчисини биринчи булиб 1903 йилда Лейшмани топган ҳисобланади.

Аслида эса 6 йил аввал Тошкентлик врач П.Ф.Боровский топгандир. П.Ф. Боровский теридаги яра ва усимталардан бир неча марта касаллик кузгатувчисини топган. П.Ф. Боровский 1888 йил 23 сентябрда ҳамма ишларининг натижасини Петербург Россия хирургларининг анжумнида изхор килган, кейинчалик бу ишларини «Харбий – медицина журналы»нинг II сонидан эълон килган. Лейшмани хақиқатдан 1903 йилда Калькуттада ички органлар лейшманиозидан улган одамнинг жигари ва кора жигаридан тайёрланган препаратда кузгатувчисини ажратиб олган. Кейинчалик Мадорасда Доновани Лейшмани ишини тасдиқлаб кора жигардан касаллик кузгатувчинини топди.

1903 йилда Россия касалликни Лейшманий хизматларини хурмати учун «*Тери лейшманиози*» деб атади. Бу хақиқатда эса ички органларнинг лейшманиози учун тугри булар эди.

Кейинчалик касалликнинг келиб чиқиши, тарқалиши, клиникаси ва даволаш устида бир канча олимларимиз куп ишлар килган.

Е.И. Марциновский ва С.Л. Багров тери лейшманиози кузгатувчисини ёздилар ва биринчи марта касалликка қарши эмлашни таклиф килдилар.

В.Л. Якимов касалликнинг Урта Осиёдаги эндемик учрайдиган жойларини урганди. И.И. Гительзан тери лейшманиозининг туберкулоид формасини ёзди. Латишев ёввойи кемирувчиларнинг тери лейшманиозининг тарқалишидаги ролинини урганди.

П.П. Перфильева ва П.А. Петрищевалар чивинлар биологиясини ургандилар. Касалликнинг тарқалишида чивинларнинг ахамияти каттадир. Уларнинг купайиши учун 50 кун ичида хавонинг харорати 20 градусдан камаймаслиги керак. Шунинг учун касаллик асосан иссиқ иклимли улкаларда булади.

Бизнинг Ватанимизда Боровский касаллиги Туркменистонда, Ўзбекистонда – Бухорода, Самарканд, Кашкадарё ва Сурхондарёда учрайди.

Боровский касаллигининг – чакирувчиси Боровский таначалари булиб (*Z tropica*) – бир хужайраларга киради. Касаллик чакирувчи

лейшманиознинг кки тури – *Z tropica minor* (шахар типини чакирувчи) ва *Z tropica major* (кишлок типини чакирувчи) яхши урганилган.

Боровский таначалари хужайралар ичида яшайдилар ва Романовский – Гимза методи буйича яхши буяладилар. Боровский таначалари овол, тухумсимон булиб узунлиги 2-5 мкм, эни 1,5-4 мкм гача булади. Протоплазмасида иккита катта ядроси булади (расм № 134).



Расм № 134. Боровский таначалари

Препаратларда лейшманий протоплазмаси оч-кук рангга, катта ядроси кизил ёки фиолет-кизил, кичикроги тук-фиолет рангга буялади (расм № 135).



Расм № 135. Лейшманиялар

Боровский таначалари одам организмига кон сурадиган искаб топар чивинлар – флеботомуслар чакканда тушади (флеботомус папатачи). Касалликнинг асосий манбаи – «касаллик чакирувчилар саклагичи» шахар

типида касал одамлар, кишлок типиди касал кемирувчилар: каламуш, юмронкозик, баъзан типратикан хамда итлар буладилар.

Чивин чакканда паразит унинг ошкозонига тушади, у ерда улгайиб харакатчан лептомонандга айланади, купаяди ва чивиннинг хикилдогига келади. Кейин сог одамни чакканда терига киради ва касаллик чакиради.

Боровский касаллигининг синфларга булиниши.

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

- 1) Жуда кеч ярланувчи лейшманиоз (антропонозный, сахар типии).
- 2) Тез упирилган яра хосил килувчи лейшманиоз (зоонозный кишлок типии).
- 3) Туберкулоид тери лейшманиози ёки металеишманиози.

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

Жуда кеч яраланувчи (сахар) типии.

Касалликнинг бу тури узок вакт давом этадиган яширин давр (уртача 3-8 ой, баъзан 1-2, хатто 4-5 йил) ва жуда секин сурункали (1 йилгача) кечиш характерлидир. Чивин чаккан жойда, купинча тананинг очик жойларида майда, оз микдордаги думбокча хосил булади. Думбокча ранги янги пайдо булганда тери рангида булиб, кейинчалик жигарранг, кунгир кизил-кукимтир булади. Думбокча усти силлик, ялтираган булади. Думбокча аста-секин катталашиб, ёнгокдек булади. Унинг устки кепакланиш пайдо булади ва уртаси чукади. Кепакланиш секин-аста пустлокка айланади. Кейинчалик пустлок тушиб кетади ва унинг остиди унча чукур булмаган конаётган яра хосил булади. Яра киргоклари нотекис баъзан емирилган булиб, яра тагида доначалар булади. Баъзан доначалар орасиди улган хужайралар (некроз) учрайди (расм № 136).



Расм № 136. Тери Лейшманиози

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

Тезда упирилган ва яра хосил килувчи (кишлок) типи.

Боровский касаллигининг бу турида, яширин давр бир хафтадан 1,5 ойгача булади. Касаллик тез бошланиб асосан биринчи типдаги каби думбокчалар пайдо булишдан бошланади. Думбокчалар кул ва оёқларда жойлашади.

Шахар типидан фарк килиб, думбокчалар биринчи бошланишидаёк катта булади. Бир хил холларда касаллик фурункулсимон тугунлар хосил килиб бошланади. Касалликнинг ривожланишида 3-4 хафтадан кейин элементлар уртасида некроз булади ва у ярага олиб келади. Яра юмалок шаклда булиб, чеккалари емирилган, таги нотекис сарик-кук рангдаги улган хужайралар билан копланган булади. Ярани ушлаб курганда юмшок хамирсимон инфилтрация булади характери шундаки яра огрийди, 2-3 ойдан кейин яра битиб тиртик хосил кила бошлайди, шу пайтда яра таги донасимон грануляция билан копланади («балик икриси» симптоми).

Купинча биринчи марта яра атрофида майда иккиламчи тошмалар – лейшманиомалар пайдо булади. Бу тошмалар ҳам юкоридагича ривожланиб яра хосил килади. Хар бир яра атрофида яллигланиш булади, яралар баъзан бир-бири билан кушиладилар. Бу типда лейшманиомалар куп булиши билан характерланади, баъзан улар сони 100-200 тага етади (А.И. Славин – 222 та, Torres, 1964-248 та).

Болаларда – думбокчалар ярага жуда тез айланади. (1-2 хафта), узок вакт давом этади, купинча иккиламчи йирингчи ифнекция кушилади ва касалнинг кечиши узгаради.

Иккала типда ҳам регионар лимфа томирлар катталашиди, улар огримайди, ушлаб курганда лимфа томирлар йугонлашади. Лимфатик безлар купинча узгармайди.

Туберкулоид шакли (люпоид формали ёмон жарохат).

Бу жуда кам учрайдиган тури булиб 1932 й. И.И.Гительзон томонида 6-7% холларида учрайди. Касаллик белгилари купинча юзда жойлашади. Металейшманиоз думбокчалари етилмаган лейшманиомадан ташкил топган булиб, купинча бошланган лекин тулик баркарор булмаган иммунитетли одамларда пайдо булади. Касаллик купинча ёш болаларда учрайди.

Металейшманиоз кичкина, каттик думбокча (Бабаянц тарифича «псевдолюпо-люпома») хосил килиш билан бошланади. Бу думбокчалар асосан лейшманиоз яраси хосил килган тиртик атрофида пайдо буладилар, баъзан эса тиртик устида ҳам жойлашадилар.

Боровский касаллигининг бу турини туберкулоид дейишнинг сабаби, хосил булган думбокчанинг сил думбокчасига ухшашлигина эмас, балки сил думбокчаси каби «олма желеси» феноменининг чакирилиши хамдир (расм № 137).



Расм № 137. Тери Лейшманиози Туберкулоид тури

Асосий фарқи шундаки, металеишманиоз думбокчаси жуда секин ривожланади ва узгармасдан, яра хосил қилмасдан 15-20 йилгача бир хил туриши мумкин.

Гистопатологияси – эпидермис йугонлашган, акантоз хужайра ичи ва орасида шиш пайдо булади, хужайраларда дистрофия узгаришлар булади. Дермада - гистиоцит, фибропласт. Лимфоцитлардан ташкил топган инфилтрат.

Даволаш ва олдини олиш. Даволашда асосан – мономициндан фойдаланилади. Мономицин 0,25 г. дан бир кунда 4-6 мартадан ичади, ёки 250000 ЕД суткада 3 марта укол қилинади. Даволаш 10-14 кун давом этади. Болаларда 15 кг оғирликкача ҳар бир килограмм оғирликка 25-50 мг бир кунда (3-4 марта укол қилинади) берилади.

Химагин, делагил, хлорахиндифосфат 0,25 г (болаларга 0,125) ҳар куни 2 мартадан 3-4 ҳафта.

Аминохинол 0,1 – 0,15 дан 2-3 марта 11-12,0 грам. Болаларга 1 ёшгача 0,025, 1-2 ёшгача – 0,05, 2-4 – 0,075, 4-6 – 0,1 6-16 ёшгача – 0,15 дан 2 марта – 10 кун.

Ёмон жароҳат яраси 5-10% ли протаргол, 1%ли риванол, 1% акрихин мазларидан ёки Микулич, Вишневский мазларидан сурташ мумкин. Ярага баъзан 1:1000ли марганцовка ёки риванолнинг 1:1000 эритмалари билан

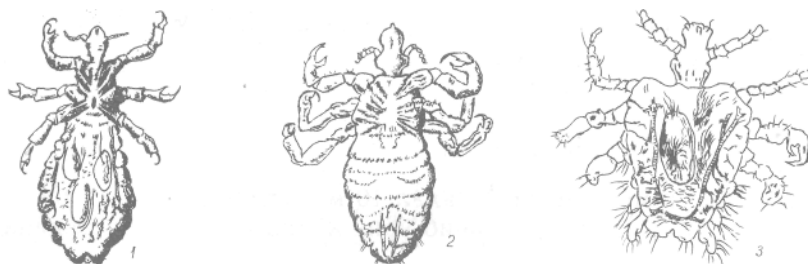
примочка килиб туриш керак. Люпоид формасидаги тугунчаларни олдин атрофига 5%ли акрихиндан укол килиб ёки электрокоагуляция йуллари билан куйдириб ярага айлантириб, кейин даволаш керак.

Болалардаги ёмон жарохатни ПСК билан ҳам даволаш мумкин.

Олдини олиш учун – асосан чивинларни ва кемирувчиларни йукотиш керак (ДДТ ёки гексохлоран). Кемирувчилар горини хлорпикрин билан дудлаш керак. Кундуз кунлари терининг очик жойига «геолог», «тайга» ёки уткир хидли одекалон суркалади. Баъзан прививка килинади. Бунинг учун 0,1 – 0,2 мл суюк кишлок типидagi лейшманиоз тайёрланган препарат кулга жунатилади.

БИТЛАШ (ПЕДИКУЛЁЗ, PEDICULOSIS)

Битлар одам ва сут эмизувчи хайвонларда учрайдиган қон сўрар экзопаразитдир. Ҳайвон битлари одам учун юқумсиз. Бит-лар одамдан-одамга унинг ўрин-кўрпалари, кийим-бошлари орқали ўтади ва хўжасининг қони билан озиқланади. Бир кунда 0,3—0,5 мл гача қон сўриши мумкин. Бит қон сўрганида одам те-рисига ёпишиб олиб, уни қичитадиган сўлак чиқаради. Одамда бош бити (*Pediculus capitis*), кийим бити (*Pediculus corporis*) ва қов бити (*Pediculus pubis*) учрайди (расм № 138).



Расм № 138. Битлар: 1. Бош бити, 2 Кийим бити, 3. Қов бити.

Бош бити тўғридан-тўғри одамдан унинг бош кийими ва ўрин-кўрпасидан, баъзан сартарошхоналарда юқиб қолади. Бош бити одамда бошнинг сочли қисмида бўлади. Урғочи бит ўзининг 1—1,5 ойлик ҳаёти даврида 100—150 тага яқин сирка (тухум) қўяди ва улар эса сочга маҳкам ёпишиб олади. Сиркаларнинг ранги оқимтир-сарғиш бўлиб лупасиз ҳам яхши кўринади, акса-рият кора сочли одамларда аниқ, оқ ва саргимтир сочлиларда эса бир оз хира бўлиб кўзга ташланади. Бош бити бир кеча-кун-дузда икки-уч

марта қон сўради. Озиқасиз кўпи билан 7—10 кун тирик туради; уларнинг ҳаракати ҳаво ҳароратига боғлиқ, масалан 25—27°С да 20—35 см га ўрмалаб бориши мумкин, 5°С да ҳаракати кескин сусаяди.

Одамлар бит сўлагига турли даражада сезгир бўлишади. Бит чакқан жой қаттиқ қичийди; қашинган жойларга иккиламчи ста-фило-стрептококкли инфекциялар тушиб пиодермитларга сабаб бўлади. Ойлаб битлаб юрадиганларнинг сочлари бир-бирига ёпишиб тараб бўлмас даражада кигиз бўлиб қолади, бош териси қора-қўтир ва кепаклар билан қопланади, сочлар хира тортади. Икки-ламчи инфекция туфайли импетиго, фолликулит каби тери ка-салликлари юзага келади, бўйин ва бошқа соҳадаги лимфа ту-гунлари катталашади. Сирка ёки бит топилиши тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Давоси. Эркакларнинг сочини олиб ташлаш, бошнинг сочли қисми терисидаги сиркалар хитинини (қоплама) эритиш учун 3% ли илиқ сирка эритмасидан фойдаланиш тавсия этилади. Аёл-лар ёки сочи олинмаган эркакларнинг бошига керосин ва ўсимлик ёғини (кунгабоқар ёғи) тенг микдорда аралаштириб 2—3 қават докага шимдирилади, сўнгра бошга яхшилаб ўралади, устидан пергамент қоғози қўйилиб, устидан яна дока ёки тоза рўмол билан ўралади ва бир кеча шундайлигича қолдирилади, сўнгра бошини илиқ сув ва совун билан обдон ювилади. Муола-жани 2—3 кун оралатиб яна бир марта такрорлаш мумкин. Сир-каларни йўқотиш учун овқат сиркасини илиқ қилиб бошга сурти-лади ва майда тишли тароқ билан обдон таралади. Баъзан 10% ли бензилбензоатнинг сув-совунли эритмасидан ҳам фойдалани-лади. Бит ва сиркаларни ўлдириш учун бензилбензоатнинг 20% ли сув-совунли эритмаси, «Ниттифор» қўлланилади.

Кийим бити асосан ички ва устки кийим бурмаларида, ак-сарият ёқа, энг бурмаларида, кийим-кечакларнинг чокларида бўлиб, кул ранг бош битидан хийла каттароқ бўлади. У қон сўриш учун терига ўтади; энса, елка, курак, бўйин, кўлтиқ атро-фи, бел соҳаси, яъни кийим бурмаларига тўғри келадиган жой-ларни кўпроқ чақади. Бит чакқан жой қаттиқ қичийди, тери юза-сида беморнинг қашинган тирноқ излари, сарғиш-мис ранг қора қўтир

пўстлар якқол кўринади. Узоқ вақт битлаб юрган одамлар териси анча қуриб, пўстланади, иккиламчи инфекция тушиши импетиго, фолликулит, чипқонга сабаб бўлади. Териси хирала-шиб пигментланади. Давоси. Чойшаб, ўрин-кўрпа ва ёстик жилдлари, ички ва устки кийимлар 2—5% совунли эритмага солиниб, кейин қайна-тилади, баъзан дезинфекцияланади. Дам-бадам совун билан ювиниб туриш тавсия этилади. Қов бити асосан қов соҳаси ва жинсий аъзолар атрофидаги жунларга ёпишиб олади ва ўз умри давомида 8—12 та тухум қўяди. У ички кийим, чойшаб, ўрин-кўрпа жилдлари орқали, аксарият жинсий мулоқотда юқиб қолади. Педикулёзнинг бу тури жинсий йўл билан юкувчи касалликлар гуруҳига киритилган.

Бит чакқан жойларда, яъни қов соҳаси терисида катталиги 0,2—0,3 см келадиган геморрагик, кўкиш ҳаво ранг тусдаги доғлар пайдо бўлади. Доғлар бит сўлагининг гемоглобинга таъ-сири туфайли юзага келиб, босиб кўрилганда йўқолмайди. Бит чакқан жой териси каттиқ қичишади. Шу жойлардан қириб олинган материалларда қов бити осонгина топилади.

Давоси. Даволашда олдин жинсий аъзолар, анус атрофи ва бошқа соҳалардаги жунлар қириб ташланади. Кейин иссиқ сув билан совунлаб ювилади ва 2—3 кун 10% ли оқ симоб малҳами суртилади. 20% ли бензилбензоат ҳамда совунли-соль-вент эмульсияси ҳам яхши наф беради. Ички кийим ва кўрпа-тўшак жилдлари 10% ли совунли-сольвент пастали эритмада бир неча соат сакланади. Худди шу эритманинг 20% лиси хона-ларни тозалаш учун ишлатилади.

Битлашнинг олдини олиш ва профилактикаси. Битлашнинг олдини олиш асосан аҳолининг моддий фаровонли-ги ва санитария маданиятини оширишга қаратилган чора-тад-бирлар ишлаб чиқиш ва уни ҳаётга татбиқ этишдан иборат. Шахсий гигиенага риоя қилиш, чойшаб, ички кийим, ўрин-кўрпа жилдларини ҳар ҳафтада алмаштириб туриш, ювилган кийимларни дазмоллаб кийиш, бировларнинг ўрнида ётмаслик, тасодифан жинсий алоқа қилмаслик ва бошқаларга амал қи-лиш зарур.

БОБ 10. ДИСХРОМИЯЛАР

Тери рангининг ўзгариши билан кечадиган касалликлар туркумига дисхромиялар деб аталади. Дисхромиялар намоён бўлишига қараб гипоромия ва гиперхромияларга бўлинади. Гипохромияларни бирламчи ва иккиламчи ҳиллари тафовут этилади. Бирламчи гипохромиялар ахромия деб аталади, чунки улар ҳеч қандай яллигланишсиз пайдо бўлади. Уларга альбинизм ва витилиго касалликлари киради. Иккиламчи гипохромиялар эса асосан турли касалликларда кузатиладиган яллигланиш жараёнларидан сўнг пайдо бўлиб, уларга ёлғон лейкодермияларни мисол қилиб келтириш мумкинкиради.

ВИТИЛИГО (ПЕС, VITILIGO)

Витилиго (пес) Осиё ҳудудида кенг тарқалган тери касаллик-ларидан. Бу касаллик қадим замонлардан бери маълум. Гиппократ ва Платон витилигода учрайдиган тери оқаришини Alphos, Аристотель эса Leuse деб атаганлар. Баъзи олимлар фикрича vitiligo сўзи бузоқча маъносини англатади (яъни оқ доғлари бор бузоқча). Яна бошқаларнинг фикрича бу термин vitium - англашмовчилик, хатолик деган сўздан келиб чиққан.

Витилигонинг келиб чиқиши мохов тарихи билан узвий боғлиқ. Қадимда мохов ва витилиго билан оғриган беморларни аҳолидан ажратиб моховхоналарда сақлашган. Витилиго ва мо-ховни бир-биридан клиник жиҳатдан ажрата билмаслик, теридаги оқ доғлардан кўрқиш, турли руҳий ўзгаришларни келтириб чиқаради ва беморларни жамоадан четлашишига олиб келади.

Этиологияси ва патогенези. Ҳозирги замонда касалликнинг келиб чиқиш сабабларини тушунтирувчи бир қанча на-зариялар ва гипотезалар мавжуд.

Невроген назарияси тарафдорлари фикрича, витилиго билан зарарланган теридаги нерв толаларида дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Оқ доғли терида терлашнинг пасайиши, витилиголи терини соғлом одам терисига кўчириб ўтқдзганда депигментация-нинг ҳосил бўлиши ёки аксинча

вителиголи тери ўрнига кўчириб ўтказилган соғ терида оқ доғларнинг пайдо бўлиши невроген назариясини тасдиқловчи далиллардир.

Вителигонинг келиб чиқиши ва ривожланишида эндокрин безларнинг аҳамияти катта. Шу касаллик билан оғриган беморлар-нинг кўпчилигида тиреотоксикоз, миксидема ёки Хошимота касалликларини учратиш мумкин. Тиреотоксикоз билан оғриган 105 бемордан 9 тасида вителиго борлиги аниқланган; шу билан бирга касаллик пайдо бўлишида жинсий гормонлар миқдори, буйрак усти беги фаолияти ўзгаришининг муҳим аҳамияти борлиги олимлар томонидан тўлиқ ўрганилган.

Аутоиммун назарияси тарафдорлари вителиго теридаги меланоцитларнинг антителолар билан шикастланиши оқибатида юза-га келади деган фикрни айтадилар. Илмий изланишлар натижасида вителиго билан оғриган беморларнинг қон зардоби ва терисида меланоцитларга қарши антителолар топилган. Кўпинча вителигонинг аутоиммун касалликлар (қизил югурук, пернициоз анемия ва бошқалар) билан бирга учраши иммунологик назарияни яна бир бор тасдиқлайди.

Вителигонинг келиб чиқишида терида кислород ва микроэлементлар (кумуш, рух, темир ва бошқалар) етишмаслигининг ҳам таъсири бор.

Клиникаси. Вителигода терининг турли жойларига оқ доғ тушади. Доғлар думалоқ ёки овалсимон бўлиб, атрофидаги соғ теридан аниқ ажралиб туради, баъзи оқ доғ чегараси жимжимадор бўлади. Депигментли доғ атрофидаги тери нормал пигментли ёки гиперпигментли бўлиши мумкин (расм № 139).



Расм № 139. Вителиго (Пес)

Оқ доғ тушган жой аста-секин катталашиб, бир-бири билан қўшилиши ва терининг хийлагина қисмини эгаллаб олиши мумкин. Биргина оқ доғнинг ўзида репигментли доғларни ва унинг чегарасида эса янгидан пайдо бўлаётган оқ доғларни кузатиш мумкин (расм № 140).



Расм № 140. Витилиго (Пес)

Касаллик бошланишини кўпинча беморлар сезмайдилар. Аста-секин те-ри оқаради баъзан бирдан оқариш ҳоллари ҳам учрайди (бир кечади бутун танани оқ доғлар эгаллагани ҳам кузатилган). Оқ доғ пайдо бўлишидан олдин тери кичиши ва бироз кепакланиши ҳам мумкин.

Оқ, доғлар терининг турли жойлари (юз, бўйин, қўл, оёқ)га ту-шади. Оқ доғлар симметрик ёки носимметрик бўлиб, доғ тушган жойдаги соч ва туклар ҳам оқариб чиқади. Доғ тушган жойда терининг сезиш хусусияти йўқолмайди.

Витилигога диагноз кўйишда уни мохов касаллигидан фарқлай билиш ўринли. Моховда оқ доғли терида, сезувчанлик йўқолган бўлади.

Гистопатологияси. Эпидермиснинг базал қаватида кератиноцитлар ичидаги меланин доначалари кам ёки умуман бўлмайди; меланоцитларда ҳам худди шу ҳолатни кузатиш мумкин. Лангерганс хужайраларининг сони эса ортади.

Давоси. Витилигони даволашда бир қанча усуллар мавжуд, улар ичида ПУВА-терапия алоҳида ўрин эгаллайди. Бу усул 4-5 босқич ,16-20 сеанс

фотохимиотерапияни ўз ичига олади. ПУВА-терапия ҳафтасига 3 ёки 4 марта ўтказилади, босқичлар орасида дам олиш муддати 1,5-2 ой. Бу даво усули қўлланилганда витилиголи терида тез орада меланин пигменти синтези бошланади.

Витилигони даволашда лазер нуридан кенг фойдаланилмоқда. Бунинг учун ультрабинафша, инфрақизил ва бошқа лазер нурлари тавсия этилади. Лазер нурларини фотосенсибилизаторлар (пувален, псоберан) ва мелагенин билан бирга қўллаш яхши самара беради.

Витаминлар (В₅, В₆, В₁₂, С ва бошқа) билан даволаш мақсадга мувофиқ. Микроэлементлардан 1% ли мис сульфат эритмасини 10 томчидан 3 маҳал ичиш ёки шу эритмани злектрофорез билан томирга қўллаш мумкин.

БОБ 11. ТЕРИ ВАСКУЛИТЛАРИ

Тери васкулитлари тери касалликлари ичида катта гуруҳни ташкил этади. Васкулитлар тери ва тери ости ёғ қаватида жойлашган майда ҳамда ўртача қон томирларининг яллиғланиши оқибатида вужудга келади.

Дерматолог тажрибасида аллергик васкулит кўп учрайди. Касалликни юзага келтирувчи сабабларга қараб токсикоаллергик, анафилактик ва аутоиммун васкулит тафовут қилинади. Касаллик патогенезида организмнинг инфекцион ўчоқларидаги (гайморит, тонзиллит, отит, кариес ва бошқалар) микроорганизмларга нисбатан ўта сезувчан (сенсibiliзация) бўлиши муҳим ўрин тутди. Касалликнинг вужудга келишига фақат микроблар эмас, балки бошқа омиллар (кимёвий моддалар, физик, метеорологик ва бошқалар) ҳам таъсир этади (расм № 141).



Расм № 141. Тери васкулити

Кейинги йилларда дори-дармонларнинг хилма-хиллиги туфайли дорилар таъсирида пайдо бўладиган аллергик васкулитлар кўп кузатилмоқда. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, пирамидон ва фенотиозин бирикмалари кўпроқ аллергик васкулитларга сабаб бўлади. Организмнинг алкоголь ва никотин билан сурункали захарланиши ҳам васкулитлар ривожланишини тез-лаштиради. Васкулитларнинг келиб чиқиши ва ривожланишида аутоаллергиянинг роли катта деган фикрлар бор; бемор қонида иммун комплекс ҳосил қилувчи антиген ва антителоларнинг топилиши, қон

томирлари деворида иммуноглобулин ва комплементларнинг чўкиши бунинг исботидир.

Қўпчилик олимлар томонидан юзаки (Шенлейн - Генохнинг геморрагик васкулити, геморрагик капилляротоксикоз, Мишер-Шторк микробид, Руитернинг аллергик артериолити ва бошқалар) ва чуқур (тугунли периартрит, ўткир туғунли эритема, сурункали туғунли эритема ва бошқалар) васкулитлар тафовут қилинади.

Клиникаси. Қасалликнинг тўсатдан бошланиши, тошмаларнинг оёқларда симметрик жойлашиши, полиморфолиги ва улар некротик ёки геморрагик компонентларга эга эканлиги васкулитларга хос бўлган умумий белгилардир. Тошма тошган жойда оғриқ бўлади; касаллик узок давом этиб, вақти-вақти билан (совуқ тушган даврда) қўзиб туриши мумкин. Қасалликнинг ўткир даврида бош оғриғи, дармонсизлик, уйқусизлик, баъзан ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади (расм № 142).



Расм № 142. Тери васкулити Шенлейн-Генохнинг геморрагик тури
Шенлейн - Генохнинг геморрагик васкулити. У Генох ва Шенлейн пурпураси кўринишида ўтади.

Генох пурпураси асосан болалар ва ўмирларда, кўпроқ аёлларда учрайди. Терида ўзига хос бўлган геморрагик каварчик, туғунча, пуфакча, некротли ярачалар кузатилади. Бу тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг ёзувчи

қисмларида, катта бўғимлар атрофида жойлашади. У кўпинча ревматизм билан бирга кечади. Бунда бўғимлар оғришидан ташқари қорин оғриғи, меъдаичак ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши ҳам мумкин. Қонда лейкоцитоз, анемия, гипергаммаглобулинемия кузатилади. Қон ивиши, протромбин вақти кўрсаткичларида ўзгаришлар бўлмайди. Қончаловский — Румпел-Ледеде симптоми мусбат бўлади. Шенлейн пурпураси асосан катта ёшдаги болаларда учрайди. Бунда тизза, тўпик, елка бўғимлари қизаради, шишади ва кучли оғрийдди. Терида геморрагик тошмалар (бўғим атрофида), абдо-минал симптомлар, эндомиокардит ва перикардитларнинг учраши касалликка хос ҳисобланади. Оғриқ салицилатлар таъсирида камаймайди. Шенлейн - Генохнинг пурпурасида нафас олиш, нерв системаси ва буйракда (гломерулонефрит) патологик ўзгаришлар кузатилади.

Уткир тугунли эритема ўткир бошланади, ҳарорат кўтарилади (37-38°C), бўғим ва мускуллар оғрийдди. Шунингдек бош оғриғи ва дармонсизлик кузатилади. Болдир ва елка олдининг ёзувчи қисмларида симметрик жойлашган, чегараланган, оғриқли, қизил рангли тугунлар пайдо бўлади. Бу тугунлар секин-аста катталашиб, ёнғокдек ва ундан ҳам каттароқ бўлиши мумкин. Бир неча кундан сўнг тугунлар камайиб, рангсизланади, ярага айланмайди ва ўзидан сўнг пигментли доғ қолдиради.

Гистопатологияси. Дерма ва гиподермада лимфоцит, гистиоцит, нейтрофиллардан иборат периваскуляр инфильтрат кузатилади.

Сурункали тугунли эритема асосан аёлларда учрайди (25-45 ёшда). Тугунлар кўпинча болдирда бўлади; юрганда, узоқ вақт тик туриб қолганда бемор қаттиқ оғриқ сезади (расм № 143).

Сурункали тугунли эритемада тугун кўпинча битта бўлади, у аста-секин атрофга қараб ўса бошлайди ва марка-зий қисми сўрилиб, доира шаклини олади. Касаллик эса бир [еча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин. У об-хаво совиши билан бошланиши туфайли ўткир тугунли эритемага ўхшайди.



Расм № 143. Тери васкулити Сурункали туғунли эритемаси

Диагнози. Касаллик диагностикасида васкулитларни Ба-эритемаси, тери сили, дорилар таъсирида вужудга келган 'оксикодермиялардан фарқлаш керак.

Давоси. Кенг спектрда таъсир этувчи антибиотиклар, де-сенсбилизацияловчи моддалар, витаминлар (С, В₆, В₅, В₁₂, РР), безгакка қарши препаратлар, оз миқдорда кортикостероидлар, анальгетиклар ҳамда қон томирлар деворини мустаҳкамловчи (рутин, аскорутин) дори-дармонлар тавсия этилади.

Маҳаллий даво сифатида куруқ иссиқ, 5-10% ли ихтиол эритмаси билан компресс қилиш, ультрабинафша нур, УВЧ, стероидли кремлар ва малҳамлар ишлатилади.

БОБ 12. ВИРУСЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Оддий пуфакчали темиратки (*Herpes simplex*) – уткир вирусли касаллик булиб, тери касалликлари ичида куп учрайди. «Герпес» сузи юнон (грек) сузидан олинган булиб, судралмок, яшириниб келмок маъносини билдиради. 1962 йили оддий учукнинг 2 та серотипи аниқланган ва улар ОВГ-1 ва ОВГ-2 деб аталадилар. Оддий герпеснинг куп кузатиладиган жойлари, бу табиий тешиклардир (бурун канотлари, огиз бурчаклари, лаб (*herpes labialis*), жинсий аъзолар (расм № 144,145,146).



Расмлар № 144,145,146. Оддий пуфакчали темиратки

Дастлаб битта жойда, баъзи холларда икки ва ундан ортик жойларда, чегараланган гиперемия юзасида майда, тарик катталигига ёки унча катта булмаган нухот улчамидаги пуфакчалар пайдо булади. Асосий даво сифатида вирусга карши кулланиладиган препаратлар – *Ацикловир, Завиракс, Виролекс, Улкарил*дан фойдаланилади.

Ураб олувчи темиратки (УОТ) терининг уткир яллигланишли касаллиги булиб, купинчи у тана хароратининг кутарилиши, неврологик огриклар билан бошланади. Бир неча кун утач эса терида тошмалар тоша бошлайди. Касаллик кузгатувчиси булиб дерматонейротроп вирус хисобланади. Терида алохида-алохида булиб жойлашган пушти-кизил шиш учоглари пайдо булади. Шу учоглар юзасида майда гурух-гурух булиб жойлашган, катталиги тугногич бошидан то тарик катталигича келадиган пуфакчалар пайдо булади. Вирусга карши препаратлар (веролекс, ацикловир, завиракс, улкарил) билан бир каторда ацетилсалициловая кислота (аспирин) 0,5 г дан 3-4 махал ичишга буюрилади (расм № 147).



Расм № 147. Ураб олувчи темиратки

Бундан ташкари антибиотиклар (бенемидин (рифампицин) 0,3 г дан кунига 2 махал, эритромицин 0,25 г дан кунига 4-5 махалдан) буюриш тавсия этилади. Каттик огрикли холатларда пахикарпин, ганглерон, анальгетиклар (баралган, анальгин), витаминлар (В₁, С), ультразвук яхши фойда беради. Махаллий давога худди оддий пуфакчали темираткини давоси каби даволаш методлари кулланилади.

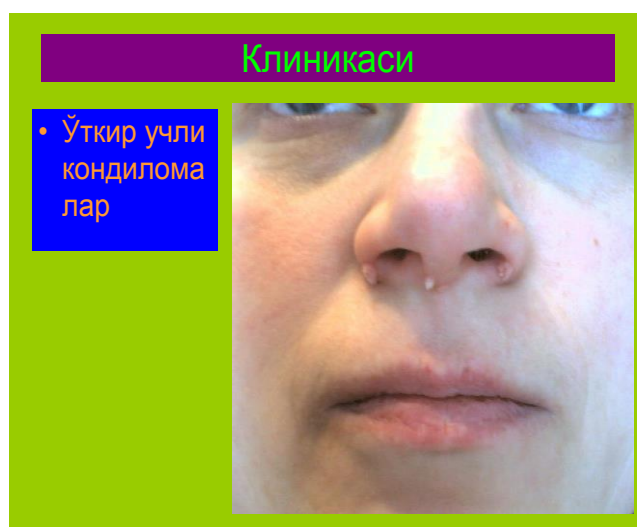
Сугалларнинг 4 тури булиб, уларга оддий (*verrucae vulgaris*), ясси ёки усмирлар (*verrucae planae s. Juvenilis*), уткир учли кондилома ва товон сугаллари киради (расм № 148).



Расм № 148. Оддий сўгаллар

Кузгатувчиси булиб одам папилломатоз вируси хисобланади. Вирусга карши кулланиладиган малхамлар: 3% Оксалин, 5% Теброфен, 0,5% Бонафтон, 5% Веролекс буюрилади. Суггестив терапия хам даволаши мумкин. Яхши терапевтик эффект криотерапия ва электрокоагуляция хам беради.

Ўтқир учли кондилома Терида юмшок хамирсимон консистенцияли булакчали тузилишга эга булган, гулкарамни ёки хуроз тожиси шаклидаги, тери билан ингичка оёкчаси билан боғланиб турувчи улчами тарик катталигигача булган элемент пайдо булади. **Давоси:** хирургик олиб ташлаш хисобланади. Бундан ташқари криотерапия ва электрокоагуляция хам кулласа булади (расм № 149).



Расм № 149. Ўтқир учли конделомалар

Юкумли моллюск филтрланувчи вирус томонидан чакирилади. Зич консистенцияга эга булган, шарсимон курунишдаги нормаль тери ёки бироз пушти рангидаги папулалар кузатилиб, уларни улчами тугногич боши

катталигидан то тарик катталигича булади. Тугунчалар марказида *киндиксимон ботиклик* кузатилади.

Вирусли дерматозлар

Вирусли дерматозларни вируслар чакиради ва уларга куйидаги касалликлар киради:

1. Оддий (учук) герпес (Оддий пуфакчали темиртки);
2. Ураб олувчи герпес (Ураб олувчи темиртки);
3. Сугаллар;
4. Уткир учли кондилома;
5. Юкумли моллюск (контагиоз моллюск);
6. Корамол сохта чечаги (согувчилар тугунчалари).

Оддий герпес (учук) (Оддий пуфакчали темиртки, Herpes simplex)

– уткир вирусли касаллик булиб, тери касалликлари ичида куп учрайди. «Герпес» сузи юнон (грек) суздан олинган булиб, судралмок, яшириниб келмок маъносини билдиради. Бу касаллик куп учрайди ва огир асоратларни келтир чикариши, хаттоки беморни улимга хам сабаб булиши мумкин. АКШда хар йили 500 000 гача шу инфекция билан касалланувчи беморлар аникланади. Буюк Британияда эса жинсий аъзоларнинг герпес инфекцияси билан касалланиш эса, жинсий йул билан юкувчи касалликлар ичида куп учраши маълумлиги эълон килинган (Скрипкин Ю.К. ва бошкалар, 1995).

Этиологияси ва патогенези. Оддий учук (герпеси) гурухига морфологик тузилиши буйича ухшаш булган 4 та вирус киради: ОВГ (оддий вирус герпеси), вирус varicella-zoster – сув чечак (ветреная оспа) ва ураб олувчи темиртки кузгатувчилари, Эпстайн-Барр вируси ва цитомегаловирус.

1962 йили оддий учукнинг 2 та серотипи аникланган ва улар ОВГ-1 ва ОВГ-2 деб аталадилар. ОВГ-1 вируси билан хамма одамлар хаёти бошланганидан сунг 18 ойи ичида контактда булиб чикишади ва вирус организмга нафас олиш йуллари оркали кириб келади. Биринчи контактдан сунг вирус организмнинг учшохла (тройничный) нерв ганглияларидаги хужайралар ичига кириб олади, шу жойда латент холатда узок вақт сакланиб

колади, балким бир умрга колиб, клиник белгиларни бермаслиги хам мумкин.

ОВГ-2 билан эса контакт одам биринчи маротаба жинсий балогатга етгач, биринчи жинсий алокларида юктириб олиши мумкин. Шунда вирус ОВГ-1 га ухшаб яширин (фаолсиз, ноактив) холатга утиб олади, у сакрал ганглияларидаги хужайраларда жойлашиб олади. Бу холат бир умр давом этиши мумкин.

Иккала холатда хам касаллик совкатиш, кизиб кетиш, хар хил шамоллашлардан ва стресс холатлардан, ВИЧ-инфекциядан сунг келиб чикади, яъни вируслар фаол харакатга утишади, касалликни кайталаши мумкин.

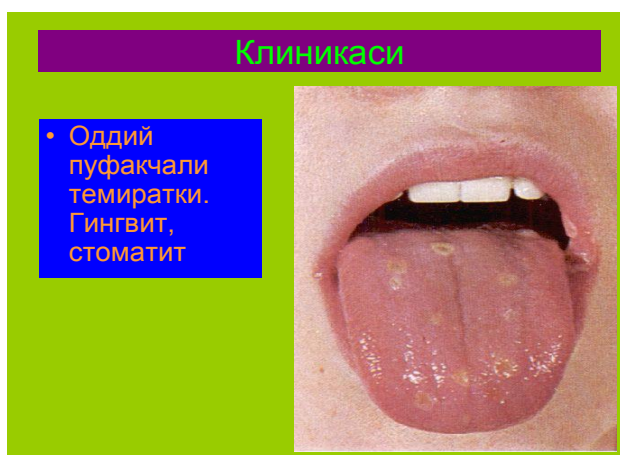
ОВГ-1да тошмалар огиз атрофида, лабда, кератоконъюнктивитда, ОВГ-2да эса гениталий сохасида чикиши мумкин. Жинсий алоканинг атипик турларида эса ОВГ-1 гениталий сохаларида, ОВГ-2 эса юздаги касаллик учогларда топилиши мумкин.

ОВГ лар, асосан ОВГ-2 онкогенлик хусусиятига эга хисобланади. Касаллик иккала жинсда хам, хамма ёшда хам кузатилади.

Клиникаси. Оддий герпеснинг куп кузатиладиган жойлари, бу табиий тешиклардир (бурун канотлари, огиз бурчаклари, лаб (*herpes labialis*), жинсий аъзолар). Дастлаб битта жойда, баъзи холларда икки ва ундан ортик жойларда, чегараланган гиперемия юзасида майда, тарик катталигига ёки унча катта булмаган нухот улчамидаги пуфакчалар пайдо булади. Хар бир учогда пуфакчалар сони хар хил булиб, 2-3 тадан то 8-10 тагача, баъзида ундан хам куп булади. Пуфакчалар гурух-гурух булиб жойлашади, ичида тиник экссудат кузатилиб, 2-3 кун утгач у харалашади.

Баъзан пуфакчалар кушилиб 1-1,5 см диаметрдаги пистончали курунишдаги куп камерали пуфакларни хосил килишади. Кейинчалик пуфак ичидаги суюклик, агар у мацерация ёки ишкालаниш кузатиладиган жойда жойлашмаган булса, котади ва урнида саргиш-кулранг калок пайдо булади,

5-6 кун утгач эса тукилиб, унинг урнида бироз гиперемиялашган ёки пигментли дог колади (расм № 150).



Расм № 150. Оддий пуфакчали темиртки Гингвит, стоматит

Ишқаланиш ёки мацерация сохалари кузатиладиган терида ёки шиллик каватлардаги пуфаклар ёрилиб, улар урнида кизил рангдаги полициклик шаклдаги эрозиялар пайдо булади. Пуфакларни тошиши санчиш, ачишиш, огрик ва баъзи холларда атрофдаги туқиманинг шишиши билан кечади. Беморнинг умумий ҳолати узгармайди. Лимфатугунлар катталашмайди. Баъзи бир касаллардагина узини нохуш сезиш, мушакдаги огриклар, калтираш кузатилади. Тана ҳарорати 38-39⁰ С кутарилиши мумкин. Касаллик 1-1 ½ ҳафта ичида тугаши мумкин. Агар иккиламчи инфекция шу жараёнга кушилса беморни тугалиши бироз чузилиши мумкин.

Учқуни қуйидаги турлари тафовут қилинади: 1. Абортив шакли (енгил тез утиб кетади); 2. Шиш шакли (шиш билан кечади); 3. Огир шакли (огир кечувчи); 4. Ураб олувчи ёки белбогсимон шакли; 5. Рецидив (тез-тез қайталаниб турувчи).

Оддий герпеснинг қйталаниб турувчи шакли йил давомида мавсумга боғлиқ булмаган ҳолда қайталаниб туриши мумкин. Баъзи бир беморларда касаллик ойда 3-4 марта қайталаниши ҳам мумкин. Клиникаси оддий герпеснинг клиник манзарасидан фарқ қилмайди. Уни қайталанишига қуйидаги мойиллик факторлари сабаб булиши мумкин: ута совкатиш ёки кизиб кетиш, инфекция касалликлар билан огриш, кон касалликларига чалиниш, масалан лейкоз, рак ва бошқалар. Бу касалликларнинг хужайра

иммунитетини тушириб юборди. Аёлларда яна менструаль цикл вақтида ҳам касаллик кузгалиши мумкин.

Дифференциал диагностикаси. Каттик шанкр, куп шаклли экссудатив эритема, вульгар пурсилдог ураб олувчи темиртки каби касалликлар билан дифференциал диагностика утказиш лозим.

Даволаш.

Асосий даво сифатида вирусга карши кулланиладиган препаратлар – **Ацикловир, Ацикlostад, Герпевир, Завиракс, Виролекс, Улкарил**дан фойдаланилади. Масалан, ацикловир (0,2) кунига 1 таблеткадан 4-5 махал ичишга буюрилади.

Теридаги пуфакчалар ва эрозияларга анилин буюклари (метилен кукини ва бриллиант яшилини 1%ли спиртли эритмалари, Кастеллани буюги суртилади. Яна махаллий даволаш учун вирусга таъсир киладиган кенг Веролексни 5% ли, Бонафтон, Теброфенни 3-5% ли, Госсипол, Оксалин, малхамлари, Ацикловир, Улкарил, Герпевир, Ацикlostад кремлари ҳам кулланилади. Патологик жараёнга иккиламчи инфекция кушилганда эса антибиотиклар (эритромицин ва бошқалар) куллаш мақсадга мувофиқдир. Махсус даводан ташқари симптоматик, иммуностимляторлар кулланиши мумкин. Тималин 10-30 мг дан, Тактивин 80-100 мг дан 8-10 инъекция буюрилади. Булардан ташқари Пирогенал, Продигиозан, Дибазол, Левамизол, Декарис Гемалин, Имунорикслардан ҳам фойдаланиш мумкин. Масалан, Дибазол 0,01 дан 2 махал ичишга буюрилади. Дезоксирибонуклеаза (ДНКаза) 10-25 мг дан м/о буюрилади. Герпетиформ поливалент вакцинаси елка сохасининг т/и 0,1-0,2 мл дан хар 2-3 кунда 1 марта 10 та инъекция килинади.

УРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ (HERPES ZOSTER)

Ураб олувчи темиртки (УОТ) терининг уткир яллигланишли касаллиги булиб, купинчи у тана хароратининг кутарилиши, неврологик огриклар билан бошланади. Бир неча кун утач эса терида тошмалар тоша бошлайди. Касаллик кузгатувчиси булиб дерматонейротроп вирус

хисобланади. Бу вирус узини хусусиятларга кура сувчечак вирусига ухшаб кетади. Касаликнинг келиб чиқишига сабабчи факторлар: совкатиши, сурункали интоксикациялар, кон касалликлари, усма касалликлари, ВИЧ-инфекция ташувчанлиги.

Махаллий продромал куринишлардан парестезия, кичишиш, огриклар беморни безовта килади. Терида алохида-алохида булиб жойлашган пушти-кизил шиш учоглари пайдо булади. Шу учоглар юзасида майда гурух-гурух булиб жойлашган, катталиги тугногич бошидан то тарик катталигича келадиган пуфакчалар пайдо булади. Пуфакчалар қобиғи калин ва улар таранг куринишда булиб, бир неча кун утгач везикулалар ичидаги сероз тиник суюклик аста секин хиралаша бошлайди ва пустулалар ҳосил булади. Кейинчалик пуфакчалар ичидаги суюклик кура бошлайди ва улар урнида сарғиш-жигарранг калоклар ҳосил бўлгани кузатилади. 5-10 кундан сунг калоклар тукилиб кетади. Патологик жараён тошмалари терида доимо нерв толалари бўйлаб ассиметрик жойлашади. Ураб олувчи темираткининг характерли белгиларидан бири неврологик огрикларининг хатто тошмалар жойлашган сохалардан ҳам узок тана қисмларида кузатилишидир. Қари одамларда неврологик белгилар бир неча ойлаб давом этиши, хаттоки йиллаб безовта қилиши мумкин. VII – қалла суяғи нервининг ҳаракат қилдирувчи ва сезув вазифаси билан боглик нерв толалари жароҳатланганда **Ханта синдроми** келиб чиқади. Бунда **ураб олувчи темиратки билан бирга юз нервининг параличи, қулоқдаги огриклар, эшитишнинг пасайиши** кузатилади. Ураб олувчи темираткида огриклар яллигланиш соҳасини румол ёки қийим салига тегиши билан каттик безовта килади. Субъектив белгилар доимо ҳам теридаги клиник куринишнинг огирлигига ва тарқоқлигига боглик бўлмайди. Ураб олувчи темиратки баъзи бир сохаларда, масалан, **уч бошли нерв**нинг биринчи шоҳида жойлашганда, қучли огрик билан кечади. Ураб олувчи темираткининг интенсив огриклари симуляцияси натижасида шу касалликни бошқа касалликлар белгиларига ухшатиб юбориши мумкин. Масалан, уткир аппендицит, холецистит, миокард инфаркти бунга мисол

була олади. УОТнинг куп учрайдиган сохалари булиб – бошнинг, пешонанинг, куз ва юзнинг бошка сохалари, буйин, кукрак, корин, елка, сон ва думбалар хисобланади. Касалликнинг одатдаги оддий туридан ташкари куйидаги клиник турлари тафовут килинади:

1. Генерализацияланган
2. Геморрагик
3. Гангреноз
4. Буллёз
5. Абортив



Расм № 151,152. Ўраб олувчи темирлатки

Генерализацияланган турида касаллик маълум сохада (сегментда) бошланиб, сунгра баданнинг барча сохаларига таркалади. Бунда хосил булган янги везикулаларнинг куруниши худди сув чечакдаги тошмага ухшаб кетади: марказида киндиксимон чукурча кузатилади. Касаллик огир кечади. ОИВ-инфекциясига чалинган беморларда бу клиник тури купрок учрайди ва уларда кайталаниш хусусиятига эга (расм № 151,152).

Геморрагик турида пуфакча ичидаги суюклик геморрагик тус олади, огрик кучли булади, касаллик огир кечади, купинча кон касалликлари (лейкозлар ва геморрагик диатезлар) билан огриган беморларда кузатилади.

Гангреноз турида везикулёз тошмалар сохасида тери гангренага (некрозга) учрайди, натижада у сохаларда эрозия эмас, балки яралар хосил

булади ва улар узидан кейин чандик колдиради. Бу клиник тури купинча карияларда ва силласи куриган беморларда кузатилади ва огир кечади, огрик кучли булади.

Буллёз турида везикулалардан ташкари йирик-йирик пуфаклар ҳам хосил булади, уларнинг кобиги таранг, ярим сферик шаклда булади, ичида сероз суюклик, баъзан эса геморрагик суюклик булиши мумкин. Касалликнинг бу клиник тури купинча юз нерви, уч шохли нерв ва куз нерви иннервация киладиган тери сохаларида учрайди. Юз нерви сохасида учраганда пуфаклар купинча юкориги ковок ва пешона сохаларида пайдо булади, куз шиллик пардасининг зарарланиши хавфи тугилади, куз шиллик пардаси кизарган, пастки ва юкориги ковоклар кескин шишган холда булади.

Абортив клиник турида касалликнинг клиник аломатлари билинар-билимас булиб, баъзан хатто везикулалар тошмаслиги ҳам мумкин. Огрик кучли булмади, эритема оз-моз ривожланган, касаллик чекланган кичкина сохалардагина жойлашган.

Ураб олувчи темиратки касаллиги узок давом этиб, баъзан 4-5 хафтагача чузилиши мумкин, огрик симптоми эса баъзан 2 ойгача ва хатто 4 ойгача чузилиши мумкин.

Огир касалликлар билан огриган ёки нимжон одамларда УОТнинг гангреноз шакли учрайди ва тошмалар урнида бу холатда чандиклар колади.

УОТ узидан сунг иммунитет колдиради; касаллик кайталанмайди (рецидив кузатилмайди). Аммо, иммунитетни кескин тушуши кузатиладиган огир касалликлар (рак, лейкоз, ОИТС (СПИД)) билан огриган пайтларда рецидиви, уни генерализациялашган турлари кузатилаши мумкин.

Даволаш. Вирусга карши препаратлар (веролекс, ацикловир, герпевир, ациклостад, завиракс, улкарил) билан бир каторда ацетилсалицил кислотаси (аспирин) 0,5 г дан 3-4 махал ичишга буюрилади. Ностероид препаратлар (Фаниган, Мелоксикам, ва б.) ҳам буюриш тавсия этилдади. Бундан ташкари антибиотиклар (бенемицин (рифампицин) 0,3 г дан кунига 2 махал, эритромицин 0,25 г дан кунига 4-5 махалдан) буюриш тавсия этилади. Каттик

огрикли холатларда пахикарпин, ганглерон, анальгетиклар (баралган, анальгин), витаминлар (В₁, С), ультразвук яхши фойда беради. Махаллий давога худди оддий пуфакчали темираткини давоси каби даволаш методлари кулланилади.

СУГАЛЛАР

Сугалларнинг 4 тури булиб, уларга оддий (*verrucae vulgaris*), ясси ёки усмирлар (*verrucae planae s. Juvenilis*), уткир учли кондилома ва товон сугаллари киради. Кузгатувчиси булиб одам папилломатоз вируси хисобланади. Хамма ёшдагилар бу касаллик билан ориши мумкин булиб, аммо биринчи иккита тури билан асосан болалар ва усмирлар касалланади. Сугаллар контагиоз касаллик хисобланади.

Оддий сугаллар асосан кулларда, юзда, лабнинг кизил хошиясида, купинча лаб бурчакларида, баъзан шиллик каватларда хам учраши мумкин (расм № 153).



Расм № 153. Оддий сўгаллар

Оддий сугалда папула пайдо булиб, уни улчами 1 см катталикгача булади, тери юзасидан кутарилиб туради, кулрангсимон, кунгир-кулранг ёки тана рангидака рангга эга булади. Катта ва узок вақт сакланиб колган папуллар юзасида мугузланиш ва сургичсимон усимталар кузатилади.

Ясси, ёки усмирлар сугаллари купинча ёш болаларда ва усмирларда кузатилади. Асосий элемент ясси папулалар булиб, уларни диаметри 3 см гача булади. Улар тери юзасидан бироз кутарилиб туради, ранги эса нормал тери рангидан то пушти ёки кунгир ранггача боради (расм 154).



Расм № 154. Ясси сўгаллар

Ясси сугаллар юзда ва кафтнинг ташки юзасида кузатилади. Баъзидагина бир оз кичишиш безовта килиши мумкин.

Товон сугаллари беморларни юришига халакит берадиган касаллик хисобланади, улар пойабзалнинг босим берадиган сохаларида пайдо булиб, нохуш субъектив белгилар билан кузатилади (расм № 155).



Расм № 155. Товон сўгаллари

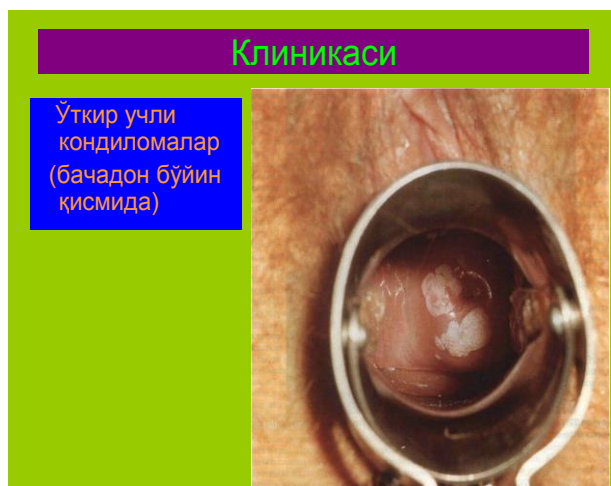
Элементлар сони хар хил булади, аммо, купинча бир нечта сугаллар пайдо булади. Улчами нухат катталигича ва ундан катта булган нотугри шаклдаги калинлашган, мугузлашган катлам учоглари кузатилади. Шу учогнинг марказий кисмини механик тарзда осонрок кучириб олса булади,

уни урнида эса бироз намрок, сургичсимон, юмшок консистенцияли юза кузатилади. Учокнинг атрофида зич консистенцияли халка пальпацияда сезилади.

Даволаш. Вирусга карши кулланиладиган малхамлар: 3% Оксалин, 5% Теброфен, 0,5% Бонафтон, 5% Веролекс буюрилади. Суггестив терапия хам даволаши мумкин. Яхши терапевтик эффект криотерапия ва электрокоагуляция хам беради.

ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМА

Терида юмшок хамирсимон консистенцияли булакчали тузилишга эга булган, гулкарамни ёки хуроз тожиси шаклидаги, тери билан ингичка оёкчаси билан боғланиб турувчи улчами тарик катталигигача булган элемент пайдо булади. Уларни ранги пушти ёки тана рангидака булиб, мацерация, ишқаланишдан сунг юзасида кизил рангли ва осон кон кечиши мумкин булган юзалар хосил булади (расм № 156).



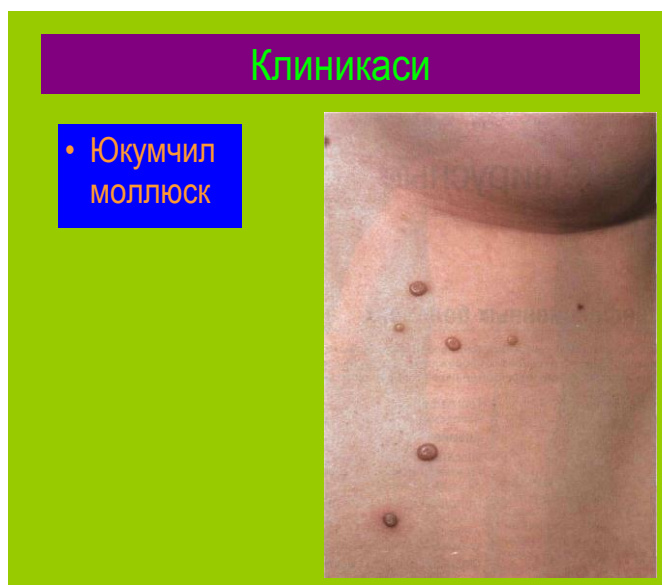
Расм № 156. Ўткир учли кондиллома (бачадон бўйин қисмида)

Усиб борган сари катта конгломератлар хосил килиши мумкин. Уткир учли кондилломалар купинча жинсий аъзоларда: эркакларда тож эгатда, олат бошчаси копчасининг ички юзасида, аёлларда кинга кираверишда, орка пешов атрофида, болаларда бурун-лунж, бурун-лаб бурмаларида жойлашади.

Давоси: хирургик олиб ташлаш ҳисобланади. Бундан ташқари криотерапия ва электрокоагуляция хам куллана булади.

ЮКУМЛИ (КОНТАГИОЗ) МОЛЛЮСК (molluscum contagiosum)

Юкумли моллюск филтрланувчи вирус томонидан чакирилади. Зич консистенцияга эга булган, шарсимон куринишдаги нормаль тери ёки бироз пушти рангидаги папулалар кузатилиб, уларни улчами тугногич боши катталигидан то тарик катталигича булади. Тугунчалар марказида **киндиксимон ботиклик** кузатилади. Пинцет билан сикиб курилганда тугунчалардан ок кашасимон (творогсимон) ажратма чикади, уни таркибида мугузланган хужайралар билан бир каторда овоид куринишдаги моллюск таначалари кузатилади. Терига моллюск таначалари тушган сохаларда 1½ - 2 ой утгач тошмалар тошиши кузатилади. Тошмалар сони битта ёки куп сонли булиши мумкин (расм № 157).



Расм № 157. Юкумли моллюска

Юкумли моллюск купинча болаларни ковок, кафт, корин сохаларида жойлашиши мумкин. Катталар жинсий алокада юкканда жинсий аъзолар атрофида хам жойлашади. Даволанмаса хам тугунчалар 2 - 3 ойдан сунг йуколиб кетиши хам мумкин.

Давоси. Папулаларни сикиб, юлиб олиб ташлаш ва шу сохаларни 5% ли йод настойкаси билан куйдириш.

БОБ 13. КОЛЛАГЕНОЗЛАР

Бириктирувчи тукима касалликлари

Бириктирувчи тукималар асосий моддасининг мукоид ва фибриноид дегенерацияси, ҳамда коллаген толаларнинг ишиши ва парчаланиши билан кечадиган бир гуруҳ касалликлар коллагенозлар дейилади.

Биринчи марта Америкалик паталоганатом Р. Klemperer (1941 й.) уткир кизил волчанка билан улган беморда бириктирувчи тукималарда системали жарохатлиниши (коллагеноз), айниқса жарохат хужайралараро моддага туликлилигини кузатган. Шундан кейин коллагенозлар хақидаги таълимот ривожланади.

Хозирги вақтда тери жарохати билан кузатиладиган коллагенозларга куйидагилар киради: кизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит, чакалоқлар склерема ва склеродемаси.

Хамма коллаген касалликлар, узларининг бириктирувчи тукималарнинг системали, ривожланиб борувчи тарзда зарарлаши, ҳамда кон томирлар деворларининг жарохатлиниши билан характерлидир.

КИЗИЛ ВОЛЧАНКА - *(Эритематоз ёки чандик хосил килувчи эритематоз)*

Кизил волчанка биринчи марта 1845 йилда Г Гебра томонидан, конгестив себорея номи билан ёзилган. «Эритемали волчанка» ёки кизил волчанка деган номни бу касалликка Казенав берган.

1872 йилда бу касалликни уткир формаси ёзилган. «Волчанка» номи бу касалликни купинча сил волчанкаси билан алмаштириб касалларни куркитса, ёш врачлар адаштиради, шунинг учун ҳам А.И.Картамышев бу касалликни оддий килиб «эритематоз» деб аташни таклиф килди, Ю.К.Скрипкин эса чандик хосил килувчи эритематоз деб атади. Кизил волчана клиникасини биринчи марта тулик 1872 йилда М.Капоши ёзди уни икки турга ажратди: дискоид ва таркок.

Т.А.Главинская (1968 й.) – биринчи марта кизил волчанкани ёш болалар ва усмирлада кечшидаги узига хослигини маълум килди. Касаллик

ёш болаларда катталарга караганда огиррок утади. Уларда дискоид формаси камрок учраб, тезрок системали формага утади. Болаларда катталарга караганда купрок *LE – хужайра* топилади.

П.Панхристов (1963 й.) – 10 ёшгача булган угил болаларда купрок кизил волчанканинг дискоид формаси, киз болаларда эса купрок таркок формаси учрашини ёзган.

Л.Н.Машкиллейсоннинг маълумотига кура хамма касалликнинг 0,7%-10 ёшгача, 15,1% эса 10 дан 20 ёшгача учрайди.

Этиологияси: кизил волчанканинг келиб чикиши сабаблари номаълум булиб, бир нечта назариялар – (туберкулезли, стрептококкли, сифилитик, инфекцион- вирусли, аллергия ва хоказолар) бор.

Айрим олимлар (М.Cazenav 1851; Veneir 1889) фикрича кизил волчанкани кузгатувчиси туберкулез таёкчасидир. Бунга асос килиниб кизил волчанка клиникасини баъзан тери сили клиникасига ухшашлиги, купинча кизил волчанка билан огриган беморлар ички органларида туберкулез касаллиги чикиши олинган.

Лекин кейинчалик бошка олимлар томонидан текширилганда (Л.Н.Машкиллейсон 1937 й.; М.М.Беренбейн 1949 й.) бу фикрлар тасдикланмаган. М.М.Беренбейн 1500 та кизил волчанка билан огриган бемор текширилганда туберкулез факат 1,8% холда учраган, бундай йулдош касалликлар бошка касалларда хам кам процент бермаган (экзема, псориаз ва бошкалар).

Сифилитик назария тарафдорлари (И.И.Патоцкий 1939 й.; К.С. Сулейманов 1964 й. ва бошкалар) фикрича купинча кизил волчанка билан огриганда кон серологик реакцияда (КСР) мусбат булган ва сифилисни даволашда ишлатиладиган дорилар таъсирида кизил волчанка яхши тузалган. Кейинги вақтларда олимлар кузатуви (Е.М.Тареев, 1965 й.) бу назарияни асоссиз эканлигини аниқлади.

Стрептококк назарияси тарафдорлари (М.М.Беренбейн 1949 й.; М.В. Борзов 1961 й.) фикрича хар-хил чекланган учогларда жойлашган

стрептококклар организм сезувчанлигини оширади ва терида жарохат чакиради. Бунга асос килиб уткир кизил волчанкани кечиши стрептококкли сепсисни эслатиши, базан конда стрептококк топилиши ва чекланган учогларида яллигланиш даволанганда касалликни тузалиши олинади.

Лекин бошка олимлар (К.С.Сулейманов 1958 й.; О.Л.Иванов 1961 й.) бу назарияни инкор киладилар.

А.М. Кричевский (1965й) - кизил волчанкани келиб чиқишида инфекция-вирусли назарияни илгари сурди, лекин хозиргача бирорта олим ёки текширувчи томонидан кизил волчанка билан огриган бемордан специфик вирус топилган эмас.

Хозирги вақтда олимлар кизил волчанкани аутоаллергик касаллик ҳисоблайдилар. Бемор организмнинг уз оксилларига нисбатан аутоаллергик комплексларни ҳосил қилиши, *LE* – *хужайраларининг* пайдо бўлиши юқоридаги назарияни яратилишига асос бўлди.

1949 йилда Хазерик томонидан «Ядрога қарши омил» деб аталувчи оксилни топилиши катта ахамиятга эга бўлди. Бу оксиллар соғлом хужайраларнинг ядросига таъсир қилиб, уни парчалар ва хужайрадан ташқарига улоқтириб ташлар экан. Парчаланган ядро булаклари бошка макрофаглар томонидан ютилиб, икки ва куп ядроли хужайраларнинг пайдо бўлишига сабаб булар экан. Бундай хужайралар *LE* – *хужайралари* номини олди.

Шундай қилиб хозирги вақтда кизил волчанка, аутоаллергик касаллик ҳисобланиб, унинг келиб чиқишида ҳар хил дорилар (антибиотиклар, сульфаниламидлар, вакциналар), инфекциялар (стрептококклар, вируслар), турли нураганишлар (ультрафиолет, инфракизил нурлар), яллигланиш учоклари (гайморит, тонзиллит) туртки вазифани утайдилар.

Хозирги вақтда кизил волчанканинг ягона классификацияси булмайдиган куйидаги турларга ажратилади:

I. Сурункали кизил волчанка

1. Дискоид;

2. Симметрик ёки Биетнинг марказдан кочувчи эритемаси;
3. Чукур жойлашган (Капоши-Ирганг формаси);
4. Таркок – (диссеминацияланган);
5. Гемморогик;
6. Фолликуляр ва бошкалар.

II. Уткир ости (клиник белгилари уткирга караганда камрок жароҳатланади).

III. Уткир системали (тери ва ички органлар жароҳатланади).

ДИСКОИД – КИЗИЛ ВОЧАНКА

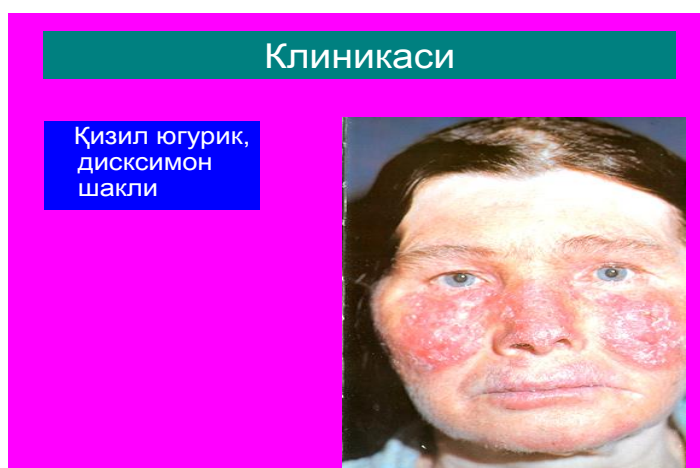
Дискоид кизил волчанка, бошка формаларга караганда купрок учраб, тананинг хамма соҳасида, шунингдек огиз бушлигида, лабда, панжаларда, товонда, кукракда, елкада, бошнинг сочли қисмларида ҳам жойлашиши мумкин.

Бошланишда жароҳат учогининг чегаралари аниқ атрофга караб катталашган, бир-бири билан кушиладиган пушти-кизил рангда доғлар пайдо булади. Доғ аста-секин катталашиб пилакча (бляшка) (диск)га айланади. Тезда жароҳатланган жойда гиперкератоз ва доғ юзасига маҳкам ёпишган сарғиш – оқ шохсимон пустчалар (тангача) пайдо булади.

Агар пустчалар (тангачалар) қирилса ёки пинцет билан тортилса, касаллар огрикдан нолийдилар. Баъзан бошини орқага ташлаб киришга қаршилиқ қилади, буни ***Бенье-Мещерский симптоми*** дейилади.

Пустчалар (тангачалар) пинцет билан юлиб олинса, уларнинг орқа томонидаги юзида ингичка шохсимон тиканчаларни қуриш мумкин (***«аёллар поинаси (каблуги)» симптоми*** (расм № 158).

Пайдо булган доғлар алоҳида-алоҳида майда, терининг соғ жойидан аниқ ажралиб турган холда булади, баъзан эса бир-бири билан кушилиб катта одам кафтидек дисклар ҳосил қилади. Пилакча (бляшка) пайдо булгандан кейин тезда унинг уртасида сурилишнинг бошланиши қуринади, бу пилакча (бляшка) уртасининг чуқурлашиши, ҳамда пустлогининг қучли қучиши билан бошланади.



Расм № 158. Қизил югурик, дисксимон шакли

Киска вақт ичида пилакча (бляшка) уртасида чандикли атрофия пайдо булади, унинг атрофида гиперкератоз, энг ташқарисида кизил рангли жияк пайдо булади. Кейинчалик касал даволанганда гиперкератоз ва кизгиш жияк сурилиб кетиб, жарохатланган жойда чандикли атрофия қолади. Чандикли терининг юзаси силлик, баъзан пигментсизланган, баъзан телеангиэктазия билан копланган булади.

Агар жарохат учоги бошнинг сочли қисмида жойлашса чандикли атрофия алопецияга олиб келади. Оғиз шиллик қаватида жойлашганда лейкоплекия, яра ва эрозия, лабда эса шиш ёриқлар пайдо булади. Жарохат учоги кулок супрасида жойлашса юпкалашади, кузда эса блефороконъюктивит, кератит пайдо булиши мумкин.

СИММЕТРИК КИЗИЛ ВОЛЧАНКА ЁКИ БИЕТНИНГ МАРКАЗДАН КОЧУВЧИ ЭРИТЕМАСИ

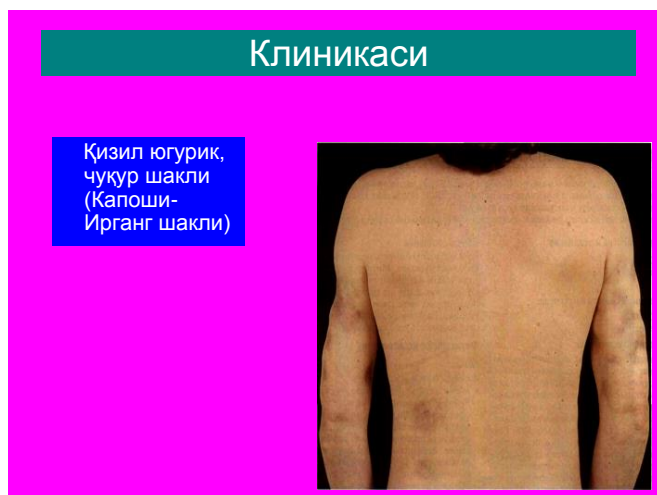
Бу касалликни биринчи марта 1828 йил Биетт ёзган булиб, дискоид формага караганда камрок учрайди, ундан узининг симметрик жойлашиш, эритеманинг инфильтрация ва гиперкератозга караганда купрок булиши, атрофиянинг кам булиши ва тезда тузалиб, тезда қайталаниши билан фарк қилади.

Симметрик кизил волчанка, дискоид форманинг енгил хили булиб, терининг юқори қатламини зарарлайди ва чуқур қаватда инфильтрация ҳосил қилмайди. Симметрик эритема терининг жарохатланган қисмида пушти ёки кизил рангдаги доғ ҳосил қилиш билан бошланади. Ҳосил булган

дог тезда атрофга караб таркаб катталашади ва диффуз шиш хосил килади. Доглар юзнинг асосан янок ва бурун устида жойлашиб худди капалакка ухшайди. Баъзан симметрик холда янокда жойлашади, унда бурунда булмайди, (танасиз канот), баъзан янокда булмай факат бурун устида булади (канотсиз тана). Доглар устида тангача (пустлог) хосил булади. Пустлог нозик жуда юпка булиб, шохсимон тиканчаларни куриш мумкин. Касаллар огрик сезмайдилар, суриладиган вақтда дог уртасида сал-пал билинадиган чукурча пайдо булади, хамда силлик саргиш-сафсар ёки окиш рангда чандиксимон атрофия хосил килади. Атрофия асосида телеангиэктазия сакланиб қолади. Купчилик касалларда инфилтрат тулик сурилиб кетади, урнида атрофия қолмайди. Марказга югирувчи эритема юзадан ташқари, кулок, кафтнинг орқа томони, панжалар терисини, хамда бошнинг сочли қисмини жарохатлайди. Кулок ва панжалар териси қук-қизғиш рангга кириб, совук урган терини эслатади.

КАПОШИ-ИРГАННИНГ ЧУКУР КИЗИЛ ВОЛЧАНКАСИ

Кизил волчанканинг бу формаси жуда кам учраб, жарохат учоги купрок тананинг юкори қисмида, бошда, елкада учрайди. Жарохатланган жойда эритемали дог тубида, чукур гиподермада жойлашган каттик инфилтрат хосил булади. Пайдо булган тугун юзасидаги тери силлик, куқимтир рангда булади. Баъзан бу тугунлар ярага айланади (расм № 159).



Расм № 159. Қизил югурик, чукур шакли (Капоши-Ирганг тури)

ТАРКОК КИЗИЛ ВОЛЧАНКА

Кизил волчанканинг бу тури, ҳамма турлари ичида 12,5-22% ташкил килади. Жароҳат учоги таркок характерга эга булиб, юз, курак, панжалар, товон териларида жойлашади. Жароҳатланган жойларда эритематоз шишли доғлар пайдо булиб улар дискка ухшаб, дискоид кизил волчанкани эслатадилар. Бу тошмалар системали кизил волчанкани элементларидан фарк қилиб чегаралари аниқ, инфильтрация, гиперкератоз ва атрофия билан кечади. Баъзан элементлар асосида инфильтрация ҳамда гиперкератоз унчалик кучли булмайди (расм № 160).



Расм № 160. Қизил югурик диссеминацияланган шакли

Беморлар баъзан субфебриль иситма чиқишга, бугинлардаги оғрикка шикоят қиладилар. Конда анемия ва эритроцитлар чуқиш тезлигининг ошиши кузатилади.

УТҚИР ОСТИ КИЗИЛ ВОЛЧАНКА

Уткир ости кизил волчанка купинча дискоид ёки симметрик кизил волчанка каби бошланади, баъзан бирдан бошланади (debut). Касалнинг бутун танасида, бошнинг сочили қисмида, лабда оғиз бўлиги шиллик каватида гуруч донасида, то тангагача келадиган доғлар пайдо булади, уларнинг усти сарғиш-оқ пустлог билан қопланади ва уртасида чандиксимон атрофия булади. Таркок кизил волчанка бўйинда маржон сингари, куракда эса учбурчак сингари жойлашади. Уларнинг усти пустлог билан қопланган

булиб гиперкератоз, инфильтрация яхши билинади, уртасида чукур атрофия хосил булади (расм № 161).



Расм № 161. Ўтқир қизил югурик

Касаллик купинча бироз субфебриль иситма чиқиш, бугинлар огриши билан бошланади, купинча гепатит, плеврит ва бошқа утқир волчанкадан сустрок булган бошқа органларнинг зарарланиши билан утади. Кизил волчанка диагнози куйиш учун куйидаги касалликлар билан ажрата билиш керак: псориаз, себореяли экзема, тери сили, сифилиснинг учламчи даврдаги думбокчали сифилид, куп шаклли эксудатив эритема.

Псориаз – элементларнинг юзаси кумушсимон пустлог билан копланган булиб осон кучади. Агар бляшкалар юзаси кирилганда ***псориазга хос учлик феномен*** булади. Жарохат учогида атрофия хосил булмайди.

Себореяли экзема – кизил волчанкадан фарк қилиб элементлар асосан бурмаларда жойлашади. Элементлар юзаси ёгли калоклар билан копланган булиб, чекалари нотекис, кичишиш безовта килади, купинча ёзда яхши булади.

Сил волчанкасида – асосий элемент думбокча булиб, ранги сарғиш, консистенцияси юмшоқ булади. Жарохат учогида ***«олма желеси»***, ҳамда ***«зонд»*** симптомлари мусбат булади.

Учламчи сифилисдаги думбокчалар консистенцияси каттик булиб, юзаси силлик булади, ярага айланиб узидан кейин мозаик чандик колдиради. Серологик реакциялар мусбат булади.

Симметрик волчанкани баъзан кун шакли эксудатив эритемадан ажратиш кийин. Лекин жароҳат учогидаги уткир яллигланиш, кичишиш, ачишиш, элементлар уртасидаги киндиксимон чукурча ва хоказолар тугри диагноз куйишга ёрдам беради.

УТКИР ЁКИ СИСТЕМАЛИ КИЗИЛ ВОЛЧАНКА

Уткир кизил волчанкани, купрок системали кизил волчанка, ёки катта коллагенозга кушилади. Бунинг учун узок давом этадиган лихорадка, бугинлар жароҳати, ички органлар, (жигар, упка, кора жигар, буйрк, илик), сероз каватлар (плеврит, перикардит), юрак (эндокардит, миокардит), кон томирлар (васкулит), нерв системаси (менингит, энцефалит) ва бошкаларнинг бирга жароҳатланиши характерлидир. Конда – кам конлик, трамбоцитопения, лейкопения булади.

Касаллик купинча сурункали утадиган сепсисни эслатади, лекин сепсисда купрок эндокард зарарланса, уткир кизил волчанкада – перикард зарарланади.

1895 йили V.Oslar уткир кизил волчанкага характеристика бериб шундай деган эди: «этиологияси номаълум булган, куп хил тошмалар тошадиган, терида шиш, кон куйилиш, кизариш билан кечадиган, баъзан бугинлар ва купгина ички органларни зарарлайдиган касаллик булиб, тез-тез кайталаниб туриш характерлидир. Касаллик баъзан терида тошмаларсиз, факат ички органларнинг зарарланиши билан утиши мумкин. Уша даврдаёк V.Oslar уткир кизил волчанка учун терида элементлар булиши шарт эмаслигини ёзган эди, лекин унга уша даврда ишонмадилар, факат кейинчалик касаллар конида **LE-хужайра** топила бошлаганда, V.Oslar хак эканлиги тан олинди.

Г.Л.Саболева (1958 й.), Н.С.Смелов (1961 й.) уткир кизил волчанка кечишида: уткир, урта уткир, сурункали, формалари борлигини айтишган.

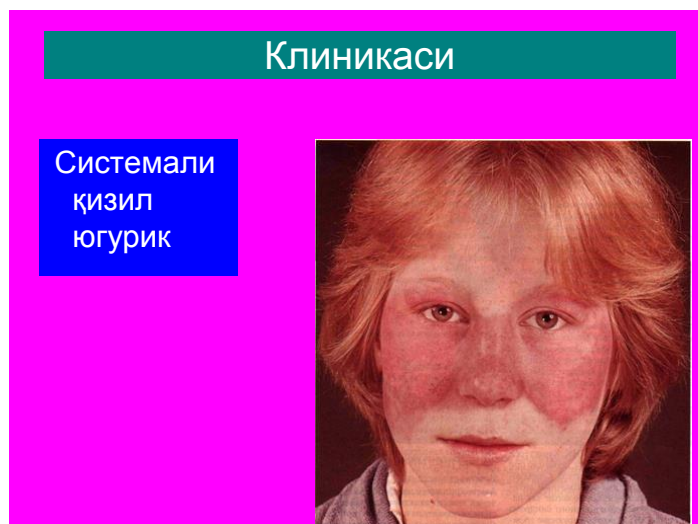
Куриниб турибдики авторлар уткир кизил волчанка, сурункали утиши мумкинлигини айтиб утишган.

И.И.Лелис (1970 й.) – уткир ва сурункали системали кизил волчанкада купинча узок давом этадиган сурункали фаза булади, бунга киска вақтли бугинлар огриши, субфебрил температура, куёш нурига таъсирчалик кучайиши, бушашиш, кам кувватлик, иш кобииятини камайиши, баъзан хархил тошмалар тошиш ва бошкалар киришини курсатиб утган.

Касаллик бирдан уткир бошланади, бунда харорат юкори булиб, 40^0 ва ундан ортик булади, шу билан бирга бугинларда огрик булади ва териға тошмалар тошади.

Юз терисиниг жарохати характерли булиб, чегаралари аник булган (ялинни эслатувчи) диффуз эритемали шиш пайдо булади. Баъзан юзда камалакни эслатувчи эритема хосил булиб, урнида кейинчалик юзаки атрофия колади. Эритема буйинга, кукрак терисига утиши мумкин.

Касаллик уткир кечганда юзда шиш пайдо булиб, кузлар кичрайиб колади, бошнинг сочли кисми, танага, кул ва оёкларга, куп микдорда кизил тугунчалар тошади. Панжалар сохасида эртемали дог, тугунчалар, баъзан кафт ва товонларда эритема хамда атрофия пайдо булади. Купинча тугунчалар гемморогик характерга эга булиб, бази элементлар куп шаклли эксудатив эритемани ва торвокни эслатади, касаллик огир кечганда пуфак ва пуфакчалар пайдо булиб, улар ёрилиб, юзаси калок билан копланади. Агар бундай элементлар бошнинг сочли кисмида жойлашса себореяли экземани эслатади. Баъзан тизза сохасидаги тошмалар совук олган терини эслатади. Системали кизил волчанка билан огриган беморларда дистрофик узгаришлар кузатилиб соч ва тирнокларнинг тушиб кетиши кузатилади. Шиллик каватлар жарохатланиб, асосан дог, пуфакча, петихия ва эрозиялар кузатилади. Уткир кизил волчанкада тери, шиллик каватдан ташкари ички органлар хам жарохатланади (расм № 162).



Расм № 162. Системали қизил югурик

Уткир қизил волчанканинг *огир кечув формаси* Либман-Сенс синдромида теридаги тошмалар билан бир вақтда, веррукоз эндокардит, жигар талок, бугинларнинг жарохати кузатилади ва беморни улимга олиб келади. Биринчи навбатда жигар жарохатланади бу эса касалликка ретикула – эндотелиал системанинг ҳам кушилишидан далолат беради.

Волчанкали гепатит, жигарнинг катталашishi, огриши, терининг саргайishi, теридаги жарохатнинг кучайishiга тугри келади. Конда эритроцитларнинг чукуш тезлиги (ЭЧТ) ошади ва лейкопения булади. Баъзан касалларда жигар циррози булади. Буйрак системали кизил волчанкада куп вақтда жарохатланади, ҳамда волчанкали ва нефропатия булади. Ошкозон-ичак систмаси камрок вақтда жарохатланади, ҳамда огрик худди **Генох папураси** каби булади. Упкада купрок пневмания ёки упка васкулити булади. Майда упка артерияларининг жарохатланishi, упка хужайраларида кислородни етишмаслиги ва уларни емирилишига олиб келади, булар уз навбатида йиринглаб упкада пиопневмотораксга олиб келади. Уткир қизил волчанкага диагноз куйишда, эритроцитлар чукиш тезлигининг (ЭЧТ) ошиши, юкори температура, қизил волчанка (*LE - хужайра*) хужайрасини топилиши катта ахамиятга эга.

ДАВОЛАШ

Қизил волчанка билан огриган беморларни даволаш, касаликнинг клиник формасига караб утказилади.

Кизил волчанканинг сурункали формасида *маларияга карши дорилар* резохин, хингамин, делагил, плаквенил, аминохинол ишлатилади. Резохин, хингамин, делогил, 0,25 дан, плаквенил 0,2 аминохинол 0,1 дан кунига 2-3 махалдан 5-10 кун ичиб 2-5 кун дам олади. Шундай цикллардан 2-3 кайтарилади.

Ёш болаларга юкоридаги препаратлар 1 ёшгача 0,01 дан 2 махал; 3 ёшгача 0,03 дан; 5 ёшгача 0,05 дан, 10 шгача 0,1, 15 ёшгача 0,15, 15 ёшдан кейин 0,25 дан 2 махал 5 кун, 2-5 кунлик танаффус билан берилади.

Препаратлар витаминлар билан кулланилса яхши эффект беради. Витамин В₆ – 1-2% эритмаси 1 мл мушак орасига, Витамин В₁₂ – 200 мкгдан м/о 1 махалдан курсига 15 тадан буюрилади. Ичгани никотин кислота 0,05, Фоллевая килсота 0,01-0,02, рибофлавин 0,005, Аевит –1 капсуладан, аскорутин 1 таб. 3 махалдан тавсия этилади.

Кейинги вақтларда чет элларда **ароматик ретиноид тигазон** кенг кулланилаяпти. Тигазон бошлашда беморнинг хар бир кг огирлигига 1 мгдан, уртача суткасига 75 мг дан 1-2 хафта, кейинчалик яна 1-2 хафта давомида 0,5 мг/кг, кейин 1-2 ой мобайнида суткасига 25 мг дан ичилади.

Системали кизил волчанкани даволашда асосан **кортикостеорид гормонлар** *преднизалон* (50-80 мг), *триамсенолон* (30-40 мг), *дексематозон* (5-10) суткасига берилади.

Ёш болаларда преднизалон (5-10 мг), дексаметазон (0,5-2 мл) суткасига. Бу дозалар то клиник эффект олгунича берилади, кейинчалик аста-секин камайтирилади.

Кортикостеорид гормонлар маларияга карши препаратлар билан бир вақтда берилади. Баъзан шу максатда тайёр аралаш препаратлар куллаш мумкин, масалан ***пресоцил***, таркибида резохин (0,04 г) преднизалон(0,75 мг), ацетилсалицил кислота (0,2 г) бор.

Беморнинг ахволи огир булса кортикостеорид, витаминлар билан бир вақтда **цитостатиклар** (*циклофосфан, азотиоприн, метотрексат*) берилади.

Ташкаридан суркагани 2% ли анестезин малхами, гормонал **кремлар** (*Флуцинар, Целестодерм, Фторокорт, Синафлан*) кулланилади. Кизил волчанканинг дискоид формасида жарохат учогида *гидрокортизон суспенцияси ёки Хингаминнинг 5-10%* эритмаси юборилса бляшка сурилиши тезлашади.

Касалликни кайталанишини олдини олиш мақсадида беморлар узларини куёш нуридан, иссиқликдан саклашлари керак. Бунинг учун куёшга чикканда кора кузойнак такиш, ҳамда юзига куёшдан сакловчи кремлар «Шит», «Луч», «Квант» суркаб юришлари керак.

Беморлар диспансер учётига олинади кузатиб борилади.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия касаллиги кадим замонлардан маълум булиб, биринчи марта 1634 йилда Португалияли врач Lacutu Lusitan томонидан ёзилган. Француз олими Alibert (1817) склеродермияни клиникасини тулик ёзиб, уни чакалоқлар склеремасидан фарқини ёзган ҳамда диффуз формасидан ташкари, чекланган формаси ҳам борлигини ёзган.

Этиология ва патогенези:

Склеродермия касаллигининг этиологияси номаълум булиб, ҳар хил назариялар бор.

А.Г.Полотебнов (1896 й.), Г.И.Мещерский (1904 й.)лар асаб эндокрин системаси функциясининг бузилишига катта эътибор беришган. Хақиқадан ҳам беморларда купинча эндокринопатия (жинсий безлар, буйрак усти ва буюк безлари функциясининг бузилиши) кузатилади. Жарохат учогида ёғ ва тер безларининг функциясининг бузилиши кузатилади.

Баъзан инфекция-вирус назарияси илгари сурилади. 1947 йил M.Carse биринчи марта склеродермия бацилласини топганлигини айтган. 1947 йил R. Sentwell склеродермия бацилласини топиб, уни полиморф микроорганизм булиб жарохат учогида, бемор конида, сийдигида донадор, кокк, таёкча шаклида учраб, кислоталарга чидамли эканлигини ёзган. Лекин бу

касалликни касалдан бошка бирор одамга юкканлигини халигача ёзилган эмас.

А.А.Студницин ва М.Н. Никитинлар (1971), купинча касалликни инфекцион касалликлар (грипп, ангина, скарлатина, пневмония) дан кейин пайдо булганлигини узатишган. Беморларда патологик узгаришлар асосан кон томирлар деворларида, хамда бириктирувчи тукумаларда булади. Томирларни торайиши организмда биологик фаол модда серотиннинг купайиши натижасида булади.

Бундан ташкари организмда **гиалуриин кислотаси** билан **гиалуронидаза** боғланишнинг бузилиши катта ахамиятга эга. Гиалуронидаза фаоллигининг камайиши натижасида мукополисахаридлар тупланиши ва бириктирувчи тукума элементларининг фибриноид дегенерацияси натижасида биринчи индуратив шишли узгариш булади, кейинчалик коллагенозларнинг кучли синтези булади.

Склеродермия касалликнинг патогенези асосида тимус боғлик системасининг (Т-лимфоцит-тимусбоғликлик, В-лимфоцит гуморал иммунитет) хужайралари ва гуморал иммунитетининг бузилиши етади.

Склеродермия ёш болаларда (тугилгандан бир неча кундан бошлаб), хамда катталарда ва карияларда хам учрайди. Аёллар эркакларга караганда купрок огрийди.

Склеродермиянинг асосан куйидаги **классификацияси** кабул килинган.

1. Чекланган склеродермия

- 1) Бляшкасимон склеродермия;
- 2) Чизиксимон склеродермия;
- 3) «Ок дог касаллиги»;
- 4) Позини-Пиерининг идеопатик атрофодермияси;
- 5) Ромбергни юзнинг гемиатрофиясили чекланган склеродермияси.

II. Таркок (диффуз) ёки системали склеродермия.

Кам холларда чекланган склеродермиянинг куйидаги турлари учрайди: **тубероз (келоид) халкасимон, пуфакли.**

Чекланган склеродермияни системали формага утишини айрим олимлар 40% хисобласа, айримлари жуда кам хисоблайди. Баъзан чекланган ва диффуз склеродермия бир вақтда учраши мумкин.

ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ

Бляшкасимон склеродермия

Склеродермиянинг бляшкасимон формасида жарохат учоги битта, ёки бир нечта, баъзан куп микдорда (диффуз) булиб, баданда, кул-оёк, юз териларида жойлашади. Бляшкасимон склеродермия кечишида *учта стадия* ажратилади. Купинча склеродермия эритемали *шиш*дан бошланади (*I стадия*), бошланишда хосил булган бляшка пушти, пушти-кизил ёки сафсар рангда булади, каттиклашиш бу стадияда сал-пал билинади. Аста-секин бляшка рангни окаради факат атрофида халка сифатида бинафша ранг колади, жарохатланган жойдаги тери котиб колади (*ёғочга ухшаган каттик*) (*II стадия*). Бляшка овал ёки нотугри шаклда булади хамда терининг юзаки қисмида-ясси бляшкасимон склеродермия ёки чуқур каватида жойлашиб тери мускулларини уз ичига олади. Баъзан катиш терининг 1-3 см чуқур чуқурлигида булади (расм № 163).



Расм № 163. Чекланган склеродермия

Жарохатланган жой териси ялтираган-окиш ёки окиш-саргиш рангда булиб, эски фил суяги рангини эслатади.

Шунинг учун Alibert бу касалликни «фил раки» деб атаган. Баъзан тери ранги кукиш шамсимон булади. Жарохатланган жойда тери бурмалари

силликланиб кетади, сезиш камаяди, складкага йигиб булмаиди, соч усмаиди, тер ва ёг безлари ишламаиди, баъзан кичишиш, чумоли юрганидек сезги пайдо булади. Бляшкалар катталиги хар-хил булиб, тангадан то болалар кафтидек келади. Купинча баданда, буйинда, гавда, оёқларда, юзда ва бошка жойларда булади. Агар склеродермия гавда ёки бошка бирон купрок ишкандиган жойда жойлашса устки кисми шилиниб, баъзан яра хосил килиши мумкин.

Касалликнинг *III стадия*сида сирень халка йуколади, каттиклашиш аста-секин сурилиб, касаллик учогида **атрофия** колади. Бу атрофия бошка атрофиялардан фарк килиб папирос когозига ухшаш гижимланиш булмаиди ва бурмаларга йигилмаиди.

Чизиксимон склеродермия

Чекланган склеродермиянинг бу узига хос формаси купрок ёш болаларда учраб, уртача 7 ёшни ташкил килади. Жарохат учоги купрок пешонада жойлашиб, жарохат бошнинг сочли кисмидан бошланиб, бурунгача утади. Баъзан оёқда жойлашади, бунда ишканиш натижасида яра хосил булиб, битиш кийин булади.

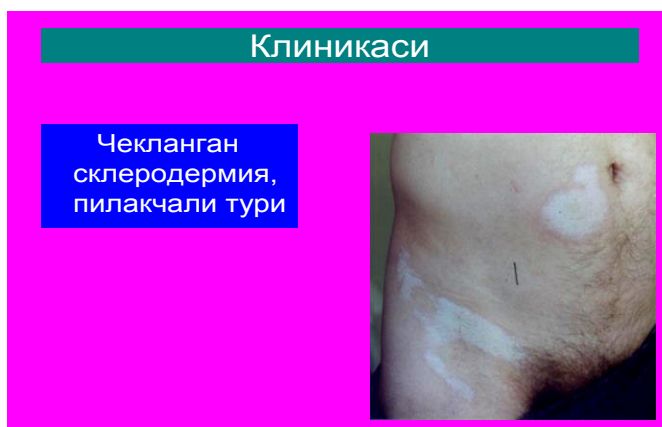
Чизиксимон склеродермия томирлар, нервлар йули буйича (Гед зонаси) ураб олувчи темираткисимон жойлашиши хатто шиллик каватларга хам утиши мумкин. Чизиксимон склеродермия билан огриган беморларда суякларда атрофия, суяк усишининг бузилиши кузатилади. Кам холларда халкасимон шаклда кул ва оёқ панжаларида жойлашиши мумкин, бундай холларда ампутация килиш керак булади. Чизиксимон склеродермия клиникаси, бляшкасимон формага ухшаб, шиш, зичланиш ва атрофия боскичларидан иборат. Охирида жарохат учогида килич билан чопилгандан кейин коладиган чадиксимон атрофия колади.

«ОК ДОГ КАСАЛЛИГИ» (юзаки склеродермия, Цумбуш лихени)

Чекланган склеродермиянинг бу формаси купрок аёлларда учрайди. Жарохат учоги купрок буйинда, куракда, елкада жинсий органларда, баъзан оркада, коринда, сонда учрайди. Касаллик бошланишдан диаиметри 0,5 см

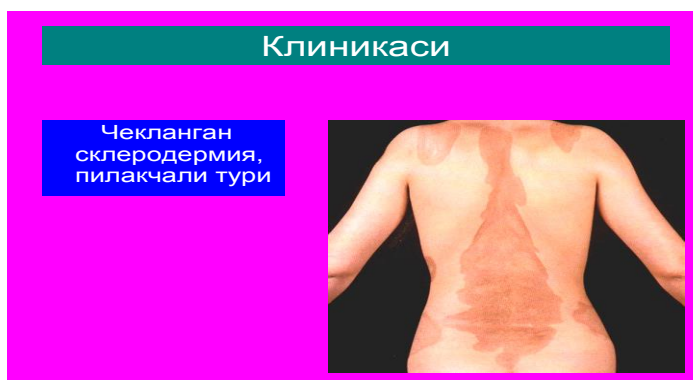
келадиган окиш доглар пайдо булиб, бур ранги, эски фил суяги рангидан то ок-сарик перламутр каби ялтирок ранггача булади. Доглар юзаси тери бурмалари силлик булиб текисланиб колади, атрофида эса бляшкасмон склеродермиядаги каби бинафша халка булади.

Касалликнинг бошка турида дог атрофида рангли халка булмайди, баъзан догнинг хамма юзаси эритемали булади. Айрим холларда жарохат учогида куп микдорда шосимон фолликуляр пробкалар булиб, улар жигарранг комедонларни эслатади. Бу куруниш сохта пуфакни эслатиб **Цүмбүш лихени** деб аталади. Бази холларда жарохат учогида пуфаклар хосил булиб, бу ок дог касаллигининг пемфигоид формасидир. Ок дог касаллиги формасида хам, бляшкасмон формадаги каби уч боскич булаб, шиш зичланишдан кейин атрофия колади (расм № 164).



Расм № 164. Чекланган склеродермия

Пазини-Пьеринининг идиопатик атрофодермияси. Чекланган склеродермиянинг бу формаси купрок аёлларда (10 ёшдан 20 ёшгача) учраб, елкада купрок жойлашади.



Расм № 165. Чекланган склеродармия

Жарохат учогида катталиги кафтдек келадиган, кукиш-сафсар, жигарранг-зангори рангли бир нечта бляшкалар хосил булади. Баъзан бляшкалар чегараси аник булса, баъзан билинар-билинемас сог терига утиб кетади (расм № 165). Айрим элементлар атрофида бинафша халка булади. Склеродермиянинг бу формасида зичланиш кузатилмайди, баъзан жарохат учогида гиперпигментация булади. Идиопатик атрофодермия бляшкасимон склеродермиядан фарк килиб, атрофодермияда асосан жарохат учоги танада жойлашади. Юз ва оёкда эмас, узок кечади, бляшка асосида зичланиш булмайди, хамда тулик сурилиб кетмайди.

РОМБЕРГнинг юзнинг гемиатрофиясилик чекланган склеродермияси

Бу касаллик купинча 20 ёшлардан кейин бошланиб, эркаклар ва аёлларда бир хил учрайди. Касаллик купинча куз якинидан ёки пастки жагдан бошланади. Характерлиси шуки жарохатланган жойда хамма тукималар биринчи навбатда тери ости ёг кавати, кейин мушаклар (чайнов ва тил), хряш ва суяклар атрофияга учрайди. Бир хил вақтларда киприк, соч тукилади. Жарохатланган жойда ёг, тер ажралиш кучаяди. Бу касаллик бошланишда жарохатланган жойда кучли огрик булиши характерлидир, огрикни баъзн тиш огриги билан адаштирадидлар. Кейинчалик сезиш бузилади (парестезия, гипостезия, гиперостезия). Юзнинг жарохатланган томони атрофия натижасида кичраяди ва юзда ассиметрия булади. Баъзан касаллик юзнинг иккинчи томонига утади.

Дифференциал диагностика

Чекланган склеродермияни куйидаги касалликлар билан ажрата билиш керак: витилиго, лепранинг ноаник формаси, сохта лейкодерма, кизил ясси темиртки, терининг чизиксимон атрофияси, анатодермия.

Бляшкасимон склеродермиядан фарк килиб витилиго касаллигида доғлар атрофидаги сог тери аник ажралиб туради, узок давом этса хам зичланиш, атрофия булмайди, юзаси силлик булади.

Лепранинг ноаник формасидаги доғлар пуштидан кукиш ранггача булади. Жарохат учогида огрик, тактил, иссиклик сезгилари камайган ёки йук булади.

Сохта лейкодерма псориаз, ранг-баранг темиратки билан огриган беморларда элементлар сурилгандан кейин пайдо булиб, доғлар атрофида зичланиш булмайди ва тез йуколиб кетади.

«Ок доғ касаллиги»ни баъзан кизил ясси темираткининг атрофик формаси билан ажратиш керак. Кизил ясси темираткида жарохат учогида олдин папула булиб, кейин сурилганда атрофия булади, юзасида фолликуляр кератоз, атрофида бинафша халка булмайди.

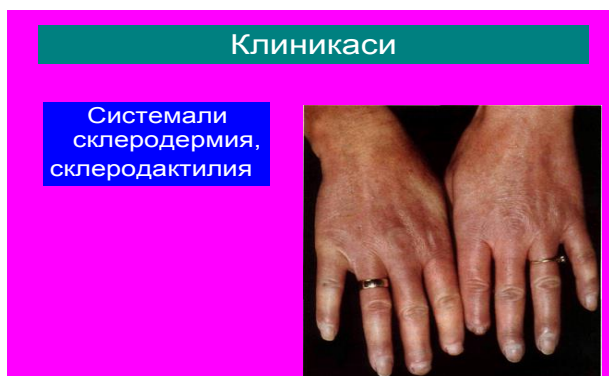
*Пазини-Пьеринининг идиопатик атрофодермияси анатодермиядан фарк килиб кам микдорда, катта булиб асосан елкада жойлашади. Жарохат учогида пигментация булади, чегаралари нотекис. Уртасида сал ботиклик булиб, панжа «*тушиб кетиш*» феномени манфий булади.*

Терининг чизиксимон атрофиясидан чизиксимон склеродермия фарк килиб асосан юзда, кул терисида жойлашади. Олдин шиш, зичланиш булиб кейин атрофия булади.

ТАРКОК ЁКИ СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Таркок склеродермия огир кечадиган сурункали касаллик булиб, узининг ривожланиб бориши билан характерлидир. Касаллик купрок инфекцион касалликлар (грипп, малария, скарлатина, пневмония) дан кейин бошланади. Купгина касалларда продромол холлар, бугимларда огрик, чарчашлик, истима чикиш, совукка сезувчалик ортиши кузатилади. Касаллик купрок аёлларда учрайди, болалар катталарга караганда камрок огрийдилар (расм № 166).

Касаллик кечишида *учта боскич* ажратилиб, биринчиси *шиш, зичланиш ва атрофия*дан иборат. Касаллик бошланишида тери диффуз шишган, совук, бурмаларга йигилмайди. Кейинчалик зичланиш бошланади, бу купрок кафт ва товонларда билинади.



Расм № 166. Системали склеродермия, склеродактилия

Юздаги мимика йуколиб маскасимон юз булади, телеангиэктазия, пигментли ва депигментация пайдо булади.

Тери остидаги тукумаларга бирлашиб кимирламай қолади, рангги саргиш эски фил суяги рангини эслатади. Худди шу даврда, касалларни мумлаб куйганга ухшатади. Бурун учи уткирлашиб, куш тумшугини эслатади, огиз бушлиги кичрайиб қолади (микростомия). Култик ости ва чов лимфа тугунлари катталашади.

Касалликни эртанги белгилари невралгия, перестазия, уйкусизлик, терининг куруксираб тортилиш холлари кузатилади. Кейинчалик иситма чикиш, тез чарчаш, бушашиш, мушак ва бугимларда огрик, бош огрик ва диспептик холлар кузатилади. Юкоридаги продромал холлар клиик белгилардан олдин булади.

Баъзан касалларда таркок холда тери остида диаметри 1 см гача келадиган охакли тугунлар пайдо булади (кальциноз) ва улар ярага айланиши мумкин (*Тибержа-Вейссенбах синдроми*). Диффуз склеродермияда кул ва оёк панжалари узун, ингичка, учлари уткирланган, харакат чекланган оқиш булади (*«мадонна панжалари»*), баъзан терида яра хосил булади, мушак тогайлар ва тирноклар атрофияси кузатилади. Букувчи мушаклар тонусининг ошиши панжа мушакларининг атрофияси натижасида панжалар букилиб ёввойи хайвонлар тирногини эслатади.

Буни склеродеректилия дейилади. Баъзан *склеродактилия, Рейно синдроми, телеангиэктозия, кальциназ (Винтербауэр синдроми)* билан бирга учрайди.

Купинча жарохатга огиз бушлиги, халкум, хикилдог, кичик тил шиллик каватлари хам тортилади, бунда улар бужмайиб куруклашиб колади ва нафас олиш, овкат ютиш кийинлашади. Таркок склеродермияда тери, шиллик каватлардан ташкари, ички органлар хам жарохатланади: Ошкозон-ичак системасида - стеноз, ошкозон ширасида кислотани камайиши, перисталтикани бузилиши ва яра хосил булиш кузатилади. Упкада (пневмосклероз ёки «склеродермия упкаси» булиб, рентгенда икки томонлама упка суратини кучайиши хамда майда учогли тузилиши («асалари уяси» номини олган) характерлидир.

Буйракда нефросклероз, невропатия кузатилиб, купинча беморлар уремиядан улиши мумкин. Баъзан нефрит ва нефроз сурункали тус олади.

Юрак-кон томирлар системасида – миокардиодистрофия, эндоперикардит, миокардиосклероз, гипертензия кузатилади.

Куздаги узгаришлар ёш ажралишининг камайиши, катаракта, кератоконъюнктивит сингари булади. Шундай килиб диффуз склеродеромияда тери, мушаклар, бугинлар, суяклар, шиллик каватлар ва ички органлар жарохатланади.

Дифференциал диагностика.

Диффуз склеродермияни ***Рейно касаллиги, дерматомиозит, системали кизил волчанка*** каби касалликлар билан ажрата билиш керак.

*Рейно касаллиги*да диффуз склеродермиядан фарк килиб, жарохат учоги асосан панжаларда жойлашди, терида зичланиш булмайдди, нерв ва томирларда узгаришлар булади.

Дерматомиозит касаллигида, касаллик уткир юкори температурадан бошланади, юзда мушакларда шиш, кизариш булади, «**куз ойнак**» ***симптоми*** мусбат булади. Охирида мушаклар атонияси кузатилади. Ички органлар жуда кам жарохатланади. Системали кизил волчанкага беморнинг умумий огир ахволи, юкори иситма чикиш, ички органлар жарохати характерлидир.

Даволаш

Склеродермияни даволашда касалликнинг бошланиш фаол даврида **антибиотик**лар, асосан пенициллин 300.000 ЕД суткасига 4 марта, курсига 20-30 млн ЕД, агар пенициллинга реакция булса, *фузидин-натрий* 0,5 дан 3-4 махал, 2-3 кундан кейин бир кунда 2 махалдан курси 7-14 кун.

Кейинги вақтларда **пеницилламин** (*купренил, мелкатин*) кенг кулланиляпти. Пеницилинамин суткасига 0,25 да то 1,0 гача 2-3 ой берилади.

Склеродермия билан огриган беморларда *гиалуронидаза* фаоллиги пасайганлиги сабабли **ферменлар: лидаза, ронидаза** кулланилади.

Лидаза 64 МЕ дан мушак орасига хар куни ёки кун ора, курсига 20-30 инъекция кайтадан курс 3-4 ойдан кейин кайтарилади. Ички органлар жарохатида купрок, *трипсин, химотрипсин* яхши фойда килади.

Трипсин, химотрипсин 10 мг дан 2 мл физиологик эритма эритилиб мушак орасига хар куни, кун ора, курсига 10-15 инъекция.

Диффуз склеродермияда баъзан **кортикостеорид гормонлар – преднизолон** 20-30 мг дан 40-50 мг гача кулланилади.

Кон томирларни кенгайтирувчи препаратлар **теоникол, компламин, никошпан** (0,15 дан 5 махалдан 1 ой) **но-шпа** – яхши натижалар беради. Склеродермияни комплекс даволашда **витаминлар В группаси, А, Е, С, никатин кислотаси** катта ахамиятга эга.

Купинча **аминохиолин препаратлари** (*хингамин, аминохиол*) склеродермияни даволашда яхши натижалар беради.

Юкоридагилардан ташкари склеродермияни даволашда **гемосорбция, полиглокин** (500 мг в/в 3-4 кунда 1 марта, курсига 6-7 та), **унитиол** (5% 5 мг м/о хар куни, курсига 15-20 та) кулланилади.

Бальнео- ва физиотерапевтик методлардан – **ультразвук, Бернер токи лидаза, калий йод, ронидаза, ихтиоллар** билан **фонофорез ва электрофорез парафин, озокерит, сероводород, йодобром ва радон ванналари** кулланилади.

Ташкаридан суркагани: *30-50% демиксид, солкосерил, бутадион, индометцин, гепарин малхамлари химопсин, трипсин* каби ферментлардан килинган *мазь* ва *кремлар* ишлатилади.

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Дерматомиозитни биринчи марта 1863 йил Potain ва 1875 йил Wagner кузатган. Бу касалликни 1887 йил Wagner полимиозит, Unverricht эса зурраётган полимиозит номи билан ёзган. Турт йилдан кейин эса (1891й), Unverrichtнинг узи бу касалликни дерматомиозит деб атаган.

Дерматомиозит жуда кам учрайдиган касаллик булиб, купинча бу касаллик уз вақтида тугри аникланмайди. Дерматомиозит купрок 20-50 ёшда аёллар ва эркакларда бир хил учрайди. 21% га кадар 15 ёшгача булган болаларда учрайди. Манбаларда болаларда то 1,5 ёшгача (Necht), хатто хаётининг биринчи хафтасида (Demel) дерматомиозит билан огригани ёзилган.

Дерматомиозит жуда огир системали касаллик булиб, бунда асосан тери ва мускуллар жарохатланади.

Этиологияси

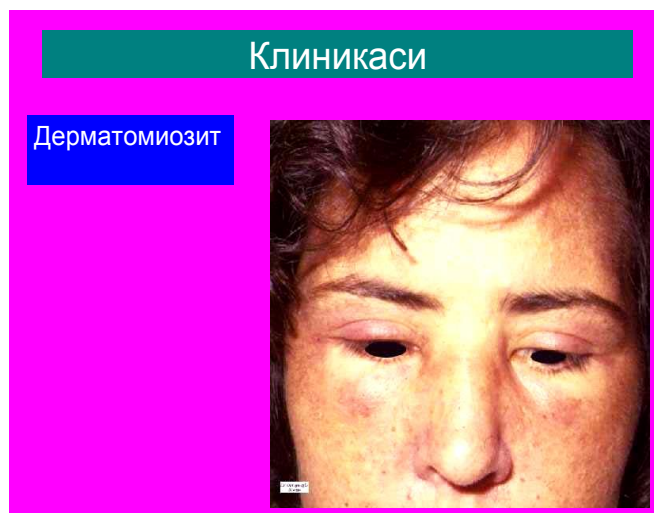
Касалликнинг келиб чиқиши номаълум булиб, бир неча назариялар бор: инфекцион, инфекцион-аллергик, модда алмашинувининг бузилиши ва хаказолар. Купрок касаллик бошланишда уткир инфекциялар: тонзиллит, отит, грипп, ревматизм, аллергик касалликларни роли катта булади.

Касаллик ёмон сифатли усмаларга (ошкозон, бачадон раки, аёллар кукрак беи раки, миелома ва бошкалар) богликлиги аникланган.

Клиникаси: Касаллик купинча ёки аста-секин бошланади. Иккинчи хилда касаллар оёкларда озрок огрик сезадилар, бушашиш булади ва температура ошади. Баъзан касаллик уткир, айрим касалларда ута уткир кечади. Бундай бошланиш уртача хисобда 29% гача касалларда булади.

Касаллик куккисдан кучли оёклар огриши, бош огриши, бош айланиши, кунгил айниш, кайт килиш, совкатиб юкори истима чиқиш билан бошланади. Бу касаллардан шу билан бирга юзда шиш ва кизариш булади.

Кизариш купрок куз атрофида булиб тук-кизил рангда булади. Эритема асосан юкори ковокдан булиб, унинг атрофида куз ойнакка ухшаб жойлашади (кузойнак симптоми). Баъзан юзнинг уртасида жойлашиб *кизил волчанка «капалагига»* ухшаб кетади. Лекин бурун учи, огиз атрофи, жаг ва кошда эритема булмайди. Кизариш ва шиш баъзан буйиннинг икки ён томонида, кулларнинг ёзилувчи томонида, танада ва айрим бошка жойларда булиши мумкин (расм № 167).



Расм № 167. Дерматомиозим

Кулларда купрок чиганок ва панжаларда булади.

Дерматомиозит учун кизариш ва шиш устида майда капиллярнинг кенгайиши, телеангиэктазия характерлидир. Телеангиэктазия бир неча кун ичида йуколиб кетади, ёнидан кейин яна янгиси пайдо булади.

Аста-секин жарохатланган жойда терининг куриниши узгаради, бошланишдаги кепакланиш аста-секин кучаяди, ранги жигаррангга айланади, «ок дог касаллигини» эслатувчи албастер рангли телеангиэктазия билан копланган доглар пайдо булади.

Терининг жарохатланиши билан бир каторда, касаллик номидан куриниб турганидек мускуллар ҳам жарохатланади. Характерлиси зурайиб борадиган мускуллаар функциясининг бушашидир. Асосан тананинг таргил мускуллари, елка ва кул-оёқлари жарохатланади. Лекин бошка мускуллар ҳам жарохатланиши мумкин. Касаллар мускуларда огрик сезадилар, айникса кул оёқларни ёзганда.

Агар кизилунгач мускуллари жароҳатланса касал какаб кетади, халқум мускуллари жароҳатланса касал бугилиб қолади, елка мускуллари жароҳатланган бўлса касаллар юзларини юволмайди, сочини таролмайди, скелет мускуллари бўлса юриш кийинлашади, бошни тугри ушлаб бўлмайди. Агар сфинкторлар жароҳатланса сийдик, ахлатни ушлаб бўлмайди ва х-зо.

Касаллар бу ҳолларда узларича ҳеч нарса қилолмайдилар. Агар оёқ мускуллари узок жароҳатланса, оёқлар букилиб қотиб қоладилар, мускуллар атрофияга учрайди.

Дерматомиозит билан огриган беморларнинг 1/5 қисмида шиллик каватлар жароҳати кузатилади. Бу жароҳатлар - стоматит, хейлит, баъзан эрозия яра ҳосил қилади, айрим ҳолларда шиллик каватдаги тошмалар кизил ясси темирлаткини эслатади.

Бугимларнинг жароҳати 12-18% ҳолларда учрайди, худди шу процентдаги жароҳат кузда ҳам учрайди – птоз, ирит, нистагм, экзофтальм ва хаказо.

Дерматомиозитда кам ҳолларда бўлса ҳам ички органлар жароҳати кузатилади. Ошқозон-ичак системаси, упкада купрок бронхлар, юракда, миокард, эндокард жароҳатланади. Купгина касалларда жигар, лимфа тугунлар катталашади. Айрим вақтларда суякларда (остеопороз). Беморлар асаб системаси ва психикасида узғариш бўлади - элавраш, гиперастезия, товон ва панжаларнинг уюшиб қолиши кузатилади.

Юқоридагилардан ташқари беморларда тахикардия, гипергидроз, соч туқилиши, тирноклар тушиб кетиши, озиб кетиш, баъзан ёруғликка сезувчанлик ошиши кузатилади. Конда анемия, лимфацитоз, гиперглобунемия кузатилади. Айрим касалларда тери остида кальций тупланиши кузатилади.

Дифференциал диагностика

Дерматомиозит касаллиги *кизил волчанка*, катталардаги Бушке склеродемаси, фотодерматоз билан дифференциация қилинади.

*Кизил волчанка*даги дерматомиозитдан фарк килиб, юз, буйин ва кулоёкларда шиш, мушакларда огрик булмайди, «*кузойнак*» *симптоми* манфий. Кизил волчанкада - жарохат учогида учта зона - атрофия, гиперкератоз, атрофия булади.

Катталардаги *Бушке склеродермияси*да жарохат учогида тери ва тери ости ёг безларида каттик шиш ва инфилтрат булади, огримайди, узок кечади. Дерматомиозитга хос тошмалар, мушак жарохати кузатилмайди.

Фотодерматоз – асосан куёшда узок юрганда бошланиб, эритема юзаки булади, ранги оч-тиник булади. Беморлар ачишишга шикоят килади. Беморнинг умумий ахволининг яхшилиги, мушакларда огрик йуклиги диагноз куйишни осонлаштиради.

Даволаш:

Дерматомиозит касаллигини даволадан олдин касаллиги яхшилаб текшириб курилади ва ёмон сифатли усмалар бор-йуклиги аникланади. Агар касаллик топилса даволанади, агар усма касаллиги булмаса асосан **кортикостероид гормонлар** ишлатилади.

Махаллий даво - *кортикостероид малхамлар, индеферент сепмалар паста, малхамлар* ишлатилади.

БОБ 14. ТЕРИНИНГ ПУФАКЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Пуфакли дерматозлар гурухига узининг клиник кечиши, этиопатогенези буйича хар - хил булган тери касалликлари киради.

Купинча тери касалликларидан чин ва сохта пурсилдок, герпессимон дерматозлар, токсикодермия, Лайел синдроми, стрепто — стафилококкли импетиго, тугма захм, Стивене - Жонсон синдроми, юкори ва паст хароратлар чакирган дерматитлар клиник кечишида пуфак асосий элемент хисобланади.

Юкоридагиларни инобатга олиб (Беренбейн Б.А., 1989 й) пуфакли дерматозлар классификациясини олти асосий гурухга булади.

1. Акантолитик хужайрали пурсилдок.
2. Акантолитик хужайрасиз пурсилдок.
3. Герпессимон дерматозлар.
4. Инфекцион, токсико - аллергик касалликлар (стафило - стрептококкли буллёзли импетиго, токсикодермия, Лайелл синдроми, куп шакли эксудатив эритема ва бош.)
5. Фотодерматозлар (порферин касаллигининг тери шакли, пеллагра ва бош.)
6. Психик, нерв - кон томир ва усмали касалликлар (пуфак - кон томирли синдром, патомимия, хар хил усмалар).

Юкорида келтирилган классификациядаги пуфак билан кечадиган касалликларнинг купчилиги алохида мавзуларда («Пиодермитлар», «Фотодерматозлар», «Дерматитлар», «Токсикодермиялар» «Ирсий касалликлар» ва бош.) урганилиши сабабли, ушбу услубий кулланмада касалликнинг клиник кечишида асосий элемент — пуфак булган касалликларга тухтаб утишни лозим топдик.

Терининг пуфакли касалликлари

Терида пуфакли элементлар хосил булиши билан кечадиган касалликлар терининг пуфакли касалликларига киради. Бу касалликлар кадим

замонлардан маълум булиб Гиппократ, Гален, Цельс, Абу Али Ибн Сино асарларида кайд килинган.

1760 йилда Соваж хамма пуфакли касалликларни бирлаштириб ***Pemphigus*** номини берди, лекин факат 1791 йилда Вихман хаки кий пурсилдок клиникасини ёзди ва унинг сурункали эканлигини курсатиб угли. Англия мактабининг вакили Уиллен ва Франция мактабининг вакили Алибср хамда Биетлар пурсилдокни 2 тури уткир ва сурункали булишини аникладилар.

1844 йилда Казенав пурсилдокни янги баргсимон (эксфолиатив) турини ажратди. Кейинчалик Гебра хакикий пурсилдокка вульгар ва баргсимон формасини киргазди, лекин шу группага тугма пурсилдокни киргизиб хато килди.

1884 йил Америка олими Дюринг пурсилдок группасидан герпессимон (учуксимон) дерматитни ажратиб алохида касаллик сифатида ёзди. Хо шрги вақтда купгина олимлар Дюринг дерматитини алохида касаллик хисоблайдилар, лекин А.А.Боголепов, Г.И.Мешерский, А.И.Каргамишев, Г.Х.Хачатурян, А.С.Зенин ва Б.А.Зенинлар Дюринг дерматитини пурсилдокка утиши мумкин, деб хисоблайдилар.

1886 йилда Нейман пурсилдокни **вегетацияланувчи** турини, 1926 йилда эса Америка олимлари Сенир ва Ашер **кизил югуриксимон** турини аникладилар. Аммо бу касаллик формасини Сенир ва Ашердан а и нал 1921 йилда Италия врачлари (Ormsby) Ормсби ва Монтгомерилар ёзишган эдилар.

Сенир ва Ашер синдромига 1937 йил Ормсби - **эритематозли пурсилдок**, Турен эса 1940 йилда **себореяли пурсилдок** деб ном бердилар.

1940 йилда Америка олимлари ака-ука Говард ва Генри Хейлилар оилавий учрайдиган яхши сифатли пурсилдокни ёздилар, улардан олдин бу касалликни 1933 йилда Француз олимлари Гужейро ва Алле ёзган эдилар. Шунинг учун бу касаллик яхши сифатли оилавий Гужейро ва Хейли - Хейлилар пурсилдоги деб аталади.

1953 йили Левер пуфакли дерматозлар гурухига янги бир касалликни тасвирлаб кушди. Уни хозир **Левер пемфигиоиди** деб аталади.

Шундай қилиб хозиргача ҳам пуфакли дерматозлар гурухи янги касалликлар билан тулиб бормокда.

Пуфакли касалликларни синфларга булиниши

1. Хакикий, акантолитик хужайрали пуфакли яра, пурсилдок (pemphigus):

А) Вульгар;

Б) Баргсимон;

В) Вегетацияли;

Г) Себореяли ёки эритематозли (Сенир-Ашер синдроми).

2. Гужейро — Хейли-Хейлининг сурункали яхши сифатли оилавий пурсилдоги.

3. Сохта ёки акантолитик хужайрасиз пурсилдок:

а. Факат огиз шиллик каватининг акантолитик хужайрасиз пурсилдоги;

Б) Левер пемфигиоиди;

В) Кузнинг пурсилдоги ва бошқалар.

4. Дюрингнинг герпессимон (учуксимон) дерматити.

5. Буллёзли эпидермолиз (тугма пурсилдок).

6. Хомиладорлар герпеси (учуги).

Юкоридаги классификация Н.Д.Шеклаков (1961) томонидан таклиф қилинган булиб, кейинчалик бу классификацияга А.Л.Машкиллейсон (1965) Н.А.Торсуев (1979). В.И.Самцов (1990) лар томонидан узгартиришлар киритилган ва хозирги вақтда қуйидаги классификация қабул қилинган:

I. Чин, хакикий (акантолитик) хужайрали пурсилдок:

1. Оддий пурсилдок

2. Вегетацияланувчи пурсилдок

3. Баргсимон пурсилдок

4. Бразилия пурсилдоги

5. Эритематозли пурсилдок

II. Гужейро - Хейли Хейлининг яхши сифатли сурункали оилавий пурсилдоги.

III. Гровернинг уткинчи (транзитор) акантолитик дерматози.

IV Акантолитик хужайрасиз пурсилдок - пемфигоид.

1. Булғезлли пемфигоид

2. Чандик хосил килувчи пемфигоид.

3. Пашков-Шеклаковнинг факат огиз шиллик каватининг яхши сифатли акантолитик хужайрасиз пурсилдоги.

V Герпессимон (учуксимон) дерматозлар.

1. Дюрингнинг герпессимон дерматози

2. Хомиладорлар герпеси

3. Субкорнеал пустулёз.

ЧИН, ХАКИКИЙ АКАНТОЛИТИК ХУЖАЙРАЛИ ПУРСИЛДОК.

Касалликни келиб чиқиши ва ривожланиши Пурсилдок касаллигини келиб чиқиш сабаблари шу вақтгача аниқланмаган. Бу касалликнинг келиб чиқиши тугрисидаги ҳар хил назариялар (инфекциялар, пируслар, асаб тичими, модда алмашинуви, ферментлар роли ва х.к). купчилик томондан тан олинган эмас.

Юкоридаги фикрларни алохида қискача қуриб чиқамиз. Липшютц (1909), Радели (1906) томондан илгари сурилган **инфекцион назарияга** асосан касал одам эпидермисининг хужайраларида қандайдир микроблар, баъзан уларнинг излари топилган, ҳамда бу микроорганизмларга **Cytoplasma Oviforme, Anaplana liberum** деб ном берганлар (Липшютц). Гебра ва Максимчева (1924) касал одамдаги пуфакча суюклигини хайвонларга жунатса, янги пуфакча пайдо булган, лекин кенйинчалик бошка олимларда бу тажриба натижа бермаган.

Кейинги йилларда касалликнинг келиб чиқишида **вирусларга** Урбах (1929), С.С.Речменский (1928) катта эътибор беришган. Купгина олимлар касал одам конининг зардоби ёки пуфакча ичидаги суюклик билан ок сичкон

ва куёнларда касаллик чакирганлар. Бу хайвонлар тезда озиб кетади ва паралич булиб улганлар.

5-6 кунлик товук эмбрионига юкоридаги суюкликлар жунатилганда (Акопян) 1958 та эмбрионнинг 1/3 кисми улган, лекин бактериоскопияда хеч нарса топилмаган, колганлари мажрух булиб усган, лекин бу узгаришларни пурсилдокка таалуклиги ёки экиш йули билан, ё серологик йул билан исботланмаган.

Невроген назария - куп олимлар томонидан маъкулланган. Никольский П.В. (1896) касалликнинг бошланишида купинча психик таъсирлар сабабларини ёзган . Пурсилдок билан улган касаллар орка, узунчок ва бош мия хужайраларида дегенератив узгаришлар топилган, лекин бу узгаришлар касалда бирламчи ёки иккиламчилиги аникланмаган.

Модда алмашинувн назарияси - хлоридпар апмашинуви бузилиши назарияси асосчиси А. К. Картамишев (1949), Гебра (1876) га тегишли.

И. А. Картамишев касаллар организмида натрий ва хлоридларни конда ва тери, жигар тукумаларида ушланиб колишини, айти вақтда уларни сийдик билан кам ажралишини исботлади. Беморлар тuzалганда хлоридларни тукумаларда нормал холатга келиши кузатилган. Бу узгаришлар айткиса пурсилдокни даволашда гормонал препаратларни кулланилганда яккол билинди ва уларни буйрак усти безининг яхши ишламаганлиги натижасида эканлиги аникланди.

Шунинг натижасида - янги **эндокрин мазарияси** пайдо булди. Гебра пурсилдокни хомиладорлик вақтида кузгалиб, туккандан кейин яна яхши булганлигини кузатади (Кожевников П.В. 1923).

Касалликни кечишига караб организмдан 17-оксикортикостероидпарни сийдик ва конда хар-хил микдорда камайиб кетиши аникланди. Бу узгаришларни хар бири буйрак усти безини яхши ишламаслиги натижаси эканлиги исботланган. Улган касалларни ёриб курилганда, буйрак усти бези атрофияга учрагани аникланади. А.Т.Акопян (1958) пурсилдок билан огриган касалдаги пуфак ичидаги суюкликни шимпанзегга юбориб унда

пуфаклар пайдо булганини курган. Улган шимпанзеда буйрак усти безини атрофиясидан бошка хеч кандай узгаришлар булмаган.

Охирги фикрдарга Караганда пурсилдок касаллиги аутоиммун касалликлар гурухига киритилиб, бунга сабаб акантолитик хужайрларда Т- ва В - лимфоцитларни топилиши, хамда беморлар кони зардобшш ва тиканакли кават хужайралари кобигини иммунофлюоресценции усулида курилганда IgG типиде аутоантитаналарни топилиши. Бу антитана тиканакли кават ядросида ДНКни узгартириб ташлайди ва бу хужайралар анмп енлик вазифасини утайди. IgG, протеолитик ферментлар, Т, В лимфоцитлар таъсирида тиканакли кават хужайраларини акантолизга олиб келади. Бунинг натижасида терида олдин тиркиш, кейин пуфаклар пайдо булади (расм № 168).



Расм № 168. Тцанк хужайрали

Клиникаси

Пурсилдок ёмон сифатли кечувчи, сурункали, тез-тез кузгалиб турувчи касалликдир.

Пурсилдокни 5 хил тури маълум: вульгар, баргсимон, вегетатив, бразилия ва эритематоз (себореяли - Сенир-Ашер синдроми).

Вульгар пурсилдок (*P. Vulgaris*). Бу касаллик асосан 40-60 ёшда учраб, хамма тери касалликларини 1% ни ташкил килади. Пурсилдокни бу турида касал одам терисида нухотдан, то ер ёнгоккача келадиган пуфаклар

пайдо булади. Пуфаклар бирдан узгармаган терида хосил булади ва касални бошланишида безовта килмайди. Пуфаклар купинча тана, юз, оёк-кул териларида, огиз бушлиги ва жинсий аъзолар шиллик пардаларида пайдо булади.

Бошланишида пуфак имидаги суюклик тиник булиб 2-3 кундан сунг лимон, конли ранга, охирида эса хираланади. Пуфак юмалок шарсимон шаклда булиб, пусти сал таранг тортилган булади. Кейинчалик пуфак пусти бушашиб илвиллаб колади ва суюклик огирлиги билан пуфак формасини узгартириб ноксимон ёки резинка копчага сув тулдирган холатга келади. Буни биринчи марта Н.Д.Шекпаков (1961) ёзган булиб **Шеклаков симптоми** деб аталади (расм № 169).



Расм № 169. Хақиқий пўрсилдоқ вульгар тури

Пуфаклар ёрилиб катга-катта эрозиялар хосил килади, эрозиялар ранги янги кесилган гушт рангидек булиб, атрофида эса эпидермис парчалари осилиб ётади. Баъзан йирингли сероз, баъзан конли сероз калоклар билан копланган эрозиялар, 3-6 ойдан то 1 йилгача сакланиб қолиб, микробли экзема, стрептодермияни эслатади. Эрозия бора-бора битиб урнида қорамтир доғ колади. Пуфаклар вақти-вақти билан тошиб туради. Бу вақтда бемор истималаб безовталанеди. Купинчалик касаллик буйрак, юрак, жигар, ушкани зарарлайди ва туқималарда натрий ва хлоридларни ушлаб қолиши ҳамда оксилни куп микдорда ажралиши билан кечади. Касал озиб кетади ва биронта бошка касаллик кушилиб касал одамни улимга олиб келади.

Бу касалликда эпидермисни жуда тез жароҳатланиши кузатилади. Шунга асосланиб, *Асбо-Ганзен ва П.В.Никольский* симптомлари пайдо булган. *Асбо-Гаузен* симптомида - алоҳида турган пуфакни буюм ойнаси билан босилса у ситилиб кетмайди, аксинча ичидаги суюклик атрофидаги тери орасига кириб кетади.

***Никольский* симптоми** 3 хил турда булади:

1. Агар эрозия четида осилиб турган эпидермисни ёки пуфак пустини пинцет билан ушлаб тортилса, у дарров узилиб кетмайди, аксинча атрофидаги соғ терини хийлагини жойини узи билан бирга шилиб чиқади.
2. Пуфаклар орасидаги «соғ» терини ишкаб сидириб курсилса, у янги чиккан картошка пустидек шилиниб кетади.
3. Агар пуфаклар пайдо булган жойдан узокдаги тамоман соғ терини ишкалаб сидириб курилса шилиниб кетади. Никольскийнинг бу симптоми 1896 йилда ёзилган булиб теридаги акантолизис натижасида чакирилади.

Хозирги вақтда касалликни даволашда кортикостероид гормонларини куллаш натижасида касалликда 3 фаза (I-II-III фаза) ажратилади.

Н.Д.Шеклаковнинг (1964) аниқлаши буйича бу уч фаза куйдагича булади.

I - фаза - бошлангич ёки касаллик зурайишидан олдинги фазаси, бунда Никольский симптоми фақат жароҳат учогида мусбат.

II — фаза - касалликни зурайиши ёки таркаб кетиш фазаси, бунда Никольский симптоми жароҳат учогидан узокда ҳам мусбат булади.

III - фаза - бу фаза кортикостероид гормонлар билан даволанганда булиб, эрозияларнинг битиш фазасидир.

Вульгар пурсилдоқда пуфак асосан узгармаган терида пайдо булади. Баъзан пуфаклар кизарган терида гурухлашиб жойлашган холда пайдо булиши мумкин. Бундай холларда айрим олимлар (С.Яблонски 1975) - «герпессимон» пурсилдоқ деб аташган. Айрим олимлар, **Дюрнинг**

герпессимон дерматозини пурсилдокка утишини, баъзан уларнинг беморда бир вақтда учрашини ёзишган.(Самцов В.И.1982; Скрипкин Ю.К. и др. 1984; Osten F.V. etal, 1976). Шундай ҳолларда - «**герпессимон пурсилдок**» тугрисида суз кетган булиши мумкин. Пурсилдокнинг бундай турини баргсимон ва вульгар пурсилдокларнинг клиник варианты сифатида, баъзан хатто эритематоз пурсилдок варианты сифатида ҳам куриш мумкин.

Юкоридагилардан фарк килиб чин пурсилдок учун характерли белгилардан бири, эрозияларнинг жуда секин битиши хисобланади.

Пуфаклар урнида пайдо булган эрозиялар тиник - кизил рангли, чеккапари полициклик характерга эга булиб, юзаси серозли, конли-серозли, агар иккиламчи инфекция кушилса импетигоноз колок билан копланади. Бу калоклар осон кучиб тубида намланган юза булади. Купинча эрозиялар атрофида янги пуфаклар пайдо булади.

Вегетацияланувчи пурсилдок

1886 йил Нейман чин пурсилдокдан вегетацияланувчи турини ажратиб ёзди, 1888 йилда эса Гаплопо вегетацияланувчи пиодермияни ёзади. Айрим олимлар фикрича вегетацияланувчи пиодермия вегетацияланувчи пурсилдокни узгарган тури булиши мумкин. Шундай килиб вегетацияланувчи пурсилдок, чин пурсилдокни клиник тури булиб, классик формаси (Нейман типи), ҳамда яхши сифатли формаси (Галлопо тури) ажратилади. Пурсилдокнинг бу формаси асосан 30-40 ёшда учраб, ҳамма формаларнинг 6.4% тини ташкил килади.

Клиникаси

Пурсилдокнинг бу формасида элементлар купинча бирдан узгармаган тери, шиллик каватларда пайдо булади. Пуфаклар купинча шиллик каватларда, уларнинг терига якин жойларида, ҳамда тери бурмаларида (култик ости, чов, кукрак беги остида, думбалар сохаси, киндик атрофида) жойлашади. Жарохат учогида пайдо булган пуфаклар кобиги юпка, иллвиллаган булиб, тезда тешилиб эрозия хосил килади. Эрозиялар юзасида 5-6 кундан кейин, олдин майда, кейинчалик йирик, сассик хидли

вегетациялар пайдо булади. Эрозиялар кушилиб катталиги 5-10 см ксладиган овал, юмалок шаклдаги вегетацияланувчи бляшкалар хосил килади, улар атрофида пустулалар булади. Жарохат узок вақт кечганда вегетация юзаси калок билан копланиб, сугалсимон усимта пайдо булади (расм № 170).



Расм № 170. Хақиқий пўрсилдоқ вегетацияловчи тури

Вегетацияланувчи пурсилдоқнинг Голлапо тури Нейман турига **Караганда** яхши сифатли кечиб, узок вақт давом этади, купрок панжалар орасида кузатилади. Асосий элементлар пустулёз ва фолликуляр характерга эга булиб, вегетацияланувчи инфилтратив бляшка хосил килади.

Баргсимон пурсилдоқ.

(P. Foliaceus)

Пурсилдоқни бу формасини биринчи марта 1944 йили П. Казенав ёзган булиб Никольский (1896) шу турида биринчи марта Никольский симптомини мусбатлигини ёзган. Пурсилдоқни бошка турларига Караганда, бу форма кам учрайди (3% - 4,5%) хамда купрок ёшларда учраб, уртача ёши 45,3 ёшга тугри келади. Н.Д.Шеклаков (1967) - кузатувларида 32 та бемордан 5 тасининг ёши 16 - 20 ёш, Н.А.Торсуев (1979) кузатувларида эса 174 та бемордан 21 таси 5 дан 15 ёшгача булган беморларни ташкил килади.

Клиникаси

Баргсимон пурсилдокнинг бошланишидаги клиник куриниши экземадаги эритема - сквамоз, себореяли дерматит, токсикодермия ёки Дюрингнинг герпессимон дерматози клиникасига ухшаб кетади. Узгармаган, купинча кизарган терида кобиги юпка илвиллаган пуфаклар пайдо булади. Баъзи пуфаклар аник билинмасдан, эпидермис юзасида нотекслик пайдо булади. Пуфаклар тезда ёрилиб тиник кизил ташки юзаси экссудатли эрозиялар хосил килади. Эрозиялар куриб, кат-кат тангачали калоклар билан копланadi.

Баргсимон пурсилдокнинг характерли белгиси, тухтамасдан кайтадан калоклар остидан янги пуфаклар пайдо булишидир. Баъзи пуфаклар майда булиб кизарган терида хосил булади. Бу куриниш Дюрингни герпессимон дерматозига ухшаб кетади. Шунинг учун S.Jablanska (1975) бу формани **герпессимон пурсилдок** деб атаган. Пуфакларнинг кушилиши натижасида кенг таркалган эрозиялар хосил булиб, юзаси калок билан копланиб, эксфолиатив эритродермияни эслатади.

Никольский симптоми мусбат. Акантолитик хужайралари топилади. Пурсилдокнинг бу турида шиллик каватлар жарохатланмайди. Н.А.Торсуев (1979). кузатишича айрим беморларда конъюнктивит, касаллик узок кечганда кафт — товонлар гиперкератози кузатилади. Айрим беморларда соч тукилиши, тирноклар тушиб кетиши кузатилади.

Агар беморлар даволанмаса умумий ахволи огирлашади, озиб кетади, хатто улиши мумкин.

Бразилия пурсилдоги.

Айрим олимлар (Машкиллейсон А.Л., 1965; Торсуев Н.А., Романенко В.Н.,1970) фикрича бразилия пурсилдоги баргсимон пурсилдокка ухшаб кетади. Н.Д.Шеклаков (1961, 1964) бразилия пурсилдогини клиник жихатдан баргсимон ва себореяли пурсилдокка якин хисоблайди.

Бразилия пурсилдогининг баргсимон ва себореяли пурсилдокдан фарқи, унинг купрок эндемик жойлашиши (Бразилиянинг Жанубий-Гарб районлари

ва атрофидаги давлатларда учраши). Айрим холларда оилавий учраши мумкин булиб, касаллик 5-10 ёшдан бошлаб, карияларгача булиши мумкин.

Клиникаси

Бразилия пурсилдоги учун касаллик асосан юз териси ва кукракда учраши мумкин. Жарохат учогида кизарган терида ясси пуфаклар хосил булади. Улар тезда ёрилиб, юзаси кат - кат жойлашган конли сероз калоклар билан копланеди. Элементлар асосан чекланган характерга эга булиб, баъзан таркаб эксфолиатив эритродермияга айланади.

Бразилия пурсилдоги клиник полиморфизм характерига эга булиб: буллёз, пустулез, баргсимон, эритродермик, герпессимон формалари учрайди.

Касалликнинг 2 - 9 ойгача кечадиган сурункапи формасида кафт, товонларда гиперкератоз, онихорексис, култик остида кора акантозни эслатувчи вегетация ривожланиши мумкин.

Баъзан беморларда скелет мушаклар атрофияси, катта бугинларда анкилоз, кош, киприклар тукилиши кузатилади. Уткир, нимуткир формаларида беморларда юкори температура кутарилиб, беморни улимга олиб келиши мумкин.

Шиллик каватлар жарохатланади, Николский симптоми мусбат, пуфак ичидаги суюкликда акантолитик хужайралар топилади.

Дифференциал диагноз - Бразилия пурсилдогини баргсимон, вулгар, эритематоз пурсилдоклар, Лайелл синдроми билан дифференциация килинади.

Эритематоз (Себореяли) пурсилдок

Эритематоз пурсилдокни биринчи марта 1926 йил Сенир хамда Ашер томонидан ёзилган булиб, хамма пурсилдоклар тури ичиди 21,1% ни ташкил этади ва 40-60 ёшларда учрайди.

Клиникаси

Эритематоз пурсилдок учун эритематоз волчанка, пурсилдок ва себореяли дерматит клиникалари мавжудлиги характерли. Бошланишида купинча жарохат учоги юз териси, бошнинг сочли кисмида, кейинчалик эса бадан терисида жойлашади. Жарохат учогида чегаралари аник эритематоз доглар хосил булиб, улар юзаси сарик рангли говаксимон тангача - калоклар билан копланган. Агар жарохат учогида ёки унинг ёнида пуфаклар пайдо булса, эрозиялар юзасида намланиш булиб кулранг саргиш, жигарранг калокка айланади. Пуфаклар кобиги юпка илвиллаган булиб тезда ёрилади. Шунинг учун купинча пуфаклар пайдо булиши сезилмайди. Юздаги жарохат бир неча ойдан то 5-7 йилгача чузилиши мумкин. Кейинчалик жарохат учоги бадан терисига, кукрак, елка сохаларига таркалади. Жарохат учоги юзаси говаксимон калоклар билан копланган булиб узок вақт сакланиб туриши мумкин. Бошнинг сочли кисмидаги тошмалар себореяли дерматитни эслатади, баъзан апохида жойлашган жарохат учоклари юзаси катланиб, калин калоклар билан копланиб, кейинчалик аллопеция ва юзаки атрофияга олиб келади. Беморларнинг тана терисида баъзан папуласимон элементлар булиб, улар юзаси каттик кулранг калок билан копланган, ёки осон кучувчи ёгли тангачалар билан копланган доглар пайдо булади.

Айрим холларда доглар атрофида унча катта булмаган, 1 - 2 та, кобиги юпка, илвиллаган пуфаклар пайдо булиб, улар тезда ёрилиб, атрофида эпидермис колдиги булган эрозиялар хосил килади. Хамма беморларда Никольский симптоми мусбат булади. Шиллик каватлар 1/3 киём беморларда жарохатланади (расм № 171).

Сенир - Ашер синдроми кейинчалик албатда хакикий пурсилдокка (вульгар ёки баргсимон) утади. Агар касаллик вульгар формага утса касаллик яхши сифатли, баргеимон формага утса ёмон сифатли кечади.

Гистопатология: Пурсилдок касаллиги учун асосан акантолизис - эпидермис хужайраларидаги узаро богланиш йуколиши хос булиб, бу пурсилдокни хамма тури учун характерлидир.



Расм № 171. Хақиқий пўрсилдоқ себореяли тури

Хосил булган пуфаклар эпидермиснинг тиканакли кават хужайралари орасида (интерэпидермал) жойлашган.

Дифференциал диагноз: - пурсилдоқни Лайелл синдроми, Левернинг буллёзли пемфигоиди, Дюрингни герпессимон дерматита, куп шаклли экссудатив эритема, кизил волчанканинг буллёзли шакли билан фарк кила билиш керак. Диагноз куйиш учун Никольский симтпомидан фойдаланилади (жадвал № 2)

Жадвал № 2.

Пурсилдоқ касаллигининг дифференциал диагностикаси.

№	Асосий симптомлар	Пурсилдоқ	Дюринг дерматозн	Левер пемфигоиди	Лайел синдроми	Стивенс - Джонсон синдроми
1.	Асосий бирламчи элемент	Мономорф пуфак	Полиморф пуфак, пуфакча, йирингча	Пуфак, каварчик, эритема	Эритема, пуфак	Эритема, тугунча, пуфак, пуфакча
2.	Жарохат учогидаги тери	Ўзгармаган	Кизарган	Ўзгармаган ёки кизарган	Кизарган	Кизарган
3.	Беморнинг умумий ахволи	Оғир	Коникарли	Коникарли	Оғир	Оғир

4.	Шеклаков симптоми	Мусбат	Манфий	Манфий	Манфий	Манфий
5.	Никольский- ва Асбо-Ганзен симптоми	Мусбат	Манфий	Манфий	Мусбат	Манфий
6.	Ядассон синамаси	Манфий	Мусбат	Манфий	Манфий	Манфий
7.	Шиллик кават	Жарохатлан ади	Жарохатлан -ма йди	Кам жарохатланади	Жарохатла над-и	Жарохатлана-ди
8.	Тана ха юрати	Кугарилмай ди	Кугарилмай -ди	Кугарилмайди	Юкори 40- 41"С	Юкори 39- 40°С
9.	Пуфак ичидаги суюкликда топилади	Акантолити к хужайра	Эозинофил	Топилмайди	Топилмай ди	Топилмайди
10	Асосий давоси	Кортикостер- оид гормо!шар	Сульфон препаратлар	Кортикостеро- ид гормонлар	Кортикост еро-ид, антигиста мин препаратл ар	Кортикостер-оид гормонлар, антибиотиклар

Эрозиядан олиб таёрланган суртма-изда акантолитик хужайраларни топиш диагноз куйишда катта ёрдам беради. Акантолитик хужайралар, бошка хужайралардан кичикрок булиб, ядроси сиёх рангда (фиолет) ва хужайранинг хаммасини эгаллаб олади, протоплазма калинлашган ва тукрок булади. Ядро атрофида кук кават булиб, унинг чеккасида зангори хапка булади. Ядро донадор ва 2-3 та ядрочаси бор. Баъзи акантолитик хужайралар жуда катта булади ва 3-4 та ядрочаси булади, бунда **дахшатли** (ёки бахайбат) хужайралар дейилади. Пурсилдокда шиллик пардани зарарланиши катта ахамиятга эга ва 90% касапларда учрайди. Баъзан пурсилдок белгилари шилликкаватларда ойлаб, йиллаб давом этади, сунг терида тошмалар пайдо булади.

Пурсилдокнинг вульгар формасида шиллик каватлар жароҳатланганда, элементлар асосан лунж, моляр тишларнинг оркасида, тилнинг иккала ён томонида жойлашади. Жароҳат учогида кобиги юпка булган пуфаклар, узгармаган шиллик каватларда жойлашади. Механик таъсирлар натижасида (чайнаш, гапириш) пуфаклар ёрилиб, тиник кизгиш эрозиялар пайдо булади. Эрозиялар атрофида пуфак кобигининг колдиги булади. А.Л. Машкиллейсон (1984) шунча эътиборни каратадики, баъзан пуфак кобигининг колдиги эрозиялар колдигини коплаб колиб, окиш кулранг пардани эслатади. Бу парда шпатель ёрдамида осон кучирилиб, тубида тиник - кизгиш эрозия куринади.

Эрозиялар юзаки колок билан копланиб, эпигслизацияга учраши мумкин. Баъзан эрозиялар битмай бемор чай наган да, ютинганда огрикка, сулак окишига огиз атрофидаги чукур ёриклар сабабли, огиз очишнинг кийинлашишига шикоят киладилар.

Вегетациялановчи пурсилдокда - шиллик канагда пайдо булган пуфаклар ёрилиб, эрозия хосил килади, эрозиялар юзасида эса, худи теридаги каби вегетация хосил булади.

Баргсимон пурсилдокда - шиллик кават жароҳатланмайди.

Сенир - Ашер синдромида - агар касаллик вульгар формата утса, вулгар пурсилдок каби элементлар шиллик каватда пайдо булади. Агар касаллик баргсимон формага утса, шиллик кават жароҳатланмайди.

Касалликни даволаш

Пурсилдокни даволаш сунги йилларга кадар мушкул вазифалардан хисобланарди. 1903 йилда Вейл томонидан таклиф килинган германин касалликни даволашда бироз натижа берсада, кейинги вақтда факат кулланилмай колди.

1950 йилдан пурсилдокни даволашда янги давр бошланди. Шу йили Америкалик олимлар Нейман ва Фельдман Лос-Анжелесда дерматологлар жамиятида 1-марта касалликни гормон - кортизон билан даволаганликлари тугрисида маълумот бердилар.

Хозирги вақтда пурсилдоқ касаллиги асосан кортикостероид гормонлар билан даволанади. Кортикостероид гормонлар: преднизолон (1 таб. - 5 мг), триамсинолон (1 таб.- 4 мг), дексаметазон (1 таб. - 0.5 мг). Кортикостероид гормонлар давони бошланишида катта дозада бериледи - масалан преднизолон 18-20 таб. ҳисобида, таблеткани куйидаги тартибда қабул қилинади. Эрталаб 8-10 таб., тушда 6 таб., кечкурун 4 таб. оқатдан кейин. Юқоридаги дозада таблеткапар то янги элементлар чиқиши тухтагунча, Никольский симптоми манфий булгунича ичилади. Шундан кейин 1/4 ёки 1/2 таблеткадан қамайтириб, терапевтик доза топилади. Бу доза беморлар учун ҳар хил бўлиши мумкин 2-2,5 таблетка. Бу дозани беморлар умрбод ичадилар.

Кейинги вақтда преднизолон препаратини катта дозада ишлатишни таклиф қилинаёпти. 150-180мг дан то 360мг гача, лекин бу дозалар ҳам беморларни улимдан саклаб қолмаяпти, шунинг учун максимал доза 60-90-120 мг, кам ҳолларда 200 мг гача ҳисобланади. Н.А.Торсуев фикрича гормонал препаратларни максимал дозасини юқори чегараси бўлиб, преднизолон учун 100-120-200 мг, дексаметазон 10-12-20 мг ундан ортиги барибир фойда қилмайди.

Дипроспан - 1мл да 5мг бетаметазон дипропионат (БДП) ва 2 мг бетаметазон динитрат фосфат (БДФ) бўлиб мушак орасига 10 кунда 1 марта жунатилиб, курсига 4-6 қилинади. Бир вақтда преднизолон касаллик енгилроқ кечса 30 мг, оғирроқ кечса 60 мг бериледи. Беморни ахволи яхшиланиши билан дипроспан ҳар 10 кунда 0,5 ёки 1 мл қамайтирилиб тухтатилади. Кейинчалик преднизолон терапевтик дозасигача қамайтирилади.

Беморларни деволашда кортикостероид гормонлар билан биргаликда гепарин куллаш яхши натижа бераёпти. Гепарин 10000 ЕД мускул орасига 1 маҳалдан 15 кун, кейинчалик ҳар 7 кунда қайтарилиб қунига 5000 ЕД қилинади.

Гормон ичган вақтдан беморларга калий, кальций препаратлари, витаминлар тавсия қилинади.

Баъзан кортикостероид гормонларга цитостатиклар кушиб бериш яхши натижа беради.

Масалан: метотрексат 1 таб - 2,5 мг дозада булади, уни 2 хил усулда кулланилади. 1-цикл кунига 1 таб. 1 махал. 10 кун ичиб 3-5 кун танаффус.

2-цикл бирдан 8-10 таблетка, 8-10 кунга аста-секин камайтиради, 6 таб, 4 таб. ва х. к.

Беморларга анаболик гормонлар - метандростенолон, ретаболил, нейроболил ва бошқалар килиш тавсия килинади.

Ташки давога анилин буёқларининг сувдаги эритмалари, Кастеллани суюқлиги, 2% борат кислотаси, дерматол, эритромицин, 2,5% фурацилин малхамини, ҳамда гормонал маҳамлар - 0,025% синафлан, флуцинар, целестодерм гентомицин билан, гиоксизон тавсия килинади. Даволаш вақтида куйидагиларга эътибор бериш керак: кондаги канд, натрий, кальций, хлорид тузлари микдорига.

Кушимча аутогемотерапия, у-глобулин, кон куйиш ва х.к.лар тавсия килинади, баъзан антибиотиклар ҳам бериш керак.

Оксил ва витаминларга бой пархез буюриш керак.

Гужеро - Хейли Хейлининг яхши сифатли, сурункали оилавий пурсилдоги.

Бу касаллик биринчи марта 1933 йил Н. Gougerot, Allee томонидан ёзилган булиб, улар иккита амакивачаларда ва уларнинг угиллари терисига пуфакли элементлар тошганлигини кузатишган, ҳамда оилавий тугма пурсилдок деб уйлашган. Бу касаллик Дюринг дерматози билан, тугма пурсилдок оралигидаги касаллик булиши мумкин деган фикрга келишган.

1939 йил ака - ука Н. Hailey ва Н. Hailey лар иккита оилада, бемор у мумий ахволининг коникарли холатида сурункали тез - тез кайталаниб турувчи пуфакли дерматозни кузатганлар. Ака - ука Генрих ва Говард Хейлилар бу касалликка «яхши сифатли сурункали оилавий пурсилдок» деб ном бердилар. Бу ном ҳамма томондан қабул килинган булиб, хозиргача сақланиб қолинган, фақат авторлар тугрисида биров келишмовчилик бор.

Айрим олимлар фанга уччала (Гужеро-Хейли-Хейли) кушиш маъкул деса, бошқалар бу апохида касаллик деган фикрни билдиришади.

Касалликнинг Гужеро - Алле турида касаллик эрта ёшидан бошланиб, терида каварчик ва пуфаклар тошади, Хейли - Хейлининг яхши сифатли пурсилдогида эса тошмалар факат пуфакли булиб, каггаларда учрайди. Анапизлар шуни курсатадики, касаллик асосан 20 - 30 ёшда, ҳамда купрок эркакларда учрайди.

Касаллик клиникаси - Гужеро-Хейли-Хейлининг яхши сифатли сурункали оилавий пурсилдогида, элементлар купинча бурмаларда: чов, сон, думбапар ораси, култик ости, аёллар кукрак беzi ости, буйиннинг ички юзаси, жинсий аъзолар терисида жойлашади.

Жарохат учогида узгармаган, баъзан бироз кизарган терида пуфаклар пайдо булади. Пуфаклар битта - иккита, баъзан тупланган холда жойлашиб, ичида сероз суюклик булади. Пуфаклар пайдо булишида беморни хеч нарса безовта килмайди: огрик, ачишиш, кичишиш. Шунинг учун беморлар пуфак ичида пайдо булишини сезмайдилар. Пуфаклар кобиги юпка булиб, тезда ёрилиб эрозия хосил килади. Эрозиялар юзаси импетигони эслатувчи кават - кават жойлашган сероз - йирингли калоклар билан копланади. Баъзан эрозиялар бир - бири билан кушилиб, катга бляшкалар хосил килади.

Бляшкалар чегараси аник, теккис, куп карали, юзаси саргиш калок билан копланган булиб, диаметри 10 см ва ундан ортик булиши мумкин.

Бурмаларда жойлашган жарохат учоги мацерацияга учраган булиб, юзаси характерли клиник белгилардан булган куриниш, чукур ёриклар билан копланган.

Жарохат учогидан олинган суртма-изда акантолитик хужайрапар топилиб, улар чин пурсилдокдаги хужайралардан дегенератив узгаришлар йуклиги билан фарк килади. Никольский симптоми жарохат учогида, биринчи вариантда мусбат булади.

Шиллик каватлар ва конъюктива жарохатланмайди. Касаллик узок вақт тез - тез кайталаниб туришига карамасдан беморларнинг умумий ахволи коникарли булади.

Сурункали оилавий пурсилдок ёз ойлари авж олиб, совук тушганда кайтади. Жарохат учогида элементлар сурилса, урнида папулалар ёки мугузли вегетация, узок вақт сакланидиган гиперпигментация қолади.

Дифференциал диагностика - Гужеро-Хейли-Хейлининг яхши сифатли оилавий пурсилдогига диагноз куйишда - вулгар пурсилдок, Даръе касаллигининг буллёз формаси, Дюрингни герпессимон дерматози, микробли экзема, импетиго, йирик бурмалар кандидози билан дифференциация қилиш керак.

Даръе касаллигининг буллёз формасида - касаллик яхши сифатли сурункали оилавий пурсилдокдан фарқ қилиб, эрта (ёш болалик даврдан) бошланади. Жарохат учоги бурмаларда эмас, асосан буйин, купрок юз соҳасида жойлашади. Даръе касаллигида элементлар асосан тугунчали характерга эга булиб, эрозиялар юзасида эгри - бугри ёриқлар булмайди. Даръе касаллигида элементлар тулик сурилмайди, узок вақт ремиссия булмайди.

Микробли экзема — жуда кам ҳолларда Гужеро-Хейли-Хейли касаллигини эслатади. Экземада - кучли инфильтрация шиш, кизариш, пуфакчалар борлиги, кучли кичишиш, жарохатнинг бошқача жойлашиши, оилавий булмаслиги, яхши сифатли сурункали оилавий пурсилдокдан ажратишга ёрдам беради.

Импетиго — юзаси кат-кат қолок билан қопланган уткир йирингли яллигланиш билан кечадиган касаллик. Импетигода - асосий элемент фликтена булиб, элементлар купрок огиз атрофида, кузда, кулок супрасида жойлашиб, суртмангизда акантолитик хужайралар топилмайди.

Йирик бурмалар кандидозини Гужеро-Хейли-Хейли пурсилдогидан ажратиш қийин. Диагноз қуйишда асосан эрозиялар юзасидан олинган

суртма-изда акантолитик хужайралар топилмаслиги, касалликнинг оилавий булмаслиги ва узок сурункали кечмаслиги рол уйнайди.

Даволаш: беморларни даволашда асосан сульфон препаратлари (ДДС, авлосульфон), ретиноидлар кулланилади. Булардан ташкари антибиотиклар, аевит, витаминлар В₆, С, кальций, антигистамин препаратларидан фойдаланилади.

Даволаш самарасиз булганда глюкокортикостероид гормонлар (преднизолон хисобида 30-40 мг суткасига). Ташки давога - глюкокортикоид гормонлар, антибиотиклар билан аэрозоллар, анилин буёклари ишлатилади.

Гровернинг акантолитик уткинчи (транзитор) дерматози.

R.W.Grover, 1970 йил купрок урта ва кари ёшдаги экакларда учрайдиган, терида кичишиш, гиперкератотик папула ва папулавезикула хосил киладиган ва акантолиз билан кечадиган дерматозни ёзди.

Гровернинг кжоридаги иши эълон килингандан кейин жуда куп олимлар (Fawcett H.A., Miller J.A., 1983; Grover R.W., Rosenbaum R 1984; Ott A. 1988; Г.Р.Бапявичене, 1979) бу касалликнинг этиопатогенези, клиникаси тугрисида уз ишларини эълон килишади.

Этиология ва патогенез - Grover R.W., Rosenbaum R. (1984) ва бошка олимлар урганишлари натижасида шу хулосага келишдики, Гровернинг акантолитик уткинчи (транзитор) дерматози аллергияга мойиллиги бор. УФ нурларига сезувчанлиги ошган астеник туридаги одамлар терисининг узига хос реакциясидир.

Айрим холларда усма касаллиги билан огриган касаллардаги теридаги реакция хам булиши мумкин.

Клиникаси — жарохат учоги асосан кукрак, елка, буйин, бел сохаларида жойлашади. Жарохат учогида катталиги 2-5 мм (диаметри) тиник ёки тук - кизил баъзан нормал тери рангидаги, консистенцияси каттик тугунчапар пайдо булади. Папулалар баъзан кизариб, шишган, баъзан узгармаган терида пайдо булиб, юзаси тангача билан копланган. Айрим холларда папула учида

пуфакчапар пайдо булиб, хосил булиб папуловезикулалар кичишиш билан кечади, клиник куриниши кичима касаллигини эслатади.

Касаллик даволанмаса хам уз - узидан утиб кетиши ва яна кайталаниши мумкин, купрок ёзда кайтааниб ойнаб, йиллаб давом этиши мумкин.

Гистопатологияда — жарохат учогида акантолиз кузатилади.

Дифференциал диагностика - Гровернинг акантолитик уткинчи (транзитор) дерматозига диагноз куйишда куйидаги касалликлар билан дифференциация қилинади: катталар кичимаси, Хейли - Хейли касаллиги, Дарье касаллиги.

Катталар ва куёш таъсиридан булган кичишиш - жарохат учогининг жойлашишига (асосан очик жойларда юзда, кулларнинг ёзилувчи юзасида) ва гистологияда акантолитик хужайрапар йуклиги билан Гровернинг дерматозидан фаркланади.

Гужеро Хейли - Хейлининг яхши сифатли сурункали оилавий пурсилдогида элементлар жойлашиши асосан бурмаларда, пуфакли элементлар, эрозиялар булиши, оилавий учраши Гровернинг уткинчи (транзитор) акантолитик дерматозидан фаркларга ёрдам беради.

Дарье касаллигини - Гровернинг акантолитик дерматозидан ажратиш қийинрок. Лекин касалликнинг эрта ёшлиқдан бошланиши, элементларнинг йуқолмасдаи доимо сакланиб туриши, хамда Дарье касаллигининг купрок аёлларда учраши диагнозни Дарье касаллиги фойдасига хал қилади. Даволаш - беморларни даволашда асосан витамин А, антибиотиклар, кортикостероид кремлар ишлатилади. Айрим огир холларда оз микдорда кортикостероид гормонлар (преднизолон хисобида суткасига 10-15 мг).

Касаллик келиб чиқишида УФ нурларини хисобга олган холда хинин препаратлари резохин, делагил тавсия қилинади. Хамма беморлар яхшилаб онкологик касалликларга текширилиб, кейин даво бошланса мақсадга мувофиқ булади.

Сохта ёки акантолитик хужайрасиз пурсилдок (пемфигоид).

Пуфакли дерматозларнинг бу гурухига, чин пурсилдокдан акантолиз булмаслиги, яхши сифатли кечиши, ҳамда узгача гистологик, иммунологик белгилари билан ажралиб турувчи касалликлар киради.

Куп олимлар (Машкиллейсон А.Л., 1965; Торсуев Н.Л. ва бош 1979; Cormone R.H., Ashar S.S. 1983; Lever W.F., Schaumburg - Lever C., 1983) бу гурухга факат иккита касалликни (буллёзли пемфигоид ва чандик хосил килувчи пемфигоид) киргизишса, Шеклаков Н.Д. (1964) бу гурухга Пашков Б.М., Шеклаков Н.Д. (1954) лар томонидан ёзилган - факат огиз шиллик каватининг яхши сифатли акантолитик хужайрасиз пурсилдогини ҳам кушадилар.

Буллёзли пемфигоид (Левер пемфигоиди).

Lever W.F., 1953 йил чин пурсилдок группасидан алохида бир касалликни ажратиб ёзади ва унинг яхши сифатли кечиши ҳамда патогистологик жихатдан чин пурсилдокдан фарк килишини курсатиб, бу касалликка «буллёзли пемфигоид» деб ном берган.

A.Rook, E.Waddington (1983) лар ҳам чин пурсилдокдан пуфаклар кобиги таранг булган, купрок карияларда учрайдиган, гистопатологик курилганда элементлар эпидермис остида жойланиши ва акантолиз булмаслиги билан фарк киладиган касалликни ёзиб унга «пемфигоид» деб ном берган.

Шундай килиб Левер томонидан таклиф килинган ном «буллёзли пемфигоид» купчилик томонидан тан олинган. Буллёзли пемфигоид асосан карияларда 60 ёшдан кейин учрайди, лекин айрим олимлар (Н.А.Торцев, В.Н.Роминенко, 1971) 19 ва 36 ёшда, Левер (1953) эса ёш болаларда (1,5 дан 8 ёшгача) ҳам учраши кузатилган.

Этиологияси - касалликнинг этиологияси номаълум булиб, куп олимлар аутоиммун касалликлар гурухига киритадилар. Олимлар (Cormone R.H., Ashar S.S. 1983; Метцлер Д., 1980; Машкиллейсон А.Л., И.Н.Голоусенко, 1984) буллёзли пемфигоид касалигида пуфаклар пайдо булишини куйидагича тасаввур киладилар:

1. Антиген - антитело комплекси, комплементнинг активлашган системаси таъсирида эпидермиснинг базап кавати прачаланади, ундан олди хужайралар орасидаги шиш бошланади.
2. Эпидермисдаги узгаришлар ва иммун реакция специфик медиаторлар ҳосил булишига олиб келади. Бу медиаторлар эозинофиллар, лимфоцитлар ва макрофагларни хемотоксисга олиб келади.
3. Хужайралардан ажрапган инфильтрат ва эозинофиллар дегрануляцияси натижасида ҳосил булган ферментлар базал мембрана элементларини парчалаб, пуфак пайдо булишига олиб келади.

Клиникаси — касаллик бошланишида жароҳат учоги чекланган характерга эга булиб, кул-оёк, бадан териларида жойлашади. Жароҳат учогида бошланишда 1-2 та, баъзан купгина пуфаклар булиб, улар кизарган, баъзан узгармаган терида пайдо булади. Пуфаклар қобиги таранг тортилган булиб, айрим вақтда пуфаклар катта булса, қобиги илвиллаган, гижимланганга ухшаб қолади. Пуфак ичидаги суюқлик тиник ёки қонли булади. Lever W.F., Schaumburg - Lever C., (1983) - элементлар купрок купрок човда ва кулларнинг буқулувчи юзаларида пайдо булишини кузатган. Пуфаклар ёрилишидан ҳосил булган эрозиялар атрофга қараб катталашмайди.

Жароҳат учогида пуфаклардан ташқрай, уртасида очик жой булган катта эритемали доғлар - пуфакнинг бошланиши ҳам пайдо булиши мумкин.

Lever W.F., Schanburg - Lever C., (1983) - клиник қуриниш жихатидан буллёзли пемфигоидни 3 хил турини ажратади:

1. **Чекланган.**
2. **Пуфакчали.**
3. **Вегетацияланувчи.**

Буллёзли пемфигоиднинг чекланган турида элементлар асосан оёқларда жойлашади.

Пуфакчали формада пуфаклар майда булиб, гурухлашиб жойлашишга моййил.

Вегетацияланувчи турида агар элементлар култик остида ва човда жойлашса, эрозиялар тубида веррукоз усмалар пайдо булади.

Пемфигоиднинг хамма турларида хосил булган эрозиялар уз-узидан эпителизацияга учрайдилар, лекин купинча тошмалар таркок характерга эга булади. Бу вақтда теридаги жарохат учогида хилма - хил манзара намоён булади: чекланган эритема, янги пуфаклар ва битаётган эрозияларни бир вақтда куриш мумкин.

Буллёзли пемфигоидда шиллик каватлар жарохати 1/5 касалларда учрайди ва элементлар олдин шиллик каватда, кейин терига тошади.

А.Л.Машкилейсон (1984) шиллик кават жарохатининг узига хос клиникасини ёзган. Пуфаклар шишган ва кизарган, шиллик каватда, диаметри 0,5-2,0 см булиб, пуфак кобиги транг тортилган ичидаги суюклик серозли ёки конли булади. Вульгар пурсилдокдан фарк килиб, Левер пурсилдогидаги шиллик кават жарохатида пуфаклар узок вақт сакланиб қолади ва травма натижасида хосил булган эрозиялар тезда эпителизацияга учрайди.

Н.Д.Шеклаков (1967) - шиллик каватнинг таркок жарохатини - бурун, огиз, гениталийда бирин - кетин пайдо булишини кузатган.

Никольский симптоми жарохат учогида, ундан узокда манфий, суртма-изда акантолитик хужайралар топилмайди.

Айрим олимлар (Jngber A. et all., 1986) фикрига Левер пемфигоидида буйрак жарохатланиши мумкин. Беморлар кони зардобида айланиб юрган иммун комплекслар нефротоксик хусусиятга эга булиб, сийдикда юкори концентранган оксил хосил булишига олиб келади. Айрим дорилар (фуросемид) купинча буллёзли пемфигоид касалигини келиб чиқишига, кайталанишига сабаб булиши мумкин.

Дифференциал диагноз — буллёзли пемфигоидни чин пурсилдок, Дюринг дерматози, куп шаклли эксудатив эритеманинг буллёз шакли, буллёзли токсикодермия билан дифференциация килинади.

Буллёзли пемфигоидни чин пурсилдок, Дюринг дерматози билан дифференциацияси юкорида келтирилган.

Куп шаклли эксудатив эритеманинг буллёз формаси - Левернинг буллёзли пемфигоиддан фарк килиб, бемор умумий ахволининг узгариши, совкотиш, юкори иситма, бушашиш билан кечади. Асосан, ёшларда учраб, бирнеча хафтадан кейин бутунлай тузалиб кетади. Элементлар шишган, кизарган терида пайдо булса, Левер пурсилдогида купинча узгармаган терида пайдо булади.

Токсикодермиянинг буллёзли формаси - буллёзли пемфигоиддан купинча келиб чиқиши, дорилар кабул қилишга боғлиқлиги, элементларнинг полиморф характерга эгалиги (жарохат учогида эритема, тарвок, пуфакчалар), иситма чиқиши, умумий ахволининг бузилиши билан фарк қилади.

Давоси. Беморларни даволашда бемор ёшига, жарохат учогининг куп - озлигига қараб даво буюрилади. Асосий даво кортикостероид гормонлар билан утқазилади. Кортикостероид гормонлар (преднизолон ҳисобида) 30 - 40 мг дан 50 - 100 мг гача, беморлар ахволига ва жарохат учогининг таркок ёки чекланган жойлашишига қараб буюрилади. Баъзан гормон препаратлари азатиоприн, метотриксат, циклофосфамид каби препаратлар билан берилса яхши эффект беради.

И.Ю.Голоусенко (1985) кортикостероид гормонлар (преднизолон ҳисобида 40 мг) билан биргаликда диаминодифенилсульфон (ДДС) - 50-100 мг/сут ичида препаратини қуллаб яхши натижапар олган. Даво 3 ойдан 2,5 йилгача давом этади.

Буллёз пемфигоид билан оғриган беморлар даво тугагандан сунг кортикостероид гормонлар терапевтик дозасини кабул қилишлари шарт эмас.

Бошка умумий даволар ва ташки махалий даво худди чин пурсилдок билан огриган беморлар каби утказилади.

Чандик хосил килувчи пемфигоид.

(Кузнинг пурсилдоги - конъюктивит)

Бу касаллик биринчи марта 1858 й W.Соорег томонидан ёзилган булиб, кейинчалик A.Thost 1917 йилда «шиллик каватларнинг яхши сифатли пурсилдоги» номи билан ёзган.

Бу касаллик буллёзли пемфигоидга Караганда кам учраб, аёлларда эркакларга нисбатан икки марта куп учрайди. Беморларнинг уртача ёши W.Lever (1965) буйича 60 ёш, Н.Д.Шеклаков (1967) беришича 45,9 ёш.

Касалликнинг этиопотегенезида буллёзли пемфигоид келиб чиқишидаги назариялар билдирилган.

Клиникаси. Чандик хосил килувчи пемфигоид асосан шиллик каватларни, конъюктивани ва кейинчалик терини жарохатлайди. Энг аввал огиз шиллик каватидан лунж, танглай, кейинчалик бурун, хикилдок, халкум, жинсий аъзолар жарохатланади, кейинчалик (Н.Д.Шеклаков (1962) буйича 4 йилдан кейин) куз конъюктиваси жарохатланади. Куздан кейин тери жарохатланади.

Шиллик каватида пайдо булган пуфаклар чукур жойлашиб, кобиги калин, таранг булади, узок вакт ёрилмайди.

Кейинчалик пуфаклар ёрилиб, хосил булган эрозиялар, чукур жойлашган, гуштсимон кизил рангдаги яраларни эслатади, атрофга караб каттапашмайди, юзаси калин кулранг-окиш парда билан копланган.

Касапликнинг характерли хусусиятларидан бири элементларнинг бир жойга кайта-кайта чиқиши ва жарохат учогида чандиклар хосил килиш. Агар жарохат учоги халкумда, хикилдоқда, орка пешов атрофида, уретрада, жойлашса чандикланиб ёпишади ва структура хосил килади.

Кузнинг жарохати, кузда огрик ёругдан куркиш билан бир вақтда куз конъюктивасидан олдин шиш кейинчалик тургун кизариш булади.

А.Л.Машкиллейсон (1965) кузатишича 1/3 кием беморларда олдин битта куз, бир йилдан кейин эса иккинчи куз жароҳатланади.

Купинча бемор, хатто врач хам сезмаган холда конъютивни ривожланиб турган бир пайтда, конъюктив остида пуфак, эрозия хосил булади. Улар урнида олдин силлик кейинчалик, билинарли чандик хосил булади.

Чандиклар конъюктивини бужмайиб колишига, конъюктив халтачани ёпишиб колишга (сиблефарон) олиб келади ва куз олмачаси харакати чекпаниб қолади.

Кавокнинг кайрилиб колиши (трихиоз), куз ёши каналчаларининг деформацияси кузатилади, хамда шох пардаларда яра хосил булиб, кейинчалик бемор курмай қолади.

Тери жароҳатланганда, асосан жароҳат учок бошнинг сочли кисмида, юзда, кул-оёқларда, човда жойлашиб, жароҳат учогида оз микдорда, чекланган, кичикрок пуфаклар пайдо булади. Пуфаклар қобиги қалин, бунинг ичидаги суюқлик серозли ёки серозли-қонли булади.

Пуфаклар ёрилиб, юзаси қаттиқ қолоқлар билан қопланган эрозиялар хосил булади. Эрозиялар тезда битиб, урнида гиперпигментли доғлар қолади. Кейинчалик жароҳат учогида, (эски жойларда) яна янги пуфаклар чиқиб, кейинчалик урнида атрофик чандиклар қолади. Беморнинг умумий ахволи қониқарли булади. Жароҳат учогидан олинган суртма-изда акантолитик хужайрапар йуқ. Никольский симптоми манфий.

Чандик хосил қилувчи пемфигиднинг клиник турларидан бирида, агар жароҳат чекланган холда булса, элементлар қизарган ёки узгармаган терида бошнинг сочли кисмида ёки оёқларда пайдо булади.

В.И.Самцов, И.И.Подвисоцкая (1982)-лар жойлашишни чандик хосил қилувчи пемфигиднинг чекланган турини икки вариантга ажратади.

Биринчиси агар жароҳат учоги бошнинг сочли кисмида жойлашса чандик хосил қилувчи пемфигиднинг - Брунстинг-Перри туридир.

Бу турида бошнинг сочли кисмида, қизарган терида пайдо булган пуфаклар, қайтишида чандикли атрофия хосил қилади.

Чандик юзасида яна янги пуфаклар пайдо булиб, пуфаклар ёрилиб хосил булган эрозиялар юзаси, калин калоклар Билан копланеди.

Иккинчи вариантда - оёкларда чекланган холда жойлашган пуфаклар чандикли атрофия колдиради. Жарохат учогидан олинган материал гистологик текширилганда пуфакларнинг субэпителиал (аконтолизисиз) жойлашиши, хамда пуфаклар ичидаги суюкликда - эозинофиллар топилади.

Дифференциал диагноз

Чандик хосил килувчи пемфигоид - чин пурсилдокдан буллёзли пемфигоиддан, Стивенс-Джонсон симптоmidан, Дюринг дерматозидан, афтоз стоматитдан, Бехчет касаллигидан, буллёз эпидермолиз дистрофик формасидан, Брунстинг-Перри турини эса кизил волчанкадан, дифференциация килинади.

Буллёзли пемфигоиддан чандик хосил килувчи пемфигоид жарохат учогининг чекланган жойлашиши, конъюктиванинг жарохати, элементларнинг бир жойга кайта чикиши ва чандикли атрофия хосил килиш билан фаркланади.

Стивене Джонсон синдромида - уткир кечиш, иситма чикиши бемор умумий ахволининг огирлиги, купрок ёшларда учраши билан чандик хосил килувчи пемфигоиддан фарк килади.

Стивене Джонсон синдромида купинча касаллик клиникасида куп шакилли эксудатив эритеманинг хакикий куриниши булади. Куз конъюктиваси жарохатланганда уткир кечади, йиринг ажралади аммо чандик хосил булмайди. Огиз шиллик кавати жарохатланса огрик булади, эрозиялар юзаси некротик парда билан копланеди.

Дюринг дерматозининг буллёзли формасида жарохат учоги таркок, элементлар грухлашиб, кизарган терида жойлашади. Шиллик каватлар, конъюктива кам жарохатланади. Жарохат учогида чандикли атрофия колмайди.

Афтоз стоматит - узок кечмайди, факат огиз шиллик каватида булади, чандик колмайди.

Бехчет касаллигида - огиз шиллик кавати, куз конъюнктиваси жинсий органлар, орка пешов жарохатланади. Кузда куриш нервнинг атрофияси курликка олиб келади. Элементлар пуфак эмас, балки акнесимон булади. Беморларда артралгия, миопатия истима чикиши кузатилади.

Брунстинг - Перри типдаги пемфигоидни кизил волчанканинг бошнинг сочли кисмида жойлашганда ажратиш кийин.

Дифференциал диагностика касалликнинг клёш таъсирдан авж олиши, бошнинг сочли кисмидан ташкари терининг бошка жойларида ҳам учраши, фолликуляр гиперкератоз кузатилиши касалликни кизил волчанка фойдасига хал килади.

Даволаш. Беморларни даволаш асосан буллёзли пемфигоид каби утказилади. Картикостероид гормонларни махаллий апликация, аэрозомия, укол килиш йули билан жунатиш яхши натижа беради.

Давога ДДС, аскорбин кислотата, В₁₂, темир препаратлари (ферроплекс) кушиб бериш яхши натижалар беради.

Факат оғиз шиллик каватининг яхши сифатли акантолитик хужайрасиз пурсилдоги

Б.М.Пашнов ва Н.Д.Шеклаков (1961) - пуфакли дерматозлардан акантолитик хужайрасиз, чандикли атрофия хосил килмайдиган алохида касаллик сифатида факат оғиз шиллик каватининг яхши сифатли акантолитик хужайрасиз пурсилдогини ёзган.

Клиникаси. Касаллик бошланишида кизариб биров шишган, баъзан узгармаган оғиз шиллик каватида диаметри 0,1-1,0 см булган кобиги калин, ичидаги сероз ёки сероз-конли суюклиги бор пуфаклар ёрилиб, тиник-кизил рангли эрозиялар хосил булади. Эрозиялар юзаси осон кучадиган оқиш фибриноз парда билан копланган.

Жарохат учогида Никольский симптоми манфий, суртма-изда акантолитик хужайрапар топилмайди.

Орадан 1-2 хафта утгач эрозиялар битади, кейинчалик яна кайтадан пуфаклар чикиши мумкин. Беморлар умумий ахволи коникарли, янги элементлар чикаётганда бироз огрикка шикоят киладилар.

Дифференциал диагноз - факат огиз шиллик каватининг яхши сифатли акантолитик хужайрасиз пурсилдогини - чандик хосил килувчи пемфигоид, купшаклли эксудатив эритема, Дюринг дерматози билан ажратиш керак.

Чандикли хосил килувчи пемфигоид. W.F.Lever (1965) фикрича факат огиз шиллик каватининг пурсилдоги, чандик хосил килувчи пемфигоиднинг энгил тури булиб, жарохат учогида чандик хосил булиши, жарохат тез кайтгани учун, улгурмайди. Лекин жарохат 14 баъзан 24 йил давом этганда хам чандик хосил булмаган, конъюктива, тери жарохатланган. Шулар билан фарк килади.

Куп шаклли эксудатив эритема - уткир бошланади, истима чикиши, бемор умумий ахволининг узгариши, бош, бугимларда огрик билан кечади. Жарохат огиз шиллик каватидан ташкари, купинча терида жойлашади.

Дюринг дерматози - хеч қачон факат огиз шиллик каватида булмайди, элементлар асосан терида булади. Ядассон синамаси мусбат, сульфон препаратлари даволашда яхши эффект беради. Юкоридагилар факат огиз шиллик каватининг яхши сифатли пурсилдогида булмайди.

ДЮРИНГНИ ГЕРПЕССИМОН ДЕРМАТИТИ

Бу касалликни биринчи марта 1884 йилда Америка дерматологи Дюринг ёзган. Хамма тери касалликлари ичида Дюринг дерматози 0,2-0,3% ни ташкил килади. Касаллик ёшлардан тортиб то қарияларгача учрайди. Лекин асосан 75-80% холларда 15-55 ёшларда учрайди. Эркаклар аёлларга Караганда купрок огрийди. Касаллик келиб чикишида пурсилдок касаллигидаги барча назариялар бу ерда хам кулланилган. Охирги вақтда Дюринг дерматози аутоаллергик касаллик ҳисобланиб, бунга сабаб беморнинг қонида эозинофиллар булиши, хамда беморларда галогенларга нисбатан сезувчанлик ошганлиги асос қилиб олинган. Куп касалларда ингичка ичак шиллик каватлари яллигланиши кузатилади.

Бундан ташқари, иммунофлюоросцент усулида курилганда базал мембарана остида дерма сургичсимон каватида IgA типдаги антитана топилган.

Касалликни 2 хил тури: майда пуфакчали ва катта пуфакли тури ажратилади.

Майда пуфакчали тури бошланишида тери кичишиб кизаради. Кейин турли хил элементлар - эритема (доғлар), пуфакчалар, тугунчалар, торвоқлар, маддалар тошади. Купинча булар симметрик холда туду - туду бўлиб тошади (худди учукка ухшаб кичишиш билан утади). Пуфакчаларни уртаси ядлигланган кизил жияк билан урапган булади. Пуфакча суюқлигини буюб микроскоп остида курилса, у асосан эозинофиллардан иборатлигини куриш мумкин.

Пуфакчалар ёрилиб эрозия хосил килади. Кейинчалик уларнинг усти пустлоқ билан копланди. Касаллик бошида курак атрофига, кул ва думбага тошади, кейинчалик эса баданнинг бошка жойларига ҳам таркапиб кетиши мумкин. Аммо бошга, кафт ва оёқ тағларига тошмайди. Касаллик уз узидан йуқолиб кетиши ва яна кузгалиб кетиши мумкин. Никольский симптоми манфий булади.

Катта пуфакли формасида кизарган терида катталиги гилосдан то ёнгоқкача булган пуфаклар пайдо бўлиб, пуфаклар кобиги таран г тортилган, калин булади. Ичидаги суюқликни эса тиниклиги кузатилади. Пуфак узок вақт узгармасдан сакланиб туриб, 10-14 кунда ёрилиб, эрозия хосил килади, эрозия усти калок билан копланди. Калок тушиб кетиб урнида гиперпигментли доғ қолади. Баъзан пуфак атрофида гурухлашиб жойлашган майда пуфакчалар пайдо булади.

Ёш болаларда Дюринг дерматози купинча таркок характерга эга булади. Жарохат учоги кул, оёқларнинг ёзилувчи юзаларида бадан, думба териларини, ҳамда кафт, товонларда жойлашади.

Ю.А.Мирзаев (1986) кузатиши буйича касаллик купрок болалар икки ёшга тулгунча булган даврда фаолрок кечади. Агар бемор болалар тошган

элементлар везикуло - буллёз характерга эга булса, бола 6-6,5 ёшга кирганда касаллик утиб кетади. Агар тошмалар пуфакча - тугунчали булса, касаллик сурункали кечиб, узок вақт давом этади. Ю.А.Мирзаев (1986) - текширишлари натижасида агар касаллик ёш болаларда 5 ёшдан кейин пайдо булса, узок вақт давом этиб, катта булганда ҳам сакланиб қолади деган хулосага келган. Дюринг дерматозиди шиллик каватлар жароҳатланиши тугрисида, олимлар орасида ҳар хил фикрлар бор.

Тошбоев Б.М. (1965), Shuermann (1958) - Дюринг герпессимон дерматози билан оғриган 1000 беморни текширганда шиллик кават жароҳати 82 ҳолларда учратса, Н.А.Торсуев (1979) бундай жароҳатларни 102 беморларда кузатган. W.F.Lever, G.Schanmburg - Lever (1983) лар эса герпессимон дерматоз касаллигида, шиллик каватлар жароҳатини умуман рад этади. Беморларга диагноз қуйишда Дюринг герпессимон дерматозини - акантолитик пурсилдок, Левер пемфигоиди, токсикодермия, куп шаклли эксудатив эритема каби касалликлар билан дифференциация қилинади. (жадвал № 3).

Жадвал № 3.

Дюрингнинг герпессимон дерматози дифференциал диагностикаси.

№	Асосий симптом	Дюринг дерматози	Токсикодермия	Куп шаклли эксудатив эритема	Левер пемфигоиди	Пустуллёз псориаз таркок формаси
1.	Беморни умуй ахволи	Кониқарли	Купинча оғир	Кониқарли	Кониқарли	Купинча оғир
2.	Тошмалар характерн	Полиморф	Полиморф	Полиморф, лекин марказида киндиксимон чуқурча бор	Полиморф	Мономорф

3.	Субъектов шикоятлар	Кичишишг а	Кичишиишга	Ачишиш ва огрикка	Кичишишга	Кичишишга
4.	Элементлар жойлашиш и	Гурухлашг ан	Гурухлашмага н	Гурухлашга н	Гурухлашга н	Гурухлашган
5.	Ядассон синамаси	Мусбат	Манфий	Манфий	Манфий	Манфий
6.	Пуфак ичидаги суюкликда эозинофил топилиши	Топилади	Топилмайди	Топилмайди	Топилмайди	Топилмайди
7.	Аосий давоси	Сульфон препаратла ри	Аитигистамин лар, тинчлантирув чи, огир формаларда кортикостерои д гормонлар	Анти гнетам и нлар, антнбиотик лар хинин препаратлар и	Купинча кортикостер оид гормонлар	Иммуиотерап ия, антнбиотиклар , витаминлар, цитостатиклар

Касаллар гапогенлар (йод, бром, хлор) га нисбатан сезувчан буладилар.

Купинча диагноз куйишда шулардан фойдаланилади.

Агар касалга 3% калий йоддан 1 ош кошик берилса, унинг дарди огирлашиб, баданга янги пуфакчапар ва тошмапар тошиб кетади.

Баъзан Ядассон синамаси куйилади - бунинг учун бемор билагининг сог жойига калий йодининг 50% малхамидан суртиб бойланса, 1 суткадан сунг у жой кизариб кетади ва устида пуфакчапар пайдо булади. Дюринг дерматита билан огриган беморлар, одатда узларини олдирмасдан, яхши сезадилар ва узок умр курадилар.

Гистопаталогияси. Элементлар асосан эпидермис остида жойлашади (шамоллаш натижасида, акантолизис эмас).

Даволашда - асосан ДДС ва алосульфон кулланилади. ДДС 1-2 хафтада 0.05x2 марта, 3-4-5 хафтада 0,1x2 марта курсига 4,8 грамм. Дори 6 кун ичиб

7 кун дам олинади. Болаларда дорилар дозаси 0,005 дан 0,025 гача ёшига караб 3 мартадан берилади. Касаллик огир кечганда гормонлар берилади. Беморларга шунингдек сульфаниламид препаратлари, сульфадимезин, норсульфазол ҳам бериш мумкин. Бу препаратлар суткасига 1,5-4 г дан 10-14 кун берилиб кейин танафус килинади. бундан ташкари беморларга В группа витаминлари С ва Р витаминлар берилади. Дорилар таркибида галоген булмаслигига эътибор бериш керак. Ташки даво пурсилдок касаллиги каби утказилади. Беморларга пархез буюрилганда овкат ва дорилари таркибида гапогенлар булмаслигига, ҳамда глюкенсиз (бугдой, гуруч, арпа) овкатлар тавсия килинади.

Хомиладорлар герпеси.

Касалликни биринчи марта J.V.H.Bunel (1811) ёзган булиб, унга J.Z.Milton (1872) хомиладорлар герпеси деб ном берган. Хозирги вақтда хомиладорлар герпеси алохида касаллик эканлиги ҳамма олимлар томонидан тан олинган.

Бу касаллик жуда кам учрайди. G.M.Crawford, R.W.Zeeper (1950) кузатишича - 20 йил ичида 49,254 та хомиладор аёлдан фақат иккитасида (0,02%) хомиладорлар герпеси булган.

Касаллик купрок ёши утган аёлларда биринчи хомиланинг 5-6 чи ойларида, баъзан 3-4 чи ойларида учрайди. Касаллик биринчи хомиладорликда бошланиб, кейинги хомиладорлик даврида кайталаниши мумкин, баъзан туккандан кейин яхшиланса, баъзан аксинча яна кайталаниши мумкин.

Куп холларда касаллик яхши тугайди, лекин айрим холларда беморни улимга олиб келиши мумкин.

Касал онадан тугилган болаларда, онасидаги каби тошмалар тошиши, купинча болалар улик ёки хар хил камчиликлар билан тугилиши мумкин.

Н.А.Торсуев ва автор (1979) - кузатишча касал хомиладор аёлларнинг ярмидан купрогида мацерацияланган хомила, эрта тугиш ёки акли заиф болалар тугилиши мумкин.

Купчилик олимлар (Holmes R., Bleck M.M., 1980; Tiudel G.G. et al., 1981; Burtnelemy et ol.,1985) хомиладор герпесини аутоиммун касаллик киргизадилар.

Клиникаси:

Касаллик клиникаси учун бадан, кул-оёклар терисида эритематоз-коварчикли доғлар пайдо булади. Доғлар ичида ёки атрофида 2-3 кундан кейин майда тарик катталигидаги, конуссимон, овал шаклдаги йирингсимон ёки пуфакчалар пайдо булади. Пуфакчалар бир-бири билан кушилади ёрилиб эрозиялар юзаси колок билан копланди (расм № 172).



Расм № 172. Хомладорлар герпеси

Айрим вақтларда кизарган терида кобиги каттик пуфаклар пайдо булиб, улар ичидаги суюклик сероз-йирингли, конли булади.

Шундай килиб жарохат учогида хилма-хил куриниши чекалари пистонсимон эритемалар, улар юзасида герпессимон жойлашган куп микдордаги везикуло-пустулалар, сероз-конли колоклар билан копланган эрозиялар, олдинги элементлар урнида колган гиперпигментация учоклари. Элементлар кайтиб, яна янги жойдан чикади. Шиллик каватлар жуда кам жарохатланади.

Элементлар тошишдан олдин беморларни кичишиш, ачишиш безовта килади, тошмалар тошишда беморга истима чикиб, холсизланади. Конда ва пуфак ичидаги суюкликда эозинофиллар сони ошади.

Дифференциал диагноз:

Хомиладорлар герпесини Гебранинг герпессимон импетигоси, субкорнеал пустулёз, Дюринг дерматити, буллёзли пемфигоид билан дифференциация килинади.

Гебранинг герпессимон импетигосии хомиладорлар герпесидан ажратиш кийин, айникса импетиго хомиладорлик вақтида тошса. Лекин герпессимон импетиго келиб чиқишида эндокрин, назария, гипокальцинемия рол уйнаса, хомиладорлар герпеси аутоиммун касалликдир.

Касаллик клиникасида герпессимон импетигода асосий элемент мономорф гурухланган йирингча булиб, улар узгармаган терида пайдо буладилар.

Беморнинг умумий ахволи огир булиб, хатто беморни улимга олиб келиши мумкин.

Субкорнеал пустулёзда - касаллик бир хил эркак ва аёлларда учраб, хомиладорлик билан боғлиқ эмас. Элементлар мугуз кават остида жойлашади, хомиладорлар герпесиди эса эпидермис остида.

Дюринг герпессимон дерматози ёш болалар, эркаклар, аёлларда бир хил учрайди, ҳамда беморларда галогенларга сезувчанлик ортик булади. Шулар билан хомиладорлар герпесидан фарк килади.

Буллёзли пемфигоид - хомиладорлар герпесидан ажратиш жуда кийин, буллёзли пемфигоид асоан карияларда учраб, шиллик каватлар ҳам жароҳатланиш мумкин. Шулар билан фарк килади.

Даволаш: Беморларни даволашда асосан сульфон, сульфаниламид препаратлари, В гурух витаминлари, антибиотиклар кулланилади. Айрим узок давом этувчи турларда кортикостероид гормонлари (преднизалон хисобида 40-50 мг) ташки давога анилин буёклар, антибиотикли, кортикостероид гормонли мазь, кремлар.

Субкорнеал пустулёз.

Касаллик 1956 йил биринчи марта J.B.Sneddon ва D.S.W.Wilkinson томонидан ёзилган. Шу даврдан бошлаб, бу касаллик узи алохидами ёки

пустулёз псориаз, Гебранинг герпессимон импетигози, ёки Дюринг дерматозининг пустулёз шаклими деган фикрлар олимлар уртасида хукм суради.

Кейинги вақтда купгина олимлар (Бухарович М.Н., Ковалёв В.М, 1979; Sneddan B., 1974; Zubach D. et al; 1980) бу касаллик алоҳида деган хулосага келдилар.

Этпо-патогенези номаълум. Эндокрин, иммунологик, инфекцион назариялар илгари сурилган.

Клиникаси: Жарохат учоги бадан териси-асосан корин соҳасида, човда, култик остида ва оёк-кулларда жойлашади.

Жарохат учогида диаметри 0,5-1,5 см келадиган, қобиғи илвиллаган, брушган, юзаки йирингча-фликтена пайдо булади. Фликтена ичидаги суюклик сероз-йирингли ёки йирингли. Элементлар кизарган, биров ишиган терида пайдо булиб, атрофида эритема бор. Фликтена ёрилиб, атрофида мугуз қават қолдиги қолган, эрозиялар ҳосил булади. Эрозиялар юзаси қолоқ билан қопланади, қолоқ тушиб кетиб урнида гиперпигментли доғ қолади. Доғлар урнида янги элементлар яна пайдо булади. Фликтена ичидаги суюкликда - акантолитик ҳужайра, нейтрофиллар топилади. Никольский симптоми мусбат. Элементлар грухлашиб, герпессимон жойлашиши мумкин.

Элементлар қушилиб, ранг баранг клиника қуриш мумкин, марказда, элементлар сурилиши, атрофида янги элементлар. Бу қуриниш географик картани эслатади.

Шиллик қаватлар жарохатланмайди. Қасаллик узок давом этиб, ёзда қайталади, лекин беморнинг умумий аҳоли қоникарли булади.

Гистологик қурилганда тиканакли қаватда ҳужайра орасида ва ичидаги шиш мугуз қават остида жойлашган пустула булиб, айрим жойларда паракератоз қузатилади.

Дифференциал диагноз: Субкорнеал пустулёзни Дюринг дерматозидан, сурункапи яхши сифатли оилавий пурсилдокдан, герпессимон

импетигодан, пустулёз бактериддан ва пустулёз псориаздан дифференциация килинади.

Дюринг дерматозида - элементлар чин полиморфизм (дог, когурчик тугунча, пуфакча, пуфак) характерига эга. Конда, элементлар ичидаги суюкликда эозинофиллар сони ортиб кетди. Ядассон синамаси мусбат. Гисталогик текширишда элементар эпидермис остида жойлашади. Юкоридагилар субкорнеал пустулёзни ажратишда ёрдам беради.

Гужеро-Хейли-Хейленинг оилавий пурсилдоги учун элементларнинг асосан бурмаларда, буйиннинг иккиён томонида жойлашиши, элементларнинг эпидермис хужайралари орасида жойлашиши, оилавий кечиши характерлидир.

Герпессимон импетиго - купрок хомиладорларда учраб, бемор умумий ахволи огир булади ва гипопоратиреоз кузатилади.

Пустулёз бактерияда - тошмапар кафт ва товонда булиб, гисталогик курганда тошмалар чукур тиканакли каватда жойлашади, акантолиз кузатилмайди.

Пустулёз псориаз - жарохат учогида пустуладан ташкари псориазнинг узига хос папулалар, бляшкаларнинг терининг бошка жойларида булиши, псориастик учлик симптомининг мусбатлиги билан фарк килади.

Даволаш: Касалликни эффеков даволайдиган терапевтик препаратлар йук. Айрим олимлар антибиотиклар, сульфон препаратлари, картикостероид гармонлари куллаб клиник тузалишни кузатганлар.

Ташки давога анилин буёкларнинг сувдаги эритмаси, кортакостероид, антибиотакли мапхамлар ишлатилади.

БОБ 15. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

Vernix caseosa, Ихтиозсимон терининг куруклашиши, Ёгли кисталар, Linea fusca, Телеангиоэктазия, Кукимтир ёки мугиллар доғи, Утиб кетувчи шишлар, Омфалит, Чакалокларнинг лимфангиоэктатик шиши, Токсик (аллергик) эритема, Адипонекроз, Чакалоклардаги склерема ва склередема, Себореяли дерматит, Лейнер-Муссунинг дексваматив эритродермияси каби касалликлар чакалокларнинг терисида хаётининг дастлабки кунларидан, биринчи хафталаридан пайдо булиши 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 булган хар хил тери касалликлари учраши мумкин. Бизга маълумки, баъзи бир касалликлар, аввалам бор тугма нуксонлар, деформациялар, дисплазиялар, невус ва невусли касалликлар, чакалок хаётининг биринчи икки хафтасидан бошланиб, унинг болалик даврида ва хаттоки бир умр сакланиб қолиши мумкин. Аммо, шундан бир гуруҳ тери касалликлари борки, улар чакалок хаётининг дастлабки кунларига специфик, характерли булиб, кузатилиб, яъни чакалок тугилиш билан бошланиб ва чакалоклик даври утиши билан йук булиб кетиши, қайта учрамаслиги мумкин.

Тери ва тери ортикларининг умумий узгаришлари

VERNIX CASEOSA

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

Куп муаллифлар vernix coseosани чакалоklar териси учун бактериялардан яхши химоя воситаси хисоблашади, чунки у чакалоklar терисида колдирилганда чакалоklarнинг йирингли касалликларга чалиниши сезирарли равишда пасайганлиги аникланган. Чакалок биринчи марта чумилтирилганда унинг терисини рН кислотали эмас, балки нейтральга якин булади.

Чакалок терисининг катта кисми майин соччалар билан копланган булиб, 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 тукилиши 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 оёкларигаги тирноклар бармоklarининг охиригача булади, аммо уларнинг нимжонрок ривожланиши усиш бузилишининг белгиси хисобланмайди. Чала, нимжон, огирлиги кичик тугилган чакалоklarда тирноклар булмаслиги хам мумкин. Тирнокларнинг оилавий

аномалияси хисобланган – hyperkeratosis subungualis (pachonyhia congenita), кам учрайди. Бу аномалияда эпидермиснинг тирнок ости катлами ноноормал калинлашади ва хамма тирноклар ок тирнокка ухшаб куриниб кетади.

Чакалоқларнинг 80%да хаётининг 2-3 кунларида ёки 4-6 кунларида тери, шиллик каватлар 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 кулоқларга таркалиб кетади. Сарикликнинг куриниши хам турлича булади – билинар-билимасдан то кескин холатгача булиб, 2-3 кун ичида максимал саргайишга етади. Сунг аста-секин кайта бошлайди ва 7-10 кун утгач йуколиб кетади. Физиологик сариклик кузатилаётган чакалоқларнинг конида билирубин юкори микдорда булади, бунга сабаб эса эритроцитларнинг гемолизидир, чунки кислород билан таъминланиш планцентар йулидан упкага утгани ва жигарнинг глюкоронилтрансфераза тизимининг функционал етишмовчилигидир. Бундан холатда чакалоқни даволаш шарт эмас. Агар сариклик 10 кундан ортиб кетса, демак жигарнинг функционал курсаткичлари пастлиги белгисидир.

ИХТИОЗСИМОН ТЕРИНИНГ КУРУКЛАШИШИ

Ихтиозсимон терининг куруклашиши. Чакалоқларнинг маълум бир кисмида тугилишидан 2-3 кун утгач ёг безларининг тез катадиган секретини ажралиши кучайиши кузатилади. Баркутсимон, нозик тери куруклашади, дагаллашади, калинлашиш натижасида эпидермис осон ёриладиган холатга келиб қолади, рангги эса кунгирсимон рангда булади. Юкорида келтирилган узгаришлар купинча тирсакларда, кафтларда, бармоқларда кузатилади. Бу холат чакалоқ хаётининг биринчи хафталар утиши билан йуколиб кетади ва ихтиоз касаллиги билан умуман боглик 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 ёг безларининг гиперсекрецияси ва унинг тупланиб қолиши туфайли юзага келади. Ёг кисталари чакалок тугилган вақтдан бошлаб чакалокларнинг ярмида кузатилади. Чакалокнинг лунж, буруннинг канотлари ва учи, бурун-лаб бурмалари, энсада, баъзи холларда эса жинсий аъзо терисида перламутирсимон, бироз саргиш, диаметри 1 мм гача булган нуктасимон папулалар кузатилади. Элементлар бир-икки та ёки куп сонли буладилар, куп холларда гурух хосил қилиши мумкин. Тошмалар бир неча кун сакланиб туриши мумкин, баъзан эса 1,5-2 хафтагача чузилади, сунг йуқолиб кетади. Баъзи бир болаларда яллигланишли хошиялар шу кисталар атрофида пайдо бўлиши мумкин. Бундан қуриниш чакалокларнинг хуснбузари деб ҳам аталади. Уларнинг келиб чиқишида она гормонларининг чакалокка утиши ҳисобига келиб чиқади деб тушунилади. Даволаш утқазилмас ва булаверади.

LINEA FUSCA

Linea fusca. Купинча чакалоклар хаётини II- ва VIII-хафталари, асосан 3- ва 6- хафталарида кориннинг ок линияси бўйлаб нозик пигментлашган чизикча пайдо бўлади. Бу чизикча 2-3 ой утгач йуқолиб кетади. Купинча шу пигментация киндикни ҳам қоплаб қолади. *Linea albae* да жойлашган пигментация купинча қатта ёшдаги болаларда учрайди.

ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЯ

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

КУКИМТИР ЁКИ МУГИЛЛАР ДОҒИ

Кукимтир ёки мугиллар доғи (синие или монгольские пятна) – бу ҳам физиологик ҳолат. Купинча куймич соҳасида, кам думба ёки курак соҳаларида учрайди. Факат сарик иркнинг вакилларида юз соҳасида учрайди. Кукимтир рангдаги доғлар булиб, улар жойлашган соҳасида сочлар ва инфилтратлар кузатилмайди. Бармоқ билан босиб қурилганда бу доғлар йуқолмайди. Шу доғларда меланин пигменти бор дермада жойлашган йирик хужайраларда кузатилади. Бола ҳаётининг 3-5 йили узидан узи тузалиб, йуқолиб кетади. Ок ирк одамларини болаларида 2-8% ҳолларда бу касаллик кузатилади ва брүнотларда (қора кузли ва ок сочли) учрайди. Бу дистрофиянинг белгиси эмас.

УТИБ КЕТУВЧИ ШИШЛАР

Утиб кетувчи шишлар (переходящие отёки). Чакалок ҳаётининг биринчи кунларида маълум бир тана қисмларининг ёки қатта териси соҳаларини эгалловчи шишлар кузатилиши мумкин. Қуп ҳолларда шишлар жинсий аъзолар (гениталий) соҳасида пайдо булиши мумкин, баъзи ҳолларда эса қов соҳаси, қориннинг пастки қисмлари, баъзан тананинг барча пастки қисмини эгаллаши кузатилади. Агар жароҳатланган соҳа майдон кичик булса, шишлар тезда қамайиб, қичрайиб, бир неча кунлар утқач йуқолиб кетади. Аммо шиш билан жароҳатланган тери қатта соҳаларни эгаллаган булса, узок вақтгача йуқолмаслиги мумкин (2-3 ҳафта). Чала тугилган чакалоқларда шиш осмотик мембраналарнинг утказувчанлигининг ошиши натижасида келиб чиқади. Агар онада сийдикда узгаришлар кузатилмасдан кечаётган нефропатия булса, чакалоқнинг узидан буйрак етишмаслигига утиш ҳолатларида утиб кетувчи шишлар кузатилиши мумкин.

ЧАКАЛОҚЛАРНИНГ ЛИМФАНГИОЭКТАТИК ШИШИ

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

(прогрессивлашиши) кузатилмайди, бир неча хафта ёки ойлар утгач йуколиб кетади. Бу холатнинг асосида лимфанинг лимфатик тиркишлар орасида (застой) тулланиши ва лимфатик капиллярларнинг усшишини кучайиши натижаси ётади.

ТОКСИК (АЛЛЕРГИК) ЭРИТЕМА

Токсик (аллергик) эритема – 20-30% болаларнинг чакалоклик даврининг 2-4 кунида кузатилади. Болаларнинг етилиб ёки чала тугилишига, уларнинг огирлигига боғлиқ булмаган холатдир. Купинча кукрак сутини истеъмол килаётган чакалокларда кузатилади. Чакалок терисида тез утиб кетадиган полиморф тошмалар кузатилиши билан характерланади. Терисида эритематоз доғларда жойлашган зич, думалок, окиш-сарик ёки ок папулалар ва торвоқлар кузатилади. Эритематоз доғлар 1-3 см улчамда булиб, шакли нотугри, кизгишлиги атрофдаги меёрдаги тери билан уйгунлашиб (контрастирует) кетади. Баъзи холларда элементлар бир-бири билан кушилиб кетади. Бармоқ билан эритема босиб курилганда окаради, тагадаги тукима эса бир оз зичлашганга ухшаб кетади. Тананинг олдинги ва орка юзаларида купинча жойлашади, баъзан юзда ҳам кузатилади. Кафт, товонлар ва шиллик каватлар жарохатланмайди. Касаллик бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Касаллик рецидиви (кайталаниши) кам учрайди, аммо баъзан тошмалар тошиши биринчи икки хафтада бир неча маротаба кузатилиши мумкин. Касаллик яхши сифатлик давом этади, кичишиш безовта килмайди, тошмалар кепакланишсиз ва пигментациясиз утиб кетади. Чакалокнинг умумий холати узгармайди, лекин купинча суюк ич кетиши, периферик конда эозинофилия, микрополиаденопатия, талокнинг катталаниши кузатилади. Агар тошмалар куп микдорда юзда кузатилса ва конъюнктивит билан кечса, унда кизамик (корь) касаллиги билан дифференциал диагноз утказиш лозим.

ОМФАЛИТ

Меъёрда мумиёлашган (мумифицированный) киндик канатикини колдиги чакалок хаётининг I-хафтасида тушиб кетади. Колган киндик

ярачаси эпитализацияга, грануляцияга учраб 2-хафтанинг охири 3-хафтанинг бошига чандикланиб битади. Киндик колдигининг тушиб кетишини ва киндик ярачасининг битишишининг чузилиши инфекцион микроблар стафилококк, стрептококк, ичак, кукиш йирингли (синегнойная), дифтерия, кокшол таёкчалари тушганда кузатилади.

Омфалит – яллигланиш жараёнининг киндик атрофидаги тери ва тери ёг 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 бироз шиш ва кизариш кузатилади. Боланинг умумий ахволи узгармайди, температураси меёрида, иштахаси эса яхши булади. Баъзи бир холатларда киндикдан йиринг ажралиб чиқади ва бурмаларда йигилиб қолади, буни – киндик пиорейаси деб аталади. Киндик ярачасининг битиши чузилиб кетганда уни асосида яраланиш кузатилади, киндик ичига караб усган грануляция катта булмаган кузикоринсимон шишни хосил қилади, буни – киндик фунгуси деб атаймиз.

Ductus omphalomesentericusнинг 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) ҳам 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, яллиглиниш жараёнининг атрофга ва терининг чуқур қисмларига тарқалиши билан характерланади. Буни натижасида корин деворининг ва ичак петляларининг бузилиши гангренизацияси кузатилиши мумкин.

Даволаш. Катарал омфалитда хар куни киндик ярачаси 3% - водород перекиси билан ювилади, сунг куритилиб, ультрабинафша нурлар билан нурлатилади. Ярача спиртли 1-2% - анилин эритмалари билан ёки 2-5% - кумуш нитрат ёки 5% - калий перменганат эритмалари билан кунига 2 махал обработка қилинади. Қасаллик тарқалган, чуқур жойлашган ҳолатда булса, беморни харорати кутарилса, ташки даво билан бирга умумий даво ҳам олиб борилади. Антибиотиклар (оксациллин, ампициллин, ампиокс, амоксациклин, цефопорин, 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 буюклари эритмалари билан артиб турилади.

АДИПОНЕКРОЗ

Адипонекроз - тери ёг ости клетчаткасининг учогли некрози булиб, чакалоқларнинг биринчи хафталагида бошланиб, баъзан биринчи кунларидан, яхши овқатланувчи болаларда учрайди.

Этиологияси. Асосан жароҳатдан (травма) кейин пайдо булиши тахмин қилинади. Чакалоқ она корнидан огир тугилиш ҳолатида тугиш йуллари орқали утаётганда тиббий қисқичлар ёрдамида акушерлик ёрдам берилаётганда (хомилани бурилиши, чакалоқни тирилтириш) жароҳат олади. Бу дерматоз ҳозирги вақтда тери ости клетчаткасининг ёш ёг туқимасининг эссенциал қасаллиги хисобланади. Чакалоқларда бу туқима кимёвий тузилиши буйича катта ёшдаги болалар ва катталардан кескин фарқ қилади,

чунки стеарин ва ёгли пальмитин кислоталари унда куп булиб, олеин ёг кислотаси анча кам булади. Бундан ташкари чакалокда териёг ости клетчаткасининг ретикуло-гистиоцитар тукумасида функционал узгаришлар кузатилади.

Клиникаси. Жарохат учоглари асосан белда, елкада, бошда, баъзан оёк-кулларда ва юзда кузатилади. Тери ёг ости клеткасида зич, чегараланган инфилтратлар ёки тугунлар пайдо булади. Уларнинг калинлиги 1-2 см, диаметри 1-2 смдан 4-5 см гача, баъзан болалар кафти 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 куринишда булади. Баъзан инфилтратлар биров огрик билан кечади, кам холатларда шу инфилтратларни юмшаши ва марказида тешилиши кузатилади, улардан оз микдорда творогсимон куринишдаги модда ажралиб чикиб туради. Гистологик текширувларда тери ёг ости клетчаткасида катта некроз учоглари, реактив яллигланиш ва эпителиал ва гигант хужайралар кузатилади. Чакалокни умумий ахволи бузилмайди. Касаллик яхши сифатли кечади. Инфилтратлар 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 куриниб турувчи чандиклар куриниб туради. Адипонекроз чакалокларнинг склередема ва склеремасидан хам фарк килинади. Бу касалликларда патологик жараён генерализациялашган холда кузатилиб, терини кескин диффуз зичлашиши, купрок бу холат склеремада якколрок кузатилади (суставларнинг харакатсизланиши, асосан жаг бугинларининг).

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

ЧАКАЛОКЛАРДАГИ СКЛЕРЕМА ВА СКЛЕРЕДЕМА

Склерема

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

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

Этиологияси номаълум 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 чакалоқни улимга олиб келади.

Склередема

Склередема асосан кам кувватли чакалоқларда 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 оёқларга 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 караб: 1) Енгил 2) уртача огир 3) огир шакллари ажратилади.

Енгил шаклида: жарохат асосан думба сохасининг кизариш ва инфльтрацияси билан бошланади. Бир неча кун давомида жарохат бурмаларда, купрок – чов бурмалари; камрок – култик ости, буйин ва кулок оркасига утади. Жарохат учоги атрофида догли, папулали (лентикуляр, нуммуляр тури) элементлари булиб, юзаси кепаксимон тангача била копланеди. Боланинг умумий ахволи узгармайди, баъзан бироз кайт килиш, ичининг бузилиш кузатилади.

Уртача огир шаклида – жарохат бурмалар кизариши, инфльтрациялаган булиши билан бошланиб, мацерация, атрофида кипикланиш кузатилади. Кизариш ва кипикланиш тезда тана, кул-оёклар терисига таркалади, купгина болаларда бошнинг сочли кисми жарохатланиб, кизариш, инфльтрация билан бир вақтда тангача, калоклар билан копланеди. Болаларнинг умумий ахволи бузилади – уйкуси ёмон, иштахаси йук, ич келиши суткада 3-4 марта, тез-тез кайт килади. Баъзан катарал отит кузатилади.

Огир шаклида – бутун терининг 2/3 кисми жароҳатланади. Жароҳатланган тери кизарган, юзаси кепаксимон тангачалар билан копланган. Бошнинг сочли кисми кизариш, инфилтрация, калок-тангачалар тупланган. Боланинг умумий ахволи огир, кайт килиш, ич кетиш, уйкусизлик, безовталиқ, озиб кетиш, анемия кузатилади. Беморларда пневмания, отит кузатилади.

Даволаш: Огир ва уртача огир шаклларида комплекс даво утказилади. Антибиотиклар, плазма, альбумин, глюкоза-аскорбинка билан куйиш, гамма-глобулин, витаминлар В₁, В₂, С, В₁₂ бериш. Ичгани хлорид кислота, пепсин билан. Ошқозон соки бериш тавсия қилинади. Енгил шаклида – жароҳат учогини 1-2% анилин буёқларининг сувдаги эритмаси, 0,5% преднизалон, 0,025% синафлан мазлари суртиш учун буюрилади, ичгани С, В₁, В₂, В₆ витаминларидан берилади.

ЛЕЙНЕР-МУССУНИНГ ДЕКСВАМАТИВ 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 ҳисобланса, айрим олимлар алоҳида касаллик ҳисоблайдилар. Касаллик келиб чиқишида купинча асосий ролни пиококклар ва замбуруглар уйнайди. Баъзан она сутида биотин (Н) етишмаслигида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Клиникаси: клиник бошланиши купинча тугилгандан 1 ой кейин, лекин 3 ойгача булган даврда кузатилади. Жароҳат учоги думбада, чов бурмаларида, баъзан терида, бошнинг сочли кисмида, култик ости ва юзда жойлашади. Жароҳатланган соҳада тери кизарган, инфилтрацияланган юзасида кипикланиш кузатилади. Бошнинг сочли кисмида сарғиш «ёгли» тангачалар тупланиб, худди конни эслатади. Боланинг юзи маскасимон булади. Тангачалар тушган бошнинг сочли кисмида сочлар тукилади. Оралиқ, думба соҳасидаги терилар шишган, кизарган булиб, сув чиқиши кузатилади. Баъзан мацерацияланган жароҳат 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 килиш, 4-10 марта суюк шилимшикли ич кетиши кузатилади. Болаларда III даражали гипотрофия анемия кузатилади. Касал ёмон ухлайди, безовталанади, кон куйиш, витаминлар берилишига карамай, анемия купаяди. Конда эозонифилия, ЭТЧ-ошиши, буйракда пиелонефрит, нефрит кузатилади.

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

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

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

Таркок себореяли 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, амоксациклин, 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 максадга мувофик булади. Баъзан беморнинг ахволи огир булиб, кортикостеорид 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. Ошкозон-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.

БОБ 16. ГЕНОДЕРМАТОЗЛАР

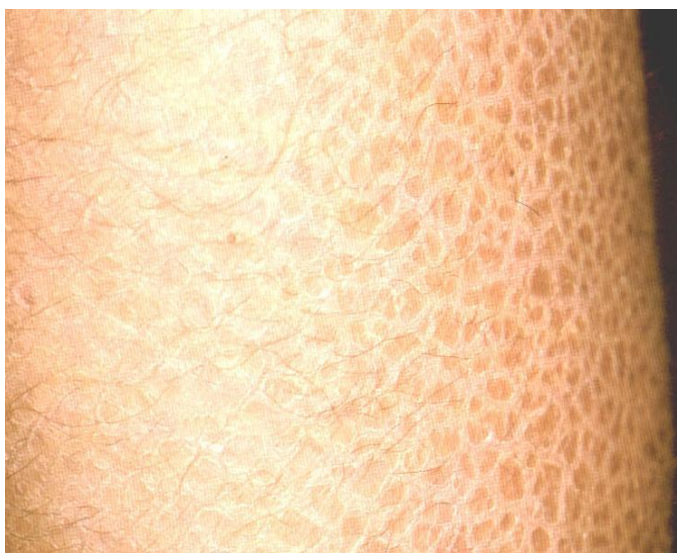
ИХТИОЗ

Тери ривожланиши тугма аномалияси булиб ирсий касалликдир, 3-4 авлодга берилиши мумкин. Авлоддан-авлодга утиш рецессив йулга караганда доминаит йули купрок учрайди, бунда беморнинг аклий ва жисмоний ривожияхши 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, қисман 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 қилинади. Оддий ихтиоз (*ichthyosis vulgaris*) ва тугма ихтиоз.

Оддий ихтиоз. Бу касалликнинг белгилари бола 2 ёшга яқинлашганда 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 боғлиқ равишда хар-хил клиник курунишлар кузатилиши мумкин. Бошлангич енгил шаклида тери куруклиги булади, тери ушлаб курилганда у каттик булади, мугуз қалашмалар булмайди, бироз кепаклашади, айникса уткир буюм билан тирналганда. *Дермографизм* оч пушти ёки ок. Ихтиознинг бу шакли ксеродермия деб аталади (расм № 173).



Расм № 173. Оддий ихтиоз

Ихтиознинг бошқа энгил шакли терида гадир-будирлик мавжудлиги мугуз пластинкалар соч фолликулалари тешиклари оркали чиқарилади. Ихтиознинг аниқроқ кечган шаклида терининг анча куруклиги ва нозик ок тангача шаклида кепаксимон куп кисмида 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 калконча куринишида булади, гоҳо уларнинг ранги туклашади. Бу ангача-калконча териға маҳкам 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 игнасиға** 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 корнидаёк бошланади ва бола огир мажрухлик аломатлари билан тугилади. Купинча болалар ривожланишининг огир етишмовчиликлари булган ички аъзолар ривожланишидаги етишмовчиликлар сабабли хаётининг дастлабки кунларидаёк улиб коладилар. Бундай болаларда кулок, ковок, лаб булмаслиги мумкин, улар урнида мугуз бурмалар мавжуд булади. Болалар эма олмайдилар. Уларнинг оёк-куллари хайвон оёкларига, тирноклари куш тирнокларига ухшаб коладилар. Узгаришлар камрок булган болалар яшаб кетишлари мумкин. Бундай болаларда тери диффуз кизариши аник билинган гиперкератоз булади. Мугуз калашмалар терини коплаб тошбака косасига ухшаб колади.

Гохо болалар «куйлакда» – кобик билан тугилиши мумкин, унда мумга шимитилган когозга ухшаб колади. Кобик ёрилгандан сунг куринишда меёрдаги тери куринади. Кейинчалик бундай болаларда оддий ихтиоз ёки ихтиоз шаклидаги эритродермия ривожланади.

Юкорида тасвирланган ихтиоз шаклида ихтиознинг уткир шакли тасвирланди. Тугма ихтиоз - огиррок шакли булса, ихтиоз шаклидаги эритродермия енгилрок шаклидир. Касалликнинг бир шакли иккинчисига утиши мумкин. Ихтиоз шаклидаги эритродермиянинг-фигурали эритрокератодермия шакли хам мавжуд. Ихтиознинг клиник куриниши аникдир, диагностикаси кийин эмас. Тугма ихтиоз кам учрайди, оддий ихтиоз ва ихтиоз шаклидаги эритродермия купрок учрайди. Брокнинг тугма ихтиозсимон эритродермияси 1902 йили тасвирланган булиб аутосом-рецессив касаллик булиб хисобланади. Кейинчалик бу касалликнинг иккинчи аутосом-доминанти типи билан ирсий тури ажратилган (бунда пуфаклар пайдо булади). Шу сабабли биринчи варианты- ихтиозсимон эритродермиянинг курук типи, иккинчи варианты эса эритродермиянинг буллезли шакли деб тасвирлаганлар. Хозирги даврда ихтиоз шаклидаги эритродермиянинг курук типини купинча муаллифлар ламелляр ихтиоз,

буллезли шаклини эса эпидермолиз икхтиоз деб атайдилар. Кейинчалик эса эритродермиянинг икки шаклини огир ва енгил шаклларга булишади.

Ихтиоз шаклидаги эритродермия бемор хаётининг охирига кадар узгаришсиз кечади, балогатга етганда касаллик бироз камаяди. Оддий ихтиозни курортда даволаш фойдали, ихтиоз шаклидаги эритродермияда бальнеотерапия салбий таъсир курсатади.

Дифференциал диагностикада касаллик шакллари узига хослиги эътиборга олинади. **Даволаш.** А.Е. витаминлри, ош тузли умумий ванналар, юмшатадиган малхамлар.

ТУГМА БУЛЛЕЗЛИ ЭПИДЕРМОЛИЗ

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

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

1. *Distrophia cutanea bullosa atrophicans et albopapuloides* – шакли 1928 й. тасвирлаган. Собик пуфаклар урнида узига хос торвоксимон ок рангли чандиклар; гохо бунда чандиклар уз-узидан пайдо булади, яъни пуфаксиз. Бундай чандикларни *Pasini* га кадар *Hallopeau* ва В.И. Станилавский (1903) тасвирлаганлар.
2. **Буллезли эпидермолизнинг локал шаклини** иккига булиб урганилади:
 - а) **оддий локал шакли** факат товон ва бармоқларни жарохатлайди, жараён эрта ёшликдан бошланади ва йилнинг иссик пайтида кайталанади, анча холларда махаллий 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 хакида 1938 йили *Marchionine* ахборот берган.
4. **Летал шакли** – энг огир шакли. Беморлар эрта ёшлигидаёк улиб кетишади. Оддий буллезли эпидермолиз алохида шакли булиб ёзги

варианти хисобланади, бунда пуфаклар факат бармоқлар ва товонларда пайдо булади, буни кечиши буллезли эпидермолиз ёки Вебер-Коккейн синдроми деб аталади. Касаллик баҳор ва ёзда кузгалади, беморнинг умумий ахволи узгармайди, кафт ва товон гипергидрози ва кератози кузатилади. Касалликнинг клиник курунишлари илк бор успиринлик ёки катта ёшдагиларда пайдо булиши мумкин. Дистрофик буллезли эпидермолизнинг гиперпластик тури она корнида ёки хаётининг биринчи кунларида пайдо булади. Шикастланиб турадиган жойларда пуфаклар, кейинчалик эрозия ва яралар эпидермолис булакчалари билан пайдо булади. Жароҳат дистрофик гоҳо 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 ҳамма 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 булишиёк бу касалликни бошка пуфакли дерматозлардан илк фарқини белгилайди. Дистрофик шаклида пуфаклар урнида чандикли атрофия ёки чин чандик колиши диагноз куйишни енгиллаштиради, тирноқлар жароҳати мавжуд, гоҳо огиз шиллик каватлари ва бошқалар жароҳатланиши мумкин.

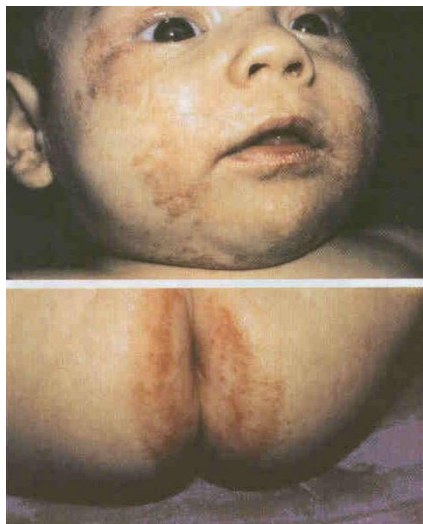
Прогноз. *Herlitz* шаклидан ташқари шаклларида хаётинг прогнози яхши. Касаллик огир кечганда бемор енгил шаклдаги ногиронликка учраши мумкин. Ёш утган сари касаллик аломатлари камаяди ва беморларни камрок безовта килади.

Даволаш. Умумий кувватни орттирувчи дорилар – темир, балик ёғи, А, Д₂, С, Р, Е витаминлари. В гурухи витаминлари, кальций препаратлари кулланилади. Кортикостероидлар, 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, қисман ачиткили замбуруглар, лямблиялар бирламчи жарохатланган ичак соҳасида патоген булиб қоладилар (расм № 174).



Расм № 174. Энтеропатик акродерматит

Касаллик (оилада бир неча кишида учраши мумкин. Энтеропатик акродерматит клиникаси куп симптомлидир. Диагноз куйишда ошқозон-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. Тирноқлар жарохатланишида уларнинг меъёрдаги тузилиши бузилади. Клиник қуриниши паронихияларга ухшаб кетади.

Беморларда рухий ва жисмоний ривожланишда орқада қолиш ҳоллари кузатилиши мумкин. Қасаллик даволанилмаса узок давом этади, гоҳо лихорадка, кузгалишлар ва ремиссиялар булиши мумкин. Бардавом ич кетиш билан қасаллик оғирлашуви, буйнинг ва вазнинг усишида кечикиш, оёк-қуларда, оғиз атрофларида, ичида жойлашганда ҳаракатни қийинлаштиради. Клиник кузатувлар ва тажрибавий тадқиқотлар билан шу нарса аниқландики, қасаллик патогенезида асосий ролни рухнинг етишмовчилиги уйнайди. Беморлар плазмасида, зардобиди, қонида, сулагиди, суяқларида, мушакларида ва жигарда рух микдорининг қамайиши топилган. Бемор болалар қонида рух микдори соғломлардагига қараганда 2-3 марта қамайиб кетади. Организмда рух микдорининг пасайиши нуклеин қислоталари ферментатив фаоллиги ва синтезининг пасайишига олиб келади, бу микроэлемент бир қатор ферментларнинг ишқорли фосфатаза, қорбонгидраза, тигминкиназа, панкреатик қарбоксипетидаза, глутамин дегидрогеназа ва бошқаларнинг қушимча омилдир. Рух етишмовчилигида ҳужайра 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 оғиз атрофида жойлашмайди. Галлопо акродерматитида қасалик одатда тирнокли фалангаларида бошланади. Қупайиши қам учрайди, ич кетиш, алопеция учрамайди. Кандидозларда тошмаларда ачитқили замбуруғи топилади, гарчи клиник қуриниши энтеропатик акродерматитга ухшаса ҳам.

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

БОБ 17. ЭРИТЕМАЛАР

КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг келиб чиқиш сабаби хилма-хил ифодаланади. Баъзи дерматологларнинг фикрича касалликни аденовируслар кўзғатади. Касаллик патогенезида одам организмидаги инфекциян ўчоқларнинг борлиги (хроник тонзиллит, гайморит, пульпит ва бошқалар) катта аҳамиятга эга. Чунки кўп шакли экссудатив эритема билан оғриган беморларнинг 70% ида бундай ўчоқлар борлиги аниқланган. Бемор организмида инфекциян ўчоқлар мавжудлиги Т-лимфоцитлар сонини кескин камайиб, иммун тақчиллиги ҳолатининг келиб чиқишига олиб келади. Бундай организмга вирус инфекцияси, дори-дармонлар, гелиомагнит омиллар ва бошқалар таъсир этганида кўп шакли экссудатив эритема келиб чиқади. Касалликка хос тошмалар кўпинча судъфаниламид, амидопдин, барбитурат, тетрациклин ва бошқа дори-дармонларни қабул қилгандан сўнг тошади. Касалликнинг асосида токсикоаллергик реакция ётади.

Клиникаси. Кўп шакли экссудатив эритема ўткир кечиши ва фаслга боғлиқлиги (асосан баҳор ва кузда учрайди), шунингдек полиморф тошмалари ҳамда тез-тез қайталаб туриши билан ифодаланади (расм № 175).



Расм № 175. Кўп шакли экссудатив эритема

Тошмалар дастлаб қўл ва оёқнинг ташки юзасида пайдо бўлиб, аста-секин тананинг бошқа соҳаларига тарқалади. Кўпинча оғиз ва жинсий

аъзолар шиллиқ қавати ҳам зарарланади. Бирламчи элементлардан эритематоз доғлар, «экссудатив» тугунча, пуфак, пуфакча ва қаварчқлар кузатилиши мумкин. Аксарият касал-лик гиперемияли шишган доғлар ёки тезда катталашиб кетадиган тугунчалар билан бошланади.

Элементлар (асосан пилакчалар) периферия томон катталашиб бориши ва ўртасида чуқурча ҳосил қилиши мумкин. Элементларнинг атрофи пуштиқизил, маркази эса кўкимтир бинафша рангда бўлади.

Пуфакли элементлар ичида сероз, баъзида эса геморрагик суюқлик тутади. Пуфакларнинг пўсти тез ёрилади ва безиллаб турадиган эрозиялар ҳосил бўлади, уларнинг усти сарғиш ва сарғиш кулранг билан қопланади. Тошмаларнинг полиморфлиги касалликнинг асосий белгиси бўлиб, шунинг учун ҳам дерматоз кўп шаклли эритема деб юритилади, Базан тошмалар олдидан беморнинг иссиғи чиқади, дармони қурийди, эти увишади, томоғи ва бўғимлари оғрийди. Бемор даволанмаса кўп шаклли экссудатив эритема Стивенс - Жонсон ёки Лайел синдромига ўтиши мумкин (расм № 176).



Расм № 176. Кўп шакли экссудатив эритема

Стивенс - Жонсон синдроми кўп шаклли экссудатив эритеманинг оғир ва ўткир хили ҳисобланади. Касаллик бирдан хароратнинг кўтарилиши, бўғимлар ва бош оғриғи, оғиз, кўз, жин

сий аъзолар шиллиқ қаватида пуфакли тошмалар тошиши билан бошланади; касаллик ички аъзоларнинг яллиғланиши (эндомиокардит), артрит, менингит ва бошқа патологик жараёнлар билан бирга кечиши ҳам

мумкин. Бунда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тери ва шиллик қаватлардаги эрозиялар бирлашиб катта сохаларни эгаллайди ва улардан қон оқиши кузатилади (расм № 177).



Расм № 178. Стивенс – Жонсон синдроми

Лайел синдроми дори-дармонлар таъсирида вужудга келадиган касалликнинг энг оғир хили бўлиб, у Стивенс - Жонсон синдромидан, терининг каттагина юзасидан эпидермиснинг кўчиши билан фарқланади ва ҳосил бўлган манзара бамисоли куйган терини (II даражали куйиш) эслатади. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Бунда баданнинг 80-90% териси зарарланади, Никольский феномени ва Асбо-Хансен симптомлари мусбат бўлади. Стивенс - Жонсон синдромида тошмалар асосан шиллик қаватларда (табиий тешиклар - оғиз, бурун, орқа чиқариш канали, сийдик йўли атрофида) жойлашса, Лайел синдромида (агар бу касаллик мустақил равиғи бошланса) тошмалар шиллик қаватда деярли кам учрайди. Стивенс - Жонсон синдромида теридаги тошмалар дори таъсиридан 4-6 кун ўтгандан сўнг пайдо бўлса, Лайел синдромида эса 1—2 кундан кейин тошади (расм № 179).

Кўп шаклли экссудатив эритемани бошқа тери касалликларидан фарқлаш қийин эмас ва диагностикаси юқорида айтиб ўтилган клиник белгиларга асосланади.



Расм № 179. Лайел синдроми

Давоси. Қасалликнинг енгил формасида антигистамин, десенсибилизацияловчи дорилар сиртдан эса гормонал малҳамлар билан чегараланилади. Қасаллик оғир кечганида (Стивенс - Жонсон ва Лайел синдромлари) кортикостероидли дорилар ичиш ёқй мускул орасига юбориш тавсия этилади. Кортикостероидлар миқдори беморнинг умумий аҳволи, вазни ва патологик жараёнга боғлиқ.

ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ РАНГ ТЕМИРАТҚИСИ

Қасалликнинг келиб чиқиши тўла ўрганилган эмас. Кўпчилик олимларнинг фикрича бу қасалликни инфекция, аллергия ва вн-руслар келтириб чиқаради. Дерматоз кўпинча юқори ҳарорат билан кечадиган инфекцион қасалликлар, меъда-ичак фаолияти бузилишлари ва вакцинация қилингандан сўнг кузатилади, кўпинча баҳор ва кузда қўзиб туради.

Клиникаси. Қасаллик продромал давр билан бошланади. Бу даврда бемор дармонсизланади, биров иссиғи кўтарилади (субфебрил), бўғим ва суяклари оғрийди. Кўпгина беморларда қасаллик 1—2 та она пиллакча (бирламчи медальон), яъни катта-лиги 3—4 см келадиган чегаралари аниқ ажралиб турадиган, овал ёки думалоқ шаклли йирик-йирик доғлар пайдо бўлишидан бошланади. Бу доғлар асоси инфилтрацияланиши натижасида пиллакчалар ҳосил бўлади. Бу пиллакчалар пушти-қизил рангда бўлиб,

кепаксимон тангачалар билан қопланади. Она пилакча-лар кўпинча кўкрак, бўйин ва орқада учрайди.

Бир неча кундан кейин катталиги нўхат донидан то ёнғоқдек келадиган, кўпинча овал шаклдаги бир талай пушти-қизил доғлар пайдо бўлади; 2—3 кундан сўнг доғлар терининг ҳамма қисмини эгаллаб олиши мумкин. Доғнинг усти майда-майда ке-паксимон пўст билан қопланади. Доғ юзасидаги эпидермис папи-рос қоғозига ўхшаб ғижимланиб қолгандек кўринади, бу пушти темираткига хос белги ҳисобланади (расм 180).



Расм № 180. Жибернинг пушти ранг темираткаси

Тошмалар тана, кўкрак қафаси, қўл ва оёқларга, баъзан юз ва бўйинга тошади. Баъзи беморларда доғлар тошган пайтда ба-дан сал қичишиб туради, бу ҳолат бироз зўрайиши ҳам мумкин. Болаларда тошмалар (доғ, пуфакча ва баъзан пуфакли) тарқоқ ҳолда бўлиб, пилчираш билан кечади.

Касаллик цикл билан ўтиб, узоқ давом этади; кейин доғлар ранги ўчиб, йўқолиб кетади. Асосан баҳор ва кузда кўпроқ уч-райди.

Гистопатологияси. Яллиғланиш жараёни сурункали дерматозларникидек, яъни эпидермисда спонгиоз, акантоз ва пара-кератоз кузатилади.

Диагнози. Қасалликни аниқлашда она пилакчали тошма-ларнинг мономорф (баъзан полиморф) эканлигини ва уларни Лангер чизикчаси бўйича (кўкрак қафаси, бел, бўйин, сон) жой-лаишини ҳисобга олиш керак. Тангачаларда замбуруғларнинг бўлмаслиги, пушти ранг темираткини юзаки

дерматомикозлар-дан ажратиб туради. Юқорида келтирилган симптомларнинг борлиги ва псориастик триаданинг манфийлиги билан пушти ранг темиратки псориаздан фарқланади.

Давоси. Даволашда антибиотиклар (эритромицин, олетет-рин), кальций препаратлари, натрий тиосульфат, антигистамин дорилар, витаминлар, аутогемотерапия қўлланилади. Сиртдан териға гормонал крем ва малхамлар суртилади. Аччиқ, шўр ва қовурилган овқатлардан ўзни тийиш, асосан парҳез таомлар бу-юрилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Абдуллаев М.И., М.А.Мукаррамов, А.А.Жумагалиева, Н.Б.Бобобекова «Случай синдрома Сенира-Ашера. Новости дерматологии и венерологии» 2003 № 1,2 С 66-68.
2. Агакишева Д.Д., Гаджиева А.Т., Гусенова В.Р. Эволюция клинических проявлений кожного лейшманиоза приводящая к диагностическим ошибкам. Вестник дерматологии и венерологии. 2005, №3, с. 64-66.
3. Адаскевич В.П., Шафранская Т.В. Лечение орунгалом больных микроспорией. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №4, с. 53-56.
4. Акимов В.Г. Солнечная крапивница. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №5, с. 44-47.
5. Арифов С.С., Эшбоев Э. "Тери ва таносил касалликлари", Тошкент 1997
6. Арифов С.С. и соавт. "Эффективность апулеина при лечении некоторых дерматозов". Новости дерматологии и венерологии №2 1998 с. 47-49.
7. Арифов С.С., И.Р.Рахимов, И.М.Байбеков «Ультроструктурные особенности кожи при различных типах пузырчатки. Новости дерматологии и венерологии» 2003 № 1,2 28-31 с.
8. Арифов С.С. «Тери ва таносил касалликлари». Тошкент. 2010 й.
- Афонин А.В., Романенко Г.Ф., Петренко Л.А. К лечению онихомикоза бинафином. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005, №3, с 47-48.
9. Бабаянц Р.С.. Кожные и венерические болезни жарких стран – Москва 1972.
10. Бакотина Н.В. Асбестовидный лишай: нозология или вариант себорейной экземы. Клиническая дерматология и венерология. 2006, №4, с. 42-44.
11. Бакуридзе Н.А., Лосева О.К. Деменова Г.М., Бондаренко Т.В. и др. Физические и психомоторное развитие детей первого года жизни, родившихся у матерей, больных или болевших сифилисом (по данным из

домов ребёнка Москвы). Вестник дерматологии и венерологии. 2005. №3. стр. 81-84.

12. Балтабаев М.К. Клинико-иммунологические особенности и терапия больных язвенными формами хронической пиодермии. Автореферат канд. диссертации М. Москва 1987 год. 16 с.

13. Бобоиев Г.М., Зоиров П.Т., Хусаинов А.А., "Эффективность нового иммуностимулирующего препарата тимогар при лечении псориаза и нейродермита". Журнал «Новости дерматология и венерология» Ташкент. 1998-2005 гг. (№2 1998 с. 57-59).

14. Боровский.Е.Б. Заболевание слизистой оболочки полости рта и губ. Москва, 1984 г.

15. Бокулев А.Л., Тарасова О.В. и др. Случай активного сифилиса и специфического поражения нервной системы. Клиническая дерматология и венерология. 2005. №3. стр. 22-24.

16. Бондаровский Я.И., Саужина Е.А., Сопова О.К. Особенности поражения органа зрения при ранних формах сифилиса. Вестник дерматологии и венерологии. 2004. №1. стр. 55-57.

17. Бронштейн А.М., Малисон Н.А., Давыдова И.В. и др. Наблюдения зоонозного кожного лейшманиоза у Московских туристов, посетивших Тунис, и их успешной терапии кетоконозолом. Российский журнал кожных венерических болезней. 2005, №6, с.30-33

18. Бутов Ю.С., Полонская Н.А. Применение пилингов при акне. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №4, с. 14-20.

19. Бухова В.П., Азам В.В., Резайкина А.В. Цитокиновый профиль у больных многоформной эксудативной эритемы ассоциированной с герпес-вирусной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2005, №3, с. 44-48.

20. Ваисов А.Ш. "Тери ва таносил касалликлари", Тошкент. 2004.

21. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С., Панова Т.Г. Особенности клинического течения микоза и онихомикоза стоп и кистей у пациентов пожилого возраста. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №2, с 34-36.

22. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. Некоторые аспекты эпидемиологии, патогенеза и терапии онихомикозов. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005, №3, с 42-45.
23. Владимиров В.В., Зудин Б.И. – Кожные и венерические болезни. Атлас. М. 1980 г.
24. Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммунопатогенеза гнойничковых заболеваний кожи. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №1, с. 14-20.
25. Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Гнеденко Б.Б., морозов С.Г. Иммунохимические изменения при пиококковых поражениях кожи. Сообщение 2. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №4, с.19-22.
26. Главинская Т.А., Фриго Н.В. Ложноположительные серологические реакции на сифилис при красной волчанке. Российский журнал кожных венерических болезней. 2003. №1.С23-26.
27. Главинская Т.А. Казуистике позднего врожденного сифилиса. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. №3. стр.48-50.
28. Дегтяр Ю.С., Лисшинокова Л.П. и др. Роль дисбиотических нарушений в развитии микробной экземы у жителей Крайнего Севера. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005, №2, с. 37-38.
29. Дерматология. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. и соавт. // М. McGraw-Hill-Практика. – 1999.
30. Дворянкова Е.В., Добриян З.Ф., Рошанов Е.А., Корсунская И.М. Адвантан в терапии зудящих дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2005, №3, с.78-80.
31. Иванов О.Л., Монахов С.А. «Диктарин» в терапии и профилактике микозов стоп. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №1, с 42-44.
32. Исмаилова Г.А. «Тери ва таносил касалликлари умумий амалиёт шифокори фаолиятида. Ўқув кўлланма. 2004 й.

33. Кабаева Т.И., Осинев Г.А., Роль состава кожного сала в патогенезе акне. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №2, с. 31-35.
34. Каримов. А., Мирахмедов У. "Тери таносил касалликлари", Т. 1995.
35. Кашкин С.В., Зайцева Г.А., Чермных Т.В. Случай злокачественного течения сифилитической инфекции. Вестник дерматологии и венерологии. 2004. №1. ср. 68-71.
36. Кашкин С.В., Зайцева Г.А., Чермных Т.В. Красный фагеденический шанкр у больного первичным сифилисом. Вестник дерматологии и венерологии. 2005. №2. ср.59-61.
37. Кожичкина Н.В. Клинические особенности, критерии диагностики и лечение плесневого онихомикоза. Вестник дерматологии и венерологии. 2005, №3, с. 74 -76.
38. Козенко Л.И., Лиин В.И., Кириуцов А.М. Выявление ВИЧ – инфекции у больных сифилисом. Вестник дерматологии и венерологии 2004, №4, с. 56-57.
39. Кондрашов Г.В, Потекаев Н.Н., Гусов Т.В. Опыт лечения микозов стоп у больных сахарным диабетом. Клиническая дерматология и венерология. 2005, №3, с. 103-107.
40. «Кожные и венерические болезни» – Москва 1995 г. авторлар: Ю.К.Скрипкин, А.Л.Машкиллейсон, Г.Я.Шарапова.
41. Кривошеев Б.Н., Цирельников Н.И., Мельниченко Н.В. и др. К казуистике раннего врождённого сифилиса. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. №6. стр. 36-39.
42. Колиева Г.Н., Кисина В.И., Яковлев С.В. Эпидемиология гонококковой инфекции и клиническое значение устойчивости *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам. Обзор литературы. Журнал. Инфекции передаваемые половым путём. 2003, -№2, -с. 4-8.
43. Кубанова А.А., Васильев М.М., Говаризи В.М. и др. Современные подход и типирования штаммов. N Gonorrheal.вестник дерматологии и венерологии 2004, №1, с. 4-8.

44. Кунгуров Н.В., Скурихина М.Е., Будумян Т.М. и др. современные особенности клинической картины и терапии разноцветного лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №4, с 49-52.
45. Курдина М.И. Клинические разновидности чесотки. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №2, с. 27-29.
46. Лыкова С.Г., Хрянин А.А., Петренко О.С. Выбор антимикотика: бренд или генерик? Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005, №2, с 39-42.
47. Лыкова С.Г., Немчанинова О.Б., Петренко О.С., Боровицкая О.Н. Рациональная антимикотическая терапия микозов стоп у пациентов с метаболическим синдромом. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005, №6, с 58-60.
48. Ломоносов К.М., Новоселов В.С. Положительные серологические реакции на сифилис как проблема в клинической медицине. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. №4. стр. 5-7.
49. Лугина Н.Г., Шкурупий В.А. Атопический дерматит у больных с дисплазией соединительной ткани. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005, №2, с.19-22.
50. Маннанов А.М. "Менделирующие маркерные системы при атопическом дерматите у детей". Новости дерматологии и венерологии. №3. 1998 с. 18-19.
51. Маннанов А.М., Хаитов К.Н. Болалар тери ва таносил касалликлари. Тошкент. 2016 йил.
52. Методическое руководство по диагностике и лечению наиболее распространенных кожных заболеваний и ИППП. Под редакцией Ваисова А.Ш. Тошкент 2006 г.
53. Мордовцев В.Н., Каламкарян А.А., Мазина Н.М., Балтабаев М.К., Сокуренок Л.С. Клиника, диагностика и терапия больных язвенными формами хронической пиодермии. Методические рекомендации. Фрунзе 1989 год 17 с.

54. Новые подходы к проблеме ранней диагностики сифилиса. Новости дерматологии и венерологии. Тошкент. Р.А. Капкаев.1998, №2. 32-34.
55. Олисов А.О., Комлев М.В., Левина Т.В. и др. Эпидемиология и профилактика сифилиса у детей. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. №5. стр. 35-38.
56. Панкратов О.В. Клинические особенности сифилиса у беременных и врожденного сифилиса в республике Беларусь. Клиническая дерматология и венерология. 2005. №3. стр. 22-24.
57. Позднякова О.Н., Варианты клинического течения и опыт эффективной терапии онихомикозов у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2006, №1, с. 86-90.
58. Потеекаев Н.С., Теплюк Н.П., Кочергин Н.Г. и др. Постнеопластическая пузырьчатка. Российский журнал кожных венерических болезней. 2003 й. №5 С 23-25.
59. Потеекаев Н.Н., Новиков А.Г. Разноцветный лишай. Современный взгляд на старую проблему. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №2, с. 42-46.
60. Потеекаев Н.Н., Шерина Т.Ф. К вопросу об ассоциации дерматозов и микозов кожи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №5, с 55-57.
61. Потеекаев Н.Н., Дворянкова Е.В. Терапия различных форм *acne vulgaris*. Клиническая дерматология и венерология. 2006, №1, с. 41-45.
62. Применение тимодепрессина при органической склеродермии у детей. Клиническая дерматология и венерология 2006 г. №4. ст. 81-86.
63. Самгин М.А., Монахов С.А. Комплексный подход к местной терапии акте с применением средств лечебной косметики эксфолиак. Клиническая дерматология и венерология. 2005, №3, с. 75-78.
64. Самцов А.В., Сухарев А.В., Назаров Р.Н., Бондарь О.И. Опыт применения крема 1V. Тербинафина (фулюжербин) в лечении отрубевидного лишая. 65. Клиническая дерматология и венерология. 2005, №1, с. 90-92.

66. Секин С.В. Безопасность валацикловира при длительной терапии гересвирусных инфекции. Клиническая дерматология и венерология. 2005, №3, с. 80-84.
67. Скрипкин Ю.К. "Кожные и венерические болезни", М. 1980.
68. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни М. 1995 г.
69. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Москва. 1999 г.
70. Скрипкин Ю.К., Кулагин В.И., Иванов О.Л. и др. Системная терапия онихомикоза в России: новые препарат и старые проблемы. Вестник дерматологии и венерологии. 2004, №1 с. 64-68.
71. Скрипкин Ю.К., Шостак Н.А. Нейросифилис у больной склеродермии. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. №2. стр. 56-58.
72. Скурихина М.Е., Колесник М.В., Потапов Л.В. Случай инфильтративно-нагноительной формы рубромикоза волосистой части головы. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №5, с 54-55.
73. Шапошников О.К. Венерические болезни – Москва 1980 й.
74. Шодиев Х.К. и соавт. "Хронический генерализованный кандидоз у детей". Новости дерм. и венер. №3. 1998. С.57-59.
75. Ющенко А.А., Уреяпова Н.Г., Аносина В.В., Уленова З.Г. 76. Злокачественные новообразования кожи у больных лепрой. Российский журнал кожных венерических болезней. 2003, №3, с.20-23.
76. Интернет сайдлар
- WWW.venerolog.ru
- WWW.medlib.ru
- WWW.zdorove.ru
- WWW.medicus.ru
- WWW.medinfo.ru
- WWW.medicine.ru

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КУНИКМАЛАРНИ КАДАММА-КАДАМ БАЖАРИШ

Замбуругларга материал олиш ва текшириш техникаси.

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



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



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



Нам куритувчи бойламлар куйиш

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



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



Герпетическая экзема Капоши



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



Пиодермитларни ташки муолажаси

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



ЮЗАКИ ЙИРИНГЧАНИ ТАШКИ МУОЛАЖАСИ



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



ЧУҚУР ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ ТАШҚИ МУОЛАЖАСИ



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



Амалий куникма: тери синамаларини куйиш

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

Тери синамаларини куйиш (томчили, компрессли, скарификацион, интрадермал)

Дерматологияда беморларнинг бирон бир моддага сезувчанлиги ортганлигини аниқлаш учун тери синамалари куйилади. Куйидаги синамалар (купинча профпатологлар томонидан куйилади) утказилади:

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



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



Томчили синамани куйиш.

Текшириладиган моддани эритма ҳолида пипеткага олиб, уни тирсакни олдинги юзасини пастки 1/3 қисмига 1-2 томчи томизилади. Томчи қуригунча қулни ушлаб туриш керак. Натижа 24 соатдан кейин уқилади. Агар уша моддага сезувчанлик ортиб кетган бўлса, томизилган соҳада кизариш, уртикария, папула ва бошқа элементлар бўлиши мумкин. Узгариш бўлмаса сезувчанлик ортмаган.

Скарификацион синама

Томчили синамадан фарқи томизилган соҳани терисини юзаки қаватлари скарификацион игна билан тирнаб куйилади (параллел чизиклар қурилишидаги). Мақсад тирналган жойдан уша модданинг сурилишини оsonлаштириш учун. Бу синамалар теридан яхши суриладиган моддалар учун муофикдир.

Компресссион синама

Бу синама учун купрок мазь, крем ҳолидаги моддалар ишлатилади. 2x2 см улчамдаги салфетка олинади (4-6 қаватли бинт). Унинг юзасига текшириладиган модда мазь ёки крем ҳолида суртилади ва у салфеткани тирсакни олдинги юзасига, пастки 1/3 қисмига қуйиб бинт билан боғланади. 24 соатдан кейин бойлам ечиб олинади, мазь қуйилган соҳа қурилганда тошмалар пайдо бўлса синаманинг мусбатлиги (+) белгисидир.

Интрадермал синама

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



Ядассон синамасини куйиш

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



Бажариш техникаси



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



Асбо-Ганзен симптомини аниклаш

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



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



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



Боровский танчасига материал олиш

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



Техникаси:



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



Кутир канасига материал олиш ва текшириш

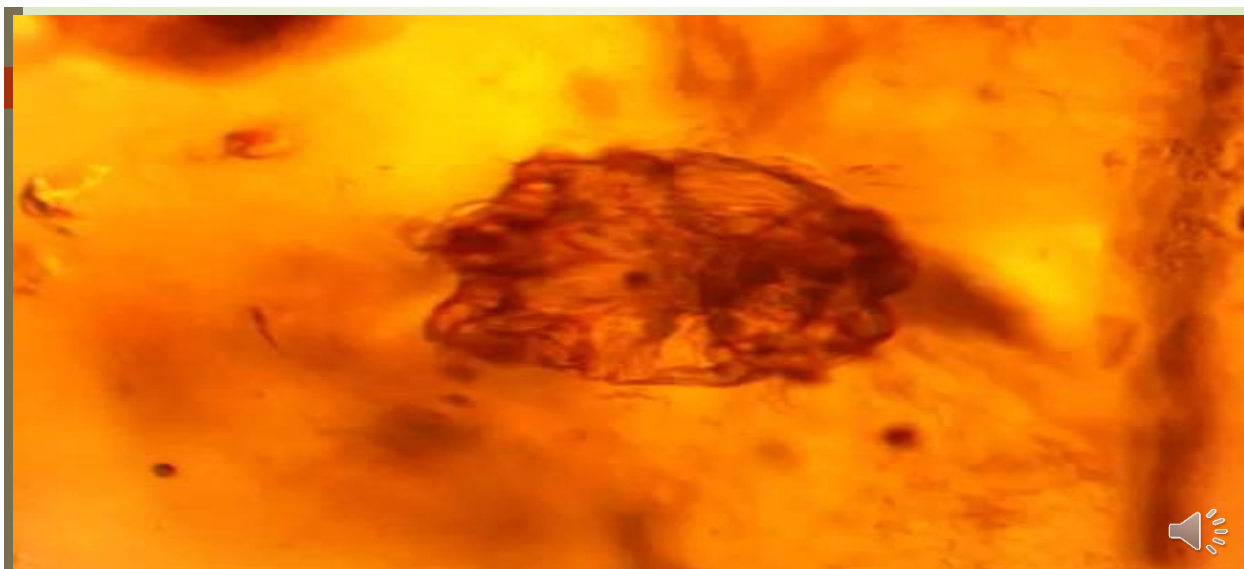
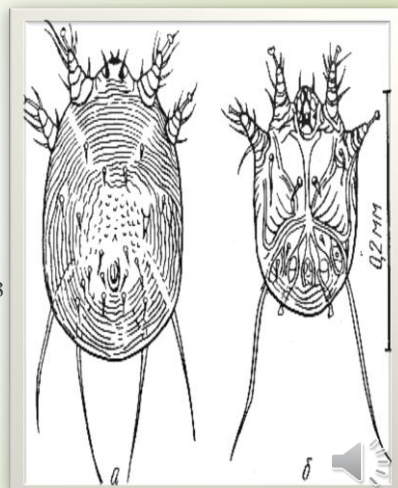
- Кутир касаллигини диагнозини лаборатория текшириш усулида тасдиқлаш мақсадида кутир канасига жароҳат учогидан керакли материал олиб текширилади.
- **Керакли ашёлар:**
- Скальпель, предмет ойнаси, ёпкич ойнаси, 30% ли ишкор эритмаси (KOH ва
- NaOH).



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



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



Никольский симптомини аниклаш

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



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



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

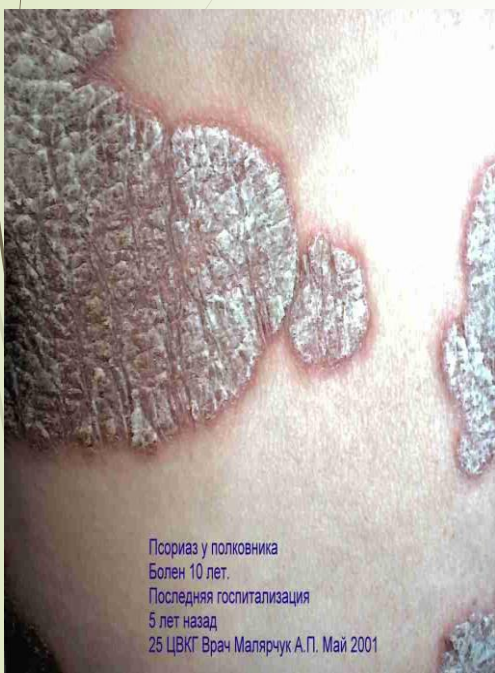


Псориазга хос учлик симптомни аниклаш

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



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



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

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



Тери хиссиётларини аниклаш (огрик, тактил, харорат)

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



- Огрик сезгисини аниклаш: бунинг учун текширилган соха терисига игна ёки тугногич учи билан санчиб курилади. Санчилганлигини бемор курмаслиги керак. Бемордан нимани сезганини суралади. Агар учли нарса санчилганни айтса, огрик сезгиси сакланиб колган хисобланади.
- Тактил сезгисини аниклаш. Бунинг учун текширилаётган сохага пахта билан силаб текшириб курилади. Бемор курмаслиги шарт. Бемордан нимани хис килганлигини суралади. Агар юмшок нарса текканини айтса, тактил сезги сакланиб колган хисобланади.
- Харорат сезгисини аниклаш учун 2 та пробирка олиб 1-чисига иссик сув, 2-чисига совук сув куйиб пробиркалар навбат билан текширилаётган сохага теккизиб курилади. Бемор иссик ёки совук пробиркаларни аниклай олса, харорат сезгиси сакланиб колган хисобланади.



Бальцернинг йодли синамасини куйиш

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



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



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

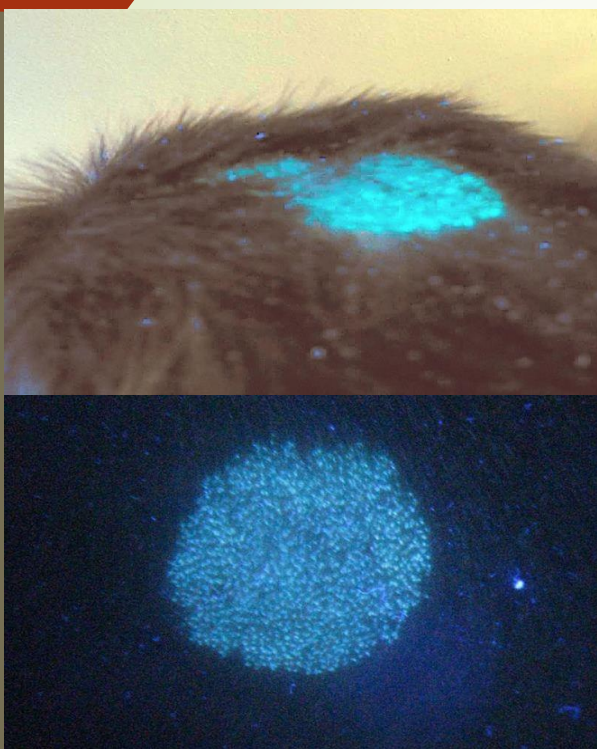


Вуд лампаси

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



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



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



Минор синамасини куйиш

Минор синамаси мохов касаллигини диагностикасида кулланилади.

Керакли ашёлар:

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



Техникаси:



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



Никотин синамасини куйиш

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



Техникаси:



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



Сирка кислотаси билан синама куйиш

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



Техникаси:

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

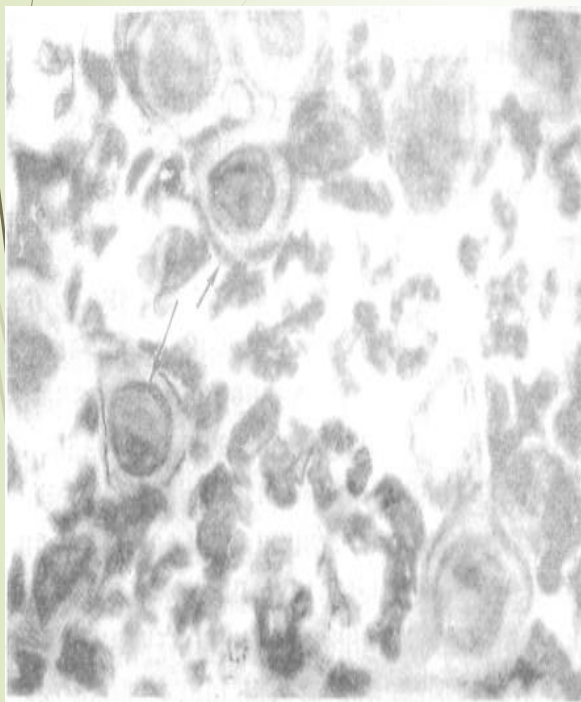


Акантолитик хужайраларга материал олиш

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



Техникаси:



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



Бенье-Мешерский симптомини аниклаш

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



Техникаси:



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



Дермографизмни аниклаш

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



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ

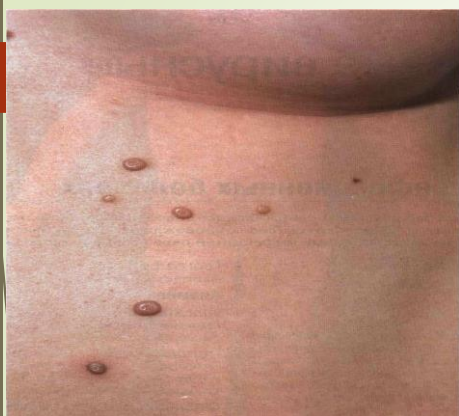


- ▶ Металл шпатель олиб, корин сохасидаги терини параллель равишда ургача босим билан чизиб курилади. Бир неча секунддан кейин чизик тортилган сохада тери кизаради (кизил чизик хосил булади 4-5 минут сакланиб туради). Айрим касалликларда дермографизм узгаради.
- ▶ Атопик дерматитда ок чизик пайдо булади.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



Моллюск танчасини сикиб чикариш

- Юкумчил моллюск касаллигини даволашнинг энг самарадор усули моллюск танчасини сикиб чикаришдир.
- **Керакли ашёлар:**
- Анатомик пинцет, 5% ли йод эритмаси, таёкча, пахта, спирт.



Техникаси:

- Юкумчил моллюск элементи бир соха териси спирт билан артиб тозаланади, пинцет хам спирт билан артилиб, сунг папула элементлари икки ёнидан пинцет билан махкам эзилиб юкорига тортилади, шунда папуланинг марказий кисмидан сузмасимон ок модда ажралиб чикади. Унинг хаммаси олиб ташлангач жароҳат сохасига 5% ли йод эритмаси суртиб куйилади.



Олма желеси” ВА Пospelовнинг зонд симптомини аниклаш

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



Техникаси:



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

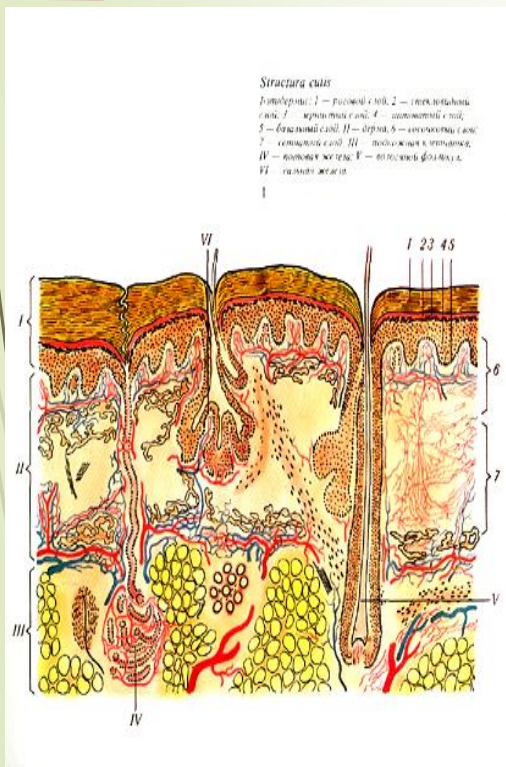


СОЧ МУШАК РЕФЛЕКСИНИ АНИКЛАШ

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



Техникаси:



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



Уикхэм тури симптомини аниклаш

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



Техникаси:



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



ТЕСТЛАР

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

1. Тери неча каватдан иборат?

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

**2. Эпидермиснинг қайси каватидан тонофибриллалар микдори
кўп?**

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

**3. Дерманинг сургичли ва тур каватлари уртасида чегара булиб
нима ҳисобланади?**

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

4. Экрин тер безлари йук булган тери соҳасини курсатинг?

- A. Бошнинг сочли қисми

В. юз

С. елкада

Д. Жинсий олат бошчаси

Е. Товон

5. Куйидагилардан кайсиниси узун сочларга киради?

А. кош

В. киприк

С. бурун ичидаги сочлар

Д. Кулок ичидаги сочлар

Е. Сокол

6. Эпидермисдаги сурункали яллигланишга хос булмаган патоморфологик узгаришни курсатинг?

А. акантоз

В. акантолизис

С. гранулез

Д. паракератоз

Е. гиперкератоз

7. 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

8. Курсатилган бушликсиз бирламчи элементлардан кайсиниси тери сатхида кутарилмайди?

А. папула

В. думбокча

С. тугун

Д. дог

Е. Торвок

9. Куйидагилардан кайси бири папула шаклини ифодалайди?

А. Силлик

В. полигонал

С. гадир-будир

Д. киндиксимон

Е. ялтирок

10. Яра нима?

А. Терининг эпидермис билан чекланган юзаки дефекти

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

С. терининг чизикли дефекти

Д. Кашлашлар натижасида булган тери дефекти

Е. Тери калинлашиши зичланиши ва суратининг кучайиши

11. Факат бирламчи элементлардан ташкил топган вариантни курсатинг?

А. Дог, пустлокча

В. тирналиш, думбокча

С. папула, вегетация

Д. Торвок, папула

Е. Пуфакча, лихеннификация

12. 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

13. Куйида санаб утилган хужайра элементларидан кайсиниси дермада учрамайди?

А. Лангергенс хужайралари

В. фибробластлар

С. гистиоцитлар (макрофаглар)

Д. Семиз хужайралар (мастоцитлар, тукима базофиллари)

Е. Лейкоцитлар

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

А. Сув алмашинуви

В. витаминлар

С. микроэлементлар алмашинуви

Д. Меланин алмашинуви

Е. Ферментлар алмашинуви

15. Яллигланиш пролифератив фазасига характерли булмаган узгаришни курсатинг:

А. Акантоз

В. вакуол дегенерация

С. Гиперкератоз

Д. гранулез

Е. Паракератоз

16. Эпидермисдаги иммун химояланиш функциясини бажарувчи хужайра:

А) керотиноцитлар

В) Лангерганс хужайралар

С) меланоцитлар

Д) Меркель хужайралари

Е) Гренстейин хужайралари.

17.Иссикликга энг сезгир сохани курсатинг?

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

18.Тактил сезгисини идрок этувчи рецепторларни курсатинг:

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

19.Чайкатиловчи аралашмалар компонентига кирмайдиган моддани курсатинг?

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

20.Яллигланишнинг эксудатив фазасига хос патоморфологик узгариш:

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

21.Пигментли догни курсатинг?

- А) вибицес

В) пурпура

С) петехия

Д) хлоазма

Е) розеола.

22. Эпидермиснинг дегенератив узгаришини курсатинг?

А) гранулез

В) паракератоз

С) акантоз

Д) акантолизис

Е) спонгиоз.

23. Дерманинг турсимон каватида жойлашан бирламчи элементни курсатинг?

А) тугун

В) тугунча

С) думбокча

Д) торвок

Е) пуфак.

24. Ёг безлари бевосита тери сатхига очиладиган соха?

А) бошнинг сочли кисми

В) юз

С) лабнинг кизил хошияси

Д) буйин

Е) елка.

25. Дерманинг хужайра элементини курсатинг?

А) меланоцитлар

В) кератиноцитлар

С) фиброцитлар

- Д) Гренстейин хужайралари
- Е) Меркель хужайралари.

26. Папуллага хос бирламчи элемент булган касалликни курсатинг?

- А) кизил ясси темиратки**
- В) пушти ранг темиратки
- С) ранг-баранг темиратки
- Д) ураб олувчи темиратки
- Е) оддий темиратки.

27. Чин полиморфизм кузатиладиган касалликни курсатинг?

- А) экзема.**
- В) псориаз
- С) пуштаранг темиратки
- Д) кизил ясси темиратки
- Е) вулгар пурсилдок.

28. Эксудатив бирламчи элементни курсатинг?

- А) яллигланиш доги.
- В) геморагик дог.
- С) пигмент дог
- Д) торвок**
- Е) папула.

29. Факат бирламчи элементлардан иборат вариант?

- А) думбогча.
- В) мада, калок.
- С) тугун, чандик.
- Д) пуфак, эрозия.
- Е) торвок, дог.**

30. Факат иккиламчи элементлардан иборат вариант?

- А) яра, тугун.

В) эрозия, калок.

С) кипик, тугунча.

Д) эксориация, торвок.

Е) пигментация, пуфак.

31. Терининг дефекти кузатилмайдиган иккиламчи элемент.

А) эрозия.

В) эксориция

С) лихенификация

Д) ёрик

Е) яра.

32. Эрозия хосил килувчи бирламчи элемент.

А) тугунча.

В) пуфакча.

С) дог

Д) думбогча

Е) торвок.

33. Пуфакча ва пуфакчалар хосил булишига олиб келмайдиган патоморфологик узгаришни курсатинг?

А) акантоз

В) акантолизис.

С) спонгиоз.

Д) вакуоль дегенерация

Е) балонланувчи дегенерация.

34. Балонланувчи дегенерацияга хос булган касаллик.

А) хакикий пурсилдок.

В) экзема.

С) герпеслар.

Д) замбуруг касалликлари.

Е) пушти ранг темиртки.

35. Яллигланиш догани курсатинг?

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

36.Тери артерия кон томирлари нечта чигал хосил килади:

- А. 1
- В. 2**
- С. 3
- Д. 4
- Е. 5

37.Апокрин тер безлари жойлашган соха:

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

38.Спонгиоз нима?

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

39. Хис этиш сезгиси энг паст сохани курсатинг:

- А. буруннинг учи**
- В. тилнинг учи

С. лабларнинг кизил хошияси

Д. бармоқлар учи

Е. жинсий олат бошчаси

40. Эпидермисда жойлашган бирламчи элемент:

А. думбокча

В. торвок

С. пуфакча

Д. яллигланиш доғи

Е. тугун

41. Яра ҳосил қилувчи бирламчи элемент:

А. пуфак

В. пуфакча

С. торвок

Д. папула

Е. думбокча

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

А. кипик, эрозия

В. яра, лихенификация

С. эрозия, пигментация

Д. ёрик, эксқориақия

Е. қалок, қандик

43. Сохта полиморфизмни қурсақинг:

А. доғ, везиқула, эксқориақия

В. папула, лехинефикация, эрозия

С. торвок, пуфак, вегетақия

Д. тугун, думбокча, яра

Е. йирингча доғ, қалок

44. Дермадаги патоморфологик узгариш:

- А. акантоз
- В. гранулез
- С. паракератоз

Д. Папилломатоз

- Е. Гиперкератоз

45. Дерманинг хужайра элементини курсатинг:

А. ретикулоцитлар

- В. меркель хужайралари
- С. кератиноцитлар
- Д. меланоцитлар
- Е. лангерганс хужайралари

46. Геморрагик догни курсатинг:

- А. розеола
- В. эритма
- С. хлоазма

Д. вибицес

- Е. лентиго

47. Кичишиш борлигини билдирувчи иккиламчи элемент:

- А. эрозия
- В. кипик
- С. калок

Д. экскориация

- Е. вегетация

48. Эпидермиснинг кайси каватида элеидин микдори куп?

- А) базал
- В) тиканакли
- С) донадор

Д) ялтирок

Е) мугуз.

49. Меланоцитлар жойлашади?

А) турсимон

В) сургичсимон

С) базал

Д) донадор

Е) тиканаксимон каватда.

50. Ёг безлари учрамайди?

А) юзда

В) елкада

С) билакда

Д) кафтда

Е) болдирда

51. Эккрин тер безлари энг куп булган соха?

А) бошда

В) юзда

С) елкада

Д) олат бошчасида

Е) кафтда.

52. Сурункали яллигланишга хос узгаришни курсатинг?

А) акантоз

В) акантолизис

С) спонгиоз

Д) вакуол дегенерацияси

Е) балонланувчи дегенерация.

53. Гранулёз нима?

А) базал каватнинг калинлашуви

В) тиканакли каватнинг калинлашуви

С) донатор каватнинг калинлашуви

Д) мугуз каватнинг калинлашуви

Е) тиканаксимон каватдаги шиш.

54. Дермада учрайдиган хужайрани курсатинг?

А) ретикулоцитлар

В) фиброцитлар

С) лимфоцитлар

Д) кератиноцитлар

Е) плазматик хужайралар

55. Дерманинг хужайра элементлари асосан каерда жойлашган:

А) сургич каватда

В) турсимон каватда

С) сочли фолликулалари атрофида

Д) ёг безлари атрофида

Е) тер безлари атрофида.

56. Терининг хосиласи эмас?

А) тирноклар

В) сочлар

С) ёг безлари

Д) тер безлари

Е) нерв охирлари.

57. Терини ультрафиолет нурлари химоя килувчи омил?

А) кератин

В) элеидин

С) кератогиалин

Д) сквален

Е) меланин.

58. Иссиклик алмашинувини компенсацияловчи ахамияти йук?

А) модда алмашинувининг узгариши

В) кон айланишининг узгариши

С) конвекциянинг узгариши

Д) ёг ажралишишининг узгариши

Е) тер ажралишишининг узгариши.

59. Гиподермада жойлашган бирламчи элемент?

А) тугунча

В) тугун

С) думбокча

Д) пуфакча

Е) дог.

60. Яллигланиш догини курсатинг?

А) пурпура

В) вибицес

С) хлоазма

Д) розеола

Е) эксимос.

61. Факат бирламчи элементлардан ташкил топган вариантни аникланг?

А) дог, тугунча.

В) думбокча, калок.

С) торвок, тирналиш.

Д) пуфакча эрозия

Е) папула пустлокча.

62. Лангергенс хужайралари терининг кайси каватида жойлашган?

А) тиканли

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

63. Факат тери учунгина хос моддалар алмашинуви:

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

64. Яллигланишнинг пролифератив фазасига хос булмаган узгариш:

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

65. Иккиламчи элементлардан иборат вариант:

- А) вегетация эрозия**
- В) яра тугун
- С) лихенификация папула
- Д) калок пуфакча
- Е) кипик торвок.

66. Дерма неча каватдан иборат.

- А. 1
- Б. 2**
- С. 3
- Д. 4

Е. 5

67. Эпидермиснинг базал кавати қандай хужайралардан тузилган.

- А. Бир неча қават ясси эпителиал хужайралардан
- В. бир неча қават кубсимон эпителиал хужайралардан
- С. бир қатор кубсимон эпителиал хужайралардан

Д. Бир қатор цилиндр шаклли эпителиал хужайралардан

Е. Бир қатор ясси эпителиал хужайралардан

68. Қуйидаги хужайралардан эпидермисда нормада қайси бири учрамайди.

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

69. Қуйидаги хужайра элементларидан қайси бири даврларда учрамайди.

- А. Плазматик хужайралар
- В. меланофаглар
- С. фиброобластлар
- Д. Меркель хужайралари**
- Е. Лимфоцитлар

70. Иссиклик сезгисини идрок этадиган рецепторни курсатинг.

- А. Фатер-Пачини таначалари
- В. Голджи-Маццони таначалари
- С. Руффини таначалари**
- Д. Мейснер таначалари
- Е. Краузе қолбаси

71. Терининг қайси соҳасида ёғ безлари учрамайди.

А. болдирда

В. кафтларда

С. танада

Д. Юз сохасида

Е. Бошнинг сочли кисмида

72. Апокрин тер безлари куйидагилардан кайси соха терисида жойлашган.

А. кафтда

В. билакларда

С. кураклар орасида

Д. думбада

Е. орка пешов терисида

73. Тери кушимчасига (ортигига) куйидагилардан нима кирмайди.

А. тер безлари

В. тирноклар

С. туклар

Д. Лимфатик капиллярлар

Е. Ёг безлари

74. Иссикликни ташки мухитга чикариш кайси йул билан амалга ошмайди.

А. Ёг ажратиш билан

В. тер ажратиш билан

С. иссиклик нурланиши (таралаши)

Д. Иссиклик утказиши (конвекция)

Е. Персперация билан

75. Дермадаги патоморфологик узгаришни курсатинг.

А. Акантоз

В. гранулез

С. папилломатоз

Д. Дискератоз

Е. Акантолизис

76. 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

77. Эпидермиснинг кератогиалин моддаси сакловчи каватини курсатинг.

А. базал

В. тикансимон

С. донадор

Д. Ялтирок

Е. Мугуз

78. Эпидермис учун характерли эмас?

А. эластиклик

В. таранглик

С. мустахамлик

Д. пластиклик

Е. регенеративлик

79. Эпидермиснинг тиканаксимон кавати кандай хужайралардан ташкил топган?

А. Бир каватли ясси эпителиал хужайрлардан

В. бир каватли кубсимон хужайралардан

С. бир каватли цилиндрик хужайрлардан

Д. 5-10 каватли ясси хужайралардан

Е. 5-10 каватли кубсимон хужайралардан.

80.Куйидаги хужайра элементлардан кайси бири дермада учрамайди?

- А. ретикулоцитлар
- В. фибробластлар
- С. лимфоцитлар

Д. Кератиноцитлар

- Е. Плазматик хужайралар

81.Совук сезгисини идрок этадиган рецепторни курсатинг.

А. Краузе колбаси

- В. Меркел хужайраси
- С. Руффини таначаси
- Д. Фатер-Пачини таначаси
- Е. Мейснер таначаси

82.Ёг безлари терининг кайси сохасида булмайди?

- А. буйинда
- В. елкада

С. товонда

- Д. сонда
- Е. Билакда

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

- А. оксиллар

В. витамин Д

- С. микроэлементлар
- Д. углеводлар
- Е. Ферментлар

84.Хужайрадан ташкаридаги сероз яллигланиш турини курсатинг.

- A. Баллонланувчи дегенерация
- B. кариопикноз
- C. карионексис

Д. Спонгиоз

- E. Вакуол дегенерацияси

85. Акантолизис нима?

- A. Эпидермис тикансимон каватининг калинлашиши
- B. эпидермис донадор каватининг калинлашиши
- C. эпидермис хужайралари ичидаги шиш
- D. Эпидермис хужайралари аро шиш

- E. Эпидермис хужайралари аро эпителиал куприкчаларни эриб кетиши

86. Инфильтратив характерли бирламчи морфологик элементни курсатинг.

- A. дог
- B. пустула
- C. торвок
- D. пуфакча
- E. Пуфак

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

- A. думбокча
- B. кон томирга алокадор дог
- C. пигментли дог
- D. Тугунча
- E. Тугун

88. Папула катталигини курсатмайдиган вариантни аникланг.

- A. Лентикуляр
- B. милиар

С. конуссимон

Д. нуммуляр

Е. Лихеноид

89. Калок хосил килмайдиган I-ламчи элементлар тупламини курсатинг.

А. Торвок, тугунча, дог

В. думбокча, тугунча, пуфак

С. тугун, пигментли дог, думбокча

Д. Пустула, торвок, пуфакча

Е. Пуфакча, геморрагик дог, тугунча

90. Ёрик нима?

А. Эпидермис тикансимон каватининг усиб кетиши

В. терининг эпидермис билан чекланган юзаки нуксони

С. терининг чукур нуксони

Д. Кашлаш натижасида келиб чиккан тери нуксони

Е. Терининг чизикли нуксони

91. Факат I – ламчи элементлардан иборат варинатни курсатинг.

А. Тугунча, дог, эксориация

В. тугун, пигментация, тирналиш

С. торвок, яра, пуфак

Д. Пустула, думбокча, пуфакча

Е. Думбокча, тугунча, вегетация

92. Эпидермис неча каватдан иборат?

А. 1

Б. 2

С. 3

Д. 4

Е. 5

93.Эпидермиснинг қайси қаватида кератин миқдори кўп?

- A. Эпидермиснинг базал қавати эпителиал хужайраларида
- B. Эпидермис тиканакли қавати эпителиал хужайраларида
- C. Эпидермис мугуз қавати эпителиал хужайраларида**
- D. Лангерган хужайраларида
- E. Меланоцитларда

94.Тери вена қон томирлари неча веноз чигал ташкил қилади?

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

95.Қайси соҳада апокрин тер безлари жойлашади:

- A. Буйин
- B. Кукрак беги сургичи**
- C. Кураклар ораси
- D. Кафт
- E. Товон

96. Баллонланувчи дегенерация нима?

- A. Тиканакли қаватдаги хужайра аро шиш
- B. Тиканакли қаватдаги хужайра ичидаги шиш
- C. Тиканакли қаватдаги хужайра ичидаги ва хужайра аро шиш**
- D. Базал қаватдаги хужайра ичидаги ва хужайра аро шиш
- E. Дерма сургичли қавати шиши

97. Паракератоз учун характерли булмаган ходисани курсатинг:

- A. Мугуз қаватнинг калинлашиши
- B. Мугуз қаватда ядро саклайдиган хужайраларни пайдо булиши
- C. Тиканакли қават йуклиги**

D. Элеидин каватининг йуклиги

E. Донадор каватининг йуклиги

98. Дермада жойлашмайдиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

A. Думбокча

B. Торвок

C. Пуфак

D. Дог

E. Тугун

99. Калок пайдо килмайдиган бирламчи элементни курсатинг:

A. Думбокча

B. Папула

C. Пуфак

D. Пуфакча

E. Пустула

100. Лихенификация нима?

A. Тери дефектини дагал бириктирувчи тукима билан алмашинуви

B. Эпидермис тиканакли каватини сургичсимон ёки хуроз тожини эслатувчи усиб кетиши

C. Кучган мугуз пластинкалар

D. Эпидермис чегарасидаги терининг юзаки етишмовчилиги

E. Терининг калинлашиши, зичлашиши, суратининг кучайиши

101. Сохта полиморфизмни курсатинг:

A. Папула, везикула, эрозия

B. Дог, тангача, лихенификация

C. Торвок, пуфакча, пустлокча

D. Тугун яра, дог

E. Думбокча, тангача, пуфак

102. Гиподермада кайси элемент куп?

А. Аргилофил толалари.

В. Коллаген толалари.

С. Эластик толалар.

Д. Силлик мушак толалари.

Е. Нерв толалари.

103. Иссикликни кабул килувчи рецепторларни курсатинг:

А. Краузе колбаси.

В. Фатер-Пачини таначалари.

С. Руффини таначалари.

Д. Мейснер таначалари.

Е. Меркел хужайралари.

104. Кайси омил таъсирдан организмни тери химоя эта олмайди.

А. Механик.

В. Вибрацион.

С. Биологик.

Д. Кимёвий.

Е. Термик.

105. Пролифератив характердаги бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Яллигланиш доғи.

В. Яллигланишсиз доғ.

С. Торвок,

Д. Геморрагик доғ.

Е. Пигментли доғ.

106. Меркель хужайралари каерда жойлашади?

А. Эпидермиснинг донадор каватида

В. Дерманинг турсимон каватида

С. Эпидермиснинг базал каватида

Д. Эпидермиснинг тикансимон каватида

Е. Дерманинг сургич каватида

107. Дерманинг хужайра элементлари асосан каерда жойлашган?

А. Сургич каватда

В. Турсимон каватда

С. Соч фолликулалари атрофида

Д. Ёг безлари атрофида

Е. Тер безлари атрофида

108. Фатер–Пачини таначалари каерда жойлашади?

А. Эпидермиснинг базал каватида

В. Дерманинг сургичсимон каватида

С. Дерманинг турсимон каватида

Д. Гиподерма билан дерманинг чегарасида

Е. Гиподермада

109. Куйидагилардан кайси бири терини ультрабинафша нурлардан химоя килади?

А. Кератин

В. Элеидин

С. Кератогиалин доналари

Д. Сквален

Е. Меланин

110. Гиподермада жойлашган 1-ламчи морфологик элементни аникланг:

А. Думбокча

В. Торвок

С. Тугун

Д. Пигмент доги

Е. Яллигланиш доги

111. Пролифератив характерга эга буладиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Думбокча

В. Яллигланиш доги

С. Пигмент доги

Д. Тугунча

Е. Тугун

112. Терининг дефекти билан характерланадиган иккиламчи морфологик элемент булмаган вариантни курсатинг:

А. Тангача, вегетация, яра

В. Пигментация, лихенификация, тангача

С. Эрозия, вегетация, пигментация

Д. Экскориация, ёрик, калок

Е. Лихенификация, яра, вегетация

113. Кичишиш борлигини бидирувчи 2-ламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эрозия

В. Экскориация

С. Ёрик

Д. Вегетация

Е. Тангача

114. Чин полиморфизмни курсатинг:

А. Тугунча, тангача, калок

В. Пуфакча, думбокча, дог

С. Пуфак, вегетация, яра

Д. Пустула, лихенификация, эрозия

Е. Тугун, калок, чандик

ДЕРМАТИТЛАР. ТОКСИКОДЕРМИЯ

115. Шартсиз (облигат) булмаган китиклагични курсатинг:

А. Кислоталар

В. ишкорлар.

С. электр токи

Д. 60⁰ дан юкори харорат

Е. Синтетик ювувчи моддалар

116. II даражали совук уришида терида нима пайдо булади:

А. Кукариш, шиш

В. кукариш, шиш, пуфаклар

С. жарохатланган жойларнинг юзаки некрози

Д. Тукималар чукур некрози

Е. Юкоридагилар хаммаси

117. Йод ва бром препаратларига буладиган токсикодермияни курсатинг?

А) папулез тошмалар.

В) везикулез тошмалар.

С) хуснбузар тошмалари.

Д) булез тошмалар.

Е) розеолез тошмалар.

118. Токсикодермиянинг «фиксацияланган эритема» шаклини чакирувчи препарат:

А. антибиотиклар

В. сульфаниламидлар

С. витаминлар

Д. йод препаратлари

Е. бром препаратлари

119. Токсикодермияда учрамайдиган бирламчи элемент:

А. дог

В. торвок

С. тугунча

Д. тугун

Е. пуфак

120. Сурункали дерматит учун хос булмаган вариантни курсатинг:

а) гиперемия

В) инфильтрация

С) лихенификация

Д) везикуляция

Е) гиперкератоз

121. Токсико-аллергик дерматитда куйидаги бирламчи морфологик элементлардан кайсиниси учрамайди?

А) эритема

В) папула

С) думбокча

Д) торвок

Е) пуфак

122. Шартли (факультатив) китиклагични курсатинг?

А) кислоталар

В) ишкорлар

С) электр токи

Д) 70⁰ дан юкори харорат

Е) буёклар.

123. Лайелл синдромида учрамайдиган элемент:

А) эритема

В) пуфакча

С) эрозия

Д) калокчалар

Е) тугунлар.

124. Куйидагилардан кайсиниси дерматит чакирувчи физик тоифасига кирмайди.

А. Электр токи

В. ионловчи рация (нурлари)

С. ультрабинафша нурлар

Д. Юкори харорат

Е. Алифатик бирикмалар

125. I - даражали куйишда пайдо буладиган узгаришлар вариантыни курсатинг.

А. Эритема шиш

В. эритема, шиш, везикуляция

С. терининг юзаки некрози

Д. Терининг чукур некрози

Е. Юкоирдагиларни хаммаси

126. Куйидагилардан кайсиниси дерматит чакирувчи химик омил эмас?

А. кислоталар

В. юкори концентрацияли дезинфекцияловчи моддалар

С. ионловчи радиация

Д. ишкорлар

Е. баъзи огир металл тузлари

127. Иккинчи даражали куйишда терида нима пайдо булади?

А. Эритема шиш

В. эритема, шиш, везикуляция

С. дерма юзаки кабатининг некрози

Д. Дерманинг чукур некрози

Е. Юкоридагиларнинг хаммаси

128. Кайси турдаги токсикодермияда Никольский симптоми мусбат булади?

А. Тубероз йододермада

В. тубероз бромодермада

С. йод хуснбузарида

Д. Сульфаниламид токсикодермияда (фиксацияланган эритемада)

Е. Лайелла синдромида

129. Токсикодермияда китикловчи кайси йул билан тушиши

характерли эмас:

- A. Огиз оркали
- B. Нафас йуллари
- C. Кон томирига (вена ичига)
- Д. Тери юзасига**
- E. Мушакка (мушак ичига)

130. Лайелл синдроми учун хос булмаган куринишни курсатинг:

- A. Эритема доги
- B. Пуфаклар
- C. Эрозия сатхлари
- Д. Никольский симптомининг мусбатлиги
- E. Вегетациялар**

131. Уткир дерматитлар учун хос булмаган белгини курсатинг:

- A. Эритема ва шиш
- B. Везикуляция
- C. Пуфаклар
- Д. Лихенификация**
- E. Тукима некрози

132. Дерматитларнинг ташки давосида куйидагилардан кайси бири ишлатилмайди?

- A. Нам бойламлар
- B. Чайкатилувчи аралашмалар
- C. Стероид мазлари
- Д. Кератолитик мазлар**
- E. Анилин буёклари

ЭКЗЕМА

133. Экзема учун хос булмаган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

- A. Эритема.

- В. папула
- С. пусула
- Д. микровезикула

Е. Пуфак

134. Болалар экземаси учун характерли белгилар:

- А. Чин экзема белгилари
- В. микробли экзема белгилари
- С. себореяли экзема белгилари

Д. Чин, микробли ва себореяли экзема белгиларнинг бир вақтда булиши

Е. Юкоридаги барча белгиларнинг йуклиги

135. Чин экзема кайси касаллик билан фарк килинмайди?

А. Аллергик дерматит

В. пиодермит

С. нейродермит

Д. руброфития

Е. Кафтларнинг дисгидрози

135. Экземани намланиш боскичида махаллий даволашда куйидаги дорилардан кайси бири ишлатилади:

А. Сепмалар

В. чайкатиладиган аралашмалар (болтушка)

С. намлаш (примочка)

Д. малхамлар

Е. пасталар

136. Экзамада намлаш (примочка) максатида ишлатиладиган дори:

А. Танин эритмаси

В. йод настойкаси

С. бензилбензоат эмульсияси

Д. Кастеллани суюклиги

Е. преднизолон мази

137. Микробли экземанинг клиник шаклини курсатинг:

А. нуммуляр

В. томчисимон

С. милиар

Д. дисгидротик

Е. пруригиноз

138. Экзема учун хос булмаган элемент:

А. микровезикула

В. эрозия

С. калок

Д. вегетация

Е. эксфолиация

139. Уткир экземанинг жараёнини график тарзда ифодаланиши:

А. учбурчак шаклида

В. туртбурчак шаклида

С. ромб шаклида

Д. эллипс шаклида

Е. эксфолиация.

140. Экзема учун хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг?

А) яра

В) калок

С) тангача

Д) эксфолиация

Е) эрозия.

141. Экзема билан огриган беморларга сийдикни хайдовчи дорилар беришга куйидагилардан кайсиниси асос була олади?

- A) папулёз инфильтрация борлиги.
- B) жараённинг юз сохасида жойлашиши
- C) жараённинг жинсий аъзолар сохасида жойлашиши.

Д) шиш ва сув чикишининг мавжудлиги

- E) пустулез элементлар мавжудлиги

142. Экземада учрамайдиган бирламчи элемент?

- A) эритема
- B) тугунча
- C) пустула
- D) везикула
- E) торвок.**

143. Чин экзема дифференциация килинмайдиган касаллик:

- A) аллергия дерматит
- B) эритематоз**
- C) нейродермит
- D) руброфития
- E) кафтлар чин дисгидрози.

144. Экземани махаллий даволашда ишлатилмайдиган дори:

- A) сепмалар
- B) йод настойкаси**
- C) намлаш (примочка)
- D) малхамлар
- E) пасталар.

145. Пруригиноз экзема куйидагилардан кайси бирининг клиник куруниши эканлигини аникланг:

- A. себореяли экземани
- B. болалар экземасини

С. профессионал экземани

Д. чин экземани

Е. микробли экземани

146. Чин экземада куйидагилардан кайси дорини куллаш мақсадга мувофиқ эмас?

А. антигистамин

В. десенсибилизацияловчи

С. антибиотиклар

Д. витаминлар

Е. Иммуномодуляторлар

147. Ю.К. Скрипкин классификацияси буйича куйидагилардан экземанинг кайси тури йук?

А. Чин экзема

В. микробли экзема

С. болалар экземаси

Д. себореяли экзема

Е. Аллергик экзема

148. Микробли экзема учун хос булмаган вариантни курсатинг.

А. Симметрик жойланиш

В. чегараларнинг аниқлиги

С. намланиб туриши

Д. Ёглик сарик тусли тангача калокларнинг борлиги

Е. Пустулаларнинг мавжудлиги

149. Экземанинг ташки давоси учун куйидагилардан кайсиниси кулланилмайди?

А. Нам киритувчи бойламлар (примокчалар)

В. кремлар

С. йод

Д. пасталар

Е. Мазлар

150. Кайси экзема микробли экзема тури булиб хисобланмайди?

А. Паратравматик экзема

В. Дисгидротик экзема

С. Варикоз экзема

Д. Нуммуляр экзема

Е. Сикозсимон экзема

151. Уткир экзема учун энг хос булган тошма элементларни

курсатинг:

А. Пустулалар

В. Эритма, тангачалар

С. папулалар, яралар

Д. Везикулалар, эрозиялар

Е. Микровезикулалар, намланган эрозиялар

152. Жараён каерда ривожланса паратравматик экзема булмайди:

А. Болдир трофик яралари атрофида

В. Варикоз симптомокомплекс атрофида

С. Операциядан сунгги култя атрофида

Д. Пасод йули атрофида

Е. Жарохат атрофида

153. Экземали беморларда кайси доридан намлаш (примочка)

максадида фойдаланилмайди:

А. Бор кислота 2% ли эритмаси

В. Кумуш нитрати 0,25% ли эритмаси

С. Резорцин 0,5 ли эритмаси

Д. Кастеллани суюклиги

Е. Фурациллин 0,02% ли эритмаси

154. Себореяли экзема куйидагилардан кайси сохада учрамайди?

- A. Бошнинг сочли кисми
- B. Кулов супралари
- C. Кураклар ораси
- D. Кукрак сохаси
- E. Жинсий аъзолар сохаси**

155. Уткир экзема учун хос булган патоморфологик узгаришни курсатинг:

- A. спонгиоз**
- B. вакуол дегенарцияси
- C. баллонланувчи дегенерация
- D. гранулез
- E. гиперкератоз

ПИОДЕРМИТЛАР.

156. Факат аралаш пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг?

- A. Вулгар импетиго, тиркишсимон импетиго рупия
- B. шанкрсимон пиодермия, сурункали ярали-вегетацияланувчи пиодермия, вульгар импетиго**
- C. оддий темиртки, гидраденит, шанкрсимон пиодермия
- D. Сурункали ярали пиодермия, фурункул, везикулопустулез
- E. Везикулопустулез, вульгар импетиго, остиофолликулит

157. Барча касаллик факат катталарда учрайдиган вариантни курсатинг?

- A. Фурункул, вульгар импетиго, вульгар эктима
- B. гидраденит, сикоз, вульгар хуснбузар**
- C. сикоз, фолликулит, карбункул
- D. Вульгар хуснбузар, карбункул, фурункул
- E. Карбункул, гидраденит, турниоль

158. Аралаш этиологияли чукур пиодермитни курсатинг?

А. Карбункул

В. ярали пиодермия

С. гидраденит

Д. Эктима

Е. Фингер псевдофурункулези

159. Остиофолликулитга хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг?

А. Лихенификация

В. эрозия

С. яра

Д. Чандик

Е. Вегетация

160. Куйидагилардан кайси бирида антибиотиклар буюриш шарт эмас?

А. Куп сонли фурункулларда - фурункулезда

В. кайталанувчи фурункулезда

С. ёлгиз фурункулда

Д. Фурункул хавfli (юзда) жойлашганида

Е. Харорат билан кечувчи фурункулда

161. Фурункул нима?

А. соч фолликуласининг уткир йирингли яллигланиши

В. ёг безлари ва унинг атрофидаги бириктирувчи тукуманинг уткир йирингли яллигланиши

С. Соч фолликуласи ва унинг атрофидаги бириктирувчи тукуманинг уткир йирингли некротик яллигланиши

Д. Тер безлари ва атрофдаги уткир тукумалар йирингли яллигланиш

Е. Ёг безларининг уткир йирингли яллигланиши

162. Фурункул кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

А. Сибир яраси-куйдирги

В. Гидраденит

С. инфильтратив-йирингли трихофития

Д. Куп сонли абцесслар

Е. Везикулопустулез

163. Остеофоликулитда нима зарарланади?

А) тер безлари.

В) ёг безларининг огзи.

С) соч фоликулаларининг огзи.

Д) силлик тери.

Е) соч фоликуласи.

164. Стрепткокк этиологияли юзаки пиодермитни курсатинг?

А) ранг-баранг темратки.

В) оддий темиратки.

С) остеофоликулит.

Д) вульгар импетиго.

Е) вульгар эктима.

165. Стафилококк этологияли чукур пиодермитни курсатинг?

А) остеофоликулит.

В) гидроденит.

С) сурункали ярали пиодермит.

Д) шанкрсимон пиодермит.

Е) вульгар рупия.

166. Силлик терини зарарлайдиган касаллик:

А) фолликулит.

В) вульгар хуснбузар.

С) буллез импетиго.

Д) везикулопустилез.

Е) вульгар сикоз.

167. Аралаш пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг?

А) вульгар импетиго шанкрсимон пиодермит.

В) вульгар эктима, сурункали яралли пиодермит.

С) вульгар сикоз, ботриомикома.

Д) вульгар рупия, везикулопустилез.

Е) фурункул, оддий лишай

168. Чукур пиодермитлардан иборат вариант:

А. вулгар эктима, гидраденит

В. вулгар рупия, тирниоль

С. вулгар сикоз, карбункул

Д. вулгар рупия, вулгар импетиго

Е. вулгар импетиго, фрункал

169. Аралаш пиодермитлардан иборат вариант:

А. вулгар импетиго, шанкрсимон пиодермия

В. вулгар хусунбузар, гидраденит

С. вулгар эктима, ярами пиодермия

Д. вулгар сикоз, ботриомикома

Е. вулгар рупия, фурункал

170. Факат катталарда учрайдиган стафилококкли пиодермит:

А. вулгар сикоз

В. вулгар эктима

С. вулгар рупия

Д. вулгар импетиго

Е. фурункул

171. Стрептококк этиологияли чукур пиодермит:

А. вулгар сикоз

В. вулгар хусунбузар

С. вулгар эктима

Д. вулгар импетиго

Е. карбункул

172. Аралаш этиологияли пиодермитни курсатинг?

А) вульгар импетиго

В) буллёз импетиго

С) буллёз импетиго

Д) вульгар эктима

Е) вульгар рупия.

173. Факат болаларда учрайдиган пиодермит?

А) фурункул

В) везикулопустилёз

С) турниоль

Д) вульгар эктима

Е) остеофолликулит.

174. Аралаш этиологияли пиодермит?

А) карбункул

В) шанкрсимон пиодермия

С) гидраденит

Д) вульгар эктима

Е) фурункул.

175. Остеофолликулитга хос иккиламчи элемент?

А) пустула

В) калок

С) яра

Д) чандик

Е) эритема.

176. Антибиотиклар буюриш шарт эмас-умумий давога?

А) карбункулда

В) фурункулёзда

С) остеофолликулитда

Д) вульгар эктимада

Е) гидроденитда.

177. Стафилококкли пиодермитлардан иборат вариант?

А) гидроденит, остеофоликулит

В) фурункул, турниоль

С) вульгар сикоз, вульгар эктима

Д) везикулопустулез, вульгар рупия

Е) карбункул оддий лишай.

178. Хамма касалликлари катталарда ва болаларда учрайдиган пиодермитлардан тузилган вариантни курсатинг.

А. Фурункул, ёриксимон импетиго, везикулопустулез

В. карбункул, сикоз, турниоль

С. гидраденит, оддий темиртки, вульгар импетиго

Д. Остеофолликулит, фурункул, эктима

Е. Ёриксимон импетиго, фингер псевдофурункулези, шанкрсимон пиодермия.

179. Гидраденит нима?

А. Соч фолликуласининг йирингли яллигланиши

В. ёг безларининг йирингли яллигланиши

С. эккрин тер безларининг йирингли яллигланиши

Д бир неча соч фолликуласининг ва атрофдаги тукумани йирингли яллигланиши

Е. Апокрин тер безларини йирингли яллигланиши

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

- A. фурункул
- B. чукур трихофития
- C. папуло-некротик тери сили
- D. скрофулодерма

E. Гидраденит

181. Чакалоқларга эпидемик чилла ярасини тугма захмнинг кайси куриниши билан дифференциация килиш керак.

- A. Гохзингер инфильтрация
- B. эрозив папулалар

C. захм пурсилдоги

- D. Захм тумови
- E. Парро сохта фалажи

182. Фақат стафилококкли пиодермитлардан иборат булган вариантни курсатинг.

- A. Фолликулит, шанкрсимон, пиодермия
- B. сикоз, тирниоль
- C. карбункул, оддий темиртки
- D. Фурункул, эктима

E. Остиофолликулит, гидраденит

183. Кайси касаллик стафилококкли чукур пиодермитга кирмайди.

- A. фурункул
- B. вульгар эктима**
- C. гидраденит
- D. Чукур фолликулит
- E. Карбункул

184. Пиодермитларни махаллий даволашда нима кулланилмайди.

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

Е. Чайкатиб суртиладиган аралашмалар

185. Сурункали таркалган юзаки стрептодермия учун нима характерли эмас.

А. Кизгиш кукимтир доғ

В. лихенизация

- С. йирик колоқлар
- Д. Жароҳат юзасини намланиши
- Е. Пластинкасимон тангачалар

186. Фақат стрептококкли пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг.

- А. Вулгар эктима, вульгар сикоз, фолликулит
- В. тиркишсимон импетиго, оддий лишай, везикулопустулез
- С. вульгар рупия, Риттернинг эксфолиатив дерматити, стрептококкли бичилиш

Д. Турниол, сифилиссимон папулалар импетиго, вульгар эктима

Е. Оддий лишай, вульгар рупия, гидраденит

187. Везикулопустулезда нима жароҳатланади?

- А. Экрин тер безларининг огзи
- В. апокрин тер безларининг огзи
- С. ёғ безлари
- Д. Соч фолликулаларининг огзи
- Е. Соч фоликулалари

188. Гидраденит куйидагилардан қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

- A. фурункул
- B. скрофулодерма

C. Фингер псевдофурункулези

- D. Йирингли лимфаденит
- E. Тери лейшманиози

189. Юзаки жойлашган чекланган пиодермитларни даволашда куйидагилардан кайси вариант кулланилади.

- A. Умумий даво (антибиотик билан)
- B. умумий даво иммунотерапия
- C. умумий даво махаллий даво

D. Махаллий даво

- E. Махаллий физиотерапевтик даво

190. Сикоз учун характерли булмаган белгини курсатинг.

- A. Сокол ва муйлов сохасида жойлашиш

B. яра хосил килиш

- C. остиофолликулитлар пайдо булиши
- D. Калоклар хосил булиши
- E. Пустулаларнинг кушилиб кетиши

191. Факат чукур пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг:

- A. Фингер псевдофурункулези, вульгар эктима, гидраденит
- B. Фурункул, везикулопустулез, гидраденит
- C. Карбункул, Фингер псевдопустулези сикоз
- D. Чукур фолликулит, Риттернинг эскфолиатив дерматити, ульгар рупия
- E. Чакалоклар эпидемик чилла яраси, эктима, сурункали ярали пиодермия

192. Барча касалликлар ёг ва тер безлари зарарланиши билан характерланадиган вариантни курсатинг:

- A. Сикоз, гидраденит
- B. Фингер псевдофурункулези, остиофолликулит

С. Фурункулез, везикулопустулез

Д. Вульгар хуснбузар, вульгар рупия

Е. Везикулопустулез, вульгар хуснбузар

193. Стрептококк этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

А. Гидраденит

В. Вульгар рупия

С. Чукур фолликулит

Д. Ботриомикома

Е. Ярали пиодермия

194. Стрептококкли пустулалар учун хос булган клиник белгини курсатинг:

А. Соч фолликулаларига алокадорлик

В. Ёг безларига алокадорлик

С. Эккрин тер безларига алокадорлик

Д. Апокрин тер безларига алокадорлик

Е. Тери бурмаларига алокадорлик

195. Остифолликулитда нима зарарланади?

А. Соч фолликулалари огзи.

В. Ёг безлари огзи.

С. Эккрин тер безларининг огзи.

Д. Апокрин тер безларининг огзи.

Е. Соч фолликуларари.

196. Чакалоқлардаги эпидемик чилла яра қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

А. Заҳм пурсилдоғи.

В. Хақиқий пурсилдоғ.

С. Буллез эпидормолиз.

Д. Сув чечак.

Е. Буллезли импетиго.

197. Фурункулёзни даволашда кайси даवони куллаш максадга мувофик эмас?

- A. Махаллий (ташки) даво.
- B. Умумий (антибиотикотерапия) даво.
- C. Спецефик ва поспецефик иммунотерапия.
- Д. Антигистамин моддалари.**
- E. Физиотерапевтик муолажа.

198. Аралаш этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

- A. эктима
- B. Гидраденит
- C. Фингер псевдофурункулези
- Д. Шанкрсимон пиодермия**
- E. фурункул

200. Стрептококк этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

- A. Фолликулит
- B. Фурункул
- C. Карбонкул
- Д. Вульгар эктима**
- E. Гидраденит

201. Фликтена хосил килмайдиган стрептококкли импетигони курсатинг:

- A. Турниоль
- B. ангуляр стоматит
- C. Оддий лишай**
- Д. Интертригиноз стрептодермия
- E. Панариций

КУТИР. ПЕДИКУЛЁЗ.

202. Кутир кайси йул билан юкмайди?

- A. Курпа-тушак билан юкмайди
- B. кийим бош оркали

С. уйинчоклар оркали

Д. Хайвонлар оркали

Е. Жинсий алокада

203. Кутирни аниклашда кандай лаборатория текшириши утказилади?

А. Коннинг умумий анализи

В. серологик

С. иммунологик

Д. бактериологик

Е. Бактериоскопик

204. Кутирга карши кураш профилактик чораларга нима кирмайди?

А. Барча контактларни куриш

В. карантин

С. беморларни аниклаш

Д. Беморлар изоляцияси

Е. Аникланмаган беморларни даволаш

205. Кутир касаллигидаги Горчаков – Арди симптомини курсатинг:

А. Тирсак бугими ёзувчи сатхида калоклар ва тангачалар билан копланган папуловезикулалар

В. бармоқлар аро жуфт-жуфт папуловезикулалар

С. бармоқлар аро бурмаларда кутир йулларининг мавжудлиги

Д. Тунда (курпада) кучли кичишиш

Е. Чизикли эксскориациялар

206. Кутир учун хос булмаган икиламчи элемент?

А) вегетация

В) эксскориция

С) калок.

Д) пигментация

Е) пустула.

207. Бош бити учун характерли булмаган белгини курсатинг?

А) касмоқлар хосил булиши.

В) эксориациялар, калоклар.

С) маддалар тошиши.

Д) буйин лимфа тугунларининг катталашиси.

Е) вегетациялар пайдо булиши.

208. Кутирдаги иккиламчи элемент:

А. ёрик

В. эксориация

С. яра

Д. лихенификация

Е. вегетация

209. Кутирни даволашда кулланилмайдиган препарат:

А. 2 % бор мази

В. 20 % Олтингугурт мази

С. 20 % Бензилбензоат мази

Д. Вилкинсон мази

Е. 10 % Бензилбензоат мази

210. Кутирни даволашда кулланиладиган препарат:

А. 2 % бор мази

В. Эритромицин мази

С. 20% Бензилбензоат мази

Д. Синафлан мази

Е. Бонафтон мази

211. Кутир дифференциацияси килинадиган касаллик?

А) кипикли темиртки

- В) кизил ясси темиратки
- С) пушти ранг темиратки

Д) кичима

Е) торвок.

212. Кутирни инкубацион даври канча.

А. 7-10 кун

В. 1-3 кун

С. 2-3 кун

Д. 3 ойдан ортик

Е. 30 7 кун

213. Кайси касаллик кутир асорати булиши мумкин эмас.

А. фурункул

В. импетиго

С. эктима

Д. фолликулит

Е. Нейродермит

214. Кайси дори кутирни даволашда кулланилмайди.

А. Бензилбензоатни 10% эритмаси

В. бензилбензоатни 20% эритмаси

С. натрий тиосульфатни 60% эритмаси

Д. 6% хлорид кислота эритмаси

Е. Ниттифор

215. Бош бити учун характерли булмаган белгини курсатинг.

А. Йирингли тошмалар

В. лихенификация

С. сочларни битиб касموклар хосил булиши

Д. Буйин лимфа тугунларини катталашиши

Е. Тирналган жойлар ва калоклар

216. Кутир учун хос 2 – ламчи морфологик элементни курсатинг.

А. лихенификация

В. яра

С. эксориация

Д. тангача

Е. чандик

217. Битликиликни даволашда ишлатиладиган дори:

А. 33% олтингугурт мази

В. 60% тиосульфат натрий эритмаси

С. 6% хлорид кислота эритмаси

Д. Вилькинсон мази

Е. Ниттифор

218.. Кутир учун хос булган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Кон томирларга алокадорлик дог

В. Пустула

С. Папуло-везикула

Д. Думбокча

Е. Торвок

219. Кутир давоси учун кулланилмайдиган препаратни курсатинг:

А. 5% олтингугурт малхами

В. 10% олтингурурт малхами

С. 20% олтингурурт малхами

Д. 33% олтингурурт малхами

Е. Вильконсон малхами

220. Бош бити кайси йул билан утмайди?

А. Тугри контакт йули билан

В. Бош кийимлари, румоллар билан

С. Шампун билан

- Д. Тароклар билан
- Е. Кашлагич билан

МИКОЗЛАР

221. Дерматомикозларга кирмайдиган касалликни курсатинг?

А. Тугунсимон трихоспория

- В. эпидермофития
- С. рубромикоз
- Д. Микроскопия
- Е. Фавус

222. Чов эпидермофитияси қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

- А. Эритразма
- В. ясси терининг трихофитияси
- С. йирик бурмалар кандидози

Д. Кепакли темирлатки

- Е. Рубромикоз

223. Товон интертригиноз эпидермофитиясига хос бўлмаган клиник белгини курсатинг?

- А. Тери шилиниши
- В. ёриқлар, эрозиялар
- С. эпидермис кучиши

Д. везикуляция

- Е. Кичиши, оғриш

224. Инфилтратив – йирингли трихофитиянинг қузгатувчисини курсатинг?

- А. Сафсар трихофитон
- В. кизил трихофитон
- С. кратер шаклидаги трихофитон

Д. Тонзуранс трихофитон

Е. Гипссимон трихофитон

225. Юзаки трихофитияда учрамайдиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Дог

В. папула

С. везикула

Д. Пуфак

Е. Пустула

226. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитияси учун энг характерли булган белгини курсатинг:

А. Пустлокчалар борлиги

В. кепакланиш борлиги

С. «қора нукталар» борлиги

Д. Чандикчалар борлиги

Е. Атрофик соч туқилган жойлар борлиги

227. Шиллик қаватлар кандидози булмаган клиник шаклни курсатинг:

А. Тил (огиз) оқариши

В. микотик бичилиши

С. кандидозли хейлит

Д. Кандидозли баланопостит

Е. Кандидозли вульвовагинит

228. Микроспорияга хос булмаган бирламчи морфологик элементини курсатинг:

А. Дог

В. везикула

С. пустула

Д. Папула

Е. Пуфак

229. Трихофития, микроспория ва фавусни лаборатория

диагностикасини курсатинг:

А. Умум клиник анализлар

В. бактериоскопик

С. иммунологик

Д. Серологк

Е. Биохимик

230. Замбуруг касалликлари (микроспория, трихофития, фавус)ни даволашда ишлатилмайдиган препаратни курсатинг:

А. Йод настойкаси (2- 5 %)

В. олтингугурт малхами (10- 20%)

С. таблеткадаги гризеофульвин

Д. Гризеофульвин эмульсияси

Е. Цитостатиклар

231. Кератомикозларга мансуб касаллик:

А) рубромикоз.

В) култик ости трихомикози.

С) эпидермофития.

Д) микроспория

Е) фавус.

232. Фавуснинг клиник белгилари?

А) юзаки.

В) сурункали.

С) сквамоз

Д) интертригиноз.

Е) момиксимон.

233. Фавус клиникаси учун хос эмас?

А) гиперемия доглари

- В) фавус калкончалари мавжудлиги.
- С) «омбор» (сичкон) хид келиши.
- Д) сочларни хиралиги, париксимонлиги.
- Е) калкончаларнинг изсиз сурилиб кетиши.**

234. Силлик тери микроспорияси учун хос эмас?

- А) эритема доглари
- В) кипиклар.
- С) пуфакчалар.
- Д) калоклар.
- Е) атрофик чандик.**

235. Трихофитияда учрамайдиган элемент?

- А) тугунча.
- В) тугун.**
- С) калок.
- Д) кипик.
- Е) дог.

236. Товон эпидермофитиясининг клиник шакли?

- А) интертригиноз**
- В) импетигиноз
- С) инфилтратив мадалловчи.
- Д) скутуляр.
- Е) сурункали.

237. Дерматомикозларни даволашда ишлатиладиган антибиотик?

- А) нистатин.
- В) леворин.
- С) гризеофульвин**
- Д) пеницилин
- Е) тетрациклин.

238. Дерматомикозларни ташки даволашда ишлатилмайдиган

дори:

- А) ламизил.
- В) микозолон мази.
- С) Гризеофульвин линименти.
- Д) йод эритмаси
- Е) леворин мази.**

239. Куйидаги санаб утилган каалликлардан кайси бири мавжуд эмас?

- А) бошнинг сочли кисми фавуси.
- В) силлик тери фавуси
- С) тирноклар фавуси.
- Д) ёг безлари фавуси**
- Е) вицерал фавус.

240. Чов эпидермофитияси деференциация килинмайдиган касаллик:

- А) юзаки кандидоз.**
- В) ранг-баранг темиратки.
- С) пушти ранг темиратки.
- Д) фавус.
- Е) микроспория.

241. Ранг-баранг темиратки диагностикасидаги синама:

- А. Ядассон синамаси
- В. Бальцер синамаси**
- С. Рикор синамаси
- Д. Томпсон синамаси
- Е. Манту синамаси

242. Товон эпидермофитиясининг клиник шакли:

А. сквамоз

В. скутуляр

С. генерализациялашган

Д. юзаки

Е. зангсимон

243. Дисгидротик товон эпидермофитиясидаги иккиламчи элемент:

А. эрозия

В. яра

С. вегетация

Д. лишенификация

Е. чандик

244. Трихофитиянинг клиник шакли?

А. интертигноз

В. питириоид

С. сурункали

Д. момиксион

Е. сквамоз

245. Трихофитиядаги бирламчи элемент:

А. эритема

В. думбокча

С. тугун

Д. торвок

Е. пуфак

246. Микроспориядаги иккиламчи элемент:

А. кипик

В. ёрик

- С. лихенификация
- Д. вегетация
- Е. папула

247. Кандидозни даволашда ишлатилатиладиган перепарат:

А. пенциллин

В. леворин

- С. левомицетин
- Д. авлосульфон
- Е. гризеофульвин

248. Вуд лампаси остида зангори товланувчи касаллик:

А. трихофития

В. микроспория

- С. фавус
- Д. эпидермофития
- Е. рубромикоз

249. Фавуснинг клиник шакли:

А. импетигиноз

- В. интертригиноз
- С. инфильтратив-маддаловчи
- Д. дисгидротик
- Е. сурункали

250. Кератомикозларга мансуб касаллик?

А) тугунсимон трихоспория

- В) микроспория
- С) фавус
- Д) эпидермофития
- Е) рубромикоз.

251. Чов эпидермофитияси дифференциация килинадиган касаллик?

- A) эритразма
- B) эритематоз
- C) кепакли темиратки (псориаз)
- D) ранг-баранг темиратки
- E) пушти-ранг темиратки.

252. Инфилтратив-йирингловчи трихофитияни кузгатувчиси?

- A) сафсар трихофитон.
- B) кизил трихофитон
- C) фавусимон трихофитон
- D) кратерсимон трихофитон
- E) тонзуранс трихофитон.

253. Юзаки трихофитияда учрамайдиган бирламчи элемент?

- A) дог
- B) тугунча
- C) везикула
- D) думбокча
- E) пустула.

254. Микроспорияларга хос бирламчи элемент:

- A) кипик
- B) калок
- C) тугун
- D) тугунча
- E) пуфак.

255. Дерматомикозларнинг лабаратория диагностикаси:

- A) умумий клиник анализлар
- B) бактериологик

- С) иммунологик
- Д) серологик
- Е) биохимик.

256. Дерматомикозларни даволашда ишлатилмайдиган препарат?

- А) йод настойкаси
- В) клотримазол
- С) гризеофульвин**
- Д) ламизил
- Е) делагил.

257. Товон интритригиноз эпидермофитиясига хос эмас?

- А) мацерация
- В) ёриклар
- С) эрозиялар
- Д) яралар**
- Е) кичишиш.

258. Фавуснинг клиник шаклини курсатинг?

- А) сквамоз**
- В) интритригиноз
- С) дисгидротик
- Д) юзаки
- Е) момиксимон.

259. Кератомикозларга кирмайдиган касаллик курсатинг.

- А. рубромикоз**
- В. култик ости трихомикози
- С. тугунли трихоспория (пъедра)
- Д. эритразма
- Е. Ранг-баранг темиратки

260. Ранг-баранг темираткини даволашда кайси дори

ишлатилмайди.

- A. 6% хлорид кислотаси
- B. 60% натрий тиосульфат эритмаси
- C. 5% салицил спирти

Д. Кастеллани суюклиги

E. Андриасян суюклиги

261. Товон эпидермофитиясини клиник тури булмаган вариантни

курсатинг.

- A. интертригиноз
- B. дисгидротик
- C. тирноклар эпидермофитияси

Д. эпидермофитидлар

E. Сквамоз

262. Товон эпидермофитиясининг интертригиноз формасини кайси

касаллик билан дифференциация қилинмайди.

A. Папулез сифилидлар

- B. эритразма
- C. интертригиноз стрептодермия
- D. Интертригиноз кандидоз
- E. Интертригиноз экзема

263. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитиясига хос белгини

курсатинг.

- A. Сочларни букилиши, буралиши
- B. калоклар булиши
- C. люминесцент лампа остида зангори товланиш
- D. Сочларни хиралиги

E. Кора нукталар мавжудлиги

264. Инфилтратив-маддаловчи трихофития учун кайси симптом характерли эмас?

А. Думбокчалар тошиши

В. йирингча тошиши.

С. инфилтрат булиши

Д. Калоклар булиши

Е. Регионар лимфаденит булиши

265. Момиксимон микроспорум кузгатган бошнинг сочли кисми микроспорияси учун хос булмаган белгини курсатинг.

А. Катта учоклар пайдо булиши

В. терининг атрофияси

С. учогдаги 5-8 мм тепадан синган соч колдиклари

Д. Соч атрофидаги муфталар (гилофлар)

Е. Люминесцент лампа остида зангори товланишлар

266. Фавусни инкубацион даври канча.

А. 3-4 хафта

В. 1-2 хафта

С. 2-3 хафта

Д. 1-2 ой

Е. 2-3 ой

267. Фавус, трихофития ва микроспория диагнози куйиш учун кайси лаборатория текшириш усули кулланилади.

А. иммунологик

В. умумий клиник текширишлар

С. серологик

Д. бактериологик

Е. Биохимик

268. Сочларни замбуругга текширишда куйидагилардан кайси бири амала килинмайди.

- A. Материал олиш
- B. предмет ойнасига куйиб майдалаш
- C. ишкор эритемаси томизиш

Д. Спиртовка устида киздириш

- E. Микроскопия

269. Юзаки кандидоз хисобланмайдиган вариантни курсатинг.

- A. Тери кандидози
- B. шиллик пардалар кандидози

C. сурункали генерализациялашган кандидоз

- D. Кандидозли анихиялар
- E. Кандидозли паранихиялар

270. Чукур микозларга кирмайдиган касалликни курсатинг.

- A. актиномикоз
- B. бластомикоз

C. фавус

- D. хромомикоз
- E. Криптококкоз

271. Товон эпидермофитиясининг кузгатувчисини сапрофит холдан патоген холга утишига сабаб була олмайдиган омилни курсатинг:

- A. Тер химизни
- B. ишканиш, куп терлаш
- C. ясси товонлик
- D. Панжалар орасининг торлиги

E. Товон катта-кичиклиги

272. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси учун қайси белги хос эмас.

А. «қора нукталар» булиши

В. сочнинг калта (1-3 мм) синиши

С. букилган (узгарган) сочлар мавжудлиги

Д. Доғ, пуфакчалар борлиги

Е. Тангачалар, калоклар борлиги

273. Силлик терининг юзаки трихофитияси учун хос булмаган вариант курсатинг.

А. Люминестент лампа остида зангори товланиш

В. эритема доғи (думалок шаклда)

С. чегарасининг аниқлиги

Д. Киргоқларининг теккислиги ва бордюрсимонлиги

Е. Киргоқларида папула ва везикулалар борлиги

274. Бошнинг сочли кисми микроскопияси учун хос булган белгини курсатинг.

А. Тери сатхидан 1-3 мм тепадан синган соч синиклари

В. тери сатхидан 5-6 мм тепадан синган соч синиклари

С. «қора нукталар» булиши

Д. Учокдаги сочларни туқилиши

Е. Сочларни хира параксимон булиши

275. Зангори люминесцент нурланиш хос булган касалликни курсатинг.

А. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси

В. Бошнинг сочли кисми сурункали трихофитияси

С. Бошнинг сочли кисми инфилтратив – маддаловчи трихофитияси

Д. Бошнинг сочли кисми фавуси

Е. Бошнинг сочли кисми микроспорияси

276. Трихофития, микроспория, фавус касалликларида гризеофульвин кабул қилиш шарт бўлмаган вариантни курсатинг.

- A. Бошнинг сочили қисми зарарланиши
- B. силлик терида қуплаб учоғлар борлиги

C. силлик терининг чекланган зарарланиши

- D. Силлик теридаги тукларнинг зарарланиши
- E. Онихомикоз

277. Кандидоздаги 2-ламчи аллергия тошмани курсатинг.

- A. Тил оқариши
- B. кандидозли лаб бичилиши

C. левуридлар

- D. Гранулематозли кандидоз
- E. Паронихия

278. Товон эпидермофитиясининг клиник турини курсатинг:

A. Дисгидротик

- B. Буллез
- C. Везикулез
- D. Импетигиноз
- E. Сурункали

279. Ранг-баранг темирткига диагноз қуйишда нимадан фойдаланилади?

- A. Ядассон синамаси
- B. Бальцер синамаси**
- C. Поспелов симптоми
- D. Асбо-Ганзен симптоми
- E. Никольский симптом

280. Қимларда товон эпидермофитияси камрок учрайди:

- A. Сузувчиларда

В. Хаммомчиларда

С. Кишлоқ хужалиги меҳнаткашлари

Д. Спортчиларда

Е. Иссик цех ишчилари

281. Товон эпидермофитияси дисгидротик шаклига хос бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Везикула

В. Папула

С. Пустула

Д. Доғ

Е. Торвок

282. Қайси контактда юзаки трихофития юкмайди?

А. Бемор билан

В. Хайвон билан

С. Соч олувчи машина

Д. Бош қийими

Е. Уйинчоклар

283. Қайси касаллик Цельсинг «ари уяси» номини олган:

А. Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси

В. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитияси

С. бошнинг сочли қисми инфилтратив-маддаловчи трихофитияси

Д. Сокол ва муйлов юзаки трихофитияси

Е. Сокол ва муйлов сурункали трихофитияси

284. Патоген замбуругларидан энг юкумлисини курсатинг:

А. Сафсар трихофитон.

В. Шенлейн (трихофитон) ахориони.

В. Гиписсимон трихофитон.

С. Зангсимон микроспориум.

Д. Момиксимон микроспориум.

285. Кандидозни даволашда фойдаланилмайдиган препаратни

курсатинг:

- А. Нистатин.
- Б. Леворин
- В. Гризеофульвин
- С. Амфотерицин
- Д. «В» гурухидаги витаминлар.

286. Фавус чакирувчисини курсатинг:

- А. Сафсар трихофитон.
- В. Кизил трихофитон.
- С. Шёнлейн трихофитон.**
- Д. Кратерсимон трихофитон.
- Е. Гипссимон трихофитон.

287. Трихофития, микроспория ва фавусни лаборатория

диагностикаси учун олинмайдиган материални турини курсатинг:

- А. Сочлар.
- В. Тангача.
- С. Тирноклар.
- Д. Калок.
- Е. Йиринг.**

288. Гризеофульвин кабул килинганда кандай асорат

кузатилмади:

- А. Аллергик тошмалар.
- В. Ошкозон огриги.
- С. Бугимларда огрик.**
- Д. Юракда огрик.
- Е. Лейкопения

289. Ранг-баранг темирлатки диагностикасида кайси синама

кулланилади?

- А. Апликацион синама

- В. Ядассон синамаси
- С. Скарификацион синама
- Д. Бальцер синамаси**
- Е. Интрадермал синама

290. Сквामоз турдаги товон эпидермофитияси учун хос клиник белгини курсатинг:

- А. Везикула хосил булиши
- В. Кепакланиш**
- С. Эрозия
- Д. Калок
- Е. Ёриклар

291. «Паразитар сикоз» деб нимага айтилади?

- А. Сокол ва муйлов сохасидаги юзаки трихофития
- В. Сокол ва муйлов сохасидаги микроспория
- С. Сокол ва муйлов сохасидаги инфилтратив–маддаловчи трихофития**
- Д. Бошнинг сочли кисмидаги юзаки трихофития
- Е. Бошнинг сочли кисмидаги инфилтратив-маддаловчи трихофития

293. Микроспорияда учрамайдиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Папула
- В. Везикула
- С. Пустула
- Д. Булла**
- Е. Дог

294. Куйидаги элементлардан кайси бири тери кандидози учун хос?

- А. тангачалар
- В. Эрозиялар**
- С. Ёриклар
- Д. Калоклар
- Е. Яра

295. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси учун қайси белги хос эмас?

- А. «Кора нукталар» булиши**
- В. Сочнинг калта (1-3 мм) синиши
- С. Букилган, узгарган сочлар мавжудлиги
- Д. Дог, пуфакчадар борлиги
- Е. Тангачалар, калоклар борлиги

296. Трихофитиянинг клиник турини курсатинг:

- А. Сквамоз
- В. Скутуляр
- С. Зангсимон
- Д. Момиксимон
- Е. Юзаки**

КОЛЛАГЕНОЗЛАР (Кизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит)

297. Сурункали кизил волчанка учун хос булмаган клиник шаклини курсатинг:

- А. дискоид
- В. диссеминацияланган
- С. “ок дог” касаллиги**
- Д. Биеттининг марказдан кочувчи эритмаси
- Е. Капоши-Ирганг шакли

298. Сурункали кизил волчанкага хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Чандик**
- В. Вегетация
- С. калок
- Д. эрозия
- Е. Экскориация

299. Кам учрайдиган чекланган склеродермия шаклини курсатинг:

А. Пилакчали (бляшкасимон)

В. чизикли

С. туберозли

Д. «ок доглар» касаллиги

Е. Юзаки

300. Склеродермияни даволашда кулланилмайдиган препаратни курсатинг:

А. лидаза

В. метотрексат

С. Калликреин

Д. Депо-падутин

Е. Антибиотиклар

301. Дерматомиозит учун хос булмаган узгаришни курсатинг:

А. Бурун учининг уткирланиши

В. афония

С. Дисфагия

Д. Бошни тутолмаслик

Е. Оёқларини кенг куйган холда юриш

302. Сурункали кизил волчанканинг клиник шаклини курсатинг:

А. дисксимон

В. чизиксимон

С. бляшкасимон

Д. Атрофодермия

Е. Лентасимон

303. Дисксимон кизил волчанкада касаллик учогидаги оралик зонани курсатинг:

А. Чандик (атрофия)

В. эритема

С. гиперкератоз

Д. гиперпигментация

Е. лихенификация

304. Сурункали кизил волчанкали даволашда ишлатиладиган препарат.

А. Пенициллин

В. лидаза

С. делагил

Д. Сульфодимезин

Е. Авлосульфон

305. Чекланган склеродермиянинг зичланиш боскичида терига хос эмас.

А. Катттиклик

В. совуклик

С. букланмаслик

Д. Мумсимон сариклик

Е. Пергаментга ухшашлик

306. Чекланган склеродермиянинг кечишидаги боскични курсатинг.

А. эритема

В. шиш

С. диссеминация

Д. Уткир

Е. Регрессив

307. Дискоид кизил волчанка учун хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А) вегетация

В) эрозия

С) яра

Д) ёрик

Е) тангача.

308. Биетнинг марказдан кочувчи эритемасининг дискоид кизил волчанкадан клиник фарқи нимада?

А) Фоликуляр гиперкиратоз ва атрофия йуклиги

В) теридаги жараённи таркоклиги

С) чуқур инфилтратлар мавжудлиги

Д) Фоликуляр гиперкиратоз йуклиги

Е) атрофия йуклиги.

309. Чекланган склеродермиянинг иши боскичига хос булмаган теридаги узгаришни курсатинг?

А) терининг ялтироклиги

В) кизгиш ёки кукиш рангдалиги

С) учоғ атрофида сирен рангидаги халкасимон хошия мавжудлиги

Д) силликлиги

Е) хамирсимон консистенцияси.

310. Склеродерма учун хос булмаган белгини курсатинг?

А) корин ва кул оёқлар терсининг каттиклашиши.

В) терининг шиши, тортилиши.

С) кизгиш ёки саргимтир кунгир тусдалиги

Д) кафт товон ва мойк халтаси терисининг зарарланиши

Е) бармоқ билан босилганда чуқурча колмаслиги.

311. Сурункали кизил волчанканинг клиник шакли булмаган вариант:

А) дискоид

В) диссеминацияланган

С) чизиксимон

Д) Биетнинг марказдан кочувчи эритемаси

Е) Капоши-Ирганг формаси

312. Сурункали кизил волчанкадаги иккиламчи элемент

- А) чандик.**
- В) вегетация
- С) лихенификация
- Д) эрозия
- Е) эксфолиация.

313. Куйидагилардан кайсиниси чекланган склеродермиянинг шакли эмас?

- А) бляшкасимон.**
- В) чизикли
- С) дисксимон
- Д) юзаки
- Е) «ок доглар» касалиги.

314. Склеродермияни даволашда кулланилмайдиган препарат:

- А) лидаза
- В) аминохинол**
- С) депо-падутин
- Д) пеницилин
- Е) доксимум.

315. Кизил волчанка учун хос симптом:

- А) Поспелов симптоми
- В) Никольский симптоми
- С) Бенъе - Мешерский симптоми**
- Д) Шеклаков симптоми
- Е) «Уикхем тури» симптоми.

316. Кизил волчанканинг дискоид шакли учун хос симптомни курсатинг.

- А. «Нуктасимон кон» симптоми
- В. «Аёллар пошнаси» симптоми**

С. «балик икраси» симптоми

Д. «олма желеси» симптоми

Е. «куш кузи» симптоми

317. Кизил волчанка учун хос бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. думбокча

В. папула

С. пустила

Д. Эритема

Е. Торвок

318. Диффуз склеродермия учун хос булмаган вариантни курсатинг.

А. Мумификация

В. пневмосклероз

С. «от туёги» симптоми

Д. Артралгия

Е. Склеродактилия

319. Диссимон шаклдаги кизил волчанка учун хос симптомни курсатинг:

А. Шеклаков симптоми

В. Хачатуряннинг ангушвона симптоми

С. Асбо-Ганзен симптоми

Д. Уикхем тури симптоми

Е. Авлиё Антоний симптоми

320. Чекланган склеродермиянинг зичлашиш (каттиклашиш) боскичига хос булмаган белгини аниқланг:

А. Тери каттик, совук

В. мумсимон сарик-кулранг тусда

С. сурати йуколган (теккислашган)

Д. Пергаментни эслатувчи юпка, атрофиялашган

Е. Учоғ атрофида сирен халкаси (хошияси) мавжуд

321. Диффуз склеродермия учун хос булмаган белгини курсатинг:

А. мутиляция

В. миальгия

С. нефросклероз

Д. Маймун кафтига ухшашлиги

Е. Склеродектилия

322. Склередема учун хос булмаган белгини аникланг.

А. Корин ва кул-оёқлар терисининг каттиклашиши

В. терининг шиши, тортилиши

С. кизгиш, ёки саргимтир кунгир тусдалиги

Д. Бармок билан босганда чукурча колиши

Е. Кафт, товон ва мояк халтаси терисининг узгармаслиги

323. Сурункали кизил волчанкани клиник турини курсатинг:

А. Диссеминациялашган

В. Диффуз

С. Чекланган

Д. Чизикли

Е. Эритематоз

324. Кизил волчанканинг дискоид тури учун хос булган иккиламчи морфологик элементни аникланг:

А. Яра

В. Эрозия

С. Чандикли атрофия

Д. Эксориация

Е. Ёрик

325. Склеродермияни даволашда ишлатилмайдиган дори турини

аникланг:

- А. Ангиопротекторлар
- В. Кон томирларни кенгайтирувчи дорилар
- С. Сульфаниламидлар**
- Д. Антибиотиклар
- Е. Декстранлар

НЕЙРОДЕРМАТОЗЛАР

326. Куйидаги касалликлардан кайсиниси учун атопик дерматит билан бирга келиш хос эмас?

- А. Бронхиал астма
- В. пичанга харорат (лихорадкаси)
- С. ревматизм**
- Д. Возомотор-аллергик ринит
- Е. Торвок (эшакем)

327. Тери кичишиши касаллиги учун хос булган морфологик элементини курсатинг:

- А. папула.
- В. экскориация**
- С. лихенификация
- Д. торвок
- Е. дог

328. Чекланган нейродермит учун хос булмаган белгини курсатинг:

- А. лихенификация
- В. силлик, ялтирок сатихли папулалар
- С. гипергментация
- Д. эрозия**

Е. Кучли кичишиш

329. Тугунсимон кичимага хос булмаган куринишни курсатинг:

А. Зич, ярим шарсимон тугунлар

В. оёк-куллар ёзувчи сатхида жойланиш

С. кучли кичишиш

Д. Узок сурункали кечиш

Е. Экземага утиб кетиш

330. Чекланган нейродермитда касаллик учогининг оралик зонасини курсатинг:

А. лихенификация

В. гиперкератоз

С. папулез инфильтрация

Д. атрофия

Е. Гиперпигментация

331. Диффуз нейродермитда гипокортицизмга боғлиқ булмаган узгариш:

А. гиперпигментация

В. гипотония

С. адинамия

Д. Аллергик реакциялар

Е. Лихенификация

332. Диффуз нейродермитдаги бирламчи элемент:

А. розеола

В. папула

С. торвок

Д. думбокча

Е. Пуфакча

333. Пруриго кичимасига хос булмаган патоморфологик узгариш:

А. Акантоз

В. спонгиоз

С. вакуоль дегенерацияси

Д. Баллонланувчи дегенерация

Е. Сургичсимон кават шиши

334. Болалар кичимасини дифференциация килиш шарт эмас:

А. нейродермит

В. токсикодермия

С. кутир

Д. Дюрингнинг герпессимон дерматити

Е. Экзема

335. Диффуз нейродермит билан огриган беморларда куйидагилардан кайси бири гипокортизм туфайли пайдо булган эмас?

А) гиперпигментация ва гипотония

В) ошкозон сукунинг камайиши ва гипогликемия

С) адинамия ва тез чарчаш

Д) аллергик реакциялар ва диурезнинг пасайиши

Е) кичишиш ва лихенификация

336. Тери кичишиши касаллиги учун хос булган элемент:

А) тугунча

В) экскориация

С) лихенификация

Д) торвок

Е) дог.

337. Чекланган нейродермитда касаллик учогининг марказий зонаси иборат:

А) папулёздан

- В) лихенификациядан**
- С) гиперпигментациядан
- Д) атрофиядан
- Е) гиперкератоздан.

338. Болалар кичимасида учрамайдиган элемент:

- А) тугунча
- В) пуфакча
- С) пуфак**
- Д) торвок
- Е) калок.

338. Куйидагилардан кайси касаллик нейродерматозлар тоифасига кирмайди?

- А. Экзема**
- В. тери кичишиш касаллиги
- С. нейродермит
- Д. Кичима
- Е. Торвок

339. Диффуз нейродермит билан огриган беморларда демографизм кандай булади?

- А. кизил
- В. ок**
- С. аралаш
- Д. уртикар
- Е. Ёйилувчи (таркок), тургун кизил

340. Кандай патоморфологик узгариш диффуз нейродермит учун хос эмас?

- А. акантоз
- В. гранулез**

- С. спонгиоз
- Д. паракератоз
- Е. Гиперкератоз

341. Катталар кичимаси касаллигини куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

- А. экзема**
- В. нейродермит
- С. Дюрингнинг герпессимон дерматити
- Д. кутир
- Е. Токсикодермия

342. Соч-мушак рефлексининг булмаслиги нимадан далолат беради?

- А. Парасимпатик иннервациянинг бузилишидан
- В. Симпатик иннервациянинг бузилишидан**
- С. Соматик иннервациянинг бузилиши
- Д. Совукни сезувчи рецепторларнинг бузилишидан
- Е. Иссикликни сезувчи рецепторларнинг бузилишидан

343. Куйидагилардан кайси бири нейродермитнинг атипик тури эмас?

- А. Гипертрофик
- В. Гиперкератотик
- С. Фолликуляр
- Д. Юзнинг диффуз лихенификацияси
- Е. Атопик дерматит**

344. Нейродермитда учрамайдиган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Экскориациялар
- В. Лихенификациялар

С. Тангачалар

D. Вегетациялар

Е. Ёриклар

345. Болалар кичимаси (строфулюс) ли беморларга хос булмаган элементни курсатинг:

А. Папула

В. Везикула

С. Дог

D. Думбокча

Е. Торвок

346. Кичима (строфулюс) си бор болаларни даволашда кайси дорилар кулланилмайди:

А. Антигистамин препаратлар

В. Антибиотиклар

С. Седатив препаратлар

Д. Нейролептиклар

Е. А, В, С гурух витаминлар

347. Эшакеми (торвок) касаллигидаги бирламчи уртикар элемент терининг кайси каватида жойлашади?

А. Эпидермиснинг тикансимон каватида

В. Эпидермиснинг базал каватида

С. Эпидермиснинг донадор каватида

Д. Дерманинг сургичсимон каватида

Е. Дерманинг турсимон каватида

348. Уткир торвок касаллигида куйидагилардан кайси дорини куллаш мақсадга мувофик эмас?

А. Антигистамин

В. Десенсибилизацияловчи

С. Сийдик хайдовчи ва ични юмшатувчи

Д. Аллергияга карши иммуноглобулин

Е. Иммуномодуляторлар

349. Диффуз нейродермитга хос булмаган белгини курсатинг:

- А. Папулез инфильтрация
- В. Гиперпигментация
- С. Лихенификация
- Д. Ёриклар

Е. Кизил дермографизм

350. Кичишиш борлигини билдирувчи иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. экскориация**
- В. эрозия
- С. ёрик
- Д. лихенификация
- Е. Вегетация

КУП ШАКЛЛИ ЭРИТЕМА. ПУШТИРАНГ ТЕМИРАТКИ

351. Куп шакилли эксудатив эритемага хос булмаган белгини курсатинг:

- А. Уткир кечиш
- В. элементлар полиморфизми
- С. мавсумийлик
- Д. Кайталанишга мойиллик

Е. Юкиш

352. Стивенс-Жонсон синдромини кайси касаллик билан фарк килинмайди:

- А. Лайелл синдроми
- В. Вульгар пурсилдок
- С. Дюрингнинг герпессимон дерматози
- Д. Буллезли пемфигоид

Е. Жибернинг пушти ранг темирatkиси

353. Пушти ранг темирatkидаги иккиламчи элемент:

А. вегетация

В. Калок

С. кипик

Д. эрозия

Е. Розеола

354. Куп шаклли эксудатив эритемада учрамайдиган бирламчи элемент:

А. эритема

В. тугун

С. тугунча

Д. Пуфак

Е. Пуфакча

355. Стивенсон – Жонсон синдромини дифференциация килиш шарт эмас:

А. Лайел синдромида

В. вульгар пурсилдокдан

С. Дюриннинг герпессимон дерматитидан

Д. Ураб олувчи темирatkидан

Е. Буллез пемфигоиддан

356. Куйидагилардан кайсиниси куп шаклли эксудатив эритема келиб чиқишига сабаб була олмайди?

А) аденовирусли инфекция

В) дориларга булган аллергия

С) ошкозон ичак касалликлари

Д) юрак кон томир хасталиклари

Е) стрептококки инфекция

357. Пушти ранг темиртки учун хос булмаган белгини курсатинг?

А) циклик ва фазали кечиш

В) тезда экзацербанияга учраш ва экзematизация бериш.

С) юкумлилик

Д) тургун имунитет колиши

Е) фаслилик (мавсумийлик)

358. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос булмаган клиник аломатни курсатинг?

А) бугимларда огрик

В) тошмалар сохасидаги огрик ва ачишиш.

С) умумий холсизлик

Д) харорат кутарилиши

Е) йутал.

359. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос эмас:

А) уткир кечиш

В) элементлар полиморфизми

С) мавсумийлик

Д) кайталанишга мойиллик

Е) асимметрик жойлашиш.

360. Пушти ранг темирткидаги бирламчи элемент:

А) эритема

В) розеола

С) пурпура

Д) папула

Е) пигмент доги.

361. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Калок

В. яра

С. пигментация

Д. Тангача

Е. Эрозия

362. Пушти ранг темираткини ташки томондан даволанганда куйидагилардан кайси дори моддаси ишлатилади.

А. Чайкатулувчи аралашмалар

В. сепмалар (упалар)

С. нам куритувчи бойлам

Д. Кератолитик малхамлар

Е. Кератолитик пасталар

363. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос булмаган I-ламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Эритема доги

В. эксудатив папула

С. везикула

Д. Пигмент доги

Е. Пуфак

364. Пушти ранг темиратки учун хос булмаган белгини аникланг:

А. Овал шаклидаги розеолалар

В. она бляшкаларнинг мавжудлиги

С. куплаб тангачалар пайдо булиши

Д. Кичишиш мавжудлиги

Е. Чандикли атрофия колиши

365. Пушти ранг темираткидаги бирламчи элемент:

А. Эритема

В. Папула

С. Розеола

Д. Везикула

Е. пурпура

366. Пушти ранг темираткининг ташки давосида куйидагилардан кайси бири ишлатилади?

А. Чакатилувчи аралашмалар

В. Сепмалар (упалар)

С. Намлашлар

Д. Кератолитик мазлар

Е. Кератопластик пасталар

ПСОРИАЗ. КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ

367. Псориазнинг типик (вульгар) клиник шаклини курсатинг:

А. Эксудатив

В. интритригиноз

С. нуммуляр

Д. Псориатик эритродермия

Е. Артропатик

368. Псориаз прогрессив боскичига хос булмаган клиник белгини курсатинг:

А. Милиар папулалар

В. периферик усиш хошияси

С. Кебнернинг изоморф реакцияси мусбатлиги

Д. Псевдолейкодерма

Е. Кичишиш

369. Барбер туридаги пустулез псориаз асосан каерда жойлашади:

А. тирсак сохасида

В. тизза сохасида

С. бошнинг сочли кисмида

Д. Кафт ва товонда

Е. Баданида

370. Кизил ясси темиратки оддий шаклидаги бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эпидермал папула

В. эпидермодермал папула

С. дермал папула

Д. Думбокча

Е. Торвок

371. Кизил ясси темиратки кайси касаллик билан дифференцияция килинмайди?

А. Псориаз

В. пушти ранг темиратки

С. тери лихеноид сили

Д. Сифилитик папула

Е. Нейродермит

372. Псориазга хос булмаган патоморфологик узгариш:

А) паракератоз

В) гиперкератоз

С) акантоз

Д) папиломатоз

Е) Мунро микроабцеслари.

373. Псориазга хос симптом:

А) Уикхем тури симптоми.

В) Поспелов симптоми.

С) Бенъе–Мешерский симптоми.

Е) Кебнер симптоми.

Д) «Аёллар пошнаси» симптоми

374. Псориаздаги нуктасимон кон окиши нимага боғлиқ?

- А) акантоз
- В) паракератоз
- С) гиперкератоз
- Д) папиломатоз**
- Е) гранулезга

375. Псориазнинг атипик турини курсатинг:

- А) пустулез**
- В) везикулез
- С) пемфигоид
- Д) папулез
- Е) монилисимон.

376. Псориаздаги атоморфологик узгаришни курсатинг?

- А) капилляр микроабцесслар
- В) Мунро микроабцесслари**
- С) Потрие микроабцесслари
- Д) гиперкератоз
- Е) спонгиоз

377. Кизил ясси темираткининг атипик шаклини курсатинг?

- А) атропатик
- В) атрофик**
- С) рупоид
- Д) эксудатив
- Е) пустулез

378. Кизил ясси темираткидаги патоморфологик узгариш:

- А) спонгиоз.
- В) балонланувчи дегенерация.
- С) вакуол дегенерацияси.
- Д) гранулез.**

Е) паракератоз.

379. Кизил ясси темиратки учун хос симптом:

А) Поспелов симптоми.

В) «олма желеси» симптоми.

С) «Уикхем тури» симптоми.

Д) «аёллар пошнаси» симптоми.

Е) «куш кузи» симптоми.

380. Вульгар псориазда учрамайдиган иккиламчи элемент:

А. кипик

В. пигментация

С. лихенификация

Д. вегетация

Е. эксфолиация

381. Псориазда «стеарин доғи» феномени нимага боғлиқ:

А. паракератоз

В. акантоз

С. папилломатоз

Д. гранулез

Е. гиперкератоз

382. Куйидаги феноменлардан қайси бири псориаз учун хос эмас:

А. «стеарин доғи» феномени

В. «терминал парда» феномени

С. «нуктасимон кон окиши» феномени

Д. Кебнер феномени

Е. «Уикхем тури» феномени

383. Псориазнинг атипик турини курсатинг:

А. вульгар

В. халкасимон

С. интертригиноз

Д. монилисимон

Е. пемфигоид

384. Кизил ясси темиратки учун хос булмаган патоморфологик узгариши:

А. паракератоз

В. гиперкератоз

С. акантоз

Д. гранулез

Е. папилломатоз

385. Кизил ясси темираткининг атипик клиник шакли:

А. атрофик

В. вульгар

С. артропатик

Д. пустулез

Е. нуммуляр

386. Кизил ясси темираткини куйидагилардан кайси бирдан дифференциация килиш керак:

А. розеолез сифилид

В. папулез сифилид

С. пустулез сифилид

Д. думбокчали сифилид

Е. гуммоз сифилид

387. Псориазнинг оддий (вульгар) клиник шакли?

А) эксудатив

В) пустулез

С) халкасимон

Д) артропатик

Е) интертригноз.

388. Псориазнинг прогрессив боскичи учун хос эмас:

А) милиар папулалар.

В) псориастик учлик симптоми

С) Кебнернинг изоморф реакцияси

Д) Вороновнинг псевдоатрофик хошияси.

Е) бляшкаларнинг катталашиши.

389. «Терминал парда» симптомининг пайдо булишига сабаб:

А) акантоз

В) папиломатоз

С) паракератоз

Д) Мунро микроабцесслари

Е) гранулёз

390. Кизил ясси темираткидаги бирламчи элемент?

А) тугун

В) тугунча

С) думбокча

Д) пустула

Е) кипик.

391. Кизил ясси темиратки дифференциация килинадиган касаллик?

А) псориаз

В) трихофития

С) кизил волчанка

Д) пушти ранг темиратки

Е) ранг-баранг темиратки.

392. Псориазнинг энг енгил кечувчи клиник шаклини курсатинг.

А. Псориастик эритродермия

В. чумбуш типдаги пустулез псориаз

С. Барбер типдаги псориаз

Д. Вульгар псориаз

Е. Артропатик псориаз

393. Псориазнинг регрессив даври учун хос булмаган клиник белгини курсатинг.

А. Элементларнинг пасайиши

В. папула марказининг сурилиши

С. тангачаларнинг камайиши

Д. Бороновнинг псевдоатрофик халкаси

Е. Кебнернинг изоморф реакцияси

394. Мугузланиш (шохланиш) жараёни энг яхши нормалийдиган витаминни курсатинг.

А. «А»

В. «В»

С. «С»

Д. «Д»

Е. «Е»

395. Кизил ясси темиртки учун хос булмаган патоморфлогик узгаришни курстанинг.

А. паракератоз

В. папилломатоз

С. акантоз

Д. гранулез

Е. Гиперкератоз

396. Псориазнинг вульгар турини курсатинг.

А. фоллукуляр

В. нуммуляр

- С. веррукоз
- Д. пустулез
- Е. рупоид

397. Псориазда хос булмаган патоморфологик узгаришни курсатинг.

- А. паракератоз
- В. акантоз
- С. папилламатоз
- Д. Мунро мироабсцесси
- Е. гранулез**

398. Псориаз билан огриган беморларга кандай физиотерапевтик давони буюриш максадга мувофик?

- А. УВЧ
- В. УФО**
- С. парафинотерапия
- Д. лазеротерапия
- Е. Индуктотермия

399. Кизил ясси темираткининг мавжуд булмаган шаклини курсатинг.

- А. одатдаги
- В. гипертрофик
- С. нуммуляр**
- Д. пемфигоид
- Е. Перифолликуляр

400. Кизил ясси темиратки папуласи учун хос булмаган белгини курсатинг.

- А. Полигонал шаклда
- В. мумсимон ялтирок

С. кизил-сафсар рангли

Д. Марказида киндиксимон мавжуд

Е. Юзаси гадир-будир

401. Кизил ясси темираткининг клиник турини курсатинг:

А. Эритематоз

В. Буллез

С. Везикулез

Д. Сквамоз

Е. Инфильтратив

402. Псориазни атипик клиник турини курсатинг:

А. Экссудатив

В. Пролифератив

С. Буллез

Д. Томчисимон

Е. Сквамоз

403. Вульгар псориаз учун хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Тангача

В. Пигментация

С. Лихенификация

Д. Эксориация

Е. Эрозия

404. Псориазда «терминал парда» феномени нимага боғлиқ:

А. Паракератоз

В. Акантоз

С. Акантолизис

Д. Гранулез

Е. Папилломатоз

405. Псориазни эффектив даволашда кулланиладиган дорини

курсатинг:

А. Аминохинол

В. Виролекс

С. Метотрексат

Д. Авлосульвон

Е. Этионамид

406. Кизил ясси темираткидаги «Уикхем тури» белгиси нимага

боглик?

А. Акантоз

В. Гиперкератоз

С. Гранулез

Д. Папилломатоз

Е. Спонгиоз

407. Кайси гурух препаратлари кизил ясси темираткини

даволашда кулланилмайди?

А. Антибиотиклар

В. Иммуномодуляторлар

С. Витаминлар

Д. Цитостатиклар

Е. Антигистаминлар

408. Псориастик папула учун хос булмаган белгини курсатинг:

А. Пушти кизил

В. Ясси

С. Юзаси нотекис

Д. Тангачалар билан копланган

Е. Фокусли жойлашган (катталашмайди)

409. Псориазда «Стеарин доглари» феномени пайдо булиши нимага

боглик?

А. Гиперкератозга

В. Паракератозга

С. Акантозга

Д. Гранулезга

Е. Папилломатозга

410. Кизил ясси темираткига хос патоморфологик узгаришни аникланг?

А. Паракератоз

В. Гранулез

С. Спонгиоз

Д. Акантолизис

Е. Вакуол дегенерацияси

411. Кизил ясси темираткига хос белгини аникланг:

А. Стеарин доги

В. Терминал парда

С. Нуктасимон кон окиши

Д. Кебнер феномени

Е. Пospelов симптоми

ПУФАКЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

(Пурсилдок, Дюрингни герпессимон дерматози)

412. Чин пурсилдокка хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А. пигментация

В. эрозия

С. чандик

Д. Калок

Е. вегетация

413. Чин пурсилдок кайси касаллик билан дифференциация килинмайди:

А. Куп шакилли эксудатив эритема

В. Жибернинг пуштиранг темираткиси

С. Дюринг дерматози

Д. Лайелл синдроми

Е. Левер пемфигоид

414. Дюринг дерматози учун хос белгини курсатинг:

А. Эпидермис тиканли кавати хужайралари аро JgG йигилиши

В. JgA нинг базал мембранада йигилиши

С. сурмаларда акантолитик хужайраларни топиш

Д. Сийдикда хлоридлар микдорининг камайиши

Е. Никольский феномен (белгиси) нинг мусбат булиши

415. Дюринг дерматозига хос булмаган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Пигментли дог

В. эритематоз дог

С. папула

Д. везикула

Е. торвок

416. Хакикий пурсилдокнинг клиник шаклини курсатинг:

А. Лайел синдроми

В. Сенир-Ашер синдроми

С. Стивенс-Жонсон синдроми

Д. Гужеро-Блюм синдроми

Е. Мелькерсон-Розентал синдроми

417. Хакикий пурсилдок диагностикасида ахмиятсиз:

А. Никольский симптоми

В. Асбо-Ганзен симптоми

С. Шеклаков симптоми

Д. Пospelов симптоми

Е. Текширишнинг иммунофлюоресцент усули

418. Хакикий пурсилдогдаги патоморфологик узгариш:

А. Акантоз

В. акантолизис

С. спонгиоз

Д. Вакуоль дегенерацияси

Е. Гранулез

419. Хакикий пурсилдокни даволашда ахамиятсиз препарат:

А. Кортикостероид гормонлар

В. цитостатиклар

С. Анаболитик гормонлар

Д. Сульфон препаратлари

Е. Калий препаратлари

420. Дюрингнинг герпессимон дерматити клиник шаклини курсатинг:

А. эритематоз

В. розеолез

С. папулез

Д. везикулез

Е. вульгар

421. Дюрингнинг герпессимон дерматитига хос синама:

А. Бальцер синамаси

В. Ядассон синамаси

С. Минор синамаси

Д. Томпсон синамаси

Е. Манту синамаси

422. Дюрингнинг герпессимон дерматити дифференциация килинмайдиган касаллик:

А. токсикодермия

В. Хакикий пурсилдок

С. Ураб олувчи темиратки

Д. Оддий пуфакчали темиратки

Е. Куп шакилли эксудатив эритема

423. Хакикий пурсилдок учун 1-ламчи морфологик элементни курсатинг

А) эрозия

В) торвок

С) пуфак

Д) калок

Е) пустула

424. Хакикий пурсилдокнинг шиллик каватлар жуда кам зарарланадиган турини курсатинг?

А) вульгар тури

В) вегетацияловчи тури

С) баргсимон тури

Д) себореяли тури

Е) герпессимон тури

425. Хакикий пурсилдокни даволашда дастлаб преднизолон канча дозада берилишини курсатинг?

А) 40-60мг.

В) 60-80 мг

С) 5-10мг

Д) 10-20мг

Е) 20-40мг.

426. Дюринг дерматози учун хос белигини курсатинг:

А) Асбо-Гензен феноменининг мусбатлиги

- В) Яддосон синамасининг мусбатлиги**
- С) Щеклаков симптомининг мусбатлиги
- Д) суртмаларда акантолитик хужайралар топилиши
- Е) Никольский феномининг мусбатлиги.

427. Дюринг дермотози куйидаги касалликлардан кайсиниси билан дифференциация килинмайди:

- А) буллез токсикодермия
- В) тугма пурсилдок
- С) хакикий пурсилдок
- Д) куп шаклли эксудатив эритема
- Е) пушти ранг темиратки.**

428. Чин пурсилдокда учрамайдиган иккиламчи элемент?

- А) эрозия
- В) калок
- С) пигментация
- Д) яра**
- Е) вегетация.

429. Пуфаклар пайдо булиши чин пурсилдок клиник тури:

- А) вульгар
- В) вегетацияловчи
- С) баргсимон
- Д) эритематоз**
- Е) герпессимон.

430. Чин пурсилдок дифференциация килмайдиган касаллик:

- А) Куп шаклли эксудатив эритема
- В) экзема**
- С) Дюрингнинг герпессимон дерматити.
- Д) Лайелл синдроми.
- Е) Левер пемфигоиди.

431. Дюрингнинг герпесимон дерматити учун хос эмас?

- А) тиканакли кават хужайралараро IgG йигилиши**
- В) базал мембранада УдА йигилиши
- С) конда эозинофилия
- Д) Ядассон синамасининг мусбатлиги
- Е) кичишиш.

432. Дюрингнинг герпесимон дерматитида учрамайдиган элемент:

- А) тугун
- В) тугунча
- С) эритема
- Д) везикула
- Е) торвок.

433. Куйидагилардан кайсиниси хакикий пурсилдокнинг клиник тури эмас?

- А. баргсимон
- В. буллез**
- С. себореяли
- Д. вульгар
- Е. Вегетацияловчи

434. Куйидаги дорилардан кайсиниси хакикий пурсилдокни даволашда ахамиятсиз.

- А. Кортикостероид гормонлар
- В. анаболик гармонлар
- С. антигистамин моддалар**
- Д. иммунодепресантлар
- Е. Умумий кувватни оширувчи моддалар

435. Хакикий пурсилдокни кайси клиник тури сербар кондилломалар билан дифференциация килинади.

А. Вегетацияловчи тури

В. баргсимон тури

С. себореяли тури

Д. Герпессимон тури

Е. Вульгар тури

436. Дюринг дерматози учун хос булмаган клиник белгини курсатинг.

А. полиморфизм

В. сурункали ва кайталанувчи кечиши

С. кичишиш, ачишиш кучли эканлиги

Д. Умумий ахволнинг огирлиги

Е. Тошмаларнинг гурухлангани

437. Дюринг дерматозини даволашда кулланиладиган препаратни курсатинг.

А. метотрексат

В. делагил

С. ДДС

Д. Виролекс

Е. Плаквенил

438. Хакикий пурсилдок касаллигини аниклашда ахамияти йук тестни курсатинг:

А. Ядассон синамаси

В. Никольский симптоми

С. Асбо-Ганзен симптоми

Д. Шеклаков симптоми

Е. акантолитик хужайрларининг топилиши

439. Вегетацияловчи пурсилдок учунгина хос булган 2 ламчи элементни курсатинг?

А. эрозия.

В. калок

С. вегетация

Д. пигментация

Е. тангача

440. Хакикий пурсилдок ташки давосида куйидагилардан кайси бири кулланилади?

А. Нам кирутувчи бойламлар

В. кератолитик малхамлар

С. йод настойкаси

Д. Анилин буёклари

Е. Чайкатувчи аралашмалар

441. Дюринг дерматози учун хос булган вариантни курсатинг:

А. Конда ва пуфак суюклигида эозинофилия мавжудлиги

В. суртмалар акантолитик хужайралар топилиши

С. тикансимон кабат хужайралари орасида IgG мавжудлиги

Д. Шеклаков симптомининг мусбатлиги

Е. Асбо-Ганзен симптомнинг мусбатлиги

442. Чин пурсилдок диагностикасида ахамияти йук тестни курсатинг:

А. Сийдикда хлоридлар микдорини аниклаш

В. Кондаги эозинофилия

С. Текширишнинг иммунофлюорисцент

Д. Никольский феномени

Е. Суртмаларда акантолитик хужайралар топилиши.

443. Чин пурсилдоқда пуфак хосил булишининг патоморфорлогик асосини курсатинг:

А. Акантоз

В. акантолизис

С. Спонгиоз

- Д. Вакуол дегенерацияси
- Е. Баллонланувчи дегенерация

444. Чин пурсилдокни куйидаги касалликларнинг кайси биридан дифференциация килиш шарт эмас?

- А. Стивенс-Жонсон синдроми
- В. Захм чилла ярасидан**
- С. Лайел синдромидан
- Д. Дюрингнинг герпессимон дерматитидан
- Е. Левер пемфигодидан

445. Куйидаги касалликлардан кайси бири чин пурсилдок билан огриган беморларни гормон билан даволагандаги асорат эмас?

- А. Ошкозон яраси
- В. Кандли диабет
- С. Тиреотоксикоз**
- Д. Остеопороз
- Е. Пиодермитлар

446. Дюрингнинг герпессимон дерматози учун хос булмаган 2-ламчи морфологик элементни аниқланг:

- А. Пигментация
- В. Эрозия
- С. Калок
- Д. Тангача
- Е. Вегетация**

447. Никольский симптомининг патоморфологик асосини курсатинг.

- А. акантолизис**
- В. Акантоз
- С. баллонланувчи дегенерация
- Д. Вакуол дегенерацияси

Е. Спонгиоз

ТЕРИ СИЛИ

447. Тери силининг диссеминациялашган шаклини курсатинг:

- А. Сил волчанкаси
- В. скрофулодерма
- С. Базеннинг индуратив эритмаси

Д. Тери лихеноид сили

Е. Тери сугалсимон сили

448. Сил волчанкасида «зонд белгиси» пайдо булиши нимага боғлиқ?

- А. Дермада эпителиоид ва гигант хужайралардан ташкил топган инфильтрат борлигига
- В. дермада лимфоцит ва плазматик хужайралардан ташкил топган инфильтрат борлигига

С. дермада коллаган ва эластик толалар халокати (эриб кетиши) га

Д. Гиперкератозга

Е. Акантозга

449. Сил волчанкасини дифференциация килинадиган касалликни курсатинг:

А. Актиномикоз

В. микроспория

С. трихофития

Д. Кандидоз

Е. Рубромикоз

450. Теринг лихеноид силидаги бирламчи элемент?

А) папула.

В) везикула

С) пустула.

Д) думбогча.

Е) тугун.

5. Сил волчанкасидаги иккиламчи элемент:

А) эрозия

В) яра.

С) лихенификаци.

Д) вегетация.

Е) эксфолиация.

451. Скофулодерма дифференциация килинадиган касаллик?

А) папулез сифилид.

В) гуммоз сифилид

С) пустулез сифилид.

Д) кизил волчанка

Е) думбогчали сифилид.

452. Сил волчанкасидаги бирламчи элемент:

А. тугун

В. тугунча

С. думбокча

Д. мадда

Е. торвок

453. Туберкулез люпомаси учун хос эмас:

А. ранги кизгиш-сарик

В. консистенцияси зич-эластик

С. узаро кушилиб кетади

Д. яра пайдо килади

Е. силлик чандик колади

454. Тери силини даволашда ишлатиладигон антибиотик:

А. эритромицин

В. тетрациклин

С. бенемидин

Д. левомицин

Е. пенициллин

455. Скрофулодерма дифференциация килинадиган касаллик:

А. фурункул

В. ярали пиодермия сурункали

С. вулгар эктима

Д. сил волчанкаси

Е. папулез сифилид

456. Сил волчанкасига хос симптом:

А) «стеарин доглари» симптоми

В) «олма желеси» симптоми

С) «балик икриси» симптоми

Д) «куш кузи» симптоми

Е) «терминал парда» симптоми.

457. Сил волчанкаси дифференциация килинадиган касаллик?

А) тери лейшманиози

В) фурункул

С) трихофития

Д) вульгар эктима

Е) карбункул

458. Скрофулодерма учун хос бирламчи элемент:

А) папула

В) думбокча

С) тугун

Д) йирингча

Е) яра.

459. Сил волчанкасини куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килиш керак.

А. дискоид кизил волчанка

В. пушти ранг темиратки

С. склеродермия

Д. кизил ясси темиратки

Е. трихофития

460. Сил волчанкасини даволашда куйидагилардан кайси дори ишлатилади.

А. рифампицин

В. ПАСК

С. делагил

Д. канамицин

Е. Тубазид

461. Сил волчанкаси билан дифференциация килинмайдиган касалликни курсатинг.

А. Склеродермия

В. кизил волчанка

С. тери лейшманиози

Д. Моховни туберкулоид шакли

Е. Думбокчали сифилид

462. Сил волчанкасини даволашда куйидагилардан кайси препарат кулланилади.

А. Авлосулфон

В. Аминахинол

С. Лидаза

Д. Изониазид

Е. Гризеофулвин

463. Сил волчанкасидаги бирламчи морфологик элементни

курсатинг:

А. Папула.

В. Думбочка.

С. Тугун.

Д. Торвок.

Е. Пустила.

464. Люпома учун хос: булмаган белгини курсатинг:

А. Элементларни гурухлашиб пайдо булиши.

В. Консистенциянинг хамирсимон юмшоклиги.

С. Зич-эластик консистенция.

Д. Узаро кушилиб кетиши.

Е. Емирилиб яра пайдо булиши.

465. Сил волчанкасини даволашда куланиладиган антибиотикни

курсатинг:

А. Пенициллин.

В. Эритромицин.

С. Тетрациклин.

Д. Стрептомицин.

Е. Клафоран.

466. Сил волчанкасига хос булмаган иккиламчи морфологик

элементни курсатинг:

А. Эрозия

В. Яра

С. Чандик

Д. Тангача

Е. Калок

467. Скрофулодерма учун хос 1-ламчи морфологик элементни

курсатинг:

А. Папула

В. Думбокча

С. Тугун

Д. Пустула

Е. Торвок

ТЕРИЛЕЙШМАНИОЗИ

468. Тери лейшманиози кишлок туридаги инфекция манбаини

курсатинг:

А. Бемор

В. кемирувчилар

С. искабтопар чивинлар

Д. Йирик шохли хайвонлар

Е. Парандалар

469. Тери лейшманиозига хос булган бирламчи элементни

курсатинг:

А. Папула

В. пустула

С. думбокчаси

Д. Тугун

Е. Пуфак

470. Шахар типдаги тери лешманиозини атипик шаклини

курсатинг?

А) туберкулоид.

В) дифуз.

С) чекланган.

Д) металешманиоз

Е) уткир некрозланувчи.

471. Тери лешманиозининг асорати эмас?

- А) лимфаденит.
- В) лимфангоид
- С) флегмона.
- Д) рожа

Е) карбункул

472. Кишлок типдаги тери лейшманиозида инфекция ташувчиси:

А. кемирувчилар

В. искабтопар чивинлар

- С. битлар
- Д. бургалар
- Е. касал одам.

473. Тери лейшманиозидаги иккиламчи элемент:

- А. дог
- В. вегетация
- С. эксфолиация

Д. чандик

Е. эрозия

474. Тери лейшманиозининг клиник шакли:

- А. юзаки
- В. момиксимон

С. туберкулоид

- Д. дифференцияланмаган
- Е. импетигиноз

475. Тери лейшманиозини даволашда ишлатиладиган антибиотик:

- А. рондомицин**
- В. левомоцин
- С. стрептомицин

Д. пенициллин

Е. бициллин – 5

476. Шахар типдаги тери лешманиозида инфекция манбаи:

А) битлар

В) кемирувчилар

С) бургалар

Д) искаптопар чивинлар

Е) касал одамлар

477. Шахар типдаги тери лейшманиозида инфекция манбаи куйидагилардан кайсиниси.

А. Касал одам

В. кемирувчилар

С. искаптопар чивинлар

Д. Йирик туёкли хайвонлар

Е. Юкоридагиларни хаммаси

478. Тери лешманиозига хос булмаган асоратни курсатинг.

А. Лимфингоитлар ва лимфаденитлар

В. фурункулез

С. флегмона

Д. Ялин яллинланиш (рожа яллигланиши)

Е. Абсцесслар

479. Тери лейшманиозидаги инфекция (касаллик) ташувчисини курсатинг.

А. Бемор одам

В. кемирувчилар

С. уй хайвонлари

Д. искаптопар чивинлар

Е. хамма юкорида айтилганлар.

480. Тери лейшманиози кишлок туридаги яширин даврни

курсатинг:

А. 1-2 хафта

В. 1-8 хафта

С. 8-10 хафта

Д. 10-12 хафта

Е. 1 йилгача

481. Тери лейшманиозини даволашда ишлатиладиган

антибиотикни курсатинг:

А. Метациклин

В. Карбенициллин

С. Клафоран

Д. Оксациллин

Е. Левомецетин

482. Уткир некрозланувчи тери лейшманиозига хос клиник

белгини курсатинг:

А. «Зонд симптоми»

В. «Стеарин доги» симптоми

С. «Балик икриси» симптоми

Д. «Олма желеси» симптоми

Е. «Куш кузи» симптом

483. Тери лейшманиозини даволашда ишлатиладиган дорини

курсатинг:

А. Авлосульфон

В. Хингамин

С. Сульфодимезин

Д. Анальгин

Е. Виролекс

МОХОВ

484. Моховнинг лепроматоз шаклидаги асосий морфологик

элементни курсатинг:

А. Везикула

В. пуфак

С. папула

Д. Пустула

Е. Тугун

485. Моховда тер безлари функцияси бузилишига асосланган функционал синамани курсатинг:

А. Лепромин синамаси

В. гистамин синамаси

С. Минор синамаси

Д. Никотин кислотаси билан синама

Е. Ультрабинафша нурлари синамаси

486. Куйидагилардан кайсиниси моховнинг кечишидаги боскич хисобланмайди?

А) прогрессив боскич.

В) стационар боскич.

С) регрессив боскич.

Д) асоратлар боскичи.

Е) тузалганлик боскичи.

487. Лепромалар пайдо булмайдиган иммун зонани курсатинг:

А) юз

В) буйин.

С) култик ости.

Д) билаклар.

Е) оёқлар.

488. Моховда функционал синама куйишда ишлатиладиган дори:

А) эфедрин

В) дионин

С) адреналин.

Д) аскорбин кислотаси.

Е) кларитин.

489. Моховнинг клиник шаклини курсатинг:

А. антропоноз

В. зооноз

С. зангсимон

Д. туберкулоид

Е. скутуляр

490. Лепромалар пайдо булмайдиган зонани курсатинг:

А. бошнинг сочли кисми

В. юз

С. огиз шиллик пардаси

Д. билаклар

Е. оёклар

491. Лепрани даволашда ишлатиладиган препарат:

А. делагил

В. диуцифон

С. метронидазол

Д. пенициллин

Е. тетрациклин

492. Моховнинг лепрамотоз шаклида учрамайдиган элемент:

А) тугун

В) дог

С) думбогча

Д) везикула

Е) яра.

493. Моховдаги функционал синама:

А) Бальцер синамаси.

В) Минор синамаси

С) Ядассон синамаси

Д) Томпсон синамаси

Е) Манту синамаси.

494. Моховнинг ноаник (дифференциацияланмаган) тури учун хос булмаган асосий бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. папула

В. пустула

С. думбокча

Д. тугун

Е. Дог

495. Мохов билан огриган беморлардаги «тюлень кафти» ва «бака кафти» белгилари нимани натижаси эканини курсатинг.

А. анельгезиялар

В. МНС зарарланиши

С. трофик узгаришлар

Д. Инфильтратив жараен

Е. Парестезиялар

496. Моховнинг туберкулоид шаклидаги асосий I-ламчи морфологик элементни курсатинг.

А. пуфакча

В. пустула

С. думбокча

Д. тугун

Е. Дог

**497. Моховнинг касаллигида «тирноксимон панжа» ва «от туёги»
симптомларининг пайдо булиши нимага боғлиқ.**

- A. МНС зарарланишига
- B. парестезияга
- C. букувчи мускуллар атрофияси
- Д. Ёзувчи мускуллар атрофияси**
- E. Анальгезияга

**498. Мохов касаллигида функционал синамалар куйишда куйидаги
дорилардан кайсиниси ишлатилмайди.**

- A. гистамин
- B. эфедрин**
- C. дионин
- Д. Никотин кислотаси
- E. Морфин

**499. Мохов касалларда «Авлиё Антоний маскаси» нима сабабдан
пайдо булади:**

- A. Юз нерви фалажи ва мимика мушаклари атрофияси сабабли**
- B. Юзда думбокчалар ва тугунлар (лепромалар) пайдо булиши ва уларни
ярага
айланиши билан
- C. МНС жарохати билан
- Д. Беморлар куйганлиги асорати сабабли
- E. Ички секреция безлари функцияларининг бузилиши

500. Моховни даволашда ишлатиладиган препаратни курсатинг:

- A. Аминохинол
- B. Авлосульфон**
- C. Делагил
- Д. Эритромицин
- E. бийохинол

501. Мохов касали билан огриган беморларда тез-тез куйиб колиш сабабини курсатинг:

- A. Парестезия
- B. Невралгия
- C. Гиперестезия
- D. Ноадекват реакциялар
- E. Анестезия ва анальгезия**

502. Мохов касаллигини даволашда ишлатиладиган дорини курсатинг:

- A. Этазол
- B. Этизул**
- C. Делагил
- D. Пентабисмол
- E. Эритромицин

503. Лепроматоз турдаги мохов думбокчаси учун хос булмаган белгини аникланг:

- A. Шабли яримшарсимон
- B. Ранги кунгир-кизил, зангсимон
- C. Консистенцияси юмшок**
- D. Юзаси ялтирок (ёг суркалган каби)
- E. Ярага айланади

504. Мохов касаллигини куйидаги касалликларнинг кайси биридан дифференциация килинмайди?

- A. Думбокчали сифилид
- B. Скрофулодерма
- C. Гуммоз сифилид
- D. Кизил волчанка**
- E. Сил волчанкаси

ИХТЮОЗ

505. Ихтиозни даволашда асосий ҳисобланган препаратни курсатинг?

А) антибиотиклар

В) Витамин «А»

С) «В» гуруҳдаги витаминлар

Д) тиреоидин

Е) гемотерапия.

506. Вульгар ихтиозининг клиник шакли булмаган вариантни курсатинг.

А. Тугма ихтиоз

В. ялтирок ихтиоз

С. илонсимон ихтиоз

Д. Жайрасимон ихтиоз

Е. Ксеродермия

507. Вульгар ихтиознинг клиник шакли булган вариантни курсатинг.

А. Скутуляр

В. дисгидротик

С. сугалсимон

Д. атрофик

Е. жайрасимон

508. Ихтиозни даволашда қайси давони қуллаш шарт эмас?

А. тери массажи

В. антибиотиклар

С. ёгли кремлар

Д. кислородли ванналар

Е. витамин А

509. Ихтиознинг клиникасига хос эмас:

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

510. Вульгар ихтиознинг енгил клиник шакли:

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

511. Вульгар ихтиознинг огир кечувчи клиник шакли:

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

ВИРУСЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

512. Учукнинг (оддий пуфакчали темиртки) мавжуд булмаган турини курсатинг:

- А. Шишли
- В. буллез**
- С. абортив
- Д. зостерифорим
- Е. Кайталанувчи

513. Контагиоз моллюскни даволашдаги энг эффектив усулни курсатинг:

- А. 5% оксолин малхами

- В. феразол эритмаси
- С. интерферон малхами

Д. моллюскни олиб ташлаш

- Е. антибиотикотерапия

514. Ураб олувчи темираткидаги бирламчи элемент:

А) папула.

В) пустула.

С) везикула.

Д) думбогча.

Е) торвок.

515. Ураб олувчи темираткининг клиник шакли?

А) генерализациялашган.

В) зостерисимон.

С) рецидивловчи.

Д) сурункали.

Е) себореяли.

516. Ураб олувчи темираткидаги бирламчи элемент:

А. пуфакча

В. папула

С. пустула

Д. эрозия

Е. тугун

517. Ураб олувчи темираткининг клиник шакли:

А. шишли

В. рецидивловчи

С. зостерисимон

Д. огир

Е. геморрагик

518. Учукда учрамайдиган элемент:

- А. эритема
- В. везикула
- С. эрозия

Д. яра

- Е. калок

519. Учкнинг (оддий пуфакчали темиртки) клиник турини аникланг?

- А) геморрагик
- В) генерализациялашган
- С) гангреноз

Д) шишли

- Е) буллез

520. Ураб олувчи темирткига хос иккиламчи элемент?

- А) вегетация
- В) лихенификация

С) эрозия

- Д) ёрик
- Е) эритема.

521. Герпесларда пуфакчалар пайдо булишига олиб келувчи жараён?

- А) вакуол дегенерация

В) баллонланувчи дегенерация

- С) спонгиоз
- Д) акантолиз
- Е) акантоз.

522. Оддий пуфакчали темиртки учун хос булган иккиламчи морфологик элементни курсатинг.

- А. тангача

- В. яра
- С. ёрик
- Д. вегетация

Е. Эрозия

523. Сунгаллар учун хос булган патоморфологик узгаришни курсатинг.

- А. В акул дегенерацияси
- В. баллонланувчи дегенерацияси
- С. гиперкератоз
- Д. гранулез
- Е. Спонгиноз

524. Оддий пуфакчали темиртки дифференциация килинмайдиган касалликларни курсатинг.

- А. Каттик шанкр
- В. эрозив балонит
- С. кандидозли баланопостит
- Д. стрептодермия

Е. Уткир учли кондиломалар

525. Оддий пуфакчали темирткига хос бирламчи морфологик элементни курсатинг.

- А. Эрозия
- В. калок
- С. йирингча

Д. Пуфакча

- Е. Пуфак

526. Сугалдаги бирламчи элементни курсатинг.

- А. Дог
- В. думбокча

С. дермал тугунча

Д. эпидермодермал папула

Е. эпидермал папула

527. Герпесларда пуфакчалар хосил булишига олиб келадиган патоморфологик узгаришни курсатинг.

А. Вакуол дегенерацияси

В. Баллонланувчи дегенерация

С. Спонгиоз

Д. Акантолизис

Е. Акантоз

528. Учук (оддий пуфакчали темиратки) учун хос булмаган клиник белгини курсатинг:

А. Эритема ва шиш.

В. Гурухлашган пуфакчалар.

С. Эрозиялар ва калоклар.

Д. Кичиши ва ачиши.

Е. Чандик ва чандикли атрофия.

529. Герпесларни ташки даволашда кулланилмайдиган препаратни курсатинг:

А. Теброфен малхами.

В. Бонафтон малхами.

С. Нистатин малхами.

Д. Гиоксизон малхами.

Е. Гелиомицин малхами.

530. Ураб олувчи темираткига хос булмаган 2-ламчи элементни курсатинг:

А. Эрозия

В. Яра

С. Калок

Д. Пигментация

Е. Вегетация

531. Утқир учли кондиломада учрайдиган 1-ламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эпидермал тугунча

В. Эпидермодермал тугунча

С. Дермал тугунча

Д. Йирингча

Е. Думбокча

ВАЗИЯТГА ОИД МАСАЛАЛАР

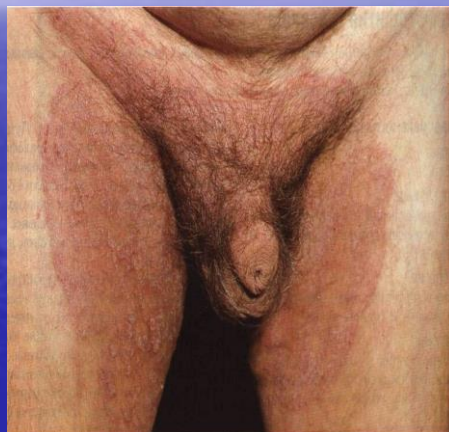
Масала №1

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



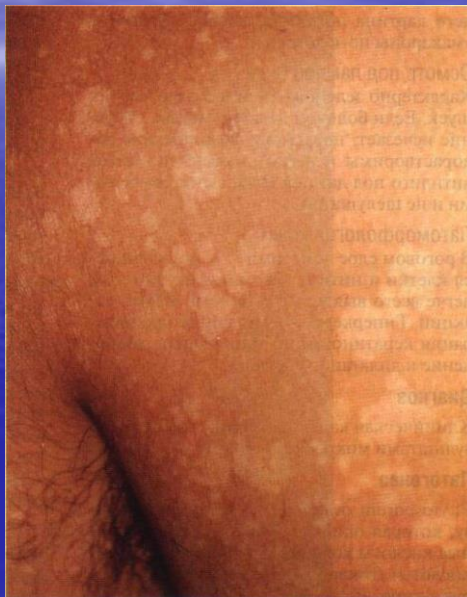
Масала №2

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



Масала №3

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



Масала №4

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



Масала №5

- Туман врачлик пунктига 28 ёшли эркек, шофер, уретрадан йиринг чиқишига, сийганда ачишишга шикоят қилиб мурожаат қилди. Анамнези: 6 кун олдин бегона аёл билан жинсий алоқада бўлган. **Кўрилганда:** уретра лабчалари қизарган, шишган, йирингли қалоқлар билан қопланган. Уретрадан оқиш-сарғиш рангдаги йиринг ажраляпти. Пальпацияда уретра бироз инфильтратлашган, оғрийди. Лимфа тугунлари катталашмаган.

- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализ ўтказиш керак?**



Масала №6

- Акушер-гинекологга 32 ёшли аёл, жинсий аъзосидаги бироз қичишишга шикоят қилиб мурожаат қилди. Ишламайди, эридан ажрашган, бетартиб жинсий ҳаёт кечиради.
- **Кўрилганда:** гениталийда ва орқа пешов атрофида жойлашган пушти-қизил рангдаги вегетацияланган папулалар бўлиб, кенг асосда жойлашган. Папулалар тубида инфильтрация бўлиб, у ушлаб кўрилганда оғримайди. Гинеколог «Утқир учли кондиллома» диагнозини қўйди.

- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализлар ўтказиш керак?**



Масала №7

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



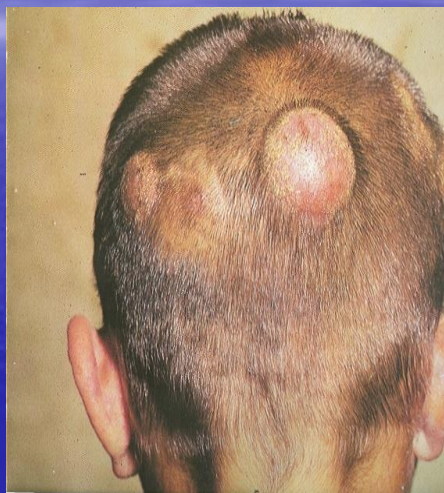
Масала №8

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



Масала №9

- Диспансер шифокори қабулига келган 6 ёшли болада бошнинг сочли қисмида касаллик ўчоги мавжуд бўлиб, унинг шакли думалоқ, ўлчами 4x5 см, атрофида, жароҳат соҳасида кучли инфильтрация ривожланган ва юзасида кўпгина «Фолликуляр йирингчалар» бўлиб, уларнинг ҳар биридан алоҳида-алоҳида йиринг оқиб чиқиши кузатилмоқда, қалоқлар бор. Касаллик ўчоғида сочлар зарарланган.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни аниқлаш учун қандай текширув ўтказилади?**



Масала №10

- Қабулга келган 8 ёшли кизчанинг чап тирсағида, биلاق соҳасида 1 та касаллик ўчоғи бўлиб, улар думалоқ шаклда. Диаметри 3x4 см атрофида. У ерда эритема доғи, майда юзаки пустулалар, кепакланиш, калоклар кузга ташланади. Касаллик ўчоғи киргоғида папулалардан иборат инфильтрация тери соҳасидан бироз кутарилиб бордюр ҳосил қилиб турибди. Учоғнинг киргоқлари теккис, чегараси аниқ.
- **1) Қандай касаллик?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текшириш ўтказиш керак?**



Масала №11

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



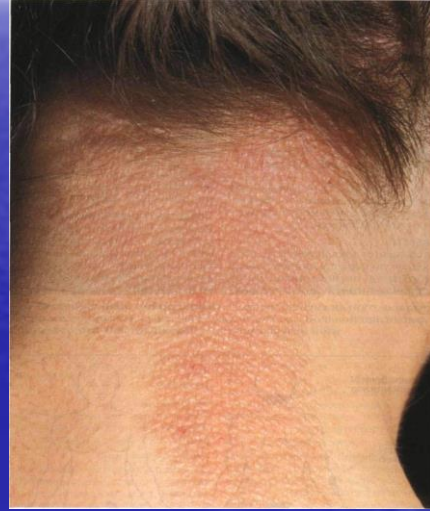
Масала №12

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



Масала №13

- Шифокор қабулига келган 24 ёшли бемор 3 йилдан буён касал бўлиб, бўйнининг орқа юзаси соҳасида касаллик ўчоғи мавжуд, унинг қлчамлари 4x7 см диаметрда. Касаллик ўчоғида кучли ривожланган лихенификация, папулёз инфильтрация, эксфолиация, геморрагик қалоқлар, гиперпигментация, бироз қипиқланиш кўзга ташланади. Хуруж қилиб турувчи қичишиш безовта килмоқда.
- **Қайси касаллик ҳақида ўйлаш керак?**
- **Касаллик ўчоғида қайси зоналарни тафовут қилиш мумкин?**



Масала № 14

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



Масала №15

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



Масала №16

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



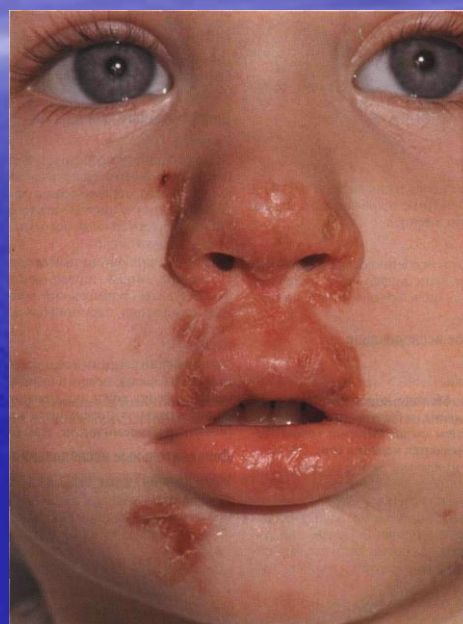
Масала №17

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



Масала №18

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



Масала №19

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



Масала №20

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



Масала №21

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



Масала №22

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



Масала №23

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



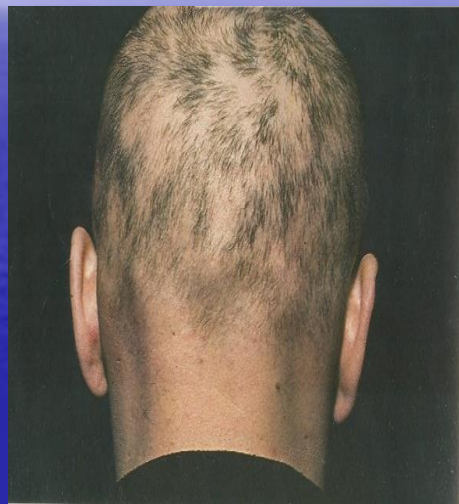
Масала №24

- Дерматологик клиникага 2 ойлик чақалоқ оғир аҳволда олиб келинди. Беморда тез-тез қайт қилиш, иштаҳанинг кескин пасайиши, тез-тез ич утиши кузатилади. Териси гиперемияга учраган. Эритродермия, қипиқланиш қорин ва бел соҳаларида кўп миқдорда кузатилмоқда. Табиий бурмалар соҳасида кўплаб эрозиялар мавжуд. Эпидермис бу соҳаларда бичилган. Бошнинг сочили қисмида кўп миқдорда 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 №25

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



Масала №26

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



Масала №27

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



Масала №28

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



Масала №29

- 1 ойлик чақалоқнинг қафт ва товонларида нўхот донидек пуфаклар бўлиб, остида қаттиқ 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 №30

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



Масала №31

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



Масала №32

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



Масала №33

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



Масала №34

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



Масала №35

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



Масала №36

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



Масала №37

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



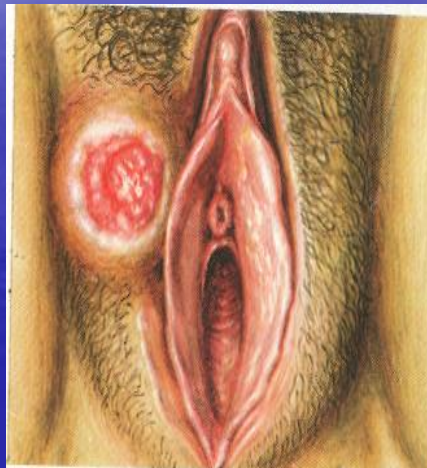
Масала №38

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



Масала №39

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



Масала №40

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



Масала №41

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



Масала №42

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



Масала №43

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



Масала № 44

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



Масала № 45

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



Масала № 46

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



Масала № 47.

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



Масала № 48

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



Масала № 49

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



Масала № 50

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



ВАЗИЯТГА ОИД МАСАЛЛАРНИ ЖАВОБЛАРИ

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

ЖАВОБЛАР

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

ЖАВОБЛАР

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

МУНДАРИЖА

Сўз боши	6
Дерматовенерология фанининг қисқача тарихи	8
БОБ 1. Меъёр терининг тузилиши	11
Терининг асосий вазифалари	26
Тери касалликлари этиологияси ва патогенези ҳақида умумий маълумотлар	36
Тери касалликлари диагностикаси асослари	41
Организмнинг умумий ҳолати таърифи	48
Махсус дерматологик ва лаборатория текширувлари	51
Бирламчи морфологик элементлар	60
Иккиламчи морфологик элементлар	72
Тери касалликларининг ривожланишида ички аъзо ва асаб тизими патологиясининг аҳамияти	82
Юрак – қон томир касалликларида тери ўзгаришлари	83
Эндокринопатияларда теридаги ўзгаришлар	93
Ҳар хил неврологик ва рухий бузилишлар оқибатида келиб чиқадиган ўзгаришлар	99
Тери касалликларини даволашнинг асосий принциплари	112
Дерматозли беморларни даволашдаги қайта ўзгарган жисмоний омиллар	124
Дерматозли беморларни даволашда курорт омиллари	127
Дерматозли беморларни даволашда қайта ўзгарган физик омиллар	131
БОБ 2. Терининг йирингли касалликлари	135
Стафилококкли пиодермиялар	153
Остеофолликулит	155
Фолликулит	156
Вульгар сикоз	157
Фурункул	159

Карбункул	163
Гидраденит	166
Везикупустулёз	168
Болалардаги кўп сонли абцесслар	169
Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси	172
Риттернинг эксфолиатив дерматити	176
Чақалоқлар буллёз импетиго	182
Стрептококкли пиодермитлар	182
Стрептококкли импетиго	183
Буллёз импетиго	185
Тиркишсимон импетиго	185
Тирнок валикларни импетиго	187
Оддий темиртки ёки эритема сквамоз стрептодермия	188
Интертригиноз стрептодермия	189
Заҳмсимон папулёз импетиго	190
Чукур стрептодермия ёки оддий эктима	191
Сурункали юзаки диффуз стрептодермия	193
Аралаш стрепто – стафилококкли пиодермия	194
Стрепостафилококкли импетиго	195
Сурункали ярали пиодермия	196
Сурункали ярали – вегетацияловчи пиодермия	198
Шанкрсимон пиодермия	199
Гангреноз пиодермия	200
Аллопанинг вегетацияловчи пиодермия	212
Гоффманинг бошнинг емирилиб абцессланувчи фолликулити ва Перифолликулити	215
Чандикланувчи фолликулит	204
Келоид хуснбузар	205
Чақмоқ тезлигидаги, тезкор акне	206

Болдирларнинг пустулёз ва атрофик дерматити	207
Бластомикозсимон пиодермия	208
Юз пиодермияси	209
Колликватив силга ўхшаш пиодермия	210
Веgetацияловчи пиостоматит	210
Олат ва мойк халтасининг гангренази	211
Пиодермияларни даволаш	213
Пиодермитларнинг профилактикаси ва уларга қарши кураш чоралари	240
БОБ 3. Терининг пролифератив касалликлари	244
Псориаз	244
Қизил ясси темиратки (Lichen ruber planus)	257
БОБ 4. Терининг бириктиувчи тўқима касалликлари	263
Қизил югурик	264
Склеродермия	299
Дерматомиазит	328
БОБ 5. Тери сили	348
Скрофулодерма	367
Индуратив тери сили	370
БОБ 6. Терининг аллергик касалликлари	377
Дерматитлар ва Токсикодермия	377
Контактли дерматитлар	378
Медикаментоз дерматитлар ва токсикодермиялар	380
Висмут препаратларидан чакирилган токсикодермия	381
Лайелл синдроми	384
Химиявий моддалар чакирган дерматитлар	387
Овкат моддалардан чакирилган дерматит ва токсикодермиялар	387
Травматик дерматитлар	387
Актиник дерматитлар	388
Ультрабинафша нурлардан	388

Атопик дерматит	389
БОБ 7. Нейродерматозлар	394
Тери кичишиши (Pruritus cutaneus)	394
Торвок	397
Квинкенинг ангионевротик шиши	400
Болалар кичимаси (строфулюс)	401
Катталар кичимаси (Гебра кичимаси)	401
Тугунли кичима	404
Нейродермит	404
Экзема (гуш)	407
БОБ 8. Терининг замбуруғли касалликлари	414
Кератомикозлар	417
Кепакли ёки ранг-баранг темиратки	417
Тугунли трихоспория (пъедра)	420
Дерматомикозлар	421
Эпидермофития	421
Товон эпидермофитияси (epidermophytia pedum)	423
Эпидермофитидлар	427
Рубромикоз ёки руброфития	429
Трихофитиялар	432
Микроспориялар	439
Зооантропофилл (момиксимон) микроспория чакирадиган микроспориянинг клиникаси ва кечиши	441
Фавус (Favus)	443
БОБ 9. Терининг паразитар касалликлари	453
Қ ў т и р	453
Мохов	459
Ёмон жарохат – тери лейшманиози (Боровский касаллиги)	474
Битлаш (педикулёз, pediculosis)	481

БОБ 10. Дисхромиялар	484
Витилиго (пес, vitiligo)	484
БОБ 11. Тери васкулитлари	488
БОБ 12. Вирусли дерматозлар	488
Оддий пуфакчали темиртки (Herpes simplex)	492
Ўраб олувчи темиртки	492
Сўгаллар	498
Ўткир учли кондилома	501
Юкумли (контагиоз) моллюск	504
БОБ 13. Коллагенозлар	505
Кизил волчанка	506
Склеродермия	506
БОБ 14. Терининг пуфакли касалликлари	518
Чин, хакикий (акантолитик) хужайрали пурсилдок	532
Гужеро - Хейли Хейлининг яхши сифатли, сурункали оилавий пурсилдоги	535
Буллёзли пемфигоид (Левер пемфигоиди)	549
Факат огиз шиллик каватининг яхши сифатли акантолитик хужайрасиз пурсилдоги	554
Дюрингни герпессимон дерматити	561
БОБ 15. Янги туғилган чақалоқлар тери касалликлари	562
VERNIX CASEOSA	571
Ихтиозсимон терининг куруклашиши	572
Ёгли кисталар (milla)	573
Токсик (аллергик) эритема	575
Омфалит	576
Адипонекроз	578
Чақалоқлардаги Склерема ва Склередема	580
Лейнер-Муссунинг дексваматив эритродермияси	582

БОБ 16. Гендерматозлар	584
Ихтиоз	584
Туғма буллезли эпидермолиз	587
Энтеропатик акродерматит	589
БОБ 17. Эритемалар	591
Кўп шаклли экссудатив эритема	591
Жибернинг пушти ранг темиратқиси	594
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	597
Дерматовенерологиядан амалий куникмаларни кадамма-кадам бажариш	604
Тестлар	627
Вазиятга оид масалалар	752



1955 йил Андижон вилояти Андижон шаҳрида туғилган, 1981 йили Андижон Давлат тиббиётинститутини битирган. 1982 – 1988 йиллар мобайнида Фарғона вилояти тери ва таносил касалликлар диспансерида врач – ординатор бўлиб ишлаган. 1988 - 1991 йиллари И. М. Сеченов номидаги Москва медицина институти тери ва таносил касалликлар кафедрасида аспирантурани ўқиб номзодлик диссертацияни ёқлаган. 1991-1994 йиллари Андижон давлат тиббиёт институти қошидаги дерматовенерология кафедрасида ассистент лавозимида ишлаган. 1995 - 2008 йиллари доцент лавозимларида ишлаб келган. 2007 йилда докторлик диссертациясини ёқлаган ва 2008 йилдан бошлаб шу кунга қадар эса кафедра мудири лавозимида ишлаб келмоқда. А.Б. Пақирдинов 200 дан ортиқ илмий ишлар муаллифи, улардан биттасини дарслик, тўртаси ўқув қўлланма, 30 тасини ўқув-услубий қўлланмалар ташкил этади. Ҳозирги кунда у “Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт” журналининг редакционн кегаширинг аъзоси сифатида фаолият кўрсатиб келмоқда.