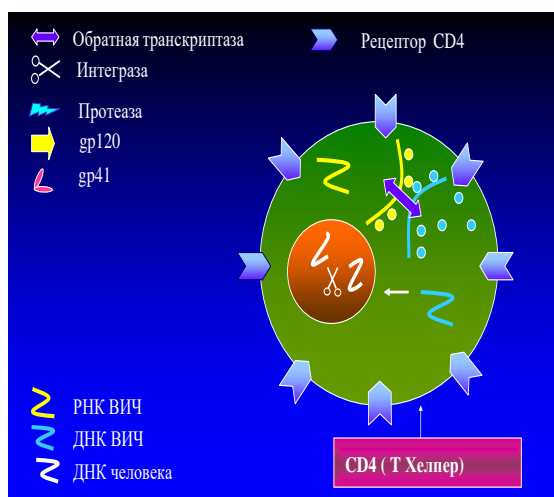


А.Б. ПАҚИРДИНОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ДАРСЛИК



А.Б. ПАҚИРДИНОВ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ДАРСЛИК

**ТОМ
2**

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 yo'nalishi (mavzulari))

ning

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

(o'qar adabiyotining nomi va turi, darslik, o'qar 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

ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

БОБ 1. ВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИГА КИРИШ

Венерология фанининг асосий вазифаси асосан жинсий алоқа орқали юкадиган венерик касалликларни ўрганишдир.

Венерик касалликлар асосан «севиш» ва «севилиш» натижасидаги жинсий алоқалар орқали юкканлиги сабабли севги худоси «Венера» номига куйилган.

ЖИНСИЙ АЛОҚА ЙУЛЛАРИ ОРҚАЛИ ЮКУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Жадвал № 4

Касалликнинг номи	Кўзгатувчиси
Классик венерик касалликлар	
Сифилис	<i>Treponema pallidum</i>
Гонорея	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Шанкроид (юмшок шанкр)	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Венерик лимфогранулематоз	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Венерик (чов) гранулёмаси	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
КУПИНЧА ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИ ЖАРОХАТЛОВЧИ, ЖИНСИЙ АЛОҚА ЙУЛЛАРИ ОРҚАЛИ ЮКУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР	
Урогенитал хламидиоз	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Трихомониаз	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Урогенитал кандидоз	<i>Candida albicans</i>
Микоплазмоз	<i>Mycoplasma hominis</i>
Генитал герпес	<i>Herpes simplex virus</i>
Папилломавирусли инфекциялар	<i>Papillomavirus hominis</i>
Юкумчил (контагиоз) моллюск	<i>Molluscovirus hominis</i>
Бактериал вагиноз	<i>Gardnerella vaginalis</i> *
Урогенитал шигеллёз	<i>Shigella species</i>

Ков педикулёзи (фтириаз)	Phthirus pubis
Кутир	Sarcoptes scabiei
Инфилтратив-маддаланувчи трихофития	Tricophyton verrucosum, T. mentographites, var. gypseum.
КЎПИНЧА БОШКА АЪЗОЛАРНИ ЖАРОХАТЛОВЧИ ЖИНСИЙ АЛОКА ЙЎЛЛАРИ ОРКАЛИ ЮКУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР	
Ортирилган иммун танкислиги синдроми	Human immunodeficiency virus
Гепатит В	Hepatitis B virus
Цитомегалия	Cytomegalovirus hominis
Амёбиаз	Entamoeba histolytica
Лямблиоз	Lamblia (син. Giardia) intestinalis

Венерик касалликларга – захм, сўзак, юмшок шанқр, 4-нчи венерик касал – чов лимфогранулематози киради.

Хозирги вақтда жинсий йўл билан юкадиган бир нечта касалликлар – трихомониаз, хламидияли, микоплазмали уретритлар, СПИД – маълум бўлиб, улар ҳам расман венерик касалликларга киритилган.

Биз сизлар билан хозир сифилис билан танишиб чиқамиз.

СИФИЛИС ВА УНИНГ ЕВРОПАДА ПАЙДО БЎЛИШИ

Захм касаллиги жуда қадим замонлардан маълум бўлиб, касаллик Гиппократ, Абу Али Ибн Сино, Хитой, Хиндистон олимлари томонидан ҳам ёзилган. Лекин касалликка аниқ ном берилмаган, купинча қайси давлатдан утган бўлса ўша давлат номи билан юритилган. Масалан, французлар испания касаллиги, италянлар – неополитан, турклар – италян, руслар – француз касали деб аташган.

1530 йил Венецияда Италия олими Жереламо Фрокастро томонидан ёзилган «Сифилис ёки француз касаллиги» деган поэманинг бош қаҳрамони «Сифилис» номига асосан, юкоридаги касалликни – сифилис деб атала бошланди. Сифилис (Sys –чучка, philos – дуст деган маънони билдиради) узи

подачи булади. Ёзилишига караганда икки хил фикр бор, биринчисига асосан сифилис – подшоҳга ёмон хизмат килгани учун, иккинчисига асосан чучка билан жинсий алоқа килгану учун худо томонидан жазоланган ва жинсий олатига яра чиккан. Хуллас, шу поэмадан кейин бу касаллик сифилис деб атала бошланди ва бизнинг вақтларгача ҳам бу ном етиб келди.

Заҳмни Европада пайдо булиши хақида хар хил фикрлар бор. Бир гуруҳ олимлар фикрича сифилис Европада қадим замонлардан маълум булиб, одамларни жароҳатлаб келган. Бу гуруҳ олимларни Европеистлар деб аташган. Иккинчи гуруҳ олимлар фикрича сифилис Европага Христофор Колумб Американи очганда Америкадан ўтган, уларни Американистлар деб аташган.

Учинчи гуруҳ олимларнинг фикрича заҳмнинг ватани Африка бўлиб, ўша ердан бошқа қитъаларга тарқалган. Уларни Африканистлар деб аташган.

Европеистлар фикрича сифилис Европада адим замонлардан маълум бўлиб, ҳеч қаердан олиб келинмаган. Улар бунга далил қилиб қадимий хинд, хитой, египит ёзувларидан орқа пешов атрофида, жинсий олатда, оғиз бушлигида пайдо бўлган хар-хил тошмалар ёзилганлигини оладилар. Прокаш ва Генслар фикрича бу тошмалар бўлса керак.

Гиппократ, Гален, Целье асарларида бурун ичидаги тошма билан жинсий олатдаги тошмалар бир-бирига боғлиқлиги кўрсатилган. Д.Г. Рохлин ва А.С. Рубашевалар Забайкаледа топилган эски мозордан олинган (бизнинг эрагача булган икки мингинчи йил) скелет суяқларини рентгенда курганда айрим суяқларда сифилик узгаришлар топган. Д.Г. Рохлин Волга – Дон қурилишида топилган мозорда суяқлардан 26 тасида сифилитик ўзгаришлар (остит, периостит) топган.

М.В.Борзов Ўрта Осиёдаги қазилмаларида сополдан қилинган қўзачаларда симоб суяқлигини топган, ҳамда буни сифилисни даволашда ишлатишган деган фикрга келган.

Американистлар фикрича сифилис Европага Америкадан олиб келинган. Бунга далил килиб испан врачлари Монтей – Робледе куйидагиларни келтиради:

- 1) XV асрда сифилис эпидемик тус олди, унчага врачлар бу касалликни билмаган. Бу эпидемия Христофор Колумбнинг Америкадан кайтишига тугри келди.
- 2) Испан врачлари Родерк – Диас ёзишича, у Христофор Колумб матросларида қандайдир янги касалликни кўрган ва уларни даволаган. Касаллик Гаити оролида яшовчилардан юккан.

Ҳақиқатдан ҳам XV асрда сифилиснинг бутун дунёга тарқалгани рост, лекин бунга Американи очилиши эмас бошқа факторлар сабабчи бўлган.

- 1) Қийин ҳаёт кечириши, айниқса, қишлоқ жойларда, қўп аҳолини иш қидириб шаҳарга келишга мажбур қилди ва бу кейинчилик аёллар орасида фоҳишаларни қўпайтирди.
- 2) Мамлакатлар орасидаги савдо – сотиқлар, айниқса, қўлларни сотиш. Улар орасида қўпинча сифилис билан оғриганлар бўлган.
- 3) Узаро узғаришлар айниқса Француз қироли Карл VIII нинг Италияга юриши. Италияда уша вақтда Испаниядан келган жуда қўп фоҳишалар бўлиб, улар солдатларга юқтирган. Карл VIII солдатлари қўп мамлакатлардан келган бўлиб, урушдан кейин уз юртида сифилисни тарқатган.

Африканистлар фикрича (Cocbiri ва Hidcon) – Африка қитъасида учрайдиган фрамбезия, пинта, беджал касаллигининг чакирувчилари трепонеманинг бир вариантыдир.

Вақт утиши, шароитнинг узғариши натижасида трепонемалар узғариб сифилис чакирувчи, ок спирохетага айланиб қолган. Касаллик эса Африка, Европа қитъасига савдо-сотиқ, африка қўллари орқали утган ва тарқалган.

Ҳуллас, ҳар-бир гуруҳ олимлар уз теориясини исботлашга ҳаракат қилганлар, бошқалар эса уни инкор қилганлар.

Бизнинг олимимиз Вогралик Г.В. (1915) – сифилис, инсоният пайдо булгандан бошлаб, пайдо булган деб, ҳақ гапни айтган булса керак.

Касалик куп таркатилиши, янги-янги одамларга юкиши, ҳамда касал одамларнинг тез улиши олимларни бу касалликни урганишга ундади.

Олимлар олдида бу касаллик нима, чакирувчиси борми, қандай юкади, қандай даволаш керак деган масалалар туради.

Бир гуруҳ олимлар узок вақтгача сифилис, юмшок шанкр, гонорея битта касалнинг ҳар-хил ормалари огир-енгил, деб гумон қилишган, уларни унитаристлар деб аташган. Иккинчи гуруҳ олимлар булар бошқа касаллик деб уйлашган, уларни дуалистлар деб аташган.

Бу масалаларни ҳал қилиш учун тажриба қилиш керак эди, тажрибани эса олимлар узлари қилар эдилар.

Унитаристлар вақили булган Джон Гюнтер тажрибаси сифилисни урганишда жуда қатта хатоликларга олиб келди. Англия хирурги Джон Гюнтер гонорея билан огриган беморнинг уретрасидан йирингни олиб узига юборган. Бироз вақт утгандан кейин Гюнтерда олдин гонорея, кейин сифилис белгилари пайдо булган. Джон Гюнтер шу билан бу касалликлар битта деган хулосага келган. Ҳақиқатда эса, касални уретрасида сифилис яраси булган, буни Гюнтер уша вақтда билмаган. Бу хато сифилисни урганишни анча вақтда билмаган. Бу хато сифилисни урганишни анча вақт тухтатиб қуйди, чунки Гюнтер обруйи жуда қатта булиб, ҳеч ким унга қарши гапиролмаган, хатто француз олими Бенжамен Белл ҳам узида тажриба қилишга қарамай, Бебел сифилис ярасидан суюклик олиб узининг уретрасига жунатади ва фақат сифилис билан огрийди.

Кейинчалик Франция венерологи Филипп Рикор врачларга хос булмаган тажриб ақилиб, бу касалликни ҳар-хил эканлигини исботлаган. Ф.Рикор 600 соғ одамга сифилис ва 800 соғ одамга гонорея юктирган ва ҳаммасида фақат сифилис ва гоноря пайдо булган ҳолос. Ф.Рикор сифилисда 3 та боскич борлигини исбот қилди, лекин иккинчи боскич юкимсиз деб

нотугри хулосага келди. Бу хулоса уз навбатида бошка врачлар томонидан яна янги тажрибалар килишга ва улимга олиб келди.

Немис олими Линдеманинг фожиали улими бунга мисол була олади. 1851 йил Париж Академияси аъзоларининг назорати остида Линдеман иккиламчи сифилис билан огриган бемор танглайдаги папуладан суюклик олиб, узининг кул териси остига жунатади. Бир канча вақт утгандан кейин касалликнинг огир ёмон формаси белгилари пайдо булди. Академиянинг охирги хулосасида шу сузлар ёзилган: «Бу куриниш, юракни эзиб юборадиган» куриниш эди. Бир тасаввур килиб куринган жуда чиройли ёш эркекнинг бутун бадани емираётган фагаденик шанкр билан копланган. Бу янги кахрамон даволанишдан бош тортар эди ва булмаса улишингиз мумкин деган сузга: «Жуда яхши, менинг улимим олимларни хатосини курсатади ва янги улимлар олдни олади», деган эди. Шундай килиб, Линдеманининг кахрамонларча тажрибаси иккиламчи захм юкумли эканлигини исботлади.

Бактериология даври бошланиб, микроскоп пайдо булиши билан, бир канча микроблар очилди.

1879 йил немис венерологи Альберт Нейссер гонорея чакирувчиси гонококкни топди. 1885 йил Италия олим Феррари, 1887 йил Петербургли Петерсон ва италияли Дюкрейлар юмшок шанкр кузгатувчиси – Феррари Петерсон – Дюкрей – стрептобацилласини олдилар. Захм касали кузгатувчисини топиш жуда узок чузилди, 1905 йилгача 125 микроб захм чакирувчиси деб тахмин килинган, ва нихоят 1905 йил 3 марта немис олимлари Шаудин ва Гофман сифилис чакирувчиси ок спирохетани топдилар.

1906 йи Вассерман захмни аниклаш учун реакция таклиф килди. 1949 йил америкалик Нельсон ва Майерлар янги реакция РИБТ-ни таклиф килдилар.

Касалликлар аниклангандан кейин уни даволаш устида бош котирилди ва нихоят 1909 йилда Эрлих – Сальварсан, 1912 йилда эса Неосальварсанни

таклиф килди. 1942 йилда Америка олимлари Арнольд ва Гаррис захмни даволашда пенициллинни куллади. Шу билан янги давр бошланди.

ЗАХМНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ

Захмни чакирувчиси ок спирохета ёки ок трепонема деб аталиб, анилин буёклар билан буялмайди, микроскоп остида ок спиралсимон ипга ухшайди, Бу микробни иккала томоннинг охири ингичка булиб, узунлиги 7-9 мкм, калинлиги 0,2 – 0,5 мкм булади. Ок спирохета 8-14 бугинлардан ташкил топиб, бугинлар чукурлиги 1 микронга тенг.

Ок спирохета асосан булиниш оркали купаяди. Спирохета учун бирхил текис, силлик харакат характерлидир.

Ок спирохетада 4 хил харакати аникланган:

- 1) Букланувчан (тебратувчан, маятниксимон) харакат;
- 2) Олга юрувчи – бир томонга караб харакат килади;
- 3) Ротатор – уз уки атрофида харакат килади;
- 4) Контракти ёки тулкинсимон харакат.

Ташки шароит ва мухитда ок спирохетага олдин узини хар хил тутуди. 40-42°C иссиқда ок спирохета олдин узини яхши сезади кейинчалик улади, 55° иссиқда 25 мин. 60°C да эса 15 минут ичида улади. 100°C да уша захоти улади. Хул ва нам шароитда спирохета 100 соат яхши яшаши мумкин. Паст температура спирохетага яхши таъсир килади. 78°C совукда 1 йил, 70°C совукда 9 йил сакланган спирохетани куёнга юборилса касаллик чакирилган. Хозирги вақтдаги саклаш режими донорлар конида спирохетага 3-5 кун сакланади. Хар-хил химик моддалар ок спирохетага хар хил таъсир киладилар. Улган организмда 3 кун сакланади.

1:4000 микдордаги сулема эритмасида ок спирохета дарров улади: 1:10000 да эса 0-15 минутда. 40° спирт таъсирида 10-20 минут, 50-55° тезда, 66° спиртта уш захоти улади. Марганцовка 1:1000 таъсир килмайди, 0,5%ли ляписда улади. Ишкор кислотада таъсирида тезда улади.

ЗАХМНИНГ УМУМИЙ ПАТОЛОГИЯСИ

Захм узок сурункали давом этувчи, тез-тез кайталаниб ва конуний равишда бир даврни иккинчи давр билан алмашиб туриши билан характерланувчи венерик касалликдир.

ЗАХМНИНГ ЮКИШ ЙУЛЛАРИ.

Захм касаллиги сог одамга касал одамдан куйидаги йулар оркали юкади:

1. Жинсий йул билан
2. Ножинсий контакт билан
3. Кон куйиш йули билан
4. Хомиладор она корнидаги болага кон айланиш йули билан.

Касалликни юкиши учун куйидаги шароитлар булиши керак:

1. Захмни юкумли формаси билан огриган касал.
2. Захм касали билан алокада булган одамда, спирохета тушган терида ривожланиш учун шароит булиши керак.
3. Тери ёки шиллик каватнинг жарохатланган жойи – спирохета кириши учун дарвоза.

ЗАХМНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- 1) 1-ламчи серогенатив захм
- 2) 1-ламчи серопозитив захм
- 3) 1-ламчи яширин захм
- 4) 2-ламчи янги захм
- 5) 2-ламчи яширин захм
- 6) 2-ламчи кайталанучи захм
- 7) III-ламчи актив захм
- 8) III-ламчи яшрин захм
- 9) Яшрин захм
- 10) Илк тугма захм
- 11) Кечки тугма захм

- 12) Яшрин тугма захм эртанги (2–йилгача) кечки (2 йилдан кейинн) ноаник (аникламаган)
- 13) Нерв системаси захми эртанги (2-5 йилгача) кечки (5 йилдан кейин)
- 14) Сухта (tabes dorsalis)
- 15) Прогрессив фалжи (parol prgressiva)
- 16) Вицерал захм (шикастланган тана аъзоси номи курсатилади)

ЁМОН КЕЧАДИГАН ЗАХМ (СИФИЛИС МАЛИГНА)

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

Бу захмнинг кечишида куйидагича узига хос узгаришлар булади:

- 1) Захмнинг хамма даврлари (яширин, I-II-ламчи) кискаради;
- 2) I-ламчи даврда асосан гигант каттик шанкр пайдо булади;
- 3) II-ламчи давр бошланишидан олдин бош огриш, истима чикиш булади, элементлар эса купрок чукур жойлашган йирингли тошмалар булади (рупия, эктима);
- 4) III-ламчи даврда купрок гумма булади;
- 5) Лимфа тугунлари катталашмайди;
- 6) Серореакция купинча манфий булади;
- 7) Тезда ички органлар, нерв системасининг жарохатланиши кузатилади ва касални улимга олиб келади.

ЯШИРИН ЗАХМ

Касалда касалликнинг актив белгилари йук, факат серологик реакциялар оркали аникланиши мумкин булган захм – яширин захм дейилади.

Яширин захм билан огриган касалларни – профилактик текшириш натижасида, касал билан алоқада булганларни текширганда, ишга кираётганларни, декретированный ишчиларни (болалар муассасалари, общепит ва бошқалар) текширилади, хамма соматик стационардаги касаллардан кон олиб текширилганда аникланади.

Яширин захм, икки йилгача вақт ичида аникланса эртанги, икки йилдан кейин булса кечки булади. Баъзан касалнинг аник вақти аникланмайди, бунда ноаник яширин захм булади.

"Бошсиз" ("обезглавленный") захм.

Захмнинг бу формасида касаллик асосан каттик шанкрсиз кечади ва иккиламчи даврнинг тошмаларидан бошланади. "Бошсиз" захм купрок кон куйганда юкади, бунда ок спирохета тугридан-тугри конга куйилади, шунинг учун терида каттик шанкр булмайди.

Касаллик кон куйилгандан кейин 14 кундан то 4-5 ойгача (уртача 2-2,5 ой). Яширин даврдан кейин бошланади ва икки хил кечади:

- 1) Лимфа безлар катталашади.
- 2) Лимфа безлар катталашмайди

Серореакция тошмалар тошиши биланок мусбат булади.

Захм касаллигида иммунитет

Захм касаллигига карши тугма иммунитет йук яъни захм билан хамма одам огриши мумкин.

Захм билан огриган бемор организмда инфекцион иммунитет хосил булади, яни касалда захмнинг актив формасида иммунитет булиб, организмда ок спирохета йуколиши ёки камайиши билан яна йуколиб кетади.

Бунга мисол шанкрга карши иммунитетдир, касалда каттик шанкр пайдо булгандан 10-14 кун кейин касал булиб, шанкр битиши билан йуколади. Хозирги вақтда касалнинг янгидан юкиши (ренифекция) ва кайталаниши (рецидив) мумкин.

Касал одам тузалгандан кейин, захм касаллиги янгидан юкиши мумкин, бунинг учун куйидаги шартлар булиши керак:

- 1) Биринчи захм касаллигидан тулик даволанган булиши керак;
- 2) Касалликни иккала сафар хам битта врач аниклаши, агар иккита булса авторитетли булиши керак;
- 3) Каттик шанкр клиникаси аник булиш керак ва ок спирохета албатта булиши керак;

- 4) Каттик шанкр хар сафар янги жойда чикиш керак;
- 5) Яширин давр нормал булиши керак;
- 6) Иккала сафар хам актив формали захм билан огриган источник булиши керак;
- 7) Лимфа безлар каттик шанкр якинида катталашган булиши керак;
- 8) Серореакция олдин манфий кейин мусбат булиши керак;
- 9) Биринчи касалдан даволаш даврида серореакция манфий булиши керак;
- 10) Биринчи захмни даволаб булган вақтдан бир йил утган булиши керак.

Агар юкоридаги шартлар тугри келмаса бу янги юкиш эмас, балки касалликни кайталаниши булади.

Эски касал устига, янги касал юкиши мумкин, бу эса ресуперинфекциядир.

Купинча захм касаллигида уз-уздан тузалиши хам булиш мумкин деган фикрлар сурилади. 1890-1910 йиллар ичида Осло клиникасида проф. Бек захм касалларни факат ташкаридан оддий маз суркаш билан даволайди, специфик препаратлар бермайди.

1955 йилдан уша касаллардан 1147 таси топилиб текширилганда – 10,8% захмдан улган, 15,8% улчамли захм, 10,4% висцерал, 6% нейросифилис топилган, 30% факат серореакция мусбат булган 30% касалда захминг хеч кандай белгилар колмаган.

Худди шундай факт Америкада олинган, Алабама штатида 400 касални даволашмаган, 30 йилдан кейин – 30% касалда захм тузалиб кетганлиги аникланган.

Бундан ташкари захмда "нуллерство" борми йукми деган савол хам бор. "Нуллер" узидан касаллик белгиси йук, лекин бировга юктиради. "Нуллер" хайвонларда экспериментал йул билан исботланган, лекин одамларда исботланмаган.

Кейинги вақтларда бир канча Россия олимларининг текшириши натижасида, ок спирохета L-формага утганда, L-форма икки хил булиши, бир хили антиген булиб таъсир килса, иккинчиси таъсир килмаслиги маълум булди.

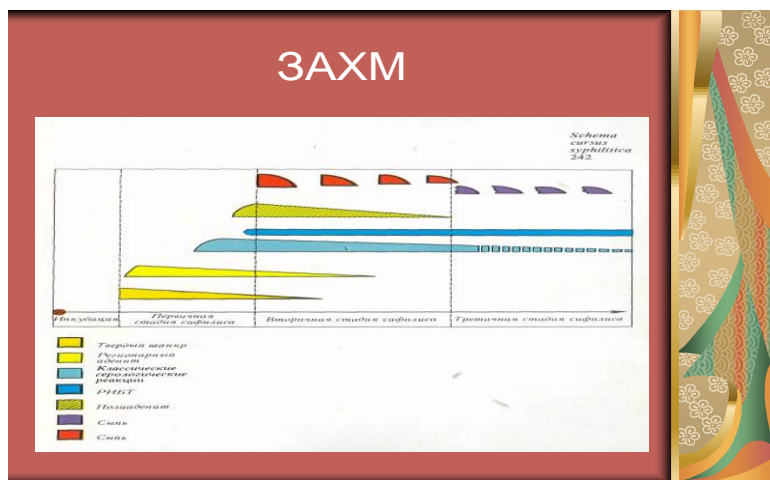
Шунга асосан олимлар томонидан айтилган 30% касалнинг узидан-узи тузалиш, унинг организмда L-формали ок спирохета антиген булиб таъсир килолмайди шунинг учун касалда хеч кандай белги йук, иккинчи 30% факат серореактив мусбат булганда, L-формали ок спирохета антиген булиб таъсир килади.

Шунга асосан олимлар иккала формада хам бари-бир организмда ок спирохета бор, у касал деб аташади.

ЗАХМНИНГ БИРЛАМЧИ ДАВРИ, КАТТИК ШАНКР

(бирламчи сифилома, бирламчи аффект, бирламчи склероз)

Яширин давр утгандан кейин (урта хисобда 3-4 хафта) ок спирохета кирган жойда, терида кизгиш дог пайдо булади, 2-3 кундан кейин дог тугунчага айланади, бир неча кундан кейин тугунча эрозия ёки ярага айланади. Шундай килиб каттик шанкр ("шанкр" французча суз булиб – яра дегани) хосил булади. Хосил булган элемент касални безовта килмагани учун касал дог, тугунчани купрок сезмайди ва яра хосил булган куради (расм № 181).



Расм № 181. Захмни кечиши

Шунинг учун купинча врачлар каттик шанкрни эрозия ёки яра холида курадилар.

Қаттик шанкр - эрозия ёки яра булиб, юмалок овал шаклида, чегаралари аниқ, четлари текис булиб, тубига томон суйри булиб боради, юзи текис, силлик, янги суйилган гушт рангида булади. Яранинг маркази гохо саргиш ёғ губори билан копланган булиши мумкин (u.d.cocord).



Расм № 182. Қаттик шанкр

Агар шанкрни икки бармок орасига олиб ушлаб курилса, унинг остида каттик инфилтрат борлиги аниқланди. Инфилтратни уч хил формаси маълум: инфилтрат – коғозсимон булиб, ушлаганда бармоқлар орасида дафтар варагига ухшайди, пластинкасимон – инфилтрат худди диск-тоғойга ухшайди, тугунсимон – панжалар орасида яримшарсимон тугун сезилади. Каттик шанкр юзасидан озгина сероз суюклик чикиб туради. Каттик шанкр огримайди (расм № 183).



Расм № 183. Эрозияли қаттик шанкр

Баъзан эрозияли шанкр юза кисмидан катталашади, тубида эса тук-кизил ранг ва донодор булиб колади: ушлаб курилганда эрозия остида пластинкали инфилтрат булади. Бундай бирламчи склероз худди куйган ярани эслатади ва куйган шанкр (*ulcus durum combustiformis*) дейилади.

Шанкрниг яна бир тури – *uleus durum et courd* хам бор.

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

Биз каттик шанкларни диаметрига караб куйидагича буламиз:

1. Майда шанкрлар – диаметри то 0,5 см. гача
2. Уртача шанкрлар, диаметри 0,5-1 см.
3. Катта шанкрлар – диаметри 1-2 см.
4. Бахайбат шанкрлар, диаметри 2 см. 2 см.дан ортик.

Аслида каттик шанкр битта булади, лекин кейинги вактларда каттик шанкр бир нечта булиб учраяпти. Куп каттик шанкр асосан кичишадиган касалликлар (экзема, чесотка жинсий органларда) булганда ёки касал одам билан кайта-кайта жинсий алока килганда учрайди.

Купинча каттик шанкр эрозия холда учрар эди, кейинги вактларда яра холда хам тез-тез учраб турибди. Хозирги вақтда учрайдиган каттик шанкрнинг 55% эрозия, 45% яра холда булаяпти.

П.М.Зоринанинг (1973) ёзишича 32 ёшли бирлами серонегативли касалда 52 каттик шанкр булган. Каттик шанкрлар жойлашишига караб – генитальный, гениталия атрофида (супа, чов, оралик), экстрагенитальный ва биполярный булади. (каттик шанкрнинг баданнинг хамма жойларида учрашиши мумкинлиги тугрисида мисоллар келтириш).

Атипик шанкрлар.

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

Атипик шанкрларга: а) индуратив шиш, б) шанкр панариций, в) бодомча безларидаги шанкр (шанкр амигдалит) ва К.Р.Аствацатуров туртинчи килиб, г) фунгозли шанкрни кушади.

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

Шанкр амигдалит – асосан бузук аёл ва эркакларда норасмий жинсий алока килганда учрайди. Бунда спирохета тугридан –тугри бодомча безларини жароҳатлайди.

Шанкр амигдалит уч хил формада учраши мумкин – эрозиясимон, ярасимон ва ангинасимон. Эрозия ва ярасимон формаларида бодомча безида овал шаклидаги кичкина чимчалок тирногича келадиган эрозия ёки яра хосил булади (расм № 184).



Расм № 184. Қатик шанкр – амигдалит

Уларнинг чеккалари текис, туби эсаси силлик булади: хуллас терида учрайдиган эрозияли ёки ярасимон каттик шанкрни эслатади. Ангинасимон формасида диагноз куйиш кийин булиб, врачларни купинча адашишга олиб

келади. Бунга оддий ангинадан фарк килиб, касалда истима унча юкори чикмайди, огрик кучли булмайди.

Асосан бодом беги бир томонлама жарохатланиб, каттик булади. Жаг ости ва буйин лимфа тугунлари катталашади. Оддий ангинадан фарк килиб, шанкр амигдалитда йирингли пробка булмайди.

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

(Бизнинг практикада учраган касаллардан мисоллар)

Панарициясимон – шанкрда хам уч хил форма эрозияли, ярасимон ва халкасимон булиши мумкин. Касаллик бошланишида жарохатланган жойда эрозия ёки язва хосил булиб, шу вақтнинг узида жарохатланган жой зичлашиб – каттиклашади. Панжа шишиб, катталашади ва каттик булади. Жарохатланган жой териси кукимтир – тук кизил рангда булади.

Шу вақтда култик ости ва тирсак безлари катталашади. Хасмол шанкр асосан огрик билан кечади, шунинг учун оддий хасмолдан фарк килиш кийинрок.

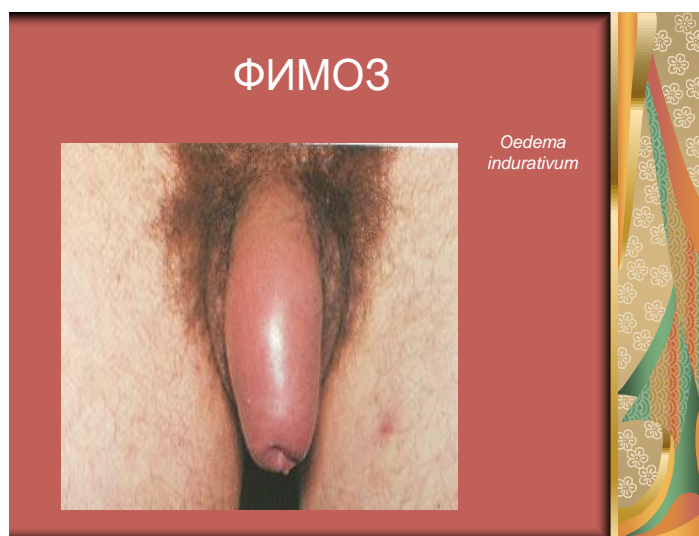
Оддий хасмолдан беморда истима чикади, огрик кучли булади, лимфа безлари купинча катталашмайди ва яра юзасида улган тукималар булади. Хасмол – шанкр купрок врачларда учрагани учун, касаллик бошланишида, оддий хасмол каби даволанади ва купинча касаллик иккиламчи захм даврида аникланади (мисоллар).

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

Каттик шанкрнинг асоратлари

Каттик шанкр асоратларига куйидагилар киради: балонит, аостит, баланопастит, фимоз, парафимоз, каттик шанкр гангренаги ва фагаденизацияси. Бирламчи сифилома жинсий олатнинг (закар) бош кисмида

жойлашса, иккиламчи инфекция тасирида шанкр атрофи кизариб, шиш ва эрозия пайдо булади. Бу холат болонит булади. Кейин яллигланиш кертмакнинг – препуционал халтачанинг ички каватига утиш натижасида – пастит хосил булади. Куп вақт болонит билан пастит бир вақтда учрагани учун – балапопастит дейилади. Кертмаги узун ва тор буладиган касалларда каттик шанкрнинг фимоз ёки парафимоз куринишидаги асорати кузатилади. Фимозда – кертмак шишиб кетганлиги учун закар бошчасини очиб булмайди, яра закар бошчасида ёки препуциал халтачанинг ички варагида жойлашган булса, уни ҳам куриб булмайди. Шишиб турган препуциал халтача пайпаслаб курилганда, шишган тукима ичкарасида безиллаб турадиган кичкина инфильтратни топиш мумкин (расм № 185).

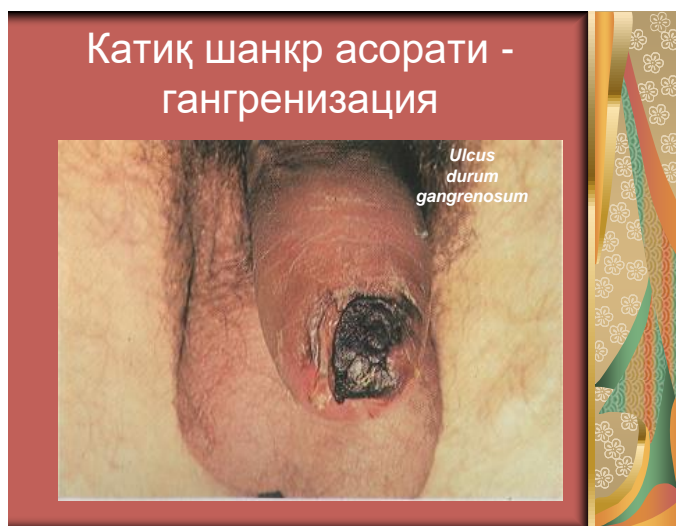


Расм № 185. Қатик шанқ асорати - Фимоз

Парафимозда – закар бошчаси очик турган холда препуциал халтача яллигланиб, шишиб кетади ва кертмак бошчани сиқиб қолади. Парафимоз баъзан закар бошчасининг ириб кетишига олиб келиш мумкин. Парафимоз бошлангудек булса, закар бошчасини дархол урнига киритиб уйиш керак.

Каттик шанкр гангренази купрок хар хил сурункали инфекцион касаллар билан огриган беморларда, алкоголикларда, диабет ва карияларда учрайди. Бирламчи сифилома юзида кора-саргиш рангли чирик хосил булади, бу чирик ириган тукималардан иборат булиб, атрофидаги соғ теридан аник ажралиб туради. Пустлог тушиб кетгандан кейин чуқур яра

хосил булади ва жуда секин битади. Гангренали шанкр одатда касалнинг умумий ҳолатидаги узгаришлар бош огриги, истима чиқиш билан бирга учрайди (расм № 186).



Расм № 186. Қатик шанқ асорати - гангренизация

Фагаденизмда – гангрена каби туқималарда ириш булиб, бу процесс тухтамайди, аксинча, ичкарига ва сиртга қараб тарқалиб боради. Туқималар дорсимон тепаларгача анчагина емирилиши мумкин (расм № 187).



Расм № 187. Қатик шанқ асорати – фагеденизация

Каттик шанкрнинг дифференциал диагностикаси.

Бирламчи захм диагнози қуйиш учун каттик шанкрни унга ухшаган бир қанча касалликлардан ажрата билиш керак:

Булар: пуфакчали герпес, юмшок шанкр, кутир эктимаси, эрозив баланопостит, рак яраси, туберкулез яраси, Чапина – Липшитцанинг вулванинг уткир яраси, шанкрсимон пиодермия, гонорея, трихомониаз эрозия ва яраси, Боровский яраси, мондор касаллиги ва бошкалар.

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

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

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

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

Яширин даври 3-4 кун. Чакирувчиси Дюкрей Унна – Петерсоннинг стрептобациллеси

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

Рак яраси – асосан 50 ёшдан кейин учраб, секинлик билан ривожланади. Каттик шанкрдан фарк килиб яра чеккалари каттик, кингиркийшик, сог теридан юкорида булади. Туби эса нотекис булиб, конаб туради, ушлаб курганда огрийди.

Регионар лимфа безлар вакт утганда катталашади (бир неча ойдан кейин), ёгочсимон каттик, огрик булади, хамда бир-бири ва тери билан бирлашади.

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

Чапина-Люпшицани вульванинг уткир яраси – асосан кизларда ва тугмадан аёлларда учрайди. Чакирувчиси жинсий органларда куп микдордаги, майда, огрик билан кечадиган, чеккалари емирилган, нотугри шаклдаги яралар пайдо булади. Яра юмшок булади. Касаллик асосан беморнинг умумий холатини бузилиши, истима чикиши, совкотиш, дармон куриш билан бирга булади.

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

Касал 6 ойгача диспансерда учётда туради.

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

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

ИККИЛАМЧИ ЗАХМ

ЗАХМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИ

Касаллик юккандан кейин 2-3 ой, ёки каттик шанкр пайдо булгандан 6-8 хафта утгандан кейин касалнинг баданига хар хил тошмалар тошади, шу вақтдан бошлаб захмнинг иккиламчи даври бошланади. Бирламчи ва иккиламчи захм уртасида аник чегара йук, чунки бирламчи захмдаги каттик шанкр, ёки унинг колдиги иккиламчи захмда хам сакланиб колиши мумкин.

Захмнинг иккиламчи даврида куйидаги элементлар булади: дог (розеола), тугунча (папула), йирингли пуфакча (пустула), пуфакча (везикула), алопеция ва лейкодерма.

Иккиламчи захмдаги тошмалар хар-хил булишига карамай, улар умумий белгиларга эга:

- 1) Иккиламчи сифилидлар касални хеч качон безовта килмайдилар (кичишиш, ачишиш, огрик).
- 2) Иккиламчи сифилидлар хаммаси деярли юмалок овал формада булиб, чегараси аник булади, бир-бири билан кушилмайди. Сурилиши асосан марказдан бошланади.
- 3) Иккиламчи элементлар атрофидаги тери кизармайди, нормал холда булади, ранги окиш сафсардан, то тук-кизгиш булиши мумкин.
- 4) Сифилидлар тубида характерли каттик инфилтрат булади, хамда у инфилтратларда ок спирохета булади.
- 5) Иккиламчи сифилидлар даволанмаса хам (чукур жойлашган пустулалардан ташкари) асоратсиз хеч кандай из колдирмасдан сурилиб кетадилар.
- 6) Сифилидлар туп-туп булиб хар-хил вақтда чикадилар ва хар-хил вақтда кайтадилар. Шунинг учун терида хар-хил даврда булади – ёлгон полиморфизм
- 7) Иккиламчи захмда 100% холда серологик реакция мусбат булади.
- 8) Иккиламчи захм элементлар, агар касал даволанмаса, кайталаниб туради.

9) Иккиламчи элементлар тошганда, асосан касалда истима чикмайди.

10) Иккиламчи кайталанувчи захмда элементлар тупланиб хар-хил фигуралар ташкил килади.

Купинча врачнинг иш жараёнида иккиламчи янги захм билан иккиламчи рецидив захмни ажрата билиш керак булади.

Иккиламчи янги сифилисда терида асосан розеола булиб, элементлар куп, лекин майда булади, симметрик жойлашади. Элементлар тупланмайди, таркок жойлашади. Ранги тиник булиб, кизгиш-пушти булади. Энг асосийси каттик шанкр ёки унинг колдиги булади.

Иккиламчи рецидив сифилисда терида асосан папула булиб, элементлар оз лекин, катта-катта булади, ранги окишрок булади. Элементлар тупланиб хар-хил фигуралар хосил килади (учбурчак, халкасимон ва ярим халка). Купинча сифилитик алопеция ва лейкодерма булади.

Догли сифилид – сифилитик розеола

Сифилитик розеола – энг куп учрайдиган элемент булиб, каттик шанкр пайдо булгандан 5-7 хафтадан кейин тошади.

Розеола – бу дог булиб, пушти-кизгиш рангли, катталиги ок жухоридан то чимчалоқ тирногигача булади. Доғлар бир-бири билан кушилмайди, атрофга караб катталашмайди, соғ теридан юкорига кутарилмайди. Панжа ёки бирор буюм билан розеола босилса йуколиб кетади, кейин яна тезда пайдо булади. Розеоланинг устки кисми асосан кепакламайди, лекин 1948 йилда В.А.Арутюнов биринчи марта кепаклашган (шелушееся) розеолани ёзган.

Ундан кейин 1951 йилда Антоньев А.А. – 4 аёлда кепаклашган розеола учратган ва уларнинг конида витамин С етишмаслигини аниклаган. Демак, кепаклашган розеола пайдо булшига витамин-С етишмаслиги сабаб булиши мумкин (расм № 188).



Расм № 188. Доғсимон сифилидлар

Сифилитик розеола терининг ҳамма жойида булиши мумкин, лекин асосан, кукракда, коринда, томокнинг икки ён томонида ва купрок оёк-кулларда учрайди.

Розеоланинг куйидаги турлари ажратилади.

- 1) Элевирующая розеола (торвоксимон) – айрим вақтларда розеола торвоксимон булиб, соғ теридан юкорига кутарилади.
- 2) Бирлашган кушилган розеола – баъзан розеола жуда куп булса, розеолалар бир-бири билан кушилиб, катта эритематозли розетка хосил килади - конфлюекс.
- 3) Фолликуляр – ёки донадор розеола – айрим ёг-соч фолликулалари устида ривожланган беморларда розеола майда доначалар пайдо булади -
- 4) Рецидив розеола – иккиламчи рецидив захмда учрайди.

Розеоланинг дифференциал диагностикаси

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

а) Кизамик ва кизилчада тошадиган розеола уткир яллиғланиш характериға эга булиб, купрок юзда, кулда, оёкда булади, куп жойларда бир-бири билан кушилиб кетади ва сурилайтганда утки киcми кепаклашади. Касалда истима чиқади, ларингит, бронхит, трахеит симптомлари булади. Кизамикда огиз шиллик каватида майда таначали оқиш доғ хосил булади (симптом – Филатова Коплина).

б) Корин тифи ва кайталанувчи тифида – розеолаларининг тошиши касаллар умумий ахволининг огирлаши билан бирга кечади. Розеола узи кам булиб, патехияга ухшайди.

в) Токсикодермиядаги тошмалар уткир яллигланиш билан кечиб, каттарок булади, ранги кукимтир, бир-бири билан кушилади, усти кепаклашади, бадан кичишиб туради.

г) Жибернинг пушти ранги темираткиси – хосил булган доғлар пушти рангли, размери катта, устида кепаклашиш булиб, худди "гижимланган папирос когозига" ухшайди.

д) Теридаги мармароэссенция – купинча касал ечинганда майда кон томирлар капиллярлари хаво таъсирида кенгаяди ва худди розеолага ухшаш доғлар пайдо булади. Купинча буни врачлар адашиб розеола деб уйлайди.

Розеоладан фарқи яхши каралса атрофида майда томирлар уртада соғ тери булад сифилитик, розеолада эса атрофида соғ тери булади. Агар касалга иш килдирилса ёки териси ишкаланса "мармарсимон" тери йуколиб кетади, розеола булса янада аник билинади.

е) Кепаксимон (хар-хил рангли) темиратки – хосил булган доғлар хар хил рангда булиб оч-пуштидан, тук-жигаррангача булади, усти кепаклашган булади. Бир-бири билан кушилиб катта участка хосил килади. Агар доғни 5% йод эритмаси билан суртилса тук ранга буялади.

Папулали сифилид

Папулалали сифилид иккиламчи захмда куп учраб, 70-80% холларда иккиламчи рецидив захмда булади.

Папуланинг куйидаги турлари учрайди: а) лентикуляр, б) милиар, в) нуммуляр (монетовид), г) псориазиформный, д) намланувчи мокнущий, слизистых оболочек.

1. Лентикуляр (ясмиксимон) папулали сифилид.

Иккиламчи сифилидлар ичида энг куп учрайдиган формаси булиб, асосан ясмик размеридаги тугунчалардан иборат. Тугунча асосан тугри юмалок шаклда булиб, чегаралари аник, яримшарсимон формада, каттик

эластик консистенцияли, размери ясмикдан то нухотгача (0,8-0,5 см диаметри).



Расм 189. Лентикуляр папулалар сифилидлар

Тугунчалар атрофга караб катталашмайди, бир-бири билан кушилмайди, шунинг учун хаммасининг размери бир хил булади (расм 189). Тугунчалар ранги бошида пушти-кизил, кейинчалик эса тук кизил-гилос рангида булади. Папулани устки кисми силлик, ялтирок. Папулалар устки кисмида тери узгармаган булади, факат папулалар сурилаётган пайтида, устки кисмидаги тери куча бошлайди. Пуст ташлаш олдин марказдан бошланиб, кейин атрофга караб таркайди ("Биетта ёкачаси"). Кейинги вақтларда терининг кучиши, худди парасориаздаги каби "облаткасимон" буляпти. Бу баъзан диагноз куйишни кийинлаштиради. Папулалар асосан касални безовта килмайди, лекин папула марказига зонд билан босилса укаттик огрик сезади – Ядассон симптоми.

Лентикуляр папулалар купинча, розеола билан биргаликда учрайди. 4-8 хафтадан кейин уз-узидан аста-секин сурилиб кетиб, урнида жигар рангли пигментли дог колади. Кейинчалик дог хам йуколиб кетади.

Баъзан касалга захмнинг яширин даврида ёки бирламчи захмнинг бошланишида, янгидан захм юкса (суперинфекция) каттик шанкр атрофида майда регионар лентикуляр папулалар тошади. Бу папулалар иккиламчи захм

элементларидан анча аввал тошади, шунинг учун бундай касалларни купрок даволаш керак.

Лентикуляр сифилиднинг куйидаги формалари бор:

а) Себореяли папулалар сифилоид – бу формада асосан элементлар безлари ривожланган жойларда жойлашади. Пешонанинг соч билан чегарадош кисмида (), бурун-лаб, бурун-юз бурмаларида, бошнинг сочли кисмида купрок учрайди.

Папулалар усти силлик булмайд гадир-будир саргиш – рангдаги пустлог билан копланган. (венера боши)

б) Псориазсимон сифилоид – лентикуляр папулалар устки кисмида окиш, куп микдордаги кепаклашиш пайдо булади. Бу папула псориаз папуласини эслатади.

Диагноз куйишда шунга эътибор бериш керакки, псориаз папуласи атрофида, кизгиш рангидаги халка булади.

2) Милиар папулөз сифилоид – бу папула жуда кам учрайдиган формаси булиб, асосан коринда, кукракда ва елкада жойлашади. Майда-майда тугунчалар тугногич бошидек келадиган папулалар, ранги кунгир-кизил бклиб, яримшарсимон ёки конус шаклида булади.

Милиар папулалар соч фолликулалари огзи атрофида жойлашади, хамда захмдан ташкари сил касали билан огриган беморларда учрайди. Баъзан айрим усмалар булиб, панжа билан силаганда "киргич" симптоми мусбат булади. Милиар папула тошганда касалларда истима чикиши мумкин.

Бошка сифилоидлардан фарк килиб милиар папула захмга карши ишлатиладиган дорилар таъсирида жуда секин сурилади. Сурилганда урнида кичкина атрофик тиртик колади, кейинчалик секин-аста билинмай кетади.

Милиар папулани сил касалидаги лихеноидпапула билан ажрата билиш керак сил касалида папула купинча ёш болаларда булиб, саргиш, юмшок булади. Касалларда упкада сил касаллиги аникланади, серологик реакциялар манфий булади.

3) (Нуммуляр) папулали сифилид.

Асосан иккиламчи рецидив захмда учраб, асосан лентикуляр папула билан бирга учрайди, лекин ундан узининг катталиги, (15-20 тийинлик тангадек), ҳамда инфилтратнинг куплиги билан фарк килади. Папулалар оз микдорда булиб, группа-группа жойлашади, ранги кунгир-кизил булади (расм 190). Баъзан нуммуляр папула, лентикуляр папула билан бирга жойлашиб хар-хил шакл ташкл килади:



Расм № 190. Нуммуляр папулали сифилидлар

а) уртада катта нуммуляр папула, атрофида хар томонда майда лентикуляр папула худди бомба портлагандаги чукурчани эслатади, - буни Корумбиформный папулали сифилид дейилади.

б) Уртада катта нуммуляр папула, атрофида бир хил масофада жойлашган лентикуляр папула – буни кокардсимон папулали сифилид дейилади.

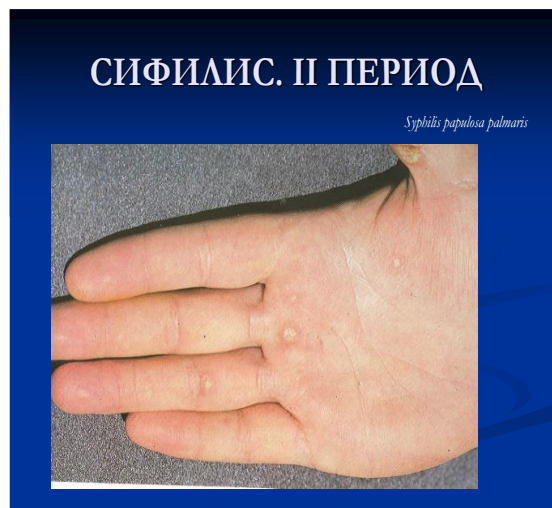
4) Товон ва кафтдаги папулез сифилид.

Товон ва кафтда жойлашган папулез сифилидлар, купинча алохида жойлашади, баъзан иккиламчи рецидив сифилиса тупланиб хар-хил шакллар хосил килади (расм № 191,192).

Куйидаги формалар маълум:

а) чечевицесимон тип – кафт ва товонда ясси саргиш-кизил рангдаги машдел келадиган, атрофи яллигланмаган тугунчалар пайдо булади. Устки

кисми каттик пуслуг билан копланган булиб, ушлаганда остида каттик инфильтрация булади.



Расм № 191,192. Кафт ва товондаги папулалар сифилидлар

б) халкасимон тип – асосан 3-4 йилдан кейин иккиламчи рецидив захмда учрайди. Бунда папулалар тупланиб хар-хил шакллар – халка, учбурчак хосил килади.

в) шохсимон тип - бахан кафт ва товонларда 1-2 та папула хосил булиб уларнинг устки кисми каттик калин шохсимон кават билан ёпилади. Хосил булган элемент мозол ёки сунгални эслатади.

г) Кенг тип – доимий травма натижасида алохида жойлашган папулалар бирлашиб катта бляшка хосил килади.

Бляшка диаметри 3-5 см нотугри шаклда, устки кисми шохсимон кават билан копланган булади.

5) Сув чикадиган ёки нам папулалар сифилид – Агар лентикуляр папулалар куп-турмайдиган, ишкаланадиган жойларда (жинсий органлар, чов, кулок ости, орка пешов атрофи, панжалар ораси, кукрак беги ости) аста-секин узгаради. Папулалар юзаси шилиниб эрозия хосил булади (эрозив папула), кейинчалик эрозия юзасидан сув чикади (сув чикадиган папула). Агар эрозив папула юзасига иккиламчи инфекция кушилса (шиллик каватда жойлашганда) эрозия ярага айланиши мумкин (ярали – папула).

Куп ишкालаниш натижасида папулар юзасида усимталар пайдо булади, папулалар катталашади ва вегетатив, гипертрофик папулалар хосил килади,

баъзан сербар (широкая) кондиломага айланади. Сербар кондиломалар – йирик папулалар булиб, бир-бири билан кушилиб, теридан кутарилиб туради, зич консистенцияга эга булиб, сербар асосида туради, юзи эрозияланган булади.

Папулали сифилидни дифференциал диагностикаси

Папулали сифилидни куйидаги касалликлар билан ажрата билиш керак:

1) Кизил ясси темиртки – бу касалда папулалар шаклид ва булиб, узига хос тарзда мунча ухшаш ялтираб туради. Папулалар юзасининг уртасида киндиксимон чукурчаси бор. Папулалар устки ёг билан суртганда сеткасимон расм куринади (Уникем сеткаси). Касаллик кичишиш билан кечиб, кашлаб таркалган жойларга янги папулалар чикади (кебнер симптоми).

2) Парапсориаз – бу касалликда майда пушти кизил рангдаги, юмшок папулалар пайдо булиб, устида облаткасимон кепаклашиш бор. Парапсориаз элементлари огиз бушлиги шиллик каватига тошмайди. Хозирги вақтда парапсориазли захмдан ажратиш кийин, шунинг учун яхшиси касални билиш учун етказиб сиримига текшириш керак.

3) Псориаз – бу касалликда папулалар чекка томонларга караб катталашади, бир-бири билан кушилиб катта бляшкалар хосил килади. Папулалар атрофида кизил яллигланиш бор, устки қисмида эса кумуш ранг-окиш пустлог бор.

Папулалар устини тирнаганда учта феномен теоринли дог, псориастик пленка, нуктали конаш булади. Элементлар атрофида инфилтрат йук, полиаденит булмайди ва бошка белгилар билан захмдаен фарк килади.

4) Ёлгонсифилитик папула – аёллар жинсий лабнинг киргоқларида мошдек, каттик, юмалок тери тубидан кутарилиб турувчи папулалар хосил булади. Луарнинг юза қисми, курук, ялтирок булиб ҳеч қачон эрозия хосил қилмайди. Папула атрофида ҳеч қачон яллигланиш булмайди.

Куринишида сифилитик папулани эслатади, шунингдек учун касал болницага ёткизилиб, ок спирохетага анализ олинб, серрореакция текширилади.

5) Вегетатив пурсилдок. Бу касалликни вегетатив папула билан ажрата билиш керак. Пурсилдок учун касалнинг умумий ахволининг огирлиги, эрозиянинг юмшоклиги, терининг бошка жойларида пуфакчалар булиши, Никольский симптомининг чакирилиши характерилдир. Шулар билан иккиламчи захмдан фарк килади.

6) Геморрой – геморройидал веналарнинг варикоз кенгайиши, купинча сербар кандиломага ушаб кетади. Лекин геморрой учун огрик, конаш, тугунларнинг юмшоклиги, узок вақт давом этиши характерилдир.

7) Остроконечная кондилома – сербар кондиломдан узининг ингичка "оёкча" туриши билан фарк килади.

Бу касаллик вирус этиологияли булиб, жинсий олатларда жойлашганжа куп микдорда булади, пинцент билан бир-биридан ажратиш жуда осон.

Юкоридаги касалликлар билан иккиламчи захмни дифференция килар эканмиз хамма холатларда хам асосий ролни лаборатория уйнайди. Иккиламчи захм элементлардан ок спирохета топиш, серологик вассерман реакциясининг мусбат булиши масалани хал килади.

Пуфакчали ёки герпессимон сифилид

Сифилиднинг бу тури жуда кам учрайди. Асосан касалликнинг 1-2 йилида учрайди. Асосий элемент бляшка булиб унинг размери чимчалоқ тармогидан, то 20 тийинлик тангадек келади.

Бляшкалар устида туп булиб, майда пуфакчалар жойлашади. Пуфакчалар катталиги тугногич бошидек булиб, ичида тиник суюклик булади. Пуфакчалар бир неча соат ичида ёрилиб, эрозия хосил килади. Эрозиялар усти каватсимон пустлог билан копланайди. Пустлок тушгандан кейин урнида пигментли дог ва майда тиртикчалар колади. Пуфакчали сифилид тезда кайталаниши мумкин, хамда специфик дориларга чидамли булади. Бу форма асосан захмнинг ёмон сифатли кечишида, бир хил олимлар

фикрича иккиламчи янги, бошкалар фикрича иккиламчи рецидив захмда учрайди.

Пустулез сифилид

Пустулез сифилид папулалар ичида кам учраб, асосан иккиламчи захм билан огриган касалларда 2-10% учрайди. Пустулез сифилид туберкулез билан огриган беморларда, алкоголиклар, наркоманларда ва чилла ёки аутоиммун касалларда купрок учрайди (расм № 193).

Пустулез сифилиднинг куйидаги турлари ажратилади:

- а) хуснбузарсимон ёки майда пустулалар
- б) чечаксимон ёки катта пустулалар
- в) импетиго
- г) сифилитик эктима
- д) сифилитик рупия



Расм № 193. Пустулёз сифилидлар

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

1. Хуснбузарсимон сифилид – угревидный сифилид.

Сифилиднинг бу формасида элементлар асосан бошда, юзда, буйинда, пешонада, тананинг оркасида соч фоликулалари ёки ёғ безлари ёнида жойлашади. Жарохатланган жойда тугногич бошидек ёки мошдек конуссимон пустулалар пайдо булади. Уларнинг асоси каттик булиб,

атрофидаги теридан аниқ ажралиб туради. Пустула ичидаги суюклик тезда катиб, саргиш-жигарранг пустлог хосил килади. Пустлог тушгач, урнида билинар-билинамас тиртикча қолади.

Акнесимон пустула иккиламчи янги захмда жуда куп булиб бутун баданни эгаллаши мумкин, иккиламчи рецидив захмда эса оз микдорда булиб туп-туп булиб жойлашади.

Акнесимон пустулали вулгар хуснбузар билан ажрата билиш керак. Вулгар хуснбузар учун элементлар атрофида уткир яллигланиш, сурункали кечиш, огрик, камедан ва ёг пробкалари булиш характерлидир.

2. Чечаксимон сифилид – кам учрайдиган форма булиб, купинча папула, розеолалар билан бирга учрайди. Жарохатланган жойларда ярим шарсимон, мошдек келадиган пустулалар хосил булади. Элементлар атрофида кизгиш рангли инфилтрат булади.

Пустула уртасида киндиксимон чукурча хосил булади. Пустула ичидаги суюклик куриб, пустлог хосил килади, пустлог тушиб кетгандан кейин урнида атрофик тиртик қолади. Пустулалар асосан кул-оёкнинг букилувчи юзасида, танада, юзда булади ва купинча 10-20 донадан ошмайди.

Купинча захмнинг бу формасини сув чечак билан ажрата билиш керак. Сув чечак учун касалнинг умумий ахволининг узгариши – истима чикиш, элементларнинг куп булиши, асосида инфилтрат йуклиги, серологик реакциянинг манфийлиги характерлидир.

Импетигиноз сифилид.

Жарохатланган жойда бошида тук-кизил рангли мошдан то 3 тийинлик тангадек папулалар хосил булади. Бир неча кундан кейин папула аниқ чегараланган каттик инфилтратли пустулага айланади. Кейинчалик пустула кобиги ёрилиб, ичидаги суюклик куриб, калин, кават-кават саргиш-жигарранг, атрофи тук-кизил инфилтратли халка билан уралган пустлог хосил килади. Пастки томондан доимо суюклик чикиши ва пустлог хосил булиши натижасида пустлог калинлашиб терадан юкори кутарилади.

Баъзан эрозия асосида жуда куп микдорда сургичлар усиб чикиб, худди малинани эслатади – бундай сифилид – фрамбезисимон сифилид дейилади.

Элементлар асосан бошда, юзда, сокол, муйловлар чикадиган жойларда жойлашади, лекин тананинг хамма жойида хам булиши мумкин.

В.В.Иванов импетигноз сифилиднинг икки хил формасини ажратади:

- 1) Юзаки (чечаксимон, импетигноз, хуснбузар)
- 2) Чукур – эктима, рупия формаси.

Юзаки формаси иккиламчи янги захмда учраб яхши кечади ва узидан кейин из колдирмайди. Чукур формаси – огир кечади, узидан кейин чандик колдиради.

Л.Н.Машкиллейсон – жуда кам учрайди импетигноз сифилид формасини ёзган, бу чукур жойлашган трихофитияни эслатади – импетигноз сифилидни, йирингли импетиго билан ажрата билиш керак. Оддий импетиго уткир бошланади, пустила атрофида уткир яллигланиш булади, инфильтрация булмади, тез ривожланади. Керакли вақтда лаборатория текширишлари масалани хал килади.

4. Сифилитик эктима – огир утадиган пустилез сифилид формаларидан булиб, купинча касал юккандан 6-8 ой кейин пайдо булади.

Элементлар купрок оёкда, камрок баданда, юзда булиб, оз микдорда 6-8 та булади. Эктима чикишдан олдин касалда истима чикади, бош огрик, камкуватлик, уйкусизлик, мушакларда огрик пайдо булади. Терида 10 тийинликдан то сумликкача танга катталигидаги чукур жойлашган пустила хосил булади. Пустила усти кора-кунгир рангли пустилог билан копланеди.

Эктима икки хил (юзаки, чукур жойлашган) булади.

Пустилог тушгандан кейин урнида чукур, чеккалари нотекис юмалок ёки овал шаклдаги яра хосил булади. Яра битганда урнида чандик колади.

Сифилитик эктимани – вулгар эктимадан ажрата билиш керак вулгар эктимада огрик, элемент атрофида яллигланиш булади, лекин каттик инфилтрат йук (расм № 194).

СИФИЛИТИК ЭКТИМА

Ecthyma syphilitica

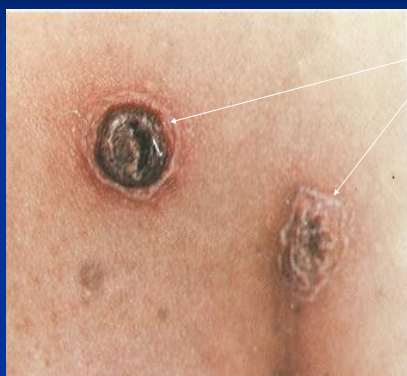


Расм № 194. Сифилитик эктима

Сифиликтик рупия. Бу ҳам сифилитик эктима каби бошланади, лекин процесс атрофга ва ичкарига караб таркалади, усти кисми конуссимон ёки тунтарилган карзинкасимон пуслог билан копланади. Касалликни аниқлашда вулгар рупия билан ажрата билиш керак (расм № 195).

СИФИЛИТИК РУПИЯ

Rupia syphilitica



Расм № 195. Сифилитик рупия

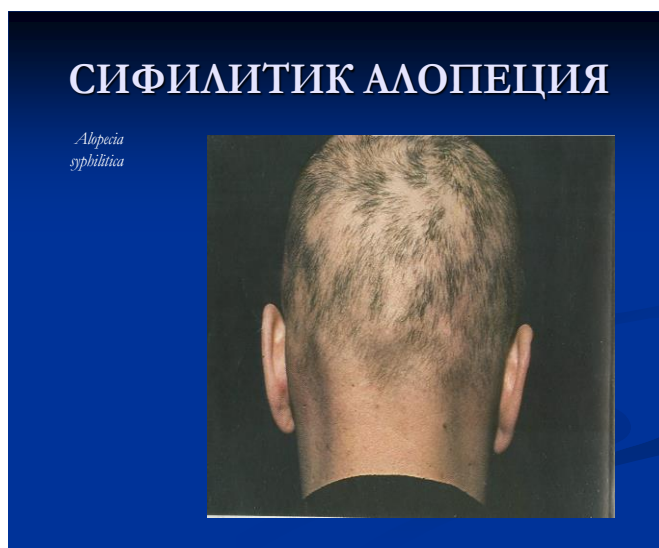
Сифилитик алопеция

Сифилис билан огриган касалларда соч туқилиши асосан организмнинг окспирохета токсинлари билан захарланишининг ҳамда нерв системаси жарохатланишининг дастлабки белгиларидир.

Сифилитик алопеция асосан иккиламчи рецидив захм билан огриган беморларда учраб, уч хил булади:

- 1) майда учогли -
- 2) диффуз -
- 3) аралаш -

Майда учогли алопеция – бошнинг сочли кисмида бир хил жойлашган, ясимкдек келадиган думалок еки овал шакли учокларда сочлар сийраклашиб колади. Бу манзара куя тушган муйнага ухшайди. Коган сочлар касаллик учогиди узгармайди, терида чандик, пуст ташлаш булмайди (расм № 196).



Расм № 196. Сифилитик алопеция

Майда учогли алопеция, соколларда, кошда, киприкларда хам учрайди. Кошда учраган формаси жуда характерли булиб, буни Фурнье "омнибус", Григорев "трамвай" симптоми деб атаган.

Киприклар зарарланганда бирин–кетин тушиб, бирин-кетин чиқади шунинг учун шатили ёки пиллопояни эслатади. Буни биринчи Пинкус ёзган булиб – Пинкус симптоми дейилади.

Диффуз алопецияда соч айрим жойларда тукилмай сийраклашади, бу куруниш худди огир инфекцион касалдан кечин тукилган сочни эслатади.

Аралаш алопецияда – майда учоги ва диффуз алопеция бирга учрайди.

Сифилитик алопецияли – соч тукилиш, парша ва юзаки трихофития билан ажрата билиш керак.

Оддий соч тукилганда – касаллик учоги катта ва кам булади, (1-3 тагача), жарохатланган жойда соч бутунлай тукилади, атрофида соч осон юлинади.

Фавусда эса - бошнинг жарохатланган жойида, скутула ва чандик булади.

Трихофитияда – жарохатланган жойда кепаклашиш, булади ва соч синади.

СИФИЛИТИК ЛЕЙКОДЕРМА – биринчи марта пигментли сифилидни 1854 Гардал ёзган, 1883 йил Нейссер лейкодерма деб ном берган.

Лейкодерма купрок аёлларда учраб, асосан буйиннинг ён қисмида, кукракда учрайди (Венера маржони), лекин қолда, елкада, қоринда, баъзан оёқларда ҳам учраши мумкин. Жарохатланган жойда атрофида гиперпигментланган жияк билан уралган оқ доғ ҳосил булади. Доғи катталиги ясимқдан то 10 тийинлик тангачали булиб, юмалок, овал шаклда булади. Лейкодерма бир-биридан ҳар хил узокликда жойлашади, лекин размери бир хил булади. Сифилитик лейкодерма шурлашмайди ва касални безовта қилмайди. Лейкодермани уч хил тури маълум: догсимон, турсимон, мармарсимон (расм № 197).



Расм № 197. Сифилитик лейкодерма

Догсимон формасида – доғлар бир-биридан алоҳида жойлашиб, бир-бирига қушилмайди.

Турсимон формасида – доғлар бир-бири билан кушилиб тур хосил килади.

Мармарсимон формасида – ок доғлар атрофидаги гиперпигментация камрок билинади шунинг учун тери ифлосга ухшаб куринади.

Дифференциация килинганда – хазакам (ёлгон) лейкодермадан ажрата билиш керак. Булар асосан псориаз, пуштиранг темиртки, парапсориаз ва бошкалардан кейинги иккиламчи доғлар.

Иккиламчи захмнинг шиллик каватларини жароҳатланиши.

Иккиламчи захмда огиз бушлиги, халкум, танглай ва аёллар жинсий органларининг шиллик каватларини ҳам жароҳатлайди. Шиллик каватларда куйидаги сифилидлар учрайди: доғлар (эритема), папула (эрозия, пустула (яра).

Шиллик каватдаги эритемалар – асосан ранги билан шиллик кават рангидан унча фарк килмайди, шунинг учун аниклаш кийин. Факат бадан безларида эритемали ангинадан фарк килиб касални безовта килмайди, чегараси аник, ранги тук-кизил, истима чикмайди ва бошкалар.

Шиллик каватдаги папулали сифилид – шиллик каватда жойлашган папулалар купинча бир-бири билан кушилиб катта бляшкалар хосил килади, тезда эрозияга айланади, айрим вақтларда ярага айланади.

Папула билан овоз бойламлари жароҳатланса овоз бугилиб колади. Бундай касаллар оилада атрофидагиларга жуда хавфли булади, чунки жуда куп микдорда эрозиялардан ок спирохета ажралади.

Шиллик каватдаги пустулали сифилид – жуда кам учраб, захмнинг ёмон сифатли кечишини курсатади. хосил булган яра захмни эслатмайди, бошка яраларга ухшайди. Факат сифилиснинг бошка белгиларига караб диагноз куйилади.

Контрол саволлар:

1. Захмнинг иккиламчи даври кандай даврчаларга булинади?
2. Захмнинг иккиламчи даврида кандай сифилидлар учрайди?

3.Розеолёз сифилиднинг клиник турлари, клиникаси, дифференциал диагностикаси.

4.Папулёз сифилидни клиник турлари, клиникаси, дифференциал диагностикаси.

5. Пустулёз сифилидни клиник турлари, клиникаси, дифференциал диагностикаси.

6. Сифилитик алопецияни клиник турлари, клиникаси, дифференциал диагностикаси.

7. Пигмент сифилидни клиник турлари, клиникаси, дифференциал диагностикаси.

ЗАХМНИНГ УЧЛАМЧИ ДАВРИ. ТУГМА ЗАХМ

ЗАХМНИНГ УЧЛАМЧИ ДАВРИ

Учламчи захм асосан касаллик юккандан кейин 3-5 йил утганда ривожланади, баъзан эса бу давр 30-40 йилга чузилиши мумкин. Хамма сифилис билан огриган беморларда учламчи захм булиши шарт эмас, асосан ёмон даволанган ёки даволанмаган касалларда булади. Бундан ташкари учламчи захмнинг ривожланишида бошка факторлар – хар-хил сурункали касалликлар, гипо-авитаминоз, интоксикация, уткир инфекцион касалликлар, кариялик ва бошкалар роль уйнайди.

Учламчи захм клиникасидан маълумки элементлар асосан травма булган жойларда пайдо булади. Буни биринчи маротаба В.М.Тарновский ёзган, шунинг учун Тарновский симптоми хам деб аталади.

Учламчи захм сифилидлари иккиламчи захм сифилидларидан куйидагилар билан фарк килади:

- 1) Учламчи захм сифилидлари терининг чукур катламларида жойлашади, каттик инфильтрат хосил килади ва яра хосил килиб, кейинчалик чандик колдиради.
- 2) Учламчи сифилидлари маълум бир участкаларда жойлашиб, микдори жихатдан битта-иккитадан гумма унтагача думбокча булади.

- 3) Учламчи сифилидларда ок спирохета жуда кийин ва кам топилади, шунинг учун улар унчалик юкумли эмас.
- 4) Учламчи захмда бир вақтда, теридан ташкари, ички органлар, нерв системаси жарохатланиши мумкин.
- 5) Учламчи сифилидлар терига тошганда касални ҳеч нарса безовта қилмайди.
- 6) Учламчи актив захмда серологик реакциялар 60–70% булади ҳалос.
- 7) Учламчи сифилидлар, секин, узок вақт ривожланади, атрофида яллигланиш бўлмайди.
- 8) Учламчи сифилидлар специфик даво тарзида тезда сурилиб кетадилар.

Учламчи захмда асосан қуйдаги элементлар булади:

- 1) Учламчи эритема ёки фуръенинг кечки учламчи розеоласи.
- 2) Думбокчали сифилид.
- 3) Чуқур жойлашган тугунли сифилид ёки гумма.

Учламчи эритема (розеола)

Учламчи эритема жуда кам учраб, асосан касалликнинг 4-8 йилида пайдо бўлиши мумкин.

Учламчи розеола, диаметри 5-15 см келадиган ҳалқасимон, оқиш пушти рангли, тугри формали доғдир. Ушлаб қурилганда каттик эмас, нормал теридан кутарилмайди, устки юзаси кепаклашмайди ва касални безовта қилмайди. Қупрок сон, тананинг ва бел қисмида жойлашиб, думбокчали сифилид билан бирга учрайди. Учламчи розеола сурилганда усти кипиклашади урнида билинар – билинмас атрофик чандик қолади.

Фуръе учламчи розеоланинг қуйдаги узига хос хусусиятларини аниқлаган:

- 1) Элементларнинг чегараланган, аниқлиги,
- 2) Доғларнинг катталиги ва камсиклигини
- 3) Элементларнинг ҳалқа, гирлянд каби формаларда жайлашиши,

- 4) Розеолалар симметрик жойлашади ва доимий чикадиган жойлари булади.
- 5) Секин, сурункали кечиши
- 6) Баъзан гумма ва думбокчалар билан бирга, учраши,
- 7) Окибатнинг яхши билан тугаши.

Учламчи розеола, иккиламчи розеоладан катталиги, баъзан юзасида кепакланиш булиш ва узидан кейин атрофик чандик колдириш билан фарк килади.

Баъзан эса куп формали эксудатив эритема ва жибернинг пушти темираткиси билан ажрата билиш керак.

Думбокчали сифилид (туберкулум)

Думбокчали сифилид учламчи захм элементлари ичида энг куп учрайдиган булиб, 60-70% касалларда учрайди (расм № 198).



Расм № 198. Учламчи захм – думбокчали сифилид

Думбокча асосан терининг ретикуляр каватида жойлашган булиб, олча данагидек келадиган, яримшарсимон шаклида, четлари тугри, чегараси аник, тук-кизил рангли элементдир. Думбокча атрофига караб усмайди, уткир яллигланиш белгилари булмайди.

Думбокчалар юзи аввалига силлик булиб, кейинчалик аста-секин сурила бошлайди. Думбокчалар сурилиш икки хил булади:

"курук" йул билан хамда "яра" хосил килиш йули билан;

"курук" йул билан сурилганда, думбокча кичрайиб, устки кисми тангачалар билан копланади, аста-секин сурилиб кетиб урнида чандикли атрофия атрофида эса пигментли дог колади.

Яра хосил килганда думбокча маркази юмшаб, инфильтрат ирийди ва чеккалари каттик, теккис, чукур жойлашган яра пайдо булади. Яра туби нотекис, сероз-йирингли чириган хужайра билан копланган булади. Яра битгандан кейин урнида пигментли чандик колади.

Думбокчанинг куйидаги турлари маълум:

- 1) (Туп-туп, гурух-гурухлашган) булиб жойлашган (сгруппированный)
- 2) серпигинациялайдиган (урмаловчи),
- 3) карликовый (митти),
- 4) "майдончали" думбокчали сифилид ("площадка").

1. Гурух-гурух булиб жойлашган (спруппированный) думбокчали сифилид.

Думбокчали сифилиднинг бу формаси асосан кул-оёқларда, бошда, юзда, белда, жинсий органларда купрок учраб, гурух-гурух булиб учрайдиган думбокчалардан иборат. Думбокчалар бир-бири билан бирлашмай алохида-алохида жойлашади. Булар худди якиндан отилган ук сингари булиб жойлашади.

Думбокчалар хаммаси бир вақтда пайдо булмай хар-хил вақтда тошадилар, шунинг учун хар-хил ривожланиш даврида булади. Бунинг натижасида хосил булган чандик хам хар хил булади, янги, эски (ок-кизил), чукур-юзаки, яъни мозаикани эслатади.

Думбокчани сурилишидан хосил булган мозаик чандик жуда хам захм учун характерли булиб, кейинчалик чандикка хам караб, касал учламчи захм билан огриганини аниклаш мумкин.

2. Серпигинациялайдиган (урмаловчи) думбокчали сифилид

Думбокчали сифилиднинг бу формасида хосил булган думбокчалар уртадан битиши билан, атрофидан яна янги думбокчалар хосил булиб, бир-бири билан кушилиб, атрофга караб катталаша боради. Бунда касаллик худди

урмалашганга ухшаб бир томонга (), ёки марказдан четка (эксцентрик) таркалади. Даволанмаса узок вақт давом этади.

3. Карликовый (митти) думбокчали сифилид.

Бу форма жуда кам учраб, бунда тарикдек келадиган, тук-кизил рангли думбокчалар хосил булади. Карлик думбокчали сифилидлар касал юкканда 15-30 утгандан кейин пайдо булади. Яра хосил килмай сурилади ва урнида чандикли атрофия қолади.

4. "Майдончали" думбокчали сифилид (площадка).

Бу формаси хам жуда кам учраб, асосан кафтва товонда жойлашади. Жарохатланган жойда диаметри 8-10 см келадиган бляшкасимон инфильтрат хосил булади. Инфильтрат, кунгир-кизил раншгли, каттик, сог теридан кутарилиб туради, лекин алохида думбокчали курунмайди. Сурилгандан кейин теридан чандик ёки атрофия қолади.

Дифференциал диагностика

Думбокчали сифилидни аниклаш учун уни куйдаги касалликлар билан ажрата билиш керак: сил волчанкаси, пуштиранг угри, сурункали пиодермия.

Сил волчанкаси учун думбокчаларнинг саргиш ранги, юмшоклиги, "зонд", хамда олма желеси феноменларнинг чакирилиши, энг характерлиси чандик устида янги думбокчалар чикиши билан характерлидир.

Пуштиранг угрида – хосил булган папула, пуштулалар атрофида яллигланиш булади, жарохатланган жойда майда копилярларнинг кенгайиши – телеангиэктозия булади.

Чукур тугунли сифилид – тери ости гуммаси.

Касаллик бошланишда тери остида ёг клетчаткаларида биринчи нухотдек келадиган тугун пайдо булади.

Пайдо булган тугун дастлаб каттик эластик консистенцияли, огриксиз, атрофдаги тери ва тукумаларга кушилмаган, бемалол харакат киладиган булади. Аста-секин бирлашиб кетади. Бошланишида тугун устидаги тери узгармаган булса, кейинчалик кизил, тук-кизил, кукумтир булади. Тугуннинг уртаси юмшайди, флюктуация пайдо булади ва тери тешилиб, яра хосил

буладив ва ундан ёпишкок, елимсимон суюклик чикади. бу суюклик елимга (гумми арабика) ухшагани учун тугун-гумма деб аталади. Гумма тешиги катталашиб, гуммоозный яра хосил килади. Гумма яраси юмалок формада булиб, чукур жойлашган. Чеккалари каттик худди кадок сингари, тагига тик булиб тушади (расм № 199).



Расм № 199. Учламчи захм – тери ости гуммаси

Гумма туби ириган инфилтрат колдиклари саргиш-ок рангли масса-гумма стержень билан копланган. Озгина вақт утгандан кейин срежен чикиб кетиб яра тозаланади ва чандик булиб битади. Гумма чандиги узига хослиги билан характерланиб туради, яни каттик, уртаси тортилган булиб, юлдузсимон булади.

Гумма ҳам икки хил йул билан сурилади: биринчи юкорида айтилгандек яра хосил килиш йул билан; иккиламчи "курук" йул билан бунда гумма аста-секин сурилиб урнида чандик колади.

Баъзан учинчи хил йул ҳам бор, бунда катта бугимлар олдида сурилмайди ҳам, яра ҳам хосил килмайди, балки фиброз тукима билан уралиб, тузлар чукиш натижасида касалнинг бутун умри буйича сакланиб колади. Буни фиброзли гумма ёки бугин олди тугуни дейилади.

Шундай килиб гумманинг иккита формаси бор – "майдончали" гумма ва сустав олди тугуни. "Майдончали" гумма диаметри 6-8 см келадиган ясси инфилтрат шаклида жойлашади. Бу инфилтрат бир нечта гумманинг кушилиши натижасида хосил булади.

Гумма ярасига иккиламчи инфекция кушилса ёлинли яллигланиш слоновость чакириши мумкин, баъзан гангрена фагаденизм булиши хам мумкин.

Дифференциал диагностикаси.

Гуммани куйидаги касалликлардан ажрата билиш керак: липома, атерома, склофулодерма, рак яраси, каттик шанкр, актиномикоз, тери лейшманиози, Базеннинг индуратив эритемаларидан.

1) Липома – гуммадан фарк килиб юмшок булади, тери билан кушилмаган, ушлаб курилганда булакчалардан иборат. Устидаги тери узгармайди, яра хосил килмайди.

2) Атерома – гуммадан фарки узок давом этади, лекин липомадан каттикрок, баъзан йиринглайди.

3) Рак яраси – гуммадан фарки рагда:

А) Яра чеккалари каттик, сог теридан юкори кутарилган ва чеккалари ташкарига бурилган булади. Б) Туби тезда конайди грануляция билан копланган, гумма стержени йук. В) Рак яраси огрийди. Г) Якиндаги лимфа безларда каттик метастаз бор. Д) Касал тезда озиб кетади, ривожланиши тез булади.

4) Каттик шанкр – агар гумма жинсий органда жойлашса каттик шанкрдан ажратиш керак. Каттик шанкр ярасида гумма стержени йук, регионар лимфоузел катталашади, ок спирохета топилади.

5) Актиномикоз – узок давом этади, каттик гадир-будирли тугунлар хосил килади. Тугунлар бир-бири ва тери билан кушилиб кетган, ранги кукиш жуда куп свишлар булиб, ундан каймоксимон йиринг чикади.

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

7) Скрофулодерма ярасининг четлари юлинган, юмшок осилиб турадиган булади унда фистулез йулар учрайди. Яра туби конаб турган грануляциялар билан копланган булади. Хосил булган чандиклар куприксимон булади.

Шиллик пардалардаги учламчи сифилидлар

Учламчи сифилидлар шиллик пардаларнинг ҳамда жойларида жойлашиши мумкин. Лекин купинча каттик ва юмшок танглай, тил, кичик тилга, бурун тусикларида учрайди. Купинча думбокчали сифилид, баъзан гумма учрайди. Учламчи сифилидлар каерни жарохатласа уша ердаги тери, тогай ва суяк тукумаларини ҳам емиради. Агар бурун шикастланган булса, бурун кирраси (усти) ириб кетади, бурун эгарсимон шаклга кириб қолади. Агар бурун тусиклари жарохатланса, у тушиб бурун бушликлари кушилиб кетади.

Каттик ва юмшок танглайдаги учламчи сифилидлар танглайнинг тешилишига олиб қолади ва огиз бушлги билан бурун бушлиги кушилиб кетади. Бунда овкатланиш вақтида овкат огиз бушлигидан бурунга утиб кетадиган булиб қолади.

Агар гумма тилда жойлашса жарохатланиш икки хил кечиши мумкин:

- 1) алохида жойлашган гумма,
- 2) диффуз таркалган склероз шаклида

Агар тилда гумма жойлашса, у аста-секин тешилиб яра ҳосил қолади, яра эса битиб, чандик қолади, провардида тил бир томонга букилиб қолади.

Таркок склероз формасида тил шишади, силлик булиб, сургичлари йуқолади. Тил куқимтир ранг олиб, кичрайиб, каттик булиб қолади. Бу ҳолда гапириш, овкатланиш қийинлашади.

Захмда суякларнинг шикастланиши

Захмнинг бирламчи даврида, каттик шанқр пайдо булганда 5-6 ҳафта утгач, суякларда огрик пайдо булади. Бу огрик эса айникса кечаси қучаяди. Даво бошлангандан кейин, огрик тезда тухтайди.

Иккиламчи захмда 10% ҳолларда таркок периостит ва остеопериостит булади. Даводан кейин у ҳам тузалади. Учламчи даврда 20-30% ҳолларда суяк жарохатланиб, суякнинг ҳамма қаватиға утади – периостит.

Учламчи даврда суякларнинг жарохатланиши С.М.Рубашева классификациясида курсатилган:

- а) гуммосиз чекланган ва диффуз остеоperiостит
- б) гуммали чекланган ва диффуз остеоperiостит
- в) диффуз ва чекланган остеоperiостит

Гуммосиз остеоperiоститда – суякларнинг устки кисмида, каттик, огрийдиган инфилтрат пайдо булади, суяклар усти гадир-будир булиб колади.

Гуммозли остеоperiоститда – суякнинг илик кисмида гумма хосил булиб, у ё ташкарига, ёки ичкарига усади. Яра хосил килиб суяк очилиб колади.

Диффуз ва чекланган остеоperiоститда – бунда суякда пайдо булган инфилтрат яра хосил килиб, ундан суюклик чикиб туради. Суяклар тез синадиган булиб колади, баъзан синиб кетади.

ТУГМА ЗАХМ

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

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

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

Тугма захм билан касал оналардан, тугма захм болаларга утиши олиилар томонидан исботланган.

Хозирги вақтда тугма захмининг куйидаги формалари ажратилади:

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

Хомила захми

Захм билан огриган она хомиладор булса IV-V ойдан бошлаб, она билан бола уртасида плацентар кон айланиш бошланганда, ок спирохета бола организмига утиб, унинг хамма органларини жароҳатлайди ва VI-VII ойларда кечки бола ташлаш, вақтидан илгари улик холда тушиши билан тугайди.

Улик тугилган хомилалар кичкина, озгин, териси илвиллаган, серажин мацерацияланган булади.

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

Кукрак ёшидаги болалар захми

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

Бунда чакалоқларда, асосан терининг серажинлиги, ифлос-саргиш ранглилиги билан характерланади. Бундай чакалоқлар асосан кари

одамларни эслатади. Кечалари яхши ухламайди, кечаси билан йиглаб чикади, баъзан жуда каттик кучли кичкирик чикади (Систо симптоми).

Чакалоқлардаги захм асосан узининг огир кечиши, белгиларининг хилма-хиллиги, ички органларнинг, суяқларнинг, тери ва шиллик каватларнинг жароҳатланиши билан характерлидир.

Эмадиган болалар захми симптомларининг куп-озлигига караб 4 группага булинади:

- 1) Унча аниқ булмаган симптомлар
- 2) Унча огир булмаган битта органнинг жароҳатланиши.
- 3) Уртача огирликдан жароҳатланиш – тери шиллик парда ва битта орган жароҳатланади.
- 4) Огир жароҳатланиш – купинча органла, тери ва шиллик кават жароҳатланади.

Эмадиган болалар захми узининг кечиши билан иккиламчи янги захми эслатади, фақат айрим белгиларгина борки улар фақат тугма захмда учрайди холос.

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

Захм пурсилдок – янги тугилган чакалоқ хаётининг дастлабки кунлари ва хафталарида пайдо булиб, кул-оёқ қафтларида, болдирда, билакда, баъзан танада учрайдиган пуфаклардир. Пуфаклар катталиги нухотдан, олчагача булиб, ичидаги суюклиги олдин тиник, кейинчалик йирингли, конли булади. Пуфаклар асосида инфилтрат, атрофида эса кизгиш гардиш бор, пуфаклар бир-бири билан кушилади, ёрилиб юзаси конаб турадиган эрозия хосил килади, эрозия пустлог билан копланади. Пуфаклар ичидаги суюкликда куп микдорда ок спирохетага топилади.

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

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

Жарохатланган жойда олдин диффуз эритема ёки дог хосил булади, кейинчалик бир-бири билан куйилади ва зичланиш пайдо булади. Жарохатланган тери ялтирок, кип-кизил силлик, худди лак билан буяб куйгандай булади. Тери бурмалари теккисланиб, эластиклиги йуколади ва тез ёриладиган булади. Кейинчалик аста-секин инфилтрация сурилиб, усти кепаклашади.

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

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

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

Захм остеохондритнинг учта даражаси ажратилади.

I-даражали остеохондритда тогой билан суяк уртасида тогой хужайраларининг охакланиш йули кенгайиб колади, бу жойда охак тузлари

нормадагидан кура ортикча микдорда тупланади. Тогай билан суяк ораидаги поласа кенгайиб 2 мм-га боради (нормада 0,5 мм).

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

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

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

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

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

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

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

Соч куп жароҳатланади. Бунда сочнинг тангасимон ҳамда диффуз тукилиши кузатилади. Баъзан хатто кош, киприклар ҳам тукилади.

Шиллик каватлар ичида биринчи булиб бурун шиллик кавати жароҳатланади. Захм тумови эрта бошланадиган тугма захмнинг барвақт маълум буладиган ва куп учрайдиган симптомларидан бири булиб, бола хаётининг дастлабки хафталари баъзан эса бола тугилганда пайдо булади. Захм тумовида бурун ва бурун чиганокларининг шиллик пардаси яллигланиб, шиллик пардалар буртади, бурун йуллари торайиб қолади, бола эмиш вақтида пишиллади. Яллигланиш тоғай ва суяк қисмларига утиши ва уларни емириб, бурун шаклининг узғариб кетишига олиб келади, бунда эгарсимон шаклида булиб қолади.

Гохзингер захм тумовини учта босқичга булади:

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

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

Жигар катталашган, зич, юзи силлик булади.

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

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

Моякнинг шикастланиши унинг катталашиб кетиши, кузатилади.

Юрак ҳам жароҳатланиб миокард булади. Лимфа тугунлари (чов, тирсақдаги) катталашган, зич булади.

Конда – анемия, соэ ошиши, упеишнинг секинлаши кузатилади.

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

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

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

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

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

Кукрак ёшидаги болалардаги захм иккига булинади:

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

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

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

Гудак бола захми

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

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

Терида хосил булган папулалар, айникса капилярлар орасида, бурмаларда вегетацияли, гипертрофик сувланувчи папулаларга, купинча

сербор кондилломаларга айланади. Папулалар шиллик каватларда айни огиз атрофида, жойлашганда иккиламчи инфекция кушилиб эрозияга айланади, огиз атрофида "бичилиш" пайдо булади. Оддий бичилишдан фарк килиб, сифилитик "бичилишда" элементлар атрофида тук-кизил инфильтрат булади, хамда лабдан шиллик каватга утиб кетади.

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

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

Нерв системаси томонидан узгаришлар куйидагича булиши мумкин;

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

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

Кечки тугма захм

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

Кечки тугма захм симптомлари асосан уч гурухга булинади:

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

Кечки тугма захм узининг кечиши билан учламчи захмга ухшаб кетади. Думбокчали яра, гуммалар учламчи захмдагидан фарк килмайди. Бунда хам

суяклар, тогай емирилади. Огиз-бурун бушлигининг, кушилиб кетиши, кичик тилнинг емирилиши каби холлар ҳам учраб туради.

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

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

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

Гетченсон тишлари ёки тишлар дистрофияси асосан уртадаги устки пуфак тишларининг узгариши билан ифодаланади. Бу тишлар четларида эмаль булмай синади ва ярим ойсимон чуқурчак ҳосил қилади. Тишлар узгариб бочкасимон, исқанасимон шаклга кириб қолади.

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

Шартли белгиларга қуйидагилар киради:

- 1) сифилитик хориоретинит
- 2) қиличсимон болдирлар
- 3) бурун деформацияси
- 4) ягодицасимон череп
- 5) тишлар дистрофияси бочкасимон тишлар
- 6) лаблар атрофидаги радиар қандиклар
- 7) сифилитик гонит
- 8) нейросифилиснинг айрим формалари

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

Булар кечки тугма захм диагнози куйилганда, кушимча симптомлар булади холос.

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

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

Киличсимон узгариш Педият касаллигида булиши мумкин.

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

4) Думбасимон калла (Ягадицасимон череп) да пешона думбокчалари дуппайиб чиқиб туради, уртасида чуқурча булиб, гериб ягадицани эслатади. Бу узгариш рахитда ҳам булиши мумкин.

5) Тишдаги узгариш асосан биринчи молярда кузатилади, тишнинг чайнаш думбоклари атрофига учраб қичрайиб кетади ва чайнаш юзаси буйинчадан қичкина булиб қолади.

6) Робинзон–Фурньенинг радиар чандиклари Гохзингер диффуз инфилтратциясида кейин булади ва оғиз атрофи, жагда жойлашади. Лекин бунақа узгариш қуйганда ҳам булиши мумкин.

7) Сифилитик гонит (Клеттан синевити) тиззада суюқлик тупланеди. Бунда суяк ва хряш узгармайди. Қасалга истма чиқади, оғир булади, юриш қийинлашади.

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

Суякларги дистрофик узгаришлар

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

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

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

Тугма захм профилактикаси.

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

БОБ 2. ГОНОРЕЯ (СЎЗАК)

Сузак инфекцион касал булиб одамдан – одамга асосан жинсий алока оркали юкади.

СЎЗАКНИНГ КИСКАЧА КЕЛИБ ЧИКИШ ТАРИХИ

Сўзак касаллиги жуда кадим замонлардан маълум булиб, бизнинг эрамизгача булган V асрда Гиппократ томонидан, аёллар жинсий органларидан йиринг ажралишини ёзган. Бу касалликка бизнинг эрамизнинг иккинчи юз йиллигида Гален томонидан «гонорея» «уругнинг окиши» деб ном берилган (грекча gone – уруг, Rhoia – окиш). Гален касал эркаклар уретрасидан оккан йирингни уруг деб уйлаган ва шунга асосан бу касалликка гонорея деб ном берилган.

Бу ном унчалик касаллик мохиятини тушунтиролмади, шунинг учун турли мамлакатларда гонорея касаллиги турлича аталади. Масалан немислар «триппер», французлар «иссик сийиш», чехлар «капавка» деб аташган.

Лекин гонорея куп халклар томонидан кабул килинган ва бизнинг давримизгача етиб келган.

Гонорея сузи русча булмасдан, уни узбекчага таржима килишнинг хожати булмаса хам кадимдан бу касаллик бизда «сузак» деб аталган, шунинг учун биз бу касалликни «сузак» деб ёздик.

Сўзак касаллигининг келиб чикиш тарихи, сифилис тарихи билан боглик, буни сизлар сифилис булимида укигансизлар («унитаристлар», «дуалистлар», Гюнтер тажрибаси ва бошкалар).

Сўзак касаллигининг кузгатувчиси биринчи марта 1879 йилда, немис олими Браславлик Альберт Нессер топган булиб, уни касал номи билан яъни гонорея чакирувчи кокк – гонококк деб ном берган. 1885 йилда Бум гонококкнинг соф экмасини олди. Аста-секин сузакни даволашда хам катта ютукларга эришилди. 1909 йилда Дембская деган олима сузакни даволашда гоновакцина куллади. 1935 йилда Домачек кизил стрептоцид билан сузакни даволаганлиги тугрисида маълумот берди. Антибиотик ва сульфаниламидлар чикиши билан сўзакни даволашда янги давр бошланди.

ГОНОКОККНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ ВА БИОЛОГИЯСИ

Гонококк – бу диплококк булиб, жуфт-жуфт булиб жойлашади. Куринишидан дуккакдиларга, кофе уругига, буйракка ухшайди ва ботик томони билан бир-бирига караб жойлашади: узунига 1,25 дан то 1,6 мкм, эни эса 0,7-0,8 мкм булади. Гонококк атрофида капсуласимон парда булиб, шулар сабабли гонококклар бир-бирига тегмайди.

Касал одам уретрасидан тайёрланган материалда гонококк бир хил катталиқда буладилар, касалликнинг сурункали шаклисида, баъзан иккала ярми тенг булмаган диплококклар пайдо булади, биттаси катта иккинчиси кичкина (Аш типигаги диплококклар). Касалликни нотугри даволаганда, антибиотик, сульфаниламидлар таъсирида гонококк яна ҳам узгариб кетади, бунинг натижасида иккала ярми тенг катталашиб шарсимон, баъзан жуда кичрайиб –L – шаклига айланиши мумкин. Бу штаммлар пенициллинга жуда чидамли булади, айрим гонококклар хатто пенициллинни парчалайдиган фермент – бета – лактамаза ишлаб чиқадилар. Гонококк кундаланг булиниш орқали купаядилар. Гонококклар учун хужайралар ичида жойлашиш характерлидир. Лейкоцитлар ютиб юборган гонококклар улар ичида парчаланмайди, яъни фагоцитознинг биринчи босқичи бажарилади холос, купинча биринчи фагоцитозга учраган гонококклар баъзан купайиши ҳам мумкин, лейкоцитлар яна бошқа нарсаларни ҳам ютиши мумкин.

Баъзан гонококклар трихомонадалар ичида ҳам жойлашади, бу эса гонорея билан трихомонус билан бир вақтда битти касалда учраганда, даволашда катта аҳамиятга эга.

Гонококклар анилин буёқлари билан яхши буялади, айниқса 1% метилен синкасини сувдаги эритмаси ва Грам усули буйича. Бунда гонококк грам манфий (-), колган кокклар грам мусбат (+) буялади.

Гонококклар оксил моддалар кушилган мясо-пептон агарда экса яхши усадилар. Гонококк нам жойда узок вақт, намлик куригунча яшайдилар, водопровод суви остида 1 соатдан то 52 соатгача яшайдилар.

Гонококк учун энг яхши температура $36,5^0 - 37^0$ юкори температурада (38^0 да 13 соат, 40^0 да 3-5 соатда) 56^0 тезда улади, паст температура яхши таъсир килади. Одам организмида $40^0-40,5^0$ иситма чикса гонококк улмайди, лекин фаолият пасаяди.

Химиявий препоратлар (кумушранг тузлар, симоб) ва антибиотиклар кичик концентрацияда хам гонококкларга таъсир килиб, уларни улдиради.

Совунли сувда гонококк тезда улади. Гонококк улгандан кейин ажралган эндотоксин захарлиги 100^0 киздирганда йуколади.

Гонококклар цилиндрик эпителий бор жойда яхши ривожланадилар-уретра, бачадон, бадачон трубкаса, куз конъюктиваси, тугри ичак ва бошкалар.

Гонорея касаллиги факат одамларда учрайди, экспериментал хайвонларга юктириш хеч кандай натижа бермаган. Лекин айрим олимлар одамсимон маймунга юктирилганлиги тугрисида маълумот беришга карамай, бошка олимлар томонидан тасдикланмаган.

СЎЗАКНИНГ ЮКИШ ЙУЛЛАРИ ВА ШАРОИТЛАРИ

Сўзак касаллиги таносил касаллик булиб факат одамдан одамга асосан жинсий алока оркали юкади. Касаллик юкишига сабабчи омиллар булиб маст холда, ката-кайта касал одам билан жинсий алока килиш, уретранинг кенглиги, фимоз хисобланади.

Баъзан катталарда кузнинг жарохати кузатилади, бунда бемор уретрадаги йиринг билан ифлосланган кул билан кузни ушлаганда юкиши мумкин.

Ёш болаларда (айникса кизлар) катталар билан бир курпада ётиш, мочалка, кул сочик оркали юкиши мумкин. Булардан ташкари агар хомиладор аёл сузак билан огриган булса, бундай онадан тугилган болада тугиш йулларидан утаётганда йиринг кузига, кизларда жинсий органларига тушиб касаллик чакириши мумкин.

Гонорея билан хамма огриши мумкин, гонореяга карши тугма хам, орттирилган хам иммунитет йук.

СУЪЗАКНИНГ ТАСНИФИ

Хозирги вақтда сузак касаллигининг куйидагича таснифи қабул қилинган:

1. Янги сузак (касаллик то 2 ойгача юккандан) А. Уткир. Б. Ним ёки уткир. В. Торпид.
2. Сурункали сузак (касаллик 2 ой кейин ёки аниқланмаган)
3. Гонококк ташувчанлик.

Суъзак касаллигининг класификациясида айрим олимлар томонидан ишлатилган - асимптомли, латент гонореялар ва гонококк ташувчанлик тугрисида ҳар хил фикрлар бор.

Масалан: И.М. Порудоминский (1947 й) ва Б.А. Теохаров (1968) лар фикрича асимптом сузакда, объектив белгилар йук ёки кам, аммо суртмада лейкоцитоз кузатилади, аксинча Willin (1974) ва бошқа олимлар суртмада фақат гонококк топиладию, аксинча лейкоцитоз кузатилмайди, деган фикрни илгари сурадилар.

Гонококк ташувчанлик – шиллик каватларнинг юзасидан осонгина гонококк топилиши, уретрада реакция йук ва оз микдорда экссудат чиқиши ҳисобланади.

Бундай асимптом ҳолат яширин даврининг, бирон-бир сабабга кура, чузилиб кетиши ва тез орада клиник белгилар пайдо булиши, эҳтимолдан холи эмасдир. Масалан, Nielsen (1975) эркарларда асимптомли давр 15 кундан 90 кунгача, аёлларда эса 4 кундан 180 кунгача чузилганлигини кузатган бўлса, Portnoy ва бошқалар (1974) гонорея билан огриган аёллар билан алоқада бўлган эркакларда асимптом давр 3 кундан 154 кунгача чузилганлигини кузатишган.

Агар гонококклар чуқурроқда – хужайралар ичида, жинсий безларда жойлашган бўлса ва топилиши кийин бўлса, Латент гонорея деб аталади. Лекин бу мантикка тугри келмайди, чунки осон, кийин гонококк топилиши анализ олиш, текшириш усуллариға ҳам боғлиқ. Шунинг учун гонореянинг бу формаси купчилик томонидан қабул қилинмаган.

Агар беморда касалликнинг ташки клиник белгилари булмаса, ҳеч нарсага шикоят қилмаса, лекин суртмада гонококклар топилса «гонококк ташувчанлик» дейиш мақсадга мувофиқ булур эди.

ЭРКАКЛАР СЎЗАГИ

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

Уткир гонорейли уретрит

Жинсий алоқа вақтида, агар аёл касал булса, гонококклар аёллардан чиккан йиринг билан бирга эркаклар уретрасига утади. Уретрада гонококклар купаяди, кейин бошка жойларга таркайди, ҳамда клиник узгариш чакиради. Гонококкнинг уретрага тушгандан то касаллик белгилари пайдо булган вақтгача утган даврини яширин давр дейилади. Бу уртача 3-7 кунга тенг. Баъзан 1 кундан 2-3 хафтагача узгариши мумкин (расм № 200).



Расм № 200. Сўзак

Бизнинг кузатишимизча яширин давр уртача 7,1 кун, трихомониаз билан бирга учраганда эса 10,4 кун ташкил қилади.

Бу даврда касаллар уретрадан йиринг чиқиш, сийганда ачишиш (сийдик чиқишда яллигланган шиллик парда тарангланиши натижасида) каби шикоятлар билан врачга мурожаат қилади.

Касални куздан кечириш вақтида қуйидагиларни қуриш мумкин: сийдик чиқариш канали лаблари кизариб, шишиб кетган, уретра

инфильтрация натижасида каттиклашган, ушлаганда огрийди. Баъзида шиш, кизариш жинсий олат бошчасига хам таркаши мумкин. Уретрадан куп микдорда, саргиш – кукиш рангли йиринг окиб туради.

Йиринг куплигидан, сийдикдан кейин тезда йигилади ва ички кийимларда дог колдиради, йиринг купинча жинсий олат бошчасида эрозия хосил килиши мумкин.

Баъзан жараён ута кучли булиб, уретранинг ташки лабчалари шишиб, ташкарига кайрилган булади, чиқаётган йиринг кон аралаш булиб, кизгиш баъзан корамтир рангда булади.

Агар яллигланиш уретранинг орка кисмига утиб кетса, сийиш тезлашади ва сийдик охирида кучли огрик пайдо булади, сийдик гушт ювган сувга ухшаб колади. Баъзан орка уретра билан бир вақтда уруг думбокчаси (семенной бугорок) хам яллигланади. Бунда тез-тез, огрик билан кечадиган эрекция ва поллюция булади.

Уретрит жуда уткир кечишига карамай касалнинг умумий ахволи яхши булиб колади, иситма чикмайди. Касал даволанмаса 2-3 хафтадан кейин ним уткир шаклига утиши мумкин. Касалда уретранинг факат олдинги кисми ёки хаммаси яллигланганини билиш учун Томпсоннинг икки стаканли синамасидан фойдаланилади.

Томпсоннинг икки стаканли синамасида касалга икки стакан бериб, олдин биринчисига, кейин иккинчисига сийиб келиш илтимос килинади. Агар биринчи стаканда сийдик лойка булиб, иккинчисида тиник булса унда факат олдинги уретра, агар иккила стакандаги сийдик лойкаси булса тотал уретрит булади.

Ядассоннинг уч стаканли синамасида олдин илик физиологик эритма билан то ташки сфинктергача катетер жунатиб уретра ювилади (1- инчи порция), кейин касал икки стаканга кетма-кет сияди (2-3 инчи порция). Агар 2-инчи порция лойка булса орка уретра, 3-инчи порция лойка булса, сийдик копчаси яллигланган булади.

Нимуткир уретрит. Сузакнинг бу шаклида яллигланиш ва шиш камрок булади. Сийдик чиқариш лабчаларининг кизариши ва шиши унчалик куп эмас ва жинсий олат бошчасига утмайди. Йиринг чиқиши кам, сийгандан кейин узок вақт утганда тупланади (масалан уйкудан кейин) чиқадиган хар доим йирингли булмай, шилимшик аралаш булиши мумкин.

Касални сийганда ачишиш камрок безовта килади. Томпсоннинг икки стаканли синамаси биринчи стаканда сийдик лойка булиб, йирингли ипчалар чиқкан булади. Агар яллигланиш орка уретрага утса пайдо булган белгилар уткир гонорейдан сустрок булади.

Торпид гонорея – бу шаклдаги касаллик бошланишдаёқ симптомлари сустрок булиб бошланади.

Касал куп холларда хеч кандай шикоят килмайди. Касални курганда уретра лабчаларидан билинар-билинемас кизариш булади, баъзан хеч кандай узгариш булмайди. Уретрадан чиқадиган суюклик жуда оз микдорда йирингли ёки шилимшик аралашган булади ва факат эрталабда, купинча купинча канални сикаанда чиқади. Сийдик купинча тиник, биринчи порциясида ипчалар булади. Торпид гонорея аста-секин сурункали гонорейга утиб кетади. Купинча уларни бир-биридан ажратиш кийин факат вақт (2-ой ва ундан кейин) оркали ажратилади.

Сурункали (хроник) гонорея симптомлари хам торпид гонорейга ухшаб кетади. Бунда касалнинг анамнези катта ахамиятга эга булади. Бундан ташкари хар-хил асорат белгилари (асосан хроник простатит) ёрдам беради. Уткир сузакнинг сурункали шаклига утишида куйидагилар сабаб булади:

1. Касални даволаш режимини бузиши, ичкилик ичиши, жинсий алоқадан узини тиймаслиги;
2. Сўзакни нотугри даволаш;
3. Сўзак жараёнининг уретра олдинги кисмидан орка кисмига утиб кетиши;
4. Сурункали касалликлар билан огриган, камкон организм умумий каршилигининг камайиб кетиши.

ЭРКАКЛАР СЎЗАГИНИНГ АСОРАТЛАРИ

Эркаклар сўзагининг асоратларига: парауретрит, куперит, эпидедимит, простатит, везикулит, уретра структураси киради.

Янги антибиотиклар очилиши муносабати билан сузак касаллигидан кейинги махаллий асоратлар турлари ва сонлари тубдан узгайиб кетди. Бутун дунё соғликни саклаш ташкилотининг маълум қилишича, 1978 йилдан 1998 йилгача бўлган даврда, простатит ва эпидедимит каби асоратлар, тахминан 10 баробарига камайди, айниқса эпидедимитнинг камайиши сезиларли даражада бўлди. Бу асорат купинча уткир ости формада учраб, гонорея билан трихомониаз бир вақтда қолганда учраши кузатилади (расм № 201).



Расм № 201. Сўзак – эркаклар гонобленореяси

Хозирги вақтда простатит энг куп учрайдиган асоратлардан бўлиб, сурункали гонорея билан огриган беморларнинг 20-50% ҳолларда учрапти.

Парауретрит – парауретрал йуллар жинсий олат терисида уретрага параллел жойлашган бўлиб, жинсий олат бошчасида уретра лабчалари олдида ёки бошка жойларда жойлашиб, охири берк бўлади.

Бошланишида парауретрит беморни безовта қилмайди, шунинг учун беморлар билмаслиги ҳам мумкин. Врач беморни эътибор бериб текшириб

курганда касалликни аниклаши мумкин. Парауретрал йулга босиб курилганда ичидан бир томчи йиринг чикиши мумкин.

Агар яллигланиш сезиларли булса, чикарув йули кизарган, шишган, пальпацияда каттик инфильтрат мавжуд булади. Парауретрит купинча гонорейнинг кайталанишига сабаб булади, чунки у ердаги гонококкларга антибиотиклар унча таъсир килмайди. Баъзан чикарув йулларининг тусилиб колиши натижасида, битта ёки бир неча катталиги ёнгокдек келадиган абсцеслар пайдо булиши мумкин.

Купер безларининг яллигланиши (куперит) – асосан 2 формада уткир ва сурункали кечади. Агар гонококклар безнинг чикарув йулларига кирса (катарал куперит), беморда субъектив ёки объектив узгаришлар кузатилмайди ва касалликни аниклаб булмайди.

Агар безнинг узи жарохатланса, олдин ораликда огрик билан кечадиган инфильтрация, сунгра абсцесс хосил булади. Бу холат ораликда дефекация вактида, юрганда, утирганда кучаядиган каттик огрик билан характерланади. Тана харорати ошади. Сийиш тезлашган ва кийинлашган, баъзан сфинктернинг рефлексор кискариши натижасида сийдик ушалиб колиши мумкин.

Пайдо булган абсцесс ораликка ёрилиб, узок ваqt битмайдиган окма яра (свиш) пайдо булади, баъзан уретра ёки тугри ичакка ёрилади.

Купер безларнинг абсцесси диагнози, бемор анамнезидаги гонорей билан огриш, пальпацияда огрик билан кечадиган тугун борлигига хамда абсцесс ёрилганда, ичидаги суюкликдан гонококк топилганлигига караб куйилади.

Сурункали куперит – кам учрашига карамасдан, эпидемиологик жихатдан катта ахамиятга эга, чунки купер безларидаги гонококклар узок ваqt сакланиб колиши мумкин. Кейинчалик баъзан хеч кандай белгиларсиз кечади, баъзан эса эрталаб уретрадан шилимшик келиши, ораликдан узок утирганда кучаядиган, огрик булиши мумкин.

Бундай холларда ораликда урта чизик ёнида катталиги нахотдан то ер ёнгокча келадиган, каттик, огрик билан кечадиган безни пальпация килиш мумкин. Массаждан кейин олинган секретда лейкоцитлар ва гонококклар топилади.

Эпидидимит – бу мойк ортигининг шикастланиши булиб, сузакли касаллар нотугри даволанганда, хаёт тарзини бузганда, мойк ортигинига уруг чикарувчи йул оркали у антиперистальтик кискарганда утади.

Эпидидимит асосан уткир шиддат билан утади. Касални кучли огрик иситма (40^0 ва ундан юкори), бош огриги, умумий дармонсизлик, уйкусизлик безовта килади.

Мояк ортиги шишиб жуда безиллаб туради, ёргок териси кизариб шашади, иссик булади, бурмалар силликланиб колади. Уруг чикарувчи йул йугонлашиб, зич тортма куринишда кул уринади. Мояк одатда узгармай колади. Хар кандай даволанган вақтда хам мойк ортигининг шикастланган тукималари аслига келмайди. Мояк ортигининг думида каттик чандик колади, бу сперматозоидларнинг чикишига механик тускинлик килади, икки томонлама эпидидимитга азооспермия бошланади. Эркаклар бепуштлиги шундан келиб чикади.

Простатит – простата безининг яллигланиши. Узининг ривожланишига караб: катарал, фолликуляр, паренхиматоз простатитлар ажратилади.

Катарал простит – бунда асосан чикарув йуллари ва без пуфаклари яллигланади. Касаллар тез-тез захар танг килишга шикоят киладилар: сийдикнинг 2-порциясида майда ипчалар булади, тугри ичак оркали курилганда простата беги узгармаган.

Фолликуляр простатит-бунда асосан чикариш йуллари тусилиб колиб, йиринг безда тупланиб колади, натижада хазакам абцесслар хосил булади. Бунда касал тез-тез сийиш, сийганда ачишиш, тез-тез ва огрик билан кечдиган эрекция, ораликда кизариш холларига шикоят килади. Простата беги курилганда, без устида нохотдек шарсимон, огрийдиган тугунчалар пайдо булади.

Паренхимотоз простатит – бунда хамма без катталашган, зичлашган, кучли огрийди. Касални хар 5-10 минутда захар танг килиш, сийикнинг томчилаб орик билан чикиши, баъзан ушланиб колиши, огрикни ёргок, думгаза сохасига утишидан каттик нолийдилар. Баъзана юкори даражада иситма чикади, бунда совкотиш, бош окрик, огиз куриш, камкувватлик, уйкусизлик булади. Без курилганда катталашган булиб, устида флюоактуация булади.

Хроник простатитда касаллар белда огрик туришидан, сийдик чикариш каналининг ачишуви, тез-тез захар танг килиб туриши, дефекациядан кейин простата беги секретни чикишидан, жинсий функция бузилиб колганлигидан (етарлича эрекция булмаслиги, вақтидан илгари шахват келишидан) нолийдилар.

Касаллик уретрадан бироз шилимшик – йиринг суюклик чикиб туриши билан бирга давом этади. Агар простата безининг суюклиги массаж йули билан олинса унда лейкоцитларнинг купайганлиги, лецитин доначаларининг камайганлиги кузатилади.

Везикулит – уруг пуфакчасинининг яллигланиши булиб, купинча простатит ва эпидидимит билан бирга учрайди.

Везикулитнинг хам уч хил шаклиси булиб: катарал, чукур шаклиси ва уруг пуфакчасининг эмпиемасига булинади. Катарал шаклида – яллигланиш пуфакчанинги факат шиллик каватини эгаллайди ва пуфакча ичида суюклик тупланади. Чукур шаклисида – яллигланиш шиллик каватдан утиб унинг остидаги каватни зарарлайди. Бунда пуфакча катталашган ва ичида йиринг тупланган булади. Эмпиемада-хамма пуфакча ичида йирингли абцесслар пайдо булиб, улар биргалашиб уруг пуфакчасининг эмпиемасига айланади. Везикулитнинг кечиши, касал шикояти худди простатитга ухшаб кетади, лекин тез-тез буладиган эрекция йиринг, кон аралаш поллюция биринчи поғонага чикади.

Уруг пуфакчаси текшириш учун сийдик копи тулган холда текширилади: бунда простата безининг устида каттик эластик огрийдиган ипга ухшайди.

Суюклик олиш учун олдин простата беги массаж килиниб, касал сийиб юборади, кейин сал юкоридан пуфакча массаж килиниб, суюклик олинади. Унда лейкоцит, эритроцит, эпителиал хужайралар булади.

Уретра стриктураси – уретранинг гонорейдан кейин торайиб колиши. Бу асосан уретранинг олдинги кисмида булади. Бунда сийиш аста-секин узайиб, сийдик окими ингичкалашиб колади. Касал ачишишга шикоят килади. Сийдик копида сийдик тулланиб колади парчаланиб шиллик каватларини ялиглайди ва микроблар кучайиши натижасида яллигланиш юкорига буйракка утиши мумкин. Баъзан стриктура оркасида абцесс хосил килади.

Даволаш иложи борича буж билан кенгайтириш, булмаса хирургик йул билан операция килиш.

Гонорея диагнозини куйиш учун уни бошка касаллар билан ажрата билиш керак, булар: трихомониаз, хламидийли, микоплазмали уретритлар ва бошкалар.

Диагноз куйишда асосий ролни лаборатория уйнайди, олинган суртма Грам усули билан буюб курилади.

КИЗАЛОКЛАР СЎЗАГИ

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

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

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

Касаллик клиникаси. Киз болалар сузаги ҳам, катталар сузагига ухшаб кечишига караб янги (уткир, уткир ости, торпид) сурункали сузакка булинади. Киз болаларда касаллик учоги жойлашишига караб куйидагича булади:

Кизлар сўзаги:

Пастки кисмидаги

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

Юкорига кутарилувчи:

1. Пельвиоперитонит;
2. Аднексит;

Кизлардаги янги сўзак

Бемор кизлар купрок касаллик бошланишидан кичик ёшдагилари шикоят килишни билмайдилар, каттарок ёшдагилар ташки жинсий аъзоларда ачишиш, кичишиш, хулланиб қолишга шикоят киладилар, баъзан сийдик чиқариш бузилишига шикоят киладилар.

Клиникаси. Касаллик 75% холларда уткир кечади. Бунда қурилганда жинсий лабчаларнинг, вульва шиллик каватининг шишганлиги, кин кизариб кетганлиги қурилади. Катта жинсий лабчалар киргоқларида йирингли калоклар, эрозиялар булади. Киндан куп микдорда шилимшиқ ажралаш йиринг оқиб туради; соннинг ички юзасида, човда ораликда дерматит белгилари пайдо булади.

Уретра ташки чикариш йулларида шиш, гипермия холлари булиб, уретрадан йиринг ажралиб туради. Беморларнинг 14% холларда касаллик клиникаси ним уткир кечади. Бунда касаллик клиникаси сустрок кечади.

Вульва шиллик каватининг кизариши, чекланган характерда булади, тукималар шиши, киндан чиккан йиринг камрок булади. Дерматит ва уретрит белгилари булмайди.

Беморларнинг деярли 11% да учрайдиган торпид шаклида касаллик клиникаси курилганда билинмайди.

Вагиноскопияда киннинг шиллик каватида гиперемия, оз микдорда шилликли йиринг кузатилади.

Киз болаларда сузакнинг сурункали шаклиси 6% холларда учраб, асосан кузгалган даврда дигноз куйилади. Бу вақтда гениталийдан куп микдорда йиринг ажралиб чиқади.

Беморлар анамнези урганилганда касалнинг анчадан бери жинсий органлардан вақти-вақти билан йиринг ажралиб туриши, кейин йуқолиб кетиши аникланади. Бемор кизларда ҳам, аёллар каби гонококк жуда куп учокларини жарохатлайди. Энг куп жарохатланадиган кизларда кин хисобланади, камрок (50%) уретра жарохатланади. Тугри ичакнинг жарохатланиши янги сузакда 12% сурункалида эса 50% холларда кузатилади.

Кизларда проктит купинча симптомсиз кечади, баъзан анал халка атрофида кизариш, шилликли-йиринг ажралади 50% холларда бачадон буйинчаси жарохатланиб, бу вагиноскопия оркали аникланади.

Вагиноскопия – кин шиллик каватларида уткир ва ним уткир яллигланиш холлари булмаганидагина Валентин системасидаги аёллар уретроскопи билан килинади. Кизларнинг кизлик пардаси эластик булиб, уретроскоп тубуси (Шарьер шкаласи буйича № 23-27) осонгина утади.

Касал киз гинекологик креслога ёткизилади кейин жинсий аъзолар 0,5% хлорамин эритмаси билан тозалаб артилади. Сунгра уретроскоп тубуси утазилиб, ёриткич системаси уланади. Биринчи уретроскопда бачадон буйинчаси курилади, бачадон буйинчасининг шиллик кавати соғ болаларда

окиш-пушти рангда булиб, кин шиллик каватидан очрок булади. Цервикал каналчадан нормада хеч нарса ажрамайди.

Бачадон буйинчаси курилиб булгач, уретроскоп тубуси бироз оркарокка тортилиб, кин деворларининг шиллик кавати курилади.

Уткир сўзак касалида бачадон буйинчасининг шиллик кавати тук кизил булиб, буйинча атрофида эрозиялар булади. Цервикал каналча жарохатланганда ичидан шиллик-йирингли ёки шиллик-лойка шилимшик лентасимон ажралиб чиқади. Кин шиллик кавати кизарган, бурмалар калинлашган, кинда ва бурмаларда куп микдорда йиринг булади.

Уткир ости сўзакда – бачадон буйинчаси ва кин шиллик кавати камрок кизарган булиб, купинча чекланган характрга эга булади.

Торпид сўзакда – вагиноскопияда кизариш ва шилимшик – йирингли ажралма факат киннинг орка деворида булади.

Кизалокларда сўзакнинг юкорига кутарилувчи шаклиси беморларнинг 7% холларда учраса, унинг торпид шаклиси 2-2,5% холларда учрайди. Юкорига кутарилувчи сузак купинча корин сохасидаги огрик ва ич бузилиши билан кечади. Шунинг учун ошкозон-ичак касалликлари (аппендицит, лямблиоз) билан адаштирилади.

Бундай беморларни (ректоабдоминал) курилганда уларда купинча пельвиоперитонит, андексит аникланади.

Сузак билан огриган кизалокларда купинча беморнинг умумий ахволи узгармайди. Баъзан иштахаси камайиши, субфебрил иситма чикиши, бугинларда орикка шикоят киладилар. Конда ЭЧТ (эритроцитлар чукиш тезлиги) ошади, эозино-ва нейтрофилия кузатилади.

Кизалоклардаги сўзак диагнози куйидагиларга асосан куйилади:

Кизалокларда сўзакни диагнози анча кийинчиликларга олиб келади, кизлар кинидаги хар хил коккли флоралар, уларни бактериокопик курилганда гонококклардан ажратишни кийинлаштиради. Купинча соглом ёки ногонококкли яллигланиш булганда суртмада грамманфий ва граммусбат кокклар топилади, бу диагностикани кийинлаштиради, шунинг учун факат

экма диагнози хал килади. Касаллик клиникаси торпид кечганда экмада суртмага караганда 8 марта купрок гонококк топилади.

Булажак гинекологлар шуни унутмасликлари керакки, ота-онасида гонорея топилган 13 ёшгача булган хамма кизлар гонореяга текширилиши керак. Улардан уретрадан, киндан ва тугри ичакдан гонококка суртма ва экма олиш керак.

ГОНОБЛЕНОРЕЯ

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

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

1. Инфилтрация
2. Йиринг окиши
3. Папилляр гипертрофия

тугилгандан 2-3 кун кейин конъюктивда кизариш кзатилади, кобоклар шишиб, зичлашади (катталашади) ва уларни очиш кийинлашади, ёругликдан сесканиш (кузнинг юмилиши) кузатилади. Конъюктиви яллигланган, шиш ва инфилтрация туфайли кескин кучли калинлашган, унинг юзаси силлик ва ялтирок. Агар унга тегилса, осон конаб кетади, баъзан унда котиб колган фибрин пардаси (плёнкаси) учрайди. 3-4 кундан кейин йиринг чикиши кучаяди. Кобоклар шиши камаяди. Сургичлар гипертрофияси туфайли конъюктиви гадур-будур булиб колади. Йиринг кобокларнинг киргогини бир-бирига ёпиштирибкучаяди, очиб булмайд (кузни) ёки кийин очилади, йиринг юзга хам окиб тушади. Бу давр 2-3 хафта давом этади ва кейин 3-давр папуляр гипертрофия бошланади. Йиринг камаяди, у суюк булиб колади, гиперемия ва шиш хам камаяди. Куз шох (мугуз) пардасининг зарарланиши кузатилади, огир асорати хисобланиб, у емирилиб йирингли яра (язва) пайдо булади. Огир холларда у тешилиб кетади (шоҳ парда).

СЎЗАК КАСАЛИНИ ДАВОЛАШ

Гонорейни даволашда асосан хозирча кабул килинган инструкция асосида олиб борилади.

Даволашда асосан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, иммунотерапия, ҳамда махаллий даволаш катта роль уйнайди. Янги сузакда даволаниш албатта антибиотиклардан бошланади, махаллий даво килинмайди. Сурункали сузакда олдин иммунопрепаратлар (гоновакцина, пирогенал, продигазан) кейинчалик давога антибиотик кушилади.

Агар касални юктирган одам номаълум булса ва касални диспансерда кейинчалик кузатиш мумкин булса (БОМЖ) унда бундай касалларга захмга карши превентив даво килинади.

Ёш болаларга даво асосан стационарда утказилади. Агар 3 ёшгача булса иммунотерапия кулланилади. 3 ёшдан кейин иммунопрепаратлар куллаш мумкин.

Махаллий даво сурункали шаклида, даво яхши натижа бермаса утказилади. Бунда уретрани ювиш, 0,25% кумуш нитрат, 1-2 % протаргол эритмаси билан инстилляция килиш, буж, тампон ва хоказолар килинади.

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

ГОНОРЕЯДАН ТУЗАЛИБ КЕТГАНЛИКНИ

КУРСАТУВЧИ МЕЗОНЛАР

Гонорейдан тузалиб кетганликни текшириш куйидагича утказилади. Касал давони тугатгандан кейин 7 кун ичида текширув утказилади. Бу давр ичида касалдан 2-8 марта суртма олиб текшириб куриш мумкин. Агар анализ яхши чикса, 8 кун касалдан простата безининг суюклиги олиб текширилади, у ҳам яхши чикса касалга провокация килинади (иложи борича 2 хил провокация бирдан килинади). Провокацияда-гоновакцина 500 млн микроб таначаси ёки пирогенал 20-30 мкг ёки стафилоанатоксин 1 мл-1 марта килинади, кейин химик методлардан 0,5% ляпис билан инстилляция, буж урнатилади ёки аччик овкат берилади.

Провокациядан кейин 24-48-72 соатдан кейин суртма 48-72 соатдан кейин эса экма олинади. Хамма анализлар хши чикса касал стационардан чиқарилиб диспансер кузатувиға утказилади. Диспансерда 15 кундан кейин юкоридаги текширув утказилади, кейин 1-2 ойдан кейин хам худди юкоридагидек, бир вақтда КСРға кон олинади.

Агар хаммаси яхши булса ва касал одам маълум булса, 1,5-2 ойдан кейин, манбаси булмаса 6 ойдан кейин касал назоратдан чиқарилади.

Мактаб ёшигача булган кизалоклар даво тугагандан кейин 1 ойгача стационарда кузатилади, ундан кейин болалар муассасаларига куйилади.

Даволаниш мезони булиб, нормал клиника, хамда 3 марта провокациядан кейинги олинган суртма ва экмалардаги нормал анализ хисобланади.

Провокация килишда гоновакцина 150-200 млн МЕ м/о инъекция, кин ва вульвага Люголинг глицериндаги эритмаси билан суркаш, уретрага 2-3 томчи, 0,5 – 1% ляпис эритмаси томизиш, тугри ичакнинг пастки кисмига Люгол эритмаси суркалади.

СУЪЗАКНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Катталарда сузакнинг олдини олишнинг бирдан бир йули, уз никохидан ташқари эркак ва аёллар билан зино килмасин, маъбодо шундан алока булса унда тунги профилактирийга учраш.

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

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

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

Агар болалар богчаларида ишлаётган ходимлар (тарбиячи, энага ва хоказолар) сузак билан огриб колишса албатта стационарға ёткизилиб

даволанади ва даводан кейин 1- 1,5 ой стационарда олиб қолиб текширилади.
Бу даврда икки марта провокация қилинади ва mensis вақтида текширилади.
Агар ҳамма анализлар яхши чиқса сунгра ишлашга рухсат берилади.

БОБ 3. ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)

ОИВ/ОИТС

ЭТИОЛОГИЯСИ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ПАТОГЕНЕЗИ

Одам иммунодефицити вируси инфекцияси / Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИВ/ОИТС) вируслар томонидан чақириладиган, янги пайдо бўлган инфекцион касаллик бўлиб, унинг энг асосий аломати иммунитетнинг, биринчи навбатда, хужайра иммунитетининг тўхтовсиз равишда пасайиб бориши хисобланади ва бунинг оқибатида унинг клиник манзараси ва касалликнинг эволюцияси ўзига хос ёрқин кўриниш олади. Касаллик асосан жинсий алоқа орқали, парентерал йўл билан, қон ва унинг препаратларини қуйганда, шунингдек хомиладор аёллардан йўлдош орқали хомилага юқади. ОИВ/ОИТС касаллиги мутахассислар томонидан инсоният тарихидаги биринчи хақиқий глобал эпидемия деб тан олинган. Чунки ўлат хам, чин чечак хам, вабо хам ҳеч қачон бутун планетани бир вақтнинг ўзида ёппасига қамраб олмаган, балки фақат айрим регионлардагина тарқалган, шу нуқтаи назардан ОИВ/ОИТС касаллиги билан юқорида санаб ўтилган ўта хавфли инфекцияларнинг бирортаси хам тенглаша олмайди. Бундан ташқари юқоридаги касалликлар туфайли ўлим ҳеч қачон 100%ни ташкил қилмаган, ОИВ/ОИТСда эса касаллик оқибати 100% ўлим билан якунланади. Хар хил манбаларнинг берган маълумотларига кўра, планетамизда ҳозирги кунда ОИВ-инфекциясини юқтириб олганлар ва ОИТСга чалинган беморлар сони 34 миллиондан 46 миллионгача етган. ОИТСдан ўлганлар сони эса 20 миллиондан ортиб кетган, фақат 2003 йилнинг ўзида 3 миллион киши ушбу касаллик туфайли оламдан ўтган. Айниқса ёшлар орасида бу касаллик оқибатида ўлиш биринчи ўринда турибди. Дунё бўйича хар куни тахминан 16000 киши бу касалликни юқтириб олмокда.

Охирги йилларда Республикамизда ОИВ/ОИТСга қарши курашиш, бу касалликнинг олдини олиш, беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш ва бошқалар тўғрисида катта ишлар амалга оширилди, қатор қонунлар ва бошқа меъёрий

хужжатлар қабул қилинди. Булар орасида 19.09.1999й. қабул қилинган «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишининг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тўғрисида Ўзбекистон Республикасининг қонуни », 6.10.2005й. қабул қилинган «ОИВ/ОИТС касаллигига тиббий текширувдан ўтказиш ва ОИВ/ОИТСли беморларга тиббий ёрдамни ташкил қилиш Ўзбекистон Республикаси Санитария қоидалари, меъёрлари ва гигиена нормативлари», ЎзР ССВнинг 2007йил 30 октябрдаги «ОИВ-инфекцияси билан боғлиқ профилактик чора-тадбирларни ва тиббий ижтимоий ёрдамни ташкил қилишни такомиллаштириш тўғрисида»ги №480-буйруғи, «Ўзбекистон Республикасида 2007-2011 йилларда ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашишнинг Стратегик дастури» каби хужжатлар алоҳида ўрин эгаллайди. Тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекцияси ва ОИТС бўйича билимлари савиясини ошириш ушбу касалликни эрта аниқлашда ва касалликнинг эпидемик тарқалишини олдини олишда муҳим аҳамиятга эга, бу эса ўз навбатида тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекциясига нисбатан хушёрлигини янада оширишни тақозо этади. Кейинги йилларда Республикамизда ОИВ/ОИТСнинг этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, профилактикаси каби мавзуларга бағишланган айрим мақолалар, хабарлар, аннотациялар, буйруқларга иловалар, циркуляр хатлар, буклетлар ва бошқа материаллар чоп этилиб турганига қарамасдан, бу мавзуга бағишланган, ўзбек тилида ёзилган, кенг қамровли асарнинг йўқлиги талабаларнинг, тиббиёт ходимларининг ушбу касаллик ҳақидаги билимларини мустақил равишда оширишда қийинчилик туғдирмоқда. Шунининг олган холда биз ОИВ/ОИТС ҳақида ушбу қўлланмани ёзишга жазм этдик.

ҚИСКАЧА ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТ

Ўтган асрнинг 70-йиллари охирида, яна ҳам аниқроғи 1978 йилнинг 1-кварталида АҚШдаги бир қатор тадқиқотчилар, гомосексуалист эркеклар орасида пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония (ПП) ва Капоши Саркомаси (КС) каби касалликларнинг нихоятда кўпайиб, гурух-гурух бўлиб

учраётганига аҳамият қаратдилар (Joffe H.W.; Bregmon D.I.; Scler R.M.; Moos A.R., Vacchetti P., Gorman M. et al.; Osmend D. et al.). Илгарилари КС касаллиги АҚШда 10млн. кишига 2-6 беморни ташкил қилар эди. Шунингдек бу касаллик асосан кексаларда учраб, узок вақт давом этар, вақти-вати билан ремиссияга учрар, тошмалар кўпинча кўл ва оёқларда пайдо бўлар эди. Гомосексуалистларда учраётган КС эса асосан ёш ва ўрта ёшли кишиларда, 20-45 ёшлар орасида кузатилиб, ўта агрессив кечар, тошма элементлари бошда, баданда, оғиз шиллиқ қаватларида пайдо бўлар, тезда ярага айланиб, метастазлар берар эди. Бу беморларда бир вақтнинг ўзида худди шундай тошма элементлари ошқозонда, ўпкада ва бошқа ички аъзоларда аниқланар эди. Кўпинча касалликка тез фурсатда иккиламчи йирингли инфекциялар қўшилиб, қисқа вақт ичида ўлимга олиб келар эди. Бундай хасталикка гирифтор бўлган гомосексуалист беморларни текшириш натижасида, уларнинг барчасининг иммун тизимида шу пайтга қадар кузатилмаган ўзига хос ўзгаришлар аниқланди. КСнинг бу янги шакли АҚШнинг йирик шаҳарлари - Лос-Анжелос, Сан-Франциско, Нью-Йорк ва бошқаларда кўчкисимон равишда тез тарқала бошлади ва кейинчалик бошқа шаҳарларда ҳам кузатилди.

Пневмоцистали пневмония шартли патоген ҳисобланган бир хужайрали организм-пневмоцисталар (*Pneumocystis carinii*) томонидан чақирилади. Пневмоцисталар ўпка альвеолаларида сапрофит холида яшайдилар, улар фақат иммунитетни ўта пасайиб кетган беморлардагина касаллик чақирадилар. Бундай пневмониялар масалан бирор ички аъзо трансплантация қилиб кўчириб ўтказилган беморларда учрар эди, чунки улар трансплантатнинг кўчиб (ажралиб) кетишини олдини олиш мақсадида иммун тизимини кескин пасайтирувчи иммунодепрессантлар қабул қилар эдилар. Шунингдек бундай пневмония лейкокемиянинг айрим шакли (лимфолейкоз) билан хасталанган беморларда, иммун тизимининг туғма етишмовчилигида кузатилар эди. Аммо юқорида санаб ўтилган ҳолатларда (беморларда) пневмоцистали пневмония унчалик оғир шаклда ўтмас эди. Тадқиқотчилар

кузатган гомосексуалистларда эса бу пневмония сурункали равишда ўта оғир кечиб, албатта ўлим билан якунланар эди. Бу беморларнинг иммун тизими текширилганда ҳам хужайра иммунитетининг ўзига хос ўзгариши аниқланди. Шундан кейинги хафталар ва ойлар мобайнида АКШнинг бошқа йирик шаҳарларида ҳам шартли патоген микроорганизмлар томонидан чақириладиган «оппортунистик инфекциялар» аниқлана бошланди. Паразитлар, вируслар, замбуруғлар, бактериялар томонидан чақирилган менингит, энцефалит, ичак тизими ва терининг оғир инфекциялари аниқлана бошланди. Бу аниқланган беморларнинг барчасида иммун тизимининг ўзига хос оғир бузилиши – Т4-лимфоцитларнинг кескин камайиб кетиши (хар қандай одатдаги инфекцияда Т4-лимфоцитлар миқдори ортади), натижада эса Т4/Т8 нисбатининг ўзгариши кузатилди. Меъёрда Т4/Т8 нисбати 1дан ортиқ булиб, 2га яқинлашади; кузатилган беморларда эса бу нисбат 1дан ҳам паст бўлган. Бу беморларда хужайра иммунитетининг пасайишига хос бўлган бошқа ўзгаришлар ҳам кузатилган. Жоржия штатининг Атланта шаҳрида жойлашган, АКШда қайд қилинган барча юқумли касалликлар хақидаги маълумотлар келиб тушиб жамланадиган, касалликларни назорат қилиш маркази (Center for Disease control - CDC) мутахассислари 1981 йилнинг баҳорида ўзларининг хар хафтада чоп этиладиган хабарнома-бюллетенида 2та мақола бердилар. Биринчи мақолада пневмоцистали пневмония билан хасталанган 5та гомосексуалист хақида маълумот берилган бўлса, иккинчи мақолада Саркома Капоши аниқланган гомосексуалистлар хақидаги маълумотлар жамланган эди. Марказга илгари келиб тушган маълумотлар ҳам ўрганиб чиқилганда, 1980 йилнинг октябрь ойигача бўлган даврда пневмоцистоз билан хасталанган гомосексуалистлар сони 60тага етганлиги маълум бўлди. Юқоридаги барча маълумотларни тўплаб, тахлил қилиб чиққан америкалик олимлар М.Готтлиб (Лос-Анжелосдаги Калифорния университети Тиббиёт мактаби ходими), Ф.Сигал (Маунт-Синай тиббиёт маркази ходими), Г. Мазур (Нью-Йорк касалхонаси ходими) бу кузатилган касалликларнинг барчаси бир хил умумий табиатга эга деган хулосага

келдилар ва тиббиётда илгари кузатилмаган, янги синдром пайдо бўлганлигини, клиник жихатдан унинг тўхтовсиз зўрайиб боровчи хар қандай инфекциялар ва ўсмалар билан намоён бўлишини, ҳамда иммун тизими томонидан иммунитетнинг, айниқса хужайра иммунитетининг (CD4) чуқур шикастланиши билан кечишини эътироф этдилар. Шундан кейин касалликларни назорат қилиш маркази, тиббиётда янги тушунча бўлган, инглиз тилида Acquired Immynodeficiency syndrome (AIDS), яъни, **Орттирилган Иммун Танкислиги Синдроми (ОИТС)** деб номланган янги нозологик бирликни амалиётга киритдилар. 1981 йил 1 июндан эътиборан CDC мамлакат миқёсида бу касалликни аниқлаш ва қайд қилиш тизимини жорий қилди. ОИТС билан хасталанган биринчи беморлар бўлиб Калифорния штатининг маркази бўлган Сан-Франциско шаҳридаги пневмоцистали пневмонияга дучор бўлган ва врачлар назорати остида турган 5та гомосексуалист-бемор қайд қилинди. Тез фурсат ичида шунга ўхшаш беморлар АҚШдан бошқа мамлакатларда – Фарбий Европада, Африкада, Лотин Америкасида, Австралияда ҳам аниқлана бошланди. Жахон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ОИТС билан оғриган беморларни қайд қила бошлади ва хар хафталик эпидемиологик бюллетенда янгидан аниқланган беморлар хақида ахборот бериб борди.

Дастлабки пайтларда юқоридаги беморлардаги иммунитет етишмовчилиги феноменини гомосексуалист –эркакларнинг сексуал хулқидаги ўзига хослик билан изохламоқчи бўлдилар. Тўғри ичакка тушган сперма суюқлиги бу шахсларда иммунодефицит чақириши шак-шубхасиз исботланди. Лимфоцитларнинг танлаб зарарланишини бегона сперма билан бирга лимфоцитлар ҳам тушиши оқибатида қонда уларга қарши аутоантитаначалар пайдо бўлиши билан изохладилар. Бундан ташқари гомосексуалистлар томонидан тўғри ичак тонусини пасайтириш ва оргазмни кучайтириш мақсадида қабул қилинадиган амилнитрит ва бутилнитрит каби препаратлар ҳам иммунодепрессив таъсир қилиши аниқланди. Наркоманлар орасида ОИТСнинг пайдо бўлганлигини наркотик моддаларнинг

иммунодепрессив таъсири билан изохладилар (Rowesson S.O.; Jordengen K.A.; Levy J.A.; Jiegler J.L.; Rubinstein A.; Sickleck M.; Gupta A. et.al.) Наркоман ёки бисексуал эркак беморларнинг аёллардан иборат бўлган жинсий шериклари орасида касалликнинг дастлаб пайдо бўлишининг ўзиёқ, ушбу касалликни инфекцион агент чақириши ва бу инфекция жинсий алоқа пайтида ёки наркотик моддаларни гурухлашиб қабул қилганда инъекция қилинган шприц игнасида қолган қон орқали ўтишини шак- шубҳасиз кўрсатиб берди. Худди шу даврда, яъни 1982 йилнинг баҳорида, гемофилия билан оғриган беморларга қон препаратларини қуйиш орқали ушбу касаллик юққан холлар ҳам аниқланди. 1982 йилнинг охирига келиб, эпидемиологик ҳолат ОИТС юқумли инфекцион касаллик эканлигини яққол кўрсатиб турар эди.

ОИТСни герпес гуруҳига мансуб бўлган вируслар (цитомегаловируслар, Эпштейн-Барр вируси, оддий герпес вируси) ёки В гепатити вируси томонидан чақирилган инфекциянинг алоҳида, ўзига хос намоён бўлиши деб қарашларнинг нотўғрилиги тез орада маълум бўлди (Масек С.). АҚШлик олимлар М.Эссекс ва Р.Галло ҳаммуаллифлари билан бирга ОИТС касаллигини чақирувчи вирус, одамларда Т-лейкемия чақирувчи, фанга маълум бўлган HTLV-I деб номланувчи вирусларнинг хил бир тури бўлса керак деб фараз қилдилар. Бу олимларнинг гипотезаси шунга асосланган эдики, HTLV-I вируси айрим холларда, мушукларда ва сичқонларда, одамдаги ОИТСга ўхшаб кетадиган иммун танқислигини чақирар эди. Олимларнинг дастлабки текширишлари худди бу гипотезани тасдиқлагандек бўлди: ОИТС билан оқриган 20-30% беморлар қонида юқорида кўрсатилган Т-лейкемия вирусига нисбатан антитаначалар топилди, 3 та беморда эса вируснинг ўзи ажратиб олинди (Essex M.; Mc Lane M.F.; Lee T.H.et.al.; Gallo R.C.; Sarin P.S.; Gelmann E.et.al.). 1983 йили Колд-Спринг Харборда бўлиб ўтган, ОИТСга бағишланган симпозиумда Р.Галло ўзининг гипотезасини олимларга хавола қилди. Р. Галло ва унинг ҳаммуаллифлари бир йил мобайнида ўзларининг ҳақликларини исботламоқчи бўлдилар, аммо

улар топган HTLV-I вируси иммунитетнинг пасайиб кетганлигидан фойдаланган "оппортунистик" инфекция бўлиб чиқди. ОИТСнинг вирусли гепатит билан этиологик алоқаси ҳам кўриб чиқилди. Айрим муаллифлар ОИТСни чақирувчи агент дефект вирус бўлиб, улар В гепатити инфекцияси мавжуд бўлган тақдирдагина ўзининг инфекцион хусусиятларини намоён қила олади деб ҳисоблардилар (Mc Donald M.I.;Hamilton I.D.;Durack D.T.). Бошқа бирлари эса, беморга таъсир қилувчи хар-хил омиллар (наркомания, чекиш, антиген юкламалар ва х.к.) гепатит В вирусининг ОИТС чақирувчисига айланишига олиб келади деб ҳисоблаганлар (Revonhalt R.T.). Худди шу даврда, 1982 йилдан бошлаб, Париждаги Пастер номли институтда вирусолог Л. Монтанье, эпидемиолог Ж.Б. Брюне, иммунолог Д. Клацман ҳамда бир неча клиницистлардан иборат бўлган гуруҳ ОИТСни чақирувчи инфекцион агентни излаш борасида ўз ишиларини бошладилар. Улар ҳам ОИТСнинг кўзгатувчиси HTLV типига мансуб ретровируслар бўлиши мумкин деб фараз қилдилар. Шунингдек улар вирусни касалликнинг охирги даврида эмас, балки унинг энди биринчи аломатлари пайдо бўлган дастлабки босқичида, масалан, лимфаденопатия босқичида излаш кераклигини англадилар. Чунки бу даврда хали лимфоцитлар бутунлай қирилиб кетмаган, иммун танқислик ривожланмаган, "оппортунистик" инфекция касалликка қўшилмаган бўлади. Люк Монтанье лимфаденопатия давридаги беморнинг лимфа тугунини биопсия қилиб, ундан олган лимфоцитларни махсус озик моддасига экди. 15 кун муддат ўтгач, 1983 йилнинг январ ойи бошида экмада ретровируслар учун хос бўлган кайталама транскриптаза ферменти аниқланди. Электрон микроскоп остида текширилганда, ўстирилган вирус HTLV-I вирусига ўхшамаслиги, мутлако бошқача кўринишда эканлиги маълум бўлди. Энг асосийси, ўстириб олинган янги вирус Т-лимфоцитларни тўхтовсиз ўсишини чақирмас эди (HTLV-I Т-лимфоцитларни тўхтовсиз ўстириб, Т-лейкемия чақиради). Шунингдек HTLV-I вирусига қарши антитаначалар, янги вирусга нисбатан бефарқ эдилар. Бошқа беморлардан ҳам худди шундай вируслар ажратиб олинди. Бу

хақда улар “Сайенс” журналининг 1983 йилги сониди мақола чоп этдилар. Тез фурсатда янги вируснинг оқсил таркиби ҳам ўрганиб чиқилди. Олимлар янги аниқланган вирусга “лимфаденопатия чақирувчи вирус” деб ном бердилар ва бу сўзнинг инглиз тилидаги **Lymphadenopathy Associated virus** номланиши билан LAV деб атай бошладилар (Barre-Sinoussi F.; Chermann J.C.; Rey F. et.al.). Бу вирусларни асосий хусусияти, яъни танлаб Т-хелперларни зарарлаши исботланди. 1984 йил май ойида АҚШнинг Бетесда шаҳридаги рақ миллий институтидаги ўсма хужайралари биологияси лабораториясининг бошлиғи, вирусолог олим Роберт Галло ОИТС билан оғриган беморлардан 48тасида худди юқорида кўрсатилган типдаги вирусни ажратиб олди ва унга HTLV-III (Human T-Leucemic virus type III) деб ном берди (Gallo R.C., Salahuddin S.L., Popovic M. Et.al.; Gallo R.C., Sarin P.S., Gelmann E.P. et. al.; Gelmann E.P., Popovic M. Et.al.). Тез орада бу ажратиб олинган вирусларнинг морфологик ва антигенлик хусусиятлари LAV билан бир хил эканлиги маълум бўлди (Feorino P.M.; Kalyanaraman V.S.; Haverkos H.W.et.al.). Кейинчалик, 1986 йили, вируслар таксономияси ва номенклатураси халқаро комитети бу вирусни HIV-Human Immune Deficiency virus, яъни Одам Иммунодефицити Вируси (ОИВ) деб атади ва бундай номланишга вирусни кашф қилган юқоридаги иккала олим ҳам қаршилиқ қилмадилар. 1985 йили Фарбий Африканинг айрим мамлакатларида, кейинчалик эса АҚШда ва Фарбий Европада шунга ўхшаш иккинчи вирус аниқланди. 1986 йили Л.Монтанье лабораторияси ходимлари томонидан Гвинея-Биссаулик икки бемордан бу вирус ажратиб олинди ва уни HIV-2 деб атадилар (илгаригиси HIV-1 деб аталди). Бу вирусни Wacnten R.M. мукамал ўрганиб чиқди. Хозирги вақтда бу иккала вирус айрим жуда оз фарқларини хисобга олмаганда бир хил деб қаралади, HIV-1 асосан Европада ва АҚШда кенг тарқалган бўлса, HIV-2 Африка қитъасида тарқалган.

Касалликни чақирувчи вирус топилиб аниқлангач, барчани энди бошқа савол, яъни бу вирус қаердан пайдо бўлди деган савол қизиқтирар эди. Чоп

этилган айрим мақолаларда ушбу вирусни бактериологик қуроллар ишлаб чиқариш билан шуғулланувчи олимлар томонидан яратилган, яъни ген инженериясининг махсули деган фаразлар олға сурилган, аммо бу гипотезалар ҳеч қандай илмий далиллар билан исбот қилинмаган. Баъзи мақолаларда эса бу вируслар Африкадаги маймунлардан одамларга юққан деган фикр олға сурилган, аммо бу ҳам ҳеч қандай исботини топмаган. Вирусни янада чуқурроқ ва атрофлича ўрганишлар шуни кўрсатдики, бу вирус идеал биологик объект бўлиб, узоқ давр мобайнида, табиий эволюция оқибатида пайдо бўлган. Бу вируслар узоқ вақтлардан бери мавжуд бўлиб, айрим одамларни зарарлаб турган (АҚШда ва Африкада ўтган асрнинг 60-йилларида ҳозир ОИТС деб аталаётган касалликка ўхшаш беморлар қайд қилингани аниқ тасдиғини топган), одамлар орасидаги ўзаро алоқалар кенгайиб, миграция ҳоллари кучайган, ҳамда наркомания ва сексуал бебошлик авж олган ҳозирги кунимизда эса, бу вирус ўзига кенг йул очиб олган.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг (ЖССТ) маълумотиға кўра ҳозирги пайтда ОИВ-инфекциясини юқтириб олганлар сони 50млн. га яқиндир. Масалан, юқоридаги ташкилот 1997 йили 16млн. беморни қайд этган бўлса, 2004 йили 42млн. беморни қайд этган. Шулардан 20млн. дан ортиғи ОИТСдан ўлган, фақат 2003 йилнинг ўзида 3млн. бемор ОИТСдан ўлган. ОИВ-инфекциясига чалинганлар ҳозирги кунда дунёнинг барча мамлакатларида аниқланган. Дунёда ҳар куни 16000 одам ОИВ-инфекциясини юқтириб олмоқда. Навқирон ёшдагилар орасида ОИТСдан ўлим, шу ёшдагилар ўлимининг барча сабаблари орасида биринчи ўринни эгаллаб турибди. Касаллик айниқса ўтган асрнинг 90-йиллари ўртасида жуда тез ва кенг тарқала бошлади. Африка қитъасидаги вазият ўта жиддий тус олди. Дунё аҳолисининг 11%и шу қитъада яшаётган бир вақтда, ОИВ-инфекциясига чалинганларнинг 2/3 қисми Африка қитъасида қайд қилинган, уларнинг сони 25млн. дан ортиб кетган. Агар вазият шу тарзда давом этса,

якин 10 йил ичида ишчи кучларининг ОИТСдан ўлиши оқибатида Африка қитъасида 25% қишлоқ хўжалиги ерлари қаровсиз холга тушиб қолади ва бу хол қитъада очарчиликни келтириб чиқариши мумкин. Африкада ҳозирги кунда ҳар 12 одамдан биттаси ОИВ-инфекциясига ёки ОИТСга чалингандир.

Ўзбекистонда ОИТС

2006 йил 1 январ холатига кўра мамлакатда ОИВ инфекциясининг сўнгги босқичида бўлганлар сони, рўйхатга олиш маълумотларига кўра, 1519 кишини ташкил этди. Эпидемия бошланган вақтдан буён рўйхатга олинган ОИВ-инфекцияли 712 киши вафот этган, уларнинг 101 нафари ОИТС касаллиги натижасида дунёдан кўз юмган. Ўзбекистонда ОИВ инфекцияли кишиларнинг ярмидан кўпи ОИВ ташҳиси қўйилгандан сўнг 5 йил ичида вафот этмоқда.

Ўзбекистонда ОИВ-инфекцияли кишиларда ОИТС ривожланишига олиб келадиган омил сил касаллиги эпидемиясидир, (бу ўринда ОИВ билан касалланиш силнинг ривожланишига сабаб бўлгани ёки сил касаллиги бор киши ОИВ инфекциясини юқтирганининг аҳамияти йўқ). Рўйхатга олинган касалланиш холатларининг маълумотларига кўра 2005 йилда Ўзбекистонда ҳар 100 000 кишидан 138 нафари сил касаллигига чалинган. Шуниси шубҳасизки, айнан сил касаллиги ОИВ-инфекцияли кишиларнинг асосий иккиламчи касаллиги ҳисобланади. 2006 йилнинг 1 январи холатига кўра сил ва ОИВ-инфекцияси билан бир вақтда касалланиш холати 655 кишида аниқланган, ОИВ дан вафот этган 366 нафар кишида сил касаллиги ташҳиси қўйилган.

Эпидемияни харакатлантирувчи кучлар.

Республикада эпидемияни харакатлантирувчи асосий куч сифатида гиёҳванд моддаларни инъекция йўли билан нолегал (яширин) истеъмол қилинишидир. Бу жараёнда таркибида ОИВ бўлган қон билан ифлосланган умумий шприц, игналар ва эритмалардан фойдаланилади.

ОИТС хизмати томонидан 2005 йилда амалга оширилган хулқ-атвор бўйича ўтказилган назорати мамлакатнинг 14 та маъмурий худудидаги игна

орқали гиёхванд моддаларни истеъмол қилувчилар (ИОГМИҚ) орасидан 3756 нафар респондентни қамраб олди. Унинг натижаларига кўра ИОГМИҚ 33% охириги инъекция қабул қилиш пайтида ўзгалар шприцидан фойдаланган, ИОГМИҚ нинг 61% доимий бўлмаган жуфт билан жинсий алоқага кириш пайтида презервативдан фойдаланмаган, умуман олганда ИОГМИҚ нинг 80% ОИВ-инфекцияси юқишини камайтирадиган хатти-ҳаракатларни бажармаган.

Мамлакат ҳудудий жиҳатдан Афғонистондан Европа мамлакатларига героин моддасини олиб ўтиш йўлида жойлашган бўлиб, бу ҳол ноқонуний бозорда героин моддасининг доимий таклифи мавжудлигига олиб келади ва Ўзбекистонга унинг ҳудудидан ноқонуний тарзда олиб ўтилаётган героин моддасининг тарқалиши хавфини туғдиради, бу эса гиёхванд моддалар истеъмол қилувчилар сонининг кўпайишига, оқибат натижада эса ОИВ/ОИТС нинг тарқалишига олиб келиши мумкин.

Ўзбекистонда ОИВ/ОИТС тарқалишининг ахамиятига кўра иккинчи ўринда бўлган йўли – инфекциянинг жинсий алоқа йўли орқали юқишидир.

Мамлакатнинг 14 та маъмурий ҳудудида олиб борилган, танланган 1350 нафар секс хизмати кўрсатувчилар (СХК) бўйича ўтказилган дозорли эпидемиологик назорати маълумотларига кўра бу гуруҳга мансуб шахсларнинг 35% доимий бўлмаган жуфтлар билан алоқага киришиш пайтида резина химоя воситаларидан (презервативлардан) фойдаланмайди, 5 % гиёхванд моддаларни инъекция йўли билан истеъмол қилади. 2005 йилда Тошкент шаҳрида СХК орасида захм (сифилис) касаллигининг тарқалиши танланган 325 кишининг 8,5% да, Самарқандда танлаб текширилган 284 кишининг 9,5%да аниқланган бўлиб, булар хавфли жинсий амалиётлардан гувоҳлик беради.

Кўп сонли жуфтлар билан жинсий алоқага киришишга мойил яна бир аҳоли гуруҳига эркаклар билан жинсий алоқа қилувчи эркаклар (ЭСАҚЭ)лар киради. 2005 йилни ноябрида Тошкент шаҳридан танланган 102 нафар ЭСАҚЭ лар орасида ўтказилган сўров натижаларига кўра, уч ой давомида

уларнинг бир жинсли жуфтларининг ўртача сони 22 кишини ташкил этган. Шу билан бирга сўровда қатнашган ЭСАҚЭ нинг 38% ҳам эркалар, ҳам аёллар билан жинсий алоқага киришганлигини хабар қилди, бу эса ОИВ/ОИТС нинг ЭСАҚЭ гурухидан умумий популяцияга чиқиб кетиш имкониятини тавсифлайди. ЭСАҚЭ 39% доимий бўлмаган эркак жуфти билан жинсий алоқа пайтида резина химоя воситаларидан (презервативдан) фойдаланмаган, аёллар билан жинсий алоқа пайтида эса 58% (презервативдан) фойдаланмаган. Уларнинг 39,5%и сўнгги пайтларда ЖАЙБЮК аломатлари борлигини хабар қилишди, танланган гуруҳда захм касаллигининг тарқалганлиги 7,8% ни ташкил этди.

Юқиш хавфи даражаси юқори бўлган айрим аҳоли гурухлари хатти-харакати уларнинг вакиллари ўртасида ОИВ- инфекцияси, вирусли гепатит С, захм касаллиги тарқалганлиги даражаси билан белгиланади. ОИВ-инфекцияси юқиш даражаси юқори бўлган кишилар ўртасида ОИВ-инфекцияси ҳақида хабардорлик даражасининг пастлиги, ўз қадри-қимматини билмаслиги, хавфсиз хулқ-атвор, ўз ҳуқуқини химоя қила олмаслиги, химоя воситаларидан ва хайрихох тиббий сервисдан фойдаланиш имкониятининг камлиги ОИВ юқиши хавфини оширади. Хамон учраб турадиган онгли розиликсиз ва тестгача маслаҳатларсиз мажбурий равишда текшириш амалиётлари ушбу гуруҳ вакиллари билан ОИВ-инфекциясининг олдини олиш учун профилактик чораларининг зарурий қамровини амалга оширишда ҳамкорликни йўлга қўйиш имконини бермайди. Улар давлат тузилмалари, жумладан тиббиёт муассасалари билан мулоқотга киришишдан қочишга ҳаракат қилишади, чунки рўйхатга тушишдан ва махфийлик ошкора бўлишидан чўчишади. Бунинг оқибатида ушбу муаммо инъекция орқали гиёҳванд моддалар истеъмол қилувчилар (ИОГМИК), секс хизмати кўрсатувчиси (СХК) ва ЭСАҚЭ ўртасида долзарб бўлиб қолмоқда.

ОИТСнинг ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ.

ОИВ-инфекциясини манбаи бемор шахс ва вирус ташиб юрувчи хисобланади. Эпидемиологик жихатдан вирус ташиб юрувчилар, беморларга

нисбатан, ўта хавфлидир, улар касалликни яширин даври мобайнида ҳеч қандай аломатлар сезмайдилар, хатто ўзини касаллик билан зарарланганлигини билмайдилар.

Улар касалликни яширин даврида (3-6 ойдан то 10-йил ва ундан кўпроқ йиллар) бошқаларга юктириши мумкин. Чунки ушбу даврнинг дастлабки ҳафталаридаёқ қонда, уруғ суюқлигида (спермада), сўлакда, она сутида, кўз ёшларида вирус борлиги кузатилади ва бу ҳолат (вирус борлиги) бемор умрининг охиригача сақланади. Демак, хасталикка чалинганлар умрининг охиригача касаллик манбаи бўлиб қоладилар.

Ҳозирги кунда, бизнинг шароитимизда вирусни соф ҳолда ажратиш ва унга асосланиб ташхис қўйиш ўта мураккаб ва қимматли иш. Шунинг учун вирус ташиб юрувчи шахсларни эрта аниқлаш ва касаллик тарқалмаслигига қаратилган чора-тадбирларни амалга ошириш қийин вазифадир. Бу йўналишда хавфли гуруҳга мансуб шахсларни мунтазам назорат остига олиш, уларни ИФА усулида текшириб туриш касалликни эрта ташхислаш йўлларида бири хисобланади.

ОИВ инфекцияси 3 хил йўл билан юқиши аниқ исботланган.

1. Жинсий алоқа йўли.
2. Парентерал йўли.
3. Вертикал юқиш йўли.

ОИВ-инфекциясининг жинсий алоқа йўли билан тарқалиши кўплаб бесоқолбозларда, фоҳишаларда, палапартиш, тартибсиз жинсий ҳаёт кечирувчи шахсларда учрамоқда.

Бесоқолбозликнинг актив ва пассив шаклларида ОИВ билан зарарланиш 1:1 нисбатда аниқланмоқда.

Пассив бесоқолбозлар жинсий аъзосининг шиллик қаватлари бузилиши натижасида вирус қон орқали организмга ўтади. Бу гуруҳлар ОИВ-инфекцияси бўйича ўта хавфли хисобланади.

Аёллар ўртасидаги жинсий алоқаларда (лесбиянлик) ОИВ-инфекцияси билан зарарланиш ўта паст даражада хисобланади. ОИВ-инфекциясининг

тарқалишида яна ўта хавфли гурухлардан фоҳишалар, палапартиш, тартибсиз жинсий ҳаёт кечирувчилар ҳисобланади. Бу гурух ҳар хил кишилар билан тез-тез алоқада бўладилар. Бундай шахсларнинг ОИВ билан зарарланиши ва бошқа шахсларга юқтириши ҳозирги кунда тез-тез учрамоқда. Аёл организмига вируслар сперма орқали тушади ва агар шиллиқ қаватлар жароҳатланган бўлса, вирус жинсий аъзолардан қонга ўтиши мумкин. ОИВ-инфекцияси орал-генитал алоқаларда юқиши исботланмаган.

ОИВ-инфекциясининг иккинчи юқиш йўли қон орқали ўтишидир, вирус бемор шахслар қонида жуда юқори концентрацияда бўлиши аниқланган. Қон орқали юқишида гиёҳвандлар ўта хавфли гурухга киради. Бундай шахслар ифлосланган шприц ва игналардан фойдаланиб, ўз организмига наркотик моддаларни юбориш вақтида қолдиғи орқали вирус ўтиши мумкин. Қон орқали юқишида гемофилия касаллигига чалинганлар ҳам қисман хавфли гурухга киради. Шунингдек таркибида ретровируслар бўлган қонни қуйиш ёки ўша қондан тайёрланган қон препаратлари ишлатилганда вирус бошқа шахсларга ўтади. Мазкур касалликнинг гемофилия дардига дучор бўлган беморлар орасида учраши ҳам шундан. Бундай беморлар кўплаб қон ва қон маҳсулотлари оладилар, қон қуйиш вақтида ОИВга текширилмаган ёки ташхисда аниқланмаган қонлардан зарарланиб қолиши мумкин.

Қон орқали юқишида сурункали касалликлар билан оғриган, ҳаёт учун хавфли жароҳатлар олган беморларга яхши стерилланмаган асбоб- анжомлар, шприц ва игналардан фойдаланганда, зарарланган қон ва қон маҳсулотлари қуйилган вақтда юқиши мумкин. Тиббий муолажа пайтида юқиш – ретровируслар тушган игна, шприц ва бошқа асбоблардан юқиш, мазкур асбобларни такрорий қўллаш натижасида, санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида юзага келади.

Вертикал юқиш йўлида вирус хомилага йўлдош қони орқали ёки туғиш жараёнида бемор онадан ўтади. Шунингдек эмизиш вақтида онанинг сўрғичларидан қон чиқса ва боланинг оғиз бўшлиғида яралар (стоматит ва

бошқа жароҳат) бўлса, болага касаллик юқиши мумкин. Шу ярачалар орқали она сутида бўлган вирус болага ўтиши мумкин.

Жароҳатланмаган тери ва шиллик қаватлар орқали касаллик юқмайди. Шунинг учун бемор билан битта идишдан овқат ейиш, у билан қўл бериб кўришиш, бирга ётиб туриш (жинсий алоқасиз) гаплашиш хавfli эмас. Яъни касаллик хаво-томчи, маиший мулоқат йўллари орқали юқмайди.

ОИВ-инфекцияси касаллиги қон сўрувчи хашаротлар (бит, кана ва бошқа) чақиши орқали юқиши исботланмаган.

Касалликка ҳамма ёшдагилар мойил, лекин ушбу касаллик асосан хавfli гуруҳга мансуб шахсларда (кўпчилиги ёшлар) кўпроқ учрайди.

Касалликни тарқалиши фасл билан боғлиқ эмас ва дунёнинг барча мамлакатларида учрамоқда.

Охирги йилларда собиқ СССР нинг баъзи Республикаларида (Россия, Украина, Белоруссия, Қозоғистон) гиёҳвандлик ўта кенг тарқалмоқда. Текширувлар шуни кўрсатдики, ОИВ касаллигига чалинганларнинг 80% гиёҳвандлар экан.

ОИТСга МОЙИЛ БЎЛГАН ГУРУХЛАР. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми ахолининг қуйидаги табақаларида кўпроқ учрайди:

1. Бесоқолбозлар.
2. Гиёҳвандлар – уларнинг сони турли мамлакатларда турлича.
3. Гемофилияга дучор булган беморлар. Бу касаллик билан асосан эркаклар касалланадилар. Бундай беморларда қоннинг ивишида иштирок этадиган VIII – IX омиллар етишмайди. Янги ва табиий қондан тайёрланган концентрат (керакли омиллар йиғиндиси) тайёрлаш учун 2000-5000 донорнинг қони керак бўлади. Бу хол ОИВнинг юқиш хавфини оширади.
4. Турли хил сабабларга кўра қон қуйиладиган беморлар ва бошқа тоифадаги шахслар. Қон ва қон препаратлари олинадиган кишилар орасида ОИТС холлари кейинги йилларда кўпайиб бормоқда.

5. Жинсий шерикларини тез-тез алмашириб турадиган гетеросексуалистлар. Касаллик айниқса «уқалаш хона» ларига ва исловотхоналарга қатнайдиغان эркаклар ва фоҳишалар орасида кўпаймоқда. Беморларнинг кўпчилигини аёллар ташкил этмоқда (29-50%). Агар гомосексуализм эркаклар орасида ОИТСнинг кенг тарқалишига олиб келадиган бўлса, гетеросексуал жинсий алоқалар ва кенг кўламда қон қуйилиш ҳоллари касалликнинг аёллар орасида кўпайишига сабаб бўлмоқда.
6. Юқорида санаб ўтилган аҳоли табақаларидан туғилган, айниқса ОИТС га чалинган беморлардан ва одам иммунтанқислиги вируси (ОИВ) юққан шахслардан туғилган болалар. Бунда касаллик кўпинча хомила йўлдоши орқали гўдакка ўтади. Шунингдек хомила туғруқ йўлларида йўлдошидан (туғиш пайтида) қин ва бачадон бўйнидаги ретровируслардан зарарланши мумкин. Бемор оналар сутини эмган болаларнинг ОИТС билан касалланиши юқорида айтиб ўтилган эди.

Ўзбекистонда ОИВ юқишининг ижтимоий ва муҳитга оид омиллари.

Ёшлар айниқса, қизларнинг хабардорлиги даражасига, натижада хавфсиз хулқ-атвор танловига таъсир кўрсатувчи муҳим ижтимоий омиллар орасида жинсий масалалар ва ОИВ юқиши масалаларини муҳокамасининг анъанавий тарзда таъқиқланишини қайд этиш мумкин. Ушбу масалалар муҳокамасининг таъқиқланишини хотин-қизларнинг гендер тенгсизлиги, аёлнинг моддий жиҳатдан эркакка қарамлиги, эркаклар ва аёллар томонидан никоҳгача бўлган жинсий алоқаларга нисбатан икки хил ижтимоий ахлоқий қарашларнинг қўлланилиши, шунингдек аёлларга нисбатан оилавий зўровонликка жамоатчилик бағри кенглиги туфайли янада кучаяди. Жамоатчилик орасида презервативларга талаб даражаси пастлигича сақланмоқда.

Ўзбекистонда ОИВ инфекцияси тарқалишининг муҳим сабабларидан бири ОИВ билан яшовчи кишиларнинг камситилиши (стигматизация) билан боғлиқ. Вазиятнинг таҳлили шуни кўрсатдики, ҳозирги пайтда мамлакат

аҳолиси ўзининг ОИВ мақомини билмасликни афзал кўрмоқда. ОИВ/ОИТС билан касалланган киши зиммасига касалликни бошқа одамга юктириш хавфи юзага келган тақдирда қонун олдида жавобгарлик шаклидаги қўшимча масъулият юкланади. ОИВ мақоми тўғрисидаги ахборотни ошкора бўлиши ОИВ-инфекцияси билан касалланган кишига нисбатан ижтимоий чеклаб қўйиш қўлланилишига олиб келади. Бундай кишилар учун амалда тиббий хизматлар, таълим олиш ва ишга киришга оид чекловлар пайдо бўлади. Ваҳоланки, ОИВ нинг юқиши энг аввало одамлар хулқ-атворида боғлиқ бўлиб, ҳар бир алоҳида одам томонидан назорат қилиниши мумкин. Ўзининг ОИВ мақомидан огоҳ бўлган шахс хатти харакатлари ОИВнинг юқишидан химоялашга ва айни пайтда ўзининг ОИВ мусбат мақоми оқибатларини энгиллаштиришга йўналтирилган бўлиши мумкин (жумладан, никоҳланиш, фарзанд кўриш, ўқиш, оиланинг қўшимча даромад манбаи сифатида ёрдамчи хўжалик ташкил этиши ва ҳ.к масалаларини хал этишда). Кўпчилик томонидан шу нарса тан олинганки, ҳар бир инсон ўзининг ОИВ мақомини билиши эпидемияга қарши курашишнинг энг муҳим чораси бўла олади.

ОИВ/ОИТС эпидемияси авж олиши сабабларининг яна бир гуруҳи биологик омиллар хисобланади. Бу ОИВ-инфекцияли кишиларнинг даволаниш билан етарли даражада қамраб олинмаслиги бўлиб, бу ҳол ОИВ мусбат субпопуляциясининг вирус юкламасини юқори бўлиши ва ОИВ инфекциясининг юқиш эҳтимолини юқори бўлишини белгилайди. ЖАЙБЮК тарқалганлик даражасининг пасаймаганлиги (2005 йилда мамлакатнинг 5 та маъмурий ҳудудидаги 1768 нафар хомиладор аёл қамраб олинган эпидемиологик назорат маълумотларига кўра уларнинг 1,5% да захм касаллиги борлиги аниқланган) аҳолига ОИВ юқиши хавфини оширади.

Ўзбекистон эпидемия кўтарилишига оид ички омиллар билан бирга аҳолининг жадал миграцияси кучли бўлган давлатлар, энг аввало Россия Федерацияси, шунингдек Қозоғистон ва Тожикистондаги ОИВ тарқалганлик даражаси билан боғлиқ бўлган ташқи омиллар таъсирини хис этмоқда.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

ОИВ морфологияси ва морфогенези

Электрон микроскоп остида кўрилганда, ОИВ думалоқ шаклга эга бўлиб, диаметри 100-120нм га тенг. Препаратларда кўпинча ўлчами кичик бўлган (60-70нм) вируслар учрайди, уларни баъзан минишаклдаги ОИВ деб атайдилар. Фиксация қилинмаган препаратда вируснинг қобиғи юмшоқ хилвираб турувчи қопсимон кўринишга эга. Вирионнинг ташқи мембранаси (бу мембрана хўжайин-хужайра мембранаси билан бир хил, яъни уни хўжайин –хужайрадан олган, янги пайдо бўлган вирионлар “туғилаётган” пайтда қобикни ўраб олиб туғиладилар, бу жараёни budding - (почкование) деб юритилади) вируснинг ўзига қарашли бўлган иккита оқсил билан бириккан, уларни қобик оқсиллари (envelope) деб юритилади. Улардан биринчиси трансмембран гликопротеин бўлиб, молекуляр оғирлиги 41 кДа тенг (1 килодальтон - 1та водород молекуласининг оғирлигига тенгдир)-gp41 (glycoprotein 41kD) деб юритилади. Иккинчиси соф ташқи оқсил бўлиб, оғирлиги 120 кДа тенг бўлган гликопротеиндир, уни gp120 деб юритилади. Бу иккала оқсил вирус қобиғида ўсимталар ҳосил қилиб жойлашадилар, иккинчи оқсил (gp120) биринчиси (gp41) устида шляпага ўхшаб жойлашган. Ўсимталарнинг узунлиги 9-10нм, диаметри 8нм, “шляпа”сининг кенглиги 15нм. Янги пайдо бўлган вирусда 72та шундай ўсимталар мавжуд бўлади. Хар бир “шляпа” 3та gp120 дан ташкил топган. gp120 нинг gp41 билан бирикмаси лабил бўлиб, унинг анча қисми ажралиб қонга чиқиб оқиб кетиши кузатилади, бу жараёни шеддинг деб аталади (инглизча shedding- чиқиб кетиш сўзидан олинган). Вируснинг неклноиди чўзинчоқ шаклга эга. Нуклеоиднинг қобиғи оқсил молекуласидан ташкил топган бўлиб, унинг оғирлиги 24 кДа тенг, шунинг учун p24 деб аталади. Вирионнинг ташқи қобиғи ва нуклеоид орасида каркас мавжуд бўлиб, уни матрикс оқсили деб атайдилар, молекуляр оғирлиги 17 кД бўлган оқсилдан тузилгандир, шунинг учун p17 деб юритилади. Нуклеоид ичида энг камида 3 та компонент мавжуд. Биринчиси вирус геноми бўлиб, у бир занжирли

РНҚнинг 2та молекуласидан иборат диплоид йиғилмадир. Иккинчиси- молекуляр оғирлиги 7кДга тенг бўлган протеиндир. Учинчиси- қайталама транскриптаза, РНКаза Н, интеграза, протеаза каби ферментлар комплекси. Қайталама транскриптазанинг молекуляр оғирлиги 66 кДга тенг, унинг 51 кДга тенг бўлган қисқарган варианты ҳам бор. Интегразанинг (эндонуклеаза деб ҳам юритилади) молекуляр оғирлиги 31-32 кД, протеазаники 10кД, Рибонуклеаза- Н 15кДга тенг. Нуклеоиднинг икки ёнбошида латерал таначалар деб юритиладиган тузилмаси мавжуд, уларнинг тузилиши ва функцияси ҳозирча аниқланмаган. Вирионнинг барча оқсиллари антиген бўлиб, улар ўзига иммун жавоб оладилар, яъни уларга қарши антитаначалар ишлаб чиқарилади. Вируснинг антигенлари қуйидаги гуруҳларга бўлинадилар:

1. Қобик антигенлари-envelope ёки қисқартирилган ҳолда env, уларга gp120 ва gp41лар киради.
2. Гуруҳ учун хос антигенлар-group specific antigens, қисқартирилган ҳолда Gag деб юритилади. Уларга p24, p7, p17лар киради.
3. Полимераза-polymerase, қисқартирилган ҳолда pol деб юритилади, буларга p66/51, p10, p31/32, p15 лар киради.

ОИВ геномларининг тузилиши. ОИВ-1 ва ОИВ-2 ларнинг ҳар бирида 11 тадан геном мавжуд бўлиб, улар қуйидагилардир:

1. Ген env (envelope)- gp160 оқсилни трансляциясини кодлайди, кейинча бу оқилдан қобикнинг иккита оқсиллари - gp120 ва gp41 ажралиб чиқади

2. Ген gag (group specific antigens)-молекула оғирлиги 55кД бўлган оқилни трансляциясини кодлайди, кейинча бу оқилдан p24, p7, p17 p6 лар ажралиб чиқадилар.

3. Ген pol (polymerase)- бу ген кодлаган оқилнинг протеолитик парчаланиши оқибатида p66/51, p10, p31/32, p15 лар ҳосил бўладилар.

4. Ген tat (transactivator of transcription)-молекула оғирлиги 14кД бўлган регуляцияловчи оқилни кодлайди. Ушбу ген бўлмаса вирус геноми

транскрипцияси яримига етиб тўхтаб қолади, яъни РНКнинг фақат 60та нуклеотиддан (меъёрда 9000тадан ортиқ нуклеотиддан иборат) иборат бўлган қисмигина транскрипция қилинади (ишлаб чиқарилади). Бундан ташқари tat гени хўжайин (ни бемор) организмидаги қон томирлари эндотелий хужайраларидан дуксимон хужайралар (яъни Капоши Саркомаси хужайралари) ўсиб, ривожланишини кучайтиради.

5. Ген vif (viral infectivity factor)- ушбу геннинг махсули молекула оғирлиги 23кДа тенг бўлган оқсилдир, у 192та аминокислотадан тузилган. Мутагенез қилиб ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатдики, ушбу геннинг оқсили ОИВ репликацияси учун жуда хам зарур эмас. Бу ген бўлмаганда вируслар ҳосил бўлиш микдори бироз пасаяди холос, аммо бутунлай тўхтаб қолмайди ва вирусларнинг бир хужайрадан бошқа хужайраларга юқиши давом этаверади.

6. Ген nef (negative early factor)- молекула оғирлиги 24-25кД ёки 27кД бўлган оқсилни кодлайди. Бу оқсилга қарши организмда ишлаб чиқарилган антитаначалар бошқа барча антитаначалардан (адабиётларда 12 ой олдин аниқланганлиги ҳақида маълумотлар бор) олдин аниқланади. Бундан ташқари бу ген организмга тушган вирус микдори жуда оз бўлганда хам ҳар хил хужайра нишонларни заралашини детерминация қилади (яъни кучайтиради, тезлаштиради) (low multiplicities of infection).

7. Ген vpr (virus protein U)- бу ген ОИВ-1 да мавжуд, ОИВ-2 да эса бўлмайди. Бу геннинг махсулоти 81 та аминокислотадан тузилган ва 16кД оғирликка эга бўлган оқсилдир. Мутант vpr гени билан ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатдики, бу ген бўлмаса янги вирионлар ҳосил бўлиши 5-10 баробар камаяди холос, аммо тўхтаб қолмайди. Шунингдек вирусларнинг цитопатогенлиги хам камаймайди. Нишон хужайраларда вирус қобиоининг оқсили, гуруҳ антигенлари ва полимераза ферментлари 5 баробар кўп йиғилиб қолиши кузатилди. Демак, бу ген морфогенезда ва хужайралардан вирионларнинг ажралиб чиқишида функционал рол ўйнайди.

8. Ген *vpX* (virus protein X)- бу ген ОИВ-2 вирусда бор, аммо ОИВ-1да йўқ. Бу ген кодлайдиган оксилнинг молекула оғирлиги 14кДа тенг ва 112 та аминокислотадан ташкил топган. Бу оксил вируснинг оғирлигининг 10%ни ташкил қилади. Бу геннинг функцияси хозирча номаълум.

9. Ген *rev* (regulator of virus)- молекуляр оғирлиги 19-20кД бўлган оксилдан иборат, у ядронинг ичида, аниқроғи ядрочада жойлашган. Мутант *rev* гени билан ўтказилган тажрибаларда аниқландики, бу ген бўлмаса ОИВ репликацияси бутунлай тўхтайдди. Демак, бу геннинг биологик функцияси вируснинг информатсион РНКсини ядродан (бу жойда у синтез қилинган) цитоплазмага (бу ерда ундан нусха олиниб, оксиллар ишлаб чиқарилади) етказиб беришдан иборат.

10. Ген *vpt* (virus protein T)-бу геннинг характеристикаси ва махсулоти хозирги кунгача адабиётларда ёритилмаган.

11. Ген *vpr* (virus protein R)-бу геннинг махсулоти 96та аминокислотадан тузилган, молекула оғирлиги 15кД бўлган оксилдир. Бу геннинг функцияси янгидан пайдо бўлган вирионлар билан янги зарарланган нишон хужайраларда, хали *tat* гени ўз ишини бошламасдан туриб, транскрипцияни трансактивация қилишдир. Агар бу ген бўлмаса минимал миқдорда ишлаб чиқарилган РНКнинг миқдори *tat* генини етарлича миқдорда ишлаб чиқаришга камлик қилади ва ОИВ репликация қилмайди.

Юқорида келтирилган генлар таркибидан кўриниб турибдики, ОИВ-1 ва ОИВ-2 геномлари тузилиши орасида 1та фарқ мавжуд. Иккала вирус турлари учун 10тадан ген умумий хисобланади, аммо ОИВ-1да *vri* гени мавжуд бўлиб, ОИВ-2 да эса *vpX* гени бор, иккала вирусларнинг генетик тузилишидаги фарқ шундан иборат. Барча ретровируслар каби ОИВ ҳам ўта ўзгарувчанлиги билан ажралиб туради. Янги хосил бўлган вирусларнинг бирортаси ўзидан аввалги вируснинг генетик тузилишини 100% такрорламайди, албатта ўзгариши бўлади, бу ўзгариш грипп вирусидигига нисбатан 5 баробар юқоридир. Шунинг учун касалликнинг дастлабки

пайтларидаги вирусларга нисбатан ишлаб чиқарилган антитаначалар кейин пайдо бўлган вирусларни “танимаслиги” мумкин.

ОИВни ташқи муҳитга чидамлилиги.

ОИВнинг ташқи муҳитга чидамлилиги бошқа ретровирусларга ўхшаш бўлиб, унча юқори эмас, ташқи муҳитда тезда халок бўлади. Лекин юқумли хусусиятлари уй шароитидаги иссиқликда бошқа ретровирусларга нисбатан узоқроқ сақланади. Хатто қуриган ҳолда ҳам 22°C да, 4-6 кун давомида юқумли хусусиятини йўқотмайди, лекин ферментларга бой шароитда активлиги кескин сусайиши кузатилади.

Харорат кўтарилиши билан унинг активлиги тезда йўқолади, 56°C қиздирилганда 30 минутда халок бўлади, қайнатилганда 1-3 минутда халок бўлади. pH ўзгариши вирусга салбий таъсир қилади, pH 0,1дан паст бўлса ёки pH 13дан юқори бўлса вирус тезда халок бўлади.

Эфир, ацетон, 70°ли спирт вирусни юқумлилиқ хусусиятини йўқотишга ва халок бўлишга олиб келади. Тиббиёт амалиётида қўлланиладиган зарарсизлантирувчи моддаларнинг кўпчилигига (3% хлорамин, 0,5%-5% лизол, 0,3%-3% водород пероксиди, 0.2% натрий гипохлорит, 1%ли глютар альдегиди эритмаси, охак суви) ОИВ ўта сезувчан. Ушбу ҳолатни аҳолини муҳофаза қилишда кенг қўллаш лозим. Аммо вирус қонда (йиллаб), спермада (ойлаб) узоқ вақт сақланиб туради, хатто улар қуритилганда ҳам бир неча соат ёки кун мобайнида сақланиб туради.

-22°C хароратда қуритилган ҳолида 4-6 кун мобайнида вируснинг инфекциялиги сақланиб қолади. Ионловчи радиацияга ва ультрафиолет нурлариги сезгир эмас (яъни улар вирусга салбий таъсир қилмайдилар). Беморлардан олинган биоматериаллар билан ишловчи лабораторияларда ва бошқа жойларда мебелларни ва бошқа қаттиқ инвентарларни тозалаш учун одатда 0,5%ли гипохлорит натрий эритмасидан фойдаланилади; қон, сероз ва шиллиқ суюқликлар, хар хил секретлар ва экскрементларни зарарсизлантириш учун унга 1%ли гипохлорит натрий эритмаси қуйилади.

ОИВ-инфекциясининг патогенези

Одам организмидаги ҳар қандай хужайрани иммун танқислиги вируси (ОИВ) билан зарарланиш жараёнини қуйидаги босқичларга ажратиш мумкин.

1. Вируснинг рецепцияси – вирионнинг хужайра юзаси (қобиғи) билан боғланиши.

2. Пенетрация – вирус ва хужайра мембраналарининг қўшилиб кетиши оқибатида вируснинг хужайра ичига кириши.

3. Вируснинг геноми РНКси ва нуклеоидининг озод бўлиши;

4. Вирус геномининг хужайра геномига интеграцияси;

5. Инфекциянинг яширин даври – провирус ДНКси хужайра геноми билан интеграцияда бўлсада, аммо вирус генларининг транскрипцияси ва трансляцияси йўқ, вирус антигенлари экспрессияси кузатилмайди. Демак инфекциянинг ушбу босқичида иммунологик усуллар билан уни аниқлаш мумкин эмас.

6. Провирус ДНКсида транскрипция жараёнининг фаоллашуви ва вирус оқсилларининг трансляцияси.

7. Морфогенез – вируснинг барча компонентларининг катта миқдорда ишлаб чиқарилиши ва улардан янги вирионларнинг шаклланиши, вирусларнинг фаол репликацияси.

8. Вирионларнинг хужайрини – хужайрадан ташқарига ажралиб чиқиши.

ОИВ вирусининг хужайра ичига киришининг бир қанча йўллари мавжуд.

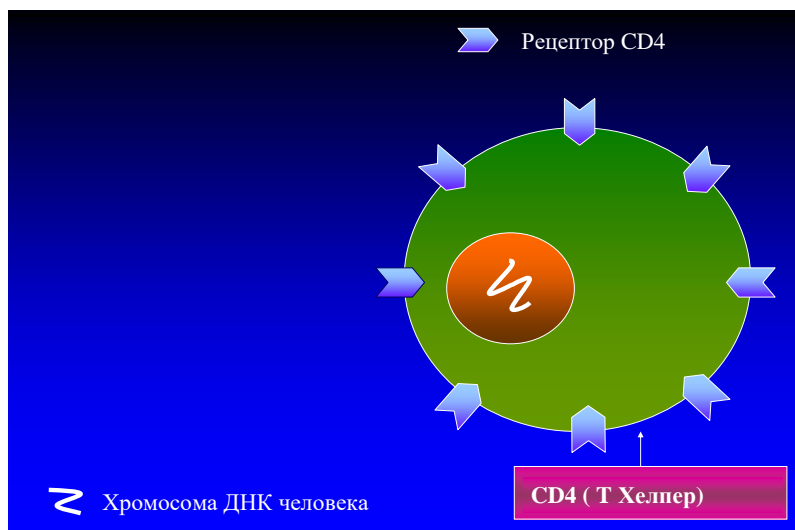
1. Хужайра-нишонлар мембранасидаги CD4 молекуласи билан рецепция қилиш орқали.

2. ОИВнинг вирусга қарши антитаначалар билан комплексининг хужайра-нишонлар рецептори иммуноглобулини F_c фрагменти билан рецепцияси орқали.

3. ОИВ геномининг хужайра ичига псевдовирус кўринишида (яъни бошқа турдаги вируснинг қобиғи ичига ОИВ геноми жойлашган) кириши.

4. ОИВнинг гамма-интерферон билан комплексининг гамма-интерферонга рецепторлари мавжуд бўлган хужайралар ичига кириши.

5. ОИВнинг В-лимфоцитлар ичига кириши – бунинг молекуляр механизмлари аниқланмаган.



Расм № 202. Т-хелпер хужайраси.

Хужайра-нишонлар

Ҳозирги кунда ОИВнинг куйидаги хужайраларни бевосита зарарлаши аниқланган:

А. Қон тизимидаги хужайралар

1. Т₄-лимфоцитлар (хелперлар) индукторлар, эффекторлар
2. Т₈-Т₄-периферик лимфоцитлар
3. Дендрит хужайралари ва уларнинг балоғатга етмаган авлодлари – Лангерганс хужайралари
4. Моноцитлар (тўқима макрофаглари)
5. Эозинофиллар
6. Мегакариоцитлар
7. Тимоцитлар
8. В-лимфоцитлар

В. Асаб тизими хужайралари

1. Нейронлар
2. Микроглия (макрофаг)

3. Астроцитлар
4. Миянинг фибробластсимон хужайралари («ВТ»)
5. Қон томирлари эндотелий қаватининг хужайралари
6. Олигодендроцитлар

С. Овқат хазм қилиш тизимидаги хужайралар

1. Ичакларнинг эпителий хужайралари
2. М-хужайралар

Д. Бошқа хужайралар

1. Йулдошнинг хорионтрофобласт хужайралари
2. Сперматозоидлар
3. Кўндаланг-тарғил мускул хужайралари



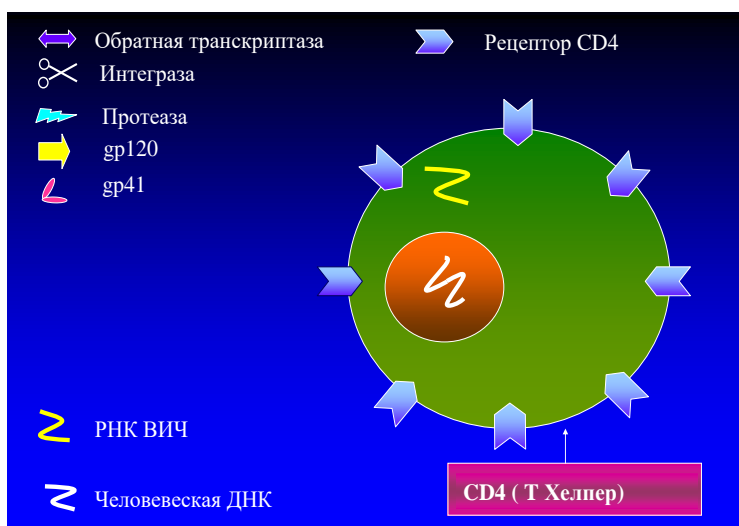
Расм № 203. Вируснинг СД4 хужайрасига кириш механизми.

Касаллик янги пайдо бўлган дастлабки даврларда ИТВнинг Т₄-лимфоцитларга тропизми мавжудлиги аниқлангач, бу инфекция фақат иммун тизимини зарарлайди деган фаразлар мавжуд эди. Аммо кейинчалик ўтказилган текширишлар бу вирус организмдаги жуда кўп хужайраларни бевосита зарарлаши аниқланди. Булардан энг асосийларини кўриб чиқамиз.



Расм № 204. Вируснинг СД4 хужайрасига кириш механизми.

1. Дендрит хужайралар – уларнинг ўлчами лимфоцитлардан ва макрофаглардан катта. Бу хужайралар терида, шиллик қаватларда жойлашган, қонда циркуляция қилаётган қисми эса ундаги ядро тутувчи хужайраларнинг 1% ни ташкил қилади. Дендрит хужайралар бегона антигенларни Т-лимфоцитларга таништириш вазифасини бажаради ва бу ишни улар макрофагларга нисбатан 100 мартаба самаралироқ бажаради. Бу хужайралар терига, шиллик қаватларга ва қонга тушган бегона антигенларни биринчи бўлиб кутиб олиб, лимфоид аъзоларга миграция қилади ва уларни лимфоцитларга таништиради.



Расм № 205. Вирус СД4 хужайраси ичида.

Текширишлар шуни кўрсатдики дендрит хужайралар ўзида Т₄-лимфоцитларга нисбатан 30 марта кўп, макрофагларга нисбатан эса 100 марта кўп ОИВ тутадилар. Дендрит хужайралар қондаги ядро тутувчи хужайраларнинг 1 %ни ташкил қилсада, қондаги моноклеар хужайралар

(Т₄-лимфоцитлар, моноцитлар, эозинофиллар, мегокариоцитлар ва х.к) томонидан ишлаб чиқарилаётган барча ОИВларнинг 80% ни улар ишлаб чиқарадилар. Вирусларнинг ишлаб чиқарилиши жараёнида дендрит хужайралари дархол ҳалок бўлмайди. Юқорида санаб ўтилганлардан маълум бўлдики, дендрит хужайралар ОИВ-инфекцияси патогенезида жуда катта ўрин эгаллайди.

2. Т₄-лимфоцитларнинг физиологик функцияси индукторлик ҳамда эффекторликдан иборатдир. ОИВ Т₄-лимфоцитларга цитопатоген таъсир қилади (цитолитик). Лаборатория текширишлари натижасида аниқландики Т₄-лимфоцитлар культурасига вируслар билан зарарланган материал қўшилганда хужайра цитоплазмасида 2 соатдан кейин Southern blot. усулида текширилганда вируснинг чизиқли жойлашган ДНКси аниқланган, яъни вирус шу вақт ичида хужайра ичига кириб, қобиғидан чиқиб РНК геномини қайталама транскриптаза қилиб ДНК хосил қилган. ОИВнинг СД4 рецепторига эга бўлган Т₄-лимфоцит хужайраси ичига кириш жараёнининг биохимик механизми шундан иборатки СД4 молекуласи унга ОИВ рецепция қилгач фосфорланиш жараёни кузатилади.



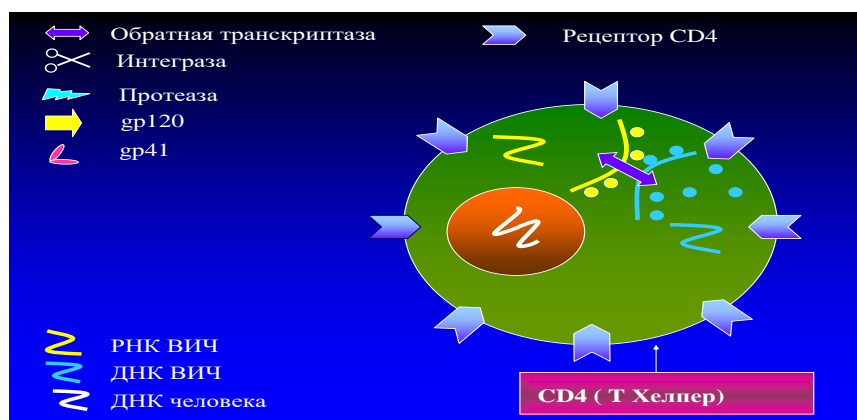
Расм № 206. Вирус СД4 хужайраси ичида.

Бу жараён хужайранинг протеинкиназа С ферменти томонидан катализланади. ОИВнинг рецепция учун СД4 молекуласини ўзи



Расм № 207. Вирус СД4 хужайраси ичида.

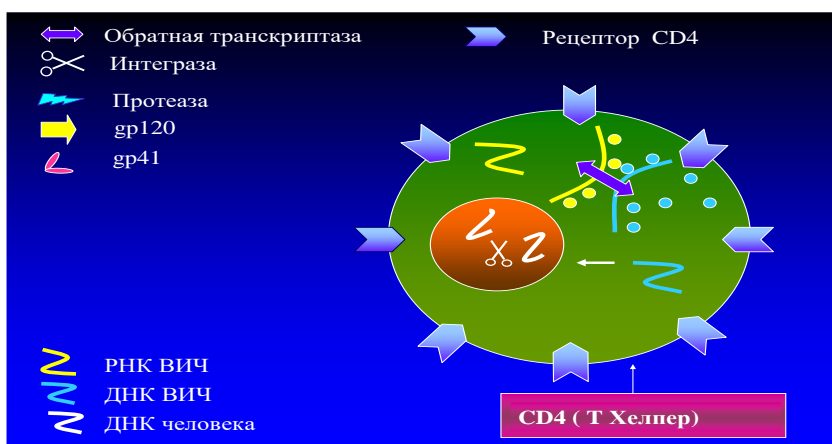
учун махсус рецептор сифатида танлашининг сабаби шундаки, вирус қобигидаги gp120 оқили СД4 молекуласи билан бевосита боғланиш хусусиятига эга, бу спецификдир. Вируснинг gp120 оқили хужайранинг СД4 рецептори билан боғлангач, СД4 молекуласининг цитоплазматик участкасида тезда фосфорланиш кузатилади, бу жараён хужайра протеинкиназаси билан катализланади. 2 соатдан кейин хужайра цитоплазмасида чизиқли шаклдаги провирус ДНКси аниқланади, 6 соатдан кейин эса вирус ДНКсининг халқасимон шакли аниқланади, яъни вирус геномининг хужайра геномига интеграцияси яқунланади.



Расм № 208. Вирус СД4 хужайраси ичида.

Шу вақтдан бошлаб инфекциянинг латент босқичи бошланади. Вирус ўз антигенлари билан ҳозирча иммун тизимини «қитиқламайди», демак вирусга нисбатан махсус антитела ишлаб чиқариш кўринишидаги иммун жавоб йўқ ва сенсibiliзацияланган лимфоцитлар йўқ. Юқорида айтилган латент инфекция тушунчаси фақатгина алоҳида олинган битта хужайра учун

тегишли, бутун организм учун эмас. Организм учун инфекциянинг бу даври «инкубацион» давр деб аталади.



Расм № 209. Вирус СД4 хужайраси ичида.

Организм миқёсида кўпгина омиллар таъсир қилиб вируснинг латент геномини фаоллаштириб, вируслар экспрессиясига олиб келиши мумкин. Бундай омиллар бўлиб бошқа вируслар ва бактериал инфекциялар, глюкокортикоид гормонларнинг миқдорининг ортиши, гипертермия, ультрафиолет нурлари ва бошқалар хисобланади.

Анти СД4 антитаначалар билан иммунофлюоресцент ва иммуногистохимик текшириш усуллари натижасида аниқландики СД4 молекулалари фақат Т₄-лимфоцитлардагина эмас, балки дендрит хужайраларда, моноцитларда (макрофагларда), нейронларда, эозинофилларда, мегакариоцитларда, сперматозоидларда ва бошқа қатор хужайраларда ҳам экспрессияланган.



Расм № 210. Вирус СД4 хужайраси ичида.

3. Моноцитлар (макрофаглар) – бу хужайраларни образли килиб ОИВга нисбатан «Троян оти» деб атаганлар. Моноцит хужайрасининг ташқи мембранасида СД4 молекуласи 10 баробар кам бўлгани билан, цитоплазма ичида уларнинг миқдори юқори. Янги хосил бўлган вирионлар хужайра ичидан ташқарига чиқиши хужайрага цитонекротик таъсир қилмайди. Ўз навбатида моноцитларнинг лизосомал аппарати вирионларга парчаловчи таъсир этмайди.

4. Эозинофиллар – донатор лейкоцитлар бўлиб, ацидофил гранулалар тутуди, бу хужайралар асосан ташқи мухит билан чегарадош бўлган тўқималарда жойлашган: нафас, гастроинтестинал, генитоуринар тизимларда. Эозинофилларнинг плазматик мембранасида СД4 антигенлари экспрессияланган, шунинг учун улар ҳам ОИВнинг юзасидаги gp 120 оқсили билан худди Т₄-лимфоцитлар каби осон боғланадилар.

5. Мегакариоцитлар – тромбоцитлардан аввалги хужайралар бўлиб, уларнинг 25%ида СД4 антигенлари экспрессияланган, бу эса уларнинг ОИВ билан бевосита зарарланишига сабаб бўлади. Бу ҳолат ОИТСдаги тромбоцитопениянинг келиб чиқиш механизмини (патогенезини) тушунтириб беради.

6. Тимоцитлар – тимус лимфоцитлари, булар периферик Т₄-лимфоцитларга нисбатан кучлироқ зарарланадилар ва ОИВни кўпроқ ишлаб чиқарадилар. Айниқса тимоцитлардан бир вақтнинг узида СД4 ва СД8 антигенларини экспрессия қилган хужайралари ОИВ билан купрок зарарланади. Бундан келиб чиқадики, тимус ОИТС патогенезида, айниқса болаларда муҳим рол ўйнайди. Биринчидан у ОИВ ишлаб чиқарувчи юқори самарадорли «реактор» сифатида номоён бўлади, иккинчидан тимусда нормал физиологик регенерация мавжуд эмас.

7. В-лимфоцитлар. Ҳозирги вақтда ОИВни В-лимфоцитларни зарарлаши маълум. Бунда ОИВ Эпштейн-Барр вируси билан коинфекция кўринишида зарарласа, инфекция цитонекрозга олиб келиши маълум, акс холда инфекция латент ёки секин кечувчи характерда бўлади. ОИВнинг В-

лимфоцитларга кириш механизми (уларда СД4 антигенлари йўқ) хозирча номаълум.

8. Нейронлар. Организмдаги ОИВ-инфекциясининг энг эрта муддатлариданоқ ОИВ гематоэнцефалит барьердан ўтади ва нейронларни бевосита зарарлайди. ОИВ-инфекцияси билан касалликнинг латент давридаёқ 90% дан ортиқ беморларда асаб тизимида у ёки бу усулда текширилганда ИТВ аниқланади. Вируслар 33-38% нейронларни халок бўлишга олиб келади, бунда биринчи навбатда йирик нейронлар халок бўлади. Мияда ОИВ нейронлардан ташқари макрофагларни, қон-томир капиллярларини, эндотелий хужайраларини, астроцитларни, миянинг фибробластсимон хужайраларини ва олигодендроцитларни бевосита зарарлайди. Вирусларнинг нейронларда репликация қилиши ниҳоятда заиф, уни дексаметазон ёки бутират натрий ёрдамида индукция қилиш (кучайтириш) мумкин. Нейронларда цитоллиз кузатилмайди, синтиций ҳосил бўлмайди.

9. Йўлдош тўқимасининг ОИВ билан зарарланиши, хорионтрофобласт хужайралари ҳамда қон-томирлари эндотелий хужайраларини СД4 антигени экспрессияси билан изоҳланади. Эксприментда йўлдош тўқимаси вирус билан жуда осон зарарланади, демак организмда ҳам вирус йўлдошни зарарлайди. Аммо бемор аёллардан туғилган чақалоқларнинг 2/3 қисми соғлом (вирус билан зарарланмаган) эканлиги ажабланарли ҳолдир.

10. Сперматозоидларда СД4 рецептори аниқланган, у мембранасида HLA-DL молекуласини тутувчи хужайраларни фаоллаштирувчи функцияни бажаради. Бундай хужайралар аёлларнинг репродуктив тизимида кўпчиликни ташкил килади: қин эпителийсида ва бачадон бўйнида, эндометрияда, фаллопий трубасида ва тухум хужайраларида. Сперматозоид ўзаро таъсир туфайли уларни фаоллаштиради. Сперматозоидлар ўзларида ОИВ сақлаган ҳолда юқорида санаб ўтилган хужайралар билан ҳам вирусни яқин контактга олиб келади (яъни зарарланишига).

Нишон хужайраларда жойлашган вирус геномини фаоллашуви натижасида вируслар экспрессияси, транскрипцияси ва трансляцияси кучаяди. Бу қуйидаги ҳолларда юзага чиқади:

1. Специфик антигенлар таъсирида

2. Т-лимфоцитларнинг митогенлари таъсирида

3. Цитокинлар таъсирида

4. Бир вақтнинг ўзида бошқа вирусли инфекциялар билан зарарланганда (цитомегаловирус, герпес вируслар, аденовируслар, Эпштейн-Барр вируси).

5. Ўсмалар некрози омили (TNF), ИЛ-6 (интерлейкин-6), РМА (форболмиристан-ацетат). Бу санаб ўтилган омиллар моноцитларда вирус экспрессиясини кучайтиради.

6. Бактериал иммуномодуляторлар таъсирида.

7. Глюкокортикоид гормонлар таъсирида.

8. Гипертермия таъсирида.

9. Ультрафиолет нурлар таъсирида.

Инфекция юққан дастлабки даврларда беморлардан ОИВни заиф репликация қилувчи штамлари ажратиб олинади, аммо касаллик вақти узоқлашиб борган сари ОИВнинг кучли репликация қилувчи штамлари ажратилади.

ОИВнинг цитопатоген таъсири

Вируснинг касалланган организмнинг хужайраларига нисбатан шикастловчи таъсирини цитопатоген эффект деб аталади. Бу таъсир 5 хил кўринишда учраши мумкин.

1. Вирус билан зарарланган хужайрани вируснинг фаол репликацияси туфайли некрозга учраши яъни цитонекроз ёки цитолиз ва тўғридан-тўғри деструкцияси. Бундай жараён нишон хужайралардан Т₄-лимфоцитлар Т₄-Т₈-лимфоцитлар, мегакариоцитлар учун хос.

2. Синтиций ҳосил қилиши. Бунда синтиций ҳосил қилишда бир томондан вирус билан зарарланган ва ташқи мембранасида вируснинг gp120

ва gp41 оқсилларини экспрессия қилган хужайралар иштирок этса, иккинчи томондан ташқи мембранасида СД4 молекулаларини экспрессия қилувчи, аммо вируслар билан зарарланмаган хужайралар иштирок этиши мумкин. Бундай нофизиологик синтиций яшаш қобилятига эга бўлмаган хосилдир.

3. Тезкор цитоллиз кузатилмайдиган, хужайранинг сурункали инфекцияси. Инфекцион жараённинг бундай кечиши вируслар билан зарарланган дендритик хужайраларда, моноцитларда (макрофагларда), нейронларда, кўндаланг тарғил мускулларда кузатилади. Ушбу ҳолатларда дендритик хужайраларда ИТВ фаол кўпаяди, хужайрадан ташқарига ажраб чиқади, зарарланган дендритик хужайра маълум вақт мобайнида ўз физиологик миграция йўли бўйича ҳаракатланиб яшаб туради, вирусларни шу йўл билан бутун организм бўйича тарқатади ва шу жумладан Т₄-лимфоцитларга олиб келади. Моноцитлар ҳам тезда цитоллизга учрамайди, аммо улар соғлом моноцитларга функционал жихатдан тенглаша олмайди. Нейронларни ҳам вирус тезда ҳалок қилмайди, аммо улар аста-секинлик билан ҳалок бўлиб, глиа тўқимаси билан алмашадилар.

4. ОИВнинг айрим оқсилларини патоген таъсири. Тўлаўонли вируслардан ташқари уларнинг айрим оқсиллари ҳам бемор организмдаги хужайралар ва тўқималарга токсик ва патоген таъсир этади. Бундай оқсилларга вирус қобиғининг gp120 оқсили Tat генининг регуляцияловчи протеини ва вируснинг р67 оқсили киради. Вирус юктирилган хужайра синтез қилиб чиқараётган gp120 оқсилнинг 50% га яқини янги вируслар хосил қилиш учун сарфланмайди, балки хужайрадан ташқарига алоҳида эрувчи оқсил сифатида секреция қилинади. Улар ўз навбатида соғлом хужайраларнинг СД4 рецепторлари билан махсус боғланиб оладилар. СД4 рецептори gp120 оқсили билан бирлашиб олган хужайралар ўзларининг нормал физиологик функцияларини бажара олмай қоладилар. Масалан Т₄-лимфоцитлар ўзларининг хелперлик хусусиятларини йўқотадилар ва бу ўз навбатида у хужайралар тўлақонли вирус билан зарарланмаган бўлсада, иммунодефицит ҳолатининг кучайишига олиб келади. Бундан ташқари

юзасига юқоридаги оқсилни бириктириб олган хужайралар организмнинг вирусга қарши иммун механизмларининг (антитаначалар, АЗКЦТ, ЦТЛ) парчаловчи таъсирга нишон бўлиб қоладилар.

Tat оқсили ОИТС билан ассоциацияда келувчи Капоши саркомасининг патогенезида муҳим рол ўйнайди. Бу оқсил ушбу касалликдаги дуксимон хужайраларнинг ўсиб кетишида омил ҳисобланади.

Шундай қилиб, ОИВ зарарланган хужайрани тезда юзага чиқувчи цитолизини чақирадими ёки йўқми, барибир вируснинг айрим компонентлари бемор организмидаги хужайраларга патоген ва токсик таъсир кўрсатади.

5. Сурункали кечувчи инфекцияда вақт ўтиши билан зарарланган хужайраларда етарлича ўзгаришлар келиб чиқади. Масалан, уларда соғлом хужайраларга нисбатан гистонлар сони 3-4 баробар ортиб кетади. Ундан ташқари хужайра ичида вируснинг сарфланмаган ДНКси, РНК, оқсиллар йиғилади, хужайра ичида вирус қобигининг gp120 оқсили билан хужайранинг CD4 рецептори оқсил комплекслари ҳосил бўлади. Булар охир оқибат бундай хужайраларни ҳалокатга олиб келади.

Инфекцион жараённинг макроорганизмдаги патологияси. ОИВ-инфекцияси иммунопатогенези.

1. ОИВ-инфекциясининг патогенезидаги биринчи компонент вирусларнинг зарарланган хужайраларни бевосита шикастлашидир.

2. Инфекция патогенезидаги иккинчи компонент вируснинг айрим эрувчан оқсилларининг (gp120, Tat, р67 ва бошқалар) хужайраларга шикастловчи таъсиридир.

3. Учинчи компонент эрта ривожланувчи иммуносупрессиядир. Иммуносупрессия ривожланишига бир томондан вирусларнинг gp120 оқсили сабаб бўлса, иккинчи томондан T₈-супрессорларнинг қондаги миқдорининг жуда кучли ортиб кетиши сабабдир.

4. Тўртинчи компонент инфекцион жараённинг специфик вирусларга қарши антитаначалар таъсирида кучайиб кетишидир.

5. Бешинчи компонент хужайралар шикастланишининг аутоиммун механизмларидир. Булар антитаначаларга боғлиқ хужайра цитотоксиклиги – АЗКЦТ, цитотоксик Т-лимфоцитлар – ЦТЛ.

6. Олтинчи компонент инфекцион жараённи кучайтирувчи ко-факторлар (омиллар). Булар бошқа вирусли инфекциялар, бактериал инфекциялар, стресс холатлари, хомиладорлик, аллоантиген қитикловчилар, гипертермия, ультрабинафша нурлар, гиперкортицизм ва х.к.

7. Еттинчи компонент тотал иммунодефицит туфайли ривожланадиган иккиламчи патологик жараёнлар. Булар оппортунистик ва эндемик инфекциялар, ўсмалар.

8. Саккизинчи компонент ИТВни асаб тизимини шикастлаши оқибатида ривожланган иккиламчи патологик жараёнлар.

ОИВ-инфекциясида иммун тизими

ОИВ ўз табиати бўйича иммунотроп вирусдир. Вируснинг иммун тизими билан ўзаро муносабати фаол икки тарафламадир. Биринчидан вирус Т₄-лимфоцитларга ва иммун тизимининг бошқа хужайраларига тўғридан-тўғри деструктив таъсир қилади, иккинчидан гуморал иммуносупрессив таъсирга эга. Учинчи томондан иммун тизим ўзи ОИВ антигенларига жавоб тариқасида махсус антитаначалар ва сенсibiliзацияланган лимфоцитлар эффекторлар ишлаб чиқаради. Иммун тизимидаги дисфункция ортиб боргач, патологик иммун механизмлар (аутоиммун ва бошқа) кўшила бошлайди ва улар устуворликни эгаллайди. Қонда вирусга қарши антитаначалар пайдо бўлиши билан «сероконверсия» деб юритилади ва бундан ОИВ-инфекцияси диагностикасида фойдаланилади. Бундай махсус антитаначалар касаллик юктириб олингандан кейин 8 хафта ўтгач пайдо бўлади (қонда вирус антигенлари эса 2 хафтадан кейин пайдо бўлади).

Иммуносупрессия. Вирус билан зарарланган организмда хужайралар ичида ОИВ репликацияси бошлангач, бу махсулотлар организмда тўплана бошлайди. Шу даврдан бошлаб ОИВ-инфекцияси ўзининг иммуносупрессив таъсирини ўтказа бошлайди. Бундай таъсирга эга бўлган вирус махсулотлари

юқорида айтиб ўтилган вирус қобиғи оқсили gp120 ва р67 дир. Синтез қилинган gp120 нинг 50% га яқини хужайрадан қонга чиқиб, у ердаги Т₄-лимфоцитлар ва бошқа хужайралар билан бирикадилар. Иммуносупрессив таъсир қилувчи яна бир омил р67 хам бу жараёнга ўз хиссасини қўшади. Инфекциянинг дастлабки даврларида, иммун тизимининг кўп қисми зарарланмаган пайтда вирусга қарши антитаначалар ишлаб чиқарилади ва улар вируснинг оз қисмини инактивация қилади, аммо бу инфекцион жараённи ривожланишини тўхтатиб қола олмайди. Кейинчалик эса антитаначалар фақат кучсиз вирусларнигина инактивация қилади, кучли ва вирулентлиги юқори бўлган вируслар эса сақланиб қолади, бу омил инфекцион жараённинг янада кучайишига олиб келади.

Гуморал иммунитет. ОИВга қарши махсус антитаначалар инфекция юқтириб олган одамларнинг фақат 90% идагина аниқланади. Агар инфекция юқиши тери ёки шиллиқ қават орқали юз берган бўлса, сероконверсия бир ойдан кейин бўладими ёки 10 йилдан кейин бўладими буни ҳеч ким аввалдан айтиб бера олмайди. Юқиш қонга вируснинг катта дозаси тушиши орқали юз берса, гуморал иммун жавобнинг динамикаси стандарт ва аниқ. ОИВ антигенлари иммунофермент усулида 2 хафтадан кейин аниқлана бошлайди, антитаначалар эса 8-хафтадан бошлаб аниқланади. Вирусни юқтириб олган шахсларда В-лимфоцитларни поликлонал фаоллашувининг белгиси бўлган гипергаммаглобулинемия кузатилади. Иммуноглобулинлардан эса иммуноглобулин А нинг ортиши ОИВ-инфекцияси учун хосдир. 80% беморларда қонда ЦИК миқдори ортган. Иммуноглобулин Е миқдори нормадан юқори, Т₄-лимфоцитлар сони қанчалик паст бўлса, иммуноглобулин Е шунчалик ортиб бораверади.

Иммунитетнинг Т-тизими. ОИВнинг энг асосий нишони Т₄-лимфоцит хелперлар (эффекторлар), индукторлардир. Қондаги вирус билан зарарланган Т₄-лимфоцитлар миқдори касалликнинг кечки вақтларида хам 1% дан ортмайди, аммо лимфоид туқималарда зарарланган лимфоцитлар миқдори қондагидан 10-15 баробар кўпдир. Дастлаб касалликнинг

аломатлари кузатилмаган даврда Т₄-лимфоцитларнинг В-лимфоцитлар учун хелпер ҳисобланган эффекторлар субпопуляцияси аниқ даражада камайиб кетади. Т₄-лимфоцитларнинг супрессорлар учун индуктор ҳисобланган субпопуляцияси эса кечроқ камая бошлайди. Т₈-лимфоцитларнинг қондаги миқдори касалликнинг эрта давридаёқ кескин ортиб кетади ва клиник ривожланган ОИТС давридагина уларнинг миқдори пасаяди. Т₈-лимфоцитларнинг цитотоксик субпопуляцияси супрессор субпопуляциясига нисбатан кўпроқ ортади.

Шундай қилиб, инфекциянинг эрта даврларидаёқ Т₄: Т₈ коэффициенти пасайиб кетади ва 63% ҳолларда 1 дан паст бўлади.

Нормал киллерларнинг фаоллиги беморларда аниқ ва кучли пасайган. Бу хужайраларнинг цитолиз функциясини бажарувчи субпопуляцияси прогрессив равишда камайиб боради, цитостаз функциясини бажарувчи субпопуляцияси эса инфекциянинг бошлангич даврларида биров ортган.

Антиген ташувчи хужайралар (моноцитлар, макрофаглар, дендрит хужайралари) функцияси ҳам инфекцион жараён ривожланиб боргани сари издан чиқади.

Асаб тизимидаги ўзгаришлар патогенези. ОИВ фақат иммунотроп вирус бўлиб қолмасдан, балки нейротроп вирус ҳамдир. Марказий асаб тизимида вирус бевосита нейронларни, астроцитларни, микроглияни, қон-томирлар эндотелий хужайраларини, миянинг фибробластсимон хужайраларини, олигодендроцитларни зарарлайди. Касалликнинг эрта даврларидаёқ 75-97% беморларда асаб тизимида ОИВ аниқланади. Миянинг ушбу инфекцияда шикастланиш патогенези компонентлари қуйидагилардир:

1. Вируснинг нерв тизимининг зарарланган хужайрасига тўғридан-тўғри цитопатоген таъсири.
2. Вируснинг эрувчи gp120 оқсилени нейротоксик таъсири.
3. Вирусга қарши антитаначалар ва сенсibiliзацияланган лимфоцитларнинг мия хужайраларига шикастловчи таъсири.

4. Яллиғланиш жараёнлари – энцефалитлар, булар миядаги иккиламчи инфекциялар томонидан чақирилган.

5. Миянинг ўсмалар билан шикастланиши.

Капоши саркомасининг патогенези.

ОИТС билан ассоциацияда келувчи Капоши саркомасининг (КС) ўзига хос хусусияти шундан иборатки, 90% холларда у пассив гомосексуалистларда, яъни фақат эркак кишиларда учрайди. ОИВ-инфекцияси қон орқали ва вертикал йўл билан (йўлдош орқали хомилага) юққанда КС учрамайди. Бундай ёрқин намоён бўлган фарқ анал секс КС учун ко-факторлигидан далолат беради. КСдаги дуксимон хужайралар эртаки мезенхимал хужайралар бўлиб, улар эндотелий хужайраларига ёки силлиқ мускул хужайраларига томон дифференциация қилиши мумкин. ОИВнинг Tat оқсили КС хужайраларини ўсишини кучайтириб юбориш хусусиятига эга. Шунинг учун Tat оқсили ушбу ўсма учун кучли ко-фактор хисобланади. Дуксимон хужайраларда ҳар хил цитокинларга (яъни ўсиш омилларига) кўп микдорда рецепторлар мавжуд. ОИВ-инфекциясида лимфоцитлар ва моноцитлар кўп микдорда цитокинлар ишлаб чиқаради. Терининг меъёрдаги хужайралари Tat оқсилининг кичик концентрациясига реакция бермайдилар, аммо цитокинлар таъсири остида терининг эндотелиал ва силлиқ мушакли хужайралари Tat оқсилининг таъсири остида кучли пролиферацияга учрайди.

ОИВ/ОИТС

ТЕРИДАГИ КЛИНИК АЛОМАТЛАРИ, ОПОРТУНИСТИК ВА ИККИЛАМЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР

ОИВ/ОИТСнинг клиникаси.

ОИВ инфекцияси бу оғир, узоқ кечувчи, ҳозирги кунга қадар самарали даволаш усули топилмаган, беморнинг охир-оқибатда ҳалок бўлиши билан яқунланувчи касалликдир. Амалга оширилаётган антиретовирусли даво ва оппортунистик касалликларни даволаш беморни умрини узайтиради ва ҳаёт сифатини биров яхшилайти холос.

Касалликнинг клиник манзарасини қуйидаги режа бўйича кўриб чиқиш мақсадга мувофиқ бўлади:

1. Ушбу инфекцион жараён ҳақида умумий тушунча.
2. Организмда инфекциянинг ўткир бошланишининг клиник манзараси.
3. Касаллик кечишининг босқичлари- классификация бўйича.
4. ОИТС-индикаторли касалликлар.
5. Инфекциянинг ривожланиш динамикаси ва унга олиб келувчи омиллар.
6. Инфекциянинг болаларда кечиши.

Инфекцион жараённинг кечиши ҳақида умумий тушунча шундан иборатки, дастлаб касалликнинг юқиши амалга ошади, кейин инфекциянинг латент даври бошланади, ундан сўнгра вирусли инфекциянинг бирламчи ўткир клиникаси намоён бўлади, сўнгра касалликнинг лаборатория аломатлари (қонда антитаначаларнинг аниқланиши, виремия, антигенемия) юзага чиқади, кейин эса касалликнинг клиник белгилари кучайиб бориб, соф ОИТС ривожланади ва беморнинг халок бўлиши билан яқунланади.

Касалликнинг юқиши илгари кўрсатиб ўтилганидек, жинсий алоқа орқали, қон ва унинг ҳосилаларини қуйганда, парентерал (кўпинча ностерил шприцлар орқали, аммо жарроҳлик амалиёти пайтида, стоматологлар томонидан тишни даволаш муолажалари пайтида юқишини ҳам инкор этиб бўлмайти) йўл билан ва вертикал (плацента орқали ёки туғиш пайтида, бундан ташқари бемор онанинг сутини эмиш орқали) йўл билан амалга ошади. Адабиётларда шикастланган териға ёки шиллик қаватларға қон ёки бошқа биологик суюқликлар сачраганда юқиш холлари келтирилган, аммо бундай усулда юқишлар жуда кам учрайди, шунинг учун ортиқча ахамиятға эға эмас, лекин болаларда, айниқса деменция аломатлари кузатилган бемор болалардан бошқа соғлом болаларға шу усулда юқиб қолиш хавфини инкор этмаслик керак, чунки болалар ўйнаётган, бир бирлари билан мулоқотда бўлаётган пайтда хар қандай холат бўлиши мумкин.

Касалликнинг латент даври ёки инкубацион даври касалликни юқтириб олингандан кейин то ҳозирги замонавий усуллар билан касалликни

аниқлаш имконияти мумкин бўлган пайтгача давом этади, кўпинча бу давр 2-8 ҳафтани (ўртача 3-6 ҳафта) ташкил этади, аммо адабиётларда бу даврнинг 10 ойгача давом этганлиги ҳақида маълумотлар бор (В.И. Покровский маълумотига кўра, 1,5 йил ва ундан ортиқ бўлиши мумкин). Бу давр ўткир сероконверсион синдром (ёки ретровирал синдром) билан яқунланади, уни ўткир ОИВ-инфекцияси, ўткир харорат (иситма) фазаси деб ҳам аталади. Шундан кейин юзага чиқадиган касалликнинг клиник аломатларсиз даврининг давомийлиги, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) маълумотига кўра 10 йилгача бўлиши мумкин, аммо адабиётларда касаллик юққандан кейин 2 ойдан сўнг соф ОИТС ривожланганлиги ҳақида маълумотлар ҳам бор. Бу даврдан кейин эса касалликнинг клиник аломатлари юзага чиққан даври бошланади ва энди у тўхтовсиз равишда ривожланиб, охири терминал фазасига, яъни ОИТСга олиб келади ва беморнинг ҳалок бўлиши билан яқунланади. ОИВ-инфекцияси учун босқичма-босқич кечиш, рецидивларнинг ремиссиялар билан алмашилиши, касалликнинг клиник аломатлари ва лаборатория белгиларининг тўхтовсиз равишда тобора оғирлашиб бориши хосдир.

Жадвал - 5

ОИВ-инфекциясининг CDC классификацияси

CD4+ хужайраларининг 1мклдаги абс. сони (%)	А Аломатсиз (бирламчи ОИВ- инфекцияси)	В Манифестли (А ҳам С ҳам эмас)	С ОИТС-индикаторли касалликлар
500 (>28)	A1	B1	C1
200-499 (14-28)	A2	B2	C2
<200 (<14)	A3	B3	C3

Касаллик кечишининг аломатларини, босқичларини тартибга солиш учун бир неча классификациялар ишлаб чиқилган. Улардан энг кўп тарқалганлари АҚШнинг юқумли касалликларни назорат қилиш маркази

CDC (Center for Disease Control) томонидан, В.И. Покровский томонидан ҳамда ЖССТ томонидан таклиф этилган классификациялардир (жадвал № 5).

А категория қуйидаги клиник ҳолатларни ўз ичига олади:

- *Клиник аломатларсиз ОИВ-инфекцияси
- *Персистирловчи генерализацияланган лимфаденопатия
- * Ўткир ОИВ-инфекцияси (анамнезда ёки йўлдош касаллик билан бирга ҳозирги вақтда).

В категория ОИВ-инфекциясига боғлиқ патологик ҳолатларни ёки хужайра иммунитетининг бузилишига хос белгиларни ўз ичига олади:

- *Бацилляр ангиоматоз
- *Оғиз шиллиқ пардаси ва халқум кандидози
- *Кандидозли вульвовагинит
- *Цервикал дисплазия ёки карцинома
- *1 ойдан ортиқ давом этаётган диарея ёки хароратнинг кўтарилиши
- *Оғиз шиллиқ қаватининг тукли лейкоплакияси
- *Оддий учуқ вируси томонидан чақирилган тошмалар
- *Идиопатик тромбоцитопения
- *Листериоз
- *Кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари
- *Периферик нейропатия.

С категория ОИТС-индикаторли касалликларни ўз ичига олади:

- *Қизилўнғач, трахея, бронхлар ва ўпканинг кандидози
- *Ўпкадан ташқарида жойлашган криптококкоз
- *Ичакнинг сурункали криптоспориidioзи
- *Жигар, талоқ ва лимфа тугунларидан бошқа аъзоларни зарарлаган цитомегаловирусли инфекция
- *Цитомегаловирусли ретинит
- * Ярага айланган оддий учуқ
- *Диссеминацияланган ёки ўпкадан ташқари гистоплазмоз
- *Бачадон бўйнининг раки

- * Ичакнинг сурункали изоспорози
- *ОИВ билан ассоциацияланган деменция
- *Капоши Саркомаси
- *Пневмоцистали пневмония
- *Салмонеллезли септицемия
- *Бош миянинг токсоплазмози
- *Ўпканинг ва бошқа аъзоларнинг сил касаллиги
- *Диссеминацияланган ва ўпкадан ташқари бошқа микобактериозлар.

ОИВ-инфекциясининг ЖССТ классификацияси

I клиник босқич

1. Клиник аломатларсиз кечиш фазаси
2. Генерализацияланган лимфоаденопатия

Бу босқичда беморлар ҳар кунги меъёрдаги фаоллиги даражасини сақлаб қоладилар, функционал имкониятлари чекланмаган.

II клиник босқич

*Тана вазнининг дастлабки оғирлигидан 10%дан кам бўлган миқдорда пасайиши

*Тери ва шиллик қаватларнинг енгилроқ касалланиши (себореяли дерматит, тирноқларнинг замбуруғлар билан зарарланиши, қайталанувчи афтоз стоматит, ангуляр хейлит, қичишиш билан кечадиган дерматозлар)

* Охирги 5 йилликдаги ўраб олувчи темиртки

*Юқори нафас йўллариининг қайталанувчи инфекцияси (бактериал синусит)

Бу босқичда 2-даражали функционал имкониятлар кузатилади: касалликлар бўлсада, кундалик фаоллигини йўқотмайди.

III клиник босқич

*Тана вазнининг дастлабки оғирлигидан 10%дан ортиқ бўлган миқдорда пасайиши

* 1 ойдан ортиқ вақт давом этаётган сабабсиз (этиологияси номаълум) диарея

* 1 ойдан ортиқ давом этаётган этиологияси номаълум доимий ёки қайталанувчи хароратнинг кўтарилиши (иситма)

*Оғиз шиллиқ пардаси кандидози

*Оғизда тукли лейкоплакия

*Ўпка сили

*Оғир бактериал инфекциялар (пневмония, йирингли миозит)

Бу босқичда функционал имкониятлар 3-даражалидир: бемор охирги ойда кундузги вақтининг 50% дан камини тўшакда ётиб ўтказган.

IV клиник босқич

- ОИВ-каҳексияси
- Пневмоцистали пневмония
- Церебрал токсоплазмоз
- 1ойдан ортиқ вақт ич кетиши билан давом этаётган криптоспоридиоз
- Ўпкадан ташқари криптококкоз
- Жигар, талок, лимфа тугунларидан бошқа ҳар қандай аъзони зарарлаган цитомегаловирусли инфекция
- Оддий учуқ вируси томонидан чақирилган ички аъзолар зарарланиши ёки тери ва шиллиқ қаватларнинг сурункали (1ойдан ортиқ) зарарланиши
- Прогрессияловчи мультифокал лейкоэнцефалопатия
- Ҳар қандай эндемик микознинг диссеминацияга учраши
- Қизилўнгач, трахея, бронхлар ёки ўпканинг кандидози
- Атипик микобактериялар томонидан чақирилган диссеминацияланган инфекция
- Салмонеллезли септицемия (тифдан бошқа)
- Ўпкадан ташқари аъзолар сили
- Лимфома
- Капоши Саркомаси
- ОИВ-энцефалопатияси

Ўзбекистонда ЖССТ классификацияси қабул қилинган бўлиб, бу ҳолат ЎзРССВнинг 480-буйруғида ўз ифодасини топган (жадвал № 6).

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2007 йил 30
октябрдаги 480-сонли буйруғидан**

Катта ёшдагилар ва ўсмирларда	Болаларда
<p>Ўткир ОИВ инфекция</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Белгисиз кечиши 2. Ўткир харорат билан кечиши (ўткир ретровирусли синдром) 	Келтирилмаган
<p>I-Клиник босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Белгисиз 2. тарқалган (2 тадан ортиқ гурух), персистирловчи лимфоаденопатия 	<p>I-клиник босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. катта ёшдагиларга ўхшаш 2. катта ёшдагиларга ўхшаш
<p>II. 2-клиник босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ангуляр хейлит 2. Оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватини қайталанувчи яраси (6 ой давомида 2 ва ундан кўпроқ қайталаниш) 3. Юқори нафас йўллари қайталанувчи инфекцияси. 4. Ўраб олувчи темиртки 5. Онихомикозлар 6. Қичишиш билан кечувчи папулез тошма. 7. Себореяли дерматит (болаларда йўқ). 	<p>II. 2-клиник босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. катта ёшдагиларга ўхшаш 2. катта ёшдагиларга ўхшаш 3. катта ёшдагиларга ўхшаш 4. катта ёшдагиларга ўхшаш 5. катта ёшдагиларга ўхшаш 6. катта ёшдагиларга ўхшаш 7. гепатоспленомегалия 8. Юқумчил моллюска 9. Қулоқ олди сўлак безларини катталаниши 10. Белгисиз лимфоидли катар
<p>III-3-клиник босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Номаълум сабабли 1 ойдан узоқ кечувчи диарея. 5. Қайталанувчи кандидозли стоматит 6. Оғир кечувчи бактериал инфекция 7. Ўткир ярали-некротик стоматит, гингивит, периодонтит. 8. Оғиз бўшлиғини лейкоплакияси 	<p>III-3-клиник босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. катта ёшдагиларга ўхшаш 2. катта ёшдагиларга ўхшаш 3 катта ёшдагиларга ўхшаш 4. катта ёшдагиларга ўхшаш 5. катта ёшдагиларга ўхшаш 6. Сабабсиз озғин бўлиши, (овқатланишнинг бузилиши)

<p>(Эпштейн-Барр вируси)</p>	<p>7. 1 ойдан кўпроқ давом этувчи харорат, вақти-вақти билан қайталанувчи.</p> <p>8. Милкларни гиперплазияси (чизиқли)</p> <p>9. Кондиломалар</p> <p>10. Юқумчил моллюск (ўта катта-бахайбат)</p> <p>11. ўпкани сурункали жароҳатланиши (ОИВ инфекцияси билан боғлиқ)</p> <p>12. Клиник жиҳатдан аниқ кўринган лимфоидли интерстициал зотилжам.</p> <p>13. Номаълум анемия (Гемоглобин <8 г %) ёки нейтропения 1 ойдан кўпроқ.</p> <p>14. Номаълум тромбоцито-пения (<50000)</p>
<p style="text-align: center;">IV 4-босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ўпкадан ташқари сил касаллиги. 2. Сабабсиз озиб кетиш (6 ой давомида 10% ортиқроқ) 3. Кахексия 4. Оғир, қайталаниш билан кечувчи бактериал инфекция 5. ЦМВ ретинит 6. 1 ой давом этувчи оддий герпес (сурункали ёки персистирловчи кечувчи). 7. Энцефалопатия 8. Кардиомиопатия, нефропатия (ОИВ инфекцияси туфайли) 9. Тўхтовсиз кечувчи мультифокал лейкоэнцефалопатия 	<p style="text-align: center;">IV 4-босқич</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. катта ёшдагиларга ўхшаш 2. катта ёшдагиларга ўхшаш 3. катта ёшдагиларга ўхшаш 4. катта ёшдагиларга ўхшаш 5. катта ёшдагиларга ўхшаш 6. катта ёшдагиларга ўхшаш 7. катта ёшдагиларга ўхшаш 8. катта ёшдагиларга ўхшаш 9. катта ёшдагиларга ўхшаш

10. Капоши Саркомаси	10. катта ёшдагиларга ўхшаш
11. Токсоплазмоз.	11. катта ёшдагиларга ўхшаш
12. Диссеминацияланган кечувчи замбуруғ касаллиги	12. катта ёшдагиларга ўхшаш
13. Криптоспоридиоз	13. катта ёшдагиларга ўхшаш
14. Криптококкли менингит	14. катта ёшдагиларга ўхшаш
15. Атипик микобактериялар томонидан чақирилган диссеминацияланган инфекция.	15. катта ёшдагиларга ўхшаш
16. Ўпканинг сил касаллиги (болаларда йўқ).	16.Эндемик диссеминацияланган микозлар (масалан гистоплазмоз, кокцидиоидоз ва бошқалар.
17. Пневмоцистали зотилжам – болаларда йўқ	17.Изоспориаз
	18. Висцерал герпес
	19 орттирилган йўғон ичак оқма яраси
	20. Марказий асаб тизими (бош мия) лимфомаси
	21.Лейомиосаркома

В.И. Покровский классификацияси

1. Инкубация босқичи

Касаллик юққандан бошлаб, ўткир харорат фазасигача

2. Бирламчи аломатлар босқичи

А. Ўткир харорат (иситма) фазаси

Б. Клиник аломатларсиз фазаси

В. Персистирловчи генерализацияланган лимфаденопатия

3. Иккиламчи касалликлар босқичи

А. Тана вазнининг 10%дан кам йўқотилиши (пасайиши)

* тери ва шиллиқ қаватларнинг юзакизамбуруғ, бактериал ва вирусли инфекциялари

*ўраб олувчи темирлатки

*қайталанувчи фарингит ва синуситлар

Б. Тана вазнининг прогрессив равишда 10%дан ортиқ йўқотилиши (пасайиши)

*сабаби номаълум диарея

*1 ойдан ортиқ вақт мобайнида иситма чиқиши (ҳарорат кўтарилиши)

* тукли лейкоплакия

*ўпка сили

* тери ва шиллиқ каватларнинг чуқур, қайталанувчи ёки турғун бактериал, вирусли, замбуруғли, протозойли инфекциялари ёки ички аъзоларнинг юқоридагилар билан диссеминациясиз зарарланиши.

*қайталанган ёки диссеминацияланган ўраб олувчи темирлатки.

*чекланган Капоши Саркомаси.

В. Генерализацияланган бактериал, вирусли, замбуруғли, протозой ва паразитар касалликлар.

*Пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония.

*қизилўнгач кандидози.

*атипик микобактериоз

* шпкадан бошқа аъзолар сили.

*кахексия

*диссеминацияланган Капоши Саркомаси, марказий асаб тизимининг хар хил этиологияли касалликлари.

Терминал босқич (соф ОИТС)

А. Тери шакли

Б. Ўпка шакли

В. Ошқозон-ичак тизими шакли

Г. Хароратли шакли

Д. Асаб тизими шакли

Юқорида келтирилган классификациялардан кўриниб турибдики, улар орасида катта тафовут йўқ, фақат айрим ҳолатлар бўйича биров фарқ қилади холос.

Касалликнинг инкубацион даври, илгари таъкидлаб ўтилганидек 2 хафтадан 8 хафтагача, ўртача 3-6 хафта давом этади, аммо бу давр чўзилиши ҳам, қисқариши ҳам мумкин. ЖССТнинг ОИВ-инфекцияси бўйича етакчи мутахассислари J.Chin ва J.Маннларнинг эътироф этишларича, бу давр 10 йилгача давом этиши мумкин. Лаборатория текширишлари натижасида аниқландики Т₄-лимфоцитлар культурасига вируслар билан зарарланган материал қўшилганда хужайра цитоплазмасида 2 соатдан кейин Southern blot. усулида текширилганда вируснинг чизикли жойлашган ДНКси аниқланган, яъни вирус шу вақт ичида хужайра ичига кириб, қобиғидан чиқиб РНК геномини қайталама транскриптаза қилиб ДНК хосил қилган. ОИВнинг СД4 рецепторига эга бўлган Т₄-лимфоцит хужайраси ичига кириш жараёнининг биохимик механизми шундан иборатки СД4 молекуласи унга ОИВ рецепция қилгач фосфорланиш жараёни кузатилади. Бу жараён хужайранинг протеинкиназа С ферменти томонидан катализланади. ОИВнинг рецепция учун СД4 молекуласини ўзи учун махсус рецептор сифатида танлашининг сабаби шундаки, вирус қобиғидаги gp120 оқсили СД4 молекуласи билан бевосита боғланиш хусусиятига эга, бу спецификдир. Вируснинг gp120 оқсили хужайранинг СД4 рецептори билан боғлангач, СД4 молекуласининг цитоплазматик участкасида тезда фосфорланиш кузатилади, бу жараён хужайра протеинкиназаси билан катализланади. 2 соатдан кейин хужайра цитоплазмасида чизикли шаклдаги провирус ДНКси аниқланади, 6 соатдан кейин эса вирус ДНКсининг халқасимон шакли аниқланади, яъни вирус геномининг хужайра геномига интеграцияси яқунланади. Шу вақтдан бошлаб инфекциянинг латент босқичи бошланади. Вирус ўз антигенлари билан ҳозирча иммун тизимини «қитиқламайди», демак вирусга нисбатан махсус антитела ишлаб чиқариш кўринишидаги иммун жавоб йўқ ва сенсбилизацияланган лимфоцитлар йўқ. Юқорида айтилган латент инфекция тушунчаси фақатгина алоҳида олинган битта хужайра учун тегишли, бутун организм учун эмас. Организм учун инфекциянинг бу даври «инкубацион» давр деб аталади. Организм миқёсида кўпгина омиллар таъсир

қилиб, вируснинг латент геномини фаоллаштириб, вируслар экспрессиясига олиб келиши мумкин. Бундай омиллар бўлиб бошқа вируслар ва бактериал инфекциялар, глюкокортикоид гормонларнинг миқдорининг ортиши, гипертермия, ультрафиолет нурлари ва бошқалар хисобланади.

Инкубацион давр ўтгач, **касалликнинг ўткир инфекция фазаси (ёки ўткир иситма фазаси, ўткир ОИВ-инфекцияси, сероконверсион синдром, мононуклеазсимон синдром)** бошланади. Бу босқичнинг давомийлиги 3-4 кундан 1 ойгача, ўртача 2-3 хафта, кейин эса касаллик спонтан равишда (яъни ўз-ўзидан) регрессга учрайди. Бу босқичнинг клиник аломатлари турли хил бўлиб, дастлаб бош оғриши, ўзини нохуш сезиш, уйқусираш, умумий холсизлик, кўп терлаш, миалгия, артралгия, хароратнинг кўтарилиши, томоқда оғриқ, ангина, фарингит, лимфаденопатия, гепатолиенал синдром (айниқса ёш болаларда), диарея кузатилади. Беморларни ичакнинг санчиб оғриши, қайт қилиш, ич кетиши, энса соҳасидаги мускулларнинг тортилиши (ригидлиги), ёруғликка қарай олмаслик кабилар ҳам безовта қилиши мумкин. Харорат кўтарилгандан 2-3 кун ўтгач, терида ва шиллик қаватларда тошмалар пайдо бўлади, бу тошмалар беморни безовта қилмайди ва 5-8 кундан кейин ўтиб кетади. Энг кўп учрайдиган тошмалар бу қизамиқсимон макулез ва папулез тошмалар бўлиб, уларнинг диаметри ўлчами 1смгача, пушти-қизил рангда, бир-бирлари билан қўшилмайдилар. Бу тошмаларнинг энг кўп учрайдиган соҳалари: бўйинда ва кўкрак қафасининг юқори қисмида-100%холларда учрайди, юзда-60%, қўлларда-40%, сонда ва бошнинг сочли қисмида-20% холларда учрайди. Яна олатнинг бош қисмида, ёрғоқ халтасида, перианал соҳада, оғиз шиллик қаватида яралар пайдо бўлади. Баъзан эса торвоқ, везикула, пустиула каби элементлар ҳам пайдо бўлади. Шиллик қаватларда: фарингит, қаттиқ ва юмшоқ танглайда нуқтасимон қизил тошмалар, Бодомча безларида, танглайда, лунж соҳасида диаметри 5-10ммга тенг бўлган, думалоқ ёки овал шаклдаги, юзаки, усти оқиш караш билан қопланган, атрофида гиперемия хошияси мавжуд бўлган яралар пайдо бўладилар. Улардан ташқари орқа пешов ва тўғри ичакда ҳам яралар пайдо

бўлади. Лимфа тугунлари катталашган. Баъзан менингеал аломатлар ва эпилептик хуружга ўхшаш белгилар кузатилади.

Кейин **инфекциянинг аломатларсиз латент босқичи ёки вирус ташувчанлик босқичи** юзага чиқади. Касалликнинг бу даври 10 йил ва хатто ундан ортиқ вақт давом этиши ҳам мумкин. Бу даврда беморни ҳеч нарса безовта қилмайди, ҳеч қандай касаллик аломатлари йўқ, фақатгина қонни махсус усуллар билан текширилганда, ОИВ-инфекциясига чалинганлиги аниқланади.

Ундан кейинги **босқич мотивациясиз пролонгацияли генерализацияланган лимфаденопатия босқичи** деб аталади, бу босқич ОИВ-инфекциясида қонуний равишда келиб чиқади, энг камида 90% беморларда кузатилади. Бу босқичда ҳов соҳасидан бошқа 2та ва ундан ортиқ соҳалардаги лимфа тугунлари энг камида 3 ой ва ундан ортиқ муддатга катталашадилар. Катталашган лимфа тугунларининг диаметри 0,5смдан 2смгача, баъзан эса 4-5смгача етади, уларнинг консистенцияси зич-эластик, бир-бирлари билан қўшилмаган (ҳар бири алоҳида жойлашган), ҳаракатчан (яъни пальпация қилинганда улар бармоқ остидан сирғаниб чиқиб кетадилар), оғриқсиз, тугунлар устидаги тери ўзгармаган. Агар лимфа тугунлари микобактериялар билан зарарланса ёки ёмон сифатли ўсмалар (Капоши Саркомаси) ривожланса, унда оғриқ пайдо бўлади ва лимфа тугунлари бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар (ёпишадилар).

Лимфаденопатия босқичи бошлангандан 1,5-3 йил ўтгач, касалликнинг навбатдаги **босқичи-иккиламчи касалликлар даври** бошланади. Бу босқични ОИТС-ассоциацияланган комплекс деб ҳам атайдилар. Бу давр иккиламчи касалликлар қўшилиши ва ҳар хил аъзоларнинг зарарланиши оқибатида келиб чиқади. Бу даврда ОИВ/ОИТСнинг клиник белгиларини асосини оппортунистик инфекциялар ва ёмон сифатли ўсмалар ташкил қиладилар. Оппортунистик инфекция (ОИ) деб, нормал шароитларда одамда касаллик чақира олмайдиган, аммо иммунитет пасайиб кетганда (яъни иммуносупрессияда) патогенга айланиб, ҳар хил касалликлар чақирувчи

шартли патоген инфекцияларга айтилади. Бу инфекциялар томонидан чақирилган касалликларни ОИТС-индикаторли касалликлар деб хам аталади.

Барча ОИ ларни 4 гуруҳга ажратиш мумкин:

1. Замбуруғли инфекциялар.
2. Вирусли инфекциялар.
3. Бактериал инфекциялар.
4. Протозойли инфекциялар.

Юқорида кўрсатилган ОИлардан ташқари ОИВ-инфекциясида яна одатдаги патоген инфекцион агентлар хамда шу регион учун хос бўлган эндемик инфекциялар хам касаллик чақирадилар. Касалликнинг бу даври бош оғриши, камқувватлик, ўзни нохуш сезиш, тезда чарчаш, кўп терлаш, хароратнинг кўтарилиши, йўтал, миалгия, артралгия, иштаханинг пасайиши, ич кетиши, тана вазнининг камайиши, қон томирларида ўзгаришлар, иккиламчи инфекциялар, ўсмалар ва бошқа қатор касалликлар билан бошланади. Вақт ўтиши билан хасталикнинг клиник белгилари кучайиб боради ва кечиши оғирлашади. Бу даврда тери ва шиллик қаватларнинг зарарланиши алоҳида ахамиятга эга, чунки касалликнинг эрта босқичлариданоқ терида энг камида 2,5та касаллик белгиси (симптоми) кузатилса, кейинчалик бу белгилар ортиб бориб, 4тагача етади. Энг кўп ахамиятга моликлари замбуруғли касалликлар (айниқса кандидоз), вирусли касалликлар, пиодермитлар, себореяли дерматит кабилардир.

Замбуруғли инфекциялар

Иккиламчи касалликлар ва ОИ ичида энг асосийларидан бири хисобланади, чунки замбуруғли инфекциялар бу даврда жуда кўп учрайди ва оғир кечади. 10 дан ортиқ хар хил микозлар ичида кандидозли эзофагит, криптококкоз, кокцидиоидомикоз ва гистоплазмоз ОИТС-индикаторли касалликлар тоифасига кирадилар ва уларнинг маълум клиник шакллари ОИВ-инфекциясининг босқичларини аниқлашда мухим хисобланади. CDC экспертлари 1993 йили қуйидаги микозларни ОИВ-инфекцияси билан боғлиқ деб хисобладилар:

- орофарингеал кандидоз;
- персистирловчи, тез-тез қайталанувчи ёки даволашга чидамли (даволаш қийин бўлган) кандидозли вульвовагинит;
- трахея, бронхлар ва ўпканинг кандидози;
- қизилўнгачнинг кандидози;
- тарқоқ ёки ўпкадан бошқа аъзоларни зарарлаган кокцидиоидомикоз;
- ўпкадан ташқари аъзоларни зарарлаган криптококкоз;
- тарқоқ ва ўпкадан бошқа аъзоларни зарарлаган гистоплазмоз.

Юқорида кўрсатилган микозларнинг ривожланиши ОИВ-инфекциясининг прогрессиясидан (кучайиб бораётганидан), аломатларсиз (латент) даврдан клиник жихатдан намоён бўлувчи даврига ўтганлигидан далолат беради. Гистоплазмоз ва кокцидиоидомикоз эндемик касалликларга кирдилар, бизнинг регионда қарийб учрамайди, шунинг учун бизнинг шароитимизда ахамияти юқори эмас. Бизнинг шароитда энг ахамиятга молик микоз бу кандидоздир. Микозлар ичида **кандидоз** энг кўп учрайдиган иккиламчи инфекциядир.

Жадвал - 7

Микознинг клиник шакли	Қондаги СД4 хужайранинг миқдорига қараб беморлар сони (%да)		
	СД4>500/мкл	500/мкл>СД4>200мкл	СД4<200мкл
Орофарингеал кандидоз	26,7	62,1	94,7
Кандидозли эзофагит	5,6	45	21,1
Тери кандидози	4,4	8,6	26,3
Кандидозли вульвовагинит	2,8	-	2,6
Трахея, бронхлар,ўпка, ичаклар кандидози, кандидозли менингит, диссеминацияланган кандидоз	2,2	6,9	26,3

Қарийб барча беморларда (ОИТС босқичидаги беморларнинг 90%дан ортиғида) кандидознинг у ёки бу кўринишдаги шаклини аниқлаш мумкин. Иммунодефицит ортиб боргани сари кандидоз ривожланиш хавфи ҳам ортиб бораверади. Қуйидаги таблицада ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларда СД4 хужайралар миқдорига боғлиқ холда кандидознинг учраши келтирилган (жадвал № 7).

Орофарингеал кандидозда беморлар томоқ соҳасидаги оғриққа, ютинишнинг қийинлашувига, томоқда қичишишга, оғизнинг қуруқшаши ва ачишишига шикоят қиладилар. Касаллик ўчоғи тилда -64%, қаттиқ танглайда-19%, юмшоқ танглайда-17%, халқумда-16%, лунжда-16%, лабларнинг бурчагида-14% жойлашади, демак, кўпинча бир вақтнинг ўзида бир неча соҳа зарарланади. Терининг бурмалари кандидози ОИВ-инфекциясида камроқ учрайди. Агар пайдо бўлса, перианал ва чов соҳаларида жойлашади.

Орофарингеал кандидознинг 4 хил клиник шакли тафовут қилинади: псевдомембранали (молочница), кандидозли лейкоплакия – гиперпластик кандидоз, атрофик кандидоз, кандидозли хейлит (лаб бичилиши). ОИВ-инфекциясида келган кандидоз учун беморларнинг нисбатан ёшлиги, айниқса эркакларда кўп учраши, бир вақтнинг ўзида оғиз шиллик пардаси ва жинсий аъзолар соҳаларининг зарарланиши, катта-катта соҳаларнинг қамраб олиниши, оғриқ безовта қилиши, эрозиялар хосил қилишга мойиллиги ва нихоят ярага айланиши (ульцерация). Клиник аломатларидан: шиллик қаватнинг қизариши, караш билан қопланиши, эрозиялар хосил бўлиши, нуқтасимон қон қуйилиши, энантемалар, тилнинг сўрғичларининг теккисланиши, оғиз бурчакларининг бичилиши, тилнинг шиши, лейкоплакия кабилар кузатилади. Кандидознинг клиник шаклларида эритематоз тури энг кўп учрайди, ундан кейин псевдомембраноз тури, ангуляр хейлит, гиперпластик-эрозив, атрофик тури ва яна кўп учрайдигани кандидозли глосситдир. Эритематоз турида оғиз шиллик пардаси кучли қизаради, шишинқираган, сувли ва юмшоқ холга келади, бундай хол касалликнинг

бошланиш даврининг аломатидир. Кейинча касаллик ўчоғларида хар хил кўринишдаги ва ўлчамдаги карашлар пайдо бўлади. Карашларнинг ранги оқ, оқиш, крем рангида бўлиши мумкин. Дастлаб пайдо бўлганида уларнинг кўриниши уйиб, қотиб қолган сутни эслатади, шунинг учун “молочница” деб аталади, улар шиллиқ каватларни қоплаб турадилар. Бу карашларни дастлабки даврларда осон кўчириб олиш мумкин, аммо вақт ўтиши билан, касаллик узоқ вақт давом этганда улар кирлангансимон рангини ўзгартирадилар, кулранг тусга кирадилар, зичлашадилар, жойлашган сохада жуда мустахкам ўрнашиб оладилар, ёпишиб кетадилар, шунинг учун уларни энди кўчириб олиш мушкул. Бу эса кандидозли лейкоплакия юзага чиққанлигини билдиради. Карашнинг юзаси силлиқ, ялтироқ тусга киради, консистенцияси зичлашади. Баъзан улар пластинкасимон кўринишда, баъзан эса сузмасимон, ёки донадорга ўхшаш бўладилар. Касаллик ўчоғларида эрозиялар хосил бўлиб, улар оқиш рангдаги хошия билан ўралган бўладилар (расм № 211).



Расм № 211. Кандидоз.

Умуман кандидозли глоссит тилнинг устки ўрта қисмида (белида) караш ҳосил бўлишидан бошланади, кейинчалик тилнинг шиши кузатилади, тилнинг ёнбош қисмига тишларнинг изи чиқиб қолади, тил сўрғичлари айрим сохаларда ёки бутун тил юзасида атрофияга учрайди ва тил “локланган” кўринишда бўлади. Тилнинг ранги қип-қизил, малинасимон, юзаси ялтироқ, ипсимон сўрғичлари силлиқлашади, айрим холларда

“географик харита” кўринишида. Кўпинча ангуляр хейлит билан бирга келади, бунда оғиз бурчакларида гиперемия, мацерация, эрозия ва ёриқлар пайдо бўлади, мацерацияга учраб, кўпчиган мугуз қават билан ёқа каби ўралиб туради. Бир вақтни нг ўзида кандидозли стоматит (милкларнинг зарарланиши) ҳам кузатилиши мумкин.

Гиперпластик кандидозда (кандидозли лейкоплакия) шиллик қават хужайраларининг гиперплазияси кузатилади (бу касалликнинг узок вақт давом этиши хисобига келиб чиқади), бунда оқ караш шиллик қаватга зич ёпишиб кетган бўлади.



Расм № 212. Кандидоз.

Кейинчалик шиллик қаватда атрофия ривожланиши мумкин. ОИВ-инфекциясида орофарингеал кандидоз учун хос бўлган белгилардан бири унинг тез-тез қайталанишидир.

Антимикотик давони тўхтатилгандан кейин, касаллик бир неча кундан бир неча ойгача (6 ой) бўлган вақт ичида яна қайталанади ва борган сари кўпроқ сохани қамраб олиши ва кечиши оғирроқ ўтиши кузатилади ва трахеялар, бронхлар, ўпка ва қизилўнгач кандидози кабилар юзага чиқиши мумкин (расм № 212).

Қизилўнгач кандидозининг (кандидозли эзофагит) хар хил патологик ҳолатлар билан бирга келиши кузатилади. Булар герпетик инфекциялар, цитомегаловирусли инфекциялар, тери кандидози, лимфаденопатия, ўпка сили, ОИВ-энцефалопатия, бронхлар ва ўпканинг яллиғланиш касалликлари,

криптококкоз ва бошқалардир. Беморларда субъектив хиссиётлардан кўкрак орқасида оғриқ, қизилўнгачдан овқат ўтишининг қийинлашуви, ачишиш, кўкракнинг орқасида нохушлик сезиш, кўнгил айниши, иштаханинг пасайиши кузатилади. Фиброэзофагогастродуоденоскопияда қизилўнгач шиллиқ қаватида оқ караш аниқланади, унинг размери нуқтасимондан то массив кўринишгача бўлади. Катарал, катарал-эрозияли, катарал-яралли ўзгаришлар кузатилади. Эзофагит аломатлари баъзан қизилўнгачнинг юқориги 1/3 қисмида кузатилса, баъзан эса қизилўнгачни бошидан охиригача (тотал) камраб олган бўлади. Рентген контраст усулида текширилганда ҳеч қандай ўзгариш аниқланмайди.

Хикилдоқ ва трахеяларнинг кандидози кўпинча ним ўткир кечади: беморларни оз-моз йўтал безовта қилади, бунда оз миқдорда шилимшиқ балғам чиқиши мумкин, овознинг хириллаб қолиши кузатилади. Эндоскопияда кандидоз белгилари аниқланади: шиллиқ қаватнинг қизариши ва шиши, уларнинг юзаси осон кўчириб олиш мумкин бўлган оқиш караш билан қопланган. Ўпканинг кандидози кўпинча бошқа касалликлар- ўпка сили, криптококкоз, интерстициал пневмония, пневмоцистали пневмония кабилар билан бирга келади. Беморларнинг умумий ахволи ўта оғир бўлади, интоксикация ва озғинлик аломатлари устивор туради. Тана ҳарорати фебрил даражада кўтарилади, кучли бўлмаган йўтал безовта қилади, балғам шиллиқли ёки шиллиқ-йирингли бўлади, ўпкада қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Рентгенологик манзараси ҳар хил: чекланган сохаларда инфилтрат кузатилишидан то диффуз майда ўчоғли зарарланишгача. Аммо бу рентген манзаранинг қайси бири кандидоз туфайли ва қайсиниси бошқа патологиялар ҳисобига пайдо бўлганини аниқлаш мумкин эмас. Кандидоз диагнози даволаш самара берганлигига қараб аниқланиши мумкин.

ОИВ-инфекциясига чалинган беморларда кандидозли вульвовагинит бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайди ва албатта рецидивловчи кечади.

Болаларда тирноқлар кандидози ва тирноқ атрофидаги валикнинг кандидози (кандидозли онихия ва паронихия) кўп учрайди, шунингдек болаларда тотал дистрофик онихомикоз ҳам кузатилади.

Криптококкоз инфекцияси ОИВ-инфекциясида кўп учраши бўйича кандидоздан кейинги ўринда туради, аммо турли регионларда у бир хил тарқалмаган: Европада 2-4% кузатилса, Россияда 17%гача, Африкада 20-30%, АҚШда эса 6-9%дан 30% гачани ташкил қилади. Касалликнинг қўзғатувчиси капсула хосил қилувчи ачитқисимон замбуруғ хисобланади. Унинг 4 хил тури тафовут қилинади: *Cryptococcus neoformans*, *Cryptococcus albidus*, *Cryptococcus laurentii*, *Cryptococcus curvatus*. Одамларда касалликни асосан *Cryptococcus neoformans* чақиради. Инфекциянинг организмга кириш жойи бўлиб ўпка хисобланади, нафас олганда ҳаво билан биргаликда замбуруғнинг тупроқда мавжуд бўлган споралари ўпкага тушади, шунинг учун ўпка криптококкоз билан энг кўп зарарланувчи аъзо хисобланади. Ўпканинг криптококкози яширин кечади ёки носпецифик пневмония кўринишида бўлади, шунинг учун клиницистлар томонидан жуда кам холларда диагнози аниқланади. Криптококкознинг аниқлаш имкояти юқори бўлган клиник шакли, бу менингит ва ёки энцефалитдир. Қизиқарли томони шундаки, марказий асаб тизимида криптококкоз ривожланган пайтда, ўпкадаги касаллик ўчоғи сўрилиб кетган бўлади. Криптококклар томонидан чақирилганда менингитнинг асосий аломатлари хисобланадиган бош оғриғи, гипертермия, мия пардаларининг таъсирланиш (қитиқланиш) симптомлари фақат 50% беморлардагина кузатилади. Кўпгина беморларда носпецифик аломатлар: дармонсизлик, тана вазнининг камайиши, хароратнинг бироз кўтарилиши кабилар кузатилади. Агар беморда бош оғриши кузатилса, асосан пешона ва тепа сохаларида оғриққа шикоят қиладилар, унинг кучи (интенсивлиги) ҳам хар хил бўлади. Баъзан бош оғриши тўлқинсимон равишда, бир неча ой мобайнида кучайиб боради. Агар беморда синусит, гайморит, хафақон касаллиги кабилар бўлса, бош оғришига сабаб қайсиниси эканлигини фарқлаб олиш қийин, бемор буни мутлақо ажрата олмайди.

Гипертермия асосан субфебрил хароратдан то 39°C гача кўтарилиши мумкин. Агар беморда бошқа инфекцион касалликлар ҳам кузатилса, температуранинг кўтарилишига сабаб қайсиниси эканлигини фарқлаш мушкул. Криптококклар томонидан чақирилган менингитнинг энг асосий аломатларидан бири менингеал симптомларнинг манфийлигидадир, жуда кам холлардагина улар мусбат натижа беради. Бир вақтнинг ўзида беморларда рухий бузилишлар, шахсий хусусиятларининг ўзгариши, хотиранинг пасайиши, тормозланиш ҳолати, хаттоки чуқур энцефалопатия белгилари кузатилади. Касалликнинг кўп учрайдиган белгиларидан бири терида папуло-пустулез тошмалар пайдо бўлишидир, касаллик кучайганда тошмалар ҳам кўпаяди, касаллик регрессга учраса тошмалар ҳам йўқолади. 10-15% беморларда терида – юз ва бошнинг сочли қисмида юқумчил моллюскани эслатувчи тошмалар тошиши кузатилади. Булардан ташқари тугунлар, пустулалар, яралар, абсцесслар, папулосквामоз тошмаларпайдо бўлиши мумкин. Диагноз қўйиш учун орқа мия суюқлигини криптококкларга текширилади (микроскопик ва культурал), қон зардобида криптококкларга қарши антитаначалар борлиги текширилади, бош мияни компьютерли томография усулида текшириш ўтказилади.

Диссеминацияланган криптококкозда беморларнинг ахволи жуда оғир, силласи қуриган, озғин, гепатомегалия, спленомегалия кузатилади, буйракларнинг функцияси бузилади, микроскопик ва культурал текширилганда қондан криптококклар топилади.

Гистоплазмоз – бизнинг шароитимизда кам учрайдиган, ОИВ-инфекциясининг ноодатий асорати бўлиб, *Histoplasma capsulatum* томонидан чақирилади. Бу қўзғатуачи АҚШнинг марказий регионларида, Кариб бассейнида, Лотин Америкасининг субтропик зоналарида эндемик равишда тарқалган. Жараён диссеминацияланган характерда бўлади, симптомлари носпецифик: хароратнинг кўтарилиши, озиб кетиш, тезда чарчаш, умумий камқувватлик, қорин соҳасида оғрик, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия. Касаллик ўпканинг зарарланиши билан бошланади, пневмония бўлиши

мумкин, кейин эса гематоген йўл билан шиллик қаватларга, терига, жигарга, талокқа ўтади, 10% беморларда терида томчисимон параспориозни эслатувчи тошмалар пайдо бўлади. Папулосквामоз, папулонекротик ўчоғлар, фолликулитни эслатувчи тошмалар, пустулалар, тугунлар кузатилади.

Руброфития касаллиги қизил трихофитонлар томонидан чақирилади. ОИВ-инфекциясига чалинганларда руброфития худди полиморф эритема, себореяли дерматит, кафт-товон кератодермияси каби кечиши мумкин. Касалик кўпинча тарқоқ холда учрайди, терининг кўп сохаларини камраб олади, эритематоз, эритематоз-сквамоз тошмалар асносида инфилтрат ривожланиб, папулалар ҳам пайдо бўлиши кузатилади, хатто пуфакчалар ҳам ривожланиши мумкин. Себореяли дерматитга ўхшаб кечганда, бошнинг сочли қисмида, кулоқ супралари орқасида, пешонада, юзда, тананинг юқори қисмида эритематоз-сквамоз тошмалар, ёғли қалоқ-кипиқлар, пустулалар, папулалар ҳосил бўлади. Тери қуруқшаган, унсимон кипиқлар билан қопланган бўлади, эритема доғлари узук-узук холда жойлашган. Касаллик оғир кечганда қориннинг пастки қисмини, киндик, думба, сон сохаларини камраб олади. Кератодермияга ўхшаб кечганда бироз билинувчи унсимон кипиқлар ҳосил бўлишидан тортиб, то кафтларда ва товонларда кучли ривожланган кератотик массалар пайдо бўлиш даражасигача етиши мумкин, кўплаб ясси папулалар ҳосил бўлиши кузатилади. Руброфития касаллиги ОИВ-инфекциясида келиб чиққанда, тирноқларда онихия ва паронихияларнинг ривожланиши қонуний ҳолдир. Буни **проксимал тирноқ ости онихомикози** деб ҳам аталади. Кўпинча буни қизил трихофитонлар чақирсада, баъзан кандидозлар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Бунда тирноқ пластинкасининг проксимал қисмида сутсимон оқ доғ пайдо бўлади. Касаллик асосан оёқ тирноқларини зарарлайди, қўллар тирноқларининг зарарланиши паронихияларнинг асорати сифатида юзага келади. Инфекция тирноқ матриксини зарарлаши туфайли, тирноқ валигининг орқа томонида оқ доғча пайдо бўлади ва аста-секин катталаша бориб, тирноқнинг ойсимон қисмини бутунлай қоплаб олади. Бу доғ дистал томонга қараб катталанишида

давом этади, тирноқ пластинкасини бутун ички юзасини қоплаб олади. Агар касаллик кандидозлар томонидан чақирилган бўлса, тирноқлар қалинлашади, тиниқлигини йўқотади, ранги қўнғир-қора тусга киради, кўндаланг чизикчалар пайдо бўлади. Бир вақтнинг ўзида тирноқ валиги ҳам зарарланади, улар оғрийди, шиш кузатилади, гиперемия мавжуд бўлиб, у ерни босиб кўрилса, бир томчи йиринг чиқади, босганда оғриқ кучаяди.

Ранг-баранг темиртки ОИВ-инфекцияси билан бирга келганда пайдо бўлган доғларнинг ўлчамлари катта бўлади, танганинг ўлчамигача бўлиши мумкин, доғларнинг асосида пальпацияда жуда яхши билинувчи инфилтрат хосил бўлади, натижада доғлар пилакчаларга айланадилар. Касаллик тананинг катта сохаларини қамраб олади, доғлар бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар, даволашга чидамли бўлади, тезда қайталади.

Дерматомикозлар ОИВ-инфекциясига чалинганларда одатдагича кечиши ҳам мумкин, аммо кўпинча атипик кечади, кўп учрайди, бўйинда, юзда кўп ўчоғли жойлашиб, кўп шакли эксудатив эритемани, себореяли дерматитни, фолликулитни эслатиб юборади, узок вақт давом этади.

Вирусли инфекциялар

ОИВ-инфекциясида вируслар томонидан чақирилган касалликлардан энг кўп учрайдиганлари герпесвирусли инфекциялардир.

Оддий пуфакчали темиртки вируслари билан одатда, 10 ёшгача бўлган болаларнинг 90%и, катта ёшдагиларнинг эса қарийб барчаси зарарланган (инфицирланган) хисобланадилар. ОИВ-инфекциясига чалинган беморларда оддий пуфакчали темиртки (оддий герпес инфекцияси) томонидан чақирилган касаллик 70% беморларда учрайди, шулардан 50%ида тўхтовсиз қайталанувчи клиник шакли, 27% беморларда эса тарқалган шакли ёки генерализацияланган шакли, 17% беморларда ярали-некротик шакли кузатилади. ОИВ-инфекцияси билан боғлиқ холда юзага келган оддий пуфакчали темиртки (герпетик инфекция) кўп сохаларга тарқалган бўлади, тезда-тезда қайталаниб туради, 1 ойдан ортиқ вақт давом этади. Бунда зарарланган терида ёки шиллик қаватда эритема доғи, тўп-тўп бўлиб

жойлашган кўп миқдордаги везикулалар пайдо бўлади, беморларни оғриқ, ачишиш безовта қилади, шиллиқ қаватларда жойлашса, гиперсаливация, овқат истеъмол қилишнинг қийинлашуви ва овқат еганда оғриқ безовта қилади. Жинсий аъзолар соҳасида жойлашса жинсий алоқа қилиш оғриқ хисобига қийинлашади, алоқа пайтида кучли оғриқ безовта қилади. Иммунодефицит кучайиб боргани сари клиник манзара ўзгаради. Эпидермиснинг некрози туфайли герпес дастлабки холдаёқ эрозиядан бошланади, везикула ҳосил бўлмайди. Даволанмаса йирик эрозиялар бир неча кун ичида некрозга учрайдилар, натижада улар ярага айландилар, яранинг қирғоқлари бироз кўтарилган. Касаллик рецидив берганда яралар бир неча ҳафталаб ва ойлаб катталашиб борадилар ва йирик ўлчамларни ҳосил қиладилар. Бундай яралар герпеслар энг кўп учрайдиган соҳаларда жойлашади: оғиз шиллиқ пардасида, томоқда, қазилўнгачда, жинсий аъзолар соҳасида, перианал соҳада, тўғри ичакда, ораликда. Соф ОИТС босқичида эса яралар-некротик клиник шакли намоён бўлади. Бунда везикулалар ўрнида дастлабки даврданоқ яралар пайдо бўлади, улар аста-секин кенгайиб, катталаша боради ва диаметри 2 смдан то 10-20см гача ва ундан ҳам катта ўлчамгача етади. Яраларнинг қирғоқлари валиксимон, қалинлашган, тубида намлик (сероз) ёки қалоклар кўзга ташланади (расм № 213).



Расм № 213. Оддий пуфакчали темиратки.

Яралар айниқса чов сохасида, думбалар оралиғида бўлса, бир –бирлари билан қўшилиб кетадилар, кучли оғриқ безовта қилади. Бундай тери жараёни бир неча ойлаб ўзгаришсиз туради, даволаш чоралари жуда секинлик билан самара беради, яралар усти қалоклар билан қопланиб, чандиқ хосил бўлиши жуда узоққа чўзилади.

Герпетик яралар анус атрофида, оғиз шиллик пардасида, тўғри ичакда, кўпинча жинсий аъзолар сохасида, эркакларда олатда, мойк халтасида, уретрада, сийдик қопчасида, простата безида, аёлларда қинда, бачадоннинг бўйин қисмида, бачадонда учрайди. Яралар жуда кучли оғриқ чақирадилар, дефекация акти қийинлашади, уретрада жойлашган бўлса, сийганда оғриқ янада кучаяди. Оғиз шиллик пардасида жойлашса, овқатни истеъмол қилиш оғриқ хисобига ўта қийинлашади, хаттоки беморлар овқат ейишдан воз кечадилар. Яралар хатто даволанганда ҳам жуда узоқ вақт сақланиб турадилар, даво чоралари тўхтатилса, тезда яна пайдо бўладилар. Беморларда бир вақтнинг ўзида герпетик стоматит, фарингит, эзофагит кабилар кузатилиши мумкин.

Генерализацияланган оддий герпеснинг висцерал ва диссеминацияланган турлари тафовут қилинади. Висцерал шаклида битта ёки бир нечта ички аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Сероз менингит, менингоэнцефалит, гепатит, пневмония ва бошқа касалликлар юзага келади. Диссеминацияланган оддий герпеснинг клиникаси вирусли сепсиснинг клиникасидир. Интоксикация аломатлари, юқори харорат, геморрагик тошмалар, қон кетиши, кўплаб ички аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Оғир шаклдаги гепатит, менингит, диффуз менингоэнцефалит, бронхопневмония, кератоконъюнктивит, ДВС синдроми учрайди. Зарарланган барча аъзоларда катта ўлчамдаги некрозлар, геморрагик ўзгаришлар кузатилади. ОИВ-инфекциясининг 3-А босқичида оддий герпес вируси томонидан терида чақирилган касаллик 39% беморларда, оғиз шиллик пардасининг зарарланиши 6,5% беморларда, жинсий аъзолар зарарланиши 9,7% беморларда учрайди. Касалликнинг 3-В босқичида эса

теридаги герпетик жараён 46% беморларда учраб, уларнинг 12,5% тида ярали-некротик шакли аниқланади, оғиз шиллиқ пардасида 18,8% учрайди, уларнинг кўпчилик қисми везикулез-эрозив гингвит кўринишида бўлади, жинсий аъзолар соҳасида 22,5% беморларда учрайди. Умуман олганда оддий вирус герпесига диагностик имконияти юқори ва аниқ бўлган ДНКга текширувлар ўтказилиши оқибатида шу нарса аниқландики, ОИВ-инфекциясининг 2-В босқичида бу текшириш 26% беморларда мусбат натижа берган, 3-А босқичида эса 41,9% беморларда, 3-В босқичида ва касалликнинг 4-босқичида эса 88% беморларда мусбат натижа берган. Касалликнинг 4-босқичида беморларда астеновегетатив синдром, “сурункали чарчаш”, деменция аломатлари кузатилади.

Ўраб олувчи темиртки- герпес зостер касаллиги хужайра иммунитетини вақтинчалик ёки турғун пасайиб кетганда латент инфекциянинг авж олиши оқибатида келиб чиқадиган вирусли инфекциядир. ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларда бу касаллик 30% дан ортиқ ҳолларда учрайди, касалликнинг қайталанувчи клиник шакли эса 60 ёшдан кичик бўлган беморларда ОИВ-индикаторли касаллик сифатида қаралади. Герпес зостер (ГЗ) ОИВ томонидан чақирилган иммуносупрессиянинг энг эрта намоён бўладиган маркери ҳисобланади, шунинг учун бу касаллик ОИВ-инфекциясига чалинганларда хали ҳеч қандай бошқа клиник аломатлар юзага чиқмасдан туриб, яъни иммунодефицитнинг эрта давридаёқ кузатилади, кандидоздан 1 йил аввал юзага келиши мумкин. Бошқа оппортунистик инфекциялар ва ўсмалар ГЗ пайдо бўлгандан кейин бир неча ойлар ва ҳатто йиллар ўтгач намоён бўладилар.

Аниқланган маълумотларга кўра, ГЗ билан оғриганларнинг 22% идан 73% игача ОИВ-инфекциясига чалинганлар бўлиб чиққан, шунинг учун бу касалликнинг ОИВ-инфекциясини аниқлашда ахамияти катта (расм № 214).



Расм № 214. Ўраб олувчи темиратки.

CDC классификацияси бўйича олиб қаралганда касалликнинг А босқичида ГЗ 5,2% беморларда учрайди, В босқичида эса 20,9%, С босқичида 16,6% беморларда учрайди. ОИВ-инфекциясига чалинганларда ГЗ диагнози аниқлангандан ўртача ҳисобда 4 йил ўтгач, касалликнинг терминал босқичи – соф ОИТС ривожланади. Олимлар томонидан кузатишлар натижасида шу нарса аниқландики, ОИВ-инфекциясида ГЗ касаллиги учун қуйидаги белгилар ўзига хос ҳисобланади:

1. Беморларда касаллик ўчоғида оғриқнинг (невралгик симптомнинг) жуда кучли бўлиши.
2. Оғир шаклда кечиши.
3. Бош ва бўйин сохаларининг кўпроқ зарарланиши.
4. ГЗ кузатилганда ОИТС босқичига ўтиб кетишнинг тезлашуви (яъни касалликнинг прогрессивлашуви).

ОИВ-инфекцияси диагнози аниқлангандан кейин 2 ойдан 5 йилгача бўлган даврда ГЗ кўпроқ аниқланади. ГЗ касаллигининг бошланиши инфекцион токсикоз аломатларидан иборат: хароратнинг бироз кўтарилиши, ёки қисқа муддатли субфебрилитет, камдан кам ҳолларда тана харорати 38-38,5°C гача кўтарилади, умумий ахволнинг бузилиши- нохушлик, бош оғриши, келгусида тошмалар пайдо бўладиган сохада оғриқлар кузатилади. Касаллик ўчоғи кўпинча кўкрак сегментларида жойлашади, ундан кейинги ўринда бўйин ва бош сохалари, айниқса кўз сохаси, бел сохаси туради.

Касалликнинг клиник манзараси сув чечак ва ўраб олувчи темиртки бирга келгандек тус олади. Терида тошмалар пайдо бўлгач, тез фурсат ичида кўпаяди, теридаги жараён кўпинча чуқур жойлашган, яралар хосил бўлиши билан кечади, кўпинча иккиламчи бактериал инфекциялар кўшилади. Бемор ўз вақтида адекват даволанадиган бўлса, яралар ўрнида чандиқлар хосил бўлади. Касаллик рецидив берганда тошмалар агар эски касаллик ўрнида пайдо бўлса, яна яралар ёки эрозиялар хосил бўлади, шу соҳада бир неча маротаба қайталанадиган бўлса, 1-2 йиллаб кечиши туфайли, энди у ерда везикулалар хосил бўлмайди, сўгални эслатувчи тугунчалар хосил бўлади, ўша соҳа куруқшаган, кепакланиш кузатилади, папулалар мугуз пластинкалари билан қопланади, сўгалсимон ўсимталар ривожланади ва ташқи кўриниши сўгални эслатиб юборади. Агар касаллик хар сафар рецидив берганда бошқа соҳани зарарласа, у ерда ГЗга хос бўлган везикулалар, эрозиялар, яралар кузатилади. Кўпинча тошмалар диссеминацияланган (бутун тана бўйлаб тарқалган) холда учрайди, сурункали диссеминацияланган холда кечса, янги элементлар доим янги-янги соҳаларда пайдо бўладилар. Кафт ва товонларда пайдо бўлса, доимо пуфаклар хосил бўлади, юлшқа соҳаларда эса пуфакча (везикула) ва пуфаклар бўлиши мумкин, Бу везикулалар ва пуфаклар ўзларидан кейин яраларни хосил қиладилар ва хосил бўлган яралар эктима элементларига ўхшаб кетади, хосил бўлган чуқур яралар қалоқлар билан қопланган, уларни битиши узоқ чўзилади. Баъзан касаллик ўчоғида гипо- ва гиперпигментация ривожланади. Касаллик ўчоғидаги оғриқ беморларда кучли бўлади, айрим холларда сурункали характерда бўлиб қолади (сурункали зостер ассоциацияланган оғриқ), аммо 8-9 хафта ўтгач, оғриқ кескин камаяди, ёки бутунлай безовта қилмай қўяди, 6 ойдан кейин беморлар умуман оғриққа шикоят қилмайдилар. Касаллик ўчоғи кўз соҳасини қамраб олганда, кератит, хориоретинит ва увеит каби асоратлар жуда кўп учрайди. Баъзан эса кўз тўрсимон қаватининг ўткир некрози кузатилади. Кўз тўр пардасининг ўткир некрози қовоқлар ва конъюнктива зарарланмаган холда ҳам кузатилиши мумкин. ОИВ-

инфекциясининг терминал босқичида (ОИТСда) беморлар зостер энцефалитдан халок бўлишлари мумкин. Адабиётларда терида ГЗ га хос тошмалар пайдо бўлмасдан ярим ўткир менингоэнцефалит ривожланганлиги хақида маълумотлар бор. Бундан ташқари терминал босқичда яна диффуз вентрикулит ривожланиши беморнинг халок бўлиши билан яқунланиши мумкин. Бош миянинг ГЗ вируси билан бевосита зарарланиши оқибатида лейкоэнцефалитлар ва яллиғланишсиз васкулопатиялар келиб чиқади. Демак, ОИВ-инфекциясига чалинганларда ГЗ қайталаниб кечади, узоқ вақт давом этади, теридаги тошмалар чуқур бўлиб, яралар хосил қилади, ўзидан кейин чандик қолдиради, кўпинча диссеминация беради.

Цитомегаловирусли инфекция (ЦМВИ) – 5 типдаги герпесвируслар томонидан чақирилади. ЦМВИ ОИВ-инфекциясига чалинганларда энг оғир оппортунистик инфекциялардан бири хисобланади ва кўпинча беморлар ўлимининг сабабчиси хисобланади. Кузатувлар натижасида шу нарса аниқландики, ОИТС блсқичида ЦМВИи 20-40% беморларда учрайди ва бир вақтнинг ўзида кўплаб ички аъзоларни зарарлайди. Шу билан бир вақтда, касалликнинг хақиқий клиник манзарасини ва аслида қанчалик кўп учрашиши аниқлаш жуда мушкул, чунки бу касаллик кўпинча бошқа касалликлар билан бирга келади ва клиникаси хам ўзига хос эмас, бошқа касалликларнинг клиникасига ўхшаши мумкин. ОИВ-инфекциясида цитомегаловируслар (ЦМВ) жуда кўп холларда кўзни зарарлайди ва ретинит чақиради. Ретинит ОИТС босқичида 50%гача беморларда кузатилади ва кўрув нервининг атрофияси ёки некротик васкулит хисобига ривожланган кўз тўрсимон пардасининг ёппасига кўчиши (тотал) оқибатида беморнинг бутунлай кўр бўлиб қолиши билан яқунланади. Жараён кўп ўчоғли некротик ретинит кўринишида кечади, унга геморрагиялар қўшилади, пахтасимон оқ ўчоғлар хосил бўлади. Марказий асаб тизими 10-20% беморларда зарарланади. Ярим ўткир энцефалит, менингоэнцефалит, миелит, полирадикулопатия, полинейропатия кузатилади (оёқларда). Бош мия хужайраларини ОИВ билан биргаликда ЦМВлар зарарлаши оқибатида

ОИТС-деменция келиб чиқади, чунки бош миянинг пўстлоқ қисмида микроинфарктлар кузатилади, венрикулоэнцефалит оқибатида эса паравентрикуляр паренхимада ва бош миядан чиқаётган 12 жуфт нервларда некротик ўзгаришлар юзага келади. ЦМВИ оқибатида буйрак усти безларида кўп ўчоғли коагуляцион некроз келиб чиқади, ошқозан-ичак тизимида ярали-некротик зараёнлар ривожланади (эзофагит, энтероколит), гепатит, склерозловчи холангит, нефрит, миокардит, панкреатит, пневмония каби патологиялар юзага чиқади. ОИВ-инфекциясининг охириги даврларида келиб чиқадиган силла қуриш, кахексия холатларида диссеминацияланган ЦМВИнинг ҳам ахамияти бор. ЦМВ ининг суяк илигига патологик таъсири натижасида панцитопения келиб чиқади. ЦМВ US-28 деб кодланувчи оқсили ОИВнинг CD4 хужайраларининг ичига киришига ёрдам беради, ўз навбатида ОИВнинг gp120 оқсили эса ЦМВ ни фаоллаштиради ва бу айтиб ўтилган холатлар ҳам патологик жараёнда муҳим рол ўйнайдилар. Аёлларда ЦМВ жинсий аъзоларни (бачадон бўйнини, эндометрийни, тухумдонларни, фаллопий трубаларини) зарарлаши туфайли, бачадон бўйни карциномаси ривожланишига сабаблардан бири ҳисобланади.

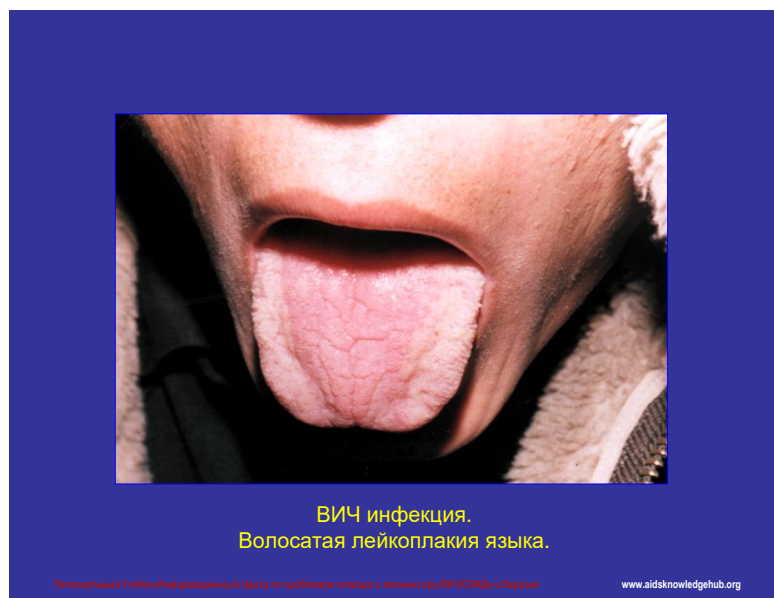
ЦМВИ си хомилага ўтган бўлса, хар хил мажрухликларга ва хомиланинг халок бўлишига сабаб бўлади. Аммо хомиладорликнинг охириги паайтларида хомила зарарланган бўлса, туғилгандан кейин сариқлик, гепатоспленомегалия, тромбоцитопеник пурпура, МНСнинг касалликлари, пневмония кабилар кузатилади. Касаллик учун энг хос бўлган симптомлардан бири, бу геморрагик симптомдир. Чақалоқ туғилгандан кейин бир неча соатлар ичида ёки биринчи кунларида чақалоқнинг юзида, баданларида, оёқ ва қўлларида кўп миқдорда петехиал тошмалар пайдо бўлади, терига ва шиллиқ пардаларга қон қуйилади, киндикдан қон оқиши кузатилади, ичи қонли (қонли стул) келади. Геморрагик синдром 8-10 кунлардан кейин бартараф бўлади, аммо бир неча хафтадан кейин яна юзага чиқиши мумкин. Баъзи чақалоқларда сариқлик кучаяди, пневмония ривожланади, нафас етишмовчилиги келиб чиқади, буйраклар зарарланади.

Кейинчалик хориоретинитлар, катаракта, кўриш нервининг атрофияси ривожланади ва болалар кўр бўлиб қоладилар. Агар касаллик ўткир кечса, кўпинча иккиламчи инфекциялар кўшилиши оқибатида чақалоқлар бир неча хафта ёки ойлар ичида халок бўладилар.

Эпштейн-Барр вируси инфекцияси (ЭБВ)- 4типтаги герпес вируслари хисобланади ва В-лимфоцитларга нисбатан тропизмга эгалар. Бу вируслар томонидан чақирилган касалликлар жуда хилма-хил бўлиб, инфекцион моноклеаз, нейроинфекцион касалликлар, ўсма касалликлари (Беркит лимфомаси, бурун-танглай карциномаси, оғиз шиллиқ қавати лейкоплакияси, В-хужайрали лимфомалар) ва бошқаларни чақиради. ОИВ-инфекциясига чалинганларда оғир иммуносупрессия даврида, яъни соф ОИТСда ЭБВ инфекциясининг генерализацияси кузатилади, ўткир ва сурункали нейроинфекцион касалликлар- синдром Гиен-Барр типдаги полирадикулоневрит, мононейропатия (Белл синдроми), миелит, энцефалит кабиларни келтириб чиқаради. Беркитт лимфомаси ҳам оғир иммунодефицит ҳолатида юзага чиқади. Жағ соҳасида битта ёки бир нечта ўсмалар пайдо бўладилар, улар диффуз равишда кенгайиб борадилар ва қалқонсимон безга, сўлак безларига тарқалади, суякларни емиради, жағнинг, буруннинг деформациясини чақиради, тишларнинг тўкилиб кетишига олиб келади. Бурун-танглай карциномасида буруннинг бўшлиғининг ўрта қисмида, латерал томонда ўсма пайдо бўлади, ужуда тезда катталашади, танглайга тарқалади, жағ ости лимфа тугунларига метастазлар беради. Бирламчи аломатлари- бурундан нафас олишнинг бузилиши, кейин бурундан шиллиқ – йирингли оқма келади, унга қон аралашган бўлиши мумкин. Ўсма катталашгани сари эшитиш пасаяди, қулоқда шовқин пайдо бўлади, оғриқ чакка соҳасига иррадиация беради. Ўсма танглайнинг ёнбош қисмига тарқалса, учлик нервнинг невралгияси, эшитишнинг бузилиши кузатилади, тезда умумий интоксикация аломатлари пайжо бўлади.

Тукли лейкоплакиялар. Бу касаллик ўзига хос бўлиб, фақат ОИВ-инфекциясига чалинганлардагина кузатилади. Беморларда Эпштейн-Барр

вирусларидан ташқари баъзан кандида ҳам топилади. Касаллик ўчоғлари оғиз шиллиқ пардасида, тилда, айниқса тишларнинг изи тушган ёнбош қисмида, лабнинг қизил хошиясида жойлашади. Бу касалликни теридаги сўгалларнинг шиллиқ қаватларда ўзига хос намоён бўлиши деб ҳам қаралади. У ерларда тукли лейкоплакиялар ривожланади, бу ҳолат клиник нуқтаи назардан шиллиқ қаватнинг оқ рангли бўлиб калинлашувидир. Унинг чегаралари ноаниқ, юзаси нотекис, “гофрилангандек”, яъни ажинга ўхшаган бужмайган бўлади. Эпителийнинг ипсимон ўсиб кетиши ҳисобига худди туклар билан қоплангандек манзара касб этади. Ўсмаларнинг ўлчамлари бир неча ммдан 2-3смгача етиши мумкин. Шиллиқ қават бурмалари теккисланиб кетади, беморларни ҳеч қандай субъектив ҳиссиёт безовта қилмайди, аммо баъзан касаллик ўчоғида ачишиш, ўша соҳада совуқни ҳис қилиш, оғизда там билишнинг йўқолиши кузатилади (расм № 215).



Расм № 215. Тукли лейкоплакия.

Агар тошмаларга тегиб кетилса, улар осон қонаб кетадилар. Тилнинг пастки ва ёнбош қисмларида кўп учрайди, оқиш пиллакчалар икки томонлама жойлашсада, аммо асимметрик бўлади. Баъзан шундай элементлар юмшоқ танглайда ва лунжда ҳам пайдо бўладилар. Лейкоплакиялар шунингдек вульвада, олатнинг бош қисмида, клиторда, қинда, бачадон бўйин қисмида ҳам учрайди. 2-3см диаметрдаги оқ ёки

оқиш-кулранг касаллик ўчоғлари пайдо бўлади, уларнинг чегараси аниқ, яхши билинади. Лейкоплакия ўчоғларининг ўз-ўзидан йўқолиши кузатилмайди.

Вирусли касалликларнинг алоҳида гуруҳини пролифератив касалликлар ташкил қиладилар: юқумчил моллюск, тукли лейкоплакия (юқорида берилди), оддий сўгаллар, ўткир учли кондилломалар. Юқумчил моллюск ОИВ-инфекциясига учраганларнинг 18% ида учрайди. Касалликнинг қай даражада оғирлиги иммунодефицит даражасига боғлиқ. Кўплаб папулез элементлар пайдо бўлиши, йирик тугунлар ҳам ҳосил бўлиши ҳосдир, уларнинг диаметри 1смгача етиши мумкин. Юзда, бўйинда, тери бурмалари сохаларида кўп учрайди. Эркакларда соқол олиш оқибатида жуда кўпайиб, тарқалиб кетиши кузатилади. Қулоқ супраларида кистоз элементлар ҳосил бўлади, кафт ва товонлар эса жуда кам зарарланади.

Оддий сўгаллар ОИВ-инфекцияси билан хасталанганларда кўп учрайди. Асосан юз соҳасида пайдо бўлади. Агар перианал соҳада учраса, жуда тезда кўпайиб кетади, терапияга резистентлиги билан ажралиб туради.

Кўпгина гомосексуалистларда орқа пешов ва жинсий аъзолар соҳасида ўткир учли кондилломалар учрайди, улар хаддан зиёд кўпайиб кетади, даволашга чидамли бўлади. Аммо буларнинг ичида энг хавфлиси Бовеноидли папулездир. Бовеноидли папулез кўпроқ аёлларда учрайди, бачадон бўйнини, вульвани зарарлайди, эркакларда эса олатда кузатилади, шунингдек бу касаллик оралиқ терисида, орқа пешовда (каналда) ҳам кузатилади. ОИВ-инфекциясига мубтало бўлган аёлларда бу касаллик соғлом аёллардагига нисбатан 6-8 баробар кўп учрайди. Бовеноидли папулез ясси хужайрали ракка айланиб кетади.

Бактериал инфекциялар

Булар жуда кўп ва хилма-хилдир. Бактериал инфекциялар терини, шиллик қаватларни, ошқозон ичак тизимини, ўпкани, асаб тизимини ва

бошқа аъзоларни зарарлаши мумкин. Терида кўп учрайдиган касалликлар асосан йирингли касалликлар бўлиб, уларга хуснбузарсимон фолликулит, шанкрсимон пиодермия, импетиголар, ярали пиодермия ва атипик пиодермиялар кирадилар. ОИВ-инфекциясида стафилококлар томонидан чақирилган терининг бактериал инфекциялари энг кўп учрайди. Стафилококлар фолликулит, фурункул, карбункул, тромбофлебит каби касалликларга сабаб бўлади ҳамда, бошқа дерматозларнинг (нейродермит, кўтир, герпес яраси ва бошқалар) асоратлари сифатида ҳам намоён бўладилар, бактериемия ва сепсис келтириб чиқариши мумкин.

Эозинофилли фолликулит ёки акнесимон фолликулит соч фолликулалари атрофида учрайди. Тананинг юқори қисмида, юзда, бўйинда, оёқ-қўлларнинг юқори томонида жойлашади. Ўртасида соч толаси кўриниб турадиган, диаметри 3-5мм бўлган папулалар ва пустулалар ҳосил бўлади, шу соҳада шиш кузатилади. Элементлар сони юзлаб ва ундан ортиқ бўлади. Касаллик кучли қичишиш билан кечади, қонда эозинофилия кузатилади. Қашлаш оқибатида эксфолиациялар ва геморрагик қалоқлар ҳосил бўлади, терида нейродермитни, қичимани эслатувчи клиник манзара кузатилиши мумкин. Иккиламчи инфекция қўшилганда йиринглайди (яъни ўчоғ катталашади), Янги элементлар пушти-қизил ёки ёрқин қизил бўлади, эскиларида эса яллиғланишдан кейинги гиперпигментация кузатилади. Баъзан фолликулитлар қўлтиқ остига тошадилар, айрим ҳолларда некрозланувчи фолликулитлар ҳосил бўлади, яъни элементлар некрозга учрайдилар. Баъзан элементларнинг марказий қисми некрозга учраб, папулонекротик тери силига ўхшаб қолади. Фолликулитлар тарқоқ холда (диссеминацияланган) жойлашганда, периферик лимфа тугунларининг барчаси катталашган бўлади. Акнесимон фолликулитларнинг яна бир ўзига хос томони, улар фақат себореяли сохалардагина эмас, балки бошқа жойларда ҳам (баданнинг пастки қисмларида, оёқларда) пайдо бўладилар.

Терида ОИВ-инфекциясида фолликулитдан ташқари яна шанкрсимон пиодермия, фурункул, ярали пиодермия, эктима, рупия каби одатдаги йирингли касалликлар, ҳамда атипик пиодермиялар (Гофманнинг фолликулити ва перифолликулити, гангреноз пиодермия, Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси ва бошқалар) ҳам учрайдилар, аммо уларнинг кечиши оғир ўтади, чуқур яралар хосил қиладилар, атрофга тарқалишга мойил бўладилар, узок вақт давом этадилар, даволашга чидамлидирлар, тезда рецидив бериши кузатилади.

Бактериал ангиоматоз системали инфекция бўлиб, *Bartonella henselae* томонидан чақирилади, инфекциянинг резервуари мушуклар хисобланади. Касаллик терида қон томирларининг ўсмалари пайдо бўлиши билан кечади. Инкубацион даври ноаниқ, мушуклар тимдалагандан ёки тишлагандан кейин юқади. Терида диаметри 2-3смгача бўлган, гемангиомани эслатувчи папулалар ёки тугунлар пайдо бўлади. Элементлар дермада жойлашган бўлиб, уларнинг устидаги эпидермис юпқалашган ёки эрозияга учраган, элементнинг асоси кўчиб чиққан эпидермис билан ёқа каби ўралган. Айрим элементлар телеангиэктатик гранулемага ўхшайди. Тери остида жойлашган тугунлар 1-2см бўлиб, кистага ўхшайди. Камдан кам холларда абсцесс кузатилади. Элементлар сони 1-2 донадан юзлабгача бўлиши мумкин, баъзан эса мингдан ортади. Элементлар ранги қизил, ёрқин қизил, сафсар, баъзан эса атрофдаги тери ранги билан бир хилда. Пальпация қилинганда консистенцияси зич (қаттиқ), диаскопияда ранги оқармайди, пальпацияда оғриқ кузатилади (Капоши Саркомасида оғриқ бўлмайди). Терининг хар қандай соҳасида учраши мумкин, аммо кафт ва товонларда жуда кам учрайди, агар қўлда учраса ҳам фақат дактилит кўринишида бўлади, кўкрак соҳасида кўпроқ учрайди. Оғиз шиллиқ пардасида, лабда гемангиомага ўхшаш тугунлар бўлади. Халқумнинг зарарланиши нафас йўллари обструкциясига олиб келиши мумкин. Гематоген ёки лимфоген йўл билан касаллик жараёни диссеминацияга учраса, жигар ва талоқ ҳам зарарланади ва

гепатоспленомегалия, спленит, жигар абсцесси, жигар ва талоқнинг гранулематоз яллиғланиши учрайди, кўпинча пелиоз ривожланади. Шунингдек камроқ холларда юракнинг зарарланиши (эндокардит), бошқа юмшоқ тўқималар - илик, лимфа тугунлари, мушаклар ҳам зарарланадилар. МНСнинг зараланиши асептик менингит, энцефалопатия, мия абсцесси кўринишида бўлади. **Жигар пелиози** кўнгил айнаши, қайт қилиш, ич кетиши, хароратнинг кўтарилиши, совуқ қотиш каби аломатлар билан бошланади. Суяклар зарарланганда уларда оғриқ пайдо бўлади. Беморнинг ахволи жуда тезда оғирлашиб боради. **Бартонеллезли сепсис** секин аста, бир неча hafta ёки ойлар мобайнида ривожланади. Камқувватлик, ўзини нохуш сезиш, иштаханинг пасайиши, озиб кетиш, аста-секин кучайиб борувчи, тўлқинсимон равишда хароратнинг кўтарилиши кузатилади.

Салмонеллез, шигеллез, кампилобактериоз каби бактериал инфекциялар асосан ошқозон-ичак тизимини зарарлайди, кўпинча *S. enteritidis* ва *S. typhimurium* лар томонидан чақирилади. ОИВ-инфекциясининг бошланғич даврларида салмонеллез гастроинтестинал шаклда чекланган соханинг (битта аъзонинг) инфекцияси сифатида намоён бўлади. Аммо касалликнинг кечки даврларида у септик шаклда учрайди, касаллик қайталаниб кечади, клиникаси оғир, антибиотиклар билан даволашга чидамли бўлади.

Микобактериал инфекциялар *Mycobacterium avium intracellulare* ва *Mycobacterium tuberculosis*лар томонидан чақирилади. *Mycobacterium avium intracellulare* оппортунистик патоген бўлиб, иммун тизимида ўзгариш бўлмаган инсонларда касаллик чақирмайди, аммо ОИВ-инфекциясида ўпкани, жигарни, талоқни, лимфа тугунларини, иликни, ичакларни зарарлаши мумкин. Касалликнинг аломатлари ҳам жуда хилма-хил бўлиши мумкин. Умумий белгилари: мадорнинг қуриши, хароратнинг кўтарилиши, кечқурунлари жуда кўп терлаш, озиб кетиш, панцитопения.

ОИВ-инфекциясида **сил касаллигининг** (*Mycobacterium tuberculosis* томонидан чақирилган) клиник манзараси ўзгарган бўлади, кўпинча ўпканинг пастки ва ўрта қисмлари зарарланади, инфильтрация кўпинча носпецифик кўринишда бўлади, кўкрак қафасидаги лимфа тугунлари катталашадилар. Касаллик бошқа аъзоларга тезда тарқалиши мумкин, суяклар, ошқозон-ичак тизимидаги аъзолар, бош мия зарарланиши мумкин. ОИВ-инфекцияси фонида ривожланган сил касаллигининг асосий белгилари астения, доимий ёки интермиттирланган хароратнинг кўтарилиши, узок давом этувчи йўтал. беморнинг кучли озиб кетиши, диарея. 65% холларда лимфа тугунларининг катталашгани (асосан қўлтиқ ости, бўйин сохаларидаги) аниқланади, уларнинг консистенцияси қаттиқ, юзаси нотекис, пальпацияда қийинлик билан жилади. ОИВ-инфекциясида ўпкада силнинг кўп ўчоғли (катта ўлчамдаги ўчоғлар), тезда некроз (ўпка тўқимасининг емирилиши) берадиган ва миляр шакллари кўп учрайди. Кўп холларда сил касаллигининг бошқа банал инфекциялар томонидан чақирилган пневмония билан бирга келиши диагноз қўйишни қийинлаштиради. Бундан ташқари ушбу беморларда балғамда микобактериялар жуда кам холлардагина топилади, шу билан бир вақтда қонда микобактериялар кўп топилади. булар ҳам ОИВ-инфекцияси билан бирга келган сил учун хос белгилардир. Таъкидлаш керакки, ўпкадан бошқа аъзоларнинг сили ОИВ-инфекциясида кўп учрайди. Териди эса кўпинча скрофулодерма кўринишида бўлади, Капоши Саркомаси билан бирга келиши мумкин. Фтизиатрияда диагноз қўйишда кенг қўлланиладиган туберкулин синамалари ОИВ-инфекциясида туберкулинга анергия мавжудлиги туфайли самарасиздир. Шунинг учун ўпкадан бошқа аъзоларнинг сил касаллигини диагностикасида биопсия алохида ахамият касб этади. ОИВ-инфекциясининг эрта даврларида 70% беморларда касалликнинг инфильтратив ва ўчоғли шакллари учрайди, 15% холларда эса кўкрак қафаси ичидаги лимфа тугунларининг сили ва диссеминацияланган шакллари учрайди. 40% холларда ўпканинг иккала

бўлаги ҳам зарарланади. ОИВ-инфекциясининг кечки даврларида эса инфилтратив ва ўчоғли шакллари 18,6%, диссеминацияланган ва кўкрак қафаси ичидаги лимфа тугунларининг сили эса 61,4% (айрим муаллифлар бўйича эса 84,4%) холларда учрайди. 36,4% беморларда касаллик ўпка силининг генерализациялашуви оқибатида келиб чиқади. Диссеминацияланган силда бтагача ички аъзолар зарарланади: талок, жигар, буйрақлар (13,6%), лимфа тугунлари (11,6%), бош мия пардалари ва бошқалар. Силнинг бу шаклларида асосий клиник белгилар, бу 97,7% учрайдиган кучли ривожланган интоксикация аломатлари, 93,2% холларда учрайдиган йўтал, 52,3% холларда кузатиладиган хансираш. Айрим маълумотларга кўра, ОИВ-инфекциясида сил касаллиги ривожланганда, 86,7% холларда силнинг гематоген диссеминацияси беморларнинг ўлимига сабаб бўлади, 13,3% холларда эса бошқа оппортунистик инфекциялар билан биргаликда келганлиги ўлимга олиб келади.

Протозойли инфекциялар

Протозойли ва паразитар касалликлардан ОИВ-инфекциясида асосан ошқозон-ичак тизимини зарарлайдиган криптоспоридиоз, амёбиаз, изоспороз, циклоспороз, микроспориоз, бластоцистоз, лямблиоз, глистлар инвазиясидан стронгилоидоз, пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония, кўпинча мияни, кўзни ва бошқа ички аъзоларни зарарлайдиган токсоплазмоз кабилар учрайди.

Токсоплазмознинг кўзғатувчиси *Toxoplasma gondii* табиатда кенг тарқалганлиги сабабли бу касаллик ҳам бутун дунёда кенг тарқалган. ИТВ хужайраларни зарарлаганда латент турган токсоплазма инфекцияси фаоллашиб, диссеминация беради. ОИТС билан оғриган беморларда токсоплазма диссеминацияга учраши туфайли ўпка, кўз, лимфа тугунлари, ошқозон –ичак тизими зарарланади, ўткир токсоплазмали миокардит оқибатида, бошқа аъзолар зарарланмаса ҳам, бемор халок бўлиши мумкин. МНС токсоплазмага (унинг фаоллашувига) энг сезгир аъзо хисобланади, касаллик вақтида даволанмаса, тезда ўлимга олиб келади.

ОИТС билан оғриган беморларда токсоплазмали энцефалит энг кенг тарқалган оппортунистик инфекция хисобланади. Ғарбий Европада ОИВ-инфекциясига чалинган беморлардан 30% га яқини токсоплазмали энцефалитдан халок бўладилар. Касалликнинг энг кўп учрайдиган аломатлари ўчоғли неврологик симптомлар ва хароратнинг кўтарилишидир. Беморларни кўпинча бош оғриши, уйқусираш безовта қилади. Бош миянинг кўпгина сохалари зарарланади ва уларга хос ўчоғли симптомлар кузатилади. Энг кўп учрайдиганлари гемипарез, бош мия нервларининг (12 жуфт) зарарланиши белгилари, афазия, ўчоғли эпилептик хуружлар, сенсор тизимнинг зарарланиши. Патологик жараёнга базал ганглиялар ва мия стволининг хам тортилиши туфайли атаксия, дисметрия, харакат функциясининг бузилиши кузатилади. Ўчоғли симптомлар дастлаб ўтиб кетувчи характерда, лекин улар тезда прогрессга учраб, ўлимга олиб келади. Менингизм кузатилмайди, умумий соматик аломатлар (камқувватлик, хароратнинг кўтарилиши) доимо хам бўлмайди. Узоқ вақтлар давомида кузатишлар натижасида аниқландики, ОИВ-инфекциясида токсоплазмоз учун энг характерли белгилар қуйидагилар: тез-тез такрорланиб турувчи ва узоқроқ давом этувчи юқори харорат, генерализацияланган лимфаденопатия, бунда лимфа тугунларининг диаметри 3см дан катта бўлади, улар пальпацияда оғрийди, яхши ривожланган гепатомегалия, хориоретинит, энцефалопатия, МНСнинг интоксикацияси аломатлари, бош айланиши.

Криптоспоридиоз- ОИТС да ичак инфекциялари орасида энг кенг тарқалганларидан бири хисобланади, ОИТС-индикаторли касалликларнинг 1-гурухига киради. Касалликнинг бошланғич даврида бироз хароратнинг кўтарилиши, кам қувватлик, анорексия, кўнгил айнаши, қайт қилиш, суткасига 20 мартагача ич кетиши (худди вабодагига ўхшаб, сув каби кетади), қорин сохасида оғриқ кузатилади. Иммунодефицит ривожланиб боргани сари касаллик хам оғирлашиб боради, сурункали тус олади. Харорат юқори кўтарилади, шу аснода ич

кетиши кучайиб боради ва доимий тус олади, ёки оз муддатга тўхтаб, яна кучаяди, беморлар жуда кўп суюқлик йўкотадилар, тезда озиб кетадилар. Соф ОИТС босқичида криптоспоридалилар ўт пуфагини, ўт йўлларини, ўпкани зарарлаши мумкин. Ўпка зарарланганда (респиратор криптоспоридиоз) харорат кўтарилади, лимфаденопатия, хансираш, цианоз, озгина шилимшиқ (камхолларда шилимшиқ-йирингли) балғам чиқиши билан кечувчи, узок давом этувчи йўтал кузатилади. Ўпканинг зарарланиши беморнинг ўлими билан яқунланади (хеч қандай даво чоралари самара бермайди).

Пневмоцисталар томонидан (*Pneumocystis carinii*) чақирилган пневмония (ПП)- протозойлар (бир хужайрали организмлар) томонидан чақирилган касалликлар ичида кўп диагноз қилинадиган ОИТС-индикаторли касалликдир. Аввалги вақтларда (90-йилларгача) бу касаллик ОИВ-инфекциясига чалинганларнинг 70%да аниқланар эди, 10-20% беморларда ўлим билан яқунланар эди. Кўпинча касаллик аста-секин ривожланади, кам холларда эса тезда пайдо бўлади. Клиник жихатдан хароратнинг кўтарилиши, хансираш, юзаки нафас олиш, нафас олишнинг прогрессив равишда қисқариши, тахипноэ, нохушлик, куруқ йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, гипоксиянинг умумий аломатлари, совқотиш кузатилади, кам холларда бироз балғам ажралади. Пневмоцистали пневмонияда беморларнинг 2/3 қисмида унча кучли бўлмаган ДВС-синдроми (қоннинг томирлар ичида ивиб қолиши синдроми) ривожланади. Аускультацияда ўпкада патология аниқланмайди. Рентгенологик текширувда икки томонлама диффуз интерстициал инфилтрат аниқланади. Айрим холларда ўпкада бўшлиқлар, фокал инфилтрат, ўпка суратининг кучайиши, апикал инфилтрат аниқланади. Беморларда пневмоторакс келиб чиқиш хавфи юқори, айниқса, касаллик яна қайтадан ривожланганда. Пневмоцистали пневмониянинг нохуш кечишининг прогностик омиллари қуйидагилардир:

1. Узоқ (4 хафта ва ундан ортиқ) давом этадиган курук йўтал ва хансираш.
2. Бир минутда 30 тадан ортиқ нафас олиш.
3. ПП нинг қайталаниши.
4. Бронхоалвеоляр мухитда бошқа кўзғатувчиларнинг (бактериялар, вируслар, паразитлар, замбуруғлар) мавжудлиги.
5. Қоннинг оксигенациясининг ёмонлиги
6. Қон зардобидаги альбумин кўрсаткичининг жуда пастлиги.
7. Ўпкада рентгенологик ўзгаришларнинг залворлилиги.
8. Лейкоцитоз (10900 дан ортиқ).
9. Қон зардобидаги лактат-дегидрогеназа кўрсаткичининг юқорилиги.

Паразитар касалликлардан қўтир касаллигини ОИВ-инфекциясига чалинганларда клиник аниқлаш ўта мушкул, чунки касаллик атипик кечади, генерализацияланган холда, кучли қичишиш чақирувчи папуло-сквамоз элментлар кузатилади, улар маълум сохаларда жойлашмасдан, балки барча терини қамраб оладилар. Юз ва бошнинг сочли қисми жуда кўп холларда зарарланади. Баъзан Норвегия қўтири ривожланади, бунда эритематоз фондаги терида гиперкератотик кепакланувчи пиллакчалар хосил бўлади. Айниқса бўйинда, бошнинг сочли қисмида ва баданда элементлар кўп учрайди. Касаллик ўчоғида каналар жуда кўп бўлганлиги сабабли, ўта юкумлидир. Даволангандан сўнг бир неча ойгача давом этувчи, кучли қичишиш билан кечувчи постскабиозли дерматит қолади ва уни даволаш ўта мушкулдир.

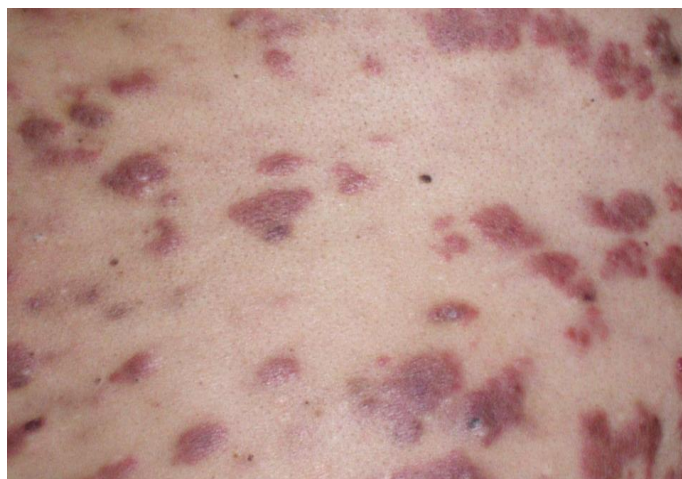
ОИВ-инфекциясида юқорида кўрсатиб ўтилган касалликлардан ташқари терида яна бир қатор бошқа касалликлар ҳам кузатилиши мумкин, ёки беморда мавжуд бўлган одатдаги тери касалликларининг клиник манзараси ўзгариб, бошқача тус олиши ҳам мумкин. Булардан энг кўп учрайдиганларига тўхталиб ўтамиз.

Капоши саркомаси (КС). ОИВ-инфекциясининг энг кўп учрайдиган дерматологик неопластик кўринишидир. Кўп учраши бўйича фақат

пневмоцистали пневмониядан кейинги ўринда туради, 7-15% холларда пневмоцистали пневмония билан бирга келади. Гомосексуалистларда энг кўп кчрайди (40-80%). ОИТСда КСнинг қуйидаги босқичлари тафовут қилинади:

1. Теридagi локализацияланган шакли.
2. Теридagi тезда тарқалиб кетувчи, агрессив, кўпинча регионар лимфаденопатия билан кечувчи шакли.
3. Шиллик қавтларни зарарлаш билан кечувчи, лимфа тугунларини ҳам қамраб олиш эхтимоли бор генерализацияланган шакли.
4. Хар хил ички аъзоларни ва тўқималарни қамраб олувчи, шиллик қаватларни зарарловчи шакли.

Дастлаб терида қизил доғлар, папулалар, пиллакчалар, тугунлар пайдо бўлади, янги элементларнинг ранги ёрқин қизил, пушти, сарғимтил-кўнғир тусда, эскилариники эса тўқ қизил, кўнғирсимон, атрофида яшил тусли хошия кузатилиши мумкин. Пальпация қилинганда элементларнинг консистенцияси зич эластик, ёки қаттиқ. Янги элементларнинг шакли овалсимон, баданда чўзинчоқ элементлар ҳам учрайди, уларнинг узун диаметри Лангер чизиқлари бўйлаб жойлашади. Баъзан травма бўлган жойларда янги элементлар пайдо бўлади (Кебнер феномени ёки изоморф реакция). Тошмаларнинг энг кўп жойлашадиган сохалари: бошда, буруннинг учида, периорбитал сохада, кулоқ супраларида, бошнинг сочли қисмида, жинсий аъзоларда, болдирда, кафт ва товонларда. Бошда, юзда баданда тарқоқ холда бўлса, ОИТСга гумон ортади. Барча беморларда кейинчалик албатта ички аъзолар зарарланади, кўпинча (40%) бу ичак хисобланади. Вақт ўтиши билан терида пайдо бўлган элементларнинг ўлчамлари каттая боради ва бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар ва ўсмасимон элементлар хосил қиладилар, кейинчалик бу элементлар устида эрозиялар, қалақлар, яралар хосил бўлиши мумкин, яралардан қон оқиши кузатилади. Кафт ва товонлар зарарланганда уларда ҳаракат чекланади, ўз вазифасини бажара олмайди (расм № 216).



Расм № 216. Капоши саркомаси.

Оёқлардаги катта ўсмалар, яралар ва шиш оғриқ чақиради. Орқа пешов ва сийдик чиқарув тешиги зараланганда, дефекация ва сийиш қийинлашади, хатто тутилиши мумкин. Ўсмалар катталашиб боргани сари қўл ва оёқлар соҳасида лимфостаз ривожланади, қўл ва оёқларнинг дистал қисмлари шишади, хатто элевантиаз ривожланиши мумкин. Шишлар юзасидаги терининг ранги апельсин пўстини эслатади. Касаллик узоқ давом этганда лимфедема терининг склерозига олиб келади, контрактулар кузатилади, тўқималар атрофияга учрайди, зарарланган аъзонинг функцияси бузилади.

Касаллик 22% холларда шиллик қаватлардан бошланади. Бу асосан СД4 лимфоцитларнинг қондаги миқдори 200мкл дан пастга тушганда кузатилади. Жуда кўп холларда дастлаб каттиқ танглай зарарланади: сафсар доғларпайдо бўлиб, кейинчалик уларнинг соҳасида папулаларва тугунлар хосил бўлади, бу ҳолат “кўприк”ни эслатади. Кейинчалик элементлар юмшоқ танглайда, кичик тилчада, милкларда, тилда, халқумда ҳам пайдо бўлади.

Ички аъзоларнинг зарарланиши кўп учрайди, аммо аломатлари билинмайди, аломатларсиз кечади. Кўпинча ичаклар, жигар, талок, ўпка каби аъзолар зарарланади. 50% беморларда лимфа тугунлари ҳам зарарланади. Баъзан простата беzi, уруғ пуфакчаси, тухумлар, сийдик пуфаги, жинсий олат, мойк халтаси ҳам зарарланади. Ўпка зарарланганда касаллик оқибати ўта ёмон бўлиб, беморларнинг 50% и 6 ойдан кам яшайди, рентгенологик текширувда эса инфилтрат кузатилади ҳолос. Ошқозон ичак

тизими (ОИТ) зарарланганда ичакнинг обтурацион тутилиши, қон кетиши, экссудатив энтеропатия кабилар кузатилади. ОИТнинг зарарланиши тириклигида 50% беморларда аниқланса, ўлгандан кейин аутопсияда 80% беморларда аниқланади. Умуман ОИВ-инфекциясида келадиган КС учун хос белгилар:

1. Беморларнинг нисбатан ёш эканлиги-ўртача 35 ёшда, агрессив кечиши.
2. Теридаги касаллик ўчоғларининг тарқоқ холда жойлашиши. Элементларнинг рангининг ёрқин ва ялтироқ эканлиги.
3. Тезда генерализацияга учрашга мойиллиги: шиллик қаватлар, ошқозон-ичак тизими, нафас аъзолари, лимфа тугунлари ва бошқа ички аъзоларга тезда тарқалиши.
4. Шиллик қаватлар ва лимфа тугунларида изоляцияланган холда учраши.
5. Тезда ўлим билан якунланиши-80% беморлар 2 йил ичида халок бўладилар.

Себореяли дерматит. Бу ОИВ-инфекциясида жуда кўп учрайдиган тери аломатларидан бири бўлиб, 40-83% беморларда кузатилади (одатда бу касаллик 1-3% одамларда кузатилади). Одатдаги себореяли дерматитдан қатор клиник ва морфологик белгилари билан фарқ қилади ва бу холат уни ОИВ-инфекцияси учун хос белги деб ҳисоблашга асос бўлади. Касалликнинг биринчи клиник аломатлари ОИТС ривожланишидан 2 йил олдин пайдо бўлиши мумкин, у ўткир ва оғир кечади. Касаллик ёғли гиперкератотик қипиқлар ва кулранг-сарғиш қалоқлар билан қопланган эритематоз доғлар ва пиллакчалар пайдо бўлиши билан бошланади. Дастлаб жараён юз соҳасида (оғиз атрофида, қошда, бурун ёнбошида), шунингдек бошнинг сочли қисмида, кўлларнинг ташқи томонида жойлашади. Буруннинг ёнидан юз соҳасига қараб кенгайиб боради, капалакни эслатиши мумкин ва дисксимон қизил югуриikka ўхшаб кетади. Бошнинг сочли қисмида касаллик ўчоғлари жуда кўп кепакланиши билан ажралиб туради, кўл ва тананинг юқори қисмида бу жараён катта сохаларга тарқалган, кепакланиб турган, қуруқшаган касаллик ўчоғлари ва унча катта бўлмаган экзематид

ўчоғларидир (нуммуляр себороидлар). ОИТСда ва ОИТС-ассоциацияланган комплексда бутун тери сатхига тарқалиши мумкин, бундай холда у кучли қичишиш чақирувчи бир-бирлари билан қўшилиб кетган эритематоз фолликуляр пилакчалар кўринишида бўлади ва эритематоз фолликуляр экзема деб юритилади. Себореяли дерматитнинг бундай универсал тарқалиши жуда ривожланган иммуносупрессия аломати бўлиб, ОИТС касаллигининг оқибати ёмон бўлиши аломатидир.

Токсикодермиялар. Дори моддаларига нисбатан келиб чиққан нохуш реакциялар ОИВ-инфекциясида кескин ортиб кетади. Бу иммун тизимининг функцияси бузилганлиги, иммунитетнинг пасайиб кетганлиги билан боғлиқ. Антиретровирус терапияси бошланганидан 1-2 хафта ўтиб, 60% беморларда қизамиқни эслатувчи тошмалар пайдо бўла бошлайди. Шунингдек антибиотикларга хам токсикодермия тезда келиб чиқади. Бу беморларда Лайел синдроми бошқа касалликлардагидан кўп кузатилади.

Тромбоцитопеник пурпура ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг 3-9%тида кузатилади. Тромбоцитлар миқдори 50000мкл.дан пасайганда геморрагик синдром кузатилади. Айрим мутахассислар спленэктомия қилиш орқали тромбоцитлар миқдорини кўтаришга эришганлари хақида адабиётларда маълумотлар бор.

Наркотикларни вена ичига юборишнинг теридаги белгилари. Наркотик моддаларни инъекция усулида қабул қилувчиларнинг терисида, вена қон томирлари бўйлаб “йўл”ни эслатувчи излар қолади. Веналар склерозга учрайди, уларнинг устидаги тери гиперпигментацияга учраган, қалоқлар билан қопланган, пальпацияда “тяж”лар қўлга урилади. Нестерил наркотиклар юборилиши оқибатида асептик абсцесслар, йирингли инфекциялар (масалан флегмона) ривожланиши кузатилади. Илгари қилинган инъекциялар ўрнида оқиш чандиқлар кўринади.

ОИТСдаги атопик кўринишлар. Иммунодефицит холати ортиб боргани сари аллергия реакцияларга терининг мойиллиги кучая боради. Айниқса атопия аломатлари бор беморларда бу кучли намоён бўлади

(бронхиал астма, вазомотор-аллергик ринит, пичанга харорат, атопик дерматит). Бу беморларда атопик касалликларнинг авж олиши ОИТСнинг продромал давридаёқ кузатилиши мумкин. Буларда медикаментоз токсикодермия ҳам кўп учрайди.

Ксеродерма терининг куруклашуви, асосан диарея билан оғриган ёки мальабсорбция синдромига учраган ОИТС беморларда кузатилади. Касалланган тери ихтиоздагига ўхшаб кетади, терининг куруклашуви айниқса юзда ва кафтда кўпроқ билинади.

Телеангиэктазиялар ОИВ-инфекциясининг ҳар қандай даврида пайдо бўлиши мумкин. Улар одатда кўкрак қафаси соҳасидаги терида жойлашади, айниқса ўмров суяги усти соҳасида, камроқ холларда кулоқ супрасида, кафтлар ва товонларда учрайди. Бироз билинувчи диффуз эритема фонида пайдо бўлади, бундай телеангиэктазиялар кўпроқ амилнитрит ва бутилнитрит қабул қилувчи наркоманларда кузатилади. Кўпинча кўкрак қафасида жуда тифиз (зич) жойлашган телеангиэктазиялар кузатилиб, улар иккала елка оралиғини бутунлай қамраб олиши мумкин.

Псориаз касаллигининг қўзғалиши ёки пайдо бўлиши 1% вирус ташувчиларда учрайди, баъзан ОИВ-инфекциясининг биринчи белгиси бўлиши ҳам мумкин. Касаллик оғир кечади, генерализацияланган пустулез элементлар ва эритродермия шакллари кўп учрайди, кўпинча кафт ва товонларнинг зарарланиши билан бошланади. Псориазнинг пайдо бўлиши ёки авж олиши- ОИТСнинг ёмон оқибатга олиб келиши аломати хисобланади.

Диссеминацияланган папулез ва фолликуляр тошмалар. ОИВ-инфекциясида айрим беморларда майда диаметри 2-5мм келадиган жуда кўп миқдордаги папулез тошмалар учрайди. Улар бир-бирлари билан қўшилмайдилар, ранги тери билан бир хилда, кучли қичишиш чақиради. Бошнинг сочли қисмида, бўйинда кўпроқ жойлашади, аммо терининг барча сохаларига тарқалиши мумкин.

Афтозли стоматит. ОИТС билан оғриган беморларда афтларнинг ўлчами катталиги билан (1см дан катта) ажралиб туради, ҳамда жуда кўп маротаба қайталанади. Кўпинча улар оғизнинг катта қисмини қамраб оладилар, тилга, милкларга, лабларга қизилўнгачга тарқалади. Қизилўнгач зарарланганда оғриқ шу қадар кучли бўладики, беморлар овқат еёлмайдилар ва тезда озиб кетадилар.

Рейтер касаллиги ОИТСда кам учрайди, аммо пайдо бўлса, оғир кечади. Кўпинча уччала симптоми: артрит, уретрит (ёки цервицит), конъюнктивит ёки увеит бир вақтнинг ўзида намоён бўлади. Улар билан биргаликда цирцинар баланит, оғиз шиллиқ пардасининг оғриқсиз яралари, кафт ва товон кератодермияси юзага чиқади. Қарийб барча беморларда энтеропатия кузатилади. Бўғимларда жуда ривожланган деструктив ўзгаришлар кузатилади, даволаш яхши самара бермайди.

Гипералгезик псевдотромбофлебитик синдром ОИТСниг ноодатий намоён бўлиши хисобланади, клиник манзараси тромбофлебитни эслатади. Оёқларда шиш ва оғриқ кузатилади, тери ости веналари устида оғриқли таранг тортилган тяжлар кузатилади, уларнинг устида тери эритемага учраган, зичлашган. Ҳарорат юқори кўтарилиб, 39,5°C га етади. Чуқур веналар тромбофлебити аниқланмайди (яъни бу ерда тромбофлебит касаллиги йўқ), жараён 1-4 хафтадан кейин регрессга учрайди.

Захмнинг кечиши. ОИВ-инфекциясига чалинган беморларда бир вақтнинг ўзида захм касаллиги учраса, у тезда кечади, бир неча ой ичида учламчи захмгача бориши мумкин. Нейросифилис эрта ривожланади (5 ойдан кейин бўлиши мумкин). КСР 50% ҳолларда манфий натижа беради. Умуман ОИВ-инфекцияси билан бирга учраганда захмнинг кечиши учун қуйидагилар хос хисобланади:

-кечишининг тезлашиши, натижадакечки захм жуда тез фурсатда келиб чиқади.

-асаб тизимининг жуда эрта ва қонуний равишда зараланиши.

-оғир, атипик кечиши, кам учрайдиган шаклларининг кўп учраши.

-иккиламчи захмда папулез сифилидларнинг абсолют кўп учраши, уларнинг қичишиш билан кечиши.

-ярали қаттиқ шанкрнинг кўп учраши.

- оқ трепонеманинг жуда кўп ажралиши.

Касалликнинг **терминал босқичида**, яъни соф ОИТСда асосан бирор аъзонинг зарарланиши устивор бўлади ва унга қараб хар хил шаклларга бўлинади.

Ўпка шаклида пневмония аломатлари бошқа касалликлардан устивор бўлади. Пневмониялар 57% холларда пневмоцисталар, 43% холларда эса цитомегаловируслар томонидан чақирилган бўлиши мумкин. Шунингдек кўпчилик холларда микобактериялар (асосан сил таёқчалари), криптококлар, кокцидиоидоз, аспергиллалар, гистоплазмалар, токсоплазмалар, легионеллалар, оддий учуқ вируси каби қўзғатувчилар хам топилади.

Неврологик шаклида энцефалопатия, менингит, энцефалит, миелопатия, бош миянинг ўчоғли зарарланишлари кузатилади. Бу ўзгаришларнинг келиб чиқишига сабаб токсоплазмалар, криптококлар, цитомегаловируслар, гистоплазмоз, бошқа оппортунистик инфекциялар ва лимфомалар хисобланади. Беморларда, айниқса ёш болаларда кузатиладиган деменция нейронларнинг бевосита ИТВ билан зарарланганлигига боғлиқ. Умуман олганда асаб тизимининг зарарланиши 90-95% беморларда у ёки бу даражада кузатилади.

Ошқозон-ичак шаклида энг асосий клиник аломат бу персистирловчи ёки рецидивловчи диарея бўлиб, тана вазни прогрессив равишда пасая боради, интоксикация ва сувсизланиш аломатлари устивор бўлади. Бундай холатнинг келиб чиқишига сабаб бўлувчи омиллар: амёбалар, лямблиялар, шигеллалар, салмонеллалар, микобактериялар, кокцидиялар, криптоспоридиялар.

Хароратли шаклида тана харорати доимий равишда, (ёки эпизодик холларда) фебрил даражада кўтарилиб, тана вазнининг пасайиши билан кечади.

Тери шаклида энг асосий клиник аломати Капоши саркомаси (КС) хисобланади. КСнинг дермал ва висцерал вариантлари учраши мумкин. Висцерал шаклида ички аъзоларнинг зарарланиши устивор бўлади, терининг зарарланиши кейин қўшилади. Тери шаклида эса бирламчи равишда тери ва шиллик қаватлар зарарланадилар, ички аъзолар кейин, иккиламчи қўшиладилар.

ОИВ/ОИТС

ИЧКИ АЪЗОЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ

Аввалги услубий қўлланмада ОИВ-инфекциясининг теридаги аломатлари, иккиламчи ва оппортунистик инфекцияларни кўриб чиққан эдик. Энди ОИВ-инфекциясида устивор равишда зарарланиши кузатиладиган ички аъзолардаги жараёнларни кўриб чиқамиз.

Лимфатик ва қон хосил қилиш тизимлари.

Лимфатик капиллярлар, лимфа томирлари ва лимфа тугунларини ўз ичига олган лимфатик тизим иммун тизимининг асосий қисмини ташкил қилади. Лимфа тизимининг ОИВ-инфекциясига чалиниши оқибатида генерализацияланган лимфаденопатия келиб чиқади. ОИВ-инфекциясида лимфа тизимининг зарарланишининг асосий сабаблари қуйидагилардир:

- ОИВнинг лимфа тизимига бевосита (тўғридан-тўғри) таъсири;
- Патоген ва оппортунистик инфекциялар, паразитлар, вируслар, замбуруглар томонидан чақирилган иккиламчи инфекциялар;
- ўсмалар.

ОИВнинг тўғридан-тўғри таъсири лимфа тизимидаги нишон хужайраларни, яъни CD4 лимфоцитларни, моноцитлар/макрофагларни, дендрит хужайраларни, ва яна нисбатан бошқа хужайраларни зарарлаши билан боғлиқ. Касалликнинг энг эрта босқичидаёқ юқорида санаб ўтилган

хужайралар вирус билан зарарланган бўлади ва бу ҳолат касаллик ривожланиб боргани сари лимфа тизимининг бошқа инфекциялар ва вируслар билан зарарланишини аввал бошданок белгилаб беради. ОИВ-инфекциясида лимфа тугунларининг реакцияси бир неча турларга бўлинади, булар динамик жараённинг гиперплазия билан бошланиб, атрофия билан тугайдиган навбатма-навбат келган босқичларидир. Бу босқичлар ривожланиб бораётган касалликнинг симптомлари билан мос келади.

Лимфаденопатиянинг қуйидаги типлари (босқичлари) фарқ қилинади:

1. Фолликуляр гиперплазия
2. Гиперваскуляр фолликуляр тип.
3. Аралаш фолликуляр тип.
4. Лимфоид қашшоқланиш (силла қуриши) билан кечувчи фолликуляр инволюция.

Фолликуляр гиперплазияда (эксплозияли деб ҳам юритилади) фолликулалар жуда катта, нотўғри шаклда, баъзан бутун тугунга тарқалган бўлади. СД8 ва СД19 лимфоцитларнинг субпопуляцияси кўпайган, СД4/СД8 нисбати СД4 хужайраларининг камайиши ҳисобига пасайган. Гиперваскуляр фолликуляр типдаги лимфаденопатия Капоши саркомаси билан оғриган беморларда ассоциацияда келади. Аралаш типдаги лимфаденопатияда фолликулалар ҳам гиперплазияга учраган, ҳам инволюцияга учраган бўладилар, дендрит хужайралар миқдори камайган бўлади, кўпинча оппортунистик инфекциялар ривожланганда кузатилади. Лимфоид қашшоқланиш типда эса фолликулаларни фарқлаб бўлмайди, улар фиброзга учраган, оз миқдорда сақланиб қолган лимфоцитлар фақатгина СД8 хужайраларидан иборат.

ОИВ-инфекциясининг ўткир инфекция фазасида клиник белгилардан полиаденопатия кузатилади. Дастлаб энса ва бўйиннинг орқа соҳасидаги лимфа тугунлари катталашадилар, кейинчалик эса жағ ости, қўлтиқ ости ва чов соҳаларидаги тугунлар катталашадилар. Уларнинг ўлчамлари 1-3см диаметрли. юмшоқ-эластик консистенцияли, бир-бирлари билан қўшилмаган,

оғриқсиз. Уларнинг устидаги тери ўзгармаган. Полиаденопатия 2-4 hafta сақланиб туради, кейин регрессга учрайди, ammo баъзан, касаллик прогрессияловчи кечганда полиаденопатия сўрилмайди, балки персистирловчи генерализацияланган лимфаденопатияга (ПГЛ) трансформация қилади. ПГЛнинг ОИВ-инфекциясидаги диагностик мезонлари қуйидагилардир: 1) иккита ва ундан ортиқ сохадаги лимфа тугунларининг яллиғланишсиз катталашуви; 2) узоқ вақт-3 ойдан ортиқ вақт мобайнида сақланиб туриши; 3) лимфаденопатиянинг лимфа тугунларини катталашувиға сабаб бўлувчи бошқа патологик жараёнлар билан алоқаси йўқлиги. ОИВ-инфекцияси ривожланиб (кучайиб) боргани сари, айниқса оппортунистик инфекциялар ривожланганда, лимфа тугунлари аста-секин зичлаша боради ва қаттиқ-эластик консистенцияға эга бўлади. Касалликнинг терминал босқичида лимфа тугунлари кучли равишда кичрайдилар, хаттоки илгари катталашган лимфа тугунлари йўқолиб кетиши мумкин (умуман пальпация қилинмайди). ОИВ-инфекциясининг эрта босқичларида айрим беморларда **гиперлимфоцитоз синдроми** қайд қилинган. Бунда периферик қонда СД8 лимфоцитлар миқдори ортиб кетиши кузатилади, хар хил аъзолар ва тўқималарда диффуз лимфоцитар инфильтрация ва ПГЛ кузатилади. Ушбу синдромда кўпинча интерстициал пневмония, сўлак безларининг зарарланиши, псевдотумороз спленомегалия, периферик нейропатия кузатилади. Олимлар бу синдромни ОИВ-инфекциясига нисбатан иммун тизимининг индивидуал (хар бир бемор одамнинг ўзига хос) реакцияси деб қарайдилар.

ОИВ-инфекциясининг прогрессивлашиб боришиға таъсир қилувчи омиллардан бири қон хосил қилувчи тизимдаги ўзгаришлардир. Бу ўзгаришлар спектри жуда хилма-хил ва гемопоэзнинг барча звеноларига тааллуқлидир.

ОИВ-инфекцияси учун энг характерли аломат қонда СД4 лимфоцитларининг миқдорининг пасайиши ва иммунодефицит холатидир. ИТВ бу хужайрадан ташқари яна дендрит хужайраларини, моноцитларни,

макрофагларни ҳам бевосита зарарлайди, аммо моноцитлар миқдори касалликнинг кечки босқичида (ОИТС) ҳам амалий жихатдан камаймайди, фақатгина уларнинг функционал фаоллиги ўзгаради. Қондаги эозинофиллар билан ОИВ эозинофилларнинг плазматик мембранасида жойлашган gp 120 орқали алоқага киришади ва уни ҳам бевосита зарарлайди. Тимус хужайралари ҳисобланган тимоцитлар ОИВнинг барча изолятлари билан осон бирлашади ва зарарланади. Айниқса бу ҳолат болаларда ОИВ-инфекцияси патогенезида катта аҳамиятга эга. Қондаги В-лимфоцитлар ОИВ билан Эпштейн-Барр вируслари биргаликда таъсир қилиши оқибатида бевосита зарарланади. Мегакариоцитларнинг 25% қисмида CD4 рецепторлар экспрессия қилингандир, шунинг учун ушбу хужайралар ҳам ОИВ билан бевосита зарарландилар. Санаб ўтилган хужайраларнинг зарарланиши оқибатида қонда қатор ўзгаришлар келиб чиқади. Касалликнинг эрта босқичларида нейтропения, анемия, тромбоцитопения кузатилиши мумкин. Кечки босқичларида эса кучли нейтропения, анемия, ретикулоцитопения, тромбоцитопения, моноцитопения кузатилади. Нейтропениянинг ривожланиши асосан оппортунистик инфекциялар қўшилган даврга тўғри келади, антиретровирусли терапия, ҳамда оппортунистик инфекцияларга қарши олиб борилган даволаш воситаларининг таъсири натижасида нейтропения янада зўраяди. Анемиянинг келиб чиқишида ретикулоцитопения, ИЛ-1нинг супрессив таъсири, витамин-12 ва фолий кислотаси дефицити асосий рол ўйнайди. ОИВ-инфекциясидаги гематологик ўзгаришларнинг энг асосийларидан бири бу тромбоцитопениядир. Тромбоцитопения ривожланишига мегакариоцитларнинг бевосита зарарланишидан ташқари аутоиммун агрессия ҳам таъсир кўрсатади. Асосий хужайра-нишон ҳисобланадиган Т-лимфоцитлар миқдори (Т-хелперлар) қонда касалликнинг эрта босқичидаёқ камая боради ва терминал босқичда критик ҳолатга тушиб қолади. ОИВ-инфекциясига чалинган кўпгина беморларда суяк илигининг (кемикнинг) қон ҳосил қилиш функциясида

ўзгаришлар бузилишлар аниқланади. Бу синдромлардан энг умумийси миелодисплазия хисобланади (жадвал № 8).

Жадвал - 8

ОИВ-инфекциясида суяк илигидаги (кемикдаги) ўзгаришлар

Текширилувчи объект	ОИВ-инфекциясининг эрта босқичи	ОИВ-инфекциясининг кечки босқичи
Гранулоцитар қатор	Меёрда/гиперплазия	Гипоплазия
Эритроцитар қатор	Меёрда/гиперплазия	Гипоплазия
Мегакариоцитар қатор	Меёрда/гиперплазия	Гипоплазия
Лимфоцитлар	Т-хужайралар тинч ёки фаол холатда	
Плазмоцитлар	Микдори ортган	

Касалликнинг эрта босқичларида гиперпластик ўзгаришлар аниқланса, касаллик прогрессияга учрагани сари, кечки босқичларида гипоплазия ривожланади.

Кемикдаги структурали ўзгаришлар ҳам гемопоэтик тўқималарга, ҳам стромал элементларга тааллуқлидир. Дисмиелопоэз хар хил сабаблар туфайли келиб чиққан бўлиши мумкин. Биринчидан гемопоэзнинг дастлабки хужайраларининг вирус билан бевосита зарарланиши туфайли қон хосил қилувчи хужайраларнинг пролиферацияси ва дифференцировкаси бузилади. Иккинчидан қон хосил қилувчи хужайралар атрофидаги микротўқималарнинг вируслар билан зарарланиши, уларнинг хусусиятини ўзгартиради ва бу ўз навбатида миелодисфункцияга олиб келувчи омиллардан бири бўлади. Адабиётларда синусоидал томирларнинг эндотелийси бевосита ОИВ билан зарарланганлиги ва оқибатда уларнинг функционал қобилиятида ўзгаришлар кузатилганлиги тўғрисида маълумотлар бор. Бундан ташқари стромал фибробластларни ОИВ зарарлаши оқибатида уларнинг функцияси бузилади, колониестимуляция қилувчи омилни ишлаб чиқариши камаяди, бу омил эса миелоид қатор хужайраларининг пролиферацияси ва дифференциациясига таъсир қилади. Стромал хужайраларга яна яллиғланиш оқибатида кўп микдорда ишлаб

чиқарилган цитокинлар (ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6) ҳам таъсир кўрсатадилар, стромал хужайраларнинг колониестимуляция қилувчи омиллар ишлаб чиқаришини камайтиради (ингибиция қилади).

Стромал хужайралар функционал фаоллигининг бузилишида ко-инфекциялар, аввало цитомегаловирусли инфекция (ЦМВИ) катта аҳамият касб этади. Кемик хужайралари ЦМВ учун нишон ҳисобланадилар. ЦМВлар стромал хужайраларни ҳам, гемопозитик хужайраларни ҳам зарарлайдилар. Натижада миелосупрессия ва лимфосупрессия янада кучаяди. ИТВнинг қон ҳосил қилувчи полипотент ствол хужайрани зарарлаши ҳақида тортишувлар бор, яъни айримлар уни зарарланади дейдилар, баъзилар эса буни инкор қиладилар.

ОИВ-инфекциясига чалинганларда аниқланадиган гематологик ўзгаришлар касалликнинг манзарасини ташкил қилувчи асосий клиник симптомлар ҳисобланмайди, аммо бу ўзгаришларнинг кучли намоён бўлиши инфекциянинг оғир кечаётганидан ва прогрессияга учраётганидан дарак беради.

ОИВ-инфекциясида нафас тизими аъзоларининг зарарланиши.

Нафас тизими аъзоларининг зарарланиши ОИВ-инфекцияси касаллигининг асосий белгиларидан ва беморлар ўлимининг асосий сабабларидан биридир. ОИВ-инфекциясига чалинганларнинг 80%дан кўпроғида ўпканинг зарарланиши кузатилади, булардан 90% инфекция этиологияга эга. ОИВ-инфекциясида ўпкада учрайдиган касалликларнинг асосий шакллари қуйида келтирилган.

1. Инфекцион касалликлар:

Бактериялар томонидан чақирилган: пневмококлар, гемолитик таёқча, кўк йиринг таёқчаси, стафилокок, сил микобактерияси, авиум микобактерияси комплекси;

Протозойли: пневмоцисталар;

Вирусли: цитомегаловируслар;

Замбуруғли: криптококлар, гистоплазма, кокцидиоидомикоз;

2. Ўсмалар:

Капоши саркомаси;

Ноходжинли лимфома;

3. Бошқа касалликлар:

Лимфоидли интерстициал пневмония;

Ўпканинг инфекцион касалликлари иммун тизими

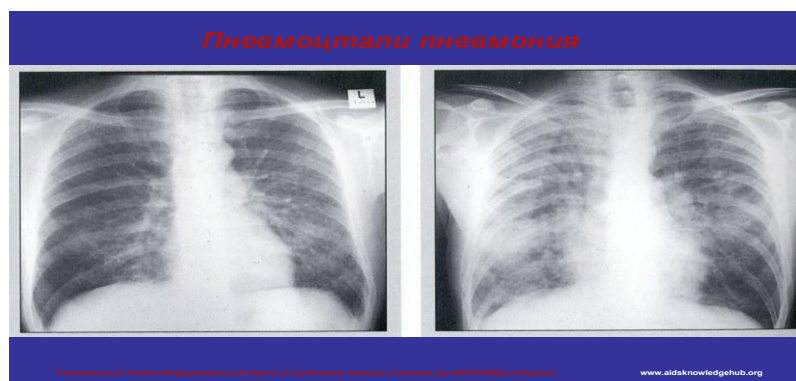
етишмовчилигининг оқибатидир. ОИВ-инфекциясининг эрта даврларида, хали иммун тизимида ўзгаришлар унчалик ривожланмаган даврда (СД4 лимфоцитлари нисбатан сақланиб қолганда) бу беморларда ҳам бошқа ҳамма одамлардаги каби касалликлар кузатилади. СД4 лимфоцитлар миқдори 20%дан пасайганда (200 1мкл.да) оппортунистик инфекция ривожланиш хавфи бошланади. Бу беморларда пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония энг кўп учрайдиган касалликдир. Аммо эндемик зоналар учун хос бўлган инфекциялар ҳам катта рол ўйнайдилар. Бизнинг шароитимизда эса бу беморларда ўпканинг сил касаллиги энг кўп учрайдиган касалликдир. Бактериал пневмониялардан пневмококлар томонидан чақирилгани ушбу беморларда бошқа популяциядагиларга нисбатан 5 баробар кўп учрайди. Бу беморларда пневмония бактериемия билан бирга келиши кўпроқ кузатилади, шунинг учун адекват даволангандан кейин ҳам унинг рецидивни кузатилади.

Атипик микобактериоз (авиум микобактерия комплекси-МАК)

ОИВ-инфекциясида кўп учрайди, генерализацияга мойил бўлади, ўпкадан бошқа аъзоларни ҳам зарарлайди. Вирусли инфекциялардан энг кўп учрайдигани ЦМВИдир, бу касаллик ОИВ-инфекциясида 23% беморларда аниқланади. Клиник ва рентгенологик аломатлари ўзига хос эмас, бошқа барча пневмонияларга ўхшаш, шунинг учун диагноз фақат гистологик текширувдан кейин қўйилади. Замбуруғли инфекциялардан криптококлар томонидан чақирилган пневмония 10-30% беморларда учрайди. Ўпка криптококолар учун энг яхши кўриб зарарлайдиган аъзо хисобланади. Ўпка криптококкози яширин кечади, ёки носпецифик пневмонияга ўхшаб кечади, шунинг учун уни кам аниқланади. Беморларда балғам чиқиши билан

кузатиладиган йўтал, кўкрак қафасида ўтмас, санчили оғрик, тахипноэ, хаво етишмаслиги кузатилади. Рентгенологик текширилганда ўпканинг ўрта ва пастки бўлимларида диаметри 2-7 см бўлган, “танга” каби (думалоқ) фокал ёки диффуз интерстициал инфилтрат аниқланади. Токсоплазмалар томонидан чақирилган пневмония бу беморларда марказий асаб тизими токсоплазмозининг асорати сифатида намоён бўлади. Клиник жихатдан диспноэ, харорат кўтарилиши, курук йўтал, тезда ривожланувчи нафас етишмовчилиги кузатилади. Рентгенологик текширувда модуляр инфилтрат ёки ўпка суратининг кучайиши аниқланади. Криптоспоридиоз томонидан чақирилган пневмонияда беморларда бетўхтов йўтал кузатилади.

Пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония (ПП) энг кўп диагноз қилинадиган ОИТС-индикаторли касаллик ҳисобланади. Унинг клиник кўриниши полиморф бўлиб, беморнинг иммун тизимининг ҳолатига боғлиқ. ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг 70% да бу касаллик аниқланади, аммо эрта диагноз қўйилганлиги ва фаол даволанганлигига қарамай, 10-20% беморлар шу касаллик оқибатида ҳалок бўладилар. Клиник жихатдан хароратнинг кўтарилиши, хансираш, тахипноэ, курук йўтал, кўкрак қафасида оғрик, титраб-қалтираш, баъзан балғам ажралиши кузатилади. ПП билан оғриган 66% беморларда енгил ривожланган ДВС синдроми кузатилади. Аускультацияда ўпкада патология аниқланмайди. Рентгенологик текширувда икки томонлама диффуз интерстициал инфилтрат аниқланади. 5-10% беморларда рентгенологик ўзгаришлар кузатилмайди. Касаллик қайталанганда пневмоторакс ривожланиши хавфи ортади (расм № 217).



Расм № 217. Пневмоцистали пневмония.

ОИВ-инфекциясининг пандемияси дунё бўйлаб тезда тарқалиб боргани сари **сил касаллиги** бўйича эпидемиологик вазият хам оғирлашиб бормоқда (расм № 218).



Расм № 218. Ўпка сили.

Ахоли орасида микобактериялар билан инфицирланганларнинг ўта юқорилиги, ОИВ-инфекциясининг давоси йўқлиги, бу иккала касалликнинг бирга келишини ўта долзарб муаммога айлантириб юборди. ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг 30-50% ида ўпка сили ривожланади, ундан кузатиладиган ўлим эса кескин ортади ва 43-89% гача етади. Ўлганлар орасида 20-49 ёшли беморлар 54,2%ни ташкил этадилар. ЖССТ Европа бюросининг хисоботида кўра ОИТС билан силнинг бирга келиши наркоманлар орасида жуда юқори бўлиб, ОИТСни бошқа йўл билан юқтириб олганларга нисбатан 20% кўп учрайди. ОИТСни наркотикларни инъекцияда қабул қилганда юқтириб олган беморлар кўпчиликти ташкил қиладиган мамлакатларда (Испания, Португалия) бундай беморлар сони (яъни ОИТС ва сил касаллигининг бирга келиши) 51%ни ташкил қилади. Бир қатор олимларнинг фикрича, ОИВ-инфекцияси фонида сил касаллиги 50-70% холларда ўпкадан бошқа аъзоларни зарарлайди, кўпинча бундай холат касалликнинг охириги босқичларида (ОИТСда), яъни СД4 хужайралари ўта кескин пасайганда кузатилади. Бундай холатда силнинг клиникаси ўзгарган бўлади ва диагноз қўйишга кечикилади. Масалан ОИТСга чалинган наркоманларда сил менингити 21%ни ташкил қилади, касалликнинг оқибати

эса ўта ёмон. Силнинг ўпкадан ташқари шаклларида яна энг кўп учрайдигани, ОИВ-инфекциясининг қандай босқичда эканлигидан қатъий назар лимфа тугунларининг силидир -у 30% холларда кузатилади. Ундан кейинги ўринда талоқ, жигар, бош мия, мушаклар туради. Болаларда эса суяклар ва бўғимлар сили жуда кўп учрайди. Бу касаллик кўпинча генерализацияланган тус олади ва ўпкани, ичакларни, мия пардаларини, жигарни, талоқни, мезентериал лимфа тугунларини, кўзни, перикардни зарарлайди. Барча олимлар ОИТС билан бирга келган сил касаллигини диагностикаси ўта қийин эканлигини эътироф этадилар, чунки бу иккала касалликнинг клиник аломатлари жуда ўхшашдир. ОИВ-инфекцияси билан бирга келган силнинг асосий клиник белгилари: аниқ ривожланган интоксикация аломатлари, астения, доимий ёки интермиттирловчи харорат, узок давом этувчи йўтал, хансираш, беморнинг озиб кетиши, диарея. 65% холларда бўйин, кўлтиқ ости, чов сохаларидаги лимфа тугунларининг катталашуви кузатилади, катталашган лимфа тугунлари зич консистенцияли, ғадир-будир, пальпацияда силжиши қийинроқ. Айрим олимлар ОИВ-инфекциясида ўпкадаги сил ўчоқлари одатдаги беморларга нисбатан камроқ ривожланган десалар, бошқалари эса бундай беморларнинг ярмида рентгенологик текширувларда ўпканинг милиар сили аниқланади, касаллик септик шок билан асоратланади, кўпгина аъзоларнинг функцияси бузилади, диагнос қўйишдаги қийинчиликлар кеч даволашга ва ўлимнинг кўплигига сабаб бўлади деб таъкидлайдилар. ОИВ-инфекциясининг эрта босқичларида инфилтратив ва ўчоғли ўпка сили 70% холларда кузатилади, кечки босқичларида эса диссеминацияланган сил ва кўкрак ичидаги лимфа тугунлари сили 61,4%ни ташкил қилади. Тарқалган бронхоаденит фақат касалликнинг кечки босқичларида 33% учрайди. ОИВ-инфекцияси билан келган ўпка силида кўпинча бир вақтнинг ўзида банал бактериал пневмония хам кузатилади, бу эса ўз навбатида диагнос қўйишни қийинлаштиради, адекват давони бошлашни кечиктиради. Бундай холларда банал пневмония силнинг асорати эмас, балки уни кучайтирувчи омилдир. ОИВ-инфекциясида

силни диагностикасининг қийинлигига яна бир сабаб балғамда ва бошқа ажралмаларда микобактерияларнинг топилмаслигидир (абациляр), шунинг билан бирга бу беморларда бактериемия юқоридир (ОИВ-инфекциясиз силга чалинганларга нисбатан). Кўпинча бу беморларда қонда 33% холларда микобактерияларнинг топилиши сил касалигининг биринчи аломати бўлади. ОИВ-инфекцияси фони ривожланган силнинг тарқалмаган шаклларида қондан 28% холларда микобактериялар ўстириб олинган, диссеминацияланган турларида эса 83% холларда, силдан ташқари оппортунистик инфекция мавжуд бўлган беморларда эса 100% ажратиб олинган. Беморларда туберкулинга асосланган диагностика усулларидадан фойдаланиш самарасиздир, чунки уларда туберкулинга анергик реакция 90% беморларда кузатилади (ОИВ-инфекциясизга чалинмаганларда бу 40%ни ташкил қилади). ОИВ-инфекциясининг кечки босқичларида силнинг рентгенологик диагностикаси ҳам ўта қийиндир. Беморларда шпка майдонининг интерстициал типда бироз тўйиниши, бутун ўпка бўйлаб майда полиморф ёки мономорф ўчоғлар аниқланади холос. ОИВ-инфекциясизга чалинган беморларда ўпкадан бошқа аъзолар силининг кўп учраши, бу касалликнинг диагностикасида компьютер томографияси, сонография каби замонавий инструментлар ёрдамида текширув усулларида кенг фойдаланишни тақозо этади. Сил касаллигининг оғирлиги иммунитетнинг пасайиши даражасига тўғри пропорционалдир. СД4 лимфоцитлар миқдори 100мкл.дан пасайганда жараённинг генерализацияси кузатилади, иммуноглобулинлардан А, М, G лар миқдори ҳам ортади, бунда IgG миқдорининг ортиши сил жараёнининг оғирлигига тўғри пропорционал бўлади. ОИВ-инфекциясининг дастлабки босқичларида силнинг чекланган шакллари бошқа оппортунистик инфекциялардан олдин пайдо бўлса, кейинчалик кечки босқичларида эса сил билан кўпинча Капоша саркомаси, ЦМВИ, кандидоз каби касалликлар бирга келадилар. Илгари ўпка сили билан оғриган беморлар ОИВ-инфекциясини юқтириб олганда, 30% холларда

силнинг рецидиви кузатилади, шунинг учун бундай беморлар узоқ вақт назорат остида туришлари ва даволаниб боришлари керак.

ОИВ-инфекциясида ўпкада ўсма касалликларидан **Капоши саркомаси** учрайди, кўпинча у диссеминацияланиш оқибатида ўпкани зарарлайди. Унинг клиник аломатлари носпецифик бўлиб, харорат кўтарилиши, озиб кетиш, хансираш, плеврада суюқлик йиғилиши кузатилиши мумкин. Рентгенологик текширувда икки томонлама интерстициал ёки паренхиматоз инфильтрациялар аниқланади, уларнинг чегараси ноаниқ, баъзан плеврада суюқлик, кам холларда эса массив инфильтратлар кузатилади.

Лимфомаларнинг ўпкани заралашини камроқ учрайди, улар асосан асаб тизими, ошқозон ичак тизимидаги лимфомалар билан биргаликда келадилар. Рентгенологик текширувда медиастинал лимфа тугунларининг катталашуви, интерстициал ва паренхиматоз инфильтратлар, плевранинг қалинлашуви ва суюқлик йиғилиши баъзан массив инфильтрат кузатилади. Жуда кам холларда бронхоген карцинома учрайди.

Лимфоидли интерстициал пневмония (ЛИП) асосан ОИТС босқичида болаларда учрайди. Болаларда аста-секин прогрессияланувчи хансираш, куруқ йўтал, хароратнинг кўтарилиши ва тана вазнининг пасайиши кузатилади. Аденопатия, гепатоспленомегалия, увеит, сўлак безларининг катталашуви кузатилади, аускультацияда ўпканинг пастки сохаларида нам хириллашлар эшитилади. Рентгенологик текширувда ўпкада икки томонлама пастки бўлақларнинг интерстициал ёки ретикулонодуляр инфильтрати, ўпканинг сурати дифференциация қилинмайди, ўпка томирлари кенгайган, структураси бузилган. Қоннинг тахлилида гипергаммаглобулинемия ва лимфоцитоз аниқланади. Катта ёшли беморларда ЛИП диагнозини қўйиш ўта мушкул. Клиник белгилари носпецифик, шунингдек кам учрайди (жадвал № 9).

ОИВ-инфекцияси билан бирга келадиган **ўпка гипертензиясининг** этиологияси аниқланмаган. ОИВ-инфекциясида ўпка гипертензияси одатдагидан 10-100 баробар кўп учрайди.

Рентгенологик ўзгаришлар	Касаллик
Диффуз ретикулонодуляр инфилтратлар	Пневмоцистали пневмония Ўпка сили Диссеминацияланган гистоплазмоз Диссем. Кокцидиоидомикоз ЛИП
Ўпка суратининг фокал кучайиши	Бактериал пневмония Капоши саркомаси Диссем. МАК-комплекс Диссем. Гистоплазмоз
Нормал манзара	Ўпка гипертензияси Пневмоцистали пневмония Диссем. МАК-комплекс Диссем. Гистоплазмоз
Лимфаденопатия	Ўпка гипертензияси Сил Капоши саркомаси Диссем. МАК-комплекс
Плевра суюқлиги мавжуд	Ноходжкин лимфомаси Капоши саркомаси Сил Ноходжкин лимфомаси Пиоген эмпиема

Клиникасида тезда ривожланувчи хансираш асосий белгидир. Рентгенологик текширилганда юрак чегарасининг ўнг томонга кенгайгани, томирлар суратининг кучайгани аниқланади.

Қуйида ОИВ-инфекциясига чалинганларда ўпкадаги рентгенологик ўзгаришларнинг дифференциал диагностикаси келтирилган.

Ошқозон-ичак тизимининг зарарланиши.

Эпидемиологик ва клиник кузатувлар шуни кўрсатадики, оғиз шиллик пардаси ва ошқозон-ичак тизими (ОИТ) ОИВ кириб зарарлайдиган ва

касалликнинг эрта аломатлари намоён бўладиган сохалардан биридир. АҚШда ОИВ-инфекциясида 50% беморларда, Африкада эса 90% беморларда ОИТ зарарланиши кузатилади. ОИТСнинг прогрессияланиб боришининг асосий белгиларидан бири Wasting-syndrome деб аталади ва сурункали диарея, мальабсорбция ҳамда тана вазнининг 10%дан ортиқ камайишини ўз ичига олади. ОИВ-инфекциясида ОИТнинг зараланишига сабаблар қуйидагилардир:

1. ОИВнинг ОИТга тўғридан-тўғри таъсири;
2. оппортунистик инфекциялар ва патоген облигат паразитлар томонидан чақирилган иккиламчи инфекциялар;
3. Ўсмалар.

ОИВнинг ОИТга бевосита таъсири. Персистирловчи диареянинг 20% холларида ОИТда ва ажралмада (нажосда) ҳеч қандай иккиламчи инфекцияларнинг қўзғатувчиси топилмайди. Бундай холларда “идиопатик ОИТС-энтеропатия” термини қўлланилади. Бундай энтеропатия ОИВнинг ўзи ичакнинг махсус хужайраларига (ичакнинг серотонин шлаб чиқарувчи хромаффин хужайралари) бевосита таъсир қилиши оқибатида келиб чиқади деб қабул қилинган. Бунда функционал ўзгаришлардан Д-ксилоза сўрилишининг бузилиши ва стеаторея кузатилади. ОИТС-энтеропатиянинг асосий клиник аломатлари қуйидагилардир: ингичка ичак типидagi сурункали диарея, мальабсорбция ва тана вазнининг пасайиши.

Иккиламчи инфекциялар ва ўсмалар. Буларнинг асосида оппортунистик инфекциялар ва облигат патоген қўзғатувчиларнинг таъсир этиши (касаллик чақириши) ётади. Қуйида улардан энг кўп учрайдиганларини келтирамиз:

Оғиз шиллик пардаси кандидози -29,1%; қизилўнгач кандидози-8,6%; ЦМВИ-6,4%; криптоспоридиоз-2,9%; микроспориоз-2%; сальмонеллез-2,3%; клостридиозли псевдомембраноз колит-2%; изоспороз-2%; лямблиоз-2%; амебиаз-2%; кампилобактериоз-2%; атипик микобактериоз-8,4%.

ЦМВИ ОИВ-инфекциясида 50% беморларда учрайди ва ўлимнинг сабабларидан бири хисобланади. Бу беморларда диареянинг 10%ни ЦМВИ чақирган. ОИТ бу вирус билан зарарланиш спектри ўз ичига олади:

-сурункали ЦМВ-сиалоденит ва бунинг оқибатида келиб чиққан саливациянинг бузилиши, оғиз бўлиғида овқатни ишлашнинг издан чиқиши ва иккилмчи инфекциялар қўшилиши;

-сурункали эзофагит (катарал, эрозияли, ярали);

-ошқозон полипоз (антрал бўлим кўпроқ зарарланади);

-ЦМВ-энтеропатия;

-ярали-некротик энтероколит;

- ярали колит;

-йўғон ичак васкулити.

Юқорида санаб ўтилган касалликларнинг асоратлари: қон кетиши, асцит, перфорациялар (ичакларнинг), перитонит, ичакнинг ўткир кенгайиши ва бошқалар.

Оддий герпес вируси. Бу вирус 1-типи томонидан келтириб чиқарилган касалликлар:

-афтозли гингвит-стоматит;

-афтозли эзофагит;

Иккинчи типи томонидан чақирилган касалликлар (асосан гомосексуалистларда кузатилади):

-сурункали дистал проктит;

-перианал соханинг пуфакчали-ярали зарарланиши.

Хламидиялар томонидан ОИТ зарарланиши генито-орал ва генито-анал жинсий алоқа билан шуғулланувчиларда учрайди. Бу инфекция оғиз ва халқумда катарал яллиғланиш чақирса, тўғри ичакда сурункали проктит чақиради.

Салмонеллез ОИТС фонида бошқа инфекцияларга нисбатан кўп учрайди. Рецидивловчи салмонеллезли септицемия ОИТС-индикаторли касалик хисобланади, яъни ОИВ-инфекциясининг терминал босқичини

аломати хисобланади. ОИВ-инфекциясининг бошланғич босқичларида салмонеллезли инфекция локал шаклда-гастроинтестинал шаклда намоён бўлади, терминал босқичида эса септик шаклда бўлади. Бунда касаллик оғир, қайталаниб кечади, ўтказилаётган антибиотикотерапиядан самара кузатилмайди. Салмонеллездан ташқари яна кампилобактериоз, шигеллез каби инфекциялар ҳам худди салмонеллез каби септик кўринишда кечади (терминал босқичда).

Микобактериозлар сил таёқчаси ёки атипик микобактериялар томонидан чақирилиши мумкин. Ичаклар сили ва мезентериал лимфа тугунларининг сили ОИВ-инфекциясининг хар қандай босқичида учраши мумкин. Буларнинг асосий клиник белгилари қуйидагилардир:

- персистирловчи харорат;
- тана вазнининг камайиши;
- мезаденит;
- ич кетиши;
- ичакдан қон кетиши.

Атипик микобактериозлар терминал босқичда ривожланади, ОИТнинг бошидан охиригача хар қандай сохаси зарарланиши мумкин, генерализацияланган инфекция холида кечади. Унинг типик клиник аломатлари:

- қорин сохасида оғрик;
- диарея;
- гепатоспленомегалия;
- генерализацияланган лимфаденопатия.

Кандидоз ОИТСнинг энг кўп учрайдиган гастроинтестинал манифест шаклидир. Унинг клиник шакллари:

- орал;
- орозозофагиал;
- орозозофагогастрал;
- орозозофагогастроинтестинал.

ОИВ-инфекциясида орал кандидоз аниқлангандан 2 йил ўтгач, 50% беморларда ОИТСнинг барча аломатлари намоён бўлади, қизилўнгач кандидози аниқлангандан кейин эса беморлар фақат 6 ойгача яшайдилар.

Гистоплазмоз иммунодефицит ривожланганда диссеминацияланган тус олади ва 75% холларда ОИТни ҳам зарарлайди.

Криптоспоридиоз ОИТС босқичида оғир тус олади. Тана харорати юқори кўтарилади, тобора кучайиб борувчи диарея кузатилади, жуда кўп микдорда суюқлик йўқотилади, беморлар кескин озиб кетадилар. Бундан ташқари криптоспоридиялар ўт пуфагини, ўт йўллари хам зарарлаши мумкин.

Изоспороз клиникаси криптоспоридиозга ўхшаб кетади, аммо бу хужайра ичида ривожланганлиги сабабли клиникасида баъзи фарқлар учрайди, уларга ахлатда (нажосда) шиллиқ ва қон аралашмаларининг мавжудлиги, копрограммада лейкоцитлар ва эритроцитлар борлиги киради.

Циклоспороз, микроспориоз, бластоцистоз каби паразитар касалликларнинг клиникаси хам юқоридагиларга ўхшаш кечади. Фақат бластоцистозда кўшимча равишда метеоризм, дискомфорт, гипогастрия ва мезогастрия сохаларида оғриқ, кўнгил айниши, анорексия каби аломатлар кузатилади.

ОИТ ўсмалари асосан қуйидагилардан иборат:

1. Капоша саркомаси, ОИТнинг хар қандай сохасида пайдо бўлиши мумкин.
2. Хар хил лимфомалар, кўп холларда ингичка ичакда жойлашади.
3. мугузхужайрали карцинома, кўпинча тилда ва аноректал сохада учрайди.
4. Тукли лейкоплакия, тилда ва оғиз шиллиқ пардасида учрайди.
5. Ўткир учли кондилломалар, перианал сохада учрайди.

Қуйида биз ОИВ-инфекциясида ОИТда ўзгаришлар аниқланган беморларни текшириш учун ишлаб чиқилган ва кундалик ишда қўлланиладиган схемани келтирамиз.

ОИВ-инфекциясида гастроинтестинал ўзгаришлар мавжуд беморларни текшириш алгоритми

I. Агар беморда диарея аниқланса, ахлат (нажос) қайтадан қуйидаги текширувларга олинади:

1) тифо-паратифозга, дизгурухга, замбуруғларга, кампилобактериозга, иерсинозга эзмага олинади;

2) глистлар тухумига ва бир хужайрали оддий паразитларга текширилади (бактериоскопик);

3) Криптоспоридиоз, изоспороз ва бошқаларга текшириш учун фекалдан суртма (мазок) тайёрланиб, Цильс-Нильсен (ёки Кестер, ёки Романовский-Гимза) усулида бўялади ва кўрилади.

4) Клостридий токсинига тест қўйилади.

5) Ротавирусларни аниқлаш учун ИФА усулида текширилади.

II. Агар беморда ичакдан қон кетиши ёки тенезм кузатилса, ёки бир вақтнинг ўзида иккаласи кузатилса, ректороманоскопия ёки фиброколоскопия қилинади ва ичак шиллиқ қаватидан биопсия (ёки қиринди) олинади;

1) Ичак ичидаги махсулотдан (сақламадан) қуйидагиларга текширилади:

-шигеллаларга (эзма);

-кампилобактерияларга (эзма);

-сил микобактерияларига (эзма);

-атипик микобактериозга (эзма);

-гонококларга (суртма тайёрлаб, бактериоскопик);

2) Биоптат ёки қиринди қуйидагиларга текширилади:

-ЦМВ (цитологик ёки гистологик текширув, МФА);

-ВПГ (МФА);

-ўсмаларга (гистологик текширув).

III. Агар беморда ингичка ичак типдаги диарея кузатилса ва тана вази вази пасайса, фиброгастроуденоскопия ўтказилади ва шиллик қаватидан биопсия олинади.

1) ингичка ичакдаги махсулотлардан аспирация қилинади ва оддий (бир хужайрали) паразитларга, глистларга текширилади, тифо-паратифоз гурухга ва замбуруғларга эзма қилинади;

2) биоптатлар қуйидагиларга текширилади:

-ЦМВ;

-ўсмалар.

ОИВ-инфекциясига чалинган беморларда оғиз шиллик пардасининг зарарланиши касалликнинг энг биринчи симптомларидан хисобланади, хилма-хиллиги билан ажралиб туради. Оғиз шиллик пардасида псевдомембраноз кандидоз ёки тукли лейкоплакия кузатилса, бу касалликнинг соф ОИТСга ўтганлигидан дарак беради. Иммунодефицит ҳолатининг биринчи аломатлари оғизда пайдо бўлиши тушунарли: иммунитетнинг пасайиши шартли патоген инфекцияларнинг авж олишига олиб келади, бу инфекцияларнинг энг жойлашган соҳаси эса оғиздир.

Жигардаги ўзгаришлар

ОИВ-инфекциясининг ва вирусли гепатит С ва В ларнинг юқиш йўллари бир-бирларига ўхшашлиги туфайли кўпинча бу касалликларни бирга келиши кузатилади. Наркоманларорасида, шунингдек қон ва унинг препаратлари билан мулоқотда бўлувчилар орасида вирусли гепатит С ва В лар ҳам худди ОИВ-инфекцияси каби муаммо бўлиб турибди. Парентерал юққан вирусли гепатит С (НСV-инфекция) 90% ҳолларда қон қуйилганда юққанлиги аниқланган (Seeff L.B. 1992). Оила шароитида бу касалликнинг юқиши 2% га етади. Қолган ҳолларда жинсий алоқалар орқали ўтишини тахмин қилиш мумкин. Гепатит С ни ОИВ-инфекциясида оппортунистик инфекцияларга тенглаштирадilar. Юқори даражадаги хавфли гурухлар орасида НCV/ОИВни бир вақтда битта беморда учраши қуйидагича:

-ОИВ-инфекцияси билан оғриган барча беморларнинг 30-40% ида;

- HCV билан оғриган барча беморларнинг 10% ида;
- Гемофилия билан оғриган барча беморларнинг 85% ида;
- наркотикларни вена ичига қабул қилувчиларнинг 52-90% ида;
- ОИВ-инфекциясига чалинган барча гомосексуалистларнинг 4-8% ида.

Парентерал муолажаларда HCV-инфекциясининг юқиш хавфи ОИВ-инфекциясининг юқиш хавфидан 10 баробар юқори (5% HCV, 0,5% ОИВ), перинатал юқиш эса HCV учун 5 баробар кам (5% HCV, 25% ОИВ). Наркотикларни инъекция орқали қабул қилувчиларда 10 ой давомида наркотиклар қабул қилганидан кейин, уларнинг 60% ида HCV, 20% ида эса ОИВ-инфекцияси учрайди. Жинсий алоқа орқали юқиш, HCV/ОИВ бирга келганда моноинфекцияга нисбатан анча юқори бўлади.

Россиянинг Санкт-Петербург шаҳрида ОИВ-инфекциясига чалинган наркоманлар орасида вирусли гепатит 2001-2004 йиллари 96,6%ни ташкил қилган. Шулардан 42,7%ида ОИВ+HBV (вирусли гепатит В) аниқланган, 48,8%ида ОИВ+ HCV (вирусли гепатит С) аниқланган, 34,8%ида эса бир вақтнинг ўзида ОИВ+ HCV+ HBV микст инфекцияси аниқланган.

HCV/ОИВ бирга келганда моноинфекцияга нисбатан жигар циррози ривожланиши кўп учрайди, чунки гепатит жуда тез прогрессияга учрайди ва циррозга олиб келади, HCV жуда оғир кечади, жигар хасталиги оқибатида келиб чиққан ўлим ҳолатлари ҳам юқори бўлади. Айниқса бундай ҳолат хар куни 50млдан ортиқ алкоголь истеъмол қилувчи беморларда, СД4 хужайралари 1мл.да 200дан пасайган беморларда яққол намоён бўлади. Санкт-Петербург шаҳрида 2001-2004 йиллари ўтказилган текширишлар шуни кўрсатдики, вирусли гепатит билан ОИВ коинфекцияда келган беморларнинг 47%ида қонда АЛТ миқдори 1,5-3 баробар ортган, билирубин эса 1,5 баробар ортган. Беморларнинг ёши асосан 20-30 да эканлигини ҳисобга олинса, ахволнинг нақадар оғир эканлиги янада ойдинлашади.

Жигар хасталигидан ўлган ОИВ-инфекцияга чалинган беморларнинг 50%дан ортиғида вирус залвори 1млда 400тадан кўп, СД4 хужайралари эса 1мл.да 200 дан кўплиги аниқланган (яъни ўлим ОИВ/ОИТС ҳисобига эмас,

балки жигар хасталиги туфайли юз берган). HCVда антиретровирус терапияда қўлланиладиган дориларнинг гепатотоксиклиги туфайли даволашни тўхтатишга тўғри келади. Натижада ОИВ-инфекцияси тезда прогрессияга учрайди ва беморларнинг умри қисқаради. Хозирги кунда ОИВ-инфекциясига чалинган наркоманлар орасида жигар хасталиги, уларнинг ОИВ/ОИТСга боғлиқ бўлмаган ўлимнинг асосий сабабидир.

Шу ерда ОИВ-инфекциясида вирусли гепатит бўлмаган беморларнинг ўзида жигарда қандай ўзгаришлар учрашини кўриб чиқиш зарурдир. ОИВ-инфекциясининг эрта босқичларида-генерализацияланган персистирловчи лимфаденопатияда гепатомегалия кузатилади, жигарнинг функционал синамаларида ўзгаришлар кузатилади-қон зардобиди альбумин миқдори пасаяди, сулема синамасининг даражаси пасаяди. Бу даврда жигарда гистологик ўзгаришлардан бироз ривожланган цитоллиз, холестази ва мезенхимал-яллиғланиш синдромлари кузатилади. Касалликнинг ОИТС босқичида бу ўзгаришлар чуқурлашиб, жигар хужайраларида дистрофик ўзгаришлар (макро- ва микростеатоз), жигар бўлаклари ва перипортал зоналарда яллиғланиш инфильтрацияси кузатилади. Жигардаги бу ўзгаришлар ОИВ-инфекцияси HCV билан коинфекцияда келганда жигарда прогрессияга учровчи ўзгаришлар кетиши учун таянч куқтаси хисобланади, шунинг учун бу беморларда HCVнинг латент даври узоқ бўлмайди.

Юқорида келтирилганлардан хулоса қилиб вирусли гепатит ва ОИВ коинфекцияси учун хос бўлган қуйидаги умумий белгиларни кўрсатиш мумкин:

-ОИВ-инфекциясида HCV тезроқ прогрессияга учрайди, жигар фибрози жуда тезда ривожланади;

-қисқа муддатлар ичида касаллик цирроз стадиясига ўтади ва ўлим билан якунланади;

-навқирон ёшда жигарнинг бирламчи раки ривожланади;

-Агар HCV моноинфекцияда келганда касалликнинг вертикал юқиши (онадан хомилага) 5% холларда кузатилса, ОИВ билан коинфекцияда келганда вертикал юқиш 15-36%ни ташкил қилади.

- HCVнинг қондаги вирус залвори юқори бўлганлиги сабабли, ОИВ-инфекцияси ҳам тезда прогрессияга учрайди;

-ОИВ-инфекциясини даволашда ишлатиладиган препаратларнинг гепатотоксиклиги юқори бўлганлиги сабабли антиретровирус терапиясига салбий таъсир қилади;

- ОИВ-инфекциясини даволашни тўхтатишга тўғри келади;

-натижада HBV/ОИВ билан бирга келган беморларнинг умри қисқаради.

Асаб тизими

ОИВ-инфекциясининг хар хил босқичларида асаб тизимининг (АТ) зарарланиши 40% беморларда кузатилади, 4-5% беморларда эса бу касалликнинг энг биринчи аломати сифатида намоён бўлади (расм № 219). Аутопсия маълумотлари бўйича, ОИТСдан ўлган беморларда 70-80% холларда асаб тизимида патоморфологик ўзгаришлар аниқланади. Чуқур текширишлар шуни кўрсатдики, ОИТСда қарийб барча беморларда АТда патологик ўзгаришлар кузатилади. ОИВ-инфекциясида кўп зарарланиш бўйича АТ иммун тизимидан кейин иккинчи ўринда туради.



Расм № 219. Церебрал токсоплазмоз.

Бунга сабаб марказий асаб тизимини (МАТ) ва периферик асаб тизимини (ПАТ) зарарланишига олиб келадиган кўпгина патогенетик механизмлардир. АТ зарарланишининг энг асосий сабаби ОИВдаги мембрананинг gp120 гликопротеини билан нейронлар ва астроцитлардаги рецепторларнинг (СД4) мослигидир (худди Т-хелперлар каби). ОИВ-инфекциясининг хар хил босқичларида АТ зарарланишига олиб келувчи патогенетик омилларни қуйидагича тартибда келтириш мумкин:

1. ОИВниг бирламчи (бевосита) таъсири.
2. Аутоиммун реакциялар.
3. Оппортунистик ва иккиламчи инфекциялар.
4. Ўсмалар.
5. Қон томирлардаги асоратлар.
6. Психоген омиллар.
7. Ятроген сабаблар.

Асаб тизимининг ОИВ билан бевосита (бирламчи) зарарланиши. ОИВ нинг МАТга қандай йўл билан кириб олиши хақида 3хил гипотеза мавжуд: 1) ОИВ макрофаглар ичида “троян оти” каби гематоэнцефалит барьердан ўтиб МАТга киради; 2) ОИВ асаб толалари бўйлаб МАТга киради; 3) капиллярлар эндотелияси орасидаги тирқишлар орқали МАТга киради.

АТдаги патологик ўзгаришлар касалликнинг хар қандай босқичида ҳам кузатилади. ОИВ-инфекциясининг бирламчи аломатлар босқичидаёқ, АТнинг вируслар билан зарарланишининг айрим шакллари кузатилади, бошқа неврологик синдромлар эса кечки босқичларда кузатилади.

МАТнинг симптомларсиз ОИВ-инфекцияси қонунийдир. Клиник жихатдан соғлом, серопозитив шахсларда орқа мия суюқлиги текширилганда, хужайралар миқдорининг ортиши, оқсил ва иммуноглобулинлар миқдорининг кўпайиши, ОИВга қарши антитаначаларнинг интратекал ишлаб чиқарилиши (“барьер ортида”), суюқликдан вирусларнинг ажратиб олиниши кузатилади. МАТнинг симптомларсиз инфекцияси бошқа аъзолар зарарланиши билан бирга келиши

мумкин. Касалликнинг ўткир босқичида у ОИВ-виремия билан бирга келади. Қандай шароитда МАТнинг симптомсиз ОИВ-инфекцияси асептик менингитга ёки энцефалитга ўтиб кетиши ноаниқдир.

Асептик менингит. Айрим манбаларда сероконверсия даврида ёки ундан кейиноқ асептик менингит келиб чиққанлиги хақида маълумотлар мавжуд, бошқа кўпгина манбаларда эса асептик менингит ОИВ-инфекциясининг кечроқ босқичида, касалликнинг бошқа аломатларидан олдин пайдо бўлиши келтирилади. Асептик менингит ўткир ёки сурункали шаклда кечиши мумкин. Иккала ҳолатда ҳам менингеал симптомлар кузатилади, аммо менингит аломатлари ўткир шаклида яққолроқ намоён бўлади. Баъзи ҳолларда бош мия асаблари, кўпинча V, VI ва VIII жуфт асаблар зарарланади, бунда Белланинг қайталанувчи фалажи кузатилиши мумкин. Орқа мия суюқлигини текширилганда моноклеар плеоцитоз, оксилларнинг бироз ортиши кузатилади, глюкоза миқдори меёрда бўлади. Асептик менингит вирусларнинг бевосита мия пардаларига таъсири (зарарлаши) оқибатида келиб чиқади деб ҳисобланади. Асептик менингит яхши сифатли кечади, у ОИТС-деменция синдроми келиб чиқишига таъсир қилмайди деб ҳисобланади. Асептик менингит атипик кечиши ҳам мумкин, унда қайталанувчи тус олади.

Ўткир энцефалит кўпинча сероконверсия даврида, ёки ундан кейиноқ (касалликнинг дастлабки 3 оyi ичида) юзага чиқади. Унинг клиник аломатлари хароратнинг кўтарилиши, умумий дармонсизлик, ўзини ёмон ҳис қилиш, кайфиятнинг бузилиши, эпилептик хуружлар, беморнинг онгининг ўзгариши. Ўткир даври тахминан 1 ҳафтача давом этади, аниқ кўзга ташланадиган неврологик асоратлар кузатилмайди. Ўткир энцефалит ОИВнинг бевосита нейронларни зарарлаши туфайли келиб чиқади.

ОИТС-деменция комплекси. ОИВ томонидан чақирилган ним ўткир энцефалит, ОИВ-инфекциясининг кечки босқичлаприда келиб чиқадиган ОИТС-деменциянинг (ОДК) сабабидир. Хар хил муаллифлар бўйича ОДК

1/3-1/2 беморларда кузатилади, 1/4 беморларда эса ОДК ОИТСнинг бошқа белгиларидан аввал намоён бўлади.

ОИВ-инфекциясининг кечки даврларида ОДК унинг одатдаги клиник аломатларидан (намоён бўлишидан) биридир. ОДКнинг энг асосий белгилари психик функциянинг бузилиши, беморнинг харакатлари ва ўзини тутишининг ўзгаришидир. ОДК одатда оппортунистик инфекциялар ёки ўсмалар пайдо бўлгандан кейин намоён бўлади, аммо баъзан у касалликнинг биринчи аломати бўлиши ҳам мумкин. Бундай холатларда беморда лимфаденопатия, ўзини нохуш сезиш, тана вазнининг пасайиши, орал кандидоз каби ОИВ-инфекциясининг белгилари кузатилади; бошқа холатларда эса иммунодепрессиянинг лаборатория аломатлари кузатилади. ОДКнинг дастлабки белгилари бўлиб когнитив сферадаги ўзгаришлар, энг аввало хотиранинг пасайиши (бузилиши) ва диққат қилишнинг (концентрациянинг) бузилиши кузатилади. Беморлар ўз фикрларини йўналишини ёки гапираётган гапларини йўқотиб қўядилар, кўпгина беморлар фикрлаш қобилиятининг секинлашганидан шикоят қиладилар. Беморлар доимий равишда бажариб келган ишлари энди улар учун оғирлик қилади, чарчатади, бу ишларни бажариш учун илгаригидан кўпроқ вақт сарфлайдилар. Хотиранинг пасайиши ва ўзини диққатини бир нарсага жалб этишининг қийинлашуви ишда хатоларга олиб келади, беморни қиладиган ишларини режасини ёзиб олишга мажбур этади (эсидан чиқиб қолмаслиги учун). Бу ўзгаришларни биринчи бўлиб яқин лари, яъни оиладагилар сезадилар. Беморларда социал адаптация (атрофга мослашувчанлик) издан чиқади, улар апатия холатига тушиб қоладилар. Болаларда апатия айниқса кучли намоён бўлади, улар атроф мухитга бефарқ, болаларга хос шўхликлардан асорат ҳам қолмаган, кўпинча ўзлари ёлғиз, бир чеккада хаёлчан каби ўтирадилар, кам харакат бўлиб қоладилар.

Депрессив синдром бу беморларда кам учрайди, баъзан бошқа симптомлардан аввал органик психозлар кузатилади. Бундай беморлар гиперфаолдирлар, қўзғалиш холатида бўладилар, гипоманиакал холат юзага

келиши мумкин. Касалликнинг дастлабки босқичларида психологик тестлар меёрдан четга чиқишни кўрсатмаслиги мумкин, аммо жавоблар яққол секинлик билан берилади. Касаллик авж олиб боргани сари тестларни ечишда қийинчиликларга дучор бўладилар. Фикрлаш (тафаккур қилиш) секинлашади, апатия ривожланади. Беморлар ўз касалликларига бефарқ бўлиб қоладилар, вазиятни тўғри баҳолай олмайдилар. Харакатнинг бузилиши ОДКнинг эрта фазасидаёқ юзага чиқиши мумкин. Беморлар мувозанатни сақлай олмаётганликларидан шикоят қиладилар, кўпинча ушлаб турган нарсасини тушириб юборади, қўл ҳаракати секинлашади ва аниқлигини йўқотади, хуснихат бузилади, ютиниш ва артикуляция бузилади. Мувозанатни бузилиши беморнинг юришини қийинлаштиради, тез-тез қоқилиб, йиқилиши мумкин, шунинг учун жуда эҳтиёткорлик билан юрадиган бўлиб қолади. Орал автоматизм симптомлари пайдо бўлади - бурун-лаб, ушлаш рефлекслари аниқланади. Одатда гиперрефлексия кузатилади. Кафтлар ва товонларнинг кетма-кет келувчи акс томонга йўналтирилган ҳаракатлари бузилади-адиадохокинез. Кўз олмасининг ҳаракати секинлашади, кўзларнинг кузатиш жараёнида силлик, теккис ҳаракат қилиши бузилади, кўз олмасининг ҳаракатида ноаниқлик ва секинлик кузатилади. Кейинчалик атаксия кучаяди, тўғри чизиқ бўйлаб ҳаракат қилиш қийинлашади. Оёқларда заифлик юзага чиқади ва у аста-секин кучая боради, атаксия билан биргалашиб, беморнинг ўзи мустақил юраолмаслигига олиб келади. Касалликнинг кечки босқичларида сийдик чиқариш ва дефекация актлари ҳам бузилади. Касалликнинг терминал босқичида беморнинг ахволи “вегетатив” ҳолатга мос тушади. Бемор кроватда қимирламай ётади, атрофга бефарқ, мустақил равишда ҳаракат қилаолмайди, таз аъзоларининг функциясини контрол қилаолмайди, аммо сомноленция даврларидан ташқари маълум даражада хушёр (хушини йўқотмаган). Коматоз ҳолатлар иккиламчи инфекциялар ёки бошқа асоратлар қўшилганда кузатилади. ОДК бошлангандан кейин, бир неча ойларгача давом этади, аммо касаллик аломатлари пайдо бўлгандан кейин бир неча

хафта ичида кучайиб, беморнинг ўлими билан якун топган ҳолатлар ҳам бор. Орқа мия суюқлиги текширилганда оксил миқдорининг биров ортганлиги ва биров моноклеар цитоз (200 1мкл.да) кузатилади, ОИВ эса ундан бошқа ҳолатларда ҳам (сероз менингит, симптомсиз инфекция ва х.к.) ажратиб олиниши мумкин. Орқа мия суюқлигида р24 антигенларининг аниқланиши катта аҳамиятга эга.

ОИТС-деменция комплекси диагнозининг алгоритми

Эпидемиологик маълумотлар. Хавфли гуруҳларга мансуб эканлиги: гомосексуалистлар, қон ёки унинг препаратлари қуйилган шахслар, вена томири ичига дори юборилган шахслар, наркотик моддаларни инъекцияда қабул қилувчилар, ОИВ-инфекциясига чалинган шахсларнинг гетеросексуал жуптлари ва ОИВ-инфекциясига чалинганларнинг болалари.

ОИВ-инфекциясининг соматик белгилари. Симптомларсиз, аммо исбот қилинган ОИВ-инфекцияси, ОИТС-ассоциацияланган комплекс, ОИТСнинг ривожланган манзараси.

Клиник-неврологик белгилари. Деменция, ҳаракат бузилишлари (атаксия, тремор, паразитез, ҳаракат қилгандаги ноаниқликлар), беморнинг ўзини тутишидаги бузилишлар (социал номутаносиблик, органик психозлар).

Нейродиагностик текширувлар. Компьютер томограммаси (КТ), ядро-магнит резонанси. КТда бош мия пўстлоқ қисмида атрофия ва бошқа ўзгаришлар аниқланади.

Иммунологик кўрсаткичлар. Периферик қондаги СД4/СД8 лимфоцитлар нисбатининг пасайиши, Т-лимфоцитлар ва макрофаглар етишмовчилигининг бошқа аломатлари.

Серологик кўрсаткичлар. Қон зардобиди ИТВга қарши антитаначалар топилиши.

Вирусологик текширувлар. Қондан, орқа мия (ёки мия) суюқлигидан вирусни ажратиб олиш, ОИВ антигенларининг топилиши.

Патоморфологик текширувлар. Оқ модданинги ўзгариши: макрофагал инфильтрация ва кўп ядроли хужайраларнинг топилиши.

Прогрессияловчи вакуол миелопатия

Прогрессияловчи вакуол миелопатия (ПВМ) ОДК каби орқа миянинг ОИВ билан бевосита (тўғридан-тўғри) зарарланиши оқибатида келиб чиқади. ПВМ кўпинча ОДК билан бирга келади, аммо ўзи алохида холда келиши ва ОИВ-инфекциясининг клиник манзарасида устивор ўрин эгаллаши ҳам мумкин. ПВМ пастки спастик парапарез, сенситив атаксия, таз аъзоларининг функциясини жуда эрта бузилиши билан намоён бўлади. Орқа мия функциясининг бузилиш даражаси хар хил, аммо сезишнинг бузилиши харакатнинг бузилишидан камроқ. Клиник ва патоморфологик маълумотлар асосан орқа миянинг ўрта ва пастки кўкрак қисмлари зарарланганлигини кўрсатади. ПВМ одатда ним ўткир ёки сурункали прогрессияловчи кечади. Патоморфологик текширувларда орқа миянинг ўтказув йўлларида вакуолизация шаклидаги дегенератив ўзгаришлар аниқланади. Шунингдек макрофаглар ва кўп ядроли хужайралардан иборат инфилтратлар аниқланади. Шуни алохида қайд этиш керакки, ОИВ-инфекциясида варицелла зостер вируси томонидан чақирилган, ҳамда эпидурал ёки интрадурал лимфома хисобига ривожланган ўткир ёки ним ўткир кўндаланг миелит клиник манзараси намоён бўлиши мумкин. Полирадикулопатия билан бирга келган орқа миянинг зарарланиши ЦМВИ томонидан чақирилиши мумкин.

Периферик невропатиялар

ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг 1/3 қисмида асаб тизимининг у ёки бу даражадаги зарарланишининг клиник ва субклиник аломатлари кузатилади, булар вируснинг бевосита таъсири остида ёки бошқа сабаблардан келиб чиқиши мумкин. Периферик невропатиялар ОИВ-инфекциясининг хар қандай босқичида касалликнинг асорати сифатида кузатилиши мумкин. Булар елканинг плексопатияси, бош мия нервларининг ёки периферик нервларнинг моноврити, ҳамда ўткир демиелинизацияловчи полиневропатия кабилардир. Бу келтирилган асаб тизимининг зарарланишининг барча шакллари яхши сифатли кечадилар ва

ўз-ўзидан спонтан равишда тузалиш билан яқунланадилар. Аксонопатия аломатларини ўз ичига олган симметрик дистал, сенсор бузилишлар устивор бўлган полиневропатия ҳам ОИВ-инфекциясининг кечки босқичларида кузатиладиган неврологик синдромлардан ҳисобланади. Бу невропатиянинг характерли белгиси, парестезия кўринишидаги субъектив сезгиларнинг бузилиши, ҳаракатланишнинг бузилишидан анча аввал келади. Айрим беморлар оёғидаги кучли ачишиш (оғрик) ҳисобига умуман юришдан бош тортадилар. Электрофизиологик текширувда бирламчи аксонал ўзгаришлар аниқланади, патоморфологик эса миелинизацияланган қалинлашган толаларда ўзгаришлар кузатилади. ОИВ-инфекциясининг кечки босқичларида тезда прогрессияловчи полирадикулопатия ривожланади, бу биров билинувчи пастки параплегия, орқа мия суюқлигида оқсилнинг кескин ортиши, таз аъзоларининг функцияси бузилиши кузатилади. Патоморфологик текширувларда спинал ганглияларнинг яллиғланиши ва некрози аниқланади.

ОИТС даврида эса беморларда асосан вегетатив полиневропатия кузатилади, бу кучли ортостатик артериал гипотензияга ва коллапсларга олиб келиши мумкин. ОИВ-инфекциясига билвосита алоқаси бор периферик невропатияларга аутоиммун генезли демиелинизацияловчи невропатия, оппортунистик инфекциялар, дори моддалари ва лимфомалар билан боғлиқ невропатиялар кирадилар.

Асаб тизимининг аутоиммун зарарланиши.

Аутоиммун генезга эга бўлган неврологик синдромларга периферик невропатияларнинг айрим турлари, тарқоқ энцефаломиелит синдромини ташкил қилувчи бош мия ва орқа миянинг зарарланиши киради. Аутоиммун генезга эга бўлган миелопатияларга кирувчи полиневропатиялар ОИВ-инфекциясининг симптомларсиз даврида ёки латент босқичида ривожланадилар. Клиник намоён бўлиши билан Гийен-Барре синдромига ёки сурункали яллиғланишли бошқа табиатли полиневропатияларга ўхшайди, аммо орқа мия суюқлигида биров лимфоцитар плеоцитоз кузатилади.

Асаб тизимининг оппортунистик инфекциялар билан зарарланиши.

Иммунодефицит ривожлангани сари юзага чиқадиган оппортунистик инфекциялар асаб тизимини зарарлаш билан кечиши мумкин. Улар орасида қуйидагиларни кўрсатиш мумкин:

1.Микозлар

-кандидоз;

-криптококоз;

2.Вирусли инфекциялар;

-герпесвируслар (оддий, зостер, ЭБ, ЦМВ,6,7,8 типлар);

-паповавируслар;

3.Бактериал инфекциялар;

-сил;

-атипик микобактериоз;

-патоган ва шартли патоген флоралар томонидан чақирилган сепсис;

4.Протозоозлар

-токсоплазмоз;

-5.Гельминтозлар

-стронгилоидоз;

Юқорида кўрсатиб ўтилган касалликларнинг кўпчилигининг патогенези, клиникаси билан илгариги бўлимларда танишиб чиққанмиз, аммо ЦМВИга алохида тўхталиб ўтиш керак. Кўпгина текширишлар натижаси шуни кўрсатдики, МАТнинг зарарланиши асосан ЦМВ томонидан чақирилади. Айрим муаллифларнинг берган маълумоти бўйича, бош миянинг ЦМВ билан зарарланиши (вирусологик текширувда тасдиқланган) ОИВ-инфекцияси билан хасталанганларнинг 25,5% ида кузатилган. ОИТСдан ўлган беморларнинг 10% ида ретинит билан бирга кечган ЦМВ-энцефалит аниқланган. Бош мия ЦМВИ билан зарарланганда клиник аломатлардан беморлар психикасидаги ўзгаришлар 91,7% ҳолларда аниқланган. Психик ўзгаришлар хотиранинг кўпол бузилиши, интеллектуал фаолиятнинг

пасайиши, харакатланишнинг кескин пасайиши, таз аъзоларининг функциясининг бузилиши кабилардан иборат бўлиб, хатто деменциягача ривожланади. ЦМВ-энцефалитда менингеал белгилар озроқ ривожланган, эпилепсия хуружлари, бош мия нервлари функциясининг бузилиши кузатилади. Баъзи олимлар беморларда миелит, полирадикулопатия аломатларини кузатганлар, аутопсияда уларда орқа миянинг бўйин, кўкрак ва бел сегментларида некрозлар аниқланган.

Асаб тизимининг ўсмалар билан зарарланиши.

Капоши саркомаси (КС) ОИТС билан оғриган беморларда жуда кўп учрайди- барча беморларнинг 23% да кузатилади. ОИТСда КСси агрессив кечади, терининг чекланган ва тарқоқ шакллари, висцерал шакллари тафовут қилинади. КС бош мияда жойлашганда неврологик симптомлар, КТда ўзгаришлар кузатилади. КСнинг чекланган шаклларида беморлар 12-18 ой умр кўрсалар, бир вақтнинг ўзида оппортунистик инфекция кузатилса, 6-9 ой яшайдилар.

Қон томирлари асоратлари.

Бош мияда қон айланишининг бузилиши сабаблари хилма-хилдир. Эндотелий хужайралари ва астроцитларнинг зарарланиши, периваскуляр яллиғланиш жараёни гемато-энцефал барьернинг шикастланишига, қон томирлари ўтказувчанлигининг бузилишига, мия тўқимасининг ишемияси юзага чиқишига, ДВС-синдром шаклланишига олиб келиши мумкин. ОИТС билан оғриган кўпгина беморларда транзитор ёки перманент тромбоцитопения кузатилади, бу ўз навбатида геморрагик синдром (шу жумладан бош мияда ҳам) келиб чиқишига сабаб бўлади. Юракда кузатиладиган ўзгаришлар (50% учрайди), шу жумладан эндокардитлар ҳам церебрал қон томирларидаги асоратларга олиб келади. Баъзи холларда микотик аневризмалар ёрилишини, ўсмаларга қон қуйилишини ҳам истисно қилиб бўлмайди. Болаларда бош мия қон томирларининг зарарланиши вариантларидан бири кальцификацияловчи васкулопатиядир. Айрим холларда базал ганглияларнинг кальцификацияси аниқланади. Кальцификацияловчи

васкулопатия ОИВнинг мия қон томирлари эндотелияси орқали тарқалишининг белгиси сифатида қаралади. Церебрал қон томирлари патологияси клиник жихатдан қуйидаги неврологик шаклларда манифест беради: 1) транзитор ишемик атакалар; 2) ишемик инсульт; 3) геморрагик инсульт.

Марказий ва периферик асаб тизими зарарланишининг бошқа синдромлари.

Периферик асаб тизимининг зарарланиши барча беморларнинг 15-50% ида кузатилади. Агар беморлар чуқурроқ текширилса, бу кўрсаткич 80-90%гача етади. Марказий асаб тизими томонидан эса энг кўп учрайдиган патология сурункали сенсор невропатия бўлиб, у 10-30% беморларда кузатилади. Клиник характеристикаси: зарарланишнинг дистал қисмда жойлашиши, уларнинг симметриклиги, оёқларда оғриқ, парестезиялар, азобловчи дизестезия, оғриқ ва вибрацион, баъзан эса хароратни сезувчанликнинг пасайиши, рефлексларнинг пасайиши, вегетатив бузилишлар. Камроқ холларда невропатиянинг кўл ва оёқлар мускулларининг камқувватлиги ва атрофияси кузатиладиган сенсомотор варианты кузатилади. Периферик асаблар зарарланишининг яна бир варианты сурункали прогрессияловчи полиневропатия (Гийен-Барре типидagi полирадикулоневрит). Клиник белгилари: проксимал жойлашиши, асимметриклиги, арефлексия, кучсиз парезлар, сезувчанликнинг бироз бузилиши. Бош мия ва орқа мия суяқлигида оқсиллар миқдорининг бироз ортиши ва плеоцитоз кузатилади. ОИВдан ташқари бундай ўзгаришларни ЦМВ чақириши мумкин. Краниал невропатияларга сабаб криптокок бўлиши мумкин. Симпатик ва парасимпатик дисфункция 50% беморларда аниқланади. Мускулларнинг зарарланиши полимиозит сифатида кечади, баъзан миопатия варианты учраши мумкин.

ОИТСда учрайдиган полиморф неврологик аломатларнинг хилма-хиллиги, уларни яна кўпгина бошқа касалликлар билан дифференциация қилиш зарурлиги диагностикани жуда қийинлаштиради ва замонавий

текширув усулларидан: КТ, МРТ, ЭЭГ, ПЦР, ИФА, орқа мия суюқлигини текшириш, психологик тестлаш ва бошқа кўплаб усуллардан фойдаланишни тақозо этади. Шунини таъкидлаш керакки, ОИВ-энцефалит ўлимнинг сабаби бўлган холлар процентда олинганда унчалик кўп бўлмаса ҳам, бошқа сабаблар билан ўлган беморларнинг барчасида ОИВ-энцефалитига хос ўзгаришлар аниқланган.

Психоген омиллар.

ОИВ-инфекциясининг барча босқичларида реактив невротик ва психик ҳолатлар ривожланиши мумкин. Касалликни юқтириб олганлигига ёки касалликнинг намоён бўлишига беморнинг реакцияси ҳар хил бўлиши мумкин- адаптив вариантдан то патологиккача. Бу реакциянинг юзага чиқишида кўпгина омиллар иштирок этадилар, улар қуйидагилардир:

- 1.Конкрет вазият.
2. Шахснинг преморбид хусусияти.
- 3.Беморнинг касаллик ҳақида қай даражада воқифлиги.
- 4.Тиббиёт ходимларининг муносабати ва ўзини тутиши (хулқи).
- 5.Беморнинг яқинларининг муносабати ва хулқи.
- 6.Касалликнинг қай тариқа намоён бўлиши (клиникаси).

Реактив ҳолатлар кўпинча депрессия ва кўрқув, суицидал фикрлар, кучли ипохондрия, қисқа муддатли реактив психоз, паранойя, шизофрениясимон психоз кабилардан иборат бўлиши мумкин. Кўпинча беморда ажитация, анорексия, уйқусизлик, иложсизлик ва ғазаб пайдо бўлади ва булар кўпинча врачларга қаратилган бўлади. Касалликни янги юқтириб олганлар учун обсессив-компульсив бузилишлар жуда хос бўлиб, улар кўп соатлар мобайнида ўзларининг баданларини текширадилар, бирорта специфик тошма топишга уринадилар, доимо ўлим ҳақида, унинг қандай юзага чиқиши ҳақида ўйлайдилар, касалликни кимдан юқтириб олиши мумкин бўлган сексуал шерикларини хаёлан излайдилар, ўзларининг яқинларига касалликни юқтириб қўйишдан доимо хавотирланадилар. ОИВ-инфекциясида мураккаб психопатологик синдромлар кузатилган, улар миянинг органик

Ўзгаришларидан ва деменциядан аввал юзага чиқади, кўп ойлар мобайнида сақланиб қолади. Булар галлюцинациялар, пала-партиш фикрлаш, жавлишлар, параноидал шубхаланиш, асоциаллик, аффектнинг текисланиши кабилардир. ОИВ-инфекциясининг барча босқичларида худди бошқа инфекцион касалликлардаги каби носпецифик астеник ёки астено-вегетатив синдром ривожланиши мумкин. В.В. Беляева беморлар психик адаптациясида учта критик даврни ажратади: Биринчи критик давр серопозитивлик натижаси олингандан кейинги психик травма ҳисобига келиб чиқади. Бу босқичда деструктив хулқ-атвор билан кечувчи психоэмоционал реакциялар намоён бўладилар, кўпинча соматик ҳолатда ўзгаришлар йўқ. Иккинчи критик даврда психик дезадаптациянинг чуқур шакллари юзага чиқади (касалликнинг клиник аломатлари яққол намоён бўлганда). Психик адаптациядаги учинчи критик давр терминал босқичда юзага чиқади, бунда органик ўзгаришлар ҳисобига церебрал етишмовчилик намоён бўлади. Психоэмоционал бузилишлардан энг характерлиси депрессив синдром бўлиб, у касаллик кучайиб боргани сари кўпроқ учрайди. Масалан, ОИТС диагнози (касалликнинг терминал босқичи) қўйилишидан 18 ой олдин 15% беморларда депрессив синдром кузатилса, 6 ой олдин бу кўрсаткич 34%ни ташкил қилади, ОИТС диагнози қўйилгандан 6 ой ўтгач эса 43% ни ташкил қилади. Терминал босқичда ривожланган деменцияда қуйидагилар кузатилган: сўзлашувнинг бузилиши, ўқий олмаслик, эслаш қобилятининг йўқолиши, бош оғриши, нистагм, кўзни ҳаракатлантирувчи нервни невропатияси, хулқнинг ғалати бузилиши, беморнинг ўзини тутишида ғаройиб ўзгаришлар.

Периферик асаб тизимидаги ўзгаришлар

ОИВ-инфекциясида периферик асаб тизимидаги (ПАТ) ўзгаришлар кўп учрайдиган патологиялардан ҳисобланади (адабиётлардаги маълумотларга кўра 15-50%гача) ва касалликнинг ҳар қандай босқичида кузатилади. ПАТнинг клиник аломатлари ОИВнинг бевосита таъсири натижасида, оппортунистик инфекциялар таъсирида ёки медикаментоз терапия оқибатида

келиб чиқади. Шунингдек ПАТ ва МАТ нинг биргаликда келиши ҳам кузатилади. ПАТнинг зараланишининг энг кўп учрайдиган тури хар хил генезли (шунингдек токсик ва алкоғолли) полиневропатия бўлиб, у 28,8% гача кузатилади, касалликнинг дастлабки босқичларида у 6,6% ни ташкил қилса, кйинчалик эса 29,3%ни ташкил қилади. Клиник-неврологик синдромлардан қуйидагилар кузатилади: юз нерви невропатияси, тирсак нерви невропатияси, елка плексопатияси, ўткир демиелинизацияловчи полиневропатия, ўткир полимиозит, локал миозит, сенсор полиневропатия, радикулоганглионевритлар. Неврологик ва миологик синдромларнинг клиник характеристикасида қуйидагича ўзига хосликлар бор:

- умумий интоксикация аломатларининг йўқлиги;
- касалликнинг ареактив кечиши;
- оғриқ синдромининг доимий эмаслиги;
- қайталанувчи кечишга мойиллиги;
- теридаги аломатларининг регрессининг узок давом этиши;
- специфик вирусга қарши давога чидамлилиги.

ОИВ-инфекциясининг болаларда кечиши

Болаларда ОИВ-инфекциясининг кечиши катта ёшли одамлардагидан фарқ қилади. Касалликнинг клиник манзараси ОИВнинг организмга онтогенезнинг қайси босқичида кирганлигига (хомила давридами ёки постнаталми) кучли боғлиқ (расм № 220).



Расм № 220. 4-ёшли қизчада ОИВ-инфекцияси.

Агар касаллик постнатал юққан бўлса, касаллик манзараси боланинг ёшига боғлиқ бўлади. ОИВ-инфекциясининг табиий патогенези болаларда касаллик қачон юққанлигига қараб қуйидаги вариантларда учрайди:

1. Касалликнинг юқиши эмбрионал даврда антенатал юз берган (трансплацентар).

2. Касалликнинг юқиши перинатал (хомиладорликнинг 28-хафтасидан кейин) юз берган.

3. Касаллик постнатал юққан (туғруқ пайтида, кўкрак билан эмизилганда ёки парентерал).

Агар касаллик постнатал (яъни бола туғилаётганда ёки туғилгандан кейин), ёки кечки перинатал даврда юққан бўлса, ОИВ-инфекциясининг ОИТСга қараб кечиши худди катталардаги каби ўтади, аммо касалликнинг симптоматикасида ва динамикасида ўзига хос фарқлари бўлади. Болаларда ўртача инкубацион даврнинг давомийлиги қисқароқ бўлади ва 3-5 йилни ташкил қилади. Касалликнинг клиник аломатлари бошлангандан кейин ҳам болаларнинг яшаш муддати катталардагига нисбатан қисқароқ бўлади. Болаларда паротит, гепатит, геморрагик синдром, гематологик ўзгаришлар, ДВС-синдроми, нафас йўллари инфекцияси, синусит, йирингли отит, ЦМВ-инфекцияси, бўғим ва суякларда йирингли касалликлар, абсцесслар, менингит кабилар кўп учрайди. Инфекция перинатал юққанда болаларда ОИТСнинг клиник белгилари пайдо бўлиши муддати ўртача 2,5 йилни ташкил қилади. Агар касаллик белгилари хаётининг 1-йилида намоён бўлса, бола 1 ёшдан ортиқ умр кўрмайди. Агар болада 1 ёшлик даврида пневмоцистали пневмония ривожланса, бола ўртача хисобда яна 4 ой умр кўради холос. Агар 1 ёшга тўлгунгача интерстициал пневмония аниқланса, у 21 ой умр кўради, аммо агар шу касаллик 1 ёшдан кейин аниқланса, 53 ойгача умр кўриши мумкин. Болаларга касаллик 80% холларда вертикал йўл билан (яъни плацентар) юқади. Бундай юқиш йўлининг горизонтал юқишдан фарқ қилувчи белгилари бор:

1.Вертикал юққанда мононуклеазсимон синдром (бирламчи инфекция аломатлари) кузатилмайди.

2. Капоши саркомаси кузатилмайди.

Агар касаллик хомиладор аёлга хомиладорликнинг охириги 1/3 қисмида юққан бўлса, касалликнинг эмбрионга юқиш хавфи юқори бўлади. Агар аёл хомиладорликнинг дастлабки пайтлариданоқ симптомларсиз вирус ташувчан (серопозитив) бўлса, эмбрионга касалликнинг юқиш хавфи камроқ бўлади. Инфекциянинг вертикал юқиши 10% дан-40%гача холларда кузатилади. Ривожланган давлатларда ўртача 25%, Африка давлатларида эса 50% га яқин кузатилади. Демак бемор аёллардан туғилган болаларнинг 70% га яқини соғломдирлар, аммо улар нимжон бўлиб туғиладилар, ривожланишлари жуда секин кечади. 25% холларда хомиладорлик бола ташлаш билан якунланади, чақалоқларнинг чала туғилиши 3 баробар кўп учрайди.

ОИВ-инфекцияси билан оғриган аёллардан туғилган болалар орасида ўлим юқоридир. ОИВ-инфекциясига позитив бўлган болаларнинг 25%и, соғлом туғилганларининг эса 12%и 5 ёшга етмай халок бўладилар. Инфекция вертикал цўл билан юққан болаларда бу кўрсаткичлар орасида ривожланган мамлакатлар ва Африка давлатлари орасида тафовут мавжуд бўлиб, у қуйидагича кўриниш олади:

Бемор бола 1 ёшга тўлгунча бўлган даврда АҚШда 9-25% холларда ОИТСга ўтиши кузатилса, Африка давлатларида у 30%ни ташкил қилади. 1 ёшгача бўлган бемор болалар орасидаги ўлим АҚШда 10%, Африкада 34%. 21-ойга келиб Африка давлатларида бемор болаларнинг 50% халок бўладилар. 5 ёшгача АҚШда 26-30% бемор болалар халок бўлсалар, Африкада 75%и халок бўладилар. АҚШда 10 ёшгача бемор болаларнинг қолган 40% халок бўлади, Африкада эса уларнинг умри 5 йилдан ортмайди.

Бемор аёллардан туғилган болаларда ОИВ-инфекцияси диагнозини қўйиш мезонлари қуйидагича:

-Агар бола 18 ойга тўлгунча иккита ва ундан ортиқ тестда ОИВ антигени аниқланса, ёки ПЦР мусбат натижа берса, ёки ОИВ культураси олинса.

Бемор аёллардан туғилган болаларга ОИВ-инфекцияси юкмаганлиги мезонлари куйидагича:

-6 ойдан 18 ойгача бўлган муддатда 2та ва ундан ортиқ ИФАда ОИВ-антитаначасига негатив натижа берса, ёки 18 ойликдан кейин 1та ИФА негатив натижа берса ва юқоридагилар билан бир вақтда ОИВ-инфекциясига мусбат натижа берган бошқа тестлар бўлмаса ҳамда ОИТС-индикаторли касалликлар кузатилмаса.

Перинатал трансмиссия 62%дан 85% гача туғруқ пайтида ёки эрта неонатал даврда рўёбга чиқади. Шунинг учун болаларни туғилгандан кейин касаллик юктириб олмаслигини олдини олиш учун уларни бемор оналари томонидан кўкрак сутини эмизиши таъқиқлаб кўйилади. Касаллик перинатал даврда юққанда ОИВ-инфекцияси жуда тез ривожланади, тана харорати кўтарилади, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, диарея, геморрагик синдром, нафас ва асаб тизимлари жарохати кўп кузатилади, ўрта хисобда 4 йилгача бўлган муддатда болаларда ОИТС ривожланади.

Болалардаги ОИВ-инфекциясининг асосий клиник белгилари куйидагилардир:

1. Персистирловчи генерализацияланган лимфаденопатия;
2. Гепатоспленомегалия;
3. Энцефалопатия (ақлий ва жисмоний ривожланишнинг секинлашуви ёки тўхтаб қолиши, дастлаб оёқларда, кейин эса танада ва кўлларда мускулларнинг заифлашуви);
4. Пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония;
5. Кандидоз;
6. Диарея;
7. Бактериал инфекциялар;
8. Гипергаммаглобулинемия
9. Кескин озиб кетиш;
10. Тромбоцитопения;
11. Анемия ва баъзан сариқлик.

Агар касаллик хомиладорликнинг эрта даврида юққан (плацента орқали) бўлса, хомила ривожланишидаги ўзгаришлар оқибатида қуйидаги белгилар пайдо бўлиши мумкин:

1. Микроцефалия;
2. Юзнинг дисплазияси;
3. Пешонанинг дўнг бўлиб чиқиб туриши;
4. Буруннинг кичкиналиги;
5. Гилайлик;
6. Лабларнинг катталашуви (макрохейлия);
7. Кўз соққасининг хаво ранг бўлиши.

Болаларда ОИВ-инфекциясини диагностика қилишнинг қийинлигини ҳисобга олиб, ЖССТ 1985 йили болаларда ОИТС мавжудлигини гумон қилиш имконини берадиган мезонларни аниқлаб чиқди. Улар қуйидагилардир:

1. Катта белгилари:

- озиб кетиш (тана вазнини пасайиши);
- 1 ойдан ортиқ давом этувчи сурункали диарея;
- 1 ойдан ортиқ давом этувчи хароратнинг кўтарилиши;

2. Кичик белгилари:

- генерализацияланган лимфаденопатия;
- орофарингеал кандидоз;
- персистирловчи йўтал;
- генерализацияланган дерматит;
- онасида тасдиқланган ОИВ-инфекцияси.

ОИВ-инфекциясининг 1 ёшгача бўлган болаларда кечишини прогноз қилишда СД4 хужайраларининг нисбий (процент) миқдорининг ахамияти катта. Иммунодефицит ҳолатининг ривожланиши касалликнинг прогрессиясига олиб келади. Янги туғилган чақалоқларда СД4 хужайраларининг миқдори 750, 500 ва 200 хуж.мм³ бўлса, бу оғир иммунодефицит ҳолатини акс эттиради, касаллик тезда ривожланади ва

пневноцистали пневмония ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.(Меъёрда 1 ёшли болаларда СД4 хужайраларининг миқдори 2000мм³; 2 ёшда – 750мм³; 3 ёшда эса 500мм³; фақат 6 ёшга тўлганда СД4 миқдори катталар билан бир хил бўлади.) Вируснинг синтиций хосил қилиш қобиляти юқори бўлса, ҳамда унинг макрофагларни зарарлаши устивор бўлса, болаларда касаллик жуда нохуш кечади. Агар бемор болаларда СД4 хужайраларининг нисбий миқдори 10% дан кам бўлса, 80-97% ўлим кузатилади, агар бу хужайраларнинг процент миқдори 10-20% бўлса, 44% ўлим билан яқунланади, 25%дан кўп бўлса, ўлим яна ҳам камаяди. Аммо СД4 хужайралар миқдори 25-30%дан юқори бўлган тақдирда ҳам, 5 йил ичида ўлим билан яқун топиш ҳолатлари жуда юқори бўлади.

ОИВ-инфекциясини аёлларда кечишини ўзига хослиги:

ОИВ-инфекциясининг аёлларда эркакларга нисбатан агрессив ҳолатда кечиши, тезда ривожланиб ОИТСга ўтиши ва ўлимга олиб келиши кузатилади. Аммо инфекциянинг инкубацион ва латент даврлари бироз узокроқ бўлади. Айрим олимларнинг берган маълумотларига қараганда, хомиладорлик даврида ОИВ-инфекцияси зўрайиб, ОИТСга ўтиши тезлашади. Хомиладорлик даврида қонда вируснинг р24 антигени миқдори сезиларли даражада ортиб кетади, бола туғилгандан кейин эса унинг концентрацияси яна пасаяди. Аммо бир гуруҳ олимларнинг олган маълумотларига кўра, хомиладорлик ОИВ-инфекциясининг кечишига айтарли таъсир кўрсатмайди. Демак, ҳар бир индивидуал ҳолатларнинг ўзининг кечишида вариантлар бўлиши мумкин ва улар фақат хомиладорликкагина боғлиқ бўлиб қолмасдан, бошқа кўпгина ҳолатларга ҳам боғлиқ деб ҳулоса чиқариш мумкин.

Аёлларда ОИВ инфекциясининг қуйидаги кўринишлари кўпроқ учрайди:

1. орофарингеал кандидоз;
2. бактериал зотилжам;
3. мультифокал, прогрессияловчи энцефалопатия;
4. вирусли папилломалар;
5. цервикал интраэпитеал неоплазмоз;

Бу касалликнинг агрессив кечиши ва тезда ракка айланиши кузатилади, шунинг учун барча ОИВга чалинган аёлларда хар 6 ойда гениталиядан суртма олиб текшириш зарур, агар ўзгаришлар аниқланса - кольпоскопия қилиш керак.

6. ОИВга чалинган аёлларда яллиғланиш, асосан жинсий аъзоларда, ўта оғир кечади.

7. 40% да хайз цикли бузилган, (соғлом аёлларда 20-24%) кўпинча қон кетиш бузилади (гиперменорея кузатилади), менструацияда оғрик кучли бўлади, предменструал синдром оғир кечади, цикликлиги бузилади (норегуляр).

ОИВга чалинган аёл беморларда тилнинг тукли лейкоплакияси, Капоши саркомаси, пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмония, оддий герпесни инвазив шакли каби касалликлар, эркакларга нисбатан камроқ учрайди.

Аслида барча аёлларда хомиладорлик вақтида иммун тизими сустлашган бўлади, бу уларни физиологик холатидир. Хомиладорликни эрта даврида иммуноглобулинларни микдори пасаяди. Хомиладорликни барча даврида хужайра иммунитети сустлашади. Бундай холатда хомиладорларда ОИВ-инфекциясининг кечиши тезлашади. Туғишдан кейин ОИВ-инфекцияси ривожланиб, тезда ОИТСга олиб келиши мумкин.

ОИВ-инфекциясига чалинган хомиладорларда СД-4 хужайраларни сони камаяди ва борган сари камайиб кетаверади. Хомиладорларда асоратлар кўпроқ учрайди. Юзага чиққан тиббий ва ижтимоий холатлар хомиладорликни кечишига ўз таъсирини кўрсатади. ОИВ-инфекциясига чалинган хомиладорларда бачадондан ташқари хомиладорлик кўпроқ учрайди, бу хар хил иккиламчи инфекцияларни таъсири туфайли кузатилади. ОИВ-инфекциясига чалинган хомиладорларда захм, сўзак, хламидиоз, трихомониаз каби касалликлар 3 баробар кўп учрайди. Муддатидан илгари туғишлар кўпроқ кузатилади. Туғилган болаларнинг ўртача 25-30%и ОИВ-

инфекциясига чалинган бўлади. Инфекциянинг хомилага ўтишини кучайтириб юборувчи омиллар қуйидагилардир:

1) Хомиладорлик даврида, туғишдан олдин:

-юқори виремия (қондаги вируслар миқдорининг жуда кўплиги, вирус залворлиги);

-ОИВ-инфекциясининг эрта (дастлабки) босқичлари;

- хомиладор аёлнинг ахволининг ёмонлашуви, иммуносупрессия, касалликнинг зўрайиб бориши;

-p24 антигенемия;

-СД4 хужайралар миқдори 200мм3дан кам;

2) Туғиш пайтида:

-туғриқнинг узок вақтга чўзилиши, мембраналарнинг йиртилиши;

-хомиланинг шикастланишига олиб келувчи амалиётлар;

-эпизиостомия;

-она ва бола суюқликларининг юқори контактдалиги;

3)Туғишдан кейин:

-Кўкрак сути билан боқиш (эмизиш).

Касалликнинг хомилага ўтишини камайтириш мақсадида хомиладорларга химиофилактика (азидотимидин ёки невирапин билан) ўтказилади ёки (ва) чақалоқ Кесар усулида жаррохлик йўли билан олинади. Химиофилактика ва Кесар усули биргаликда ўтказилганда хомилага касалликнинг юқиши 2% ни ташкил қилган, агар Кесар усули химиофилактикасиз ўтказилса, 10,4% ни ташкил қилган. Кесар усули хомиладорнинг розилиги билан ўтказилади, унга бу усулнинг асоратлари, инфекциялар ривожланиши мумкинлиги тушунтирилади.

Хомиладорларга химиофилактика АСТG 076(MMWR,1994,43, RR-1:1-20) протоколи бўйича қуйидаги усулларда ўтказилади:

1.Туғруққача бўлган даврда:

Хомиладорликнинг 24-34 хафтасидан бошлаб, то туғиш жараёни бошлангунга қадар азидотимидин 300мг дан кунига 2 махал, ёки 100мг дан кунига 5 махал per os бериб борилади.

Туғруқ жараёни даврида, асосий схема:

Схема №1. Туғруқ жараёни бошланиши билан то у тугагунча (чақалоқнинг киндиги кесилгунга қадар), унинг 1-соатида хомиладорнинг 1кг вазнига 2 мг ҳисобидан, кейинги ҳар бир соат учун эса 1кг вазнга 1 мг ҳисобидан азидотимидин вена қон томири ичига томчилаб юборилади.

Схема №2. Туғруқ фаолияти бошланиши билан неврапин (вирамун) 1 таблетка- 200мг per os берилади, агар туғруқ жараёнининг давомийлиги 12 соатдан ортиб кетса, унда яна 200мг неврапин берилади. Бу схема асосан хомиладорлик даврида азидотимидин билан химиопрофилактика олмаганларда қўлланилади. Агар хомиладор аёл хомиладорлик даврида азидотимидин қабул қилаётган бўлса, унинг дозаси аввалгидек давом эттириб борилади (неврапин билан биргаликда).

Схема №3 (резерв схема). Туғруқ жараёни бошланиши билан азидотимидин 300мг per os берилади, кейин эса то чақалоқ хомиладордан ажралгунча (киндик кесилгунча) ҳар 4 соатда 400мгдан бериб борилади.

Туғишдан кейинги чақалоқнинг химиопрофилактикаси:

Схема №1. Азидотимидиннинг сиропи чақалоқнинг ҳар 1кг вазнига 2мг дан 6 hafta мобайнида ҳар 6 соатда per os бериб борилади. Ҳар hafta чақалоқ тортиб турилади, вазнига қараб дорининг дозаси коррекция қилинади. Агар чақалоқ препаратни перорал қабул қилаолмаса, унда азидотимидин 1кг вазнга 1,5мгдан ҳар 6 соатда вена қон томири ичига юборилади.

Схема №2. Неврапиннинг суспензияси чақалоқнинг ҳар 1кг вазнига 2мгдан 3 кун мобайнида ҳар 24 соатда per os бериб борилади.

1998 йили CDC MMWR (RR-3) хомиладорларга химиопрофилактика ўтказишнинг янги тавсиясини берган (АҚШ ва Европа давлатлари учун), унга кўра хомиладорлар катта ёшли одамларга тавсия қилинган стандарт

антиретровирус терапия схемаси бўйича даволанадилар. Ўзбекистонда шу усулда химиопрофилактика ўтказиш қабул қилинган (ОИВ/ОИТСни даволаш қисмида келтирилади).

ОИВ-инфекциясига чалинган хомиладорлардан туғруқни қабул қилишнинг тактикаси қуйидагилардан иборат:

-сувсиз даврнинг узок чўзилишига йўл қўймаслик керак, чунки сувсиз давр 4 соатдан ортиқ давом этса, ОИВ-инфекциясининг хомилага юқиш хавфи ортади;

-агар туғриқ жараёни асоратларсиз кечаётган бўлса, амниотомия ўтказмаслик керак;

-терининг (хомиланинг) бутунлиги бузиладиган ёки чақалоқнинг она қони билан контакти юзага келишига олиб келадиган ҳар қандай муолажани ўтказмаслик керак (имкон қадар).

-эпизиотомия ёки перинеотомия ўтказмаслик керак.

- акушерлик қисқичи, вакуум-экстракт қўймаслик керак.

-туғриқни кучайтириш ёки қўзғалтириш мақсадга мувофиқ эмас.

-бутун туғруқ давомида барча туғруқ йўллари ҳар 2 соатда санация қилиб туриш керак (2% хлоргексидин эритмаси билан).

-чақалоқни дезинфекцияловчи суюқликда ёки совунли сувда териси ва шиллиқ қаватларини авайлаб (шикастламай) ювиш керак.

- кесар усулини акушерлик кўрсатмаси бўйича, ёки режа асосида, онага ва чақалоққа етиши мумкин бўлган хавфини ва афзаллигини ҳисоблаб кўриб, амалга ошириш керак.

ОИВ-инфекциясига чалинганларда тери ва таносил касалликлари кузатилса ҳаракат қоидалари

А) Дерматологнинг маслаҳатини олиш ва керак бўлса ҳудудий тери-таносил касалликлар диспансерига жўнатиш.

Б) Даво (антиретровирусли терапия АРВТ) олаётганларни тери ва таносил касалликлар илмий текшириш институтига жўнатиш лозим.

В) Хавфли гурухга мансубларда кузатилса худудий ОИТС марказини дерматовенерологини маслахатини олиш зарур.

Г) ОИВ га чалинган беморда дерматовенерологик касалликларни белгилари кўринса конфиденциалликни сақлаган холда худудий диспансерда даво олиб борилади.

Тестдан аввалги ва тестдан кейинги консултация

Врачга мурожаат қилган беморларга тестдан аввал ва тестдан кейин маслахат (консултация) бериш муҳим аҳамиятга эга. Консултация-муурожаат қилган шахс билан консултант ўртасидаги конфиденциал (яъни бошқаларга ошкор этилмайди) диалогдир. Ушбу диалог муурожаат қилган шахсга стрессни енгиб ўтишда, ОИВ-инфекциясига нисбатан қарор қабул қилишга ёрдам беради. Консултация ўтказишдан мақсад, бу шахсни қўллаб-қувватлаш, ушбу касаллик оқибатида ҳаётининг ўзгаришига шахсий жавобгарлигини тушуниб етишига кўмаклашишдан иборат. Консултация аҳолини ОИВ-инфекциясига нисбатан хавфсиз хулқ-атворли бўлишга ундайди, индивидуал профилактика билан шуғулланишга мойил қилади, рухий далда беради.

Тестдан аввалги консултация.

Хар бир тест ўтказишдан аввал консултация берилади. Бунда консултант ўзи олган маълумотларни ошкор қилмасдан, конфиденциалликни сақлайди, консултация қилинаётганининг шахсиятига баҳо беради, ОИВ антитаначаларига текширишга сабаб бўлаётган омилларини аниқлайди, пациентнинг жинсий анамнезини йиғади, наркотикларга муносабатини (қабул қиладими ёки йўқми) аниқлайди, унинг ОИВ-инфекцияси ҳақида қандай маълумотга (билимга) эгаллигини аниқлайди, тестнинг натижалари қандай бўлиши мумкинлигини пациент билан муҳокама қилади, унинг мусбат ёки манфий натижага қандай реакция беришини муҳокама қилади. Тестнинг натижаларига боғлиқ бўлган оқибатларини биргаликда баҳолайди, агар мусбат чиқса, беморда қандай эмоционал ҳолатлар бўлиши мумкинлигини чамалайди, тест натижаларини беморга

қачон эълон қилишини тайинлайди. Тестнинг натижалари беморга консультант томонидан тестдан кейинги консультация пайтида айтилади, телефон орқали айтиш мумкин эмас. Тестдан кейинги консультация унинг натижасига қараб ҳар хил бўлади.

Агар тест натижаси манфий бўлса, аммо бемор хавфли гуруҳга мансуб бўлса, бемор билан ОИВ-инфекциясининг профилактикаси масалалари кўриб чиқилади, уни хавфсиз хулқ-атворни қабул қилишга ундайди, олинган натижанинг ахамиятини тушунтиради, беморга касалликнинг маълум босқичида антитаначага тестлар манфий натижа бериши мумкинлигини (“окно”), масалани узил-кесил ҳал қилиш учун бемор 3-6 ойдан кейин яна тестдан ўтиши кераклигини айтади.

Агар олинган натижа ноаниқ бўлса ва бемор хавфли гуруҳдан бўлмаса, унинг сабабларини муҳокама қилади, беморни ОИТСга қарши кураш марказига юборилади ва у ерда беморни ҳисобга олиниб, 3 ойдан кейин қайта текшириш тайинланади. Агар бемор хавфли гуруҳга мансуб бўлса, уни ОИТСга қарши кураш марказида ҳисобга олиниб, 2 ҳафтадан кейин қайта тестдан ўтказилади.

Агар олинган натижа мусбат бўлса, консультант уни маълум қилгандан кейин пациентга олинган маълумотни фикрлаб олиши учун вақт беради, унинг реакциясини баҳолайди, пациентга касалликни бошқаларга юқтирмаслик учун унинг жавобгарлигини тушунтиради, жинсий алоқада бўлганларга, оиладаги яқинларига қандай қилиб беморлигини айтиш йўлини муҳокама қилади. Пациентга ОИВ-инфекциясининг диагнози якуний равишда ОИТСга қарши кураш марказидагина қўйилиши мумкинлигини маълум қилади ва уни ОИТСга қарши кураш марказига юборади, у ерда унга керакли текширувлардан кейин якуний диагноз қўйилиб, ҳисобга олинади.

ОИВ-инфекциясини тахлилий (лаборатория) ташхислаш усуллари:

ОИВ-инфекциясини специфик диагностикасида қуйидаги усуллар қўлланилади:

1. ОИВга қарши махсус антитаначаларни аниқлаш;

2. 2. Вируснинг антигенларини аниқлаш;
3. 3 Вирус мавжудлигини in vitro усулида ўстириб олиб аниқлаш.

1. ОИВга қарши махсус антитаначаларни аниқлаш (серологик усуллар-ИФА ва иммуноблот).

Иммунофермент анализи (ИФА) кенг тарқалган, нисбатан арзон, қўлланилиш имконияти энг осон бўлган диагностика усулидир. Текшириш учун қон зардобидан ёки плазмасидан фойдаланилади. Бу усул ОИВга қарши организмда ҳосил бўлган антитаначаларни аниқлаш имконини беради. Бу усулда текширилганда антиген-антитело комплекси ҳосил бўлади, ҳосил бўлган комплекс фермент (субстрат реакция) таъсирида рангини ўзгартириб, яққол намоён бўлади. ИФА ёлғон мусбат ёки ёлғон манфий натижалар бериши мумкин. Шунинг учун ИФА мусбат натижа берган қон намуналарини иммун блот усулида тасдиқлаш зарурдир. ОИВ-инфекциясига чалинган хомиладор аёлдан туғилган чақалоқларда ИФА мусбат натижа бериши ҳам мумкин, манфий натижа бериши ҳам мумкин, чунки она организмда ҳосил бўлган антитаначалар боланинг қонида 18 ойгача сақланиб, циркуляция қилиб юради, жуда кам ҳолларда бу 3 йилгача чўзилиши мумкин. Шунинг учун янги туғилган чақалоқда 18 ойгача серологик реакциялар мусбат натижа берса ҳам, бу касаллик юққанлигини тасдиқловчи ҳужжат бўлаолмайди. ОИВ-инфекцияси жинсий йўл билан ёки инъекция орқали юққанда, ИФА ва иммун блот усуллари асосий лаборатория диагностик усуллари ҳисобланади. Агар беморда оғир агаммаглобулинемия кузатилса, ОИВга қарши антитаначалар аниқланмаслиги мумкин.

Қаттиқ фазада иммунофермент анализи (ELISA) энг кенг тарқалган усулдир. ИФАнинг бир неча модификациялари мавжуд: бевосита, билвосита, конкурентли, блокловчи ва х.к. Бунда махсус реагентлардан бири қаттиқ фазага иммобилизация қилинади, кейин навбат билан текшириляётган зардобни, конъюгатни, хромогенни қўшилади, ҳар бир инкубациядан кейин уни ювилади. Натижани кўп каналли спектрофотометр орқали қайд қилинади

ва контрол намуна билан солиштириб кўрилади. Қаттиқ фаза сифатида хар хил полимер материаллар ишлатилади: полистерол, поливинил, полиамид, полипропилен ва х.к. Қаттиқ фаза планшет, прбирка, шарик шаклида бўлиши мумкин.

ИФА усулини қўллашда бир неча хил тест-системалар ишлатилади ва бугунги кунга келиб уни IV-авлоди мавжуд.

I-авлод –ОИВ-1ни -тозаланган ва планшетани чуқурча (лунка)ларига жойлаштирилган лизатни қўллашга асосланган. Асосан вируснинг 2-3 та оксили, масалан GP 120, GP 41, P24 каби диагностика учун муҳимлари қўлланилади. Иммуноглобулинларни G синфини вирус юққандан 27 кун ўтгач аниқлайди. Сезувчанлиги ва спецификлиги 95%дан юқори эмас, аммо бу авлод тест системаси ёлғон мусбат натижаларни кўп беради.

Тест-системаларни II-авлоди -ОИВ -1 ва ОИВ -2 ни рекомбинат оксиллари ёки сунъий пептидларни антиген сифатида ишлатишга асосланган. Кўпинча env генининг (яъни вирус қобиғининг) оксиллари қўлланилади, шунинг учун бу тест-системанинг спецификлиги юқори, аммо сезувчанлиги лизат тест системалариникидан паст.

Тест системаларни III-авлоди сендвич ИФА ҳисобланади, планшетга сорбция қилинган антигенлар пероксидаза билан белгиланган (меченая). Уларни фарқи шундаки бу тест система ёрдамида иммуноглобулинларни M синфи аниқланади, яъни ташхисни эртароқ кўйиш мумкин (юқишдан кейин 21 кун ўтгач). Сезувчанлиги ва спецификлиги бироз юқорироқ (97%).

Тест-системаларни IV-авлоди ёрдамида антитаначалар билан бир қаторда P-24 (вирусни оксили)ни эрта аниқлаш мумкин (юқишдан кейин 12 кун ўтгач), чунки конъюгатда ОИВнинг p24 окселига нисбатан моноклонал антитаначалар қўлланилади.

Тест системаларни барча авлоди «Сохта-мусбат»; «Сохта-манфий» натижалар бериши мумкинлигини эсда тутиш керак.

“Сохта-манфий”- “серологик дарча” пайтида, яъни касалликни бошланғич даврларида антитаначалар хали ишлаб чиқилмаган пайтда бўлиши мумкин.

Ундан ташқари манфий натижалар иммун тизимини ўзига хослиги ёки касалликни охирги босқичлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

«Сохта-мусбат» эса иммун тизимида ҳар хил жароҳатланиш мавжудлигида ёки хомиладорликда кузатилиши мумкин.

Экспресс тестлар.

ИФАдан ташқари, ҳозирги вақтда кўплаб оддий, мураккаб асбоб-ускуналар бўлишини талаб қилмайдиган бажариш осон бўлган тестлар ишлаб чиқилган. Буларга агглютинация, иммунофилтрация, иммунохроматография ва бошқа тестлар киради. Қўйилиш вақтига қараб улар тезда натижа берадиган (экспресс тестлар) ва оддий тестларга бўлинади. Экспресс тестлар ўзини сезувчанлиги бўйича тест-системаларни III-авлоди билан тенглашади. Бу тестларни қўйиш учун махсус асбоб-ускуналар керак эмас, керакли реагентлар, томчиловчилар тайёр жамланган (набор) ҳолда чиқарилган. Текшириладиган қон зардоби ёки плазмаси суюлтирилмасдан қўлланилади. Мусбат натижа рангли доғ ёки чизик ҳолида, эритроцитлар агглютинацияси ёки латексинг бир бўлакчаси сифатида намоён бўлади. Қисқа вақт ичида натижа олиш мумкин. Буни барча тиббий ходимлар томонидан бажарилиши мумкин, шунинг учун бу тестлар имконияти чекланган, асбоб ускуналари етарли бўлмаган, ҳамда оз миқдордаги қонларни текширадиган тиббиёт муассасаларида қўллаш учун қулай.

Иммуноблот (ИБ) усули.

Иммун блот усули вируснинг ҳар бир оқсилга қарши ҳосил бўлган антитаначаларни алохида-алохида аниқлаш имконини беради, спецификлиги ўта юқори, шунинг учун бу усул верификацион ҳисобланади, ноаниқ ҳолларда, ёки ёлғон мусбат натижа берганда ҳақиқий мусбат эканлигига ҳулоса беради. Бу усулнинг принципи шундан иборатки, вирус оқсиллари полиакриламид гелида фракцияларга ажратилади ва алохида ажратилган

оқсиллар электрофорез йўли билан нитроцеллюлоз мембранага кўчирилади, уни 5мм дан қирқиб чиқилади (стрип деб аталади) ва бу стрипларни планшеталарга жойлаштирилади. ЖССТ йўриқномасига кўра, агар епv генининг (яъни вирус қобиғининг) 2 та оқсилига нисбатан антитанача топилса, иммуноблот натижаси мусбат деб ҳисобланади, епvнинг 1та оқсилига ва бошқа оқсилларга антитанача топилса, натижа гумонли ҳисобланади ва 2 хафтада, 3 ойда ва 6 ойда қайтадан текширилади. Аммо агар текширилаётган бемор ОИВ-инфекциясининг ўчоғидан бўлса, В.В. Покровский фикрича епvнинг 1та оқсилига нисбатан антитанача топилса ҳам, эпидемиологик ҳолатни ҳамда касаллик клиникасини инобатга олган ҳолда натижани мусбат деб ҳисоблаш мумкин. Унутмаслик керакки, ИБ усулининг сезувчанлиги ИФА усулига нисбатан пастдир, шунинг учун ИБнинг айрим ҳолларда берган натижасини интерпретация қилиш жуда қийин бўлади.

Молекуляр гибридизация ва полимераз занжирли реакция (ПЗР).

ИФА ва ИБ усулларининг сезувчанлиги юқори, бажариш қулай бўлсада, бир қатор камчиликлари мавжуд. Шунинг учун текширилаётган материалда вируснинг нуклеин кислоталарини аниқлашга қаратилган молекуляр гибридизация ва полимераз занжирли реакциялардан фойдаланиш аниқ дифференциал диагностика қилиш имконини беради. Бу усулларнинг асосий мохияти шундан иборатки, текширувчилар ихтиёрида маълум олигонуклеотидлар бўлиб, булар ёрдамида вирус геномидаги нуклеотидларни занжирини тартибли равишда тиклаш мумкин. Молекуляр гибридизация реакцияларида бу олигонуклеотидларни зондлар деб, ПЗРда эса праймерлар деб юритилади. ПЗРнинг ҳар бир цикли 3 босқичдан иборат: 1) текширилаётган нуклеин кислотасининг денатурацияси; 2) праймерларнинг ДНК участкалари билан бирикиши; 3) ДНК занжирини тартибли равишда комплементар тизилиши. Текшириш учун қон, тўқима суюқликлари, ликворлар, биопсия материаллари, бурундан олинган ювинди, сийдик ва бошқалардан фойдаланилади. Бу ўта сезувчан реакциялар бўлиб, ОИВ-инфекциясини жуда эрта, қонда антитаначалар пайдо бўлмасдан туриб

аниқлаш имконини беради. Бу усуллардан серологик реакциялар ноаниқ натижа берганда, бемор аёлдан туғилган янги чақалоқлар организмида вирус борлигини (яъни уларга касаллик юққанини) аниқлаш мақсадида, касалликка чалинган шахсларнинг сексуал шерикларининг қони серонегатив натижа берганда аниқлик киритиш учун қўлланилади. Хозирги кунда ПЗРнинг бир неча модификациялари мавжуд, аммо бу реакцияларни қўйиш учун махсус асбоб-анжомлардан ташқари яна алохида бир неча хоналар, алохида тартиб (режим) зарурлигини, агар бу тартиблар бузилса, ёлғон мусбат натижаларга олиб келиши мумкинлигини эсда тутиш керак.

Вирус залвори (вирусная нагрузка).

Бу ОИВ-инфекциясига чалинган беморларда вируснинг РНКсини циркуляция қилаётган қондаги миқдорини ПЗР ёрдамида бевосита аниқлашдир. Бу маркер касалликнинг кучайиб бораётганини (прогресслаб бораётганини) ва антиретровирус терапиянинг самарадорлигини аниқлашда энг катта аҳамиятга эга. Вирус залворининг 5та синфи тасдиқланган: 1 мл қонда 500тадан кам; 501-3000; 3001-10000; 10000-30000; 30000дан кўп. Вирус залворининг даражаси прогностик аҳамиятга эга, вирусга қарши препаратларни таъсирини миқдорий ўлчаш, вируслар репликациясини кинетикасини баҳолаш имконини беради. Хозирги кунда дунёда вирус залворини аниқлаш учун 3та коммерция жамламасидан (набордан) фойдаланилади. Булар: AMPLIKOR HIV-1 (Roch-Mol.-Sistems), 6 соатда 10та қон намунасини текшириш имконини беради, энг кам сезувчанлиги (пороги) 1мл қонда 200та вирусни аниқлай олади; NASBA HIV-1 RNA QT (Organon-Teknika), 5 соатда 10та қон намунасини текшириш имконини беради, энг кам сезувчанлиги (пороги) 1мл қонда 4000та вирусни аниқлай олади; QUANTIPLEX HIV-1 RNA (Chiron Corporation) 1,5 кунда 42та қон намунасини текшириш имконини беради, энг кам сезувчанлиги (пороги) 1мл қонда 10000та вирусни аниқлай олади.

ОИВни in vitro ўстириб олиш.

Биринчи маротаба Р. Галло лабораториясида 1983 йили ўстириб олинган эди. ОИВни ўстириб олишнинг асосий босқичлари қуйидагича:

-периферик қоннинг моноклеар хужайраларини ажратиб олиб, in vitro усулида фитогемагглютинин (ФГА) митогени билан ўстириш;

-ОИВ-инфекциясига чалинган пациентнинг моноклеар хужайрасини ажратиб олиш;

-донорнинг стимуляция қилинган (ФГА митогени билан) хужайраларини пациент хужайралари билан Т-лимфоцитларни ўстирувчи омил бўлмиш интерлейкин-2 билан биргаликда ўстириш;

-3-4 hafta давомида доимо контрол қилиб туриш ва донор хужайраларини қўшиб туриш усули билан ўстириб бориш.

Вирусни индикация қилиш учун хужайралар культурасини доимо микроскоп (оддий нурли ва электрон) остида кўриб турилади, вирус ёки синтиций хосил бўлганлигини аниқлаш учун; қайталама транскриптазани аниқлашдан фойдаланиш мумкин ва бошқа усулларни ҳам қўллаш мумкин.

Носпецифик усуллар.

Иммун тизимини холатини баҳолаш учун Т-лимфоцитларни бир тури – Т-индикаторларни, бошқача номи СД4- лимфоцитларни сони аниқланади. Меъёрда 1 мл қонда уларни сони 500 тадан 1500 тагача бўлади (одамни ёшига боғлиқ).

ОИВ-инфекциясида уларни сони камайиши кузатилади ва касаллик кечиш жараёнида сақланиб қолади.

СД-4- лимфоцитларни моноклонал антителалар ёрдамида аниқланади (цитофлюориметр қўлланилади) ва махсус тест-системалар ишлатилади.

Катта ёшдагиларни тахлилий ташхислаш қодалари

1. Текширилаётган шахсдан қон олиниб, йўлланмасида паспорт серияси ва турар жойи кўрсатилиб тахлилхонага махсус ходим, махсус транспортда, махсус биксларда олиб келинади.

2.Бирламчи ИФА ёки экспресс усулда манфий натижа олинганда манфий натижа берилади.

3. Мусбат натижа олинганда ушбу қон зардоби ҳудудий ОИТС марказларига жўнатилади.

Агар ушбу ҳолат донорларда кузатилса, қон йўқотилади, донор эса вақтинча қон топширишдан четлатилади. Умрбод қон топширишдан маҳрум бўлиш масаласини ечиш мақсадида 2 ҳафта ўтгач қон қуйиш бўлимларида, паспортини кўрсатган ҳолда комиссиян усулда такрорий қон олиниб, ҳудудий ОИТС марказга жўнатилади. Агар шунда ҳам «Мусбат» натижа олинса, шахс умрбод донорликдан четлатилади.

Агар шу ҳолда «манфий» натижа олинса масала 6 ойдан сўнг такрорий (3-марта) текширув ўтказиш жараёнида ечилади.

4. Ҳудудий ОИТС марказда манфий натижа олинса “манфий” ҳулоса қилинади (донорлардан ташқари). Агар “мусбат” натижа олинса қон намунаси Республика ОИТС марказига жўнатилади. Турар жойи номаълум, «пинхоний» текширилганда ҳамда “ДВ” ларни қони жўнатилмайд.

5.Ҳудудий ОИТС марказ таҳлилҳонасида бирламчи текширув ўтказилса «мусбат» ҳолларда такрорий текшириб ҳулоса қилинади.

6.Республика ОИТС марказида тасдиқловчи текширувлар ўтказилади (иммуноблот).

18 ойгача бўлган болаларда ОИВ-инфекцияга, гумон қилинган ҳолда таҳлилий ташхислаш.

Бу масалани ечиш, болани онаси ОИВ касаллигига алоқадорлигига боғлиқ.

А) ОИВга чалинган оналардан туғилган болаларда ташхислаш:

Сунъий овқатланишда бўлган болаларда ОИВ инфекцияси бор йўқлигини полимераз занжирли реакция (ПЗР) натижасига асосланиб аниқланади.

1-Текширув болани 1-2 ойлигида ўтказилади.

Агар ПЗР “манфий” бўлса бола “балки ОИВга чалинмаган” деб хулоса қилинади ва 3-4 ойлигида такрорий ПЗР ўтказилиб, натижасига қараб хулоса қилинади.

Агар «мусбат» натижа олинса, бола “балким ОИВга чалингандир” деб хулоса қилинади, ҳамда 3-4 ойлигида такрорий ПЗР ўтказилади ва натижа “манфий” бўлса охириги хулоса “ОИВ инфекцияси йўқ” деб хулоса қилинади, лекин 18-24 ойлигида ИФА усулида текширув ўтказилади. Агар “мусбат” натижа олинса тест-системани бошқа тури билан “тасдиқловчи” текширув ўтказилади.

Б) “ОИВ-манфий” оналардан туғилган болаларда

(Табиийки улар 18 ойликдан кейин текширилади ҳамда ИФА ва Иммуноблот усули қўланилади).

Агар «манфий» натижа олинса хулоса “ОИВга чалинмаган” деб хулоса берилади.

Агар «мусбат» натижа олинса онаси текширилади ва натижага қараб, юқорида келтирилган қоидалар бўйича керакли ҳаракатлар қилинади.

ОИВга текшириш учун қон намуналарини олиш, лабораторияга йўлланма тўлдириш ва лабораторияга келтириш қоидалари.

1.Текширилувчини паспорт маълумотлари ёзилиб, оч қоринга қон олинади. Қон олишдан 1 кун аввал ёғли таом истъемол қилиш тавсия қилинмайди.

2.Даволаш профилактика муассасини муолажа хонасида билакдан қуруқ пробиркага 5 мл. қон олинади. Қон олишдан олдин тиббий ходим қўлини совун билан ювиб, резинали қўлқоп кияди, пробиркага, рўйхат дафтари ва йўлланмада келтирилган сон ёзилади. Қон олинадиган жойни 70% этил спирт билан ишлов берилади ва бир мартаба ишлатиладиган игна-шприц билан қон олинади. Шприцдан қонни пробиркага қуйишни ўта секин ва эҳтиёткорлик билан ўтказилади.

3.Олинган қонни таҳлилхонага 24 соат давомида олиб келиши керак. Агар қонни зардоби центрифуга ёрдамида ажратилса уни 5 кун давомида

олиб бориш мумкин 9агар музлаткичда сақланадиган бўлса). Тахлилхонага жўнатиладиган қон зардоби 1 мл.дан кам бўлиши керак эмас. Зардобни ажратиш жараёнида ҳар хил таёқчалардан фойдаланиш ман этилади.

4.Тахлилхонага қон намунаси, махсус автоуловда, ОИВ инфекцияси бўйича тайёрловдан ўтган махсус кийим кийган (халат, шапочка-косинка) тиббий ходим томонидан олиб келинади.

5.Жамоат автоуловда олиб келиш қатъий ман этилади.

6.Қон намуналари билан пробиркалар штативга ўрнатилиб, ҳар битта пробиркадаги сон йўлланма ва рўйхат журналидаги сонга тўғри келиши керак. Пробиркани йўлланма билан ўраш, пахта-марли тампон билан беркитиш қатъий ман этилади.

7.Намуналар музлаткич-сумка, биксда метал контейнерда олиб келинади.

8.Йўлланма 2 нусхада ёзилади ва қуйидаги маълумотлар келтирилади.

1. Тартиб сони.
2. Текширилувчини исми шарифи.
3. Жинси.
4. Туғилган йили.
5. Паспорт серияси.
6. Яшаш манзили.
7. Иш жойи.
8. Код.
9. Текширув натижаси.
- 10.Имзо.
- 11.Тавсия берган тиббий ходим (врач) имзоси.
- 12.Қон олган хамшира имзоси (506/У шакли)

9.Йўлланма алоҳида пакетга солиниб, биксга жойланади.

ОИВ/ОИТС

ДАВОЛАШ

ОИВ касаллигига чалинганларга тиббий ёрдамни ташкил қилиш тартиби ва амалга ошириш.

(Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 480-сонли буйруғига асосан)

ОИВга чалинган беморларга тиббий ёрдамни давлат тизимидаги даволаш-профилактика муассасаларида конфиденциалликка риоя қилган ҳолда бепул кўрсатилади.

Беморларга ёрдам кўрсатаётган барча мутахассислар ОИВ/ОИТС бўйича малака оширган бўлишлари керак.

Амбулатор кузатувни юқумли касалликлар (ЮКХ) хонасида олиб борилади.

Стационар ёрдамни ҳудудий, вилоят даволаш-профилактика муассасаларида ҳамда соҳалар бўйича диспансерларда кўрсатилади.

Жазони ўташ жойларидаги беморларга ёрдамни ИИБ тизимидаги тиббиёт ходимлар, ҳудудий ОИТС марказ ходимларини услубий раҳбарлигида беради.

Тиббий ёрдамни ташкил қилиш

Диспансер кузатуви.

“ОИВ-инфекция” ташҳиси қўйилгандан кейин беморга шифр берилади. Бирламчи диспансеризация ҳудудий ОИТС марказларда олиб борилади ва тестдан кейинги маслаҳат бериш, касалликни босқичини аниқлаш учун клиник-тахлилий текширув ўтказилади. Кейинчалик беморлар умрбод диспансер кузатувида бўлади ва бу ишни ҳудудий юқумли касалликлар хонасини врачлари вилоят ОИТС марказ диспансер бўлими ва Республика СПИД маркази олиб боради. Кейинчалик ўрнатилган қуйидаги график асосида кузатилиб туради (жадвал № 10).

Текширув натижаси	Диспансер ҳисобда туриш жойи	Текшириш муддати
ИФА+; ИБ гумон	Юқумли касалликлар хонаси, вилоят ОИТС маркази. Рес. ОИТС маркази	3 ой, манфий натижа олинганда ҳисобдан чиқариш.
ИБ+, клиник белгиларсиз	Юқумли касалликлар хонаси, вилоят ОИТС маркази. Рес. ОИТС маркази	Мурожаат қилганда
ИБ+; 3-клиник босқич	Юқумли касалликлар хонаси, вилоят ОИТС маркази. Рес. ОИТС маркази	Хар 3 ойда СД-4 хужайраларини ва лимфоцитларни умумий сонини аниқлаш.
ИБ+; 3-клиник босқичи	Юқумли касалликлар хонаси, вилоят ОИТС маркази. Рес. ОИТС маркази	Мунтазам кузатиш, бошқа мутахассисларни маслаҳатини олиш.

Жорий кузатувни ҳудудий ЮКХ сини врач олиб боради. Барча хужжатлар «Хизмат юзасидан фойдаланиш» грифли бўлиши керак. Поликлиника инфекционисти тахлилий текширишни ва конфиденциалликни сақлаган ҳолда бошқа мутахассисларни кўригини ташкил қилади.

Клиник-тахлилий текширувлар натижасига кўра поликлиника инфекционисти беморни касалликни босқичини ўзгартириш учун вилоят ОИТС марказига жўнатиши мумкин.

Поликлиника инфекционистини йўлланмаси бўйича бемор ҳудудий, вилоят, Республика шифохоналарида даволанишга ҳаққи бор.

Ногиронликка чиқишни ЮКХсини врач ташкил қилади. У касалликларни халқаро таснифланишга Х-МКБ кўра ташхис кодини кўяди ва конфиденциалликни сақлаган ҳолда ВТЭК га жўнатади.

Беморни ўлганлиги тўғрисида маълумотнома ҳудудий поликлиника томонидан берилади ва касалликларни халқаро таснифланиши (Х-МКБ) бўйича ташхис коди қўйилади.

Хомиладорлар тиббий ёрдамни ҳудудий гинекологлар томонидан олади.

ОИВга чалинган аёллардан туғилган болалар ҳудудий педиатр томонидан кузатилади ва ҳудудий ЮКХда ҳисобда туради.

“ОИВ-инфекция” ташҳиси болани 6 ойлигида занжирли полимераз реакциясига, 18 ойлигида иммуноблот текширувига асосланиб қўйилади.

Онадан болага юкмаган «ОИВ-инфекция» га чалинганлар (парентерал йўли билан юкқанлар) катталарга ўхшаш диспансер кузатувига олинади ва педиатрни мунтазам кузатувида бўлади.

ОИВга чалинган болаларга Ўзбекистон Республикасини «Одамнинг иммунитет танқислиги вирусини билан касалланишининг (ОИВ касаллигини) олдини олиш тўғрисида»ги қонунга асосан (9-модда, 2-бўлим) нафақа тўланади.

АРВТ га ёки олдини олишга кўрсатма бўлса беморлар Вирусология ИТИ, Республика ОИТС марказига, Педиатрия ИТИ, Акушерства ва гинекология ИТИ ва 1-перинатал марказларга жўнатилади.

Юқумли касалликлар хонасини врачлари фтизиатр, педиатр, гинеколог ва вилоят ОИТС марказлар билан ҳамкорликда иш олиб бориши креак.

ОИВга чалинган хомилдорлар ва улардан туғилган болалар АРВ профилактикасини олганлар акушер-гинеколог ва неонатологлар томонидан кузатиб борилади. Кейинги кузатувни поликлиника педиатри ва ЮКни врачлари томонидан давом эттирилади. ОИВга чалинган аёллардан туғилган болаларда туғилгандан кейин 6 ҳафта ўтгач, вирусни микдори (вирусная нагрузка) полимераз занжирли реакция усулида аниқланади. Агар 18 ойга тўлса ИФА, ИБ усуллари ёрдамида текширилади.

ОИВ/ОИТСни даволаш.

Касалликни этиотроп даволашда асосан антиретровирус препаратларидан фойдаланилади. Антиретровирус препаратларининг таъсир қилувчи нуқтаси бўлиб провирус ДНКсини синтез қилиш босқичини катализ қилувчи қайталама транскриптаза ферменти ҳамда вируснинг структураси пептидларини тузилишини таъминловчи протеаза ферменти ҳисобланади.

Антиретровирус терапиясининг асосий мақсади бўлиб вируснинг қондаги миқдорини (нагрузкасини-залворини) камайтириш, иммунитетни тиклаш, беморнинг хаёт кечириш сифатини ва ахволини яхшилаш, касалликнинг кучайишини тўхтатиш, оппортунистик инфекцияларнинг олдини олиш хисобланади.

Даволашнинг асосий принциплари.

1. Агар беморда сил касаллиги, гепетит ёки шунга ўхшаш ўткир касалликлар аниқланса, аввал шу касалликларни даволаш ва беморнинг ахволини яхшилаш зарур. Бунда антиретровирус терапияси 1 ойга ва ундан ортиқ муддатга кечиктирилади. Оппортунистик инфекцияларнинг профилактикаси ҳам шу даврда ўтказилади.

2. Беморнинг антиретровирус терапия олишга тайёрлигини индивидуал равишда баҳолаш зарур.

3. Наркоманларда наркотиклар ўрнини босишга қаратилган чоралар, уларнинг даволанишга бўлган майлини орттиради.

4. Дори моддаларига ўз вақтида буюртма (заявка) бериш ва сотиб олиш зарур омиллардандир.

5. Беморларни ўргатиш керак: ОИВ қандай касаллик, ҳозирги кундаги уни даволаш имкониятлари, қайси йўл билан бошқа одамларга юқади. Бемор ўзи ихтиёрий равишда АРТни олиш ҳақида қарор қабул қилиши керак.

АРТ бошлашдан аввал бирламчи текширув ўтказилади. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан 2004 йили март ойида СНГ давлатлари учун қабул қилинган протоколида бу қуйидагиларни ўз ичига олади:

-Анамнез йиғиш.

-Беморнинг умумий ахволини баҳолаш

-Беморнинг шикоятларини аниқлаш

-Йўлдош касаликларни аниқлаш

-Беморнинг рухий ҳолатига баҳо бериш ва даволашга тайёрлигини аниқлаш

-Аввалги хаёт фаолияти

-Физикал текширув

-Гинекологик текширув

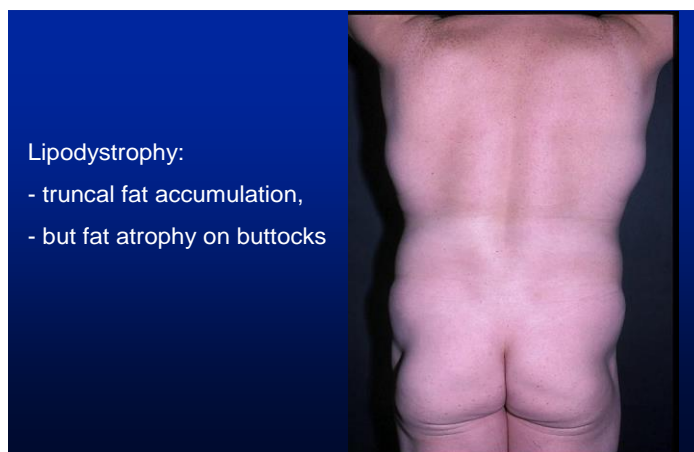
Зарурат туғилганда беморни наркологик консултациядан ўтказилади ва даволанади, психиатрик ёрдам кўрсатилади.

Хозирги кунда беморларни даволашда қўлланилаётган барча антиретровирус препаратлари 3 та тоифага бўлинадилар.

I. Нуклеозид табиатли қайталама транскриптазининг ингибиторлари НИОТ. Булар модификация қилинган аномал нуклеозидлар бўлиб, уч фосфатли хосилаларга айланиш циклидан кейин қайталама транскриптаза ферментининг ингибитори бўлиб қоладилар. Бундай таъсир қайталама транскриптазининг таркибий қисмининг табиий компонентлари билан конкуренцияга киришиш ҳисобига, ҳамда ДНК занжирини терминациялаш оқибатида провирус ДНКсини синтезини тўхтатиш ҳисобига юзага чиқади. Бу гуруҳ препаратлари ОИВга қарши кучсизроқ таъсир қиладилар, вирусларнинг уларга чидамлилиги секин ривожланади (ламивудин бундан мустасно- унга чидамлилик тезда ривожланади). Ушбу гуруҳга қуйидаги препаратлар кирадилар:

1. **Азидотимидин (зидовудин, ретровир, тимазид; Glaxo-Smith Kline)-AZT, ZDV.** Тимидиннинг табиий аналоги бўлиб, 1985 йили ОИВ-инфекциясини даволаш учун таклиф қилинган ва узоқ вақт мобайнида энг самарали препарат бўлиб қолган. Азидотимидин ОИВ-1 ва ОИВ-2ларнинг СД4 лимфоцитлар, макрофаглар моноцитлар ичида репликация қилишини тўхтатади, гематоэнцефалит барьердан ўтади. Оғиз орқали қабул қилинганда 60% препарат сўрилади, асосан буйраклар орқали чиқарилади, шунинг учун буйрак касаллиги бор беморларга эҳтиётлик билан берилади, суткалик дозаси бироз пасайтирилади. Катта ёшдаги беморлар учун препаратнинг оптимал суткалик дозаси 600мгни ташкил қилади, уни 3 ёки 2 мартабага бўлиб берилади. Болаларда дозаси тананинг 1м.кв. юзасига 90-180мгданни ташкил қилади.

Препаратнинг дозаси касалликнинг қайси даврда эканлигига, суяк илиги қай даражада сақланиб қолганлигига, беморнинг оғирлигига, даволашни қандай қабул қилаётганига қараб аниқланади. Кўпинча ўртача дозаси 300мгдан кунига 2 маҳал берилади. Суткалик максимал дозаси 1,5грни ташкил этади. Асоратлари: асосан катта дозада берилиши ва унинг суяк илигига токсик таъсири билан боғлиқ. Булар орасида анемия, нейтропения, лейкопения, тромбоцитопения кабилар кўпроқ кузатилади, ундан ташқари кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғриқ, липодистрофия, бош оғриғи, бош айланиши, терида тошмалар пайдо бўлиши, қичишиш, харорат кўтарилиши, кўп терлаш, миопатия, парестезия, уйқучанлик, депрессия, тез-тез сийиш, гепатомегалия, жигарнинг ёғли дистрофияси, билирубин ва ферментлар миқдорининг ортиши учрайб туради. Препаратга турғунлик уни 6 ой қабал қилгандан кейин ривожланади (расм № 221).



Расм № 221. Липодистрофия.

2. Диданозин (дидезоксиинозин, видекс; Bristol-Myers Squibb)-ddI, пурин нуклеозиди дезоксиаденозиннинг аналоги, 1991 йилдан бери қўлланиб келинади. Дозаси: 60кг гача вазнга эга бўлган беморларга кунига 2 маҳал 125мгдан, вазни 60кгдан ортиқ беморларга 200мгдан кунига 2 маҳал берилади. Болалар учун дозаси 1 м. кв. тана сатхига 90-150мгданни ташкил қилади. Асоратлари: энг асосий асорати панкреатит бўлиб, хатто панкреонекрозга олиб келиши ва беморнинг халок бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Кейинги ўринда периферик асаб тизимидаги ўзгаришлар (периферик нейропатиялар) туради. Булардан ташқари диарея, қоринда оғриқ, кўнгил

айниши, қайт қилиш, буйрак функциясининг бузилиши, жигар тестларида ўзгаришлар, лактацидоз, электролитлар алмашинувининг бузилиши ҳам учрайди. Кўнгил айнаши, қоринда оғриқ, амилаза ёки липаза ферментларининг қондаги миқдори ортиши кабилар пайдо бўлса препаратни беришни вақтинча (панкреатит диагнози инкор қилингунча) тўхтатиб турилади. Агар бемор дапсон, кетоконазол каби препаратлар қабул қилаётган бўлса, уларни диданозиндан 2соат аввал бериш керак, чунки диданозин уларни ошқозондан сўрилишини пасайтириб юборади. Генцикловир препаратини диданозин билан бирга қабул қилишда эҳтиёт бўлиш керак, чунки бунда панкреатит ривожланиши хавфи ортиб кетади (расм № 222).



Расм № 222. Токсикодермия.

3.Зальцитабин (хивид; Hoffmann-La Roche)-ddC. Цитидин нуклеозидининг пиримидинли аналоги. Дозаси монотерапияда 75мгдан хар 8соатда қабул қилинади, комбинацияда берилса, 75мг хивид ва 200мг зидовудин кунига 3 махалдан берилади. 13 ёшгача бўлган болаларда 1кг вазнга 0,005-0,01мгдан хар 8 соатда берилади. Кўпинча нохуш таъсирлардан бош оғриғи, холсизлик, ич кетиши кузатилади. Асоратлари: периферик нейропатия, панкреатит, кўнгил айнаши, дисфагия, анорексия, диспептик бузилишлар, жигар стеатози, қизилўнгачда ва оғиз шиллик пардасида яралар хосил бўлиши, кардиомиопатия, анемия, жигар ферментларининг ортиб кетиши, иситма. Зальцитабинни хлорамфеникол, дапсон, изониазид, метронидазол, рибавирин, винкристин, диданозин билан бирга берилганда периферик нейропатия ривожланиши хавфи ортади. Пентамидин

билан бирга берилганда эса панкреатит келиб чиқади, шунинг учун зальцитабинни пентамидин билан бирга бериб бўлмайди (расм № 223).



Расм № 223. Токсикодермия.

4. Ставудин (зерит; Bristol-Myers Squibb)-d4T. Тимидин нуклеозидининг аналогли. Азидотимидин билан бирга берилмайди, чунки иккаласи ҳам битта хужайра ферменти учун конкуренцияда бўладилар. Диданозин, ламивудин ва протеазанинг ингибиторлари билан бирга берилганда самарадорлиги янада ортади.



Расм № 224. Лайел синдроми.

Гематоэнцефалит барьердан ўтади ва деменция ривожланишининг олдини олади (расм № 224).

Дозаси: беморнинг оғирлиги 60кгдан кам бўлса-30мгдан кунига 2 махал, 60кгдан ортиқ бўлса- 40мгдан кунига 2 махал. Болаларда агар тана вазни 30 кгдан кам бўлса, 1кг вазнга 1мгдан хар 12 соатда берилади. Асоратлари: бош оғриги, периферик нейропатия, панкреатит, липоатрофия,

лактацидоз, уйқунинг бузилиши, жигар ферментларининг ортиб кетиши, кўнгил айниши, диарея, миалгия.

5. **Ламивудин (эпивир; Glaxo-Smith Kline)-ЗТС.** 1995 йилдан бери қўлланилмоқда. Оғиз орқали қабул қилинганда 86% препарат қонга сўрилади. Дозаси: 150мгдан кунига 2 махалдан (вазни 50кгдан ортиқ беморларга). 13 ёшгача бўлган болаларда дозаси 1кг вазнга 4мгдан ҳар 12 соатда берилди. Ретровир билан бирга берилганда вирусларнинг резистент штамлари пайдо бўлиши секинлашади. Ламивудин вирусли гепатит Вни даволашда ҳам яхши самара беради. Препаратнинг токсиклиги бошқаларга нисбатан кам. Асоратлари: бош оғриғи, бехоллик (камқувватлик), терида тошмалар, қоринда оғриқ, диарея, соч тўкилиши, Периферик асаб толалари шикастланиши мумкин, нейтрофиллар камайиши, жигар ферментлари ортиши мумкин.

6. **Абакавир (зиаген; Glaxo-Smith Kline)-АВС.** Табиий гуанозиннинг аналоги, хужайрада фосфорланиши бўйича шу гуруҳдаги бошқа препаратлардан фарқ қилади. Дозаси (1таблеткадан) 300мгдан кунига 2 махал. Асоратлари: аллергия реакциялар, кўнгил айниши, қайт қилиш, бош оғриши, диарея, иситма чиқиши, тошмалар пайдо бўлиши, анорексия, тезда чарчаш. Агар препаратга сезувчанлик ортиб кетганлигини вақтида аниқланмаса, ёмон оқибатларга, ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин.

7. **Комбивир(Glaxo-SmithKline)-ZDV+ЗТС.** Ҳар бир таблеткасида 300мгдан зидовудин (ретровир), 150мгдан ламивудин (эпивир) бор. Кунига 1таблеткадан 2 махал қабул қилинади. Комбивир 12 ёшгача бўлган болаларда ҳамда вазни 50кгдан кам бўлган беморларда, буйрак етишмовчилигида қўлланилмайди. Энг кўп учрайдиган асоратлари: бош оғриғи (35%), холсизлик ёки тезда чарчаш, ўзини ноҳуш сезиш (27%), назал белгилар ва симптомлар (20%), нейтропения, анемия, миопатия.

8. **Тризивир(Glaxo-Smith Kline)-ZDV+ЗТС+АВС.** Ҳар бир таблеткада 300 мгдан ретровир, 150мгдан эпивир ва 30мгдан абакавир бор бўлиб, 1 таблеткадан кунига 2 махалдан қабул қилинади.

9. Адефовир (дипивоксил; Preveon, Gilead Sciences). Таркибида монофосфат гурухини тутувчи биринчи нуклеотид аналогдир. Хужайра ичида сақланиш даври узок бўлганлиги сабабли, кунига 1 махалдан қабул қилинади. Дозаси: 1200 мгдан кунига 1 махал. Препарат буйраклар орқали чиқарилади. Бошқа вирусларга, масалан гепатит В вирусига, ЦМВларга ҳам таъсир қилади.

II. Нонуклеозид табиатли қайталама транскриптазининг ингибиторлари-ННИОТ. Бу гурухга мансуб препаратлар қайталама транскриптаза ферменти билан бирикиб, нофаол «фермент-субстрат» ҳосил қиладилар. Бу препаратлар ОИВга қарши кучли таъсир қиладилар, аммо бу препаратларга вируснинг чидамлилиги жуда тез ривожланади (битта мутациядан кейинок). Қуйидаги препаратлар ушбу гурухга мансубдирлар.

1. Невирапин (вирамун; Берингер Ингельхайм)-NVP. Қайталама транскриптаза билан бевосита бирикиб, ферментнинг каталитик қисмини парчалайди. Препарат барча тўқима ва аъзоларга, шу жумладан йўлдошга ва МАТга ҳам киради. Дозаси: 200 мгдан кунига 1 махалдан даволашнинг дастлабки 2 хафтасида, ундан кейин эса 200 мгдан кунига 2 махалдан. Препаратга чидамлик тезда ривожланади, шунинг учун монотерапияда берилмайди. Асоратлари: оғир оқибатларга олиб келувчи терида тошмалар, гепатотоксиклик.

2. Делавирдин (рескриптор; Upjohn)-DLV. Цитохром 450 тизими билан метаболизация қилинади, натижада унинг ферментларини сусайтиради. Таблетка холида 100 мгдан чиқарилади, кунига 3 махал 400 мгдан қабул қилинади, суткалик дозаси 1200 мг. Рифампицин ва рифабутин билан биргаликда буюриш мумкин эмас. Энг асосий асорати терида токсик тошмалар пайдо бўлишидир.

3. Эфавиренц (Efavirenz, стокрин, сустива, ДМР-266; Du Pont-Merk)-EFV. 1998 йилдан бошлаб қўлланиб келинмоқда. Унинг энг асосий хусусияти организмда узок вақт сақланишидадир (ярим парчаланиш даври 40-55 соат). Дозаси: 600 мг кунига 1 махал, кечкурун қабул қилиш маъқул

хисобланади. Агар бемор рифампицин қабул қилаётган бўлса, 800мгдан кунига 1 маҳал буюрилади. Асоратлари: МАТга токсик таъсири, тератоген таъсири.

4.Эмитрицитабин. Янги қабул қилинган препарат бўлиб, 1 та таблеткада 200мг эмитрицитабин бор; ушбу препарат 400мг диданозин, 600мг эфавиренц билан комбинацияда бериледи. Дозаси: кунига 1 маҳалдан, асосан кечқурун қабул қилинади.

5.Ловирид-LVR. ОИВ-1нинг ноконкурентли ингибитори, барча ННИОТлар каби таъсир механизмига эга, ҳозирча клиник кузатишлар (синаш) босқичида.

III.Протеазанинг ингибиторлари-ИП. НИОТ препаратларидан фарқли равишда ИП препаратлари ОИВ репродукциясининг охириги этапига таъсир қиладилар. Маълумки, вируснинг аспаратат-протеаза ферменти қайчи каби синтез қилинган оқсиллар занжирини қирқиб, улардан янги вирусларнинг вояга етган тўлақонли қисмлари ҳосил бўлишини таъминлайди. Ушбу гуруҳ препаратлари ОИВ протеазалари билан юқори даражадаги махсус муносабатга киришиши туфайли, уларнинг таъсири кучли селектив характерга эгадир. Протеаза ингибиторининг молекуласи вируснинг ферментининг ҳар бир мономер пептид звеносини қаттиқ изоляция қилади ва уларнинг бир-бирлари билан қўшилиб гомодимер протеаза ҳосил қилишига йўл қўймайди. Бу препаратлар қабул қилинганда яхши сўрилади, ОИВга қарши кучли таъсир қиладилар, вирусларнинг уларга чидамлилиги секин ривожланади. Бу гуруҳ препаратлари гематозэнцефал тўсиқдан ёмон ўтадилар, шунинг учун уларни ретровир билан биргаликда бериледи. Асосий препаратлари қуйидагилардир:

1. Саквинавир (инвираза, фортовазе; Hoffmann-La Roche)-SQV. ИП препаратлари орасидаги энг биринчиси ва кучлиси, вирус билан зарарланган хужайраларнинг синтиций ҳосил қилишини тўхтатади. Цитохром Р450 фермент тизими таъсирида метаболизация қилади, шунинг учун ушбу фермент тизимининг индукторлари ва рифампицин унинг фаоллигини

тўхтатади. Дозаси: агар ритонавир билан бирга берилса, ҳар бир препаратдан 400мгдан кунига 2 махалдан, Ёки саквинавир1000мг+100мг ритонавир кунига 2 махалдан; ёки саквинавир 1600мг+200мг ритонавир кунига 1 махалдан. Асоратлари: гипергликемия, липодистрофик синдром, гепатотоксиклик.

2.Индинавир (криксиван; Merk)-IDV. Бу препарат оксиллар билан кам бирикканлиги туфайли барча тўқималарда ва плазмада концентрацияси юқори бўлади, ҳамда гематоэнцефал тўсиқдан яхши ўтади, бу ҳолатлар уни саквинавир ва ритонавирдан устун бўлишини таъминлайди. Суткалик дозаси 2400мг бўлиб, уни 800мгдан кунига 3 махал қабул қилинади. Препаратни овқатланишдан 1соат олдин ёки овқатлангандан 2соат ўтгач қабул қилиш керак. Диданозин индинавирнинг абсорбциясини пасайтириши туфайли, бу препаратларни қабул қилишнинг орасида камида 1соат интервал бўлиши керак. Кетаконазол индинавирнинг метаболизмини ингибиция (тўхтатади, секинлаштиради) қилади, шунинг учун кетоконазол қабул қилаётганларга индинавирнинг дозаси пасайтирилиб, 600мгдан кунига 3 махал берилади. Ўз навбатида индинавир рифабутиннинг метаболизмини ингибиция қилиши туфайли, рифабутиннинг дозаси 50%га камайтирилади.Асоратлари: диабет, гемолитик анемия, нефролитиаз, дизурия.

3.Нелфинавир (вирасепт; Roche-Agouron Pharmaceuticals)-NFV. Катталарда ва болаларда ишлатилади, таблетка холида 250мгдан, порошок холида 50мгдан чиқарилади. Цитохром Р450 тизимини ингибиция қилиши туфайли рифампин ва бошқа дорилар билан биргаликда берилмайди. Диданозин билан биргаликда қабул қилинганда, нелфинавир диданозиндан 2соат олдин ёки 1соат кейин қабул қилинади. Асоратлари: диарея, терида тошмалар, метеоризм, кўнгил айнаши, нейтропения, креатинкиназа ва АЛТ/АСТ ферментларининг фаоллигининг ортиши. Препарат асосан жигарда метаболизмга учраб, жигар орқали чиқарилиши сабабли, жигар функцияси бузилган беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.

4. Ритонавир (норвир; Abbot Laboratoties)-RTV. Бу препарат ҳам цитохром P450 ферментлар тизимини ингибиция қилади. ИП гуруҳидаги бошқа препаратларнинг таъсирини кучайтириш хусусиятига эга, шунинг учун кўпинча улар билан комбинацияда берилади. Монотерапияда 600мгдан кунига 2 маҳал берилганда энг яхши самара кузатилган. Асоратлари: аллергия реакциялар, кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, анорексия, парестезия, астения, жигар тестларининг ўзгариши, гипергликемия, диабет.

5. Ампренавир (141W94; Glaxo Smith Kline)-APV. Янги ИП препаратларидан, оғиз орқали қабул қилинганда яхши сўрилади, узоқ вақт сақланиб туради (ярим чиқарилиш даври 7 соат). Дозаси: 1200мгдан кунига 2 маҳал, агар ритонавир билан биргаликда берилса, ампренавир 600мг+200мг ритонавир, кунига 2 маҳал. Асоратлари: диарея, триглицеридлар ва холестеролнинг ортиб кетиши.

6. Лопинавир (Abbot Laboratoties)-LPV. 2000 йилдан бери ритонавир билан комбинацияланган препарати “калетра” номи остида капсулада ва эритма холида чиқарилмоқда. Хар бир капсулада 133,3мг лопинавир ва 33,3мг ритонавир, 1мл эритмасида эса 80мг лопинавир ва 20мг ритонавир бор. Дозаси: лопинавир 400мг+ритонавир100мг (яъни 3 капсуладан) кунига 2 маҳалдан, эритмаси эса 5млдан кунига 2 маҳал. Болаларда эритма шаклидаги препарат 6 ойликдан 12 ёшгача бўлганларга тананинг умумий сатхининг майдонига (кв.м.) қараб берилади. Гепатит В ва С билан оғриган беморларда препарат эҳтиёткорлик билан қўлланилади, чунки бундай беморларда АЛТ ферментининг ортиши кузатилади. Асоратлари: панкреатит, холестерин ва триглицеридлар миқдорининг ортиб кетиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғрик, қон зардобиди амилаза ва липаза ферментларининг ортиб кетиши, гипергликемия, қандли диабет.

7. Тенофовир-TNFV. Дозаси:300мгдан кунига 1 марта берилади.

8. Атазанавир (зривад)-ИП гуруҳига мансуб препаратларнинг янги авлоди бўлиб, кунига бир маҳал қабул қилиш имконини беради, чунки унинг концентрацияси организмда узоқ вақт етарлича миқдорда сақланиб қолади.

Капсула холида 200мгдан чиқарилади, кунига 1 маҳал 2 капсуладан қабул қилинади. Препаратнинг нохуш таъсири шу гурухнинг бошқа препаратларига нисбатан анча кам, унинг таъсирида липидларнинг ва триглицеридларнинг миқдори ортиши кузатилмайди.

9. Типранавир - бу препарат ҳам ИПнинг янги авлоди ҳисобланади, лаборатория шароитида ОИВ-1нинг ҳар хил штамларига қарши ўта фаол таъсир қилган, шу жумладан ИПга чидамли (резистент) бўлган штамларига ҳам таъсир қилган.

Ушбу гурух препаратларидан ритонавир шу гурух препаратларини таъсирини кучайтириш хусусиятига эга, шунинг учун бу гурух препаратлари кўпинча ритонавир билан биргаликда берилади, фақат нелфинавир бундан мустасно, чунки уни таъсирини кучайтирувчи бўлиб озиқ-овқатлар ҳисобланади.

Шуни таъкидлаш керакки, ОИВга қарши янги дори моддаларини ишлаб чиқариш ва синовдан ўтказиш тўхтовсиз олиб борилмоқда. Ҳозирги пайтда синовдан ўтаётган препаратлардан адефовир (НИОТ), ТМС-125 (ННИОТ), АВТ378 (ИП), энфувиртид ёки Т-20 (фузиянинг ингибитори) кабиларни кўрсатиш мумкин. Айниқса фузиянинг ингибитори ҳисобланган энфувиртиднинг (Enfuvirtide) самарадорлиги, хавфсизлиги юқори, бошқа препаратлар билан кесишувчан резистентлиги йўқ. Фузия ингибиторларининг таъсир механизми вируснинг қобиғидаги гликопротеин gr 41 билан бирлашиб олиб, вирусни бошқа хужайралар билан (СД4, макрофаглар, дендрит хужайралар ва х.к.) бирикаолмайдиган қилиб қўяди. Бу препаратнинг камчиликлари унинг жуда қимматбаҳолигида, унга нисбатан антитаначалар ҳосил бўлишида ва фақат парентерал йўл билангина ишлатиш мумкинлигидадир. Охирги пайтларда гидроксимочевинанинг ОИВга таъсири ўрганилмоқда. Гидроксимочевина вируснинг редуктаза ферментини таъсирини тўхтатади, натижада диоксирибонуклеозид трифосфат миқдори пасаяди, бу эса ўз навбатида қайталама транскриптаза ферменти ишини блокада қилади ва вируснинг репликацияси пасаяди.

Антиретровирус терапияга кўрсатмалар.

1. ЖССТ классификацияси бўйича касалликнинг 4-босқичида қондаги лимфоцитларнинг миқдори қандай бўлишидан қатъий назар даволаш бошланади.

2. ЖССТ классификацияси бўйича касалликнинг 3-босқичида агар қондаги CD4 хужайраларининг миқдори 1микролитрда 350тадан кам бўлса, ёки лимфоцитларнинг абсолют миқдори 1микролитрда 1200 тага тенг бўлса.

3. ЖССТ классификацияси бўйича касалликнинг 1- ва 2-босқичларида, агар қондаги CD4 хужайраларининг миқдори 1 микролитрда 200 тадан кам бўлса, ёки лимфоцитларнинг абсолют миқдори 1 микролитрда 1200 тадан кам бўлса.

Катта ёшдагиларга ва ўсмирларга АРВТни ўтказиш.

Бугунги кунда ОИВ-инфекциясига чалинганларни даволашни асосий қисми бу вирусга қарши давони қўллашдир. АРВТ ни тўғри танланганда беморларни умри узоклашади ва хаётини сифати яхшиланади. Бу билан бир қаторда ОИВни бошқаларга юқиши камайтиради, ундан ташқари иммунитет бироз тикланади ва оппортунистик касалликларни юзага чиқишини олдини олади. Вирусни кўпайишини сушлаштиради.

АРВТни ўтказиш қоидалари

1995 йилгача бўлган даврда даволаш учун битта НИОТ препарати берилар эди, аммо бундан кузатиладиган самара жуда қониқарсиз ҳолатда эди. 1996 йилдан бошлаб вирусга қарши янги гуруҳ препаратлари очилиб, синтез қилинган, даволашда янги давр бошланди. Ҳозирги кунда ОИВ/ОИТСни даволаш учун уч компонентли схемадан фойдаланилади, бу усул юқори фаол антиретровирус терапияси (ВААРТ) номини олган. Бу усул билан даволашда 2та НИОТ препаратини 1та ННИОТ препарати ёки 1та ИП билан комбинацияда берилади.

Уч компонентли схема бўйича даволашнинг биринчи қаторида 2 та қайталама транскриптазани нуклеозидли ингибиторини (НИОТ) 1 та нонуклеозидли (ННИОТ) ингибитор билан қўшиб берилади. Масалан:

зидовудин ёки ставудин+ ламивудин+эфавиренц ёки неврапин. Схеманинг 2-қатори бўйича эса, абакавир ёки тенофовир+диданозин+ саквинавир/ритонавир ёки нелфинавир. Бунда диданозинни тенофовир билан бирга берилса, диданозинни дозасини 400мгдан 250мг га пасайтириш керак. Саквинавир/ритонавир препаратларини транспортировкаси ва сақлаш совуқликни (паст температуран) талаб қилади. Агар зидовудинни бемор қабул қилаолмаса, уни ставудинга алмаштирилади, ННИОТни қабул қилаолмаса, бошқа ННИОТга ёки ИП га алмаштирилади, ИПни қабул қилаолмаса, ННИОТга алмаштирилади. Агар зидовудин+ламивудин+эфавиренц ёки неврапин билан даволашда самара кузатилмаса, альтернатив схема тарзида диданозин+ставудин+нелфинавир ёки бўлмасам, диданозин +ставудин +саквинавир/ритонавир берилди.

Қайталама транскриптазани нуклеозидли ёки нонуклеозидли ингибиторларини танлаш ва умуман АРВТ олиб бориш бўйича тавсиялар махсус қўлланмаларда ва 480-сонли буйруқни 12-иловасида келтирилган (жадвал № 11).

Тавсия этилган схемалар жавдали.

Жадвал - 11

АРВ препаратлар синфи	Препараталарни комбинацияси.
2 НИОТ +1 ННИОТ	А)Зидовудин + Ламивудин (300мг-1 таб. 2 марта) + (300мг.-1 таб. 1марта) (Эфавиренц ёки неврапин) (600 мг.-1 таб. 1 марта) (200 мг.1 таб. 2марта)
2та ННИОТ+1та ИП, ёки 2та НИОТ +1та ННИОТ	Б)Тенофовир +Эмитрицитабин (300 мг. 1таб. 1 марта) + (200 мг.1 таб. 1 март) (Эфавиренц ёки неврапин) (600 мг.-1 таб. 1 марта) (200 мг.1 таб. 2марта) В) Абакавир + Ламивудин (300 мг.1 таб.2 махал) (Эфавиренц ёки неврапин) (600 мг.-1 таб. 1кун1 марта) (200 мг.1 таб. 2марта)

Болаларда АРВТ ни ўтказиш

АРВТни мақсади-катта ёшдагиларга ўхшаш, лекин ўзига хослиги бор ва улар қуйидагилар:

1.Препаратларга нисбатан вирусни сезувчанлиги сусайиши. Бу ҳолатни сабаби –вирусни сони ўта кўплиги ва зидовудин ва невирапинни профилактика мақсадида хомиладорлик вақтида қўллаш.

3. Ёшга қараб иммунологик маркерларни ўзига хослиги (5 ёшгача болаларда СД-4 ни умумий сонидан кўра уни фоизини аниқлаш маъқулроқдир).
4. Фармококинетикани ўзига хослиги.
5. Болаларга мослашган препаратларни шакли бўлиши (масалан сироп холида) шартлиги.
6. Дори қабул қилиш вақти баъзи вақтларда болани ухлаган ёки мактабда бўлган пайтига тўғри келиб қолиши.
7. Боланинг дори қабул қилишдан бош тортиши.

Болаларда АРВТни ОИВ-инфекциясини белгилари пайдо бўлганда ёки иммунотанқислик ривожланганда бошлаш керак.

АРВТни ўтказиш, схемалар танлаш ва бошқа масалалар катта ёшдагиларникига ўхшаш, лекин тажрибалар шуни кўрсатдики, абакавир билан ламивудинни бирга қўллаш яхши натижалар беради.

Жадвал - 12

СД-4 га асосланган ҳолда АРВТ бошлаш қоидалари.

Имунологик маркер	АРВТни бошлашга тавсия этиладиган СД-4 сони.			
Боланинг ёши	≤11 ойлик	12-35 ойлик	36-39 ойлик	≥5 ёш
СД4ни фоизи ёки умумий сони	≤25% (≤1500/мкл)	≤20% (≤750/мкл)	≤15% (≤350/мкл)	≤15% (≤200/мкл)

АРВТ ўтказиш жараёнида (беморни ёшидан қатъий назар) 24 ҳафта давомида натижа яхши бўлмаса дориларни тубдан алмаштириш (2-схемага ўтиш) зарур. Болаларда АРВТни ўтказиш бўйича кенг маълумот

Ўзбекистон республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 480-сонли буйруғини 13-иловасида келтирилган (жадвал № 13).

Жадвал - 13

ОИВ инфекциясини юктирган хомиладор аёлларда ва улардан туғилган болаларда АРВ препаратлар билан профилактика ўтказиш.

(Соғлиғини холати бўйича АРВТ ўтказиш зарурияти йўқ холатларда).

Хомиладорлик вақтида	Туғиш вақтида	Туғишдан кейин	
		Она	Бола
1	2	3	4
1. Агар хомиладор аёл хомиласи 24 хафтагача бўлган вақтда мурожаат қилса:			
А) Асосий усул.			
24 хафталикдан бошлаб (эрта мумкин эмас) Зидовудин (AZT) 300 мг 2 марта + Ламивудин 150 мг 2 марта + Ритонавир билан кучайтирилган протеазани ингибитори масалан – капсулада Лопинавир (133мг) + Ритонавир (33 мг) 3 капсуладан 2 марта).	Ушбу схема бўйича давони давом эттириш.	Дориларни беришни тўхтатиш.	Туғилишни дастлабки 8 соатидан бошлаб Зидовудин сиропи 4мг/кгдан оғиз орқали, кунига 2 мартадан, 7 кун давомида
Б) Альтернатив усул.			
24 хафтадан бошлаб Зидовудин 300 мг дан 2 марта	Зидовудин 300 мг хар 3 с + Ламивудин 150 мг 2 марта Туғилиш билан + Невирапин 200 мг 1 марта	Зидовудин Ламивудин яна 7 кун давом этиш	Зидовудин сиропи 4мг/кг дан + Ламивудин 2мг/кг кунига 2 марта, 7 кун давомида + Невирапин 2

			мг кунига 1 марта
1) Агар хомиладор аёл хомиласини 24 хафтасидан кейин мурожаат қилса: А) Асосий усул.			
Юқорида келтирганга ўхшаш (асосий усул)	Шу схема бўйича давом этиш	Дориларни беришни тўхтатиш	Зидовудин сиропи 4мг/кг дан + Ламивудин 2мг/кг кунига 2 марта 7 кун давомида, агар онага АРВТни 4 хафтадан камроқ ўтказилса – ушбу дориларни 28 кун давомида берилади.
Б) Алтернатив усул.			
Юқорида келтирганга ўхшаш (алтернатив усул)	Юқорида келтирганга ўхшаш (алтернатив усул)	Юқоридагига ўхшаш (алтернатив усул)	Юқоридагига ўхшаш қўшимча: Агар онага АРВТни 4 хафтадан камроқ ўтказилса: давони 28 кун ўтказиш керак (7 кун эмас).
3. Агар хомиладаор аёл туғиш вақтида мурожаат қилса:			
	Зидовудин 300 мг дан хар 3 с. + Ламивудин 150 мг 2 марта. Бемор	7 кун давомида давони давом эттириш	Зидовудин сиропи 4 мг/кг + Ламивудин 2 мг/кг 28 кун

	туққунга қадар,туққандан кейин Невирапин 200 мг 1 марта		давомида хар куни 2 мартадан + Невирапин 2 мг/кг 1 мартадан
4. Агар хомиладор аёл туққандан кейин мурожаат қилса:			
			Зидовудин сиропи 4 мг/кг + Ламивудин 2 мг/кг 2 мартадан 28 кун давомида +Невирапин 2мг/кг 1мартадан

ОИВни онадан болага юқишини профилактикаси бўйича юқорида келтирилган усулларга изох:

- a. АРВ препаратларни бир неча турларини биргаликда бериш самаралироқ.
- b. Протеазани ингибитори сифатида саквинавир ёки лопинавирни ритонавир билан кучайтирилган холда қўллаш мумкин.
- c. Агар зидовудинни томир орқали юбориш иложи бўлса Кесар усулидан ёки туғиш жараёни бошлангандан биринчи 4 соат ичида бошлаш керак – 2 мг/кг 1-чи соат давомида, кейинчалик, киндик кесилгунча – 1 мг/кгдан .
- d. Туғиш жараёнида ва туғишдан кейинги 7 кун давомида Зидовудин – Ламивудинни Невирапинга нисбатан вирусни сезувчанлигини сақлаб қолиш мақсадида берилади. Агар аёл ОИВни онадан болага юқишини олдини олиш схемасини ўтказиш жараёнида Невирапинни қабул қилмаган бўлса режали Кесар усулидан кейин АРТ тўхтатилади.

e. Чала туғилган болаларга Зидовудинни дозаси – 1,5 мг/кг – вена кон томири ичига ёки 2 мг/кг – per os.

f. Кесар усули ва тиббий туғушни хавфи ва қулайликлари тўғрисида маслаҳат олгандан сўнг аёл туғиш усулини танлайди.

Туғдириш жараёнида инвазив акушерлик муолажалардан воз кечиш керак.

g.ОИВ – ташхиси кеч қўйилган бўлса АРВ препаратларни зудлик билан бошлаш керак, туғишга бир неча кун қолса ҳам.

h.Хомилани 24 хафталигигача куйидаги холатларда АРВ профилактикаси ўтказилади.

А) Хомиладорлик вақтида ўткир ВИЧ инфекция бўлса.

Б) Муддатдан олдин туғиш хавфи бўлса.

Агар вирусни сонини (вируснинг залворини) аниқлашни иложи бўлса ва хомиладорликни 35-37 хафталигида уни сони 1000 мл/нусха дан кўп бўлса режали Кесар усули билан туғдириш керак.

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ МУАССАСАЛАРИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН ШАХСЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ (ХИРУРГИЯ, ТЕРАПИЯ, ПЕДИАТРИЯ, РЕАНИМАЦИЯ БЎЛИМЛАРИДА).

Даволаш-профилактика муассасаларида ОИВ-инфекцияси билан оғриган шахсларга тиббий ёрдам кўрсатиш бепул ҳамда хуфёна амалга оширилади. Тиббий ёрдам кўрсатувчи барча мутахассислар ОИВ/ОИТС бўйича махсус тайёргарликдан ўтган бўлиши керак. ОИВ-инфекциясига чалинган шахслар тиббий ёрдамни худудий даволаш профилактик муассасаларида Республика миқёсидаги клиникаларда олиш ҳуқуқига эга. ОИВ инфекциясини шифохона ички инфекцияси сифатида тарқалишини олдини олиш учун ССВнинг 2007 йил 30-октябрдаги 480-сонли ҳамда 2007 йил 29-декабрдаги 600-сонли буйруқларига қатъий амал қилиш керак.

ИККИЛАМЧИ ВА ОПОРТУНИСТИК ИНФЕКЦИЯЛАРНИ ХАМДА БОШҚА ОИТС АССОЦИАЦИЯЛАНГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШ.

ОИВ билан оғриган беморларда сил касаллигини даволаш.

Агар сил касаллиги билан оғриган беморда ОИВ-инфекцияси аниқланса, бемор дархол ОИТС маркази мутахассиси билан, инфекционист билан консултация қилиниши керак. АРТ ўтказиш ёки уни кейинга суриш ҳақидаги қарорни ОИТС маркази мутахассиси (ёки инфекционист) фтизиатр билан биргаликда ҳал қиладилар, бунда албатта беморнинг умумий ахволи индивидуал равишда ҳисобга олинади. АРТ режими ва дориларнинг дозаси инфекционист томонидан тавсия қилинади.

1. Агар беморда ўпкадан ташқари аъзолар сили, ўпканинг генерализацияланган, милиар, диссеминацияланган сили ва казеоз пневмония аниқланса, қондаги СД4 хужайраларининг миқдоридан ва ОИВ-инфекциясининг босқичидан қатъий назар, силга қарши берилган дори моддаларининг бемор томонидан қабул қилиниши яхши, асоратсиз давом этаётган бўлса, ОИВ-инфекциясига қарши даволаш бошланади, аммо силга қарши дориларни қабул қилаётганидан энг камида 3-4 ҳафта ўтган бўлиши керак. Агар шундай қилинмаса, беморнинг ҳаётини хавф остида қолдирувчи иммун тизимининг реконституцияси синдроми келиб чиқади.

2. ОИВ-инфекциясининг 4-босқичида эса сил касаллигининг қандай шаклидан ва СД4 хужайраларининг қондаги миқдоридан қатъий назар АРТ ўтказилади, аммо силга қарши дориларни қабул қилганидан энг камида 3-4 ҳафта ўтган бўлиши керак (иммун тизимининг реконституцияси синдромининг олдини олиш мақсадида).

3. Агар беморда ОИВ-инфекциясининг 3-босқичи аниқланса ва беморда силнинг 1-пунктда кўрсатилган шаклларида бошқа шакллари бўлса, АРТ силга қарши даво курсини тўла тугатилгандан кейин ўтказилади. Агар беморда силдан ташқари ОИВ-инфекциясининг 3-босқичига хос бўлган

бошқа критериялар аниқланса, АРТ силга қарши давонинг интенсив даври тугагандан кейин (4 ой) олиб борилади.

4.Агар қондаги СД4 хужайраларнинг миқдори 1микролитрда 350тадан ортиқ бўлса, АРТ силга қарши тўла даво курси тугагандан кейин олиб борилади. Чунки антиретровирус препаратларининг гепатотоксик таъсири рифампицин ва пиразинамид билан биргаликда кучайиб кетади, шунинг олдини олиш мақсадида. Бундан ташқари рифампицин антиретровирус препаратларининг концентрациясини пасайтириб юборади. СД4 хужайралари хар ойда 1 мартадан аниқлаб борилади, уларнинг сони 350 тадан пасаймаса, АРТ ни бошламайди, силга қарши даволаш курси тўла тугагач, АРТ бошланади.

5.Агар қондаги СД4 хужайраларининг миқдори 1микролитрда 200-350тани ташкил қилса, АРТни силга қарши даволашни интенсив фазаси тугагандан кейин (4 ойдан) бошланади. Агар беморда силдан ташқари бошқа оппортунистик инфекциялар хам бўлса, АРТни силга қарши даволаш ўтказила бошлагандан 3-4 хафта ўтгач бошланади.

6.Қондаги СД4 хужайраларининг сони 1микролитрда 200тадан кам бўлса, силга қарши даво бошлангандан (агар дориларни қабул қилишда асоратлар бўлмаса) 3-4 хафта ўтгач АРТ бошланади.

Пневмоцисталар томонидан чақирилган пневмонияни даволаш. Пневмоцисталарга қарши пентамидин препарати яхши самара беради. Суткасига беморнинг 1кг вазнига 4мг миқдоридаги дозада берилади. Препарат жуда секинлик билан томир ичига томчилаб қуйилади-1соат ёки ундан ортиқ вақт мобайнида. Даволаш жараёнида гипотония, хароратнинг кўтарилиши, гипергликемия ёки гипогликемия (инсулинга қарам бўлган қандли диабет ривожланишгача боради),анемия, нейтропения, азотемия, панкреатит, юрак аритмияси, нефротоксик таъсир каби асоратлар кузатилиши мумкин. Асоратлар кўпинча 6-16 кун даволангандан кейин бошланади. Бундай асоратларнинг олдини олиш мавқсадида ва айниқса ёш болаларда пентамидинни аэрозол сифатида ингаляция усулида берилади.

Бунда дозаси 150мг бўлиб, уни 2 хафтада бир марта ёки 300мгдан ойда бир марта буюрилади. Пентамидиндан ташқари оғиз орқали триметоприм (суткасига 1кг вазнга 15-20мгдан) билан биргаликда сульфаметоксазол (суткасига 1кг вазнга 75-100мгдан) буюрилади. Иккала препарат ўрнига бисептол 480 бериш мумкин. Асоратлари: кўнгил айниши, терида тошмалар, харорат кўтарилиши, гемопознинг пасайиши, гепетотоксик таъсири. АҚШда клиндамицинни примахин билан комбинацияда берадилар (примахин 30мгдан кунига 1 махал+ клиндамицин 600мгдан кунига 4 махал оғиз орқали), ушбу препаратларнинг самарадорлиги анча юқори ва асоратлари кам учрайди. Бундан ташқари дапсонни (кунига 0,1мгдан) примахин билан комбинацияда бериш ҳам тавсия этилади.

Токсоплазмозни даволаш. Химиопрепаратлардан сульфадиазин оғиз орқали берилди. Суткалик дозаси 1-1,5г. бўлиб, уни 4 махалга тенг бўлиб берилди. Бундан ташқари пириметамин препаратини суткасига 75-100мгдан бошлаб бериб, аста секин дозаси суткасига 200мггача орттирилади, даволаш муддати камида 6 хафта. Иккала препарат ҳам токсик бўлиб, асоратлари кўп учрайди: гемопознинг пасайиши, лейкопения, харорат кўтарилиши, терида тошмалар, нефротоксик таъсири. Асоратларини камайтириш мақсадида фолин кислотаси (суткасига 10-50мгдан) билан бирга берилди. Токсоплазмозни даволашда қўлланиладиган яна бир препарат “фанзидар” сульфадиазин ва пириметамин препаратларининг биргаликда чиқарилган аналоги ҳисобланади. Охириги пайтларда токсоплазмозни даволашда клиндамицин препарати яхши самара бермоқда, бу антибиотикни суткасига 3600мгдан (1200мгдан 4800мггача) буюрилади. Клиндамицинни дараприм ёки пириметамин билан комбинацияда берилса, самара янада кучаяди. Спирамицин (ровамицин) препарати ҳам токсоплазмозни даволашда қўлланилиши мумкин, бу препаратни 3млн.МЕдан кунига 3-4 махалдан, 21-27 кун мобайнида берилди. Охириги йиллари макролидларнинг янги авлодлари–рокситромицин, кларитромицин, азитромицин каби антибиотиклар яхши самара бериши аниқланган. Азитромицин кунига

1000мгдан берилади, унга қўшимча равишда кунига 200мгдан пириметамин буюрилади. Кейинчалик (самара кузатилгач) азитромициннинг дозаси 500мгга, пириметаминнинг дозаси 75мгга камайтирилади, бундай даволаш 27 кун мобайнида олиб борилади. Агар азитромицин монотерапия холида берилса, кунига 1500мгдан буюрилади, кейинчалик дозаси 1000мгга туширилади. Токсоплазмозни радикал даволаш усули хозиргача йўқ. Шунинг учун касалликнинг ўткир аломатлари қисман камайгандан кейин пациент умрбод ушлаб турувчи дозада химиотерапевтик препаратни қабул қилиб туради. Ушлаб турувчи терапия сифатида пириметамин кунига 25-50 мгдан+сульфадиазин кунига 2-4гдан берилади.

Ошқозон-ичак тизими инфекциясини даволаш. Кўпинча криптоспориდიум, амёбиаз, лямблиоз, изоспора, салмонеллез кабиларни даволаш керак бўлади. Криптоспорозни даволашнинг самарали усули йўқ., шунинг учун уни симптоматик (асосан диареяни, спастик оғриқни) даволанади. Амёбиаз, лямблиоз, изоспораларни эса одатдагидек фуразолидон, метронидазол, орнидазол, дараприм, фанзидар каби препаратлар билан даволанади, аммо бу препаратлар узоқ вақт давомида ва жуда катта дозада берилади. Салмонеллезни даволаш учун антибактериал препаратларидан фторхинолонлар (ципрофлоксацин препаратлари), аминогликозидлар, цефалоспоринларнинг 3- ва 4- авлодлари гуруҳига мансуб бўлган препаратлар (цефтриаксон, роцефин, фортум, ультрапим,) кўпроқ қўланилади, ушбу препаратлар узоқ вақт мобайнида ва катта дозада берилиши талаб қилинади.

Замбуруғ касалликларини даволаш. Кандидозни даволаш учун асосан нистатин, кетоконазол, амфотерицин-В, флуконазол, итраконазол препаратлари ишлатилади, аммо одатдаги бериладиган дозасидан ортиқ ва узоқроқ муддатга берилади. Нистатин 500000-1000000 дан кунига 3 маҳал берилади. Кетоконазолнинг суткалик дозаси орофарингеал кандидозда 200-400мг, қизилўнгач кандидозида эса 600-800мг.ни ташкил қилади. Флуконазолнинг суткалик дозаси орофарингеал кандидозда 1-куни 200мгни

ташқил қилади, кейинги кунлари 100мгдан 1 махал 2 хафта мобайнида оғиз орқали қабул қилинади, қизилўнгач кандидозда эса 100мг ёки ундан ортик дозада (150-200мг) 3-хафта мобайнида қабул қилинади. Итраконазол кунига 100-400мгдан берилади. Қизилўнгач ва фарингеал кандидозда флюконазол ва итраконазол препаратлари бошқа препаратларга нисбатан яхши самара беради. Оғир ҳолатларда кучлироқ таъсир қилувчи амфотерицин-В препарати берилади (суткасига 0,3-0,5мг/кг дозада).

Криптококкозни даволаш учун амфотерицин-В препарати суткасига 1кг вазнга 0,3-0,6мг дан (вена ичига) ва флуцитозин суткасига 1кг вазнга 75-100мгдан бир неча хафта мобайнида берилади (орқа мия суюқлигидан тайёрланган эхмада криптококкоз ўсиши тўхтагунча).иккала препарат ҳам ўта токсикдир. Асосий ножўя таъсирлари: қон ишлаб чиқаришни пасайиши, нефротоксиклик, электролитлар балансининг бузилиши. Айрим ҳолларда қўшимча равишда флуконазол буюрилади - кунига 200-400мгдан. Криптококкозни радикал даволаш имконияти йўқлиги туфайли, беморлар умрбод кунига 200мгдан флуконазол препаратини қабул қилиб турадилар.

Гистоплазмозни даволаш ҳам худди криптококкозни даволаш каби олиб борилади.

Бактериал инфекцияларни даволаш. Микобактериал инфекцияларни даволаш учун амикацин, рифампицин, этамбутол, ципрофлоксацин, клофазимин каби антибактериал препаратлардан фойдаланилади, бу препаратлар схема билан 4-5таси бир вақтнинг ўзида берилади. Дозалари: амикацин суткасига 1кг вазнга 10-15мгдан, уни 2-4 махалга бўлиб берилади. Клофазимин кунига 150-300мгдан, этамбутол суткасига 1кг вазнга 15мгдан, ципрофлоксацин кунига 750мгдан, рифампицин кунига 600мгдан ёки рифабутин 150-300мгдан. Барча препаратлар оғиз орқали берилади, оғир ҳолларда амикацин этамбутол ва рифампицин билан парентерал равишда 6-8 хафта мобайнида берилиб, кейин эса оғиз орқали беришга ўтиш мумкин.

Силни даволаш учун изониазид (кунига 300мгдан), рифампин (кунига 600мгдан), пиразинамид (кунига 1кг вазнга 20-30мгдан), этамбутол (кунига 1 кг вазнга 15-25мгдан), стрептомицин (кунига 1млн. Т.Б.дан) буюрилади.

Терининг бактериал инфекцияларини (фолликулит, фурункул, эктима, гангреноз пиодермия, сурункали ярали пиодермия, атипик пиодермитлар) даволаш учун кенг доирадаги антибактериал препаратлардан фойдаланилади. Масалан цефалоспорин гурухига мансуб препаратлардан цефамезин, цефтриаксон, фортум, ультрапим, аминогликозидлардан спирамицин, кларитромицин, гентамицин, фторхинолонлардан левофлоксацин препаратлари, ципрофлоксацин препаратлари ва бошқалар юқори дозаларда одатдагидан узоқроқ бериб борилади.

Вирусли инфекцияларни даволаш. Оддий пуфакчали темирткини даволаш учун асосан зовиракс (ацикловир, улкарил, виroleкс) препарати ишлатилади. Препарат таблетка холида кунига 5 махал 200-800мгдан энг камида 10 кун мобайнида қабул қилади. Оғир холатларда 1кг вазнга 15мгдан вена ичига кунига 3 махалдан аста-секин томчилаб (1 соат мобайнида) юборилади, самара олингач эса оғиз орқали яна 3-5 кун мобайнида қабул қилинади. Агар бу препаратга вируслар чидамли бўлса, видарабин препарати суткасига 1 кг вазнга 15мгдан энг камида 10 кун мобайнида берилади.

Ўраб олувчи темирткини даволашда ацикловир (улкарил, зовиракс, герпевир, виroleкс) 800мгдан кунига 5 махалдан 10 кун мобайнида берилади.

Цитомегаловирусли инфекцияни даволашда ганцикловир ва ретровирдан фойдаланилади. Ганцикловир суткасига 1кг вазнга 5-6мгдан вена ичига аста-секин томизиш йўли билан юборилади, суткалик дозасини 2-3га бўлиб берилади. Даволаш курси 2 хафта давом этади, кейин эса ушлаб турувчи доза сифатида 1 хафтада 5-7марта вена ичига юбориб турилади. Охирги пайтларда фосфоноформат препарати қўлланилмоқда, уни 1кг вазнга 60 мгдан вена ичига хар 8 соатда юборилади, даволаш курси учун 3 хафта давом этади, кейин эса кунига 1 мартадан 90-120мг миқдорида вена ичига аста-секин (2 соат давомида) юбориб турилади.

Капоши саркомасини даволаш учун химиопрепаратлардан проспидин, метотрексат, винкристин, блеомицин, доксорубицин, циклофосфамид, винбластин кабилар одатдаги дозада ва ундан юқорирок дозаларда қўлланилади. Масалан проспидин кунига 100мгдан 1махалдан мушак орасига юборилади, курс учун энг камида 30 кун. Проспидинни преднизолон билан комбинацияланган холда хам бериш мумкин, бунда преднизолоннинг суткалик дозаси 30-40мгни ташкил қилади.

ОИВга чалинган ва ОИТС мавжуд беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш, симптоматик даволаш хамда парвариш қилиш.

А. Паллиатив ёрдам кўрсатиш.

9. **Тушунча:** Паллиатив ёрдам- бу бедаво касалликларга хос муаммоларни ўз вақтида аниқлаш ва уни бартараф этиш, яъни оғриқ ва касалликни бошқа аломатларини енгаиллатиш, беморларга психологик, ижтимоий ва маънавий кўмаклашиш.

10. **Асосий мақсад:** Беморни ва уни яқинларини кундалик хаёт кечириш сифатини бироз яхшилаш.

11. Асосий тамойиллари:

18. Оғриқ ва касалликни бошқа оғир аломатларини енгиллаштириш;
19. Ўлим ва хаёт табиий жараёнлигини тан олиш;
20. Маънавий ва психологик кўмаклашишни тиббий ёрдам билан биргаликда олиб бориш;
21. Беморни фаол хаётини чўзишга ҳаракат қилиш;
22. Қариндош уруғларига психологик кўмаклашаиш;
23. Бемор ва уни яқинлари талабларидан келиб чиққан холда кўп тармоқли ёрдам кўрсатиш, шулар қаторида психолог маслаҳатини олиш.
24. Агар беморни холати имкон берса, умрини узайтиришга қаратилган даво усулларини қўллаш (химиотерапия) нур билан даволаш;
25. Касалликни асоргаларини келиб чиқиш сабабларини ва даво усулларини аниқлаш мақсадида керакли текширувлар ўтказиш.

4. Умумий тамойиллар:

26. терминал холатларда симптоматик даво ўтказиш ва ёрдам кўрсатишлар паллиатив ёрдамни бир қисми ҳисобланади;

Б) Симптоматик даво.

Оғриқларни даволаш:

-Анальгетикларни оғиз орқали ёки ректал юборишни тайинлаш, иложи борича инъекция қилмаслик;

-Анальгетикларни қабул қилиш оралиғи бир хил бўлиши ва беморни ухлаш режимини эътиборга олиш керак;

1. Аввалги юборилган анальгетикни таъсири тамом бўлмагунча навбатдаги дозани юбориш керак.
2. Давони оз дозадан бошлаб, аста-секин оғриқ йўқолгунча дозани кўпайтириш керак.
3. Агар оғриқ дориларни истеъмол қилиш вақтларини оралиғида пайдо бўлса анальгетикни қўшимча дозасини (хар 4 соатда юбориб турадиган дозани 50 % ёки 100% ни) бериш керак.
4. Оғриқни кучи ўртача бўлса аспирин билан чегараланса бўлади, лекин уни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак, чунки ОИВга чалинган беморларда қон кетиш хавфи юқори.

Жигар жароҳатланиши кучли бўлса аспирин ва парацетамол қўллаш ман этилади. Оғриқни даволашда, уни кучсиз-кучлилигига қараб, босқичма-босқич қуйидаги дориларни йўриқномаларида келтирилган дозаларда қўллаш мумкин:

Аспирин, парацетамол, Кодеин, Тримадол, Морфин.

Оғриқларни турларига қараб қуйидаги дориларни ишлатиш тавсия этилади:

- 1.Амитриптилин(нейроген оғриқларда),
- 2.Диазепам(мушак спазмларида),
- 3.Дексаметозон, преднизолон (уста атрофидаги шишиш, оғир ва яралаш билан кечувчи кандидозли эзофагит, бош чаноги ичидаги босим ошганлиги туфайли бош оғриқлар)

4.Валацикловир, Тримадол, Амитриптилин, Габапектин (ўраб олувчи темиратки).

5.Гиосцин бутилбромид (кучли қорин оғриқларда).

Уй шароитида кучли озиб кетишни даволаш:

8. Преднизолон 5-15 мг/сут, иштахани яхшилаш мақсадида.

9. Кўнгил айниш, қайт қилишга қарши дорилар (пастда келтирилган).

10.Оғиз бўшлиғини ва шиллиқ қаватларни кандидозини даволаш (пастда келтирилган)

11.Диареяни даволаш (пастда келтирилган).

12.Қуйидаги тавсияларга риоя қилиш: бемор яхши кўрадиган таомларни оз-оздан, тез-тез бериш ва таомни беморни олдида тайёрламаслик.

Кўнгил айниш ва қайт қилишни даволаш:

1.Кўнгил айниш ва қайт қилиш организмни сувсизланишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун бемор оз-оздан тез-тез суяқлик ичиб туриши керак.

2.Қайт қилишга қарши Прохлорперазин (5мг оғиз орқали 1 кунда 3 марта) ёки Метоклопрамид(10 мгx3 марта) тайинланади.

3.Оғиз бўшлиғини парвариш қилиб туриш керак, 1 кунда 2 марта шётка билан ювиш, оғизни чайқаш лозим. Оғриқ бўлса таомларни юшоқ ва суяқлигини истеъмол қилинади.

4.Даволашда Галаперидол (1-2 мг. Оғиз орқали 1 кунда 2 марта)

5.Хлорпромазин(25-50 мг. Хар 6-12 с.да) қўлланиши мумкин.

6.Ўсма туфайли (ичакда) қайт қилиш бўлса. Циклизин ёки Клемастин (1 мг.х 2 марта) ёки цетиризин 10 мг. 1 кунда 1 марта тайинланади.

Оғиз бўшлиғида яраларни ёки ютинганда оғриқ мавжуд бўлса қуйидаги дорилар ишлатилади:

1.Кандидозда – миконазол.

2.Афтозли стоматитда – преднизолон.

3.Герпетик стоматитда – Ацикловир.

4. Оғиз бۆшлиғида ўсма туфайли оғиздан сасиқ хид келса – метронидазол.

Ушбу дориларни дозалари йуриқномаларига асосан тайинланади.

Диареяни даволаш:

1. Истеъмол қилинаётган суяқликни миқдорини кўпайтириш.

2. Оғиз орқали регидратицион давони ўтказиш учун эритмалар тайинлаш (регидрон ва бошқ.)

3. Даволовчи диета тайинлаш.

4. Диарея кечиш жараёнида тана харорати кўтарилиш кузатилмаса, нажас қон аралаш бўлмаса ҳамда бемор 5 ёшдан катта бўлса ёки қари ёшга етмаган бўлса Лоперамид (бошланғич дозаси 4 мг, кейинчалик хар нажас келишидан сўнг 2 мг. дан) ёки Кодеин ёки Морфин тайинланади.

5. Орқа пешов соҳасида оғриқ бўлса – вазелин ёки анестетикдан тайёрланган мазлар ишлатилади.

6. Орқа пешов сфинктери ишламаса орқа пешовга вазелин билан ишлов берилади.

2 кундан ортиқроқ нажас келмаган (қабзият) холларни даволаш:

1. Бармоқ билан қўйилиб қолган нажасни олиб ташлаш.

2. Нажасни суялтирувчи дори-дармон қўллаш (биринчи кунлари ичакдаги ахлатни хажмини кўпаттирувчи, иккинчи куни перестальтикани кучайтирувчи дорилар тайинланади.

3. Тез-тез суяқлик ичиш, мевалар ва сабзавотлар юмшоқ таомлар истеъмол қилиш тавсия этилади.

4. Нонуштадан олдин 1 ош қошиқ оқ ёғ ичирилади.

5. Тўғри ичакка аста-секин, эҳтиёткорлик билан совунни кичик бир бўлагини, ёки вазелин юборилади.

Тана хароратини кўтарилишини даволаш:

1. Сабабини аниқлаш.

2. Парацетамол (500 мг) ёки Аспирин (650 мг. Хар 4 с. оғиз орқали)

3. Сувсизланишга йўлқўймаслик (сув, совуқ чой, мева шарбатлари)

4.Метамизол паст доза (миқдорда) ларда.

Хикки тутишни(икота) даволаш:

1.Оғиз бўшлиғини кандидозини даволаш (юқорида келтирилган).

2.Ошқозон ўсмасини охирги босқичларида - СИМЕТИКОН.

3.Тўхтовсиз хикки тутишда – метаклопрамид (10 – 20 мг.дан 1 кунда 3-4 марта) ёки галаперидол (0.5-2 мг. 1 кунда 1-3 марта оғиз орқали).

4.Бош мия ўсмасида – эпилепсияга қарши кўлланадиган дори-дармонлар ёрдам беради.

5.Ёрдам берувчи ҳаракатлар.

6.тезда 2 чой қошиқ шакарни истеъмол қилиш;

7.совуқ сув ичиш;

8.майдаланган музни истеъмол қилиш;

9.юмшоқ танглайни рўмолча билан массаж қилиш;

10.нафас олишни тўхтатиш ёки қоғоздан қилинган пакетга нафас олиш;

11.тиззани кўкракка тираб эшитиш.

Уйқуни бузилишини, хаёжонланишни ва безовталанишни даволаш:

1.Диазепам ёки дифенгидрамин ёки лоразепам (0.5-1 мг.оғиз орқали бир суткада 4 мг.гача)

2.Бемор билан уни безовта қилаётган масалалар тўғрисида суҳбатлашиш, уни тинчлантириш, жимжитликни таъминлаш, ётиш олдидан кофе, аччиқ чой бермаслик, оғриқ бўлса уни даволаш.

Нажас ва Сийдикни ушламасликни даволаш:

1.Сийдикни ушамасликда ўғил бола ва катта кишиларда сийдик қабул қилувчи асбобни кўллаш, қизболаларда эса катетер ўрнатиш.

2.Нажас ушламаганда – Лоперамид тайинланади (нажасни қўйилтириш мақсадида)

3.Тез-тез ички кийим ва кўхликни алмаштириш, орқа пешов ва жинсий аъзолар атрофидаги терини тоза холда сақлаш, химояловчи мазларни кўллаш.

Терини қичишишини даволашни умумий тамойиллари:

1. Инфекциясиз яллиғланган жойларини таркибида глюкокортикостероидлар мавжуд кремлар билан ишлов бериш.

2. Антигистамин хусусиятига эга дориларни қўллаш (дефингидромин ёки гидроксизин 25 мг. Оғиз орқали ётишдан олдин)

3. Терини қайталанувчи инфекциясида чўмилгандан кейин жарохатланган жойда ХЛОРГЕКСИДИНни 0.5 % эритмаси билан ишлов бериш (суғориш).

4. Агар қичишиш механик сариқлик билан боғлиқ бўлса, преднизон ёки Галоперидол оғиз орқали қабул қилинади.

5. Экземаларда эҳтиёткорлик билан ювиш ва кейинчалик қуритиш тавсия қилинади, қисқа муддатга, жарохатланган жойни, таркибида глюкокортикостероид бор мазлар билан ишлов берилади.

6. Дерматофитияда Уитфилд мазини қўлланади (бензойная к-та 12% + салициловая к-та 6%) ёки бошқа замбуруғга қарши мазлар ишлатилади

Қичишқоқни специфик даволаш:

8. Псориазда, таркибида 2% салицил к-та ва 5% қатрон бор мазлар қўлланилади. 30-60 дақиқага “солнечные ванны” тайинланади.

9. Кучли қичишишда 4 мг.дан кунига 2 марта хлорфенирамин ёрдам бериши мумкин.

Йўтал ва хансирашни даволаш:

1. Бронхиал астмада-ингалятор ёрдамида бронходилататор юбориш, дорилардан преднизолон тавсия этилади.

2. Юрак етишмовчилиги бўйича хансирашда- морфин, трамадол, фуросемид каби дорилар берилади. Агар йўтал балғам билан кечса ва балғам куйик булса, ингалятор орқали физиологик эритма юборилади. Агар балғам суюқ бўлса, гиосцин бутилбромид (м-холиноблокатор) тавсия этилади. Агар йўтал қуруқ ва узоқ давом этувчи бўлса, кодеин ёки морфин (2,5-5мгдан оғиз орқали) ёки тримадол берилади. Уй шароитида, парвариш жараёнида оддий йўтал пайдо бўлса, асал, лимон берилади, иссиқ пар ингаляцияси ўтказилади.

Йўтал узок вақт давом этса ва балғам пайдо бўлса, ўпка силига текширув ўтказилади. Нафас етишмовчилиги ривожланса, кислород билан нафас олишни таъминлаш керак.

ОИВ-инфекциясига чалинганларни парвариш қилишни умумий тамойллари:

Беморга хизмат килувчиларга ОИВни юқиб қолишини олдини олиш керак. Бунинг учун барча харакатлар ва муолажалар жараёнида беморни қони ва бошқа биологик суюқликлари билан мулоқотда бўлиш эхтимоли бўлганда резинали қўлқопдан фойдаланиш керак. Жарохатланган тери бойланган бўлиши керак (беморда хам, парвариш қилувчида хам). Беморни қони, сийдиги, нажаси тушган жойларни зарарсизлантирувчи воситалар билан ишлов бериш зарур. Идиш-товоқни, ванналарни, кийимларни ва бошқа материалларни ювишда оддий ювувчи воситалар қўлланилади. Беморни чойшаб, кийимлари ва бошқа нарсаларини йиғиштирганда перчаткадан фойдаланиш зарур. Ўткир асбоб-ускуналар (игна, соч-соқол олиш асбоблари, тиш ювиш чўткаси ва бошқалар) қатъий индивидуал бўлиши керак. Беморни кийимлари, чойшаблари ва бошқаларини йиғиштиргандан кейин албатта қўлларни совун билан ювиш зарур.

Деменция холатида бўлган беморни парвариш қилишда беморга ўзи одатланган шароитда узокроқ хаёт кечиршини таъминлаш маъқул. Бемор керакли нарсаларини тезда топиб олиши учун барча нарсаларни ўз жойида сақлаш даркор. Кун тартибини одатдагича сақлаш керак. Хавфли нарсаларни бемор кўзидан четга олиб қўйиш керак. Бемор билан суҳбатлашганда оддий сўзлардан фойдаланиш зарур, икки киши бир вақтнинг ўзида гапиришига йўл қўймаслик керак. Телевизор, радиоларнинг товушини пасайтириб қўйиш керак. Бемор мунтазам назорат остида бўлиши керак.

Пархез. Сер сабзили суюқ таомлар тавсия этилади. Кўпинча таомларни гуруч ва картошкадан тайёрлаш тавсия этилади. Помидор, бананни кўпроқ истеъмол қилиш зарур. Таомларни тез-тез (қунига 5-6 махалдан) ва оз-оздан истеъмол қилиш тавсия этилади. Кофе, аччиқ чой,

спиртли ичимликлар ичиш ман этилади. Совуқ холдаги, ёғли таомлар, пишмаган таомларни истеъмол қилиш ман этилади. Бемор яхши кўрадиган таомларни тавсия этилади.

АРВТ даврида парваришлаш. Бу даврда тиббиёт ходимлари томонидан парвариш қилишнинг асосий йўналиши бемор томонидан АРВТ роя қилинишини назорат қилиш ва кузатишдир.

ОИВ/ОИТС

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

ОИВ касаллигини олдини олиш ва эпидемияга қарши кураш чора-тадбирлари

Одам иммунитетни танқислиги вирусини юқишини олдини олиш ва эпидемияга қарши кураш чора-тадбирларини, соғлом турмуш тарзини аҳоли ўртасида айниқса ёшлар орасида тарғиб қилишдан бошлаш зарур. Шунингдек касалликни жинсий алоқа йўли орқали, ундан ташқари вирусни зарарланган қон ва қон маҳсулотлари орқали, ундан ташқари вирусни зарарланган қон ва қон маҳсулотлари орқали ҳамда тери бутунлиги бузилиши билан олиб бориладиган барча муолажаларни юқишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар ўтказилиши лозим. Касаллик вирусининг юқишини олдини олишда муҳим тадбирлардан бири касалликни инсонларда ўз вақтида аниқлашдир. Шунинг учун аҳолининг айрим гуруҳлари орасида эпидемиологик назорат ўрнатилади, белгиланган гуруҳлар орасида тестгача консултация ўтказилади. Уларнинг розилиги билан ОИВ касаллигига лаборатория текшируви учун қон олинади. Текширилиши лозим бўлган гуруҳлар Ўзбекистон Республикаси Бош Давлат санитария ва ҳаво гигиена ва касалликларни олдини олиш бўлими томонидан тасдиқланган «Аҳолини ОИТСга текшириш қоида ва меъёрлари» да белгилаб берилади.

ОИВ касаллигига лаборатория текшируви ишларида айниқса, аҳолининг бу касалликни юқиш хавфи юқори бўлган табақаларига алоҳида

этибор қаратилмоғи лозим. Бу ишга лозим бўлган тақдирда аҳолининг барча қатлами ёрдамида гиёҳвандлар, бетартиб жинсий алоқа қилувчи “енгил оёқ” шахслар аниқланиб, улар тўлиқ лаборатория текширувидан ўтишига эришмоқ лозим.

ОИВ касаллигини олдини олишда яна муҳим аҳамият касб этадиган масала аҳоли ўртасида ўтказиладиган тиббий тарғиботдир. Унда оммавий ахборот воситаларидан кенг фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Тиббиёт ходимлари аҳолининг барча қатламлари билан учрашувларда ёш йигит-қизлар билан мактаб, лицей, коллеж, институт ва бошқа жойларда суҳбат ўтказиладиганда ОИВ касаллигининг юқиш йўллари билан батафсил таништириш ва ундан сақланиш йўл-йўриқларини кўрсатиш ва химоя воситаларидан фойдаланишни ўргатиш каби ишларни олиб боришлари лозим. Юқиш хавфи туғилган ҳолларда мурожаат қилган шахсларга қолаверса, ОИВ касаллиги ва жинсий алоқа йўли билан юқадиган касалликларга чалинган шахсларга, гиёҳвандларга тиббий ёрдам кўрсатаётган вақтда меҳр оқибат кўрсатиш муҳим аҳамият касб этади. Уларга боғлиқ ўтказиладиган барча чора-тадбирларни конфиденциал ҳолатда ўтказилиши лозим. Ушбу шахсларни касалликни тарқатиш хавфини камайтириш мақсадида керакли воситалар билан (презерватив, бир маротаба ишлатиладиган шприц ва игна зарарсизлантирувчи моддалр) таъминоти масаласи билан шуғулланиш зарур. Шу билан бирга секс муаммоси ва юқтириши мумкин бўлган хавфларни таҳлил ва муҳокама қилиш жараёнида улар билан мунтазам тарғибот ишини олиб бориш, хулқ-атворини, юриш-туришини ва бошқа ножўя хатти-харакатларини ўзгартиришга чақириш керак. Аёлларнинг секс масаласида турмушга чиқиш, оила қуриш, бола кўришда бошқалар билан тенг ҳуқуққа эга эканлигини чекламасликка интилиш зарур. Касаллик ўчоғида ўтказиладиган чора-тадбирлар «Эпидемиологик текширув ишларини олиб бориш» ҳақидаги услубий қўлланмада батафсил берилган.

Касалхона ичи инфекцияси сифатида олдини олиш.

ОИВ касаллиги вирусини тиббий муолажалар орқали юқишига йўл қўймаслик учун барча даволаш-профилактика муассасаларида мумкин қадар бир мартаба ишлатиладиган шприцлар, асбоб-анжомлардан фойдаланиш тавсия этилади. Тиббий ва лаборатория асбоб-анжомларни зарасизлантириш, стериллашдан аввалги тозалаш ва стериллаш тартиб қоидаларига қатъий риоя қилиш талаб қилинади. ОИТС вирусини юктириб олганлар сони кескин кўпайиб бораётганлигини инобатга олиб тиббиёт ходимлари ҳар бир мурожат қилган беморларга нисбий равишда ОИТСнинг вирусини ташиб юрувчи деб қарашлари керак.

Шунга биноан тиббий ёрдамнинг барча жавҳаларида ОИТС вирусини бошқа беморларга ва тиббиёт ходимларига юқишининг олдини олиш чора-тадбирларига қатъий амал қилиш лозим. Бунинг учун шприцлар, игналар, лаборатория ва бошқа тиббий асбоб-анжомлар стерилланмасдан қайта ишлатилиши ман этилади. Мабодо шприц, игна ва бошқа тиббий асбобларни стерилланмасдан қайта ишлатилганда биронта шахсни касалланганлиги аниқланса тиббиёт ходим қонун олдида жавобгарликка тортилади. Жуда ҳам долзарб масала ОИТС вируси билан зарарланган қонни беморларга қуйиб юбормаслик чора-тадбирларини кўриб ва амалдаги қоидаларга ҳар бир тиббий ходим риоя қилмоғи лозим.

Қон тайёрлашда қуйидаги қоидаларга риоя қилиш тавсия этилади:

- Донорлар қонини ҳар қон топширганда ОИВга текшириш;
- Донорлар ҳар қон топширишга келганда тиббий кўрикдан ўтказиш ва эпидемиологик анамнез тўплаш;
- Паспорти бўлмаган қон топширувчилардан қон олмаслик;
- Донорлардан ОИВга қон олинганда санитария-гигиеник, дезинфекцион. ва эпидемияга қарши режимларга қатъий риоя қилиш;

- ОИВга текширилган натижаси манфий қонларни алоҳида музлатгичда сақлаш;
- ИФА мусбат шахсларнинг вилоят (шахар) бўйича ягона қон топширувчилик картотекасини юритиш;
- Қонни фақат хаётий зарурат туғилгандагина қуйиш;
- Қон ва қон маҳсулотлари қуйилганлик тўғрисидаги барча маълумотларни касаллик тарихига тўлиқ ёзиб бориш.

Қуйидаги шахслар қон топширувчи (донор) бўлиши мукин эмас:

- ИФА таҳлилида мусбат натижа берган шахслар;
- ОИВ касаллигига чалинганлар;
- ОИВ касаллигига чалинган шахслар билан жинсий алоқада бўлган шахслар (жинсий шерик) ва 1 та шприцдан умумий фойдаланган гиёхвандлар (парентерал шерик);
- Сурункали гепатит (ХПГ) ва вирусли гепатитни барча турларига чалинганлар ва HBS-антиген ташувчилар;
- Туберкулёз, малярия, таносил ва гемофилия касаллиги билан касалланган шахслар;
- Яшаш жойи ноаниқлар;
- Пала-партиш ва нотаниш шахслар билан жинсий алоқа қилувчилар (жинсий алоқа қилиш билан савдо қилувчилар, эркак эркак билан жинсий алоқа қилувчилар);
- Қон ва қон маҳсулотларини қабул қилганлар;
- Игна билан танасига гиёхванд моддани қабул қилувчи шахслар;
- Жазо хукмини ўтаётганлар ва ўтаганлар;
- Чет эл фуқаролари.

Донор қонида (доимий донор ёки беминнат қон топширувчи бўлишидан қатъий назар) СПИД диагностик лабораториясида ИФА мусбат натижа олинса зудлик билан қон қуйиш станциясига ёки бўлимига ҳамда туман санитария эпидемиология назорати марказига хабар берилади. ИФА

мусбат натижа ҳақидаги хабарни лаборатория мудирини ёки врач-лаборант телефон орқали беради, сўнгра таҳлил учун юборилган махсус шаклдаги йўлланманинг нусхасига жавоби ёзиб юборилади.

ИФА мусбат натижалари қон ярқисиз деб топилади ва зудлик билан 3 кишидан иборат комиссия иштирокида зарарсизлантириб йўқ қилинади.

Қонни зарарсизлантириш учун ИФА мусбат натижалари қон махсус идишда хлорли оҳак билан 1:5 нисбатда аралаштирилиб 2 соатга қолдирилади. Бу муҳлат ўтгандан сўнг канализацияга тўкиб юборилади ёки четроқ жойга ерга кўмилади. Комиссия ИФА мусбат натижалари қонни зарарсизлантирилганлиги ва йўқ қилинганлиги ҳақида далолатнома ёзади. Унинг нусхаси туман санитария эпидемиология маркази эпидемиологига топширилади.

ИФА мусбат натижалари донор умрбод донорлик ҳисобидан чиқарилади. Ҳисобдан чиқарилганлиги ҳақида карта ёзиб ягона донорлик марказига юборилади. Ягона донорлик маркази билан ҳар бир қон қуйиш станцияси бўлими доимо боғланиб ИФА (+) мусбат натижалари шахслар картотекасига ёки рўхатини тўлдириб бориш керак. Мутахассислар қон топшириш учун келган ҳар бир донорни қабул қилишдан аввал паспортига қараб, албатта, ИФА мусбат натижалари шахсларнинг картотекасини ёки рўхатини кўриб чиқиши шарт. Картотека ёки рўхатда топилмаса қон олиш тавсия этилади.

Даволаш-профилактика муассасаларида имкон борича парентерал муолажаларни камайтириш, уларнинг ўрнига дори-дармонларни оғиз орқали юбориш мақсадга мувофиқдир. Ҳаётий кўрсатма билан парентерал муолажалар қилиниши зарур бўлганда, албатта бир марта ишлатиладиган шприц ва бошқа тиббий асбоб-анжомлардан фойдаланиш лозим, аммо уни қайта ишлатиш мумкин эмаслигини ҳар бир тиббий ходим эсида сақлаши ва унга риоя қилиши керак.

Даволаш-профилактика муассасаларининг ҳар бир иш жойида ОИТС вирусини юқишини олдини олишга қаратилган шарт-шароит мавжуд бўлиши

керак. Муолажа ва бошқа тиббий ишларни олиб боришда ўзини-ўзи мухофаза қилиш чора-тадбирларига риоя қилиш керак.

Даволаш-профилактика муассасаларида қон билан ишлаганда автоматик пипетка, резина грушаларни қўллаш керак. Қон олишда қонни игнадан тўғридан-тўғри пробиркага олиш ман этилади. Қон ва бошқа биологик суюқликлар қуйилган пробиркаларни штативларга ўрнатилиб, уларни биксларга ёки контейнерга солинган холда транспортировкага тайёрлаш лозим.

Барча тиббий муассасаларда марказий стерилизация шахобчалари бўлиши шарт ва у жойларда махсус тайёрланган ходимлар ишлаши лозим. Кўп маротаба ишлатиладиган шприц ва бошқа анжомларни зарарсизлантириш, стерилизациядан аввалги тозалаш, стериллаш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2008 йил 29 январдаги 600-сонли буйруғи билан тасдиқланган йўриқнома асосида ўтказилади.

Тиббиёт ходимларини ОИВ юқишидан сақлаш чора-тадбирлари.

Даволаш-профилактика муассасаларининг хар бир ходими, улар томонидан беморларга ёрдам кўрсатиш мобайнида ОИТС вирусининг юқиш хавфини мавжудлигини иш жараёнида ёдда тутишлари лозим.

Шифохонанинг хар бир бўлимида тиббий асбоб-анжомларни зарарсизлантириш, стериллашдан аввалги тозалаш, стериллаш тартиб-қоидалари ва тиббий ходимларнинг вирус юқишидан эҳтиёт чораларига риоя қилиниши устидан назорат қилувчи жавобгар шахс тайинланиши керак.

Тиббий ходимларнинг иш жойларида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан чиқарилган директив хужжатлар, кўрсатмалар ва услубий қўлланмалардан керакли кўчирмалар бўлиши талаб этилади. Ундан ташқари тиббий муолажалар пайтида ОИВ юқишининг олдини олишда қуйидаги эҳтиёт чораларига эътибор бериш лозим. Барча муолажалар резина қўлқопларда ва махсус кийимларда ўтказилиши зарур (халат, қўлқоп, ниқоб, зарур бўлганда мухофаза кўзойнаги). Шприц, игналар ва бошқа ўткир асбоблардан фойдаланилганда уларни эгмаслик, синдирмаслик талаб

этилади. Бир марталик шприц ишлатилгандан сўнг игнаси чиқарилмасдан дархол ювиш, кейин унинг ичи дез. восита эритмасига тўлдирилиб зарарсизлантирувчи эритмада кўмиладиган холатда 1 соат муддатга солиб қўйилади ёки бир марта ишлатиладиган шприц, игна система ва бошқалар фойдаланилгандан сўнг қайтариб олиб бўлмайдиган махсус яшикларда тўпланиб иш кунининг охирида Муфел печида ёқиб юборилади. Ўткир кесувчи ва санчилувчи асбоб-анжомлардан иложи борича камроқ фойдаланиш масадга мувофиқдир.

Бемор қонини терига, шиллик қаватларга ва жароҳатланган жойларга тушишини олдини олиш учун қуйидагиларга риоя қилиш даркор;

- Бемор қони жароҳатланган (тирналган, ёрилган, кесилган, қирқилган) жойларга тушишини олдини олиш мақсадида терининг жароҳатланган қисмини лейкопластир билан ўраш керак;
- Қон ёки организмнинг бошқа суюқликлари сачраши эхтимоли бўлганда, ҳамда қон ва қон махсулотлари билан муолажалар ўтказилаётганда химоя кўзойнаги ва ниқоб тақиб олиш лозим;
- Агар терига ёки шиллик қаватга беморнинг қони ёки биологик суюқлиги сачраса, дархол илиқ холдаги сувда совун билан ювиш керак ёки уни оқин сувда (водопровод) ушлаб туриш керак. Кейин эса 6%,ли водород пероксиди шимдирилган тампон билан артиш, ёки 0,01% дезоксан эритмаси, ёки 70% спирт да артиш лозим.
- Агар кўзга сачраса, дархол кузни сув билан ёки 2% борат кислотаси эритмаси билан ювиш лозим
- Қон ёки организмнинг бошқа биологик суюқликлари лабораторияга жўнатилгунга қадар оғзи яхши беркитиладиган бикс ёки контейнерларда сақланиши лозим;
- Жаррохлик муолажаларида, абортларда, туғруқни қабул қилишда, стоматологик муолажаларда, умуман кўп қон кетиши билан олиб бориладиган муолажаларда тиббий ходимлар албатта резина қўлқоп

кийиши, хирургик халати устидан резина фартук тақиши, химоя кўзойнагида ва ниқобда ишлаши зарур;

- “Оғизма-оғиз” сунъий нафас олдириш бошқа нафас олдириш усулига алмаштирилиши лозим.

Шифохонада ОИВ касаллигига шубҳали шахс топилса қуйидаги чоратадбирлар кўрилади:

- Ушбу касалликга шубҳа қилинган шахслар учун алоҳида шприц ва бошқа тиббий асбоб-анжомлардан фойдаланиш лозим. Тиббий ёрдам кўрсатиш учун махсус тайёргарликдан ўтган тиббий ходимлар бириктирилади.
- Касалликга шубҳа қилинган шахсларда диагноз тасдиқланиши билан маҳаллий юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилади:

Бемор ётган хонани резина кўлқоп кийган ҳолатда тозаланади ва дезинфекция қилинади, уни палатада кийган кийимлари, ўрин-кўрпаси, идиш-товоғи ва шахсий буюмлари зарарсизлантирилади.

ТЕСТЛАР

ЖИНСИЙ ЙУЛ ОРКАЛИ ЮКУВЧИ КАСАЛЛИКЛАР. ЗАХМ.

Захм касаллигининг ватани Америка деб хисобловчи американистлар назариясининг тарафдорларини курсатинг:

А. Кокберн, Гудзон

В. Овиго, Монтей-Робледе

С. Борзов М.В., Рохлин Д.Х.

Д. Петерсон, Нейссер

Е. Фурнье, Рикор

РИБТнинг биринчи булиб таклиф килган олимларни курсатинг:

А.Вассерман, Найссер, Брук

В. Магонеу, Арнольд, Гаррисон

С. Эрлих, Флеминг

Д. Нельсон, Майер

Е. Бейл, Ланге

Захм кайси йул билан юкмайди?

А. Жинсий контакт

В. маиший контакт

С. гемотрансфузия (кон куйиш оркали)

Д. Йулдош оркали (вертикал)

Е. Лимфоген

Эрозив каттик шанкрга хос булмаган клиник белгини курсатинг:

А. Думалок шакилда

В. киргоги ликобсимон суйри

С. туби кизил гуштсимон

Д. Остида тогайсимон каттик инфильтрат

Е. Огрик безовта килади

Захмнинг классик кечишида инкубацион давр канчалигини

курсатинг:

А. 1-2 хафта

В. 2-3 хафта

С. 3-4 хафта

Д. 4-5 хафта

Е. 5-6 хафта

Куйидаги бирламчи сифиломаларнинг кайси бири учун огрик хос белги хисобланади?

А. Гигант шанкр

В. герпессимон шанкр

С. Хасмол шанкр

Д. Индуратив шиш

Е. Яра шаклидаги шанкр

Куйидаги бирламчи морфологик элементлардан кайсиниси иккиламчи захмга хос эканини курсатинг:

А. Думбокча

В. тугунча

С. тугун

Д. торвок

Е. Пуфак

Сифилитик папуларнинг тури хисобланмайдиган вариантни курсатинг:

А. Сербар кондилома

В. Нуммуляр

С. донатор

Д. милиар

Е. Лентикуляр

Иккиламчи кайталанувчи захм касал юккач, канча муддатда ривожланишини курсатинг:

А. 1-2 ой

В. 2-3 ой

С. 3-4 ой

Д. 4-5 ой

Е. 5-6 ой

Касаллик юкиши буйича атрофдагилар учун энг хавфли булган папулез сифилид турини курсатинг:

А. Кафт-товон

В. эрозив намланувчи

С. милиар

Д. лентикуляр

Е. Нуммуляр

Милиар папулага хос булмаган белгини курсатинг:

А. Майда, конуссимон

В. соч фолликуласи билан боглик

С. тезда сурилиб кетади

Д. Узидан кейин чандикчалар колдиради

Е. Специфик давога чидамли (тургун)

Импетигосимон сифилидга хос булмаган белгини курсатинг:

А. Асосида папула мавжуд

В. йирингча тезда калок хосил килади

С. периферияга караб усмайди

Д. Кичишиш, ачишиш кузатилади

Е. Чандик колдирмай сурилиб кетади

Шиллик каватлар папулез сифилидига хос булмаган белгини курсатинг:

- А. Ясси думалок
- В. кескин чегараланга
- С. каттикрок (зичрок) бироз кутарлиб туради
- Д. Окиш рангда, эрозияга учраган
- Е. Интоксикация аломатлари кузатилади

Лейкодерманинг турини курсатинг:

- А. лентикуляр
- В. милиар
- С. догсимон**
- Д. Майда учогли
- Е. Чечаксимон

Захм думбокчасига хос булмаган белгини курсатинг:

- А. яримшарсимон
- В. кизил тусда
- С. зич консистенцияли
- Д. Эрозияга айланади**
- Е. Ярага айланади

Гуммоз сифилидда терида кандай бирламчи морфологик элемент пайдо булишини курсатинг:

- А. тугунча
- В. тугун**
- С. думбокча
- Д. торвок
- Е. Пуфак

Гуммоз сифилид дифференциация килинмайдиган касалликни курсатинг:

- А. атерома
- В. рак**

С. думбокчали сифилид

Д. Тери лейшманиози

Е. Каттик шанкир

Хомилага тугма захм юкиши хомиладорликнинг нечанчи ойдан бошланади:

А. 1 ойдан кейин

В. 2 ойдан кейин

С. 3 ойдан кейин

Д. 4 ойдан кейин

Е. 5 ойдан кейин

Гохзингернинг диффуз папулез инфильтрациясига хос булмаган белгини курсатинг:

А. Тугилгандан сунг 4-8 хафта кейине пайдо булиши

В. характерли маълум сохаларда жойланиши

С. терида инфильтрация мавжудлиги

Д. Инфильтрациянинг ярага айланиши

Е. Сурилганда кепакланиш ривожланиши (кузатилиши)

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

А. резеолалар

В. сербар кондиломалар

С. гуммалар

Д. Захм тумови

Е. Остеохондрит

Кечки тугма захмнинг шартли белгисини курсатинг:

А. Карабелли думбоги

В. Клиттон синовити (гонити)

С. захм лабиринти

Д. Австидийский белгиси (симптоми)

Е. «олимпик» пешона

Куйдагиларни кайси бири захми даволашда резерв антибиотик хисобланади?

А. эритромицин

В. Бициллин-1

С. бициллин-3

Д. Бициллин-5

Е. Пенициллиннинг новакаинли тузи

Куйдагилардан кайси бири висмут перепаратларининг асорати хисобланади:

А. Аллергик тумов

В. гингивит стоматит

С. токсикодермия

Д. Анафилактик шок

Е. Эшара

Бирламчи серонегатив захм билан огриган бемор даволангач, канча муддат утгач хисобдан чиқарилади?

А. 6 ой

В. 1 йил

С. 2 йил

Д. 3 йил

Е. 5 йил

Захм касаллигининг ватани Америка деб хисобловчи американистлар назариясининг тарафдорларини курсатинг:

А. Кокберн, Гудзон

В. Овиго, Монтей-Робледе

С. Борзов М.В., Рохлин Д.Х.

Д. Петерсон, Нейссер

Е. Фурнье, Рикор

Сифилитик лейкодермани кайси касаллик билан дифференциация килинади.

А. себороидлар

В. токсикодермия

С. кизил ясси темиратки

Д. Ранг-баранг темиратки

Е. Пушти ранг темиратки

Учламчи захмга (элементларига) хос булмаган белигини курсатинг.

А. Яхши сифатли кечмаслиги оз сонлиги

В. узидан сунг чандик колдирилиши

С. захмга карши давони яхши таъсир этиши

Д. Амалий жихатдан юкимчил эмаслиги

Е. КСР ларни карийиб 100% мусбатлиги

Гуммоз ярага булмаган белигини курсатинг.

А. Юзаки жойлашган

В. огирксиз

С. гуммоз стержен мавжуд

Д. Киргоклари каттик

Е. Суйри булиб тушган

Учламчи захмдаги склеротик госситга хос булмаган белигини курсатинг.

А. Тил ярага айланади

В. тил «ёгочсимон» каттиклашади

С. тил секин аста кичрая боради, кукимтир тусга киради

Д. Тил сургичлари текисланган

Е. Тил шишган кизарган силлик

Тугма захм гумон килинган болаларда кандай текшириш усули шарт эмас.

А. Коннинг серологик реакциялари

В. клиник текшириш

С. куз тубини текшириш, невропатолог куриги

Д. Узун найсимон суяклар рентгенографияси

Е. Кукрак кафасининг рентгенограммаси

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

А. 6-8 ой

В. 8-10 ой

С. 10-12 ой

Д. 0-4 ой

Е. 4-6 ой

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

А. Захм менингити ва менингоэнцефалити

В. гидроцефалия

С. остеохондрит

Д. остиопериостит

Е. Периостит

Кечки тума захмининг шартсиз белигисини курсатинг.

А. Гетчинсон тишлари

В. Муна тишлари

С. Гаше тишлари

Д. аксифоидия

Е. Готик танглай

Каттик шанкрдаги элемент:

- А. Розеола
- В. папула
- С. пуфакча
- Д. Пуфак

Е. Яра

Бирламчи серонегатив захм учун хос эмас.

- А. Каттик шанкр
- В. склераденит
- С. лимфоцит

Д. Мусбат РВ

- Е. Мусбат РИФ

Инкубацион даврни кискаришига олиб келадиган шанкрни курсатинг.

- А. Гигант шанкр
- В. Фольманнинг эрозив баланити

С. биполяр шанкр

- Д. Герпессимон шанкр
- Е. Атипик шанкр

Эрозия ва яра пайдо булмайдиган шанкрни курсатинг.

- А. Хасмол шанкр
- В. герпессимон шанкр
- С. фунгоз шанкр
- Д. Индуратив шиш

Е. Гигант шанкр

Каттик шанкрнинг асоратини курсатинг.

- А. Лимфаденит
- В. лимфоцит

С. Фольманнинг эрозив баланити

Д. Баланопостит

Е. Гигант шанкр

Каттик шанкр бодомча безида жойлашганда куйидагилардан кайсиниси кузатилмайди.

А. Эрозияли шанкр

В. ярали шанкр

С. ангиноз шанкр

Д. Комбинацияланган шанкр

Е. Икки томонлама шанкр

Сифилитик розеоланнинг турини курсатинг.

А. Уртикар

В. милиар

С. лентиркуляр

Д. Чечаксимон

Е. Мармарсимон

Нуммуляр папулез сифилиднинг турини курсатинг.

А. Токсик

В. фиброз

С. бризантсимон

Д. Фрамбезиясимон

Е. Гурухлашган

Розеолез сифилид дифференциация килинадиган касаллик.

А. Псориаз

В. кизил ясси темиртки

С. ранг-баранг темиртки

Д. Ураб олувчи темиртки

Е. Эритематоз

Розеолез сифилидга хос эмас.

А. Ранги кизил

В. шакли думалок

С. катталашмайди

Д. Кепаклашмайди

Е. Бироз кичишади

Иккиламчи рецидив розеолаларга хос эмас.

А. Кизгиш-цианотик рангда

В. размери йирик

С. гурухлашиб жойлашган

Д. Микдори куп

Е. Ассиметрик жойлашган

Факат иккиламчи кайталанувчи захмдагина кузатиладиган белги.

А. Розеола

В. папула

С. пустула

Д. Везикула

Е. Алопеция

Лентикуляр папулез сифилид учун хос симптом.

А. Поспелов симптоми

В. Бенъе-Мешерский симптоми

С. Ядассон симптоми

Д. Шеклаков симптоми

Е. Кебнер симптоми

Папулез сифилидга хос эмас.

А. Шакли ярим шарсимон

В. консистенцияси каттик эластик

С. ранги миссимон кизил

Д. Катгалашмайди

Е. Кепаклашмайди

Пустулез сифилидни курсатинг.

А. Бризантсимон

В. фрамбезиясимон

С. мармарсимон

Д. Гурухлашган

Е. Милиар

Лейкодерманинг турини курсатинг.

А. Турсимон

В. чечаксимон

С. токсик

Д. Донадор

Е. Нуммуляр

«Пинкус» аломатини курсатинг.

А. Кошнинг майда учогли тукилиши

В. киприкнинг тукилиши

С. сочнинг майда учогли тукилиши

Д. Лейкодерманинг клиник тури

Е. Атипик гуммоз сифилид

Атипик гуммани курсатинг.

А. Гурухлашган

В. фиброз

С. митти (карликсимон)

Д. Нумуляр

Е. Руцион

Гуммоз сифилид колдирадиган чанкдикни курсатинг.

А. Юлдузсимон

В. мозаиксимон

С. келоид

Д. «Папирос когозини» эслатувчи

Е. Хунук ворсинкали перемичкали

Кечки тугма захмнинг шартсиз белгиси.

А. Парахиматоз кератит

В. хориоретинг

С. Клиттон синовити

Д. Аксифоидин

Е. Захм тумови

Кукрак ёшидаги болалар тугма захми учун хос белги.

А. Периостит

В. остеохондрит

С. остеопериостит

Д. Захм лабиринти

Е. Гетчинсимон тишлари

Ок спирохетанинг мавжуд булмаган шаклини курсатинг?

А) Н-шакли

В) донадор шакли

С) J-шакли

Д) циста шакли

Е) одатдаги шакли

Захмнинг инкубацион даври чузилишига сабаб булувчи омилни курсатинг?

А) антибиотиклар кабул килиниши

В) биполяр шанкр мавжудлиги

- С) касалликнинг кайси йул билан юкиши
- Д) йилнинг совук фасли
- Е) гигант шанкр пайдо булиши.

Регионар склеродермитга хос булмаган белгини курсатинг?

- А) каттик-эластик консистенция
- В) узаро ва атрофдаги туқималар билан ёпишмаган (бирикмаган)
- С) огриксиз
- Д) устидаги тери узгармаган
- Е) ярага айланади.

Бирламчи серонегатив захм диагнози учун хос булмаган белгини курсатинг?

- А) конфронтация
- В) шанкрдан (лимфа тугунларидан) ок спирохетанинг топилиши.

С) мусбат КСР

- Д) анамнез
- Е) клиника.

Каттик шанкрни дифференциация килинмайдиган касалликни курсатинг?

- А) гуммоз яра
- В) оддий пуфакчали темиртки
- С) кизил ясси темиртки
- Д) трихомоноз эррозияси ва яраси
- Е) лейшманиоз яраси.

Иккиламчи янги захмга хос энг асосий белигини курсатинг:

- А) розеолаларнинг нисбатан куплиги
- В) каттик шанкрнинг янги колдиги
- С) кизил рангнинг устунлиги
- Д) тартибсиз равишда жойлашиши
- Е) элементларнинг майдалиги.

Иккиламчи янги розеолага хос булмаган белгини курсатинг?

- А) думалок
- В) куп сонли
- С) симметрик
- Д) ёркин кизил
- Е) гурухлашган.**

Донадор розеола кандай беморларда учрашини курсатинг?

- А) кон томирининг утказувчанглиги ортган беморларда.
- В) бир вақтнинг узида упка сили билан огриган беморларда**
- С) захм ёмон сифатли кечганда
- Д) иккиламчи кайталанувчи захмда
- Е) иккиламчи янги захмда.

Кафт товон папулёз сифилиди тури хисобланмайдиган вариантни курсатинг?

- А) миллиар типдаги**
- В) лентикуляр типдаги
- С) орбикуляр типдаги
- Д) кенг типдаги
- Е) шохсимон (кадоксимон), мугузсимон типдаги.

Кафт – товон папулез сифилидини фарклаш энг кийин булган касалликни курсатинг?

- А) кератодермия
- В) кизил ясси темиртки
- С) псориаз
- Д) товон эпидермофитияси
- Е) рубромикоз.

Типик захм папуласи кандай кепакланишини курсатинг?

- А) ок кумушсимон

В) «Биет ёкачаси» типиди

С) сарик, ёгли калоксимон

Д) майда унсимон

Е) «облатка» типиди.

Хуснбузарсимон сифилидга хос булмаган белигини курсатинг?

А) конуссимон

В) мис ранг кизил

С) асосида каттик инфильтрат

Д) комендонлар мавжуд

Е) изсиз (чандиксиз) йуколади.

Сифилитик лейкодермани қайси касаллик билан дифференциация қилинади?

А) себороидлар

В) токсикодермия

С) кизил ясси темирлатки

Д) ранг-баранг темирлатки

Е) пушти ранг темирлатки.

Қайси бирламчи морфологик элемент учламчи захмда учрашини курсатинг?

А) розеола

В) торвок

С) мадда (йирингча)

Д) тугунча

Е) пуфакча.

Думбокчали сифилид қандай чандик қолдиришини курсатинг?

А) силлик юзали

В) атрофик, папироз қогозини эслатувчи

С) келоид

Д) юлдузсимон

Е) мозаик.

Атипик гуммани курсатинг?

А) карликсимон

В) фиброз

С) майдон куринишида

Д) лентикуляр

Е) нумуляр

Гуммоз сифилиди дифференциация килинмайдиган касалликни курсатинг?

А) скрофулодерма

В) терининг папуло-некротик сили

С) базенинг индуратив эритемаси

Д) сурункали ярали пиодермия

Е) липома.

Йулдош захмга хос булмаган белгини курсатинг?

А) ворсинкалар, склерози, некроз учоглари

В) кушувчи тукима хужайраларининг гиперплазияси

С) йулдошнинг она кисмидаги узгаришлари

Д) йулдош вазнининг ортиши.

Е) йулдошнинг хомила кисмидаги кон томирларнинг энзо-, мезо-, ва периартритлар.

Захмга чилла ярасига пурсилдогига хос булмаган белгини курсатинг?

А) пуфаклар ичидаги суюкликдан ок спирохеталарнинг топилиши

В) кафт ва товонда жойланиши

С) нухат дони катталигидаги таранг пуфаклар пайдо булиши.

Д) пуфаклар асосида каттик инфилтрат мавжудлиги.

Е) пуфакларнинг ярага айланиши.

Гохзингернинг диффуз папулез инфльтрацияси дифференцияси килинмайдиган касалликни курсатинг?

А) псориаз

В) вульгар импетиго

С) тиркишсимон импетиго

Д) себореяли экзема

Е) рожа (ялин) яллигланиш.

Кечки тугма захмнинг шартли белгисини курсатинг?

А) паренхимтоз кератит.

В) хориорентит

С) карабелли думбогчаси

Д) аксифодия

Е) готик танглай.

Захмга карши профилактик даво куйидагилардан кайсинисида утказилмайди?

А) тулик даволанмаган аёлдан тугилган соглом чакалокларда

В) тулик даволаниб, хомиладорлик даврида профилактик даво олмаган аёлдан тугилан соглом чакалокларда

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

Д) бемор билан жинсий алокада булган соглом шахсларда

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

Куйидаги дорилардан кайсиниси захмни даволашда ишлатилмайди?

А) пентабисмол

В) 3-8 % калий йод эритмаси

С) цинк оксиди порошоги

Д) бийохинол

Е) бисмоверол.

Захмни даволашда пенцилин учун хос булмаган асоратни курсатинг?

А) токсик нефрит

В) токсикодермия

С) аллергия тумов

Д) токсик гепатит

Е) гингвит.

Захм билан огриган беморни хисобдан чиқариш учун қайси мутахасиснинг консультацияси шарт эмас?

А) окулист

В) лор

С) хирург

Д) невропатолог

Е) терапевт.

Захмининг инкубацион даври қанча?

А) 1-2 ҳафта

В) 3-4 ҳафта

С) 5-6 ҳафта

Д) 2-8 ҳафта

Е) 4-5 ҳафта.

Қаттиқ шанқрадаги элемент:

А) папула

В) розеола

С) эрозия

Д) торвок

Е) пуфакча.

Огрик хос булган бирламчи сифиломани курсатинг:

- А) гигант шанкр
- В) хасмол шанкр**
- С) индуратив шанкр
- Д) герпессимон шанкр
- Е) яра шаклидаги шанкр.

Куйидагиларнинг кайсиниси каттик шанкрнинг асорати эмас?

- А) баланит
- В) фимоз
- С) лимфангит**
- Д) парафимоз
- Е) фагаденизация.

Типик каттик шанкр учун хос эмас?

- А) шакли думалок, овалсимон.
- В) киргоги теккис, лимонсимон суйри
- С) атрофида кизариш, эритема.**
- Д) юзаси ялтирок локлангансимон
- Е) остида каттик тогайсимон инфильтрат.

Каттик шанкр дифференциация килинмайдиган касаллик?

- А) юмшок шанкр
- В) шанкрсимон пиодермия
- С) эрозив баланит
- Д) вульгар импетиго**
- Е) вульгар эктима.

Куйидагиларни кайсиниси атипик шанкр эмас?

- А) индуратив шиш
- В) шанкр амигдалит
- С) хамол шанкр
- Д) фунгоз шанкр**

Е) гигант шанкр.

Иккиламчи захмда учрайдиган бирламчи элемент:

А) думбокча

В) тугунча

С) тугун

Д) торвок

Е) пуфак.

Сифилитик розеоланинг турини курсатинг:

А) нумуляр

В) милиар

С) донадор

Д) лентикуляр

Е) фиброз.

Папулез сифилиднинг энг юкумчил тури?

А) кафт-товон

В) псориазсимон

С) сербар кондилома

Д) себороид

Е) нумуляр

Папулез сифилид дифференциация килинадиган касаллик:

А) кизил ясси темиратки

В) пушта ранг темиратки

С) ранг-баранг темиратки

Д) ураб олувчи темиратки

Е) оддий темиратки.485.

Импетигосимон сифилидга хос булмаган белги:

А) асосида папула (инфилтрат) мавжуд.

В) мадда тезда калок хосил килади

С) периферияга караб усмайди

Д) бир-бири билан кушилмайди

Е) сурилганда чандик колади.

Пустулез сифилиднинг турини курсатинг:

А) псориазсимон

В) чечаксимон

С) бризентсимон

Д) токсик

Е) гурухлашган.

Лейкодерманинг турини курсатинг:

А) лентикуляр

В) хуснбузарсимон

С) мрамарсимон

Д) майда учогли

Е) донадор.

Захм думбогчасига хос булмаган белги:

А) яримшарсимон

В) миссимон кизил

С) зич конситенцияли

Д) бир-бири билан кушилмайди

Е) эрозия хосил килади.

Гуммоз сифилиддаги бирламчи элемент:

А) тугунча

В) тугун

С) думбокча

Д) торвок

Е) мадда.

Гуммоз сифилид дифференциация килинмайдиган касаллик?

А) атерома

В) рак яраси

С) инфилтратив-маддаловчи трихофития

- Д) скрофулодерма
- Е) липома.

Кукрак ёшидаги болалар тугма захмга хос белги:

- А) паренхиматоз кератит.
- В) остеохондрит**
- С) клиттон синовити
- Д) аксифоидия
- Е) сербар кондилломалар.

Гохсингернинг диффуз папулез инфильтрацияга хос эмас:

- А) 1-2 ойликда пайдо булиши.
- В) маълум сохаларда жойлашиши
- С) эритема пайдо булиши
- Д) терининг зичлашиши, инфильтрацияга айланиши
- Е) инфильтрациянинг ярага айланиши.**

Захми даволашдаги резерв антибиотикни курсатинг?

- А) эритромицин**
- В) бицилин-1
- С) бицилин-3
- Д) пенициллин
- Е) экстенциллин.

Висмут препаратининг асоратини курсатинг?

- А) аллергия тумов
- В) гигант**
- С) токсикодермия
- Д) анафилактик шок
- Е) эшара

Захм биринчи булиб Африкада пайдо булган деб хисобловчи африканистлар назарияси тарафдорларини курсатинг.

А. Рохлин Д.Х., Рабашева А.Е

В. Гудзон, Кекберн

С. Вассерман, Гюнтер

Д. Дюкрей, Феррари

Е. Гофман, Шаудин

Электрон микроскоп остида курилганда ок спирохетада мавжуд булмаган хужайра элементини курсатинг.

А. Фибриллалар

В. цитоплазматик мембрана

С. митохондрий

Д. Рибосома ва мезасома

Е. Уч кабатли кобик

Куйидаги вариантлардан захм учун хос булмаганини курсатинг.

А. Реинфекция

В. ресуперинфекция

С. ностерил (инфекцион) иммунитет

Д. Орттирилган иммунитет

Е. Суперинфекция

Бирламчи серонегатив захмга хос булмаган белгини курсатинг.

А. Катта шанкр

В. склероденит

С. лимфоцит

Д. КСР мусбат

Е. КСР манфий

Киргоклари нотекис ёриксимон каттик шанкр кайси сохада жойлашишини курсатинг.

А. Кукрак безида

В. жинсий аъзода

С. лабда

Д. Бачадон найида

Е. Анус атрофида

Атипик шанкр каттик шанкрни курсатинг.

А. Герпессимон шанкр

В. хасмол шанкр

С. кокард шанкр

Д. Фольманнинг эрозив баланити

Е. Гигант шанкр

Иккиламчи захмда тери ортикларидан кайсиниси зарарланишини курсатинг.

А. Эккрин тер безлари

В. ёг безлари

С. сочлар

Д. тирноклар

Е. Апокрин тер безлари

Пуштулез сифилид булмаган вариантни курсатинг.

А. импетигосимон

В. хуснбузарсимон

С. чечаксимон

Д. бризантсимон

Е. Захм эктимаси (сифилитик эктима)

Захм касаллиги гемотрасфузия йули билан юкканда иккиламчи захмга хос тошмалар канча муддат ичида пайдо булади?

А. 2-2,5 ой

В. 2,5-3 ой

С. 3-4 ой

Д. 1-1,5 ой

Е. 1,5-2 ой

Сифилитик розеола куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килинмаслигини курсатинг?

А. Ков битларининг чакиши туфайли пайдо булган розеолалар (доглар)

В. токсикодермия

С. оддий темиратки

Д. Пушти ранг темиратки

Е. Корин тифи розеоласи

Милиар папулалар асосан кандай беморларда учрайди?

А. Захм билан кайтадан огриган беморларда

В. захм касаллиги ножинсий йул билан юкканда

С. бир вақтнинг узида сил касаллиги билан огираётган беморлар

Д. Захм касаллиги бошка тери касалликлари билан бирга кечган

Е. Захм билан биринчи мартаба огриган беморларда

Сербар кондилломани кандай касаллик билан дифференциация килинади?

А. Себороид папула

В. кизил ясси темиратки

С. псориаз

Д. Товон эпидермофитияси

Е. Геморроидал тугунлар

«Фрамбезиясимон» сифилид кайси пустулез сифилидда пайдо булишини курсатинг?

А. Сифилитик эктима

В. сифилитик рупия

С. импетигосимон

Д. хуснбузарсимон

Е. Чечаксимон

Захм алопециясини турини курсатинг?

А. турсимон

В. мраморсимон

С. майда учогли

Д. Донадор

Е. Милиар

Кечки тугма захмга хос дистрофик узгаришни курсатинг.

А. Робинсон-Фурнье чандиги

В. эгарсимон бурун

С. Астидийский белигиси (симптоми)

Д. Думбасимон бош суяги

Е. Захм лабиринти

Захмга карши превентив даволаш куйидагилардан кайсиниси кулланилмайди.

А. Бемордан олинган кон куйилган шахсларга

В. бемор аёлдан тугилган чакалокларга

С. Бемор билан жинсий алокада булган соғлом шахсларга

Д. Бемор билан маиший алокада булган шахсларга

Е. Беморларнинг 3 ёшгача булган фарзандларига

Куйидагилардан кайси дори захмни даволашда кулланилмайди?

А. Бициллин-1

В. эритромицин

С. рифампицин

Д. Ампициллин

Е. Пенициллин

Захмни даволашда ишлатиладиган носпецифик препаратни курсатинг?

А. пентабисмол

В. калий йод эритмаси

С. пенициллин

Д. Бициллин-1

Е. Пирогенал

**Сифилис Европада азалдан мавжуд деб хисобланувчи
Европейистлар назарияси тарафдорларини курсатинг:**

А. Борзов М.Е., Рохлин Д.Х

В. Фурнье, Рикор

С. Петерсон, Нейссер

Д. Гюнтер, Вассерман

Е. Шаудин, Гофман

Ок трепонемага хос булмаган харакат турини курсатинг:

А. урмаловчи

В. айланма (ротатор)

С. тебранма

Д. илдамловчи

Е. Тулкинсимон (контрактил)

**Сифилиснинг кечишидаги даврларга хос булмаган варинатни
курсатинг:**

А. Яширин давр

В. Бирламчи сифилис

С. Иккиламчи сифилис

Д. Учламчи сифилис

Е. Висцерал сифилис

Сифилиснинг бирламчи даврига хос булмаган белгини курсатинг:

А. Каттик шанкр

В. склероденит лимфоцит

С. терида тошмалар

Д. КСР манфий

Е. КСР мусбат

**Жинсий аъзосида яра мавжуд булган беморни текшириш
жараёнида йул куйиб булмайдиган фаолиятни аникланг:**

А. Объектив курик

В. анамнез йигиш

С. ок спирохетага текшириш

Д. КСР текшириш

Е. Синов давоси утказиш

**Иккиламчи сифилисда учрамайдиган бирламчи морфологик
элементни сифилидни аникланг:**

А. Розеолаз сифилид

В. везикулез сифилид

С. буллез сифилид

Д. Пустулез сифилид

Е. Пигмент сифилид

**Сифилитик розеоланинг тури хисобланмайдиган вариантни
курсатинг:**

А. Одатдагидай (думалок)

В. донадор

С. лентикуляр

Д. Уртикар

Е. Кушилувчи

**Иккиламчи янги сифилис касаллик юккач канча муддатдан кейин
юзага келишини курсатинг:**

А. 1,0-1,5 ой

В. 1,5-2 ой

С. 2,0-2,5 ой

Д. 2,5-3 ой

Е. 3-4 ой

Полисклераденит асосан сифилиснинг кайси даврига хос эканини курсатинг:

А. бирламчи серонегатив

В. бирламчи серопозитив

С. яширин сифилис

Д. иккиламчи янги

Е. иккиламчи яширин

Лентикуляр папулез сифилидга хос булмаган белгини аниқланг:

А. консистенцияси юмшоқ

В. шакли яримшарсимон

С. чегаралари аниқ

Д. ранги миссимон

Е. бир-бири билан кушилмайди

Эритематоз сифилитик ангинага хос булмаган белгини аниқланг:

А. йирик эритема доғи (томоқ шиллик пардасида)

В. эритема чегараси аниқ кескин

С. харорат кутарилади

Д. огрик йук

Е. интоксикация аломатлари йук.

Сифилитик эктимага хос булмаган белигини курсатинг:

А. пустулалар микдорининг озлиги

В. иккиламчи янги сифилисда пайдо булиши

С. яра хосил булиши

Д. яра атрофида каттик инфилтрат борлиги

Е. силлик чандик колиши

Куйидагилардан кайси элемент учламчи сифилисда учрашишни курсатинг:

А. тугун

В. тугунча

С. пуфак

Д. пуфакча

Е. торвок

Думбокчали сифилидни куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килиш шарт эмас?

А. туберкулоид типидаги мохов

В. сил волчанкаси

С. кизил волчанка

Д. тери лейшманиози

Е. кизил хуснбузар

Гумма клиникаси учун хос булмаган белигини аникланг:

А. тугун пайдо булиши

В. унинг тери билан кушилиб (ёпишиб) кетиши

С. терининг кизил-кукиш тусга кириши

Д. марказида тешик пайдо бульиши

Е. куп микдорда йиринг окиб чикиши

Тугма сифилис гумон килинган болани текширилганда кандай реакция куйилмайди?

А. КСР

В. РИБТ

С. РИФ

Д. БОРДЕ-ЖАНГУ

Е. РИП

Кукрак ёшидаги болалар тугма сифилисга хос булмаган белгини

курсатинг:

А. Гохзингернинг диффуз папулез инфилтрацияси

В. захм чилла яраси (пурсилдоги)

С. паренхиматоз кератит

Д. захм тумови

Е. остеохондрит

Кечки захмни даволаганда куйидаги дорилардан кайси бири энг аввал берилади?

А. Пенициллин

В. Бициллин-5

С. Пенициллиннинг новокаинли тузи

Д. Бийохинол

Е. Эритромицин

Тугма захм хисобланмайдиган вариантни курсатинг:

А. Йулдош захми

В. Хомила захми

С. Висцерал захм

Д. Эрта-тугма захм

Е. Кечки тугма захм

Кечки тугма захмнинг шартсиз белгисини курсатинг:

А. Захм лабиринти

В. Киличсимон болдирлар

С. Захм хориоретинити

Д. Карабелли думбоги

Е. Робинсон-Фурнье чандиги

Иккиламчи янги захм билан огриган беморлар даволангач, канча муддатдан сунг хисобдан чиқарилади?

- А. 6 ой
- В. 1 йил
- С. 2 йил**
- Д. 3 йил
- Е. 5 йил

Ок спирохетанинг узунлигини курсатинг:

- А. 1-4 мкм.
- В. 8-14 мкм.**
- С. 14-16 мкм.
- Д. 16-18 мкм.
- Е. 18-20 мкм.

Захм диагностикасида қайси усулдаги лаборатория текшириш кулланилмайди:

- А. Каттик шанкрдан суртма олиш.
- В. Лимфа тугунини пункция қилиб, ок спирохетага текшириш (суртма).

С. Бактериологик

- Д. Классик серологик реакциялар.
- Е. РИБТ.

Атипик хисобланмайдиган каттик шанкрни курсатинг:

- А. Шанкр амигдалит
- В. Хасмол шанкр.
- С. Индуратив шанкр.
- Д. Гигант шанкр.**
- Е. Фунгоз шангр.

Бирламчи серопозитив захм диагнози учун хос булмаган белгини курсатинг:

- А. Анамнез.
- В. Клиника.
- С. Шанкрдан (лимфа тугунидан) ок спирохетанинг топилиши.

Д. Конфронтация.

Е. Манфий КСР.

Захмни бирламчи даври канча вақт давом этиши мумкинлигини

курсатинг:

А. 3-4 ҳафта.

В. 4-6 ҳафта.

С. 6-8 ҳафта.

Д. 8-10 ҳафта.

Е. 10-11 ҳафта

Каттик шанкрнинг асоратини курсатинг:

А. Куюксимон (комбусмон) шанкр.

В. Биполяри шанкр.

С. Кокард шанкр.

Д. Амигдалит шанкр

Е. Фагеденик шанкр.

Иккиламчи кайталанувчи захмгагина хос булган тошмани

курсатинг:

А. Розеола.

В. Папула.

С. Пустула.

Д. Везикула.

Е. Лейкодерма.

Иккиламчи рецидив (кайталанган) розеолага хос булмаган

белгини курсатинг:

А. Ранги учган (окиш)

В. Йирик

С. Гурухлашган

Д. Фигура хосил килиб (халка, ярим халка ва х.к.) жойлашади.

Е. Симметрик.

Сифилитик розеолага куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

А. Ранг-баранг темиратки

В. Кизил ясси темиратки

С. Тошмали тиф розеоласи

Д. Мармарсимон тери

Е. Жибернинг пушти ранг темираткиси

Сербар кондиломалар кайси сохада учрамайди?

А. Пешонада

В. Култик остида

С. Жинсий аъзоларда

Д. Кукрак безлари остида

Е. Анус атрофида

Милиар папулаларни кандай касаллик билан дифференциация килиш керак?

А. Нейродермит

В. Терининг лихеноид сили

С. Вегетацияловчи пурсилдок

Д. Парапсориаз

Е. Уткир учли кондилома

Сифилитик рупияга хос булмаган белгини курсатинг:

А. Кават-кават, калок мавжуд

В. Элементлар периферияга караб усади

С. Калок остида катта яра мавжуд

Д. Касаллик юккач, камида 1 йилдан кейин пайдо булади

Е. Элементлар куплаб пайдо булади

«Омнибус (трамвай) сифилиди» нима эканини курсатинг:

А. Сочнинг майда учогли тукилиши

В. Кошнинг майда учогли тукилиши

С. Киприкнинг майда учогли тукилиши

Д. Сочнинг диффуз тукилиши

Е. Киприкнинг диффуз тукилиши

Куйидаги бирламчи морфологик элементлардан учламчи захмда учрайдиганини курсатинг:

А. Тугунча

В. Думбокча

С. Пуфакча

Д. Пуфак

Е. Мадда

Урмаловчи думбокчали сифилидга хос булмаган белгини курсатинг:

А. Элементларни размери майдалиги

В. Бир-бири билан кушилиши

С. Ярага айланиши

Д. Марказий кисмини чандикка айланиши

Е. Периферияда янги элементлар пайдо булиши

Атипик гуммани курсатинг:

А. Ёппа инфильтрат

В. Майдон куринишида

С. Карликсимон

Д. Нуммуляр

Е. Гипертрофик

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

А. Эрта бола ташлаш

В. Кеч бола ташлаш

- С. Улик бола тугилиши
- Д. Эрта (вактидан) тугилиши
- Е. Вактида захм билан касалланган бола тугилиши.

Хомила захмига хос булмаган белгини курсатинг:

- А. Паренхиматоз аъзоларининг диффуз инфилтрацияси
- В. Упкада «ок зотилжам» аломатлари
- С. Тери бичилган, ажин босган, шалвираган
- Д. Ички аъзоларида миллиар сифиломалар

Е. Терида Гохзингернинг диффуз папулёз инфилтрацияси

Робинсон-Фурнье чандиги нимадан кейин колади?

- А. Захм чилла яраси (пурсилдоги)

В. Гохзингернинг диффуз папулёз инфилтрацияси

- С. Сифилитик папулалар
- Д. Захм тумови
- Е. Гуммоз элементлар

Кечки тугма захмнинг шартсиз белгисини курсатинг:

- А. Паренхиматоз кератит
- В. Клигтон синовити (гонити)
- С. Мун тиши
- Д. Дюбуа-Гиссар белгиси (симптоми)
- Е. Бурун деформацияси (эгарсимон бурун)

Кечки тугма захмга хос дистрофик узгаришни курсатинг:

- А. «Олимпик» пешона
- В. «Думбасимон» бош суяги
- С. Мун тиши
- Д. «Эгарсимон бурун»
- Е. Гетчинсон тиши

Куйидагилардан кайси бири захми даволашда резерв антибиотик эмас?

А. Тетрациклин

В. Олететрин

С. Бицилин-5

Д. Доксицилин

Е. Эритромицин

Захми даволашда йод препаратларига хос асоратини курсатинг:

А. Токсикодермия

В. Токсит нефрит

С. Аллергик тумов

Д. Гингвит

Е. Стоматит

Иккиламчи янги захм билан огриган беморлар даволангач канча муддатдан сунг хисобдан чиқарилади?

А. 6 ой

В. 1 йил

С. 2 йил

Д. 3 йил

Е. 5 йил

Ок трепонемага хос булмаган харакат турини аникланг:

А. Урмаловчи

В. Илдамловчи

С. айланма (ротатор)

Д. Тебранма

Е. Тулкинсимон (контрактил)

Каттик шанкринг асорати хисобланмайдиган вариантни аникланг:

- А. Фимоз
- В. Парафимоз
- С. Фольманнинг эрозив баланити**
- Д. Баланопостит
- Е. Каттик шанкр гангренизацияси

Каттик шанкр пайдо булганидан сунг канча вақт утгач КСР мусбат булади?

- А. 1-2 хафта
- В. 2-3 хафта
- С. 3-4 хафта**
- Д. 4-5 хафта
- Е. 5-6 хафта

Атипик каттик шанкрни курсатинг:

- А. Гигант шанкр
- В. Герпессимон шанкр
- С. биполяр шанкр
- Д. Фунгоз шанкр**
- Е. Фагеденик шанкр

Захм касаллиги гемотрансфузия оркали юкканда кандай ном билан аталишини курсатинг:

- А. Ёмон сифатли
- В. Бошсизланган**
- С. Галопланувчи
- Д. Мажрухловчи
- Е. Яширин

Папулез сифилиднинг клиник тури булмаган вариантни аниқланг:

- А. Псориазсимон
- В. Донадор**
- С. Себореяли
- Д. Нуммуляр

Е. Эрозив

Кокардсимон сифилид марказида кандай папула турини

курсатинг:

А. Милиар

В. Лентикуляр

С. Нуммуляр

Д. Сербар кондиллома

Е. Псориазсимон

Пинкус белгисини курсатинг:

А. Сочнинг майда учогли тукилиши

В. Кошнинг майда учогли тукилиши

С. Киприкнинг майда учогли тукилиши

Д. Сочнинг диффуз тукилиши

Е. Кошнинг диффуз тукилиши

Лейкодерманинг турини курсатинг:

А. Турсимон

В. Кокардсимон

С. Нуммуляр

Д. Лентикуляр

Е. Уртикар

Куйидагилардан кайсиниси думбокчали сифилиднинг клиник тури

эмас?

А. Гурухлашган

В. Урмаловчи

С. Майдон куринишида

Д. Ёппа инфильтрат

Е. карликсимон

Сифилиснинг кечишидаги давр булмаган вариантни аникланг:

А. Яширин давр

В. Бирламчи сифилис

С. иккиламчи сифилис

Д. Учламчи сифилис

Е. Висцерал сифилис

Сифилиснинг бирламчи даврига хос булмаган белгини аниқланг:

А. Каттик шанкр

В. Склераденит, лимфангоит

С. Терида тошмалар

Д. КСР манфий

Е. КСР мусбат

Каттик шанкрни қандай касаллик билан дифференциация қилиш шарт эмас?

А. Юмшок шанкр

В. Рак яраси

С. Оддий пуфакчали темиртки

Д. Ураб олувчи темиртки

Е. Кутир эктимаси

Иккиламчи сифилисида учрамайдиган элементни курсатинг:

А. Розеола

В. Везикула

С. Булла

Д. Пустула

Е. Пигмент доғи

Иккиламчи янги сифилис касаллик юккач қанча муддатдан кейин юзага қелишини курсатинг:

А. 1,0-1,5 ой

В. 1,5-2,0 ой

С. 2,0-2,5 ой

Д. 2,5-3,0 ой

Е. 3,0-4,0 ой

Лентиккуляр папулез сифилидга хос булмаган белгини аниқланг:

А. Консистенцияси юмшок

В. Шакли яримшарсимон

С. Чегаралари аник

Д. Ранги миссимон

Е. Бир-бири билан кушилмайди

Сифилитик эктимага хос булмаган белгини курсатинг:

А. Пустулалар микдорининг озлиги

В. Иккиламчи янги сифилисда пайдо булиши

С. Яра хосил булиши

Д. Яра атрофида каттик инфильтрат борлиги

Е. Силлик чандик колиши

Куйидагилардан кайси элемент учламли сифилисда учрашини курсатинг:

А. Тугун

В. Тугунча

С. Пуфак

Д. Пуфакча

Е. Торвок

Думбокчали сифилидни куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килиш шарт эмас?

А. Моховнинг туберкулоид тип

В. Сил волчанкаси

С. Кизил волчанка

Д. Тери лейшманиози

Е. Пушти хуснбузар

Тугма сифилис гумон килинган болани текширилганда кандай реакция куйилмайди?

А. КСР

В. РИБТ

С. РИФ

Д. БОРДЕ-ЖАНГУ

Е. РИП

Кукрак ёшидаги болалар тугма захмига хос булмаган белгини курсатинг:

А. Гохзингернинг диффуз папулез инфильтрация

В. Захм чилла яраси

С. Паренхиматоз кератит

Д. Захм тумови

Е. Остеохондрит

Куйидаги элементларнинг қайси биридан ок спирохетага текшириш учун материал олиш энг маъкул ҳисобланади?

А. Каттик шанкр урнидаги чандикдан

В. Розеолодан

С. Лейкодермадан

Д. Сербар кондилломадан

Е. Алопециядан

Сифилисни пенициллин билан даволаганда куйидаги асоратлардан қайси бири кузатилади?

А. Нефропатия

В. Упка эмболияси

С. Торвок

Д. Эшара

Е. Хуснбузар тошмаси

Лентикуляр папулез сифилидни куйидагилардан қайсиниси билан дифференциация қилинмайди:

А. вегетацияловчи пурсилдок

В. себороид папула

С. псориаз

Д. парапсориаз

Е. кизил ясси темиратки

Юмшок шанкрнинг кузгатувчисини биринчи булиб топган олимни

курсатинг:

А. Феррари.

В. Фурнье.

С. Шаудин.

Д. Нейссер.

Е. Вассерман.

СУЗАК (ГОНОРЕЯ)

Кизалоклардаги конококкли вульвовагинит учун хос булмаган

белгини курсатинг:

А. Уятли лаблар терисининг ёркин гиперемияси

В. уретра ва вульва шиллик пардасининг кизариши

нормал С. сийдикнинг ажралиши

Д. Киндан йиринг окиб чикиши

Е. Ачишиш ва огрик

Гонорея учун энг характерли инкубацион даврини курсатинг:

А. 1 –2 кун

В. 3 –7 кун

С. 10 – 20 кун

Д. 1 ой

Е. 2 ой

Гонобленореяда зарарланадиган соха.

А. Вульва шиллик пардаси

В. кин шиллик пардаси

С. куз шиллик пардаси

Д. Уретра ичак шиллик кавати

Е. Тугри ичак шиллик кавати

Гонококкни биринчи булиб топган олимни курсатинг?

- А) Феррари
- В) Петерсон
- С) Гюнтер
- Д) Рикор
- Е) Нейссер.**

Кизалоклар гонококкли вульвовагинити кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

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

Уткир аралаш гонококкли-трихомонадали вульвогинитни даволашда кайси дори аввал берилишини курсатинг?

- А) пенициллин
- В) норсульфазол
- С) гоновакцина
- Д) трихопол**
- Е) витаминлар

Кизалоклар гонорейсида куйидагилардан кайси бири зарарланмайди?

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

Факат сурункали гонорейга хос булган асоратни курсатинг:

- А. Везикулит

- В. Куперит
- С. Простатит

Д. Уретра структураси

- Е. Орхоэпидидимит

Орхоэпидидимит билан асоратланган гонореянинг имунотерапиясида куйидагилардан кайсиниси энг макбул хисобланади?

- А. Гоновакцина
- В. Пирогенал
- С. Продигиозан

Д. Аутогемотерапия

- Е. Стафилоанатоксин

Кизалоклар гонококкли вульвовагинити кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

- А. Трихомониаз
- В. Кандидоз
- С. Глист инвазияси

Д. Тугма захм

- Е. Бактериал вульвовагинит

Утқир аралаш гонококкли-трихомонадали вульвовагинитни даволашда кайси дори аввал берилишини курсатинг:

- А. Пенициллин
- В. Норсульфазол
- С. Гоновакцина

Д. Метронидазол

- Е. Витаминлар

Утқир олдинги гонококкли уретрит клиникаси учун хос булмаган белгини курсатинг:

- А. Уретрадан йиринг оқиши
- В. Шиллик пардасининг шиши
- С. Гиперемияси
- Д. Сийишнинг бошланишида огрик

охирида Е. Сийишнинг огрик

Агар гонорея билан огриган беморнинг касаллик манбаи аниқланмаган бўлса, даволангандан сунг неча ой хисобда туради?

- А. 2 ой
- В. 3 ой
- С. 4 ой
- Д. 6 ой**
- Е. 12 ой

ОИТС (СПИД) – инфекцияси.

ВИЧ инфекцияси вируси куйдаги хужайралардан қайси бири бевосита зарарлайди?

- А. В-Лимфоцитлар
- В. Т-супрессорлар
- С. Т-хелперлар**
- Д. Т-киллерлар
- Е. Т – нуммулррлар (0 – лимфоцитлар)

СПИД индикаторли касаллик.

- А. Пушти ранг темиратки
- В. кизил ясси темиратки
- С. кипикли темиратки
- Д. Ураб олувчи темиратки**
- Е. Гонорея.

Куйидагилардан қайси бири СПИД-индикаторли касалликлардан хисобланади?

- A. Пушти ранг темиратки
- B. Кизил ясси темиратки
- C. Тангачали темиратки

Д. Ураб олувчи темиратки

- E. Сифилис

ВИЧ-инфекциясининг охирги даври (хакикий СПИД) учун куйидаги тери касалликларидан кайсиниси энг характерли?

- A. Вирусли касалликлар
- B. Замбуругли касалликлар
- C. Йирингли касалликлар

Д. Капоши саркомаси

- E. Себореяли дерматит

ВИЧ-инфекцияси куйидагилардан кайси бири оркали юкиши мумкин эмас?

- A. Жинсий алокада
- B. Ностерил шприцлар оркали (инъекцияда)
- C. Гемотрансфузияда

Д. Хашоратлар чакканда

- E. Йулдош оркали (вертикал)

ВАЗИЯТГА ОИД МАСАЛАЛАР

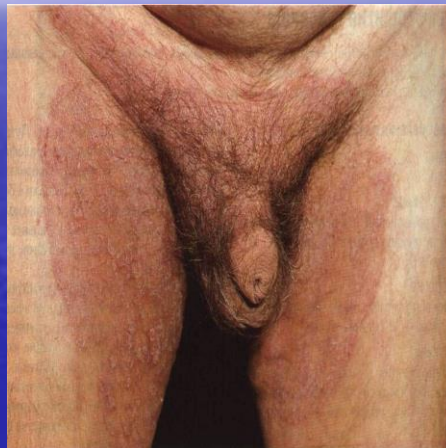
Масала №1

- 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?



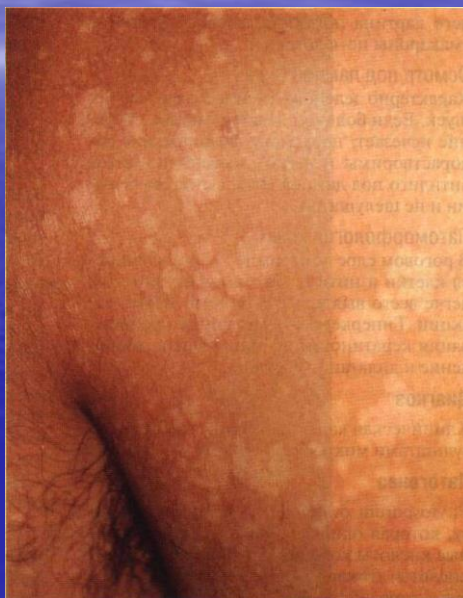
Масала №2

- 22 ёшли беморнинг чов бурмалари соҳасида қизил тусли яллиғланиш доғи бўлиб, унинг қирғоклари 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 эркак, шофер, уретрадан йиринг чиқишига, сийганда ачишишга шикоят қилиб муурожаат 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 ажралапти. Пальпацияда уретра бироз инфильтратлашган, оғрийди. Лимфа тугунлари катталашмаган.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализ ўтказиш керак?**



Масала №6

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



Масала №7

- Бемор аёл, 30 ёшда дерматолог ҳузурига 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, қатталиги мошдек. Айрим дўмбоқчалар юзаси ялтироқ, айримларида қипиқланиш кузатилади.
- **Сизнинг диагнозингиз?**
- **Диагнозни тасдиқлаш учун қандай синамалар текширилади?**



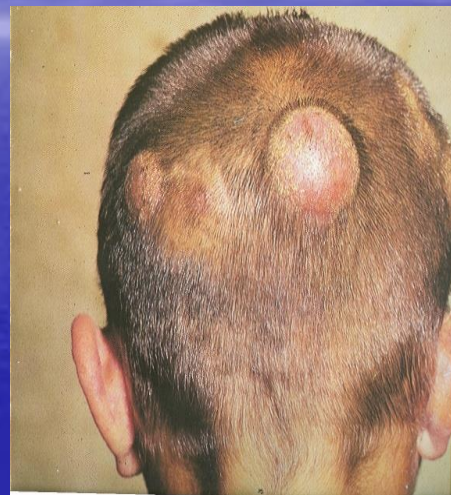
Масала №8

- 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

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



Масала №11

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



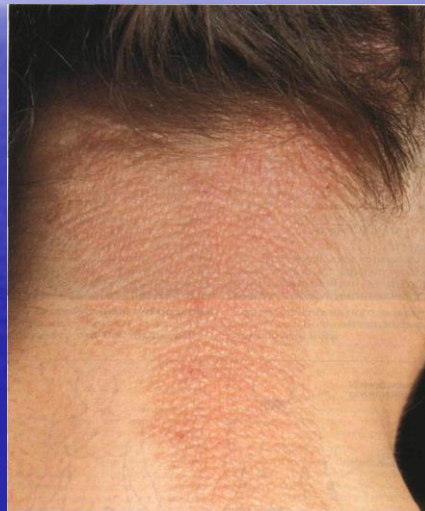
Масала №12

- 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 катталашishi 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 хузурига 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 хузурига 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 кўплаб везикулёз ва пустулёз тошмалар кузатилади, катта эрозия сатҳлари ва атрофияда папулёз элементлари бор. Оғиз атрофида ҳам юқоридаги каби тошмалар мавжуд. Беморда тез-тез ич кетиши, сочлар тўкилиши, тўрноқнинг дистрофик ўзгариши паронихия ва онихия кузатилмоқда. Умумий аҳволи оғир.
- **Сизнинг ташхисингиз?**
- **Асосий даво чоралари.**



Масала №18

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



Масала №19

- Бемор А. Хирург ҳузурига орқа пешов атрофида тошма тошишига шикоят қилиб мурожаат қилди.
- Кўрилганда: 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. Шикоят: катта бўғимлардаги оғриққа, иситма чиқишига, терига тошмалар тошишига.
Кўрилганда: 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, бироз 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, билакларидида 3-4 донадан яралар мавжуд бўлиб, уларнинг қирғоқлари ҳамирсимон қайрилган, шакли нотўғри, туби чуқур, улардан йиринг оқиб турибди. Яралардан юқори соҳаларда лимфангоит аломатлари кўзатилади ва лимфа томирлари бўйлаб 4-5-6 та нўхат донидек катталиқдаги инфильтратлар жойлашган. Анамнездан маълум бўлишича бемор 2 ой илгари Сурхондарёда бўлган.
- **1. Диагнозни аниқланг.**
- **2. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай лаборатория текшируви ўтказиш керак.**



Масала №22

- Аёллар маслаҳатхонасига 40 ёшли аёл жинсий органига яра чиқишига шикоят қилиб муурожаат қилди. Анамнезда 2 ой олдин бегона эркек билан жинсий алоқада бўлган.
- Кўрилганда: Беморнинг катта жинсий лабларида чап 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 №23

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



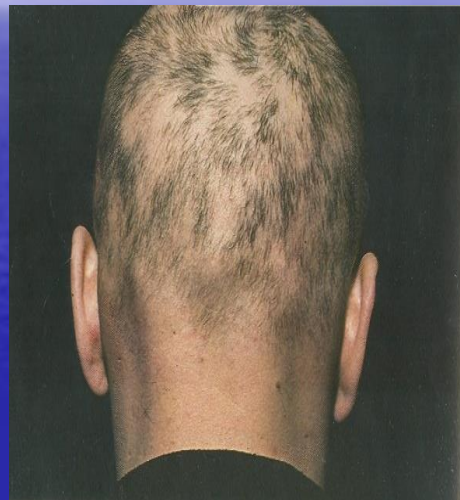
Масала №24

- Дерматологик клиникага 2 ойлик чақалоқ оғир аҳволда олиб келинди. Беморда тез-тез қайт қилиш, иштаҳанинг кескин пасайиши, тез-тез ич 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 сочли қисмида кўп миқдорда кипиқлар бўлиб, улар чақалоқ бошини қалқон каби қоплаб турибди. Қон таҳлилида гипохром анемия, дисиммуноглобулинемия, комплементнинг зардобдаги компоненти миқдорининг пасайиши, глобулинлар фракциясининг пасайиши, карбоксипептидаза S, тизимларининг фаоллигини энетрокиназа, аминопигментидазанинг пасайиши аниқланди. Чақалоқ гипертрофияга учраган.
- **Сизнинг ташхисингиз?**
- **Даволаш тактикасини танланг.**



Масала №25

- Дерматолог кўрувиغا 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 делигментли доғлар жойлашган. Доғларни юзи силлиқ, атрофдаги тери гиперпигментлашган. Бундан ташқари сочнинг диффуз сийракланиши, киприкнинг пиллапоясимон тўкилиши кузатилади.
- **Беморга клиник диагноз қўйинг.**
- **Касалликнинг клиник белгиларини сананг.**



Масала №26

- Наркоманияга мубтало бўлган 24 ёшли йигитнинг оғиз шиллиқ 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, кўлтиқ ости соҳаларидаги лимфа тугунлари катталашган. Иккала билаги ва тирсагида инъекцияларнинг излари, чандиқлар, флебит аломатлари кузатилмоқда. Бемор кескин озиб кетган.
- **Қайси касаллик ҳақида ўйлаш керак?**
- **Қандай текширув ўтказиш керак?**



Масала №27

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



Масала №28

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



Масала №29

- 1 ойлик чақалоқнинг қафт ва товонларида нўхот донидек пуфаклар бўлиб, остида қаттиқ 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 кафтлари қизариб шишганлигидан, нам чиқишидан, қичишишдан шикоят қилди. Беморнинг юзлари, пешона ва иккала кафтларида симметрик эритема, шиш, сув чиқиши кузатилмоқда, эрозиялар сатҳида сарғиш, тиниқ рангли қалоқлар бор. Биринчи мартаба касал бўлиши.
- **Сизнинг диагнозингиз?**
- **Ташқи муолажа учун нима буюрилади?**



Масала №31

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



Масала №32

- Дерматолог хузуридаги 42 ёшли аёлнинг иккала юзида қизил эритема доғи бўлиб, унинг марказий қисмида тери юққалашган, 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 думалоқ, 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 юзларида, баданда кўп миқдорда пушти-қизил рангдаги папулалар бўлиб, уларнинг юзаси оқ қумушсимон тангачалар билан қопланган. Папулалар думалоқ, овал шаклда, ўлчами ҳар-хил, ясси, юзаси ғадир-будир, периферияга қараб ўсиб катталашиси 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 муурожаат 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 ҳузурига 45 ёшли аёл учради. Шикоятлари – қўл ва оёқ соҳаларига тошмалар тошишига, қичишишига. Ҳозир 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?**



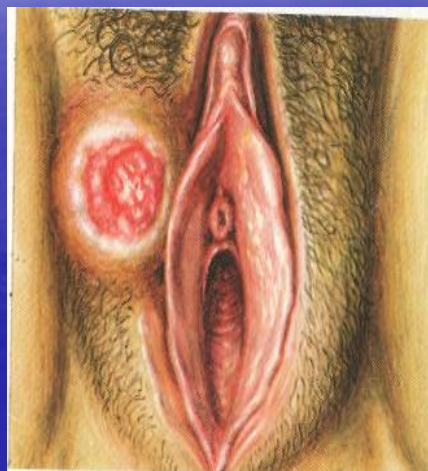
Масала №38

- 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 муружаат қилди. Анамнезда 2 ой олдин бегона эркек 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, келаклашмаган розеолалар аниқланди. Жинсий аъзонинг уятли лабини чап қисмида 1 см диаметр атрофида яра кўзга ташланади. Яранинг остида қаттиқ тоғайсимон инфильтрат аниқланади, унинг усти қалоқ билан қопланган. Чов соҳасидаги лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз бир-бири билан қўшилмаган, бу соҳада тери ўзгармаган. Шунингдек қўлтиқ ости, жағ ости лимфа тугунлари ҳам катталашган.
- **1. Қайси диагноз бўлиши мумкин?**
- **2. Диагнозни аниқлаш учун қандай текшириш усуллари ўтказилади?**



Масала №41

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



Масала №42

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



Масала №43

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



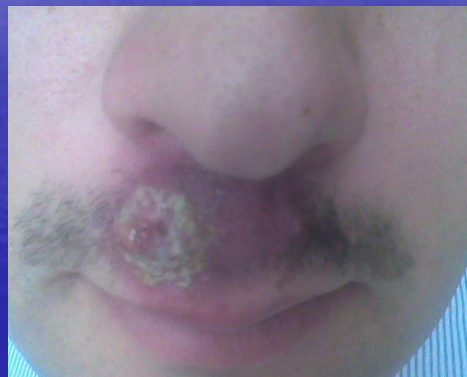
Масала № 44

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



Масала № 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 копланган (коллодийни эслатиб юборади). Баъзи бир соҳаларда улар қуруқшаган, катта тангачаларга айланган. Бошни сочли қисмида ҳам худди шундай клиник манзар кузатилмоқда. Кафт, товонларда, юзида терлашнинг кучайганлиги, тирноқлар деформацияси, қалинлашиши, тирноқ ости гиперкератоз аниқланмоқди.
- Эктропион, лагофтальм, кератит, фотофобия кузатилмоқда.
- **Сизни диагнозингиз?**
- **Даволаш учун қайси препарат буюрилади?**



Масала № 47.

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



Масала № 48

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



Масала № 49

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



Масала № 50

- Дерматолог хузурига 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 шанкрдан оқ трепонемага суртма олиш
- Савол №2.
 1. Чов эпидермофитияси.
 2. Жароҳат ўчоғларидан замбуруғларга материал олиш.
- Савол №3.
 1. Ранг баранг темирлатки.
 2. Жароҳат ўчоғида Бальцернинг йодли синамасини, Бенъе симптомини ўтказиш.
- Савол №4.
 1. Ўраб олувчи темирлатки, абортив тури.
 2. Жароҳат ўчоғларига анилин буюқлари 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. Инфильтратив-маддаловчи трихофития.
 2. Жароҳат ўчоғини қирғоқларидан замбуруғга материал олиш.
- Савол №10.
 1. Силлиқ тери трихофитияси.
 2. Жароҳат ўчоғини қирғоқларидан замбуруғга материал олиш.
- Савол №11.
 1. Чегараланган склеродермия, дискоид шакли.
 2. Асосий препаратлар - фермент препаратлари (лидаза, серрата, ронидаза).
- Савол №12.
 1. Вульгар псориаз, прогрессив босқичи.
 2. Инъекция қилинган жойда тошмаларнинг пайдо бўлгани "Кебнер феномени – изоморф реакцияси" мусбатлигини кўрсатади.
- Савол №13.
 1. Чегараланган нейродермит (Видадь шакли).
 2. Жароҳат ўчоғида 3 та зона тафовут қилинади. Марказида ички зона – лихенификация, ўрта зона – папулез инфильтрация, ташқи зона – гиперпигментация.
- Савол №14.
 1. Ихтиоз.
 2. Витамин А, ретиноидлар (тигазон, неотигазон ва б.)
- Савол №15.
 1. Аллергик контактли дерматит.
 2. Нам-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.
- Савол №18.
 - 1. Стрептококкли импетиго.
 - 2. Маҳаллий давода анилин бўёқлари қўлланилади.
- Савол №19.
 - 1. Иккиламчи қайталама захм.
 - 2. Қонни КСРга ва жароҳат соҳасидан оқ трепонемага анализ олиш.
- Савол №20.
 - 1. Ўткир қизил югурик (волчанка).
 - 2. Қонни LE-ҳужайраларга текшириш.
- Савол №21.
 - 1. Тери лейшманиози, қишлоқ тури.
 - 2. Балиқ икраси симптомини аниқлаш.
- Савол №22.
 - 1. Бирламчи серонегатив захм.
 - 2. Беморни қони КСР га текширилади, қаттиқ шанкрдан оқ спирохетага материал олинади.
- Савол №23.
 - 1. Учламчи захм.
 - 2. Беморни қонидан олиниб РИБТ, РИФ анализларига текширилади.
- Савол №24.
 - 1. Лейнер-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 канасига материал олиш.
- Савол №28.
 - 1. Қўтир.
 - 2. Қўтир канасига материал олиш.
- Савол №29.
 - 1. Туғма захм.
 - 2. Қонни КСР га текшириш, пуфак ва пуфакчалардан оқ спирохеталарга материал олиб текшириш.
- Савол №30.
 - 1. Ўткир чин экзема, дисгидротик тури.
 - 2. Нам қуритувчи боғламалар қўйиш.
- Савол №31.
 - 1. Дюрингни герпессимон дерматози.
 - 2. Ядассон синамаси ўтказилади.
- Савол №32.
 - 1. Сурункали қизил волчанка (югирик), дисксимон тури.
 - 2. "Бенье-Мещерский" ва "аёллар пошнаси" симптоми

ЖАВОБЛАР

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

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР 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 экссудативной 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 фаолятида. 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 фagedенический 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 Gonorrhoeal.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 о 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. Потекаев Н.С., Теплюк Н.П., Кочергин Н.Г. и др. Постнеопластическая пузырьчатка. Российский журнал кожных венерических болезней. 2003 й. №5 С 23-25.
59. Потекаев Н.Н., Новиков А.Г. Разноцветный лишай. Современный взгляд на старую проблему. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2004, №2, с. 42-46.
60. Потекаев 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. Потекаев Н.Н., Дворянкова Е.В. Терапия различных форм *асне vulgaris*. Клиническая дерматология и венерология. 2006, №1, с. 41-45.
62. Применение тимодепрессина при органиченной 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

МУНДАРАЖА

Таносил касалликлари	6
Венеология фанига қириш	9
Заҳмнинг бирламчи даври	17
Заҳмнинг иккиламчи даври	26
Заҳмнинг учламчи даври	43
Туғма заҳм	51
Сўзак (гонорея)	62
Кизалоқлар сўзаги	73
Сўзак касалликни даволаш	78
Ортирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС)	81
Теидаги клиник аломатлари, оппортунистик ва иккиламчи инфекциялар	118
Ички аъзолардаги ўзгаришлар ва лаборатория диагностикаси	166
ОИВ-инфекциясини даволаш	220
ОИВ-инфекциясини профилактикаси	255
Тестлар	263
Вазияткак оид масалалар	312
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	339



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, тўрттаси ўқув қўлланма, 30 тасини ўқув-услубий қўлланмалар ташкил этади. Ҳозирги кунда у “Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт” журнаlining редакционн кегаширинг аъзоси сифатида фаолият кўрсатиб келмоқда.

