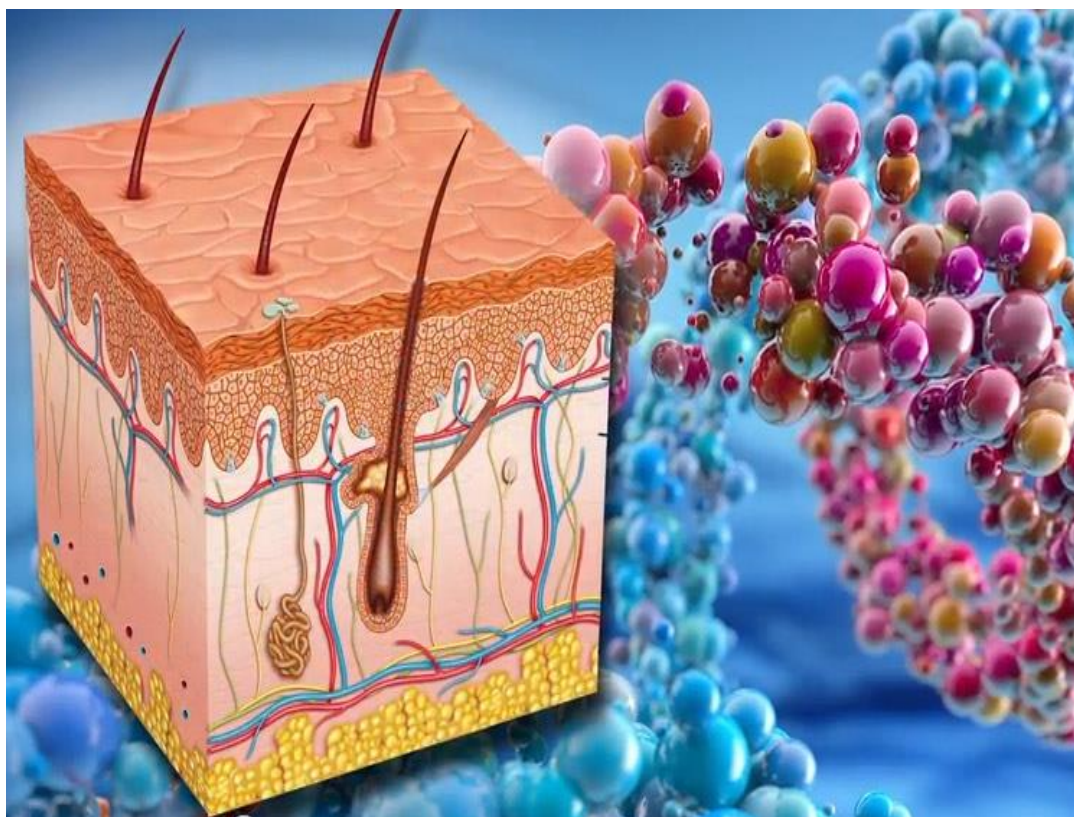


**ПАҚИРДИНОВ А.Б., ҚАДИРОВ К.З.,
ФОЗИЛОВ Ф.А.**

ШИОДЕРМИЯ

(ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ)

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА



АНДИЖОН – 2023 ЙИЛ

Асосий ишлаб чиқарувчи ташкилот: Андижон Давлат тиббиёт институти.

Тузувчилар:

- 1. Пақирдинов Адхамжон Бегишевич** – Андижон Давлат Тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
- 2. Қадиров Комилжон Зокирович** - Андижон Давлат Тиббиёт институти, болалар хирургияси кафедраси катта ўқитувчиси PhD.
- 3. Фозилов Ферузбек Абдумунинович** - Андижон Давлат Тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси ассистенти.

Тақризчилар:

- 1. Тошкенбаева Умида Алишеровна** – Тошкент Тиббиёт Академияси Дерматовенерология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
- 2. Хамидов Фаррухбек Шаввзович** – Андижон Давлат Тиббиёт институти, Дерматовенерология кафедраси доценти, т.ф.н.

“Пиодермия” номли ўқув қўлланмани педиатрия факультетининг 4 курс, даволаш факультетининг 4 курс ва касб таълим 4 курс талабалари, ҳамда клиник ординаторлар ва магистр резидентлари учун мўлжалланган.

Ўқув қўлланма АДТИ марказий услубий хайъатининг “30” январь 2023 йил № 6 мажлис баённомасида кўриб чиқилди ва илмий кенгашга тавсия қилинди.

Андижон Давлат тиббиёт институти Илмий Кенгашилини 2023 йил 30 январдаги йиғилишида баённома № 6 кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Илмий кенгаш қотиби, доцент

Насритдинова Н.А.



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

GUVOHNOMA



ANDIJON – 2023

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

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

A.B.Пакирдинов, К.З.Кадиров, Ф.А.Фозилов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Педиатрия -5510200

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

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

Пиодермия

nomli o'quv qo'llanmasi

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

_____ ga

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



Rektor  M.M. Madazimov
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100098



СЎЗ БОШИ

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

Дерматовенерология фани ўзбек тилида ёзилган ўқув қўлланмасининг камлиги ва рус тилидаги дарсликларни ўқишда талабаларнинг қийналишлари ва бу ўқув қўлланмада тери тузилиши ва унда пайдо бўлувчи морфологик тошмалар хусусиятлари ёритилмаганлиги мазкур ўқув қўлланмасини ёзишга ундади.

Қўлланма тиббиёт олий билимгоҳларининг талабалари учун кафедра ходимдари томонидан тузилган дастур асосида ёзилган. Бу дастур Андижон Давлат тиббиёт институти ўқув услубий бўлимида муҳокама қилиниб, илмий кенгашида тасдиқланган. Мавзунинг қисқача мазмунида тери анатомияси, гистологияси ва морфологик элементларининг, ривожланиш жараёнининг, клиник белгилари ва замонавий маълумотлар қисқача тарзда берилди. Ҳозирги вақтда ўзбек тилида ёзилган дарслик ва қўлланмаларда баъзап тушуниш кийин бўлган жумлалар учраб турибди. Ўзбек тилидаги терминлар гоҳо масаланинг моҳиятини тўлиқ очиб бераётгани йўқ. Ана шундай камчиликларни четлаб ўтиш мақсадида содда ва аниқ терминлар ва иборалардан фойдаландик. Қўлланмага баҳо бериш ва ўз таклифмулоҳазаларини билдириш китобхонга ҳавола албатта. Аммо китобхоннинг аксариятини талабалар ташкил этишини ҳисобга олиш, уларнинг турли вилоятлардан келганлигини эътироф этиш қўлланмани содда тилда ёзишга ундади.

Хуллас, қўлингиздаги дерматовенерологиядан қисқача ўқув қўлланмаси кўпгипа кўрсатма, талаб ва мулоҳазалар асосида ёзилди.

Қўлланмаинг ўзига хос услубда ёзилганлиги, анъанавий усуллардан четга чиқилганлиги туфайли қатор камчиликлари бўлса, ажаб эмас. Биз қўлланмага доир ҳар қандай таклиф ва танқидий мулоҳазаларни бажонидил қабул қиламиз.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

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

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

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

Инглиз дерматологик мактабига асос солган олимлар Willan (1757—1812) ва Bateman (1778—1821) тери ва таносил касалликларини ўрганишда морфологик йўналишни танладилар. Улар томонидан таклиф этилган

дерматозлар классификацияси тошмалар (доғ, тугун, пуфакча ва бошқалар) морфологиясига асосланган.

Француз дерматологик мактабининг асосчиси Alibert (1766— 1837) нинг таъкидлашича теридаги тошмалар, дерматозларнинг келиб чиқиши ва кечиши организмнинг умумий ўзгариши (ахволи) билан боғлиқ. Alibert шифокорлар учун қўлланма, атлас ёзиб қолдирди ва дерматоз, «сифилид» деган терминларни биринчи бўлиб қўллади. У яратган мактаб оламга бир қанча машхур дерматологлар (Bielt, Bazin, Devergia, Vidal, Besnier) ни етказиб берди.

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

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

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

Ўзбекистонда тери ва таносил касалликлари кафедрасининг очилиши 1920 йили Туркистон Давлат университети ташкил этилиши билан боғлиқ. 1932 йилга келиб Тошкентда тери ва таносил касалликлари илмий-текшириш институти очилди. Ўзбекистон Республикаси ўзининг А. А. Ақовбян, У, М. Мираҳмедов, Р. А. Капкаев, У. К. Белуха, М. М. Обидов, А. Х. Абдуллаев, А. Ш. Вайсов, Э. С. Балуюнц, Ш. А. Ҳамидов, Х. Ш. Шодиев, Х. К. Шодиев, У.Ю., Собиров, А.М. Маннанов, К.Н. Хаитов, М.И. Абдуллаев, У.А. Тошкенбаева, А.Б. Пакирдинов, З.М. Обидова, С.С. Арифов ва бошқалар дерматовенеролог профессор олимлари билан фахрланади. Тери-таносил касалликлари соҳасидаги мутахассислар ҳудудимизда кўп учрайдиган дерматозлар (вителиго, фотодерматозлар, псориаз, лейшманиоз ва бошқалар) нинг келиб чиқиши, ривожланиши ва давоси бўйича чуқур илмий ишлар олиб бормокдалар.

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

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

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

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

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

ЭТИОЛОГИЯСИ

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

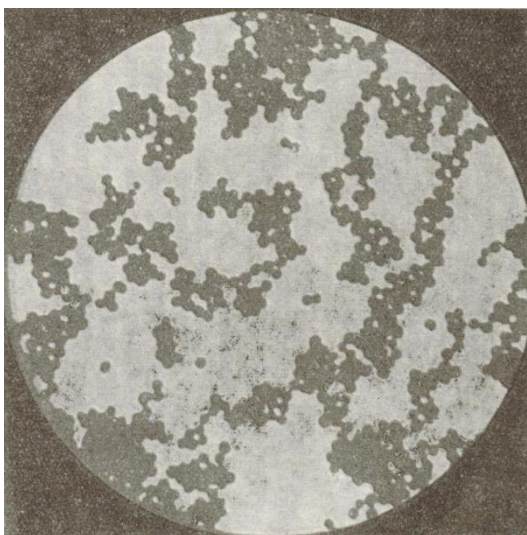
ассоциациялашган холда ажратиб олинади (Балтабаев М.К. 1987 й.; Каламқарян А.А., Бухарович А.М. 1990 й.; Масюкова С.А. 1993 й.).

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

Сурункали пиодермия билан оғриган беморларда типик стафилококклар билан бир қаторда атипик шакллари ҳаманиқланган. Улар антибиотиклар қўлланиши оқибатида, хужайра деворини синтези ингибиция қилиниши оқибатида пайдо бўлган деган фикр мавжуд (Кац Л.Н. 1980 й.). Бундай трансформацияга учраган L-шаклдаги стафилококклар йирик шарсимон бўлиб, уларнинг вирулентлик қобилияти пасайган ва шунинг учун узоқвақт мобайнида яллиғланишчақирмаслиги мумкин, бу эса гуёки беморнинг соғайганлиги тўғрисида нотўғри тасаввур ҳосилқилишга олиб келади, клиницистлар даволаш ва профилактика ишлари олиб бораётганда буни инобатга олишлари зарур (расм № 1).

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

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



Расм № 1. Тилларанг стафилококкларнинг микроскоп остида кўриниши (2000 мартаба катталаштирилган).

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

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

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

Умуман стафилококклар томонидан ишлаб чиқарилувчи токсик маҳсулотларнинг энг эътиборлилари қуйидагилардир:

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

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

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

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

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

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

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

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

босқичда стафилококкларнинг фибрин тўрлари билан ўралиб олиши, уларни ҳам гуморал омиллар таъсиридан, ҳам фагоцитоздан ҳимояқилади; бу эса кўзгатувчини макроорганизмда жойлашиб олиб патологик жараён чақириш учун етарли миқдорда кўпайиб олишига кўмаклашади.

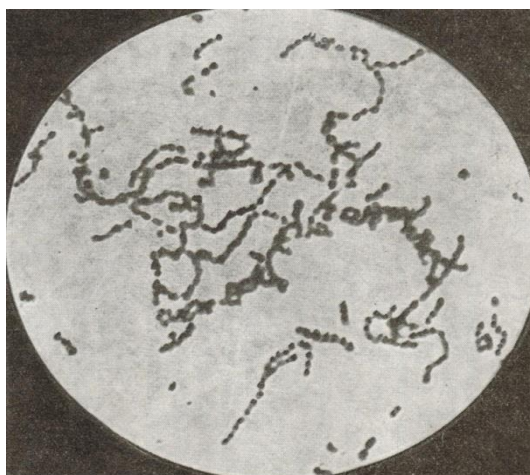
Стафилококкларнинг бошқа микроорганизмлар, масалан микоплазмалар билан ассоциацияланган ҳолда чақирган касалликлари моноинфекцияга нисбатан оғирроқ кечади: яллиғланиш жараёнида экссудатив компонент кучли намоён бўлади, кўпинча фиброз-некротик жараёнга олиб келади, майда қон томирларининг тромбози кузатилиб,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

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

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

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

Стрептококклар (грекча streptos – занжир ва kokkos – дон) L.Pasteur томонидан 1879 йили сепсис ва йирингли инфекцияда аниқланган, стрептококклар шарсимон шаклда бўлиб, диаметри 0,8-1,0 мкм, ҳар хил узунликдаги занжир ҳосилқилиб жойлашади. Стрептококкларнинг кўпгина турлари факультатив анаэроб бўлиб, қонли агарда ўсиш хусусиятига қараб α -гемолитик, β -гемолитик ва γ -гемолитик турларга бўлинади (Нобл У.К. 1986). Одамларда энг кўп касаллик чақирувчи тури β -гемолитик стрептококкдир, у ўз навбатида А, В, С, Д, G, Е, F, Н гуруҳларга ажратилади.(Johes. D. 1978). Биохимик, иммунологик текширишлар ёрдамида стрептококклар ҳар хил (α -, β -, γ -, G-) экзотоксинлар, ферментлар ҳосилқилиши аниқланган. Экзотоксинлари цитотоксик, иммуносупрессив ва пиоген таъсир қилади, эритроген фаолликка эга, ҳайвонларни ҳалок қила олади, тўқималарни шикастлайди, ретикулогистиоцитар тизим функциясини пасайтиради, ҳужайра мембранларининг ўтказувчанлигига таъсир қилади. Стрептококкларнинг экзотоксинидан гемолизин, лейкотоксин, некротоксин, фибринолизин, эритрогенли токсин, стрептолизинлар ажратиб олинган. Шунингдек стрептококклар дезоксирибонуклеаза, гиалуронидаза, стрептокиназа (ивиган плазмани эритиб юборади), амилаза (гликогенни гидролиз қилади), рибонуклеаза, протеиназа ва бошқа ферментлар ажратадиларки, бу ферментлар микроорганизмларнинг кўпайиши, ўсиши, озиқланиши учун мукамал шароит яратилишини таъминлайдилар (2 - расм).



Расм № 2. А - гемолитик гуруҳига мансуб стрептококклар (2000 маротаба катталаштирилган).

1. Эритрогенли токсин – камида 2 та (А ва В) тури мавжуд бўлиб, протеин ҳисобланади, трипсин билан парчаланмайди (яъни трипсинга сезгир эмас). Эритроген токсин ишлаб чиқарилиши фаг синтези билан боғлиқ бўлиб, фагишлаб чиқаришини кучайтирувчи омиллар (масалан, УБН) бу токсин чиқишини ҳам кучайтиради.

2. Стрептолизинлар. Йирингли касалликлар чақирувчи стрептококклар етарли шароитда икки хил гемолизин ишлаб чиқарадилар ва улар О ва S стрептолизинлар деб юритиладилар. Стрептолизин О иммун хоссаларига эга бўлган протеиндир. Махсус антитаначалар уни фаоллигини сўндирадилар. Стрептолизин О лейкоцитлар учун токсик бўлиб, томир ичига юборилганда кўпгина лаборатория ҳайвонларини ҳалок бўлишига олиб келади.

3. Стрептокиназа – стрептококк фибринолизини бўлиб, одам қонидаги фибрин ивилмаларини эритиб юборади, плазминогенни фаоллаштиради. Стрептокиназа одам протеаз тизимини кучли фаоллаштирувчи бўлиб, трипсин томонидан парчаланиши кузатилади, бу эса уни протеин эканлигидан далолат беради. Стрептокиназа иммуноген хоссаларга эга, қон зардобидаги антитаначалар унинг фаоллигини тормозлайдилар. Текширишлар шуни кўрсатдики, плазминоген, одам қонининг зардоби ёки плазмаси стрептокиназа ишлаб чиқарувчи стрептококкларнинг вирулентлигини ошириб юборади.

4. Дезоксирибонуклеаза – одам учун патоген бўлган стрептококклар томонидан ишлаб чиқарилади, дезоксирибонуклеин кислотасини деполимеризацияга учратади. Бу энзимнинг тирик ҳужайраларга парчаловчи таъсир қилиш ёки қилмаслиги аниқланмаган, аммо унинг ўлик ҳужайраларга таъсир қилиб парчалаши исботланган. Бу парчаланиш оқибатида пайдо бўлган махсулотлар стрептококклар ва ҳаттобошқа микроорганизмлар ривожланиши учун озик моддаси бўлиб хизмат қилади.

5. Рибонуклеаза – йирингли касалликлар чақирувчи стрептококклар томонидан оз миқдорда ишлаб чиқарилади, рибонуклеин кислотасини деполимеризациясини чақиради.

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

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

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

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

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

Турли-туман касалликлар чақирувчи стрептококкларнинг ўхшашлиги ёки фарқи масаласи ҳозиргача ҳал этилмаган, айниқса терида касаллик чақирувчи стрептококклар кам ўрганилган. Архангельская Е.И. (1979 й.)

келтирган маълумотларга кура диффуз стрептодермия ва микробли экзема касалликлари билан хасталанган беморлардан ажратиб олинган 204 штаммдаги стрептококкларнинг 87,2% β -гемолитик, 12,8% эса α -гемолитик (яшил) бўлган. Терида йирингли касалликлар келтириб чиқаришда β -гемолитик стрептококкларнинг А-гурухга мансуб штаммлари кўпроқ (қарийб учдан икки қисмида) рол ўйнайди (Connor B.L., 1972).

ПАТОГЕНЕЗИ

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

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

8. Касбга оид омиллар.

Терининг ҳаддан зиёда қирланиши, гигиенага риоя қилмаслик, иш жойларининг (саноат корхоналарида) юқори даражада чанглиги туфайли юзага келади. Айрим соҳа ишчилари (масалан кўмир санотида, оҳак, тупрок, цемент билан ишловчилар, қурувчилар ва х.к.) учун бу касбга оид омиллардир. Шунингдек терининг микротравмалари ҳам ишлаб чиқаришда (механиклар, металл қуювчилар, дегрезлар, пайвандчилар ва х.к.) ёки турмуш юмушларини бажаришда келиб чиқиши мумкин.

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

Терининг меъёрдаги микрофлорасининг патоген микроорганизмлар билан конкуренцияга кириши ҳаммаълум аҳамиятга эга эканлигини кўрсатиб ўтмоқ зарур. Теридаги одатий учрайдиган нопатоген микроорганизмлар

патоген микроорганизмларга, масалан *S. aureus*га қарши курашиб, уни терида ўрнашиб олишига йўл қўймайди.

Агар ҳар хил антибиотиклар таъсирида терининг нормал микрофлорасига шикаст етказилса, унда патоген микроорганизмлар доминант бўлиб олади ва терини зарарлаши (шикастлаши) осонлашади. Marples R.R., Kligman A.M. (1969) томонидан терида неомисин билан бир вақтда унга чидамли бўлган *S. aureus* штамларини аппликация қилиниши пиодермитлар ривожланишига олиб келиши аниқланган, яъни неомисин терининг нормал микрофлорасини камайтирган, ҳамда неомисинга чидамли бўлган стафилококк штаммини ривожланиб, терида касаллик чақиришига шароит яратиб берган. Lacey R. W. (1969) маълумотлари бўйича, неомисин, канамицин, гентамицин каби антибиотиклар эпидермисдаги эркин ёғ кислоталарининг одатдаги антибактериал таъсирини ингибиция қилади, яъни терининг тер-ёғ қопламасининг антибактериал хусусиятини пасайтиради, натижада патоген микроорганизмларнинг терида ривожланиши учун шароит яратилади.

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

1. Тинка қуриши (толиқиш);
2. Етарли даражада озикланмаслик, истеъмол қилинаётган озик маҳсулотларида бирор зарур модданинг етишмаслиги, айниқса оқсил моддаларининг;
3. Гиповитаминозлар;
4. Сурункали интоксикация;
5. Қандли диабет, яъни углеводлар алмашинувининг бузилиши;
6. Овқат хазм қилиш тизими аъзоларининг хасталиклари;
7. Эндокринопатиялар, қалқонсимон без ва гипофиз фаолиятидаги етишмовчиликлар;

8. Сурункали йирингли инфекциялар ўчоғининг (теридан бошқа аъзоларда) мавжудлиги;
9. Иммуни тизимидаги бирламчи ва иккиламчи етишмовчиликлар;
10. Узоқвақт кортикостероид гормонлари ва цитостатиклар қабулқилиш.

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

Кўпинча юқорида келтирилган экзоген ва эндоген омилларининг биргаликда, бир вақтда таъсир қилиши кузатилади. Касалликларнинг ривожланишида микроорганизмларда мавжуд бўлган омилларнинг ҳамўзўрни бор, яъни касалликнинг ривожланиши ва кечиши макро- ва микроорганизмларнинг ўзаро муносабатига боғлиқ. Тузилишининг ўзига хос жихатлари (капсула, А оксиди, тейхой кислоталари ва х.к.лар) ҳисобига стафилококклар фагоцитлар фаоллигига ва махсус антитаначаларга қарши тура оладилар, улар томонидан чиқариладиган ферментлар турли-туман вазифаларни бажарадилар. Гиалуронидаза инвазияга кўмак беради, ДНКза озиқ моддалар билан таъминлайди ва бегона ДНКни микроб хужайраси ичига киришдан саклайди, коагулаза тромб ҳосилбўлишини чақиради ва стафилококк атрофида фибринли «ғилоф» яратади, фибринолизин эса фагоцитлар микроблар жойлашган жойга етиб боришини таъминловчи

фибрин ипларини парчалайди (Скрипкин Ю.К., Мордовцов В.Н., 1999). Стрептококк инфекциясида М-протеин фаол катнашади ва нейтрофиллар хемотаксисини сусайтиради (сўндиради), стрептолизинлар гемолизни кучайтиради, ДНКаза ва гиалуронидаза стрептококкларнинг териға киришини таъминлайди.

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

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

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

Чидамлиликининг бошқа турларига шунингдек, стафилококкларнинг микрокапула ҳосилқилиб олиши, иммуноглобулин қопламасидан пайдо бўлган капсулалар, β -лактамаза ферментини ишлаб чиқарувчи штаммларнинг пайдо бўлиши, L-трансформацияси ва х.к.лар киради (Анатов А.К., Зуева В.С., 1983; Быков А.С. ва бошқалар, 1988; Навашин С.М., Навашин П.С., 1990; Никитин А.В. 1990; Маслюкова С.А. ва бошқалар, 1993; Clewell D. V. et al. 1985).

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

Пиодермитларда иммун тизими кўрсаткичларида қуйидаги ўзгаришлар намоён бўлади: Т-ва В-лимфоцитларнинг ва иммуноглобулинларнинг камайиши, нейтрофилларнинг фагоцитар фаоллигининг ва носпецифик ҳимоя омилларининг пасайиши. Бу ўзгаришлар кўпинча касалликни

келтириб чиқарган микроорганизм томонидан чақирилган эмас, балки жараённинг оғирлигига, унинг тарқоқлигига ва муддатига боғлиқ (Лесницкий А.И. 1985; Савицкая Л.Н., 1987). Иммуни бузилишларнинг ўзига хос жихати периферик қондаги моноцитлар ва Т-хужайралар миқдоридagi ўзаро алоқадорликнинг ўзгаришидан иборат. Юқорида санаб ўтилган экзоген ва эндоген омиллар, шунингдек микроорганизмлардаги агрессия ва ҳимоя комплекслари алоҳида ёки биргаликда таъсир қилиши оқибатида патологик ҳолат – пиодермитлар келиб чиқади ва ривожланади.

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ СИНФЛАРГА БЎЛИНИШИ (ТАСНИФИ)

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

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

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ СИНФЛАРГА БЎЛИНИШИ:

1. Стафилококкли пиодермитлар

- а) Остиофолликулит
- б) Фолликулит
- в) Вульгар сикоз

- г) Фурункул
- д) Карбункул
- е) Гидраденит
- ж) Везикулопустулёз
- з) Фингернинг ёлғон чипқонлари
- и) Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси
- к) Риттер-Фон-Риттергеймнинг эксфолиатив дерматити

2. Стрептококкли пиодермитлар

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

3. Аралаш этиологияли пиодермитлар

- а) Вульгар импетиго
- б) Сурункали яралар пиодермия

4. Атипик пиодермиялар

- а) Сурункали яралар-вегетацияловчи пиодермия
- б) Шанкрсимон пиодермия
- в) Гангреноз пиодермия

- г) Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси
- д) Гоффманнинг бошнинг емирилиб абсцессланувчи фолликулити ва перифолликулити
- е) Чандиқланувчи фолликулит
- ж) Келоид хуснбузар
- з) Чақмоқ тезлигидаги, тезкор акне
- к) Болдирларнинг пустулез ва атрофик дерматити
- л) Бластомикозсимон пиодермия
- м) Юз пиодермияси
- н) Колликуватив силга ўхшаш пиодермия
- о) Вегетацияловчи пиостоматит
- п) Олат ва мойк халтасининг гангренази

СТАФИЛОКОККЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

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

Стафилококкли пиодермитларда пустила (мадда) конус ёки яримшарсимон шаклда, пустиларнинг қобиғи нисбатан қалин, таранг бўлиб, ичидаги йиринг қўйиқроқ, сариқ-зангори тусдадир, марказида эса кўпинча соч (тук) кўриниб туради. Фақат кичик ёшдаги болалардагина стафилококклар терида соч-ёғфолликулалари ва тер безларига алоқаси бўлмаган, силлиқ терида жойлашган юзаки пуфаклар ҳосилқилади. Бунга сабаб эса, чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда тери морфологик жихатдан етарли шаклланган эмас, асосий мембранинг заифлиги ва сўрғичларнинг теккислиги туфайли эпидермис дерма билан мустахкам боғланган эмас, шунинг учун патоген стафилококклар тушганда пуфак

кўринишидаги нофолликуляр элементлар пайдо бўлади, бу эса касалликнинг оғир кечишига ва кенг тарқалишига олиб келади (расм № 3).



Расм № 3

Стафилодермияларга қуйидагилар киради: остиофолликулит, фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, вульгар сикоз. Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда везикулопустулез, Фингернинг псевдофурункулези (терининг кўп сонли абсцесслари), эпидемик чилла яра, Риттер фон Риттергеймнинг эскфолиатив дерматити, терининг стафилококкли куйиш синдроми каби касаллик турлари ҳам учрайди. Бундан ташқари нисбатан кам учрайдиган, стафилококklar томонидан чақирилган касалликларга чандиқланувчи фолликулит (акне), Гоффманнинг абсцессланувчи фолликулити, энсанинг склерозланувчи фолликулити, Аллопонинг вегетацияловчи пиодермити кабилар киради.

ОСТИОФЛЛИКУЛИТ ЁКИ СТАФИЛОКОККЛИ ИМПЕТИГО

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

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

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

Керосин, бензин, суртиш мойлари, катрон каби махсулотларни терига тез-тез тушиб туриши туфайли пайдо бўлган остиофолликулитлар касбга алоқадор ҳисобланиб, элементлар кўп миқдорда пайдо бўлади, кўпинча чуқур фолликулитга айланиб кетади. Остиофолликулитлар 2-10 ёшдаги болаларда учраганда бичилиш, кўп терлаш, совуққотиш ёки исиб кетиш, тери парваришига эътибор бермаслик ҳолатлари сабаб бўлади.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Шох қаватнинг остида, соч халтасининг оғзи атрофидаги эпителий қаватда фибрин, полиморф ядроли лейкоцитлар, оз миқдорда лимфоцитлар сақлаган пуфак пайдо бўлади. Гимза ёки Грамм усуллари билан бўялганда ҳужайрадан ташқарида ёки нейтрофиллар ичида

жойлашган кўпгина стафилококкларни топиш мумкин. Дерманинг сўргич қаватида, кенгайган капиллярлар атрофида жойлашган нейтрофиллар ва лимфоцитлардан ташкил топган яллиғланишли инфильтрат ҳосил бўлади.

ФОЛЛИКУЛИТ (Folliculitis)

Фолликулит – соч фолликуласининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Пиодермитларнинг бу турида стафилококклар фолликуланинг деярли ҳамма қисмида яллиғланишчақирган ҳолда унга чуқур кириб боради. Касаллик бошланишида қизил рангдаги оғрувчи тугунчалар пайдо бўлади. 2-3 кун ўтгач, улар ўртасида соч бўлган маддага айланади. Бир икки кунда мадда суюқлиги чиқиб кичик ярача ҳосил бўлади (расм № 4).



Расм № 4. Остиофолликулитлар ва фолликулитлар.

Касаллик 5-7 кунда якунланади ва чуқур фолликулит ўрнида кичик нуқтасимон чандиқ қолади, бунда соч сўргичи емирилади ва қайта тикланмайди. Чуқур фолликулитларнинг кўпроқ жойлашадиган соҳалари: бошнинг сочли қисми, бўйиннинг орқа томони, алоҳида-алоҳида жойлашганлари турли соҳаларда учраши мумкин.

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

ВУЛЬГАР СИКОЗ (*sycosisvulgaris*)

Оддий сикоз сурункали қайталанувчи пиодермит бўлиб, ўзига хос хусусиятларга эга: 1. Касалликка чалинган фолликулаларда бетўхтов равишда остиофолликулит ва фолликулит кўринишидаги қайталанган элементлар ҳосилбўлади. 2. Касалланган соҳадаги қарийб барча фолликулаларнинг жараёнга тортилиши; 3. Секинлик билан, торпид кечиши; 4. касалликнинг клиник манзараси аста-секин ривожланади (расм № 5).



Расм № 5. Вульгар сикоз.

Касаллик бошланишида остиофолликулитлар ва фолликулитлар пайдо бўлиб, улар соқол-мўйлов соҳаси, бурун қанотлари деворининг ички юзаси, қош-қовоқлар қирғоқларида жойлашадилар, кейинчалик кўпая бориб, кенгроқ майдонни эгаллашга мойилдирлар. Остиофолликулитлар атрофида яллиғланишли инфильтрат ривожланади, натижада зарарланган жой зичлашади, кўкимтир-қизғиш холга келади, баъзан оғриқбўлиши мумкин. Кейинчалик бир неча жароҳат жойлари ўзаро қўшилиб, маддалар йиғиндиси – конгломератни ҳосил қилади. Маддалар пўсти ёрилгач, йиринг сочларга ёпишган холда кир-сарғиш қалоқ ҳосилқилиб қотади. Зарарланган жойдаги соч юлинса, унинг ўзак қисмида желатинасимон тиниқ муфтани кўриш мумкин. Оддий сикоз одатда узок вақт, йиллаб давом этади, вақти-вақти билан кўзгайди, юзда жойлашганлиги сабабли рухиятга салбий таъсир этади. Субъектив аломатлардан беморни ачишиш, бироз қичишиш ёки санчиш безовта қилиши мумкин.

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

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

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

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

Вульгар сикознинг ўзига хос бўлган шаклларида бири люпоидли сикоз бўлиб, бу касаллик ҳам стафилококклар томонидан чақирилади. Касалликнинг бошланиш даври одатдаги сикоз билан бир хил. Асосан юз соҳасидаги тери зарарланади. Остиофолликулит ва фолликулитлар ҳосил бўлгач, перифолликуляр инфилтрат шаклланади, у секин аста атрофга ва

ичкарига (чуқурқаватларга) қараб тарқала бошлайди. Сурункали яллиғланиш жараёни соч фолликулаларини халокатга (емирилишга) олиб келади, сочлар тўқилиб кетади, касаллик марказида ясси чандиқ шаклланади. Бу чандиқ юзаси силлик, шакли думалоқ, диаметри 1-2 см атрофида. Чандиқ атрофида вақти-вақти билан фолликуляр пустулалар пайдо бўлади, улар қўшилиб яна худди юқоридаги каби патологик жараён давом этади. Касаллик торпид равишда кечади, даволаш жуда мушкуллашади.

ФУРУНКУЛ (furunculus), ФУРУНКУЛЕЗ (furunculosis)

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

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

Якка холда учраганини фурункул, 2 тасини фурункуллар, 3 ва ундан ортиқмикдордагисини фурункулез деб юритилади.

КЛИНИК КЕЧИШИ. Касаллик ривожланишида 3 босқич мавжуддир:

1. Инфилтрат ривожланиш босқичи; 2. Йиринглаш ва некротизация учраш босқичи; 3. Чандиқҳосилқилиб, тузалиш босқичи.

Касаллик бошланишида дерманинг чуқурқаватида соч фолликуласи атрофида кучли оғриқ билан кечадиган қип-қизил тусдаги ноаниқ чегарали, тери сатхидан кўтарилиб турувчи чекланган инфилтрат пайдо бўлади. Инфилтрат секин-аста катталашади, оғриқ кучаяди, яллиғланиш зўрайиб, атрофдаги тўқималарда шиш ва гиперемия зўраяди, инфилтрат марказида пустиула ҳосил бўлади. Инфилтрат юмшаб боради, 3-4 кунда касалликнинг иккинчи босқичи юзага келади. Фурункул диаметри 1 см дан 3 см гача этади, унинг марказида йирингли некротик ўзак шаклланади. Фурункул соҳасидаги тери силлик, кўкиш товланувчи, инфилтрат конуссимон шакли олади. Бу даврда оғриқ зўраяди, ҳарорат 37-38° С гача кўтарилиши, умумий беҳоллик,

хорғинлик, бош оғриғи ва бошқа белгилар пайдо бўлади. Сўнгра мадда қобиғиўз-ўзидан ёки бирон таъсир натижасида ёрилади ва фурункулдан қон аралашган холда йиринг чиқади, касаллик ўчоғининг марказида некротик ўзак кўзга ташланиб туради. Бу некротик ўзак аста-секин йиринг билан бирга чиқиб кетади.

Ўзак чиқиб кетганидан сўнгўрнида яра ҳосилбўлади, шиш ва оғриқйўқолади, инфилтрат аста-секин сўрилади, ҳосилбўлганфурункул яраси грануляция билан тўлади ва 3-5 кун ичида чандиқ пайдо қилиб битади. Аввалига чандиқ тўққизилбўлиб, аста-секин оқиш тус олади, баъзан эса зўрға билинадиган даражада кичик бўлади (расм № 6).

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



Расм № 6. Фурункул.

Юмшоқтўқималар оз бўлган ёки бўлмаган соҳаларда (болдирнинг олдинги юзаси, бўғимлар соҳаси, бармоқларнинг орқа юзаси, бошнинг сочли қисми) жойлашган фурункуллар кучли оғриқ чақирадилар. Тери ости ёғ клетчаткаси яхши ривожланган соҳаларда (сонда, думбада, билакда, елкада) фолликула атрофида кучли инфилтрат йиғилиши ҳисобига фурункуллар ўлчами катта бўлади. Фурункул бор беморда бошқа интеркуррент касалликлар бўлса, у абсцессга айланиши мумкин (абсцессга ёки флегмонага

айланган фурункул). Кафт ва товондан бошқа барча соҳаларда фурункулар учраши мумкин. Якка холларда фурункул айниқса энсада, тирсак, бел, қорин, думба, оёқлар терисида кўплаб пайдо бўлади. Ташқи эшитув йўли фурункули оғриқнинг кучлилиги билан ажралиб туради. Оғриқайниқса тунда ва кулоқ супрасининг олдинги тоғай қисмига босилганда кучаяди. Оғриқ сўрғичсимон ўсимта, бош суяги, кўзсоҳаси, танглайнинг бурун қисмига иррадиация қилади. Деворларининг шиши оқибатида ташқи эшитув йўли тўсиб қўйилади ва эшитиш мумкин бўлмай қолади (расмлар № 7,8,9).



Расмлар № 7,8,9. Фурункул (касалликнинг ҳар хил босқичлари).

Бунда кулоқ супраси гиперемияга учраган, шишган бўлади. Ажралиб чиқаётган йирингда мавжуд бўлган вирулент стафилококклар ўртақулоқнинг йирингли яллиғланишига олиб келиши мумкин ва аксинча, яъни ўртақулоқнинг яллиғланиши оқибатида ажралиб чиқаётган йиринг ташқи эшитув йўлида фурункул чақириши ҳам мумкин.

Фурункулар юз соҳасида (юқори лабда, бурун-лаб бурчагида) жойлашганда алоҳида хавф туғдирадilar, чунки бу ерларда улар ёмон сифатли кечиш хусусиятига эгадирлар. Касалликнинг ёмон сифатли кечаётганидан оғриқнинг кучайиши, шишнинг катталашиб зичланиши,

инфилтратнинг юқори лаб, бурун бурчаги томонга қараб катталаша бориши, баъзан кўзнинг ички бурчагига етиб бориши, терининг кўкиш-қизил, тўқкўк тус олиши, ҳароратнинг 40-41° С кўтарилиши, бош оғриши, уйқуга мойиллик, умумий аҳволнинг кескин оғирлашуви далолат беради. Бундай холларда сепсис ёки миянинг юзаки ва чуқур вена томирлари тромбози ривожланиши хавфи туғилади.

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

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

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

ДИАГНОЗ. Умумий холларда диагноз қўйиш қийин эмас. Сибир яраси (куйдирги), гидраденит, инфилтратив-маддаловчи трихофития билан дифференциация қилиш керак. Сибир ярасида усти кўнғир-қора струп (қалок, қора-кўтир) билан қопланувчи папула-везикула пайдо бўлиб, дерма ва гиподермада кучли инфилтрат ривожланади, кучли оғриқ ва умумий холатнинг анча оғирлашиши билан кечади. Гидраденит асосан қўлтиқ остида, қов бурмаларида, сийна сўрғичи соҳасида, орқа пешов атрофида учрайди, марказида некротик ўзак бўлмайди. Инфилтратив-маддаловчи трихофития кўпроқ бошнинг сочли қисмида, соқол-мўйловлар соҳасида жойлашади, диагноз қўйиш учун анамнезга (уй ҳайвонлари билан контакт), оғриқнинг ва йирингли-некротик ўзакнинг йўқлигига, суртмада замбуруғлар топилишига эътибор берилади.

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

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

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

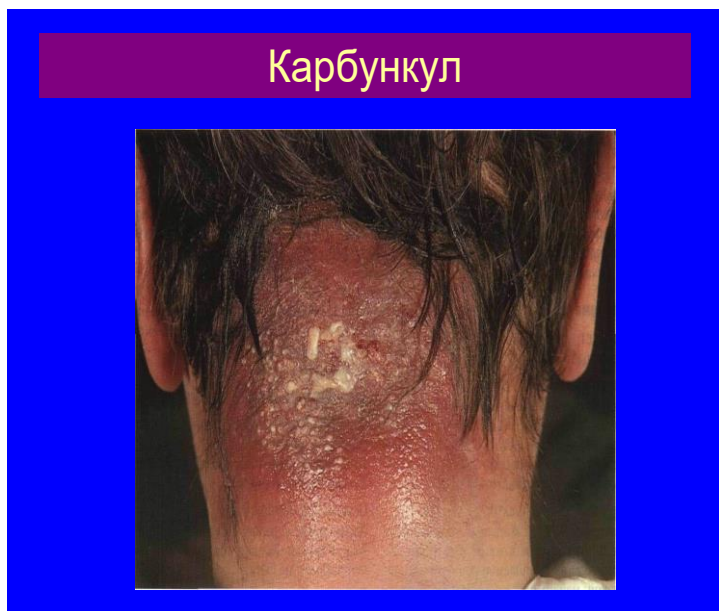
КАРБУНКУЛ (Carbunculus)

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

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

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик бошланишида бир неча соч фолликуласида бирданига ёки бирин-кетин қаттиқ инфильтрат пайдо бўлиб, булар бир бутун инфильтрат ҳосилқилиб қўшиладилар. У катталашиб баъзан болалар кафтича бўлиши мумкин. Унинг юзаси яримшарсимон шаклда бўлиб, тери таранглашади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади. Инфильтрат маркази кўкимтир, атрофи қизғич рангда бўлади ва кучли оғриқ билан

кечади. Бу инфилтрат ривожланаётган биринчи босқич бўлиб, у 8-12 кун давом этади. Кейин инфилтратнинг марказий соҳасида, соч фолликуласи атрофида некроз кузатилади ва бир нечта маддалар шаклланади. Уларнинг қобиғи қорамтир тусга киради, ёрилади ва ғалвирни эслатувчи бир нечта тешик пайдо бўлади. Булардан қон аралаш сарғимтил-яшил рангли йиринг оқиб чиқа бошлайди. Карбункул марказидаги бошқа соҳалар ҳам секин-аста некрозга учрайди (расм № 10).



Расм № 10

Ажралиб чиққан массалар ўрнида чуқур яра шаклланади. Ҳосил бўлган яранинг қирғоқлари нотекис, тубида яшил-сарғимтир некротик стерженлар кўзга ташланиб, улар жуда секинлик билан ажралиб чиқадилар. Бу некротик стерженларни куч билан олиб ташлаш қийинчилик туғдиради, чунки касаллик ўчоғидаги барча фолликулалар бир вақтнинг ўзида некрозга учрамайди, балки бирин-кетин, маълум фурсат оралиғида некрозга учрайди, шунинг учун некрозга учрамаган фолликулаларни атрофдаги тўқималар билан яхши алоқа бириктирган бўлади. Икки ҳафтадан кейин, баъзан ундан ҳам кеч некротик стерженлар осонлик билан ажралиб чиқади. Некротик массалар чиқиб кетгандан сўнг ҳосил бўлган яра чуқур, баъзан мушакларга етиб боради, туби нотекис, унда шиллиқ-йирингли қоплама кўриниб туради,

осон қонайди, қирғоқлари кўкимтир, шалвираб турувчи нотекис. Яра атрофида узоқвақт инфильтрат сақланиб туради.

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

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

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

Асоратлари: флебитлар, тромбофлебитлар, бош мия синуслари тромбози, септицемия, умумий септик холат, мияга, ўртақулоққа, ўпкага, юрак клапанлари ва мушакларига, жигарга, буйракка ва бошқа аъзоларга метастаз бериши.

ДИАГНОЗИ. Диагноз қўйиш қийин эмас. Сибир ярасида (куйдиргида) тўқималардаги шиш ривожланган бўлади, мадда соҳасида кўмирни (anthrax) эслатувчи қора струп (қора қўтир) пайдо бўлади ва специфик қўзғатувчи -

аэроб граммусбат куйдирги таёқчаси топилади. Юқорида келтирилган клиник кўриниш бўйичакарбункулни фурункулдан фарққилиш мумкин.

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

ГИДРАДЕНИТ

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

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

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

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Бошланишда дерма ёки гиподерма қаватида пальпация қилинганда билинадиган якка-якка холда жойлашган нўхот дони катталигидаги қаттиқ тугунлар аниқланади. Бу даврда беморлар

бироз кичишиш, шу соҳада ноқулайликлар ёки оғриқ сезадилар. Тугунлар устидаги тери шу вақтда хали ўзгармаган, ранги одатдагидек. Яллиғланиш кучайиб борган сари тугунлар диаметри катталашиб 1-2 смгача етади. Тугун устидаги тери қизаради, қизил-кўкимтир тус олади, тугунлар бир-бири билан ёпишиб қонгломерат ҳосилқилганлиги туфайли тери юзаси пальпацияда нотекис, баъзан эса шу соҳанинг бир неча жойи сўрғич каби соғлом теридан кўтарилиб туради («ит эмчаги»), оғриқ кучаяди, шиш ривожланади. Тугунлар юмшайди, флюктуация пайдо бўлади, кейин улар ўз-ўзидан ёрилиб, қон аралаш қаймоқсимон кўринишдаги йиринг оқиб чиқади, некротик ўзак пайдо бўлмайди. Баъзан флегмонани эслатовчи тарқалган, қаттиқ, тахтасимон инфильтрат пайдо бўлади (расмлар № 11,12).



Расмлар № 11,12 . Гидраденит.

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

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

Қўлтиқ ости гидраденити аксарият холларда бир томонлама учрайди, гоҳо бир вақтнинг ўзида икки томонлама бўлиши ҳам мумкин. Касаллик ўртача 10-15 кун давом этади, лекин кўпинча узоқвақтқайталаниб кечиши

(айниқса семиз, гипергидроз кузатилувчи, қандли диабетга чалинган ва тери гигиена қоидаларига етарлича эътибор бермайдиганларда) кузатилади.

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

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

ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ (vesiculopustules)

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

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

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Зарарланиш тер безларининг устки қисмидан бошланади. У ерда аниқ гиперемияли ҳошия билан ўралган, бири-бири билан қўшилмайдиган пўстлоғи қалинбўлган кичкина маддалар пайдо бўлади. Кўп учрайдиган жойлари қўлтиқ ости ва чов бурмалари, бошнинг

сочли қисми, тана терисидир. Касалланган болаларни ўз вақтида даволанмаса, жараён катта соҳаларни қамраб олади ва атрофга кенг тарқалади.

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

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

БОЛАЛАРДАГИ КЎП СОНЛИ АБСЦЕССЛАР

(Absessus multiplex infantum) ёки

ФИНГЕРНИНГ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗИ

(Pseudogurunculosis Finger). ПЕРИПОРИТ

Кўп сонли абсцесслар эккрин тер безлари танасининг йирингли яллиғланиши бўлиб, чақалоқларда ва бир ёшгача бўлган болаларда инфекциянинг эккрин тер безларининг чиқарув йўлларига ва ўрамчаларига кириши оқибатида ривожланади. Агар жараён эккрин тер безларининг чиқарув йўллариинигина қамраб олса, у холда перипорит ривожланади, тер безларининг танасига ҳамтарқалса кўп сонли абсцесслар келиб чиқади.

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

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

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Болаларда кўп сонли абсцесслар кўпинча бошнинг сочли қисмида, тананинг орқақисми, думба соҳаларида жойлашади. Айрим холларда жараён кенг тарқалиб кўкрак, қоринсоҳасини эгаллаши мумкин (расм № 13).



Расм № 13.

Дастлаб касалликка учраган соҳада пальпацияда оғриқ чакирувчи гилос данагича ёки нўхотдек катталиқдаги тугун аниқланади, бу яллиғланиш инфилтрати билан ўралган зарарланган эккрин тер безидир. Дастлаб тугун зич-қаттиқ консистенцияга эга бўлади, аста-секин катталашиб, ўрмон ёнғоғи катталигига эришади ва юмшай бошлайди, бу без тўқимасининг йирингли емирилиши ва атрофдаги тўқималарнинг абсцессланиши оқибатидир. Бу даврда пальпацияда флюктуация аниқланади, оғриқ кучаяди. Касалликнинг бошланғич даврида ўзгармаган тери энди кўкимтил-қизил тусга киради. Тугуннинг марказий қисми емирилиши оқибатида тешилиб қон аралаш йиринг оқиб чиқади. Некротик стержен (ўзак) ҳосил бўлмайди, жараён секинлик билан кечади. Тешик катталашиб яра ҳосил қилиши мумкин.

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

Бемор болаларнинг умумий ахволи қоникарли, ҳарорат кечалари кўтарилади. Аммо нимжон болаларда қулоқнинг яллиғланиши, жигар ва талоқнинг зарарланиши ва ҳатто сепсис келиб чиқиши мумкин. Бундай

холларда тошмалар хуруж қилиб янгитдан пайдо бўлади ва ҳароратнинг кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТнинг ортиши билан ўтади.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Эккрин тер безларининг чиқарув йўлларида дермани ёки уни гиподерма билан биргаликда қамраб олувчи некроз ҳосил бўлади. Тер безининг чиқарув йўли ичида стафилококклар ёки бошқа кўзгатувчилар тўплами кўринади.

ДИАГНОЗИ. Кўкрак ёшидаги болаларда ўткир яллиғланиш белгиларисиз флюктуацияланувчи тугунлар мавжудлигига асосланади. Бу ёшдаги болаларда фурункулез кам учрайди, тошмалар миқдорининг камлиги, ўткир яллиғланиш белгилари ва некротик ўзак мавжудлиги фурункулез учун хосдир. Перипоритни фолликулитлардан дифференциация қилиш зарур, фолликулитда доим соч фолликуласи билан алоқа мавжуд ва мадда марказида кўпинча соч кўриниб туради. Бундан ташқари фолликулитлар фурункулар каби анча катта ёшдаги болаларда пайдо бўлади. Баъзан скрофулодерма билан дифференциация қилиш керак бўлади, у кўпроқ якка холдаги зарарланиш бўлиб, тезда марказий қисмининг емирилиши ва ёрилишига олиб келади, аста-секин грануляция билан қопланувчи, оз миқдордаги сероз суюқлиги ажралиб турувчи яра пайдо бўлади.

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

ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ЭПИДЕМИК ЧИЛЛА ЯРАСИ

(*Pemphigus neonatorum epidemicus*)

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

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

Патоген стафилококклар янги туғилган чақалоқ терисига киндикдан (киндик кесилган пайтда асептика ва антисептика қодаларига риюя қилинмаслик оқибатида) инфекция тушган, ёки ҳаво томчи йўли орқаличақалоқ билан мулоқотда бўлган шахслардан тушиши мумкин. Олимларнинг изланишлари шуни кўрсатдики, терида эксфолиация чақириш (яъни клиник жихатдан пуфаклар ҳосилбўлиши билан кечувчи касаллик чақириш) хусусиятига фақат II фаго гуруҳига мансуб бўлган стафилококкларгина эгалар (Lyell et al. 1964; Dajani A., 1972). Стафилодермияларнинг терининг эксфолиатив жароҳати билан кечувчи уччала шакли (эпидемик чилла яра, буллезли импетиго, эксфолиатив дерматит) ҳам II фаго гуруҳга мансуб бўлган стафилококклар томонидан чақирилиши исботланган. Стафилодермияларнинг пуфакли шакллариининг ўзига хос кечиши, айрим ҳолларда эса пуфак ичидаги суюқлик стерил қолгани ҳолда стафилококкли инфекция ўчоғи эса теридаги бу жароҳат соҳасидан узоқда жойлашганлиги каби омиллар терининг бу жароҳатлари патоген стафилококклар *in vivo* ишлаб чиқарувчи экстрацеллюляр махсулотлар томонидан чақирилаётганидан далолат беради.

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ. Касаллик ўта юқумли бўлиб, унинг бош манбаи пиодермия билан оғрувчи ёки яқинда оғриган тиббий ходимлар ёки

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

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик чақалоқхаётининг биринчи кунларидаёқ ёки 7-10 кунларида бошланади. Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси кўпинча теридаги гиперемия фонида пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланади. Касалликнинг дастлабки соатларида пуфакнинг қобиғи оқ рангли шалвираган, бўш, пуфак ичидаги эксудатив суюқлик эса оз миқдорда бўлади, пуфак теридан бирозгина кўтарилиб туради. Кейин эса пуфакларнинг ўлчами катталашади, ичидаги эксудат кўпаяди, пуфак таранглашади, ичидаги сероз суюқлик сероз-йирингли тус олади. Пуфакларнинг юпқа қобиғи осонлик билан ёрилиб, диаметри 2-3 ммдан бир неча смгача бўлган эрозия сатҳлари ҳосил бўлади. Эрозиянинг қирғоқлари нотекис, пистонсимон, кунгираддор туби сернам, пушти-қизил рангли, доим сероз, сероз-йирингли суюқлик чиқиб туради, эрозия атрофида эпидермис шокилалари кузатилади. Ажралиб чиқаётгансуюқлик қотиб сероз-йирингли, сарғиш-кулранг қалоқлар ҳосил қилади (расм № 14).

Эпидемик чилла яраси



Расм № 14.

Пуфакларнинг катталиги ва шаклига қараб эрозиялар думалок, овалсимон, полициклик шаклда бўлиши мумкин. Касаллик оғир кечганда эрозиялар бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар. Жуда тез фурсатда, бир неча кун ичида касаллик чақалоқ терисининг катта қисмини камраб олиши мумкин. Қувватсизланган, чала туғилган болаларда касаллик пуфаклар ёрилгандан сўнгчиққан йирингнинг аутоинокуляцияси ҳисобига тезда тарқалади. Баъзан эса пуфак ёрилиб, марказида сарғиш қалоқҳосилқилибқотади, унинг атрофида эса янги пуфаклар пайдо бўлади. Безовталиқ, уйқусизлик, ҳароратнинг $38-39^{\circ}$ гача кўтарилиши ва иштахасизлик бўлиши мумкин. Қонда лейкоцитоз, эозинофилия ва ЭЧТ ортиши кузатилади, касалликнинг оғир кечиши туфайли ҳар хил асоратлар: отитлар, пневмония, флегмона ва ҳатто сепсис келиб чиқиши, бундай ҳолларда касалликнинг оқибати чақалоқ учун ёмон бўлиши мумкин. Тошмалар тошиши тўхтагандан кейин қисқавақтда касаллик яна қайталаниши мумкин. Касаллик асоратсиз кечса, 3-5 ҳафта давом этади. Эрозиялар эпителизациясидан кейин вақтинчалик иккиламчи пигментация ва кепакланиш кузатилади. Касалликнинг қай даражада оғирлиги жароҳатланган тери сатҳига, касалликнинг давомийлигига тўғри пропорционалдир.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Пуфакнинг қобиғини ўзгармаган шох қават, асосини эса тикансимон қаватташқил этади. Пуфак бўшлиғида лейкоцитлар,

тикансимон қаватнинг ўлган хужайралари ва кўзғатувчилар бўлади. Дермада сўрғичлар қон томирларининг кенгайиши (сўрғичларнинг шиши ва томирлар атрофида бироз инфильтрация) кузатилади.

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

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

ОҚИБАТИ. Касалликнинг қанчалик тез юққанлигига ва чақалоқлар реактив қувватининг ҳолатига боғлиқ. Яхши сифатли кечган шаклларида прогноз ижобий, ёмон сифатлигида-жиддийроқдир. Антибиотиклар билан

даволаш давридан илгарилари ўлим 50-60% гача етган, ҳозир бу кўрсаткич анча камайган.

РИТТЕРНИНГ ЭКСФОЛИАТИВ ДЕРМАТИТИ

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

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

5 ёшгача бўлган болаларда стафилококклар томонидан чақирилган токсик эпидермал некролиз-ТЭН (яъни Лайел синдроми) учраб туради. Шунингдек чақалоқларда яна терининг стафилококкли куйиш синдроми ёки 4S синдроми (**Staphulococcol Scalded Skin Syndrome**) деб аталувчи касаллик ҳам учрайди (Elias P. et al. 1972). Айрим муаллифлар Лайел синдроми, SSSS ва Риттернинг эксфолиатив дерматити битта касаллик деб қарайдилар. Бу касалликларни Риттер-Лайелл синдроми деб аташни таклиф этадилар (Melish M et al. 1972; Diamond R., Wuerper K., 1977). Уларнинг фикрича баъзи холларда бу синдром айрим дори моддаларига сезувчанликни ортиб кетиши оқибатида юзага келса, бошқа холларда масалан чақалоқларда стафилококк инфекцияси натижасида келиб чиқади. Аммо дори моддалари томонидан чақирилган ТЭНда стафилококкли ТЭНдан(шунингдек SSSS дан)фарқли равишда эпидермиснинг чуқурроққаватлари зарарланиб, базал қаватхужайралари ҳам жараёнда иштирок этадилар. Стафилококклар

томонидан чақирилган касалликда эса эксфолиатив токсин донадор қават остини зарарлашини юқорида (эпидемик чилла яраси касаллигини баёнида) айтиб ўтган эдик. Бу иккала касалликни фарқлаш яна шунинг учун ҳам зарурки, дори моддалари томонидан чақирилган ТЭНда глюкокортикоид дори моддалари асосий даволаш чораси ҳисобланса, стафилококкли ТЭНда стероид гормонлар аксинча тавсия этилмайди (қаршиқўрсатмага эга). SSSSда леталлик унча юқори эмас, Лайел синдромида эса юқори. Катта ёшдаги одамлар SSSS билан қарийб касалланмайдилар. Чунки уларнинг иммун тизими кучли бўлганлиги ва етарли даражада такомиллашганлиги сабабли эксфолиатив токсин тезда парчаланиб организмдан чиқариб ташланади, (Fritsch P. 1974.) Аммо вақти-вақти билан иммуносупрессив терапия олаётган катта ёшдаги одамларда ҳам бу касаллик келиб чиққанлиги ҳақида маълумотлар учраб туради (Achten G., et al. 1975; Stirman S.W., Mal-Rinsan F.B., 1976; Petercon P.K. et al. 1977; Padinder W. 1979; Ridegwau H.S.; Lowe N.J., 1979). Melish M. E. (1980) стафилококкли буллез импетигодан тортиб то энг оғир клиник шакллар ҳисобланган Риттернинг эксфолиатив дерматити, Лайел синдроми ва SSSS гача бўлган касалликларни кузатиб, касалликларда эксфолиатив токсиннинг аҳамиятини ўрганиб чиқди. Буллез импетигода токсимия кузатилмайди (яъни токсин қонга ўтмайди), аммо пуфак ичидаги суюқликда эпидермолитик токсиннинг концентрацияси юқори даражада бўлади (ўртача 18 мг/л). Генерализацияланган касалликларда (Риттернинг эксфолиатив дерматити, Лайел синдроми, SSSS) эса, касалликнинг бошланғич ўткир давридаёқ қонда эпидермолитик токсин пайдо бўлади (яъни токсемия кузатилади). Бундан ташқари бу токсиннинг сийдик билан бирга чиқиши ҳам кузатилади (қонда унинг миқдори қанча юқори бўлса, сийдик билан ҳам шунча юқори концентрацияда ажралиб чиқади). Авваллари стафилококклар фақат бир хил эксфолиатив токсин ишлаб чиқаради деб ҳисобланар эди. Кейинчалик маълум бўлдики, бу токсинларни ишлаб чиқариш стафилококкларнинг плазмидларида ёки хромосомаларида жойлашган генлари томонидан бошқарилади. Иккинчи фагогурух

стафилококкларида юқоридаги иккала тузилмаларга мансуб генлар мавжуддир. Шунинг учун ҳозир бир-бирига жуда ўхшаш, аммо серологик жихатдан бир-биридан фарққилувчи иккита токсин мавжудлиги маълум (Warren R. et al. 1974; Johnson A. et al.1979.). Тилларанг стафилококklar томонидан чақирилган бундай касалликларда ёш болаларда баъзан учраб турадиган скарлатинасимон тошмалар (Faden H. C. et al. 1978; Larredue M. et al., 1977.) пайдо бўлиши феноменининг сабаби деб ҳам ҳозирги вақтда шу токсин кўрсатилади (Powell K. D. 1979.). Адабиётларда I фагогурухга мансуб бўлган тилларанг стафилококklar томонидан ҳам шунга ўхшаш касаллик чақирилганлиги ва бу касаллик мусбат Никольский симптоми билан кечиши ҳақида ҳам хабарлар бор (Todd J. et al. 1978.). Охириги пайтларда кўплаб муаллифлар эксфолиатив дерматит билан стафилококкли ТЭН ва SSSS касалликларини битта касаллик деб қарашадилар (Скрипкин Ю.К. 1995; Каламқарян А.А. 1999; Melish 1980).

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик чақалоқҳаётининг биринчи ҳафталаридаёк юзага келади ва киндик, оғиз соҳаларида аниқ, шишинқираган яллиғланишли эритема билан бошланиб, у тезда бўйин бурмалари соҳасига, кўкрак, жинсий аъзолар ва анус атрофига тарқалади. Шу аснода йирик, шалвираган юпқа қобиқли пуфаклар пайдо бўлади, улар катталашиб, тез орада ёрилиб нам юзали эрозияларга айланадилар. Озгина шикаст таъсирида ҳам шишинқираган, хилвираган эпидермис шу жойда кўчиб чиқади. Эрозия атрофидаги эпидермис шокилаларини пинцет билан тортилганда, улар, кўринишидан соғломбўлган тери сатхидан ҳам кўчиб чиқади (Никольский симптоми мусбат). Касаллик бошланишидан аввал белгилар бўлмаслиги мумкин, бироқ айрим холларда кўнгил айниш, тана ҳароратининг кўтарилиши рўй бериши мумкин. Гоҳо буллез тошмалар устиворлик қилиши, кейинчалик эса эритродермия тусини олиши, бошқа холларда у дастлаб эритродермик ўзгаришлар билан бошланиши мумкин (расм № 15).



Расм № 15.

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

Биринчи босқичда терининг тарқалган қизариши, шишинқираши ва пуфаклар пайдо бўлиши кузатилади. Эпидермисда ва унинг остида ҳосилбўлган экссудат эпидермис айрим соҳаларининг пўст ташлашига ва кўчишига олиб келади (Никольский симптоми). Иккинчи босқичда атрофга қараб тарқалган ва бир-бири билан қўшилишга мойил бўлган эрозиялар пайдо бўлади. Бу энг оғир давр (боланинг ташқи кўриниши худди Лайел синдромидаги каби II даражали куйган одамни эслатади), ҳароратнинг юқори бўлиши, диспепсик бузилишлар, камқонлик, лейкоцитоз, эозинофилия, ЭЧТ ортиши, тана массасининг камайиши, астенизация билан кечади. Учинчи, регенератив босқичда тери гиперемияси ва шиши камаяди, эрозияланган сатҳларнинг эпителизацияси кузатилади.

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

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

Касаллик стафилококкли ТЭН варианты сифатида бошланганда йирингли конъюнктивит, отит ёки юқори нафас йўллари инфекцияси билан бошланади. Сўнгра терида худди ғиштсимон қизил рангли унча ёрқин бўлмаган катта-катта эритема доғлари пайдо бўлади. Касалликнинг клиник манзараси худди Риттернинг эксфолиатив дерматити касаллигини эслатади, яъни терининг кўплаб соҳаларида шалвираган пуфаклар пайдо бўлади.

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

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

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

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

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

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

пасайиши кузатилади. Касаллик ҳароратнинг меъёрий ҳолатида ва қон морфологиянинг ўзгарувисиз кечади.

ЧАҚАЛОҚЛАР БУЛЛЕЗ ИМПЕТИГОСИ

(Impetigobullosaneonatoruu)

Бу касаллик чақалоқлар эпидемик чилла ярасининг енгил кечадиган, абортив шакли ҳисобланади. Касаллик алоҳида-алоҳида жойлашган бир нечта, нўхотдан то гилос данагича катталиқдаги бир камерали юпка қобикли тез ёрилиб намли эрозия ҳосилқиладиган пуфаклар пайдо бўлиши билан кечувчи стафилодермиянинг енгил шаклидир (расм № 16).

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

Болаларнинг умумий ахволи унча ўзгармайди.

Оқибати: яхши.



Расм № 16.

СТРЕПТОКОККЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

(СТРЕПТОДЕРМИЯЛАР)

Стрептококклар стафилококкларга ўхшаб ёғ-соч аппарати ва тер безларини жароҳатламай, балки силлиқ терини, айниқса бурмаларни жароҳатлайди. Стрептодермиялар, одатда юзаки характерга эгадир. Шаффоф суюқликли ва периферик тарқалишга мойил, таранг бўлмаган пуфак-

фликтена бирламчи элемент бўлиб ҳисобланади. Нозик терига эга бўлган болалар ва аёллар кўпроқ касалланадилар.

СТРЕПТОКОККЛИ ИМПЕТИГО (*impetigostreptogenes*)

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

Касалликнинг асосий элементи фликтена бўлиб, бу гиперемияланган, шишган асосдаги, таранг бўлмаган қобиклар ва сероз суюқли юзаки, нофолликуляр бўшлиқли элементдир (расм № 17).



Расм № 17. Стрептококкли импетиго.

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

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

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

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

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

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

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

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

БУЛЛЕЗ ИМПЕТИГО (*Impetigobullosa*)

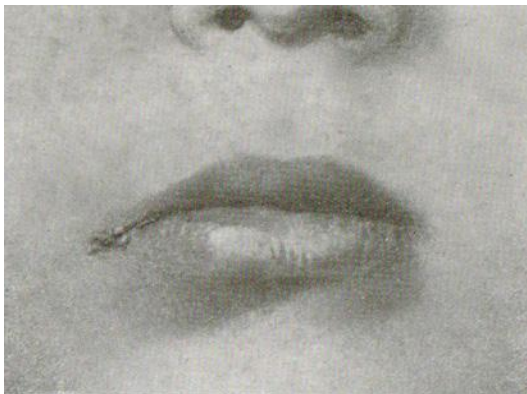
Йирик ўлчамдаги (ёнғоқ ёки тухум катталигида) фликтена ҳосил бўлиши билан характерланади. Уларнинг қобиғи таранг, ичидаги суюқлиги тиниқ. Атрофга қараб катталашуши жуда секинлик билан кечади, атрофида гиперемия ҳошияси доим ҳам кузатилавермайди. Пуфак ёрилгандан кейин ҳосил бўлган эрозия секин-аста катталашади;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

ТИРҚИШСИМОН ИМПЕТИГО (*angulus infectiosus perleche*)

ЁКИ АНГУЛЯР СТОМАТИТ

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

холатлар бурун қанотлари ва кўз тирқишининг ташқи чеккасида жойлашиши мумкин. Касаллик ўзига хос клиник манзарага эга бўлиб, дастлаб оғиз бурчакларида шалвираган пуфакчалар пайдо бўладилар. Улар тезда ёрилиб унча чуқур бўлмаган чизикли ёриқлар ҳосил қилади (расм № 18).



Расм № 18. Ангуляр стоматит.

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

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

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

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

ТИРНОҚ ВАЛИКЛАРИ ИМПЕТИГОСИ – ЮЗАКИ ХАСМОЛ

ЁКИ ТОУРНИОЛ (tourniole)

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

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

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

ОДДИЙ ТЕМИРАТКИ ЁКИ ЭРИТЕМАТО-СКВАМОЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ (pityriasis simplex)

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

Ультрабинафша нурлар таъсири остида доғлар юзасидаги қипиқ тўкилиб, улар янада оқиш тус олади, атрофидаги тери эса тўқроқ рангга эга бўлади ва доғлар яққол ажралиб туради (расм № 19).



Расм № 19. Оддий темиртки.

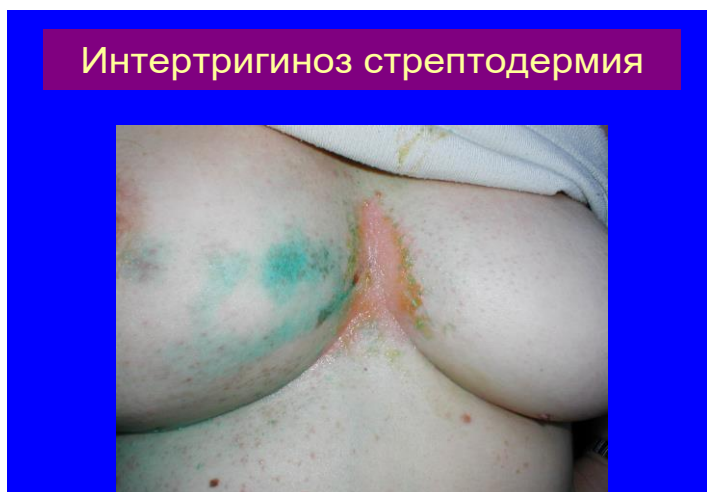
Касаллик асосан баҳор ва куз ойларида кўпроқ учрайди. Болалар муассасаларида касаллик эпидемик тус олиши мумкин. Стрептодермиянинг

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

ИНТЕРТРИГИНОЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ **(intertrigostreptogenes)**

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

Дастлаб ясиқ ёки нўхот дони катталигидаги фликтеналар кўпмиқдорда пайдо бўладилар. Улар бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар, ёрилиб эрозиялар ҳосилқиладилар. Эрозияларнинг сатҳи доим нам бўлиб, ранги қизил, қизил-пушти, чегаралари пистонни эслатувчи кунгираддор, атрофида эпидермис шокилалари кузатилади. Касаллик ўчоғи атрофида алоҳида жойлашган ҳар-хил ривожланиш босқичидаги янги элементлар (сачратқи элементлар) мавжуд (расм № 20).



Расм № 20. Интертригиноз стрептодермия.

Бурмаларнинг тубида ёриқлар пайдо бўлади ва улар оғриқ чакиради. Эрозиялар усти сариқ тусли тиниқ қалоқлар билан қопланган, касаллик ўчоғи атрофида гиперемия ҳошияси кузатилади.

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

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

ЗАХМСИМОН ПАПУЛЕЗ ИМПЕТИГО ЁКИ ПАПУЛА-ЭРОЗИВ СТРЕПТОДЕРМИЯ

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

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

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

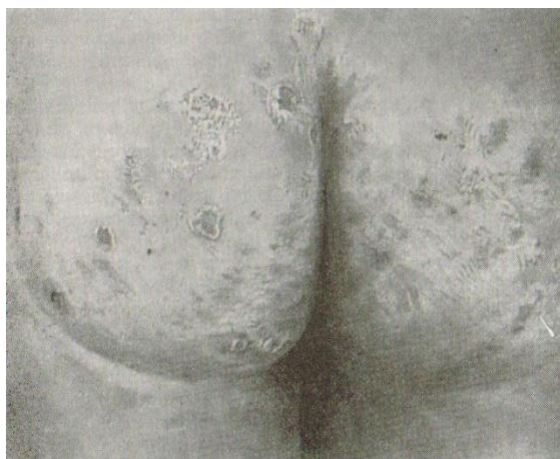
Захмсимон папулез импетигони сифилитик папулалардан дифференциация қилиш зарур. Захм папуласи учун фликтеналар ҳосил бўлиши, атрофга қараб ўсиш хос эмас, эрозиялар тезда ҳосил бўлмайди, унинг атрофида эпидермис шокилалари кузатилмайди, папула атрофида ўткирлялиғланиш аломатлари бўлмайди, сифилитик папулалар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

ЧУҚУР СТРЕПТОДЕРМИЯ ЁКИ ОДДИЙ ЭКТИМА

(Ectymavulgare)

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

қирғоқлари юмшок, шишган, димикқансимон гиперемияга учраган, тери сатҳидан бироз кўтарилиб туради. Ярадан чиқаётган ажралма қўнғир тусли қалоққосилқилибқотади ва у анча қалинлашиши мумкин. Касаллик торпид кечади (расмлар № 21,22).



Расмлар № 21,22. Вульгар эктима.

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

Дифференциал диагностикаси. Импетигодан, фурункулдан, сифилитик эктимадан, колликуватив силдан фарқлаш зарур. Импетигода касалликнинг кечиши ўткирбўлиб яра ва чандикқосилбўлмайди. Фурункул учун некротик стержен ҳосилбўлиши, кучли оғриқ хос (расм № 23).



Расм № 23. Вульгар эктима.

Захм эктимасида яра тубида инфильтрат кузатилади, яранинг қирғоқлари қаттиқ атрофида яллиғланиш аломатлари йўқ, захмга хос бошқа белгилар кузатилади, КСР мусбат натижа беради. Колликватив силда касаллик жуда секинлик билан кечади, ўткир яллиғланиш аломатлари ва пустила йўқ, чандиқ сўрғичсимон кўринишда, туберкулин синамаси мусбат натижа беради.

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

СУРУНКАЛИ ЮЗАКИ ДИФФУЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ

(*Streptoderma chronica diffusa superficialis*)

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

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

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

АРАЛАШ СТРЕПТО-СТАФИЛОКОККЛИ ПИОДЕРМИЯ

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

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

Стрептостафилококкли ёки вульгар импетиго

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

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

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

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

СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ ПИОДЕРМИЯ

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

ПАТОГЕНЕЗИ. Мураккаб ва комплекслидир.

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

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

ўзгаришлар ҳам катта аҳамиятга эга. Сурункали ярали пиодермияда экма олинганда кўпинча стафилококлар, стрептококлар, протей, ичак ва кўк йиринг таёқчалари ўсиши кузатилади (расмлар № 24,25).



Расмлар № 24,25. Сурункали ярали пиодермия.

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

СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ-ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ПИОДЕРМИЯ

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

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

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

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

Шанкрсимон пиодермия

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

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

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

ГАНГРЕНОЗ ПИОДЕРМИЯ

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

муалифлар ҳозир ҳам шу фикрдалар. Аммо охириги йилларда адабиётларда гангреноз пиодермия асосида аллергик васкулит ётади, ҳар хил микроорганизмлар эса сенсбилизацияловчи омил ролини ўйнайди деган қараш кенг ёйилгандир. Кўпгина илмий мақолаларда гангреноз пиодермиянинг иммун бузилишлар билан алоқадорлиги кўрсатиб ўтилади. Кўпчилик клиницистлар гангреноз пиодермия 70-80% беморларда ҳар хил системали (тизимли) касалликлар ва сурункали инфекцион яллиғланиш ўчоғлари (ярали колит, Крон касаллиги, лейкозлар, парапротеинемия, артритлар, карциноидли ўсмалар, ёмон сифатли лимфомалар ва бошқалар) билан бирга учрашини таъкидлашиб, бу касалликларни бирламчи омил деб, терининг касалланишини эса иккиламчи равишда ривожланган деб қарайдилар (расм № 26).



Расм № 26. Гангреноз пиодермия (қандли диабет билан оғриган беморда).

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

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

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

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

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

АЛЛОПОНИНГ ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ПИОДЕРМИЯСИ

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

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

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

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

ГОФФМАННИНГ БОШНИНГ ЕМИРИЛИБ АБСЦЕССЛАНУВЧИ ФОЛЛИКУЛИТИ ВА ПЕРИФОЛЛИКУЛИТИ

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

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

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

ЧАНДИҚЛАНУВЧИ ФОЛЛИКУЛИТ

Син: чандиқланувчи хуснбузар, эпиляцияловчи

ва чандиқланувчи фолликулит.

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

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

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

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

КЕЛОИД ХУСНБУЗАР

Син: бошнинг сўргичли дерматити, энсанинг

склерозланувчи фолликулити

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

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

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

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

Дерманинг бутун қавати бўйлаб полиморф ҳужайрали, пассив ўчоғли инфильтрат кузатилиб, бу инфильтрат нейтрофил лейкоцитлардан, йирик плазматик ҳужайралардан, гистиоцитлардан ва эозинофиллардан иборат. Ўчоғли инфильтратнинг марказида лейкоцитлар тўплами (абцесс) аниқланади.

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

ЧАҚМОҚ ТЕЗЛИГИДАГИ, ТЕЗКОР АКНЕ (ХУСНБУЗАР)

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

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

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

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

БОЛДИРЛАРНИНГ ПУСТУЛЕЗ ВА АТРОФИК ДЕРМАТИТИ

Син: болдирлар сикози, болдирларнинг пустулез ва атрофик фолликулити.

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

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

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

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

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

Декальвацияловчи фолликулит билан дифференциация қилинади.

БЛАСТОМИКОЗСИМОН ПИОДЕРМИЯ

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

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

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

ЮЗ ПИОДЕРМИЯСИ

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

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

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

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

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

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

КОЛЛИКВАТИВ СИЛГА ЎХШАШ ПИОДЕРМИЯ

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

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

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

ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ПИОСТОМАТИТ

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

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

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

ОЛАТ ВА МОЯК ХАЛТАСИНИНГ ГАНГРЕНАСИ

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

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

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

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

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

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

ПИОАЛЛЕРГИДЛАР

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

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

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

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

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

ПИОДЕРМИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

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

1. Маҳаллий даво ўтказиш йўли билан пиодермитлар ўчоғига бевосита таъсир ўтказиш.
2. Касалликнинг кўзгатувчисига қарши умумий этиотроп даво буюриш.
3. Бемор организмнинг патоген микроорганизмларга қаршилик кўрсатиш қобилиятини ошириш мақсадида иммунологик дори моддаларини қўллаш ва бошқа умумий даволар.
4. Беморни текшириш жараёнида аниқланган ва пиодермитлар келиб чиқишига сабаб бўлувчи ёки уларнинг кечишини оғирлаштирувчи интеркуррент касалликларга (гипо ва авитоминозлар, моддалар алмашинуви бузилиши ва х.к.лар) қарши курашиш чоралари.
5. Стафилококлар ва стрептококларнинг касаллик ўчоғидан терининг бошқасоҳаларига ва умуман бошқа аъзоларга, қонга (сепсис) тарқалишини олдини олиш.

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

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

макроорганизмда эса специфик аллергия-сезувчанликнинг ортиб кетиши кузатилади. Оқибатда касалликнинг асоратлари келиб чиқади, даволаш ишлари чўзилиб кетади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Чуқур фолликулит ва фурункулнинг дастлабки босқичларида тоза ихтиол тавсия этилади, чунки ихтиол бактерицид, инфильтрацияни сўрдирувчи, маҳаллий оғриқни қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир қилиш хусусиятларига эга. Бунинг учун фурункул юзасига ихтиол қалинқилиб суртилади ва устига пахтани юпқақилиб ёпиб, маҳаллий бойлам қўйилади. Бойламни айланма эмас балки маҳаллий (дока салфетка қўйиб, лейкопластир ёки клей билан ёпиштириб қўйиш) усулда қўйилишига сабаб, касаллик ўчоғидаги патоген микробларни бошқасоҳаларга тарқалишлигини олдини олиш учундир. Чунки катта, айланма бойламлар қўйилганда улар ҳеч қандай шак-шубҳасиз ўз жойидан силжиши кузатилади ва атрофдаги терига йиринг суртилади, бу эса патоген пиококларнинг диссеминациясига олиб

келади. Пахта ёпишиб ўша соҳақуригач, ихтиол «тандирдаги ёпилган нон» кўринишини олади. Бойламни янгилаш учун ихтиол «нонини» иссиқ сув билан намланса осон кўчиб чиқади. Сўнгра терини 2% салицил спирти ёки камфорали спирт билан артилади ва яна ихтиол «нони» кўйиб бойламни янгиланади. Бойлам кунига 2 махалдан кўйилади. Фурункул сўрилишини тезлатиш мақсадида бойлам устидан куруқ иссиқ (соллюкс лампаси), УВЧ терапия кўллаш мумкин. Тўғри бажарилган тақдирда фурункулни ихтиол билан махаллий даволаш оддий, қулай ва етарли даражада самарали бўлгани холда, амалиётда уни нотўғриқўлланиши оқибатида (бойламлар алмаштирилмайди) самараси анча пасаяди.

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

Фурункулни ташқи томондан даволашда ихтиолдан бошқа дорилардан ҳам фойдаланиш мумкин. «Ируксол» мазидан фойдаланилганда ҳам яхши самарадорлик кузатилади, чунки у антимикроб таъсир этиш хусусиятига эга, ярани некротик массалардан тозалаб, чандиқланиш жараёнини тезлаштиради. Гидраденитни бошланиш даврида физиотерапевтик даво усуллари: УВЧ, УҚТ-терапия, микротўлқинли терапия яхши самара беради. Касалланган соҳа териси 2% салицил спирти билан артиб, тоза ихтиол мази кўйиб турилади. Ёрилгандан кейин эса ярага натрий хлориднинг гипертоник эритмаси билан

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

Сурункали ярали пиодермияни маҳаллий даволаш аввало унинг клиник манзарасига боғлиқ. Ёрилмаган тугунлар ва инфильтратларга тоза ихтиол қўйилади. Яра ҳосил бўлгач эса эктима, фурункул ва бошқа пиодермитлар яраси каби даволанади. Сурункали ярали пиодермиянинг барча турларида физиотерапевтик даволаш усуллари-ультрабинафша нурлари, УВЧ ва бошқалар кенг миқёсда қўлланилади. Бир-бирлари билан оқма йўллари

орқали туташган тугунлар ярага айланган тақдирда жарроҳ аралашуви талаб қилинади, оқма йўллар очиб ташланади, вегетациялар ва сусти грануляциялар қириб олинади, бўшлиқлар дезинфекцияловчи моддалар билан бир неча мартаба юшиб тозаланади. Кўп миқдорда йиринг ажралиб чиқаётган бўлса 2% резорцин ва бошқалар билан нам қуритувчи бойламлар қўйилади. Йиринг чиқиши тўхтагач, тинч даврида ируксол, 2% этоний, левомиколь каби антибактериал мазлар билан бойламлар қўйилади. Чандикланиш жараёнини кучайтириш мақсадида цинк-желатинали бойлам (Zincioxydati, Gluceroni, Gelatinae āā 40,0 Ag. destillatae 10,0) қўйилади. Гангреноз пиодермияни ташқи муолажасида 0,1% хлоргексидин эритмаси билан нам қуритувчи бойлам қўйилади. Яра қирғоқларига 5% калий перманганат эритмаси суртилади. Яра тозаланиб, чандикланиш жараёни бошланганди 2% борат мази, 0,5-1% гексахлорофен мази, 10% висмут мазларидан фойдаланиш мумкин. Абсцессланувчи ва емирилувчи фолликулит ва перифолликулитда фолликулалар ёрилгунга қадар дезинфекцияловчи антисептик моддалар: анилин бўёқларининг спиртли эритмалари, хлорофиллиптининг ёки сангвиритрининг 1%ли спиртли эритмаси, антибактериал мазлар (гелиомицин, гентамицин, 2% этоний, фастин), димексид билан бирга қўйилади. Фолликулалар ёрилиб, яра ҳосил бўлгач, 3% водород пероксид эритмаси, 0,02% фурациллин эритмаси, этакридинлактатнинг 1:5000 нисбатидаги эритмаларидан биронтаси ёрдамида юшиб тозаланади. Яра юзаси артиб қуритилгач, 0,1% хлоргексидин эритмаси ёки трипсин, хемотрипсин каби ферментларнинг новокаиндаги эритмаси стерил салфеткага шимдирилиб 10-15'га қўйилади. Сўнгра эса антибактериал мазлар қўйиб бойланади. Бошқачукур пиодермитлар каби ушбу касалликда ҳам физиотерапевтик усуллардан (УБН, УВЧ, гелий-неонли лазер ва бошқалар) кенг фойдаланилади.

Шанкрсимон пиодермияни ташқи муолажасини бошлашдан аввал бир неча мартаба яра юзасидан материал олиб оқ спирохетага текшириш шарт.

Оқ спирохета топилмаган тақдирда анилин бўёқлари ва антибактериал мазлар ёрдамида даволанади.

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

Умумий антибиотикотерапия учун бактериологик текширувдан кейин касаликнинг кўзгатувчиси, унинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлангач, антибиотикни таъсир доирасини эътиборга олиб танлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки пеницилиназа ферменти ҳосилқилмайдиган стафилококларга яхши таъсир қилувчи антибиотиклар, пеницилиназа ферменти ҳосилқилувчи стафилококларга таъсир қилмаслиги мумкин, ёки стрептококларга яхши таъсир қилувчи антибиотиклар стафилококларга таъсир қилмаслиги мумкин. Бундан ташқари касаллик бир эмас, балки бир неча патоген микроорганизмлар, шу жумладан граммулбат ва грамманфий бўлган микроблар томонидан чақирилган бўлиши мумкин. Шунинг учун бир хил касалликнинг (нозологик шакл) ўзида ҳар бир муайян вазиятда ҳар хил турдаги антибиотикларни танлашга тўғри келади. Пиодермитларни даволашда кенг қўлланиладиган антибиотикларга асосан пенициллин ва унинг ярим синтетик ҳосилалари, цефалоспоринлар, тетрациклин гуруҳига мансуб антибиотиклар, макролидлар, аминогликозидлар, рифампицин, линкомицин, фузидин натрий, фторхинолон ҳосилалари каби препаратлар киради. Врачнинг ихтиёрида бу қадар кўп миқдордаги антибиотикларнинг мавжудлиги бир томондан пиодермитларни даволаш вазифасини осонлаштиради, иккинчи томондан қайси антибиотикни танлаб олиб қўллаш хусусида маълум қийинчиликлар туғдиради. Шунинг учун ҳар бир муайян вазиятда ўша шароитдан келиб чиққан ҳолда, патоген микробларнинг хусусиятларини ва макроорганизм аҳолини ҳисобга олиб антибиотикларни танлаш даволовчи врач зиммасидаги маъсулиятдир.

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

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

Цефалоспорин гурухидаги антибиотиклар. Биринчи авлодга мансуб цефалоспоринларидан цефалеридин (цефалотин, цепорин) ва цефазолин (кефзол) 0,5 г.дан суткасига 3 маҳалдан мушак орасига юборилади. Бу препаратлар стафилококки инфекцияларни даволашда ҳозирги замонда асосий (базавий) антибиотиклар ҳисобланади, чунки цефалоспорин гурухидаги антибиотикларнинг пенициллин гурухига мансуб препаратлардан энг асосий фарқи, цефалоспоринлар β -лактамаза (пенициллиназа) ферменти таъсирига маълум даражада чидамлидирлар. Бундан ташқари цефалоспоринларнинг таъсир доираси пенициллинларга нисбатан кенгроқбўлиб, кўпгина грамманфий микроорганизмларга ҳам таъсир этадилар. Биринчи авлодга мансуб цефалоспоринлар грам мусбат микробларнинг плазмалари томонидан ишлаб чиқарилган β -лактамазага чидамли бўлсаларда, аммо грам манфий микроорганизмларнинг

хромосомалари томонидан ишлаб чиқариладиган β -лактамаза таъсирида парчаланиб кетадилар. Шунинг учун препаратларнинг уларга чидамлилигини кучайтириш мақсадида цефалоспоринларнинг янги авлодлари-иккинчи, учинчи ва тўртинчи авлодлари ишлаб чиқарилган. Иккинчи авлодга мансуб цефалоспоринлари – цефуроксим (мегасеф, рофаксим, кетацеф), цефаклор; учинчи авлодга мансублари – цефатоксим (клафоран, кароцеф), цефтриаксон (роцефин, лонгацеф, тороцеф, ультрацеф, салмибакт, цефмира), цефтазидим (фортум, фазидим), цефоперазон (цефобид, бактоцеф); тўртинчи авлодга оидлари – цефепим (мирапим), ультрапим, цефметазол, цефпирон каби антибиотиклар.

Пиодермитларни даволашда 2 ва 3 авлодларга мансуб цефалоспоринлардан асосан клафоран, цефаклор, цефобид, фортумлар кенг қўлланилади. Ушбу антибиотикларни қўллашга асосий кўрсатмалар пиодермитларни оғир, сурункали шакллари, беморнинг оғир ахволи (септик холат), антибиотикограмманинг аниқланиши ва кўзгатувчининг бошқа антибиотикларга чидамлилиги каби холатлар ҳисобланади. Бу антибиотиклар дозалари (бир мартали, суткали ва умумий курсга), қандай усул билан организмга юбориш йўли, кунига неча маҳалдан юбориш (интервали) ҳар бир муайян шароитдан келиб чиққан ҳолда, беморнинг умумий ахволи, ёши, касаллик шакли ҳисобга олинган ҳолда индивидуал равишда танланади.

Тетрациклинлар - таъсир доираси кенг бўлган, шу жумладан грам манфий микроорганизмларга ҳам таъсир этувчи антибиотиклар гуруҳидир. Тетрациклин ва тетрациклин гидрохлорид 0,25 дан суткасига 4 маҳал, метациклин гидрохлорид 0,3 дан 3 маҳал, доксициклин гидрохлорид (вибрамицин) 0,1 дан 2 маҳал *per os* бериледи. Тетрациклинлар кальций, темир ва бошқа металллар билан организмда эриши жуда қийинбўлган комплекс бирикмалар ҳосилқиладилар. Шунинг учун тетрациклин препаратларини сут ва сут махсулотлари билан, шунингдек таркибида алюминий, кальций, магний, темир тузлари тутувчи дорилар (антацидлар ва бошқалар) билан бир вақтда қабулқилиш ярамайди. Тетрациклинлар

плацентар баръердан осон ўтганлиги ва юқорида санаб ўтилган хусусияти туфайли хомиладор аёлларга ва 8 ёшгача бўлган болаларга тавсия қилинмайди.

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

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

Гентамицин сульфат катталарда 80 мг дан суткасига 2-3 махалдан мушак орасига юборилади, баъзан оғир ҳолларда вена қон томири ичига томчилаб юбориш мумкин. Болаларда эса суткалик дозаси 1,5 –5 мг/кг ни ташкил этиб, уни 2-3 махалга бўлиб юборилади. Тобрамицин мушак орасига суткасига 1 кгоғирлик вазнига 2-5 мг дан тавсия қилинади, (суткалик доза 2-3 габўлиб юборилади). Сизомицин сульфат катта ёшдаги беморларда бир махаллик дозаси 1 мг/кг миқдорида, суткалик дозаси эса 3 мг/кг миқдорида кунига 3 махалдан тавсия этилади, жуда оғир ҳолда дастлабки 2-3 кун мабойнида суткалик дозасини 4 мг\кг гача кўтариш мумкин (кейинги кунлари 3 мг/кг га туширилади). Болаларда эса суткалик дозаси 1 кгоғирлик вазнига 3-4 мг данни ташкил этади. Чақалоқларда суткалик дозасини 2 габўлиб 2 махал, бошқа ёшдаги болаларда эса 3 габўлиб, 3 махал юборилади.

Макролидлар. Бу гурухга табиий усулда олинган эритромицин, олеандомицин, спирамицин, ярим синтетик равишда олинган (азалидлар гурухи) рокситромицин (рулид, роксibel), азитромицин (сумамед, зитран, азимир, азимед, азитрал) каби антибиотиклар кирадилар. Ярим синтетик

усулда олинган янги макролидларнинг афзалликлари шундаки, уларнинг таъсир доираси янада кенгайтирилган, шунингдек улар организмда (қонда) узоқ муддат сақланиб туришлари ҳисобига тез-тез қабулқилишга зарурат йўқ-қунига 1-2 маҳал қабулқилинса кифоя қилади. Бу гуруҳ препаратлари ичида жуда кенг қўлланиладигани эритромициннинг таблеткаси бўлиб, уни катталарга 0,25 – 0,5 г дан суткасига 4 маҳал, болаларга эса суткасига 1 кгоғирлик вазнга 20-40 мг дан (4 маҳалга бўлиб) тавсия қилинади. Агар эритромицинни оғизорқалиқабулқилиш мумкин бўлмаса (имконияти бўлмаса), эритромициннинг фосфатли тузи 0,2 г дан қунига 2-3 маҳалдан вена қон томири ичига аста-секинлик билан юборилади. Олеандомицин таблеткаси катталарга 0,25-0,5 г дан қунига 4-6 маҳал речос берилади, болаларга эса суткасига 1 кг вазнга 0,02 г-1,0 гача (ёшга қараб) дозада берилади (уни қунига 4-6 маҳалга бўлиб берилади). Азитромицин катталарда қунига 250-500 мг.дан 1 маҳал овқатдан 2 соат аввал ёки 2 соат кейин қабул қилинади, курс учун 4- 6 кун мобайнида буюрилади.

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

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

Фторхинолон гуруҳидаги антибиотиклар асосан пиодермитлар грам манфий микроорганизмлар томонидан чақирилган тақдирда берилади, чунки бу гуруҳ препаратлари грам манфий микроорганизмларга кучли таъсир қилиш хусусиятига эгадирлар. Пефлораксациллин ва норфлораксациллин 0,4 г дан (1 таблеткадан) офлораксациллин (таривид) 0,2-0,4 г дан (1-2 таблеткадан), ципрофлораксин эса 0,25-0,5 г дан (1-2 таблеткадан) кунига 2 маҳалдан *per os* берилади. Леворфлораксин (левозар, лорфлоракс, вариор) 250-500мг.дан кунига 1 маҳал берилади. Бу препаратларни фақат катта ёшдаги одамлардагина қўлланилади. Болаларда ва ўсмирларда, хомиладор аёлларда бу препаратларни қўллаш мумкин эмас, чунки скелети шаклланиб, ўсиб келаётганларда бу препаратлар артропатия чақириш хусусиятига эгалар.

Пиодермитларнинг ўткир шаклларида антибиотиклар энг камида 5-7 кунга, сурункали шаклларида эса 7-14 кунга тавсия қилинади. Вульгар сикозда 2-3 хафта мобайнида кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклардан бирортаси, масалан тетрациклин 0,2-0,3 г. дан кунига 5-6 маротабадан ёки эритромицин 0,25 г дан овқатдан 1-1,5 соат олдин кунига 6 маротабадан *per os* берилади. Агар ушбу антибиотиклардан самара кузатилмаса, микроорганизмларнинг сезувчанлиги аниқлангач, бошқа

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

Чақалоқларнинг эпидемик чилла ярасида ва ундан оғирроқ кечувчи эксфолиатив дерматит каби касалликларда стафилококлар пенициллин ва тетрациклин препаратларига кўпинча сезгир эмаслар (тегишлича 90% ва 75-80%), шунинг учун бу касалликларда ярим синтетик пенициллинлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқҳисобланади, чунки бу препаратлар стафилококлар томонидан ишлаб чиқариладиган эпидермолитик токсинни ингибиция қилиш хусусиятига эгадирлар. Шунинг учун бактериологик текширув натижаларини кутмасданок метициллин, оксациллин, диклосациллин каби пенициллиназа ферменти таъсирига чидамли ярим синтетик антибиотикларни кунига 3-4 маротаба мушак орасига буюриш керак бўлади. Бу антибиотикларнинг бир маротабали ва суткали дозалари, шунингдек қанчавақт давомида буюриш беморнинг ёши, вазни ва касалликнинг оғирлигига ҳамда дорининг таъсирига қараб, индивидуал равишда хал қилинади. Специфик стафилококларга қарши таъсир қилувчи антибиотиклар сифатида фузидин натрий, линкомицин гидрохлорид ва цефалоспорин ҳосилалари - цепорин, цефалексин, цефазолин, линацеф, цефамезин (кефзол) каби дорилардан фойдаланиш ҳам мумкин.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Иммунотерапия ва организмни умумий кувватини оширувчи бошқа даволаш чоралари

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Аниқланган интеркуррент касалликларга қарши ва умумий кувватни оширувчи даволаш чоралари.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

бифидумбактерин, лактобактерин каби препаратлар бериш зарурати туғилади.

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

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА УЛАРГА ҚАРШИ КУРАШ ЧОРАЛАРИ

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

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

Пиодермитларга қарши курашни ташкил этишни қуйидаги босқичларга ажратиш мумкин:

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

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

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

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

Ишлаб чиқариш корхоналаридаги профилактик тадбирлар, корхонанинг қайсисоҳага тааллуқли эканлигига қараб турлича бўлиши мумкин. Масалан, текстил саноатида, кўмир шахталарида, пахта тозалаш

муассасаларида иш жойида ҳавонинг чанглиги ўта юқорибўлганлиги сабабли, ҳавони алмаштирувчи ва кондиция қилувчи мосламалар, чанг тутқичлар ўрнатилиши зарурий чоралар ҳисобланади. Машинасозлик ва металлургия корхоналарида эса асосан микротравмалар пиодермитлар келиб чиқишига сабаб бўлувчи асосий омил ҳисобланади, шунинг учун бу соҳадаги корхоналарда асосан микротравмаларга қарши чораларга урғу берилади: микротравмаларни санация қилиш, уларни клей (БФ-2 клеи) ёки пленка билан ёпиштириш, махсус «биологик қўлқоплар» дан фойдаланиш ва х.к. лар.

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

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

Болаларда пиодермитларнинг олдини олиш алоҳида аҳамиятга эгадир. Болаларда профилактик ишларни антенатал, интранатал ва постнатал даврларида олиб борилади. Йирингли касалликларнинг антинатал профилактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: хомиладор аёлларни иш режимини, дам олишини, уйқусини, овқатланишини тўғриташқил қилишобоқибатида улардаги носпецифик иммунитетни орттириш. Хомиладор аёллар истеъмол қилаётган овқатлар тўла қимматга эга бўлган, етарли даражада калорияли, сут, ўсимлик ва гўшт маҳсулотларини тутувчи, витаминлар ва минерал тузларга бой бўлиши керак. Аёллар

қонсултациясида хомиладор аёллар мутахассислар (акушер-гинеколог, терапевт, дерматовенеролог, ЛОР, стоматолог ва бошқалар) томонидан чуқур текширилади ва агар уларда бирон бир ўткир ёки сурункали яллиғланиш жараёни билан кечувчи касаллик аниқланса, албатта улар даволаниб, касаллик ўчоғлари санация қилинади. Хомиладорлар орасида соғлом турмуш тарзи тўғрисида суҳбатлар уюштирилиб, пиодермитлар, уларнинг профилактикаси ҳақида тушунча берилади.

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

Стафилодермиялар ёки стрептодермия билан касалланган чақалоқаниқланса, улар дарҳол бошқалардан изоляция қилинади - изоляторга ёки боксга ўтказилади; дерматологик ёки хирургик касалхонага юборилиши ҳам мумкин. Барча ёшдаги болалар орасида пиодермитларнинг олдини олиш учун уйда, болалар муассасаларида (ясиларда, боғчаларда, болалар уйларида, мактабларда) гигиена қоидаларига оғишмай амал қилиш зарур. Ҳарқандай ёшдаги болада импетигонинг бирор тури аниқланса, у дарҳол

соғлом болалардан ажратиб, то соғайгунгача изоляция қилинади. Болалар орасида пиодермитларнинг олдини олиш кўп жихатдан педиатрлар, болалар дерматологлари, шу участкадаги ўрта тиббиёт хамширалари орасида ўзаро ишни яхши ташкил этилишига боғлиқ.

ДЕРМАТОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КУНИКМАЛАРНИ

КАДАММА-КАДАМ БАЖАРИШ

Нам курутувчи бойламлар куйиш

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



Пиодермитларни ташки муолажаси

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



ЮЗАКИ ЙИРИНГЧАНИ ТАШКИ МУОЛАЖАСИ



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



ЧУҚУР ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ ТАШҚИ МУОЛАЖАСИ



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



Амалий куникма: тери синамаларини қуйиш

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

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

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

Синамаларни қуйиш учун керакли ашёлар:

- Пипетка;
- Скарификацион игна;
- Пахта;
- Бинт;
- Салфетка;
- Кичкина хажмдаги шприц;
- Текшириладиган модда.



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



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



Техникаси:



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



ТЕСТЛАР

ПИОДЕРМИТЛАР.

1. Факат аралаш пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг?

А. Вулгар импетиго, тиркишсимон импетиго рупия

В. шанкрсимон пиодермия, сурункали ярали-вегетацияланувчи пиодермия, вульгар импетиго

С. Оддий темиратки, гидраденит, шанкрсимон пиодермия

Д. Сурункали ярали пиодермия, фурункул, везикулопустулез

Е. Везикулопустулез, вульгар импетиго, остиофолликулит

2. Барча касаллик факат катталарда учрайдиган вариантни курсатинг?

А. Фурункул, вульгар импетиго, вульгар эктима

В. гидраденит, сикоз, вульгар хуснбузар

С. Сикоз, фолликулит, карбункул

Д. Вульгар хуснбузар, карбункул, фурункул

Е. Карбункул, гидраденит, турниоль

3. Аралаш этиологияли чукур пиодермитни курсатинг?

А. Карбункул

В. ярали пиодермия

С. Гидраденит

Д. Эктима

Е. Фингер псевдофурункулези

4. Остиофолликулитга хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг?

А. Лихенификация

В. эрозия

С. Яра

Д. Чандик

Е. Вегетация

5. Куйидагилардан кайси бирида антибиотиклар буюриш шарт эмас?

А. Куп сонли фурункулларда - фурункулезда

В. Кайталанувчи фурункулезда

С. ёлгиз фурункулда

Д. Фурункул хавfli (юзда) жойлашганида

Е. Харорат билан кечувчи фурункулда

6. Фурункул нима?

А. Соч фолликуласининг уткир йирингли яллигланиши

В. Ёг безлари ва унинг атрофидаги бириктирувчи тукуманинг уткир йирингли яллигланиши

С. Соч фолликуласи ва унинг атрофидаги бириктирувчи тукуманинг уткир йирингли некротик яллигланиши

Д. Тер безлари ва атрофдаги уткир тукумалар йирингли яллигланиш

Е. Ёг безларининг уткир йирингли яллигланиши

7. Фурункул кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

А. Сибир яраси-куйдирги

В. Гидраденит

С. Инфилтратив-йирингли трихофития

Д. Куп сонли абцесслар

Е. Везикулопустулез

8. Остеофоликулитда нима зарарланади?

А) Тер безлари.

В) Ёг безларининг огзи.

С) соч фоликулаларининг огзи.

Д) Силлик тери.

Е) Соч фоликуласи.

9. Стрептококк этиологияли юзаки пиодермитни курсатинг?

А) Ранг-баранг темратки.

В) оддий темиратки.

С) Остеофоликулит.

Д) Вульгар импетиго.

Е) Вульгар эктима.

10. Стафилококк этологияли чукур пиодермитни курсатинг?

А) Остеофоликулит.

В) гидроденит.

С) Сурункали ярали пиодермит.

Д) Шанкрсимон пиодермит.

Е) Вульгар рупия.

11. Силлик терини зарарлайдиган касаллик:

- A) Фолликулит.
- B) Вульгар хуснбузар.
- C) Буллез импетиго.**
- D) Везикулопустилез.
- E) Вульгар сикоз.

12. Аралаш пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг?

- A) вульгар импетиго шанкрсимон пиодермит.**
- B) Вульгар эктима, сурункали ярали пиодермит.
- C) Вульгар сикоз, боториомикома.
- D) Вульгар рупия, везикулопустулез.
- E) Фурункул, оддий лишай

13. Чукур пиодермитлардан иборат вариант:

- A. Вулгар эктима, гидраденит**
- B. Вулгар рупия, тирниоль
- C. Вулгар сикоз, карбункул
- D. Вулгар рупия, вулгар импетиго
- E. Вулгар импетиго, фрункал

14. Аралаш пиодермитлардан иборат вариант:

- A. Вулгар импетиго, шанкрсимон пиодермия**
- B. Вулгар хусунбузар, гидраденит
- C. Вулгар эктима, ярами пиодермия

Д. Вулгар сикоз, ботриомикома

Е. Вулгар рупия, фурунгал

15. Факат катталарда учрайдиган стафилококкли пиодермит:

А. Вулгар сикоз

В. Вулгар эктима

С. Вулгар рупия

Д. Вулгар импетиго

Е. Фурункул

16. Стрептококк этиологияли чукур пиодермит:

А. Вулгар сикоз

В. Вулгар хусунбузар

С. Вулгар эктима

Д. Вулгар импетиго

Е. Карбункул

17. Аралаш этиологияли пиодермитни курсатинг?

А) Вульгар импетиго

В) Буллёз импетиго

С) Буллёз импетиго

Д) Вульгар эктима

Е) Вульгар рупия.

18. Факат болаларда учрайдиган пиодермит?

А) Фурункул

В) Везикулопустилёз

С) Турниоль

Д) Вульгар эктима

Е) Остеофолликулит.

19. Аралаш этиологияли пиодермит?

А) Карбункул

В) Шанкрсимон пиодермия

С) Гидраденит

Д) Вульгар эктима

Е) Фурункул.

20. Остеофолликулитга хос иккиламчи элемент?

А) Пустула

В) Калок

С) Яра

Д) Чандик

Е) Эритема.

21. Антибиотиклар буюриш шарт эмас-умумий давога?

А) Карбункулда

В) Фурункулёзда

С) Остеофолликулитда

Д) Вульгар эктимада

Е) Гидроденитда.

22. Стафилококкли пиодермитлардан иборат вариант?

- А) Гидроденит, остеофоликулит**
- В) Фурункул, турниоль
- С) Вулгар сикоз, вульгар эктима
- Д) Везикулопустулез, вульгар рупия
- Е) Карбункул оддий лишай.

23. Хамма касалликлари катталарда ва болаларда учрайдиган Пиодермитлардан тузилган вариантни курсатинг.

- А. Фурункул, ёриксимон импетиго, везикулопустулез
- В. Карбункул, сикоз, турниоль
- С. Гидраденит, оддий темиртки, вульгар импетиго
- Д. Остеофолликулит, фурункул, эктима**
- Е. Ёриксимон импетиго, фингер псевдофурункулези, шанкрсимон пиодермия.

24. Гидраденит нима?

- А. Соч фолликуласининг йирингли яллигланиши
- В. Ёг безларининг йирингли яллигланиши
- С. Экрин тер безларининг йирингли яллигланиши
- Д Бир неча соч фолликуласининг ва атрофдаги тукумани йирингли яллигланиши
- Е. Апокрин тер безларини йирингли яллигланиши**

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

- A. Фурункул
- B. Чукур трихофития
- C. Папуло-некротик тери сили
- D. Скрофулодерма
- E. Гидраденит**

26. Чакалокларга эпидемик чилла ярасини тугма захмнинг кайси куруниши билан дифференциация килиш керак.

- A. Гохзингер инфильтрация
- B. Эрозив папулалар
- C. Захм пурсилдоги**
- D. Захм тумови
- E. Парро сохта фалажи

27. Факат стафилококкли пиодермитлардан иборат булган вариантни курсатинг.

- A. Фолликулит, шанкрсимон, пиодермия
- B. Сикоз, тирниоль
- C. Карбункул, оддий темиратки
- D. Фурункул, эктима
- E. Остиофолликулит, гидраденит**

28. Кайси касаллик стафилококкли чукур пиодермитга кирмайди.

А. Фурункул

В. Вульгар эктима

С. Гидраденит

Д. Чукур фолликулит

Е. Карбункул

29. Пиодермитларни махаллий даволашда нима қулланилмайди.

А. Намли киритувчи боғламлар

В. Анилин буёклар

С. Антибактериал малҳамлар

Д. Антисептик сепмалар (упалар)

Е. Чайкатиб суртиладиган аралашмалар

30. Сурункали таркалган юзаки стрептодермия учун нима характерли эмас.

А. Кизгиш куқимтир доғ

В. Лихенизация

С. Йирик колоқлар

Д. Жарохат юзасини намланиши

Е. Пластинкасимон тангачалар

31. Фақат стрептококкли пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг.

А. Вульгар эктима, вульгар сикоз, фолликулит

В. Тиркишсимон импетиго, оддий лишай, везикулопустулез

С. Вульгар рупия, Риттернинг эксфолиатив дерматити, стрептококкли бичилиш

Д. Турниол, сифилиссимон папулалари импетиго, вульгар эктима

Е. Оддий лишай, вульгар рупия, гидраденит

32. Везикулопустулезда нима жарохатланади?

А. Эккрин тер безларининг огзи

В. Апокрин тер безларининг огзи

С. Ёг безлари

Д. Соч фолликулаларининг огзи

Е. Соч фоликулалари

33. Гидраденит куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

А. Фурункул

В. Скрофулодерма

С. Фингер псевдофурункулези

Д. Йирингли лимфаденит

Е. Тери лейшманиози

34. Юзаки жойлашган чекланган пиодермитларни даволашда куйидагилардан кайси вариант кулланилади.

А. Умумий даво (антибиотик билан)

В. Умумий даво иммунотерапия

С. Умумий даво махаллий даво

Д. Махаллий даво

Е. Махаллий физиотерапевтик даво

35. Сикоз учун характерли булмаган белгини курсатинг.

А. Сокол ва муйлов сохасида жойлашиш

В. Яра хосил килиш

С. Остиофолликулитлар пайдо булиши

Д. Калоклар хосил булиши

Е. Пустулаларнинг кушилиб кетиши

36. Факат чукур пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг:

А. Фингер псевдофурункулези, вульгар эктима, гидраденит

В. Фурункул, везикулопустулез, гидраденит

С. Карбункул, Фингер псевдопустулези сикоз

Д. Чукур фолликулит, Риттернинг эскфолиатив дерматити, ульгар рупия

Е. Чакалоклар эпидемик чилла яраси, эктима, сурункали яралари пиодермия

37. Барча касалликлар ёг ва тер безлари зарарланиши билан характерланадиган вариантни курсатинг:

А. Сикоз, гидраденит

В. Фингер псевдофурункулези, остиофолликулит

С. Фурункулез, везикулопустулез

Д. Вульгар хуснбузар, вульгар рупия

Е. Везикулопустулез, вульгар хуснбузар

38. Стрептококк этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

А. Гидраденит

В. Вульгар рупия

С. Чукур фолликулит

Д. Ботриомикома

Е. Яралари пиодермия

39. Стрептококкли пустулалар учун хос булган клиник белгини курсатинг:

- А. Соч фолликулаларига алокадорлик
- В. Ёг безларига алокадорлик
- С. Эккрин тер безларига алокадорлик
- Д. Апокрин тер безларига алокадорлик
- Е. Тери бурмаларига алокадорлик**

40. Остифолликулитда нима зарарланади?

- А. Соч фолликулалари огзи.**
- В. Ёг безлари огзи.
- С. Эккрин тер безларининг огзи.
- Д. Апокрин тер безларининг огзи.
- Е. Соч фолликуларари.

41. Чакалоқлардаги эпидемик чилла яра қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

- А. Захм пурсилдоги.
- В. Хақиқий пурсилдог.**
- С. Буллез эпидормолиз.
- Д. Сув чечак.
- Е. Буллезли импетиго.

42. Фурункулёзни даволашда қайси даво қуллаш мақсадга мувофиқ эмас?

- А. Махаллий (ташки) даво.
- В. Умумий (антибиотикотерапия) даво.

С. Спецефик ва поспецефик иммунотерапия.

Д. Антигистамин моддалари.

Е. Физиотерапевтик муолажа.

43. Аралаш этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

А. Эктима

В. Гидраденит

С. Фингер псевдофурункулези

Д. Шанкрсимон пиодермия

Е. Фурункул

44. Стрептококк этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

А. Фолликулит

В. Фурункул

С. Карбонкул

Д. Вульгар эктима

Е. Гидраденит

45. Фликтена хосил килмайдиган стрептококкли импетигони курсатинг:

А. Турниоль

В. Ангуляр стоматит

С. Оддий лишай

Д. Интертригиноз стрептодермия

Е. Панариций

Фойдаланилган адабиётлар

1. E.X.Eshboev, U.A.Tashkenbayeva “Dermatovenerologiya” darslik.- Toshkent, 2019.
2. С.С.Арифов. Тери - таносил касалликлари, ўқув кўлланма.- Т., 2010.
3. Р.А.Капкаев, Ю.К.Скрипкин, К.К.Борисенко. Справочник дерматовенеролога., Т., 1993.
4. A.Vaisov. Teri va tanosil kasalliklari, darslik.- Toshkent, 2009.
5. Дерматовенерология. Руководство. Авторы: Бутов Ю.С., Потекаев Н.Н. и др. Издательство ГЭОТАР - Медиа, Москва, 2017 г.
6. «Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Том 3» Издание второе, исправленное, переработанное и дополненное
Л. А. Голдсмит, С. И. Кац, Б. А. Джилквест и др.
Перевод с английского под общей редакцией Н.Н. Потекаева и А.Н. Львова, Москва. Издательство Панфилова. 2018 г.
7. J.L. Bologna, J.L. Jorizzo, J.V. Schaffer Third Ed Dermatology, 2015.
8. Robert Baran, Howard I. Maibach, Textbook of Cosmetic dermatology, 2014.
9. Ю.К. Скрипкин. Руководство по кожным и венерическим болезням. М. Медицина, 2010.

Интернет сайтлари

1. <http://www.venerologia.ru/venerologia/about.htm>
2. <http://www.dermis.net/dermisroot/en/home/index.htm>
3. <http://dermatlas.ru>
4. <http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/>
5. <http://www.dermnet.com>
6. <http://www.dermlectures.com>
7. www.tma.uz
8. Infocom.uz электрон журнали: www.infocom.uz
9. www.press-uz.info
10. <http://www.uforum.uz/>

МУНДАРИЖА

		бет
1	Сўз боши	5
2	Дерматовенерология фанининг қисқача тарихи	6
3	Терининг йирингли касалликлари	9
4	Пиодермитларнинг синфларга бўлиниши (таснифи)	26
5	Остиофолликулит ёки стафилококкли импетиго	29
6	Гидраденит	41
7	Болалардаги кўп сонли абсцесслар (<i>abscessus multiplex infantum</i>) ёки Фингернинг псевдофурункулези (<i>pseudogurunculosis finger</i>). Перипорит	44
8	Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси (<i>pemphigus neonatorum epidemicus</i>)	46
9	Риттернинг эксфолиатив дерматити	51
10	Чақалоқлар буллез импетигоси (<i>impetigobullosaneonatoruu</i>)	57
11	Оддий темиртки ёки эритемато-сквамоз стрептодермия (<i>pityriasis simplex</i>)	63
12	Гоффманнинг бошнинг емирилиб абсцессланувчи фолликулити ва перифолликулити	78
13	Чандиқланувчи фолликулит син: чандиқланувчи хуснбузар, эпиляцияловчи ва чандиқланувчи фолликулит	79
14	Келоид хуснбузар	80
15	Веgetацияловчи пиостоматит	85
16	Олат ва мойк халтасининг гангренази	86
17	Пиодермитларни даволаш	88
18	Иммунотерапия ва организмни умумий қувватини оширувчи бошқа даволаш чоралари	104
19	Пиодермитларнинг профилактикаси ва уларга қарши кураш чоралари	115
20	Дерматологиядан амалий куникмаларни кадамма-кадам бажариш	120
21	Тестлар	124
22	Фойдаланилган адабиётлар	137