

ПАҚИРДИНОВ А.Б., ФОЗИЛОВ Ф.А.

**ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ
ТЕРИНИНГ БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ
МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР
ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ
КАСАЛЛИКЛАРИ**

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

АНДИЖОН - 2022 ЙИЛ



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

GUVOHNOMA



Toshkent shahri

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2022 yil "1" noyabrdagi
"683-sh"–sonli buyrug'iga asosan

A.B.Пақирдинов, Ф.А.Фозилов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

*5510100-даволаш иши, 5510200-педиатрия иши, касб
таълими-5111000 (даволаш иши-5510100)*

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

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

*Терининг тузилиши. Терининг бирламчи ва иккиламчи
морфологик элементлари. Терининг замбуругли
касалликлари 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* M.M. Madazimov
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ПАҚИРДИНОВ АДХАМЖОН БЕГИШЕВИЧ
ФОЗИЛОВ ФЕРУЗЖОН АБДУМУМИНОВИЧ**

Билим соҳаси- Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш- 500000
Таълим соҳаси – Соғлиқни сақлаш – 510000
“Тери ва таносил касалликлари”
Фанидан

**ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ
ТЕРИНИНГ БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ
МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР
ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

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

Андижон – 2022 йил

Тузувчилар:

- 1. Пақирдинов Адхамжон Бегишевич** - Андижон Давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
- 2. Фозилов Ферузжон Абдумўминович** - Андижон Давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси ассистенти.

Тақризчилар:

- 1. Ташкенбаева Умида Алишеровна** – Тошкент Тиббиёт Академияси. Дерматовенерология кафедраси мудири, тиббиёт фанлар доктори, профессор.
- 2. Салоҳиддинов Зухриддин Салоҳиддинович** – Андижон Давлат тиббиёт институти. 1 – УАШ кафедраси мудири, тиббиёт фанлар доктори, профессор.

СЎЗ БОШИ

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

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

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

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

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

Ўрта Осиёлик олим Абу Али ибн Сино ўзининг «Тиб қонунлари» номли асарида экзема (гуш), қичима 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 қўлади. 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 қўлади. Hebra касбга оид дерматозларда теридаги патологик ўзгаришларни ўрганди. Унинг ўқувчиси Kaposi (1837-1902) эса пигментли ксеродерма, саркома, болаларнинг варицеллиформ экземаси каби дерматозларни биринчи бўлиб таърифлаб берди.

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

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

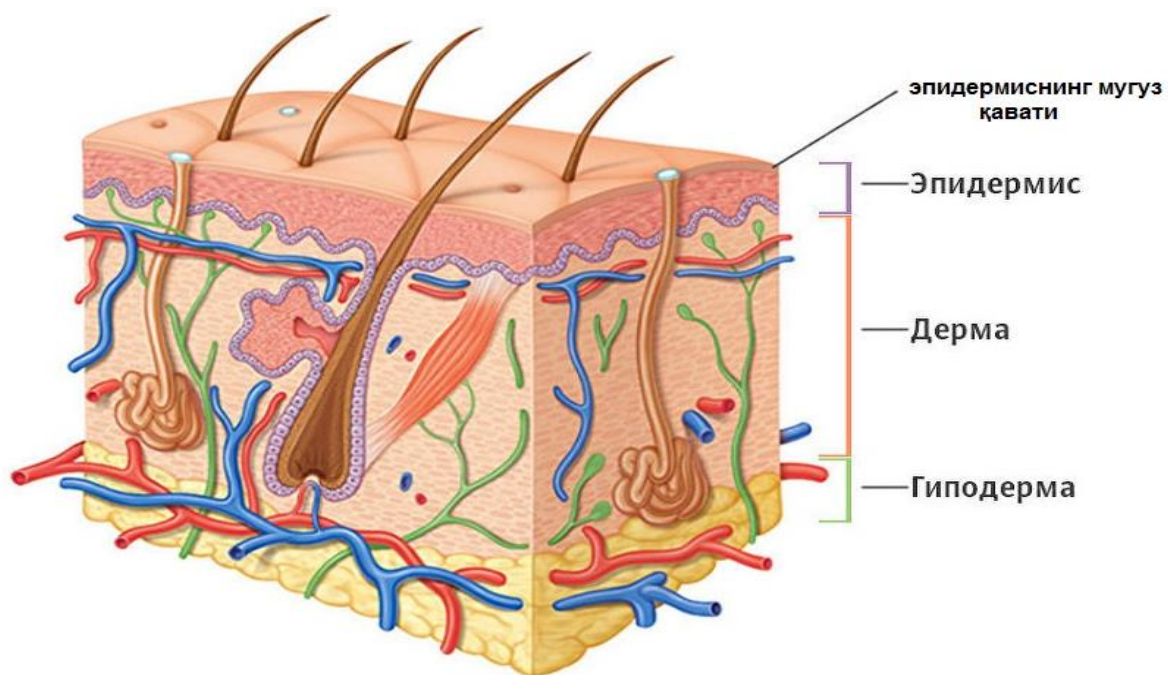
УМУМИЙ ҚИСМ

МЕЪЁР ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ

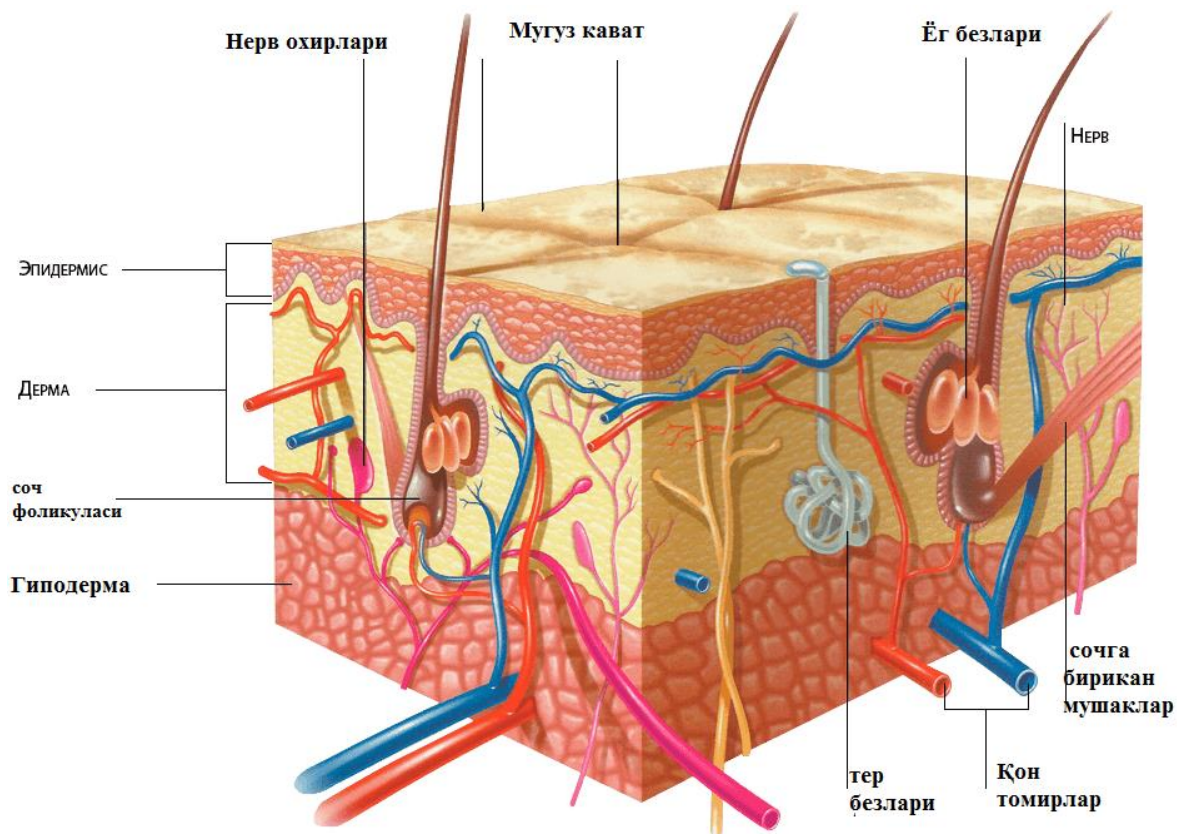
Тери инсон танаси умумий қопламаси, катта ёшдаги одам терисининг умумий сатхи 1,5-2 м² ни ташкил этади. Териди морфофункционал бирликда жойлашган эпидермис (ташқи қават), дерма (асосий тери) ва тери ости ёғ тўқималари ажратиб кўрсатилади.

Тери ҳомила ҳаётининг биринчи ҳафталаридан икки эмбрионал муртак – эктодерма ва мезодермадан шаклланади. Эктодермал эмбрионал варағдан эпидермис, мезодермал варағдан эса дерма ва тери ости ёғ тўқималари шаклланади. Эпидермиснинг ултраструктураси дастлабки 3-4 ҳафтада фақат тери қопламаларининг алоҳида қисмларида бир қават цилиндрик тўқималар аниқланади ва фақат қўл ҳамда оёқ кафтларидагина икки қатламли кўринишда намоён бўлади. Эмбриогенезни 6-7 ҳафталарда ҳомилани ўраб турувчи эпителиал қобик икки қатламдан – пушт (базал) ва тери - дермадан иборат бўлади. 7-ойга келиб, ҳомила эпидермиснинг барча қатламлари, қўл ва оёқ кафтларидаги дағал тўқималар билан бирга, тўла шакланган кўринишга келади. Шу даврга келиб бир вақтнинг ўзида эластик ва коллаген толалар, тирноқлар, сочлар, соч фоликулалари шаклланади. Дастлаб текис контурга эга бўлган базал мембрана тери тўқимасига ўрнашган цитоплазматик ўсимталар шаклланиши сабабли эгри - бугри контурга эга бўлиб, дерманинг сўрғичсимон йўналиши бўйлаб унинг контурини такрорлайди (Расм 1,2). Кейинги ойларда ягона мажмуани ташкил этувчи ва кўп қиррали физиологик вазифаларни бажарувчи, барча асосий анатомик таркибли тери қисмларининг тўла шаклланиши амалга ошади. Оғиз бўшлиғи эмбрионал ҳаётнинг 2 ойи мобайнида шаклланади. Оғиз бўшлиғини қопловчи эпителий эктодермадан, халқум, бўғиз соҳаси эса мезодермал эпителий билан қопланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати лаблар бирлашган чизиқгача давом этади ва сезилмас даражада лабнинг қизил хошиясининг кўп қаватли ясси эпителийсига айланади (Расм 3).

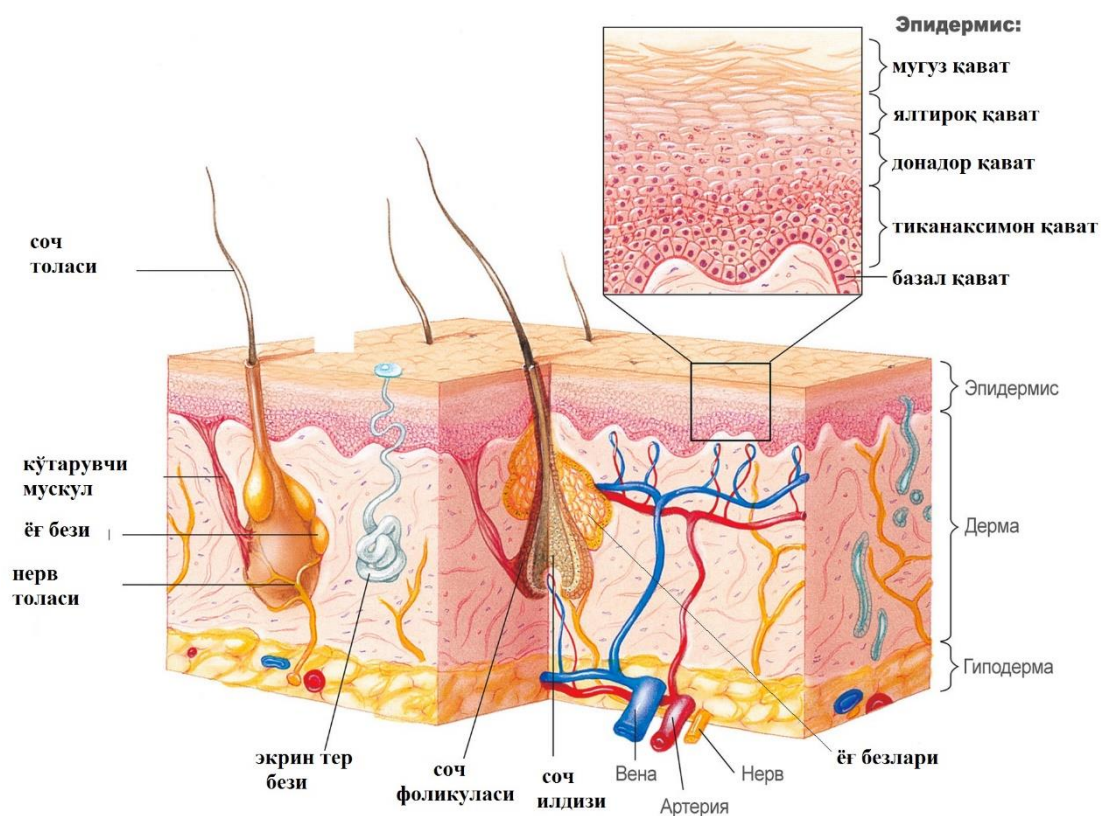
Расм 1. Терининг тузилиши



Расм 2. Терининг тузилиши



Расм 3. Эпидермиснинг қаватлари



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

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

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

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

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

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

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

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

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

десквамацияси (физиологик пўст ташлаши) оқибатида мунтазам ажралиб туради.

Мугузсимон қаватнинг қалинлиги бир хил эмас. Қўл ва оёқ қафтларида яхши намоён бўлади (физиологик гиперкератоз), қовоқлар, юз, жинсий аъзолар соҳасида, айниқса, болаларда салгина билинади. Мугузсимон хужайранинг сиртки қавати эпидермиснинг усувчи қаватидаги узлуксиз митотик бўлинишлар, шунингдек, эпидермисдаги кератиннинг кератиноцитлар оксил субстанцияларининг сув йўқотиш ва азот атомларининг олтингугурт атомларига айланиши оқибатида мунтазам равишда пўст ташлайди ва қайта тикланади. Ташқи мугузсимон қават мугузланган хужайраларнинг мунтазам равишда ажралиши кўра турличадир. Хужайраларнинг базалдан донадор қаватга ўтиши меъёр бўйича 26 кундан 42 кунгача, мугузсимон қавати орқали – 14 кунгача, барча эпидермиснинг тўла босқичи алмашилиши эса 59-65 кунни ташкил этади (Расм 4).

Расм 4. Эпидермиснинг мугуз қавати



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

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

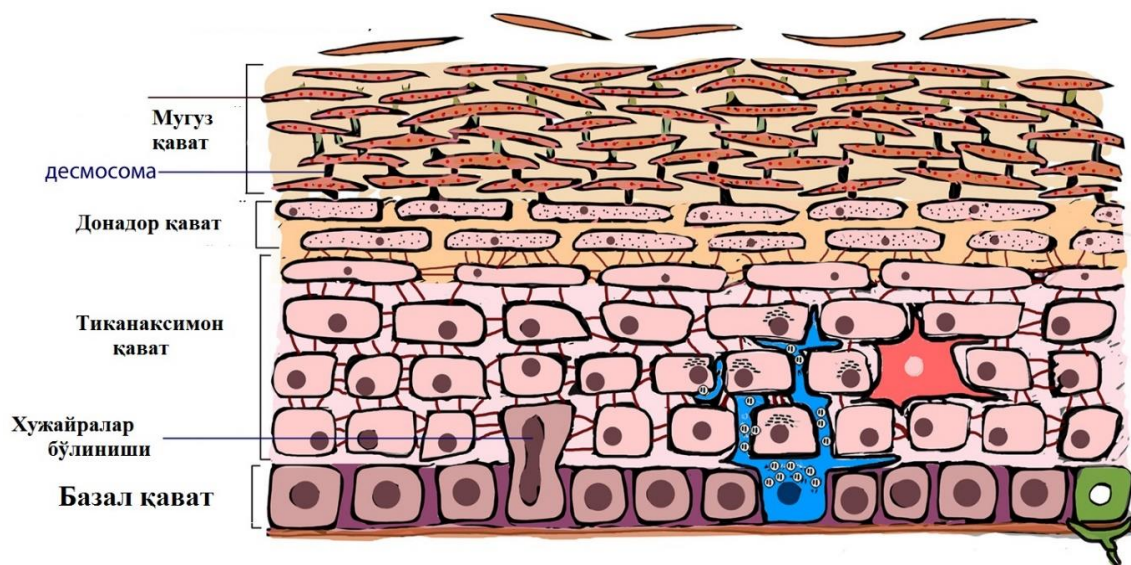
Меланоцитлардан ташқари, эпидермисда ҳали келиб чиқиши аниқ белгиланмаган сезувчи хужайралар (рецептор тузилмалар) – оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар ҳам жойлашган. Лангерганс хужайралари (эпидермисда суяк илигидан келиб чиқувчи дендритик хужайралар популяцияси) муайян жойга келиб теккан антиген (организмга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

Эпидермис дермадан мураккаб тузилишга эга базал мембрана билан чегараланади. У базал хужайраларнинг хужайра қобиқлари, шахсан филаментлар ва ярим десмослардан иборат базал мембранадан, шунингдек,

дерманинг бир қисми ҳисобланган аргирофил (тўрсимон) толаларнинг субэпителиал туташмаларини ўз ичига олади.

Базал мембрана 40-50 нм қалинликда, нотекис чизиклар, дермага ўрнашган, такрорланувчан эпидермал тасмалар рельефига эга. Базал мембрананинг физиологик функцияси асосан тўсиқли, айланиб юрувчи иммун мажмуалар, антигенлар, аутоантителлар ва бошқа биологик фаол медиаторларнинг кириб келиши ва шимилишини чеклашдан иборат. Шу билан бирга, базал мембрана эпидермис ва дерма ўртасидаги алмашинув жараёнларида фаол иштирок этади (Расм 5).

Расм 5. Эпидермиснинг мугуз қавати



Терининг дерма қавати.

Дерма ёки асл тери (*cutis propria*) хужайра элементлари, толасимон субстанция ва оралиқ моддадан иборат. Дерманинг қалинлиги 0,49 мм дан 4,75 мм гача бўлади. Терининг бриктирувчи тўқима қисми (*corium*) икки ноаниқ чегараланган қаватга бўлинади: эпителий ости – сўрғичсимон (*str. papillare*) ва тўрсимон (*str. reticulare*). Дерманинг устки қавати тиканаксимон хужайраларнинг эпителиал қирралари ўртасида жойлашган сўрғичларни ҳосил қилади. У кристалланмаган, структурасиз модда, коллаген ва эластик (эгиловчан) толаларни ўз ичига олувчи майин толасимон кўшувчи

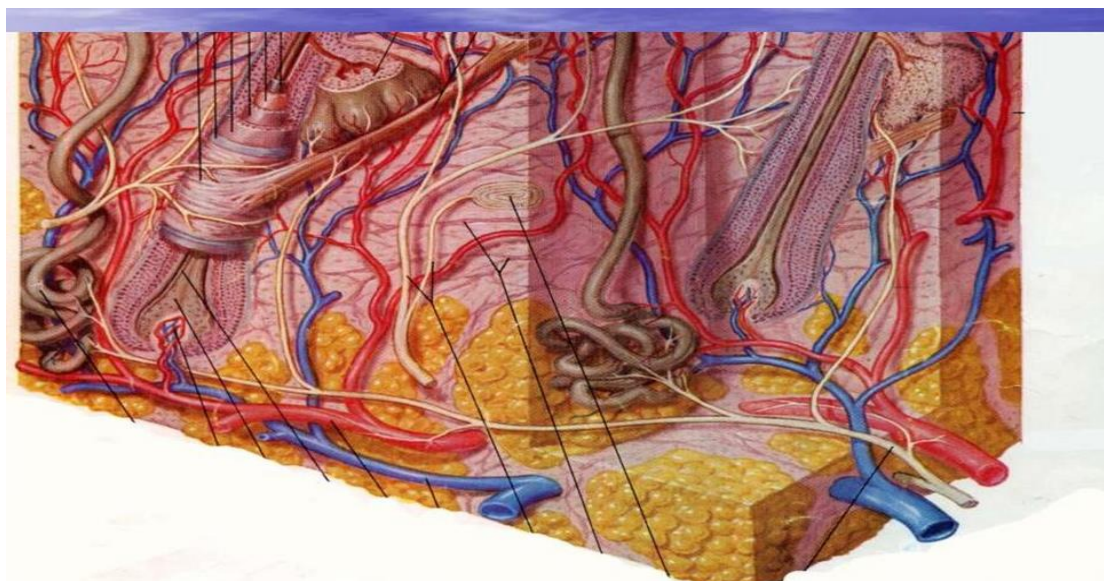
хужайрадан иборат. Улар оралигида кўплаб хужайра элементлари, томирлар, асаб тугунчалари жойлашган. Дерманинг хужайра элементлари фибробластлар, фиброцитлар, гистиоцитлар, семиз, сайёр хужайралар ва асосан пигмент хужайралари – меланофагалар билан ифодаланади. Фибробластлар сиртида рецептор оқсиллар ва гликолипидлар, нуклеоплазмада эса РНК таркибли интерхроматин доначалар мавжуд. Дерманинг сўрғичларида эпидермис, дерма ва нерв охирларини озиқлантирувчи томирлар жойлашади (Расм 6).

Сўрғичсимон қават базал мембранани остида жойлашади. Эпидермис дерма томонга чуқур ботикликлар беради, ўз навбатида дерма ҳам эпидермис томонга сўрғичлар беради, яъни эпидермис билан дерма тўлқинсимон кўринишда бирикган. Сўрғичсимон қаватни тўрсимон қаватдан ажратиб турадиган нисбий чегара деб терининг юзаки жойлашган қон-томир чигаллари қабул қилинган. Сўрғичсимон қават асосан эластик, аргирофил ва коллаген толалардан ташкил топган бўлиб, бу толалар нозик тутамлар ҳосил қилади ва у тутамлар бир-бири билан чачишиб, урилиб жойлашади. Улар орасидаги бўшлиқлар аморф оралик моддаси билан тўлдирилган. Бу оралик моддаси гел (ёки зол) ҳолидаги кўп компонентли модда бўлиб, унинг таркибида қонда ютган сув, ноорганик ионлар, қандлар, оқсиллар, эпидермис ва дермадаги хужайралар метаболизмининг маҳсулотлари, сувда эрувчи оқсиллар, протеогликанлар, гликопротеинлар, хондроэтин сульфат кислотаси ва гиалуронидаза каби моддалардан иборат. Дерманинг юқорида санаб ўтилган хужайра элементлари асосан сўрғичсимон қаватда қон-томирлари атрофида жойлашади.

Тўрсимон қават бевосита сўрғичсимон қаватнинг давоми бўлиб, у ҳам асосан коллаген, эластик ва аргирофил толалардан тузилган. Бу толалар бироз йирикроқ тутамлар ҳосил қилиб, бир-бирлари билан кесишиб, урилиб жойлашиши оқибатида турни эслатувчи манзара ҳосил бўлади. Бу қаватда хужайра элементларидан фибробластлар, макрофагллар, лимфоцитлар ва

лейкоцитлар сўргич қаватдагига нисбатан озроқ миқдорда учрайди. Улардан ташқари соч илдизи, ёғ безлари, тер безлари, мимика мускуллари, қон-томирлар, нерв толалари жойлашган.

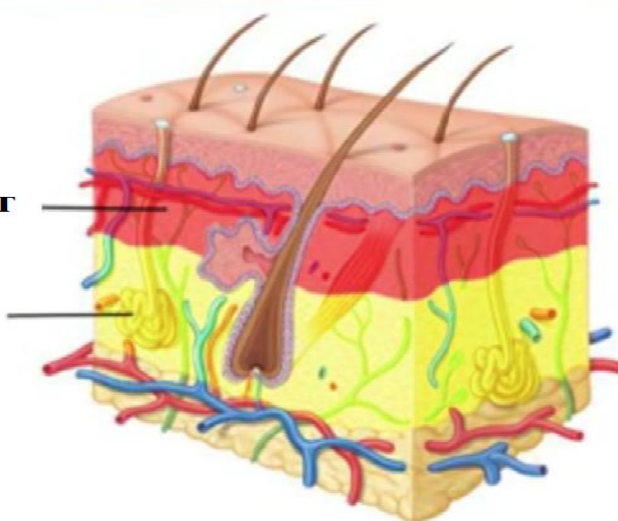
Расм 6. Терининг дерма қавати.



ДЕРМА

Сўргичсимон қават

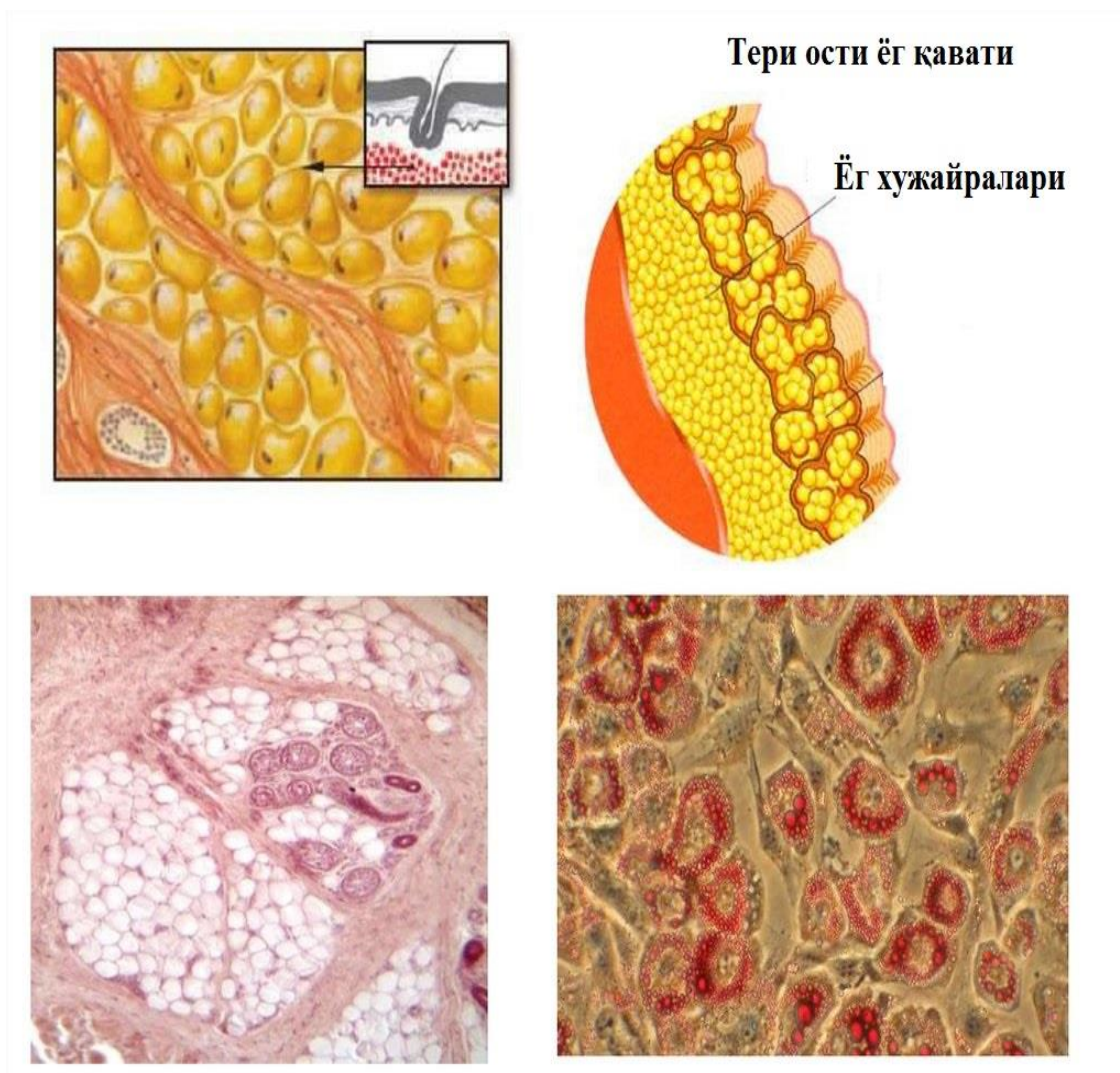
Тўрсимон қават

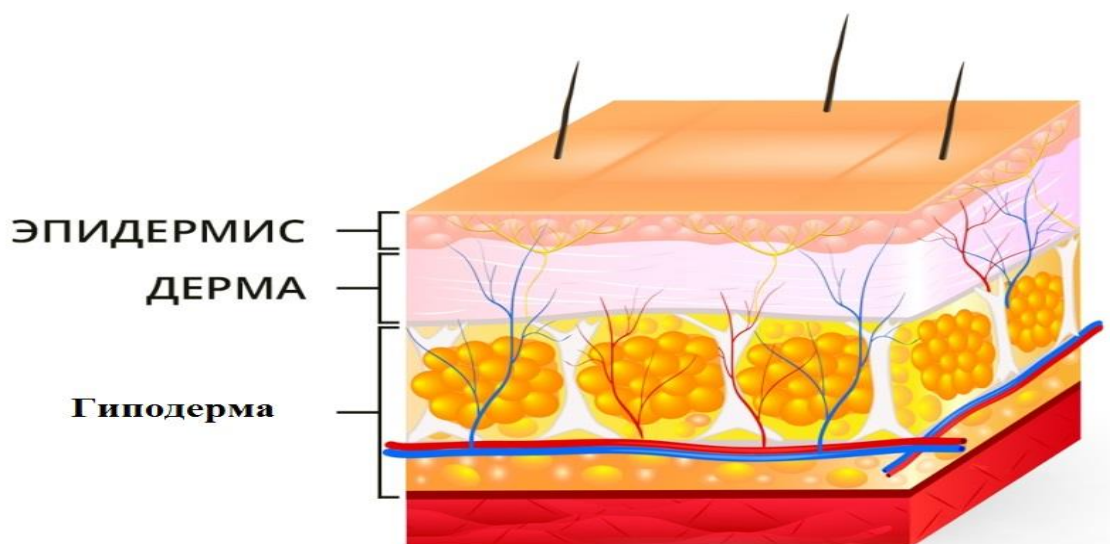


Тери ости ёғ қатлами (гиподерма). Дерма аниқ чегарасиз тери ости ёғ қатламига (клетчаткага) ўтади. Дерма билан гиподерма орасидаги чегара деб терининг чуқур жойлашган қон-томир чигаллари қабул қилинган. Гиподерма бир-бири билан чирмашиб кетган бириктирувчи (коллаген) тўқима толаларидан иборат бўлиб, бу толалар йирик тутамлар хосил қилган. Бу тутамлар орасида катакчалар хосил бўлган. Бу катакчалар ёғ бўлакчалари

билан тўла. Бу бўлакчалар ёғ хужайралари тўпламидан иборат бўлиб, уларнинг цитоплазмаси бутунлай ёғ моддаси билан тўлдирилган, ядроси вакуол сифатида периферия қисмида жойлашган. Гиподермадаги толали тўқималар ўзининг остига давом этиб, мушак апоневрози ёки суяк усти пардасига бирикиб кетади (Расм 7).

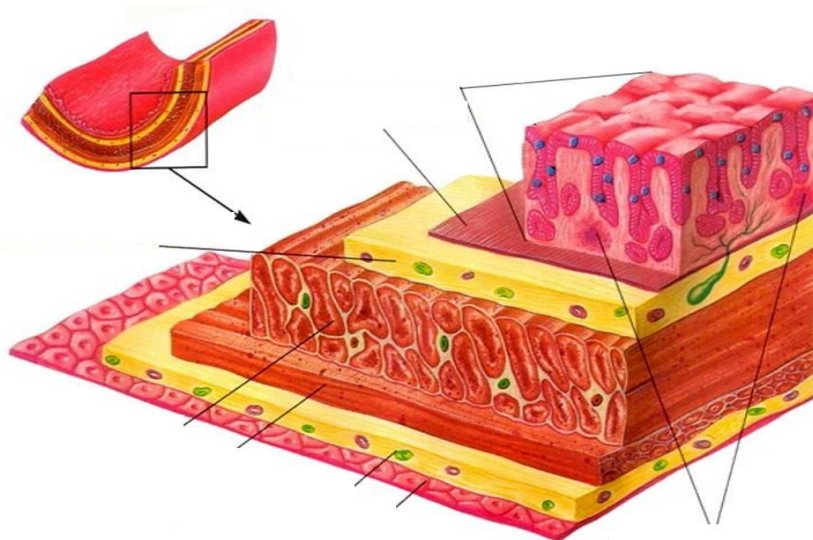
Расм 7. Тери ости ёғ қатлами (гиподерма)





Тери мускуллари силлиқ мускул толаларидан иборат. Улар томирлар, тук фолликула (пуфакча) лари ва қатор ҳужайра элементлари атрофида чатишган кўринишда жойлашган бўлади. Соч фолликулалари атрофида жойлашган силлиқ мускул толалари тукларнинг ҳаракатини таъминлайди ва тукларни кўтарувчи мускуллар (*mm. errectores pilorum*) деб аталади. Силлиқ мушак элементлари алоҳида(автоном) жйлашиши ҳам мумкин, кўпинча бошнинг сочли қисми, юз, пешона, қўл панжалари ва оёқ қафтлари терисида ҳам жойлашади (Расм 8). Кўндаланг тарғил мускуллар юз терисида жойлашади (мимика мушаклари).

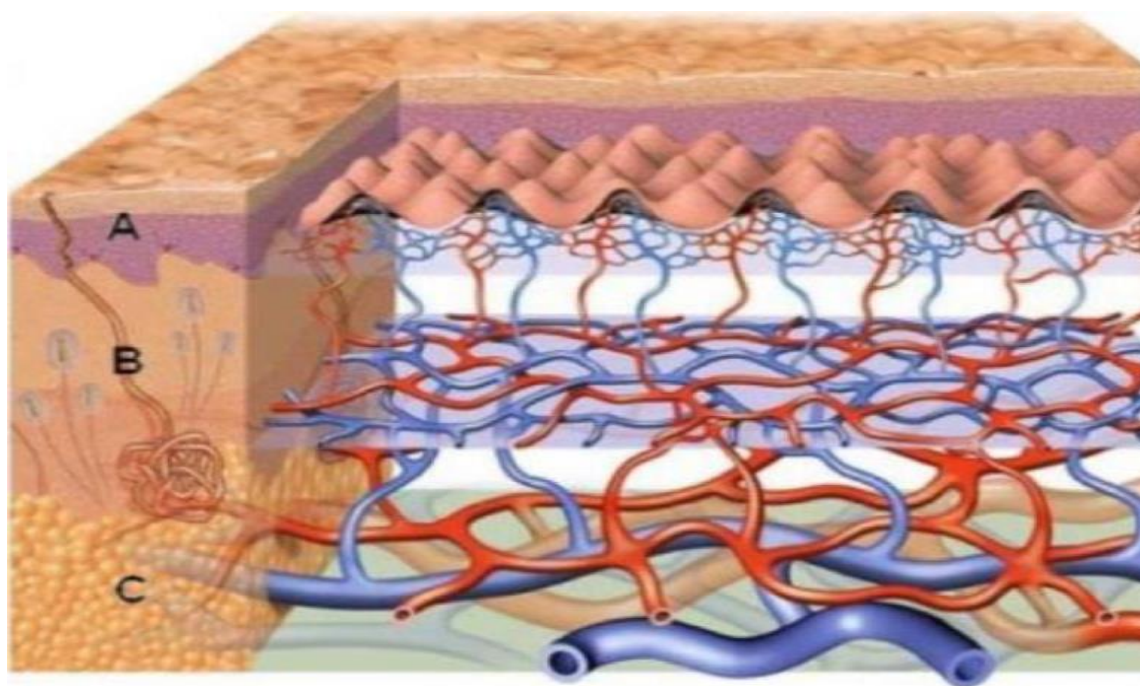
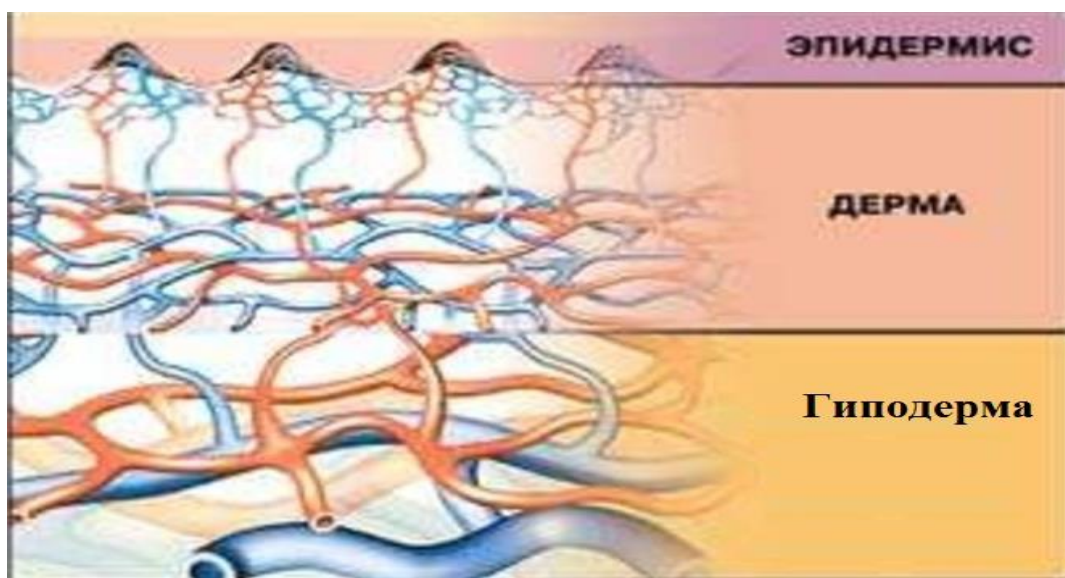
Расм 8. Тери мускуллари



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

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

Расм 9. Терининг қон айланиш ва лимфа системаси



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

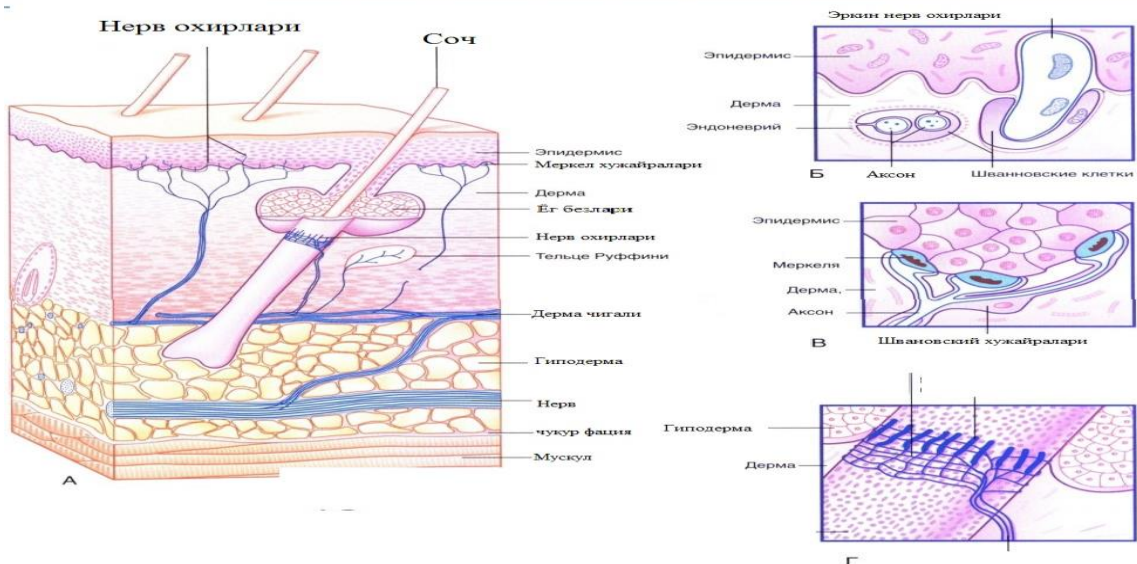
чигаллари тери ости ёғ хужайраларининг чуқур қисмларида жойлашган. Ундан юқорига кўтарилиб, нерв мугузчалари терининг қўшимча ўсимтасига етиб боради ва сўрғичсимон қаватнинг қуйи бўлимида сиртки нерв чигалини ҳосил қилади. Ундан эса сўрғичлар ва эпидермисга ўқсимон цилиндр кўринишидаги мугузчалар ажралиб чиқади. Улар эпидермисда донатор қаватгача кириб боради, миелин қобиғини йўқтади ва оддий калинлашиш ва йўғонлашиш билан тугалланади.

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

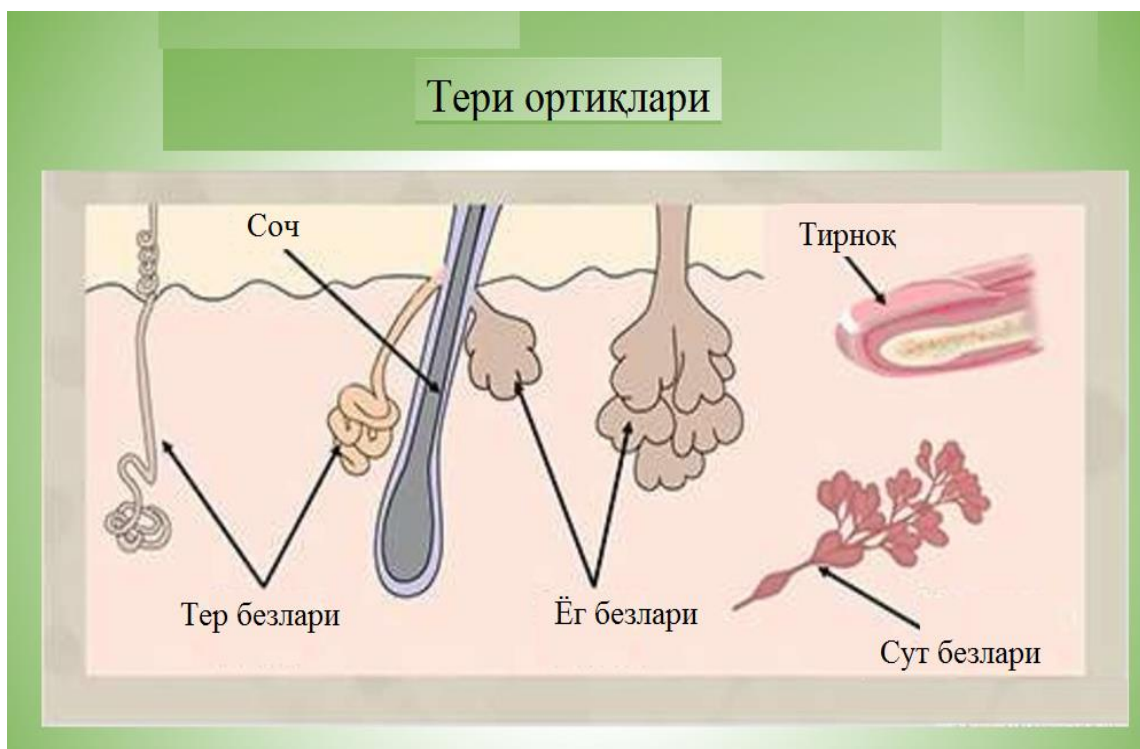
Сезги таначалари сўрғичларда жойлашади ва таркибида алоҳида рецептор хужайралар бўлган юпқа бириктирувчи тўқима капсулаларидан иборатдир. Уларга капсуланинг қуйи қутби орқали миелинсиз ўқсимон цилиндр кўринишидаги ва мениск кўринишида йўғонлашиб тугайдиган ва рецептор хужайраларга туташувчи нерв толаси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

бўлади. Терида барча томирлар, капиллярларнинг устида жойлашган кўплаб вегетатив нерв толалари ҳам мавжуд. Улар томир чигалларининг функционал фаоллигини мувофиқлаштириб турадилар ва шу билан эпидермис, дерма ва териости ёғ қавати тўқималаридаги физиологик жараёнларга таъсир этадилар (Расм 10).

Расм 10. Тери иннервацияси



Расм 11. Тери хосилалари (сочлар, тирноқлар, тер ва ёғ безлари).



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ТЕРИНИНГ АСОСИЙ ВАЗИФАЛАРИ

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

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

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

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

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

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

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

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

Тери иммун таъсирчанлигининг ривожланиши ва шаклланишида юқори томирлар чигали посткапилляр венулаларининг эндотелиал ҳужайралари ва макрофагал тизим катта рол ўйнайди. Макрофагал тизим дерма ва тери ости ёғ ҳужайраларида фибробластлар, фагоцитозланувчи макрофаглар (гистиоцитлар), дендритик ҳужайралар билан намоён бўлади. Морфологик дифференцияланган тўқима гистиоцити катта микдордаги микрворсинкалардан иборат ўсимтасимон ҳужайрани намоён этади. Гистиоцитлар цитоплазмаси таркибида РНК ва ферментлар тутади. Гистиоцитлар сиртида барча макрофагалар сингари C3 ва Fc-фрагментли IgG рецепторлар мавжуд. Терининг макрофагал тизими Т-лимфоцитларнинг миграцияси, гиперсезувчанликни юқори (тез) кўринишдаги антиген - антитело реакциясида иштирок этувчи булутсимон ҳужайраларни ўз ичига олади. Теридаги иммун жараёнларни рўёбга чиқаришда, шунингдек, турли иммун вазифаларни амалга оширувчи, терида кўчиб юрувчи қон ҳужайралари (моноцитлар, эозинофиллар, нейтрофиллар, базофиллар, эритроцитлар) ҳам иштирок этади. Бунинг асосини химоянинг носпецифик омиллари мавжуд бўлган Т-лимфоцитларнинг ўзаро таъсири ташкил этади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ ҲАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Патоген замбуруғлар турли кератомикозлар, дерматомикозлар ва чуқур микозларни чақиради.

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

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

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

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

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

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

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

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

Бироқ кўплаб дерматозларнинг этиология ва патогенези ҳозирги вақтгача тамомила аниқланмаган.

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

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

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

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

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

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

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

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

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ АСОСЛАРИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

безлар функциялари бузилишлар тўғрисидаги маълумотлар ҳам ёрдам беради.

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

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

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

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

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

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

Бемор кўруви тери касалликларини ташхислашда энг муҳим ўринлардан бири ҳисобланади.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОРГАНИЗМНИНГ УМУМИЙ ҲОЛАТИ ТАЪРИФИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

МАХСУС ДЕРМАТОЛОГИК ВА ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Терининг гистоморфологик ўзгаришлари

Терининг кўплаб хасталиклари яллиғланиш характериға эға. Организмнинг ташқи таъсирға жавобига қараб нисбий жиҳатдан ўткир, ўткир ости ва сурункали яллиғланишлар фарқланади. Улар турли ташқи ва ички кўзғатувчилар таъсирида келиб чиқади. Кўзғатувчининг таъсириға организм ва тери қопламасининг жавоби рецептор аппаратининг ҳолати, малҳамкур инсондаги олий нерв фаолияти, организмнинг реактивлиги ва бошқа омилларға боғлиқ.

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

Эпидермисда патологик жараёнлар анатомик хусусиятларға қараб ўзига хос тарзда кечади.

Эпидермиснинг яллиғланишға оид ўзгаришлари куйидагиларда ифодаланиши мумкин:

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

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

Спонгиоз ёки ҳужайралараро шишда шиш суюқлиги малпигий қаватнинг ҳужайралараро оралиқларини икки томонга ажратади. Ҳужайралараро кўприкчаларни узиб ташлайди. Бу эса ҳужайралар ўртасидаги алоқа йўқолишига, ҳужайраларнинг ўзида шиш пайдо бўлиши ва эпителиал пуфакчаларнинг юзага келишига сабабчи бўлади. Спонгиоз экзема ва дерматитга хосдир;

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

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

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

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

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

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

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

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

Гранулез (granulosis) – эпидермиснинг донадор қаватининг қалинлашиши.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

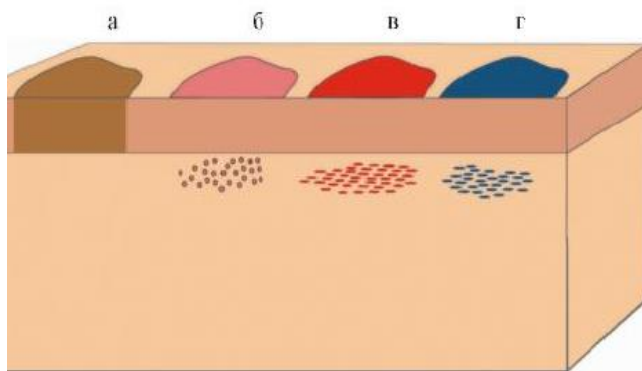
Тошма элементларини билиш тери, оғиз шиллик қавати ва лабларнинг кенг кўламдаги ва ўзгарувчан патологияларини аниқлаш, хасталикка мақбул ташхис қўйиш имконини беради.

БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР.

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

Доғ (macula)

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



Консистенцияси бўйича ундан а- пигментли б-томирли в-геморрагик г- сунъий фарқ қилмайди ва палпацияда ҳам сезилмайди.

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

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

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

Диаметри 1 смдан кичкина бўлган пушти рангдаги майда яллиғланган доғлар **розеолалар**, деб номланади. Розеолалар иккиламчи захм, қизамиқ, қизилча, ич терлама, дори туфайли юзага келган тошмалар ва ҳоказоларда

пайдо бўлади. Ўткир яллиғланишга оид элементлар оч-пушти рангда, чегаралари ноаниқ, бирлашишга ва шўралашишга мойил, кўпинча шиш ва қичишиш билан ўтади. Ўткир яллиғланмаган элементлар қорамтир тусга эга бўлган оч-пушти рангддаги қичишмайдиган, одатда, бирлашиб кетмайдиган бўлади. Ўткир яллиғланишга оид розеолалар бирламчи элементлар сифатида қизамиқ, қизилча, экзема, дерматит, пушти темиратки касалликлари билан оғриётган беморларда пайдо бўлади. Ўткир яллиғланмаганлари иккиламчи (кам ҳолларда учинчи босқичда) захм, эритразма, кепаксимон темиратки каби касалликлардан азият чекаётган беморларда юзага келади.

Катта ўлчамдаги томирли доғлар (10 см ва ундан катта) эритема, деб номланади. Улар шишли, тўғри шакли бўлади ва одатда экзема, дерматит, биринчи даражали куйиш, сарамас яллиғланиши ҳамда кўп шакли экссудатив эритема хасталикларидан азият чекаётган беморларда томирларнинг ўткир яллиғланишли кенгайишида кузатилади.

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

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

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

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

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

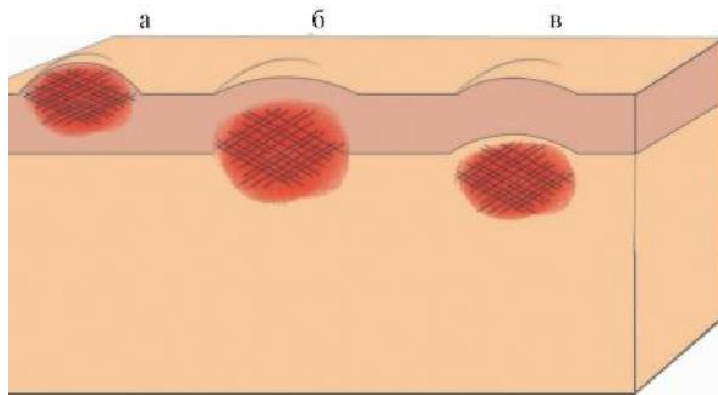
Маида депигментацияга оид доғлар *лейкодерма* деб номланади. Ҳақиқий лейкодерма захмнинг иккиламчи рецидив тури билан хасталанган беморларда учрайди (гиперпигментацияланган фонида депигментация доғлари юзага келади). Сохта ёки иккиламчи лейкодерма (псевдолейкодерма) бир қатор дерматозларда (кепаксимон темиртки, псориаз) эски морфологик элементлар ўрнида кузатилади. Унда соғлом терининг атрофидаги қисмлари ультрабинафша нурлари таъсирида бўлади (офтобда қорайиш). Витилигода

турли ўлчамдаги жойлар пигментдан маҳрум бўлади. Бу эса нейроэндокрин бузилишлар ва ферментатив дисфункция билан боғлиқ бўлади.

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

Тугунча (papula)

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



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

ҳолларда папулалар ўзидан кейин турғун бўлмайдиган излар қолдиради - пигментацияли ёки депигментацияли. Асосан эпидермисда бўлган папулалар эпидермал, (масалан, ясси сўгал), дермадагиси – дермал (иккиламчи захмда), деб номланади. Кўпинча папулалар эпидермадермал жойлашувга эга бўлади (масалан, қизил ясси темиртки, псориаз).

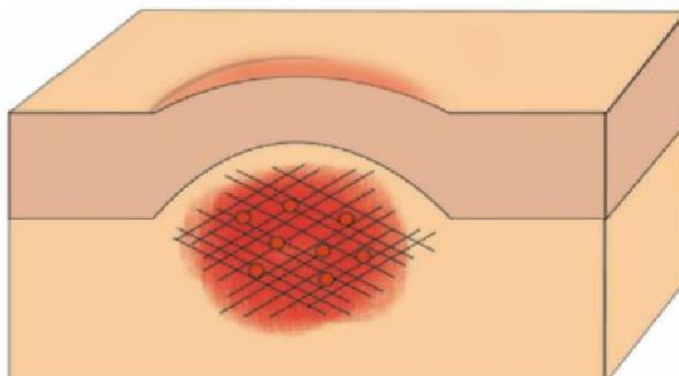
Тугунчалар яллиғланган ва яллиғланмаган турларга бўлинади. Яллиғланган тугунчалар кўп учрайди: псориаз, экзема, иккиламчи захм, қизил ясси темиртки ва бошқалар. Уларда дерманинг сўрғичсимон қавати яллиғланиш инфилтрати, томирларнинг кенгайиши ва чекланган шиш кузатилади. Папулани эзиш унинг оқаришига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

томирларнинг ўтказувчанлигининг ортиши оқибатида дерманинг сўрғич қаватида экссудатнинг тўпланиши туфайли юзага келади.

Тугунчалар турли ўлчамда бўлади: 1 мм ва ундан катта бўлган. 1 мм ўлчамдаги папулалар *милиар* деб номланади (*miliun* – тарик дони), ёки лихен (қизил ясси темирткида, тилларанг темирткида) деб аталади. 0,5дан 1 см гача бўлганлари лентикуляр (*lenticula* - ясмик) дея аталади ва улар псориаз, иккиламчи захмда ва ҳоказоларда юзага келади. 1 ёки 2 см гача бўлганлари нуммуляр (*nummus* - танга), дейилади. Бундан катта бўлган папулалар (гипертрофик папулалар) асосан захмнинг иккиламчи қайталанма турида кузатилади (кенг кондилломалар). Бирлашиб кетган папулалар диаметри 10 см бўлган тошмаларни ҳосил қилади. Папулалар, одатда, аниқ чегараларга эга, аммо турли шаклда (юмалоқ, овал, ясси, полигонал, ўткир киндиксимон ботиқ, қуббасимон) ва юзаси текис ёки гадир-будур бўлади. Шу билан бирга тугунларнинг таркибий қисми ҳам турлича бўлиши мумкин (юмшоқ, хамирсимон, зич эластик, зич ва қаттиқ). Шу жумладан ранг ҳам (одатий терининг ранги, сариқ, пушти, қизил, бинафшаранг, жигарранг ва бошқалар).

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

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



Дўмбоқча (tuberculum)

Дўмбоқча – бўшлиқсиз, инфилтратив ўткир яллиғланишга эга бўлмаган элемент бўлиб, тери сатхидан кўтарилиб турувчи, кўпинча чандиқ ёки чандиқли атрофия билан якун топади. Ташқи кўринишидан, айниқса, бошланғич босқичда тугунчадан фарқлаш қийин. Ўлчамлари, шакли, юзаси, ранги ва дўмбоқчанинг таркибий қисми ҳамда тугунчанинг шундай хоссалари ўхшаш бўлиши мумкин. Дўмбоқчанинг яллиғланган хужайрали инфилтрати нафақат сўрғич қаватида, асосан дерманинг тўрсимон қаватида жойлашади ва гистологик жиҳатдан инфекциян гранулёмани ифодалайди, ёки сўрилиб кетади, ёки ўзидан сўнг чандиқли атрофия қолдиради. Тугунчалардан асосий клиник фарқи бўлиб, жараён якунланганидан кўп йиллар ўтганидан сўнг уларни фарқлаш имконини беради. Масалан, учламчи захмда ёки тери силида (нафақат чандиқлар ёки атрофиянинг мавжудлиги, балки, уларнинг жойлашиши, масалан, захмда чандиқнинг нақшсимонлиги, тери силидаги кўприкчалар ва ҳоказо).

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

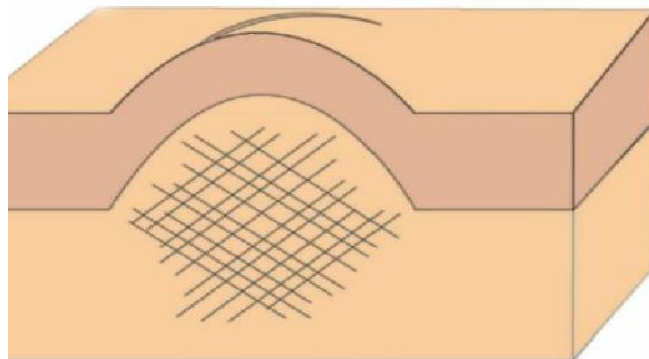
Турли хасталикларда дўмбоқчалар гистологик тузулишида фарқланувчи белгиларга эга. Масалан, тери силида дўмбоқча асосан эпителиоид хужайралар ва турли миқдордаги улкан –Лангханс хужайраларидан тузилган (кам ҳолларда марказида сил бактериялари аниқланади; четларида одатда лимфоцитлар мавжуд бўлади); Захмда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

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

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

Тугун (nodus)

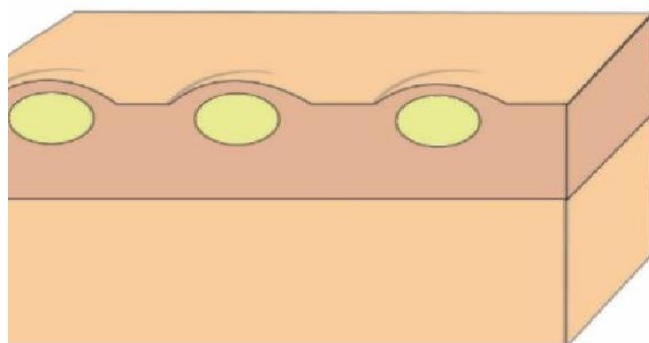
Тугун – бирламчи морфологик, бўшлиқсиз инфилтратив, ўткир яллиғланишга оид бўлмаган элемент бўлиб, тери ости ёғ қаватида жойлашган. Ўлчамлари – 2-3 см ва ундан катта. Дастлаб тугун тери



устидан бўртиб чиқмаслиги мумкин (бунда улар пайпаслаш орқали аниқланади). Кейинчалик ўсиши давомида тери устида бўртиб чиқади (кўп ҳолларда сезиларли даражада). Тугунлар ярага айланади ва кейинчалик чандиқ қолдиради. Тугунларнинг таркиби юмшоқдан (колликватив силда) зич-эластикгача бўлиши мумкин (мохов ва учламчи захмда). Бир қатор хасталикларда тугунларнинг ўзига хослиги (ташқи кўриниши, шакли, юзаси, таркиби, ажратмалари) улар учун махсус номларни белгилаш имконини берди: скрофулодерма – колликватив сил, гумма – учламчи захм.

Пуфакча (vesicula)

Пуфакча – бирламчи бўшлиқли, экссудатив элемент. Асосида суюқлик тутади ва тери сатҳидан бироз бўртиб чиқади.



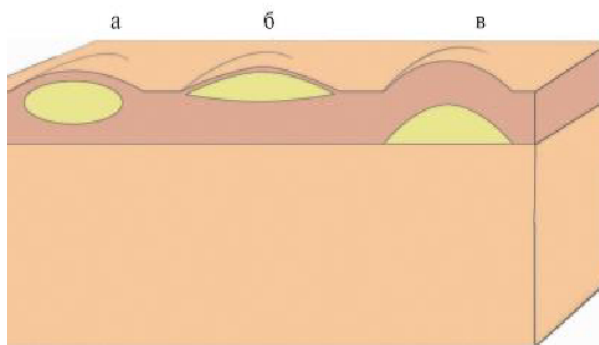
Пуфакчада, сероз суюқлик билан, кам ҳолларда серроз-геморагик суюқлик билан тўлган бўшлиқ, ташқи қобиғи ва туби фарқланади. Пуфакчалар мугуз қавати остида, эпидермиснинг орасида ва эпидермис ҳамда дерманинг ўртасида жойлашиши мумкин; улар бир камерали ва баъзида кўп камерали бўлиши мумкин (бу ҳолда беморда пуфак мавжудлиги аниқланади, аммо

парда деворлари йўқдек туюлади). Пуфакнинг ўлчамлари 1 ёки 3-4 мм гача. Пуфакнинг таркиби шаффоф, серозли, кам ҳолларда қонли бўлади. Кўпинча лойқаланади, йирингли турига айланади. Бу пуфакчанинг (везикула) йирингчага (пустула) айланишида рўй беради. Пуфакчанинг суюқлиги пўст бўлиб қурийди ёки қопқоғи ёрилади ва эрозивланган юзага ўхшаб кетади сўнгра намланиш пайдо бўлади, худди экземанинг қўзғалган даври каби. Пуфакчалар ўзгармаган терида жойлашиши мумкин, бироқ кўпинча яллиғланган эритематоз асосга эга. Оғизнинг шиллиқ қаватида, терининг тегиб турадиган юзасида тезда ёрилади ва эрозияланган юзалар очилиб қолади; қалин юзага эга бўлган жойларда (масалан, дисгидрозда қафтларда) улар узок вақт сақланиб туради. Пуфакчалар изсиз йўқ бўлиб кетади ёки ўзидан кейин вақтинчалик пигментацияни сақлаб қолади. Масалан, худди Дюренинг герпессимон дерматози каби.

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

Пуфак (bulla)

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



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

аталади, тикансимон қаватнинг қалинлашган қисмида жойлашганда эса *интраэпидермал* эпидермис ва дерма ўртасида бўлса – *субэпидермал* деб аталади. Пуфакнинг шакли юмалоқ, яримшар ёки овал; таркиби шаффоф, сарғиш, кам ҳолларда лойқаланган ёки геморрагик. Пуфак суюқлигида

лейкоцитлар, эозинофиллар, эпителиал хужайралар бўлади. Дерматозларнинг айрим турларига ташхис қўйишда суртма-излари ёки пуфакнинг тубидан қириб олинган таҳлилларни цитологик текшириш аҳамиятга эга. Чунки бир қатор дерматозларда хужайралар таркиби ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

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

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

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

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

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

Жараённинг моҳияти ҳужайраларо алоқаларнинг (акантлар) эришидан иборат. Тиканакли ҳужайралар ўзаро ажралади ва улар орасида экссудатлар билан тўлган ёриқлар пайдо бўлади. Кейинчалик улар пуфакка айланади. Бунда тиканакли ҳужайралар юмалоқлашади, бироз кичради, уларнинг ядроси оддийларидан кўра анча йириклашади. Улар пуфакнинг тубини қоплайди. Малҳамкур акантолик ҳужайралар (Тцанк ҳужайралари) ташхис қўйишда муҳим аҳамиятга эга ва пўрсилдоқ ташхисини тасдиқлайди. Эпидерма ости пуфаклари базал мембрана қаватлари ўртасида ёки бевосита унинг остида ёки тепасида ҳосил бўлади ва унинг толаларини шакллантирувчи боғламалар мустаҳкамлиги бузилиши оқибатида юзага келади. Бунга сабаб эса иммун тизимидаги ўзгаришлардир.

Йирингча (pustula)

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

(асосан стафилококкларнинг) эпителиал

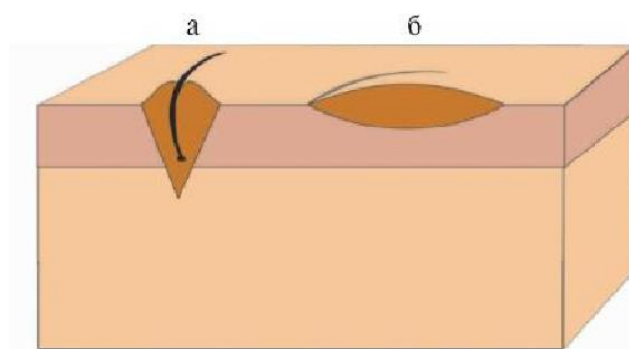
ҳужайраларнинг некрози юзага

келади. Бунинг оқибатида эпидермисда йирингчали бўшлиқ ҳосил бўлади.

Эпидермис қаватида бўлган ва пўст ҳосил бўлишга мойил йирингча *импетиго*, деб номланади. Пўст тушиб кетганидан сўнг шикастланган жойда

вақтинчалик пигментация қолади. Тук фолликулалари атрофидаги

йирингчалар *фолликулит* деб номланади. Агар йиринг тук воронкасининг



а - фолликуляр йирингча, б - фликтена

оғзига кирса, йирингчанинг маркази тукнинг ичига ўтади ва *остеофоликулит* юзага келади.

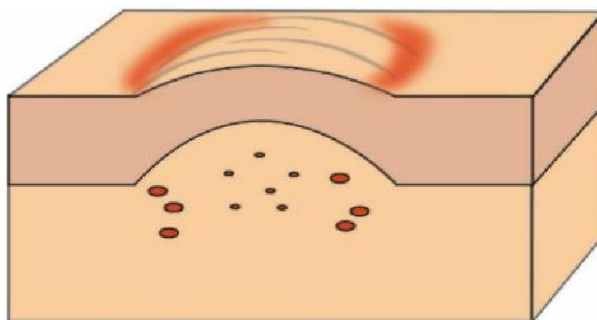
Фолликулитлар ўзидан кейин ҳеч қандай излар қолдирмайдиган юзаки ва кейинчалик чандиқ ҳосил бўладиган чуқур (жараён дерманинг ичида жойлашган фолликулани қамраб олади) бўлиши мумкин. Кўпинча фолликулитларнинг қўзғатувчиси стафилококк бўлиб ҳисобланади. Чуқур дермани ҳам қамраб оладиган ва фолликуляр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

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

Бунда иккиламчи инфекция қўшилади.

Тарвоқ (urtica)

Тарвоқ – экссудатив бўшлиқсиз элемент. Терининг сўрғич қаватидаги чекланган



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

Тарвоқлар чивин, искабтопар ва бошқа ҳашаротлар чаққан жойда, иссиқ, совуқнинг таъсирида ачиштирадиган қичитқи ўтга тегинишда (ташқи

омиллар) интоксикация ва сенсibiliзацияда (ички омиллар) юзага келади. Теридаги қаварчиқ дори воситалари, озиқ-овқат маҳсулотлари ва инфекцион аллергиялар (қичитқи ўт, Квинке шиши, зардоб хасталиги) таъсирида пайдо бўлади. Терининг шикастланган жойларини механик қўзғатиш оқибатида ҳам юзага келиши мумкин. Масалан, пигментли эшакемида. Бир қатор ҳолатларда терини механик қўзғатиш оқибатида узоқ вақт сақланиб турадиган йирик тарвоқлар пайдо бўлади.

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

ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР.

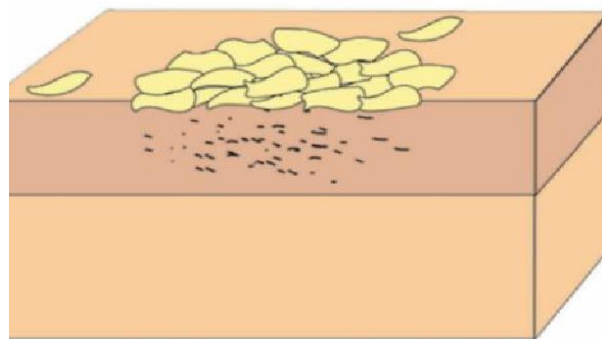
Иккиламчи морфологик элементлар бирламчи морфологик элементларнинг эволюцияси оқибатида пайдо бўлади. Уларга пигментли доғлар, тангачалар, қалок, юзаки ва чуқур ёриқлар, шилинишлар, эрозиялар, яралар, чандиқлар, лихенификациялар ва вегетациялар киради.

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

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

Тангача (squama)

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



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

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

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

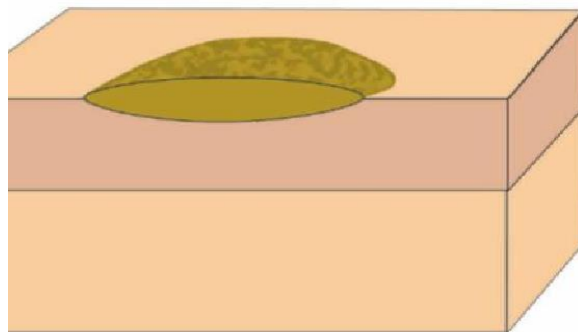
Тангачалар одатда паракератоз оқибатида ҳосил бўлади (мугуз ҳосил бўлишининг бузилиши). Бунда эпидермисда донадор қават йўқ бўлади. Мугуз пластинкаларида эса ядронинг қолдиқлари бўлади. Кам ҳолларда пўст ташлаш гиперкератоз натижасида, яъни оддий мугуз хужайраларининг кескинлик билан ривожланиши ёки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

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

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

Қалок (crusta)

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



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

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

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

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

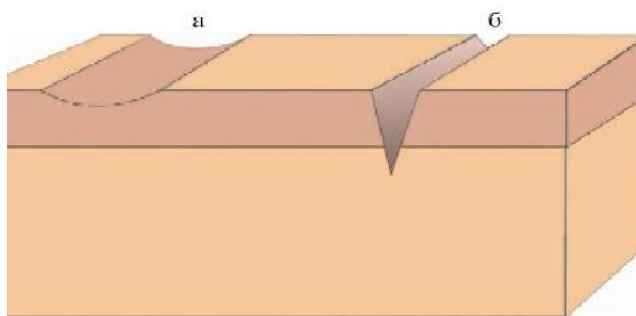
Ташқи ёриқлар (fissura) фақатгина эпидермис чегарасида ҳосил бўлади ва из қолдирмай йўқ бўлиб кетади.

Чуқур ёриқлар (rhagas)

эпидермисдан ташқари дерманинг бир қисмини ҳам қоплайди. Баъзан ундан чуқурда жойлашган хужайраларда юзага келади ва ўзидан кейин чандиқ қолдиради.

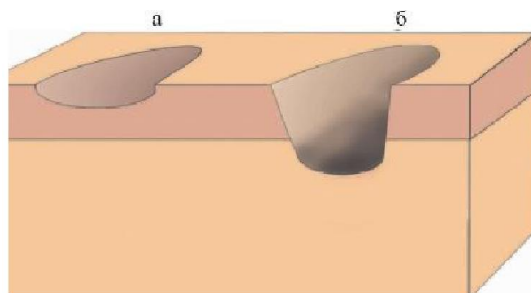
Ёриқлар терининг тармоқли дефектларидир. Улар чўзилишга

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



а - ташқи ёриқ, **б** – чуқур ёриқ

Шилиниш ёки экскориация (excoriatio) – тирналишлар ёки бошқа жароҳатлар оқибатида юзага келган терининг нуқсони. Тирналишлар нафақат эпидермиснинг, дерманинг сўрғич қаватининг ҳам яхлитлигини бузиши мумкин. Бундай ҳолларда чандиқлар юзага келмайди. Шилиниш анча чуқур жойлашганида, соғайиб кетганидан сўнг чандиқ, пигментация ёки депигментация қолади. Экскориациялар кучли қичишишнинг объектив белгиси бўлиб ҳисобланади. Тирналишлар юз берган жой ва унинг шакли баъзида ташхис қўйишга ҳам ёрдам беради (масалан, қичимада).



а- эрозия б- яра

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

Оғиз шиллиқ қаватида эрозия узоқ вақт сақланиб турганида, унинг четлари шиш ҳосил қилиши ва ҳатто инфильтрацияга учраши ҳам мумкин. Бу ҳолда эрозияни ярадан ажратиш қийин бўлади. Айрим ҳолларда ушбу масала элементнинг тузалишидан кейин аниқ бўлади. Чунки яра ўрнида

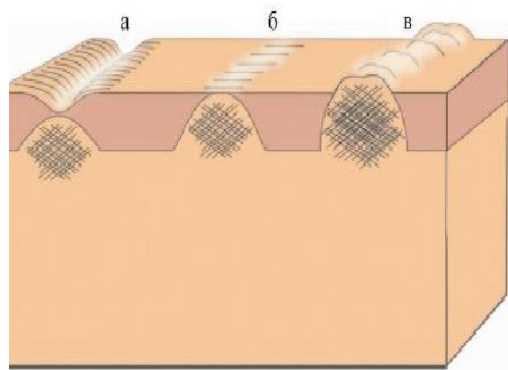
ҳамиша чандиқ қолади. Оғизнинг шиллиқ қавати ва лабларда, кам ҳолларда терининг айрим патологик жараёнларида эрозив юзалар бундан олдин пуфаклар ҳосил бўлмасдан туриб пайдо бўлади. Масалан, захмда эрозив папулалар, қизил ясси темиртки ҳамда тери силининг эрозив-яралари шаклида. Бундай эрозиялар осон шикастланадиган яллиғланган шиллиқ қавати ва терининг жароҳат олиши оқибати юзага келади. Жароҳат натижасида шишган, кўпинча мацерилашган эпителийнинг яхлитлиги бузилади.

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

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

Чандиқ (*cicatrix*)

Чандиқ – терининг чуқур нуқсонлари ўрнида ҳосил бўлади. Бунда уларнинг



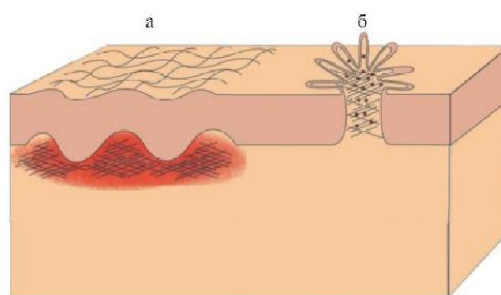
а - атрофик б - нормотрофик в - гипертрофик

ўрнини дағал, толали бириктирувчи тўқима эгаллайди. Терининг сўрғичлари текисланади, сўрғич ўртасидаги эпителиал ўсимталар йўқ, бўлади. Шу боис эпидермис ва дерма ўртасидаги чегара тўғри горизонтал чизик бўйлаб кўринади. Чандикда тери сурати, фолликуляр ва терга оид тешиқлар мавжуд эмас. Чандик хужайрасида ҳатто соч, ёғ, тербезлари, томирлар ва эластик толалар ҳам йўқ. Чандик чуқур куйишлар, кесилган жойлар ўрнида; дўмбоқчалар, тугунлар, чуқур пустулаларнинг яраланишида ёки қуруқ йўл билан, яни бундан олдинги яраланишсиз ҳосил бўлади. Масалан, терининг папулонекротик силида ёки учинчи даражали дўмбоқчали захмда.

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

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

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



а - лихенификация, б - вегетация

тугунлари худудида ичига тортилган нотекис шаклдаги кўприксимон чандиклар қолади. Тери қопламининг бошқа жойларида ҳам худди шундай чандикларнинг пайдо бўлиши нафақат силдан, балки сурункали чукур пиодермиядан ҳам дарак бериши мумкин. Терининг папулонекротик силидан сўнг аниқ чегараланган, худди мухрлангандек ташқи чандиклар қолади. Учламчи захмнинг дўмбоқчали тошмалари – ола-чипор тўлқинсимон чандиклар; тери-силида тузалиб кетган тошмалар ўрнида текис юпка ва ялтираб турадиган тери атрофияси қолади.

Лихенизация ёки лихенификация (lichenisatio, lichenificatio)

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

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

ишқаланиш оқибатида юзага келади, улар юмшоқ, серсув, пушти - қизил ёки қизил рангда, осонлик билан қон чиқадиган, серозли ёки сероз - қонли суюқликни ажратади. Иккиламчи инфекция қўшилганда, оғриқ пайдо бўлади, атрофидаги ҳошиясида гиперемия, сероз-йирингли ажратмалар чиқиши кузатилади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ИЧКИ АЪЗО ВА АСАБ ТИЗИМИ ПАТОЛОГИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

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

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

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

функциялари бузилганда ҳам терида ҳар хил патологик жараёнлар кузатилади. Масалан, гипофиз ва жинсий безлар функциясининг бузилиши себорея ва хуснбузар келиб чиқишига сабаб бўлади. Қалқонсимон без функциясининг етишмовчилигида эса микседема ривожланади. Буйрак усти безлари хасталигида эса тери бронза тусига киради ва х.к.

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

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

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

ЮРАК – ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ТЕРИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Атеросклероз доим терининг зарарланиши билан кечади, бу зарарланиш аста секин кучайиб борувчи ишемиядан то терининг инфарктигача, яъни некрозгача бўлиши мумкин. Терининг некрози қон билан таминланишининг тўсатдан бузилиши оқибатида ривожланади. Тери инфарктнинг сабаби бўлиб атероэмболия ҳисобланади, яъни майда артерияларнинг

атеросклеротик пилакчаларининг фрагменти (майда холдаги) билан тўсилиб қолиши хисобига пайдо бўлади. Атеросклероздан кўпроқ ва катта даражада оёқлар артерияси шикастланади ва шунинг учун оёқлар соҳасидаги теридаги ўзгаришлар бошқа соҳаларга нисбатдан кучлироқ ривожланади. Терининг ишемияси хисобига ранги оч, оқиш, цианозга учраган, тукларнинг бўлмаслиги кузатилади. Терининг инфаркти: эпидермисда аниқ чегараланган некроз зонаси кузатилади, унинг шакли географик харитани эслатади.

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

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

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

Терида тошмалар (пилакчалар, инфильтратлар), яралар аниқ, кескин чегараланган тик тушган қирғоққа эга. Тубида струп кузатилади, унинг остида пай кузатилади. Оз микдорда оқма кузатилади. Ишемиянинг бошқа аломатлари: оқиш, ялтироқ атрофиялашган тери, болдир ва унинг пастки соҳаларида, товонда тукларнинг йўқлиги кузатилади. Гиперпигментация,

терининг ва тери ости ёғ клетчаткасининг склерози кузатилмайди. Ярагинг туби кулранг ёки қора тусли, қурук, пальпацияда оғриқ кузатилади. Периферик артерияда пульс заиф ёки йўқ.

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

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

Сурункали веноз етишмаслигида теридаги ўзгаришлар

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

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

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

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

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

Варикоз яралар 30 % беморларда учрайди. Йирик (юзаки ёки чуқур) ва майда ҳамда жуда оғриқ чақирувчи бўлиши мумкин (терининг оқ атрофияси

сохаларида), варикоз яралар доим тўқималарнинг шиши ва зичлашиши асосида пайдо бўлади. Яра пайдо бўлишидан аввал терида гипоксия кузатилади: ёки қизил доғ пайдо бўлади. Бу ерда билинар билинмас травма оқибатида яра пайдо бўлади. Яралар асосан юзаки, қирғоқлари нотекис ўйилган. Бу яралар, варикозли экзема ҳам рожа ва флегмона каби асоратларга олиб келиши мумкин. Бу касалликларнинг рецидивиди тери ва гиподерма склерози чуқурлашади, гиперпигментация пайдо бўлади. Болдир - товон бўғимида фиброзли ёки суякли анкилоз ривожланади.

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

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

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

Авитаминозларда теридаги ўзгаришлар

Цинг (Скорбут)

Овқатда витамин С етишмаслиги оқибатида келиб чиқувчи ўткир ёки сурункали касалликдир. Терида қон қуйилиши, қўл ва оёқларда петехиялар

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

Ферментатив панникулит

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

ҚОН КАСАЛЛИКЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Тромбоцитопеник пурпура

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

ДВС синдром (дессиминированное внутрисосудистое свертывание)

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

Тезкор пурпура (Молниеносная пурпура)

Чегараси аниқ бўлган, нотўғри шаклдаги, географик харитани эслатувчи экхимозлар пайдо бўлади, уларнинг атрофида (қирғоғида) гиперемия хошияси кузатилади. Баъзан экхимозлар ичида геморрагик суюқлик тутувчи пуфақларга айланадилар. Терида геморрагик инфаркт ривожланади. Бармоқ учлари ва бурун гангренага учрайди. Агар бемор тирик қолса, гангренага учраган сохалар ўз-ўзидан ампутацияга учрайди. Тери инфарктининг ранги

тўқ қизилдан то қора ранггача бўлади. Ўчоқлар кўпинча симметрик жойлашади. Кўпинча оёқ қўлларнинг дистал қисмида, терининг босилиб турган сохаларида, лабда, қулоқ супралирида, бурунда, жинсий аъзолар сохасида, баданда учрайди (инфарктлар). Шиллик қаватлар: милклардан қон оқиши кузатилади.

Лейкоздаги ўзгаришлар

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

4 хил клиник тури тафовуд қилинади:

Ўткир

лимфоматоз

сурункали

бурқсаб (тутаб) турувчи

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

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

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

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

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

Анемиядаги ўзгаришлар

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

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

Септик эндокардит

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

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

2. Ослер тугунчалари. Тери остида нўхот донидан кичик бўлган (ярмича), ёрқин қизил рангли, оғриқли тугунлар пайдо бўлади. Улар

бармоқларнинг оёқ ва қўл дистал қисмида, ёстиқ соҳасида жойлашади, бош ва кичик бармоқнинг кўтарилиб турган соҳасини эгаллайди. Ослер тугунчалари капиллярларнинг септик эмболияси ҳисобига юзага келади. Тугунчаларни аспирацион биопсия қилиш ёрдамида бу ердан касалликни кўзғатувчи (септик эндокардит) микроорганизмни ажратиб олиши мумкин. Ним ўткир эндокардитда эса Ослер тугунчалари қон томир деворларида иммун комплекслари чўкиб қолиши ва васкулит ривожланиши ҳисобига юзага келади.

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

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

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

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

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

ЭНДОКРИНОПАТИЯЛАРДА ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Бу касалликда терида хилма-хил ўзгаришлар юз беради:

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

проксималс қисми зарарланади. Касаллик бирдан бошланиб, тезда авж олади.

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

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

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

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

5. Эрруптив ксантомалар. Декомпенсацияга учраган қандли диабетда ва қонда триглицеридлар миқдори жуда ортиб кетганда пайдо бўлади.

Элементлар кўққисдан, кўп миқдорда пайдо бўлади. Дастлаб аниқ чегараланган папулалар ҳосил бўлади. Улар кўшилиб пиллакча ҳосил қилади. Элементларнинг ранги дастлаб қизил, кейин улар сариқ тусга киради ва қирғоғида қизил хошия мавжуд бўлади. Шакли гумбазсимон, яримшарсимон, тартибсиз жойлашган. Бир бирига яқин жойлашган папулалар катталашиб кўшилиб, дўмбоқчали эруптив ксантомалар ҳосил қилади (чиғаноқда). Кўпинча элементлар думбада (пиллакча), чиғаноқда, тиззада, елка соҳасида учрайди.

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

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

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

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

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

Дастлаб ишемия ўчоғлари пайдо бўлади, уларнинг шакли нотўғри, размери катта бўлиб, у ерда доғ кузатилади, терининг сурати мармарни эслатади оқиш тусга кирган ҳолда қизил тусли доғ сезилади. Баъзан

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

11. Липоидли некробиоз. Оппенгейм-Урбах касаллиги. Липоидли некробиоз ҳар хил рангли пиллакчалар пайдо бўлиши билан кечувчи касаллик(болдирнинг олдинги ва латерал юзасида). Янги ўчоғлардаги пиллакчалар мумсимон, чегаралари аниқ, размерлари ҳар хил, юзаси ялтирок, атрофияга учраган, эпидермисдан дерманинг кенгайган қон томирлари яққол кўриниб турувчи - телеангиоэктазиялар кузатилиди. Эски ўчоқлар: пиллакчалар периферияга қараб ўсади майда ўчоқлар бир – бири билан қўшилади, марказида ярага айланади. Яра битгач, ботиқ чандиқлар қолади. Яра битаётганда пиллакчалар юзаси теккисланади, сариқ ранг қўнғир тусга киради. Пиллакчаларнинг сариқ, тўқ сариқ рангдалиги муҳим диагностик аломатдир. Эскилари – қўнғир бўлади. Шунинг учун пиллакчанинг марказий қисми сариқ-тўқ сариқ, у ерда эпидермис атрофияга учраган телеангиоэктазиялар мавжуд, пиллакчанинг қирғоқлари бироз кўтарилган, чегараси аниқ, қирғоқдаги қисми ранги қизил-қўнғир. Майда пиллакчалар

кўшилиб, ногўғри шаклдаги ўчоғни хосил қилиши мумкин. 80% дан ортик холларда болдирда жойлашади. Яна товонда, қўлларда, баданда, юзда, бошнинг сочли қисмида учраши мумкин. Кам холларда генерализацияланган бўлади. Баъзан симметрик жойлашади.

Глюкагонома

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

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

Иценко – Кушинга синдроми

Қонда глюкокортикоид гормонларнинг миқдори ортиб кетганда кузатилади. Бу ҳолат:1) гипофиз аденомасида АКТГ гормони кўп ишлаб

чиқарилганда 2) буйрак усти беги ўсма касалликларида юз беради. Кортикостероид гормонлари билан узок вақт юқори дозада даволланганда доридан келиб чиққан Кушинг синдроми ривожланади.

Теридаги аломатлари:

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

Диффуз токсик буқоқ (ҚБазедов касаллиги)

Диффуз токсик буқоқнинг учта асосий белгиси бўлади:

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

Беморларда тери иссиқ, нам, барқутсимон, силлик бўлади. Кафт ва товонларда тер чиқиши кучайган. Претибиал микседема (шилликли шиш). Даставвал иккала оёқ соҳаларида симметрик жойлашади, зич-қаттиқ

папулалар ёки пилакчалар пайдо бўлади. Ўчоқ катталашиб боради, бир бири билан қўшилади ва оғир ҳолатларда болдирнинг ҳамма юзасини ва товоннинг устки қисмини эгаллаб олади. Зарарланган тери дастлаб апельсин пўчоғини эслатади, кейинчалик унинг юзаси сўғалсимон ҳолатга киради. Ўчоғнинг ранги қизил пушти, тўқ қизил, баъзан эса ўзгармаганини кузатиш мумкин. Қўлтиқ остида ҳарорат ўлчанганда, оғиз бушлигидаги ҳароратдан 0,2-0,3С баланд бўлади. Телле симптоми, қовоқлар (век) пигментацияси учрайди.

Гипотиреоз (микседема)

(Кретинизм – врожденный гипотиреоз).

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

Мумсимон, қуруқ ксеродермадаги каби ғадр-будур, ажинлар пайдо бўлган. Кафт ва товонларда мугузланиш кучайган - кератодермия. Ранги-оқиш, бу ҳолат сув ва гликозамингликанлар миқдорининг ортиши ва қон билан таъминланишининг камайиши (вазоконстрикция) ҳисобига бўлади. Кафт ва товонларда эса каротинемия ҳисобига сарғиш ранг кузатилади. Пальпацияда тери қуруқшаган, тер ва ёғ чиқиши камайган, совуқ, хамирсимон консистенцияга эга бўлади. Қўл - оёқларда зич - қаттиқ шиш кузатилиб, бармоқ билан босилса чуқурча қолмайди. Тана тотал зарарланади. Кўпинча, айниқса 30 ёшдан ўтган аёлларда витилиго пайдо бўлиши кузатилади. Сочлар қуруқ, дағал, синувчан. Алопеция кузатилади; Соч ўсиши секинлашади, сочлар сийраклашди (бошда, соқоллар соҳасида, жинсий аъзолар соҳасида). Соч молекулаларининг телоген босқичидагилари кўпаяди (ундов белгиси симптоми мусбат). Қошларнинг ташқи латерал томондаги 1/3 қисми тўкилади (Ротшильд симптоми). Тирноқлар секин ўсади, осон синувчан бўлади. Тил катталашган, силлик, қизил тусда ҳаракати секинлашган. Бу

касалликда тери рангининг оқиш бўлишига сабаби нордон гликозамингликанлар (гиалурон ва хондроэтинсульфат кислоталар) нурларнинг синишини (лучепреломление) ўзгартиради. Сарик рангининг (кафт ва товонларда) сабаби эса бетта-каротининг витамин «А» га айланишининг секинлашиб кетишидир.

ҲАР ХИЛ НЕВРОЛОГИК ВА РУХИЙ БУЗИЛИШЛАР ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Буларни куйдагиларга ажратиш мумкин:

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

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

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

3. Дисморфомания (дисморфофобия). Бунда беморлар ўзларида физик етишмовчилик (майблик, мажрухлик) хис қиладилар ва тўла ишонадилар (дисморфия – мажхурлик). Бу ишонч кўпинча делирий (брeд) характериға эға бўлади. Беморлар дерматологларға ва пластик хирургларға мурожаат қиладилар, психиатр ёрдамидан эса қатъий воз кечадилар. Кўпинча ёш, ёлғиз аёллар бунға чалинадилар. Уларнинг шикоятлари ҳам жуда типик: ажинлар, хуснбузарлар, чандиқлар, гипертрихоз, лабнинг қурукшаб кетиши, соч тўкилишининг бошланиши, сочнинг жуда тез ўсиши, кўп терлаш, терининг бадбуй хидига ва х.к.

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

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

6. Бошнинг сочли қисмидаги ёки бошқа соҳалардаги сочларини юлиб олишидан иборат бўлиб, бу сочни юлиб олиш хоҳиши шу қадар кучликки, бемор ҳеч қачон бундан ўзини тия олмайди. Трихотилломания асосан асаб рухий ҳолатларининг бузилишдан келиб чиқадиган аломатдир. Бундан ташқари ақлий заифликда ёки астено-вегетатив, астено-невротик ҳолатларида ҳам кузатилади. Сочлар юлиб олинган соҳаларда сочларнинг сийраклашиши, ёки сочларнинг йўқлиги, шунингдек сочларнинг ҳар хил

баладликда синиши кузатилади. Бу касаллик асосан болаларда учрайди, катта ёшга етгач эса сочларни юлиш хоши пасайиб бориб ўтиб кетади. Даволашда гипносуггестив терапия, психотерапия ва психотроп дори моддалар яхши самара беради.

Нейротропик яралар

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

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Бир қатор дерматозларда уларнинг пайдо бўлишига олиб келган этиологик омил маълум бўлади (пиодермиянинг турли клиник шакллари, дерматомикозларнинг клиник шакллари ва турли хилдаги кўзғатувчиларга эга эканлиги, тери сили, тери лейшманиози, вирусли дерматозлар, мохов,

қичима ва бошқалар). Касаллик қўзғатувчисини ажратиш, уни лаборатория шароитида ўрганиш, малҳамкур қўзғатувчини жониворларга юктириш аксарият ҳолларда даволаш препаратларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этиш имконини берди. Улар микробга ўзига хос тарзда таъсир қилиб, инфекцион ёки паразитар дерматозни йўқ қилишни осонлаштиради. Бу эса дерматознинг этиотроп (этиологик) терапиясидир. Бироқ «соф ҳолатда» бундай муолажа кам ҳолларда самара келтириши мумкин (кўтир, лейшманиоз ва бошқалар). Микроб агент яхлит организмда фаолият олиб боради. Охир-оқибатда организм микроорганизмнинг таъсирига унинг жавобини аниқлайди. Бундан ташқари беморнинг организмига ҳам, микроб омилига ҳам атроф-муҳит шароити таъсир кўрсатади.

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

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

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

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

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

Умумий даволаш

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

Психофармакотерапия. Марказий ва вегетатив асаб тизимини функционал тарзда бузилиши турли дерматозларнинг патогенезида сезиларли рол ўйнайди. Айниқса, қичишиш билан ўтадиганларида. Шу боис бундай хасталиklarни даволашда нейрофармокологик воситалар муҳим

аҳамиятга эга. Доривор воситалардан ташқари тери хасталикларини даволашда асаб тизимига тиббий бўлмаган усуллар ёрдамида таъсир кўрсатиш ҳам кенг қўлланилади. Биринчи навбатда бу психотерапия ва физиотерапиядир.

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

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

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

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

Рефлексотерапия, акупунктура (игнатерапия), доривор таъсири негизида нейрорефлектор механизм ётади. Улар марказий асаб тизими ва унинг вегетатив бўғинига нормаллаштирувчи таъсирни кўрсатади. Шу билан

бирга қичишишни камайтиради ва ҳатто йўқ қилади. Шу боис игнатерапиянинг ҳар хил тури турли дерматозларни даволашда қўлланилади. Биринчи навбатда қичишиш билан кечувчи дерматозларда.

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

Нейрофармакологик даво. Кўп учрайдиган аксарият дерматозлар қичишиш, безовталиқ, ваҳима ҳисси, қўрқув, уйқу ва сергаклик ритмининг бузилиши, айрим ҳолларда руҳий сиқилиш ҳолати билан ўтади. Шунинг учун бундай беморларни даволашда тинчлантирувчи воситалардан фойдаланилади. Психотроп воситалар психик функциялар, эмоционал ҳолат ва феъл-атворга таъсир кўрсатади. Дерматологияда нейролептик воситалар, транквилизаторлар, седатив воситалар, антидепрессантлар, аналептиклар, стимуляциялайдиган воситалар, ганглиоблокаторлар ва антиадренергик воситалардан фойдаланилади.

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

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

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

Беморнинг танасида табиий равишда гистаминларга қарши антитаналарни ишлаб чиқариш ва зардобнинг эркин гистаминини фаолсизлантириш қобилиятини кучайтириш мақсадида тери остига гистаглобулин киритилади.

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

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

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

Гормон билан даво дерматологияда янада кенг қўлланилади. Ўтган асрнинг 50-йилларида дерматологик амалиётга глюкокортикоидларнинг киритилиши кўплаб хасталикларнинг прогнозларини ўзгартирди. Аввало, бу пўрсилдоқ ва системали қизил югурукга тааллуқлидир. Ушбу дорилар билан узлуксиз даволаш нафақат беморлар ўлимнинг олдини олади, балки аксарият ҳолларда уларга меҳнат қилиш қобилиятини ҳам қайтаради. Бир қатор дерматозларда кортикостероидлар хасталикнинг оғир зўрайишларини тезда олдини олади (токсидермия, атопик дерматит, экзема, дерматомиозит, буллёзли пемфигоид ва бошқалар).

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

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

бирга оксил ҳамда витаминларга бой парҳезга ўтилади. Организмдан калийнинг керагидан ортиқча чиқиб кетишига кўмаклашадиган стероидли гормонлар узок муддат давомида қўлланилганда, беморларга даволашнинг биринчи кунидан бошлаб калий препаратлари тайинланади (калий ацетат, калий оротат, калий хлорид, панангин).

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

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

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

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

Антибиотиклар билан даволаш. Инфекцион дерматозларга эга бўлган беморларни даволашда кўплаб антибиотиклар қўлланилади. Антибиотиклар захмда ва жинсий йўллар билан юқадиган бошқа хасталикларда тайинланади. Терининг сил хасталикларида, сарамас яллиғланишида, эризипеллоид, куйдирги, шунингдек, склеродермияда ҳам қўлланилади. Айниқса, биосинтетик пенициллинлар (бензилпенициллин, пеницилин), яримсинтетик пенициллинлар (ампицилин, амоксицилин, аугментин) кенг қўлланилади. Цефалоспоринлар гуруҳидан дерматовенерологик амалиётда кефзол,

зиннат, роцефин ва бошқалар қўлланилади. Тетрациклинлар гуруҳидан кўпинча доксициклин, оксиклициклин, метациклин, тетрациклин; макролидлар (эритромицин, сумамед, ровамицин, рулид) кўп қўлланилади. Сиртга қўллаш учун синтомицин линименти, линкомицин, гелиомицин, тетрациклиндан фойдаланилади.

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

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

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

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

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

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

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

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

(бактерияларнинг ҳужайра деворидаги тузилмавий қисм) ҳам кенг қўлланилади.

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

Лимфокинлар ва бошқа цитокинлар иммуномодуляторлар сифатида қўлланилади. Бунга эса гибридом техникаси, ирсий муҳандисликнинг такомиллаштирилиши ва рекомбинант препаратларни олиш имконияти юзага келгани туфайли эришилди. Интерферонлар α , β , μ цитокинлар бўлиб ҳисобланади. Улар ҳужайраларнинг ривожланиши ва кўпайишини назорат қилади. Улар организмни вируслар билан инфекцияланишидан ҳимоя қилади, хавфли ҳужайраларнинг ўсишига тўсқинлик қилади. Уларнинг вирусга қарши таъсири вирус РНКси ва оксил синтезини бузиш орқали амалга оширилади. Ҳужайра мембранаси хусусиятларининг ўзгариши ёт ирсий маълумотларни деградацияга учратади. Бу эса бактериялар ва замбуруғлар ривожланишига барҳам беришда фойдаланилади. Рекомбинант интерферонлар ОИТС, хламидоз ва жинсий йўллари билан юқадиган бошқа касалликлар, вирусли хасталиклар, Капоши саркомаси, микозларда қўлланилади.

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

Иммуносупрессив даво аутоиммун дерматозларни даволашда қўлланилади (қизил югурук, пўрсилдоқ). Шунингдек, псориаз ва бир қатор дерматозларни даволашда ҳам фойдаланилади. Цитостатикларнинг

(метотрексат, азатиоприн, меркаптопурин, циклофосфан) глюкокортикостероидлар билан биргаликдаги комбинацияси мақсадга мувофиқдир.

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

Даволовчи овқатланиш – турли дерматозларга таъсир кўрсатишнинг муҳим омили. Айниқса, бу аллергодерматозларга тааллуқлидир. Чунки бунда этиологик омил сифатид у ёки бу озиқ маҳсулоти бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда унинг истеъмол қилишдан чиқарилиши соғайишга, ҳар ҳолда ташқи белгиларининг кучсизланишига олиб келади. Бундан ташқари аллергодерматозлар билан хасталанган беморларнинг овқатланишида углеводлар, цитрусли мевалар, ёнғоқлар, асал, концентратлар, қаҳва, ош тузини ҳам чеклаш лозим. Аччиқ таомлар ва спиртли ичимликлар ҳам тақиқланади. Дюрингнинг герпессимон дерматити билан оғриётган беморлар таркибида глютенлар бўлган маҳсулотларни истеъмол қилмасликлари керак. Псориаздан азият чекаётганларга эса ҳайвон ёғлари мумкин эмас, углеводлар чекланган миқдорда истеъмол қилинади, ксантомада – ҳайвон ёғлари, шу жумладан, сметана, сут истеъмол қилиш таъқиқланади.

Ташқи даво

Маҳаллий даволаш худди умумий даволаш сингари доимо яқка тартибдаги ёндашувни талаб қилади. Ташқи даволашнинг ижобий натижага олиб келиши касаллик характери (ўткир, ўткир ости, сурункали), жараённинг босқичлари (зўрайиб бораётган, стационар, пасайиб бораётган), шикастланишнинг чуқурлиги ва жойлашган қисми, тайинланаётган тиббий воситанинг фармакологик хусусиятлари, уни қўллашга бўлган тавсиялар ва қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар, ташқи воситанинг концентрацияси ва унинг шакллари мақбул тарзда баҳолашга боғлиқ. Экзема энг яққол

намуна бўлиб ҳисобланади. Бунда ташқи даво экземанинг шакли, унинг босқичи, жойлашган жойи ва бошқа омилларга боғлиқ. Ташқи даволашни қатъий равишда якка тартибда ва беморни доимий равишда кузатган ҳолда олиб бориш лозим. Чунки препаратларни кўпинча алмаштиришга (улар мақбул келмаганда ёки уларга ўрганиб қолинганда) ёки дозаларини ўзгартиришга тўғри келади. Бир қатор тери хасталикларда маҳаллий даволашнинг асосий қоидаларидан бири дастлаб дори воситаларининг кучсиз концентрациясини қўллаб, босқичма-босқич уни ошириб бориш ва янада фаол таъсир кўрсатадиган препаратларга ўтиш бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга тери касалликларининг кучли таъсир қиладиган дори воситалари қўлланилиши кўрсатилган шакллари ва босқичлари мавжуд. Масалан, бу айрим инфекцион дерматозлардир (трихомикозлар, қичима ва бошқалар).

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

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

жиҳатидан ўсиб борадиган тартибда жойлаштириш мумкин: сепиладиган дори, примочкалар, чайқатиладиган аралашмалар, пасталар, малҳамлар, компресслар, елимлар, пластирлар, лаклар.

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

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

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

Дерматологияда дори воситаларини ташқи қўлланилишининг асосий усуллари

Сепма дорилар кукунсимон моддалардан иборат бўлиб, зарарланган жойга текис, юпқа қават қилиб суртилади. Улар терини қуритади ва ёғсизлантиради (гигроскопиклик оқибати), уни (иссиқлик чиққанда) совутади ва тери сиртқи томирларининг торайишига қўмаклашади. Бу, гиперемия, шишлар (айниқса, тери бурмаларида), иссиқлик ва қичишиш ҳиссини камайтиради. Бироқ, зарарланган ўчоқларнинг намланишида сепма дорилар қўлланилмайди, чунки, экссудат билан бирга, улар яллиғланиш жараёнини

кучайтирувчи ва терини қичиштирувчи қобик ҳосил қиладилар. Сепмалардан ортиқча терлаш ва кучли ёғ ажралишига қарши фойдаланилади.

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

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti aa 10,0

M.D.S. Сепма

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti aa 15,0

Dermatoli

Bolus albae aa 10,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli aa 10,0

M.D.S. Сепма.

Дерматологияда яллиғланишга қарши, қуритувчи ва дезинекцияловчи восита сифатида сув ва спирт эритмалари шаклидаги примочкалардан кўп фойдаланилади. Совутилган дори эритмаларида 4-6 қаватли докали салфетка ёки юмшоқ мато намланади, сиқилади ва зарарланган намли жойга қўйилади. Примочкалар 1-1,5 соат мобайнида ҳар 5-15 дақиқада

(қуриши ва киздиришига қараб) алмаштирилади; барча муолажа сутка давомида бир неча марта такрорланади. Кўпинча примочкалар учун 1–2 % танин эритмаси, 0,25–0,5% ли кумуш нитрати (ляпис), 2–3% ли борат кислотаси, 0,25–0,3 % кўрғошин суви (Aqua plumbi)дан фойдаланилади. Борат кислота эритмасидан тайёрланган боғламлар, захарли таъсири мавжудлиги сабабли эҳтиёткорлик билан қўлланилади.

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

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

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

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

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

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Glycerini

Aq. destillatae aa 25,0

M.D.S. Қўлланишдан олдин чайқалсин.

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

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 30,0

Glycerini

Sp. Vini rectific. 96 % aa 25,0

Aq. destill. ad 220,0

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

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

Rp: Zinci oxydati 30.0

Ol. Helyanthi 70.0

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

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

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

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

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

Rp: Zinci oxydati

Amyli tritici aa 10,0

Vaselini 20,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

Rp: Zinci oxydati

Talci pulverati

Lanolini

Vaselini aa 10,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

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

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

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

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

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

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

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

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

Кремлар куруқ терига, унинг эластиклиги камайганда ва унча катта бўлмаган яллиғланиш кўринишларида қўлланади. Крем таркибига кирувчи ланонин (хайвон ёғи) терини юмшоқ, эластик қилади. Кремдаги сув терини совутади ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Крем тери томонидан яхши ўзлаштирилади, аммо болалар учун терини безовта қилувчи вазелин канақунжут ёки кунгабоқар мойи билан алмаштирилади. Парфюмерия саноати томонидан ишлаб чиқарилаётган Унна, шунингдек, “Десткое”, “Спермацетли”, Восторг” ва бошқа кремларидан кенг қўлланилади. Унна кремида вазелин ўрнига ўсимлик (зайтун, шафтоли, кунгабоқар, канақунжут) мойларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: Lanolini, Ol. Helyanthi, Aq. destill. aa.

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

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

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

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

Rp: Ac. lactici

Ac. Salicylic!

Resorcini aa 10,0

Ol. Ricini 3,0

Collodii ad 100,0

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

Онихомокозларни даволаш учун лоцерил, батрафен лаклари кенг қўлланилади.

Таъсир характериға кўра, барча ташқи воситалар бир неча гуруҳға бўлинади. Масалан, яллиғланишға қарши, қичишишға қарши, дезинфекциловчикератолитик ва кератпластик, куйдирувчи, фунгицид ва бошқа воситалар фарқланади. Ташқи воситаларнинг бундай бўлиниши кулай ва гарчи, шартли бўлса-да, демак, уни қўлланиш шакли ва концентрациясиға қараб, бир хил восита турли таъсир кўрсатиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатда

кератопластик (оз даражада), кератолитик (бир неча кўп даражада) ва куйдирувчи (янада кўп даражада) таъсир қилувчи резорцин жуда яхши. Қатрондан типик кератопластик восита сифатида шунингдек, паразитларга қарши ва қичишишга қарши мақсадлардан фойдаланилади. 3 % даражадаги салицил кислотаси кучсиз кератопластик, 3%дан ортиқ даражада эса кератолитик восита сифатида таъсир кўрсатади.

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

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

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

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

Дезинфекцияловчи (антисептик) ва антипаразитар дори воситаларга фақат дезинфекцияловчи ёки яна антипаразитар ёхуд фақат антипаразитар таъсирга эга воситаларнинг катта гуруҳи мансубдир. Бу медикаментларга йод, спирт, бўр кислотаси, салицил кислотаси, резорцин, тимол, бензой

кислотаси, олтингугурт қатрон препаратлари, антибиотиклар, сульфаниламидлар, дерматол, ксероформ, бензил-бензоат (бензой кислотасининг бензилли эфири), спрегал ва бошқалар киради.

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

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

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

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚАЙТА ЎЗГАРГАН ФИЗИК ОМИЛЛАР

Электр билан даволаш

Дерматолог амалиётида мунтазам ва ўзгарувчан тоқлардан ҳам фойдаланилади. Мунтазам тоққа галваник ва диадинамик тоқ, ўзгарувчанга – диаметрик ва УВЧ лар киради.

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

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

Дерматологик амалиётда электрофорез учун кўпинча 0,5-2 %ли калций хлорид эритмаси (яққол яллиғланиш реакцияси ва қичишиш билан кечадиган аллергия дерматозларда), сўгалларни даволашда қўлланиладиган 2-3 %ли

магний сулфат эритмаси (олтингурут кислотали магнезия), 1-3 %лиихтиолнинг сувли эритмаси (сурункали инфилтратларнинг тезроқ сўрилиши учун), фурункулёзни даволашда қўлланиладиган 1 %ли мис сульфати (олтингурут кислотали мис), 1-2 %ли рух сульфати эритмаси (вулгар бўжамалар, фурункулёз, стафилококкли сикоз, битмаётган яра сиртларида) фойдаланилади.

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

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

электрод пластинка терининг зарарланган жойига яқинроқ ўрнатилади. Сеансларнинг давомийлиги – 5-10 дақиқа.

КВЧ – электромагнит тўлқинлари билан ўта юқори диапазонда таъсир кўрсатишдир. Миллиметрли тўлқинларнинг даво таъсирининг асосий механизми организмнинг носпецифик қаршилик кўрсатишини оширишдан иборат. Атопик дерматит, дискоид қизил волчанка, бўжамали тошмалар ва бошқаларни даволашда ижобий самара қайд этилган. КВЧ-терапия иммун мақомини меёрлаштиради.

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

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

Ультратовушли терапия. Ультра товуш механик, термик ва жисмоний-кимёвий таъсир кўрсатади. Тўғридан тўғри (терига, мушакка, бўғимларга) ва билвосита (орқа мия илдизларига, симпатик ствол, алоҳида нервлар ва б.) товушлантириш қўлланилади. Дерматологияда тўғридан тўғри локал товушлантириш гидраденит, локал тери қичишишида, чекланган нейродермитда, чекланган склеродермияда, псориастик артропатияда, трофик яраларда қўлланилиши мумкин. Сегментар билвосита товушлантириш сурункали қайталанишли эшакеми, универса тери қичишиши, диффузли нейродермит, тарқалган склеродермияни даволашда мумкин. Ультратовуш ёрдамида дори препаратлари (А витамини, гидрокортизон эмулсия ва б.)

юбориш фонофорез деб аталади ва бу, кафт-оёқости псориази, нейродермитнинг чекланган шакли ва ноўткир босқичдаги локал экзема ҳолатларида муваффақият билан қўлланиляпти.

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

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

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА КУРОРТ ОМИЛЛАРИ

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

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

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

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

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

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

Балнеологик курортларда асосий даволовчи омил минерал сувлар ҳисобланади. Даво мақсадлари учун яроқли эриган газлар, муайян терапевтик

фаол ионларнинг умумий минераллашмалари шифобахш минерал сувлар, деб аталади.

Замонавий таснифга кўра, минерал сувлар 7 та асосий бальнеологик гуруҳга бўлинади: 1) специфик компонент ва хусусиятларсиз сувлар; 2) карбонат ангидридли; 3) сульфатли; 4) темирли, маргумушсимон ва б.; 5) бромли, йодли ва юқори органик модда таркибли; 6) родонли (радиоактив); 7) кремнийли иссиқ булоқлар. Бу таснида минерал сувларнинг кимёвий таркиби, жисмоний хоссаси ва организмга таъсирини боғлашга ҳаракат қилинган.

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

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

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

Маҳаллий сув муолажа кўринишидаги қайноқ сероводород ванналари қўл ва оёқларни даволашда қўлланилади; ўтириш ванналари, шунингдек, йўналтирилган душ нейродермит, чот ораси, орқа тешик сурункали экземасини, олтингугуртли душ ва душ-массаж – псориазнинг

стационар шакли, склеродермия, себореяда бош ва юзни олтингугуртли суғоришда даволашда тайинланади. Сульфид сувлари – бизда қаерда бўлса, ёзиб қўйилади.

Родонли ванналар сероводородга нисбатан юмшоқ таъсир қилади. Терининг яллиғланиш ўчоқларида улар гистамин, сератонин, брадикинин сингари биологик фаол қўзғатувчи моддалар ҳосил бўлишини пасайтиради. Тарқалма турғун қизил дермографизм билан кечувчи экзема, эшакемида родонли ванналартери томирлари ўтувчанлиги камайган ва бир вақтнинг ўзида томир торайиши эффекти оқбитадига ўткир яллиғланиш ҳодисаларини пасайтиради. Улар, шунингдек, псориаз, атопик дерматит, қичиманинг ривожланган кечишида ҳам самаралидир. Ванналар давомийлиги 5 дан 15 дақиқагача бўлади. Юрак-қон томир тизими ва ички азолар касалликлари, терининг янги ҳосилалари, эритодермия учун акс таъсирли. Кремнийли булоқ ванналари родонлига ўхшаш бўлиб, улар кам минераллашган, қичиштирмайди. Шу муносабат билан улардан кучайган ва ривожланган жараён давридаги кўплаб дерматозларда қўлланиш мумкин.

Балчиқли даволашда турли фаол элементлари (сероводород, темир ва б.) бўлган балчиқли ва торфли (ишқорли ва нордон торфлар) балчиқлардан фойдаланилади. Шифобахш балчиқлар 40–44 °С ҳароратда яққол сўрувчи таъсир кўрсатади. 35–37 °С ҳароратда эса уларнинг нейровегетатив-мувофиқлаштирувчи ва рағбатлантирувчи хусусиятлари намоён бўлади. Шифобахш балчиқлар минерал сувлардан кўпроқ иссиқлик ўтказувчанлиги ва камроқ иссиқлик сиғимига эгаллиги билан фарқланади. Дерматологик амалиётда балчиқ билан даволаш чекланган инфилтратив ўчоқли псориаз, артропатик псориаз, ўчоқли ва дифуз нейродермит, сурункали каллезли ва муғузсимон экзема, склеродермиянинг чекланган ўчоқлари ва қизил юпқа лишайнинг гипертрофик шаклларида тайинланади.

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

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

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

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

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

МАХСУС ҚИСМ

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒ КАСАЛЛИКЛАРИ - МИКОЗЛАР

Микозлар-патоген замбуруғлар томонидан чақирилган терининг касалликларидир. Табиатда замбуруғлар кенг тарқалган бўлиб (100000 дан ортиқ тури мавжуд), улардан фақат 500дан ортиқроғи одамларда ва хайвонларда касаллик чақирадилар. Н.Д. Шеклаков классификацияси бўйича замбуруғ касалликлари қуйидаги гуруҳларга бўлинадилар:

- Кератомикозлар.
- Дерматомикозлар.
- Кандидозлар.
- Чуқур микозлар.

Псевдомикозлар.

Кератомикозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Ранг-баранг темиратки
- Тугунсимон трихоспория (пъедра)

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

Дерматомикозлар гуруҳига мансуб касалликлар замбуруғ касалликларининг асосий гуруҳини ташкил қиладилар ва ахамияти (клиник, эпидемиологик, ижтимоий, экономик) бўйича биринчи ўринда турадилар. Уларга қуйидаги касалликлар киради:

- Товон эпидермофитияси.
- Чов эпидермофитияси.
- Руброфития (рубромикоз).
- Трихофития.

-
- Микроспория.
 - Фавус.

Кандидознинг қуйидаги турлари тафовут қилинади:

- Терининг юзаки кандидози (интертригиноз кандидоз, кандидозли баланит ва баланопостит, кандидозли паронихия).
- Шиллиқ қаватлар кандидози (кандидозли хейлит, стоматит, гингвит, глоссит, ангина, вульвовагинит).
- Кандидозли онихиялар (тирноқлар кандидози).
- Сурункали генерализацияланган гранулематоз кандидоз.
- Ички аъзолар кандидози.

Чуқур микозларга қуйидаги касалликлар киради:

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

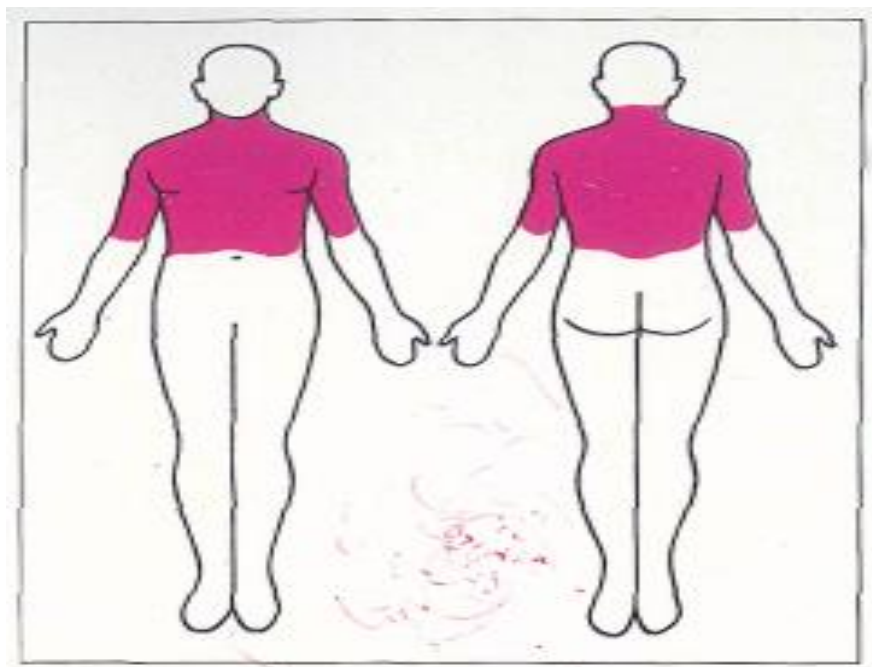
Псевдомикозларга қуйидаги касалликлар киради:

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

- Нокардиоз (чуқур).

Кератомикозлар гурухига мансуб касалликлар ичида энг кўп учрайдигани ранг-баранг темираткидир. Бу касалликда тананинг юқори қисмларида яллиғланишсиз доғлар пайдо бўладилар, улар катталаша бориб, бир-бирлари билан қўшиладилар ва катта ўлчамдаги ўчоғларни хосил қиладилар. Касаллик диагностикасида Бенъе симптоми (тирноқ билан доғ усти титалаб кўрилса, яширин қипиқланиш борлиги аниқланади) ва Бальцернинг йодли синамаси (доғлар юзасига ва атрофдаги соғлом териға 5%ли йод эритмаси суртилса, доғлар соҳаси тўқ рангга бўялади, чунки у ердаги қипиқлар йод эритмасини ўзига кўпроқ шимиб оладилар) ахамиятга эга. Даволангандан кейин (куёш нурлари таъсиридан кейин хам) доғлар ўрнида иккиламчи гипопигментация доғлари қолади, буни псевдолейкодерма дейилади.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ, ТИПИК ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ



РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ



КЕРАТОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Ранг-баранг темираткини даволаш учун фақат ташқи давонинг ўзи кифоя қилади. Фунгицид препаратлардан бинафин, гиноспорин, дермазол, кетоконазол, клотримазол, ламизил, микостер, тербинафин, экалин, экзодерил, эконазол, хайкиназол ва бошқа препаратлар тавсия қилинади.

Тугунсимон трихоспорияни даволаш учун хар куни сулеманинг 1:1000-1:2000 эритмаси билан сочни ювиш керак (эритма иссиқ холда бўлиши керак), ёки 0,01%ли сулемали сирка эритмаси билан, ёки 2%ли салицил кислота эритмаси билан ювилади.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Товон эпидермофитиясининг қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

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

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Сквамоз турида товоннинг гумбаз соҳасида қипиқланиш кузатилади, эпидермис қалинлашади.

Интертригиноз турида оёқнинг 4-5 ва 3-4 бармоқлари орасида бироз қипиқланиш, ёриқ ва мацерация (бичилиш) кузатилади.

Дисгидротик шаклида товонда везикулез тошмалар пайдо бўлади, яллиғланиш аломатлари кузатилади, улар ёрилиб эрозияларни ҳосил қиладилар, микотик экзема ривожланса, нам чиқиши кузатилади.

Ўткир турида худди дисгидротик туридаги каби тошмалар пайдо бўлади, аммо оғир кечади, яллиғланиш реакцияси кучли бўлади, ҳарорат кўтарилади, лимфангоит ва лимфаденит юзага чиқади, иккиламчи инфекция кўшилади.

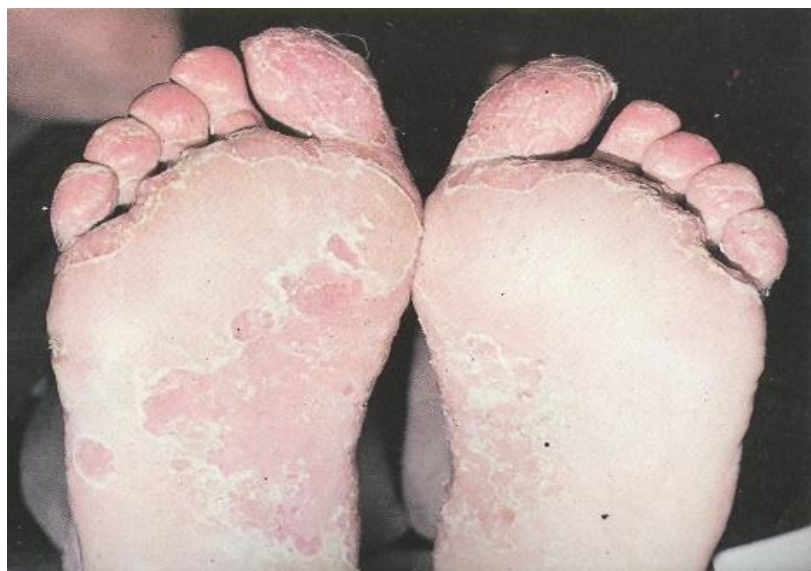
Эпидермофитидлар асосий касалликдан узоқ соҳаларда ҳам пайдо бўладилар, терида эритематоз-сквамоз, везикулез, папулез ва бошқа тошмалар тошади, қичишиш безовта қилади.

Онихомикозларда тирноқлар зарарланиши кузатилади (қуйида келтирилади).

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ, ИНТЕРТРИГИНОЗ ШАКЛИ



ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ, ДИСГИДРОТИК ШАКЛИ

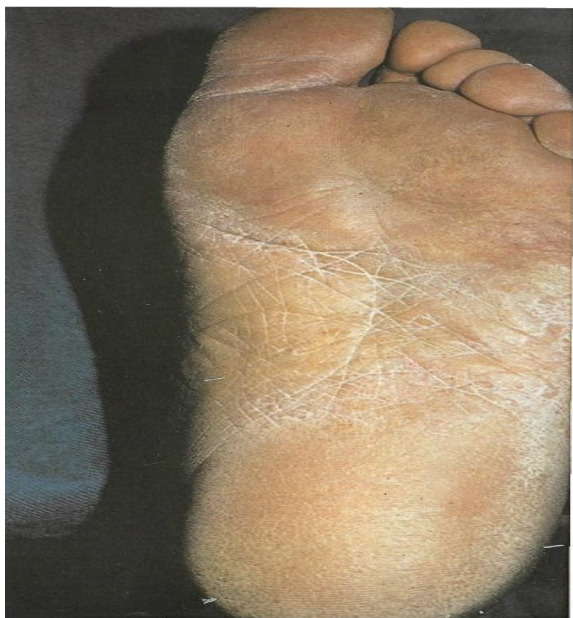


ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-РУБРОМИКОЗ

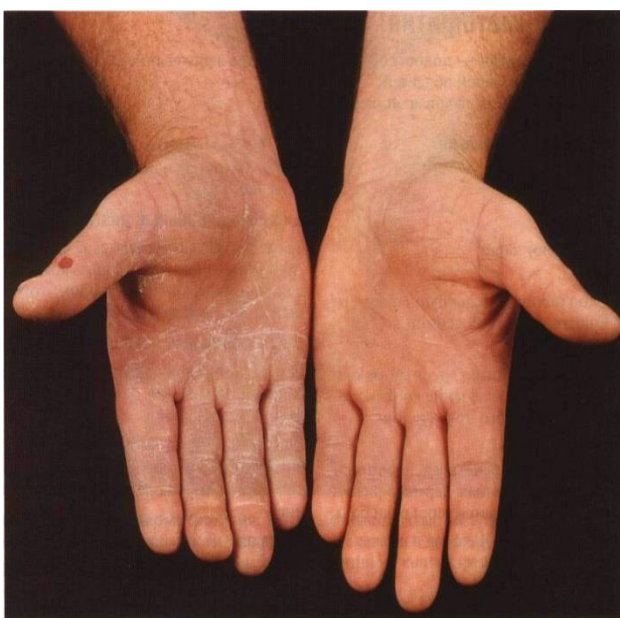
Рубромикознинг (руброфитиянинг) қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- Қафт ва товон рубромикози.
- Йирик бурмалар ва силлик тери рубромикози.
- Генерализацияланган рубромикоз.
- Онихомикоз.
- Микидлар.

ТОВОН РУБРОМИКОЗИ



КАФТЛАР РУБРОМИКОЗИ



СИЛЛИҚ ТЕРИ РУБРОМИКОЗИ



РУБРОМИКОЗ, ТАРҚОҚ ТУРИ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР - ЧОВ ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Чов эпидермофитияси йирик бурмалар соҳасида-човда, думбалар орасида, кўкрак беги остида учрайди, кам холларда қўлтиқ остида ҳам кузатилади. Ўткир яллиғланиш аломатлари билан кечади. Касаллик ўчоғида пушти-қизил рангли эритема доғи мавжуд, қирғоқлари майда пистонни эслатади, юзасида бироз қипиқланиш кузатилади, баъзан (асосан ёз фаслида) касаллик кучайиб, нам чиқиши туфайли, касаллик аломатлари экземани эслатиб юбориши мумкин. Беморларни қичишиш безовта қилади.



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТРИХОФИТИЯ

Трихофитиянинг 3 хил клиник тури тафовут қилинади:

- Юзаки трихофития- антропоноз касаллик.
- Сурункали трихофития-антропоноз касаллик.
- Инфилтратив-маддаловчи трихофития-зооантропоноз касаллик.

Хар бир клиник шакли ўз навбатида силлиқ терини, бошнинг сочли қисмини, тирноқларни, ёки бир вақтнинг ўзида силлиқ тери билан бошнинг сочли қисмини ёки тирноқларни зарарлаши мумкин.

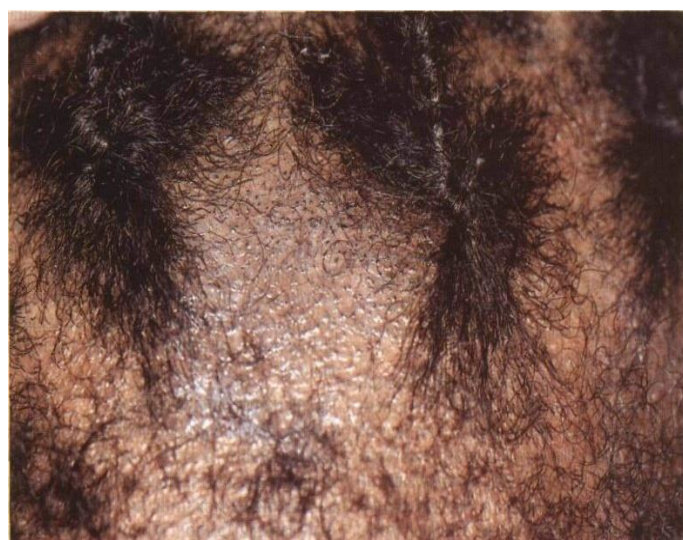
СИЛЛИҚ ТЕРИНИНГ ЮЗАКИ ТРИХОФИТИЯСИ



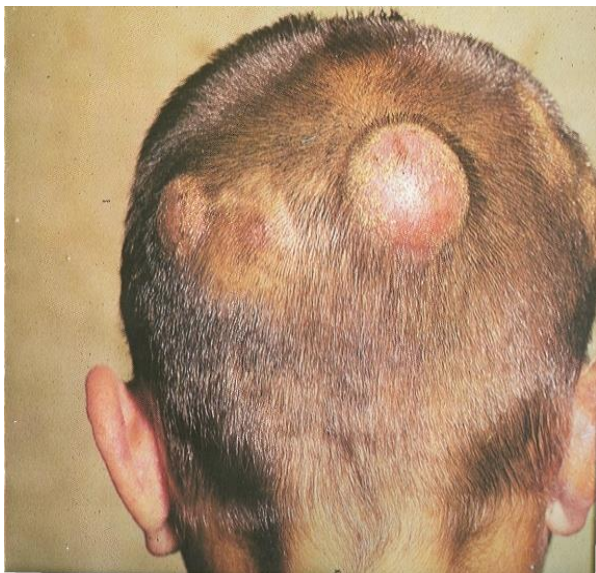
СИЛЛИҚ ТЕРИНИНГ СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯСИ



**БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯСИ
(“ҚОРА НУҚТАЛИ” ТРИХОФИТИЯ)**



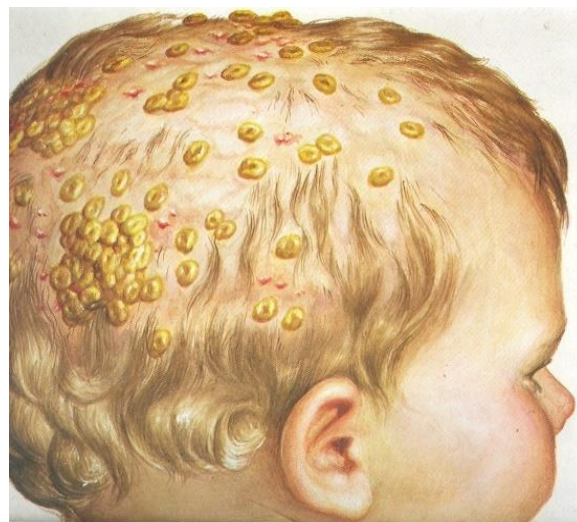
ИНФИЛЬТРАТИВ-МАДДАЛОВЧИ ТРИХОФИТИЯ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-МИКРОСПОРИЯ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ФАВУС



БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ ИМПЕТИГИНОЗ ФАВУСИ



ОНИХОМИКОЗЛАР

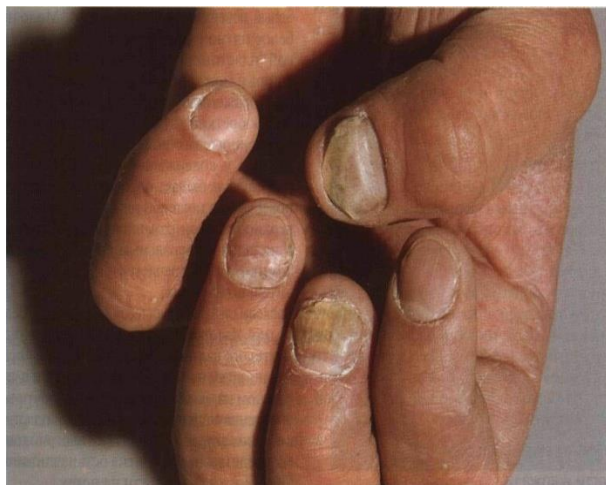
Тирноқларнинг замбуруғлар томонидан зарарланиши онихомикозлар деб юритилади. Асосан трихофитон зотига мансуб бўлган замбуруғлар ҳамда ачитқисимон замбуруғлар тирноқларни зарарлайдилар. Тирноқларнинг зарарланиши 3 хил турда бўлади:

- Нормотрофик.
- Гипертрофик.
- Атрофик.

Нормотрофик типда тирноқнинг конфигурацияси ва қалинлиги узок вақт давомида сақланиб туради.

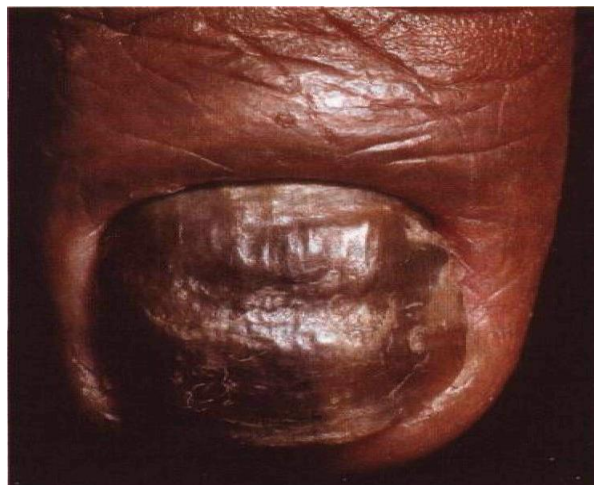
Гипертрофик типда тирноқ қалинлашади, тирноқ ости гиперкератози кузатилади, тирноқ қалинланиши ва қийшайиши оқибатида қушнинг тирноғини эслатиб юборади- бундай кўринишни онихогрифоз деб юритилади. Атрофик типда тирноқнинг кўп қисми уқаланиб кетади, фақатгина валик қисмида озгина тирноқ пластинкаси қолади - онихолизис.

**ОНИХОДИСТРОФИЯ ВА
ОНИХОЛИЗИС**



ОНИХОЛИЗИС

ТОТАЛ ОНИХОДИСТРОФИЯ



ОНИХОДИСТРОФИЯ



ОНИХОДИСТРОФИЯ ВА ОНИХОМИКОЗ ГИПЕРТРОФИЯЛИ ТУРИ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Умумий даволаш: системали таъсир қилувчи фунгицид препаратлари буюрилади.

1. Гризеофульвин трихофитияда кунига 1кг вазнга 14-15 мгдан буюрилади, суткалик дозани 3 махалга бўлиб берилади, микроспорияда кунига 1кг вазнга 21-22 мгдан буюрилади, суткалик дозани 3 махалга бўлиб берилади, курс учун 21 кун.

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

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

4. Итраконазол (орунгал, текназол, румикоз) кунига 100-200мгдан 1махал, курс учун 14-21 кун.

5. Онихомикозларни даволашда пульстерапиядан фойдаланилади: итраконазол препарати (орунгал, текназол, румикоз) кунига 100-200мгдан 1 махал 7 кун давомида берилади, кейин 3 хафта давомида танаффус қилинади, сўнгра эса яна 7 кун давомида юқоридаги дозада препаратни қабул қилинади, шу усулда даволаш 3-4 ойдан 8-10 ойгача давом этиши мумкин (то нормал тирноқлар ўсгунча).

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

КАНДИДОЗЛАР

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

- Силлик тери кандидози.
- Шиллик қаватлар кандидози.

-
- Сурункали генерализацияланган гранулематоз кандидоз.
 - Ички аъзолар кандидози.
 - Тирноқлар кандидози.

ИНТЕРТРИГИНОЗ КАНДИДОЗ



ШИЛЛИҚ ҚАВАТЛАР КАНДИДОЗИ



СУРУНКАЛИ КАНДИДОЗЛИ ПАРОНИХИЯ



КАНДИДОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Умумий даволаш:

1. Нистатин суткалик дозаси 6000000-8000000 ЕД, уни 4 махалга бўлиб берилади, курс учун 2-3 хафта давомида.
2. Леворин кунига 6000000-8000000 ЕД дан, уни 4 махалга бўлиб берилади, курс учун 2-3 хафта.
3. Амфотерицин Б-суткалик дозаси 1кг вазнга 250мгдан, вена ичига томчилаб юборилади, курс учун 2000000ЕД.
4. Флюконазол кунига 50мгдан, 6-7 кун, ёки 150 мгдан хафтада 1 марта.

Ташқи даволаш:

Бутоконазол, клотримазол, ламизил, леворин, миконазол, тиоконазол, терконазол, травоген, травокорт, певарил, экзодерил мазлари ва кремлари, фукорцин, анилин бўёқлари, Кастеллани суюқлиги.

ЧУҚУР МИКОЗЛАР

Чуқур микозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Кокцидиоидоз.
- Гистоплазмоз.
- Бластомикозлар (криптококкоз).

- Хромомикоз.
- Споротрихоз.
- Аспергиллез.
- Мукороз.
- Мицетома.

МИЦЕТОМА



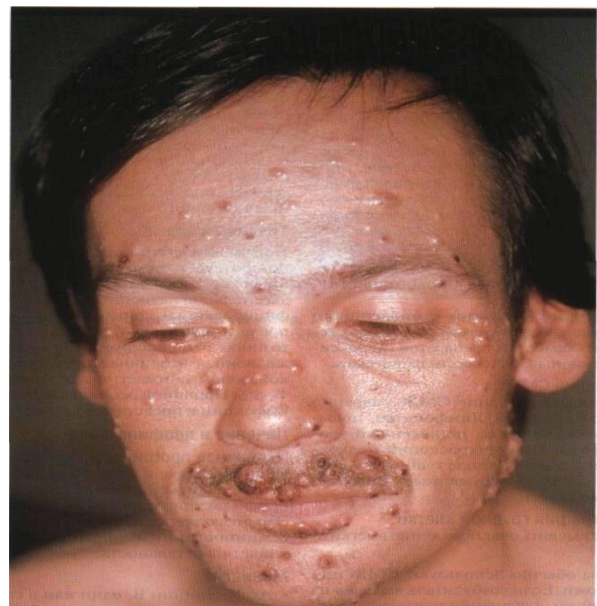
ХРОМОМИКОЗ



СПОРОТРИХОЗ ВА ДИССЕМИНАЦИЯ ЛАНГАН КРИПТОКОККОЗ



КРИПТОКОККОЗ ФЛЕГМОНАСИ



БЛАСТОМИКОЗ



ЧУҚУР МИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Чуқур микозларни даволашда асосан антибактериал дори воситаларидан фойдаланилади. Хромомикозни даволаш учун амфотерицин В 1 кг вазнга 100-250мгдан (оғир ҳолатларда 1000мг гача) вена ичига томчилаб кунига 1 мартабадан юборилади. Хар 5 кунда 2 кунлик танаффус қилинади, 20 марта қуйилгач эса 7-10 кунлик танаффус қилинади. Даволаш камида 1йил мобайнида олиб борилади. Итраконазол кунига 200-600мгдан берилади. Кетоконазол кунига 400-600мгдан берилади. Споротрихозни даволашда асоий препарат итраконазол-кунига 200-600мгдан берилади. Резерв препаратлар- флуконазол кунига 200-400мгдан, кетоконазол кунига 400-800мгдан бериб борилади. Диссеминацияланган споротрихозда амфотерицин В вена ичига юборилади. Криптококкозни даволаш учун агар асоратлар кузатилмаган бўлса, амфотерицин В 2-4хафта мобайнида 1кг вазнга 250-400мгдан вена ичига хар куни 1 мартабадан юборилади, агар асоратлар кузатилса, 6 хафта берилади. Резерв препарати бўлиб флуконазол (кунига 200-400мгдан) ва итраконазол (кунига 400мгдан) ҳисобланади. ОИВ-инфекцияси кузатилса профилактика мақсадида флуконазол ёки итраконазол кунига 200-400мгдан умрбод берилади. Гистоплазмозни даволаш учун оғир ҳолатларда амфотерицин В вена ичига хар куни 1 мартабадан 1кг вазнга

250-1000мгдан дозада юборилади. Агар амфотерицинни қабул қилаолмаса, флуконазол кунига 800мгдан ёки итраконазол кунига 400мгдан 12 хафта мобайнида берилади. Бластомикозни даволаш учун энг мақбул препарат- итраконазол кунига 200-400мгдан энг камида 2 ой мобайнида берилади. Резерв препарати бўлиб кетоконазол ҳисобланади, уни кунига 800мгдан берилади. Оғир ҳолатларда амфотерицин В вена ичига кунига 120-150 мгдан юборилади. Кокцидиоидозни даволашда асосий препаратлар флуконазол ёки итраконазол ҳисобланади, бу препаратларни кунига 200-400мгдан берилади. Оғир, хаёт учун хавфли ҳолатларда амфотерицин В вена ичига юқори дозаларда юборилади.

ПСЕВДОМИКОЗЛАР

Псевдомикозларга эритразма, қўлтиқ ости трихомикози (трихонокардиоз), актиномикоз, нокардиоз каби касалликлар киради. Бу касалликлар коринобактериялар ёки актиномицетлар томонидан чақирилади, яъни замбуруғлар томонидан чақирилмайди, аммо традиция туфайлигина ушбу гуруҳ касалликлари билан биргаликда ўрганилади.

АКТИНОМИКОЗ



ПСЕВДОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Эритразмани даволаш учун 5%ли эритромицин мази кунига 2 махалдан 7 кун давомида ташқи томондан қўлланилади. Шунингдек 2% салицил кислотаси эритмаси, 5% ли йод эритмаси, бензоилпероксиднинг 2,5%ли гели кабилардан ҳам ташқи даво учун фойдаланиш мумкин (барчаси 7 кун давомида қўлланилади). Умумий даво учун эритромицин 250мгдан кунига 4 мартабадан 14 кун мобайнида берилади. Актиномикозни этиотроп даволаш учун актинолизат 3-4млдан мускул орасига хафтада 2 мартаба юборилади, курс учун 20-25 инъекция қилинади. Стрептомицин кунига 1г.дан дапсон ёки триметоприм билан комбинацияда берилади. Сульфаниламид препаратлари умумий дозаларда 3-4 хафта мобайнида берилади, гемотрансфузия, витаминлар умумий давога қўшимча воситалар сифатида ишлатилади. Нокардиозни даволаш учун ярим синтетик пенициллин препаратлари, сульфаниламидлар, стрептомицин каби дори воситаларидан ўртача терапевтик дозада фойдаланилади.

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИЛЛАРДА АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАРНИ ҚАДАММА-ҚАДАМ БАЖАРИШ

Замбуруғларга материал олиш ва текшириш техникаси.

- Замбуруғ касалликларини диагностикасида ва бу касалликлардан соғайганлик мезонини аниқлашда фойдаланилади.
- **Керакли ашёлар:**
- Пиндет, скальпел, қайчи, предмет ойнаси, ёпқич ойна, 30% ли ишқор эритмаси (КОН ёки NaOH).



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



- Сочлардан материал олиш: Юзақи трихофитияда касаллик ўчоғидан эгилиб-букилган, қармоқни эслатувчи шаклга кирган сочларни олиб, предмет ойнасига жойлаштирилади, скальпель билан у майдаланади. Сўнгра 2-3 томчи 30%ли КОН ёки NaOH эритмаси томизилади, 10-15 минут тиндириб кўйилади, кейин эса устига ёпқич ойначасини ёпиб, микроскоп остида кўрилади.
- Силлик теридан материал олиш.
- Касаллик ўчоғининг қирғогидаги бордюр зонасидан скальпель билан қириб тангачалар (қипиклар) олинади ва предмет ойнасига жойлаштирилади. 30% ишқор томизилади. 10-15 минут тиндирилади. Ёпқич ойна ёпиб кўрилади.
-
- Тирноқлар зарарланса
- Тирноқларнинг озод қирғоғидан қайчи билан ингичка бўлақлар қиркиб олинади, скальпель билан майлангандан кейин 30% ли ишқор томизилади. 15-20 минут тиндирилади. Ёпқич ойнача ёпиб, материал микроскоп остида кўрилади.



Бальцернинг йодли синамасини қўйиш

- ▶ Ранг–баранг темирткини диагностикасида, бошқа касалликлардан дифференциация қилишда қўлланилади.
- ▶ **Керакли ашёлар:**
- ▶ 5% ли йод эритмаси, пахта, таёқча (палочка).



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



- ▶ Таёқчага пахта ўраб, лупчик қилинади. Уни 5% ли йод эритмасига ботирилади ва йод эритмасини бемор терисига доғлар юзасига ва унинг атрофидаги соғлом терига суртилади. Бироздан сўнг агар ранг-баранг темиртки бўлса, доғ бор соҳадаги тери соғлом терига нисбатан тўқ рангга бўялади. Сабаби доғлар юзасида унсимон кепакланиш бўлади ва бу кепаклар йодни ўзига қўп миқдорда шимиб олади.

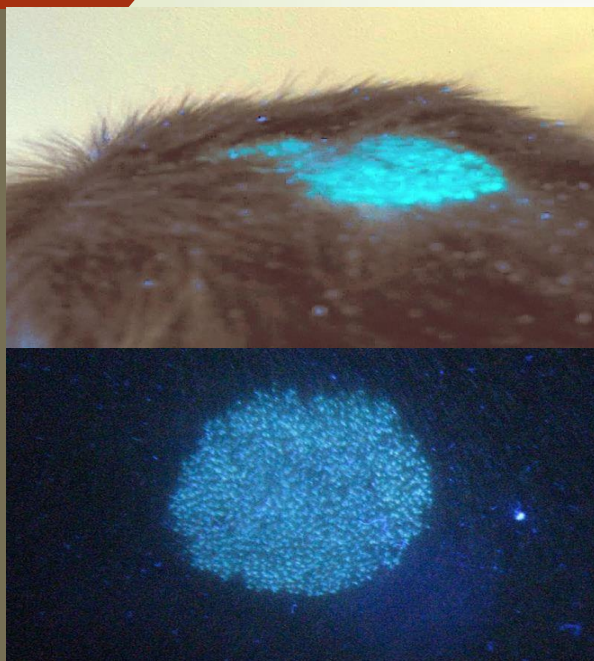


Вуд лампаси

- Микроспория касаллигини трихофитиядан фарқлашда Вуд лампасидан фойдаланилади. Яна беморлар билан контактда бўлган соғлом шахсларни текширганда ҳам. Вуд лампасида қоронғу хонада кўрилади.
- **Керакли ашёлар:**
- Вуд лампаси, қоронғи хона, беморнинг ўтириши учун стул.



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ

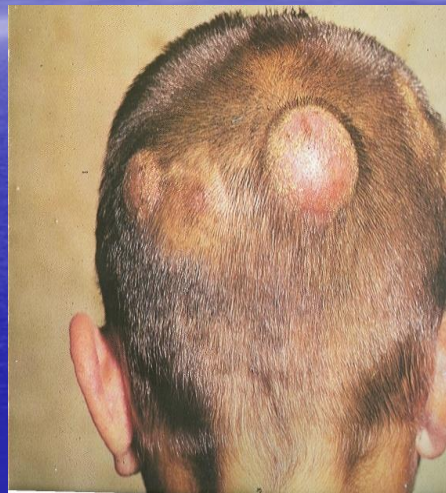


- Беморни қоронғи хонага олиб кириб, стулга ўтказилади. Вуд лампа ёқилиб унинг нури касаллик ўчоғига юборилади. Агар микроспория бўлса, касаллик ўчоғида яшил зангори товланиш кузатилади. Сабаби микроспорум зотига мансуб бўлган замбуруғлар ўз хаёти давомида ишлаб чиқарган махсулотларга Кобальт тузлари шимдирилган увсал ойна орқали ўтказилиб ультрабинафша нурлар туширилса улар зангори товланиш беради. Бу касаллик билан оғриган беморлар билан контактда бўлган шахсларга касаллик юққан бўлса, аммо инкубацион даврида бўлса ҳам зангори товланиш кузатилади.



Масала

- Диспансер шифокори қабулига келган 6 ёшли болада бошнинг сочли қисмида касаллик ўчоғи мавжуд бўлиб, унинг шакли думалоқ, ўлчами 4x5 см, атрофида, жароҳат соҳасида кучли инфилтрация ривожланган ва юзасида кўпгина «Фолликуляр йирингчалар» бўлиб, уларнинг ҳар бирдан алоҳида-алоҳида йиринг оқиб чиқиши кузатилмоқда, қалоқлар бор. Касаллик ўчоғида сочлар зарарланган.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни аниқлаш учун қандай текширув ўтказилади?**



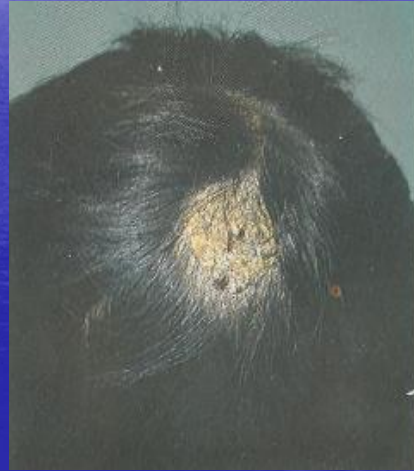
Масала

- Қабулга келган 8 ёшли қизчанинг чап тирсағида, биллак соҳасида 1 та касаллик ўчоғи бўлиб, улар думалоқ шаклда. Диаметри 3x4 см атрофида. У ерда эритема доғи, майда юзаки пустулалар, кепакланиш, қалоқлар кузга ташланади. Касаллик ўчоғи қирғоғида папулалардан иборат инфилтрация тери соҳасидан бироз кўтарилиб бордюр ҳосил қилиб турибди. Учоғнинг қирғоққари теккис, чегараси аниқ.
- **1) Қандай касаллик?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текшириш ўтказиш керак?**



Масала

- Диспансер бўлими ваши қабулига 11 ёшли бола бошнинг сочили қисмида соч тўкилишига шикоят қилиб муружаат қилди.
- Қўрилгандан: бошнинг сочили қисмида 1 та катталиги йигирма сўмлик тангадек келадиган доғ бўлиб, доғ юзаси қулранг тангачалар билан қопланган. Доғ атрофида тугунчалар, пуфакчалар, қалоқлар бор. Жароҳат ўчоғидаги сочлар 5-8 мм тери сатҳидан юқоридан синган, айримлари илмок, вергул, сўроқ шаклида.
- Қайси диагноз ҳақида ўйлаш керак?
- Диагности тасдиқлаш учун қандай анализ қилиш керак?



Масала

- Дерматолог ҳузурига 29 ёшли бемор оёқларига тошмалар тошишига ва қичишишига шикоят қилиб келди.
- Қўрилганда беморни иккала оёғларини товон соҳаларида қизарган юзалар бўлиб, уларни устида папулалар, пуфакчалар, кўп камерали пуфаклар кузатилмоқда. Пуфак ва пуфакчалар ёрилган соҳаларида эрозиялар, қалоқлар, тангачалар ҳосил бўлган. Намланиш кўзга ташланмоқда.
- Субъектив ҳиссётлардан беморни қичишиш, оғриқлар ва ачишиш безовта қилмоқда.
- Сизни диагнозингиз?
- Умумий давога қайси препаратлар буюриш лозим.
- Ташқи давога дастлаб қандай препаратлар буюрилади.?



ТЕСТЛАР

1. Дерматомикозларга кирмайдиган касалликни кўрсатинг?

A. Тугунсимон трихоспория

В. эпидермофития

С. рубромикоз

Д. Микроскопия

Е. Фавус

3. Чов эпидермофитияси қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

А. Эритразма

В. ясси терининг трихофитияси

С. йирик бурмалар кандидози

Д. Кепакли темиратки

Е. Рубромикоз

4. Товон интертригиноз эпидермофитиясига хос бўлмаган клиник белгини кўрсатинг?

А. Тери шилиниши

В. ёриқлар, эрозиялар

С. эпидермис кўчиши

Д. везикуляция

Е. Қичиши, оғриш

5. Инфильтратив – йирингли трихофитиянинг кўзгатувчисини кўрсатинг?

А. Сафсар трихофитон

В. қизил трихофитон

С. кратер шаклидаги трихофитон

Д. Тонзуранс трихофитон

Е. Гипссимон трихофитон

5. Юзаки трихофитияда учрамайдиган бирламчи морфологик элементни кўрсатинг:

- А. Доғ
- В. папула
- С. везикула
- Д. Пуфак**
- Е. Пустула

6. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитияси учун энг характерли бўлган белгини кўрсатинг:

- А. Пўстлоқчалар борлиги
- В. кепакланиш борлиги
- С. «қора нуқталар» борлиги**
- Д. Чандиқчалар борлиги
- Е. Атрофик соч тўкилган жойлар борлиги

7. Шиллиқ қаватлар кандидози бўлмаган клиник шаклни кўрсатинг:

- А. Тил (оғиз) оқариши
- В. микотик бичилиши
- С. кандидозли хейлит
- Д. Кандидозли баланопостит**
- Е. Кандидозли вульвовагинит

8. Микроспорияга хос бўлмаган бирламчи морфологик элементини кўрсатинг:

- А. Доғ
- В. везикула
- С. пустула
- Д. Папула
- Е. Пуфак

9. Трихофития, микроспория ва фавусни лаборатория диагностикасини кўрсатинг:

А. Умум клиник анализлар

В. бактериоскопик

С. иммунологик

Д. Серологк

Е. Биохимик

10. Замбуруғ касалликлари (микроспория, трихофития, фавус)ни даволашда ишлатилмайдиган препаратни кўрсатинг:

А. Йод настойкаси (2- 5 %)

В. олтингугурт малхами (10- 20%)

С. таблеткадаги гризеофульвин

Д. Гризеофульвин эмульсияси

Е. Цитостатиклар

11. Кератомикозларга мансуб касаллик:

А) рубромикоз.

В) қўлтиқ ости трихомикози.

С) эпидермофития.

Д) микроспория

Е) фавус.

12. Фавуснинг клиник белгилари?

А) юзаки.

В) сурункали.

С) сквамоз

Д) интертригиноз.

Е) момиқсимон.

13. Фавус клиникаси учун хос эмас?

- А) гиперемия доғлари
- В) фавус қалқончалари мавжудлиги.
- С) «омбор» (сичқон) хид келиши.
- Д) сочларни хиралиги, париксимонлиги.
- Е) қалқончаларнинг изсиз сўрилиб кетиши.**

14. Силлиқ тери микроспорияси учун хос эмас?

- А) эритема доғлари
- В) қипиқлар.
- С) пуфакчалар.
- Д) қалоқлар.
- Е) атрофик чандиқ.**

15. Трихофитияда учрамайдиган элемент?

- А) тугунча.
- В) тугун.**
- С) қалоқ.
- Д) қипиқ.
- Е) доғ.

16. Товон эпидермофитиясининг клиник шакли?

- А) интритригиноз**
- В) импетигиноз
- С) инфилтратив мадаловчи.
- Д) скутуляр.
- Е) сурункали.

17. Дерматомикозларни даволашда ишлатиладиган антибиотик?

- А) нистатин.
- В) леворин.
- С) гризеофульвин**

-
- Д) пеницилин
 - Е) тетрациклин.

18. Дерматомикозларни ташқи даволашда ишлатилмайдиган дори:

- А) ламизил.
- В) микозолон мази.
- С) Гризеофульвин линименти.
- Д) йод эритмаси
- Е) леворин мази.**

19. Қуйидаги санаб ўтилган касалликлардан қайси бири мавжуд эмас?

- А) бошнинг сочли қисми фавуси.
- В) силлиқ тери фавуси
- С) тирноқлар фавуси.
- Д) ёғ безлари фавуси**
- Е) вицерал фавус.

20. Чов эпидермофитияси дифференциация қилинмайдиган касаллик:

- А) юзаки кандидоз.**
- В) ранг-баранг темиратки.
- С) пушти ранг темиратки.
- Д) фавус.
- Е) микроспория.

21. Ранг-баранг темиратки диагностикасидаги синама:

- А. Ядассон синамаси
- В. Бальцер синамаси**
- С. Рикор синамаси
- Д. Томпсон синамаси
- Е. Манту синамаси

22. Товон эпидермофитиясининг клиник шакли:

- А. сквамоз**
- В. скутуляр
- С. генерализациялашган
- Д. юзаки
- Е. зангсимон

23. Дисгидротик товон эпидермофитиясидаги иккиламчи элемент:

- А. эрозия**
- В. яра
- С. вегетация
- Д. лихенификация
- Е. чандиқ

24. Трихофитиянинг клиник шакли?

- А. интертигноз
- В. питириоид
- С. сурункали**
- Д. момиксион
- Е. сквамоз

25. Трихофитиядаги бирламчи элемент:

- А. эритема**
- В. думбокча
- С. тугун
- Д. торвоқ
- Е. пуфак

26. Микроспориядаги иккиламчи элемент:

- А. қипиқ**
- В. ёриқ
- С. лихенификация
- Д. вегетация
- Е. папула

27. Кандидозни даволашда ишлатилатиладиган перепарат:

- А. пенциллин
- В. леворин**
- С. левомецетин
- Д. авлосульффон
- Е. гризеофульвин

28. Вуд лампаси остида зангори товланувчи касаллик:

- А. трихофития
- В. микроспория**
- С. фавус
- Д. эпидермофития
- Е. рубромикоз

29. Фавуснинг клиник шакли:

- А. импетигиноз**
- В. интритригиноз
- С. инфильтратив-маддаловчи
- Д. дисгидротик
- Е. сурункали

30. Кератомикозларга мансуб касаллик?

- A) тугунсимон трихоспория**
- В) микроспория
- С) фавус
- Д) эпидермофития
- Е) рубромикоз.

31. Чов эпидермофитияси дифференциация қилинадиган касаллик?

- A) эритразма**
- В) эритематоз
- С) кепакли темиратки (псориаз)
- Д) ранг-баранг темиратки
- Е) пушти-ранг темиратки.

32. Инфилтратив-йирингловчи трихофитияни қўзғатувчиси?

- A) сафсар трихофитон.**
- В) қизил трихофитон
- С) фавусимон трихофитон
- Д) кратерсимон трихофитон
- Е) тонзуранс трихофитон.

33. Юзаки трихофитияда учрамайдиган бирламчи элемент?

- А) доғ
- В) тугунча
- С) везикула
- Д) дўмбоқча**
- Е) пустула.

34. Микроспорияларга хос бирламчи элемент:

- А) қипиқ
- В) қалоқ
- С) тугун
- Д) тугунча**
- Е) пуфак.

35. Дерматомикозларнинг лабаратория диагностикаси:

- А) умумий клиник анализлар
- В) бактериологик**
- С) иммунологик
- Д) серологик
- Е) биохимик.

36. Дерматомикозларни даволашда ишлатилмайдиган препарат?

- А) йод настойкаси
- В) клотримазол
- С) гризеофульвин**
- Д) ламизил
- Е) делагил.

37. Товон интертригиноз эпидермофитиясига хос эмас?

- А) мацерация
- В) ёриклар
- С) эрозиялар
- Д) яралар**
- Е) қичишиш.

38. Фавуснинг клиник шаклини кўрсатинг?

- A) сквамоз
- B) интритригиноз
- C) дисгидротик
- D) юзаки
- E) момиқсимон.

39. Кератомикозларга кирмайдиган касаллик кўрсатинг.

- A. рубромикоз
- B. қўлтиқ ости трихомикози
- C. тугунли трихоспория (пъедра)
- D. эритразма
- E. Ранг-баранг темиратки

40. Ранг-баранг темираткини даволашда қайси дори ишлатилмайди.

- A. 6% хлорид кислотаси
- B. 60% натрий тиосульфат эритмаси
- C. 5% салицил спирти

Д. Кастеллани суюқлиги

- E. Андриасян суюқлиги

41. Товон эпидермофитиясини клиник тури бўлмаган вариантни кўрсатинг.

- A. интритригиноз
- B. дисгидротик
- C. тирноқлар эпидермофитияси

Д. эпидермофитидлар

- E. Сквамоз

42. Товон эпидермофитиясининг интертригиноз формасини қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди.

А. Папулез сифилидлар

В. эритразма

С. интертригиноз стрептодермия

Д. Интертригиноз кандидоз

Е. Интертригиноз экзема

43. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитиясига хос белгини кўрсатинг.

А. Сочларни букилиши, буралиши

В. қалоқлар бўлиши

С. люминесцент лампа остида зангори товланиш

Д. Сочларни хиралиги

Е. Қора нуқталар мавжудлиги

44. Инфильтратив-маддаловчи трихофития учун қайси симптом характерли эмас?

А. Дўмбоқчалар тошиши

В. йирингча тошиши.

С. инфильтрат бўлиши

Д. Қалоқлар бўлиши

Е. Регионар лимфаденит бўлиши

45. Момиқсимон микроспорум кўзғатган бошнинг сочли қисми микроспорияси учун хос бўлмаган белгини кўрсатинг.

А. Катта ўчоқлар пайдо бўлиши

В. терининг атрофияси

С. ўчоғдаги 5-8 мм тепадан синган соч қолдиқлари

Д. Соч атрофидаги муфтлар (гилофлар)

Е. Люминесцент лампа остида зангори товланишлар

46. Фавусни инкубацион даври қанча.

А. 3-4 хафта

В. 1-2 хафта

С. 2-3 хафта

Д. 1-2 ой

Е. 2-3 ой

47. Фавус, трихофития ва микроспория диагнози қўйиш учун қайси лаборатория текшириш усули қўлланилади.

А. иммунологик

В. умумий клиник текширишлар

С. серологик

Д. бактериологик

Е. Биохимик

248. Сочларни замбуруғга текширишда қуйидагилардан қайси бири амала қилинмайди.

А. Материал олиш

В. предмет ойнасига қўйиб майдалаш

С. ишқор эритемаси томизиш

Д. Спиртовка устида қиздириш

Е. Микроскопия

49. Юзаки кандидоз хисобланмайдиган вариантни кўрсатинг.

А. Тери кандидози

В. шиллиқ пардалар кандидози

С. сурункали генерализациялашган кандидоз

Д. Кандидозли анихиялар

Е. Кандидозли паранихиялар

50. Чуқур микозларга кирмайдиган касалликни кўрсатинг.

А. актиномикоз

В. бластомикоз

С. фавус

Д. хромомикоз

Е. Криптококкоз

51. Товон эпидермофитиясининг кўзгатувчисини сапрофит холдан патоген холга ўтишига сабаб бўла олмайдиган омилни кўрсатинг:

А. Тер химизни

В. ишқаланиш, кўп терлаш

С. ясси товонлик

Д. Панжалар орасининг торлиги

Е. Товон катта-кичиклиги

252. Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси учун қайси белги хос эмас.

А. «қора нуқталар» бўлиши

В. сочнинг калта (1-3 мм) синиши

С. букилган (ўзгарган) сочлар мавжудлиги

Д. Доғ, пуфакчалар борлиги

Е. Тангачалар, қалоқлар борлиги

53. Силлиқ терининг юзаки трихофитияси учун хос бўлмаган вариант кўрсатинг.

А. Люминестент лампа остида зангори товланиш

В. эритема доғи (думалоқ шаклда)

С. чегарасининг аниқлиги

Д. Қирғоқларининг теккислиги ва бордюрсимонлиги

Е. Қирғоқларида папула ва везикулалар борлиги

54. Бошнинг сочли қисми микроскопияси учун хос бўлган белгини кўрсатинг.

А. Тери сатхидан 1-3 мм тепадан синган соч синиқлари

В. тери сатхидан 5-6 мм тепадан синган соч синиқлари

С. «қора нуқталар» бўлиши

Д. Учоқдаги сочларни тўкилиши

Е. Сочларни хира параксимон бўлиши

55. Зангори люминесцент нурланиш хос бўлган касалликни кўрсатинг.

А. Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси

В. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитияси

С. Бошнинг сочли қисми инфилтратив – маддаловчи трихофитияси

Д. Бошнинг сочли қисми фавуси

Е. Бошнинг сочли қисми микроспорияси

56. Трихофития, микроспория, фавус касалликларида гризеофульвин қабул қилиш шарт бўлмаган вариантни кўрсатинг.

А. Бошнинг сочли қисми зарарланиши

В. силлиқ терида кўплаб учоқлар борлиги

С. силлиқ терининг чекланган зарарланиши

Д. Силлиқ теридаги тукларнинг зарарланиши

Е. Онихомикоз

57. Кандидоздаги 2-ламчи аллергияк тошмани кўрсатинг.

А. Тил оқариши

В. кандидозли лаб бичилиши

С. левуридлар

Д. Гранулематозли кандидоз

Е. Паронихия

58. Товон эпидермофитиясининг клиник турини кўрсатинг:

- А. Дисгидротик**
- В. Буллез
- С. Везикулез
- Д. Импетигиноз
- Е. Сурункали

59. Ранг-баранг темираткига диагноз қўйишда нимадан фойдаланилади?

- А. Ядассон синамаси
- В. Бальцер синамаси**
- С. Поспелов симптоми
- Д. Асбо-Ганзен симптоми
- Е. Никольский симптом

60. Кимларда товон эпидермофитияси камроқ учрайди:

- А. Сузувчиларда
- В. Хаммомчиларда
- С. Қишлоқ хўжалиги меҳнаткашлари**
- Д. Спортчиларда
- Е. Иссиқ цех ишчилари

61. Товон эпидермофитияси дисгидротик шаклига хос бирламчи морфологик элементни кўрсатинг:

- А. Везикула**
- В. Папула
- С. Пустула
- Д. Доғ
- Е. Торвоқ

62. Қайси контактда юзаки трихофития юқмайди?

- А. Бемор билан
- В. Хайвон билан**

С. Соч олувчи машина

Д. Бош кийими

Е. Уйинчоқлар

63. Қайси касаллик Цельсинг «ари уяси» номини олган:

А. Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси

В. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитияси

С. бошнинг сочли қисми инфильтратив-маддаловчи трихофитияси

Д. Соқол ва мўйлов юзаки трихофитияси

Е. Соқол ва мўйлов сурункали трихофитияси

64. Патоген замбуруғларидан энг юқумлисини кўрсатинг:

А. Сафсар трихофитон.

Б. Шенлейн (трихофитон) ахориони.

В. Гипссимон трихофитон.

С. Зангсимон микроспориум.

Д. Момиқсимон микроспориум.

65. Кандидозни даволашда фойдаланилмайдиган препаратни кўрсатинг:

А. Нистатин.

Б. Леворин

В. Гризеофульвин

С. Амфотерицин

Д. «В» гурухидаги витаминлар.

66. Фавус чакирувчисини кўрсатинг:

А. Сафсар трихофитон.

В. Қизил трихофитон.

С. Шёнлейн трихофитон.

Д. Кратерсимон трихофитон.

Е. Гипссимон трихофитон.

67. Трихофития, микроспория ва фавусни лаборатория диагностикаси учун олинмайдиган материални турини кўрсатинг:

- A. Сочлар.
- B. Тангача.
- C. Тирноқлар.
- D. Қалоқ.
- E. Йиринг.**

68. Гризеофульвин қабул қилинганда қандай асорат кузатилмайди:

- A. Аллергик тошмалар.
- B. Ошқозон оғриғи.
- C. Бўғимларда оғриқ.**
- D. Юракда оғриқ.
- E. Лейкопения

69. Ранг-баранг темиратки диагностикасида қайси синама қўлланилади?

- A. Апликацион синама
- B. Ядассон синамаси
- C. Скарификацион синама
- D. Бальцер синамаси**
- E. Интрадермал синама

70. Сквამоз турдаги товон эпидермофитияси учун хос клиник белгини кўрсатинг:

- A. Везикула хосил бўлиши
- B. Кепакланиш**
- C. Эрозия
- D. Қалоқ
- E. Ёриқлар

71. «Паразитар сикоз» деб нимага айтилади?

- A. Соқол ва мўйлов соҳасидаги юзаки трихофития
- B. Соқол ва мўйлов соҳасидаги микроспория
- C. Соқол ва мўйлов соҳасидаги инфилтратив–маддаловчи трихофития**
- D. Бошнинг сочли қисмидаги юзаки трихофития
- E. Бошнинг сочли қисмидаги инфилтратив-маддаловчи трихофития

72. Микроспорияда учрамайдиган бирламчи морфологик элементни кўрсатинг:

- A. Папула
- B. Везикула
- C. Пустула
- D. Булла**
- E. Доғ

73. Қуйидаги элементлардан қайси бири тери кандидози учун хос?

- A. тангачалар
- B. Эрозиялар**
- C. Ёриқлар
- D. Қалоқлар
- E. Яра

74. Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси учун қайси белги хос эмас?

- A. «Қора нуқталар» бўлиши**
- B. Сочнинг калта (1-3 мм) синиши
- C. Букилган, ўзгарган сочлар мавжудлиги
- D. Доғ, пуфакчадар борлиги
- E. Тангачалар, қалоқлар борлиги

75. Трихофитиянинг клиник турини курсатинг:

- A. Сквამоз
- B. Скутуляр
- C. Зангсимон
- D. Момиксимон
- E. Юзаки**

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов Кожные и венерические болезни 2012 г.
2. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - (Серия«Национальные руководства».)
3. Дерматовенерология / Под ред.А.А. Кубановой. - М.:ДЭКС-ПРЕСС, 2010. - (Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов)
4. Чеботарёв В.В., Байда А.П. Руководство для врачей общей практики (семейных врачей) по дерматовенерологии. - Ставрополь: Седьмое небо, 2009.
5. Клиническая дерматовенерология: в 2-х т. / Под ред. Ю.К. Скрипкина,Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. Бабаянц Р.С. Кожные и венерические болезни жарких стран.— М.: Медицина, 1984.
7. Гржебин З.Н., Цераидис Г.С. Основы гистопатологии кожи.— М.: Медгиз, 1960.
8. С.С. Арифов, Э.У. Эшбоев Тери ва таносил касалликлари дарслик 1997 йил.
9. С.С.Арифов Тери ва таносил касалликлари қўлланма 2010 йил.
10. Адҳам Ваисов Тери ва таносил касалликлари дарслик 2004 йил.
11. Мартин Рёкен Атлас по дермотологии 2018 г.
12. Боулинг Джонатан Диагностическая Дерматоскопия 2019 г.

ҚЎШИМЧА АДАБИЁТЛАР:

1. Н.А.Торсуев, Н.Д.Шеклаков, В.Н.Романенко «Буллёзные дерматозы» Москва 1979 г.
2. Дерматология Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. и соавт. // М. Mc Grav – Hill – практика. 1999.
3. Методическое руководство по диагностике и лечению наиболее распространенных кожных заболеваний и ИППИ. Под редак. Ваисова А.М. Тошкент 2006 г.
4. Исмоилова Г.А. Тери ва таносил касалликлари УАШ фаолиятида. Тошкент 2004 й.
5. А.В.Самцов. Руководство по кожным и венерическим болезням. Медицина 1990 г.
6. А.Э.Хонгельдов. «Клинический случай герпетиформного дерматита Дюринга». Новости дерматологии и венерологии -2001, -№ 1-2. 86-87 с.
7. С.С.Арифов, И.Р.Рахимов. «О вегетирующей пузырьчатке». Новости дерматологии и венерологии -2002, -№ 1, 17-19 с.
8. С.С.Арифов, Э.Эшбоев. «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 1997 й.
9. М.И.Абдуллаев, М.А.Мукаррамов, А.А.Жумагалиева, Н.Б.Бобобекова «Случай синдрома Сенира-Ашера». Новости дерматологии и венерологии». 2003, № 1-2, С 66-68
10. С.С.Арифов. И.Р.Рахимов, И.М.Байбеков. «Ультроструктурные особенности кожи при различных типах пузырьчатки». Новости дерматологии и венерологии», -2003, -№ 1-2, 28-31 с.
11. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. И соавт. Дерматология. Атлас-справочник. // М. McGraw-Hill-Практика. - 1999; - с. 1044.

МУНДАРИЖА

БЕТ

1.	Сўз боши	7
2.	Дерматовенерология фанининг қисқача тарихи	8
3.	Меъёр терининг тузилиши	11
4.	Бирламчи морфологик эметлар	69
5.	Иккилачи морфологик элементлар	81
6.	Тери касалликларни ривожланишида ички аъзо ва асаб тизими патологиясининг аҳамияти	89
7.	Юрак – қон томир касалликларида тери ўзгаришлар	90
8.	Эндокринопатияларда теридаги ўзгаришлар қандли диабет	100
9.	Ҳар хил неврологик ва рухий бузилишлар оқибатида келиб чиқадиган ўзгаришлар	107
10.	Тери касалликларни даволашнинг асосий принциплари	109
11.	Терининг замбуруғ касалликлари-Микозлар	140
12.	Дерматовенерологиядан амалий кўникмаларни қадамма-қадам бажариш	159
13.	Вазиятга оид масалалар	162
14.	Тестлар	164
15.	Фойдаланилган адабиётлар	182