

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI

ADHAM VAISOV

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
tomonidan tibbiyot oliy o'quv yurtlari uchun
darslik sifatida tavsiya etilgan*

Toshkent
«Yangi asr avlodi»
2009

Darslik tibbiyot institutlarining yuqori kurs talabalariga va umumiy amaliyot shifokorlariga mo'ljallangan. Kitobdan, shuningdek, amaliyotda ishlayotgan dermatovenerolog, urolog, akusher-ginekolog, stomatolog, terapevt, laboratoriya mutaxassislari va tibbiyot o'quv yurtlari xodimlari ham foydalanishlari mumkin.

Taqrizchilar:

R.A. KAPKAYEV,
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Teri va tanosil
kasalliklari kafedrasining professori,
Respublikada xizmat ko'rsatgan fan arbobi

E.G. KIM,
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Sharq tabobati
va kosmetologiya kafedrasining mudiri,
tibbiyot fanlari doktori, professor

ISBN 978-9943-08-299-1

© Adham Vaisov, «Teri va tanosil kasalliklari». «Yangi asr avlodi», 2009-yil

KIRISH SO‘Z

Hozirgi davr sog‘liqni saqlash tizimida umumiy amaliyot shifokori asta-sekin asosiy o‘rin egallayapti. Umumiy amaliyot shifokori amaliyotni o‘tash jarayonida turli xil kasalliklarga tashxis qo‘yib davolashi zarur. Mazkur kitobni yaratishdan maqsadimiz shuki, ko‘p uchrovchi teritanosil kasalliklari va ichki a‘zolar kasalliklaridagi teri o‘zgarishlari haqidagi ma‘lumotlar bilan talabalar va umumiy amaliyot shifokorlarining bilimini boyitishdir.

Barcha mutaxassislikdagi shifokorlar – pediatr, allergolog, terapevt, jarroh, umumiy amaliyot shifokori va o‘rta tibbiyot xodimi o‘z mehnat faoliyati mobaynida bemorlar terisidagi patologik o‘zgarishlarga duch keladilar. Shuning uchun ham ular dermatologiya asoslarini bilishlari shart. Teri jarohatlanishi bexosdan, kutilmaganda «topilishi» yoki bemorning asosiy shikoyati sababli aniqlanishi mumkin. Kardiologlar elektrokardiogrammani «o‘qigani»dek, har bir shifokor dermatologiya «alifbo»sini, ya‘ni teridagi toshmalarni aniq va to‘g‘ri «o‘qib», bemorni dermatologga yo‘llashi yoki o‘zi davolashi zarur.

Dermatologning asosiy quroli – ularning ko‘zidir. Dermatologik tashxis, asosan teri, shilliq pardalarni ko‘zdan kechirishga asoslanadi, faqatgina qanday ko‘rishni va nimani izlashni bilish zarur.

To‘g‘ri qo‘yilgan tashxis – samarali davo kaliti. Biz tayyorlagan mo‘jazgina kitobcha turli soha shifokorlariga o‘z amaliyotlari davomida uchraydigan teri kasalliklariga oson tashxis qo‘yishda yordam beradi, degan fikrdamiz. Teri kasalliklari tashxisi oson emas, eng asosiysi, teri toshmalarini kuzata bilish, birini boshqasidan farqlay olish zarur. Shuning uchun ham mazkur kitobda kasalliklarning qisqa klinik ko‘rinishlari, tashxis va davolash prinsiplari ko‘plab jadvallar yordamida bayon etilgan. O‘ylaymizki, mazkur kitobdan amaliyot shifokori yoki tibbiyot talabalari ko‘plab yangi, zarur ma‘lumotlar oladilar, mutaxassis der-matologlar esa o‘z bilimlarini yangi ma‘lumotlar bilan boyitadilar.

Bemor toshmalar bezovta qilmasa, ularga aytarli darajada e'tibor qilmaydi. Bunday «nomsiz», «noma'lum» kasalliklarni ba'zan oylab kortikosteroidlar, antibiotiklar yoki sitostatiklar bilan davolaydilar. Natijada kosmetik nuqsonlar, bemorlarning uzoq vaqt aziyat chekishlari, jarayonning tarqoqlashishi, qayta tiklanmas o'zgarishlar, eng asosiysi, ichki og'ir xastaliklarni kechirib bo'lmas darajada kechikib tashxis qilish holatlari kuzatiladi.

Bir qarashda zararsiz ko'ringan teri o'zgarishlari og'ir kasalliklarning yagona belgisi bo'lishi mumkin. Masalan, ko'kimtir dog' – rivojlanayotgan melanoma, mayda yaracha esa zaxmning dastlabki belgisi bo'lishi mumkin. Bu xil teri o'zgarishlari turli profilaktik ko'riklarda aniqlanishi mumkin va shart. Aks holda, shifokor muolaja uchun vaqtdan yutqazadi.

Bemorning ambulator qabulda yoki shifoxona sharoitida shikoyatidan qat'i nazar, teri va shilliq pardalarining holati shifokor tomonidan ko'zdan kechirilmog'i shart. Har qanday o'zgarishlarga e'tibor berish, toshmalarning qanday elementlardan tarkib topganligini aniqlash, zarur bo'lganida biopsiya olinishi kerak.

Teri holati – tekshirilishi eng qulay hisoblangan a'zo, bir paytning o'zida ko'plab zarur ahamiyatga ega bo'lgan ma'lumot manbai hamdir.

Muallif

DERMATOVENEROLOGIYA FANI RIVOJLANISHINING QISQACHA TARIXI

Dermatologiya teri kasalliklari haqidagi fan bo'lib, sog' va patologik o'zgargan terining tuzilishi, funksiyasi, teri va ichki a'zolarining turli patologik holatlardagi o'zaro munosabatini, har xil dermatozlarning kelib chiqish sabablari va rivojlanish jarayonini, teri kasalliklarini aniqlash usullarini, davolash va oldini olish choralarini o'rganadi. **Venerologiya** – tanosil kasalliklarining klinik kechishini, epidemiologiyasini, ularni aniqlash va oldini olish choralarini o'rganadi.

1571-yilda Mercurialis nomli italiyalik olim teri kasalliklari bo'yicha izlanishlar olib bordi. Malpigi (1628–1694) teri epidermisini muguz va malpigiy qavatlariga bo'ldi va terida yog' bezlari, ter bezlari, soch follikulalari va yog' hujayralari borligini aniqladi.

XVIII asrda dermatologiya fani shakllandi. XIX asr boshlaridan rivojlanib, ko'zga ko'ringan farang, ingliz, rus va ameriko dermatovenerologiya maktablarining teri kasalliklari kelib chiqishi haqidagi ma'lumot va tushunchalari bir-biridan keskin farq qilar edi. Ammo XX asr boshlariga kelib bu tafovut ancha yo'qoldi va hozirda ayrim ilmiy izlanishlar yo'nalishlarigina ma'lum darajada farqlansa-da, u yoki bu kasallikning etiopatogenezidagi tushuncha bir xil.

Teri kasalliklari, teridagi o'zgarishlar XVII asrda erkin ifodalangani qo'lyozmalardan ma'lum. Dermatologiyaning aniq fan sifatida shakllanishi teri toshmalarining tasniflanishi, ya'ni dermatologiya alifbosining yaratilishidan so'ng kuzatildi. Teri toshmaları ham ma'lum morfologik elementlar bilan ifodalana boshlandi. XVIII asrda umumiy kelishilgan holda toshmalarıni ifodalash dermatologiyani mustaqil fan sifatida tan oldirdi. Bu fan teri kasalliklarini o'rganishning xususiy usullarini aniqladi va umumiy-tushunarli tilda teri toshmalarining nomlarini yozishga, ularning xususiyatlarini aniqlashga hamda tasnifga sharoit tug'dirdi.

Dermatovenerologiyaning rivojlanish jarayonida sog' va patologik o'zgargan terini o'rganishda, klinik va morfologik tekshirish usullari bilan birgalikda, mikrobiologik, immunologik, fiziologik, biokimyoviy, genetik, eksperimental, statistik usullar ham qo'llanila boshlandi. Bu esa XX asrga kelib teri-tanosil kasalliklari etiologiya va patogenezini, klinikasi, davo

va profilaktikasini kengaytirdi, chuqurlashtirdi. Shu bilan birga, hozirda dermatovenerologiyada yechilmagan va tortishuvlarga sabab bo'ladigan muammolar yo'q emas.

XIX asrda rivojlanayotgan dermatologiya maktablari faoliyatini ko'rib chiqsak, ularning quyidagi muvaffaqiyatlarini aniqlaymiz: teri kasalliklari bayoni, teri kasalliklari tasnifi, dastlabki o'quv kitoblari va atlaslar – ularning ayrimlari shu kungacha o'z mavqeini yo'qotmagan.

Ingliz maktabining asoschisi R. Willian (1757-1812) birinchi bo'lib ekzema (gush) kasalligini zamonaviy darajada tasniflagan. W Wilson (1809–1884) qizil yassi temiratki haqida yozgan va 1867-yili Angliyada birinchi dermatologiya jurnaliga asos solgan. S. Hutchinson (1812-1913) esa kechikkan tug'ma zaxmda uchlik belgisini tadqiq qilgan va ma'lumotlarini yozib qoldirgan.

Fransuz dermatologiya maktabi asoschisi J. Aliber (1766–1837) dermatologiyadan o'quv qo'llanma, atlas va ko'plab dermatozlar haqida yozgan. Birinchi dermatovenerologiya jurnalining asoschisi J. Aliberning shogirdi P. Cazenave (1795-1877) bo'lgan. Fransuz dermatologi E. Bazin qo'tir chaqiruvchisi, qo'tir kanasi, zamburug'li kasalliklarni patogen zamburug'lar chaqirishi to'g'risida yozgan. Fransuz olimi C.M. Gibert (1797-1866) pushtirang temiratkining xususiyatlarini o'rgangan.

Nemis dermatologiya maktabining asoschisi F. Hebra (1816-1880) o'quv qo'llanma, atlas yaratgan va ko'p xilli eksudativ eritema va boshqa xastaliklarni tasniflagan. Uning shogirdi M. Kaposi esa ko'plab teri kasalliklarini, shu jumladan, gemorragik sarkoma haqida yozgan (u hozirgi kunda Kaposi sarkomasi deb ataladi).

Amriqo dermatologiya maktabi namoyandalaridan biri L.A. Duhring (1845-1914) gerpessimon dermatitining tasnifini o'rgangan va u boshqa olimlardan J.C. White (1833-1916), J.N. Hyde (1840-1910) noyob qobiliyati bilan ajralib turadi.

Rus dermatovenerologiya maktabi XVIII–XIX asrlarda o'sha davrning ilg'or terapiya, fiziologiya maktabi asosida shakllandi. Bu maktab tashkilotchilari orasida S.G. Zibelin (1735–1802), M. Ya. Mudrov (1776-1831), I. Ya. Dyadkovskiy (1784-1841), S.P. Botkin (1832-1889), G.A. Zaxarin (1829-1897), I.M. Sechenov (1824-1905), M. I. Lignikov (1845-1910), I.P. Pavlovning (1844-1936) ilmiy tadqiqotlari ajralib turadi. 1869-yili dastlabki uch mustaqil «Teri kasalliklari» kafedrasini tashkil topdi. Moskva universitetida (mudir D.I. Naydenov), Sankt-Peterburgning Harbiy-tibbiyot Akademiyasida (mudir F.P. Podkopayev) va Varshava universitetining Meditsina fakultetida, keyinchalik Qozon (1872), Xarkov (1876), Kiyev (1883) universitetlarida dermatovenerologiya kafedralari tuzildi.

1876-yili Sankt-Peterburg Harbiy-tibbiyot Akademiyasining «Teritanosil kasalliklari» kafedrasini professor A.G. Polotebnev boshqardi va u birinchi rus dermatovenerolog professori bo'ldi. «Mustaqil sifilidologiya» kafedrasini V.M. Tarnovskiy (1869-1894) boshqaradi. A.G. Polotebnev taniqli prof. S.P. Botkinning shogirdi bo'lib, dermatologiyani nemis va fransuz maktablari asoschilaridan o'rgandi va yangi yo'nalish ochdi. Bu yo'nalish asosida teri va butun organizm uzviy bog'liqligi, teri kasalligi hech qachon organizmdan bo'lak deb bo'lmasligi hamda asab tizimining boshqaruvchi roli haqidagi tushunchalar yotadi.

O'rta Osiyo hududida 900-yillarda ilmning turli yo'nalishlarida katta rivojlanish kuzatilgan va dunyoga Xorazm Ma'mun Akademiyasining kiritgan yangiliklari, qolaversa, Abubakr Muhammad Zakariyo Roziy (Razes), Abubakr Rabe' Buxoroi, Abumansur Muvaffaq ibn Ali al-Xiravi, Ismoil Jurjoniy, Abu Rayhon Beruniy, Bobo Bahrom Xorazmiy, Abu Mansur ibn Yahyoi Masihiy va boshqa ko'plab olimlar dunyoga tanilgan. Bulardan biri Buxoroda tug'ilib o'sgan faylasuf, olim, tibbiyot ilmining sultoni – Abu Ali ibn Sino (980-1037) nomi bilan bizning o'tmish madaniyatimiz, tariximiz va tibbiyot fanining rivojlanishi chambarchas bog'liq. Nafaqat O'zbekistonda, qolaversa, butun dunyoda tan olinib, uning «Tib qonunlari» risolasini o'qib, undan bir necha asrlar kundalik hayotda foydalanmagan shifokor yo'q desak, mubolag'a bo'lmasa kerak.

Dermatovenerologiya tarixida ham Ibn Sino yetakchi o'rin egallaydi. Uning teridagi o'zgarishlar va kasalliklar to'g'risidagi fikrlari hozirgi zamon dermatovenerologiya fanining yutuqlari qatoridan joy egallagan. Ibn Sino tibbiyot masalalarini, xususan, teridagi kasallik masalalariga falsafiy nuqtai nazardan qarab, o'z asarlarida shunday yozgan: «Har xil isbotlardan bizni ikki xili qiziqtiradi: asl isbot – biz unga yondashishimiz kerak va noasl isbot – biz undan cheklanishimiz kerak». Ibn Sino kasalliklarni murakkab dinamik jarayon deb tushungan, organizmni butun deb, uning tashqi muhit bilan aloqador ekanligini ta'kidlagan: «Va yana qaytaraman: kasallik sababini davolash – tibbiyotimizning asl mohiyati shunda», deb yozgan.

Ibn Sino teri kasalliklarining kelib chiqishida asab tizimi faoliyatining ahamiyati kattaligini ta'kidlagan. U bemorlarni ruhiy ta'sir etish yo'li bilan davolashni taklif etgan.

Ibn Sinoning falsafiy qarashlarida sabab va oqibat, shakl va mazmun, tizim va vazifa, zarurat va tasodif, mahalliylik va umumiylik, maxsuslik va nomaxsuslik orasida bog'liqlik kuzatiladi. Ibn Sino organizmning individual sezuvchanligiga katta e'tibor berib, dorilarni haddan ziyod iste'mol qilishga qarshi bo'lgan: «Dori asta-sekin yemiradi, doridan saqlaning, sifatli ovqatlaning». Ibn Sino bemorlarning dorilarga ko'nikib

qolishlari mumkinligini ham ta'kidlagan, bu fikr hozirgi dermatologiyada ham o'z isbotini topgan (misol uchun psoriazni davolashda).

Ibn Sino parhez taomlar, suv muolajalari, jismoniy mashg'ulotlar, uyquni uzaytirishni ayrim dermatozlarda organizmning himoya vazifasini rag'batlantiruvchi omillardan deb bilgan. U juda shirin, sho'r, achchiq, o'tkir taomlardan tiyilish zarur, deb yozgan. Eng avvalo, emizikli ayollarning ovqatlanishini normallashtirish kerakligi xususida alohida to'xtalib o'tgan.

Ibn Sino 32 tadan ortiq dermatozlarni batafsil bayon etgan: dermatitlar, o'tkir va surunkali gush, neyrodermit, ixtioz, moxov, pes, so'gal, turli xil stomatit va xeylitlar, qadoq, trofik yara, teri leyshmaniozi, qo'tir, bitlash, psoriaz, teri bichilishlari va boshqalar shular jumlasidandir. Vitiligoni anjir suti surtib, quyoshda toblash hozirgi kunda fotokimyoviy usulga asos bo'ladi. Leprani moxov nomi bilan yozib, «sher» kasalligi deb ham ataydi, bunga sabab bemorlar yuz ko'rinishi va ifodasi sher basharasini eslatganidir. Soch to'kilishlari, ichki a'zo kasalliklari tashqi muhit ta'siridan deb bilgan. Ibn Sino zaxmi simob bilan davolashni taklif etgan, bu usul hozirgi kunda dunyo bo'yicha tarqalgan.

Ibn Sinoning dermatovenerologiya fani sohasidagi ko'pgina fikr va mulohazalari bugungi kunda ham o'z isbotini topib, dermatovenerologlarni ilmiy, amaliy va tarixiy nuqtai nazardan qiziqtirib kelmoqda. uning tushuncha, ko'rsatma va nazariyalari hozirda ham o'z kuchini yo'qotgani yo'q, aksincha, yanada chuqurroq o'rganishni talab etadi.

Buyuk Avitsennaning ona yurti bo'lmish O'zbekistonda dermatovenerologiya fani va amaliyoti rivojining yangi to'liqini, shubhasiz, Toshkentda 1920-yili ochilgan Turkiston Davlat universiteti bilan bog'liqdir. Bu universitetning Tibbiyot fakulteti tarkibida «Teri va tanosil kasalliklari» kafedrasini tashkil etilib, u Toshkent gospitalida joylashadi.

Kafedra mudiri etib Peterburg dermatologiya maktabi namoyandasi professor A. I. Lebedev (1920-1923) saylanadi.

1924-yili kafedra mudirligiga I.S. Milman saylandi. U 1924-1931-yillarda mudirlik qildi va bu davrga kelib koykalar soni 22 tadan 35 tagacha yetdi, laboratoriya kengaydi. Xizmatchilardan A.A. Akovbyan, G.N. Zebelin, N.L. Bereskina, K.N. Ternovenkolar u bilan birga ishladilar. Professor I.S. Milman Toshkent Dermatovenerologlari ilmiy-amaliy jamiyatining asoschisidir.

1931-yili O'rta Osiyo universitetining tibbiyot fakultetiga qarashli dermatovenerologiya kafedrasini mudiri etib o'z davrining eng ko'zga ko'ringan olimlaridan professor A.M. Kartamishev tayinlandi (1931-1939). Koykalar soni 65 tagacha kengaydi. Serologik laboratoriya, teri-tanosil kasalliklari dispanseri tashkil etildi, keyinchalik esa bu dispanser

mustaqil Toshkent viloyati dispanseriga aylandi. Professor A.I. Kartamishhev 50 dan ortiq fan doktorlari va nomzodlarini tayyorladi, 300 dan ortiq ilmiy ishlar, shu jumladan, 20 ta monografiya va o'quv qo'llanma chop etdi.

1940-yili kafedra mudirligiga Moskva dermatologlar maktabi namoyandasi professor S.A. Kristanov saylandi (1940-1945). 1945-yilda o'z yurtiga ketib, S.A. Kristanov Bolgariya Fanlar Akademiyasi akademigi bo'ldi va uzoq yillar Bolgariya universitetining rektori bo'lib ishladi.

1945-yili kafedra mudirligiga professor A.A. Akovbyan saylandi. U 100 dan ortiq ilmiy ishlarni chop etdi, ulardan uchtasi monografiya bo'lib, zaxm. vitiligo va terining turli allergik kasalliklarini davolashga bag'ishlangan.

A.A. Akovbyan birinchi bo'lib mahalliy mutaxassislar ichidan 3 ta tibbiyot fanlari doktori (U.M. Mirahmedov, K.S. Sulaymonov, R.A. Kapkayev) va 10 dan ortiq fan nomzodlarini tayyorladi, ko'p yillar institutda talabalar ilmiy kengashining rahbari bo'lib ishladi.

1971-yili kafedra mudirligiga professor U. M. Mirahmedov saylandi va 1991-yilgacha shu rahbarlik lavozimida faol mehnat qildi. U uch yuzdan ortiq ilmiy maqolalar va 10 ta monografiya muallifidir. U. M. Mirahmedov bir qator fan nomzodlarini tayyorladi.

1975-yili kafedra ikkiga bo'linib, ToshMIda ikkinchi – oldin kurs, keyin mustaqil Davolash fakultetining «Teri-tanosil kasalliklari» kafedrasini tashkil etildi va bu kafedra mudirligiga professor R.A. Kapkayev saylandi. Kafedra uchun 80 o'rinli klinika, ya'ni DorKVD tashkil qilinadi va qisqa vaqt ichida u eng yaxshi jihozlangan zamonaviy tibbiy muassasaga aylanadi. Professor R.A. Kapkayev 4 ta fan doktori (A.A. Akovbyan, A. Sh. Vaisov, E. G. Kim, G. A. Ismoilova) va yigirmadan ortiq fan nomzodlarini tayyorladi. Professor R.A. Kapkayev – 300 dan ortiq ilmiy maqolalar va 10 dan ortiq atlas va monografiyalar muallifi. 1999-yilda bu kafedraning mudiri lavozimiga prof. G.A. Ismoilova saylandi.

1991-yilda I ToshMI «Teri-tanosil kasalliklari» kafedrasini mudirligiga prof. U.M. Mirahmedov o'rniga professor A. Sh. Vaisov saylanadi va kafedra asosida «Respublika ilmiy-o'quv-davolash VITILIGO markazi»ni tashkil qiladi. Markaz qisqa vaqt ichida chet ellarda taniladi va respublikada birinchilar qatori ish jarayoniga bozor iqtisodiyoti munosabatlarini kiritadi. 1991-yilda professor A. Sh. Vaisov Respublika dermatovenerologlarining ilmiy-amaliy Jamiyati raisi va keyinchalik Jamiyat asosida tuzilgan O'zbekiston dermatovenerologlari Assotsiatsiyasi Prezidenti etib saylandi. Professor A. Sh. Vaisov rahbarligida bir necha ilmiy-amaliy konferentsiyalar va 1997-yili Respublika dermatovenerologlarining III syezdi o'tkazildi. 1998-yildan boshlab professor

A.Sh.Vaisovning bosh muharrirligida Markaziy Osiyoning «Dermatologiya va venerologiya yangiliklari» nomli jurnali o'zbek, rus va ingliz tillarida Toshkentda chop etila boshlanadi. Talabalar, yosh shifokorlar va ilmiy kadrlar tayyorlashni rivojlantirish maqsadida Assotsiatsiya va AQShning taniqli «PROKTER end GEMBL» kompaniyasining yillik stipendiyalari respublika konkursining 5 nafar g'olibiga berila boshlandi.

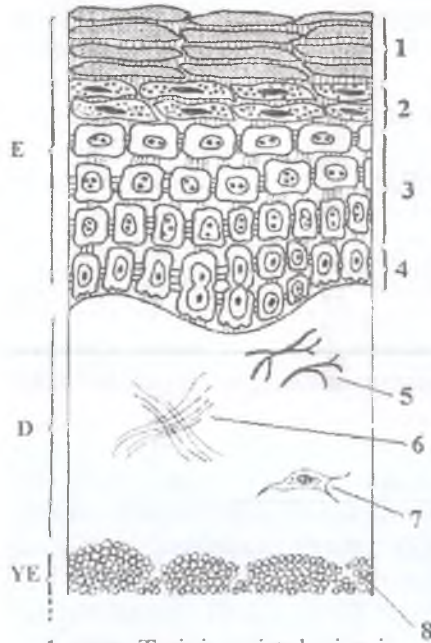
1995-yilda prof. A.Sh.Vaisov Dermatologiya va venerologiya ilmiy tekshirish instituti direktori lavozimiga tasdiqlangani sababli, u va u rahbarligidagi Birinchi ToshMI kafedrasining barcha xodimlari (prof. A.B.Rahmatov, dotsentlar – B.U.Mirahmedov, K.B.Alimxanov, S.S.Saipov, Ye.S.Kim, assistentlar – A.M.Karimov, B.Yu.Yusupov, N.R.Saprunova, I.V.Chichenina, D.X.Jalilov, D.A.Muratxanova, N.S.Urunbayev, J.V.Lem, Yu.A.Turg'unova va klinik ordinatorlar – I.A.Ahmedbayeva, D.F.Porsoxonova, N.R.Rasuleva, M.I.Baybekova, B.D.Alimov, V.N.Ten, Sh.Sh.Eshanxodjayev, D.S.Hasanov, M.R.Tsoy, F.Azimova, L.Babayeva, M.D.Turg'unova, R.Sh.Ismoilov) Ikkinchi ToshMI safiga o'tkazildi. Professor Vaisov A.Sh rahbarligida 3 ta tibbiyot fanlari doktori (S.S.Arifov, E.X.Eshboyev, T.U.Ulug'xo'jayev) va 20 nafar fan nomzodi tayyorlandi.

Bugungi kunda O'zbekiston dermatologiya maktabi an'alarini saqlab va uni yangi yutuqlar bilan boyitib kelayotgan mingga yaqin dermatovenerologlar qatorida tibbiyot fanlari doktori, professorlar – S.S.Arifov, A.Sh.Vaisov, Sh.I.Ibragimov, G.A.Ismoilova, R.A.Kapkayev, E.G.Kim, A.M.Mannonov, A.B.Rahmatov, Sh.A.Hamidov, T.T.Shahobiddinov, X.K.Shodiyev, E.X.Eshboyev, K.A.Yuldashev, Sh.Z.Mavlyanova, D.F.Porsoxanova va M.I.Abdullayev kabi ko'zga ko'ringan olimlarning o'rni alohidadir.

TERINING TUZILISHI

Teri – inson tanasini qoplab turuvchi a’zo. Terida morfofunktsional yagona holatda bo’lgan va shartli ravishda uch qavat: epidermis – teri po’stlog’i, derma – asosiy teri va gipoderma – teri osti yog’ qavatlari tafovut etiladi (1-rasm).

Teri homilaning birinchi haftalarida embrionning ektoderma va mezoderma qavatlaridan hosil bo’ladi. Homilaning ektoderma varag’idan epidermis, mezoderma varag’idan esa derma va teri osti yog’ qavatlari yuzaga keladi. Homilaning 3-4-haftalarida teri ultrastrukturasi faqat bir qavat – silindrik hujayralar terining ayrim sohalarida kuzatiladi, kaft-tovon sohalarida esa ikki qavat silindrik hujayralar kuzatiladi. Embriogeneznining 6-7-haftasida homilani qoplab turuvchi epiteliyal parda ikki qavatdan – bazal va teri – dermadan iborat bo’ladi. Homila 7 oyligida epidermisning to’liq rivojlangan hamma qavatlari kuzatilib, kaft va tovon sohalarida muguzlanuvchi hujayralar vujudga keladi. Shu davrda elastik va kollagen tolalar, sochlar, tirnoqlar, soch follikulallari vujudga keladi. Dastlab tekis konturga ega bo’lgan bazal membrana dermaning rivojlanib, sitoplazmatik o’smalar hosil



1-rasm. Terining gistologiyasi.

E – epidermis; D – derma;

Ye – (gipoderma) teri osti yog’

kletchatkasi. 1) muguz qavat;

2) donador hujayralar qavati;

3) tikanaksimon hujayralar qavati;

4) bazal qavat; 5) elastik tolalar;

6) kollagen tolalar; 7) fibrotsitlar;

8) yog’ hujayralari.

bo'lishi hisobiga to'liqsimon konturga ega bo'lib, dermaning so'rg'ichsimon yo'nalishi bo'ylab uning konturini takrorlaydi. Homilaning so'nggi oylarida teri strukturasi to'liq, ko'p tarmoqli fiziologik vazifani bajara oluvchi yagona a'zo sifatida takomillashadi.

Epidermis – terining ko'p qavatli ustki qismi bo'lib, 5 qavat hujayradan tashkil topgan bo'ladi. Hujayralar bir-biridan shakli, soni hamda funksional holati bilan farq qiladi. Epidermisning asosini bazal yoki asosiy qavat (Stratum basalis) tashkil etadi, undan so'ng tikanaksimon (Stratum spinosum), donador (Stratum granulosum), yaltiroq-shaffof (Stratum lucidum) va muguz (Stratum corneum) qavatlari tafovut etiladi. Tashqi muguz qavat hujayralari doimo ko'chib, yangilanib turadi. Shu sababli muguz qavati shartli ravishda ikki qavatga ajratiladi: birmuncha zich muguzlanuvchi keratinotsitlar qavati – shaffof qavat yuzasida joylashadi va biriktiruvchi deb ham nomlanadi; yuza qavati – oson ko'chib, to'liq muguzlanuvchi keratinotsitlardan tashkil topadi.

Bir qator prizmasimon silindrik hujayralardan tashkil topgan bazal qavat ostida va dermaning chegarasida, bazal membrana hujayralarning yulduzsimon o'smalaridan vujudga keladi. Bazal membrana epidermis va dermaning mustahkam aloqasini ta'minlaydi.

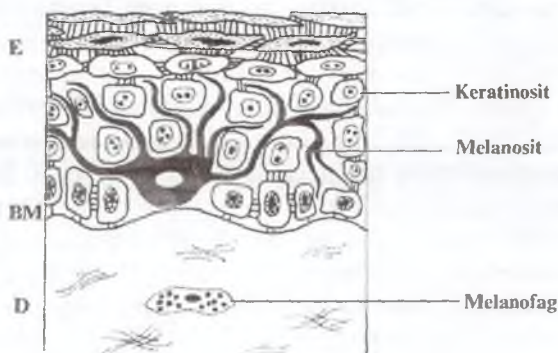
Bazal qavat keratinotsitlari doimiy ko'payib, mitotik jarayon holatida bo'ladi (shuning uchun ham bu hujayralar sitoplazmalari ko'p miqdorda DNK va RNK saqlovchi strukturalar – ribosoma va mitoxondriyalarga ega) va bu faollik epidermis yuqori qavat strukturalarining hosil bo'lishi va yangilanib turishini ta'minlaydi. Bazal qavat hujayralari orasida melanin pigmenti ishlab chiqaruvchi melanotsit hujayralari, oq o'simtasimon epidermotsitlar – Langergans hujayralari va sezuvchi hujayralar (Merkel hujayralari) joylashadi.

Bazal qavat yuzasida 3-8 qator hujayralardan iborat bo'lgan tikanaksimon qavat joylashadi. Bu hujayralar ko'plab sitoplazmatik o'simta (tikan yoki ko'prik, akant)larga ega. Hujayralar zichlashgan hujayra parda – tonofibrill va tonofilamentlarga ega. Sitoplazmatik o'sma (akant)lar hujayralarni bir-biri bilan biriktiradi va ular orasida kanallar to'rini hosil qiladi, bu to'rlardan esa hujayralararo suyuqliklar sirkulyatsiya qiladi (*1-2-rasmlar*).

Desmosoma va tonofibrillalar hujayralarning ichki tayanch karkasini ta'minlaydi, hujayralarni mexanik jarohatlanishlardan himoyalaydi. Tikanaksimon qavatda ham oq o'simtasimon epidermotsitlar mavjud bo'lib, ular keratinotsitlar bilan birgalikda immun – himoyalovchi funksiyasini amalga oshiradilar.

Tikanaksimon qavatdan so'ng 1-3 qavat hujayralardan iborat donador qavat joylashadi, bu qavat hujayralari kaft-tovon sohasida 3-4 qator

hujayralardan tashkil topgan. Bu hujayralar teri sathiga yaqin sohalarida rombsimon, yassilashgan shaklga, quyi qismida esa silindr va kub shakliga ega. Keratinotsit yadrolarida DNK va RNK saqlovchi strukturalar soni keskin kamaygan bo'lib, sitoplazmalarida esa donador kiritmalar – keratogialin kuzatiladi. Donador qavat hujayralarida tonofibrillyar-keratogialin strukturalari hosil bo'lishi sababli bu qavat ko'pincha keratogialin qavatini deb ham ataladi.



2-rasm. Terining pigment tizimi.

E – epidermis; BM – bazal membrana; D – derma.

Donador qavat hujayralari protoplazmalarida keratogialin mahsuloti epidermis hujayralarining o'sishini ta'minlovchi faktor sekretsiasini kamaytiradi, mitotik bo'linishni to'xtatuvchi moddalar, polipeptid keylonlar to'planishiga olib keladi. Bazal, tikanaksimon va donador qavat hujayralarida mitotik bo'linish mavjudligi sababli bu qavatlar ko'pincha umumlashtirilib epidermisning o'suvchi qavatini (malpigiy qavatini) deb ham ataladi.

Donador qavat hujayralarida keratogialin, keratinizatsiya jarayonida eleidin moddasi hosil bo'ladi, undan esa eleidin saqlovchi shaffof qavat yuzaga keladi. Bu qavat kaft-tovon terilarida aniq ko'rinadi. Eleidin moddasidan keratinotsitlar yuzaga kelib, ular epidermisning muguz qavatini hosil qiladi.

Muguz qavat birmuncha qalin bo'lib, cherepitsasimon, yadrosiz plastinkasimon, bir-biriga zich yopishgan hujayralardan tashkil topadi. Muguz qavatning yuzaga hujayralari doimiy ko'chib yangilanib turadi.

Epidermis oqsil sintez qilish, pigment hosil qilish, himoya va immunologik funksiyalarni bajaradi.

Epidermis derma bilan bazal membrana orqali chegaralanadi. Bazal membrana 40-50 nm qalinlikda bo'lib, notekis konturga ega, u epider-

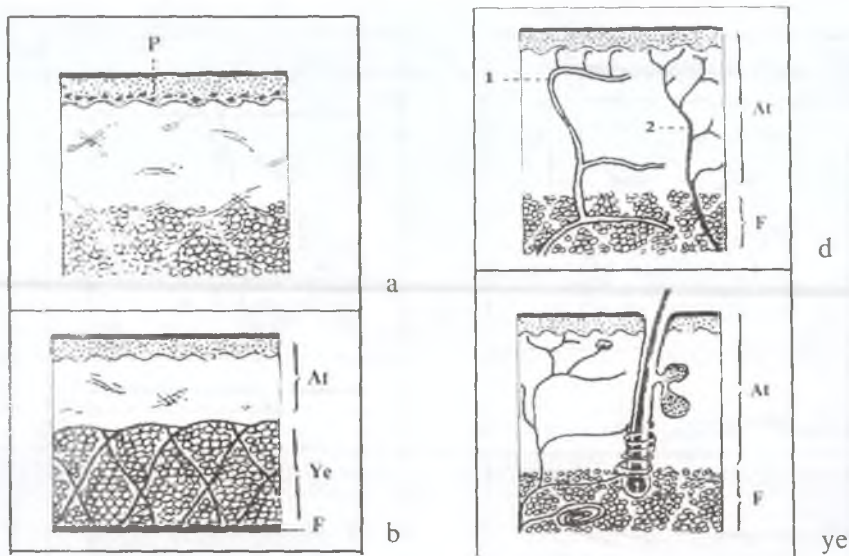
misning dermaga birikkan yo'nalishini takrorlaydi. Bazal membrananing asosiy funksiyasi barer-to'siq vazifasidir, shuningdek, sirkulyatsiyalanuvchi immun komplekslar, antigenlar, autoantigenlar va boshqa biologik faol mediatorlarning kirishi va diffuziyasini chegaralab turishdan ham iborat. Bundan tashqari, bazal membrana epidermis va derma orasidagi moddalar almashinuvida faol ishtirok etadi.

Derma yoki **asosiy teri** (*asl, sutis propria*) hujayra elementlari, tolali substansiyalar va oraliq moddalardan tarkib topadi. Dermaning qalinligi 0,49-4,75 mm ni tashkil etadi. Terining biriktiruvchi to'qimali qismi shartli ravishda ikki qavatga ajratiladi: yuza, epidermisosti – so'rg'ichsimon qavati (*Stratum papillare*) va chuqur to'rsimon qavat (*Stratum reticulare*). Dermaning yuqori qavati epidermis o'rkachlari ostiga kirib, tikanaksimon va bazal qavat ostida so'rg'ichlar hosil qiladi. Bu qavat amorf, strukturasiz moddalar va nozik tolali biriktiruvchi to'qimadan tashkil topadi. Ular orasida ko'plab hujayra elementlari, tomirlar, nerv oxirlari joylashgan. Dermaning hujayra elementlari fibroblastlar, fibrotsitlar, gistiotsitlar, semiz sayyor hujayralar va maxsus pigment hujayralari – melanofaglardan iborat. Derma so'rg'ichlarida mayda qon tomirchalari joylashgan bo'lib, ular epidermis, derma va nerv oxirlarini oziqlantiradilar.

Dermaning chuqur to'rsimon qavati birmuncha zich va dag'al tolali bo'lib, dermaning asosiy qismini tashkil etadi. Dermaning stromasi kollagen tolalar tutamlaridan tuzilgan bo'lib, ular esa elastik tolalar to'ri bilan o'ralgan, ular orasida esa hujayra elementlari kuzatiladi. Terining mustahkamligi to'rsimon qavat strukturasi bog'liqdir.

Gipoderma yoki **teri osti yog' qavati**. Bu qavat bir-biriga chuvalashib ketgan biriktiruvchi to'qimalar to'plamlaridan iborat. Bu to'plamlar orasida turli miqdordagi sharsimon yog' hujayralari saqlanadi. Gipodermada qon tomirlari, nerv tolalari, nerv oxirlari, ter bezlari, soch follikulalari joylashadi. Gipoderma fastsiya bilan tugaydi, ayrim hollarda periost yoki mushak aponevrozlari bilan uyushib ketadi.

Qon va limfa tizimi. Terini oziqlantiruvchi arteriyalar gipodermaning quyi qismlarida keng tutamli tomirlar to'rini hosil qiladi. Bu to'rlardan esa mayda shoxchalar tarqaladi, ular bo'linib, bir-birlari bilan ulanib, anastamozlar to'rini hosil qiladi va subdermal arterial to'rni vujudga keltiradi. Subdermal arterial to'r tarmoqlanib va anastamozlar hosil qilib, yuqoriga to'g'ri yoki qiyshiq ko'tarilib, to'rsimon va so'rg'ichsimon qavatlar chegarasida dermaning yuza tomirlar to'rini vujudga keltiradi. Shu tomirlar tutamidan arteriolalar boshlanib, teri so'rg'ichi arteriolasi to'rini vujudga keltiradi. Bu sohadagi kapillyarlar zichligi 1 kv mm terida 16-66 kapillyarlarni tashkil etadi (*3-4-rasmlar*).



3-rasm. Terining pigment, tomir va nerv tizimi

a) Pigment tizimi. *P*—pigment hujayralari (melanotsitlar) epidermisning bazal qavatida.

b) Teri osti yog' kletchatkasi. *Ye*—gipoderma: yog' hujayralari trabekulalar orqali o'raladi; *F*—fastsiya; *At*—asosiy teri.

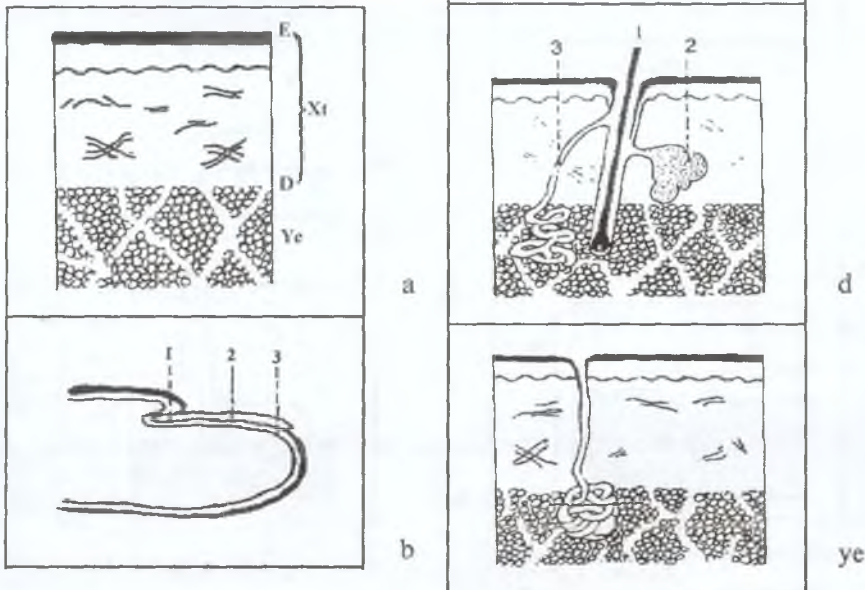
d) Tomir tizimi. 1) arteriolalar va kapillyarlar;
2) limfa tomirlari (venalar ko'rsatilmagan).

ye) Nerv tizimi. Teri va follikuladan boshlangan sezgi oxirlari; bo'sh nerv oxirlari va har xil organ oxirlari (avtonom nervlar va harakat tolalari ko'rsatilmagan).

Soch follikulalari, ter va yog' bezlari tomirlar bilan ta'minlangan. Terining venoz tizimi postkapillyar venulalardan boshlanadi. ular so'rg'ichsimon qavatdan hosil bo'lib, gipodermada to'rtta venoz tutamlarni tashkil etadi (6-rasm). Teri ichidagi tomirlarning o'ziga xos xususiyatlaridan biri shuki, ularda bir xil va turli xil tomirlar bilan anastamozlar hosil qilish o'ta yuqori darajadadir.

Terida arteriovenoz anastamozlar, glomuslar ko'p uchraydi, ular arteriola va venulalarning kapillyarlarsiz kalta-kalta birikishidir. Ular tana haroratining doimiyiligini ta'minlash, interstitsial kuchlanish darajasini bir me'yorda saqlashda ishtirok etadilar, bu esa o'z navbatida kapillyarlar. mushak va nerv oxirlari faoliyatini ta'minlaydi (5-rasm).

Terining limfatik tizimi kapillyarlar holida kuzatiladi, ular yuza va chuqur tomirlar to'rlari ustida joylashadilar. Limfatik to'rlar bir-biri bilan



4-rasm. Terining hosilalari (ortiqalari).

- a) Teri uch qavatdan iborat: *E – epidermis; D–derma, Xt – xususiy teri (epidermis + derma); Ye – teri osti yog‘ kletchatkasi (faqat ustki qavati).*
- b) Terining hosilasi. *Tirnoq: 1) tirnoq ildizi (matriks); 2) tirnoq plastinkasi; 3) tirnoq egati.*
- d) Terining hosilasi. *Soch: 1) soch qinchasi; 2) yog‘ bezi; 3) apokrin bezi.*
- ye) Terining hosilasi. *Ekkrin ter bezi*

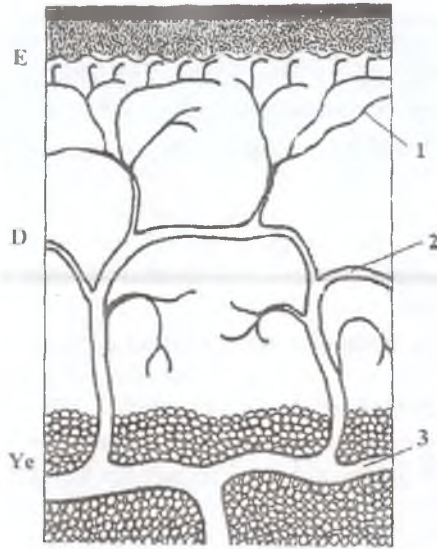
anastamozlar hosil qilib, klapanlarga ega bo‘ladilar. Ular gipodermadan o‘tgach, aponevroz va fastsiyalar chegaralarida keng tutamli to‘plam hosil qiladi.

Teri innervatsiyasi. Terining retseptor funksiyasi katta ahamiyatga ega. Teri tashqi va ichki muhit orasidagi barer a‘zo hisoblangani uchun ham turli xil ta’sirlarga uchraydi. Teri markaziy va vegetativ nerv sistemalari orqali innervatsiyalanib, sezuvchi retseptor maydoni hisoblanadi. Terida turli xil ko‘rinishdagi nerv oxirlari mavjud: daraxt shoxisimon tarmoqli, tugunchali. Ular ter, yog‘ bezlari, soch follikulalari va tomirlarni innervatsiya qiladilar, bulardan tashqari, o‘ziga xos kapsulalar, tanachalar va nerv oxirlariga ega. Terining asosiy nerv tutami teriosti yog‘ qavatida joylashgan. Bu tutamdan ulkan nerv tolalari teri hosilalariga va so‘rg‘ichsimon qavatgacha borib, yuza shoxchalar, so‘rg‘ich qavat va epidermisga silindr o‘qlar holida tarqaladi. Ular epidermisda donador

qavatgacha yetib boradi, bu sohalarda nerv tolalari miyelin pardalarini yo'qotib, ingichkashadi. Terida mustaqil nerv oxirlaridan tashqari, maxsus nerv hosilalarini mavjud bo'lib, ular turli ta'sirlarni qabul qiladi. Kapsulali sezuvchi tanachalar (Meysner tanachasi) sezishni ta'minlaydi. Sovuqlik esa Krauze kolbalari tomonidan his etiladi, issiqni sezuvchi – Ruffini tanachalari va bosimni his etuvchi plastinkasimon tanachalar (Fater-Pachini tanachasi) tafovut etiladi. Epidermisda joylashgan mustaqil nerv oxirlari og'riq, qichishish va achishishni his etishni ta'minlaydi. Sezuvchi tanachalar so'rg'ichsimon qavatda joylashib, yupqa biriktiruvchi to'qimali kapsuladan iborat bo'lib, maxsus retseptor hujayralaridan tuzilgan. Terida bulardan tashqari, ko'plab vegetativ nerv tolalari bo'lib, ular hamma tomirlar yuzasi, kalta kapillyarlarda ham joylashadilar. Ular tomirlar to'ring funksional faolligini regulyatsiya qiladilar.

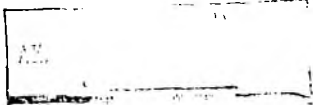
Teri hosilalari yoki ortiqlari (sochlar, tirnoqlar, ter va yog' bezlari) (4-rasm). Sochlarning hosil bo'lishi homiladorlikning 2-3-oylaridan boshlanadi. Epidermis sohasida bazal hujayra o'simalari yuzaga kelib, keyin ular soch follikulariga aylanadi. 4-5-oylarga kelib, dastlabki sochlar mayin tuklar holida tana yuzasi bo'yicha tarqaladi. Kaft, tovon, lab qizil hoshiyasi, sut bezi so'rg'ichlari, kichik uyatli labchalar, olat boshchasi va olat boshchasi yopqichining ichki varag'i tuklardan mustasno bo'ladi. Sochning teridan ko'tarilib turuvchi qismi – *soch sterjeni*, teri ichidagi qismi – *soch ildizi* deb ataladi. Sochning teridan chiqib turuvchi sohasida botiqlik bo'lib, u voronka deb ataladi.

Soch sterjeni va ildizi uch qavatdan iborat: markaziy – miya, po'stloq va kutikula. Miya qavatini tashkil etgan qismi, asosan, teri ichidagi ildiz qismida joylashib, soch follikulasining voronka qismigacha yetadi. Soch sterjenining asosiy qismi massasini keratinlangan hujayralar tashkil etadi, bu hujayralar bir-birlariga jips joylashgandir. Soch ildizining distal qismi



5-rasm. Arteriya qon tizimi arteriola va kapillyarlar bilan tamomlanadi.

- E – epidermis; D – derma;
Ye – teri osti yog' kletchatkasi.
1) kapillyarlar; 2) arteriolarlar;
3) arteriyalar.



soch piyozchasi deb nomlanadi. Soch piyozchasi soch o'sishini ta'minlaydi. Gipodermadan soch so'rg'ichiga qon tomirlari va nervlar kiradi. Soch follikulasining voronkasi 1-3 qator epidermal hujayralar bilan qoplangan. Voronka qismiga yog' bezining chiqaruv naychasi ochiladi. Soch rangi sochning miya qavatidagi melanotsitlar ishlab chiqqan pigment miqdoriga bog'liq. Sochlar tashqi ko'rinishlariga qarab tuklar, mo'ylar (soqolmo'ylab, kiprik, qosh, jinsiy sohalar) va uzun sochlar (boshning soch qismi)ga ajratiladi. Sochlar o'sishi sekin davom etib, bir sutkada 0,3-0,5 mm ni tashkil etadi.

Tirnoqlar embrionning 3 oylik davridan rivojlana boshlaydi. Dastlab tirnoq supachasi hosil bo'ladi, uning yuzasidagi epiteliy birmuncha qalinlashib, biriktiruvchi to'qimaga biroz botadi. Keyin tirnoq supachasining epiteliyal qismi – matritsadan zich hosila – tirnoq ildizi vujudga keladi. Tirnoqning keyingi rivojlanishi keratinizatsiya jarayoni bilan uzviy bog'liqdir. Shuning uchun tirnoq zich, bir-biriga mahkam birikkan muguz plastinkalaridan qurilgan va yuzasi yaltiroq bo'lib, tirnoq supachalarida joylashgan. Tirnoq supachasining asosi va ikki yoni teri burmalari – *tirnoq yostiqchalari* bilan chegaralangan. Tirnoqning orqa yostiqchasi tirnoqning proksimal qismini yoysimon o'rab turadi va yupqa epidermisning muguz plastinkasi tirnoq usti terisini hosil qiladi, tirnoq ildizining ozgina qismi orqa yostiqcha ostidan oqarib ko'rinib turadi, bu qism *tirnoq oychasi* deb ataladi. Tirnoq o'sishi matriks hujayralari hisobiga sodir bo'ladi.

Homilaning ektodermal varag'idan epidermis, soch va tirnoqlardan tashqari, ter va yog' bezlari vujudga keladi. **Ter bezlari** homilaning 2-oyida rivojlana boshlaydi. Chaqaloq tug'ilishi davriga kelib ter bezlari yetarli darajada rivojlangan bo'ladi, ammo funksional aktivligi past darajadali kuzatiladi. 2 yoshgacha ter bezlarining funksional aktivligi ortadi. Oddiy ter bezlari bir-biridan farqlanib, ular sekretiya turi bo'yicha bir-birlaridan farq qiladi.

Oddiy ter bezlari naysimon tuzilgan, ular nafaqat sekretor hujayralar faoliyati tufayli, balki diffuziya jarayonlari ishtirokida ham sekret ajratadilar. Ter bezlarining distal qismi derma va gipoderma chegaralarida joylashadi. Uzun chiqaruv nayi teri yuzasiga vertikal holatda yo'nalgan va shtoporsimon, ilonizi yoriq bilan tugaydi. Kaft-tovon, yuz sohasida juda ham ko'p ter bezlari mavjud. Ter bezlari olat boshchasi, kichik uyatli labchalar tashqi yuzasi, olat yopqichi ichki varag'ida bo'lmaydi. Terining boshqa sohalarida ular tarqoq joylashgan. 1 kv sm terida 200-800 dona teri bezi kuzatilishi mumkin.

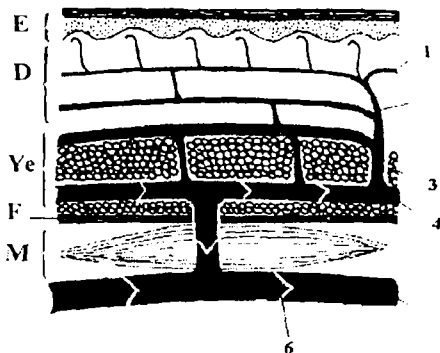
Apokrin ter bezlari ekkrin ter bezlaridan farqli o'laroq, bez hujayralari moddalari ishtirokida sekret hosil qiladi, shu sababli ayrim hujayralar

ko'chish stadiyasida bo'ladi. Apokrin bezlari ham naysimon tuzilishga egadir, ammo ekkrin ter bezlaridan yirikligi bilan farq qiladi, birmuncha chuqur va o'ziga xos joylashadi. Ular anal, genital, sut bezlari so'rg'ichlari – areolalari yaqinida o'rnashadi. Bezlarning chiqaruv naychalari yog'soch follikulariga ochiladi. Apokrin ter bezlarining to'liq rivojlanishi bolalarning bir yoshligidayoq kuzatiladi, funksional faolligi esa faqat balog'atga yetish davridan boshlanadi. Apokrin ter bezlari faoliyati jinsiy bezlar sekretsiyasiga bog'liq. Shu sababli apokrin bezlari ikkilamchi jinsiy belgilar qatoriga kiradi (4-rasm).

Yog' bezlari (*glandula sebacea*) murakkab alveolyar tuzilmaga, golokrin tur sekretsiyaga ega. Yog' bezlari sekretor hujayralarining yog'li metaplaziyasi bilan kechadi. Yog' bezlarining asosiy chiqaruv naylari devori o'zining tuzilishi bilan epidermisdan farq qilmaydi. Yog' bezlari soch follikularini o'rab turadi, chiqaruv naychalari esa soch qopchasining yuqori qismiga ochiladi. Har bir follikula atrofida 6-8 ta yog' bezlari joylashadi. Shu sababli sochli teri sathi normada yog' bilan qoplangan bo'ladi. Ayrim yog' bezlari bevosita teri yuzasiga o'zlarining chiqaruv naylari bilan sekret ajratadilar. Soch follikulariga bog'liq bo'lmay, teriga o'z sekretini ajratuvchi sohalari: yuz terisi, olat boshchasi, olat boshchasi yopqichi va kichik uyatli labchalar terilari. Kaft-tovon terilarida yog' bezlari bo'lmaydi. *Terining yog' sekretlari* terining fiziologik immun va biokimyoviy funksiyalarini bajarishida katta ahamiyatga ega.

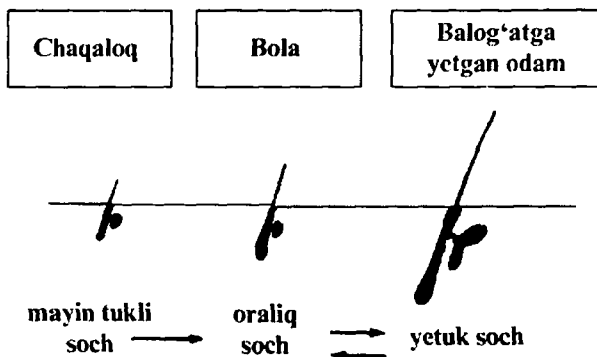
Sochlar. Sochlar (*pili*) terining hosilasi bo'lib, badanning deyarli 96% yuzasida uchraydi. Odatda, badanning sochlar zich joylashgan qismi boshning sochli yuzasi hisoblanadi, bu yerda ularning umumiy soni 100000 taga yetadi. Kaftda, tovonda, labning pushti qismida, jinsiy olat boshchasida, katta va kichik uyatli lablarda sochlar bo'lmaydi. Uzun (bosh sochi, mo'ylab, soqol hamda qovuq, qo'ltiq osti va qov sohasidagi sochlar), qattiq yoki mo'ysimon (qosh, kiprik hamda burun va quloq teshiklaridagi) va tuklar deyarli butun tanani qoplab turadi (7-rasm).

Soch ikki qismdan: teridan chiqib turgan *soch o'qi* va terida



6-rasm. Venoz tizimi.

E–epidermis; D–derma; Ye–teriyosti
yog' kletchatkasi; F–fastsiya;
M–mushak. 1) kapillyarlar;
2) venulalar; 3) arteriyalar;
4) ekstrafastsial vena; 5) intrafastsial
vena; 6) venoz klapani.



7-rasm. Soch turlari.

joylashgan *ildizidan* iborat. Soch oʻqi soch voronkasiga chiqib, teri ustida yotadi. Soch voronkasiga yogʻ bezlari oʻz mahsulotini chiqaradi. Soch ildizi dermaning chuqur qatlamida teri osti yogʻ kletchatkasi chegarasiga qadar davom etadi va u yerda soch piyozchasi bilan tugaydi. Soch kutikulasi soch ildizining pastki va yuqori qismlarida bir xil tuzilishga ega emas. *Soch soʻgʻoni* – piyozchasi sohasida kutikulasi boʻyicha (silindrsimon) hujayralardan iborat. Ildizning yuqori tomoniga siljigan sari bu hujayralar qiyshayib, yassilanadi va muguzlanadi. Muguzlangan epiteliy hujayralari yupqalashib, bir-birining ustiga yotadi (*8-rasm*).

Sochning poʻstloq moddasi soch yoʻnalishi boʻyicha choʻzilgan bir necha qator yassi, muguzlangan hujayralardan iborat. Faqat soch piyozchasi sohasida bu hujayralar sitoplazmasida tonofibrillar boʻladi. Poʻstloq qismi hujayralarida soch rangini belgilovchi pigment – melanin donachalari joylashadi. Muguzlangan poʻstloq hujayralarda yadro qoldiqlari, pigment va havo pufakchalari hamda qattiq keratin donachalari boʻladi. Qattiq keratin suv, kislota va ishqorlarda yomon eriydi, uning tarkibida oltingugurt tutuvchi sistin aminokislota juda ham koʻp boʻladi. Poʻstloq qavat hujayralarida muguzlanish jarayoni oraliq bosqichlarsiz amalga oshadi, yaʼni hujayralarda keratogialin va elleidin toʻplanadi. Poʻstloq modda qanchalik yaxshi rivojlangan boʻlsa, soch shuncha pishiq va elastik boʻladi.

Sochning magʻiz moddasi mayin sochlarda boʻlmay, uzun va qattiq sochlarda bir necha qator yirik, poligonal hujayralar sitoplazmasida atsidofil trixogialin moddasi, mayda havo pufakchalari, oz miqdorda pigment dogʻchalari ham boʻladi.

Soch ildizining quyi 2/3 qismida magʻiz hujayraning yadrosi zichlashadi va hujayra anchagina muguzlanib qoladi. Ildizining yuqori qismida esa soch magʻizining hujayralari butunlay muguzlangan boʻladi.

chiqaruvchi naylari sohasida yo'qolib ketadi. Soch ildizining tashqi epitelial qini epidermis malpigi qavatining davomi hisoblanib, piyozchasiga tomon davom etadi.

Soch piyozchasiga yaqinlashgan sari ichki va tashqi qinlar yuqqalashib boradi va faqat bazal qavatidan iborat bo'ladi. Soch xaltasi biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'lib, undan 2-3 aylanma va tashqi uzunasiga yo'nalgan kollagen tolalar qavatini ajratish mumkin. Yuqorida bayon etilganidek, soch ildizi teri yuzasiga nisbatan qiyshiq yo'nalgan. Sochlar o'zining xususiy mushagi – sochni ko'taruvchi mushakka ega. U soqolda, qattiq va mayin sochlarda, qo'ltiq ostidagi sochlarda bo'lmaydi yoki yaxshi rivojlanmagan bo'ladi. Bu mushak qiyshiq joylashgan silliq mushak hujayralaridan iborat bo'lib, uning bir uchi terining so'rg'ich qavati bilan tutashsa, boshqa uchi soch xaltasi bilan qo'shilgan. Bu mushakning qisqarishi sochni harakatga keltiradi. Soch ildizi teri yuzasiga nisbatan perpendikulyar bo'lib qoladi. Buning natijasida tuklar tikkayib, soch o'qi teri sathidan biroz ko'tariladi va teri ko'rinishini oladi. Ko'pincha tashqi haroratning sovishi natijasida yuzaga keladigan g'oz terisi tusini beruvchi bu holat organizmning himoya faoliyati bo'lib, mushaklar qisqarishi tomirlarining ham torayishiga olib keladi, natijada, issiqlik tanada saqlanadi. Mushakning shu faoliyati natijasida yog' bezlari ham siqiladi va ularning sekreti sochni moylaydi.

Sochlarning almashinuvi. Sochlar o'z o'rnida bir necha oydan bir necha yilgacha o'sadi va 3 rivojlanish bosqichini o'tib, tushib ketadi, shuning uchun ham inson hayoti davomida sochlar vaqti-vaqti bilan almashinib turadi. Birinchi bosqich – 3-10-yildan iborat bo'lgan aktiv o'sish davri; 2-bosqich – 3-4 oydan iborat, nisbatan tinch davr; oxirgi 3-bosqich – 1-6 oy cho'ziladigan sochning to'kilish davri. Shunday qilib, har kuni inson normada bir necha yuztagacha soch yo'qotishi mumkin. Bu jarayon soch so'rg'ichining atrofiyaga uchrashidan va soch piyozchasi hujayralari qon bilan ta'minlanishining buzilishidan boshlanadi. Natijada soch piyozchasining hujayralari ko'payish qobiliyatini yo'qotadi va ularning asosiy qismi muguzlanadi. Soch piyozchasi soch kolbasiga aylanadi, sochning o'sishi to'xtaydi. Soch kolbasi o'z so'rg'ichidan ajralib, tashqi epitelial qin hosil qilgan g'ilof bo'ylab, to sochning ko'taruvchi mushak birikkan joyigacha ko'tariladi. Epitelial g'ilofning pastki, bo'shab qolgan joyi puchayib, hujayralar tasmaiga aylanadi. Bu tasmaning oxirida yana soch so'rg'ichi tiklanib, saqlanib qolgan kambial hujayralar bilan qoplanadi, natijada yangi soch piyozchasi paydo bo'ladi. Bu piyozchada yangi soch o'sa boshlaydi. Yangi soch epitelial tasma bo'ylab o'sadi, tasma esa uning tashqi epitelial qiniga aylanadi. Keyingi o'sish natijasida yangi soch eski sochning tagidan turtib chiqadi. Bu jarayon eski sochning tushishi

va teri yuzasida yangi sochning paydo bo'lishi bilan tugaydi. Agarda soch xaltasining qon bilan ta'minlanishi to'xtasa, uning o'rnida yangidan soch o'sib chiqmaydi.

Tirnoq epidermis hosilasi bo'lib, qattiq, muguzlangan plastinkalardan iborat. Tirnoqning rivojlanishi homilaning 3-oyidan boshlanadi. Dastavval, tirnoq o'rni hosil bo'ladi. Oyoq va qo'l barmoq uchlarining tashqi yuzasini qoplagan epiteliy qalinlashib, o'zining ostida yotgan biriktiruvchi to'qimaga botib kiradi va tirnoq shakllana boshlaydi. Tirnoq juda sekin o'sadi va vibrion hayotining oxiridagina to'la shakllanadi.

Tirnoqda *tana, ildiz, ikkita yon va erkin qismlar* tafovut qilinadi. Tirnoq tanasi tirnoq o'rnida joylashsa, yon qirg'oqlari teri burmalari tagiga kirib turadi. Tirnoqning erkin qirrasini tirnoq egatidan chiqib turadi. Tirnoqning ildizi tirnoq yorig'iga kirib turgan asosi hisoblanadi. Ildizning bir qismigina tirnoq yorig'idan xira va oqish yarim oy shaklida (ayniqsa, katta barmoqlar tirnog'ida) ko'rinib turadi. Tirnoq ildizining tirnoqning o'sishini ta'minlovchi differentsiallanmagan hujayralari *tirnoq matritsasini* tashkil etadi. Matritsa hujayralari muntazam bo'linib, muguzlanib turadi. Muguzlangan epiteliy tangachalari tirnoq plastinkasiga siljib kiradi va natijada tirnoq o'sadi. Tirnoq kuniga o'rtacha 0,12 mm gacha o'sadi.

Tirnoq o'rni epiteliy va dermadan iborat. Epiteliy epidermisning o'suvchi qavatida tashkil topgan. Epiteliy ustida joylashgan yassi tirnoq plastinkasi bir-biriga zich cherepitsasimon joylashgan yassi poligonal shakldagi *muguz tangachalardan* tuzilgan. Epiteliy hisobiga tirnoq plastinkasi qalinlashsa, matritsa hisobiga tirnoqning uzunasiga o'sishi ta'minlangan.

Tirnoq o'rnining dermasi barmoq suyaklari bilan yopishib ketadi. Derma sohasida so'rg'ichlar bo'lmaydi. Dermaning tirnoq sohasi qon tomirlari va nerv oxirlariga boy. Bu yerda dermaning perpendikulyar joylashgan tolalari to'g'ridan-to'g'ri suyak pardasining tolalari bilan qo'shib, suyakka aloqador bo'lib qoladi. Bunday tuzilish amaliy tibbiyotda muhim rol o'ynaydi (tirnoqda boshlangan yallig'lanish jarayoni suyak jarohatlanishiga sabab bo'lishi bunga misol bo'la oladi).

OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI VA LAB ANATOMIYASI, GISTOLOGIYASI VA FIZIOLOGIYASI

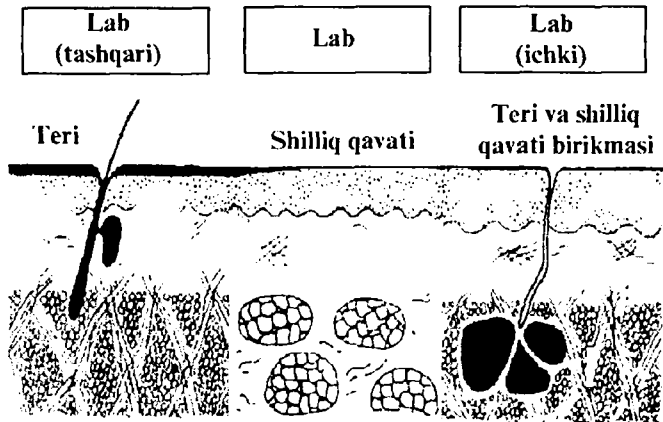
Og'iz shilliq qavati ham teriga o'xshab 3 qavatga bo'linadi: epiteliy, shilliq qavat va shilliq osti qavati.

Epiteliy qavatning teridan farqi shuki, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida hamda yuzasida muguz, yaltiroq va donador qavati bo'lmay, faqatgina ikki qavat – bazal va tikanaksimon qavatdan iborat.

Epitelial hujayralari qattiq tanglayda, tilda, milkda muguzlanishi mumkin. Lekin, shuni aytib o'tish joizki, ba'zi bir surunkali kasalliklar muguz va donador qavatlar yallig'lanishi sababli paydo bo'ladi. Muguzlanish natijasida *shilliq qavatning* ko'rinishi, rangi o'zgarishi mumkin. Bunday o'zgarishlarni ko'pincha qizil yassi temiratkida, leykoplakiya va qizil yugirik kasalliklarida kuzatish mumkin.

Shilliq osti qavat chuqurroq joylashgan bo'lib, qon tomirlar o'rami, kollagen, elastik tolalardan tashkil topgan. Unda bulardan tashqari, so'lak bezlari ham joylashadi.

Tilning tuzilishi esa o'ziga xos 3 xil so'rg'ichdan iborat bo'lib, ular quyidagilar: ipsimon, tojsimon va dumaloq shaklli. Til yuqori qismining yuzasi ipsimon so'rg'ichlar bilan qoplangan, tojsimon so'rg'ichlarning shakli esa dumaloq bo'lib, til sathidan 1-2 ml ko'tarilgan va asosan, til orqasida joylashgan. Til ildizida esa so'rg'ichlar yo'q, lekin juda ko'p limfatik to'qimalar bor.



9-rasm. Lab va og'iz bo'shlig'ining teri va shilliq pardadan iborat membranalari.

Milkning shilliq qavatida muguz, yaltiroq va donador qavat bo'lmay, faqatgina tikansimon qavat hujayralari mavjud, ularning yadrosi juda och bo'yaladi. Milkda so'rg'ichsimon qavat juda taraqqiy topgan.

Lab aylanma mushak qavatlaridan tuzilgan bo'lib, tashqi tomondan teri bilan qoplangan, ichki tomondan esa shilliq qavat va ko'pgina har xil bezlar bilan ta'minlangan. Lab 3 qismdan iborat: teri, qizil hoshiya va shilliq parda. Bezlar og'iz shilliq qavati tomon ochilgan (*9-rasm*).

Labning qizil hoshiyasi 2 zonaga bo'linadi: tashqi va ichki. Tashqi zona epiteliylarida o'zgargan muguzlanuvchi qavat mavjud, ichki zonada esa shilliq qavatga o'tish joyi *Kleyn zonasi* deyiladi. Umuman, og'iz shilliq qavati qon va limfa tomirlari bilan ta'minlangan. Limfa to'rlari til ildizida va bodom bezida juda ko'p joylashgan. Og'iz shilliq qavatida nerv retseptor apparati bo'lib, ular to'r tugunlarini hosil qilib, so'rg'ichlarga kirib boradi, nerv tolalari oxirida kaltakchalar hosil qilib, bu tolalar esa o'z navbatida so'lak bezlarini innervatsiya qilib turadi.

So'lak bezlari og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida joylashgan bo'lib, ular 2 ga bo'linadi: katta va kichik. Kattalari quloq atrofida, jag' va til ostida joylashib, uzungina bo'ladi va og'iz bo'shlig'iga ochiladi. Mayda yoki kichik so'lak bezlari esa labda, yumshoq tanglayda va lunjda joylashgan.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining bajaradigan asosiy fiziologik vazifasi himoya, harorat, sekretor, rezorbtiv (so'rilish), retseptor bo'lib, quyidagi jarayonlarda ham faol ishtirok etadi.

1. Ovqatlarni mexanik va fermentativ ishlash vazifasini bajaradi.
2. Og'izga tushgan ovqatlarni o'zining so'lak va seroz bezlari sekretini bilan ho'llaydi.
3. Og'iz shilliq qavatiga tushgan ovqatlarni tekshirib, analiz qiladi va begona narsalarni sezib, chiqarib tashlaydi.
4. Og'iz shilliq qavatida sezuvchi nerv tolalari bor, ular o'z navbatida bosimni va og'riqni sezadi.
5. Bulardan tashqari, haroratga va kimyoviy faktorlarga chidamli bo'ladi.
6. Og'izda mikroflora juda boy bo'ladi, lekin shilliq qavati ularni himoya qilib turadi.
7. Og'iz shilliq qavatining yana bir himoya vazifasi – muguzlanishga yo'l qo'ymaydi, bu bazal qavat hujayralari ishlab chiqargan ribonuklein kislotasi va glikogenlar ta'sirida bajariladi.

TERINING ASOSIY FUNKSIYALARI

Teri organizmning tashqi qoplami hisoblanib, bir qator murakkab fiziologik vazifalarni bajaradi. Teri moddalar almashinuvida faol ishtirok etadi, asosan, suv, mineral, yog‘, uglevod, vitamin va energiya almashuvlarida. Teri organizmning hayotiy jarayonida ishtirok etib, bir qator zarur vazifalarni bajaradi: immun, himoya, sekretor, nafas olish-chiqarish, rezorbsion, termoregulyator, retseptor, almashinuv va boshqa.

Himoya funksiyasi. Terining himoya xususiyati turli mexanik, nur, mikroorganizmlar ta’siridan terini va butun organizmni himoya qiladi. Terini qurib qolishdan uning zich muguz qavati saqlab turadi. Muguz qavat kuchsiz jismoniy va kimyoviy ta’sirlarga chidamlidir. Turli mikroblardan himoya qilish muguzlanib, ko‘chib turuvchi epiteliy, ter va yog‘ bezlari sekretlari ajralishi hisobiga amalga oshiriladi. Teridagi kislotali chuchuk suv-yog‘ pardasi evaziga sterillash va begona moddalarning so‘rilishini to‘xtatish mumkin. Bu suv-lipid mantiyasi bir vaqtning o‘zida mikroorganizmlarning kirishiga to‘sqinlik qilib, quyi molekulyar yog‘ kislotalari – patogen floraning o‘shiga yo‘l qo‘ymaydi.

Ultrabinafsha nurlarni yutish xususiyatiga ega bo‘lgan melaninning terida bo‘lishi hisobiga teri organizmni quyosh nurining jarohatlovchi ta’siridan saqlaydi.

Nafas olish-chiqarish va rezorbsion funksiyasi. Terining rezorbsion xususiyati yog‘-soch follikulalari funksional faolligiga, suv-yog‘ mantiyasi holatiga, muguz qavatining pishiqligiga bog‘liq. Kaft-tovon terilarida fiziologik giperkeratoz mavjudligi va yog‘-ter bezlari yo‘qligi hisobiga rezorbsion xususiyati kuchsizdir.

Ter-yog‘ bezlari ko‘p bo‘lgan muguz qavat kam rivojlangan sohalarda terining rezorbsion xususiyati yaxshi kechadi: dorilar suriladi (yog‘larda eruvchan dori moddalari – yod, dimedrol, rezorsin, salitsil kislotasi va boshqalar). Teri orqali kislorod so‘rilishi va karbonat anhidrid ajralishi juda oz miqdorda kuzatiladi.

Termoregulyator funksiyasi. Tana harorati doimiyligini ta’minlash, adaptatsion mexanizmlari turli-tumandir. Epidermis muguz qavatining issiqlik uzatish xususiyati pastligidan tashqari, derma va gipodermaning tolali substansiyalari ham sezilarli ahamiyatga ega. Muhim ahamiyatga ega bo‘lgan qon-limfa aylanish va ter-yog‘ bezlarida ham ajratuv xususiyatlari mavjud.

Terining sekretor funksiyasi. Bu funktsiya keratinotsitlarning sekretor faoliyati, immunoregulyator hujayralar hamda ter-yog‘ bezlari faoliyati hisobiga amalga oshadi. Yog‘ bezlari teri yog‘ini ishlab chiqaradi: uning tarkibida yog‘ kislotalari, xolesterin efirlari, alifatik alkogollar, kam

miqdordagi uglevodorod, ozod xolesterin, glitserin va kam miqdorda azot va fosfat birikmalari kuzatiladi. Yog' bezi sekretini, asosan, suyuq, yarim suyuq modda holida bo'ladi. Teri sathiga ajrab, ter bilan aralashib, teri yog'i yupqa parda – suv – *lipid mantiyasini* hosil qiladi, bu esa bakteriotsid va fungistatik ta'sirga egaligi bilan terini himoya qiladi. Yog' bezlari sekretor vazifadan tashqari, *ekskretor funksiyani* ham bajaradi. Teri yog'i bilan birga turli toksik moddalar, o'rtamolekulyar peptidlar, turli dorilar – yod, brom, antipirin, salitsil kislotasi va boshqalar ajraladi. Turli odamlarda, terining har xil sohalarida ajralayotgan teri yog'i turli miqdorda kuzatiladi. Eng ko'p yog' ajraladigan sohalar – boshning sochli qismi, peshona, yanoq, burun (1 kv sm da 1000 ta yog' bezlari), ko'krakning markaziy qismi, kuraklararo soha, yelka kamari, oraliq sohadir.

Ter bezlari ter ishlab chiqarib, terini sovutadi, tana haroratini nisbiy doimiylikni ta'minlaydi. Ekkrin ter bezlari sekretini suyuq holdagi nim sho'r reaksiyali suvdan tashqari, turli erigan noorganik va organik moddalar saqlaydi. Ter orqali organizmdan dori moddalari – yod, brom, simob, xinin, antibiotiklar chiqib ketadi. O'rta hisobda 1 sutkada 750–1000 ml ter ajraladi, yuqori harorat kuzatilganda esa bir necha litrgacha ter ajralishi mumkin.

Terining ekskretor funksiyasi sekretor funksiyasi bilan birga kuzatiladi. Ter-yog' sekretlari bilan birga, organik, noorganik moddalar, minerallar almashinuvi bilan bir qatorda, organizmdan uglevodlar, vitaminlar, gormonlar, fermentlar, mikroelementlar va ko'p miqdorda suv ajraladi. Ter ajralishi doimiy, uzluksiz harakatda bo'lib, *ko'zga ko'rinmas ter ajralishi va mo'l ter ajralishi* farqlanadi.

Almashinuv funksiyasi. Terining depolash xususiyati moddalar almashinuvda katta ahamiyatga ega. Biriktiruvchi to'qima hujayralari, elastik, kollagen va argirofil tolalar, teri osti yog' qavatining gidrofillik xususiyati hisobiga hujayralar ichida va hujayralararo sohalarida suyuqlik, mineral moddalar, vitaminlar, mikroelementlar saqlanib qoladi, terida uglevodlar, xolesterin, yod, brom, aminokislotalar va turli shlaklar depolanadi. Shu sababli umumiy moddalar almashinuv buzilishigacha terida turli xil patologik jarayonlar kuzatiladi. Jigar faoliyati buzilishida tinimsiz teri qichishi, yashirin diabetda piogen toshmalar toshishi kuzatiladi.

Vitaminlar teri holatiga katta ta'sir ko'rsatadi. **B** vitamin guruhi oksidlanish-tiklanish jarayonining kechishini me'yorida saqlaydi. **PP** vitamini metabolitlar ajralishini va detoksikatsiyani ta'minlaydi. **A, Ye, D** vitaminlari esa antiinfeksion omil hisoblanib, oqsillar almashuvini faollashtiradi, keratoplastika jarayonini me'yorlashtiradi, yallig'lanish jarayonlarida epitelii regeneratsiyasini ta'minlaydi.

Retseptor funksiyasi. Teri nafaqat organizmni turli ta'sirlardan himoya qiladi, balki multifaktor-analizator bo'lib, katta retseptor maydoni ham hisoblanadi. Terining retseptor funksiyasi turli xil sezuvchi nerv oxirlari va tanachalari hisobiga amalga oshadi, ular esa terida tarqoq joylashgan. Teri og'riq, harorat va bosim ta'sirini sezish xususiyatiga ega. Taktill ta'sirni his etish barmoq uchlari, yirik burmalar sohasida, til shilliq pardasida kuchli rivojlangan. Teri retseptor maydonining funksional holati markaziy va vegetativ nerv tizimi bilan uzviy bog'liq. Teri tashqi muhit, markaziy asab tizimi va ichki a'zolardan keluvchi turli ta'sirotlarga chalinaladi va zarur javob reaksiyasini qaytaradi.

Teri kasalliklari sabablari (Etiologiyasi va patogenezi)

Teri to'qimalari doimiy o'suvchi, differensiyalanib, regeneratsiya-lanuvchi a'zodir. Bu jarayonlardagi buzilish terining turli funksiyalarining o'zgarishiga, oqibatda esa turli dermatozlarga sabab bo'ladi. Adaptatsiya-kompensatsiya mexanizmlari izdan chiqadi, teri o'z funksiyasini me'yorda bajara olishni ta'minlayolmay qoladi. Bunda shartsiz ta'sir oqibatida yuzaga keluvchi teri o'zgarishlari mustasnodir. Bu xil ta'sirlar terida ma'lum reaksiya chaqiradi. Odatda, bunday ta'sirlarga yuqori konsentratsiyali kislotalar, ishqorlar, nur energiyasining katta miqdori, shu jumladan, rentgen nuri, yuqori va quyi haroratlar misol bo'la oladi.

Teri tashqi muhitning doimiy tashqari (ekzogen) yoki (ichki endogen) omillarining patologik ta'siriga uchraydi. *Endogen omillar* butun organizmning kasalligi yoki ayrim a'zo va tizimlar o'zgarishi oqibatida vujudga keladi. Shuni ham aytish joizki, kasalliklar ko'pincha tashqi va ichki omillarning birgalikdagi ta'siridan yuzaga keladi, ayrim hollarda esa bir necha ekzogen omillar ta'siridan hosil bo'ladi, ulardan biri kasallik kelib chiqishiga tayyorlovchi, yana biri esa bevosita kasallik chaqiruvchi bo'lib xizmat qilishi mumkin (misol uchun piodermiyaning rivojlanishi).

Ekzogen-etilogik omillarga mexanik, termik, nur, kimyoviy moddalar va turli infeksiyon agentlar kiradi. Endogen-etilogik omillar o'zlarining turli-tumanligi bilan ajralib turadi. Bular orasida ichki a'zolar kasalliklari, ayniqsa, jigar, oshqozon-ichak kasalliklari, moddalar almashinuvining buzilishi, endokrin, asab tizimi, gemopoez, tomir tizimi, genetik omillar va boshqalar alohida ahamiyatga ega.

Moddalar almashinuvi, xususan, uglevodlar, yog'lar, mineral-suv almashinuvi buzilishlari shu xil moddalarning teridagi doimiy almashinuvining izdan chiqishiga olib keladi, bu o'zgarishlar esa terida

turli xil patologik holatlarga sabab bo'lishi mumkin. Misol uchun, giperglikemiya furunkulyozga, teri qichishiga, yog' almashinuvining buzilishi esa ksantomalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Ko'plab ksantomalar patogenezida gipo va avitaminozlar yotadi, asosan, A, C, PP, P va B vitaminlar yetishmovchiligi sababli ko'plab dermatozlar kuzatiladi.

Misol uchun A vitamini yetishmovchiligi natijasida frinoderma, nikotin kislotasi yetishmasligidan esa pellagra va boshqa kasalliklar yuzaga keladi.

Dermatozlarning yuzaga kelishida psixogen va markaziy asab tizimi (MAT)dagi hamda vegetativ asab tizimidagi o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin. Ekzema, eshakemi, teri qichishishining vujudga kelishida MATning birlamchi o'zgarishlari yotishi avvaldan ma'lum: bu o'zgarishlar psixik omillar oqibatida yuzaga keladi. Vegetativ asab tizimining o'zgarishlari oqibatida turli dermatozlar yuzaga kelishi ham fanga ma'lum.

Dermatozlarning yuzaga kelishiga endokrin bezlar faoliyatining o'zgarishlari ham sabab bo'lishi mumkin. Misol uchun, teri miksedemasi qalqonsimon bez kasalligi bilan og'rigan bemorlarda uchrashi, Addison kasalligida terining bronza rangiga kirishi, oddiy husnbuzarning jinsiy bezlar faoliyati bilan bog'liqligi.

Qator kasalliklar etiologiyasi va patogenezi immun o'zgarishlar bilan bog'liqligi kuzatiladi. Birinchi navbatda bu xil o'zgarishlar allergik va autoimmun jarayonlarga bog'liq.

Ayrim kasalliklar patogenezida o'choqli infeksiyaning roli sezilarlidir: masalan, surunkali tonzillit, gaymorit, otit, kariozli tishlar va boshqalar. O'choqli infeksiya organizmni sensebilizatsiyaga uchrashiga sabab bo'lishi, ikkinchi tomondan esa gumoral immunitetni pasaytirishi va immun tanqislikka sabab bo'lishi mumkin. O'choqli infeksiyalarning eshakemi, ko'p xilli eksudativ eritema, psoriaz, qizil yugirik va boshqa dermatozlar patogenezida ahamiyati tasdiqlangan.

Bir qator kasalliklar yuzaga kelishida ma'lum darajada irsiy omillarning ahamiyati katta. Xususan, ixtioz, pigmentli kseroderma, bullez epidermoliz, keratodermiya, atopik dermatit, psoriaz va boshqa kasalliklar shular jumlasidandir.

Ayrim kasalliklar o'sma va infeksiyon kasalliklar metastazlanishi oqibatida yoki teri osti to'qimalari kasalliklarining teriga o'tishi natijasida vujudga kelishi mumkin (misol uchun, teri silining bir turi – skrofuloderma).

Shuni ham qayd etish kerakki, ayrim dermatozlarning etiologiyasi va patogenezi oxirigacha o'rganilmagan.

Shunday qilib, teri kasalliklari ko'pincha bir emas, bir necha sabablar bir necha nojo'ya ta'sirlarning uzoq muddat organizmga ta'sir etib turishi

oqibatida teri kasalligining paydo bo'lishi uchun «sharoit» tayyorlasa, arzimas biror bir omil ta'siridan kasallik yuzaga chiqishi mumkin.

Yuqorida aytib o'tilgan teri kasalliklarining etiologik omillarini 3 guruhga ajratish mumkin. Birinchi guruh – asosiy sababchi omillar, ya'ni ichki a'zolar o'zgarishlari, asab tizimi o'zgarishlari dermatozlarning yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Misol uchun, moddalar almashinuvining buzilishi oqibatida kalsinoz yoki ksantomatoz, qon ishlab chiqaruvchi a'zolar patologiyasi bilan leykemik toshmalar, teri limfomasi va boshqalar, irsiy o'zgarishlarning tug'ma kasalliklarni vujudga keltirishi (misol uchun, ixtioz, qalqonsimon bez o'zgarishlari – teri miksedemasiga olib keladi).

Ikkinchi guruhga xatarli omillar (faktor riska), ya'ni ichki a'zolar, asab tizimi, modda almashinuvini o'zgartiruvchi hamda irsiy omillar kirib, ular kasallikning vujudga kelishiga tayyorlovchi holatlar bo'lib xizmat qiladi.

Uchinchi guruh hal qiluvchi omillar guruhi yig'indisidan iborat bo'lib, ular ichida stress birinchi navbatda turadi.

Stress va boshqa etiologik holatlar xatarli yoki hal qiluvchi omil bo'lishi mumkin. Bu esa u yoki bu omil ta'sir etgan vaqtda organizm qay holatda bo'lishiga bog'liq. Dermatologik bemorlar o'z kasalliklarining boshlanishi yoki ularning avjlanishini ko'p hollarda stress bilan bog'laydilar, xususan, psixogen omillarni kasallikning asosiy sababchisi deb biladilar. Shunga asoslanib aytish mumkinki, emotsional omil birlamchi bo'lib, teri o'zgarishlari esa uning oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

U yoki bu kasalliklarga, xususan, teri kasalliklariga irsiy moyillik deganda ota-onadan bolalarga ba'zi xususiyatlar o'tadi, ya'ni moddalar almashinuvi, gomeostaz, a'zolar faoliyati, organizm tizimlari, hujayralar ichida kechuvchi biokimyoviy reaksiyalar va boshqa belgilar holati – bularning hammasi ularning tashqi hamda ichki ko'rinishlarini birdek ko'rsatadi, hatto ta'sirga javob reaksiyasi ham o'xshash bo'ladi. Bu o'xshashliklar u yoki bu xil kasallikka bir xil moyillikka olib keladi. Ammo bu moyillik doimo bir kasallikka chalinishga sabab bo'lmasligi ham mumkin, buning uchun moyillikni yanada oshiruvchi, qo'shimcha ta'sirlar zarur. Shundan ma'lumki, ota-ona va bolalar har doim ham bir xil kasallikka chalinavermaydi.

Teri kasalliklarining patogenezi turli-tuman hamda murakkabki, asab, irsiy moyillikdan tashqari, ko'pgina kasalliklar patogenezida, asosan, organizmning tabiiy rezistentligiga va immun tizimidagi o'zgarishlarga ham bog'liq. Ayrim kasalliklar patogenezida allergik omil asosiy rol tutsa, qizil yugirik, po'rsildoq yarada autoimmun jarayon, yana boshqa dermatozlarda esa ikkilamchi hujayra immunodefitsiti ahamiyat kasb etadi.

Allergik genezli dermatozlarning ayrimlarida kasallik allergenlarning to'g'ridan-to'g'ri teriga kontakt yo'li bilan yoki organizmga turli yo'llar bilan tushib, ta'sir etishi oqibatida kuzatilsa, yana bir guruhida esa allergiyani infeksiyon omillar chaqiradi (infeksion, bakterial allergiya). Bunda ikkilamchi infeksiya o'choqlari yuqumli kasalliklarga sabab bo'ladi. Yana boshqa bir holatlarda organizmda allergizatsiyaga sabab bo'luvchi omillar autoallergik jarayonlardir, bu holat ichki a'zolar patologiyasi, moddalar almashinuvining buzilishi va hokazolar tufayli vujudga keladi. Bu xil o'zgarishlar birga uchrab, immun tanqislik holati va autoimmun reaksiyalar bilan kechishi mumkin.

Shunday qilib, ma'lum bir sabab, ma'lum bir etiologik omil teriga turli ta'sir etish mexanizmiga qarab, har xil teri kasalliklarini keltirib chiqarishi mumkin.

Teri kasalliklarining tashxis asoslari

Teri, og'iz shilliq pardasi va lab qizil hoshiyasi kasalliklarining tashxisi birinchi navbatda ularni diqqat bilan ko'zdan kechirish va tekshirish natijalariga asoslanadi. Shifokorning bemor bilan muloqoti bemor shikoyatini tinglash va uni chuqur mulohaza qilish bilan boshlanadi. Dermatozning turiga qarab bemorlar turli xil shikoyat bildirishlari mumkin: jumladan, teri qichishishlari, achishishi, og'rishi, sanchishi, tortishishi kabilar. Bir xil kasallik bo'lishiga qaramasdan, ayrim kishilarda bu hissiyotlar turli darajada rivojlangan bo'lishi mumkin.

Ayrim kasalliklar esa subyektiv hissiyotlarsiz kechishi mumkin. Bemor shikoyati aniqlanganidan so'ng, kasallik va bemor hayotiy anamnezini yig'ishga o'tiladi. Undan so'ng esa bemorni ko'zdan kechirishga kirishiladi. Teri va ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalar kuzatilgach, bu ma'lumotlar klinik-laborator tekshiruv ma'lumotlari bilan to'ldiriladi.

Teri kasalligi tarixini aniqlash jarayonida kasallik muddati, sabablari, uning kelib chiqishi va zo'rayishi qay sabablarga bog'liqligini aniqlash zarur. Undan so'ng kasallik kechishi xarakteri o'rganiladi: jumladan, qaytalashga moyilligi, mavsumga bog'liqligi, remissiyalar kuzatilishi, ularning davomiyligi aniqlanadi. Agar bemor avval davolangan bo'lsa, uning xarakteri va samarasi aniqlanadi. Kasallanish jarayoniga suv, sovun, oziq-ovqatlar, dori-darmonlar, kasbdagi zararli ta'sirlarning ahamiyati o'rganiladi.

Bemor hayotiy anamnezini yig'ishda tashqi omillarning kasallik patogenezidagi ahamiyatini aniqlash maqsadida uy, mehnat sharoitlari, boshidan kechirgan kasalliklari, oilaviy yoki nasliy kasalliklari haqida,

zararli odatlari to'g'risidagi ma'lumotlarga e'tibor berish zarur. Bemor bilan suhbatlasha turib, uning asab tizimi holatini, turli stresslarga javob reaksiyasini, o'z kasalligiga bo'lgan munosabatini aniqlashga harakat qilish kerak.

Bemorni issiq, tabiiy yoritilgan xonada ko'zdan kechirish maqsadga muvofiq. Og'iz shilliq pardasini ko'rish uchun yoriq elektr nuri yo'naltirilib, yog'och shpateldan foydalaniladi: yog'och shpatel kuzatiluvchi sohani so'laklardan yaxshi tozalaydi. Terining butun yuzasini ko'zdan kechirish zarur, aks holda, subyektiv bezovta etmagan, lekin toshmalar toshgan sohalarni bemor sezmasligi mumkin, bu xil toshmalar – chandiqlar, surilib ketgan toshmalar o'rnida qolgan pigmentatsiyalar ayrim hollarda diagnostik ahamiyatga egadir.

Teridagi morfologik toshmalar. Birlamchi va ikkilamchi elementlar

Teri tanani qoplab turuvchi organ bo'lib, bir qancha fiziologik vazifalarni bajaradi. Lekin ba'zi holatlarda terining normal holati buzilib, terida har xil patologik o'zgarishlar, ya'ni kasalliklar vujudga keladi. Masalan, ichki va tashqi ta'sirlar sababli teri yallig'lanishi natijasida qizarish, shishish, og'rish, issiqlanish va vazifasi buzilishi sababli bo'lgan o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Patologik o'zgarishlar asosida paydo bo'ladigan teridagi morfologik toshmalar klinik belgilar sifatida ifodalanadi.

Teri va shilliq pardalarda paydo bo'lgan toshmalar turli xil bo'lishi mumkin va ular birlamchi hamda ikkilamchi toshmalarga ajratiladi.

Birlamchi element deb sog'lom va o'zgarmagan terida paydo bo'lgan toshmalarga aytiladi. *Ikkilamchi toshmalar* esa teridagi birlamchi elementlarning rivojlanib, o'zgarishi natijasida paydo bo'ladigan toshmalardir.

Toshmalarni birlamchi, ikkilamchi turlarga ajratish ma'lum darajada shartlidir. Lekin, bunga qaramasdan, ularning amaliyotdagi o'rni juda ham yuqori. Chunki ko'p holatda har bir kasallikda terida faqat shu kasallikka xos birlamchi toshma(lar) paydo bo'ladi. Shuning uchun ham teridagi birlamchi toshмага asoslanib bemorga kasallik tashxisi qo'yiladi. Darhaqiqat, teri toshmalari dermatologiya alifbosi hisoblanadi. Ularni bilish teri kasalliklariga to'g'ri tashxis qo'yishimizga katta yordam beradi (*I, II, III ilovalar*).

Birlamchi morfologik elementlar

Birlamchi morfologik elementlar deb o'zgarmagan terida kasallikning dastlabki davrlaridayoq paydo bo'ladigan toshmalarga aytiladi. Birlamchi elementlar paydo bo'lish mexanizmiga, yallig'lanish davriga (alteratsiya, ekssudatsiya, proliferatsiya) qarab, shartli darajada ikki guruhga ajratiladi: birlamchi proliferativ morfologik elementlar: dog' (macula), tuguncha (papula), do'mboqcha (tuberculum), tugun (nodus) hamda birlamchi ekssudativ morfologik elementlar: pufakcha (vesicula), pufak (bulla), yiringcha (pustula) va bo'rtma yoki qavarchiq (urtica) farqlanadi.

Dog' (macula) – terining chegaralangan rang o'zgarishi bo'lib, u teri sathidan ko'tarilib turmaydi va paypaslanganda sezilmaydi. Dog'ning kelib chiqish sabablariga qarab, qon tomirli, pigmentli, sun'iy turlarga va yallig'langan va yallig'lanmagan dog'larga ajratiladi (*10-rasm*).

Qon tomirga aloqador dog'lar qon tomirlarning vaqtincha reflektor kengayishi, yallig'lanishi yoki uning jarohati hisobiga kuzatiladi.

Yallig'langan qon tomirli dog'larga rozeola va eritema kiradi. Rozeola – o'lchami 1 santimetrgacha (eritema esa 1 sm dan kattaroq), qon tomirlarining vaqtincha kengayishi natijasida paydo bo'lgan pushti-qizil rangli dog'. Uni buyum oynasi bilan bosib ko'rilsa (diaskopiya), yo'qoladi, bosim to'xtatilsa, qaytadan paydo bo'ladi va subyektiv achishish, qichishish, kam hollarda esa og'riq bezovta etishi mumkin. Keyinchalik ustki qismida kepaklanib turadi yoki birdan yo'qolib ketadi. Bu toshmalar dermatit, zaxmning ikkilamchi davrida va boshqa kasalliklarda uchraydi.

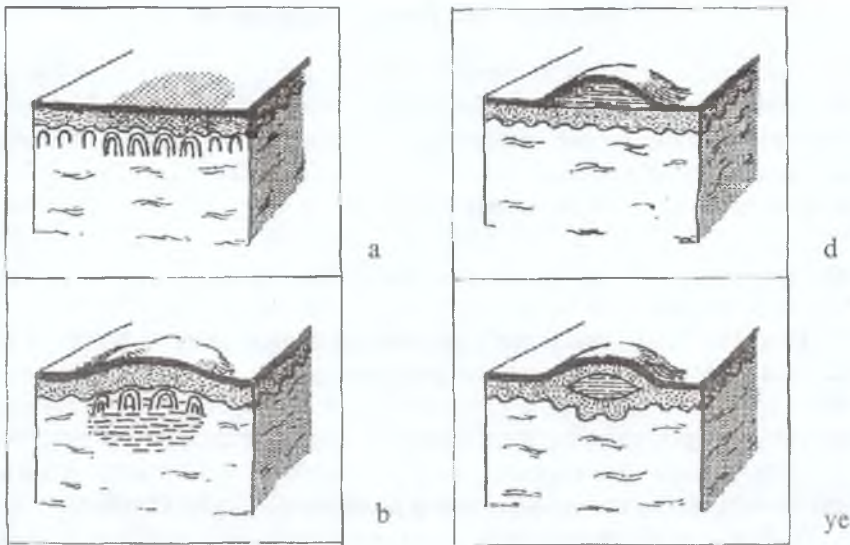
Yallig'lanmagan dog'larga qon tomirlarning patologik kengayishi, jarohati yoki o'tkazuvchanligi o'zgarishi natijasida paydo bo'lgan dog'lardan tashqari, pigmentli va sun'iy dog'lar kiradi.

Qon tomirlar o'tkazuvchanligining ortishi yoki tomirlar jarohati oqibatida paydo bo'luvchi dog'lar *gemorragik dog'lar* deb ataladi va bular diaskopiyada yo'qolmaydi hamda vaqt o'tgach, rangi o'zgarib boradi. Kattaligiga qarab gemorragik dog'lar petexiya, purpura, ekximozlar deyiladi.

Pigmentli dog'lar teri hujayralarida pigment melanin yo'qolishi (depigmentatsiya yoki vitiligo), kamayishi (gipopigmentatsiya) yoki ko'payishi (giperpigmentatsiya) natijasida paydo bo'ladi.

Sun'iy dog'lar teri orasiga bironta bo'yoq yoki kimyoviy moddalarning kirib qolishi natijasida paydo bo'ladi. Sun'iy dog'lar ko'pincha turli kasb egalarida yuzaga keladi va «stigma», ya'ni professional belgi hisoblanadi.

Tuguncha (papula) – bu birlamchi, proliferativ, bo'shliqsiz, teri sathidan ko'tarilib turadigan, kattaligi 1 sm gacha bo'lgan yuza element bo'lib,



10-rasm. Birlamchi morfologik elementlar. Toshmalar

a) **Dog' (macula)**. Teri chegarali qismi rangining o'zgarishi. Dog'lar yallig'langan (rozeola, eritema) va yallig'lanmagan (petexin, ekximoz, qontalashishlar) turlarga bo'linadi. Kelib chiqish sababiga qarab qon tomirli, pigmentli va sun'iy turlarga bo'linadi.

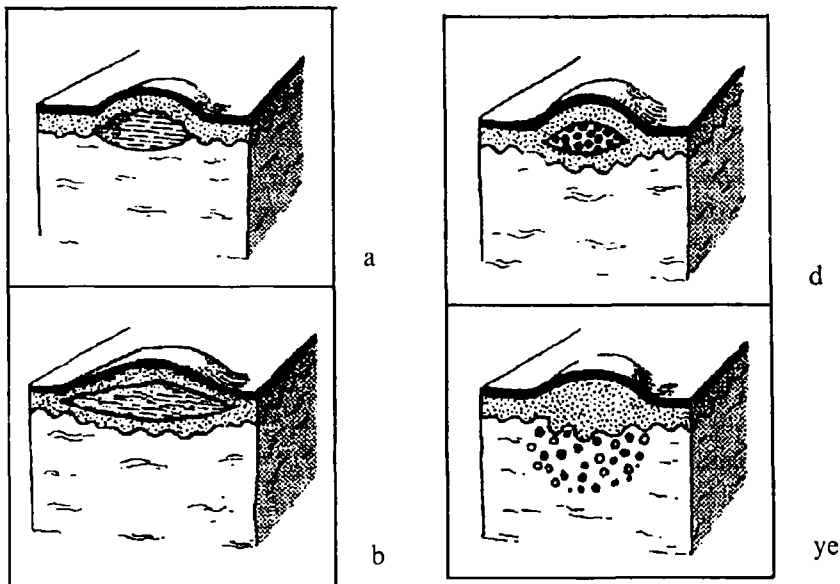
b) **Qavarchiq yoki bo'rtma (urtica)**. Bu ekssudativ, lekin bo'shliq hosil qilmaydigan, teridan salgina ko'tarilib turadigan toshma. Bo'rtma terining epidermis qavatida, hujayralar ichida tez o'tadigan suyuqlik yig'ilishi natijasida paydo bo'ladi.

d) **Pufakcha (vesicula)**. Bu birlamchi ekssudativ toshma bo'lib, bo'shliq hosil qiladi, teri sathidan ko'tarilib turadi, kattaligi 1 sm gacha bo'ladi. Pufakcha ichida seroz suyuqlik bo'ladi. Bu rasmda subkorneal pufakcha tasvirlangan.

ye) **Pufakcha (vesicular)**. Intraepidermal pufakcha.

epidermis va dermaning yuza qismida ro'y beradigan patologik o'zgarishlar natijasida paydo bo'ladi. Vaqt o'tib, o'zgarib so'rilib ketadi va o'rnida dog' qoladi. Tuguncha qipikli temiratki (psoriaz), qizil yassi temiratki va zaxmning ikkilamchi davrida uchraydi (10-rasm).

Do'mboqcha (tuberculum) – bu birlamchi, proliferativ, bo'shliqsiz, teri sathidan ko'tarilib turadigan, kattaligi 1 sm gacha bo'lgan chuqur element bo'lib, derma qavatida patologik o'zgarishlar natijasida paydo bo'ladi. Do'mboqcha keyinroq nekrozga uchrab yaralanadi va nihoyat, yara chandiqlik hosil qilib bitadi. Ayrim hollarda do'mboqcha so'rilib, o'rnida atrofik chandiqlik hosil qiladi. Do'mboqcha teri sili



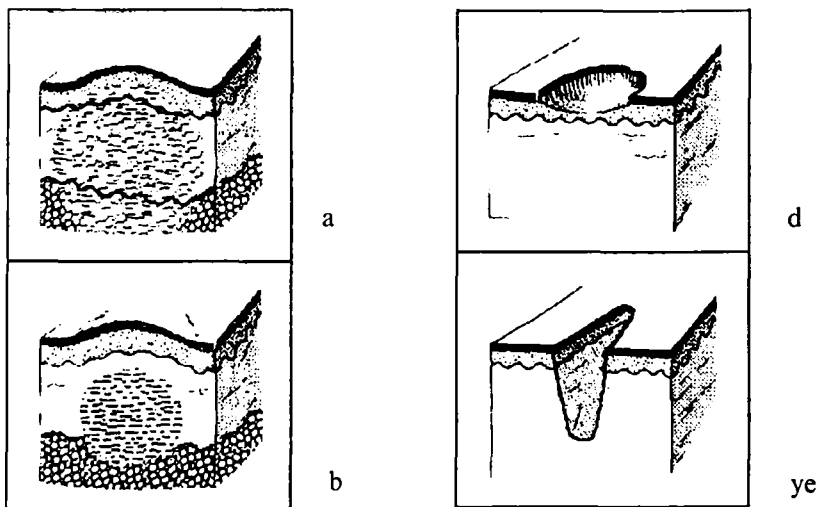
11-rasm. Birlamchi morfologik elementlar. Toshmalar.

- a) **Pufakcha (vesicula).** Subepidermal pufakcha
- b) **Pufak (bulla).** Bu birlamchi eksudativ toshma bo'lib, bo'shliq hosil qiladi, teri sathidan ko'tarilib turadi, kattaligi 1 sm dan kattaroq bo'ladi. Pufak ichida seroz suyuqlik bo'ladi.
- d) **Yiringcha (pustula).** Bu birlamchi, eksudativ bo'shliq hosil qiladigan, teri sathidan ko'tarilib turadigan, ichida esa yiring suyuqligi bor kovak toshmadir.
- ye) **Tuguncha (papula).** Teri sathidan ko'tarilib turadi, bo'shliqsiz, kattaligi 1 sm gacha bo'lishi mumkin.

(tuberkulyoz), moxov (lepra), leishmanioz va zaxmning uchlamchi davrida uchraydi (10-rasm).

Tugun (nodus) – bu birlamchi, proliferativ, bo'shliqsiz, teri sathidan ko'tarilib turadigan, kattaligi 1 sm dan to tuxumday, chuqur element bo'lib, derma va teri osti yog' qavatida hosil bo'lib o'sadi. Keyinchalik tugun so'rilib atrofik chandiq yoki yaralanib, yara, chandiq hosil qilib bitadi. Tugun teri sili, moxov, yomon jarohat va zaxmning uchlamchi davrida uchraydi (12-13-rasm).

Pufakcha (vesicula) – bu birlamchi, eksudativ, bo'shliqli, teri sathidan ko'tarilib turuvchi, bo'shlig'ida seroz suyuqlik yoki qon saqllovchi, kattaligi 1 sm gacha bo'lgan yuza element. Pufakchaning po'stlog'i, tubi va ularning orasida suyuqlik bilan to'lgan bo'shliq qismi tafovut etiladi. Keyinchalik pufakcha qurib, qaloq hosil qilishi yoki yorilib, eroziya paydo

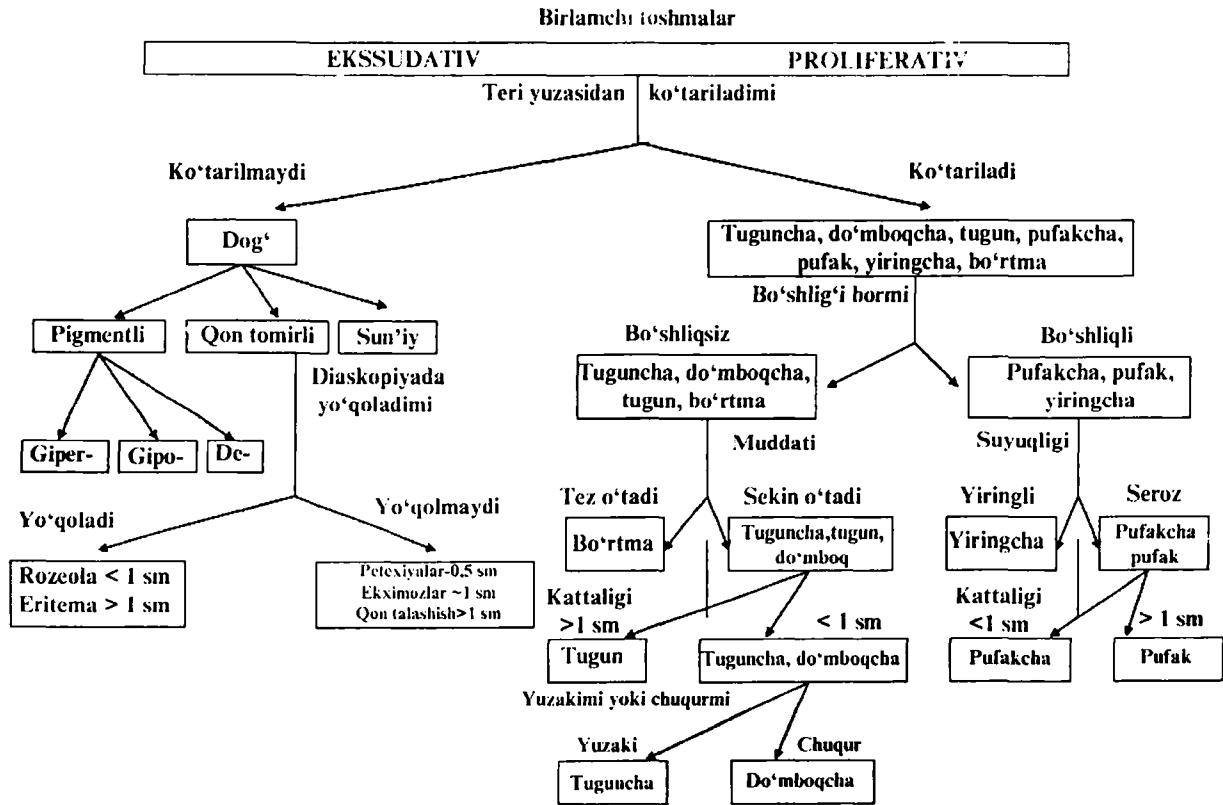


- 12-rasm. Birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlar. Toshmalar**
- a) **Tugun (nodus)**. Teri sathidan ko'tarilib turadigan, bo'shliqsiz element, teri osti yoki yog' qavatidan o'sib borib, kattaligi no'xatdan to yong'oqday, ba'zida tuxumday bo'lishi mumkin.
- b) **Do'mboqcha (tuberculum)**. Teri sathidan ko'tarilib turadi, bo'shliqsiz, kattaligi 1 sm gacha bo'lishi mumkin. Bu toshma patologik o'zgarishlar terining derma qavatini batamom egallashi natijasida paydo bo'ladi.
- d) **Shilinish (erosio)**. Terining butunlik holati yuzaki buzilishi, bu faqatgina epidermisda bo'shliq hosil qiladigan birlamchi toshmalar yorilishi natijasida hosil bo'ladi. Shilinish yuzasini suyuqlik qoplaydi.
- ye) **Chaqa (excoriatio)**. Buni chiziqsimon shilinish desa ham bo'ladi. Chaqa terining yuzaki yoki chuqur shikastlanishi, ko'pincha terining qichishishi natijasida paydo bo'ladi.

bo'lishi mumkin. Aksariyat hollarda vaqtinchalik pigmentli dog' hosil qilib yo'qoladi. Pufakcha har xil uchuq kasalliklarida (gerpes) uchraydi.

Pufak (bulla) – bu birlamchi ekssudativ, bo'shliqli, teri sathidan ko'tarilib turuvchi, o'lchamlari 1 sm dan katta bo'lgan yuza element. Pufak – pufakchadan faqat kattaligi bilan ajralib turadi. Pufak seroz suyuqlik saqlab, so'ng o'zidan qaloq, eroziya va pigmentli dog' hosil qiladi. Bu toshma dermatitlarda va po'rsildoq yara kasalliklarida uchraydi (11-rasm).

Yiringcha (pustula) – bu birlamchi, ekssudativ, bo'shliqli, teri sathidan ko'tarilib turuvchi, bo'shlig'ida yiring suyuqlik saqlovchi, yuza yoki chuqur element bo'lishi mumkin. Yiringcha soch follikuli atrofida yoki



13-rasm. Birlamchi toshmalar aniqlash usullari

epidermisning yuza va chuqur derma qavatlarida joylashib, keyinchalik yorilib, o'z o'rnida eroziya yoki yara, qaloq, pigmentli dog' yoki chandiq qoldirishi mumkin. Bu toshma terining yiringli kasalliklarida va ikkilamchi zaxmda uchraydi (*12-rasm*).

Bo'rtma yoki qavarchiq (*urtica*) – bu birlamchi ekssudativ, teri sathidan ko'tarilib turadigan, bo'shliqsiz, tez paydo bo'lib, tez o'tib ketadigan hujayralar ichidagi shish hisobiga vujudga keladi. O'rnida hech qanday asorat qoldirmaydi va eshakem kasalligida, hasharotlar chaqqanda uchraydi.

Ikkilamchi morfologik elementlar

Ikkilamchi dog' – Pigmentli dog' (*pigmentatio, depigmentatio*) hamma birlamchi toshmalardan keyin ular o'rnida paydo bo'lishi mumkin. Pigmentli dog' teri melanin pigmentining vaqtincha biror sohada to'planishi, yo'qolishi yoki kamayishi hisobiga paydo bo'ladi. Pigmentli dog'lar terining asl rangiga nisbatan to'q (giperpigmentatsiya) yoki oqroq (gipopigmentatsiya) bo'ladi, ayrim hollarda esa terining bir qismida umuman pigment yo'qoladi – bu *vitiligo yoki depigmentatsiya* deyiladi.

Kepaklanish [qipiqlanish] (*Squama*). Terining muguz qavati hujayralarining rivojlanish natijasida po'st tashlab, ajralib ketishi fiziologik hodisadir. Ba'zi bir kasalliklarda me'yordan ortiq kepaklanish yoki qipiqlanish holati uchraydi. Kepaklar turli rangda va o'lchamlarda bo'lib, shu belgilariga, asosan unsimon, kepaksimon, plastinkasimon kepaklanishlar tafovut etiladi va ularning yirik plastinkasimon ko'chishi *eksfoliativ kepaklanish* deb ataladi. Kepaklar ham birlamchi rivojlanishi mumkin: qazg'oqlanish, yumshoq leykoplakiyada, eksfoliativ xeylitda parakeratotik kepaklar yuzaga keladi. Ixtiozda esa giperkeratotik kepaklar hosil bo'ladi.

Eroziya, shilinish (*erosio*) – teri, shilliq pardalar yoki lab qizil hoshiyasining yuza, epidermisdagi yuzaki defekti hisoblanib, shu sababli ular izsiz bitadi. Eroziya birlamchi bo'shliqli elementlar – pufak, pufakcha, yiringchalar po'stlog'i yorilishi natijasida hosil bo'ladi.

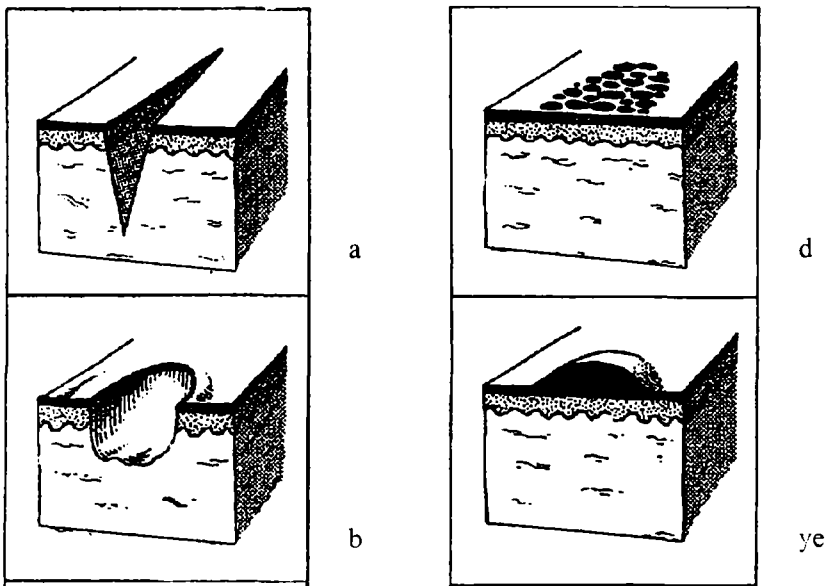
Yara (*ulcus*) terining chuqur defekti bo'lib, uning tubi derma yoki gipodermada joylashadi. Shuning uchun yara doimo chandiq hosil qilib bitadi. Yaralar, asosan, do'mboqcha, tugun yoki chuqur yiringchadan keyin yuzaga keladi. Yaraning chetlari va tubi farqlanadi. Yaraning o'lchamlari, shakli, chuqurligi, chetlarining ko'rinishi va tubi har xil bo'lib, turli dermatozlarda o'ziga xos ko'rinishga ega bo'ladi. Agar yakka joylashib, bir-biriga qo'shilmagan do'mboqcha yaralansa, diametri 0,5 sm gacha bo'lgan yara hosil bo'ladi. Tugun yaralansa, birmuncha katta

va chuqur yara kuzatiladi. Yara chetlari o'yilgan, tubiga osilgan, tovoqsimon ko'rinishga ega bo'lishi mumkin. Yara tubi va chetlari yumshoq yoki zich konsistensiyali bo'lib, tubi yiringli, nekrotik, yiring-qon aralash massa so'rg'ichsimon granulyatsiya bilan qoplangan bo'lishi, oson jarohatlanib qonovchi bo'lishi mumkin. Chuqur yaralar suyakkacha borib, uni jarohatlashi mumkin. Yarani ko'zdan kechirayotganda nafaqat uning shakliga, balki o'lchamlari yoki tubiga ham e'tibor berish kerak. Yara chetlarida ko'pincha asosiy patologik jarayon qoldiqlarining bo'lishi uning tubida xarakterli ajratmalarning borligi, yaraga olib kelgan jarayon haqida ma'lumot berishi mumkin (*14-rasm*).

Yoriq (*fissura, ragades*) – terining qurib, elastikligining yo'qolishi hisobiga yuzaga keladigan teri butunligining buzilishi. Yoriqlar to'g'ri chiziqli bo'lib, ko'p hollarda terining cho'ziluvchi sohalarida – burmalar, og'iz burchaklarida uchraydi. Agar yoriq yetarli darajada chuqur bo'lib, derma hatto gipodermanni ham jarohatlasa, kuchli og'rib, yuzasi qonli qaloq bilan qoplanadi, bitgach esa, chandiq hosil bo'ladi. Yuza yoriqlar epidermis sohasidagina kuzatilib, qaloqlanmaydi va chandiqsiz bitadi (*14-rasm*).

Qaloq (*crusta*) – pufakcha, pufak, yiringchalar ichidagi ekssudatlar qurishidan yoki eroziya, yaralar yuzasidagi ajratma qurishi natijasida kuzatiladi. Shu sababli qaloqlar seroz, qonli, yiringli bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turadi. Yangi hosil bo'lgan qaloqlar yumshoq bo'lib, oson ko'chadi, ular ostida eroziya yoki yaralar kuzatiladi. Uzoq saqlangan qaloqlar qalin va qattiq bo'lib, ostidagi to'qimaga zich yopishgan bo'ladi. Qaloq rangi ekssudat xarakteriga bog'liq bo'lib, agar seroz ekssudatdan hosil bo'lgan bo'lsa, qo'ng'ir-sarg'ish qaloq, seroz-yiringli ajratmadan esa sarg'ish-ko'kimtir qaloq, yiringli ekssudatdan esa kir-qo'ng'ir yoki ko'kimtir qaloq, gemorragik ajratmadan esa qora qonli qaloq vujudga keladi. Qaloqlar qalinligi turli xil bo'lib, ko'p hollarda teridagi jarayonga hamda qaloqning qachon hosil bo'lganiga bog'liq. Bir-biriga yopishgan, natijada qalinlashib, teridan ko'tarilib turuvchi qaloqlar *r u p i y a* deb ataladi. Qaloqning ko'rinishi, rangi, o'lchamiga qarab, u qanday birlamchi elementlardan hosil bo'lganligini aniqlash mumkin. Qaloqdan tashqari, kepakli qaloqlar ham tafovut etiladi, ular epidermis seroz ekssudatini shimib, bir-biriga yopishgan qaloqlardir. Qaloqlardan farqli o'laroq, kepakli qaloqlar sinmaydi, maydalanmaydi (*15-rasm*).

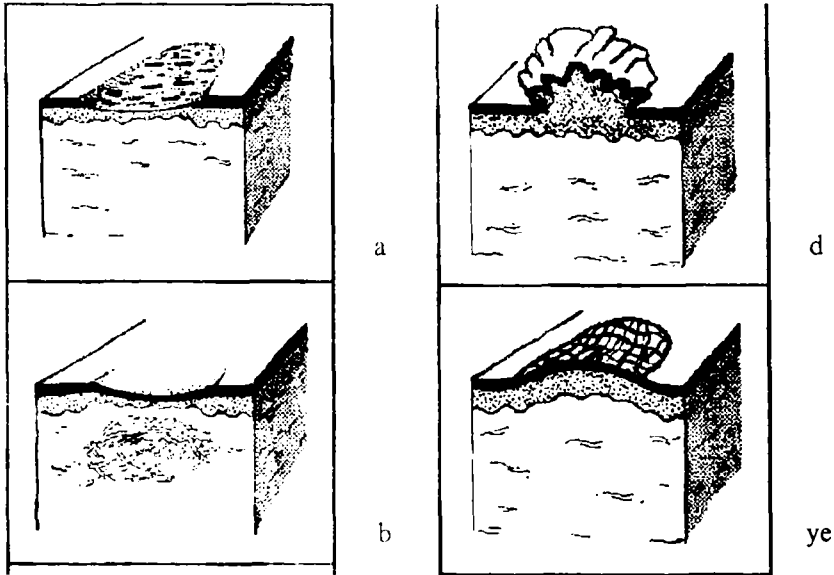
Chandiq (*cicatrix*) – derma, gipodermanni chuqur jarohatlanishi natijasida, yaraning bitishi oqibatida hosil bo'lgan yangi to'qima. Chandiq, asosan, kollagen tolalardan tarkib topadi. Chandiq yuzasidagi teri, odatda, tekis, yaltiroq bo'lib, teri o'z ko'rinishini yo'qotadi va soch follikulalari bo'lmaydi. Yangi chandiqlar rangi och-pushti bo'lib,



14-rasm. Ikkilamchi morfologik toshma elementlari.

- a) **Yoriq (fissura)**. Teri quriganda, elastik holatini yo'qotganda yoriq hosil bo'ladi. Yoriqlar yuzaki yoki chuqur bo'ladi.
- b) **Yara (ulcus)**. Terida butunlik holatining chuqur va yog' qavatidan buzilishi.
- d) **Po'stloq (squama)**. Qipiqilanish yoki po'stloq hodisasi parakeratoz va giperkeratoz o'zgarishlar natijasida kelib chiqadi.
- ye) **Keratoz**. Keratin hujayralarining ko'payishiga moyillik.

keyinchalik oqaradi va ayrim hollarda chandiqlar giperpigmentli bo'ladi. Ayrim kasalliklardan so'ng chandiqlar yuzalari qatlam, g'adir-budir, cho'tir-cho'tir, so'rg'ichsimon bo'lsa, ayrimlari cho'ntaksimon ko'rinishda bo'ladi. Chandiq o'lchamlari va shakli har xil bo'ladi. Atrofik chandiqlar odatda manfiy to'qimali bo'lib, teri sathidan cho'kkan, yumshoq konsistensiyali, yupqa bo'ladi. Ayrim hollarda dag'al, zich konsistensiyali, qalin bo'lib, teri sathidan ko'tarilib turadi va bu *gipertrofik* yoki *keloid chandiqlar* deb ataladi. Agar chandiqlar yarasiz paydo bo'lsa, u *chandiqli atrofiya* (chandiqli yupqa teri) deb ataladi va uning ostidagi tomirlar ko'rinib, oson burmaga yig'iladi, ko'rinishi esa g'ijimlangan papiros qog'ozini eslatadi. Turli kasalliklarda turli ko'rinish va shakldagi chandiqlar kuzatiladi: yulduzsimon, tamg'asimon, mozaikasimon, ko'priksimon, cho'ntaksimon, keloid-gipertrofik, atrofiya turlari farqlanadi (15-rasm).

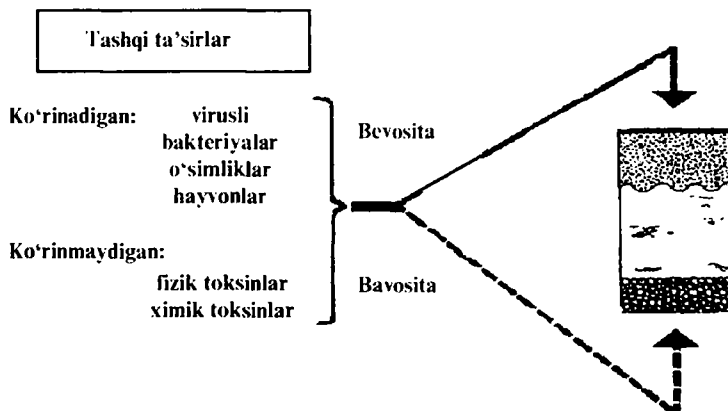


15-rasm. Ikkilamchi morfologik toshma elementlari.

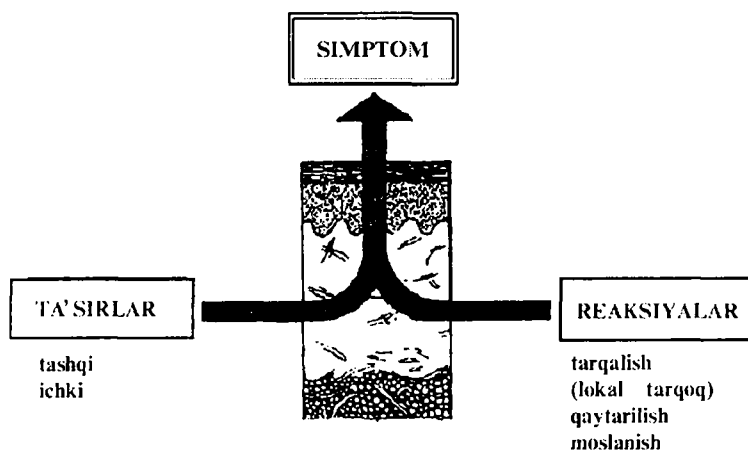
- a) **Qaloq** (crusta). Terida seroz, qon yoki yiringli suyuqlikning qurishi natijasida paydo bo'ladi.
- b) **Chandiq** (cicatrix). Terida yara, chuqur yoriq toshmalardan keyin qoladi. Chandiq normotrofik, atrofik, gipertrofik (keloid) bo'lishi mumkin.
- d) **Tarqalish** (vegetatio) yoki ko'payib tarqalish. Bu hodisa ko'pincha teri burmalarida joylashgan tuguncha, shilinish, yara toshmalarining yuzida epidermis va derma yuzaki qavatlarining ko'payib tarqalishidir.
- ye) **Lixenifikatsiya** –terining dag'allanishi (lichenificatio). Lixenifikatsiya terining o'ziga xos o'zgarishidir. Unda teri quruqlashib, yuza qismidagi chiziqlar, ya'ni teri naqshlari yaxshi ko'rinib, terining shu sohasi yallig'lanib, dag'allashadi va giperpigmentlashadi.

Vegetatsiya (*vegetatio*) – «ko'payib tarqalish» ma'nosini anglatadi. Epidermis tikanaksimon qavatining qalinlashishi va derma so'rg'ichsimon qavatining o'sib ketishi bilan kechadi. Vegetatsiya ko'rinishi xo'roz tojisini yoki gulkaramni eslatadi, yumshoq konsistensiyali; yuzasi quruq, qo'ng'ir tusda bo'lib, ayrim hollarda eroziyalanadi; qizg'ish tusda bo'lib, seroz, seroz-yiringli eksudat ajratadi. Vegetatsiya ko'pincha shilinish, yara yoki tugunchalar yuzasida hosil bo'ladi. Ayrim hollarda birlamchi toshma ham bo'lishi mumkin (o'tkir uchli kondilomalar).

Lixenifikatsiya (*lichenificatio*) – terining quruqlashib, zichlanib dag'allanishi bo'lib, epidermis va terining so'rg'ichsimon qavatida kuchli



16-rasm. Tashqi ta'sir natijasida kelib chiqadigan teri kasalliklari.



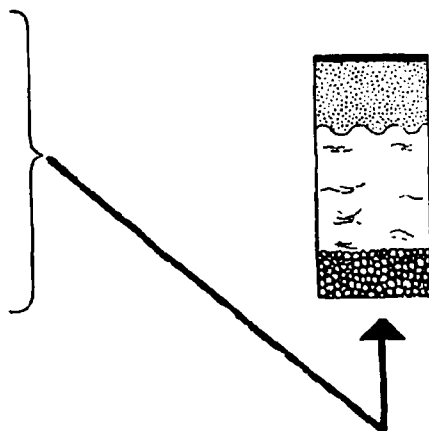
17-rasm. Ta'sirotlar va biologik reaksiyalarning umumlashishidan simptomning shakllanishi.

infiltratsiya va akantoz hisobiga kuzatiladi. Terining tabiiy ko'rinishi o'zgaradi. Bunday teri turg'un giperemiyali, zich bo'lib, yuzasi kepaklanadi. Lixenifikatsiya odatda mayda tugunchalar qo'shilishi, surunkali yallig'langan infiltrat va kuchli qichima bilan kechadi va neyrodermit va boshqa surunkali teri kasalliklarda uchraydi.

Chaqa – qashima izlari, shilinish, tiralish (excoriatio) chiziqsimon teri defekti hisoblanib (ko'pincha terining yuza defekti), u, asosan,

ICHKI TA'SIRLAR

Kasalliklar, ya'ni
nonormal ahvollar:
endokrin sistemasi,
jigar,
OIS va hokazolar



18-rasm. Ichki kasalliklar teri kasalliklarini keltirib chiquvchi sababchisidir.

qashlanish, tirnalar, shilinish natijasida paydo bo'ladi. Agar defekt epidermisning yuqori qismidagina bo'lsa, to'g'ri chiziqli kepaklanuvchi yo'l-yo'l ko'rinish yuzaga keladi. Kuchli qichishish oqibatida esa chuqurroq dermagacha boradigan qashima izlari paydo bo'lib, yuzasida qonli qaloqlar vujudga keladi va ekskoriatsiyalar o'rnida gipo-depigmentli dog'lar va chandiq ham hosil bo'lishi kuzatiladi. Ekskoriatsiya teri qichishi bilan kechadigan teri va sistem kasalliklarda bo'ladi.

Atrofiya (*atrophia*) – teri trofikasi buzilishi hisobiga yuzaga keladi: teri yupqalanib, atrof terilariga nisbatan biroz botgan, tabiiy rasmini yo'qotgan, rangi gipo-depigmentli, o'choq holida kuzatiladi. Atrofiya toshmasi sklerodermiya, qizil yugirik kabi kasalliklarda uchraydi.

Shunday qilib, terida uchraydigan 8 xil birlamchi va 10 xil ikkilamchi toshmalar bor ekan. Bemorning terisida birlamchi toshmalar bir xil bo'lsa, bunga *monomorf toshma*, ya'ni bir xil toshma deymiz. Masalan, qipikli temiratkida terida bir xil toshmalar, ya'ni tugunchalar bo'ladi. Endi bordi-yu ikki va undan ko'proq, bir necha xil birlamchi toshmalardan tashkil topgan bo'lsa, buni biz *chin polimorf toshma*, ya'ni har xil toshmali ko'rinish deb ataymiz. Masalan, zaxmning ikkilamchi davrida bemorning terisida bir vaqtda tuguncha, rozeola, yiringcha toshmalari bo'lishi mumkin. Demak, bu yerda 3 xil birlamchi toshma bor, bu haqiqiy, chin polimorf toshma deyiladi. Lekin terida haqiqiy

bo'lmagan, *soxta polimorf toshma* ham bo'lishi mumkin. Bunda terida bir xil birlamchi toshmalar turli davrda bo'lishi va ularning o'zgarishi natijasida paydo bo'lgan bir necha xil ikkilamchi toshmalarni ko'rish mumkin. Masalan, terida bir necha pufakchalar va shu bilan bir qatorda, shilinish, qaloq, yiringcha kabi ikkilamchi toshmalar bor. Ya'ni pufakchalarning bir qismi yorilib, shilinish, pufakcha qurib, qaloq va pufakchaga infeksiya o'rnashgani natijasida paydo bo'lgan (yiringcha) ikkilamchi toshmalar bor ekan.

Bemor terisida bor toshmani amaliyotda izlab, ko'rib, to'g'ri aniqlab bilishni o'rganish (*13-rasm*) talaba uchun shart. Chunki, ish jarayonida bemorning shikoyatini eshitgandan keyin, shifokorning birinchi klinik harakati – bu bemor terisidagi bor o'zgarishlarni izlab, unga to'g'ri baho berish, toshmalar orqali teridagi yoki sistem kasallikni aniqlash, ya'ni tashxis to'g'risida fikr yuritish bo'ladi (*16, 17, 18-rasmlar*).

TERIDAGI GISTOMORFOLOGIK O'ZGARISHLAR

Teri kasalliklaridagi morfologik o'zgarishlar umumiy patologiyaning qonunlari bo'yicha kechadi va terining tuzilishi hamda funksiyasiga bog'liq bo'lib, ular ma'lum bir terminlar bilan nomlanadi. Bu patomorfologik o'zgarishlarning teri biopsiyasini mikroskopik usullar bilan aniqlash ko'p dermatozlarning tashxisida bebaho o'rin egallagan va bu o'zgarishlar terminlarini bilish zarur. Ular quyidagilardir:

Giperkeratoz – epidermis muguz qavatining qalinlanishi.

Diskeratoz – epidermis hujayralarida keratinizatsiya jarayonining buzilishi.

Parakeratoz – tugallanmagan muguzlanish natijasida muguz qavatida yadrolik hujayralar paydo bo'lishi va donador qavatning qiyin aniqlanishi.

Akantoz – tikanaksimon qavat hujayralarining ko'payib, qalinlashib ketishi.

Akantoliz – tikanaksimon hujayralar orasidagi desmosomalarning shikastlanishi.

Akantolizis – tikanaksimon hujayralar orasidagi desmosomalarning erib ketishi.

Spongioz – malpigiy qavatining hujayralararo suyuqlik yig'ilishi va desmosomalar buzilib, bo'shliqlar paydo bo'lishi.

Vakuollidegeneratsiya – malpigiy qavati hujayralarining yadrosi atrofida vakuollar hosil bo'lib, ularning yadroni piknotik deformatsiyalab, chetga siqib chiqarishi va sitoplazma ichidagi suyuqlik hujayrani nobud qilishi.

Ballonlidegeneratsiya – malpigi qavat hujayralarining degenerativ o'zgarishi, desmosomalar yo'qolib, seroz-fibrinozli suyuqlikda sharsimon hujayralarning suzib yurishi.

Papillomatoz – terining bazal qavatidagi hujayralar orasiga derma so'rg'ichsimon qavatining so'rg'ichlari cho'zilib, terining ustki qavatlariga chiqishi.

Granulyoz – donador qavat hujayralarining ko'payib qalinlanishi.

Mikroabsseslar – epidermis va derma hujayralaridan iborat yallig'lanish o'chog'i.

Epidermoliz – epidermis va derma orasidagi bazal membranasi buzilib, subepidermal bo'shliqlar hosil bo'lishi.

KASALLIK TARIXNOMASI

I. Pasportga oid ma'lumotlari

1. Bemorning familiyasi, ismi, otasining ismi.
2. Yoshi.
3. Ma'lumoti.
4. Ish joyi.
5. Mansabi.
6. Millati.
7. Turar joyi.
8. Bemorning yo'llanmasidagi tashxisi.
9. Dastlabki tashxis.
10. Klinik tashxisi.
11. Yakuniy tashxis:
 - a) asosiy tashxis;
 - b) yondosh tashxis;
 - d) asoratlar.

II. Bemorning kasalxonaga tushgandagi shikoyatlari

Avval asosiy, keyin ikkinchi darajali shikoyatlari aniqlanadi.

III. Mazkur kasallikning rivojlanish tarixi (Anamnesis morbi)

Kasallik rivojlanish jarayoni uning ilk belgilaridan boshlab, to kasallik tarixnomasi yozilayotgan paytgacha batafsil bayon qilinishi lozim. Kasallik tarixnomasi xuddi to'liq hikoyani eslatishi va quyidagi savollarga javob berishi kerak:

— Kasallik qachon, qanday ilk belgilar bilan boshlangan?

- Bemor kasallikning kelib chiqish sabablarini nima bilan bog'laydi?
 - Kasallik belgilari qaysi vaqtda, qanday sabablarga ko'ra o'zgaradi va kasallik jarayonida qanday yangi belgilar paydo bo'lgan?
 - Bemorning ilk bor shifokorga murojaat qilgan vaqti?
 - Qanday diagnostik va tibbiy tadbirlar ko'rilgan, ular bemorga qanday ta'sir ko'rsatgan?
 - Qaysi dori-darmonlar kasalga yomon ta'sir ko'rsatgan va yoqmaslik alomatlari (ko'tara olmaslik) bo'lgan?
 - Agar kasallik vaqti-vaqti bilan xuruj qilsa, unda shu xurujlar qanday belgilar bilan kechadi va yilning qaysi vaqtida qaytariladi?
 - Bemor dispanser hisobida turadimi, qanday profilaktik, davolash usullari qo'llaniladi va ularning natijasi?
- Kasallik tarixnomasini to'ldirishda iloji boricha ambulatoriya varaqasi va avvalgi kasallik tarixnomasidan olingan ko'chirmalardan foydalanish kerak.

IV. Bemorning hayotiy tarixi (Anamnesis vitaye)

Bu bo'limda bemorning tug'ilgan vaqtdan to kasalxonaga tushguncha kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lgan, omillar haqida aniq ma'lumotlar bayon etiladi. Shu sabablar turmush sharoitidan, kasbdagi zararli ta'sirlardan, irsiy xususiyatlardan, ijtimoiy omillardan (tabiiy sharoiti), yuqumli agentlar ta'siri natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Agar bemor ayol kishi bo'lsa, qachondan hayz ko'ra boshlagan, uning sikli, necha yoshda turmush qurgan, homiladorlikning soni, uning natijasi, nechta bolasi bor, bemorning turmush sharoiti, mehnat faoliyati va uning zararli odatlari batafsil aniqlanadi.

Bemor va uning yaqin qarindoshlari boshidan kechirgan kasalliklar, ahvoli, ularda naslga ayniqsa qattiq ta'sir ko'rsatuvchi kasalliklar (zaxm, sil, asab, qandli diabet, qon va teri kasalliklari) bo'lgan-bo'lmaganligi so'raladi.

Bemorda hayoti davomida ba'zi dori-darmonlar, oziq-ovqat mahsulotlari va boshqa narsalarga nisbatan allergik reaksiya bo'lgan yoki bo'lmagani, agar bunday hollar bo'lgan bo'lsa, ularning nomi, holatlari qizil rang bilan ko'rinarli qilib aniq yozib qo'yilishi kerak.

V. Bemorning hozirgi ahvoli (Status rrayesens)

Bemorni ko'zdan kechirib, uning nafas olishi, yurak va qon tomirlar sistemasi, ovqat hazm qilish, siydik ajratish va sezgi organlari, ichki sekretsia bezlaridagi har xil o'zgarishlarni qayd etish va tegishli

organlarni paypaslab (palpatsiya), to'qillatib (perkussiya), eshitib (auskultatsiya), ko'rish (ichki kasalliklar propedeutikasi fani bo'yicha) zarur.

Shundan keyin teridagi o'zgarishlarni ifodalash kerak.

VI. Teridagi o'zgarishlarni ifodalash (Status localis)

Toshmalar terini butunlay qoplaganmi yoki bir qismida joylashganmi? Toshmalar tananing bir tomonidami yoki ikkala tomonidami (simmetriya va assimetriya)?

Ular qanday joylashgan: guruh-guruh bo'libmi yoki tana terisi bo'yicha tarqalganmi yoki alohida-alohidami? Yallig'lanish o'tkir yoki surunkalimi?

Birlamchi toshmalarning xarakterli belgilari qanday – monomorfli, polimorfli, chin yoki soxta polimorfli? Birlamchi toshmalarning rangi: qizil, kulrang, ko'kimtir, jigarrang; ularning shakli: dumaloq, ovalsimon, kirdi-chiqdi, to'g'riroq, chegarasi aniq yoki noaniq; kattaligi: mm, sm, moshdek, no'xotdek yoki bir tiyinlikdan to bir so'mlik tangadek; toshmalarning yuzasi: ustining ko'rinishi tekis, yassiroq, botiqroq; shilinish (eroziya) yoki yara (yazva) bormi, ko'tarilganmi, dag'allashganmi, so'galsimonmi? Toshma atrofga kengayib kattalashadimi-yo'qmi? (19-rasm)

Toshmalar o'rnida qolgan o'zgarishlar (chandiqlik, pigmentatsiya, atrofiya va boshqalar) bormi? Toshmalar atrofidagi teri holati qizarganmi, oqarganmi, atrofiya yoki po'stloq bilan o'ralganmi?

Ikkilamchi elementlar (toshmalar): qaloq yoki po'stloq va uning rangi: qizil, sarg'ish, ko'kimtir. Chandiq, gipertrofik – yamoq, atrofik yoki normotrofik – teridan ko'tarilgan, teridan pastroq yoki tekis. Bundan tashqari, ba'zi hollarda chandiqlik atrofiyasi ham uchrab turadi. Qipiqlanish maydami yoki yirikmi, rangi oppoqmi, to'qroqmi, oqishmi, uning ko'rinishi ko'proqmi, ozroqmi? Dog' (ikkilamchi) oqishmi, to'qroqmi, oppoqmi? Dag'allanish (lixenifikatsiya) bormi, yo'qmi? Ikkilamchi toshmalar soni, qayerda borligi, ularning chegarasi aniq yoki noaniqmi?

Dermografizm (qizil, pushti, oq) va tekshirilgan teri belgilari natijasi.

Bemorning shikoyati (qichiydimi, achiydimi, og'riydimi va boshqalar).

VII. Dastlabki taxminiy tashxis.

VIII. Laboratoriya va asbob-uskunalar bilan tekshiruv natijasi.

IX. Solishtirma yoki taqqoslash tashxisi.

X. Klinik tashxis va uni isbotlash.

XI. Yakuniy tashxis:

a) asosiy; b) yondosh; d) asoratlar.

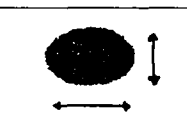




XII. Bemorning davosi (umumiy va mahalliy davolash).

XIII. Kundalik.

XIV. Xulosa (epikriz).

XV. Adabiyot qismi

(kasallikning sababi, rivojlanishi, klinik belgilari, davomati, davolash va oldini olish choralari).

BELGILAR	MISOL	IFODALASH
Kattaligi		3-2 sm
Shakli		1) to'g'ri; 2) noto'g'ri.
Chegarasi		1) aniq; 2) noaniq.
Guruh		1) tarqoq; 2) guruhli; 3) qo'shilgan.
Tarqalishi		1) bir qismida joylashgan; 2) butunlay joylashgan, universal.

19-rasm. Teri toshmalarini ta'riflash va ularni ifodalash.

Teri kasalliklarini tashxis etish va ularni davolashning umumiy prinsiplari

Umumiy tashxis usullari. Teri kasalliklari tashxisi anamnezi ma'lumotlari, kasallikning asosiy belgilari tahlilxona, laboratoriya va joylardagi o'tkazilgan tekshirishlarga asoslanadi. Aniq yig'ilgan anamnez, toshmalarni aniqlash usullari kasallikning etiologik va patogenezini aniqlashga yordam beradi.

1. Anamnez:

- a) taxminiy qisqa anamnez – dermatozlarni aniqlashga vosita bo'ladi;
- b) aniq anamnez – tashxisni aniq qo'yish va kasallik patogenezini aniqlashda katta ahamiyatga ega bo'ladi.

2. Teri va shilliq qavatlarni tekshirish:

- a) teri-yog' ajralishi;
- b) terining umumiy ko'rinishi, rangi;
- d) cho'zilishi va elastikligi;
- ye) dermografizm (qizil, oq, har xil);
- f) teri osti yog' kletchatkasining tuzilishi;
- g) pigmentatsiya (dog'larning o'zgarishi);
- h) ko'zga ko'rinuvchi shilliq qavatlar;
- i) toshmalar joylashishi (lokalizatsiya); chegaralangan, ko'p, tarqalgan (diffuz, butun teri sathi va shilliq qavatlarda), simmetrik, assimetrik ko'rinishda bo'lishi mumkin (*IV-V ilova*).

3. Toshmalarning umumiy xossalari:

- a) yallig'langan;
- b) yallig'lanmagan.

4. Birlamchi morfologik toshma elementlari:

- a) katta-kichikligi;
- b) tekis, notekis;
- d) ko'rinishi (yarim yumaloq, konussimon va hokazo);
- ye) rangi;
- f) chegaralari (aniq, noaniq);
- g) usti (silliq, oval, notekis, po'st tashlovchi va hokazo);
- h) periferik o'sish (chetga qarab tarqalishi);
- i) konsistensiya (yumshoq-qattiqligi): qattiqroq, qattiqroq-elastik, yumshoq.

5. Ikkilamchi toshmalar to'liq xarakteristikasi:

- a) chin yoki soxta polimorfli, monomorfli;
- b) elementlarning joylashishi (qo'shilgan, alohida-alohida);
- d) guruhli (to'g'ri, noto'g'ri).

6. Bemorning umumiy ahvolini baholash:

- a) subyektiv shikoyatlar;
- b) obyektiv belgilar.

7. Ichki a'zolar, asab va boshqa a'zolarini tekshirib ko'rish.

8. Kerakli tekshiruv va sinamalarni o'tkazish: allergik testlar, moxovda Minor sinamasi, po'rsildoq yarada Nikolskiy belgisi, sil yugirigida diaskopiya, psoriazda Auspitts uchligi va hokazo (*VI ilova*).

9. Umumiy tekshiruvlarni o'tkazish.

**Teri kasalliklarini umumiy va mahalliy
davolash usullari**

Teri kasalliklarini davolashda kompleks (umumiy va mahalliy) davo qo'llaniladi va bu davo ekzogen omillarni va endogen o'zgarishlarni bartaraf etishga, shuningdek, organizmning kasallikka qarshi kurashish qobiliyatini oshirishga qaratilgan bo'ladi.

Agarda kasallikning etiologiyasi ma'lum bo'lsa, darhol kasallik chaqiruvchi sababni bartaraf etish zarur. Masalan, kanani o'ldirish xususiyatiga ega bo'lgan malham qo'tir kasalligini to'liq davolashga olib keladi. Ammo ko'pincha dermatozlarning rivojlanishida patogenetik mexanizmlar ham katta rol o'ynaydi (ichki a'zolar, asab, endokrin va immun tizim o'zgarishlari, organizm reaktivligi o'zgarishlari va boshqalar). Bunday hollarda etiologik davo har doim ham samara beravermaydi, ijobiy natija faqat etio va patogenetik davoning hamkorligida amalga oshadi.

Dermatozlarning davosini mahalliy yoki teriga ta'sir etish usulisiz tasavvur etib bo'lmaydi va chuqurroq o'ylab ko'rilsa, ular umumiy davolash usuli hamdir, sababi mahalliy vositalar ko'plab nerv tomir retseptorlariga va butun organizmga umumiy reflektor ta'sir etadi. Shunday ekan, mahalliy davolashda individual yondashish prinsipi juda muhimdir, ayniqsa, davolash usuli va vositalarini tanlashda.

Davo tayin etishda kasallikka olib kelgan xavfli omillarni aniqlash va ularni e'tiborda tutgan holda korreksiyasiga kerakli bo'lgan davolash uslubini aniqlash zarur ahamiyatga ega. Masalan: allergodermatozli bemorlarda allergenlarni aniqlab, bu allergenlarni tezda organizmdan chiqarib tashlash bilan bir qatorda, irsiy moyillikning bor-yo'qligini aniqlash, maishiy va professional sensibilizovchi omillarni aniqlash, ovqatlanish xarakteri va oshqozon-ichak yo'li patologiyasi (ichak mikrobiotsinozi, gepatobiliar tizim patologiyasi, virusli, parazitlar infeksiyalar va boshqalar) aniqlanilishi zarur.

Shunday qilib, teri kasalligini davolash shartli ravishda umumiy va mahalliy davoga bo'linadi.

Umumiy davolash usullari. Teri kasalliklarining barcha ichki a'zolar, asosan, markaziy asab majmuasi bilan uzluksiz bog'liqligini ko'zda tutib, dermatozlarni davolash protsessida, bu ichki kasalliklarni va funksional kamchiliklarni bartaraf qilish usullariga ahamiyat berish zarur. Umumiy davolash usullari bir necha guruhlariga bo'linadi. Bu bo'linish taxminiy bo'lib, faqat dermatologiyadagina qo'llanilmaydi.

Sedativ terapiya markaziy asab majmuasi funksiyasi buzilishini davolash, tinchlantirish usuli bo'lib, har xil dermatozlarning patogeneza katta ahamiyatga ega bo'ladi (gipnoz, elektr uyqu, venaga, mushak ostiga va ichish uchun dori-darmonlar qo'llash):

Rp.: T-raye Valeriane 30,0
D.S. 20-30 tomchidan,
Ovqatdan keyin, kuniga 3 mahal.

Rp.: Elenium 0,01
D.S. 1 tabletkadan.

Desensibilizatsiya qiluvchi terapiya har xil allergik teri reaksiyalari (sezgirliigi, ta'sirchanligi) ni yo'qotishda qo'llaniladi, (kalsiy saqlovchi dorilar, autogemoterapiya, stofilokokk antifagini va h.k.):

Rp: Sol. Natrii thiosulfatis
30%-10,0
D.S. 5,0-10,0 ko'k tomirga, sekin.

Rp.: Sol. Calcii chloridi
10% - 10,0
D.S. tomirga, har kuni.

Antigistamin dorilar keng qo'llaniladigan preparatlar bo'lib, teri kasalliklari patogeneza katta ahamiyatga ega bo'lgan gistamin biologik moddani bartaraf qiladilar (dimedrol, diazolin, klaritin, telfast, suprastin, pipolfen va boshqalar).

Diazolin, klaritin va telfast preparatlari boshqa antigistamin dorilardan tinchlantiruvchi ta'siri yo'qligi bilan ajralib turadi.

Rp.: Dimedroli 0,05
Glucosaye 0,2
M.f. pulv.
S.1 por. 2 mahal.

Rp.: Tab. Diasolini 0,1
D.t.d. № 30
S. 1 tab. 2 mahal.

Vitaminoterapiya. Gipo va avitaminoz natijasida yuzaga keluvchi ayrim dermatozlarda keng qo'llaniladi. Aksariyat A, B, C, PP turidagi va ularning turlari (peridoksalfosfat, karboamid va h.k.) ko'proq qo'llaniladi.

Rp.: Sol. Thiamini bromidi
6% – 2,0
D.S. 2 ml dan mushak orasiga,
kunora

Rp.: Sol. Cobalamini 1% – 1,0
D.S. 1 ml dan mushak orasiga,
har kuni.

Gormonli terapiya. Steroid gormonlar tabiiy gormon kamligini qoplash yoki spetsifik farmakologik ta'sir (desensibilizovchi, immunodepressiv, allergiya va yallig'lanishga qarshi) etish maqsadida, asosan, boshqa umumiy davolash usullari yaxshi natija bermaganida ehtiyotlik bilan qo'llaniladi. Ayrim teri kasalliklarida gormonlar asosiy davo preparatlari guruhida qo'llaniladi (po'rsildoq yara, qizil yugirik va h.k.). Gormon preparatlari (kortizon, prednizolon, deksametazon, triamsinolon va boshqalar) bilan suv-tuz, yog' almashinuvi buzilishini oldini olish uchun, albatta, kaliy preparatlari (orotat kaliya, panangin, asparkam) va anabolik gormonlar (retabolil) beriladi.

Steroid gormon preparatlari organizmga xilma-xil, kuchli ta'sir qiluvchi, effektiv dori-darmon bo'lib, bemor davolanish jarayonida o'z ishlatilish qonuniga ega: oldin yuqori miqdorda, kasallik tuzala boshlagach oz-oz kundalik doza kamaytirib, bemorga minimal kerak bo'lgan doza aniqlanib, berib turiladi. Preparatning kundalik miqdori kasallikning klinik kechishiga, individual ta'sirchanligiga va bemor vazniga bog'liq.

Antibiotikli terapiya. Hozirgi vaqtda antibiotiklar terining yiringli kasalliklari, ikkilamchi infeksiya tushgan dermatozlarda, hatto teri va shilliq qavatlar sili, moxov, ko'pchilik zamburug'li va tanosil kasalliklarida ham keng qo'llaniladi. Antibiotik uzoq vaqt berilsa, bemorga, albatta, kandidozning oldini oladigan preparatlarni ham qo'llash lozim.

Rp.: Streptomycini sulfatis 1,0
S.0,25 % li 3ml novokain
S.ovqatdan 30 daqiqa oldin
eritmasida eritib, 1 kunda 1 marta.

Rp.: Rifampicini 0,15 Rp.:
D.t.d.N 50 in caps. Gelat.
bir kunda 2 marta ichilsin.

Nistatini 250.000Ed
S.ovqatdan avval 2 kapsula 4 marta ichilsin.

Kimyoterapiya antibiotiklarga nisbatan kamroq qo'llaniladi. Ba'zi bir dori-darmonlar hozirda ham o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Masalan, moxovni davolashda – sulfonlar, teri silida – izonikotin kislotasining gidrozidi, qizil yugirikda – delagil, plakvenil, bioxinol va h.k. qo'llaniladi.

Fizioterapiya surunkali, qaytalanuvchi dermatozlarda yaxshi natija beradi. (UFO – ultrabinafsha nurlari, PUVA–terapiya, Bukki chegarali nurlari, diatermiya, ozokerit, uqalash va h.k.)

Kurortoterapiya har xil bo'lib, asosan, klinik tuzalishlarni mustahkamlash, remissiya oraliqlarini uzoqlashtirishda qo'llaniladi. Masalan, oltinugurtli, rodon ma'danli mineral suvlar va davolash loylari, dengizlarda cho'milish va h.k.

Mahalliy davoni kasallikning bosqichini aniqlash, bemorning u yoki bu dori-darmonlarni qabul qila olish-olmasligini bilib, keyingina boshlash zarur.

Mahalliy davo vositalari quyidagi maqsadlarda qo'llaniladi:

1) teri defektlarini (eroziya, yara, yoriq) tozalash va ularga ishlov berish, terini himoyalash;

2) kasallik qo'zg'atuvchini o'ldirish (bakteriyalar, zamburug'lar, parazitlar);

3) subyektiv hissiyotni yengillatish, bartaraf etish (achishishi, qichishish, og'riq, tirishish);

4) yallig'lanish jarayonini bartaraf etish, yara va boshqa jarohatlarning bitishini tezlatish.

Mahalliy qo'llaniluvchi dorilarning turlari.

Mahalliy davolash uchun dori vositalarini tanlashda (yosh bolalarga kam ta'sir etuvchi va past konsentratsiyalardagi vositalar tayin etiladi) patologik o'choqning joylashgan sohasi, uning tarqoqligi, kasallikning bosqichi, yallig'lanish jarayonining xarakteri va chuqurligi hamda bemor avvalgi davo vositalarni qanday qabul qila olganligi inobatga olinishi zarur. Allergik reaksiya va terining ta'sirlanishi nafaqat preparatning faol tarkibiy qismi hisobiga, hatto uning asosini hosil qiluvchi qismiga ham bog'liqdir.

Dori vositalarining turlari teri ichiga kirib borish darajasiga ko'ra quyidagicha taqsimlanadi: sepma dorilar (prisipkalar), namlash vositalari (eritmalar), chayqatib qo'llanuvchilar (boltushkalar), pastalar, moylar, malhamlar, kremlar, kompresslar, plastirlar.

1. **Sepma yoki kukun** dorilar yuza yallig'lanishiga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Ular teri qichishiga qarshi va terini dezinfeksiyalash uchun qo'llaniladi. Bu xil vositalar namni (sel), terni shimib oladi, ishqalanish kuchini kamaytiradi, terini sovutadi. Indifferent (sink oksidi, talk, oq loy) va dezinfeksiyalovchi (yodofom, kseroform, dermatol) sepma dorilar

qo'llaniladi. Zaruratga ko'ra bu sepma dorilarga naftalan nefti, borat kislotasi, mentol, retsorzin, antibiotik, sulfanilamidlar va boshqalar qo'shib ishlatiladi. Sepma dorilar jarohat o'chog'iga yupqa sepiladi.

2. Dori moddalarining suvli eritmaları **namlash yoki ho'llash** (primochka), nam qurituvchi bog'lam va isituvchi kompresslar holida qo'llaniladi.

Suvli eritmalaridagi suvning bug'lanishi hisobiga namlash terini keskin sovitib, teri tomirlarini toraytiradi. Shuning uchun *namlash* terining o'tkir yallig'lanishi, kuchli giperemiya, shish va ho'llanishlar kuzatilganda qo'llaniladi. «Ho'llanishni ho'llab davola!» degan ibora dermatologlarning bemorga mahalliy davoni tavsiya qilishdagi asosiy prinsipidir.

Dorilarning sovuylgan eritmaları bilan *ho'llash* (1% li retsorzin, 2% li borat kislotasi, qo'rg'oshin suvi, isiriq damlamasi, Burov suyuqligi va boshqalar) yallig'lanishga qarshi ta'sir etib, tomirlarni toraytirib, ho'llanish va shishni kamaytiradi, qichishish, achishishni susaytiradi. Namlash uchun 5-6 qavatli mato (bint, marli) ni muzdek eritma bilan ho'llab, yengil siqib, so'ng o'choqqa qo'yiladi, mato har 5-6 daqiqada o'zgartirilib, (ho'llab) 1-2 soat mobaynida kuniga 3-4 mahal qo'yiladi.

Nam qurituvchi bog'lamalar (marli yuqorida qayd etilgan dori vositalari eritmasining biriga shimdirilib, o'choq yuzasiga qo'yiladi uning ustiga esa yupqa paxta bog'lanadi), ho'llash usuliga o'xshab qo'llaniladi, ammo qurigach, almashtiriladi (ko'pincha 2-3 soatdan so'ng). Sekin bug'langan suyuqlik, ho'llashga o'xshab terini sovitadi. Oqibatda, o'tkir yallig'lanish simptomlari kamayadi. Bu usul ho'llanishlar bilan kechadigan o'tkir yallig'lanishlarda qo'llaniladi. Namlovchi vosita tarkibiga kiruvchi dori preparatlari turiga ko'ra, dezinfeksiyalovchi, qurituvchi ta'sir etadi, birgalikda esa yallig'lanishga qarshi samara beradi.

3. **Chayqama-aralashmalar** (boltushka). Ularning 30% qismi kukunsimon modda (tsink oksidi, kraxmal, talk va boshqalar) va 70% i suv yoki yog'li asosga (suv, glitserin, spirt, o'simlik moyi) ega bo'ladi. Ular o'tkir yallig'langan, ammo namlanmagan dermatozlarda yallig'lanishga qarshi, terini sovituvchi va qurituvchi vosita sifatida qo'llaniladi. Chayqama-aralashmalar tarkibiga ko'ra suvli, suv-spirtli va moyli bo'ladi. Suyuqlikning ko'p miqdorda bo'lishi (50-60%) sovitish xususiyatini oshiradi. Agarda bemorning terisi quruq yoki dori vositasini uzoq vaqt ta'sir ettirish zarur bo'lsa yog'li aralashmalar tayinlanadi. Terining qurishini tezlatish va davo samarasini oshirish uchun boltushkaga odatda 10% gacha spirt yoki ixtiol, oltingugurt, mentol, anestezin va boshqalar qo'shiladi.

Boltushkalarini qo'llashdan oldin yaxshilab chayqab aralashtiriladi, so'ng paxtali tampon bilan teriga surtiladi. Boltushkaning suyuq qismi

havoga tezda bug‘lanib ketadi va terida bir qavat kukun qoladi. Boltushka sutkasiga 2-3 bor bog‘lamsiz qo‘llaniladi, zaruratga ko‘ra faol ta‘sir etuvchi dori vositalar qo‘shiladi.

4. **Pastalar** teng miqdorda kukunsimon (talk, sink oksidi va boshqalar) va moyli yoki moysimon (lanolin, vazelin va boshqalar) moddalardan tarkib topadi. Ular boltushkalardan ko‘ra yallig‘lanishga qarshi chuqurroq va qurituvchi ta‘sir ko‘rsatadi, ammo malhamlarga nisbatan faolligi kamroq.

Pastalar teriga sutkasiga bir bor soch yo‘nalishi bo‘yicha surtiladi va 3 kunda bir bor o‘simlik moyi shimdirilgan tampon yordamida teridan artib tashlanadi. Pasta terining elastikligini saqlash uchun qo‘llaniladi, zaruratga ko‘ra turli dori vositalari (oltingugurt, qoramoy, retsorzin va boshqalar) qo‘shiladi.

5. **Moylar**, asosan, jarohatlangan teri sohasini qadoqlardan, kepaklardan, dori qoldiqlaridan tozalash hamda moyli boltushkalar va malhamlar tayyorlashda tarkibiy qism sifatida qo‘llaniladi.

6. **Mazlar, malhamlar** rasmiy yoki dorixonalarda retsept asosida tayyorlangan bo‘lishi mumkin. Mazlar mahalliy davoda eng ko‘p qo‘llaniluvchi dori turi hisoblanadi. Mazlar yog‘li asos (vazelin, lanolin, tozalangan cho‘chqa yog‘i, naftalan va boshqalar)ga ega bo‘lib, tarkibida suv saqlamaydi. Teridagi jarayonning holatiga va talab etilgan shifobaxsh ta‘siriga ko‘ra, ular bevosita teriga surtiladi va bog‘lanmaydi. Kam hollardagina teriga ishqalanib surtiladi yoki marliga surtib bog‘lanadi. Mazlar terini, ayniqsa, shishgan terini yumshatadi. Ular qalin qadoqlar bilan qoplangan, lixenizatsiyalangan yoki kepaklanuvchi teriga surtiladi. Mazlarni teriga surtish bemorga noqulaylik tug‘dirsa-da, ular, kremlardan ko‘ra, dori vositalarini teriga singib ketishiga ko‘proq yordam beradi.

7 **Kremlar** (suvdagi moy yoki moydagi suv ko‘rinishidagi emulsiyalardir) dermatologiyada keng qo‘llaniluvchi mahalliy davo vositalaridan biri sanaladi. Ularni qo‘llash qulay, teriga surtilgach, teri vaznining ortish hissi bo‘lmaydi.

8. **Kompresslar**, asosan, teri yallig‘lanishiga qarshi va infiltratlarning so‘rilishini tezlatish maqsadida qo‘llaniladi. Ular mazlardan ham chuqurroq ta‘sir etadi. Kompres uchun (3% li borat kislotasi, qo‘rg‘oshin suvi, 1% li Burov suyuqligi) dorivor eritmalaridan biri shimdirilgan va biroz siqilgan mato kasaangan o‘choqqa qo‘yiladi, uning ustidan esa suv shimmaydigan qog‘oz yoki kleyonka qo‘yib bog‘lanadi. Shuni ham yodda tutish kerakki, iliq nam epidermisni ancha yumshatadi, bu esa ikkilamchi infeksiyaning rivojlanishiga qulay sharoit yaratadi.

9. **Shifobaxsh sovunlar** (yog‘ning ishqor bilan birikmasi) ga quyidagi tur sovunlar kiradi: oltingugurtli, ixtiolti, qoramoyli, sulsenli, ko‘k sovun

va boshqalar. Shuni yodda tutish kerakki, ko'pgina teri kasalliklarida (masalan, piodermittlarda), davolash davrida suv bilan muloqotda bo'lish, ayniqsa, sovun bilan yuvinish man etiladi. Bunday hollarda sog' teri sohalarini kuchsiz spirt eritmalari bilan artish kifoya qiladi.

10. Aerozollar o'zining qulayligi, sterilligi va yuqori samaradorligi bilan so'nggi yillarda mashhur bo'lib, keng miqyosda qo'llanilmoqda. Aerozollar yog' saqlamaydi. Ular havo yoki gazdagi mayda dori zarrachalarining aralashmalari holida teridagi jarohatlanuvchi yuzaga purkaladi. Aerozollar lanolin, vazelinga sezuvchanligi ortgan bemorlarga va maz, kremlarni ko'tara olmaydiganlarga ayniqsa foydalidir. Tarkibida antibiotiklar bilan birga, kortikosteroidlar saqlovchi aerozollar juda mashhur, ular qichishishga, yallig'lanishga, allergiyaga qarshi va bakteriostatik ta'sirga ega. Hozirgi kunda rasmiy, ya'ni qo'llash uchun tayyor bo'lgan kortikosteroid preparatlari keng tarqalmoqda.

Teri kasalliklarining mahalliy davosida keng ishlatiladigan ayrim dori-darmonlar retsepturasidan misol keltiramiz:

Chayqatiladigan aralashmalar (boltushkalar).

Rp.: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 10,0

Ol. Persicorum ad 100,0

M.D.S. ishlatishdan oldin chayqatiladi.

Pastalar.

Rp.: Zinci oxydati

Amyli tritici

Vazelini

Lanolini aa 10,0

M.f. pastaye

D.S. malham

Rp.: Ac. Salicylici 2,0

Zinci oxydati

Amyli tritici aa 25,0

Vazelini 50,0

M.f. pastaye

D.S. malham

Malhamlar (mazlar).

Rp.: Hydrargyri prayecipitati

albi 2% – 30,0

M.D.S. malham

M.f. ung.

Rp.: Ac. Salicylici 1,0

Ac. Benzoici 2,0

Vazelini ad 30,0

S. malham

Kremlar.

Rp.: Lanolini

Vazelini

Aq. destilli aa 20,0

M.D.S. krem

Plastirlar.

Rp.: Epilini 4,0

Aq.destilli 15,0

Lanolini 22,0

Ceraye flovea 5,0

Emplostri plumbi 54,0

M.D.S. mahalliy

Mahalliy dorilar tarkibiga qarab quyidagi guruhlariga bo'linadi: keratolitik, keratoplastik, antiparazitar, qichishga qarshi ta'sirlovchi, depigmentli dog'larda ishlatiluvchi.

Keratolitik dorilar teri sathidan muguz qavatini ajratadi, ko'proq shu maqsadda salitsil kislota, sut kislotasi, rezortsin va boshqalar ishlatiladi. Bular 2% dan ortiq tayyorlanganida keratolitik va po'st tushirish qobiliyatiga, undan past miqdorda esa keratoplastik xossaga ega bo'ladi.

Rp.: Ac. Salicylici 12,0

Ac. Lactici 6,0

Vaselini ad 100,0

M.f. ung.

D.S. mahalliy, teri ko'chiruvchi

Rp.: Resorcini 3,0

Vaselini 30,0

M.f. ung.

D.S. malham

Keratoplastik dorilar past miqdorli (konsentratsiyali) bo'lib, muguz qavatini yangilab, yallig'lanishga qarshi, dezinfektsiyalash va qichishishni qoldirish uchun ishlatiladi.

Dermatologiyada ko'pincha qatron (qayindan yoki qarag'aydan olingan, mojjevikali va boshqalar), oltingugurt, naftalan, ixtiol va boshqalar qo'llaniladi.

Rp.: Ol .Cadini

Sulfurus precipitate aa 5,0

Vaselini 50,0

M.f. ung.

D.S. malham

Rp.: Ichtioli 3,0

Vaselini 30,0

M.f. ung.

D.S. malham

Antiparazitar dorilar – oltingugurt, simob, yod va boshqalar parazitlarni yo'qotishda ishlatiladi.

Qichishga qarshi ishlatiluvchi dorilarga mentol, dimedrol, anestezin, osh sirkasi, spirt, limon kislotasi ham kiradi.

Rp.: Novocaini 0,3
Anestesini 2,0
Lanolini
Vaselini
Aq. destill aa 10,0
M.f. ung.
D.S. malham

Ta'sirlovchi dorilar terining surunkali yallig'lanish kasalliklarida qo'llaniladi, ular terining retseptorlari va markaziy asab majmuasiga ta'sir ko'rsatadi.

Rp.: Jodi puri 0.1
Kalij jodidum 1,0
Parafini 30,0
Chloroforum 70,0
M.D.S. mahalliy

Pigmentli dog'larga qarshi ishlatiluvchi dorilar teridagi chegarali (ozgina miqdordagi) pigmentli dog'larga qarshi ishlatiladi, bunda po'st tushishiga erishiladi.

Rp.: Perhydroli 10,0
Sp. Vini rec 96%- 100,0
M.D.S. mahalliy

Quyosh nurlaridan himoya qiluvchi preparatlarga 5-10% salol, tanin, paraaminobenzoy kislota malhamlari kiradi.

Ayrim hollarda yemiruvchi (destruktiv ta'sir), kuydiruvchi moddalar (lyapis, uch xloruksus kislota, sut kislota, margansovka kristallari, podofillin) o'rnida, ko'proq krioterapiya, elektrokoagulyatsiya, diatermokoagulyatsiya va lazer nurlari ishlatiladi.

Mahalliy qo'llaniluvchi kortikosteroid preparatlar

Kortikosteroidlar dermatozlarni mahalliy davolashda yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lgan eng samarali vositadir. Mahalliy kortikosteroidli davo, agar preparat to'g'ri va aniq maqsadlarda, ulardan foydalanish qoidalari va prinsiplariga rioya etib qo'llanilsa, shubhasiz, samarali va xavfsizdir.

Ayrim teri kasalliklarida (husnbuzar, ba'zi zamburug'li va yiringli kasalliklarda) kortikosteroidli mahalliy davo kasallikning zo'rayishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ham mahalliy glyukokortikosteroid preparatlarini tashxis aniq qo'yilgandan so'ng qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Mahalliy kortikosteroid preparatlari dermatozlarning profilaktikasida emas, faqatgina davolash maqsadida tayinlanadi. Ular krem, eritma, aerozol va plastir ko'rinishida qo'llaniladi. Hozirlaydigan komplekslar hoida ham mashhurdir.

1-jadvalda hozirgi zamon kortikosteroid preparatlarining guruhlari ularning samaradorligiga ko'ra keltirilgan.

Har bir konkret holatlarda, mahalliy kortikosteroid vositalarni o'tkir kechayotgan jarayonni qaytarish uchun zarur bo'lgan minimal miqdorda, kuniga bir bor – ertalab tayinlash samarali bo'ladi. Odatda, davo kuchli kortikosteroid vositalardan boshlanadi, qisqa (hafta) muddatda qo'llanilib, so'ng kuchsizroq vositaga o'tish mumkin. Noxush asoratlarning oldini olish uchun davo bosqichi qisqa bo'lishi shart. Kuchli kortikosteroid vositalarini ko'krak yoshidagi va yosh bolalarga, ayniqsa, yuzga, burmalarga hamda oraliq sohasiga tayinlashdan va uzoq foydalanishdan qochish kerak. Turli infeksiyon asoratlarni tezkorlik bilan sanatsiya qilish uchun qo'shimcha mahalliy va umumiy vositalardan foydalanish zarur. Bunday hollarda terining jarohatlangan sohasiga har xil kortikosteroid vositalari qo'llash yoki boshqa mahalliy vositalar bilan birgalikda davolash zarur.

Yuz sohasidagi teri kasalliklarini davolashda elokom va 1% li gidrokortizon ishlatiladi, u fto saqlamaydi. Sintetik kortikosteroidlardan farqli o'laroq, gidrokortizon teleangiektaziya, perioral dermatit, atrofiya va striya chaqirmaydi.

Kam hollarda kortikosteroid suspenziyalarining inyeksiyalari jarohat o'choqlariga yuboriladi, bu esa mahalliy qo'llaniluvchi, kortikosteroidga nisbatan chidamli bo'lgan surunkali o'choqlarda yuqori konsentratsiyani ta'minlaydi. Lekin bunday inyeksiyalar ko'pincha o'choqlarda teri atrofiyasi va teleangiektaziya chaqiradi. Bu xildagi asoratlar kuzatilishi

Mahalliy ta'sirga ega bo'lgan ayrim steroid preparatlarning nisbiy samaradorligi

Samaradorligi	Preparat nomi	Shakli	Konsentratsiyasi, %
1 sinf kuchsiz	Gidrokortizon	Maz	0,5-1%
	Gidrokort		
	Latiyeort		
	Yefkortilan	Maz	0,50-1%
	Deporzolon	Maz	0,25-1%
	Betametazona	Aralashma	0,05 %
	Valerat	Aralashma	
	Dezonid	Krem	0,05 %
	Flutsoniola	Eritma	0,01 %
2 sinf o'rtacha	Atsetonid		
	Perderm	Maz	0,05 %
	Betnoveyt	Maz	0,015 %
	Apulein	Maz	0,025 %
	Yeumoveyt	Maz	0,05 %
	Dermatop	Maz	0,25 %
	Ftorokort	Maz, krem	0,01 %
	Triakort		
Aristokort A			
3 sinf kuchli	Beloderm	Maz, krem	0,5 %
	Diprozon		
	selestoderm		
	Triderm		
	Diprosalik		
	Nerizon	Maz	01 %
	Flutsinar	Maz	0,15 %
	Sinalar	Maz	0,025 %
	Sinaflan		
	Kutiveyt	Maz	0,5 %
	Sikorten	Maz	0,5 %
	Lokoid	Maz	0,1 %
	Advantan	Maz	0,1 %
	Elakom	Maz, krem, loson	0,1 %
Dezoksimetazon	Maz, krem	0,025 %	
4 sinf juda kuchli	Dermoveyt	Maz	0,05 %
	Nerizon-forte	Maz	0,3 %
	Xelok	Maz	0,1 %
	Klobetazola	Maz, krem	0,05 %
	propionat		

xavfning oldini olish uchun jarohatlanuvchi tomonlar o'chog'iga steril fiziologik eritma bilan 2,5-10 mg/ml konsentratsiyagacha eritilgan triamsional atsetonid suspenziyasi yuboriladi. Kortikosteroidlarning yuqori konsentratsiyalari faqat keloidlarni davolashda qo'llanilishi mumkin.

TERI KASALLIKLARI

DERMATITLAR

Dermatit – terining yallig‘lanishidir. Dermatitlar oddiy kontakt dermatit, allergik dermatit va toksikodermiya kabi xillarga ajratiladi (*VII ilova*).

O d d i y k o n t a k t dermatit tashqi muhit ta‘sirotlari natijasida paydo bo‘ladi va bu ta‘sir to‘xtashi bilan, teridagi yallig‘lanish belgilari, vaqt o‘tgach, davosiz ham yaxshi bo‘lib ketadi.

Dermatitni keltirib chiqaruvchi omillar tabiatiga ko‘ra mexanik (qisilish, qattiq bosim), fizik (yuqori va past daraja, quyosh, radioaktiv va rentgen nurlari), kimyoviy (kislota, ishqor, tuzlar) va biologik (krapiva, meduza, hasharotlar chaqqanda) turlarga bo‘linadi va ular ko‘proq shartsiz ta‘sirotga kiradi.

Bu ta‘siirlar (kislota, ishqor va boshqa) teriga tekkan joyida vaqt o‘tmasdan yallig‘lanish belgilarini vujudga keltiradi. Misol uchun terining issiq dazmol tegib kuyishini keltirsak bo‘ladi va bunda teridagi o‘zgarishlar chuqurligi faqat bu ta‘siirning (temperatura) kuchiga va qancha uzoq davom etgani bilan bog‘liq bo‘ladi.

Shartsiz ta‘siirlar natijasida ro‘y bergan terining yallig‘lanishi *oddiy kontakt dermatit* yoki *artifitsial (sun‘iy) dermatit* deyiladi.

A l l e r g i k d e r m a t i t esa ayrim, faqat qandaydir fakultativ, shartli omillardan biriga (ayrim o‘simliklar, dori-darmon, parfyumer mahsulotlari va boshqa) terisining giperergik sezuvchanligi bor (monovalent sezgirlik) insonlarda, faqatgina shu allergen ta‘siiri natijasida kuzatiladi. Allergen teriga ta‘sir qilgan vaqtdan muayyan inkubatsion davr o‘tgach (**birinchi kasallanish bo‘lsa**, allergen takror ta‘sir qilganidan so‘ng), xuddi allergen tushgan joyida, ko‘proq tananing ochiq joylarida yallig‘lanish belgilari paydo bo‘ladi. Bemordagi allergik kontakt dermatit sababi bo‘lgan allergen bartaraf qilinsa, dermatit tez o‘tib ketadi. Vaqt o‘tib, allergen takror ta‘sir qilsa, yallig‘lanish belgilari, birinchidan, simmetrik qismlarda paydo bo‘ladi, keyinchalik tananing boshqa, uzoq qismlarida ham kuzatilishi mumkin. Ammo eng achinarlisi, bitta moddaga bo‘lgan o‘ta sezuvchanlik (monovalent sezuvchanlik) vaqtida davolanmasa, takror qaytarilgan (allergen) ta‘siirlar oqibatida asta-sekin

boshqa allergenlarga sezuvchanligi ham oshib, polivalent sezuvchanlikka, ya'ni ekzema rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Allergen organizmga og'iz, to'g'ri ichak, nafas yoki parenteral (inyeksiya) yo'l orqali tushib, idiosinkraziya yoki orttirilgan sezuvchanlik oqibatida terida va ichki a'zolarida yallig'lanish jarayonini keltirishi *toksikodermiya* deyiladi. Bunda bemorning ahvoli og'ir kechib, klinik manzara juda boy, terida boshidan simmetrik joylashgan, tarqoq, o'tkir yallig'langan toshmalar va ichki a'zolarining jarohatlangani aniqlanadi.

Oddiy kontakt dermatit klinikasi. Odatda oddiy kontakt dermatitga uchragan bemor terisida paydo bo'lgan toshmalar sababini (shartsiz ta'sirni) aniq ko'rsatib beradi va ko'pincha yallig'lanish o'chog'ida achish, og'riq, kamroq qichishishdan shikoyat qiladi.

Shartsiz ta'sirning kuchli va qisqa vaqtli ta'siri oqibatida vujudga keladigan teri yallig'lanishi *o'tkir oddiy kontakt dermatit* (kuyish) va uzoq vaqt qaytalama kuchsiz ta'sir oqibatidagi teri yallig'lanishi xronik *oddiy kontakt dermatit* (uzoq vaqt mexanik ishqalanish oqibatida qaloq paydo bo'lishi) deyiladi.

Ko'rilganda, bemor terisining faqatgina tashqi omil ta'sir qilgan joyida, omilning shakli va kattaligiga teng, aniq chegarali o'tkir yallig'langan dog' kuzatiladi (**eritematoz davr**). Qizargan teri shishadi va infiltratsiyalashadi, ustida bir yoki bir necha seroz yoki gemorragik suyuqli pufak va pufakchalar paydo bo'lishi mumkin (**bullyoz davri**). Tashqi omilning tanaga bo'lgan ta'siri juda kuchli bo'lsa, teri nekrozi ham uchrashi mumkin (**nekrotik davr**).

Oddiy kontakt dermatitni keltirib chiqargan tashqi ta'sirni bartaraf qilsa, yallig'lanish ancha tez kamayib yo'qoladi. Bemor davolanmasa, pufaklar vaqt o'tib quriydi yoki ko'proq yoriladi va o'rnida paydo bo'lgan eroziyalarga ikkilamchi infeksiya qo'shilishi mumkin. Natijada, yiringli ajratmalar paydo bo'lib, bemorda piodermiyali asoratlar rivojlanib ketishi mumkin.

Differensial tashxisi:

1. Dermatitis allergica.
2. Impetigo bullosa.
3. Pemphigus vulgaris.

Davosi. Oddiy kontakt dermatitni davolashda quyidagilarga e'tibor berish kerak:

- 1) sababini bartaraf qilish;
- 2) eritematoz davrida indifferent upa, dezinfeksiyalovchi suyuqliklar yoki malhamlar.

1. Bullyoz davrida pufakning po'stlog'ini ochib, sovuq ho'l bog'lamlar va kortikosteroid malhamlar ishlatiladi.

Surunkali dermatitga xos teri infiltratsiyasi oqibatidagi dag'allanish 10% dermatol, ixtiol malhamlari bilan davolanadi.

2-jadval

Oddiy va allergik kontaktli dermatitlarning qiyosiy tashxisi

	Oddiy kontaktli dermatit	Allergik kontaktli dermatit
Toshmalar O'tkir	Eritema-pufak-eroziya-qaloq-kepakanish	Eritema-papula-vezikula-eroziya-qaloq-kepakanish
Surunkali	Papula, pilakcha, yoriq, kepakanish, qaloqlar	Papula, pilakcha, kepakanish, qaloqlar
Jarohatlar o'tkir o'chog'i	Aniq chegarali, ta'sirotdan ta'sir etgan sohadagina joylashadi	Aniq chegarali, allergen ta'sir etgan sohadan boshlanadi, atrof terisiga ham toshadi, diffuz jarohatlanishi ham mumkin.
Surunkali	Chegarasi uncha aniq emas	Chegarasi deyarli aniq emas, tarqoqlikka moyil
Kasallikning o'tkir rivojlanishi	Tez (ta'sirotdan qisqa vaqt o'tgach)	Juda ham tez emas (ta'sirotdan 12-74 soat o'tgach)
Surunkali	Doimiy ta'sir etishi (oylar, yillar davomida)	Oylar, yillar mobaynida, allergenning har bir ta'siridan so'ng avjlanish kuzatiladi
Ta'sirotdan (allergen)	Kasallikning og'irligi ta'sirotdan kuchiga bog'liq	Allergen kuchiga emas, sensibilizatsiyaga bog'liq
Sensibilizatsiya	Ahamiyati yo'q. Kasallik hamma kuzatilishi mumkin	Kasallik sensibilizatsiyasi bor bemorlardagina kuzatiladi
Ta'sirotdan ta'siri yo'qotilsa:	Qisqa vaqtda tuzaladi	Bir muncha davom etadi
Subyektiv	Achishish, og'riq	Qichishish

Keng tarqalgan kontaktli allergenlar

Neomitsin	Krem va mazlar tarkibida;
Parafenilendiamin	Matolarni bo'yashda va tipografiyada qo'llanuvchi qora yoki boshqa rangli bo'yoqlarda
Sulfanilamidlar	Krem va mazlarda
Prokain, benzokain	Mahalliy anestetiklarda
Simob	Mahalliy qo'llaniluvchi dori vositalari, dezinfeksiyalovchi vositalarda
Skipidar	Erituvchilar, poyafzal kremlari, tipografiya bo'yoqlarida
Kobalt sulfati	Tsement, galvanizatsiya uchun eritmalar, mashina moylari, muzlatkichlarda qo'llaniluvchi agentlar, kobok bo'yoqlarida
Tiuram	Rezina mahsulotlarida
Formaldegid vositalar, polimerlarda;	Mahalliy qo'llaniluvchi dorilar, dezinfeksiyalovchi
Xromatlar	Tsement, antioksidantlar, mashina moylari gugurtda
Paraoksibenzoy kislotasi efirlari	Oziq-ovqat konservalari tarkibida uchraydi

Allergik dermatitlar klinikasi. Allergik kontakt dermatitning klinik belgilari ham terining shartli omillar ta'sir qilgan joyida eritematoz dog', infiltratsiya va ustida pufak va pufakchalar vujudga kelishi bilan xarakterlanadi. Lekin allergen ta'siridan keyin, inkubatsion davr o'tishi bilan, terining shikastlangan joyida paydo bo'lgan qizil rangli yallig'langan dog' chegarasi noaniq bo'lib, ustida seroz bo'shliqli toshmalardan ko'proq pufakchalar aniqlanadi. Keyinchalik qaytalama allergen ta'siri oqibatida yallig'lanish oldin terining simmetrik qismlariga, keyin boshqa qismlarga ham tarqalishi mumkin. Bemor shikoyatida qichish va terining achishi birinchi o'ringa chiqadi. Allergen ta'siri to'xtatilsa, allergodermatit tez yo'qoladi.

Davolanmasa, allergik dermatitga xos monovalent sensibilizatsiya polivalent sensibilizatsiyaga o'tib, bemorda ekzema rivojlanadi.

Differensial tashxisi:

1. Dermatitis acuta.
2. Exzema.
3. Toxicodermia.

Allergo dermatitning davosi:

1. Allergenni aniqlab bartaraf qilish.
2. Desensibilizatsiyalovchi va antigistamin preparatlari.
3. Ho'l bog'lamlar, kortikosteroid malhamlar.

Toksikodermiyaning klinikasi. Toksikodermiyaning vujudga kelishi oziq-ovqat mahsulotlari va keyingi yillarda ko'proq dori-darmonlar bilan bog'lanib qoldi. Dori-darmonlarni, asosan, antibiotik va sulfanilamidlarni bo'lsa-bo'lmasa davolash amaliyotida, ularning bir-biriga bo'lgan munosabatini, terapevtik miqdorini va ta'sirchanligini e'tiborga olmasdan (mahalliy ishlatish – allergodermatitni), parenteral ishlatish – medikamentoz toksikodermiyaning asosiy sababidir. Toksikodermiya turli boy klinik belgilarga ega bo'lib, chegaralangan (fiksatsiyalangan sulfanilamid eritema) yoki ko'proq tarqalgan shaklda teri va shilliq pardalarda uchraydi. Bu kasalliklar farmatsevtika shuningdek, tibbiyot xizmatchilarida ham uchrab turadi va kasbga oid dermatit yoki toksikodermiyalar guruhiga kiradi. Toksikodermiyaning klinikasi har xil kattalikda, shaklda bo'lgan ko'proq eritema, tuguncha, pufakcha va bo'rtma toshmali bilan ifodalanishi mumkin va ko'pincha qattiq qichish va achish bilan kechadi. Vaqtida allergenni topib, uni bartaraf qilib, kasallik to'g'ri davolanmasa, toshmalar ko'payib, tarqalib, eritrodermiya, eksofoliativ dermatit, Layell sindromi, Stivensen-Djonson sindromi yoki anafilaktik shok klinikasi vujudga kelib, bemorning ahvoli haddan ortiq og'irlashib, hatto o'limga olib kelishi mumkin.

Differensial tashxisi:

1. Eritema exudativum multiforme.
2. Exzema.
3. Pemphigus.
4. Eritema nodosum.

Davolash prinsiplari:

1. Dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatish.
2. Allergenni bartaraf qilish va ko'p suyuqlik qabul qilish.
3. Dezintoksikatsion, antigistamin va desensibilizatsiyalovchi terapiya.
4. Mahalliy kortikosteroid malhamlari.
5. Juda og'ir kechganda kortikosteroid preparatlari ichiladi.
6. Parhez.

Ekzema (GUSH)

Ekzema – terining nevroallergik, kuchli qichishish, chin polimorfizm va asosiy toshmasi oʻtkir yalligʻlangan terida mayda-mayda pufakchalar (qaynab turgan suvni eslatadi) bilan kechadigan qaytalama surunkali kasallik.

Etiologiya va patogenez. Ekzemaning kelib chiqishida asab sistemasidagi oʻzgarishlar, himoya kuchlar susayishi, gipovitaminoz, auto-intoksikatsiyaning oʻrni baland boʻlib, asosan, ekzogen va endogen allergenlarga qarshi polivalent sensibilizatsiyaning rivojlanishi sabab boʻladi.

Klinikasi. Klinik kechishiga koʻra ekzema oʻtkir, oʻrtacha oʻtkir va surunkali ekzema; patogenetik xususiyati, klinik koʻrinishi va etiologik omillariga koʻra – chin, mikrobl, seboreyalik, professional va bolalar ekzemasini turlariga boʻlinadi (*VIII ilova*).

Chin ekzema (exema acutum). Chin, oʻtkir ekzema birdaniga boshlanib, terining qattiq qichishi va oʻtkir yalligʻlanish belgilari boʻlmish terining qizarishi, shishishi va koʻplab pufakchalar paydo boʻlish bilan kechadi. Pufakchalar tezda yorilib, terida mayda tomchili namlanish boshlanadi (seroz quduqchalar yoki ekzematoz quduqchalar) va yalligʻlangan oʻchoq atrofida mayda tugunchalar, yiringchalar ham kuzatiladi va asosan, qoʻl, oyoq terisi va badanning boshqa joylarida simmetrik joylashgan, noaniq chegarali oʻtkir yalligʻlangan oʻchoqlar koʻrinib turadi. Bemor qattiq qichishishdan tashqari, baʼzan kasallangan terisi achishib qizib ketgandek boʻlib tuyulishidan shikoyat qiladi. Klinik kechishida birlamchi va ikkilamchi toshmalar turli boʻlib, oʻzgarib turishi mumkin va bemorda chin va soxta polimorfizm holati aniqlanadi (Kreybix uchburchagi). Ayrim bemorlarda kasallik klinik koʻrinishida morfologik elementlarning qay biri koʻp uchrashiga qarab, shartli ravishda hoʻl, papulez, vezikulez, pustulez va skvamoz xillari farq qilinadi.

Yuqorida keltirilgan oʻtkir ekzemaga xos klinik koʻrinish davolash natijasida oʻz-oʻzidan oʻzgarib, yalligʻlanish jarayoni pasayadi va oʻrta oʻtkir ekzemaga xos klinik koʻrgazma vujudga keladi. Bemorning terisida namlanishning yoʻqligi, yangi pufakchalar va tugunchalar toshishining kamayib toʻxtashi va kam miqdorda qizargan va shishgan terida ikkilamchi toshmalar boʻlishi kuzatiladi va bemor qichishishning kamayganiga eʼtibor qiladi.

Keyinchalik qoʻshimcha etiologik omillarning taʼsiri boʻlmasa va bemorning ichki aʼzolari funksional jarohatlanmasa, terida surunkali ekzemaga xos yalligʻlanish infiltratsiyasi rivojlanib, chegaralangan oʻchoq zichlashib qalinlashadi va lixenifikatsiya koʻrinishida boʻladi.

Ekzema har doim bir xil kechavermaydi, baʼzan birdaniga oʻtkirlashib, koʻp miqdorda xilma-xil toshmalar, koʻpincha pufakchalar toshib oʻtkir

ekzemaning klinik ko'rinishi yangi vujudga keladi. Bu retsidivga ko'proq bemorning o'zi parhezni buzganligi, dori-darmon qabuli yoki asab sistemasi va boshqa ichki a'zolar muammolari sabab bo'ladi.

Mikrobl ekzema (travmatik, varikoz, nummulyar). Mikrobl ekzemada yuqorida keltirilgan chin ekzemaga xos toshmalar bo'lishi ham mumkin, ammo ko'proq yiringchalar ko'zga tashlanib, teridagi yallig'langan o'choqlar chegarasi aniq bo'lib, assimetrik joylashadi.

Mikrobl ekzema ko'proq yiringli (zamburug') kasallik bilan uzoq vaqt xastalangan bemorda, sensibilizatsiya rivojlanishi oqibatida ikkilamchi kasallik sifatida paydo bo'ladi va nummulyar, paratravmatik va varikoz turlarga bo'linadi.

Kasbga aloqador ekzema. Kasbga aloqador ekzema, asosan, tana terisining ochiq qismlarida joylashadi va kasallikning boshlanishiga, avj olib, qaytarilib turishiga bemorning ish joyidagi, ishlab chiqarishdagi allergenlarning uzoq ta'siri oqibatida, sensibilizatsiya rivojlanishi sabab bo'ladi.

Bemorda oldin monomorf, keyinchalik polimorf sensibilizatsiya aniqlanishi mumkin.

Professional ekzema va dermatitlarning klinik kechishi yuqorida keltirilgan dermatit va ekzemalardan deyarli farq qilmaydi. Faqat boshlanish davrlarida professional ekzema yengilroq davolanadi va ko'proq tananing ochiq qismlarini jarohatlab, chegaralangan bo'lib, ekzematoz quduqchalar bilan namlanish juda kam bo'lishi mumkin.

Professional kasallanish korxonaning javobgarligi bilan bog'liq bo'lgani uchun, professional kasallikni aniqlab, yakuniy diagnoz qo'yish uchun, shifokor bemorga tibbiy yordam berib, uni mutaxassislashtirilgan tashkilotga yuborishi zarur. Bu tashkilot Sanitariya, gigiyena va kasb kasalliklari ilmiy tekshirish instituti klinikasidir (NII SGIPIZ).

Ishga chiqqanda, kasallik rivojlanib qaytarilishi, yaqin-uzoqqa komandirovka va ta'tilga ketganda, tuzalib ketganligi haqida bemorning ko'rsatmasi, bunda professional omillarning o'rni borligi to'g'risida fikr yuritishga va keyinchalik, bemor terisida o'tkaziladigan sinov testlari orqali allergenni aniqlash diagnoz qo'yish uchun asos bo'ladi.

Seboreyali ekzema ko'proq boshning sochli qismi, quloq atrofi, yuz, qo'ltiq osti, ko'krak va boshqa yog' ajralib turuvchi bezlar ko'p joylashgan teri qismlarida rivojlanadi. Atrofdagilarning e'tiborini o'ziga jalb qiluvchi bemor terisining yaltirab turishi ko'zga tashlanadi. Klinik ko'rinishida sarg'ish, yog'li, chegaralari aniq ajralib turadigan va bir-biriga qo'shib ketadigan dog'lar, tugunchalar va po'stloqchalar bo'ladi. Kasallik jinsiy uyg'onish davridan boshlanib, bemorni qattiq qichishish bezovta qiladi. Seboreyali ekzemaning klinik kechishida pufakchalar va namlanish bo'lmaydi.

Ekzematoz terining gistopatologiyasi. Epidermisda spongioz, parakeratoz, akantoz va dermada limfositlar va gistiositar infiltrat kuzatiladi.

Differensial tashxisi:

1. Dermatitis allergica.
2. Psoriasis exsudativa.
3. Pemphigus.
4. Toxicodermia.
5. Eritema exudativum et multiforme.

Bolalar ekzeması ko'proq eksudativ diatezga mos o'zgarishlar bilan boshlanib, asosan, yosh onalarning o'zi parhezni buzib, bolani emizishi, keyin bolani qo'shimcha ovqatlantirishdagi xatolari bu kasallikni rivojlantiradi va qo'zg'aydi. Yaqin qarindoshlarda, ota-ona yoki ularning ikkalasida ham turli allergik kasalliklar bo'lgan bo'lsa, bola parhezining buzilishi ekzemaning tezda rivojlanishiga olib keladi.

Bolada oldin monovalent sensibilizatsiya, keyinchalik turli xil surunkali infeksiya o'choqlari, me'da-ichak kasalliklari va ularga qarshi olib borilgan to'g'ri-noto'g'ri davolar, organizmning immunobiologik kuchlarini pasaytirib, polivalent sensibilizatsiya rivojlanishiga olib keladi. Kasallik, birinchidan, bolaning hayot tarziga salbiy ta'sir etib, tengdoshlariga qaraganda aqliy va jismoniy zaiflashuviga olib keladi.

Kasallikning klinik kechishida esa yuqorida qayd etilgan kattalar ekzemasiga xos turli toshmalar paydo bo'lib, bolada chin, mikroblı va seboreyali ekzemaning belgilari namoyon bo'lishi mumkin. Bolalarda tezda ikkilamchi infeksiya rivojlanib, limfatik tugunlar kattalashadi va keyinchalik klinik ko'rinishi diffuz neyrodermitga (atopik dermatit) aylanishi mumkin.

Davosi:

1. Kasallikni yuzaga keltiruvchi allergenlarni bartaraf qilish.
2. Allergensiz, tuzsiz va kam suyuqli parhez.
3. Yallig'lanishga qarshi davo (antigistamin va desensibilizatsiyalovchi preparatlar).
4. Trankvilizator va sedativ preparatlar.
5. Ichki a'zodagi kasalliklarni aniqlab, ularni davolash.
6. Qisqa vaqtga kortikosteroid preparatlari tavsiya etish.
- 7 Mahalliy davo har bir bemordagi kasallikning turi va klinik kechishiga qarab, uning individual sezgirligini inobatga olib, mahalliy davolash qoidalari asosida beriladi (kitobning umumiy qismida keltirilgan, *IX ilova*).

Chegaralangan neyrodermit (Neurodermitis sircumsrinta)

Etiopatogenezi. Kasallik kelib chiqishidagi asosiy patogenetik omil terining ta'sirotlarga nisbatan sezuvchanligining oshishi bo'lib, bunga sabab nerv oxirlarining o'sib ketishi hamda epidermisning mexanik ta'sirlarga javoban giperplaziyaga uchrashidir. Buning oqibatida, o'ta kuchsiz bo'lgan ta'sirot oqibatida, o'choqda kuchli qichima paydo bo'ladi, bunday holatlar esa sog' teri sohasida kuzatilmaydi.

Chegarali neyrodermit yakka yoki bir nechta qichishuvli lixenizatsiya o'chog'i holida kuzatiladi. Lixenizatsiya o'chog'i chegarali va tarqoq neyrodermitning o'ziga xos bo'lgan simptomi hisoblanadi. Agarda dori vositalari yordamida teri qichishishi, qashlanishlar to'xtatilmasa, chegarali neyrodermit bir necha o'n yillar davom etadi.

Kasallik ko'pincha kattalarda kuzatilib, har ikkala jinsda bir xil uchraydi va bir necha haftadan bir necha yilgacha davom etadi. Bemorlarning asosiy shikoyati – terining qichishishi. Jarohatlangan o'choq o'ziga xos «erogen zona»ga aylanib qoladi, chunki qashinishdan bemorlar orom oladilar. Shuning uchun uxlayotgan bemor ham instinktiv ravishda terini qashiydi. O'choq oyoq sohasida joylashsa, bemorlar o'choqni tovonlari bilan ishqalab qashlaydilar. Vaqt o'tishi bilan qashlash odat tusiga kirib qoladi, buni esa bemorlar o'zlari sezmay qoladilar. Qashlanishga ehtiyoj arziyas sabablarga ko'ra paydo bo'ladi: kiyinib-echinish vaqtida, kosmetikani sidirib yoki yuvib tashlash davrida, kiyim tegishi hamda uyqudan avval (o'rin-to'shakda teri bir muncha isiydi, issiqlik esa qichishish hissini chaqiradi).

Klinikasi. Terida, asosan, lixenizatsiya o'chog'i bo'lib, ular mayda, zich elastik tugunchalardan tashkil topganga o'xshab turadi. O'choqda kepaklanish kuchli rivojlanmagan bo'ladi. Paypaslaganda, teri zichlangan, qalinlashib, dag'allashgan bo'lib, ko'zdan kechirilsa, sog' terida uncha sezilmaydigan, teri rasmi kuchaygan hamda giperpigmentli bo'lib, yuzasida to'g'ri chiziqli qashima izlari – ekskoriatsiyalar, qonli qaloqlar kuzatiladi. Paxtali tampon bilan sekin-asta silansa kuchli qichima kuzatiladi, sog' terida bu refleks kuzatilmaydi. O'choqlar shakli dumaloq, suyri, cho'zinchoq (qashlanish yo'nalishi bo'yicha cho'zilgan) va chegarasi odatda aniq bo'ladi. O'choqlar betartib joylashgan, bir yoki bir necha o'choqlar holida kuzatiladi. Chegarali neyrodermit ko'pincha bo'yin orqa yuzasi (ayollar)da, boshning sochli qismida, tizza bo'g'imining bukuvchi yuzasida, bilak burmasida, bilaklarni yozuvchi yuzalarida, vulvada, qov, chov, perianal sohalarda, yorg'oq terisida joylashadi. Dermografizm oq bo'ladi.

Differensial tashxisi:

- psoriaz;
- qo'ziqorinsimon mikoz (erta davrlari);
- oddiy va allergik kontaktli dermatitlar;
- epidermomikozlar.

Tashxis:

Anamnez, klinik ko'rinishi va qiyosiy tashxislar asosida qo'yiladi.

Davosi.

1. Kasallikni davolash juda ham qiyinlik bilan amalga oshadi. Bemorga doimo terini ishqalamasligi va qashlamasligi haqida ogohlantiriladi.

2. Kechalari qo'yiluvchi okklyuzion bog'lamlar juda yaxshi samara beradi: bu xil bog'lamlar terini qashlanish-tilinishidan himoya qilib, dori vositalarining surilishini yengillashtiradi.

3. Mahalliy kortikosteroid mazlar surtib, ustidan quruq marli (doka) bog'lanadi. O'choqlarga kortikosteroidlardan inyeksiya qilish usuli ham samarali ta'sir etadi. Triamsinolon 3 mg/ml miqdorda qo'llaniladi, u yuqori miqdorli teri atrofiyasini chaqirishi mumkin. Agarda patologik o'choq qo'l-oyoqlarda joylashsa, quruq bog'lash ostida qoramoy, sink oksidi va o'rtacha kuchga ega bo'lgan kortikosteroidli aralashma surtiladi. Odatda, kortikosteroidli mazlar surtib, ustidan bog'lab qo'yiladi.

Lekin dori surtmay bog'lash ham samarali usul hisoblanadi, sababi qashlanishning oldi olinadi. Dokali bog'lashlardan tashqari, sintetik bog'lamlar ham ishlatiladi. Ayrim hollarda o'choq terisiga avval kortikosteroid malhami, so'ng gidrokolloid surtish ham yaxshi natija beradi. Bog'lam 1 haftaga qo'yiladi. Kortikosteroidli plastir ham yaxshi samara beradi, u 1 sutkaga qo'yiladi.

Sink-jelatinli bog'lash. Doka Unna pastasi bilan shimdirilib olinadi, so'ng yirik lixenizatsiya o'chog'iga bog'lanadi, bog'lash 1 haftaga qo'yiladi.

Atopik dermatit

Atopik dermatit yoki diffuz neyrodermit bu – surunkali, qaytarilib turadigan, kuchli qichishish va o'ziga xos toshmalar bilan kechadigan terining multifaktorli allergik kasalligidir.

Etiologiyasi. Autosomal dominant turli allergik reaksiyalarga tug'ma moyillik borligi.

Patogenezi. Kasallikning vaqti-vaqti bilan qaytadan o'tkirlashib kechishining ayrim sabablari:

- 1) ekzogen va endogen allergenlar;
- 2) emotsional va stress faktorlari;
- 3) teri quruqlashib qolishi;
- 4) infeksiyalar va ichki a'zolarining funksional kasalliklari;
- 5) jazirama issiq va tananing terlashga bo'lgan moyilligi.

Klinikasi. Kasallikning birinchi belgilari go'dak yoshida, bolaga qo'shimcha ovqat berish vaqtidan boshlanadi va ko'pincha uning yuzida (diatez), teri bo'g'limlarida o'tkir yallig'lanish yoki seboreyali dermatitga xos toshmalar paydo bo'ladi. Yaqin vaqt (2-3 yil) ichida bolaga ta'sir qiluvchi allergen aniqlanib, bartaraf qilinmasa, polivalent sensibilizatsiya rivojlanib, bemorda neyrodermit yoki ekzemaning klinikasiga mos toshmalar paydo bo'ladi.

Diffuz tarqalgan neyrodermit juda agressiv kechib, faqat qisqa vaqtga tinchlanib yoki doimo to'xtamasdan bemorning butun terisini quritib, o'tkir bo'lmagan yallig'lanish belgilari (lixenifikatsiya), qashinish izlari va po'stloqlar bilan berkitib oladi. Lekin yallig'langan o'choqlarning eng og'ir zararlangani, asosan, yuz, bo'yin, sonning ichki yuzasida va qo'l, oyoq bukilma qismlarida joylashadi. Albatta, qashinish izlariga ikkilamchi infeksiya qo'shib, bemorning limfatik bezlari kattalashadi. Oq dermografizm aniqlanadi.

Chet davlatlardagi ko'p olimlar diffuz neyrodermit va atopik dermatitni ajratmaydilar. Boshqa neyrodermatozlardan atopik dermatitni ajratib turuvchi belgilar:

- kasallik erta, yoshlikdan boshlangani;
- qichishish bilan boshlangani;
- yuz, qo'l va oyoqlarning bukilish qismlarida joylashishi;
- atopiyaning boshqa belgilari (astma, rinit, konyunktivit) borligi;
- uzoq vaqt, xronik kechishi va qaytarilib turishi;
- igE ning qondagi yuqori miqdori;
- terining quruqligi.

Differensial tashxisi:

1. Pruritus cutaneus.
2. Prurigo.
3. Exzema.

Davosi:

1. Antigistamin preparatlari
2. Natriy tiosulfat 30% -10,0 eritma venaga
3. Asab tizimini davolash
4. Oshqozon-ichak tizimini tekshirib davolash
5. Disbakteriozni davolash
6. Kortikosteroid preparatlari

7. Mahalliy davo – keratoplastik malham (2 % salitsil malhami):
 - A vitaminli malham;
 - qisqa vaqtga kortikosteroidli malham.
8. Fizioterapiya – UF nurlari, dengiz suvlari, yog‘li davolash vannalari.

Qichima (Prurigo)

Qichima (pochesuxa) terining qattiq qichishishi bilan kechadigan o‘tkir yoki surunkali, qaytalanib turuvchi kasallik. Qichimaning amaliyotda ko‘proq uchraydigan turlari: bolalar qichimasi (Prurigo infantum), kattalar qichimasi (Prurigo adultorum) va tugunli qichima (Prurigo nodularis).

Etiologiyasi. Bolalar qichimasini keltirib chiqaruvchi omillar va kasallikning rivojlanishiga bo‘lgan sabablar atopik dermatit yoki bolalar ekzemasini eslatib turadi. Bolalarda bu ko‘proq ularni noto‘g‘ri ovqatlantirish, ekssudativ diatez va turli intoksikatsiyalar, endokrin, ichki a‘zolar va sistemalardagi kamchiliklardir.

Klinikasi. Qo‘l va oyoqlarning yoziluvchi yuzalarida, qorinda va dumbalarda qattiq qichishib turadigan mayda qavarchiqlar, tugunchalar va tuguncha-pufakchalar paydo bo‘ladi. Qashiganda tugunchalar ustida eroziyalar, qonli kovaklar paydo bo‘lib, ikkilamchi infeksiya rivojlanishi mumkin. Ko‘pincha bemorning umumiy ahvoli o‘zgarib, asabiy holat vujudga keladi va kasallik surunkali davom etib, bemorning hayot tarziga salbiy ta‘sir etadi. Bemor bolalarni esa rivojlanishida tengdoshlaridan orqada qolishiga va davolanmasa, kattalar qichimasi yoki atopik dermatitga olib keladi.

Tugunli qichima (Prurigo nodularis), asosan, ayollarning boldirida joylashgan, chegaralangan, qattiq qichishadigan tugunlar bilan kechadigan va kam uchraydigan kasallik.

Klinikasi. Kasallik qattiq qichishish bilan boshlanadi va qashlanish oqibatida oyoqning boldir qismi terisida chegaralangan tugunlar paydo bo‘ladi. Tugunlar kattaligi o‘rtacha 1 sm, konsistensiyasi zich-qattiq, bir-biri bilan qo‘shilib ketmaydi. Qichishish avjlanib boradi va terida doimo yangi qashlanish izlari, qonli qaloqlar va atrofida pigmentli chandiqlar paydo bo‘ladi. Tugunlar ko‘p vaqt saqlanib, gipertrofiyalanishi va atrofga tomon kattalanishi mumkin.

Patogistologiya asosan, muguz, donador qavatning qalinlashuvi, akantoz, dermada limfotsit, fibroblast, gistiotsitlardan iborat infiltrat. Infiltratda kollagen va elastik tolalar yo‘qligi, nerv tolasining giperplaziyasi va shvann qobig‘ining qalinlashib ko‘rinib turishi kuzatiladi.

Diagnostikasi tipik klinik ko‘rinishga va gistologik tekshiruvga asoslanadi.

Differensial tashxisi:

1. Lichen rubber verrucosus.
2. Neurodermitis circumscripta.

Davosi:

- 1) ftorli kortikosteroid malhamlar (okklyuzion);
- 2) atrofiga 2% novokain;
- 3) suyuq azot bilan (destruktsiya) muzlatib ta'sir qilinadi;
- 4) sedativ va dezintoksikatsiya preparatlari.

ESHAKEM (URTICARIA)

Eshakem – allergik kasalliklar guruhiga kirib, teri va ba'zan shilliq qavatlarda faqat qavarchiqlardan iborat toshmalar bilan kechadi (Sinonimlari: eshakemi – urticaria; Kvinke shishi – oedema Quincke, angionevrotik shish, gigant eshakemi).

Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarning ekzogen (fizik, mexanik, kimyoviy, dori-darmon va oziq-ovqatlar) va endogen (ichki a'zoldagi patologik jarayonlar: jigar, o't qopi, oshqozon-ichak, asab sistemasi, qalqonsimon bezi ishlash faoliyatining buzilishi) etiologik guruhlari ajratiladi. Bu omillarning ta'sir mexanizmi eshakemning patogenezida ko'pincha bir-biriga o'xshaydi va organizmda gistamin, serotonin turidagi biologik aktiv moddalar miqdorining ortishi natijasida kapillyarlar yallig'lanib kengayadi, ularning o'tkazuvchanligi oshishi oqibatida, epidermisda va dermaning so'rg'ich qavatida o'tkir shish paydo bo'lib, qavarchiq toshmalar vujudga keladi. Organizmdagi ayrim jarayonlar gistaminning rezervuardan ajralib chiqishiga sabab bo'lib, qavarchiqlar paydo bo'lishini faollashtiradi. Oddiy misol qilib, organizmdagi antigen – antitelo reaksiyasini keltirish mumkin va bunda IgE va komplement asosiy rol o'ynaydi.

Eshakem kasalligida quyidagi allergik reaksiyalar rivojlanadi.

Tezkor turdagi allergik reaksiyalar. IgE ga bog'liq bo'lgan allergik reaksiyalar, oziq-ovqat allergenlari (sut, tuxum, bug'doy, qisqichbaqasi-monlar, mollyusklar, yong'oq...), dori vositalari (penitsillinlar, sefalosporinlar, sulfanilamidlar, antiaritmik preparatlari, immunomodulyatorlar, vaksinalar, sitostatiklar va boshqalar) va parazit allergenlari ta'siridan vujudga keladi. Bemorlar ko'pincha boshqa turdagi allergik kasalliklar bilan og'riydilar.

Immunokompleksli allergik reaksiyalar. Immun komplekslar komplementlarni faollashtiradi, natijada ularning fragmentlari ajralib, semiz hujayralarning degranulyatsiyasiga olib keladi.

Anamnez yig'ilganda, bemor toshmalarning bir necha soat saqlanib yo'qolishi va toshma toshgan sohalari qichimasidan tovon sohalari jarohatlanganida, yurgan, turganda og'riqdan, tovush bo'g'ilishi, nafas siqilishidan (Kvinke shishida) shikoyat qiladi.

Klinikasi. Eshakemning klinik ko'rinishlari turli xil bo'lishi mumkin. Bugungi kunda o'tkir eshakemi, Kvinkening o'tkir chegaralangan shishi, surunkali qaytalanib turuvchi, quyosh ta'siridagi va kontakt eshakemi turlari mavjud.

Turg'un tugunchali eshakem va bolalar eshakemida qavarchiqlar keyinchalik tuguncha va tuguncha-pufakchaga aylanishini ko'zda tutib, ko'p olimlar ularni qichima kasalligining turlariga kiritganlar.

Eshakemi kasalligi terida bo'rtmali (qavarchiq) toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi. Oqish-qizg'ish bo'rtmalar, pilakchalar epidermisda va dermaning yuza qismida, qisqa muddatli hujayralar ichida shish hosil bo'lishi hisobiga vujudga keladi. Kvinke shishi derma va gipodermada katta-katta yuzali shishlar evaziga kuzatiladi. Har ikkala kasallik o'tkir yoki surunkali qaytalovchi turda kechishi mumkin. Eshakemi va Kvinke shishi birgalikda yoki ayri-ayri uchrashi mumkin. Nasldan-naslga o'tuvchi Kvinke shishida eshakemi kamdan-kam hollarda hamkorlikda kuzatiladi.

Har olti kishidan biri (ayrim mualliflarning ma'lumotiga ko'ra, har to'rt kishidan biri) hayoti mobaynida bir bor bo'lsa ham eshakemi yoki Kvinke shishini boshidan kechiradi. Eshakemi bilan og'rigan bemorlarning 25% qismida kasallik ertami yoki kech surunkali turga o'tadi.

O'tkir eshakem (*Urticaria acuta*) birdaniga boshlanib, bemor terisida turli kattalikdagi pushti-qizil qavarchiqlar paydo bo'lishi va qattiq qichishish bilan kechadi. Ularning shakli turlicha: ko'pincha yumaloq, tezda bir-biriga qo'shilib, o'rta qismining rangi bulutlashib, atrofi pushti, noaniq chegarali bo'ladi.

Qavarchiqlar badanning katta qismini jarohatlashi oqibatida bemorning umumiy ahvoli o'zgarishi (tana harorati ko'tariladi, darmonsizlik, sovqotish kuzatiladi) mumkin. Toshmalar shilliq qavatlarda, hiqildoq, halqum, tilda joylashishi mumkin; ko'pincha nafas olish va yutish qiyinlashadi. Qavarchiqlardan iborat toshmalar tezda, ko'pincha bir necha soatdan keyin batamom izsiz yo'qolib ketadi va ayrim hollarda qaytalanib turishi mumkin.

Kvinkening o'tkir chegaralangan shishi ba'zan oddiy o'tkir eshakemi bilan birga kechib, bemorning yuzida, jinsiy a'zolarida shilliq parda va teri osti yog' kletchatkasining chegaralangan gigant kattalikdagi shishi bo'lib, ayrim holatlarda juda xavfli kechadi. Misol, hiqildoqda joylashgan qavarchiqlar stenoz va asfiksiyaning sababi bo'lib, bemorni juda qiynab,

ekstremal holatda tibbiy yordam talab qiladi. Kvinke shishida bemor shikoyatlar yo'qligiga yoki bo'lmasa kamroq achishish va qichishishga e'tibor qiladi.

4-jadval

Surunkali eshakemi turli xillarining tashxis belgilari

Xili	Bemor yoshi	Klinik ko'rinishi	Kvinke shishi	Provokatsion sinama
Idiopatik eshakemi	20-50	Bo'rtmalar mayda yoki yirik, pushti yoki oqish rangda, mo'l yoki siyrak, tarqoq. Toshmalar halqa shaklida, qichimali.	Bor	
Urtikar dermografizm	20-50	Bo'rtmalar to'g'ri chiziqli, to'q qizil gardishli, terining mexanik ta'sirlanuvchi sohalari-da uchraydi, qichimali.	Yo'q	Teriga ohista mexanik ta'sir etilsa, tezda qichimali bo'rtma hosil bo'ladi.
Sovuqdan paydo bo'luvchi eshakemi	10-40	Teriga sovuq jism yoki suyuqlik tekkan sohada shish, oqarish yoki qizarish paydo bo'lib qichishadi.	Bor	10 daqiqa mobaynida teriga muz bo'lagi tek-kazib turilsa, 15 daqiqa ichida bo'rtmalar hosil bo'lishiga olib keladi.
Vibratsion Kvinke shishi	20-50	Terining bosim ta'sir etuvchi sohasida (kaft, tovon, dumba) katta-katta shish, og'riq va qichishish kuzatiladi.	Yo'q	Teri yuzasiga perpen-dikulyar holatda, bosim ta'sir etishidan so'ng 1-4 soat o'tgach (latent davri), turg'un qizarish va shish paydo bo'ladi.
Quyosh nuri ta'siridan paydo bo'luvchi eshakemi	20-50	Quyosh nuri yoki ultrabinafsha nuri ta'siridan so'ng teri shishib oqarishi yoki qizarishi kuzatiladi.	Bor	2,5 kVt quvvatga ega bo'lgan (290-690 nm) lampa bilan 30-120 sekund nurlatilgach, 30 daqiqadan keyin bo'rtmalar paydo bo'ladi.
Xolinergik eshakemi	10-50	Ko'plab, mayda (5 mm gacha), bir xil bo'rtmalar tanada, bo'yinda, qo'l-oyoq-larda uchrab qichima bezovta etadi.	Bor	Jismoniy mashq, meh-nat, issiq suvli dush toshmalar toshishiga sabab bo'ladi.

Surunkali qaytalanib turuvchi eshakemining (*U. chronica recidivans*) rivojlanishi ko'proq bemordagi surunkali infeksiyon o'choqlar (surunkali tonzillit, adneksit, gelmintoz va h.k.) tufayli, ya'ni sensibilizatsiya oqibatida vujudga keladi. Ayrim bemorlarda kasallikning rivojlanishiga oziq-ovqat tayyorlashda, konservatsiyada ko'p ishlatiladigan qo'shimchalarga (atsetilsalitsil kislotasi, natriy benzoatga) bo'lgan yuqori individual sezgirlik sabab bo'ladi. Bu qo'shimchalar bor bo'lgan taomlardan (banan, ko'k no'xat, karamel, shokolad, saqich, margarin, tort, jelatin, mayonez, pechene, ikra, konserva, pishloq, vino, pivo, kofe, sut, qatiq) iste'mol qilmasa, bemorning davosi tez natija beradi.

Differensial tashxisi:

- chumoli chaqishi;
- medikamentli eshakemi;
- kontaktli eshakemi;
- urtikar vaskulit;
- B gepatiti.

Profilaktikasi. Provokatsiya xususiyatiga ega bo'lgan omillar – kimyoviy vositalar yoki dori-darmonlar (aspirin, oziq-ovqatga qo'shiluvchi mahsulotlar)ni bartaraf etishga urinishlar ba'zi hollarda, xususan, surunkali eshakemida naf beradi.

Davosi.

1. Antigistamin xususiyatiga ega bo'lgan vositalar: N1-blokatorlardan boshlanadi, masalan, gidroksizin yoki terfenadin. Agar bu vositalar samarasiz bo'lsa, N2-blokatorlari (tsimetadin) va semiz hujayralarni stabillashtiruvchi preparatlar (ketotifen) qo'shiladi.

2. Prednizolon.

3. Mahalliy davo teridagi o'zgarishlarga qarab tavsiya etiladi.

TOSHMASIZ, TARQOQ TERI QICHISHISHI

Tarqalgan teri qichishishi birinchidan, bemorning tinchini buzadi: bemor kechalari uxlamaydi, asabi taranglashib, yaqin kishilari orasidagi o'zaro munosabati keskinlashadi, doimiy charchash ishlashiga xalal beradi. Qichishishga chidash, ko'pincha og'riqqa chidashdan ko'ra qiyinroq bo'ladi. Bolalar bo'lsa yaxshi rivojlanmasdan, tengdoshlaridan orqada qolib ketadilar. Og'riqni analgetiklar yordamida qoldirish mumkin, ammo qichimaga qarshi samarali vosita yo'q. Shuning uchun ko'p hollarda shifokorlar bu xil bemorlar oldida oqizlar. Ikkinchidan, teri qichishishi, albatta, teri kasalligi yoki sistem, ichki a'zolar kasalligi

borligini ko'rsatadi. Bu qichishish sababini aniqlash uchun har bir kasallikni bittadan ko'rib chiqib, asosiy sabab bo'lgan kasallikni topish lozim.

Tarqoq teri qichishishi bilan murojaat qilgan bemorni tekshirish rejasi:

Birinchi tashrif.

1. Kasallikning batafsil anamnezi:

- qichishishdan avval toshmalar toshganligi;
- qichishish sababli uyqu buzildimi? (Qichishish darajasini baholang.)

2. Umumiy holat: ozish, charchash, harorat ko'tarilishi.

3. Yaqin orada psixo-emotsional o'zgarishlar bo'lganligi.

4. Terining tarqoq qichishishiga olib kelishi mumkin bo'lgan dorilarni qabul qilganligi.

5. Terini diqqat bilan ko'zdan kechirib, allergodermatozlar, parazitlar (qo'tir, bitlash va boshqa) kasalliklarga, kserodermiyaga xos belgilarni izlash (kiyimlaridan kiyim biti va sirkasini izlash).

6. Jismoniy tekshiruvlar, barcha limfa tugunlarini palpatsiya qilish.

7. Dermografizmni aniqlash.

Takroriy tashrif.

Agarda simptomatik davolash yengillik bermagan bo'lsa, quyidagi muolajalar qilinadi:

1. Dermatolog maslahati.

2. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi.

3. Ichki a'zolarini tekshirish.

4. Laborator tekshirishlar: ECHT (SOE), qonda qand miqdori (nahorda), buyrak faoliyatining ko'rsatkichlari, jigar faoliyatining biokimyoviy ko'rsatkichlari, virusli hepatitlar serotashxisi, qalqonsimon bez faoliyatini tekshirish, axlatni, gelmint va uning tuxumlarini tekshirish.

5. Agarda tashxis noaniqligicha qolsa, to'liq onkologik va ayollarda ginekologik tekshiruvlar o'tkazish zarur.

Tarqoq teri qichishiga (differensial tashxisda) sababi bo'lishi mumkin kasalliklar

I. Endokrin kasalliklar va metabolik o'zgarishlar:

- tireotoksikoz
- qandli diabet
- gipotireoz
- surunkali buyrak yetishmovchiligi

II. Yomon fe'lli o'smalar:

- limfomalar, leykozlar

- miyeloma kasalligi
- boshqa yomon fe'lli o'smalar

III. Parazitlar:

- qo'tir (doimo o'ziga xos toshma toshavermasligi mumkin)
- kiyim bitlari
- ankilostomidozlar
- nekatoroz, uninarioz
- onxotserkoz
- askaridoz

IV Jigar kasalliklari:

- o't yo'llari abstruksiyasi
- birlamchi biliar sirroz
- jigar hujayralari ichidagi xolestaz (homiladorlikda)

V Qon kasalliklari:

- eritremya
- temir tanqisligi anemiyasi leykoz

VI. Ruhiy o'zgarishlar:

- o'tib ketuvchi
- stress
- doimiy
- psixogen teri qichishishi (depressiya, xavotirli o'zgarishlar)
- nevroitik ekskoriatsiyalar

VII. Dori va narkotik vositalarga nisbatan allergiya:

- aspirin
- dekstran
- kadein
- morfin
- polimiksin B
- skopolamin
- tubakurarin xlorid
- etanol

VIII. Turli xil:

- kserodermiya
- qariyalar teri qichishishi (kseroz)
- homiladorlar teri qichishishi dermatози
- shisha-tolasi bilan kontakt
- teri kasalliklari

Davosi. Tarqalgan teri qichishining davosi samarali bo'lishi uchun, albatta, uni keltirib chiqaruvchi faktorlarni topib yo'qotish lozim. Buning uchun, albatta, bemorda:

- 1) teri kasalliklari bor-yo'qligini aniqlash;
- 2) sistem ichki a'zolar kasalligining bor-yo'qligini aniqlash;
- 3) oziq-ovqat va dori-darmon ta'siri bor-yo'qligini aniqlab, keyin davolash.

Anal soha teri qichinishi. Anal soha teri qichishishiga uchragan bemorlar kechalari uyqusizlik va turli xil noqulayliklarga ko'nikib, bu darddan forig' bo'lishlariga ham umid qolmay yashaydilar.

Tarqoq teri qichishishi singari, anal soha terisi qichishishi ham birlamchi, boshqa kasalliklarga bog'liq bo'lmagan holda, ham ikkilamchi bo'lishi mumkin. Shuning uchun ham birinchi navbatda, dermatofitiyalar, kandidoz, psoriasis, seboreyali dermatit va boshqa kasalliklarning bor-yo'qligini aniqlash zarurki, bular qichimaga sabab bo'lishi mumkin. Enterobioz, asosan, bolalarda uchrab, qichishishga olib keluvchi omil bo'lishi mumkin.

Birlamchi anal soha qichishishiga olib keluvchi sabablardan biri shu sohaning axlat massasi bilan kirlanishidir (shaxsiy gigiyenaga rioya qilinmaganida yoki sfinkterning bo'shligi sababli, yel kelganda axlat chiqishi, ichak shilliq pardasining osilib chiqishi oqibatida). Natijada quyidagicha halqa hosil bo'ladi: qichishish – qashlash – lixenizatsiya – qichishishning kuchayishi.

Lixenizatsiya o'chog'ini qisqa bosqichli, kuchli kortikosteroidli, mahalliy malhamlar yordamida bartaraf etish mumkin. Lekin asosiy kuch patogenetik omillarni bartaraf etishga qaratilishi zarur.

Anal soha terisida chidab bo'lmaydigan darajadagi teri qichishishi va qashlash, asosan, kechalari va defekatsiyadan so'ng kuzatiladi. Xavotir va emotsional zo'riqishlar qichishishning kuchayishiga sabab bo'ladi. Bemorning holatini mahalliy, mentolli yoki kamforali spirt bilan nam-lashlar yengillashtirishi mumkin.

Shaxsiy gigiyenaga rioya etish – doimo hojatdan so'ng tahorat qilish zarur. Tahoratdan so'ng talk sepish kerak. Talk kun bo'yi shu sohadagi kirlanishni o'ziga so'radi. Malham yoki yog'li emulsiyalardan foydalanish qichishishni kuchaytiradi.

ANAFILAKTIK SHOK

Anafilaktik shok – bu allergik reaksiyaning sistem namoyon bo'lishi bo'lib, IgE antitanachalar va immun mediatorlarning ajralishi bilan kechib, hayot uchun zarur to'qima va a'zolarning zararlanishiga olib keladi.

Etiologiyasi. Anafilaktik shokning (ASH) asosiy sababi yuqori sensibilizatsiyalangan organizmning spetsifik antigenlar va allergenlar bilan kontaktidir.

Asosiy sabablar bu dori vositalari (antibiotiklar, sulfanilamidlar, analgetiklar, vitaminlar va boshqalar), ayrim oziq mahsulotlari va kimyoviy moddalar; hasharotlar chaqishi (ayniqsa ari); allergenlar bilan diagnostik va davolash muolajalari. Ko'p holatlarda dori-darmonlarga bo'lgan yuqori sezgirlik natijasida bemorda Layell sindromi yoki Stiven-Djonson sindromiga xos og'ir toshmalar ham vujudga kelishi mumkin.

Patogenezi. ASHning asosi – bu tezkor tipdagi allergik reaksiya bo'lib, yuqori sensibilizatsiyalangan organizmda shakllanadi.

Shuning uchun shok reaksiyaga moyillik sensibilizatsiya davrida shakllanadi va o'sha davrda IgE turidagi reagin antitana hosil bo'ladi. Ular o'zining Fc-fragmentlari bilan bazofil va semiz hujayralariga birikib, ulardan tezkor turdagi mediatorlari bor granulalarning ajralishiga olib keladi.

Klinikasi. ASHda turli a'zo va to'qimalarning shikastlanishi kuzatiladi. ASHning asosiy klinik turlari quyidagicha namoyon bo'ladi:

— kollaps hush yo'qotish bilan (shokni og'ir kechishida), arterial gipotenziyaning turli darajalari va garang bo'lish (yengilroq kechishda);

— nafasning tez yomonlashishida (asfiksiya) hiqildoqning shishi yoki bronxospazm natijasida qorinda og'riq, eshakem, teri qichishi.

Shok nisbatan yengil, o'rta og'ir va og'ir darajalarda bo'lishi mumkin. Yengil darajada qisqa prodromal davr bo'lib, bir necha daqiqadan bir soatgacha bo'lishi mumkin. Bu allergik reaksiyaning belgilari: teri qichishi, eshakem turidagi toshmalar, eritematoz, petexial va papulyoz elementlar, teri giperemiyasi, qizish hissi, spastik yo'tal, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, nafas olish qiyinlashishi, ayrimlarda yuz terisi giperemiyasi, lablar sianozi, depressiya kuzatiladi.

O'rta og'ir kechishida shokdan oldin holsizlik, qo'rquv, yuz giperemiyasi, qizish hissi, turli lokalizatsiyadagi og'riqlar, toshmalar, yo'tal, qusish, keyin tezda hush yo'qotish sodir bo'ladi. Peshonada sovuq va yopishqoq ter hosil bo'ladi, ayrimlarida og'izga ko'pik keladi. Qorachiqqlar kengayib, yorug'likka reaksiya bermaydi. Beixtiyor defekatsiya va siyish, bachadonning spastik qisqarishi va qindan qonli ajralmalar kelishi kuzatiladi.

Miya ishemiyasi va seroz qatlamlar shishi natijasida tonik va klonik qisqarishlar kuzatiladi.

Fibrinolitik sistemaning aktivlashishi natijasida burundan, oshqozon va ichakdan qon ketishi mumkin.

ASHning og'ir kechishida markaziy va qon tomir tizimining tezda buzilishi bir necha soniya yoki daqiqa ichida sodir bo'ladi. Teri qoplami keskin oqarib, ko'krakda, qo'lda, labda sianoz, og'izda ko'pik paydo bo'ladi. Peshona sovuq va yopishqoq ter bilan qoplanadi. Qorachiqlar kengaygan, yorug'likka reaksiya yo'q, bo'yin venalari bo'rtgan. Nafas olish shovqinli, aritmik, auskultatsiyada «soqov» o'pka eshitaladi.

Anafilaktik shok o'limning asosiy sabablari hisoblanadi:

— staz, tromboz, mikrosirkulyatsiya buzilishi va tomir kollapsi natijasida o'tkir yurak qon-tomir yetishmovchiligi;

— hiqildoqning Kvinke shishi natijasida asfiksiyasi;

— tomirlar trombozi va hayot uchun zarur a'zolarga qon quyilishi.

Laborator va instrumental tekshiruvlar Anafilaktik shokda gemodinamika, mikrosirkulyatsiya va metabolizm ko'rsatkichlari buziladi. Odatda, arterial bosim, aylanib yuruvchi qon bosimi pasayadi, u esa markaziy venoz bosimi hisobiga tekshiriladi, qon qovushqoqligi va gematokrit oshadi. Giperlaktemiya atsidoz, arterial qonda gidrokarbonatlar kamayadi (normada 22-25 mmol/l), asoslar defitsiti bo'ladi (5 mmol/l dan ko'p). Laktat darajasi 1,6-2,8 mmol/l dan oshadi. Shokning qizg'in davrida eritremitiya, leykotsitoz, SOEning oshishi, trombositopeniya, o'rta eozinofiliya kuzatiladi.

Shok davrida diurez kamayadi; buyrak shikastlanishida – proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, silindruriya kabi holatlar yuz berishi mumkin.

Tashxisi tipik holatlarda diaqnoz anamnez va klinik belgilarga qarab qo'yiladi. Anamnez yig'ish mumkin bo'lmagan holatlarda diaqnoz qo'yish keskin qiyinlashadi.

Davosi. ASHni davolashda quyidagi bosqichlar ajratiladi:

1) birlamchi tezkor terapiya bosqichi;

2) ikkilamchi terapevtik muolajalar bosqichi.

Birlamchi tezkor terapiya bosqichi

Allergen kiritilishini to'xtatish. Shokni chaqirgan preparat inyeksiya joyidan yuqorida jgut qo'yish. Jgut har 10-15 daqiqada 3-4 daqiqaga bo'shatiladi. Allergen kirgan joyga 0,3-1 ml 0,1% li adrenalini eritmasi kiritiladi.

Adrenalin kiritish. Adrenalin teri ostiga yoki mushak orasiga 0,3-0,5 ml 0,1%li eritmasi kiritiladi, keyin inyeksiya ikki marta 20 daqiqa interval

bilan terapevtik effekt bo'lguncha qilinadi. Agar arterial qon bosimi minimal tushsa, adrenalin teri ostiga yoki mushak orasiga kiritiladi. Nafas olishning keskin buzilishida va arterial bosimning keskin tushishida 0,5 ml 1% li adrenalin eritmasi til ostiga qo'yiladi va vena ichiga 3-5 ml 0,01% li eritmasi 9 ml izotonik eritmada kiritiladi.

Aylanib yuruvchi qon hajmini to'ldirish. Vena ichiga tomchilab Ringer, izotonik natriy xlor eritmalari 1000 ml, poliglyukin 400 ml yuboriladi. Agarda 2-3 soatdan keyin natija bo'lmasa, yangi muzlatilgan plazma (400 ml) albumin qilinadi.

Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash. Agarda nafas bo'lmasa yoki keskin buzilgan bo'lsa, bemor endotraxeal intubatsiyaga, sun'iy nafas olishga va 100 % kislorod bilan nafas olishga o'tkaziladi.

Vazopressor aminlarni qo'llash. Agarda yuqoridagi muolajalar natija bermasa va arterial gipotenziya saqlansa, vena ichiga tomchilab dopmin (dofamin) 15-17 mkg/kg/min dozada qilinadi. 200 mg preparatni 200 ml 5 % li glyukoza yoki izotonik eritmada eritiladi. Agarda turg'un gipotenziya bo'lsa, noradrenalinning 1 ml 0,2 % li eritmasi 250 ml izotonik eritmada daqiqasiga 20-25 tomchi tezlikda venaga yuboriladi.

Ikkilamchi terapevtik muolajalar bosqichi

Glyukokortikoidlarni qo'llash. Glyukokortikoidlar dastlabki 6-12 soat ichida sezilarli o'zgarishlarni bermaydi va shuning uchun ularni ASHning cho'zilgan holatlarida qo'llash tavsiya etiladi. Ammo oldindan reaksiya og'irligi va uning cho'zilishini aytish qiyin bo'lganligi sababli, glyukokortikoidlarni turli davrda kiritish mumkin. O'tkir davrda 240 ml prednizolon vena ichiga 5 daqiqa ichida sekin yuboriladi. Bu dozani har 6 soatda qayta qo'yish mumkin.

Antigistamin preparatlar. Antigistamin preparatlar tezda ta'sir qilmaydi va hayotni saqlab qolish vositasi bo'la olmaydi. Antigistamin preparatlarining gemodinamika ko'rsatkichlarini yaxshilagandan so'ng qo'llash lozim, chunki ularda gipotenziv effekt namoyon bo'ladi (ayniqsa, pipolfen).

Mushak orasiga yuborish: 1-2 ml 1 %li dimedrol; 1 ml 2 % li supras-tin; 1 ml 2,5 % li pipolfen eritmasi 3-4 marta sutkasiga arterial bosimni nazorat qilgan holda yoki ichga diazolin 0,1 g dan kuniga 3 marta.

Dimedrol 0,05 g dan kuniga 3 marta; suprastin 0,025 g dan kuniga 3 marta.

Fenkarol 0,05 g dan kuniga 3 marta.

Antigistamin preparatlar N1-gistamin retseptorlarni bloklaydi, agarda anafilaksiya simptomlari yo'qolmasa yoki qaytalansa, qo'shimcha N2-

gistamin retseptor blokatorlari qo'llanadi (masalan, simetedin 300 mg dan vena ichiga har 6 soatda).

Eufillin qo'llash. Eufillin agarda adrenalin qo'llash samara bermasa bronxospazmni yo'qotish uchun qo'llaniladi. Vena ichiga 10 ml 2,4 % li eufillin 10 ml izotonik eritmada sekin, AB nazorati ostida yuboriladi.

Natriy-gidrokarbonatni qo'llash. Qo'llangan muolajalarga qaramasdan, gipotenziya saqlansa, metabolik atsidoz haqida o'ylash zarur, chunki u vazopressor vositalarning samarasini pasaytiradi.

Bu holatda kislotatashqor muvozanatini tekshirib, atsidoz holati bo'lsa, vena ichiga tomchilab 150-200 ml 4% li natriy-gidrokarbonat yuborib, korreksiya qilinadi.

Penitsillinaza qo'llash. Penitsillin natijasida kelib chiqqan ASHda bir marta mushak orasiga 1000000 birlik penitsillinazani 2 ml izotonik eritmada yuborish zarur.

Bitsillin natijasida kelib chiqqan ASH da penitsillinaza 1000000 dan sutkasiga 3 marta yuboriladi.

Mahalliy davo teri va shilliq pardalardagi o'zgarishga qarab o'tkaziladi.

Profilaktikasi. Penitsillin natijasida bo'lgan ASH o'tkazgan bemorlar statsionarda 10-12 kundan kam bo'lmagan muddatda davolanadilar. Yengilroq kechgan ASHda kuzatish muddati undan kam bo'lishi mumkin. Bemor kasalxonadan chiqqandan so'ng, allergologik kabinetda dispanser nazoratida turmog'i zarur. Ularga ASHni chaqirgan allergenlar (hasharotlar chaqishi, preparatlar) haqida ma'lumoti bor pasport berilishi kerak. Hasharotlar chaqishi natijasida kelib chiqqan ASHdan so'ng bemorlarga spetsifik giposensibilizatsiya tavsiya etiladi. Bunday bemorlar o'sha hasharotlar mavjud fasllarda doimo o'zlari bilan adrenalin olib yurishlari zarur.

Fotodermatozlar.

Terining quyosh nuriga javoban reaksiyasi

Terida quyosh nuri ta'siridan vujudga keluvchi dermatozlar **fotodermatozlar** deb ataladi.

Teri toshmalarining sababini tezda aniqlash dermatologlar uchun katta yutuq hisoblanadi. Agarda so'z fotodermatozlar xususida bo'lsa, quyosh nurini kasallikning etiologik omili deb topilishi nafaqat turli xil tashxislar doirasini toraytiradi, balki bemor holatini ham qisqa muddatlarda ijobiy tomonga o'zgarishini ta'minlaydi, bu fotosensibilizatsiya xususiyatiga ega

bo'lgan preparatlarni man etish va fotohimoya ta'sirga ega bo'lgan vositalarni tayinlash hisobiga amalga oshadi. «Fotodermatoz» atamasi terining quyosh nuriga nisbatan haddan ziyod javob reaksiyasi bo'lib, bu reaksiya quyosh nurining ta'siridan daqiqalar, soatlar yoki sutkalar o'tishidan so'ng vujudga keladi va haftalab, oylab davom etishi mumkin.

Fotodermatozlarning zamonaviy tasnifi

O'tkir turlari:

- oftob urishi;
- fototoksik reaksiyalar: medikamentoz;
- fotofitodermatit;
- fotoallergik reaksiyalar: medikamentoz;
- quyoshli eshakemi;
- idiopatik: polimorfli fotodermatoz;
- quyoshli qichima;
- quyoshli chechak.

Surunkali turlari:

- quyoshli gerodermiya;
- quyoshli turg'un eritema;
- qariyalar lentigosi;
- quyoshli keratoz;
- terining yomon fe'lli o'smalari: bazal hujayrali rak;
- yassihujayrali rak;
- melanoma.

O'tkir yoki surunkali:

- terining kech porfiriya;
- variyegat porfiriya;
- eritropoetik protoporfiriya;
- pigmentli kseroderma;
- pellagra.

Tashxisi. Kasallikning tashxisida anamnezning ahamiyati katta, sababi shifokor bemorni ko'zdan kechirayotgan vaqtida toshmalar yo'qolgan bo'lishi mumkin. Qachonki teri toshmali va bemorning quyosh ta'sirida bo'lganligi orasida xronologik bog'liqlik bo'lganida, tashxis qo'yish unchalik murakkab emas, ammo bunday bog'liqlik har doim ham kuzatilavermasligi mumkin. Sababi ayrim bemorlar fotohimoya malhamlaridan «allergiya» vujudga keladi, deb o'ylaydilar, aksincha, quyosh nuridan ta'sirlanadilar, bu ta'sirdan esa fotohimoya vositalari to'liq himoya qila olmaydi. Boshqa bemorlar esa qaysi bir fotosensibillovchi ta'sirga ega bo'lgan preparatlar (tiazidli diuretik, doksitsiklin,

minotsiklin, sulfanilamidlar, antidepressantlar va boshqalar)dan birini qabul qilishlari hisobiga yuz, terining ochiq sohalariga doimiy toshma toshishidan shikoyat etishlari mumkin, quyosh nurining kasallik kelib chiqishidagi ahamiyati haqida gumon ham qilmaydilar. Universal eritrodermiya holatlarida, masalan, psoriazda yoki turg'un quyoshli eritrodermiyada terining quyosh nuriga bo'lgan sezuvchanligi ortadi.

Bu kasallikda bemor yoshining ahamiyati kattadir, sababi ayrim fotodermatozlar ma'lum yoshdagina kuzatiladi (masalan, quyoshli qichima doimo bolalik davrida kuzatiladi), boshqa turlari esa turli yoshda uchrashi mumkin (masalan, polimorf fotodermatoz). Quyosh nuri ta'siridan so'ng qancha vaqtdan keyin toshmalar paydo bo'lganligini aniqlash (quyoshli eshakemi bir necha daqiqadan so'ng, polimorf fotodermatoz bir necha sutkadan so'ng), toshmalar davomiyligi (quyoshli eshakemi – soatlab, polimorf fotodermatoz – haftalab), qanday hissiyotlar bilan kechganini bilish zarur ahamiyatga egadir. Polimorf fotodermatoz, quyoshli eshakemi va qichimada qichishish xarakterli; og'riq va achishish esa eritropoetik protoporfiriyaga xos. Agarda toshmalar nafaqat quyosh nuri ta'siridan so'ng, balki issiqlik manbalari (olov, tandir, o'choq, mash'ala, pech) ga yaqin turgandan ham paydo bo'lsa, kasallikka olib keluvchi omil ultrabinafsha nuri emas, infraqizil nur hisoblanadi. Agarda toshmalar faqat bahor-yozda kuzatilsa, UF-B (290-320 nm to'lqinli)ga, agarda yil mobaynida kuzatilsa – UFA (320-400 nm to'lqinli)ga yoki ko'rinadigan diapazonga (400-800 nm to'lqinli) nisbatan sezuvchanlik ortgan bo'ladi. Patogen diapazonli nurlanishni aniqlashning boshqa bir usuli ham bor bo'lib, buning uchun bemorni deraza oynalari quyosh nuridan himoya qiladimi-yo'qmi, shuni aniqlash zarur: UF-A oyna orqali o'tish xususiyatiga ega, UVF esa yo'q.

Bemor qanday dorilar qabul qilishi va qanday fotohimoya vositalaridan foydalanishini bilish ham katta ahamiyatga egadir. Bular haqidagi ma'lumotlar – toshma toshishi va toshishidan avvalgi davrdagisi ham zarurdir. Shuni ham esda tutish kerakki, preparat man etilganidan bir necha oy o'tgunicha, fotosensibillovchi ta'sir saqlanishi mumkin. Bemorning kasb-kori, sevimli mashg'uloti, yaqin oradagi safari haqidagi ma'lumotlarni to'plash jarayonida u quyoshning nuri ta'sirida yoki o'simliklar bilan kontaktda bo'lganligiga e'tibor qilish zarur. Ko'pincha bemorlarga so'rab-surishtirish davridayoq dastlabki taxminiy tashxis qo'yish mumkin: masalan, havaskor bog'dorchilarda fotofitodermatit, elektrpayvandchilarda esa yoki sekretar-mashinistkalar, EHM operatorlarida ham qizil yugirik avjlanishi ham mumkin, sababi ular kun mobaynida lyuminiscent lampalar bilan yoritilgan xonalarda ishlaydilar. Anamnez to'plash yakunida bemorning umumiy holati so'raladi,

kollagenoz va porfiriya alomatlariga asosiy e'tibor beriladi.

Toshmalarning joylashuvi. Toshmalarning joylashuvi barcha fotodermatozlarning asosiy diagnostik belgilari hisoblanadi. Toshmalar tananing ochiq sohalarida paydo bo'ladi: birinchi navbatda peshona, yanoqlar, burun, quloq supralari, bo'yinning orqa-yon sohalarida, ko'krakning old-yuqori qismi, qo'l-oyoqlarning yoziluvchi sohalarida. Toshmalar kuzatilmaydigan sohalar ham diagnostik ahamiyatga ega, sababi bu yerlarga quyosh nuri tushmaydi: qovoqlar, burun-lab burmalari, barmoqlar orasi, quloq supralarining orqa terisi, iyak-dahan osti terilari. Fotodermatozlarga o'choq va sog' teri orasida aniq chegara bo'lishligi xosdir: soat qayishi yoki kiyim chekkasiga to'g'ri keluvchi sohalar. Ammo bu qoidada ham istisnolar bor. Doimo terining barcha ochiq sohalarida jarohatlanavermaydi (bu mahalliy immunitet va qoraygan sohani himoya qilish xususiyatiga bog'liqdir). Bundan tashqari, toshmalar terining «yopiq» qismlarida ham kuzatilishi mumkin (kiyimlarning yetarli himoya qila olmasligi sababli). Bulardan tashqari, fotosensibilizatsiya shunchalik kuchli bo'ladiki, toshmalar quyosh nuri tushmagan sohalariga ham tarqalib, hatto eritrodermiyaga ham olib kelishi mumkin. Ammo bunday hollarda ham toshmalar dastlab terining quyosh nuri tushgan sohalarida paydo bo'ladi.

Toshmalar. Fotodermatozga turli xil eritemalar, papulalar, pilakchalar, bo'rtmalar, pufaklar, giper va gipopigmentli dog'larning hamkorlikda kuzatilishi xos. Ba'zan gemorragik toshmalar, eritrodermiya, chandiqlar kuzatiladi. Qo'shiluvchi eritema quyosh ta'siridan terining kuyishiga xos bo'lib, ayrim hollarda dori vositalariga nisbatan fototoksik reaksiyaning yagona belgisi bo'lishi mumkin. Tananing ochiq sohalaridagi eritematoz dog' bilan birga shish kuzatilishi polimorf fotodermatoz, quyoshli eshakemi va eritropoetik protoporfiriyaga xos. Tana ochiq sohalarining ayrim qismlaridagina qichishuvchan papulalar (kamroq pilakchalar) uchrashi polimorf fotodermatozga xos bo'lgan belgidir. Pufaklar kechki teri porfiriyasi, quyoshli eshakemi va dorilarga nisbatan fototoksik reaksiyalarga xosdir.

Qo'shimcha tekshirishlar. Barcha bemorlarda qonning umumiy tahlili, jigar, buyraklar faoliyatini ko'rsatuvchi biokimyoviy tekshiruvlar, zarurat bo'yicha teri biopsiyasi o'rganiladi. Sistemali qizil yugirikka gumon qilinganida quyosh nuri ta'sir etgan va ta'sir etmagan qismlaridan bioptat olinadi, undan tashqari, sog' terining quyosh nuri ta'sir etmagan qismidan ham biopsiya olinadi. Teri porfiriya gumon qilinsa, qon, siydik va axlatda porfirinlar bor-yo'qligi tekshiriladi. Fotosensibilizatsiyaga gumon bo'lsa, fotosinamalar, applikatsion sinamalar va applikatsion fotosinamalardan foydalaniladi.

Davosi va profilaktikasi. Fotodermatozlarni davolash va profilaktikasining umumiy prinsiplari:

1. Fotosensibilizatsiyali ta'sir ko'rsatish xususiyatiga ega bo'lgan barcha dori-darmon va boshqa turdagi vositalarni chetlatish.

2. Soat 10:00 va 16:00 oralig'ida quyosh nuri ta'siridan o'zini saqlash.

3. Yuqori darajada himoya qilish xususiyatiga ega bo'lgan fotohimoya vositalaridan foydalanish.

4. Oftob nuridan saqlovchi bosh kiyim va kiyimlar kiyish.

5. UFA nurlariga o'ta ta'sirchan bo'lgan kimsalar mavjud bo'lgan ko'plab fotohimoya vositalari kuchsiz ekanligi haqida ogohlantirishlari va quyoshli kunlarda himoya kiyimlarini kiygan holda, ma'lum vaqtlardagina quyosh ta'sirida bo'lishlariga ruxsat etiladi.

6. Mahalliy davo – teridagi o'zgarishlarga mos. Yengil holatlarda kortikosteroidli mazlar, og'ir hollarda, profilaktik nur bilan davolash kurslari o'tkaziladi (UF-V) yoki PUVA-terapiya (nurlantirish dozasi past bo'lishi zarur), ichishga kortikosteroidlar va immunodepressantlar buyuriladi.

Kech teri porfiriyasi (Porphyria cutanea tarda)

Kech teri porfiriyasi asosan, balog'at yoshidagi kimsalarda kuzatiladi, kasallikning nomi ham shunga ishora qiladi. Bemorlar shifokorga dastlabki uchrashganlaridayoq, terilarining quyosh nuriga nisbatan sezuvchanligi ortganligidan emas, qo'l terisining noziklashib, arzimast ta'sirlar natijasida pufaklar, tirnalishlar, yaralar hosil bo'lib qolishidan shikoyat qiladilar.

Tashxisni tasdiqlash oson: bemorlar siydigi Vud lampasi bilan yoritilganida, sarg'ish-qizg'ish nur qaytaradi. Porfiriyaning boshqa turlaridan farqli o'laroq, kech teri porfiriyasida qorin sohasida o'tkir og'riq, polineuropatiya va nafas yetishmovchiligi bilan kechuvchi xurujlar kuzatilmaydi.

Kasallik 30-50 yoshdagilarda kuzatiladi, bolalarda kamdan-kam uchraydi. 60 yoshdan katta bo'lgan erkaklar estrogenlar (prostata bezi raki bo'yicha) qabul qilishi hisobiga, ayollar 18-30 yoshda peroral kontratseptivlar qabul qilishlari evaziga kasallikka uchrashlari mumkin. Kasallik erkaklar va ayollarda deyarli bir xil uchraydi.

Provokatsiyalovchi omillar: etanol, estrogenlar, geksaxlorbenzol (fungitsid), xlorange fenollar, temir preparatlari, tetraxloridbenzo-p-dioksin. Kasallik xurujiga yuqori miqdordagi xlorixin sabab bo'lishi mumkin.

Xavf tug'diruvchi omillar: qandli diabet, gepatit C, VICH infeksiyasi.

Klinikasi. Kasallik sekin-asta boshlanadi. Qo‘l-oyoq panjalari yuzasidagi pufaklar quyosh nuri ta‘siridan vujudga kelib, ko‘p hollarda terining qizarishi vaqtidayoq paydo bo‘ladi. Bemorlar terilarining o‘ta nozik va oson jarohatlanuvchanligidan va uncha kuchli bo‘lmagan jarohatlardan keyin og‘riqli eroziyalar paydo bo‘lishidan shikoyat etadilar.

Eritropoetik protoporfiriyalar va kech teri porfiriyasida jigar xastalangan bo‘ladi. Variyegat porfiriyada esa vegetativ neyropatiya va qorinda o‘tkir og‘riqlar xuruj qilib turadi.

Teri toshmalari yuz, bo‘yin, to‘sh, qo‘llarning yozuvchi yuzalari, qo‘l-oyoqlarning panjalari yuzalarida joylashadi. Terida pufak, eroziya, qaloqlar, chandiqlar kuzatiladi. Ko‘rinishidan sog‘ bo‘lgan terilar yuzasida tarang tomli pufaklar kuzatiladi. Pufak, pufakchalar yorilib, o‘rnida sekin bituvchi eroziyalar hosil bo‘ladi. Eroziyalar pushti rangli atrofik chandiqlar hosil qilib bitadi. Yuz sohasida gipertrixoz kuzatilib, bu bemorlarning asosiy shikoyatlaridan biri hisoblanadi. Jarohatlangan teri sohasi sklerodermiyasimon zichlashgan, mumsimon, sarg‘ish-oqish o‘choq holda bo‘ladi. Yuz terisi, asosan, ko‘z atroflari ko‘kimsir tusda bo‘ladi. Terining ochiq sohalari esa diffuz melaninli giperpigmentatsiyalangan bo‘ladi (har doim ham emas).

Tashxisi. Tashxis – kasallikning klinik ko‘rinishi, Vud lampasi bilan nurlantirilganda (yoritilganda), o‘ziga xos sarg‘ish-qizg‘ish nur qaytarishining kuzatilishi va siydik tarkibida porfirinlar miqdorining oshishiga asoslanib qo‘yiladi.

Differensial tashxisi. *Pseudoporfiriya.* Bu kasallikka olib keluvchi omillar: dori vositalari (naproksen, siklosporin, ibuprofen, dapson, furosemid, tetratsiklin, piridoksin); gemodializ; solyariyga qatnash;

- jigar hujayrali rak;
- sistemali qizil yugirik;
- sarkoidoz;
- Shagren sindromi;
- C gepatiti.

Disgidrotik ekzemada kaft-tovon terisi jarohatlanib, bemorlarning yuzi jarohatlanmaydi.

Orttirilgan bullez epidermoliz klinik ko‘rinishi juda ham o‘xshash bo‘lib, teri oson shikastlanadi, ko‘kish dog‘lar paydo bo‘ladi, quyosh nuri ta‘siridan pufaklar hosil bo‘ladi, pufaklar subepidermal bo‘lib, dermaning yallig‘lanishi kam rivojlangan bo‘ladi.

Davosi:

— Spirtli ichimliklar ichishni to‘xtatib, boshqa provokatsiyalovchi omillarni bartaraf etish (ekstrogenlar, xlorlangan fenollar, tetraxlordibenzo-p-dioksin) zarur.

Porfiriya kasalliklarining tasnifi

	Eritropoetik porfiriya		Jigar porfiriya		
	Eritropoetik uroporfiya	Eritropoetik proto-porfiya	Kechteri porfiriya	Variyegat porfiriya	O'tkir almashinib turuvchi porfiya
Nasldan-naslga o'tish turi	Auto-som-ret-sessiv	Auto-som-dominant	Auto-som-dominant (oilaviy turi)	Auto-som-dominant	Auto-som-dominant
Klinik kartinasi: Fotosensibilizatsiya	Bor	Bor	Bor	Bor	Bor
Toshma	Bor	Bor	Bor	Bor	Bor
Qorinda xurujli og'riq	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Bor	Bor
Nevrologik va psixologik o'zgarishlar	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Bor	Bor
Laborator ko'rsatkichlar: eritrotsitlar uroporfirin	QQQ	M	M	M	M
Koproporfirin	QQ	Q	M	M	M
Protoporfirin	(Q)	QQQ	M	M	M
Siydik Porfobilinogen	M	M	M	(QQQ)	(QQQ)
Uroporfirin	QQQ	M	QQQ	(QQQ)	(QQQ)
Axlat Protrombin	Q	QQQ	M	QQQ	M

Eslatma: M me'yor; Q – me'yordan biroz yuqori; QQ yuqori; QQQ keskin oshgan; (Q) ayrim bemorlarda ortgan; (QQQ) kasallik avjlanganida ortgan.

— Gemoglobinning miqdorini 10 G % gacha kamaygunicha, 1-2 hafta orasida 500 ml qon olish.

— Agarda anemiya sababli qon olish taqiqlansa, xlorxin tayin etiladi. Davoni tajribali shifokor o'tkazishi zarur, aks holda esa kasallik avj olishi va hatto jigar yetishmovchiligi kuzatilishi mumkin. Xlorxin uzoq muddatli remissiyaga olib kelishi, ayrim bemorlarda esa metabolitik o'zgarishlarni bartaraf etishi, hatto to'liq tuzalishgacha olib kelishi mumkin.

— Eng samarali usul – 3-4 marta qon olish va undan so'ng esa kichik miqdordagi xlorxin tayinlashdir.

TUGUNCHALAR BILAN KECHADIGAN KASALLIKLAR

Tangachali temiratki (Psoriasis vulgaris)

Psoriaz – terining ko'p tarqalgan, papulo-skvamoz, surunkali, qaytalanib turuvchi, dunyoning turli mintaqalarida, turli yosh va jinsdagi odamlarda uchraydigan multifaktorli kasallik.

Etiologiyasi aniqlanmagan. Nasliy omillar ahamiyati katta, sababi 40 % hollarda nasliy anamnezda avlodda, oilada kasallik borligi aniqlangan. Kasallikka olib keluvchi va rivojlantiruvchi omillar quyidagilar: stress, virus, bakterial infeksiya, moddalar almashuvining buzilishi, immunologik holatning o'zgarishi va boshqalar. Kasallik patogenezida ham turli noaniqliklar mavjud, ma'lum nazariyalar orqali esa terining normal rivojlanishini ta'min etuvchi mexanizmlar blokadalanishi sabablari va buning oqibatida paydo bo'luvchi akantoz, parakeratoz, giperkeratoz, papillomatoz va Munro mikroabstsesslari aniqlanadi.

Klinik ko'rinishi. Psoriaz teriga monomorf, epidermodermal tugunchalar toshishi bilan xarakterlanadi. Toshmalar, asosan, boshning sochli qismi, qo'l-oyoqlar va tananing yozuvchi sohalarida joylashadi. Tugunchalar aniq chegarali, zich-elastik konsistensiyali, yassi, pushti-qizg'ish rangli bo'lib, yuzalari kumushsimon-oqish kepaklar bilan qoplanadi. Kepaklar tugunchaning o'rtasida paydo bo'lib, kattarib yengil ko'chadigan bo'ladi. Tugunchalarning o'lchami turlicha – nuqtadek kattalikda, moshdek, no'xatdek bo'lib atrofiga o'sish evaziga kattalashib, bir-birlari bilan qo'shilib, yirik-yirik pilakchalar hosil qiladi.

Psoriazning klinik kechishida uch bosqich – progressiv, statsionar va regressiv bosqichlari farqlanadi. Progressiv yoki boshlang'ich o'tkirlanish bosqichiga quyidagi klinik ko'rinishlari xos: yangi, mayda to'q qizil rangli

tugunchalarning hosil bo'lishi, mavjud tugunchalarning atrofiga o'sishi, markaziy qismlaridagina kepaklanishlar kuzatilishi, tugunchalar atrofiga «o'sish halqasi» hoshiyasining yanada to'q qizil bo'lishi va psoriasis uchligi belgisi: stearin dog'i, terminal parda va qon shudringi fenomenlarining oson chaqirilishi, Kebner fenomeni, ya'ni tashqi ta'sirotda javoban yangi toshmalarning vujudga kelishi.

Bulardan tashqari, bu bosqichda ayrim bemorlarda qichishish hissi kuzatiladi. Bu davrda turli stresslar, mikrotravmalar, noratsional davo ta'siridan jarayon avjlanib, toshmalar butun teri yuzasini qoplab olishi va psoriatik eritrodermiyasi vujudga kelishi mumkin.

Psoriazning stasionar bosqichida yangi tugunchalar paydo bo'lmaydi, tugunchalar yirik, atrofidagi o'sish halqachasi yo'q, rangi och-pushti tusda bo'lib, tugunchalarning butun yuzasi bo'ylab mo'l kepaklanish kuzatiladi. Tugunchalar yassilangan, atrofiga anemik halqa ko'rinadi. Psoriasis uchligi to'liq chaqirilmaydi, ya'ni qon shudringi fenomeni kuzatilishi qiyin. Kebner fenomeni ayrim hollarda kuzatilsa, ayrim hollarda sezilmaydi. Qichishish kam bezovta etadi.

Kasallikning regressiv bosqichida tuguncha yuzasidagi kepaklanish kam, deyarli yo'q, tugunchalar esa markazidan so'rilib, halqasimon ko'rinishga kiradilar (psoriasis anularis) yoki atrofidan so'rilib yo'qoladi va o'rnida depigment halqa ko'rinadi. Kebner va psoriasis uchligi fenomenlari manfiy. Tugunchalar so'rilib bo'lgan sohalarda giper yoki depigmentli yuzalar hosil bo'ladi (leucoderma psoriaticum).

Kasallikning paydo bo'lishi yoki avj olishi bahor-yoz, kimdadir kuz-qish fasllarida ko'proq kuzatiladi va shunga ko'ra kasallikning yozgi va qishki turlari hamda qishin-yozin pala-partish avj olsa psoriazning aralash turi hisoblanadi.

Ayrim hollarda eksudativ psoriasis (psoriasis exudativum) kuzatiladi. Bu turda to'q qizil qaloqsimon tugunchalar vujudga kelib, ular yuzasida qat-qat sarg'ish yoki qo'ng'ir-jigarrang kepaklanish kuzatiladi, kepaklar ko'chirilsa, kuchsiz namlanish o'chog'i ko'rinadi.

Kasallikning kam uchrovchi xili – pustulez psoriasis (psoriasis pustulosa). Bu xil psoriasis tanada, qo'l-oyoqlarda hamda kaft va tovon sohasi terilarida uchraydi. Psoriasis toshmalari bilan bir qatorda, pustulyoz elementlar toshishi, eritrodermiya, harorat ko'tarilishi, et uvishishi, kam quvvatlilik, leykotsitoz bilan kechadi.

Psoriatik eritrodermiya (erythrodermia psoriatica) – psoriazning og'ir asoratlaridan biri hisoblanib, ko'pincha noratsional mahalliy davodan so'ng kuzatiladi. Bunda psoriatik jarayon terining hamma qismini egallab olib, kasallik og'ir kechadi, bemor ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotadi, harorat ko'tarilib, et uvishadi va kuchli teri qichishishi bezovta etadi. Bu

xil bemorlarda yurak va buyrak yetishmovchiligi vujudga kelishi xavfi baland bo'ladi.

Psoriasis bilan og'rigan 10 foiz bemorlarda psoriatik artropatiya (arthropathia psoriatica) vujudga keladi. Asosan, qo'l-oyoq panjalarining oraliq bo'g'inlari, umurtqa pog'onasi bo'g'inlari jarohatlanadi. Kasallikning ilk belgilari: bo'g'implarda klinik o'zgarishlarsiz og'riq kuzatiladi. Keyinchalik kasallik avjlanishi oqibatida bo'g'implar shishadi, yuzasidagi teri qizaradi, harakat cheklanadi va og'riqli bo'ladi. Bo'g'implar borib-borib harakati susayib, bemorlar nogiron bo'lib qoladilar.

Psoriabda tirnoqlar o'zgarishi ko'p uchraydi (onychia psoriatica): nuqta-nuqta botiqlar (angishvona simptomi), tirnoqlarning qalinlashishi va ularning sinishi kabilar kuzatiladi.

Tashxisi:

1. Tugunchalar va xarakterli klinik ko'rinishi.
2. Psoriatik uchlik simptomi (*VI ilova*).
3. Gistologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- Lichen ruber planus;
- Dermatitis seborrhoica;
- Rityriasis rubra pilaris;
- Lichen rosea Gibert;
- Morbus Reiter;
- terining zamburug'li kasalliklari;
- eritrodermiya;
- Neurodermitis;
- Syphilis secundaria.

Davosi. Mahalliy davosi:

– Psoriazni davolashda, ayniqsa, mahalliy davolashda kasallikning klinik bosqichini ko'zda tutish kerak va progressiv bosqichda mahalliy davosiz yoki faqat indiferent yoki steroid malhamlar buyuriladi.

– Vitamin D – 3 saqllovchi Psorcutan (Daivonex) krem, mazi psoriazni davolashda samarali hisoblanmoqda. Jarohatlangan teriga kuniga 2 marta yupqa surtiladi.

– Kortikosteroid mazlari (deksametazon, selestoderm, lorinden, dermoveyt, klobetazol, nerizona, ftorokort) kasallikka ijobiy ta'sir etib 2 haftada terida o'zgarish kuzatiladi. Ularni ikki haftadan ziyod surtish mumkin emas, sababi noxush ta'sirlari (asosan, yuzda) kuzatilishi mumkin (teri atrofiyasi yoki buyrak usti bezi atrofiyasi).

– Ditranol (0,5 %, 1 %, 2 % krem yoki mazlari) – tez ta'sir ko'rsatuvchi davo. Maz yoki krem kuniga 1 marta (10 kun mobaynida) yupqa surtilib,

10, 20, 30 daqiqadan so'ng yuvib tashlanadi. Shifobaxsh ta'siri, asosan, 15-25 kundan so'ng kuzatiladi;

– 1-3 % salitsil kislotasi va 3-20% qora moy (konsentratsiyasi kasallik davriga qarab aniqlanadi) saqllovchi mazlar, kortikosteroid mazlari bilan birgalikda yoki ularsiz kuniga 1 yoki 2 marta surtiladi. Uzoq muddat foydalanish mumkin.

– Asalari zahri saqllovchi mazlar: Ungapiven va Helar (chistotel ekstrakti ham saqlaydi) – ular shifobaxsh ta'sirga ega, teri yallig'lanishi mushak va bo'g'imlar og'rig'i bilan kechsa qo'llaniladi. Ular kuniga 2 marta surtiladi, 10-20 daqiqadan so'ng yuvib tashlanadi. Asosan, eritropatik psoriyazda qo'llaniladi.

Umumiy davosi:

– sedativ vositalari; tinchlantiruvchi choylar, brom preparatlari, neyroleptiklar;

– progressiv davrida – antigistamin vositalari;

– vitaminoterapiya (B12 vitamini foliyevaya kislotasi bilan birgalikda. Yozgi turida – nikotin kislotasi, teonikol, trental).

Og'ir turlarida (tez-tez qaytalashida, 50-80 % teri jarohatlanganida):

– Sintetik retinoidlar (tigazon, neotigazon). Ular kuniga 0,2-1,0 mg/kg vazn hisobida ichiladi. Qabul qilish davomiyligi individual, 1-2 oy va undan uzoqroq, kuniga 2 marta qabul qilinadi, samarasi sezilgach, miqdori kamaytiriladi yoki qabul qilish to'xtatiladi.

– Sitostatik vositalari (metotreksat). Ular asosan, katta yoshdagi bemorga tayin etiladi. 1 hafta mobaynida 15 mg dan (5 mg dan 3 mahal har 12 soatda). Salbiy ta'siri – jigar kasalligi, tez retsidiv berishi qo'zg'atilishini yodda tutish zarur.

– Immunoterapiya (timestimulin, T-aktivin, natriy nukleinat, leakadin, immunomodulin va boshqalar).

Bemorning immun holati aniqlangach, inyeksiya, tabletka yoki poroshok holida dorilar buyuriladi.

– Juda og'ir hollarda immunosupressorlar (Sandimmun) qo'llaniladi, yaxshi ta'sir etsa-da, qaytalashning oldini ololmaydi.

– Fizioterapiya: uzun va qisqa (UVA va UBN) to'liq ultrabinafsha nurlari bilan toblash;

– Fotoximioterapiya, ya'ni fotosensibilizator (psoboran, psoralen, puvalen, lamadin) ichilgandan keyin uzun to'liq ultrabinafsha nurlari bilan (PUVA-terapiya) o'tkaziladi.

Qizil yassi temiratki (Lichen ruber planus)

Qizil yassi temiratki surunkali kasallik bo'lib, teri va ko'rinadigan shilliq pardalarda monomorf papulez toshmalar toshib, kuchli qichishish bilan xarakterlanadi. Ayrim hollarda tugunchalar chegaralangan holda og'iz shilliq pardasi, lab qizil hoshiyasida va jinsiy a'zolarida joylashishi mumkin.

Kasallik turli yoshda uchrashi mumkin, shilliq pardalar jarohatlanishi ko'proq 40-60 yoshlardagi ayollarda uchraydi.

Etiopatogenezi. Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratkining paydo bo'lishi, uzoq kechishi, davoga chidamliligi ma'lum darajada bemorda surunkali kasalliklarning borligiga, natijada organizm himoya vazifasining susayishiga olib keladi. Bu borada birinchi navbatda, oshqozon-ichak tizimi kasalliklari, jigar, oshqozon osti bezi holati ahamiyatga ega. Ayrim kishilarda kasallik bevosita tomir (xafaqon) va endokrin (qandli diabet) patologiyalari bilan bog'liq. Ma'lum darajada og'iz shilliq pardasining tish patologiyasi tufayli travmatizatsiyaga uchrashi sabab bo'ladi. Turli xil metallardan tayyorlangan qoplama tishlar so'lak tarkibiga jiddiy ta'sir etadi, so'lak tarkibida metall zarrachalari kuzatilib, galvanik toklar hosil bo'ladi. Shu sababli fermentlar ajralishi sekinlashadi, bu ham kasallik kelib chiqishida ma'lum ahamiyatga ega.

Klinikasi. Terida poligonal shaklli, ko'kintir-qizg'ish rangli, o'lchamlari 0,2-1,0 sm diametrli, yassi, qattiq qichishadigan tugunchalar toshadi. Tugunchalarga chetdan qaraganda, yuzasi mumsimon yaltiroq bo'lib, markazida kindiksimon botiq ko'rinib turadi. Ust qismida bir-biriga perpendikulyar joylashgan chiziqchalar ham aniqlanadi (Uikxem setkasi). Toshmalar qo'shib, pilakchalar hosil bo'ladi. Ayrim hollarda tugunchalar teridan ancha ko'tarilib turadi.

Toshmalarning asosiy joylashadigan sohasi: qo'l va oyoq panjalarining yuza qismi, bilakning ichki yuzasi, bilak panja burmasi, tizzaning old yuzasi, og'iz shilliq pardasi: lunj, til, milk, tanglay, lab qizil hoshiyasi va jinsiy a'zolar sohasi hisoblanadi.

Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki turli xil klinik ko'rinishga ega bo'ladi va uning 6 turi tafovut etiladi: tipik, ekssudativ giperemik, eroziv-yarali, bullyoz, giperkeratotik va atipik.

Tipik turining klinik ko'rinishi: o'lchami 2 mm mayda oqish-qo'ng'ir tusli, yaltiroq tugunchalar holida kuzatilib, tugunchalar bir-biri bilan qo'shib, to'r, chiziq-chiziq, bargsimon shakllarni hosil qiladi. Tilda tugunchalar 1 sm gacha pilakcha ko'rinishida bo'ladi va leykoplakiyani eslatadi. Yuzasidagi qo'ng'ir-oqish parda shpatel yordamida qirilsa ko'chmaydi.

Lab qizil hoshiyasida qo'shilgan tugunchalar ayrim hollarda yulduzsimon shaklga ega bo'ladi. Ko'p hollarda qo'shilib, yo'l-yo'l kepaklanuvchi pilakchalar hosil qiladi. Ba'zan lab yuzasini qoplasa, bemorlar quruqlash va issiq, dag'al ovqat qabul qilish vaqtida biroz og'riq his etadilar. Lunj shilliq pardasida joylashgan tugunchalar tish ildizlari atrofi, til, milk, og'iz tubini jarohatlaydi, ko'proq quyi lab jarohatlanadi.

Ekssudativ giperemik turi tipik tugunchalar toshishi bilan xarakterlanadi, toshmalar qizarib shishgan shilliq pardalarda joylashadi. Bu og'riq bilan kechib, og'riq asosan, issiq, achchiq, dag'al ovqat qabul qilish vaqtida kuchayadi.

Eroziv-yarali turida kasallik og'ir kechib, davolash qiyin bo'ladi. Bu tur tipik va ekssudativ giperemik turining asorati hisoblanib, o'ta yallig'langan o'choqlarning travmatizatsiyasi natijasida vujudga keladi. Bu turida og'iz shilliq pardasida, labda eroziya, kam hollarda yara hosil bo'ladi, ular atrofi giperemiyalangan asosda tipik tugunchalar joylashadi. Eroziyalar noto'g'ri shaklga ega, fibrinoz parda bilan qoplangan, parda ko'chirilsa, oson qonaydi. Ular ham mayda va og'riq rivojlanmagan bo'ladi. Ayrim hollarda ko'plab, juda og'ruvchi eroziyalar paydo bo'ladi. Bu xil eroziyalar uzoq muddat – yillab bitmasligi mumkin. Davolash oqibatida eroziyalar bitib, davo to'xtatilgach, qayta paydo bo'lishi kuzatiladi.

Eroziv-yarali qizil yassi temiratkinining qandli diabet yoki xafaqon bilan birga uchrashi Grinshpal sindromi deb ataladi. Bunday hollarda qizil yassi temiratkinining kechishi qandli diabet yoki xafaqon kasalligining kechishiga bog'liq, qonda qand miqdori va qon bosimi normallasha, toshmalar regressi kuzatiladi.

Og'iz shilliq pardasida juda kam uchrovchi atrofik turi eroziv-yarali turning davomi hisoblanadi.

Bullyoz turida tipik tugunchalar bilan bir qatorda, igna uchidan to loviya kattaligigacha boruvchi pufakchalar kuzatiladi, pufakchalar po'stlog'i tarang va qalin bo'ladi. Og'iz shilliq pardasidagi pufakchalar bir necha soatdan 2-3 kungacha saqlanadi. Ulardan hosil bo'lgan eroziyalar tezda bitadi va bu belgi bullyoz turini eroziv-yarali turdan farq qildiradi.

Qizil yassi temiratkinining *atipik turi*, asosan, yuqori lab shilliq pardasi va u bilan tegib turadigan yuqori jag' milklarida uchraydi. Yuqori labning markaziy qismida aniq chegarali giperemiya o'choqlari kuzatiladi, ular simmetrik. Bu o'choqlar atrofi shilliq pardasidan yallig'langan infiltrat va shish hisobiga ko'tarilib turadi, ular yuzasida biroz xiralashgan epiteliy oqish pardaga o'xshab ko'rinadi, u shpatel yordamida qirilsa ko'chmaydi. Ko'pincha o'choqlar yuzasida so'lak bezlari chiqaruv naychalarining uchi kengaygan holatda bo'ladi (ikkilamchi glandulyar xeylit), yuqori lab shishi

kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlarda yuqori milklar so'rg'ichlari qalinlashgan, biroz shishgan, giperemiyalangan bo'lib, yengil ta'sirdan qonaydi, shpatel bilan asta ishqalansa eroziya kuzatiladi. So'rg'ichlar yuzasida nozik, oqish to'r ko'rinadi. Bemorlar og'riq va achishishdan shikoyat etadilar, ayniqsa, issiq, o'tkir ovqat qabul qilish vaqtida og'riq kuchayadi.

Yuqorida ko'rib chiqilgan qizil yassi temiratning turlari bir-biriga o'zgarib o'tishi mumkin. Qizil yassi temiratki og'iz shilliq pardasida uzoq yillar saqlanishi, bunga somatik hamda tish kasalliklari sabab bo'lishi mumkin.

Tashxis. Qizil yassi temiratning tipik xillarida, ayniqsa, terida toshma bo'lsa, tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi. Agar toshma faqat og'iz shilliq pardasida joylashsa, tashxis qo'yish biroz qiyinroq bo'ladi.

Og'iz shilliq pardasidagi qizil yassi temiratning klinik ko'rinishi leykoplakiya, qizil yugirik, zaxm tugunchalari ko'rinishiga o'xshab ketadi.

Leykoplakiyada qizil yassi temiratkidani farqli o'laroq, qo'ng'ir tusli, sidirg'a pilakchali muguzlanish kuzatiladi.

Qizil yugirikda o'choq giperemiyalangan, infiltratsiyalangan, o'choq yuzalarida mayda nuqta misoli giperkeratoz kuzatiladi, o'choq markazida atrofiya bo'ladi va bu xil o'zgarishlar qizil yassi temiratkiga xos emas.

Zaxm tugunchalari odatda yirik, dumaloq suyri shaklli, yuzalari qo'ng'ir-oqish tusli parda bilan qoplangan, qirilsa ko'chadi va tuguncha yuzasidan rangsiz treponema aniqlanadi. Bu xil bemorlarning qon zardobida RW musbat bo'ladi.

Eroziv-yarali qizil yassi temiratkini oddiy po'rsildoq yarasi bilan qiyoslaganda, po'rsildoq yara eroziyalari atrofida tipik tugunchalar bo'lmaydi, ammo eroziya atrofida tiklanayotgan epiteliy oqish-perlamutr rangida bo'lib, qizil yassi temiratki tugunchalarning qo'shilganiga o'xshaydi. Bunday hollarda bosma-surtma tahlil o'tkazish kerak. Po'rsildoq yarada akantolitik hujayra aniqlanadi.

Leykoplakiyaning eroziv turida eroziya atrofidagi muguzlanish o'choqlari rasmi yo'q bo'ladi va sidirg'a pilakcha hoida kuzatiladi, atrof shilliq pardasidan ma'lum darajada ko'tarilib turadi.

Ko'p xilli eksksudativ eritmada shilliq pardada rivojlangan giperemiya, shish kuzatiladi, ular yuzasi esa pufak va noto'g'ri shaklli eroziya, fibroz parda bilan qoplangan bo'lib, kuchli og'riq bezovta qiladi. Eroziya atrofida tugunchalar bo'lmaydi. Jarohat 4-6 haftada bitadi.

Prognoz. Kasallik xushfe'l kechadi, ammo uzoq davom etadi. Ayniqsa, eroziv-yarali turi og'ir va uzoq kechib, bemorlar ovqatlanishi, hatto gapirishi og'riqli va qiyin bo'ladi.

Davosi. Patogenetik davo tayin etish uchun bemorlar diqqat bilan tekshirilishi shart.

Birinchi navbatda oshqozon-ichak tizimi tekshiriladi, qonda qand miqdori, qon bosimi aniqlanadi, bemorning asab-psixik statusi (holati) tekshiriladi. Og'iz shilliq pardasida joylashgan qizil yassi temiratki kuzatilsa, hamma bemorlarning og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinadi: har xil metall qoplamalari olib tashlanadi va ratsional protezlash ahamiyati katta, u medikamentoz davu bilan birga olib boriladi. Bunday bemorlarga issiq, dag'al ovqat qabul etish man etiladi, ekssudativ-giperemik va eroziv-yarali turida o'tkir va shirin ovqatlar man etiladi.

Kasallikning barcha turida sedativ terapiya, tipik ekssudativ giperemiya turida retinol-atsetat, A vitamini kontsentrati (10 tomchidan 3 mahal kuniga, 2 oy davomida, 2 oy tanaffus bilan), uzoq vaqt B guruhi vitaminlari qabul etish, ayniqsa, nikotin kislotasi tayin etiladi.

Eroziv-yarali va bullyoz turida prednizolon kuniga 20-25 mg (triamtsinolon 16-20 mg, deksametazon 3-3,5 mg), xingamin kuniga 0,25 g dan 1-2 marta, 4-6 hafta davomida, nikotin kislotasi (0,05 g kuniga, 3 mahal ovqatdan so'ng) yoki teonikol 1 tab. x 3 mahal yoki m/o 1-1,5 oy davomida). Prednizolon miqdori 7-10 kunda 5 mg dan kamaytirib beriladi.

Chegaralangan eroziv-yarali turida o'choqqa gidrokortizon suspenziyasi yoki prednizolon tayinlanadi. Inyeksiya 3 kunda 1 marta 1-1,5 ml. Har bir eroziyaga bosqichda 8-12 inyeksiya. Bunday bosqichli davu har 3-4 oyda qaytarilib turadi.

Uzoq bitmovchi yakka eroziyalar bo'lsa, jarrohlik usulida kesib tashlash yoki kriodesstruksiya yaxshi natija beradi. Gormonal malhamlardan surtish o'tkir yallig'lanishni kamaytirib, eroziyalarni bitkazadi.

Jiberning pushti rangli temiratkisi (Pityriasis rosea Gibert)

Jiberning pushti rangli temiratkisi tez-tez uchrab turadigan teri kasalligi bo'lib, qizil-pushti rozeolasimon dog'larning tana terisida paydo bo'lishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. Kelib chiqishi aniqlanmagan. Lekin viruslar va bakteriyalarning kasallik patogenezidagi o'rni ko'p muhokama bo'lyapti.

Klinikasi. Ayrim bemorlar kasallik ko'zga ko'rinmasdan oldin biroz harorati ko'tarilganidan va darmonsizlik, ba'zan bo'g'imlarda paydo bo'lgan og'riqlardan shikoyat qiladi. Kasallik terida bitta qizilsimon rangli, oval tangachani eslatadigan (ona pilakcha), kattaligi o'rtacha 3-4 sm keladigan, chegaralari aniq bo'lgan dog' bilan boshlanadi. Bir necha kun ichida atrof qismi yengil infiltratsiya hisobiga sal ko'tariladi, pilakcha markazi esa sariqsimon-pushti bo'lib, usti g'ijimlangan papiros qog'oziga

o'xshab qoladi va mayda kepaklanish ko'rinadi. Ona pilakcha ko'ringandan 3-4 kun keyin soni ko'p mayda pilakchalar (qizcha pilakchalar) asta-sekin paydo bo'la boshlaydi. Toshmalar odatda ko'proq tanada, kamroq oyoq-qo'llarda, mayda – 1-3 mm dan to 1-2 sm gacha kattalikda bo'lib, Langer chiziqalar yo'nalishi bo'yicha joylashadi. Ayrim bemorlar yengil qichishish borligiga e'tibor qiladilar.

Kasallikni davolamasa ham, 4-6 hafta ichida yo'qolib ketadi. Ammo bemor vanna, dush qabul qilib yoki mahalliy kuchli ta'sirlovchi malhamlar ishlatsa, yangi toshmalar paydo bo'lib, kasallik uzoq vaqtga cho'zilishi mumkin.

Tashxisi. Ona pilakcha, keyinchalik qizcha pilakchalarning paydo bo'lishi, ularning joylashishi aniq tashxis qo'yishga asos.

Differensial tashxisi:

1. Teridagi zamburug' kasalliklar (mikroskopik usulda zamburug' borligi aniqlanadi).

2. Rozeolez zaxm seroreaksiyalar orqali aniqlanadi.

3. Psoriasis (tugunchalar, kuchli kepaklanish, Auspitts uchligi).

4. Toksikodermiya o'tkir kechadi, og'riq va achishish bo'ladi.

Davosi. Mahalliy kortikosteroid yoki indifferent malhamlarni ishlatish mumkin.

DO'MBOQCHALAR BILAN KECHADIGAN KASALLIKLAR

Do'mboqchalar terining surunkali infeksiyon (yuqumli) spetsifik kasalliklarda (teri sili, moxov, uchlamchi zaxm, leishmanioz) va ayrim sababi aniqlanmagan (sarkoidoz) dermatozlarda uchraydi.

TERI SILI (Tuberkulosis cutis)

Teri sili umumiy organizmdagi sil infeksiyasining bir ko'rinishi bo'lib, odatda bor ichki a'zolari tuberkulyoz jarohatidan, aksariyat ichki superinfeksiyalanish natijasida teriga tarqalib paydo bo'ladi. Tekshirganda, umumiy tuberkulyozga xos bemorning tashqi ko'rinishi va ichki a'zolar yallig'lanishining obyektiv belgilariga qo'shimcha, terida o'ziga xos toshmalar, ya'ni do'mboqchalar borligi aniqlanadi. Teri sili bugungi kunda juda kam uchraydi. Lekin keyingi yillar ko'p davlatlarda ijtimoiy kasalliklarning epidemik holati oshib ketishi va ular ichida sil kasalligining ham ko'payishi, albatta, ertaga terining spetsifik yallig'lanishiga, ya'ni teri silining ko'payib ketishiga olib keladi.

Etiologiyasi. *Mycobacterium tuberculosis* (Kox, 1882-y.) spirt va kislota ta'siriga juda chidamli tayoqcha bo'lib, bemorning ajralmasida ko'p miqdorda topiladi. Lekin sil kam yuqumli, surunkali, sekin rivojlanib kechadigan kasalliklar guruhiga kiradi.

Teri silining klinik ko'rinishlari xilma-xil bo'lib, ko'proq mikobakteriyaning virulentligi va uning turi, organizmning immuniteti va kurash qobiliyati, bemorning mehnat va turmush sharoitlari, ovqatlanish sifati bilan bog'liq bo'ladi. Teri silini ikki guruhga ajratadilar:

1) chegaralangan (sil yugirigi, ya'ni oddiy volchanka, skrofuloderma, so'galsimon, yarali, sil shankr) teri sili;

2) tarqalgan (papulo-nekrotik, Bazen indurativ eritemasi, lixensimon, milliar tarqalgan volchanka, o'tkir tarqalgan milliar) teri sili.

Amaliyotda, umumiy amaliyot shifokori bemordagi belgilarga (do'mboqcha) asoslanib, sil kasalligini aniqlab yoki borligidan shubhalanib, mutaxassisga yuborsa, u katta yordam bergan bo'lardi. Chunki teri silining turlarini bir-biridan ajratish va davolash ko'proq ftiziatr yoki dermatovenerolog mutaxassislarining vazifasidir.

Sil yugirigi (sil volchankasi) teri silining eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, asosan, yoshlikdan boshlanib, ko'proq bemorning yuzidagi terisini jarohatlaydi. Olimlar teridagi xunuk jarohat o'choqlarini bo'ri g'ajigan inson terisiga o'xshatib, kasallikka «volchanka» deb nom berganlar. Shunday qilib, asosiy jarohatlar bemorning yuzida bo'lsa, ayrim bemorlarda qo'l-oyoqlarda yoki tanada joylashishi mumkin. Toshmalar odatda avval terida yoki burunning shilliq pardalarida paydo bo'lib, keyinchalik atrofga tarqalib ketishi mumkin.

Klinikasi. Tuberkulyoz do'mboqchalari (lyupomalar) chuqur joylashib, boshlanishda sariqsimon-qizil rangli, mayda 2-5 mm kattalikdagi, aniq chegarali dog' bo'lib ko'rinadi.

Bir necha oylar o'tib, yallig'lanish kuchayadi va do'mboqchalar teri sathidan aniq ko'tarilib, ko'zga tashlanib turadigan bo'ladi. Do'mboqchalarni paypaslaganda, yumshoq konsistensiyaligi aniqlanib, ular odatda og'riqsiz kechadi. Vaqt o'tib, ular kattalashib bir-biri bilan qo'shi-lib ketishi mumkin. Do'mboqcha buyum oynasi bilan bosilsa (diaskopiya usuli), yallig'langan o'choqdagi qon tomirlar qisqarib qonsizlangani oqibatida toshmalar rangi o'zgaradi va sariqsimon-qizil rangli do'mboqchalar ba'zan oqish-sariq ko'rinishga ega bo'ladi va olma jelesini eslatadi (olma jelesi simptomi). Ikkinchi tuberkulyozga xos bo'lgan simptom yoki Pospelov A. simptomini (zond tushib ketishi simptomi) aniqlash uchun o'tmas zond bilan do'mboqcha ustidan bosiladi. Bemor terisida kollagen va elastik tolalari kasallik oqibatida parchalangan bo'lgani uchun ular

epidermisdan o'tgandan keyin qarshilik ko'rsatmasdan bosilgan zond teriga yengil kirib ketishiga asos bo'ladi.

Sil yugirigida va teri silining boshqa turlarida ham do'mboqcha keyinchalik yaralanib bitadi yoki quruq bitish yo'li bilan surilib, yo'qolib, o'rnida chandiqli atrofiya qoldiradi. Chandiqli atrofiya o'chog'ining terisi nozik. yupqa, xuddi g'ijmlangan papiros qog'ozidek bo'lib, yaltirab turadi. Do'mboqcha o'rnida yara paydo bo'lsa, uning atrof-chetlari yumshoq, osilib turadigan, osti notekis va ko'p miqdorda seroz-yiringli, yengil qonab turadigan ajralma ko'rinib turadi. Chandiqlar yuzasida vaqt o'tib yangi do'mboqchalarning vujudga kelishi teri siliga juda xos belgidir.

Sil yugirigi kasalligi turli klinik ko'rinishda bo'lishi mumkin va hammasida ham regional limfa tugun yallig'lanib, kattalashib, bir-biri bilan bog'lanib qoladi va bemor og'riq borligini sezadi.

Sil yugirigi yoshlikda boshlanib, ko'p yillar davomida surunkali, vaqti-vaqti bilan o'tkirlashib kechadi va terining anchagina qismini jarohatlashi natijasida, ko'proq ikkilamchi infeksiyanish belgilari va ba'zan o'rnida xavfli o'smalar vujudga kelishi bilan ajralib turadi.

Tashxisi:

1. Bemorning tashqi ko'rinishi.
2. Ichki a'zolar tuberkulyozi.
3. Teridagi do'mboqchalardan iborat toshmalar va klinik belgilar (olma jelesi va zond tushib ketish simptomlari).
4. Teri biopsiyasi (granulema, kazeoz nekrozi).
5. Sil mikobakteriyalarini izlash.

Differensial tashxisi:

1. Lepra.
2. Syphilis terciaria tuberculosa.
3. Leishmaniosis cutis.

Skrofuloderma yoki kollik va tivteri sili tez-tez uchrab turadigan va ko'proq yosh bolalar orasida tarqalgan kasallik: ko'proq o'pka va boshqa ichki a'zoldagi sil o'choqlaridan teriga ikkilamchi tarqalib, ko'pda limfatik tomirlar bilan bog'liq bo'ladi.

Klinikasi. Skrofulodermada sharsimon, diametri 1-3 sm li, teri osti yog' kletchatkasida va ko'proq limfatik tomirlar yo'nalishi bo'yicha joylashgan tugunlar aniqlanadi. Ularning soni bittadan bir nechtagacha yetishi mumkin. Ular qattiq konsistensiyali, harakatchan, bir-biri bilan bog'liqsiz va og'riqsiz bo'ladi. Ustidagi teri o'zgarmagan. Keyinchalik tugunlar kattalashib, atrofidagi to'qimalar va teri bilan qo'shilib harakatchanligini yo'qotadi, ustidagi teri ko'kimtir-binafsha rangga kiradi. Vaqt o'tgach, tugunlar yumshab, ustidagi teri yupqalashib, flyuktuatsiya rivojlanadi va bir yoki bir nechta joydan yorilib (svish),

ko'p teshikli yaralar paydo bo'ladi. Yaralarning qirralari chuqur va yumshoq, notekis, osilib turgan bo'ladi va tezda qon qo'shilib, ko'p miqdorli yiring ajratishi bilan xarakterlidir. Keyinchalik yaralarda sariqsimon granulyatsiyalar paydo bo'lib, ustida cho'ntakchalar vujudga keladi va ularning to'qimalari yengil parchalanib, uzilib turadi. Yaralar ustida turli xil o'siqlari bor, notekis xarakterli chandiqlar hosil qiladi. Ayrim sabablarga ko'ra kasallik qayta rivojlansa, chandiqlar ustida yangi toshmalar vujudga kelishi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli deyarli buzilmaydi.

Differensial tashxisi:

- Syphilis gummosa.
- Ectima vulgaris.
- Gidroadenitis.

Davosi va profilaktikasi.

1) umumiy sil jarohatlarini izlab butun organizmni davolash (PASK, streptomitsin, rifampitsin, ftivazid, tubazid);

2) organizmning umumiy quvvatini oshiradigan harakat (sifatli ovqatlanish);

3) atrof-muhitdagi negativ ijtimoiy-iqtisodiy omillar ahamiyatini bartaraf etishga qaratilishi lozim.

Moxov (lepra)

Moxov – og'ir, yuqumli, uzoq aniqlanmagan inkubatsion davr, turli boy klinik belgilar va ko'p ichki a'zolar va sistemalar jarohatlari bilan kechadigan kasallikdir. Kasallik bir necha ming yillik tarixga ega bo'lib, odamzodga ko'p qiyinchiliklar keltirgan. XII–XIII asrlarda Yevropa davlatlarida endemiya va pandemiya holatida kechgan va bu kasallikka qarshi birinchi kurash kasallik belgilari bo'lgan kimsalarni shahar-qishloqlardan chiqarib yuborib, moxovxona yoki moxov qishloqlari tashkil etish bilan boshlangan. Ayrim davlatlarda bemorlarga bo'lgan munosabat undan ham dahshatli bo'lgan. Bugungi kunda ro'yxatga olingan bemorlarning soni 5-6 mln. bo'lib, ularning asosiy qismi Afrika, Janubiy-Sharqiy Osiyo va Osiyo davlatlarida yashaydi. Kasallik, asosan, bu yerdagi aholining ijtimoiy va iqtisodiy ahvoli, madaniy saviyasi past bo'lgan qismida uchraydi. Uzoq yillar davomida moxovga chalingan bemorlar maxsus kasalxonalarda, ya'ni leprozoriyalarda davolanib kelingan. Sobiq Ittifoq davrida mamlakatning bir qancha hududlarida moxovxonalar bo'lgan. Shu jumladan, O'zbekistonda ham 1931-yili hozirgi Jizzax viloyatining Baxmal tumani hududida ham moxovxona qurilgan edi. Ushbu kasalxona 2006-yilning noyabr oyida mutlaqo yopildi.

Hozirgi paytda respublikamizda kasallik sporadik holatda uchrashi kuzatiladi, xolos.

Etiologiyasi. Moxov qo'zg'atuvchisi 1871-yil Hansen tomonidan aniqlangan va 1931-yil unga *Mycobacterium leprae hominis* nomi berildi. Ular tuberkulyoz mikobakteriyasini eslatadigan, spirt va kislotaga ta'siriga juda chidamli, uzunligi 1,5-6 mikron va kengligi 0,2-0,5 mikronga teng tayoqchalar bo'lib, ko'pincha parallel sigarasimon yoki sharsimon bo'lib joylashadilar. Bugungi kungacha uning sof undirma (kultura)si olinmadi va faqat keyingi yillarda hayvonlarda (bronenosets) eksperimental chaqirish imkoniyati topildi. Bemor, ayniqsa, yangi toshmalari bo'lsa, juda ko'p miqdorda lepraning qo'zg'atuvchisiga ega bo'lib, ularni doimo ajratib turishga munosib bo'ladi. Mikobakteriyalar ko'p miqdorda insonning deyarli hamma suyuqlik va ajramalarida topiladi. Misol, burunning shilliq qavati suyuqligidan bemor bir aksirganda yoki tinch 3-4 minut gapirganda bir necha yuz ming batsillalar atrofga ajralib ketadi. Batsilla tanaga faqat teri yoki shilliq qavatlar butunligi buzilgan joyidan kirishi va insonning himoya kuchlari juda kamayib ketgan holda kasallik rivojlanishi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 1-2 yildan to 15-20-yillar va undan ko'proq ham bo'lishi mumkin. Ayrim olimlar moxovning birinchi klinik toshmalaridan oldin prodromal davri borligi va unda revmatoid og'riqlar, paresteziya va gipersteziyalar mumkinligini eslatadilar.

Moxovning lepromatoz, tuberkuloid va differensiyalanmagan turlari ajratiladi.

Bulardan eng og'ir va yuqumlisi – *lepromatoz moxov, yaxshi fe'lli – tuberkuloid va ular o'rtasida turgan differensiasiya lanmagan* turidir. Oxirgisi bemorning ichki himoya kuchlarining rivojlanishiga qarab o'zgarib turadi. Ya'ni, qarshilik kuchaysa, kasallik tuberkuloid turiga, pasaysa, yomon fe'lli lepromatoz turiga o'tishi mumkin.

Moxov kasalligida eritematoz, yaltiroq, turli kattalikda bo'lgan ovalsimon dog'lar paydo bo'ladi. Tezda ular zang rangli bo'lib, infiltratsiya oqibatida zichlashib boradi va ichida asta-sekin kattalashib boradigan tugunlar ko'zga tashlanib qoladi. Bu moxovning asosiy klinik toshmasi bo'lib, *leproma* deyiladi.

Moxovda kasallik boshlanish davridan terida sezuvchanlik yo'qoladi. Tekshirilsa, bemorda issiq-sovuqni, og'riqni, bosimni sezish yo'qolgani yengil aniqlanadi.

Vaqt o'tib, bemorning qosh, sochlari lateral tomondan tushib ketadi va yaltirab turgan terida rivojlangan infiltratlar orasidagi katta tugunlar

bir-biri bilan qo‘shilib, usti notekis bo‘lib, o‘z og‘irligidan osilib qoladi. Bu moxov bemorning yuzi juda xarakterli bo‘lib, «sher aftini» eslatadigan ko‘rinish berib turadi.

Ayniqsa, moxovning lepromatoz turida burun, og‘iz, ko‘z shilliq pardalari jarohatlanishi ko‘p uchrab turadi. Bu yerda seroz suyuqliklar ajralishi kamayib to‘xtab qoladi va oqibatda burunning tog‘ay qismi jarohatlanib, ko‘tarilib qoladi, ko‘zlarni esa butunlay ko‘r qilib qo‘yadi.

Moxovning tuberkuloid turiga ko‘proq asab sistemasining jarohatlanishi va terida yumshoq do‘mboqchalar, gipopigment dog‘lar, soch to‘kilishi ko‘rinishi va bemorda terlash xususiyati yo‘qolib ketishi xarakterlidir.

Differensiyalanmagan moxovda ko‘proq eritematoz, gipopigmentli yoki giperpigmentli dog‘lar bilan birga asab tolalarining simmetrik jarohatlanishi, paralichlar, kontrakturalar va chuqur atrofik yaralar vujudga keladi.

Moxov kasalligi tez-tez zo‘rayib turishi bilan xarakterlidir. Asablanish, ichki kasalliklar yoki ikkilamchi infeksiya qo‘shilishi, faslga mos o‘zgarishlar bunga sabab bo‘ladi.

Tashxis. Albatta, mutaxassis tomonidan to‘liq tekshirilgandan keyin tashxis qo‘yiladi. Bunda:

1. Terining sezgirlik qobiliyatini aniqlash.
2. Bakterioskopiya – burun shilliq qavatidan, limfatugun punksiyasi.
3. Gistamin sinamasi – qizarish bo‘lmaydi.
4. Minor sinamasi – 10 % yod surtib, ustidan kraxmal, keyin aktiv harakat. Terlash oqibatida yod terini qora-binafsha rangga bo‘yaydi. Moxovda terlash bo‘lmaydi.

5. UFOga sinama – giperpigmentatsiya bo‘lmaydi.

6. Lepromin sinamasi (tuberkulin sinamasiga o‘xshash).

Davosi.

1. Sulfon preparatlari: DDS (diamindifenilsulfon), sulfetron, leprosan, promin, diazon qo‘llaniladi.

2. Bemorning oila a‘zolarini va boshqa yaqin muloqotda bo‘lganlarni tekshirib, kerak bo‘lsa, profilaktik davo olib borish kerak.

Teri leishmaniozi. Borovskiy kasalligi (Leishmaniosis cutis)

Teri leishmaniozi – endemik, parazitlar, yuqumli transmissiv kasallik. Kasallik vujudga kelishi uchun, albatta, infeksiya rezervuaridan (bemor odam yoki hayvon) moskit (infeksiya tashuvchi) qon bilan birga, kasallik qo'zg'atuvchisini (*Leishmania tropica*) yutib olishi va keyinchalik bu moskit sog' odamni chaqib, unga yuqtirishi mumkin.

Etiologiyasi. 1898-yilda Toshkent harbiy gospitali shifokori P.F.Borovskiy tomonidan kasallik qo'zg'atuvchisi aniqlangan. Keyinchalik (5 yildan keyin) Hindistonning turli shaharlarida ishlayotgan ingliz olimlari – Leishman va Donovan, bir-biridan va P.F.Borovskiyning ishlaridan bexabar holda, visseral leishmaniozi qo'zg'atuvchisini aniqlaydilar va ularni o'z nomlari bilan *Leishmania donovani* deb ataydilar. Ingliz olimlari P.F.Borovskiyning ilmiy natijalari bilan tanishgandan keyin (1945-y), teri leishmaniozi qo'zg'atuvchisiga *Borovskiy tanachalari* degan sinonim kiritganlar.

Epidemiologiyasi. Leishmaniozga qarshi kurashdagi yutuqlarning asosiy qismi hududimizda xizmat qilgan olimlar va mutaxassislar nomlari bilan bog'liq. Visseral va teri leishmaniozining shahar turlari to'liq yo'qotilgan bo'lsa, teri leishmaniozining qishloq turi respublikamizda bugungi kunda faqat manbai bor joyda, ya'ni kemiruvchilar yashaydigan cho'l, qumlik vohalarida uchraydi. Buxoro, Navoiy, Qashqadaryo, Surxondaryo, Xorazm viloyatlari va Qoraqalpog'iston Respublikasining ayrim cho'l vohalarida, ichidan qizil dumli qum sichqoni va nozik oyoqli yumronqoziq asosiy infeksiya saqlovchilaridir. Ulardan qon so'rib olish vaqtida odamga infeksiya yuqtiradigan, kasallik tashuvchi chivin (maskit) *Phlebotomus papatachi* topildi. Bir necha yil avval ko'p tarqalgan teri leishmaniozining hozirda kam uchrashining asosiy sababi keltirilgan kasallikning epidemiologik zanjirini aniqlab, uning uzishga qaratilgan harakatlar bo'ldi.

Teri leishmaniozining shahar (sinonimlari birinchi tip, kech yaralanadigan Ashxabod xili, Qo'qon xili, yil yarasi), qishloq (ikkinchi tip, o'tkir nekrozlanadigan, pendinka, murg'ab yarasi) va uchinchi tip yoki tuberkuloid leishmaniozi turlarini ajratadilar.

Klinikasi. Maskitning qon so'rib, terini jarohatlagan joyida keyinchalik, inkubatsion davri o'tib, kasallikka mos toshmalar, ya'ni leishmaniomalar paydo bo'ladi. Odatda, maskit bir o'tirganda, sakrab-sakrab terining bir necha joyida qon so'radi va har chaqqan joyida keyinchalik leishmanioma paydo bo'ladi. Bemorning terisida bittadan bir necha yuz leishmaniomalargacha bo'lishi mumkin. Leishmaniomalar soniga qarab epidemiologik holatga baho berish mumkin.

Leyshmaniozning qishloq turi qisqa – 2-3 haftalik inkubatsion davrdan keyin, terida birinchi kundan o‘tkir yallig‘lanish belgilari bilan kechadigan furunkulsimon tugun yoki shahar leyshmaniozidagidek do‘mboqchalar bilan boshlanishi mumkin. Bu leyshmaniomaning markazida, 1-2 hafta o‘tgach, nekroz hosil bo‘lib, bu yerda notekis, chuqur chegarali yara vujudga keladi. Yaraning shakli noto‘g‘ri oval bo‘lib, notekis tubi sarg‘ish-kulrang nekrotik parda bilan qoplangan bo‘lishi mumkin. Paypaslaganda yaraning tagida va yaqin atrofida xamirsimon bo‘sh infiltrat aniqlanadi. Ayrim holatlarda qo‘shimcha jarohat oqibatida bemor og‘riqdan shikoyat qilishi mumkin. Leyshmaniomadan bir necha santimetr uzoqlikda mayda ikkilamchi leyshmaniomalar, ya‘ni tugunchalar («bugorki obsemeneniya») paydo bo‘lib, yaralanib va keyinchalik bir-biriga qo‘shilib ketishi mumkin. Leyshmaniozning ikki turiga ham og‘riqsiz regional limfa tomirlarning yallig‘lanishi xarakterlidir va bu tomirlarning ustki qismi notekisligi bilan tasbehni eslatib turadi («tasbeh simptomi»).

Leyshmaniozning qishloq turida yaralar tezda – (2-3 oy ichida) 4-6 sm va undan kattaroq bo‘lib, atrofida ko‘tarilib turgan valiksimon infiltrat (halqa) bilan ajralib turadi. Keyinchalik yara nekrozlardan tozalanib, ustida baliqning qizil tuxumlarini eslatadigan granulyatsiyalar rivojlanadi va yuqoriga o‘sib ketadi. Bemorda «baliqning qizil ikراسi» simptomiga xos ko‘rinish rivojlangani yaralar tezda yaxshi bo‘lib ketishining belgisi bo‘ladi.

Yaraning o‘rnida paydo bo‘lgan chandiq ko‘p yillardan keyin ham bemorning leyshmanioz bilan kasallanganimi ko‘rsatib turadi. Bu atrofik chandiq shtamp qo‘yilgandek aniq chegarali, usti tekis va yaltiroq, chegara qirrasini notekis festonsimon, atrofida vaqtinchalik giperpigmentatsiya ham bo‘lishi mumkin. Shunday qilib, o‘tkir nekrozlanadigan qishloq leyshmaniozida birinchi toshmalar vujudga kelgandan to yaralar bitgungacha 2-3 oydan 5-6 oygacha vaqt o‘tishi mumkin. Shahar leyshmaniozida bu davr o‘rtacha 1-yilga teng bo‘ladi va bu holat ko‘p xalqlar bu kasallikka «yil yarasi» deb nom berishlariga asos bo‘lgan.

Profilaktikasi. Kasallanish faqat yilning issiq, chivinlar ko‘p bo‘lgan oylarda, ya‘ni may-noyabrda uchraydi. Kasallikning oldini olishga qaratilgan turli harakatlarning maqsadi faqat keltirilgan epidemiologik zanjirlarni buzishga yo‘naltirilishi lozim. Ya‘ni qishloq leyshmaniozida infeksiya rezervuari bo‘lmish kemiruvchilarni yo‘q qilmoq zarur yoki infeksiya tashuvchisi – moskitlarni yo‘qotish, sog‘ odamlarni bu chivindan himoya qilish lozim. Mutaxassis bor imkoniyatlarini va hududdagi epidemiologik holatni ko‘zda tutgan holda harakat qilishi zarur.

Teri leishmaniozi shahar va qishloq turlarining differensial tashxisi

Belgilari	Shahar (antraponoz) xili	Qishloq, cho'l (zoonoz) xili
Sinonimlari	1-tip, kech yaralanadigan leishmanioz, Ashxobod, Qo'qon turlari, yil yarasi	2-tip, o'tkir yaralanadigan leishmanioz, pendinka, Murg'ob yarasi
Inkubatsion davri	Uzoq, odatda 2-3 oy, ba'zan 1-2 yil	Qisqa, odatda 1-4 hafta
Birlamchi element	Papulasimon Do'mboqchalar	O'tkir yallig'langan furunkulsimon infiltratlar, do'mboqcha
Jarayonning rivojlanishi	Sekin	Tez
Yaraning paydo bo'lish vaqti	3-6 oy yoki undan ko'p vaqt o'tib	1-3 haftadan so'ng
Limfangoitlar (tasbeh simptomi)	Kam	Ko'p
Ikkilamchi do'mboqchalar soni	Juda kam	Ko'p
Joylashishi	Yuzda ko'p uchraydi	Nisbatan oyoqlarda ko'p uchraydi
Epitelizatsiyaning hosil bo'lish vaqti	Bir yil va undan ko'p	2-6 oy
Faslga bog'liqligi	Kasallik yil davomida paydo bo'lishi mumkin	Kasallik, asosan, yoz-kuzda (iyul-oktyabr oylarida) uchraydi
Epidemik tarqalishi	Kamdan-kam hollarda	Tez-tez uchrab turadi
Infeksiyaning manbai	Odam	Kemiruvchilar
Tarqalgan joylari	Asosan shaharda	Cho'l, qishloq, shaharga yaqin joylarda
Leyshmaniomalarda Borovskiy tanachasining soni	Ko'p	Kam
Oq sichqonlar uchun virulentligi	Kam darajada	Yuqori darajada
Immunitet paydo bo'lishi	Shahar xili bilan kasallangan bemor qishloq xili bilan yana kasallanishi mumkin	Qishloq xili bilan kasallangan bemor boshqa kasallanmaydi
Qo'zg'atuvchisi	L.Tropica minor	L.Tropica major

Epidemiologik zanjir: shahar leishmaniozida kasallangan inson – maskit – sog‘ odam, qishloq leishmaniozida esa kasallangan kemiruvchi hayvon – maskit – sog‘ odamdir. Tibbiyotda:

1) qishloq atrofidagi yerlarni ko‘zdan kechirib, kemiruvchi hayvonlarni kovaklarini xlorpikrin, sianidlar bilan zaharlash usuli bilan yo‘qotish;

2) chivinlarni, ular yashaydigan turg‘un suv hovuzlarini insektitsidlar (DDT, tiofos, geksoxloran) bilan zaharlash;

3) sog‘ odamlarni himoya qilish – pashshaxona, repellentlarni («Tayga» malhami, chinnigul yog‘i, dimetilftalat, kerosin, ayrim efir yog‘lar) ishlatish;

4) kasallangan insonda umrbod saqlanadigan immunitet rivojlanganini ko‘zda tutib, endemik hududlarga chiqib turadigan (ekspeditsiya) odamlarga, bugungi kunda turli emlash usullari taklif qilinayapti.

Davosi. Teri leishmaniozining davolash natijalari bugungi kunda qoniqarli emas. Buning asosiy sababi, monomitsin amaliyotdan olingandan keyin (toksik ta‘siri borligi uchun), talabga javob beradigan spetsifik preparat topilmadi. Bemor davolanmasa ham, vaqti kelib kasallik o‘z-o‘zidan o‘tib ketishini ko‘zda tutganda, shifokorning asosiy vazifasi – bemorga og‘riq bezovta qilsa analgetiklar va yaralarni ikkilamchi infeksiyadan himoya qilib, antibakterial va antiseptik malhamlar bilan birga, yaralarning tez berkilib ketishiga qaratilgan vositalar berishdan iborat.

TERINING ALLERGIK VASKULITLARI

Vaskulit termini (lot. *vasculum*, katta bo‘lmagan tomir) hozirgi vaqtda mayda qon tomirlari yoki turli tomirlarning jarohatlanishida qo‘llaniladi.

Vaskulitlarni sistem, generalizatsiyalashgan va regional, chegaralangan guruhlariga bo‘ladilar. Birlamchi paydo bo‘ladigan vaskulitlardan tashqari, ikkilamchi (spetsifik yoki nospetsifik), boshqa bir infeksiyon (toshmali tif, moxov, sil), intoksikatsiyalik (qo‘rg‘oshindan) yoki autoimmun (sistem qizil yugirik, sklerodermiya, dermatomiozit) kasalliklardan keyin rivojlanadigan turlari bor.

Etiologiyasi. Vaskulit polietiologik kasallik bo‘lib, uning vujudga kelishiga surunkali kechadigan infeksiya (tonzillit, flebit, adneksit, teri infeksiyalari) shuningdek, stafilostreptokokklar, ba‘zan virus, mikrobakteriyalar va zamburug‘lar ham bu kasallikning paydo bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Bundan tashqari, bemorning oziq-ovqat va dori-darmonga bo‘lgan allergik gipersezgirlik yoki o‘ziga xos immunologik reaksiyalari borligi kasallik patogenezida katta o‘rin tutadi. Patologik jarayon

natijasida qon tomirlari yallig'lanib, devorlari nekrozlashib, terida aniq purpura rivojlanishiga olib keladi.

Tavsifi. Hozirgi paytda terining allergik vaskulitlari quyidagicha tavsiflanadi (jumladan, *yuzaki allergik vaskulitlar*):

1. Gemorragik vaskulit.
2. Gemorragik leykoplastikli mikrobid.
3. Tugunchali nekrotik vaskulit.
4. Allergik arteriolit.
5. Tugunchali periarterit.

Chuqur allergik vaskulitlar:

1. O'tkir tugunli eritema.
2. Surunkali tugunli eritema (nodulyar vaskulit, migratsiyalanadigan tugunli eritema, migratsiyalanadigan gipodermis).

Gemorragik vaskulit (vasculitis cutis allergica) bu guruhning eng ko'p tanilgan kasalliklaridan bo'lib, uning kelib chiqishida asosiy o'rinda IgA turadi.

Tashxisi.

7-jadval

Teri allergik vaskulitlarining diagnostik mezonlari

	Diagnostik mezon	Ta'rif
1.	16 yoshdan katta	Kasallik 16 yoshdan so'ng boshlangan.
2.	Dorilar bilan davolanish	Kasallik yangi dori vositasi qabul qilingandan so'ng boshlangan.
3.	Palpatsiyalanadigan purpura	Bir yoki bir necha teri sohasidagi teri sathidan biroz ko'tarilib turuvchi gemorragik toshma.
4.	Dog'simon-populez toshma	Bir yoki bir necha teri sathidagi turli xil hajmdagi dog' yoki papula.
5.	Teri biopsiyasi	Tekshirilayotgan jism o'zida arteriola va venulani tashkil etishi kerak. Granulotsitlarning perivaskulyar bo'shliqda yoki interstitsial to'qimada mavjudligi.

Gemorragik vaskulit – terining allergik vaskulitlaridan biri. Quyidagi 4 mezondan kamida 2 tasi bor bo'lsa, tashxis qo'yiladi.

	Diagnostik mezon	Ta'rif
1.	Palpatsiyalanadigan purpura	Trombotsitopeniya bilan asoslanmagan, teri sathidan biroz ko'tarilib turuvchi toshma.
2.	20 yoshdan katta bo'lmagan	Kasallik 20 yoshda yoki kattaroq bo'lganda boshlanadi.
3.	Qorin bo'shlig'i xuruji	Taomdan so'ng kuchayadigan qorindagi quyuq og'riq yoki ichak ishemiyasi deb qo'yilgan tashxis.
4.	Qon tomirlari devorida granulotsitlarning mavjudligi	Terining gistologik tekshiruvi arteriola va venula devorlarida granulotsitlarni ko'rsatadi.

Klinikasi. Ko'proq 20-30 yoshdagi kishilar kasallanadi va bemor darmonsizlik, qorindagi og'riq, terida esa achishish, qichinish va og'riq borligidan shikoyat qiladi.

Terida aniq paypaslanadigan purpura, ya'ni bosganda yo'qolmaydigan, teri sathidan ozgina ko'tarilib turadigan gemorragik dog'lar ko'rinib, ular turli allergik vaskulitlarning borligini ko'rsatadigan patognomonik simptomidir. Ayrim holatlarda teridagi tugunchasimon infiltratlar, qavarchiq yoki gemorragik eksudatli pufaklar vujudga keladi. Toshmalar, aksincha, simmetrik, oyoq-qo'llarning egiluvchan distal qismlarida, katta bo'g'imlar atrofida, yuz va quloq shilliq qavatlarda borligi aniqlanadi. Toshmalar paydo bo'lishiga va rivojlanishiga venoz qonining turg'unligi yordam beradi.

Differensial tashxisi:

1. Infekсион kasalliklardagi gemorragik toshmalar (gripp, qizamiq).
2. Sovuqlikdagi purpura.
3. S, R avitaminozidagi purpura.

Davosi:

1. Antibiotiklar.
2. Kortikosteroidlar.
3. Immunodepressantlar.
4. Qon tomirlar devorini mustahkamlash (askorutin).
5. Mahalliy quruq issiq, steroid kremlar.

DISXROMIYALAR

Inson terisining rangi undagi to'rt xil pigmentdan, asosan, melanin miqdori bilan bog'liq bo'ladi. Quyosh nurlari ta'sirida melanin miqdori oshib ketadi va terida pigmentatsiya, ya'ni qorayish (zagar) vujudga keladi. Bularning ortishi miqdorini hisobga olib, olimlar terining quyoshga bo'lgan 6 xil sezgirligini ajratadilar. Epidermisda ortiqcha melanin to'planishi *melanoz* deb aytiladi.

Melanin pigmentining to'liq bo'lmasligi *albinizm* va chegaralangan terida yo'qolishi *vitiligo* deyiladi. Giperpigmentli va depigmentli dog'lar birlamchi yoki boshqa toshmalar surilib ketib, o'rnida ikkilamchi dog'lar sifatida paydo bo'lishi mumkin.

Vitiligo

O'tmishda, ko'p asrlar davomida tarqalgan og'ir yuqumli (moxov) kasallik belgilaridan ajratib bilmasdan, terisida oq dog'i bor insonni jamiyatdan chetlatib, shahar-qishloqlardan chetga chiqarib qo'yganlar va bu odamlarga bo'lgan yomon munosabat ayrim davlatlarda hozirgi kunga qadar qisman saqlanib keladi. Oq dog'lar og'rimaydi, achishmaydi, faqat ayrim bemorlarda qichishish bilan boshlanishi mumkin. Lekin quyosh nurlari ta'sirida qorayib ketgan terida oq dog'lar kontrast ko'rinib, atrofdagilarning e'tiborini o'ziga jalb qiladi va bemorning psixologik qiynalishiga, o'zini-o'zi chetga tortishiga sabab bo'ladi. Kasallik hamma millatlar va davlatlarda uchraydi, lekin ayrim hududlarda vitiligo juda ko'p tarqalgan bo'lib, o'rtacha 1% aholida uchraydi.

Etiologiyasi. Vitiligo sabablari noaniq bo'lib, hozirgi kunda polietiologik, turli ichki a'zolar va sistemalar buzilishi oqibatida vujudga keladigan kasallik deb qaraladi.

O'zbekiston hududi miqyosida kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablar bu – jigar, o't qopi, qalqonsimon bez, oshqozon-ichak, asab kasalliklari, bolalarda ko'proq parazitlar, ayollarda – anemiya va turli ichki jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish kasalliklaridir. Ayrim olimlar vitiligo rivojlanishiga genetik moyillik borligini va oila qurgan yaqin qarindoshlar naslida bu kasallikning rivojlanish xavfi yuqoriligini ko'rsatadilar.

Klinikasi. Terining turli qismlarida – yuzida, tanasida, qo'l-oyoqning ko'proq yengil shikastlanadigan bo'g'imlari ustida, bir joyda (o'choqli turi), bir tomonda bir necha o'choqlar (segmentar) yoki tarqalgan (generalizatsiyalashgan) simmetrik depigmentli, aniq chegarali dog'lar bo'ladi. Oq dog'lar rangi gipopigmentli darajadan to' tiniq oq darajasi-

gacha bo'lib, ular sekin kattalashib, bir-biri bilan qo'shilib ketishi mumkin. Oq teri ustidagi sochlar oqarishi ham mumkin. Tekshirilsa terining og'riq, harorat va taqchil sezuvchanligi saqlangan bo'ladi.

Kasallikning akrofatsial (og'izning atrofi, qo'l-oyoq panjasi), universal (to'liq terining oqarishi) turlari va Setton kasalligi (pigmentli xol atrofi oqarishi) ham farqlanadi. Kasallik surunkali kechib, dog'lar kattalashib, bir-biri bilan qo'shilishib turgan vaqtda ayrim dog'lar atrofidan sekin pigmentatsiya rivojlanishi oqibatida, qisqarib yoki ichki qismida follikulyar nuqtadek pigment dog'lar paydo bo'lishi mumkin. Davolanmasa keyinchalik birdaniga oq dog'lar paydo bo'lishi kuzatiladi.

Differensial tashxisi:

1. Oddiy temiratki.
2. Leykoderma.
3. Rang-barang temiratki.
4. Moxov.
5. Nevus (pigmentsiz va anemik turlari).

Davosi: ichki a'zolarini tekshirib, ularni davolash.

Mahalliy davo turli maqsadlarga qaratilgan bo'lishi mumkin:

1. Kosmetik preparatlar oq dog'larning vaqtincha atrofda gilariga ko'rinmasligini ta'minlash mumkin (kamuflyaj).
2. Oq rangli teri o'choqlarida pigmentatsiyani o'z holiga qaytarish:
 - PUVA;
 - «Kupir»;
 - kortikosteroidli malhamlar;
 - «Melagenin plyus» losoni.
3. Atrofdagi normal terini oqartirish.

TERINING YIRINGLI KASALLIKLARI

Piodermittlar (piodermia)

Piodermittlar – terining yiringli yallig'lanishi (yunoncha **pyon** – yiring, **derma** – teri) teri kasalliklari orasida ko'p uchraydi. Kasallik terining butunligi buzilib, teriga yiring tarqatuvchi mikroblar – stafilokokklar, streptokokklar, goho ko'k yiring tayoqchasi kirishi tufayli vujudga keladi. Noqulay mehnat va turmush sharoitlari, sanitariya-gigiyena me'yorining buzilishi yiringli kasalliklarning tarqalishiga sabab bo'ladi.

Ekzogen omillarga terining ifloslanishi, shilinishi, shikastlanishi, ishqor tomonga qarab pHning o'zgarishi kiradi. Endogen omillarga esa – avitaminozlar, asab faoliyatining, uglevod almashinuvining buzilishi va

boshqalar kiradi. Etiologiyasiga qarab kasallik stafilokokkli, streptokokkli va aralash piodermiyalarga bo'linadi.

Stafilokokkli piodermitlar teri hosilalari (sochlar, follikulalar, bezlar) bilan bog'liq bo'ladi. Stafilokokk yiringchalari mayda, shakli yarimshar-simon ustki qobig'i qalin bo'lib, ular sariq va quyuq yiring bilan to'lgan bo'ladi. Yiringcha atrofida o'rab turuvchi yallig'lanish belgilari, ya'ni terida qizarish va shishish ko'rinib turadi.

Stafilokokkli piodermitlar

Stafilokokkli piodermitlar *follikulyar piodermitlar* deb ataladi, sababi stafilokokklar terida, albatta, soch follikulalarini jarohatlaydi va bir-biridan soch follikulasida yallig'lanish chuqurligi va darajasi bilan ajralib turadi. Stafilokokkli piodermitlar yuza va chuqur turlarga ajratiladi. Yuza stafilokokkli piodermitlar terining, asosan, epidermis qavatini jarohatlaydi. Ularga ostiofollikulit, follikulit va sikoz kiradi. Dermani jarohatlaydigan chuqur stafilokokkli piodermitlarga follikulit, furunkul, karbunkul, gidradenit kiradi.

Ostiofollikulit (Ostiofolliculitis) soch piyozchasining teri sathidan chiqishdagi teshik qismining stafilokokkdan o'tkir yiringli yallig'lanishidir. Hosil bo'lgan yiringcha epidermal, qobig'i qalin, konus yoki yarimshar shaklida, bo'shliqning ichi sariq rangli quyuq suyuqlik bilan zich to'lgan, diametri 1-3 mm, atrofi bilinar-bilinmas qizil halqa yoki yallig'lanish belgisi bilan o'ralgan va bu yiringcha markazida, albatta, soch tolasi joylashgan bo'ladi. Ostiofollikulit, asosan, yuz, bosh, qo'l va oyoqlarning sochli qismi, ko'krakning old-orqa yuzasida uchraydi. Bu yiringcha 3-4 kunda qurib, qaloq paydo qilishi mumkin yoki jarayon faol kechsa, ostiofollikulit chuqurlashib, atrofiga kengayib, follikulitga aylanishi mumkin.

Davosi:

- yiringchaning bo'shliq ustidagi qobig'ini ochish;
- dezinfeksiyalovchi eritmalar (salitsil kislotaning spirtidagi 2 % li eritmasi, anilin bo'yoqlarining spirtli eritmaları);
- dezinfeksiyalovchi krem, mazlar (Fucidin, Ung. Sulfurati 3 %, Ung. Dermatoli 5 %).

Follikulit (Folliculitis) – soch piyozchasining o'tkir, yiringli yallig'lanishi. Agarda yallig'lanish soch piyozchasining yuqori qisminigina jarohatlab, faqat dermaning yuza qismida kechsa, *yuza follikulit* hosil bo'ladi va bu follikulitlar keyinchalik qurib, qaloq yoki yuqori qismi ochilib, eroziya hosil qiladi, hech qanday chandiq va atrofiya qoldirmaydi.

Soch piyozchasining to'la yallig'lanishi bilan kechuvchi jarayon esa *chuqur follikulit* deb ataladi va bu jarayon yuzga chandiqlik hosil qilib tugaydi. Noto'g'ri mahalliy davo o'tkazganda, follikulitdan furunkul paydo bo'lishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. Terida tugunchaga o'xshash yoki dastlab katta bo'lmagan infiltrat hosil bo'lib, uning yuzasida esa bir necha kun mobaynida follikulyar yiringcha hosil bo'ladi. Ostiofollikulitdan farqi, bu – uning atrofidagi yallig'lanish belgilarining (qizarish va shishish) ko'proq ko'zga tashlanib turishi va bemorning og'riqdan shikoyati. Yiringcha yorilib, quyuqlik yiringli ajratma oqadi yoki u qotib, qaloqqa aylanadi, so'ng tushib ketadi. Yallig'lanish infiltratining chuqurligiga qarab, o'rnida asta-sekin nuqtadek chandiqlik hosil bo'lishi mumkin yoki qaloqlik tushib, o'rnida vaqtinchalik pigment dog' paydo bo'ladi.

Differensial tashxisi:

- Acne vulgaris;
- Sycosis vulgaris;
- Sycosis parasitaria;
- Scabies.

Davosi. Mahalliy davo:

- yiringcha qobig'ini ochish;
- terini dezinfeksiyalovchi vositalar bilan tozalash (borat va salitsil kislotalarining spirtidagi eritmaları, anilin bo'yoqlari eritmaları va boshqalar);
- dezinfeksiyalovchi kremlar, mazlar, linimentlar (Fucidin, 5 % ixtiol linimenti, 5 % olingugurt mazi, antibakterial mazlar).

Umumiy davo. Chuqur follikulitlar uchun:

- Fucidin 0,5 dan 2 mahal, 1 kunda;
- antibiotiklar (Erythromycinum 0,5, kuniga 4 mahal, 1 hafta mobaynida; Clindamycin hydrochlorid 150 mg, kuniga 4 mahal, 7-10 kun; Dicloxacillinum 0,5, kuniga 4 mahal, 7-10 kun va boshqalar).

Sikoz (Sycosis vulgaris) – surunkali, qaytalanib turib, birdaniga ko'p soch follikulalarining yallig'lanishi bo'lib, asosan, soqol, mo'ylov, qosh, kiprik sohalarida ostiofollikulit va follikulitlar holida kuzatiladi va asosan, neyroendokrin va jinsiy bezlar faoliyati o'zgargan, ko'proq darmonsiz erkaklarda uchraydi.

Klinik ko'rinishi. Terining mo'yli sochlarida asosan, betda hamda qov, son sohalarida ostiofollikulit va follikulitlar yuzaga keladi. Bu xil toshmalar ba'zan boshning sochli qismlarida ham kuzatiladi. Kasallik surunkali kechadi. Jarohatlangan soha terisi qizarib, infiltratsiyalanib, yuzasi kepaklanadi va yangi follikulitlar hosil bo'lishi kuzatiladi. O'choqdan yulib olingan soch ildizi biroz shishgan bo'lib, shishasimon parda

bilan o'ralgandek ko'rinadi. Bu follikulyar yiringchalar regressiyasidan so'ng chandiq hosil bo'lmaydi, teri infiltratsiyasi saqlanib, eski yiringchalar o'rnida yangi yiringchalar hosil bo'laveradi.

Differensial tashxisi:

- Sycosis parasitaria (trichophytia profunda);
- Folliculitis;
- Acne vulgaris;
- Acne rosacea.

Davosi. Mahalliy davo:

- dezinfeksiyalovchi spirtli eritmalar;
- dezinfeksiyalovchi liniment;
- mazlar (Lin. Synthomycini 2-5 %, Ung. Ol. Rusci 3-5 %, Ung. Fucidini va boshqalar).

Umumiy davo:

- gormonal terapiya - Methyltestosteronum 5,0 mg kuniga 3 mahal, til ostiga, 10-15 kun, 2-4 haftadan so'ng qayta davo o'tkaziladi;
- vitaminoterapiya (E vitaminlari, V guruh vitaminlari);
- antibiotiklar (Erythromycinum 250 mg, kuniga 2 mahal, uzoq muddat);
- sulfanilamid preparatlari.

Furunkul - chipqon (Furunculus) bu - soch piyozchasi va uning atrofidagi yumshoq to'qimalarning o'tkir yiring va nekrozli yallig'lanishidir. Chipqon birlamchi sog' terida paydo bo'lishi mumkin yoki ostiofollikulit va follikulitni noto'g'ri davolash natijasida rivojlanadi.

Klinik ko'rinishi. Dastlab teri osti yog' qavatida qattiq og'riq bilan kechadigan infiltrat yuzaga kelib, qisqa vaqt ichida o'sib, konussimon tugun ko'rinishiga kiradi va to'q qizil tusda bo'ladi. Tugun vaqt o'tib yumshab, markazidan nekrotik massa hosil bo'lishi hisobiga, biroz yassilanadi va og'riq kuchayishi kuzatiladi. Faqatgina markazidan nekrotik o'zak ajralgandan keyin og'riq keskin kamayadi va o'rni yaralanadi. Yara chuqur, konussimon, chetlari o'yilgan, tubiga qarab osilgan bo'lib, mo'l yiringli, qon aralash ajratma ajraladi. Yara chandiq hosil qilib bitadi.

Differensial tashxisi:

- Hydradenitis;
- Actinomycosis.

Davosi. Mahalliy davo:

- Ichtyolum purum bilan kompress, isitib-qizdiruvchi fizioterapevtik muolajalar furunkul yorilgunicha qo'llaniladi;
- dezinfeksiyalovchi eritmalar, suspenziyalar (gipertonik eritma, 5 % dermatol suspenziyasi va boshqalar);

- nekrotik to‘qima evakuatsiyasini tezlashtirish maqsadida ferment preparatlari (fibrolat, iruksol) qo‘llaniladi;
- yara atroflariga dezinfeksiyalovchi mazlar, pastalar (Fucidin, 5 % oltingugurt mazi, 5 % dermatol, ixtiol pastalari) surtiladi.

Umumiy davo:

- keng spektrli antibiotiklar (doksitsiklin, eritromitsin va h.k.);
- Fucidin 0,5 gr, 2 mahal, kunda;
- sulfanilamid preparatlari (biseptol, kotrimoksazol va h.k.).

Furunkulez (Furunculosis) – surunkali, qaytalovchi, yangi-yangi chipqonlar hosil bo‘lishi bilan kechuvchi og‘ir kasallik bo‘lib, asosan, gipovitaminoz, disproteinemiya, qandli diabet va boshqa xastaliklar, intoksikatsiya tufayli vujudga keladi.

Klinikasi. Terining turli sohalarida bir yoki bir necha furunkullar qayta-qayta yuzaga kelib, ular turli rivojlanish bosqichida bo‘ladilar.

Differensial tashxisi:

- Hidradenitis;
- Actinomicosis.

Davosi. *Mahalliy davo:* furunkul davosiga qarang.

Umumiy davo.

- immunostimulyatsiya (autogemoterapiya, autovaksina, stafilokokk anatoksini, T-aktivin...);
- vitaminoterapiya (vitamin C, B guruhi);
- antibakterial preparatlar (doksitsiklin, eritromitsin va boshqalar).

Avval antibiotikka mikroorganizmning ta’sirchanligini aniqlab, so‘ng tayin etiladi.

Karbunkul (Xo‘ppoz, Carbunculus) – bir necha soch qopchasi va ularning atrofidagi yumshoq to‘qimalarning qo‘shilgan o‘tkir yiringli-nekrotik yallig‘lanishi bo‘lib, ko‘proq darmonsiz, ichki a’zolari funksiyasi buzilgan kishilarda uchraydi. Ko‘pincha bunga yuzaki joylashgan piodermidlarni noto‘g‘ri davolash ham sabab bo‘ladi.

Klinikasi. Qattiq og‘riqli chuqur joylashgan infiltrat paydo bo‘lishi bilan boshlanib, yuzasida bir necha follikulyar pustulalar bir vaqtda yuzaga kelmagani uchun turli rivojlanish bosqichida bo‘lishi mumkin. Jarohatlangan to‘qimalar vaqt o‘tib nekrozga uchraydi va bir katta yara hosil bo‘ladi. Yara chetlari qizargan, notekis, yuzasida nekrotik to‘qimali bir necha tiqin (probka) bo‘ladi. Yara yuzasi katta bo‘lib, qattiq og‘riq, limfangoit, limfadenit, sepsis holatlari kuzatiladi.

Differensial tashxisi.

- Trichophytia profunda.

Davosi: furunkul va furunkulez davosiga qarang.

Gidradenit (Hidradenitis) – apokrin ter bezlari va ular atrofidagi yumshoq to‘qimalarining o‘tkir yiringli yallig‘lanishi. Gidradenit, asosan, qo‘ltiq ostida va sut bezining so‘rg‘ichsimon o‘simtasi atrofi – areolalari va oraliq sohasida uchrashi kuzatiladi.

Klinikasi. Dastlab teri sohasida og‘riqli, chuqur, kichkina tugun yoki infiltrat hosil bo‘ladi va kattalashib, uning markazida yiringcha vujudga keladi. Tugun nekrozga uchrashi natijasida follikulyar teshiklardan yiring va nekrotik to‘qimalar ajralib chiqadi. Yallig‘lanish jarayoni tugagach, jarohat o‘rnida tortilgan chandiqlar qoladi. Gidradenit tezda qaytalanib turishi, limfangoit, limfadenit va sepsis bilan birgalikda kechishi mumkin.

Davosi. Furunkul davosiga qarang.

Streptokokkli piodermitlar

Streptokokkli piodermit (chaqiruvchisi streptokokk) – faqat nozik yassi terini jarohatlaydi va ko‘pincha yuza joylashgan, yassi, yupqa tomli, bo‘shashgan pufakka o‘xshash, seroz suyuqlikni eslatadigan suyuq yiring saqlovchi yiringchalarni, ya‘ni *fliktenalarni* hosil qiladi. Asosan, nozik terida, ayollar va bolalarda kuzatilib, bu tur piodermitlar soch, ter-yog‘ bezlarining follikulyar apparatlarini jarohatlamaydi. Yallig‘lanish jarayonining chuqurligiga qarab, yuza va chuqur streptokokkli piodermitlar tafovut etiladi.

Yuza streptokokkli piodermitlarga streptokokkli impetigo, bullyoz impetigo, streptokokkli bichilish, tirqishsimon impetigo, yuza panaritsiy kiradi. Chuqur streptokokkli piodermitlarga streptokokk ektimasi kiradi.

Streptokokkli impetigo (impetigo streptogenes s.contagiosa) – terining birdaniga boshlanadigan yuza va juda yuqumli o‘tkir streptokokk jarohatlanishi bo‘lib, u asosan, yosh bolalarda uchraydi.

Klinik ko‘rinishi. Eritematoz qizargan teri yuzalarida fliktena nomli yiringcha hosil bo‘ladi. *Fliktena* – yupqa va bo‘sh tomli yassi pufak bo‘lib, ichida seroz suyuqlikni eslatadigan yiringni saqlaydi, bu suyuqlik qisqa vaqt ichida loyqalanadi, tomi esa tezda yorilib, natijada yuza eroziya qurib qolib, yupqa, ko‘p qavat sarg‘ish qaloqlar hosil qiladi. Jarayon tezda tarqalib, ayniqsa, bemorning terisi namlanib tursa, turli yangi o‘choqlar hosil bo‘ladi. Bolalar bir-birlari bilan yaqin kontaktda bo‘lishlari oqibatida kasallikni yuqtiradilar. Streptokokkli impetigoning bir necha turlari (bullyoz impetigo, bichilish, tirqishsimon impetigo va yuza panaritsiy) mavjud bo‘lib, ular bir-biridan joylashishi, yallig‘lanishning intensivligi va kechishiga qarab farq qilinadi.

Bullyozimpetigo (impetigo bullosa) kasalligi ko‘proq katta yoshdagi kishilarda uchraydi. Bunda fliktenalarning tomi qalin bo‘lib, uzoq vaqt

yorilmasdan saqlanadi va ular o'rnida keyinchalik shaffof suyuqlik saqlovchi pufaklar hosil bo'ladi. Atrofida har xil darajada o'zgargan eritematoz teri ko'zga tashlanib turadi.

Differensial tashxisi:

- Herpes simplex;
- Dermatitis bullosa;
- Varicella;
- Microsporia cutis glabraye.

Davosi. Mahalliy davo:

- pufaklarni yorish;
- suv bilan bo'ladigan muolajalarni cheklash (dush, yuvinish, cho'milish);

- jarohat atrofi terilariga dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan ishlov berish (20 spirt, borat kislotasi, taninli loson va boshqalar);

- dezinfeksiyalovchi liniment, krem, mazlar (Lin. Synthomycinum 2-5 %,

Ung. Mycitracini, Ung. Hydrargyri oxidati flavi 2 %, Ung. Dermatoli 5 %, Ung. Fucidin va boshqalar).

Umumiy davosi:

- jarayon tarqalishi kuzatilsa, keng spektrga ega bo'lgan antibiotiklar tayin etiladi (Dicloxacillinum 0,25-0,5 gr, kuniga 4 mahal; Erythromycinum 0,5 gr, kuniga 4 mahal);

- polivitaminlar.

Streptokokkli bichilish (impetigo streptogenes) ko'pincha to'la odamlarning tabiiy burmalari sohalarida kuzatiladi. Bunda teri qizargan, shishgan bo'lib, epidermisning oqarib, shishib, shilingan yuzasida eroziya yoki yoriqlar hosil bo'ladi. Eroziya yoki yoriqlar yuzasi sarg'ish qaloqlar bilan qoplanadi.

Differensial tashxisi:

- Intertrigo candidamycetica;
- Epidermophytia inguinalis;
- Pemphigus vegetans.

Davosi:

- teri burmalari dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artiladi (Methyleni coerule 1-2 %, borat kislotasining spirtidagi 2 % li eritmasi, permanganat kaliy eritmasi 1: 5000);

- dezinfeksiyalovchi krem va linimentlar (Fucidin, Clotrimasol va boshqalar);

- dezinfeksiyalovchi kukunlar (2 % borat kislotasi kukuni, 3 % dermatol, Mediphon kukuni...).

Tirqishsimon impetigo (*Impetigo fissurica s. angulus infectiosus*) kasalligi ko'pincha og'iz burchaklarida rivojlanadi va surunkali kechadi. Kasallik ko'p hollarda lab burchaklarining travmatizatsiyasi (stomatolog muolajalaridan)dan so'ng, og'iz shilliq pardasi infeksiyalari (tonzillit, glossit, stomatit, kariyesi tishlar) bor bo'lgan yoki labini yalash odati bor kishilarda ko'p uchraydi. Lab burchaklari yallig'lanadi, sarg'ish qaloqlar hosil bo'ladi, teri zichlashadi va oqibatda yoriqlar paydo bo'lib, ular uzoq vaqt bitmaydi. Kasallik qaytalanishga moyil kechadi.

Differensial tashxisi:

Angulus infectiosus candidamycetica;

– Papulaye syphilitica.

Davosi. Mahalliy davo:

– teriga dezinfeksiyalovchi eritmalar, losonlar bilan ishlov berish;

– dezinfeksiyalovchi krem va mazlar (*Fucidin, Ung. Hydrargyri oxidati flavi 2 % va boshqalar*).

Umumiy davosi:

– B guruhi vitaminlari (asosan riboflavin);

– infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish.

Yuza panaritsiy (*panaritium superficiale*) tirnoqlar atrofi xaltachasi va uning atrofidagi to'qimalarining o'tkir yoki surunkali yallig'lanishi bo'lib, bunga sabab bo'luvchi omillar turli xil mikrojarohat, matseratsiyalar va boshqalardir.

Klinikasi. Tirnoq atrofi halqasining qattiq og'riqli o'tkir yallig'lanishi bo'lib, asosan, biror bir barmoqdan boshlanadi. Jarohatlangan teri qizarib, shishadi, uning yuzasida yassi taqasimon ko'rinishdagi pustula hosil bo'lib, u tezda yoriladi va qaloq hosil bo'ladi. Surunkali yuza panaritsiyaga teri sianozi va infiltratsiyasi xos bo'lib, tirnoq halqasida kutikula bo'lmaydi. Agar yallig'langan tirnoq halqasi bosib ko'rilsa, yiring ajralishi kuzatiladi. Tirnoq distrofiyasi kuzatilishi tirnoq matritsasining infeksiyaga chalinganidan dalolat beradi. Tirnoq notekis o'sadi va ildiz qismidan qat-qatlanib ko'chadi.

Differensial tashxisi:

– *Paranichyia candidamycetica;*

– *Acrodermatitis continua suppurativa Hallopo.*

Davosi. Mahalliy davo:

– soda, dengiz tuzi, borat kislotasi yoki ixtiulli iliq, dezinfeksiyalovchi vannachalar;

– tirnoq atrofi halqachasini dezinfeksiyalovchi eritma (*Sol. Fucidini 2 %, Clotrimasol va boshqalar*) bilan ishlov berish;

– dezinfeksiyalovchi mazlar (*Fucidin, Mycitracin, Ung. Dermatoli, Ung. Ichthyoli 5-10 % va boshqalar*).

Umumiy davo:

- infeksiya atrofga va teri osti to'qimalariga tarqalganda keng spektrli antibiotiklar tavsiya etiladi;
- vitaminoterapiya.

Fizioterapiya: lazeroterapiya.

Chuqur streptokokkli piodermiya. Ektima (*Ecthyma vulgare*) organizm immunobiologik xususiyatining pasayishi yoki turli xil surunkali intoksikatsiyalar oqibatida yoki qon tomirlar jarohatlanishi sababli yuzaga keluvchi terining chuqur, yarali defekti hisoblanadi. Odatda, ektima boldir, son sohalarida uchraydi va kasallik surunkali kechadi, tuzalish sekinlik bilan kechadi.

Klinikasi. Kasallik boshlanishi davrida terida yuza pustula hosil bo'ladi, u ham atrofiga, ham ichkariga qarab o'sadi, ichidagi serozsimon suyuqlik tezda yiringli gemorragik tus oladi. Yiringcha yorilishidan so'ng yara hosil bo'ladi va uning atrofida yaqqol ko'rinadigan yallig'langan infiltrat vujudga keladi. Ayrim hollarda yara yuzasini qat-qat yiringli gemorragik qaloqlar qoplaydi. Bu qaloqlarning quyi qatlami yuzasi yuqori qatlami yuzasidan kattaroq bo'ladi. Bunday toshmalar *rupiya* deb ataladi. Yara bitgach, uning o'rnida atrofik chandiqlik qoladi. Toshmalar odatda soni kam va aniq chegaralangan bo'ladi.

Differensial tashxisi:

- *Ecthyma syphiliticum*;
- *Ulcus cruris*.

Davosi. Mahalliy davo:

- kasallangan teri atrofini dezinfeksiyalovchi eritma, losonlar bilan himoya qilish;
- qaloq va nekrotik to'qimalarini ko'chirish maqsadida enzimatik mazlar (fibrolat, iruksol) qo'llaniladi;
- regeneratsiyani tezlashtirish maqsadida oblepixa yog'i, propolis mazi, solkoseril va boshqalardan foydalaniladi.

Umumiy davo:

- teri mikrosirkulyatsiyasini yaxshilovchi preparatlarni (stugeron, prodektin, ksantinol nikotinat, trental va boshqalar) qo'llash;
- polivitaminlar;
- mikroelement, fosfolipid saqllovchi preparatlar (*Essentiale*);
- keng spektrda ta'sir etuvchi antibiotiklar;
- antigistamin va desensibilizatsiyalovchi preparatlar;
- patogenetik davo.

O'tkir diffuz streptodermiya (*Streptodermia acuta diffusa*). Streptodermiyaning atipik turi hisoblanadi va teri himoya vazifasi kuchsizlangan katta yoshdagi bemorlarda kuzatiladi hamda jarayon

ko'proq tizza sohalari joylashadi. Kasallikka olib keluvchi omillar quyidagilar: travma, teri trofikasining va teri gigiyenasining buzilishi.

Klinikasi. Tizza-boldir sohalari terisining qizarib-shishgan yuzalarida yassi yiringchalar vujudga keladi, yiringchalar atrofiga o'sib, bir-biri bilan qo'shib, terining diffuz yallig'lanishini vujudga keltiradi. Teri namlanadi, keyin qurish natijasida jarohatlangan teri sathida sarg'ish qaloqlar vujudga keladi. Tovon sohasida jarohatlangan teri chegarasida notekis epidermis ko'chkilari kuzatiladi. Kasallik o'z vaqtida davolanmasa, surunkali turiga (surunkali diffuz piodermiya) yoki mikroblilik ekzemaga o'tishi mumkin.

Differensial tashxisi:

– Eczema microbicum.

Davosi. Mahalliy davo:

– dezinfeksiyalovchi eritmalar (borat kislotasining 2 % li eritmasi, ixtiol 2 % li eritmasi) bilan ho'llash, ho'llashni linimentlar bilan (Lin.Synthomycini 5-10 %) almashtirish zarur;

– dezinfeksiyalovchi pasta, krem, mazlar: 3-5 % li oltingugurtli, 3% li qora moyli, 3-10 % li naftalanli, 2 % li borat kislotasi.

Umumiy davo:

– keng spektrli antibiotiklar;

– yallig'lanishga qarshi ta'sir etuvchi vositalar (antigistamin preparatlari);

– patogenetik davo.

Surunkali diffuzpiodermiya (Pyodermia chronica diffusa). Surunkali diffuz piodermiya piokokklar keltirib chiqargan, asosan, tizza-boldir terilarida uchrovchi, terining surunkali, yiringli yallig'lanishi bo'lib, asosan, oyoqning venoz tomirlari kengaygan, periferik qon aylanishi buzilgan, turli xil jarohat olgan yoki o'tkir diffuz streptodermiyasi bo'lgan, ammo davolanmagan bemorlarda uchrovchi kasallikdir. Teri gigiyenasiga rioya etmaydigan kishilarda ham bu kasallik rivojlanishi mumkin.

Klinikasi. Tizza sohasida chegaralangan infiltrat vujudga kelib, u sianotik o'choq ko'rinishida bo'lib, yuzasi sarg'ish-qo'ng'ir tusli qaloq-kepiklar bilan qoplanadi. Kasallik atrofga tarqalish xususiyatiga ega, sog' teri oralig'idagi chegarada epidermis ko'chkisidan iborat halqasi kuzatiladi.

Differensial tashxisi:

– Psoriasis exudativa;

– Psoriasis pustulosa.

Davosi:

– dezinfeksiyalovchi oltingugurt, naftalin, antibiotik saqlovchi pasta, krem, mazlar;

- mikrosirkulyatsiyani tiklovchi, venoz tomirlarda qon turg'unligini kamaytiruvchi vositalar (Essentiale, troksevazin, ksantinol nikotinat, andekalin va h.k.);
- vitaminoterapiya;
- anabolik gormonlar;
- antibiotik vositalari (antibiotiklar, sulfanilamidlar, futsidin va h.k.).

Piogen granulema (**Granuloma pyogenicum s. bortiomycoma**)

Piogen granulema ko'proq stafilokokklar chaqiruvchi, surunkali, atipik vegetatsiyalangan hosila bo'lib, asosan, uzoq muddatdan beri mavjud bo'lgan infeksiya o'choqlari (fistulez oqmalar atrofida, og'iz va burun shilliq qavatlarini sohalarining teriga o'tuvchi qismlarida va tirnoqlarning teriga botib o'sgan) sohalarida vujudga keladi.

Klinikasi. Infeksiyalangan travma o'rnida yoki surunkali infeksiya o'chog'i yaqinida, kuchli qon bilan ta'minlanuvchi granulyatsiya o'chog'i hoida hosila paydo bo'ladi. Hosila tekis yoki notekis yuzali, yumshoq konsistensiyali va qizg'ish yoki ko'kimtir rangli bo'ladi. Ayrim hollarda uning yuzasida teleangiektaziyalar kuzatiladi. Granulema og'riqli, oson jarohatlanuvchi va qonovchi bo'ladi.

Differensial tashxisi:

- Melanoma malignum (amelanotik turi).

Davosi. Mahalliy davo:

- margansovka eritmasi, dengiz tuzi, 2 % sodali, borat kislotasining 2 % li, ixtiolning 5 % li eritmalarini bilan dezinfeksiyalovchi, shifobaxsh vannalar;
- dezinfeksiyalovchi mazlar (Ung. Fucidini, Ung. Ichthyoli 5 %–10 % va boshqalar).

Xirurgik davo:

- o'tkir jarrohlik qoshig'i bilan destruksiya qilish;
- 10 % li S. Argenti nitrati bilan kuydirish;
- suyultirilgan azot bilan kriodestruksiya qilish;
- operatsiya qilish.

Umumiy davo:

- antibakterial vositalar (antibiotiklar, sulfanilamidlar);
- lazeroterapiya – mikrosirkulyatsiyani yaxshilash uchun.

Surunkali chuqur vegetatsiyalanuvchi piodermiya (Pyodermia chronica profunda et vegetans)

Bu – piodermiyaning atipik, surunkali agressiv kechuvchi turi hisoblanib, u immun tizimi o'zgargan, kasallikka qarshi kurashish qobiliyati pasaygan, qon tomirlari jarohatlangan bemorlarda kuzatiladi. Yiring bakteriologik tekshirilganda, streptokokklar, stafilokokklar, ayrim hollarda *Proteus vulgaris*, *Esherihia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* topiladi. Kasallik ko'proq boshning soch qismida, yuzda, teri burmalarida va oyoqlarda uchrashi mumkin.

Klinikasi. Kasallik katta infiltrat yuzasida furunkul hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Furunkul tez orada yaralanib, yara atrofiga o'suvchi yuza yoki chuqur, chetlari kemirilgan o'choqqa aylanadi. Yara yuzalari notekis, foilkulyar bo'lib, teshiklaridan yiring ajraladi. Yara bitgach, notekis, so'galsimon yuzali chandiqlik hosil bo'ladi. Jarayon qaytalashga moyil. Ko'p hollarda elefantiaz bilan asoratlanadi.

Differensial tashxisi:

- Pemphigus vegetans;
- Tuberculosis cutis verrucosa et colliquativa;
- Mycosis profunda;
- Bromoderma;
- Iododerma.

Davosi. Mahalliy davo:

- yara yuzasini va atrofidagi terini tozalash uchun dezinfeksiyalovchi eritmalar (vodorod perekisi 3 %, xlorgeksedin 0,05 %) qo'llaniladi;
- yara yuzasiga ishlov berish uchun dezinfeksiyalovchi liniment, suspenziyalar, yog'lar (antibiotik, oltingugurt, kseroform, dermatol, propolis tarkibli) ishlatiladi;
- enzimoterapiya (fibrolan mazi, iruksol).

Umumiy davo:

- vitaminoterapiya;
- antibakterial vositalar;
- mikrosirkulyatsiyani tiklovchi preparatlar;
- enzimoterapiya.

Fizioterapiya:

- ionoforez;
- lazeroterapiya.

Gangrenoz piodermiya (Pyodermia gangrenosa)

Gangrenoz piodermiya – terining surunkali, yiringli yallig‘lanishi va to‘qimalarining jadal nekrozi bilan kechuvchi kasallikdir. Kasallik yarali kolit, disproteinemiya, gematologik va boshqa turdagi yomon fe‘lli kasalliklar bilan og‘ruvchi bemorlarda kuzatiladi. Jarayon asosan, tananing quyi qismida yoki oyoqlarda joylashadi.

Klinikasi. Teri o‘zgarishlari, asosan, ektima va furunkullar paydo bo‘lishi bilan boshlanadi. Furunkullar tezda yaralanadi, oqibatda markazidan periferiyaga o‘sovchi, chetlari biroz shishli gardishga ega bo‘lgan, qizg‘ish rangli, cheti o‘yilgan, notekis tubli, nekrotik to‘qima bilan qoplangan, yarali o‘choq vujudga keladi. Yaraning bir chetidand chandiq hosil bo‘lib bitsa, ikkinchi bir cheti esa chuqurlashib kattalashadi, natijada to‘qimalar o‘ladi.

Differensial tashxisi:

- Pyodermia chronica Profunda ulcerosa et vegetans;
- Bromoderma;
- Iododerma;
- Syphilis gummosa;
- Mycosis profunda;
- Tuberculosis cutis colliquativa.

Davosi. Mahalliy davo:

«Surunkali, chuqur vegetatsiyalanuvchi piodermiya»ga qarang.

Umumiy davo:

- katta miqdorda kortikosteroidlar (prednizolon 80-120 mg, per os);
- vitaminoterapiya;
- immunoterapiya;
- antibakterial vositalar (antibiotiklar, sulfanilamid preparatlarining uzoq vaqt ta’sir etuvchi turlari);
- asosiy kasallik davosi.

SHANKRSIMON PIODERMIYA (PYODERMIA CHANCRIFORMI)

Shankrsimon piodermiya – atipik ektima bo‘lib, klinik ko‘rinishi qattiq shankrni eslatadi. Kasallik kattalar va bolalarda uchraydi.

Klinikasi. Jinsiy a‘zolar terisida dumaloq-oval, og‘riqsiz, o‘lchamlari 1-2 sm diametrga ega bo‘lgan yara hosil bo‘ladi va atrofida yallig‘lanishli belgilari aks ettirilmaydi. Yara yuzasi qonli qaloq bilan qoplanadi, tubi plastinkasimon zich infiltratni saqlaydi. Periferik limfa tugunlari kattalashgan, og‘riqsiz, bir-biriga yopishmagan bo‘ladi. Yara antibakterial davosiz 3-5 haftada bitadi.

Differensial tashxisi:

– Syphilis primaria.

Davosi. Davo talab etilmaydi. Kasallik davrida zaxmni inkor etish maqsadida laborator usul bilan bakterioskopik va serologik tekshiruvlar o'tkaziladi. Yara bitgandan so'ng 6 oy mobaynida serologik nazorat qilib turiladi.

Qo'tir (Scabies)

Qo'tir – yuqumli parazitlar, asosan, kechasi kuchayadigan teri qichinishi bilan kechadigan kasallik.

Etiologiyasi. Kasallikni qo'tir kanalari – *Sarcoptes hominis* chaqiradi. Kasallik yuqumli bo'lib, bemor yoki uning buyumlari orqali yuqadi.

Klinikasi. Sog' teriga kana tushgandan keyin 7-14 kun o'tgach, bemor terisidagi qattiq qichishish va toshmalarga e'tibor beradi. Bemor terisida mayda pufakchasimon tugunchalar va egri-bugri, kulrang, uzunligi 5-10 mm keladigan chiziqlar (qo'tir yo'llari) va qora nuqtalar ko'rinib turadi. Qo'tir yo'lining uchi ochiq (mayda eroziya), oxiri yopiq bo'lib, u yerdalarda pufakchalar (tuguncha) bo'lib, ular doim juft joylashadi (eroziya – tuguncha). Odatda bu joylarga kanalar joylashgan bo'ladi. Qo'l panjasi ustki bo'g'imlari, barmoq oralari, qo'ltiqning oldi, ayollarda ko'krak uchi terisida juft-juft joylashgan pufakcha (tuguncha) va eroziyalar uchraydi. Qichinish kechasi zo'rayib, qashinish oqibatida terida tirnalishlar kelib chiqib, ikkilamchi infeksiyaga yo'l ochiladi. Kechqurun zo'rayadigan qichinish qo'tir yo'llari, eroziya va pufakchasimon tugunchalarning o'ziga xos joylashishi, kanalar topilishi, kasallikka to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi.

Davosi. Kattalarda 33 % li oltingugurt malhami, 1 kunda bir marotaba (4-6 kungacha surkaladi), so'ngra dush qabul qilib, kiyimlar almashtiriladi. Bugungi kunda ko'pincha benzilbenzoatning 20 % li suvdagi eritmasi qo'llaniladi (4 kun, kuniga 10 daqiqa davomida, 10 daqiqa tanaffusdan so'ng 2 marta surkaladi). *Demyanovich usuli:* 1/1 eritma, ya'ni 60 % li natriy tiosulfat bilan 10 daqiqa orasida butun tana, qo'l-oyoq terisiga zo'r berib surkaladi (tananing har qismiga 2 daqiqadan va 5 daqiqa tanaffusdan so'ng 2 marotaba) 10 daqiqa tanaffusdan keyin 1/2 eritma bilan, ya'ni xlorid kislotaning suvdagi 6 % li eritmasi xuddi shunday usul bilan surtib chiqiladi. 4 kunlik davodan keyin bemor cho'miladi va uning ko'rpa-to'shagi, ichki kiyimlari almashtiriladi.

Albatta, bemorning oila a'zolari, u bilan yaqin muloqotda bo'lgan kishilarni tekshirib, davolab, epidemiologik o'choqni yo'qotish zarur (*X ilova*).

Chov bitlashi (pediculus pubicus)

Chov bitlashi – parazitlar, ya'ni xo'jayinlarda yashashga moslashgan bitlar orqali vujudga keladigan yuqumli kasallik. Bitlar odamdan-odamga, uning o'rin-ko'rpalari, kiyim-boshlari orqali o'tadi va xo'jasining qoni bilan oziqlanadi. Bir kunda 0,3-0,5 ml gacha qon so'rishi mumkin. Bit qon so'rganida odam terisiga yopishib olib, unga so'lak chiqaradi va terini sensibilizatsiyalab qichitadi.

Bitlar 3 xil bo'ladi: bosh biti (*Pediculus capitis*), kiyim biti (*Pediculus corporis*) va chov biti (*Pediculus pubis*) uchraydi.

Chov biti kulrang-qora tusda bo'lib, junlarning asosiga mahkam yopishib oladi. Bitlar asosan, qov, qorin va sonning chegara qismlaridagi terida yashaydi, lekin ba'zan o'rmalab, tananing jun bilan qoplangan boshqa qismlariga (qo'ltiq, ko'krak, soqol, kiprik, qoshga) o'tib oladi. Bu hasharotlar odatda jinsiy aloqa vaqtida bir odamdan ikkinchi odamga o'tadi, ammo ichki kiyim, o'rin-ko'rpa jildlari orqali ham o'tishi mumkin.

Bugungi kunda bitlashning bu turi jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar guruhiga kiritilgan.

Bitlar chaqqanda, qattiq qichishish yuzaga kelib, ko'p sonli uzunchoq tiralishlar (ekskoriatsiya), shilinishlar hosil bo'lib, ikkilamchi infeksiyalar tushishiga yo'l ochadi. Chov sathida – bitlar chaqqan joylarda oldin qizil rangli ekximoz toshmasi, keyin vaqt o'tgach, rangi o'zgarib, kulrang, yumaloq shaklda, ustidan bosganda yo'qolmaydigan dog'lar hosil bo'ladi. Dog' o'rtasida nuqtadek eroziya – bit qon so'rgan o'rni turadi. Dog'lar odatda 7-10 kun saqlanib turadi. Bit chaqqan joy terisi qattiq qichishib, shu sohalarda tiralishlar paydo bo'ladi va butunligi buzilgan teri yuzasiga ikkilamchi piodermiya va ular bilan bir qatorda, boshqa jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar ham yuqtirilishining ehtimoli yuqori bo'ladi.

Tashxisi:

- aniq klinik belgilari;
- terida chov biti topilishi.

Davosi:

– davolashdan oldin jinsiy a'zolar, anus atrofi va boshqa sohalardagi junlar qirib tashlanadi.

– 2-3 kun 10 % li simobli malham, 20 % li benzilbenzoat, oltingugurt malhami.

Ichki kiyim va ko'rpa-to'shak jildlari dezinfeksiyalanadi yoki sovun bilan issiq suvda yuvilib, almashtiriladi yoki 10 % li sovunli-solvent pasta'i eritmada bir necha soat saqlanadi va keyin quyoshda quritilib,

dazmollanadi. Xuddi shu eritmaning 20 % ligi xonalarni tozalash uchun ishlatiladi.

Bitlashning oldini olish va profilaktikasi. Bitlashning oldini olish, asosan, aholining moddiy farovonligi va sanitariya madaniyatini oshirishga qaratilgan chora-tadbirlar ishlab chiqish va uni hayotga tatbiq etishdan iborat. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish: choyshab, ichki kiyim, o‘rin-ko‘rpa jildlarini har haftada almashtirib turish, yuvilgan kiyimlarni dazmollab kiyish, birovlarining o‘rnida yotmaslik, oiladan chetda va tasodifan jinsiy aloqa qilmaslik talab etiladi.

Seboreya (Seborrhea)

Seboreya yog‘ bezlari disfunktsiyasi bo‘lib, teri yog‘ining son va sifat o‘zgarishlari bilan kechadi. Balog‘at yoshiga yetgan davrda yog‘ bezlarining faol sekretsiyasi oqibatida teri yog‘i mo‘l ajraladi va terining yog‘li sohalar (seboreyali) jarohatlanadi: bet terisi, boshning sochlil qismi, quloqlararo sohalar, yelka kamari va to‘sh sohalar. Bemorlar teri yog‘ining tarkibida mustaqil yog‘ kislotalari miqdori kamayadi, xolesterin miqdori ortadi, yog‘ning pHi o‘zgaradi.

Patogenezi. Seboreya quyidagi o‘zgarishlar bor bemorlarda kuzatiladi:

- jinsiy bezlar gormonlari balansi buzilishi;
- nerv sistemasining funksional buzilishlari;
- gipovitaminoz, bir xil ovqatlanish;
- oshqozon-ichak trakti kasalliklari;
- fokal infeksiya va boshqa kasalliklar.

Asosiy xillari: yog‘li – seborrhea oleosa, quruq – seborrhea sicca, aralash – seborrhea mixta.

Klinikasi. Seboreyali sohalar yog‘li, yaltiroq bo‘ladi; yog‘ bezlarining uchlari kengayadi, ularda ham ajralmagan yog‘ yig‘ilib qoladi, u quyulashadi, oxir-oqibat qora nuqtalar ko‘rinishiga kiradi va komedonlar (comedones) hosil bo‘ladi. Terini tozalash yoki komedonlarni siqish natijasida oq chuvalchangga o‘xshash sekret ajraladi, uning bir uchi qora «boshcha» ga o‘xshab ko‘rinadi. Agarda yog‘ sekretini yog‘ bezlarining chiqaruv naylari uchida uzoq muddat turib qolsa, yog‘ bezlari chiqaruv naychalarining devorlariga ta’sir etib, ularning torayishiga sabab bo‘ladi va bu esa o‘z navbatida yog‘ bezining kistasiga olib keladi.

Oq husnbuzar (milia) oqish, teri sathidan biroz ko‘tarilib turuvchi, o‘lchamlari igna uchidek kattalikdagi hosila bo‘lib, yog‘ bezlarining kichik kistasi hisoblanadi. Yirik kistalar yog‘ bezlarining juda faol sohalarida hosil bo‘ladi va ular *ateroma* (atheromata) deb ataladi. Seboreyali

bemorlarning sochlari tezda yog'lanadigan, yaltiroq va yopishqoq bo'ladi va terida yog'li qazg'oqlar – kepaklar hosil bo'ladi.

Seboreyali bemorlarda (erkaklarda) kallik (tepakal) yoki husnbuzarlar (acne vulgaris) rivojlanadi.

Tashxisi. Aniq asosiy belgilarning ko'rinishi (terining ko'rinishi) insonlarning seboreyali joyida bo'lishi, ko'p sonli aknelar bo'lishi komedonlar va boshqa tashxis qo'yishda asosiy o'rin tutadi.

Differensial tashxisi:

- Acne oleosa;
- Psoriasis vulgaris;
- Eczema seborrhoicum.

Davosi. Terini maxsus neytral sovunlar bilan yuvish, losonlar bilan tozalash (Kamfora, oltingugurt saqllovchi Selsun R, Sulfaset-R va boshqalar).

Davolashda quyidagilar ko'zda tutiladi: endokrin o'zgarishlarni davolash, parhez (shirinliklar, yog'li, achchiq, sho'r ovqatlarni, alkohol ichimliklar iste'mol qilishni kamaytirish), asab faoliyatini bir me'yorda ushlab, oshqozon-ichak kasalliklarini davolash, vitamin disbalansi yetishmovchiligini me'yorlash (A va Ye vitaminlarni uzoq muddat qabul qilish, B, C vitaminni buyurish) va boshqalar.

Seboreyali dermatit

Seboreyali dermatit – boshning sochli qismi, bet, quloq sohalari, yelka, kurak sohasi terisining eritematoz fonida diffuz kepaklanish bilan kechuvchi teri kasalligi.

Etiologiyasi. To'liq o'rganilgan emas. Pityrosporum ovale zamburug'i keltirib chiqaruvchi yoki kelib chiqishiga sabab bo'luvchi omil deb qaraladi.

Klinikasi. Boshning sochli qismi, quloq supralari orqasida, peshona, lab-burun burmalarida, ko'krak suti bezlari oralig'ida va yelka, kuraklar oralig'ida sarg'ish-qizg'ish dog'lar, tugunchalar paydo bo'ladi, ular kengayib, dumaloq, oval ko'rinisdagi, o'lchamlari tangadek, yuzasi kepaklanuvchi o'choqlar hosil bo'ladi. Kepaklar siyrak, qo'ng'ir, qo'ng'ir-sarg'ish tusda bo'lib, ular qirib ko'rilsa, o'rnida namlanish va mayda nuqtali qontalashishlar (Brok-simptomi) kuzatiladi. Go'daklarda bu jarayon yuz, bo'yin, qorin burmalari terilariga tarqalib, rivojlangan eritema va kepaklanishlar holida kechadi. Ayrim hollarda boshda, yonoqlar, qovoqlarda kuzatiladi. Jarohatlangan teri qichishadi va ko'p miqdorda Pityrosporum obale aniqlanadi.

Tashxisi:

1. Xarakterli klinik ko‘rinishi.
2. Laborator tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- Psoriasis vulgaris;
- Pityriasis rosea Gibert;
- Lupus eruthematodes;
- Papulaye syphilitica.

Davosi. Mahalliy davo (asosiy):

- fungitsid vositalar (2 % nizoral kremi, nizoral shampuni);
- dezinfeksiyalovchi vositalar (2-5 % li oltingugurt, salitsil kremi, 2-5 % ixtiol pastasi);
- kuchsiz kortikosteroid kremlari, qisqa muddat (1 % gidrokortizon kremi).

Umumiy davo:

- antigistamin vositalari (terfena, gismanal, kuniga 1 tabletka, per os);
- vitaminoterapiya (Aevit, B guruhi).

HUSNBUZARLAR (ACNE)

Oddiy husnbuzar (Acne vulgaris)

Husnbuzar seboreyali bemorlarda uchrovchi soch qopchasi va yog‘ bezlarining surunkali yiringli yallig‘lanishidir. Kasallik ko‘proq balog‘at yoshidan boshlanadi.

Etiologiyasi. Aniq bo‘lmagan, kasallikka olib keluvchi bir qator omillar mavjud. Ular:

- genetik omillar;
- gormonlar disfunksiyasi (ayniqsa, androgenlarning);
- yog‘ bezlari faoliyatining buzilishlari;
- mikroorganizmlarning jadal ko‘payishi (stafilokokklar, propion kislotasi bakteriyalari);
- yog‘ bezlari chiqaruv naychalarining tiqilib qolishi;
- yallig‘lanish reaksiyasi;
- teri butunligining buzilishi.

Klinikasi. Terining seboreyali sohalarida (betda, bo‘yinda, ko‘krak sohalarida, yelka kamarida), yog‘li terida, kengaygan teri tirqishlarida follikulyar yiringchalar vujudga keladi, ularning asosi va atrofi infiltratsiyalangan bo‘ladi. Komedonlar kuzatiladi. Husnbuzarning rivojlanish bosqichida eritematoz, papulyoz va pustulyoz davrlari tafovut

etiladi. Husnbuzarning asoratlangan turlari: *abstesslashgan va sharsimon* (konglobatli) husnbuzarlar farqlanadi.

Acne flegmonose ko'proq uchrab, yallig'lanish teri osti kletchatkasiga yoyiladi, natijada abstesslar hosil bo'ladi, bular, asosan, erkaklar yelka terisida (ko'krak orasida) uchraydi. Bir necha komedonlar yallig'lanishida qo'shilib ketib, yirik abstesslar paydo bo'ladi, ular o'rtasida qora komedon nuqtalari saqllovchi chandiqlarga aylanadi.

Tashxisi.

O'ziga xos klinik ko'rinishiga ega.

Differensial tashxisi:

- Acne bromica;
- Acne jodica;
- Acne rosacea;
- Acne Syphilitica.

Davosi. Mahalliy davo:

- yengil, o'rtacha yengil turlarida bir yoki bir necha keratolitik, antibakterial vositalar almashib qo'llaniladi;

- dezinfeksiyalovchi sovunlar, gel, kremlar (3-10 % li), benzoilperoksid, Acne 10 hotion;

- Dalacin T (Clindamycin phosphati 1 % eritma, gel);

- Betin - A (0,025-0,05)li gel, krem (retin kislotasi saqllovchi);

- skinoren kremi (20 % azelain kislotasi saqllovchi);

- krem Fucidin (2 % futsidin kislota);

- eritromitsin, streptomitsin mazlari (2-5 %).

Shu vositalardan biri teriga har kuni 1-2 marta surtiladi. Mahalliy davo uzoq muddat (2-4 oy) mobaynida qilinadi.

Umumiy davo:

- o'rtacha og'ir yoki og'ir holatlarda antibiotiklar (tetratsiklin, oksitetratsiklin yoki eritromitsin 0,5 g dan kuniga 2 marta, doksitsiklin 0,1 g dan kuniga 2 mahal qabul qilinadi);

- ayollar peroral kontratseptivlar, masalan, Diane-35 va boshqalar qabul qilishlari mumkin;

- sintetik retinoidlar, xususan, Roaccutane 0,1-0,5 mg/kg hisobida kuniga, 4 oy va undan ortiqroq qabul qilish;

- fizioterapiya: gelioterapiya, UB nurlari.

Pushti rangli husnbuzar Demodikoz (Acne rosacea)

Pushti rangli husnbuzarda bemorning bet terisida, diffuz eritema fonida ko'pincha papula, pustula, teleangiektaziyalar kuzatiladi. Bu kasallik dunyo aholisining 1 % ida, ko'proq ayollarda uchraydi. Erkaklarda esa bu husnbuzarning og'ir asorati – *rinofima* uchraydi.

Etiopatogenezi. Noma'lum. Yuz terisi qon va limfa tomirlarining disfunktsiyasi, vazomotor labilligi, yog' bezlari giperplaziyasi, ichki a'zolar fa'oliyatining buzilishlari bilan bog'liqlik bo'lishi mumkin. Husnbuzar toshmasidan *Demodex folliculorum* kanasi topilib (demodikoz) turadi va kana hisobiga patologik jarayon kuchayib, uzoq vaqt saqlanib turishi mumkin.

Klinikasi. Jarayon peshona sohasidan boshlanib, yonoqlar, burun, iyak-dahan sohalariga tarqaladi. Bu sohalarda diffuz, qizg'ish-ko'kimtir eritema kuzatiladi. Bir necha oy va yillar mobaynida davom etib, dog'li yuzada papulyoz, pustulyoz elementlar, teleangiektaziyalar hosil bo'ladi. Konyuktiva qizarishi, konyuktivit, blefarit bilan asoratlanish ko'p kuzatiladi. Yog' bezlari giperplaziyasi va limfa qaytishi qiyinlashishi sababli burun yallig'lanib, juda kattalashadi va *rinofima* paydo bo'ladi.

Tashxisi:

1. Xarakterli klinik ko'rinishi.
2. Gistologik tekshirib, demodeks kanasini aniqlash.

Differensial tashxisi:

- Acne vulgaris;
- Lupus erythematoses;
- Dermatitis allergica;
- Dermatitis perioralis.

Davosi. Mahalliy davo:

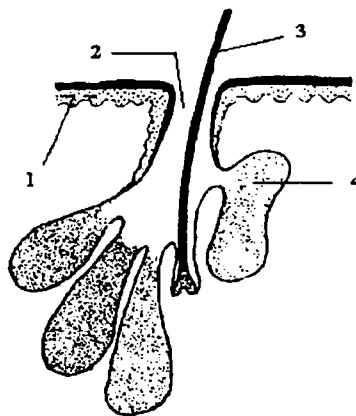
– 0,75–1 % li metronidazol geli, kremi, kuniga 2 marta;

– oltingugurt saqlovchi preparatlar (2 % ixtiol yoki oltingugurt pastasi, mazi. Sulfacet-R, kuniga 1 marta, klinik samaraga erishilgunicha), uzoq muddat;

– Demyanovich usuli.

Umumiy davo:

– uzoq vaqt tetratsiklin preparatlari qo'llaniladi (tetratsiklin 0,5-1,0 g., kuniga; doksitsiklin 0,1 g, kuniga, 2-6 oy mobaynida);



20-rasm. Yog'li follikul: 1) epidermis; 2) infandibulum; 3) soch tolasi; 4) yog' bezining bo'lagi.

- sintetik retinoidlar, masalan, Roaccutane, 0,1-0,5 mg/kg, kuniga (uzoq vaqt);
- rinofima bo'lsa, jarrohlik usuli bilan davolanadi (20-rasm).

SOCH TO'KILISHI (Alopecia)

Sochlarning patologik to'kilishi *alopetsiya* deb nomlanadi. Ulardan chandiqli alopetsiya va chandiqsiz kechadigan alopetsiya guruhlarini ajratadilar. Umumiy amaliyotda ko'p uchraydigan sifilitik va mikotik alopetsiyalar bilan bir qatorda, albatta, o'choqli soch to'kilishini (Alopecia areata) yaxshi ajratib bilish zarur.

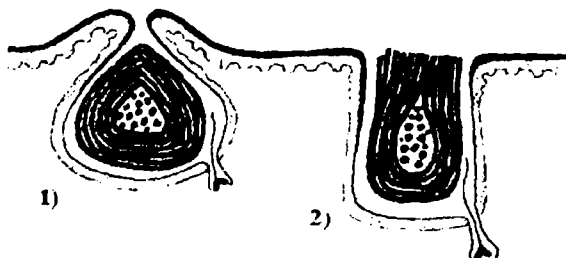
O'choqli soch to'kilishi (Alopecia areata) tarqalib ketishi natijasida, boshning sochli qismidagi va qosh, kiprik, soqol sochlari to'liq to'kilib – to'liq, ya'ni *total alopetsiyani* va yana ham tarqalib, butunlay tananing sochlari to'kilib, *universal alopetsiyani* vujudga keltirish mumkin.

Etiopatogenezi. To'liq o'rganilmagan, ammo kelib chiqishida soch follikulasining autoimmun jarohatlanish mexanizmi taxmin qilinib, kasallanishda quyidagi omillar ahamiyati olimlar o'rtasida muhokama qilinmoqda: stresslar, endokrin bezlar faoliyatining buzilishlari, nasliy moyillik, mexanik, jismoniy, kimyoviy omillar (radioaktiv), dori-darmonlar, ichak parazitlari (ostritsalar, askaridalar, lyambliyalar), turli xil autoimmun kasalliklar. Kasallik, asosan, yosh bolalar va 30 yoshgacha bo'lgan kishilarda kuzatiladi.

Klinikasi. *Yirik o'choqli alopsiyada* (Alopecia areata) boshning sochli qismidan asta-sekin sochlar to'kila boshlaydi va bir necha hafta yoki oylar ichida bir yoki bir necha soch to'kilgan o'choqlar birdaniga ko'rinib qoladi. O'choqdagi teri yallig'lanmagan (faqat ayrim holatlarda terida yengil qizarish), soch qopchalari saqlangan bo'lib, bemorni bezovta qilmaydi. Jarayon avjlanganida o'choq yaqinidagi sochlar oson to'kilib, o'choq kattalashadi. Vaqt o'tib, jarayon tinchlanib, jarohatlangan terida yangi sochlar o'sib chiqishi va shu vaqtning o'zida yangi sochsiz o'choqlar rivojlanishi mumkin. Agarda kasallik avjlanishi davom etaversa, total alopsiyaga o'tishi mumkin. Ayrim hollarda bemor tirnog'ida mayda teshiksimon o'zgarishlar paydo bo'lib, u angishvonani eslatadi.

Total alopsiya (Alopecia totalis) ayrim holatlarda tug'ma bo'ladi va nafaqat boshda sochlar bo'lmaydi, hatto qosh, soqol va kipriklar ham bo'lmaydi. Ko'p bemorlarning ikkilamchi tuklanuvchi sohalarida ham sochlar o'smaydi. Terida soch qopchalari rivojlanmaganligi sababli teri silliq, yaltiroq bo'ladi.

Universal alopsiya (Alopecia universalis) o'choqli soch to'kilishining yakunlanuvchi davri bo'lib, mustaqil kasallik holida juda kam uchraydi.



21-rasm. Komedonlar: 1) yopiq komedon («oq boshli»); 2) ochiq komedon («qora boshli») ko'pincha muguz hujayralarda yog' va bakteriyalar bilan o'ralgan.

Odatda, universal alopetsiya og'ir yuqumli kasalliklarda (tif), ionizatsiyalanuvchi nurlar bilan nurlanganlarda, turli intoksikatsiyalardan so'ng va zamburug'simon mikozning eritrodermik turi (Sezari sindromi) da kuzatiladi.

Androgen soch to'kilishi (Alopecia androgenica) ko'proq nasliy moyillik bor erkaklarda kuzatiladi, jarayon androgenlarning soch follikulasiga bo'lgan ta'siri natijasida peshona yoki ensa sohasidan boshlanadi, o'ziga xos klinik ko'rinishga ega. Soch to'kilgan teri qismi yaltirab, silliq ko'rinishda bo'ladi, follikulalar teshikchalari ko'zga ko'rinmaydi. Ko'p hollarda bemorning soch qismida yog'li seboreya yoki seboreyali dermatit borligi ko'zga tashlanadi.

Dastlabki davrlarda – soch qopchalari saqlangan paytda davo samara berishi mumkin, agarda teri va soch qopchalari atrofiyaga uchragan bo'lsa, davo samara bermaydi.

Tashxisi.

1. O'ziga xos klinik ko'rinishi va oilaviy anamnez.
2. Trixogramma.

Differensial tashxisi:

- Boshqa turdagi soch to'kilishlari;
- Microsporia capillitii;
- Trichophytia capillitii;
- Lupus erythematodes;
- Sclerodermia;
- Alopecia seborrhoica;
- Siphilis secundaria.

Davosi. Mahalliy davo:

- ta'sirlovchi vositalar bilan mahalliy mikrosirkulyatsiyani yaxshilash (Tct. Capsici, Tet. Veratri va boshqalar).

Umumiy davo:

- vitaminoterapiya (Aevit, Aerovit va boshkalar);
- sink preparatlari (tsink okisi 0,05–0,075, kuniga 3 mahal, uzoq vaqt, piratsin 0,15 %–1,0 m/o, kunora N 10);
- mikrosirkulyatsiyani yaxshilash vositalari (teonikol, andekalin, nikotin kislotasi, trental);
- asab va ichki a'zolar kasalligini davolash.

Fizioterapiya:

- massaj;
- PUVA-terapiya (fotosensibilizatorlar bilan birga);
- lazeroterapiya;
- igna sanchish (igna refleksoterapiya).

ZAMBURUG'LI KASALLIKLAR

Zamburug'li kasalliklar odamning terisi, shilliq qavatlari va ichki a'zolarini zararlaydi.

Zamburug'li kasalliklar yuzaki va chuqur turlarga hamda joylashishiga (lokalizatsiyasiga) qarab, quyidagi guruhlarga bo'linadi:

I. Keratomikozlar (epidermisning yuzaki, ya'ni muguz qavati yoki soch kutikulasida joylashib, kuchli yallig'lanish belgilarisiz kuzatiladi).

I.1. Rang-barang (kepaksimon) temiratki – pityriasis versicolor.

I.2. Eritrazma.

I.3. Tugunli trixosporiya (pedra) – piedra.

II. Dermatomikozlar teri chuqur qavatlarining yallig'lanishi bo'lib, teri hosilalari ham zararlanishi mumkin.

II.1. Epidermofitiya (chov va oyoq panja epidermofitiyasi).

II.2. Rubrofitiya.

II.3. Trixofitiya.

II.4. Mikrosporiya.

II.5. Favus.

III. Kandidozlar – teri, shilliq qavatlar, teri hosilalari – tirnoq hamda ichki a'zolar zararlanadi.

IV Chuqur mikozlar (zamburug'lar asl teri va teri osti to'qimalari, ichki a'zolari zararlab, yallig'lanishni yuzaga keltiradi).

IV.1. Blastomikoz.

IV.2. Sporotrixoz.

IV.3. Xromomikoz.

IV.4. Maduromikoz.

IV.5. Koksidomikoz.

IV.6. Gistoplazmoz.

IV.7. Rinosporidoz.

Keratomikozlar (Keratomycosis)

Bu guruh kasallik zamburug'lari teri va sochning yuza qavatlarini zararlaydi, yallig'lanish holatlari kuzatilmaydi. Keratomikozlarga rang-barang temiratki, eritrazma va tugunchali trixosporiya yoki pedra kiradi.

Rang-barang temiratki (Pitiriyasis versicolor) chaqiruvchisi *malassezia furfur* hisoblanadi. Kasallikning kelib chiqishiga ko'p terlash, diabet, tireotoksikoz, surunkali kasalliklar, semizlik, gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik sabab bo'ladi. Insonning uzoq vaqt ko'p terlashi natijasida ter sifati o'zgarib, uning himoya imkoniyati pasayadi va kasallikning yuqishiga, rivojlanishiga asos bo'ladi.

Asosan, terida (bo'yin, ko'krak, kurak, qo'llar) sut bilan kofe aralashmasi (jigarrang) rangidagi mayda dog'lar paydo bo'ladi. Dog'lar bemorni bezovta qilmaydi va vaqt o'tib sekin kengayib, o'sib, bir-biri bilan qo'shilib ketadi. Ayrim dog'lar ustida bilinar-bilinmas, kepaksimon mayda po'stloqlarni ko'rish mumkin. Bemor quyosh vannalari qabul qilsa, bu dog'lar rangi o'zgarib, oq rangli gipopigmentiv dog' ko'zga tashlanib turadi.

Tashxisda quyidagilar ko'zda tutiladi:

- aniq klinik kechishi (teriga dog'lar toshishi);
- Baltser sinamasi musbatligi (5 % li yod teriga surtilsa, to'q rangga bo'yalib, dog'lar yaqqol ko'rinib qoladi);
- tirnoq bilan urish yoki Baltserning «kukun» belgisi musbatligi: tirnoq yoki shpatel bilan tirnalsa, o'chog'ida «yashiringan» qipiqalar borligi aniqlanadi;
- Lyuministentli nurlanish (Vud lampasida nurlash): qora-qo'ng'ir yoki qora-sarg'ish nurlar ko'rinishi yuz beradi, tangachalarni laborator tekshirish – zamburug'larni aniqlash uchun.

Davosi va profilaktikasi.

- Gigiyena qoidalariga rioya qilish (sovundan to'g'ri foydalanish, terlashning oldini olish).
- Giperkeratoz va ter miqdorini o'zgartirishga olib keluvchi omillarga barham berish.

Mahalliy davo:

- Demyanovich usulida davolash (1–2-eritmalar).
- Keratolitik dorilarning spirtli aralashmalaridan foydalanish.

Andreasyan suyuqligi.

Rp: Resorcini 2,0
Sp.vini 70,0 % ad 100,0
M.D.S. o'choqlarga 1
marotabadan, 3 kun
surtish.

Rp.: Hexamethylin tetraoleini 10,0
Glycerini 20,0
S.Ac. acetini 8% – 70,0
M.D.S.o'choqlarga 2 kun surtish.

Qiyosiy tashxis.

— Zaxm leykodermasi (dog'lar bir-biri bilan qo'shilmaydi, sero reaksiyalar musbat bo'ladi).

— Pushti rangli Jiber temiratkisi (dog'lar o'tkir yallig'langan, medalonga o'xshab oval ko'rinishda bo'ladi).

— Zaxm rozeolasi (dog'lar qo'shilmaydi, po'st tashlamaydi, bosganda yo'qoladi, sero reaksiyalar musbat bo'ladi).

Eritrazma. *Corynebacterium minutissimum* zamburug'i (shartli ravishda) qo'zg'atuvchisi bo'lib, ularning ba'zi bir xususiyatlari mikroblarga o'xshab ketadi. Ayrim mutaxassislar eritrazmani bugungi kunda psevdomikozlar guruhiga kiritishmoqda.

Klinikasi. Eritrazma ko'p uchrab turuvchi kasallik bo'lib, ko'proq erkaklarning teri burmalarida uchraydi. Qo'ltiqda, son-urg'oq burmalarda, ayollarda esa sut bezlari tagidagi burmalarda qizil-jigarrang (qizil g'isht rangi) tusli keskin, aniq chegarali, ajralib turadigan dog'lar paydo bo'ladi. Keyinchalik ular kattalashib, bir-biriga qo'shilib, bemorni subyektiv qiynamaydi. Ayrim bemorlar yengil qichishish borligini aytadi. Yallig'langan teri ustida mayda po'stloqlar ko'rinishi mumkin.

Tashxisi.

1. Aniq klinik belgilari.
2. Lyuminestsent lampa orqali (o'choq g'isht-qizil rang bo'lib yaltiraydi).
3. Laborator chaqiruvchisini aniqlash.

Differensial tashxisi. *Epidermophyton inguinale*.

Davosi: rang-barang temiratki davosini qarang.

Tugunchali trixosporiya yoki pedra (O'zbekistonda uchramaydi) quyidagi ikki klinik turda uchraydi:

1. Oq Pedra – *Piedra Ploiuca* epidemik kasallik bo'lib, Janubiy Amerikada keng tarqalgan, Yevropada kam uchraydi, chaqiruvchisi – *Trichosporium beigleti*. Bosh, soqol, mo'ylov, chovda joylashgan sochlarda tugunchalar (zamburug' to'plamlari) yuzaga keladi.

2. Qora pedra – *Piedra Negra* namligi yuqori bo'lgan tropik mintaqalarda uchraydi, chaqiruvchisi – *Trichosporium hortai* Bruusbi. Bosh sochlarida tugunchalar yuzaga keladi.

Tashxisi quyidagilarga asoslanadi: o'ziga xos asosiy belgilarning ko'rinishi, zamburug'larni ekish yo'li bilan aniqlash.

Davosi. Sochlar qirtishlab olinib, oltingugurt tutuvchi (sulsen) sovun bilan issiq suvda yuviladi.

Dermatomikozlar

Bu turdagi zamburug'li yuqumli kasalliklar epidermis, derma va teri hosilalarini (sochlar, tirnoqlar) zararlaydi.

Kasalliklarni chaqiruvchi zamburug'lar asosan, 3 turda bo'lib, ular o'z navbatida bir necha guruhlariga bo'linadi:

- Trichophyton (17 ga yaqin turlarga bo'linadi);
- Microsporion (10 ga yaqin turi bor);
- Epidermophyton (birgina turi bor).

Dermotofitiyalar har xil allergik reaksiyalarni chaqirishi patologik o'choqlardan uzoqroqda joylashishi mumkin.

Epidermofitiya 2 xil asosiy ko'rinishda uchraydi: birinchisi oyoq panjalari epidermofitiyasi, chaqiruvchisi Trichophyton mentagrophytes var interdigitatale bo'lib, uch xil klinik ko'rinishi tafovut qilinadi: jumladan, skvamoz, intertriginoz va disgidrotik xillari, ikkinchisi esa chov epidermofitiyasi bo'lib, chaqiruvchisi Trichophyton floccosum hisoblanadi.

Oyoq panjalari mikozi (Mycosis pedum) – eng ko'p uchraydigan panjalararo terining surunkali kechadigan yallig'lanishi bo'lib, ko'pincha bahor-yozda o'tkir qaytalab turadi. Oyoq panjasi mikozi turli dermatofitlar chaqiradi va faqat odamlar kasallanadi. Kasallik hammomda, basseynida yoki boshqaning oyoq kiyimini kiyganda yuqishi mumkin.

Oyoq panjalari epidermofitiasining (mikozi) skvamoz turida o'ziga xos belgilarni ko'rish mumkin. Tovonda, panjalar oralig'ida terining yallig'lanishi ko'rinib-ko'rinmay qizarib, ustida mayda kepaksimon po'stloq tashlab turib, bemorni uzoq vaqt bezovta qilmaydi. Lekin oyoq ko'p terlashi yoki boshqa biror ta'sir tufayli yallig'lanish kuchayib, kasallik intertriginoz yoki disgidroz turlariga o'tishi mumkin.

Oyoq panjasini intertriginoz epidermofitiasida yallig'lanish o'choqlari keng tarqalmaydi, ko'pincha oyoquqning 3 va 4 barmoqlar oralig'i terisi shishib, bukkanga o'xshab (matseratsiya), yorilish va po'st tashlash bilan ifodalanadi. Barmoqlar orasidagi terida shilinishlar va mayda subepidermal pufakchalar paydo bo'ladi. Barmoqlar bir-biriga tekkanda, teri qo'shimcha jarohatlanadi va ikkilamchi infeksiyalanishga inkoniyat tug'iladi va bu ko'pincha limfangoit va limfadenitga olib keladi. Bemorni yurganda, qattiq og'riq qiynaydi.

Oyoq panjasining disgidrotik turida yuqorida keltirilgan belgilarga qo'shimcha o'tkir yallig'lanish belgilari, ya'ni panjaning turli sohalarida pufakchalar va ko'p kamerali pufaklar kuzatiladi, ular yorilib, atrofida epidermis bo'laklari osilib turadigan eroziyalar paydo bo'ladi. Epidermofitiyaning bu turida yangi pufakchalar, yiringchalar, eroziyalar hosil bo'lib, pilchirash kuzatiladi. Yangi-yangi paydo bo'layotgan toshmalar bemor tinkasini quritib, haroratini ko'taradi, qichishish va og'riq esa bemorni qattiq bezovta qiladi. Bemor vaqtida davolanmasa, tananing boshqa qismlarida yangi pufakchalar va tugunchalardan iborat allergik toshmalar paydo bo'ladi.

Tirnoqlar epidermofitiyasi. Oyoq panjasining va boshqa zamburug' kasalliklarining etiologik va klinik turlarida tirnoq jarohatlanishi kuzatilishi mumkin. Ko'proq bosh va jimjiloq barmoq tirnoqlari bosh chetida, ustida yoki tirnoq o'sib chiqayotgan qismida sariq dog'lar paydo bo'lib ko'payadi, tirnoq xiralashadi, qalinlashib mo'rt, usti notekis va yengil uvalanadigan bo'lib qoladi. Keyinchalik boshqa tirnoqlar ham jarohatlanishi mumkin.

Differensial tashxi:

1. Intertrigo candidomicetica.
2. Intertrigo streptogenes.
3. Exzema dyshidrosum.
4. Dyshidrosis.

Davosi: Mahalliy davo:

- oyoqqa davolash vannalari (0,001 % margansovka suyuqligi, Burov suyuqligi, 2 % soda, 3 % ixtiol) qilinadi;
- zamburug'ga qarshi upalar;
- barmoqlararo klotrimazol, nitrofungin, anilin bo'yoqlar, 1-2 % yod;
- nizoral, lamizil, terbizil;
- tirnoqqa Lotseril laki kabi dorilar qo'llaniladi.

Umumiy davo:

- zamburug'ga qarshi antibiotiklar ichish tavsiya etiladi (orungal, lamizil, nizoral, diflyukan, grizeofulvin);
- yallig'lanishga qarshi (antigistamin va desensibilizatsiyalovchi) preparatlar qo'llaniladi (*XI-XII ilovalar*).

Chov epidermofitiyasi (epidermophytia inguinale) ko'p terlaydigan odamlarda uchraydigan zamburug' kasalligi bo'lib, faqat odamlarda uchraydi. Bemordan sog' odamga ichki kiyim yoki umumiy vannalar va tualet buyumlari orqali yuqadi.

Klinikasi. Ko'proq bemorning teri burmalarida, qo'ltiqda, son-urg'oq burmalarda, ayollarda esa sut bezlari tagidagi burmalarda qizg'ish, infiltratsiyalashgan, aniq chegarali, ajralib turadigan dog'lar paydo

bo'ladi. Keyinchalik ular chetga qarab kattalashadi va o'rta qismi oqarib, ustida mayda po'stloqlar paydo bo'lib, vaqt o'tib yengil pigmentlashadi. Patologik toshma atrofida sal ko'tarilib turadigan qizil chegara ko'zga tashlanib, ustida mayda pufakchalar va qaloqlar bo'ladi, bemorni qattiq qichishish bezovta qiladi.

Tashxisi.

1. Tipik klinik belgilari.

2. O'choqdan olingan teri qirmasini mikroskopda tekshirish.

Differensial tashxisi:

- Erithrasma;
- Intertrigo;
- Psoriasis inversa.

Davosi:

- travokort, dermazolon, triderm, nizoral, lamizil malhamlar;
- desensibilizatsiyalovchi dorilarni qo'llash (kaltsiy dorilari);
- yallig'lanishga qarshi dorilar (o'tkir va o'tkir osti turlari);
- namlash uchun Burov suyuqligi;
- keratolitik malhamlar.

Rubrofitiyacha qiruvchisi (rubrophytia). Qo'zg'atuvchisi – *Trichophyton rubrum* faqat kattalarda uchrab, turli klinik belgilarga boyligi, surunkali, epidermofitiyaga nisbatan og'irroq va tarqalib ketishi bilan kechadigan zamburug' kasalligidir.

1. Oyoq panjalari va kaftlar rubrofitiyasi (*rubrophytia palmarum et plantarum*).

2. Silliq teri rubrofitiyasi (*Rubrophytia. cutis glabraye*).

3. Tirnoqlar rubrofitiyasi (*Onichomycosis palmarum et plantarum*).

Oyoq panjalar mikoziy klinik ko'rinishi qo'zg'atuvchi zamburug' turiga nisbatan kam farqlanadi, faqat rubrofitiya boshqa turlardan hamma barmoqlar orasining jarohatlanishi, ko'proq kepaksimon mayda tangachalar va kuchli qichishish bilan ajralib turadi.

Silliq teridagi rubrofitiya – o'ziga xos turli kattalikdagi o'choqlar bo'lib, ular ko'proq tana va oyoqlar terisida joylashib, qizarish, shishish bilan boshlanadi va ustki qismi unsimon kepaklanadi. Ularning chegara qismi valiksimon ko'tarilib turib, shaklan festonlarga o'xshash aniq bo'ladi.

Tashxisi quyidagilarga asoslanadi:

- tipik klinik ko'rinishi;
- qirmalarni mikroskopda tekshirish;
- ekish va uni mikroskopda tekshirish.

Davosi:

1. Terini ko'chirish (o'choqlar silliq terida bo'lsa):

- Rp: Jodi puri 2,0
 Sp. Vini ayethylici 96 %- 50,0
 Ac. Corbolici 5,0
 Ac. Salicylici 12,0
 Ac. Lactici couseutrati 10,0
 Resorcini 6,0
 Ol. Rusoi 10,0
 Colloidi elastici acl 100,0
 M.D.S. mahalliy surtmalar.
2. Grizeofulvin, nizoral, lamizil va orungal buyurish.
 3. Vitaminoterapiya (A vitaminini uzoq muddat qabul qilish).
 4. Autogemoterapiya.

Trixofitiya, mikrosporiya, favus

Terining zamburug' kasalliklariga *trixofitiya, mikrosporiya* va *favus* (kal) kasalliklari ham kiradi. Bu kasalliklarda silliq teri, soch va tirnoq shikastlanadi. Kasallik yuqumli bo'lib, u bemordan yoki kasal hayvondan sog' odamga yuqishi mumkin. Trixofitiya qo'zg'atuvchisi Trichophyton guruhiga mansub zamburug'dir. Trixofitiya kasalligi ko'pincha bolalarda uchrab, quyidagi klinik turlarga bo'linadi:

1. Bosh terisi sochli qismining (va soqol-mo'ylab) yuzaki, chuqur trixofitiyasi.
2. Silliq teridagi trixofitiya.
3. Tirnoq trixofitiyasi.

Bosh terisida va silliq teridagi trixofitiya yuzaki hamda chuqur klinik belgilar bilan kechadi.

Yuzaki trixofitiya qo'zg'atuvchisi – Trichophyton endotrix (zamburug', mitseliy soch ichida joylashadi) bu zamburug'ga Tr. violaceum va Tr. cansurans kiradi.

Chuqur trixofitiyaning qo'zg'atuvchisi esa Tr. ectotrix (zamburug' soch tolasining atrofida joylashadi), bu zamburug'ga Tr.gipseum va Tr. verrucosum kiradi.

Yuzaki trixofitiya zamburug'i sochning ichkarisida joylashgan bo'ladi, shuning uchun yallig'lanish kamroq ko'rinishda bo'ladi. Chuqur trixofitiyada esa zamburug' sochning tashqari qismida joylashgan bo'ladi. Shuning uchun jarayon o'tkir yallig'lanish bilan birgalikda boradi. Bulardan tashqari, bemor odamdan sog'lom odamga kasallik o'tsa, *antropofil yuqish yo'li* deyiladi, bordi-yu kasal hayvondan odamga yuqsa, u holda *zoofil yuqish yo'li* deyiladi. Trixofitiya kasalligida va umuman, zamburug' kasalliklariga tashxis qo'yishda tibbiy

tekshiruvlar o'tkazish juda muhim ahamiyatga egadir. Buning uchun shikastlangan joydan sochlar, po'stloqlar, qaloqlar va tirnoqlar olinib, mikroskopda ko'zdan kechiriladi. Zamburug' turlarini aniqlash uchun ular maxsus tayyorlangan ozuqalarga ekilib, ma'lum vaqt ichida undiriladi.

Yuzaki va chuqur trixofitiya hayvon va odamlarda uchraydigan kasallikdir. Yuzaki trixofitiyaning manbai kasal odam, chuqur trixofitiyaniki esa asosan, kasal hayvonlar (mol, mushuk, it, sichqon va boshqalar) bo'ladi.

Silliq terining yuzaki trixofitiyasi terida bir nechta qizg'ish dog'lar paydo bo'lishi, ular atrofida esa juda nozik jiyaklar ko'rinib turib, chetki qismida tuklar ham shikastlanib, dog'larning yuzasi kepaklanib, ba'zi vaqtda tugunchalar ham bo'lishi bilan kechadi.

Bundan tashqari, silliq terida zich to'qimali trixofitiya ham bo'ladi, bunda esa tugunchalar ko'proq bo'lib, zich to'qimada ko'proq yallig'lanish jarayoni bo'ladi.

Boshning soch qismi yuzaki trixofitiyasi boshning soch qismida mayda qipiqlangan dog'lar toshishi va sochlarning teri sathidan 2-3 mm yuqoridan sinib, qora nuqtalarga o'xshab turishi bilan kechadi va bu kam yallig'langan o'choq keyinchalik sekin kattalashib, qipiqlanadi. Balog'at davriga kelib, ichki sekretiya bezlari faoliyatining o'zgarishi tufayli ko'proq erkaklarda davosiz, o'z-o'zidan yaxshi bo'lib, kasallik o'tib ketadi. Ayollarda esa kasallik surunkali qora nuqtali trixofitiya turiga o'tishi ham mumkin.

Chuqur trixofitiya (*Trichophytia profunda*)

Etiologiyasi. Chuqur trixofitiya *antropozofil zamburug'lar* orqali, ya'ni uy hayvonlari va bemor odamdan yuqishi mumkin, kasallik kattalarda va ko'proq bolalarda o'tkir boshlanadi.

Klinikasi. Chuqur trixofitiya o'tkir kechib, zamburug' soch follikulasiga tushganda uni va atrofidagi terining yiringli yallig'lanishini chaqiradi. Yallig'lanish o'chog'i chegaralangan, chuqur, yarim sharsimon shaklda bo'lib, ustki qismida kattalashib, ochilib turgan soch follikulasining teshikchalari ko'rinib, ulardan yiring suyuqligi ajralib turadi. Klinik ko'rinishi karbunkulni eslatadi. Asta-sekin yallig'lanish kattalashib, diametri 6-8 sm ga boradi va qaraganda boshning soch qismida teri sathidan 1-2 sm gacha ko'tarilib turgan, yarim sharsimon. ustida yiringli zich joylashgan follikulitlar ko'rinib, ulardan ko'p miqdorda sariq rangli yiring chiqib turadi. Shu davrda o'choq yaqinidagi limfa tugunlari (bezlari) kattalashib ketadi, bemorda harorat ko'tariladi.

Yallig'langan terida joylashgan sochlar o'rnidan yengil ajraladi. Yallig'langan infiltrat ustidan bosilsa, soch follikulari teshigidan osongina yiring ajralib, asalarilar uyasidan oqib turadigan asalni eslatadi (kerion Celsi). Keyinchalik soch follikulasi atrofiyaga uchrab, yallig'lanish kamayadi va atrofida chandiq hosil bo'ladi. Bu terida yangi sochlar boshqa chiqmaydi.

Differensial tashxisi:

1. Microsporia.
2. Carbunculus.
3. Sycosis vulgaris.
4. Acne conglobata.

Mikrosporiya

Mikrosporiyaning qo'zg'atuvchisi *antropozooofil zamburug'i* bo'lib, ko'proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar orasida tarqaladi. Kasallik sog' odamga bemordan hamda kasal hayvondan yuqib, silliq teri va sochlarning ko'pincha yuzasini jarohatlaydi.

Klinikasi. Silliq teri va soch qismining mikrosporiyasi trixofitiyaning klinik ko'rinishini eslatib turadi. Lekin kasallik boshlanganda teridagi jarohatlar soni 2-4 baravar ortadi, ularning kattaligi har xil bo'lib, bir-biridan keskin ajralib turadi, usti asbestsimon mayda kepaklanish bilan qoplanadi. Bu yallig'langan dog'lar doirani eslatib turadi va sekin kattalashib, dog' o'rtasida yangi zararlanish paydo bo'lib o'sadi va oqibatda yangi kichikroq doiraga aylanib qoladi hamda iris holatini eslatadi.

Yallig'lanish boshning sochli qismida joylashganda, yuqorida keltirilgan belgilarga sochlarning jarohatlanib, 5-6 mm uzunlikda sinishi qo'shiladi. Ayrim hollarda yallig'lanish kuchayib, Kerion Celsi ga mos belgilar ko'rinib qoladi. Mikrosporiya tez tarqaluvchan kasallik bo'lib, ayniqsa, bolalar orasida epidemiya holati ko'p uchrab turadi. Trixofitiyalardan yana bir farqi shundaki, lyuministsent lampasi ostida bemorning sochini ko'rsak, yashil nurlanish bo'ladi (trixofitiyada nurlanish ko'rinmaydi).

Differensial tashxisi:

- Trichophiton superficialis;
- Psoriasis vulgaris;
- Ritariasis rosea Gibert.

Kal (Favus, Parsha)

Etiologiyasi. *Kal qo'zg' atuvchisi* Achorion Schonleini zamburug'i 1839-yilda topilgan va *trioxofiton turkumiga* kiradi. Kasallik faqat odamlarda, ba'zan bolalarda uchraydi va boshqa dermatofitiyalarga qaraganda kamyuqumli bo'lib, O'zbekistonda ancha yillar oldin yo'qotilgan.

Klinikasi. Eng xarakterli klinik belgisi bemorning soch qismida faqatgina favusga xos skutulalar va ulardan keyin qolgan chandiqlar va zararlangan sochlar borligi. Lycopchasimon skutulaning (qalqonchalar) rangi sarg'ish bo'lib, o'rta qismidan sochlar chiqib turadi. Skutula uzoq vaqt turib, atrofida chandiqliq hosil qiladi va bu joyda soch o'smaydi. Bemordan kuchli sichqon hidi (ambar hidi) kelib turadi. Davolanmasa kasallik ko'p yillar davom etishi mumkin va natijada boshning sochli qismini butunlay jarohatlab, faqatgina chetlarida jiyakka o'xshash jarohatlangan sochlar saqlanib qoladi.

Bundan tashqari, kepaklanuvchi va yiringli shakllari ham bor, kamquvvat odamlarda ichki a'zolar ham shikastlanadi.

Tashxis. Skutula va qo'lansa sichqon hidi, tipik kallasimon borligi va mikroskopik sochda va po'stlarda zamburug' topilishiga asoslanadi.

Dermatomikozlarni davolash. Mikozlarni davolashda zamburug'larga qarshi dorilar qo'llaniladi.

Sistem antimikotiklar: grizeofulvin, nizoral, lamizil, tarbizil, orungal va diflyukan.

Mahalliy davo: shikastlangan joyga 2-3 % li yod eritmasi va 10 % li oltingugurt malhami surtiladi hamda shikastlangan sochlar epilyatsiya yo'li bilan olib tashlanadi.

Mikozlar profilaktikasi.

Kasallik aniqlangandan keyin SES ga xabar beriladi va:

- 1) bemor boshqalardan ajratib qo'yiladi;
- 2) bemorning ichki kiyim va ko'rpa-to'shak jildlari qaynatilib, keyin yuviladi;
- 3) bemor uyining poli oldin 5 % xloramin (lizol eritmasi) keyin issiq suv bilan yuviladi.

Bemor to'liq davolangandan keyin, unda mikologik tekshirish 3 marta manfiy natijali bo'lsa va 3 haftagacha kasallik belgilari topilmasa, faqatgina shunda bolaga maktab yoki bog'chaga qatnashga ruxsat beriladi.

SES xodimlari bilan bemor oilasining va unga yaqin bo'lgan barcha bolalar (qo'shni, maktabdosh) va kattalar (chuqur dermatomikozlarda uy hayvonlari) ham tekshirilib davolanishi lozim.

KANDIDOZ

Hozirgi vaqtda shartli-patogen, achitqisimon, Candida turkumiga kiruvchi zamburugʻ, koʻproq Candida albicans bemorlar va sogʻ kishilar orasida kandidoz rivojlanishiga sabab boʻlishi koʻp kuzatilmoqda.

Etiologiyasi. Candida albicans bir hujayrali mikroorganizm boʻlib, dumaloq, oval shaklda, oʻlchamlari yirik boʻladi. Ular psevdomitseliyalar hosil qiladi. Asl zamburugʻlardan asosiy farqi psevdomitseliyasi borligi, askosporasi yoʻqligi va xarakterli biokimyoviy xususiyatga ega ekanligidir.

Epidemiologiyasi. Kandida zamburugʻi bilan dastlab chaqaloq tugʻilgandan soʻng 1-soat yoki 1-kunlaridanoq uchrashadi. Homiladorlik davrida homila kandidaga chalinishi ham mumkin, buning isboti homila atrofi suvi, pardalari, yoʻldoshdan kandidalar topilishidir. Tugʻish yoʻllaridan oʻtish vaqtida, koʻkrak emish va ona qoʻllari orqali ham organizmga tushishi mumkin. Ovqat mahsulotlaridan goʻsht, sut mahsulotlari – tvorog, pishloq, smetana, hoʻl mevalar tarkibida koʻplab kandidalar saqlanishi kuzatiladi. Uy hayvonlari, buzoqchalar, qoʻzichoqlar va parrandalar kasallik manbai boʻlishi mumkin.

Patogenezi. Kandidalar shartli-patogen zamburugʻlar boʻlgani uchun kandidoz infeksiyasining patogenezida hal qiluvchi omil zamburugʻ emas, makroorganizm hisoblanadi. Gomeostazning turli xil oʻzgarishlari kandidaning virulentligini oshiradi. Kandidaning aktivligini oshiruvchi barcha omillarni uch guruhga boʻlish mumkin:

1. Atrof-muhit (ekzogen) omillari kandidaning organizmga kirishiga yordam beradi.
2. Endogen omillar organizmning qarshi kurashish kuchini kamaytiradi.
3. Zamburugʻlarning virulentlik xosiyati ularning patogenligini taʼminlaydi.

Ekzogen omillar: harorat oʻzgarishlari, terlashning kuchayishi, terining matseratsiyasi, teri va shilliq pardalarga kasb-kordagi zararli taʼsirlar (kislota-ishqorlar, sement erituvchilar), havoda zamburugʻlar va ularning sporalari miqdori ortib ketishi (qandolat oqsil sintezi sanoatida), teri jarohatlanishlari, asosan, konservalash sanoatida, noratsional gigiyenik tartib tufayli va boshqalar.

Endogen omillari: moddalar almashinuvi kasalliklari (qandli diabet, disproteinemiya, yarali kolitlar, disbakterioz, semirish), surunkali infeksiyon jarayonlar, qon tizimi kasalliklari, oʻsmalar, moxov, miksedema, tireotoksikoz, koʻp terlash, avitaminozlar. Bir yoshgacha boʻlgan goʻdaklarda qon zardobi fungistazasi faoliyatining susayishi, soʻlak ajralishining sustligi va lizotsimning zamburugʻga qarshi faoliyati sustligidir.



Teri amiloidozi (tuguncha)



Allergik vaskulit (petexiya)



O'tkir kontakt dermatit (eritema, pufak)



Atopik dermatit (lixenifikasiya, ekskoriyasiya)



Streptokokkli impetigo (eroziya)



Qizil yassi temiratki (tuguncha)



Furunkul (po'stloq)



Neyrodermit (Lixenifeskatsiya)

Antibiotik, sitostatik, glyukokortikoid gormonlar, immuno-supressantlarning keng qo'llanishi ham turli yoshdagi kishilarda kandidoz kasalligiga chalinishga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Yuza kandidozlar (yassi teri kandidozi, shilliq pardalar, tirnoq kandidozlari), sistemali yoki visseral kandidozlar, oraliq turi – surunkali tarqoq (granulematoz) kandidozlar tafovut etiladi.

Yuza kandidozga teri shilliq pardalari, tirnoq va tirnoq atrofi to'qimasi kandidozi kiradi.

Yassi teri asosan, yirik burmalar jarohatlanishi bilan boshlanadi: burmalar sohasi qavarib shishadi, pufakchalar, seropapular, po'stloqlar, eroziya, namlanish kuzatiladi. O'choqlar aniq, gajimdor chegaraga ega, atrofida epidermis ko'chmasi bor. Eroziya yuzasi tekis, yaltiroq, joylarda oqish parda bilan qoplangan. O'choq atrofida yakka-yakka joylashgan shishli eritemalar, seropapular, vezikulalar, pustulalar kuzatiladi. Burmalardan toshmalar atrof terilariga toshib ko'payadi. Eritematoz turida eritematoz – shishgan turg'un-qizg'ish rangli o'choqlar bo'lib, ularda eroziyalar, namlanish kuzatiladi.

Qo'l, oyoq panja barmoqlari burmalaridagi zamburug'li eroziya maktab bolalarida va kattalarda ko'p uchraydi. 3-4 va 5-6 barmoq oralarida matseratsiya tufayli shishgan turg'un giperemiyali o'choq kuzatilib, atrofi epidermis ko'chkisi bilan o'ralgan seropapula va vezikulalar kuzatiladi.

Shilliq pardalar kandidozi og'iz shilliq pardasi va jinsiy a'zolarida uchraydi. Og'iz shilliq pardasi kandidozida suzmasimon oq parda kuzatilib, u oson ko'chadi. Ular ko'chirilsa, eritematoz dog'lar kam hollarda esa eroziya kuzatiladi. Og'iz shilliq pardasida til, lunj, milk, qattiq tanglay, lab qizil hoshiyasi jarohatlanishi bilan kechishi mumkin.

Zamburug'li glossit til tanachasida nuqtadek oq dog'li parda paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Parda shpatel bilan paypaslansa, yuza, biroz shishli, giperemiya o'chog'i kuzatiladi. Keyinchalik tilning butun yuzasi oq parda bilan qoplanadi va asta-sekin sarg'ish-qo'ng'ir tus oladi.

Glossitning boshqa, *distrofik* turi ham uchraydi. Bu turda til tanachasining shilliq pardasi malina-qizg'ish tus olib, quruq yaltiroq ko'rinishda bo'lib, ipsimon so'rg'ichlar atrofiyaga uchraydi. Oqish-qo'ng'ir parda til chekkalarida yoki burmalarida kuzatiladi. Bu parda asosan, qiyin ajraydi.

Kandidozli glossit *deskvamativ glossit* bilan qiyosiy tashxis qilinadi: til yuzasida epiteliy deskvamatsiya o'choqlari kuzatiladi, u har xil shakl va o'lchamlarda bo'ladi. Epiteliy deskvamatsiya o'choqlari bir joydan ikkinchi joyga ko'chib, bir-biri bilan qo'shilib, katta-katta o'choqlarni va hatto diffuz o'choq hosil qilishi ham mumkin.

Kandidozli glossit va *stomatitni* leykoplakiya – qizil yassi temiratki bilan qiyosiy tashxis qilish kerak. Bu kasalliklarda qo'ng'ir-oqish tusli shilliq parda muguzlanish hisobiga yuzaga keladi, shu sababli shpatel bilan ko'chirish mumkin emas.

Yumshoq leykoplakiyada shilliq parda qo'ng'ir-oqish tusga ega.

Epiteliy qisman ko'chib, bemor tishlab tortadi, so'ng yuza tiralish hosil bo'ladi. Tekshiriluvchi materialdan zamburug' topilmasligi kandidoz tashxisini inkor qiladi.

Og'iz burchaklari kandidozi (kandidozli bichilish) va kandidozli xeylit ko'pincha og'iz shilliq pardasi, til kandidozi bilan birgalikda uchraydi, ammo o'z holicha ham uchrashi mumkin. Jarayon ko'proq bolalar va qariyalarda kuzatiladi. Og'iz burchaklarida chuqur burmalar bo'lishi, bu qismlarning doimiy so'lak bilan namlanib, ishqalanishi zamburug'li bichilishga olib keladi. Og'iz burchaklari terisi yallig'langan, ishqalanib qizargan, nam, oson ko'chuvchi oqish parda bilan qoplangan bo'ladi. Parda ko'chirilgach, qizg'ish eroziv yuza kuzatiladi. Ko'pincha jarohat ikki tomonlama, ayrim hollarda bir tomonlama bo'lishi mumkin.

Ayrim hollarda og'iz burchagi kandidozi lab qizil hoshiyasiga tarqaladi. Bu hollarda lab yuzasida qizargan dog', qo'ng'ir tusli kepaklar va oq nuqtadek pardalar kuzatiladi, ularni ko'chirsak yangi, nam, yaltiroq yuza aniqlanadi. Lablarning tutashish chizig'i qizarib, shishganligi kuzatiladi. Lab harakati og'riqli bo'ladi.

Kasallik streptokokkli lab burchagi bichilishi bilan qiyoslanadi, bunga to'q-qizil shishli dog' xarakterli bo'lib, u lab burmasigacha tarqalgan bo'ladi. Markazida yoriqsimon eroziya kuzatiladi, eroziya yuzasi ko'pincha sarg'ish, qat-qat yiringli qaloqlar bilan qoplangan bo'ladi. Lab burchagida katta yara, zaxm tugunchalari ham uchrashini yodda tutish zarur, undan ajralayotgan suyuqliklardan rangsiz *spiroxeta* topiladi.

Kandidozli paronixi hamda *onixi* teri va shilliq pardalar jarohati bilan birga kechadi. Paronixi – tirnoq halqasi shishi, infiltratsiyasi giperemiya holida kechadi. Bunda tirnoq atrofi halqasi go'yo tirnoq ustiga surilgandek bo'lib ko'rinadi. Zamburug'lar tirnoq atrofi halqasining yon tomonlaridan kirib boradi va shu sabab tirnoqning mustaqil qismi jarohatlanmaydi. Tirnoq yon yuzalari va tirnoq yuzalari deformatsiyalanadi, har xil qalinlikka ega bo'ladi. Jarayonning o'tkir davrida og'riq va qichishish kuzatiladi.

Kandidozli vulvovaginit, balanat, balanopostit yakka holda yoki kandidozning boshqa turlari bilan birga rivojlanadi. Qizlarda vulvit va vulvovaginit, uretritlar bilan uchraydi. O'g'il bolalarda bu xil jarohat juda kam uchraydi, chunki ularda fiziologik fimoz holati bo'lib, olat boshchasi olat yopqichi bilan yopilib turadi.

Kandidozli vulvit va vulvovaginit rivojlanishida diffuz shishgan giperemiya o'chog'i paydo bo'lib, yuzasida mayda-mayda oqish pardalar uchraydi. Parda oson ko'chadi, ostidan seroz, seroz-yiringli ajratmali eroziya yuzasi ochiladi. Kasallik qichishish va og'riq bilan kechadi, ayniqsa, siyish paytida kuchayadi.

Surunkali tarqoq (granulematoz kandidoz) kandidoz surunkali kasalliklar tug'ma immun tanqisligi oqibatida, og'ir endokrin o'zgarishlar tufayli kelib chiqadi. Zamburug' infeksiyasining surunkali kechishga o'tishi antibiotiklar bilan davolash, uzoq vaqt, katta miqdorda kortikosteroid gormonlar, immunosupressorlar qabul qilishga olib keladi.

Yuz, boshning soch qismi, tana, qo'l va oyoqlarda dumaloq, noto'g'ri shaklli, giperemiyalangan va infiltrlangan, kepaklanuvchi dog'lar yuzaga kelib, ular asta-sekin granulyatsiyalangan kepaklarga aylanadi. Og'iz burchaklarida so'galsimon hosilalar vujudga kelib, ular yuzasi qalin yiringli seroz qaloqlari bilan qaloqlanadi. Boshning soch qismida, tana, qo'l-oyoqlarda g'adir-budir, tugunli, tarqaluvchi hosilalar o'sib, yiringli ajratmalar ajratadi, ajratmalar qurib, qatqaloqlar hosil qiladi. Bu xil chuqur kandidoz ko'rinishlari stafilokokk infeksiyasi qo'shilganida kuzatiladi.

Surunkali tarqoq, granulematoz kandidoz og'ir kechib, anemiya, astenizatsiya, subfebrilitet, uzun naysimon suyaklar osteoporozi, qaytalanuvchi bronxit, pnevmoniya, dispeptik holatlar uchraydi. Jarohat tugagach, terida chandiq qoladi, boshning soch qismida esa kallik kuzatiladi.

Davosi. Kandidozning hamma turlarida keltirib chiquvchi omillarni bartaraf etish zarur. Buning uchun avvalo, patogenetik davo tayin etib, sanitar-gigiyenik muolajalar o'tkaziladi, etiotrop davo qo'llaniladi.

Bugungi kunda kandidozni davolashda yuqori samarali natijani sistem antimikotiklar: diflyukan, orungal, nizoral preparatlari bermoqda.

Yassi teri, burmalar jarohatlanganda, umumiy davo kandidozga qo'llaniladigan dorilar tayinlashdan boshlanadi. Amfogyukamin kuniga 2 marotaba, ovqatdan so'ng 200000–500000 UB, 10–14 kun mobaynida. Bolalarga – yoshga e'tiboran: 2 yoshgacha – 25000 UB, 2 yoshdan 6 yoshgacha – 100000 UB, 6 yoshdan 8 yoshgacha – 150000 UB, 9 yoshdan 14 yoshgacha – 200000 UB, kuniga 2 marta tayinlanadi. Nistatin yoki levorin ichish zarur. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 mg 1 kg vazni hisobida, 3-4 bo'lib ichiladi. 2 yoshdan 6 yoshgacha 6-8 mg/kg, 6 yoshdan keyin 8-10 mg/kg tana og'irligiga nisbatan kuniga 3-4 marta, 7-10 kun mobaynida; nizoral ham bemor vaznini inobatga olib, 2 yoshgacha 15-20 kg vazngacha 25-30 mg, sutkada bir marta; 6 yoshgacha 20-30 kg vaznigacha – 30 mg, sutkada 1 marta buyuriladi, vitaminlardan B guruhi,

immunostimulyator va immunokorrektorlar tayin etiladi. Mahalliy qo'llaniluvchi dorilardan o'tkir yallig'lanish bilan kechib, namlanish kuzatilsa, 1 % li tanin, 0,25 - 0,5 % kumush nitrati eritmalari bilan namlanadi, anilin buyoqlarining 1-2 % atrofidagi eritmalari qo'llaniladi.

Og'iz shilliq pardalari jarohatlangan bo'lsa, kattalarga 10 % tetraborat natriyning glitserindagi eritmasi, 1-2 % anilin bo'yoqlari surtiladi.

Sistem antimikotiklar diflyukan, mikosist, oronazol katta davolash effektini beradi.

XEYLITLAR

Xeylitlar labning diffuz jarohatlanishi bilan, xushfe'l kechuvchi guruh kasalliklaridan hisoblanadi. Xeylitlar ikki guruh bo'lib, xususiy xeylitlar va simptomatik xeylitlar bir-biridan faqlanadi.

Xususiy xeylitlar quyidagilar: eksfoliativ xeylit (quruq va ekssudativ xili), glandulyar xeylit (birlamchi va ikkilamchi), meteorologik va aktinik xeylitlar.

Simptomatik xeylitlarga: atopik xeylit, ekzematoz xeylit (lab ekzemas), kontaktli xeylit (oddiy va allergik) va makroxeylit kiradi.

Eksfoliativ xeylit faqat lab qizil hoshiyasining surunkali kasalligi bo'lib, ikki turga bo'linadi: quruq va ekssudativ. Bu ikki tur bir-biriga aylanishi mumkin.

Eksfoliativ xeylit, asosan, ayollarda, 20-40 yoshlarda uchraydi.

Klinikasi. Eksfoliativ xeylitning o'ziga xos belgisi jarohatning joylashishidir. Jarayon faqat lab qizil hoshiyasida, ikkala labda yoki faqat bir labda joylashadi. Jarayon og'iz shilliq pardasining lab qizil hoshiyasiga o'tish chegarasida, qizil hoshiyaning o'rtasigacha lentasimon chiziq bo'lib, labning u burchagidan bu burchagigacha (Kleyn qismi) kuzatiladi. Lab qizil hoshiyasining ikkinchi yarmi, lab terisi va lab burchaklari jarohatlanmaydi.

Eksfoliativ xeylitning ekssudativ turida Kleyn qismida sarg'ish-qo'ng'ir, sarg'ish-jigarrang qaloqlar hosil bo'ladi, ayrim hollarda qaloqlar katta-katta (o'choqlarni qoplaydi) o'lchamlarga yetadi va jarohat yuzasini qoplaydi. Ayrim hollarda qaloqlar katta-katta plastinka shaklida lab terisi yuzasidan osilib turadi va lab qizil hoshiyasining butun yuzasini qoplaganday ko'rinishda bo'ladi. Ammo lab qizil hoshiyasining lab terisiga o'tuvchi qismi va lab burchaklari jarohatlanmaydi.

Qaloqlar ko'chirilsa, to'q qizil, silliq yuzali lab ko'rinadi. Eksfoliativ xeylitga xos belgi shuki, lab qizil hoshiyasida eroziya o'choqlari kuzatilmaydi, Kleyn qismidagi lab shilliq pardasi biroz qizargan va

shishgan bo'ladi, qaloqlar doim hosil bo'laverib, 3-6 kunda qalinlashadi. Qaloqlar ko'chirilgach 1-2 kundan so'ng Kleyn qismida oqish kleysimon ekssudat hosil bo'ladi, u qurib qaloqqa aylanadi. Bu xil xeylit bilan og'rigan bemorlarni lab achishishi va og'rishi bezovta etadi, asosan, lablar bir-biriga tekkanida bu hissiyot kuchayadi, shuning uchun gapirish, ovqatlanish og'riqli bo'lib, bemorlar og'zi yarim ochiq holatda bo'ladi.

Eksfoliativ quruq xeylitda jarohatlangan yuzada qo'ng'ir yoki jigarrang qaloqlar hosil bo'ladi, qaloqlar markazi lab qizil hoshiyasiga zich yopishgan bo'ladi. Qaloqlar hosil bo'lgach, 5-7 kundan so'ng oson ko'chadi, lab qizil hoshiyasi to'q qizil tusda ekanligi kuzatiladi, qaloq ostida eroziya bo'lmaydi. Kleyn qismidagi lab shilliq pardasi biroz giperemiyali bo'ladi. Bemorlarni lab quruqligi, biroz achishishi bezovta qiladi. Ayrim kishilarda lab qizil hoshiyasining butun yuzasi jarohatlanmay, uning o'rtasidagi uchdan bir qismi zararlanadi: ular qizil hoshiyaga juda zich jipslashgan bo'ladi. Ko'pincha yuqori lab markaziy qismigina jarohatlanib (engil turi), qolgan qismi va pastki lab zararlanmaydi.

Eksfoliativ xeylit bexosdan paydo bo'lib, uzoq davom etadi, kechishi bir xil. O'z-o'zidan tuzalib ketishi ham mumkin. Eksfoliativ xeylit hech qachon yomon jarohatga aylanmaydi.

Etiopatogenezi. Kasallik etiopatogenezi oxirigacha o'rganilmagan. Eksfoliativ xeylit patogenezida psixoemotsional holat katta ahamiyat kasb etadi. Eksfoliativ xeylitning ikkala turida xavotirlanish reaksiyalari, quruq turida esa depressiv reaksiya ustunlik qiladi. Ekssudativ turi bilan og'rigan bemorlarda vegetativ disfunktsiya kuzatilib, ularda simpatikoadrenal ta'sir ustunlik qiladi, quruq turida esa vegetativ asab tizimi o'zgarishsiz bo'ladi. Eksfoliativ xeylitning kuzatilishida genetik moyillik bo'lishi mumkin, bunga isbot tariqasida xeylitning oilaviy kuzatilishi va yumshoq leykoplakiya bilan uchrashidir.

Tashxisi. Tashxis qo'yishda o'ziga xos ko'rinishi, faqat Kleyn qismini jarohatlashi asos bo'ladi.

Aktinik – xeylitning ekssudativ turi. *Manganotti xeyliti* oddiy po'rsildoq yara, eroziv yarali qizil yugirikning labdagi jarohatiga o'xshaydi.

Eksfoliativ xeylitning ekssudativ turidan farqi: mavsumiyligi, lab qizil hoshiyasining barcha yuzasini qoplashi, shish, eroziya va pufakchalar hosil bo'lishidir.

Oddiy po'rsildoq yara labda eroziya hosil qiladi, eroziyani kuzatish uchun qaloqni ko'chirish kifoya, Nikolskiy simptomi musbat, bosma-surtmadan akantolitik hujayra topiladi.

Manganotti xeylitida jarohat chegaralangan, eroziyali bo'lib kechishi bilan farqlanadi.

Qizil yugirikning eroziyal-yarali turida jarohat o'choqli bo'lib, kuchli rivojlangan eritematoz dog', giperkeratoz, eroziya yoki yara hosil bo'lib, jarohat atrofi chandiq bilan tugaydi. Vud lampasida yoritilsa, kepaklar och ko'kimtir nurlanish beradi.

Eksfoliativ quruq xeylit *atopik xeylit* bilan qiyosiy tashxis qilinadi: atopik xeylitda lab qizil hoshiyasining lab terisiga yaqin qismi, lab burchagi. uning teriga o'tish qismi jarohatlanib, lab qizil hoshiyasining shilliq pardaga yaqin qismi jarohatlanmaydi. Asosiy klinik belgi – lichenizatsiyalardir. Atopik xeylitga qichishish xos, avjlanish davri remissiya davrlari bilan tez-tez almashinib turadi, bu holat yil fasllariga bog'liq.

*Meteorologik xeylit*ning quruq eksfoliativ xeylitdan farqi shuki, u meteorologik sharoitlarining salbiy ta'siriga bog'liq bo'lib, lab qizil hoshiyasining barcha yuzalari rivojlangan yallig'lanish bilan jarohatlanadi.

*Kontaktli allergik xeylit*ning quruq eksfoliativ xeylitdan farqi eritema chegarali bo'lib, u ta'sir ettirilgan sensibilizator o'rnida paydo bo'ladi, qichishish bezovta etadi. Jarohat, allergiya ta'siri yo'qotilgach qisqa davrda tuzaladi.

Davosi. Eksfoliativ xeylit bilan og'rigan bemorlarni davolash murakkab masala hisoblanadi. Davolash kompleks bo'lib, har turida turli xil bo'ladi. Ekssudativ turida trunkvilizatorlar: fenazepam 0,0005 g. 1 kunda 3 mahal, Sibazon (seduksen, relanium) 0,0005 g 3 mahal tayin etiladi. Neyroleptiklar: gioridazin (sonapaks) 0,01 g dan kuniga 3 mahal; adrenalinkvatorlar: anaprilin (obzidan) 0,01 g dan kuniga 3 mahal tayin etiladi. Ignarefleksoterapiya, ultrafonofrez kortikosteroid malhamlari bilan yaxshi naf beradi.

Ekssudativ turida Bukk nurlari 200 rad dan, haftada 2 mahal, umumiy miqdori 1800 dan 3000 rad gacha. Har bir muolajadan avval lab qizil hoshiyasi yuzasidan qaloqlar olib tashlanadi yoki ular 2% li borat kislotasi eritmasi bilan ivitiladi.

Bemorlarda tireotoksikoz aniqlansa, qalqonsimon bez faoliyatini susaytiruvchi (tormozlovchi) preparatlar tayinlanadi.

Bemorlar bilan psixoprofilaktik suhbatlar o'tkaziladi, bu suhbatlar davoga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

Glandulyar xeylit

Glandulyar xeylit lab qizil hoshiyasi, uning o'tish qismida joylashgan so'lak bezlarining giperplaziyasi, giperfunksiyasi, ayrim hollarda esa geterotopiyasi tufayli vujudga keladi. *Birlamchi va ikkilamchi glandulyar xeylitlar* farqlanadi.

Birlamchi glandulyar xeylit ko'proq uchrab, taxminan 3-6 % hollarda kuzatiladi. Ko'pincha 40 dan oshgan kishilarda uchraydi. Erkaklarda ayollarga nisbatan 2 marta ko'p kuzatiladi.

Klinikasi. Birlamchi glandulyar xeylit tipik ko'rinishga ega. Shilliq pardaning lab qizil hoshiyasiga o'tish qismida, ayrim hollarda esa qizil hoshiya yuzasida qizil nuqtaga o'xshash, so'lak bezlarining kengaygan uchi ko'rinadi, ulardan so'lak tomchilari ajralib turadi. Agar teri artib quritilsa, 20-30 soniyadan so'ng so'lak bezlari chiqaruv naychalari uchidan so'lak tomchilari ajrala boshlaydi, so'lak tomchilari, shudringga o'xshab lab yuzasida joylashadi. Kam hollarda so'lak bezlarining kengaygan uchlari mayda to'g'nog'ich uchidek kattalikda bo'lib, bez to'qimalarining gipertrofiyasi tufayli hosil bo'ladi. Ayrim hollarda esa so'lak bezlari chiqaruv naychalari atrofida leykoplakiya o'choqlari hosil bo'ladi. Ba'zan lab shilliq pardasi qizil hoshiyasi chegarali muguzlanadi.

Glandulyar xeylit bilan og'rigan bemorlar labi doimiy namlanib, shu sabab yoriqlar, eroziyalar, kam hollarda esa turli xil rak oldi kasalliklari vujudga kelishi mumkin.

Ikkilamchi glandulyar xeylit turli xil surunkali yallig'lanish bilan kechuvchi kasalliklar natijasida vujudga keladi: qizil yassi temiratki, qizil yugirik va boshqalar.

Taxmin qilinishicha, jarayon bez to'qimasini ta'sirlab, bezni giperplaziya va gipertrofiyaga uchratadi. Bunday hollarda asosiy kasallikning klinik ko'rinishi bilan birga, labda so'lak bezlarining kengaygan chiqaruvchi teshiklari kuzatilib, ulardan so'lak tomchilari ajralib turadi. Glandulyar xeylit tashxisi qiyinchilik tug'dirmaydi.

Prognozi. Xushfe'lli, ammo rak kasalligiga o'tishi mumkin.

Davosi. Tolali elektrod yordamida so'lak bezi diatermokoagulyatsiya qilinadi. Agarda faqatgina chiqaruvchi nayning yuqori qismigina koagulyatsiya qilinib, bez koagulyatsiyaga uchramasa, retensyon kista hosil bo'ladi.

Glandulyar xeylitda ko'pchilik bezlar patologik o'zgargan bo'lsa, u holda ular jarrohlik yo'li bilan kesib tashlanadi. Kleyn qismidan kesib, gipertrofiyaga uchragan so'lak bezlari olib (yulib) tashlanadi.

Agarda ikkilamchi xeylit bo'lsa, asosiy kasallik davolanadi.

Meteorologik xeylit

Meteorologik xeylit labning yallig‘lanishi bilan kechuvchi kasallik hisoblanib, kasallikning asosiy sababi turli xil meteorologik omillar (yuqori yoki quyi darajadagi namlik, havoning ifloslanishi, shamol, sovuq, quyosh radiatsiyasi) hisoblanadi. Kasallik yilning har xil fasllarida uchraydi, asosan, ochiq havoda yoki yuqori va quyi haroratli, o‘ta quruq, changli havo sharoitida ishlovchilarda kuzatiladi. Kasallik erkaklarda uchraydi, sababi ayollar lablarini bo‘yaydilar, shu sabab ularning lablarini bo‘yoq meteorologik ta’sirlardan himoya etadi.

Klinikasi. Meteorologik xeylitda, asosan, pastki lab jarohatlanadi. Lab qizil hoshiyacining barcha yuzasi giperemiyalanadi, yengil infiltratsiyalanadi, ko‘pgina mayda kepaklar bilan qoplanadi, bemorlarni ko‘pincha lab qurishi yoki «tirishishi» bezovta qiladi. Kechishi surunkali, juda kam hollarda yomon jarohatga aylanadi, ko‘proq rak oldi kasalligiga o‘tadi.

Etiopatogenezi. Kasallikning asosiy sabablari – yuqori yoki quyi harorat, havo namligining o‘ta yuqori yoki past bo‘lishi, intensiv insolyatsiya, shamol, xonaning changligi va boshqalar.

Tashxisi. Kasallik allergik kontaktli xeylit va aktinik xeylitning quruq turiga o‘xshash kechadi. Kontaktli allergik xeylitda yuqori va pastki lab qizil hoshiyasi barobar jarohatlanib, jarohatning lab terisiga ham o‘tishi kuzatiladi. Qiyosiy tashxisda anamnez katta ahamiyatga ega. Meteorologik xeylitda va aktinik xeylitning quruq turida anamnez hal qiluvchi rol o‘ynaydi, sababi ikkala xeylitda kasallik sababi insolyatsiya bo‘lishi mumkin. Aktinik xeylit ko‘pincha qisqa muddatli insolyatsiyadan so‘ng, sensibilizatsiya oqibatida vujudga keladi.

Davosi. Mumkin qadar kasallik chaqiruvchi omilni yo‘qotish yoki kamaytirish zarur. Vitaminlardan B₁, B₆, B₁₂, PP tayinlanadi. Lab qizil hoshiyasiga gigiyenik lab pomadasi surtiladi yoki nurdan himoyalovchi krem, mazlar qo‘llaniladi. Kuchli rivojlangan yallig‘lanishlarda 0,5 % li prednizolon malhami qo‘llaniladi.

Profilaktikasi. Bemor meteorologik ta’siri kam bo‘lgan ishga o‘tkaziladi, buning iloji bo‘lmasa, labga gigiyenik pomada, yog‘lovchi krem va mazlar surtiladi.

Aktinik xeylit

Bu kasallik surunkali bo‘lib, lab qizil hoshiyasining quyosh nuriga nisbatan yuqori darajadagi ta’sirchanligi natijasida vujudga keladi. Aktinik xeylit ko‘proq 20-60 yoshdagi erkaklarda uchraydi.

stomatit hoida kechsa, ko'p xilli ekssudativ eritema yaralari bilan qiyosiy tashxis qilinadi.

Ko'p xilli ekssudativ eritemada mavsumiylik (bahor, kuz) bor; o'ta qizarib shishgan shilliq pardada yirik pufak hosil bo'lib, tezda yoriladi. Yorilgan pufak o'rnida yirik, noaniq shaklli eroziya o'chog'i hosil bo'ladi va fibrinoz parda bilan qoplanadi. Lab qizil hoshiyasida pufak suyuqligi tezda qurib, qalin qonli qaloq vujudga keladi. Gipersalivatsiya kuzatilib, ovqatlanish og'riqli va qiyin bo'ladi.

Differensial tashxisi:

1. Siphilis primaria.
2. Herpes zoster.
3. Impetigo contagiosa.
4. Ulcus vulvae acutum.

Pufakchalar yorilib, eroziya hosil bo'lganda birlamchi zaxm toshmalariga o'xshab ketadi. Ammo shankrning oval shaklli, atrofi qizarmagani, qattiq-elastik infiltrat borligi, yuzasidan oqish treponemalar topilishi, shu bilan birgalikda, achishmasligi uni qiynalmasdan oddiy uchuqdan ajratishga imkon beradi.

Laborator tekshiruv usullari: polimeraz zanjir reaksiyasi (PZR).

Davosi. Mahalliy anilin bo'yoq arining spirtli eritmaları qo'llanilib, qaloqlar hosil bo'lgach, virusga qarshi ta'sirga ega bo'lgan vositalar saqlovchi 3 % li oksalin, 3-5 % li tebrafen, 5 % li aklovir mazlari surtiladi.

Leykotsitar interferon yaxshi naf beradi, u eritma hoida o'choqqa kuniga 6-7 marta tomiziladi. Interferonni kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab tayinlash zarur. Dekaris, gammaglobulin, pirogenal, prodigiozan, askorbin kislotasini katta miqdorda tayinlash maqsadga muvofiqdir. Dibazol ham interferonga xos ta'sir ko'rsatadi, u 0,01 g dan kuniga 2 marta, 1 oy mobaynida tayin etiladi. Gerpetik polivalent vaksina ham qo'llaniladi: teri orasiga 0,1-0,2 ml, 2-3 kunda 1 inyeksiyadan, 1 bosqichga 10 inyeksiya kifoya. Acyclovir (Zovirax, Virolex, Valtrex) kabi dori-darmonlar buyuriladi.

Qamrab oluvchi temiratki (Herpes zoster)

Qamrab oluvchi temiratkini filtrlanuvchi virus chaqiradi. Har ikkala jinsda ham uchrab, turli yoshda kuzatiladi, ammo 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchramaydi.

Kasallik o'tkir kechib, qattiq nevralgik og'riqlar bilan kechadi va tana harorati ham ko'tariladi.

Klinikasi. Asosan, periferik nerv tolalari bir tomonlama jarohatlanadi, ba'zan qovurg'alararo nerv ham jarohatlanib, nerv tolalari yo'nalishi bo'yicha toshma toshib, og'riq bezovta qiladi.

Uchlamchi nervning birinchi va uchinchi shoxi jarohatlansa, og'iz shilliq pardasida toshmalar toshishi kuzatiladi. Toshmalar xuruj qilganday toshadi, ular paydo bo'lgach, harorat ko'tariladi. Giperemiyalangan teri yuzasida guruh-guruh pufakchalar paydo bo'lib, ular dastlab seroz suyuqlik saqlaydi, asta-sekin suyuqlik loyqalanadi, qurib, seroz qaloq hosil qiladi. Dastlabki guruh toshmalaridan so'ng navbatdagi guruh toshmalar paydo bo'lib, nerv tolasi yo'nalishini qoplaydi. Toshmalar bir vaqtda toshmaydi, har bir bemorda turli toshma: eritema, pufakcha, seroz qaloq, eroziya kuzatiladi, eroziyalar cheti mayda gajimdor bo'lib, qaloqlar ko'chib, eroziya bitgach, o'rnida ikkilamchi dog' hosil bo'ladi.

Og'iz shilliq pardasining chegaralangan holdagi jarohatlanishi juda kam uchraydi. Qamrab oluvchi temiratki oddiy uchuqdan farqli o'laroq, bir tomonlama jarohat chaqirib, toshmalar nevralgik og'riq bilan kechadi va toshmalardan oldin bezovta eta boshlaydi. Pufakchalar tanglay, lunj, til shilliq pardasida joylashadi. Til jarohatlansa, jarayon tilning ikkinchi yarmiga ham o'tadi va uning 2/3 qismini egallaydi, bu holat til innervatsiyasi bilan bog'liq, sababi uchlamchi nerv shoxlari bir-biri bilan anastomoz hosil qiladi. O'ta shishgan, qizargan shilliq pardada hosil bo'lgan to'p-to'p pufakchalar tezda yorilib, gajimdor eroziyalar hosil qiladi. Eroziya yuzalari 2 kunda zich fibrinoz pardalar bilan qoplanadi. Qamrab oluvchi temiratki uzoq kechib, ayrim hollarda 5 hafta davom etadi.

Kam quvvatli, og'ir xastalikka chalingan bemorlarda kasallikning *gangrenoz* turi kuzatiladi. Bunday hollarda toshma o'rnida yara hosil bo'lib, o'rnida chandiq qoladi.

Qamrab oluvchi temiratki o'zidan so'ng immunitet qoldiradi, qaytalashi kuzatilmaydi. Ammo og'ir kasalliklar bilan og'rigan kishilarda immunitet susayishi (rak, leykoz), qaytalash va tarqoq turi kuzatilishi, ayrim bemorlarda esa kasallikdan so'ng nevralgik og'riq uzoq vaqt saqlanishi mumkin.

Patogenezi. Kasallikni filtrlanuvchi virus chaqiradi, u dermatoney-rotrop xususiyatga ega. Virus bolalarda suvchechak chaqiruvchi virus bilan bir xildir. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar: sovuq olishi, surunkali intoksikatsiyalar, qon kasalliklari, o'sma kasalliklari.

Davosi. Birinchi navbatda analgetiklar (analgin, baralgin) tayin etiladi. Atsetilsalitsil kislotasi yoki amidopirin 0,5 g dan kuniga 3-4 marta, antibiotiklar, xususan, rifampitsin 0,6 g, 1 sutkada (0,3 g. dan 2 mahal). Vitaminlardan B₁₂ – 500 m/o, har kuni. Mahalliy anilin bo'yoqlarining spirdagi eritmaları, virusga qarshi ta'sirga ega vositalar, saqlovchi mazlar (aklovir 5 %, tebrofen 2 %, oksalin 3 %) tayin etiladi. Mahalliy qo'shimcha quruq issiq ta'siri, UBN, ultratovush, diadinamik tok nerv yo'nalishi bo'ylab tayin etiladi.

Yuqumli mollyusk

Yuqumli mollyusk – degenerativ va sitoliz holatlari bilan kechadigan virus kasallik.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchisi (Molluscovirus hominis) filtrlanuvchi. DNKli virus bo'lib, aksariyat bog'cha, kichik maktab yoshdagi bolalarda (1-7 yosh) kasallik chaqiradi. Ularga kasallik to'g'ridan-to'g'ri virus tashuvchidan yoki umumiy sochiq, vanna, idish-tovoq, o'yinchoq va boshqalardan yuqishi mumkin. Ayrim holatlarda kasallik bolalar muassasasida epidemik tarqalib ketishi mumkin. Kattalarga virus maishiy- kontakt yo'li bilan birgalikda, jinsiy aloqa yo'li orqali ham yuqadi. Shu sababli yuqumli mollyusk jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar guruhiga kiradi.

Klinikasi. Kasallikning inkubatsion davri 2-3 haftadan bir necha oygacha davom etadi. Sog'lom teri yuzasida mayda (1-2 mm), asta-sekin kattalashadigan, chegaralari aniq, yaltiroq, oqish marvarid rangli, markazida kindiksimon botiqchali, zich-elastik konsistensiyaga ega tugunchalar paydo bo'ladi. Ular yuz, ko'z atrofi, bo'yin, ko'krak, qo'l panjasi, qorin sohasi, jinsiy a'zolar terisida uchraydi. Kasallik toshmali subyektiv hissiyotlarsiz kechadi. Tugunchalar yon tomonlaridan siqib ko'rilganda, markazidagi botiqchadan bo'tqasimon massa chiqadi. Bu massa muguzlangan epiteliy hujayralaridan iborat bo'lib, *mollyusk tanachalari* deb ataladi. Tugunchalar son va hajm jihatidan har xil ko'rinishda namoyon bo'ladi. Ayrim hollarda tugunchalar ingichka asosda – oyoqchada joylashadi. Yuqumli mollyuskning quyidagi klinik turlari farqlanadi: ko'p sonli mayda toshmali, ingichka asosli (oyoqchali) va gigant toshmali.

Tashxis. Klinik belgilarga asoslanib kasallikni aniqlash qiyin emas. Yuqumli mollyusk terining o'simtali toshmali va jinsiy a'zolarida joylashgan holatlarda zaxm toshmali bilan taqqoslab ko'riladi. Bunda yuqumli mollyuskni boshqa turdagi toshma elementlaridan ajratib turuvchi belgi siqib ko'rilganda, markazdagi botiqchadan bo'tqasimon massa chiqishi va mikroskopda ko'rilganda katta, oval, protoplazmasida kiritmalari bor hujayralar (*mollyusk tanachalari*) topilishidir. Jinsiy aloqa orqali kasallik yuqtirilgan hollarda zaxm va OIVga qon tekshiruvlarini o'tkazish o'rindir.

Davosi. Tugunchalar pinset bilan siqib tashlanadi yoki o'tkir uchli Folkman qoshiqchasi bilan qirib olinadi, ba'zan diatermokoagulyatsiya, kriodestruksiya usullari qo'llaniladi. O'rni 2-5 % li yodning spirtli eritmasi bilan artiladi va yuzasiga virusga qarshi malhamlar (bonafton, oksalin, gossipol, tebrofen, interferon) surtiladi.

Ikkilamchi infeksiya bilan asoratlangan hollarda antibiotikli malhamlar (tetrasiklin, sintomitsin, eritromitsin va boshqalar) ishlatiladi.

So'gallar

So'gallarni papillomatoz virus chaqiradi. So'gallarning to'rt turi bor: oddiy, yassi, o'tkir uchli (o'tkir uchli kandilomalar), tovon so'gali. So'gal hamma yoshdagi kishilarda uchraydi, oddiy va yassi so'gal ko'proq bolalar va yoshlarda uchraydi. Kasallik yuqumli.

Oddiy so'gal, asosan, qo'lda, yuzda, lab qizil hoshiyasida, lab burchagiga yaqin sohada, juda kam hollarda og'iz shilliq pardasida uchraydi. Oddiy so'gal diametri 1 sm gacha boruvchi tugunchadan tashkil topadi. Tuguncha teri sathidan ancha ko'tarilib turadi, rangi qo'ng'ir yoki teri rangida, zich konsistensiyada. Uzoq saqlanuvchi yirik so'gal yuzasida so'rg'ichsimon o'simtasi bo'lib, yuzasi muguzlanib turadi.

Yassi so'gal ko'proq bolalar va yoshlarda kuzatiladi. O'lchamlari 3 mm gacha bo'lgan, yassi teri sathidan biroz ko'tarilib turuvchi, ko'pincha poligonal shaklidagi tugunchalardan iborat. Rangi teri rangida yoki pushti, qo'ng'ir tusda bo'ladi. Bu xil so'gallar ko'p uchrovchi sohalar: qo'l panjasi yuzalari va yuz terisi. Yuzda ko'plab toshsa, lab qizil hoshiyasida ham kuzatiladi. Ayrim bolalar biroz qichishishidan shikoyat etadilar.

Davosi. Yuqoridagi tur so'gallarda virusga qarshi 3 % li oksalin, 5 % li tebrofen, 0,5 % bonafton mazlari ishlatiladi. Suggestiv terapiya ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Krioterapiya va elektrokoagulyatsiya yaxshi samara beradi.

O'tkir uchli kandilomalar

Yumshoq konsistensiyali, bo'lak-bo'laklardan tashkil topgan va ko'rinishi «gulkaram», «xo'roz toji»ni eslatuvchi, ingichka «oyoqcha»da turuvchi hosiladir. Rangi pushti yoki sog' teri rangida, ta'sirlanish natijasida kattalashadi. O'tkir uchli kandilomalar, asosan, jinsiy a'zo, anal soha, olat toji, yopqichi sohasi, qinga kirish sohasida, bolalarda esa burun, yonoq, burun-lab burmalari sohasida uchraydi.

Davosi. Katta, keng hajmdagi kandilomalar jarrohlik usulida olib tashlanadi. Kichiklari esa koagulyatsiya qilinadi.

PO'RSILDOQ YARA (PEMPHIGUS)

Po'rsildoq yara akantoliz (akantolizis) tufayli o'tkir yallig'lanishsiz teri va shilliq pardalarda rivojlangan pufak hosil bo'lishi bilan kechadigan kasallik hisoblanadi. Po'rsildoq yara har ikkala jinsda ham 40 yoshdan kattalarda ko'proq uchraydi, bolalarda kam kuzatiladi.

Po'rsildoq yaraning 4 xil turi tafovut etiladi: oddiy (*P. vulgaris*), bargsimon (*R. foliaceus*), tarqaluvchi (*P. vegetans*) va seboreyali (*P. seborrhoicus*). Oddiy turi boshqalariga nisbatan ko'proq uchraydi. Og'iz shilliq pardasi jarohatlanishi bargsimon turidan boshqa hammasida kuzatiladi.

Oddiy po'rsildoq yara deyarli doimo og'iz shilliq pardasi jarohatlanishi bilan boshlanadi yoki teri jarohatlanishi bilan boshlansa-da, albatta, keyinchalik og'iz shilliq pardasi ham jarohatga uchraydi. Shu sababli kasallik avjiga chiqqan davrda doimo og'iz shilliq pardasi jarohatlanganligini kuzatamiz.

Klinikasi. Oddiy po'rsildoq yaraning klinik ko'rinishi tipik, monomorf pufaklar toshishi bilan xarakterlanadi. Ko'rinishidan sog' bo'lgan teri sathida o'lchamlari 0,5-1,0 santimetrdan 5 sm, hatto undan katta o'lchamli, yupqa po'stloqli pufak paydo bo'ladi. Pufak suyuqligi shaffof bo'lib, qisqa muddatda loyqalanadi. Pufak po'stlog'i oson yorilib, yuza, to'q qizil rangli chaqalar hosil qiladi. Bu chaqalar uzoq vaqt bitmaydi. Chaqa chetlarida epidermis bo'lakchalari saqlanadi. Epidermis bo'lakchalarini pinset yordamida tortsak, ko'rinishidan sog' ko'ringan teri sathidan epidermis oson ko'chishi kuzatiladi va ayrim shaftoli mevasi terisining yengilgina tozalanishini eslatadi. Bu holat akantolizis hodisasi tufayli kuzatilib, *Nikolskiy simptomi* deb nomlangan.

Og'iz shilliq pardasida hosil bo'lgan pufaklar juda yupqa po'stloqli bo'lib, tikanaksimon qavatning yuqori sohalaridan akantoliz tufayli vujudga keladi. Ovqat luqmalari, til harakati ta'sirida tezda yorilib, yuza, dumaloq-suyri shaklli to'q qizil chaqalar hosil qiladi. Aksariyat og'iz shilliq pardasida pufakni kuzatish qiyin. Hosil bo'lgan chaqalar ko'rinishidan sog' shilliq pardalar yuzasida kuzatiladi. Eroziya atroflarida epiteliy ko'chkilari, bo'lakchalari ko'zga tashlanadi, ular chetlaridan tortilsa, Nikolskiy alomati oson chaqiriladi. Ayrim hollarda eroziya yuzasini parda qoplagandek bo'lib, uni shtapel yordamida oson ko'chirish mumkin va u parda emas, pufak po'stlog'i, ya'ni epiteliy ko'chkisi hisoblanadi. Agar o'z vaqtida tashxis qo'yilmay, davo boshlanmasa, yakka-yakka siyrak toshmalar ortidan toshmalar lunj, milk, tanglay sohalarida ko'plab paydo bo'ladi, yangi eroziyalar kuzatiladi, ular qo'shib, yirik-yirik o'choqlar hosil qiladi. Ularning bitishi sust bo'lib, uzoq davom etadi. Ovqatlanish, gplashish og'riq tufayli qiyinlashadi, gipersalivatsiya tufayli lab burchaklari

bichiladi, og'riydi. Bunday bemorlarning og'iz bo'shlig'idan qo'lansa is anqiydi. Pufak va chaqalar og'iz shilliq pardasidan tashqari, lab qizil hoshiyasi, og'iz burchaklari, iyak, dahanda ham paydo bo'ladi. Toshmalar ko'pincha qo'shilib, lab qizil hoshiyasi va teri yuzasidagi chegara yo'qoladi. Jarohat yuzasi qonli, yiringli qaloqlar bilan qoplanib, joylarda namlik, quruq yoriqlar vujudga keladi. Ayrim hollarda ovoz bo'g'ilishi kuzatiladi, bu hol yutqun jarohatlanganidan darak beradi.

Oddiy po'rsildoq yara ko'pincha yutqunning jarohatlanishi bilan boshlanib, uzoq vaqt bilinmaydi.

Seboreyali po'rsildoq yaraning og'iz shilliq pardasidagi klinik kechishi oddiy po'rsildoq yaradan farq qilmaydi. U terida yog'li qaloqlar bo'lishi holida kechib, asosan, boshning soch qismi, burun qanotlari burmasi, lab burchaklari, quloq suprasi burmalari, ko'krak qafasi sohasida kuzatiladi. Yuzda, xususan, yonoq, burun devorlari, qanotlari sohasida, peshonada eritematoz o'choqlari holida kechgani sababli «qizil yugirik» ko'rinishini eslatadi va shu sabab *eritematoz tur* deb ham ataladi.

Tashxis. Tashxis uchun asosiy belgi Nikolskiy simptomi hisoblanib, u oson chaqiriladi. Agar chegaralangan jarohat holida og'iz shilliq pardasi shikastlansa va Nikolskiy simptomi musbat bo'lsa, po'rsildoq yara tashxisini yakuniy deb bo'lmaydi, sababi bu simptom allergik medikamentoz stomatitlarda ham uchraydi. Shu sabab tashxis qo'yish sitologik tekshiruv, ya'ni bosma surtmadan akantolik hujayra topilishiga asoslanadi.

Akantolik hujayrani aniqlash uchun o'choqdan, ya'ni pufak tubi chaqadan bir bo'lak kanselyariya rezinkasi yordamida surtma olinib, buyum oynachasiga surtiladi. Ashyo quritilib, spirt yordamida fiksatsiya qilinadi, so'ngra Romanovskiy-Gimza usulida bo'yaladi. *Akantolitik hujayra* o'zgargan tikansimon hujayra bo'lib, u dumaloq shaklli va yirik siyohrang yadroga ega. Hujayra sitoplazmasi bir xil rangga ega emas: yadro atrofi och zangori rangda, chekkalari esa to'q ko'kish tusga ega. Akantolitik hujayralar to'p-to'p bo'lib joylashadi. Hujayralar soni kasallik avj olgan va qaytalangan paytda ko'payadi.

Po'rsildoq yara og'iz shilliq qavatida uchrasa, birlamchi toshmasi pufakli kasalliklar bilan qiyoslanadi. Po'rsildoq yarani pufakli dermatozlar bilan qiyoslaganda, pufaklarni epiteliyga nisbatan joylashishini inobatga olish zarur. Pemfigoidda pufaklar subepitelial joylashadi, shu sababli ular qalin po'stloqqa ega va uzoq vaqt yorilmay saqlanadi – ularni kuzatish mumkin. Pemfigoidda hosil bo'lgan eroziyalar biroz yallig'langan, qizargan asosga ega va ko'pincha ularning yuzasi fibrinoz parda bilan qoplangan bo'ladi. Po'rsildoq yara tashxisida hal qiluvchi ahamiyatga ega belgilar bosma-surtmadan akantolitik hujayra musbatligiga, IFR javobi, tikanaksimon qavat hujayralararo substansiyalarida yig'ilishini kuzatishdir.

Po'rsildoq yara (*Pemphigus vulgaris*) va Lever pemfigoid kasalliklarining differensial tashxisi

Ko'rsatkich	<i>Pemphigus vulgaris</i>	Pemfigoid bullosa Lever
Yoshi	40-60 yoshda (bolalarda kuzatilmaydi).	60 yoshdan yuqori (bolalarda kamdan-kam hollarda)
Pufaklarning asosiy joylashgan o'rni	Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati	Oyoq-qo'llar, tana.
Terining pufak paydo bo'lishidan oldingi holati	Pufaklar ko'pincha o'z-garmagan terida paydo bo'ladi.	Ekzematoz va urtikar fonda paydo bo'ladi.
Pufak xususiyatlari	Tiniq va loyqa eks-sudatga to'lgan sust tarang-lashgan qobiqqa ega. Gemorragik eks-sudat kam hollarda bo'ladi. Shakli noxsimon.	Gemorragik saqlanmali tarang qobiqqa ega. Shakli yumaloq.
Shilinishlar	Sekin epitelizatsiyalanadi. Perferik o'sishga moyil.	Tez epitelizatsiyalanadi. Perferik o'sish yo'q.
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishi	85-90 % dan ortiq be-morlarda uchrab, og'ir kechadi.	50 % bemorlarda uchrab, biroz yengil kechadi.
Nikolskiy belgisi	Avj olish davrida 100 % bemorlarda kuzatiladi.	Kamdan-kam.
Akantolitik hujayralar	Avj olish davrida 100 % bemorlarda topiladi.	Topilmaydi.
Teri va shilliq qavat-lardagi yangi toshma-larning gistologik o'zgarishi	Akantolitik pufaklar intrayepidermal joylashgan.	Akantoliz yo'q. Pufaklar epidermis ostida joylash-gan. (subepidermal).
Kortizon va kortikot-ropin qabul qilishga-cha kuzatiladigan o'lim	Barcha yoshda - 94% 65 yoshgacha - 93%	24% 65 yoshgacha bemorlarda o'lim kuzatilmaydi.
Prognoz	Doimo jiddiy	Tez-tez qaytalanish va to'liq sog'ayish.
Zardobda va pufak tarkibidagi oqsillar	Disproteinemiya. Albuminlar kamaygan	Disproteinemiya kamdan-kam. Albuminlar biroz kamaygan yoki me'yorda.

Oddiy po'rsildoq yaradan ko'z po'rsildoq yaraning farqi shuki, konyuktivada chandiq kuzatiladi. Ba'zi hollarda oddiy po'rsildoq yara ham ko'z konyuktivasini jarohatlashi mumkin, ammo hech qachon chandiq hosil qilmaydi va izziz yo'qoladi.

Ko'p xilli eksudativ eritema o'tkir boshlanib, mavsumiylikka ega va nisbatan qisqa vaqt davom etadi (4-5 hafta) hamda rivojlangan yallig'lanish bilan xarakterlanadi, ayniqsa, og'iz shilliq pardalari, lab sohasidagi toshmalar. Bosma-surtmadan akantolitik hujayra bo'lmasligi, Nikolskiy simptomlari kuzatilmaligi bilan farq qiladi.

Klimatik gingivit va pufak tomirlari sindromi oddiy po'rsildoq yaradan shu bilan farq qiladiki, bu kasalliklarda og'iz shilliq pardalarida doimo pufakni ko'rish mumkin. Nikolskiy simptomi (-), akantoliz kuzatilmaydi.

Prognoz. Kortikosteroid preparatlari qo'llangunicha bo'lgan davrlarda prognoz yomon hisoblangan. Kortikosteroid preparatlari faqatgina jarayonni to'xtatadi, shu sabab ularni to'xtovsiz, uzoq muddat qabul etishga to'g'ri keladi, bu esa o'z navbatida turli xil asoratlarga olib kelishi mumkin.

Davosi. Po'rsildoq yarani davolashda kortikosteroidlar va sitostatik preparatlar tayinlanadi. Kortikosteroidlardan prednizolon, deksametazon, triamtsinolon qo'llaniladi. Prednizolon katta zarba beruvchi miqdorda tayinlanib, bemor holati inobatga olinadi. 50-80 mg sutkaga (deksametazon 8-10 mg sutkaga, triamtsinolon 40-80 mg).

Yuqori miqdordagi dori toshmalar toshishi tugab, chaqalar epitelizatsiyaga uchrashigacha bir miqdorda qabul qilinadi, so'ng gormonlar miqdori kamaytirila boshlanadi. Prednizolonning sutkalik miqdori har 5 kunda 5 mg dan kamaytirilib boriladi; minimal miqdor *ta'minlovchi miqdor* deb ataladi. Ko'pincha bu miqdor 10-15 mg prednizolonga teng. Shunday tarzda davolash natijasida uzoq vaqtdan so'ng dorini man etish taxminan 20% bemorlarga nasib etadi. Katta miqdorda prednizolon tavsiya qilinadi, kuniga 2-3 g kaliy-xlorid yoki boshqa xil kaliy preparati (kaliy atsetat, orotat kaliy, «asparkam»), askorbin kislotasining yuqori miqdori va turli vitaminlar tayin etiladi, vaqti-vaqti bilan anabolik steroidlar (nerabolil, retabolil, fenobolil) tayinlanadi. Suv-tuz almashinuvini regulyatsiya qilish maqsadida diuretik vositalar – gipotiazid, furosemid beriladi. Piodermiya vujudga kelishining oldini olish maqsadida antibiotiklar buyuriladi.

Po'rsildoq yara shunday kasallikki, kortikosteroidlar qo'llanishiga monelik yo'q, sababi shu preparatlarga bemorni o'limdan saqlab qoladi.

Mahalliy davo sifatida og'iz shilliq pardasini turli xil dezinfeksiyalovchi va dezodoratsiyalovchi vositalar bilan chayqash, eroziyalarga anilin bo'yoqlari bilan ishlov berish zarur. Eroziya o'choqlarining mumkin



Eshakemi (qavarchiq)



Rang-barang temiratki (dog')



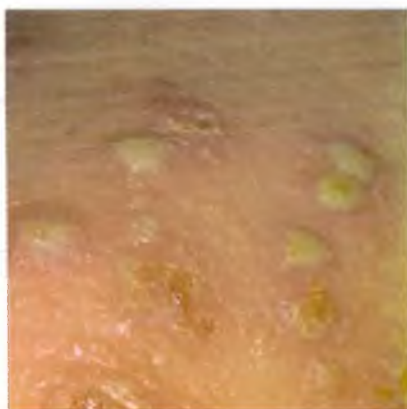
Gemangioma (tugun)



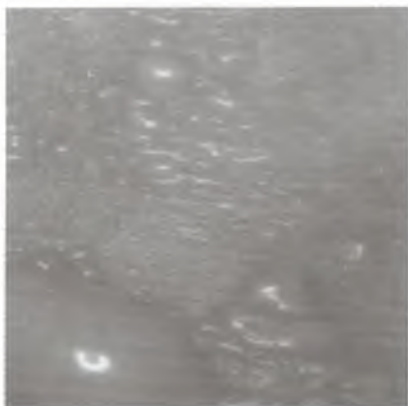
Folikulit (pustula)



Qipiqli temiratki (tugunch, plakcha, tangacha)



Mikrobli ekzema (pustula, eritema)



Dyuring uchuqsimon dermatiti
(pufakchalar, pufak)



Trofik yara (yara)

qadar tez epitelizatsiyalanishi uchun og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish hamda ratsional protezlar zarur. Lab qizil hoshiyasi jarohatlansa, antibiotik va kortikosteroid saqllovchi mazlar va 5% dermatol mazi surtish zarur. Po'rsildoq yara bilan og'ruvchi bemorlar dispanser hisobida turadilar va ambulator davolanib, bepul dori oladilar.

9-jadval

Pemfigus, pemfigoid va gerpetiform dermatitlarning farqlanish belgilari

O'ziga xos belgilari	Oddiy pemfigus	Pemfigoid	Gerpetiform dermatit
Yoshi	Ko'pincha o'rta yoshda	Ko'pincha keksalarda	Turli yoshda
Birlamchi elementlar	Klinik jihatdan o'zgarmagan terida pufaklar paydo bo'ladi.	Pufaklar o'zgar-gan terida (eritematoz) paydo bo'ladi	Pufaklar o'zgar-gan terida (eritematoz) paydo bo'ladi
Pufakning xususiyati	Ko'pincha shal-paygan, nok shaklida bo'ladi	Tarang, katta bo'ladi	Tarang bo'ladi
Toshmalar xususiyati	Monomorfli	Polimorfli	Polimorfli
Toshmalarning joylashishi	Simmetrik emas	Simmetrik emas	To'p-to'p (gerpeti-form), simmetrik
Shilliq qavatlar-ning zararlanishi	Deyarli hamma bemorlarda ko'-pincha shu joy-dan boshlanadi	1/3 bemorda uchraydi	Juda kam uchraydi
Nikolskiy va Asbo-Ganzen simptomlari	Musbat	Manfiy	Manfiy
Qichishish	Yo'q	Kuchli emas	Kuchli
Tsank hujayralari	Topiladi	Topilmaydi	Topilmaydi
Pufakning joylashgan o'rni	Epidermis ichida	Epidermis ostida	Epidermis ostida
Yodga bo'lgan reaksiya	Manfiy	Manfiy	Reaksiya kuzatiladi
Eozinofiliya	Qonda ba'zan kuzatiladi, pufak ichidagi suyuqli-gida deyarli yo'q	Yo'q	Qonda 20-30 %, pufak suyuqligida doimiy kuzatiladi
DDSning ta'siri	Yo'q	Yo'q	Bor

Pemfigoid faqat ko‘rinishi pemfigusga (pufaklar borligi bilan) o‘xshaydi, bu kasalliklar guruhi *pemfigoidlar* deb ataladi va bu guruh quyidagi kasalliklarni o‘z ichiga oladi:

1. Leverning bullyoz pemfigoidi, parampemfigus yoki xususiy noakantolitik po‘rsildoq yara.

2. Chandiqlanuvchi pemfigoid.

3. Faqat og‘iz shilliq pardasi noakantolitik xushfe‘l po‘rsildoq yarasi. Bu guruh kasalliklarning asosiy belgisi ularning xushfe‘l kechishi, pufakchalarning subepitelial (subepidermal) joylashishi, akantoliz va Nikolskiy alomati yo‘qligidir.

Bullyoz pemfigoid

Bullyoz pemfigoid, asosan, 50 yoshdan katta kishilarda uchrab, taxminan 10 % hollarda kasallik og‘iz shilliq pardasining jarohatlanishi bilan boshlanadi.

Klinikasi. Terida, ayrim hollarda qizargan dog‘ yuzasida tarang po‘stloqli, seroz suyuqlik saqlovchi pufak hosil bo‘lishi bilan boshlanadi. Pufak o‘rnida hosil bo‘lgan eroziya nisbatan tez epitelizatsiyaga uchraydi. Og‘iz shilliq pardasida, ayrim hollarda biroz shishgan va giperemiyalangan yuzada 0,5-1 sm diametrga ega bo‘lgan, tarang po‘stloqli va seroz, kamroq gemorragik suyuqlik saqlovchi pufak vujudga keladi. Ular bir necha soatdan bir necha kungacha saqlanadi, so‘ng yorilib, eroziya hosil bo‘ladi, asta-sekin fibrinoz parda bilan qoplanib, epitelizatsiyaga uchraydi.

Tashxisi. Og‘iz shilliq pardasida joylashgan bullyoz pemfigoidni birinchi navbatda po‘rsildoq yara bilan qiyosiy tashxis qilmoq zarur.

Bullyoz pemfigoidning chegaralangan holatda og‘iz shilliq pardasida uchrashi uni qolgan guruh pemfigoidlardan farqlanishini qiyinlashtiradi. Chegaralangan bullyoz pemfigoidning klinik ko‘rinishini faqatgina og‘iz shilliq pardasining xushfe‘l kechuvchi noakantolitik po‘rsildoq yarasidan farqlash juda qiyin. Agar toshmalar teriga ham tohsa tashxis osonlashadi. RIF tashxisda yordam beradi, faqat og‘iz shilliq pardasining xushfe‘l kechuvchi noakantolitik po‘rsildoq yarasida nurlanish qaytishi kuza-tilmaydi, chandiqlanuvchi pemfigoidda bevosita RIF musbat bo‘ladi.

Klimakterik gingivitda pufaklarning milklarda hosil bo‘lishi shu yoshdagi ayollarga xos; pufak o‘rnida hosil bo‘lgan eroziyalar tezda bitadi va yallig‘lanish alomatlarisiz kechadi. Klimakterik gingivit amboseks guruhi preparatlari bilan muvaffaqiyatli davolaniladi. bu guruh preparatlar esa pemfigoidga ijobiy ta‘sir eta olmaydi.

Joylashgan medikamentoz eritema, turli xil medikamentoz toksikodermiyalar kabi dorilar iste‘mol etilgandan so‘ng og‘iz shilliq pardasida

hosil bo'ladi. Jarayon eritema va pufak bosqichlari bilan kechadi, shu sabab jarohat eroziya va uning atrofiga rivojlangan eritematoz dog' holida kuzatiladi.

Prognoz: hayot uchun xavfsiz. Uzoq remissiya bilan kechadi.

Davosi. Eng samarali vosita kortikosteroidlar hisoblanadi, misol uchun, prednizolon 20-30 mg, sutkada va difenildiaminsulfon (DDS). Shuni aytish kerakki, kortikosteroidlarning samarasi po'rsildoq yaradagiga nisbatan kam.

Chandiqlanuvchi pemfigoid

Chandiqlanuvchi pemfigoidga ko'z konyuktivasida shilliq parda yoki terida hosil bo'lgan pufaklar o'rnida chandiqliq, tirtiq hosil bo'lishi xarakterli. Asosan, 50 yoshdan katta yoshdagi ayollarda kuzatiladi. Jarayon, asosan, ko'zdan boshlanadi, keyin og'iz shilliq pardasida toshma paydo bo'ladi. 25% hollarda jarayon og'iz shilliq pardasidan boshlanadi.

Klinikasi. Ko'z konyuktivasida kasallik, asosan, bir yoki ikki tomonlama banal yallig'lanish holida boshlanadi, shu jarayonda mayda, seroz suyuqlik saqlovchi pufaklar hosil bo'lib, ular o'rnida esa chandiqlik kuzatiladi, chandiqlik konyuktiva va sklera orasida joylashadi. Asta-sekin konyuktival qopcha bir-biriga yopishib bitadi (simblefaron), keyin ko'z yorig'i torayib, ko'z soqqasi harakatsizlanadi va ko'rlik vujudga keladi. Og'iz shilliq pardasida jarayon ko'rinishidan bullyoz pemfigoiddan hech farq qilmaydi. Kasallik surunkali kechadi, birdaniga remissiya kuzatilib. bir yil va undan uzoq ham davom etadi. Hayot uchun xavfli emas. Ko'r bo'lib qolish, og'iz shilliq pardasidagi chandiqlar kabi holatlar kasallikni biroz og'irlashtiradi.

Davosi. Davolash qiyin va og'ir kechadi. Eng samarali vosita DDS, bosqich tayin etilib, 5 kunlik davrga bo'lib, 3 kunlik tanaffusdan iborat. Kuniga 0,05-0,1 g dan 2-3 marta tayin etiladi.

Noakantolitik – faqat og'iz shilliq qavati xushfe'l po'rsildoq yarasi. Kasallik ko'pincha 20 dan oshgan ayollarda kuzatiladi.

Klinikasi. Og'iz shilliq pardasida yakka bir nechta tarang po'stloqli, seroz suyuqlik saqlovchi, no'xatdek kattalikdagi pufaklar hosil bo'ladi. Pufaklar ingichka qizil hoshiya bilan o'ralgan bo'ladi. Pufak bir necha soat mobaynida saqlanib, so'ng o'z-o'zidan so'rilib yo'qoladi yoki yorilib. og'riqli eroziya hosil bo'lib, tezda bitadi va izsiz yo'qoladi. Bu jarayon yillab kechib, xushfe'lligi va asorati yo'qligi bilan xarakterlanadi.

Kasallikning **etiopatogenezi** noma'lum. **Davosi** ishlab chiqarilmagan.

Prognosi. Yaxshi.

DYURINGNING GERPETIFORM DERMATOZI (DERMATOZIS HERPETIFORMIS)

Gerpetiform dermatoz (Dermatit Duhring) yoki Dyuring kasalligi doimo terida qichimali, guruh-guruh joylashgan polimorf toshmalar toshishi bilan boshlanadi, og'iz shilliq pardasi jarohatlanishi 10 % bemorlardagina kuzatiladi.

Klinikasi. Gerpessimon dermatozda qanday toshmalar (pufak, pufakcha, dog', tuguncha, bo'rtma, yiringcha) holida toshishidan qat'i nazar, toshmalar guruh-guruh bo'lib toshadi, kasallik avjlanishi galogen preparatlar, ayniqsa, yod preparatlari qabul qilingach kuzatiladi.

Toshmalar, asosan, qalin va tarang po'stloqli subepitelial, o'lchamlari no'xatdek pufakchalar holida tosha boshlaydi. Pufakchalar shaffof suyuqlik saqlab, uning tarkibida 15-40 % zozinofillar aniqlanadi, pufakchalar atrofi shilliq pardasi biroz shishib, giperemiyali bo'ladi. Pufakcha yorilgach, eroziyalar nisbatan tez bitadi. Nikolskiy simptomi manfiy, bosma-surtmada akantolitik hujayra yo'q, aksincha, zozinofillar aniqlanadi. Qonda zozinofiliya, kam rivojlangan leykotsitoz kuzatiladi. Kasallik davriy (tsiklik) kechishi bilan xarakterlanadi. Kasallikka Yaddosning yodli sinamasi xos, ya'ni 50 % kaliy-yod mazi sog' teriga surtilsa, 24-28 soatdan keyin shu sohada guruh-guruh toshmalar paydo bo'ladi.

Prognozi. Yaxshi.

Davosi. Sulfon preparatlari bilan davolanadi: DDS 0,05-0,1 g dan 1 kunda 2 mahal tayin etilib, qon tahlil nazoratda 5 kunlik davriy ravishda, 3 kunlik tanaffus bilan beriladi.

Kasallik **profilaktikasi** bug'doy va javdar unidan tayyorlangan ovqatlardan parhez qilinishi kerak.

10-jadval

Ko'p shaklli eksudativ eritema (Eritema exudativum multiforme bullosa) va Dyuring gerpetiform (Dermatitis herpetiformis Duhring) dermatozining differensial tashxisi

Ko'rsatkich	Eritema exudativum multiforme bullosa	Dermatitis herpetiformis Duhring
Yoshi	Ko'pincha bolalar va keksalarda uchraydi	Turli yoshda
Birlamchi toshma	Eritemali terida sirti tarang, seroz yoki gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufak	Eritemali yoki o'zgarmagan terida seroz, gemorragik suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar

Joylashgan o'rni	Simmetrik emas. Oyoq-qo'llarning buki- luvchi sohalarda, kindik atrofi va sonda	To'p-to'p (gerpetiform) simmetrik. Oyoq-qo'llarning yozuvchi sohalarda, bilak va boldirda
Toshma xususiyati	Polimorf	Polimorf
Shilliq qavat zararlanishi	1/3 bemorlarda uchraydi	Juda kam 8 %
Qichishish	Kuchli emas	Kuchli
Pufak joylashuvi	Epidermis ostida	Epidermis ostida
Nikolskiy va Asbo-Ganzen simptomlari	Manfiy	Manfiy
Tsank hujayralari	Topilmaydi	Topilmaydi
Yaddoson sinama- si - yodga bo'lgan reaksiya	Manfiy	Musbat
Eozinofiliya suyuqligida doimiy bor	Yo'q	Qonda 20-30 %, pufak
DDS ta'siri	Yo'q	Bor

Pufak tomirli sindrom

Yurak-tomir kasalligi bilan og'ruvchi bemorlarning, og'iz shilliq pardasida turli xil pufakchalar hosil bo'lishi mumkin va bu ko'proq 40-75 yoshlardagi ayollarda uchraydi. Hosil bo'lgan pufaklar bir necha soatdan bir necha kungacha o'zgarishsiz saqlanib, so'ngra yo'qolib ketadi yoki yorilib, eroziya hosil qiladi, eroziya tezda (1-2 kunda) bitadi. Pufaklar ko'pincha yumshoq tanglayda, ba'zan esa milk, lunj sohasida uchraydi. Nikolskiy simptomi manfiy.

Pufak tomirli sindromida og'iz shilliq pardasini shpatel bilan ta'sirlash natijasida, boshqa tur pufakli dermatozlardan farqli o'laroq, ta'sirlangan sohada qonli suyuqlik saqlovchi pufak hosil bo'ladi. Akantolitik hujayra yo'q.

Etiopatogenezi. Odatda bu xil bemorlar yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'riydilar: og'iz shilliq pardasida paydo bo'luvchi toshmalar va yurak-qon tomir kasalligi orasida parallelizm kuzatiladi.

Toshmalarning qisqa vaqt kuzatilishi, ular saqlovchi suyuqlikning gemorragik xarakterligi, og'iz shilliq pardasining jarohatlangan sohasidagina toshma paydo bo'lishi, pufak atrofida yallig'lanish alomatining bo'lmasligi, kasallikning yurak-qon tomir xastaligi bilan aloqasi, terida toshmalar yo'qligi kasallikning pemfigoid turlari, Dyuring

dermatozi, herpes, ko'p xilli eksudativ eritema va po'rsildoq yaradan farq qiladi.

Davosi. Avvalo, yurak-qon tomiri kasalligi korreksiya qilinib, tomirlar devorini normallashtiruvchi vositalar tayin etiladi: ksantinol nikotinat (teonikol), askorbin va nikotin kislotalari, aloe inyeksiyasi, og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinadi.

Bullyoz epidermoliz (Epydermoliz bullosa)

Bullyoz epidermoliz yoki *tug'ma po'rsildoq yara* kam uchrovchi nasliy kasallik bo'lib, teri yoki shilliq parda sohasida biror ta'sir natijasida pufak hosil bo'lish bilan kechadi.

Kasallikning ikki turi tafovut etiladi: oddiy va polidisplastik.

Oddiy turida og'iz shilliq pardasi 2 % hollarda jarohatlanib, og'iz shilliq pardasida jarohat ta'siridan (shilliq pardani tishlab olish, stomatologik yordam ko'rsatish vaqtida zararlanish, ovqatdan ta'sirlanish) tarang po'stloqli, sariq yoki qonli suyuqlik saqlovchi pufak hosil bo'ladi. Pufak ko'rinishi o'zgarmagan shilliq parda yuzasida kuzatiladi. Pufak yorilishidan hosil bo'lgan eroziya tezda va izsiz yo'qoladi. Pufaklar og'riqsiz bo'lib, doimo hosil bo'lavermaydi. Balog'at yoshiga kelib kasallik yengil kechadi. Epitely ichida hosil bo'luvchi pufaklar bazal va suprabazal hujayralarning dezintegratsiyasi tufayli vujudga keladi.

Kasallikning *polidisplastik* turida ko'pincha og'iz shilliq pardasi va yutqun, qizilo'ngach jarohatlanadi. Kasallikning dastlabki belgilari og'iz shilliq pardalarida, chaqaloq tug'ilgach dastlabki kunlardayoq kuzatiladi, sababi, so'rish jarayonida bosim tufayli ta'sirlanish vujudga keladi. Ko'pincha tilda pufaklar, eroziya va yaralar kuzatiladi. Toshmalar o'rnida dag'al chandiqlar hosil bo'lib, ba'zan tilning deformatsiyalanishiga olib keladi, milk va lab shilliq pardalari bir-biriga yopishib qoladi, mikrostromiya va boshqalar kuzatiladi. Chandiqlanish ko'pincha muguzlanish bilan kechadi. Shu zayl yangi pufaklar hosil bo'ladi. Pufaklar yassi ko'rinishda bo'lib, seroz yoki gemorragik suyuqlik saqlaydi, sirti zich bo'lib, fibrin yig'iladi. Keyinchalik pufak o'rnida zich parda hosil bo'ladi, bu parda ko'chirilsa, qizil, qonovchi, juda og'riqli yara ko'rinadi. Hosil bo'luvchi chandiqlar tilni yanada deformatsiyalaydi, til harakati o'ta chegaralanadi. Shu xil o'zgarishlar yutqun, qizilo'ngachda ham kuzatilishi mumkin. Jarayon go'daklarda va 12-15 yoshlardagi bolalarda faol kechadi.

Epidermolizning bu xilidagi pufaklar bazal membrana sohasida paydo bo'lib, uning yuqori qismi epitely bilan birga, pufak po'stlog'ini tashkil etadi. Ko'pchilik bemorlarda tish o'sishi buziladi. Emal qismining displaziyasi kuzatiladi, tish chekkalari qiyilgan ko'rinish oladi, bu xil o'zgargan tishlar kariyesga tezroq chalinadi.

Pufakli, irsiy epidermoliz ayrim turlarining differensial tashxisi

Differensial belgi	Irsiy epidermolizning turlari			
	Oddiy dominant (qo'l va oyoq panjasi kech varianti)	Distrofik dominant (albopapulasimon varianti)	Distrofik retsessiv (neyrotrofik, yarali, vegetatsiyali varianti)	Letal (subletal, ayrim teri aplaziyali varianti)
Irslanish tipi	Autosom-dominant	Autosom-dominant	Autosom-retsessiv	Autosom-retsessiv
Kasallikning boshlanish vaqti	Hayotning birinchi ikki yili (ayrim vaqtda kechroq)	Tug'ilgandan yoki hayotning birinchi kunlari yoki yillari	Tug'ilgandan. Kamroq hayotning birinchi kunlari	Tug'ilgandan
Pufaklar xarakteristikasi	Intraepidermal yoki subkorneal	Subepidermal, kamdan-kam gemorragik	Subepidermal, tez-tez gemorragik	Subepidermal, tez-tez gemorragik
Uzilish chizig'i	Bazal qavatda	Bazal qavatda ostidan	Bazal qavatda ostidan	Bazal qavatda
Chandiqlar	Odatda yo'q	Kam rivojlangan	Rivojlangan	Yo'q yoki kam rivojlangan
Shilliq pardalar jarohati	2 % kasallar	20 % kasallar	Odatdagidek	Odatdagidek
Tirnoq distrofiyasi	Odatda yo'q	Kam-kam		
Soch va tishlar distrofiyasi	Odatda yo'q	Odatda yo'q	Tez-tez	Tez-tez
Miliusimon toshmalar	-	Kam	Ko'p	Odatda yo'q
Kasallik kechishini ajratish belgilari	Vaqt o'tib yaxshi bo'lishi. Umumiy holat buzilmaydi	Ko'p holatlarda yaxshi bo'lishi. Umumiy holati ham buziladi	To'g'ri rejimda ayrim bemorlarda yaxshilanadi. Rivojlanishdan kech qoladi. Strikturalar ko'pda kalsiy defitsiti	Odatda 3 oydan ko'p yashamaydi (anemiya, sepsis). Subletal turida prognozi yaxshiroq

Og'iz shilliq pardasidagi jarayon doimo teri o'zgarishlari bilan birga uchraydi (jarohat o'rnida pufak bo'lishi, eski toshmalar o'rnida chandiq kuzatilishi, tirnoq plastinkalarining distrofiyasi va boshqalar) soch va tirnoqlar o'sishi anomaliyalari klinik tashxisni osonlashtiradi.

Etiologiyasi. Kasallik genetik xarakterga ega.

Prognoz. Oddiy turida yaxshi, polidisplastik turida toshmalar o'rnida chandiqlar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Davosi. Umumiy quvvatni oshiruvchi vositalar tayinlanadi. Bullyoz epidermoliz bilan og'rigan bemorga stomatolog iloji boricha og'iz bo'shlig'i gigiyenasini saqlash uchun yordam berishi kerak, bu borada to'qimalarni jarohatdan saqlash zarur.

KO'P SHAKLLI EKSSUDATIV ERITEMA (ERYTHEMA EXUDATIVUM MULTIFORME)

Ko'p shaklli ekssudativ eritema o'tkir rivojlanuvchi kasallik hisoblanib, teri va shilliq pardalarda polimorf toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi va asosan, bahor, kuz fasllarida, siklik (davriy) ravishda kechadi.

Ko'p shaklli ekssudativ eritema klassik turidan tashqari, unga o'xshab kechuvchi, dorilarga nisbatan va ayrim yuqumli kasalliklarda kuzatiluvchi toshmalar ham ko'p shaklli ekssudativ eritema atamasi bilan ataladi. Shu sababli ko'p shaklli ekssudativ eritemaning 2 turi farqlanadi: infeksiyon allergik va toksikoallergik.

Ko'p shaklli ekssudativ eritema, asosan, yoshlarda va o'rta yoshli kishilarda, har ikkala jinsda uchraydi.

Klinikasi. Ko'p shaklli ekssudativ eritemaning infeksiyon allergik turi odatda o'tkir boshlanib, bosh og'rig'i, holsizlik, ko'pincha tomoq, bo'g'im va mushaklar og'rig'i bilan boshlanadi va 1-2 kundan so'ng terida, og'iz shilliq pardasi, lab, jag' a'zolarida bir necha kun mobaynida toshma toshadi. Toshmalar faqat shilliq pardalarda toshishi mumkin. Og'iz shilliq pardasi uchdan bir qism bemorlarda jarohatlanadi va bu 5% bemorlardagina kuzatiladi. Toshmalar toshib bo'lgach, 2-5 kundan so'ng umumiy o'zgarishlar yo'qoladi, harorat ko'tarilishi, holsizlik 2-3 hafta davom etishi mumkin.

Terida shishgan, aniq chegarali dog'lar yoki yassi, pushti-qizg'ish rangli tugunchalar hosil bo'ladi. Ular tezda o'sib, 2-3 tiyin kattaligiga yetadi. Toshmalar markazi cho'kib, ko'kimtir tus oladi, atrofi esa pushti-qizg'ish tusini saqlaydi. Toshmalar markazidan pufak hosil bo'lishi mumkin, ular seroz suyuqlik saqlaydi va baliq ko'zini eslatib turadi, ba'zan esa qonli suyuqlikka ega bo'ladi. Pufaklar o'zgarmagan teri sathida

ham hosil bo'lishi mumkin, subyektiv achishish, kam hollarda esa qichishish bezovta qiladi.

Toshmalar ko'p uchrovchi sohalar qo'l-oyoq panjalari yuzasi, bilakning tashqi yuzasi, tizza, tizza bo'g'imlari, tirsak, kaft-tovon va jinsiy a'zo terilari hisoblanadi.

Ekssudativ eritemaning og'iz shilliq pardasidagi klinik ko'rinishi teridagi ko'rinishiga nisbatan monotonik, ammo kechishi og'irroq bo'lib, subyektiv hissiyot kuchliroq bo'ladi.

Toshmalar, asosan, lab qizil hoshiyasi, shilliq pardasi, lunj va tanglayda uchraydi. Bexosdan chegaralangan yoki tarqoq shishli eritema kuzatilib, 1-2 kun o'tgach, shu soha yuzasida pufaklar yuzaga keladi, ular 2-3 kun saqlanib yoriladi va o'rnida og'riqli eroziyalar paydo bo'ladi, eroziya o'choqlari qo'shilib, katta eroziyalarni vujudga keltiradi, ular ayrim hollarda og'iz shilliq pardasi va lab yuzasini qoplaydi. Eroziyalar sarg'ish-qo'ng'ir parda bilan qoplanib, ko'chirilsa oson qonaydi. Nikolskiy simptomi – manfiy. Labdagi eroziya yuzalarida har xil qalinlikda qonli qaloqlar hosil bo'lib, og'iz ochilishiga xalaqit qiladi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilishi oqibatida qaloqlar qo'ng'ir tus oladi.

Og'izning tarqoq jarohatlanishi sababli kuchli og'riq, eroziya yuzalaridan mo'l ajratmalar ajralishi, so'lak ajralishining kuchayishi, og'iz ocholmaslik sababli so'zlashish, hatto suyuq ovqat qabul qilish to'xtaydi, natijada bemor ozib, holsizlanadi. Og'iz gigiyenasi yomon holatda bo'lishi, kariyesli tishlar, paradontit bu kasallikning og'ir kechishiga olib keladi. 10-15 kun o'tgach, teri toshmalari bita boshlab, 15-25 kunga kelib esa butunlay tugaydi. Og'iz shilliq pardasida toshmalar bitishi 4-6 haftadan so'ng kuzatiladi. Ekssudativ eritemaga qaytalab kechish xos. Qaytalash, asosan, bahor va kuz fasllarida kuzatiladi. Ayrim hollarda toshmalar qaytalashi deyarli to'xtovsiz kechib, oylab, hatto yillab davom etadi.

Ko'p shaklli ekssudativ eritemaning toksikoallergik turi tashqi ko'rinishi infeksiyon allergik turidan deyarli farq qilmaydi. Toshmalar tarqoq yoki joylashgan (fiksatsiya) bo'lishi mumkin. Tarqoq turida deyarli hamma bemorlarning og'iz shilliq pardasi jarohatlanadi. Qaytalash oqibatida toshmalar avvalgi uchragan sohalarda kuzatiladi, bir vaqtda toshmalar terining boshqa sohalarda ham toshishi mumkin. Og'iz shilliq pardasida toshmalar ko'proq joylashgan turida kuzatiladi, sababi dorilarga sezuvchanlik oshgani oqibatidir. Ko'pincha pufaklar ko'rinishi o'zgarmagan shilliq pardalar yuzalarida hosil bo'lib, ulardan so'ng paydo bo'lgan eroziyalar sekin bitadi. Ayrim hollarda yallig'lanish pufak yorilgach, kuzatiladi. Kasallikning joylashgan turi og'iz shilliq pardasi jarohati va genital, anal sohalari jarohatlanishi bilan birga kechadi.

Ko'p shaklli ekssudativ eritemaning toksikoallergik turida qaytalash mavsumiylikka ega emas. Ko'pincha umumiy o'zgarishlar, asosan, tarqoq turida, harorat ko'tarilishi bilan kechadi.

Etiopatogenezi. Kasallikning infeksiyon allergik turi etiopatogenezi oxirigacha o'rganilmagan. Kasallik patogenezida ma'lum darajada fokal infeksiya ahamiyati borligi (70 % bemorlarda surunkali tonzillit, otit, gaymorit, pulpit, surunkali appenditsit va boshqalar) aniqlandi va bu bemorlarda bakterial allergiya kuzatildi (stafilokokk, streptokokka nisbatan). Toksikoaallergik turining etiologik omili medikamentlar hisoblanadi: sulfanilamidlar, barbituratlar, tetratsiklin va boshqalar.

Tashxis. Ko'p shaklli ekssudativ eritemaning og'iz shilliq pardasidagi chegaralangan turi turli xil kasallikka o'xshash kechadi.

Po'rsildoq yaradan farqli o'laroq qizil hoshiya ekssudativ eritemasi o'tkir kechib, toshmalar regressi ham tezroq kuzatiladi, pufaklar yallig'langan teri yoki shilliq pardada ma'lum vaqt saqlanadi, Nikolskiy simptomi manfiy, bosma-surtmada akantolitik hujayra tanilmaydi. Kasallikning o'tkir boshlanishi, o'tkir yallig'lanishning kuchli rivojlanishi, kechishining mavsumiyliги faqat og'iz shilliq pardasi xushfe'l kechuvchi noakantolitik po'rsildoq yarasidan qiyosiy tashxislashda yordam beradi.

Gerpetik stomatit qizil hoshiyali ekssudativ eritemadan toshmalarning gerpessimon toshishi, eroziyalarning polisiklik, gerpetik hujayralar topilishi bilan farq qiladi. Ekssudativ eritemaning chegaralangan turi sifilitik tugunchaga o'xshaydi, ammo sifilitik tuguncha tubida doimo zich infiltrat kuzatiladi. Undan tashqari, tuguncha yuzasi matsersatsiyalangan bo'lsa, rangsiz spiroxeta oson topiladi. RW, RIT va RIF ikkilamchi zaxmda doimo musbat bo'ladi.

Stivenson-Djonson sindromi qizil hoshiyali ekssudativ eritemaning og'ir ko'rinishi hisoblanadi va umumiy o'zgarishlar kuchli kechishi bilan xarakterlanadi. Qizil hoshiyali ekssudativ eritemaga xos toshmalar bilan bir qatorda, organizm umumiy holatining og'irligi bilan birgalikda, lab, til, yumshoq va qattiq tanglayda, yutqun, terida ayrim holatlarda pufaklar hosil bo'ladi. Pufaklar yorilib, katta-katta eroziya o'choqlarini hosil qiladi. Eroziyalar qonab, seroz qonli parda bilan qoplanadi va natijada lab og'ir jarohatlanib, bemorlarning so'zlashishi, hatto ovqatlanishi qiyinlashadi. Jarayon ko'zni og'ir jarohatlab, konyuktivit va keratit rivojlanadi.

Stivenson-Djonson sindromi Layella sindromiga ham o'xshash kechadi. Layella sindromi dorilarga nisbatan og'ir toksikoallergik kasallik holida kechadi. Bunda, Stivenson-Djonson sindromidan farqli o'laroq, epidermisning umumiy ko'chishi bilan kechadi. Toshmalar II darajali kuygan teriga o'xshash ko'rinadi va ko'pincha akantolizisga xos belgilar

aniqlanadi. Bemor holati juda og'ir bo'lib, Layella sindromi odatda ma'lum bir dori qabul qilingandan keyin kuzatiladi.

Davosi. Ekssudativ eritema bilan og'rigan har bir bemorda ikkilamchi infeksiya o'chog'i bor-yo'qligi tekshirilishi zarur, birinchi navbatda yuz-jag' sohasi tekshiriladi. Davo samarali bo'lishi uchun bemorlarning umumiy organizmi sog'lomlashtirilishi shart, eng avvalo, fokal infeksiya o'choqlari yo'q qilinmog'i zarur.

Kasallikning yengil holatida natriy salitsilat 1 tabletkadan kuniga 4 mahal, vitamin B guruhi, C vitamini, kalsiy preparatlari tayin etiladi. Og'irroq hollarda keng ta'sirga ega bo'lgan antibiotiklar va prednizolon 20-30 ml dan, kuniga, kasallik holati qarab tayin etiladi. Bu miqdordagi dori 5-7 kun tayinlanib, keyin 2-3 kunda 1 tabletkadan prednizolon miqdori kamaytiriladi.

Og'iz shilliq pardasi jarohati mahalliy yengil dezinfeksiyalovchi eritemalar (1:8000 miqdordagi kaliy permanganat eritmasi, 2 % borat kislotasi eritmasi va boshqalar) bilan chayqaladi. Ovqatlanishdan avval og'iz 0,25 % novokain eritmasi bilan chayqaladi. Lab qizil hoshiyasidagi qaloqlarga bakteriotsid vositali mazlar bilan ishlov beriladi. Qaloqlar ko'chgach, kortikosteroid va bakteriotsid saqlovchi mazlar qo'llash ma'qul (gioksizon, lorinden – C, dermazolon va boshqalar).

Prognosi. Yaxshi.

BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA KASALLIKLARI (KOLLAGENOZLAR)

Sklerodermiya (Sclerodermia)

Sklerodermiyaga xos teri o'zgarishlari biriktiruvchi to'qimalarning yallig'lanib, distrofiyaga duchor bo'lishi natijasida terining zichlashib-qotishi (sklerozi) va qon tomirlarining jarohatlanishi bilan kechadi. Kasallik ko'proq 30-50 yoshda boshlanib, uning asta-sekin rivojlanishi va ko'proq ayollarda uchrashi xarakterlidir. Kasallikning *cheklangan* va *tarqoq* (diffuz) turlari farqlanadi.

Etiologiyasi. Autoimmun kasallik bo'lib, uning rivojlanishiga infeksiya, tashqi ta'sir yoki irsiy moyilliklar sabab bo'ladi.

Cheklangan sklerodermiya (Scleroderma circumscripta)

Klinikasi. Terida qizil-ko'kimgir rangdagi, aniq cheklangan, yaltiroq va og'riqsiz dog'lar hosil bo'ladi. O'choq markazidagi teri asta-sekin zichlashib-qattiqlashadi, natijada oqish-sarg'ish tusli, tekis teri o'chog'iga aylanadi, uning yuzasida soch va bezlar bo'lmaydi. Kasallik avjlanishi natijasida sklerotik o'choq kattalashaveradi, o'choq atrofidagi qizil-ko'kimgir halqa saqlanaveradi. Kasallik regressi davrida sklerozga uchragan teri yumshaydi, artofiyalashadi va suyakka yaqin joylashsa, unga yopishib qoladi. O'choq terisi yupqalashib, burmaga oson yig'iladi va g'ijimlangan papiros qog'ozini eslatadi. Sklerotik o'zgarishlar biriktiruvchi to'qimaning har xil qavatlarida kuzatilishi mumkin va jarayon yuza bo'lsa, skleroz deyarli sezilmaydi. Dastlab terida ko'kimgir dog'lar hosil bo'lib, keyin esa depigmentli atrofiya kuzatiladi. Cheklangan sklerodermiyaning joylashishi va shakliga qarab olimlar uning bir necha turlarini ajratadilar.

Tashxisi:

- 1) o'ziga xos klinik ko'rinishi;
- 2) gistologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- aniqlanmagan moxov (Lepre);
- Lichen ruber atrophicans.

Diffuz sklerodermiya (Scleroderma diffusa)

Klinikasi. Tarqalgan sklerodermiya o'tkir boshlanib, Reyno sindromiga xos shikoyatlar va o'zgarishlar bilan bir qatorda, qo'l, oyoq panjasi barmoqlarining, tananing terisi va bo'g'imlarning jarohatlanishi bilan boshlanadi va tezda ichki a'zolari ham zararlaydi. Teri sianotik rangda, shishgan bo'lib, asta-sekin zichlashaveradi va shu sababli harakat buziladi. Kasallik progressi oqibatida boshqa soha terilari diffuz jarohatlanadi va terida kalsinoz, sklerodaktiliya va teleangiektaziyalar kuzatiladi. Asosan, yuz terisi jarohatlanib zichlashadi, ajin-burmalar yo'qoladi, yuz ifodasiz, niqobsimon ko'rinishga kiradi, og'iz, burun, ko'z kichiklashadi. Bir vaqtning o'zida yutish qiyinlashadi, patologik o'zgarishlar qizilo'ngach, oshqozon, o'pka va buyraklarda ham kuzatilib, bemorlar ichki a'zolari jarohatlanishi oqibatida nobud bo'ladi.

Tashxisi:

1. O'ziga xos klinik ko'rinishi.
2. Gistologik tekshiruvlar (biopsiya).
3. Laborator tekshiruvlar (serologik, kardio va pulmonologik).

Differensial tashxisi:

- Dermatomyositis;
- Morbus Raynaud;
- Sclerodermia adultorum Buschke.

Davosi. Mahalliy davo:

- geparin mazi;
- troksevazin mazi;
- 5-10 % li teonikol mazi;
- solkoseril mazi.

Umumiy davo:

- penitsillin 500.000 TB dan har 6 soatda, bosqichiga 40-50 mln. TB (agarda jarayon aktiv kechsa, 1-yilda 3-4 bosqich davo o'tkaziladi);
- mikrosirkulyatsiyani yaxshilash (teonikol, andekalin, trental);
- penitsillin (kuprenil, melkatin 0,25-1,0, kuniga);
- fermentativ preparatlar (gialuronidaza, lidaza, ronidaza);
- etretinat (tigazon 75 mg kuniga, 2 hafta, keyin kuniga 25 mg, 3 oy mobaynida);
- vitaminoterapiya (Aevit, B,C vitaminlari).

Fizioterapiya:

- shifobaxsh vannalar;
- lidaza, kaliy yodid bilan elektroforez;
- parafin, ozokerit applikatsiyalari;
- ultratovush;
- lazeroterapiya.

Qizil yugirik (Lupus erythematodes)

Qizil yugirik birlashtiruvchi to'qimalarning surunkali kasalligi bo'lib, tez-tez avjlanib turuvchi, fotosensibilizatsiya va autoimmun o'zgarishlar bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Autoimmun kasalligi bo'lib, fokal infeksiya, ayrim dori-darmonlar yoki irsiy moyillik kabi omillar kasallikning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Qizil yugirik surunkali kechib, yozda qo'zib va qaytarilib turishi kuzatiladi va ko'proq ayollarda uchraydi.

Qizil yugirik bo'yicha qabul qilingan klassifikatsiya yo'q, ammo ko'pchilik terida cheklangan (Lupus erythematodes discoides) va tarqalgan, diffuz (Lupus erythematodes disseminatus) turlarini va ko'proq terapevtlar shug'ullanadigan, ichki a'zolar jarohatlanishi bilan kechadigan turlardan sistemali yoki o'tkir qizil yugirikni ajratadilar (*XIV ilova*).

Cheklangan qizil yugirik (Lupus erythematodes discoides).

Klinikasi. Tananing ochiq qismlarida, ko'proq yuzda, burun devorlarida, yonoqlarda simmetrik eritematoz, shishgan, aniq chegarali va bezovta qilmaydigan dog'lar paydo bo'ladi. Keyinchalik eritematoz dog'li teri kattalashib, birmuncha zichlashadi va uning yuzasi oqish, kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi. Kepaklanish follikulyar giperkeratoz hisobiga vujudga keladi va oqibatda oson ko'chmaydi. Kepaklar tirnoqlar yoki oyna yordamida ko'chirilib ko'rsilsa, bu harakat bemorga noxushlik yoki og'riq beradi (Bene-Mesherskiy simptomi). Ko'chirilgan kepaklar ichki yuzasida, ya'ni teriga yopishgan yuzasida muguzli zirapchaga o'xshash, follikulyar giperkeratoz oqibatida rivojlangan o'simta ko'rinadi va shu «zirapcha» follikula ichida joylashganligidan dalolat beradi (ayollar tuflisining poshnasi simptomi).

Vaqt o'tib, kasallik belgilari rivojlanib, patologik o'choq yuzasining markaziy qismlari yupqalashadi va atrofiyalanadi. Bu atrofiya o'chog'i oqish, atrofia giperemik yoki ayrim hollarda giperpigment hoshiyali bo'ladi. Oqibatda, kasallik rivojlangan davrida, patologik o'zgargan terida 3 xil manzara: markazda – chandiqli atrofiya, keyin giperkeratoz va periferiyadagi qismi qizargan bo'lib turadi. Eski kasallik o'choqlarida teleangiektaziya, depigmentatsiya va giperpigment dog'lar uchrab turadi. Agarda jarayon boshning sochli qismida joylashsa, teri atrofik chandiqlanishi natijasida o'choqda soch o'smaydi.

Tashxisi:

1. Karakterli klinik ko'rinishi va simptomlar (Bene- Mesherskiy va ayollar tuflisining poshnasi simptomlari).
2. Laborator tekshirishlar (LE-hujayra).
3. Gistologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- Eczema seborrhoicum;
- Lupus vulgaris;
- Psoriasis vulgaris;
- Pemphigus seborrhoicus;
- Dermatitis solaris.

Tarqoq qizil yugirik (Lupus erytematodes disseminatus).

Klinikasi. Nafaqat yuz terisida, balki ko'krak, yelka, qo'l-oyoq terilarida ham tarqoq qizg'ish, ko'p miqdorda va katta bo'lmagan, shishli dog'lar hosil bo'ladi. Asosiy toshmalar chegaralangan qizil yugirikdagidek, boshqalari esa noaniq chegarali, ko'kimtir rangli, infiltratsiyalanmagan va xarakterli giperkeratozsiz bo'ladi. Teri o'zgarishlari bilan bir vaqtda bo'g'im og'riqlari, tana haroratining ko'tarilishi va qonda o'zgarishlar kuzatilishi mumkin. Kasallik o'tkir qizil yugirikka o'tib, sistemali kasallikka aylanishi mumkin.

Tashxisi:

1. Xarakterli klinik ko'rinishi.
2. Laborator tekshirish (LE-hujayralar, yuqori SOE, leykopeniya) (*XV ilova*).

3. Gistologik tekshirish.

Differensial tashxisi

- Erytema anulare centrifugum Darier;
- Eczema seborrhoicum;
- Pemphigus seborrhoicus.

Davosi. Mahalliy davo:

- terini quyosh nurlari tushishidan himoya qilish zarur (fotohimoya mazlar: «Shit», «Luch» kremlari, Un. Novocaini 3 %);
- kortikosteroid mazlari (sinalar, nerizona, advantan va h.k.).

Umumiy davo:

- sun'iy bezgakka qarshi vositalar (xingamin 250 mg, delagil 250 yoki plakvenil 200 mg kuniga 3 marta, 5-10 kunli sikl, 2-5 kunli tanaffus bilan);
- vitaminoterapiya (nikotin kislotasi, askorbin kislotasi, riboflavin);
- tigazon sxema bilan: 75 mg dan kuniga, 2 hafta, 50 mg dan 2 hafta; keyin 25 mg dan, 1-2 oy;
- talidomin sxema bilan: 100 mg dan kuniga 3 hafta; 50 mg dan kuniga, 2 oy;
- Dapson sxema bilan: 25 mg dan kuniga 1 marta, 3-4 hafta;
- klofazimin sxema bilan: 100 mg dan kuniga, 3-4 hafta;
- immunomodulyatsion terapiya (timozan, T-aktivin, timalin, immunomodulin);
- kortikosteroid preparatlari faqatgina o'tkir turlarini qaytarishda qo'llaniladi.

**Zamburug'simon mikoz
(Mycosis fungoides)**

Kasallik terining T-hujayrali limfomasi bo'lib, T-xelperlarning yomon fe'lli giperplaziyasi va terida o'smalar hosil bo'lishi va kuchli, tinimsiz qichishish bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Noma'lum.

Klinikasi. Zamburug'simon mikozning klinik uch turi tafovut etiladi: klassik, tez kechuvchi va eritrodermik.

Klassik turida uch bosqich farqlanadi: eritematoz, infiltrativ va o'smali. Eritematoz bosqichida terida chegaralangan, turli o'lchamdagi to'q qizil rangli dog'lar vujudga keladi. O'choqlar yuzasida pufakchalar

va kepaklanishlar kuzatiladi, shu sababli teri birmuncha qalinlashadi. Bu bosqich uzoq vaqt davom etib, keyingi bosqichga o'tmasligi ham mumkin.

Infiltrativ bosqichida jarohatlangan o'choqda va sog' teri yuzalarida chegaralari qo'ng'ir-qizg'ish tusli, har xil shakl va kattalikdagi infiltratlar hosil bo'ladi.

O'smali bosqichida infiltrat o'choqlari kuchli rivojlanib, tezda yaralanadi. Yaralar esa turli shakl va o'lchamlarda kuzatiladi. Bir vaqtning o'zida uchala bosqichga xos belgilar kuzatilishi ham mumkin.

Kasallik bexosdan o'sma bosqichidan rivojlanib, terida o'smalardan boshqa belgilar bo'lmasligi mumkin. Kasallikning eritrodermik turi bexosdan birlamchi eritrodermiya ko'rinishida boshlanishi mumkin, teri quruq, qo'ng'ir-jigarrang tusda, infiltratsiyalangan bo'lib, qichishadi. Ko'pchilik bu turning bir ko'rinishi deb Sezari sindromini (Syndroma Sezari) tushunadilar. Sezari sindromi uchun generallashgan eritrodermiya, diffuz soch to'kilishi, tirnoqlar distrofiyasi xarakterlidir. Terida asta-sekin infiltratsiya kuchayaveradi, kepaklanish ham ko'payadi. Bemorlarni kuchli, tinimsiz qichishish bezovta etadi.

Tashxisi:

1. Tinimsiz kuchli qichishish va xarakterli klinik ko'rinishi.
2. Gematologik tekshiruv.
3. Gistologik tekshiruv.

Differensial tashxisi:

- Psoriasis vulgaris;
- Dermatitis herpetiformis;
- Parapsoriasis;
- ikkilamchi eritrodermiya;
- terining boshqa xil o'smalari.

Davosi. Mahalliy davo:

- simptomatik terapiya;
- kuchli ta'sirga ega kortikosteroid mazlari;
- yara yuzalariga dezinfeksiyalovchi, epitelizatsiyani tezlatuvchi vositalar.

Umumiy davo:

- sitostatik preparatlarini bosqichma-bosqich (prospidin, vinkristin, vinblastin, metotreksat va boshqalar);
- kortikosteroid preparatlarini uzoq muddat, jarayonni avjlan-tirmaydigan miqdorda qabul etish;
- immunokorreksiya (T-aktivin, levamizol, metiluratsil);
- anabolik gormonlar (retabolil, nerabolil va boshqalar);
- simptomatik davo.

Fizioterapiya:

- kasallikning boshlang'ich davrlarida PUVA-terapiya;
- rentgenoterapiya (qisqa muddatli samara beradi).

KAPOSHI SARKOMASI (SARCOMA IDIOPATICUM MULTIPLEX HEMORRAGICUM KAPOSI)

Terining sistemali angiomatoz kasalligi hisoblanadi. Bu kasallikda qon tomirlar devorlarining endoteliy va periteliy qavatlarini proliferatsiyasi hamda ular devorida gemosiderin yig'ilishi kuzatiladi. Bunda asosan, erkaklar kasallanadilar.

Keyingi yillarda Kaposhi angiomatozi OITSning klinik ko'rinishli sifatida qabul qilinib, kasallikka bo'lgan e'tibor kuchaydi.

Klinikasi. Kaposhi sarkomasi uch bosqichli kechadi: yallig'lanish, granulematoz va sarkomatoz. Kasallik tizza, oyoq panjasi sohalarida kichkina qizg'ish-tsiyanotik yoki jigarrang-qizg'ish dog' ko'rinishida tosha boshlaydi. Dog'lar sekin-asta infiltratsiyalanadi va tuguncha, tugun yoki katta, zich infiltratlar vujudga kelib, bu infiltratlar ko'kimtir jigarrang ko'rinishida bo'ladi. O'choqlar bir-birlari bilan qo'shilib, katta-katta o'choqlarini hosil qilib, ayrim hollarda oyoqlardagi infiltrat o'choqlari chuqur yaralanishi ham mumkin. Oyoqlarning shishishi xarakterli. Agarda jarohatlangan o'choqlar so'rilib ketsa, ular o'rnida teri atrofiyasi yoki depigmentatsiya kuzatiladi. Ko'pincha o'choq yuzalarida gemorragiyalar aniqlanadi. Kasallik sekin kechadi va ichki a'zolar jarohatlanmaydi. Bemorni, asosan, kuchli og'riq bezovta qiladi. Kaposhi sarkomasi boshqa xil og'ir kasalliklar (OITS) bilan kechsa, kasallik jadal va agressiv tus oladi.

Tashxisi:

1. Xarakterli klinik ko'rinishi.
2. Gistologik tekshiruv.

Differensial tashxisi:

- Lichen ruber planus;
- Mycosus fungoides;
- Angiosarcoma;
- Lepra;
- Syphilis tertiaria tuberculosa.

Davosi. Umumiy davo:

- sitostatik preparatlari, eng samaralisi prospedin (bosqich miqdori 4 mg gacha, bosqichni 3-8 oydan so'ng qaytarish mumkin);
- kortikosteroid preparatlari: prednizolon, kuniga 30 mg dan (tsitostatiklar bilan birga);
- rentgenoterapiya.

Sarkoidoz (Sarcoidosis)

Sarkoidoz xushfe'l granulematoz retikulezi bo'lib, barcha to'qima va a'zolari jarohatlashi bilan kechishi mumkin bo'lgan, turli xil klinik ko'rinishlarga ega kasallikdir.

Etiologiyasi. Noaniq.

Klinikasi. Teri yoki gipodermada granulema hosil bo'lishi bilan terida jarohat o'chog'i paydo bo'ladi. Granulemada yallig'lanish reaksiyasi bo'lmaydi. Sarkoidozning bir necha turlari ma'lum, lekin barcha turlarini ham klinik, ham gistologik nuqtai nazardan Bek sarkoidoziga birlashtirish mumkin (Sarcoidosis Boesk). Bek sarkoidozining uch klinik varianti bor: mayda o'choqli disseminatsiyalangan, yirik tugunli o'choqli, diffuz infiltrativli.

Bek sarkoidozining mayda o'choqli tarqoq turida terida soni ko'p, simmetrik joylashgan, yarimshar shaklidagi, zich tugunchalar paydo bo'ladi. Tugunchalarning o'lchamlari to'g'nog'ich boshidan to no'xat kattaligicha bo'lib, yuzalari tekis, ranglari och pushti tusdan to ko'kimtir-jigarranggacha bo'ladi. Diaskopiyada sarg'ish-jigarrang «changchalar» kuzatiladi. Kasallik regressida tugunchalar markazidan kichrayadi, teleangiektaziyalar va mayda kepaklar hosil bo'ladi. Teri rangi sarg'ish-jigarrang tusdan to jigarranggacha bo'ladi. Ayrim hollarda jarohat o'choqlar o'rnida yuza, oqish chandiqlar vujudga keladi, tugunchalar esa yaralanishi mumkin. Kasallik qaytalashga moyil.

Bek sarkoidozining yirik tugunli o'choqli turida terida yakka yoki bir nechta chegaralangan, yarimshar ko'rinishidagi, diametri 0,5-3 sm li, qattiq yoki yumshoq konsistensiyali, ko'kimtir-qizil rangdan to ko'kimtir-jigarrangdagi tekis yuzali tugunlar paydo bo'ladi. Diaskopiyada sarg'ish-jigarrang «changchalar» kuzatiladi. Granulemalar markazidan regressga uchrab, tugunlardan keyin pigmentatsiyalar, teleangiektaziyalar, ayrim hollarda esa atrofiya qoladi.

Bek sarkoidozining diffuz infiltrativ turi juda kam uchraydi. Terida yirik, chegaralangan infiltratlar hosil bo'ladi, ular atrofiga o'sib, bir-birlari bilan qo'shilib, katta-katta o'choqlarni vujudga keltiradi. Ularning rangi, yuzasi hamda konsistensiyalari yirik tugunli-o'choqli turinikidek bo'ladi. Diaskopiyada «olma jelesi»ni eslatuvchi simptom kuzatiladi. Bu tur eritrodermiyaga o'tishi mumkin va bu holatda kasallikning prognozi noxush. Bemorlarda kasallikning barcha turlarida ichki a'zolar va suyaklarda granulematoz o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Tashxisi:

1. O'ziga xos klinik ko'rinishi.
2. Gistologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- Lupus erythematodes;
- Lupus vulgaris;
- Syphilis tertiaria activa;
- Acne rosacea;
- Mycosis fungoides.

Davosi. Mahalliy davo:

- kortikosteroid kremlari;
- nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar (indometatsin, butadion mazlari).

Umumiy davo:

- kortikosteroid preparatlari katta bo‘lmagan miqdorda (prednizolon, kuniga 30 mg). Ular kasallikni avjlantirmaydigan miqdorgacha kamaytiriladi;
- sitostatik preparatlar (metotreksat 10-25 mg, haftada bir marta yoki xlorbutin 5-10 mg dan, kuniga);
- sun‘iy bezgakka qarshi vositalar (xloraktivin 250 mg dan kuniga 2 marta yoki gidroxloraktivin 200 mg dan, kuniga 2 marta);
- U vitamini 600 mg dan kuniga to samaraga erishguncha, so‘ng 300 mg dan kuniga, 2-3 oy mobaynida.

Fizioterapiya:

- lazeroterapiya;
- uzun to‘lqinli rentgenoterapiya.

TERINING O‘SMALI KASALLIKLARI

Teri va shilliq pardalar o‘sma kasalliklari mustaqil ravishda rivojlanadigan va ichki a‘zolar rak kasalliklari bilan bog‘liq guruhlarga ajratiladi. Birinchi guruh o‘z navbatida yomon va yaxshi fe‘lli teri o‘sma kasalliklariga bo‘linadi.

Bazal hujayrali epitelioma (Epithelioma basocellulare)

Bazal hujayrali epitelioma (bazalioma) ko‘p uchraydi va teri rak kasalliklarining 80 % ini tashkil qiladi. Primitiv epitelial o‘sma bo‘lib, u bazal hujayralar differensiatsiyasi natijasida hosil bo‘ladi. Ko‘proq tanasi oq kishilarning 65 yoshgacha bo‘lganlari 50 u yoki bu turi bilan kasallanadilar.

Etiologiyasi. Uzoq vaqt quyosh nuri ta‘sirida (tabiiy va sun‘iy ultrabinafsha nurlar) bo‘lish bazaliomani vujudga keltiradi. Undan

tashqari, kanserogen ta'sirlarning (misol, radiatsiya, mishyak bilan aloqada bo'lgan kishilar) ham kasallik patogenezidagi o'rni baland.

Klinikasi. Bazalioma, asosan, terining quyosh nuri tushuvchi sohalarida kuzatilib, ko'pincha yuz, quloq supralarida, ba'zan esa ko'krak old yuzasi, yelka kamari sohalarida uchraydi. Bazalioma o'zining juda sekinlik bilan o'zgarishi va metastaz bermasligi bilan xarakterlanadi. Kasallik mayda dog', chegaralangan giperkeratoz yoki marvaridga o'xshash mayda tugunchalar toshishi bilan boshlanib rivojlanadi. Yassi tugunchalar sekin kattalashib, yuza va o'tkir yallig'lanish belgilarisiz bo'lib, yaltiroq, atrofida teri yupqaligidan qon tomirlari (teleangiektaziya) ko'rinib turadigan qo'rg'on bilan o'ralgan bo'ladi. Bu yaltiroq valiksimon atrof qismida ajralib turgan, yaltiroq, dursimon tugunchalarni ko'rish mumkin. O'rta qismidagi tuguncha oldin eroziya, keyinchalik kattalashib, chuqurroq yara va qaloqlar hosil qiladi.

Davosi:

- rentgen nuri bilan davolash;
- krioterapiya va xirurgik davo.

Yassi hujayrali karsinoma (Carcinoma spinocellulare)

Yassi hujayrali karsinoma yomon fe'lli o'smalarning ko'p uchrovchi turidir, asosan, tanasi oq kishilarda uchraydi. Yassi hujayrali karsinoma bazal hujayrali epiteliomaga nisbatan 20-50 % kam uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallikning asosiy etiologik omili – quyosh nurining ta'sirida uzoq vaqt bo'lish. Uni radiatsiya va turli xil jarohatlar, ayniqsa, uzoq bitmayotgan yaralar chaqirishi mumkin, ulardan tashqari, o'yuvchi kimyoviy moddalar, mishyak mahsulotlari ham kasallikka olib keluvchi omillardan hisoblanadi.

Klinikasi. Teri jarohati nospetsifik, mayda, kepaklanuvchi dog' hoida yoki surunkali, bitishi qiyin tiralishlar o'chog'i ko'rinishida paydo bo'lib, yuzasida yallig'lanish va qaloqlar bo'ladi. Tipik yassi hujayrali karsinoma keratotik, keratoakantomaga o'xshash jarohat bo'lib, markazida keratinoz o'choqli yoki katta yarali tugunchalar hoida kuzatiladi. Ularga yaqindan qaralsa, yuzasi parsimon ko'rinadi. Jarohat o'choqlari atrof to'qimalarining kuchli destruksiyasiga olib keladi. Jarohat o'choqlari enining kattaligi 1 sm dan ortiq bo'lsa, ular ko'proq metastazlanishga moyil bo'ladi. O'smalar tomirlar va innervatsiya zonalari bo'ylab tarqalishga moyildir, o'sma joylashgan sohasida lokal chuqurlashib yaranadi. chuqur jarohatlanishi mumkin. Yassi hujayrali karsinomalar aktinik keratoz o'rnida yoki ko'zga ko'rinar sabablarsiz yuzaga kelishi mumkin. Yangi paydo bo'lgan jarohatlar, ayniqsa, shilliq pardalarda

agressivroq kechadi va erta metastazlanadi. Yassi hujayrali karsinomalarning metastazlanish xavfi taxminan 1 % ga teng, ammo terida yoki shilliq pardada tez o'suvchi jarohatlar kuzatilsa, bu foiz ortadi. Kasallik ko'proq transplantatsiyadan so'ng, ayniqsa, papilloma virusi bilan infeksiyalangan bemorlarda kuzatiladi.

Tashxisi:

1. Xarakterli klinik ko'rinishi.
2. Gistologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- Carcinoma basocellulare;
- Keratoacanthoma;
- Blastomycosis.

Davosi. Xirurgik davo:

- elektrokoagulyatsiya, kriodestruksiya, xirurgik usulda yo'qotish;
- nur bilan davolash;
- metastaz bo'lsa - ximioterapiya.

Melanoma

Melanoma teri yomon fe'lli o'sma kasalliklarining 5 % ini tashkil etadi va ko'proq terisining rangi oq, oq-sariq bo'lgan kichik va o'rta yoshdagi kishilarda uchraydigan kasallik hisoblanadi. Bemorning shifokorga o'z vaqtida murojaat etishi katta ahamiyatga egadir, chunki birlamchi melanomaning prognozi uning o'lchami va chuqurligiga juda ham bog'liq.

Melanoma va uning darakchilarini aniqlash uchun terining barcha yuzalarini muntazam ko'zdan kechirib turish juda zarurdir. Bu ko'riklarda tananing orqa, beldan yuqori qismini, tizza-boldir, ayollarda boshning soch qismi va tabiiy yoriqlar atrofi terilari (og'iz, anus, vulva)ni diqqat bilan kuzatish zarur.

Mavjud pigmentli hosilalardan melanomaning 30 % i rivojlanadi, 70 % melanoma esa ko'rinishidan sog' terida paydo bo'ladi. Dastlab ko'pchilik melanomalar epidermis sohasidagina o'sib (radikal o'sish bosqichi - preinvaziv davri), keyinchalik dermaga o'sib kiradi (vertikal o'sish bosqichi - invaziv o'sish). Dermaning qon va limfa tomirlari metastazlar tarqalish yo'llari bo'lib xizmat qiladi. O'smani hatto preinvaziv davridayoq rangiga qarab oson aniqlash mumkin. Bu rang odatda melanin ishlab chiqaruvchi atipik melanotsitlarning proliferatsiyasi hisobiga vujudga keladi. Melanomaning turli xil klinik ko'rinishlarida prognoz radial o'sish bosqichining davomiyligiga bog'liq; bu davr lentigo-melanomada bir necha yildan bir necha o'n yillargacha; yuza,

tarqa-luvchan melanomada bir necha oydan 2 yilgacha; tugunli melanomada esa 6 oydan oshmaydi. Radial o'sish bosqichida o'sma deyarli metastaz hosil qilmaydi, shuning uchun ham kasallikni shu bosqichida aniqlash juda ham katta ahamiyatga egadir, bu bosqichda o'smaning qalinligi 0,75 mm dan oshmaydi.

Yuza tarqaluvchi melanoma melanositar kelib chiqishiga ega bo'lgan, yomon fe'lli o'smalar ichida eng ko'p uchrovchi turi hisoblanadi. O'sma, asosan, tananing yuqori, orqa sohalarida paydo bo'lib, juda sekin, yillar mobaynida o'sadi. Uning tashqi ko'rinishi zichlashgan, aniq chegarali pilakcha bo'lib, u atrof sog' terisidan bir xil darajada ko'tarilib turadi. Rangi turli xil: jigarrang, to'q jigarrang, ko'k, qora va qizil, regressga uchrayotgan qismida esa qo'ng'ir yoki ko'kimitir-qo'ng'ir tusda bo'lishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Erkaklarga nisbatan ayollar bu kasallikka ko'proq uchraydilar. Kasallik, asosan, terisining rangi oq kishilarda kuzatiladi.

Kasallanish xavfini tug'diruvchi omillar:

— melanoma xabarchilari (displastik nevus, tug'ma nevohujayrali nevus);

— oilaviy anamnezda – ota-ona, aka-singil, bolalarda melanoma bo'lganligi (borligi);

— teri rangining oq, oq-sariqligi (nur sezuvchanlikning I va II turi).

— haddan ziyod quyosh nuri ta'sirida bo'lish, asosan, bolalik davrida.

Patogenezi. Yuza, tarqaluvchi melanomaning erta davrlarida radial o'sish bosqichi xarakterli. Bu bosqichda o'sma hujayralari faqatgina epidermisda joylashadi, shuning uchun ham metastazlanish kuzatilmaydi (melanoma in situ) yoki jarayon epidermisda va dermaning yuqori yuza qavatida joylashadi («yupqa» melanoma deb ataladi, ya'ni o'sma 0,75 mm qalinlikda bo'ladi). Bu nisbatan xushfe'l davri, davolasa tuzaladigan davridan so'ng invaziv vertikal o'sish bosqichi keladi. Bunda o'sma hujayralari dermagacha kirib boruvchi tugunlarni hosil qiladi va metastazlar paydo bo'la boshlaydi.

Yuza, tarqaluvchi melanomaning patogenezi oxirigacha o'rganilma-gan. Ko'p hollarda o'smaning rivojlanishida quyosh nurining salbiy ta'siri (asosan 14 yoshgacha bo'lgan davrda kuchli insolyatsiya kuzatilgan bo'lsa) katta ahamiyatga ega.

Anamnezdan o'smaning rivojlanishi 1-2 yildan beri davom etayot-ganligini aniqlash mumkin.

Klinikasi. Teridagi patologik toshmalar: yassi tuguncha, keyin pilakcha. Pilakcha yuzasidan keyinchalik bir yoki bir nechta tugun hosil bo'ladi.

Rangi to'q jigarrang yoki qora bo'lib, ora-chora tartibsiz holda pushti, qo'ng'ir va ko'kimitir-qo'ng'ir rangli o'choqchalari bo'ladi. Oq rangli

dog'lar o'z-o'zidan regressga uchragan o'smaning ayrim sohalorida kuzatiladi.

O'lchamlari o'rtacha, diametri – 8-12 mm, yangi hosilalar 5-8 mm, eskilari esa 10-25 mm bo'lishi mumkin.

Shakli – suyri, noto'g'ri shaklda, ko'pincha bir yoki bir necha botiqlari bo'ladi. Chegarasi – aniq. Toshmalar ko'pincha yakka bo'lib, birlamchi ko'plab o'smalar kam uchraydi.

Joylashuvi (lokalizatsiyasi):

– tananing yuqori, orqa sohasi, boldir-tizza, tananing old yuzasi, sonning yozuvchi yuzasi. Kam hollarda tananing ichki kiyimlar yopib turuvchi qismlari.

Boshqa a'zolar regional limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi.

Tashxis qo'yishda qo'shimcha usullardan biopsiya qilinadi.

Toshma kichik bo'lsa, total biopsiya qilgan ma'qul. Agarda total biopsiya qilish mumkin bo'lmasa, punktsion yoki intsizion biopsiya qilish mumkin.

Kasallikning tashxisi uning oltita asosiy klinik belgisiga asoslangan holda qo'yilishi mumkin:

– shakli teri sathidan biroz ko'tarilgan bo'lib, uni yon tomonidan yoritib ko'rish mumkin;

– o'lchamlari o'zgaruvchan, tez o'suvchan;

– chegaralari noto'g'ri, «qirqilgan»dek;

– assimetriyaga xos;

– o'lchamlari yirik, diametri 6,0 mm dan katta;

– rangi bir xil emas: jigarrang, qora, qo'ng'ir, pushti ranglar betartib joylashgan.

Tugunli melanoma uchrashi bo'yicha yuza, tarqaluvchi melanomadan so'ng ikkinchi o'rinda turadi. O'sma teridan aniq ko'tarilib, qalin pilakcha holida bo'ladi, ekzofit o'ssa, yirik tugun yoki polip ko'rinishida bo'ladi. Ba'zan esa biroz pigmentli yoki pigmentsiz tugunli melanomalar kuzatiladi, ularning teleangiektatik granulemalar yoki boshqa pigmentsiz o'smalar bilan adashtirish mumkin. Tugunli melanoma nisbatan tez o'sadi (4 oydan 2 yilgacha), u sog' teri yoki pigmentli nevusdan vujudga kelishi mumkin. O'smaning rivojlanishi 6–18 oy davom etadi.

Klinikasi. Tekshiruv o'tkazganda terida tugun paydo bo'lgani, tugun teridan bir xil darajada ko'tarilib turgani yoki yaralangan pilakcha holida bo'lishi kuzatiladi. Rangi bir xil: to'q zangori, qora yoki qo'ng'ir tusli. Polipsimon hosilalar esa pushti (pigmentsiz) - jigarrang pardali bo'ladi. Toshmalar dastlab 1-3 sm, keyinchalik esa kattaroq bo'ladi. Shakli boshqa turdagi melanomalardan farqli o'laroq, dumaloq-suyri, to'g'ri shaklda. chegarasi aniq bo'ladi. Ko'pincha regional limfa tugunlari kattalashadi.

Differensial tashxisi.

1. Gemangioma (tugunli eritemaga nisbatan sekin o'sadi).
2. Teleangiektatik granulema (juda tez o'sadi, bir necha hafta).
3. Bazal hujayrali teri rakining pigmentli turi (tugunli melanomadan farqlash juda qiyin, faqat juda qattiq konsistensiyali bo'ladi, tashxis faqat gistologik usul bilan qo'yiladi).

Yomon fe'lli lentigovalentigo - m e l a n o m a. Melanomaning asosiy uch turi (yuza-tarqaluvchi, tugunli va lentigo melanoma) ichida lentigo-melanoma eng kam uchrovchi tur hisoblanadi. Lentigo-melanoma keksalarda, tananing ochiq – yuz, qo'l sohalarida uchraydi. Kasallik patogenezida asosiy ahamiyatga ega bo'lgan omil insolyatsiya hisoblanadi.

Klinikasi. Tekshirilganda terida yomon fe'lli lentigo butun yuzasi yassi, dog' holida uchraydi. Lentigo-melanoma esa yassi dog' yuzasida tuguncha yoki tugun holida kuzatiladi.

Yomon fe'lli lentigo rangi sidirg'a emas, qora va jigarrang dog'lar har xil darajada bo'lib, jigarrang dog' yuzasida qora, har xil shakldagi dog' bo'ladi. Yomon fe'lli lentigoning lentigo-melanomaga o'tganligi belgisi: to'q jigarrang yoki qora rangli o'choqlar va tuguncha, tugunlar paydo bo'lganligidir.

Lentigo-melanoma yomon fe'lli lentigoga o'xshash, undan tashqari, qo'ng'ir (regressga uchragan o'choqlar) va zangori (dermada melanotsitlar to'planishi) o'choqlar kuzatiladi. Tuguncha va tugunlar zangori, qora yoki pushti rangda bo'ladi. Kam hollarda lentigo-melanoma pigmentsiz (rangsiz) bo'ladi.

Lentigo melanoma va yomon fe'lli lentigo o'lchamlari ham 3-20 sm va undan katta bo'ladi. Har ikkala kasallikdagi toshmalar shakli noto'g'ri, geografik kartaga o'xshash, «qo'litiq», «yarim orol» shaklini eslatadi, chegaralari notekis va noaniq. Toshmalar tananing ochiq sohalari – yuz, bo'yin, bilak-tirsak, qo'l panjasi yuzalari, kamroq tizzalarda yakka hosila holida uchraydi. O'sma atrofi terilarida quyosh nuri ta'siridan quyoshli keratoz, sepsillar, teleangiektaziyalar, quyoshli gerodermiya kuzatiladi. Regionar limfa tugunlari kattalashishi mumkin.

Qiyosiy tashxisi: har xil darajadagi sarg'ish-jigarrang yoki jigarrang dog'lar. Yomon fe'lli lentigo va lentigo-melanoma yassi to'q rangli hosilalar bo'lib, lentigo-melanoma yuzasida tuguncha yoki tugun bo'ladi.

Qariyalar keratomasi to'q rangli, o'sma esa tuguncha yoki pilakcha holida bo'lib, o'ziga xos so'galsimon yuzaga ega, yuzasida esa mayda botiqlar va muguzli kistalar bo'ladi; yuzasi qirib ko'rilsa – kepaklanadi.

Qariyalar lentigosi yomon fe'lli lentigo kabi dog' ko'rinishida bo'lib, to'q bo'yalmagan, rangi sidirg'a bo'ladi, to'q jigarrang va qora rangda.

Davosi. Jarrohlik yo'li bilan atrof sog' terisini 1 sm qismigacha qo'shib olib tashlash zarur.

Yomon fe'lli melanoma (Melanoma malignum) – kam uchrovchi, ammo uchala yomon fe'lli teri o'smalari ichida og'ir kechuvchi teri kasalligi. U erta metastaz berib, tez o'limga olib keladi. Bu klassik qora xol bo'lib, oxirigi bosqichida malignizatsiyaga uchrash bilan tugaydi.

Etiologiyasi. Melanomaning vujudga kelishi yuqori darajadagi oftob nuri ta'sirida kuchli toblanish (qorayish) va irsiy omillar: masalan, terining oqligi, oq sochlar, ko'zlarning ko'k-zangoriligi bilan bog'liq. Agar oila a'zolaridan birida kasallik bo'lgan bo'lsa, boshqa a'zolarida melanoma rivojlanishi uchun yuqori xavf mavjud bo'ladi.

Klinikasi. Melanoma terining turli sohalarida oldindan bo'lgan yoki mavjud bo'lgan xollar yuzasida paydo bo'lishi mumkin. Toshma hali uncha katta bo'lmagan davridayoq lupa yordamida kuzatilsa, jarohat chegarasi aniq bo'lmagan va pigmentatsiya o'chog'ida ayrim belgilari mavjud: jarohatlangan o'choq assimetrik, chetlari noaniq chegaralangan, ya'ni kirdi-chiqdi botiqli bo'lishi, rangi bir tekis bo'lmasdan, pigmentsiz, jigarrang, qizg'ish yoki qora bo'lishi mumkin. Toshmalarning o'lchamlari har xil diametrlil bo'lib, 6 mm dan oshsa, xavotirli hisoblanadi. Melanoma dastlabki bosqichida makulyar, ya'ni dog'li jarohat ko'rinishida bo'lib, faqat teri rangining anomaliyasi bo'ladi. Melanoma tananing turli sohalarida joylashishi mumkin va erta aniqlanib, davo boshlansa 100 % davolanadi. Yomon fe'lli melanoma tuguncha holida ham uchrashi mumkin va dastlabki bosqichidan invaziv bo'lishi mumkin. Yoki avval yuza o'sib, undan so'ng esa invaziv davrga o'tishi mumkin. Boshqa varianti lentigo maligna kuchli quyosh nuri ta'sirida jarohatlangan teri yuzalarida paydo bo'ladi. Bunday hollarda invaziv bosqichi bir necha oydan bir necha yilgacha kuzatiladi.

Tashxisi:

1. Xarakterli klinik ko'rinish.
2. Gistologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi:

- Carcinoma bazocellulare (pigmentli varianti);
- Nevus;
- Keratosis seborrhoica.

Davosi. Xirurgik davo:

- o'smani, o'sma atrofi to'qimalarini (1-3 sm gacha) birga olib tashlash;
- yaqin atrofidagi limfa tugunlarini xirurgik usulda olib tashlash;
- nur bilan davolash (hozircha eksperimental izlanishlar olib borilayapti);
- ximioterapiya so'nggi bosqichlarida qo'llanilyapti, ammo samaradorligi yuqori emas.

JINSIY YO'L BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR (JYBYUK)

(Sinonimlari: tanosil kasalliklar, venerik kasalliklar, urogenital seksual-transmissiv kasalliklar.)

XX asrning 80-yillarida birinchi marta orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS yoki VICH/SPID) kasalligi aniqlanguncha, «venerik kasalliklar» deganda sifilis, gonoreya, yumshoq shankr, venerik limfogradulematoz va donovanoz kasalliklari tushunilar edi. Lekin JYBYUK epidemiologik ko'payib ketib, dunyoda har yili faqat ro'yxatga olinganlar soni bir necha yuz million va bugungi kunda OITS bilan zararlanganlar soni 42 million bo'lgani holda, faqatgina 2002-yilda OITSni yuqtirib olganlar soni 5 millionga yetdi, undan 3 million bemor nobud bo'lganligi nafaqat sog'liqni saqlash tizimini, balki butun odamzodni bor imkoniyatlarini yig'ib, bu dolzarb muammoning yechimini topishga majbur qilyapti.

Oxirgi yillar OITSGa qarshi olib borilgan kurash yutuqlari (virus genomini aniqlash, uning klinika va patogenezini aniq bayon qilish, epidemiologiyasi, immun sistemadagi o'zgarishlarni va OITS bilan birga ketuvchi kasalliklar xarakteristikasini berish) shuni ko'rsatdiki, qaysidir kasallik bemor terisi yoki shilliq qavati butunligini buzib kechsa, u OITS virusini bemordan sog' odamga yuqish imkoniyatini bir necha o'n marta ko'tarar ekan. OITSning asosiy yuqish yo'li jinsiy yo'l bo'lgani uchun ham, teri shikastlanishi ko'proq jinsiy a'zolarida yoki atrofida bo'lishi bilan kechadigan har xil kasalliklarni OITS tarqalishidagi aniq o'rnini ajratib ko'rsatish uchun va unga qarshi effektiv kurash tashkil qilish uchun bugun «jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar» termini kiritildi. Bu termin bilan 24 ta va undan ko'proq kasalliklar ataladi.

Epidemiologiyasi. Klassik-venerik kasalliklar, yangi avlod infeksiyalari, ayrim virusli, parazitlar va zamburug' kasalliklari turli kasallik guruhlariga kirishlariga qaramasdan, asosiy yuqish yo'li jinsiy yo'l bo'lgani uchun, ular bir guruhga yig'ilgan. Shuning uchun ham kasallikning oldini olishda qo'yiladigan birinchi talab – jinsiy hayot faqat nikohdagi yoki bitta jinsiy sherik bilan bo'lishidir. Bordi-yu kimdir bittadan ortiq jinsiy sherikka ega bo'lsa, jinsiy sherikni tez-tez almashtirib tursa yoki boshqa jinsiy sheriklarga ega bo'lgan shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lsa, kasallik simptomlari borligini bilgan holda ham jinsiy aloqa qilsa, bu insonda JYBYUK yuqish xavfi bir necha barobar yuqori bo'ladi.

JYBYUK ko'payishi shu davlatdagi ijtimoiy omillar bilan uzluksiz bog'liq. MDH mamlakatlaridagi JYBYUKning epidemik ko'payishida, asosan, jamiyatdagi yangi ijtimoiy-siyosiy talablarga va bozor munosabatiga tayyorgarlik, qonun kuchsizligi, g'arbiy va fuqarolar urushlari, migratsiyaning kuchayishi, ishsizlik va ma'lum yashash joyi bo'lmagan, alkogol va narkotik moddalarni iste'mol qiladigan insonlar sonining ortib ketishi, erta jinsiy aloqalar va fohishabozlikning ko'payishi, jamiyatdagi madaniy va axloqiy an'analar, oila ta'sir kuchining pasayishi alohida o'rin tutadi.

Ikkinchidan, bu kasalliklar borligini bilmasdan, xavfsiz aloqani inkor qilish, prezervativning hammabop bo'lmasligi, bemorning tibbiyot muassasasida o'z vaqtida va to'liq davolanmasligi, qolaversa, tibbiyot muassasalarining bo'lmasligi yoki unda zarur dori-darmon va mutaxassislarning yetishmasligi yoki umuman yo'qligi kasallanishning ko'payib ketishida muhim ahamiyatga ega.

Etik masalalar. Quyidagi masalalarni esda tutish lozim: klinikaga JYBYUK borligini shubha qilib murojaat qilgan kimsalar uchun konfidentsiallik judayam muhim; meditsina tashkilotlari, shuningdek, ularning xodimlari sir saqlash siyosatiga qat'iy rioya qilishlari lozim; mijozlarga konfidentsiallikni qanday chegarada bo'lishini tushuntirish kerak.

Bunday bemorlarning ko'rigi, laborator tekshiruvi va davolash, albatta, sog'liqni saqlash tizimida ishlab chiqilgan qoidalar va bemorning roziligi asosida olib borilishi kerak. Bu borada bemorga olib boriladigan muolajalarning afzalliklari va xavfli tomonlari haqida tushunarli shaklda ma'lumot beriladi. Agar uning iloji bo'lmasa, bemor go'dak yoki aqlan zaif bo'lsa, har bir muolaja bevosita unga yordam beradigan holatdagina olib boriladi.

Kasallik tarixi (yoki ambulator varaqa). Bemorning kasallik tarixi o'z ichiga quyidagilarni qamrab olishi kerak:

- klinik simptomlar;
- JYBYUK bilan kasallanganligi to'g'risidagi ma'lumotlar;
- jinsiy sheriklar haqida ma'lumotlar, jinsiy aloqa turlari profilaktikasining barer vositalarini ishlatish doimiyliigi va to'g'riligini o'z ichiga oladi;
- simptomlarning bayon etilishi va JYBYUK tashxis etilishi;
- tibbiy anamnez;
- ayni vaqtda dori vositalarini qabul qilish to'g'risida (mikroblarga qarshi dori vositalarini yaqin orada qo'llash);
- dori vositalarga allergiyasi bor-yo'qligi;

– VICH infeksiya va gepatit B bilan maxsus zararlanish omillariga asoslanish;

– ayollar uchun qo‘shimcha: tug‘ruqlar soni, abortlar, hayz sikli, kontratseptivlar qo‘llanilishi, kerak bo‘lsa, servikal surtmalarning skriningi.

JYBYUK skriningi va tekshirish o‘tkazishga ko‘rsatmalar.

Tekshirish o‘tkazishga asos bor shaxsda keltirilgan faktorlardan biri bo‘lsa:

– anogenital so‘gal, genital va perigenital sohadagi kontagioz mollyusk, qo‘tir, VICH infeksiya, gepatit B;

– JYBYUKga bog‘liq holda xavfli xulq-atvor, ayniqsa, yangi jinsiy aloqalar, yaqinda JYBYUK klinik tashxisi qo‘yilgan sherik bilan yoki bir necha jinsiy sheriklarga ega kimsa bilan jinsiy aloqa;

– kommertsiya seksidagi (fohishabozlik) ishchi yoki mijoz sifatida jalb etilishi;

– jinsiy aloqani suiiste‘mol qilish yoki zo‘ravonlik qilinganlikka shubha;

– JYBYUKlarga taalluqli simptom yoki belgilar bo‘lsa; misol, *ayollarda:*

– kichik tos organlari infeksiyalanganini ko‘rsatuvchi jinsiy traktning yuqori sohasidagi simptomlar: qorin pastida og‘riq, hayz siklining buzilishi, disparenuriya;

– qindan ajralma kelishi.

erkaklarda:

– dizuriya;

– uzuksimon balanit;

– moyaklarda og‘riq.

ayol va erkaklarda:

– jinsiy sohalarda yaralar;

– to‘g‘ri ichakda og‘riq yoki ajralma kelishi (anamnezida anal kontakt bo‘lishi);

– mono yoki poliartrit;

– konyunktivit;

– yuqoridagi simptomi (sindromlar) bo‘lgan kishilar bilan jinsiy aloqada bo‘lish;

– ayollarda bachadon bo‘yni sohasida instrumental muolajalar o‘tkazish: sun‘iy abort, bachadon ichi kontratseptiv vositalarini yoki in vitro rejali urug‘lantirish.

Fizikal tekshirishlar:

– ayol va erkaklarda anogenital sohasining ko‘rigi;

– ayollarda kichik chanoq organlarini bimanual tekshirish:

- ayol va erkaklarda proktoskopiya;
- organizmning boshqa sistemalarini tekshirish.

Laborator tekshirishlar:

Odatda barcha mijozlar quyidagilarga tekshiriladi:

- Chlamidia trachomatis;
- Neisseria gonorrhoeae;
- sifilis;
- VICH infeksiya.

Agar shubhali simptomlar, ya'ni fizikal tekshirish natijalari yoki jinsiy anamnezda boshqa simptomlar bo'lsa, quyidagilar tekshiriladi:

- bakterial vaginoz;
- Candida albicans;
- Trichomonas vaginalis;
- anogenital herpes;
- qo'tir;
- chov biti;
- shankroid;
- venerik limfogranulema;
- gepatit B.

U yoki bu tekshiruvni o'tkazish masalasini hal qilishda epidemiologik holat va mahalliy tibbiy tashkilotlar imkoniyatini e'tiborga olish lozim (*XVI, XVII, XVIII – ilovalar*).

Diagnostikasi va profilaktikasi. Tashxis imkoni boricha laborator tekshirishlarga asoslanib qo'yilishi lozim. Buning sabablari:

- simptomsiz infeksiyalar juda ko'p uchraydigan holat bo'lib, ularni faqat ma'lum laborator tekshirishlar asosida inkor etish mumkin;
- tashxisni tezda aniqlash zarur, chunki u bemorlarga va jinsiy sheriklarga yoki farzandlariga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin;
- ratsional davoni tanlash uchun, ayniqsa, mikroorganizmlarning doriga chidamliligini aniqlash imkoniyati bor tashkilotlarda;
- qo'shimcha testlar o'tkazish kerakligini yechish uchun (davolanganlik testi);

- infeksiyalar registratsiyasining aniqlik darajasini oshirish va epidemiologik ma'lumotlarni sog'liqni saqlash organlarining ma'lum bo'limlariga yetkazish;

- tashxisni, bemor oldida mikroskop va boshqa metodlar orqali, dastlabki konsultatsiya davrida qo'yish mumkin.

Bemorlarga tashxis mohiyatini tushunarli qilib yetkazish kerak, ular savol berish imkoniyatiga ega bo'lishlari zarur. Bundan tashqari, imkoni bo'lsa, og'zaki tushuntirishni yuqori sifatli bosmali axborot bilan mustahkamlash kerak.

Bemorga qo'yilgan tashxis u bilan birga suhbat olib borish va maslahat berish imkoniyatini beradi va kelajakda qayta kasallanish ehtimolini kamaytiradi.

JYBYUKni davolashning umumiy talablari

1. Davolashni dastlabki konsultatsiyadan boshlash kerak, agarda:
 - tashxis ilk murojaatda qo'yilsa;
 - epidemiologik ko'rsatmalarga ko'ra davolash, jinsiy sheriklarda tashxis aniqlanish asosida.
2. Imkoni boricha, davoni klinikada – tibbiy xodimlar nazorati ostida, bir martalik davo usuli bilan o'tkazish lozim, bu esa davolash rejasining yuqori darajada bajarilishini baholaydi.
3. Bemorlarga himoyalangan jinsiy aloqalardan saqlanish tavsiya qilinadi, chunki infeksiya yuqishi yoki yuqtirish uchun real imkoniyatlar mavjud:
Alohida e'tiborni homilador va emizikli ayollarga qaratish kerak.

Sheriklarga kasallik to'g'risida ma'lumot berish

JYBYUK tashxisi aniqlangan barcha hollarda sheriklarni ogohlantirish imkonini ko'rib chiqish lozim. Qaysi bir sherikka ma'lumot berish masalasi seksual anamnez va inkubatsion davr to'g'risida aniqlangan ma'lumotga bog'liq bo'lib, ma'lumotni sog'liqni saqlash tizimi xodimi yoki bemorning o'zi yetkazishi mumkin. Ma'lumot qonunga bog'liq ravishda, davlatda qabul qilingan profilaktika va etik normalarga asoslanadi.

Keyingi nazorat va muloqot turli yo'llar bilan amalga oshirilishi mumkin. Masalan, qayta tashrifda yoki telefon orqali.

Jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyalar klassifikatsiyasi

Kasallikning nomi	Kasallik qo'zg'atuvchilari
1. Klassik venerik kasalliklar:	
Zaxm	Treponema pallidum
So'zak	Neisseria gonorrhoeae
Yumshoq shankr (shankroid)	Hayemophilus dukreyi
Venerik limfogradulematoz	Chlamydia trachomatis
Venerik granulema (chov)	Calymmatobact. gran.
2. Jinsiy a'zolarining zararlanishi bilan kechuvchi JYBYUllar:	
Urogenital xlamidioz	Chlamydia trachomatis

Trixomaniyaz	Trichomonas vaginalis
Urogenital kandidoz	Candida albicans
Mikoplazmoz	Mycoplasma hominis
Genital gerges	Herpes simplex virus
Papilomavirusli infeksiyalar	Papilomavirus hominis
Yuqumli molluska	Molluscovirus hominis
Bakterial vaginoz	Gardnerella vaginalis
Urogenital shigellez	Shigella species
Qovuq pedikulezi	Phthirus pubis
Qo'tir	Sarcoptes scabiei
3. Boshqa a'zolarning zararlanishi bilan kechuvchi JYBYU'lar:	
Orttirilgan immun tanqisligi sindromi	HIV
Gepatit B	Hepatit B virus
Sitomegaliya	Cytomegalovirus hominis
Amebiyaz	Entamoeba histolytica
Lyamblioz	Lambliia intestinalis
Pinta	Treponema carateum
Bedjel	Treponema bejel
Frambeziya	Treponema pertenue

ZAXM (SIFILIS, SYPHILIS)

Zaxm asosan, jinsiy yo'l orqali yuquvchi, surunkali, sistemali kasallik bo'lib, teri yoki shilliq pardalar orqali rangsiz, oqish treponemalarning (*Treponema pallidum*) organizmga kirishi natijasida vujudga keladi. Kasallikning birinchi va ikkinchi davrida funksional yallig'lanish kechsa, uchinchi davrida struktur jarohatlanish vujudga keladi.

Etiologiyasi. Zaxm qo'zg'atuvchisi – *Treponema pallidum* 1905-yil F. Shaudin va Ye. Goffmanlar tomonidan ochilgan fakultativ anaerob bo'lib, mikroskop ostida spiral ko'rinishli, 8-12 ta bir tekis burmalari bor va xilma-xil ilgarilama, mayatniksimon, to'liqsimon, bukiluvchi va rotator (aylanma) harakatlarga ega. Rangsiz treponemalar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan har 30-33 soatda ko'payadi va bo'lingan treponemalarning o'sishi 20-30 daqiqadan 2 soatgacha davom etadi. Rangsiz treponemalar tashqi muhit sharoitiga ta'sirchandır (antibiotik va kimyoviy moddalar ta'sirida quritilsa, yuqori haroratda tez o'ladi, quyi haroratda esa uzoq saqlanadi) va omon qolish uchun sist shakli yoki L shakliga aylanishi mumkin.

Oqish treponema fakultativ anaerob bo'lgani sababli limfaning tipik parazitlari qatori limfa tomirlari, to'qimalar orasidagi tirqishlar va hujayralar ichida yashaydi. Zaxmning yuqqan vaqtdan boshlab,

birlamchi va ikkilamchi davrlarida bemor organizmida antitanachalar vujudga keladi (gumoral immunitet), uchlamchi davrida esa infeksiyon granulema (hujayra immuniteti) kuzatiladi, antitanachalar kam bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Zaxm kasalligi bilan faqat insonlar kasallanadilar. Kasallik teri yoki shilliq pardalar orqali, sog'lom kishining bemor bilan jinsiy aloqa qilishi tufayli yuqadi. Kamdan-kam hollarda bemor bilan yaqin maishiy aloqada bo'lish (o'pishish, bemor shaxsiy gigiyena anjomlaridan foydalanish: tish tozalagich, sochiq, mochalka, ichki kiyim, to'shak jildlariga tushgan ajratmalar qurib ulgurmay ulardan sog' kishilarning foydalanishi) oqibatida yuqishi mumkin. Bemor qonini (serologik tekshiruvdan o'tkazmay) yuzaki ko'rsatmaga asosan, (ko'p qon yo'qotgan, qon quyilishi zarur bo'lgan) boshqa kishilarga to'g'ridan-to'g'ri (bevosita) quyish orqali yuqishi mumkin. Kasb-kordagi ehtiyot chorasini ko'rmas, bemorlar bilan tibbiy muolajalar qilish (jarrohlar, akusher-ginekologlar, stomatologlar, dermatovenerologlar, hamshiralar) natijasida yuqishi mumkin. Bemor homilador ayoldan ham platsenta orqali homilaga zaxm o'tishi mumkin, bunday hollarda tug'ma zaxm vujudga kelishi kuzatiladi. Zaxmning yuqishi uchun quyidagi sharoitlar yetarli: yangi, yetarli miqdordagi, virulentli rangsiz treponemalar hamda teri va shilliq pardalarning epidermis yoki epiteliy qoplamasining butunligi buzilgan bo'lishi. Ular hatto ko'zga ko'rinmas darajadagi mikrojarohatlar bo'lishlari mumkin.

Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklarning ko'payishi shu davlatdagi ijtimoiy omillar bilan uzluksiz bog'liq.

Kasallikning xalqaro statistik X klassifikatsiyasi qayta ko'rib chiqilgan (jinsiy aloqalar orqali yuquvchi kasalliklar bo'limi) bo'lib, zaxmga tegishli qismi ko'rinishi:

A 50. Tug'ma zaxm.

A 50.0. Simptomli erta tug'ma zaxm.

Ikki yoshgacha kuzatiladigan yoki erta aniqlangan tug'ma zaxmning ayrim holatlari.

Erta tug'ma zaxm:

- teri;
- teri va shilliq pardalar;
- visseral.

Erta tug'ma sifilitik (zaxm):

- laringit;
- okulopatiya;
- osteoxondropatiya;
- faringit;
- pnevmoniya;
- rinit.

A 50.1. Erta, tug'ma yashirin zaxm.

Tug'ma zaxm – klinik belgilarsiz, serologik reaksiyalar musbat, orqa miya suyuqligi testlari manfiy, 2 yoshgacha bo'lgan davr.

A 50.2. Aniqlanmagan erta, tug'ma zaxm.

Ikki yoshgacha namoyon bo'lgan tug'ma zaxm.

A 50.3. Tug'ma zaxmda ko'zning kechroq jarohatlanishi:

Kechikkan tug'ma zaxm interstitsial keratiti.

Kech tug'ma zaxm okulopatiyasi.

Getchinson triadasi inkor etilgan.

A 50.4 Kech tug'ma neyrosifilis (yuvencil neyrosifilis)

Yuvencil paralitik dementsiya

Yuvencil:

– progressiv paralich;

– orqa miya so'xtasi;

– taboparalich.

Kech tug'ma zaxm:

– entsefaliti;

– meningiti;

– polineyropatiyasi.

Agarda zaxmga bog'liq bo'lgan turli xil ruhiy o'zgarishlarni identifikatsiya qilish zarur bo'lsa, qo'shimcha koddan foydalaniladi.

Getchinson triadasi inkor qilingan.

A 50.5. Kech tug'ma zaxmning boshqa simptomli turlari.

Ikki yoki undan katta yoshlarda namoyon bo'lgan ayrim tug'ma zaxm yoki aniqlangan kech tug'ma zaxm holatlari:

– klatton bo'g'imlari.

Getchinson:

– tishlari;

– triadasi.

Kech tug'ma:

– kardiovaskulyar zaxm;

– zaxm artropatiyasi;

– zaxm osteoxondropatiyasi.

Zaxm egarsimon buruni.

A 50.6. Kech, yashirin tug'ma zaxm.

Ikki va undan katta yoshdagi klinik belgilarsiz, musbat serologik reaksiyali, orqa miya suyuqligi testlari manfiy bo'lgan tug'ma zaxm.

A 50.7. Aniqlanmagan, kech tug'ma zaxm.

Ikki va undan katta yoshdagi tug'ma zaxm.

A 50.9. Aniqlanmagan tug'ma zaxm.

A 51. Erta zaxm.

A 51.0. Jinsiy a'zolarning birlamchi zaxmi

Zaxm shankri.

A 51.1 Anal soha birlamchi zaxmi.

A 51.2. Boshqa sohalarda joylashgan birlamchi zaxm.

A 51.3. Teri va shilliq pardalar ikkilamchi zaxmi.

Serbar kondiloma.

Zaxm:

- alopetsiyasi;
- leykodermasi;
- shilliq pardalardagi o'choqlar.

A 51.4. Ikkilamchi zaxmning boshqa turlari.

Ikkilamchi zaxm:

- ayollar tos a'zolari kasalligi;
- iridotsikliti;
- limfadenopatiyasi;
- meningiti;
- mioziti;
- okulopatiyasi;
- periostiti.

A 51.5. Erta yashirin zaxm.

Kasallik yuqqaniga ikki yil bo'lmagan, serologik reaksiyalar musbat, orqa miya suyuqligi sinamalari manfiy bo'lgan, klinik belgilari bo'lmagan, orttirilgan zaxm.

A 51.6. Aniqlanmagan erta zaxm.

A 52. Kech zaxm

A 52.0. Yurak-qon tomirlar zaxmi.

Kardiovaskulyar zaxm.

Zaxm:

- aorta anevrizmasi;
- aortal yetishmovchiligi;
- aortiti;
- serebral arteriti;
- endokarditi;
- miokarditi;
- perikarditi;
- o'pka yetishmovchiligi.

A 52.1. Neyrosifilis simptomlari bilan.

Sharko aortopatiyasi.

Kech zaxm:

- eshituv nervi nevriti;
- entsefalopiti;

- meningiti;
- ko‘ruv nervi atrofiyasi;
- polinevropatiyasi;
- retrobulbar nevriti.

Zaxm parkinsonizmi.

Orqa miya so‘xtasi.

A 52.2. Asimptomli neyrosifilis.

A 52.3. Aniqlanmagan neyrosifilis.

Zaxm gummasi.

Markaziy asab tizimi zaxmi (kechikkan) sifilomasi.

A 52.7. Kech zaxmning boshqa simptomlari.

Buyrak koptokchalarining zaxmli jarohatlanishi.

Zaxm gummasining turli xil lokalizatsiyasi, A 52.0. – A 52.3.
rubrikasidan boshqa.

Kech yoki uchlamchi zaxm.

Kech zaxm:

- bursiti;
- xorioretiniti;
- episkleriti;
- ayollar tos a‘zolari yallig‘lanish kasalliklari;
- leykodermasi;
- okulopatiyasi;
- peritoniti.

Zaxm (davri aniqlanmagan):

- suyaklar;
- jigar;
- o‘pka;
- mushaklar;
- sinovial.

A 52.8. Kech yashirin zaxm:

Kasallik yuqqanidan ikki va undan ortiq yil o‘tgan, serologik reaksiyalari musbat, orqa miya suyuqligi sinamalari manfiy bo‘lgan, orttirilgan, klinik belgilari bo‘lmagan zaxm.

A 52.9. Aniqlanmagan kech zaxm.

A 53 Zaxmning aniqlanmagan boshqa turlari.

A 53.0. Yashirin zaxm, erta yoki kechki turlari aniqlanmagan.

Yashirin zaxm.

Zaxmga xos serologik reaksiyalar – musbat.

A 53.9. Aniqlanmagan zaxm.

Treponema pallidum chaqirgan invaziya.

Zaxm (orttirilgan).

Orttirilgan zaxmning umumiy klinik kechishi

Orttirilgan va davolanmagan zaxmda davrlarning almashinib turishi kuzatiladi va zaxmning inkubatsion davri, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlari ajratiladi.

Zaxmning **inkubatsion davri** deb kasallik yuqqanidan to uning ilk belgilari – qattiq shankr paydo bo'lgunicha o'tgan vaqt tushuniladi. Zaxmning inkubatsion davri o'rtacha 3-4 haftaga teng. Ayrim hollarda, ayniqsa, shu davrda turli sabablarga ko'ra (angina, pnevmoniya, gonoreya va boshqa sabablarga qarshi ma'lum miqdorda antibiotiklar qabul qilish oqibatida) inkubatsion davri 1,5-2 oygacha uzayishi mumkin. Yana ham kam hollarda esa inkubatsion davr (15-18 kungacha) og'ir xastaliklar, alkogolizm, narkomaniya bilan kasallangan bemorlarda qisqarishi mumkin. Inkubatsion davridan boshlab oqish treponema doimiy ko'payib, ma'lum bir miqdorda, limfadan qon sistemasiga o'tib turib, organizmda antitanachalar ishlab chiqilishiga olib keladi. Lekin antitanachalarning miqdori kam bo'lgani tufayli klassik seroreaksiyalar manfiy bo'ladi (*XIX ilova*).

Zaxmning birlamchi davri (Syphilis primaria) – kasallikning boshlang'ich davri hisoblanib, qattiq shankr paydo bo'lgandan to tanada ikkilamchi zaxmga xos toshmalar paydo bo'lguncha kechadi. Bu davr o'rtacha 6-10 hafta davom etib, birlamchi seronegativ va birlamchi seropozitiv davrlarni o'z ichiga oladi. Birlamchi zaxmning asosiy klinik belgisi eroziya yoki yara – birlamchi sifiloma yoki qattiq shankr (Ulcus durum) va regional skleradenit hisoblanadi.

Birlamchi seronegativ zaxm (Syphilis primaria seronegativa) inkubatsion davrdan keyin birlamchi sifilomaning paydo bo'lishi bilan boshlanadi va o'rtacha 3-4 hafta davom etadi. Bu davrda Vasserman reaksiyasi manfiy bo'lib, tashxis tipik klinik belgilar va birlamchi sifiloma yuzasidan ajralayotgan to'qima suyuqligidan bakterioskopik yo'l bilan rangsiz spiroxeta topishiga asoslanib qo'yiladi.

Birlamchi seropozitiv zaxm (Syphilis primaria seropositiva) birlamchi zaxmning keyingi davri hisoblanib, qondagi antitanachalar miqdori yetarli, seroreaksiyalar musbat bo'lgandan boshlab, o'rtacha 3-4 hafta davom etadi. Klinik ko'rinishi bo'yicha bu davr avvalgi davrda kuzatiladigan qattiq shankr va regional skleradenitga serologik reaksiyalarining musbatligi bilan va davrning oxirgi kunlari poliadenit ham kuzatilishi bilan farq qiladi.

Zaxmning ikkilamchi davri (Syphilis secundaria) – qattiq yara paydo bo'lganidan so'ng 6-8 hafta o'tgach, deyarli hamma bemorlarda klassik serologik reaksiyalar o'ta musbatlashgach, infeksiya butun organizm bo'ylab tarqalgach va terida ilk toshmalar paydo bo'lgach boshlanadi.

Bu davr terida tarqoq, ko'p miqdorda dog'li, tugunchali va yiringli toshmalar (sifilidlar) toshishi, poliadenit kuzatilishi, soch, ichki a'zolar jarohatlanishi (gepatit, nefroz, pankreatit, artrit, periostit), neyroendokrin tizimi jarohatlanishlari kuzatilishi bilan kechadi. Ikkilamchi zaxmning klinik kechishida *ikkilamchi yangi, ikkilamchi yashirin va ikkilamchi qaytalama* turlari tafovut etiladi.

Ikkilamchi yangi zaxm (*Syphilis secundaria recens*), treponemalarning limfadan ko'p miqdorda qonga tushib, organizm disseminatsiyasidan so'ng boshlanadi. Birlamchi zaxmga xos bo'lgan (qattiq shankr va limfadenit) toshmalarga terida ikkilamchi sifilidlar (dog', tuguncha, yiring) paydo bo'lib qo'shiladi va birlamchi sifiloma asta-sekin regressga uchraydi. Bu davrda ham organizmda treponemalar juda ko'p bo'lib, antitanachalar titri eng yuqori darajada bo'ladi, toshmalar mo'l va tarqoq, bir-biridan ajralib joylashib, juda ham yuqumli davr hisoblanadi. O'rtacha 1,5-2 oy davom etadi.

Erta yashirin zaxm (*Syphilis (secundaria) latens prayecox*). Ikkilamchi sifilidlar davosiz, o'z-o'zidan so'rilib yo'qolganidan so'ng, zaxmning *yashirin* (latent) davri boshlanadi. Bu davrda terida klinik toshmalar bo'lmasdan, zaxm faqatgina musbat serologik reaksiyalar orqali tashxis qilinadi. Ikkilamchi yangi zaxmdan keyin birinchi bor kuzatilgan erta yashirin zaxm 1,5-2 oy davom etadi, ammo undan keyingi har retsidivdan so'nggi latent davri birmuncha uzoqroq davom etadi va yillab cho'zilishi mumkin. Erta latent zaxm kasallik yuqqanidan keyingi 2 yillik davr hisoblanadi.

Ikkilamchi qaytalama zaxm (*Syphilis secundaria recidiva*). Davolanmagan organizmda treponemalarning ko'payib, reaktivatsiyalashga moyillik tug'ilib, terining ayrim sohalarida ikkilamchi sifilidlar vujudga keladi va bu davr 1,5-2 oy davom etadi. Ikkilamchi qaytalama zaxmdagi toshmalar soni kamroq, kattaroq, guruhlashga moyillik va atrofda gilarining e'tiborini o'ziga jalb qilmaydigan mis rangli toshmalar bilan ajralib turadi. Retsidiv davri keyinchalik yashirin (latent) zaxm davrlari bilan almashinib kechadi, davrlar har gal uzoqroq davom etadi va ikkilamchi qaytalama zaxm bir necha bor kuzatilishi mumkin. Zaxm qancha «eski» bo'lsa, toshmalar shuncha kam kuzatiladi.

Kech yashirin zaxm (*Syphilis (secundaria) latens tarda*) ikki yildan ortiq vaqt o'tganidan so'ng kuzatilishi mumkin. Erta yashirin zaxmdan farqli o'laroq, serologik reaksiyalar past titrda, jinsiy munosabatda bo'lganlar oxirgi yillarda sog' va ichki a'zolar hamda asab tizimida nomaxsus patologiyalar bo'lishi mumkin.

Uchlamchi zaxm (*Syphilis tertiaria*) – kasallik yuqqanidan so'ng kamida 3-5 yil o'tgach, davolanmagan yoki to'liq davo olmagan bemorlarda

kuzatilishi mumkin. Zaxmning birlamchi va ikkilamchi davrlariga o'xshab uchlamchi zaxm ham *uchlamchi aktiv* va *uchlamchi yashirin zaxm* holida kechadi. Kasallikning aktiv davrida teri, shilliq pardalarda do'mboqchali, gummoz yoki uchlamchi rozeolalar holida sifilidlar kuzatiladi. Uchlamchi yashirin zaxm kechishi faqatgina serologik reaksiyalar yordamida aniqlanadi. Uchlamchi zaxm davrida organizmda treponemalar kam bo'lib, gumoral immun tizim kuchsizlangan, organizm himoya reaksiyalarida hujayra immuniteti ustunlik qiladi.

Tug'ma zaxm davrlari va ularning xarakteristikasi

Homila zaxmi (Syphilis foetus). Homila bemor onadan homiladorlikning 19-haftasida rangsiz treponema infeksiyasiga chalinadi. Homilaning zaxmga chalinishi oqibatida ichki a'zolar, suyak tizimida og'ir o'zgarishlar kuzatiladi. Zaxmga chalingan parenximatoz a'zolar o'lchamlari kattalashadi, zichlashadi, bunday o'zgarishlar diffuz proliferativ infiltratsiya, undan so'ng biriktiruvchi to'qimalar bilan qoplanish oqibatida vujudga keladi. Homila organizmiga kirgan treponemalarning jadal ravishda ko'payishi oqibatida homila rivojlanishi sustlashadi, ayrim hollarda homiladorlikning 4-7 oylari bola tashlash yoki chala bola tug'ish hollari kuzatiladi.

Erta tug'ma zaxm (Syphilis congenita praecox) dastlab ko'krak yoshidagi go'daklarda (1 yoshgacha) ko'krak yoshidagi go'daklar zaxmi (Syphilis neonatorum) holida va erta go'daklik yoshdagi go'daklar zaxmi (Syphilis infantum) holida kuzatilishi mumkin (1 yoshdan 4 yoshgacha). Bu davrda ikkilamchi zaxmga xos bo'lgan sifilidlar toshishi xos bo'lib, ularda birmuncha ekssudativ yallig'lanish kuchliroq rivojlanganligi kuzatiladi, shuningdek ichki a'zolar, suyak tizimlari va markaziy asab tizimlari og'ir jarohatlanadi.

Kech tug'ma zaxm (Syphilis congenita tarda). Kech tug'ma zaxm odatda 4 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi va zaxmning bu davrida uchlamchi zaxm simptomlariga xos bo'lgan o'zgarishlar kuzatiladi: masalan, suyak tizimi jarohatlanishlari, progresslanuvchi karlik va so'qirlik (*XX ilova*).

BIRLAMCHI ZAXM (SYPHILIS PRIMARIA)

Birlamchi sifilomaning klinik ko‘rinishi. Klassik ko‘rinishdagi qattiq shankr (Ulcus durum) eroziya yoki yara bo‘lib, u treponemalarning teri yoki shilliq pardalar sohasiga kirgan joyida paydo bo‘ladi. Rivojlanib bo‘lgan tipik qattiq shankr dumaloq yoki oval shakldagi eroziya yoki yuzga yara ko‘rinishida bo‘lib, chetlari tekis va aniq chegaralangan, tovoqsimon shaklda, usti yaltiroq «laklangan», to‘q qizil rangli, tubi zich-elastik konsistentli, plastinkasimon infiltratga ega. Yara yuzasidan oz miqdorda seroz suyuqlik ajralib turadi va mikroskopning qorong‘ilashtirilgan maydonida ko‘rilganida, ko‘p miqdorda oqish treponema topish mumkin. Shankr atrofidagi terida o‘tkir yallig‘lanish alomatlari bo‘lmaydi (agarda ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanmasa). Qattiq shankr ko‘p hollarda jinsiy a‘zolar terisida va unga yaqin atrofda joylashib, kasallikning jinsiy yo‘l bilan yuqqanligini ko‘rsatadi. Qattiq yara jinsiy a‘zolaridan tashqari, lab, og‘iz shilliq pardasi, tilda, milkda va boshqa joylarda uchrashi mumkin va ekstragenital joylashgan shankr bo‘lib, har xil shaklda bo‘lishi mumkin.

Tipik shankrlar bilan bir qatorda atipik shankrlar ham uchrab turadi, ularga: jinsiy a‘zolar indurativ shishi (Oedema indurativum), Shankr-amigdalit, xasmol-shankr (shankr-panaritsiy) kiradi.

1. Indurativ shish (qattiqlashgan shish), asosan, katta va kichik jinsiy lablar, jinsiy olat xaltachasi sohasida, limfa tomirlarga boy joylarda uchraydi va tarqoq infiltrat hisobiga bu a‘zolar bir necha marta kattalashadi. Shikastlangan soha barmoq bilan bosib ko‘rilsa chuqurcha qolmaydi. Shish sohasidagi teri o‘zgarmaydi, ba‘zan esa ko‘kimtir-binafsharangli bo‘lib, bezovta qilmaydi.

2. Shankr-amigdalit bodomcha bezining kattalashishi va qizarishi bilan ta‘riflanadi. Agar bodomcha bezi ustida eroziya yoki yara bo‘lsa, u holda shankr amigdalit emas, balki bodomcha bezida joylashgan qattiq shankr hisoblanadi. Bodomcha bezidagi yallig‘lanish aniq chegaralangan bo‘lib, atrofidagi shilliq pardalar o‘zgarmaydi, jag‘ osti limfa tugunchalari kattalashadi, skleradenit bir tomonlama kuzatiladi va yutinganda og‘riq sezilmaydi, tana harorati o‘zgarmaydi. Bular hammasi shankr amigdalitni kataral anginadan farq qilishga xizmat qiladi.

3. Xasmol shankr ko‘proq shifokorlarda (akusher-ginekolog, stomatolog, jarroh va laboratoriya xodimlarida) uchraydi. Xasmol shankrning qo‘l jimjilog‘i shishishi, ko‘kish rangli bo‘lishi va og‘riq bilan kechishi oddiy xasmolni eslatadi. Ammo qattiq infiltratning borligi, o‘tkir yallig‘lanishning bo‘lmasligi, tirsak limfa tugunchalarining kattalashishi va oqish treponemani aniqlash va vaqti bilan seroreaksiyalar musbatligi xasmolning aniq tabiatini anglab olishga yordam beradi.

Birlamchi sifiloma paydo bo'lganidan so'ng bir hafta o'tgach, regionar limfadenit (*Ssleradenitis regionaris*), ya'ni yaqin joylashgan limfa tuguni kattalashadi. Limfa tugunchalari kattalashib, to yong'oqqacha, zich-elastik konsistensiyali, bir-biriga va atrofiga qo'shilmagan holda, yuzasidagi teri o'zgarmaydi. Limfadenit og'riqsiz bo'lib, uzoq vaqt saqlanadi.

Qattiq yara yuzasiga ikkilamchi infeksiyaning tushishi natijasida uning asoratlari (balanit, balanopostit, fimoz, parafimoz, jinsiy olat gangrenasi va fagedenizatsiya) rivojlanishi mumkin. Bunday holatda shankr atrofi qizarib shishadi, yara yuzasidan ajralayotgan seroz suyuqlik yiringlashadi, bu esa o'z navbatida oqish treponemalarining topilishini qiyinlashtiradi (*XXI ilova*).

Differensial tashxisi:

- travmatik eroziyalar;
- Herpes progenitalis;
- Ulcus molle;
- Piodermia chancriformis;
- Scabies;
- Carcinoma.

Ikkilamchi zaxm (*Syphilis secundaria*)

Klinikasi. Zaxmning ikkilamchi davri odatda kasallik yuqqandan so'ng 9-12 hafta o'tgach boshlanadi. Terida toshmalar toshishidan 6-10 kun oldin bemorlar ko'pincha darmonsizlik, ish faolligining pasayishi, bosh og'rig'i, suyak, bo'g'im va mushaklarda og'riq bo'lishidan hamda tana haroratining ko'tarilishidan shikoyat qiladilar. Bu holat turli bemorlarda turlicha bo'lib, asosan, kasallik qo'zg'atuvchisi – rangsiz treponemaning ko'p miqdorda, birdaniga limfadan qonga to'planib, tarqalgan davriga to'g'ri keladi.

Ikkilamchi zaxm teri va shilliq qavatlarda bir xil yoki turli xil toshmalarning toshishi bilan boshlanadi va bu bemor organizmining kasallikka bo'lgan umumiy javob reaksiyasidir.

Rozeola (*Roseola corporis*) ikkilamchi zaxmning dastlabki belgisi bo'lib, to'q pushti, keyinroq och pushti rangli, o'lchamlari 1 sm gacha, dumaloq shakldagi, uncha aniq chegaraga ega bo'lmagan, bir-biri bilan qo'shilmaydigan, tekis yuzali, subyektiv bezovta etmaydigan va o'tkir yallig'lanmagan, qon-tomirli dog'

Rozeolalar ko'pincha tananing old-yon yuzalarida, qo'llarning bukiluvchi sohalarida joylashadi. Ikkilamchi yangi zaxmda ularning soni ko'p, betartib, simmetrik joylashgan, o'lchamlari nisbatan mayda bo'ladi.

Ikkilamchi retsidiv zaxmda esa rozeolalarning soni kam, yirik, guruh-guruh, asimmetrik joylashadi (*XXII, XXIII ilova*).

Differensial tashxisi:

- Toxicodermia;
- Pityriasis rosea Gibert;
- Cutis marmorata;
- Roseola typhosa;
- Pityriasis versicolor.

Papulyoz sifilidlar – o‘tkir yallig‘lanmagan, dumaloq-oval shaklda, zich-elastik konsistensiyali, mis-qizg‘ish yoki qo‘ng‘ir-pushti rangli, chegarasi aniq va qo‘shilmaydi, subyektiv bezovta etmaydi. Tugunchalar so‘rilishi davrida markaziy qismlarida biroz kepaklanish kuzatilib, keyinchalik esa usti atrofida o‘ziga xos kepaklanuvchi halqa hosil bo‘ladi (Biyett yekachasi). Tugunchalar ko‘pincha izziz yo‘qoladi, ayrim hollarda esa pigmentatsiya paydo bo‘lishi mumkin. Tugunchalarning kattaligi (o‘lchami), yuzasi va shakliga qarab bir necha klinik turlari tafovut etiladi: milliar, lixenoid, lentikulyar, nummulyar, namlanuvchi, eroziv, vegetatsiyalanuvchi, serbar tugunchalar (keng kondilomalar) (*XXIV ilova*).

Milliar papulalar suli donasidek kattalikda bo‘lib, pushti-qizg‘ish rangli, zich konsistensiyali, ayrim hollarda follikulyar ko‘rinishda bo‘ladi.

Lentikulyar papulalar ko‘p uchrovchi tur hisoblanadi, dumaloq, yarim shar shaklidagi, aniq chegarali, o‘lchamlari 0,3-0,5 sm ga ega bo‘lgan, dastlab pushti, keyinchalik mis-qizg‘ish rangda bo‘ladi. Yuzasi dastlab tekis, keyinchalik mayda kepaklanadi. Tuguncha markaziga to‘mtoq zond bilan bosilsa, kuchli og‘riq (Yaddason simptomi) kuzatiladi.

Nummulyar (tangasimon) papulalar kuchli rivojlangan infiltratsiyali, turg‘un-qo‘ng‘ir rangli, o‘lchamlari 1-3 sm gacha boruvchi, guruhlanishga moyil bo‘ladi. Ayrim hollarda lentikulyar va nummulyar tugunchalar kepaklanish bilan kechadi (psoriazsimon sifilid).

Namlanuvchi – eroziyalashgan papulalar. Lentikulyar papulalar ko‘p terlovchi va doimiy ishqalanuvchi teri yuzalarida (jinsiy a‘zolar, anal soha, chov-son, dumbalararo, qo‘ltiq osti, barmoqlararo burmalar, og‘iz shilliq pardalari, lab sohalari) joylashib, matseratsiyalanishi natijasida yuzasidagi muguz qavatning ko‘chishi kuzatiladi va papula yuzasida dumaloq-oval shakldagi eroziya, ya‘ni namlanuvchi o‘choq yuzaga keladi. Eroziya yuzasidan ko‘p miqdorda rangsiz treponemalar topiladi.

Vegetatsiyalanuvchi papulalar – serbar kondilomalar. Tabiiy burmalar sohalaridagi eroziyalangan papulalar, doimiy ishqalanishlar ta‘siridan vegetatsiyalanishi mumkin: ularning yuzasi dag‘allashadi, seroz kleysimon parda bilan qoplanadi, ko‘p miqdorda rangsiz treponemalar saqlaydi

Serbar kondilomalar, asosan, anogenital sohalarda uchraydi. Bu xil papulalar ikkilamchi qaytalama zaxmga xos bo'lib, kasallikning yagona belgisi bo'lishi mumkin.

Differensial tashxisi:

- Psoriasis vulgaris;
- Parapsoriasis guttata;
- Lichen ruber planus;
- Mycosis pedum;
- Hayemorrhoides.

Pustulez sifilidlar ikkilamchi zaxmning nisbatan kam uchrovchi klinik ko'rinishi hisoblanadi. Odatda ular zaxmning og'ir, yomon fe'lli kechishidan darak beradi. Pustulez sifilidlarning quyidagi klinik turlari tafovut etiladi: husnbuzarsimon yoki mayda yiringchali, suvchechaksimon yoki yirik pustulez, impetigosimon, ektimasimon, rupioid. Yuza pustulez sifilidlar: husnbuzarsimon, suvchechaksimon va impetigosimon turlari, asosan, ikkilamchi yangi zaxmda, chuqur pustulez sifilidlar (ektimasimon va rupioid) esa ikkilamchi qaytalama zaxmda kuzatiladi. Zaxm yiringchalarining tubini zich infiltratligi, atrofida yallig'lanish kamligi va chegaralangani, subyektiv kam bezovta etishi va tarkibida treponema topilishi bilan oddiy yiringchalardan ajratish mumkin.

Husnbuzarsimon sifilid. Qachonki pustulez toshmalar yog' bezlari va soch follikularining teri yuzasiga chiquvchi qismlarida joylashsa, follikulyar pustulalar hosil bo'ladi, ular *husnbuzarsimon sifilidlar* (*Acne syphilitica*) deb nomlanadi. Bunday yiringchalar o'tkir yallig'lanmagan, infiltratsiyalangan asosda joylashib, zich qizg'ish-qo'ng'ir halqa bilan o'ralgan bo'ladi. Zaxm husnbuzurlari o'rnida chandiq qoladi.

Suvchechaksimon sifilid (*Varicella syphilitica*) nofollikulyar pustula hoida kuzatilib, uning markazi botiq bo'ladi. Pustula zich papulez infiltrat yuzasida joylashgan bo'lib, bu infiltrat yiringcha chekasidan chiqib turadi. Shu belgisi zaxm tashxisini qo'yishga yordam beradi. Ko'p uchrovchi sohalari yuz, qo'llarning bukiluvchi yuzalari. Toshmalarning bir-biri bilan qo'shilmasligi, boshqa xil sifilidlarning ham bo'lishi, bakterioskopik va serologik musbat javoblar suvchechak yoki qora chechak tashxisining yo'qligini isbot qiladi.

Chuqur pustulez sifilidlar – zaxm ektimasi (*Ecthyma syphiliticum*) va rupiya (*Rupia syphilitica*) chuqur nekrotik o'zgarish bilan farqlanadi, zich, o'yilgan chekkalarga ega, tubi infiltratsiyalangan va yiringli-nekrotik qaloq bilan qoplangan. Ayniqsa, rupiyada massiv, qat-qat qaloqlar intensiv hosil bo'ladi. Toshmalar chandiq hosil qilib bitadi.

Differensial tashxisi:

- Impetigo streptogenes;

- Ecthyma vulgare;
- Acne vulgare.

Zaxmda soch to'kilishi (Alopecia areolaris) ikkilamchi zaxmda uchrovchi belgilardan biri bo'lib, asosan, ikkilamchi qaytalama zaxmda uchraydi. Zaxmdagi soch to'kilishining uch klinik turi mavjud: mayda o'choqli, diffuz va aralash. Soch to'kilishlari – terida yallig'lanish belgilari bo'lmasdan, boshning soch qismi, qosh, kiprik, soqol-mo'ylov, qo'ltiq osti, chov sohalariida kuzatiladi. Mayda o'choqli soch to'kilishlari to'g'nog'ich boshidan 1-3 sm diametrgacha borib, o'rtacha zichlikdagi soch o'choqlarida joylashib, kuya tushgan matoni eslatadi. Ko'pincha mayda o'choqli soch to'kilishlari diffuz soch to'kilishlariga sabab bo'ladi. Boshning sochli qismida soch siyraklashadi, o'choqlarda teri yallig'lanmagan, toshmalarsiz bo'ladi. Subyektiv bezovta etmaydi. Qoshlarning o'choqli to'kilishi *Dare simptomi* deb ataladi. Kipriklarning to'kilishi va qaytadan notekis, zinasimon o'sib chiqishi *Pinkus simptomi* deb ataladi.

Pigmentli sifilid yoki leykoderma ham, asosan, ikkilamchi qaytalama zaxmda kuzatilib, birlamchi bo'lib, sog' teri yuzasida mustaqil hosil bo'ladi, yallig'lanish shuningdek, yuzasida kepaklanish bo'lmaydi. Toshmalar, asosan, bo'yinning yon sohalari, ko'krakning old yuzasi, qo'ltiqosti sohasi, yelka kamarlarida, peshonada uchraydi. Toshmalarning o'lchami va shakliga ko'ra, dog'li, turli va marmar leykoderma farqlanadi.

Qiyosiy tashxisi:

- Pytiriasis versicolor;
- Leykoderma secundarium;
- Vitiligo (*XXV, XXVI ilovalar*).

Uchlamchi zaxm (Syphilis tertiaria)

Uchlamchi faol (aktiv) zaxmda do'mboqchali sifilid (Syphilis tuberculosa) va gummoz sifilid (Syphilis gummosa) kuzatiladi.

Klinikasi. Do'mboqchali sifilid spetsifik infiltrat bo'lib (infeksiyon granulema), dermaning to'rsimon qavatidan hosil bo'ladi. Terida bo'lak-bo'lak yoki guruh-guruh, og'riqsiz, aniq chegaralangan, yarimshar shaklidagi, o'lchamlari no'xat kattaligigacha yetuvchi do'mboqchalar kuzatiladi. Do'mboqchalar zich-elastik konsistensiyali, to'q qizil, ko'kimtir yoki jigarrang tusli bo'ladi. Do'mboqchalar oylab o'zgaray saqlanadi. Ular 2 xil usulda regressga uchraydi: destruktiviyasiz, atrofik chandiq hosil qilib yoki yaralanib, chuqur chandiq hosil qilib. Hosil bo'lgan yara tekis. chekkalari ko'tarilgan bo'lib, seroz ekssudatli; bitgach

o'rnida mozaikasimon chandiqlik qoladi va chandiqlik atrofi giperpigmentatsiya bilan o'ralgan bo'ladi. Do'mboqchali sifilidlarining 4 klinik turlari farqlanadi:

– *Guruhlanuvchi do'mboqchali sifilidlar* (*Syphilis tuberculosa aggregata*) ko'p uchrovchi klinik tur hisoblanadi. Toshmalar guruh-guruh joylashadi, periferiyaga o'smaydi. O'choqdagi do'mboqchalar har xil rivojlanish bosqichida bo'ladi, do'mboqchalar o'rnida mozaikasimon chandiqlar hosil bo'ladi, chandiqlar bir-birlaridan giperpigmentli hoshiyalar bilan o'ralgan bo'ladi.

– *O'rmalab yuruvchi do'mboqchali sifilid* (*Syphilis tuberculosa serpiginosa*) turiga do'mboqchalarning guruhlanishi va ular infiltratlarining bir-biri bilan qo'shilishi xosdir. Undan tashqari, do'mboqchalar periferik-ekstsentrik o'sadi va bir vaqtning o'zida yangi do'mboqchalar va do'mboqchalarning destruktiviyasi kuzatiladi. Yaralar mozaikasimon chandiqlar hosil qilib bitadi.

– *Diffuz o'choqli do'mboqchali sifilid* (*Syphilis tuberculosa diffusa*). Maxsus infiltrat to'q qizil yoki jigarrang, aniq chegarali, sidiq'a o'choq hosil qiladi, ular bir necha oy mobaynida yaralanib bitadi, chandiqlik hosil bo'ladi. Toshmalar, asosan, kaft va tovon sohalarida joylashadi.

– *Karliksimon do'mboqchali sifilid* (*Syphilis tuberculosa nana*). Diametrlari 1-2 mm, zich-elastik konsistensiyali, to'q qizil do'mboqchalar dermaning yuza qavatida hosil bo'ladi. Do'mboqchalar bir-biridan ajralgan holda, guruh-guruh joylashib, turli shakllar hosil qiladi. Qayta surilib, yuza, mayda chandiqlar hosil bo'ladi.

Differensial tashxisi:

- Lupus vulgaris;
- Lupus erythematosus;
- Carcinoma basocellulare;
- Lepros;
- Tuberculosis cutis;
- Leishmaniosis cutis (*XXVII ilova*).

Gummoz zaxm (*Syphilis gummosa*)

Spetsifik infiltrat gipodermadan hosil bo'ladi va ko'pincha yakka uchraydi. Uning rivojlanishi sekin kuzatilib, oylab davom etadi. Gumma dastlab uncha katta bo'lmagan, og'riqsiz, qattiq-elastik konsistensiyali, harakatchan, no'xat kattaligidagi tugun bo'lib, dermaga o'sib, teri sathidan ko'tariladi va teri yuzasi qizaradi. Og'riqli bo'lmisligi juda ham xarakterli belgi hisoblanadi. Yetilgan gumma kam harakatchan, aniq chegarali, yong'oqdan to'vuq tuxumidek kattalikda bo'lib, rangi to'q

qizg'ish-jigarrang tusga kiradi. Yuzasidagi teri yupqalashib, yumshaydi, yuzasida yarali teshik hosil bo'ladi, undan esa ko'kimtir-sarg'ish kleysimon, gummiarabikni eslatadigan ajratma ajraladi. Yorilgan gumma markazida gumma o'zagi bo'lib, u ajragach, chuqur, yirik yara kuzatiladi, yara chetlari valsimon ko'tarilgan bo'lib, bir necha oy mobaynida granulyatsion to'qima bilan to'lib, chandiq hosil qiladi. Hosil bo'lgan chandiq yulduzsimon tortilgan bo'lib, atrofida giperpigmentli hoshiyasi bo'ladi. Gummalar nafaqat terida, balki shilliq pardalarda, ichki a'zolar (yurak, aorta, jigar, buyrak, oshqozon-ichaklarda)da, suyak-bo'g'imlarida ham kuzatiladi.

Differensial tashxisi:

- Ulcus durum;
- Tuberculosis cutis;
- Lepra;
- Lipoma;
- Atheroma;
- Pyodermia ulcerosa.

Zaxmni aniqlash-diagnostik usullari:

1. Eroziya, yara ajratmalari, limfa tugunlari punktatlarini nativ holatda mikroskopik tekshirib, Treponema pallidum izlanadi.

2. Qonning serologik tekshiruvlari:

- komplementlar birikishi reaksiyasi (RSK yoki Vasserman reaksiyalari);

- immunoflyuorestsentsiya reaksiyalari (RIF);

- treponemalarni immobilizatsiyalash reaksiyasi (RIBT).

3. Likvorni serologik tekshirish:

- immunoflyuorestsentsiya reaksiyalari (RIF);

- treponemalarni immobilizatsiyalash reaksiyasi (RIBT);

- komplementlar birikish reaksiyasi (RSK).

4. Polimeraz reaksiya (PTsR).

5. Gistologik tekshiruvlar (biopat).

6. Rentgenologik tekshiruvlar, terapevt, otolaringolog, okulist, nevropatolog, pediatr maslahatlari.

Zaxmni davolash prinsiplari va usullari

Zaxm kasalligini davolashda quyidagi asosiy prinsiplarga rioya qilish zarur:

1. Zaxm tashxisi qo'yilgach, zudlik bilan zaxmga qarshi davo boshlanishi zarur. Davoni mumkin qadar erta boshlash davo samaradorligining oshishiga, kasallik tarqalishining oldini olishga sabab bo'ladi.

2. Davo sifatli, faol bo'lishi, ma'lum muddatlarda ulgurilishi zarur. Dori preparatlarining o'z vaqtida va yetarli miqdorda (dozada) qilinishini ta'minlash zarur. Bir martalik, sutkali va bosqichli miqdorlari o'z vaqtida, yetarli miqdorda bo'lishini ta'minlash zarur.

3. Maxsus davo nomaxsus davo usullari bilan hamkorlikda qilinishi maxsus davo samaradorligini oshiradi.

4. Bemor yoshi, tanasining og'irligi, interkurent kasalliklarning bor-yo'qligi, dori-darmonlarning turlarini ko'tara olish-olmasliklarini e'tiborga olgan holda davo individuallashtirilgan bo'lishi zarur. Davolash mobaynida uning samaradorligini va bemor bu davoni qanday o'tkazayotganini muntazam ravishda nazorat etib turish zarur. Bu maqsadda bemor klinik-laborator (sifilidlarning regressi, qon, siydik va serologik reaksiyalar dinamikasi) tekshirilib turilishi kerak.

Zaxmni davolash tashxis qo'yilgach boshlanadi. Zaxmga tashxis esa kasallikka xos bo'lgan klinik belgilari, eroziya yoki yara yuzalaridan olingan surtmadan – kasallik chaqiruvchisini aniqlash va serologik reaksiyalar majmuasi javoblari asosida qo'yiladi.

Zaxmni davolashda maxsus (spetsifik) va nomaxsus (nospetsifik) davo vositalari qo'llaniladi. *Maxsus davo vositalari deb*, zaxm chaqiruvchisi – rangsiz treponemalarning halok bo'lishiga olib keluvchi vositalarga aytiladi. Maxsus davo vositalariga penitsillin preparatlari, eritromitsin, tetratsiklin, oletetrin, vismut va yod preparatlari kiradi.

Penitsillin preparatlari. Ko'p yillik amaliy kuzatuvlar va ilmiy tadqiqodlar natijasida penitsillin guruhi preparatlarining zaxm infeksiyasiga shifobaxsh ta'sir ko'rsatishi tasdiqlangan. Penitsillin preparatlari zaxmga qarshi yolg'iz o'zi yoki vismut preparatlari bilan birgalikda qo'llanilishi mumkin. Agar penitsillinning har bir millilitr qondagi miqdori 0,03 TB dan oshsa, bu miqdor davolashga qodir deb hisoblanadi.

Benzilpenitsillinning natriy, kaliyli tuzining suvdagi eritmasi har 3 soatda, tungi tanaffussiz, mushak orasiga yuboriladi (dori miqdori zaxm tashxisi, davriga bog'liq). Penitsillinning shifobaxsh miqdordagi konsentratsiyasini ta'minlash uchun uni har 3 soatda yuborish shart. Aks holda dorining qondagi miqdori pasayib ketib, treponemalarni o'ldirish xususiyati kamayadi, natijada davo samarasiz bo'ladi.

Vismut preparatlari – bioxinol, bismoverol va pentabismol zaxmni davolashda oldin ko'p qo'llanilar edi.

Bioxinol – vismut, yod va xininning shaftoli moyida eritilgan aralashmasidir. Qo'llashdan avval issiq suvda isitib, so'ng chayqatib shpritsga olinadi. Mushak orasiga 2 lahzali usulda: har kuni 1 ml hisobida, kunora 2 ml dan yoki haftada ikki marta 3 ml dan yuboriladi. Davolash bosqichining miqdori 40-50 ml.

Bismoverol – monovismutin kislotasi vismutli tuzining shaftoli moyidagi aralashmasi. Har 1 ml aralashmada 0,05 g sof vismut bor. Haftada 2 bor, 1,5 ml dan, mushak orasiga, ikki lahzali usul bilan yuboriladi. Bosqichli miqdori 16-20 ml.

Pentabismol tarkibida 47,9 % sof vismut saqlovchi, suvda eruvchi aralashma. Har 1 ml aralashma 0,01 g sof vismut saqlaydi. Kunora 2,0 ml dan mushak orasiga yuboriladi. Bosqich miqdori 40-50 ml.

Yod preparatlaridan natriy yod, kaliy yod va kalsiy yodlar qo'llaniladi. Bu dori vositalari, asosan, uchlamchi zaxm, ichki a'zolar, sezgi a'zolari zaxmi va kechikkan tug'ma zaxmlarni davolashda qo'llaniladi. Yod preparatlari vismut preparatlari bilan hamkorlikda tayinlansa, vismut preparatlarining organizmdan chiqishini tezlashtiradi.

Yod do'mboqchali va gummuz sifilidlarning regressini tezlatadi, serologik reaksiyalarning manfiylashishini tezlashtirib, suyaklarning tungi og'rig'ini kamaytiradi. Kaliy, natriy yodning 3-4-5 % li eritmaları bir oshqoshiqdan uch mahal, ovqatdan so'ng, 1-1,5 oy mobaynida qabul qilinadi. Har bosqichga 60-80 g sof yod beriladi.

Zaxmni davolashda maxsus davo bilan bir qatorda, nomaxsus davo ham qo'llaniladi. Nomaxsus davo maxsus davo samaradorligini kuchaytirish va organizmning kasallikka qarshi kurashish qobiliyatini oshirishga yordam beradi. Nomaxsus davo to'liq, sifatli maxsus davo olishga qaramay, serologik reaksiyalarning sekin manfiylashishi yoki umuman manfiylanmasligi uchragan holatlarda (nisbiy yoki absolyut serorezistentlik) hamda zaxmning kech davrlarida, neyrovisseral zaxm va yashirin seropozitiv zaxmni davolash boshlanganida qo'llanish maqsadga muvofiqdir. Nomaxsus davo maxsus davo bilan birgalikda qo'llaniladi.

Nomaxsus davo sifatida pirotterapiya, vitaminlar, oksigenoterapiya, gemotransfuziya, aloe, shishasimon tana va boshqa biogen stimulyatorlar qo'llaniladi.

Davolash usullari:

– *preventiv davo* – zaxmning erta (yuqumli) davrida og'rigan bemorlar bilan jinsiy yoki yaqin maishiy aloqada bo'lgan shaxslarga kasallik yuqishining oldini olish maqsadida qo'llaniladi;

– *profilaktik davo* zaxmga chalingan homilador ayollarga va ulardan tug'ilgan bolalarga (ko'rsatma asosida) o'tkaziladi;

– *sinama davo* ichki a'zolar, asab tizimi, sezgi a'zolari, tayanch-harakat apparatlari va boshqa a'zolarida maxsus jarohatlanishlar gumon qilinib, ular ishonchli laborator ma'lumotlar bilan tasdiqlanmagan, kasallikning klinik ko'rinishi esa zaxm infeksiyasini inkor qila olmagan hollarda tayin etiladi.

Soʻzak bilan ogʻrigan bemorlarning kasallik manbalari aniqlanmagan, ularni dispanser nazoratiga olish mumkin boʻlmagan holatlarda zaxmga qarshi preventiv davo oʻtkazish zarur.

Birlamchi seronegativ zaxm tashxisi rangsiz treponemalar topilishi (RIT-RIFlarni inobatga olmay) va KSR manfiy javoblari asosida qoʻyiladi. Yakuniy birlamchi seronegativ zaxm tashxisi davo tugaganidan soʻng qoʻyilishi mumkin.

Agarda KSR javoblari bir marta boʻlsa-da kam musbat natija bergan boʻlsa ham, birlamchi seropozitiv zaxm tashxisi qoʻyiladi.

Oʻzbekiston Respublikasining barcha davolash muassasalarida, yaʼni teri-tanosil kasalliklari dispanserlarida zaxmga uchragan bemorlarni davolash 1996-yil 21-avgustida Sogʻliqni saqlash vazirligi tasdiqlagan «Zaxmning davosi, tashxis va profilaktikasi» boʻyicha koʻrsatma (instruksiya) asosida olib boriladi.

Preventiv davo va birlamchi seronegativ zaxm bilan ogʻrigan bemorlarni davolash:

1. Ambulator davo:

a) bitsillin 1,3 yoki 5, bir martalik miqdori 1200000 TB, 1800000 TB yoki 1500000 TB, haftada 2 marta, bosqichiga 4 inyeksiya;

b) ekstentsillin (2,4 mln TB) – 1 inyeksiya.

2. Statsionarda davolash:

a) penitsillinning natriy yoki kaliyli tuzi – 400000 TB, sutkada 8 marta (har 3 soatda), 14 kun, bosqich miqdori 44800000 TB;

b) penitsillinning novokainli tuzi 600000 TB da, sutkada 2 marta, 14 kun, bosqich miqdori 16800000 TB.

Birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxm bilan ogʻrigan bemorlarni davolash.

I. Ambulator davo:

1-usul.

Davo penitsillinning biron-bir dyurant preparatlari – bitsillin-1,3 yoki 5 bilan oʻtkaziladi.

Bitsillin-1 ning bir martalik miqdori – 1200000 TB.

Bitsillin-3 niki 1800000 TB, Bitsillin-5 esa 1500000 TB ga teng.

Inyeksiyalar miqdori – 7 ta. Birinchi inyeksiya toʻliq miqdorda boʻlmay, 300000 TB da ikkinchi inyeksiyasi esa bir sutkadan soʻng, toʻliq bir martalik miqdorda, keyingilari esa haftada 2 marta qilinadi.

2-usul.

Davolash bitsillin 5 bilan olib boriladi, u 5 kunda 1 marotaba, 3000000 TB da, tashxisiga binoan quyidagi sxema boʻyicha bajariladi:

– birlamchi seronegativ zaxmda bosqich miqdori 12000000 TB (4 inyeksiya)ga teng;

– birlamchi seropozitiv zaxmda – 24000000 TB (8 inyeksiya);

– ikkilamchi yangi zaxmda 30000000 TB (10 inyeksiya).

3-usul.

Ekstentsillin (2,4 mln. TB) bilan davolash: birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxmda ekstentsillin 2,4 mln. TB da, 2 inyeksiya qilinadi, inyeksiyalar orasidagi interval 7 kun.

II. Statsionarda davolash:

1-usul.

Davo suvda eruvchi penitsillin bilan o'tkaziladi, 400000 TB da, har 3 soatda, 16 kun mobaynida, mushak orasiga yuboriladi. Antibiotikning summar miqdori 51200000 TB ga teng bo'lib, 16-kuni oxirgi penitsillin inyeksiyasidan 3 soat o'tgach, bir marotaba bitsillin-1,3,5, 4800000 TB da (2400000 TB dan har ikki dumbaga, ikki lahzali usul bilan mushak orasiga) yuboriladi.

2-usul.

Suvda eruvchi penitsillin, mushak orasiga, har 3 soatda, 400000 TB da, summar miqdorning 1:3 qismiga yetgunicha yuboriladi, undan so'ng penitsillinning dyurant preparatlaridan biri – bitsillin-1,3 yoki 5 summar miqdorga yetgunicha qilinadi. Bitsillin-1 1200000 TB dan. Bitsillin-3 1800000 TB dan, bitsillin-5 esa 1500000 TB dan, haftada 2 marta mushak orasiga yuboriladi. Davo bitsillin preparatlari bilan ambulator sharoitda davom ettirilishi mumkin, bu davrga kelib, zaxmning faol belgilari yo'qolgan bo'ladi.

Penitsillinning summar miqdori quyidagicha bo'ladi:

– birlamchi seronegativ zaxmda – 44800000 TB;

– birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxmda – 60000000 TB.

Ikkilamchi qaytalama va erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolash.

I. Ambulator davo:

1-usul.

Davo bitsillin-1,3 yoki 5 ning birontasi bilan o'tkaziladi. Bitsillin-1 1200000 TB da, bitsillin-3 1800000 TB da, bitsillin-5 esa 1500000 TB da, mushak orasiga, haftada ikki marta, jami 14 inyeksiya qilinadi (birinchi inyeksiya 300000 TB da qilinadi).

2-usul.

Davo ekstentsillin bilan qilinadi, u 2400000 TB da, 7 kunda bir marta, jami uch inyeksiya qilinadi.

Ilova: bu usul erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarda qo'llanilmaydi.

II. Statsionarda davolash:

1- usul.

Suvda eruvchi penitsillin 400000 TB da mushak orasiga har 3 soatda (tungi tanaffussiz) 28 kun mobaynida yuboriladi. Antibiotikning summar miqdori 89600000 TB ga teng.

2-usul.

Suvda eruvchi penitsillin har 4 soatda 1000000 TB da mushak orasiga, 28 kun mobaynida yuboriladi. Antibiotikning summar-bosqichli miqdori 168000000 TB ga teng.

3-usul.

Penitsillinning novokainli tuzi qo'llaniladi, 600000 TB dan, har 12 soatda, 28 kun mobaynida mushak orasiga yuboriladi. Jami 33600000 TB ga teng.

Kech yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolash.

1-usul: davoni kunora, mushak orasiga 2 ml bioxinol yuborish bilan boshlab, bioxinol 12-14 ml ga yetgach, penitsillin preparati har 3 soatda, mushak orasiga 400000 TB da yuborish bilan davom ettiriladi. Penitsillin 28 kun mobaynida yuboriladi. Bioxinolning umumiy miqdori esa 40-50 ml gacha yetkaziladi. Bu usul bilan davolashda bioxinol bismoverol bilan almashtirilishi mumkin, u 1 ml dan har kuni, kunora 1,5 ml dan, haftada 2 marotaba yuboriladi, bosqich miqdori – 18-20 ml. Penitsillinoterapiya davrida 5 mg dan mushak orasiga, sutkada 2 martadan ximotripsin qo'llash maqsadga muvofiqdir. Ximotripsin antibiotikning a'zo va to'qimalar orasiga kirishini yaxshilaydi.

2-usul: agarda vismut preparatlarini qo'llashga moneliklar bo'lsa, ikki bosqich, 400000 TB dan har 3 soatda, 28 kun mobaynida penitsillinoterapiya o'tkaziladi. Birinchi bosqichdan avval, 10 kun mobaynida eritromitsin, tetratsiklin yoki oletetrin 0,5 g, kuniga 4 marta qabul qilinadi. Ikkinchi bosqichda penitsillin o'rniga bitsillin ishlatish mumkin. Bitsillin-1 1200000 TB da, bitsillin-3 1800000 TB da, bitsillin-5 1500000 TB da, haftada 2 marta, bosqichda 7 ta inyeksiya qilinadi. Maxsus davo nomaxsus davo vositalari bilan birgalikda olib boriladi.

Visseral hamda uchlamchi zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolash.

Visseral zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolash maxsus, nomaxsus va simptomatik preparatlar bilan, terapevt nazoratida olib boriladi.

Visseral va uchlamchi zaxmni davolash kech yashirin zaxmni davolash sxemasi asosida olib boriladi. Bioxinol bilan davo bosqichiga tayyorlash uzoqroq (bioxinol 20 ml ga yetgunicha) davom etadi.

Kech zaxm gepatitlari, buyrak va siydik yo'llarining maxsus jarohatlanishlarini davolashda vismut preparatlari qo'llanilmaydi. Qolgan hollarda vismut qo'llash individual hal etiladi.

Aorta anevrizmi yoki aortal klapanlar yetishmovchiligi kabi zaxm aortiti asoratlarini davolashdan avval bioxinol bilan tayyorlovchi davo

boshlanadi: bioxinol 1 ml (3 inyeksiya) keyinchalik 1,5 ml gacha ko'tarilib (3 inyeksiya), keyin esa 2 ml gacha yuboriladi. 25-30 ml ga yetgach, penitsillinoterapiya qo'shiladi. Penitsillin 50000 TB dan (har 3 soatda) boshlanadi va kunora miqdori oshirib boriladi: 50000-100000-200000-400000 TB. Penitsillinoterapiyaning davomiyligi 28 kun. Vismut preparatini qo'llashga monelik bo'lsa, davo bosqichiga tayyorlash eritromitsin yoki oletettrin (0,5 g dan kuniga 4 mahal) bilan olib boriladi, bu tayyorlash davri 2 hafta davom etadi.

Vismut preparatini qo'llashga monelik kuzatilganida, ikki bosqichli penitsillinoterapiya o'tkaziladi, bosqich davomiyligi 28 kun (ikkinchi bosqichda, davo boshidanoq martalik penitsillin miqdori 400000 TB da bo'ladi).

Agarda penitsillin-vismut bosqichidan so'ng kasallikning klinik simptomlari kuzatilsa, qo'shimcha 2 bosqich vismut bilan davolash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bir bosqichda bioxinol (40-50 ml), boshqa bosqichda esa bismoverol (16-20 ml) qo'llaniladi.

Visseral zaxmning maxsus davosi, jarohatlangan a'zoning funksional holatini nazorat etib borish (qon, siydik analizlari, biokimyoviy sinamalar, qonning quyulish sistemasi ko'rsatkichlari, EKG va boshqalar) bilan birgalikda olib boriladi.

Homilador ayolni maxsus, profilaktik va preventiv davolash

Homilador ayollarda zaxmning erta davrlari tashxis qilinsa, ular zaxmning erta davrlarini davolash sxemasi bo'yicha davolanadilar. Penitsillinoterapiya bilan birgalikda teonikolni 0,15 g dan, 3 mahal ovqatdan so'ng ichish tavsiya etiladi. Teonikol homila qonida penitsillin kontrasepsiyasining oshishiga yordam beradi.

Tug'ma zaxm profilaktikasi maqsadida ayollar homiladorlik davrida ikki marta serologik nazoratdan o'tishlari ko'zda tutilgan: homiladorlikning birinchi yarmida (akusher-ginekologga homiladorlik bo'yicha ro'yxatga turish uchun murojaat etgan davrda) va homiladorlikning ikkinchi yarmida (6-7 oylik davrida, dekret ta'tiliga chiqishdan oldin). Noqulay epidemiologik holatlarda, sog'liqni saqlash tashkilotlari qaroriga ko'ra homiladorlar 3 marta serologik nazoratdan o'tishlari shart. Uchinchi serologik nazorat tug'ishdan avval o'tkaziladi. KSR musbat bo'lgan hollarda, differensial tashxisi RIT va RIF reaksiyali homiladorlar klinik-serologik nazoratda bo'lib, har oyda KSR, RIT va RIF ga tuqqunlarigacha va tuqqunlaridan so'ng 3 oy mobaynida tekshirilib turadilar. Ayrim hollarda RIT va RIF ga tekshirishning iloji bo'lmasa, KSR qayta tekshiriladi va o'ta musbat javobi olinsa, klinik belgilari

bo'lmasa, yashirin zaxm tashxisi qo'yiladi. Qayta kam musbat javob olinsa, homiladorlik sababli noto'g'ri musbat KSR javobi ekanligi isbotlangunicha, homilador ayollar klinik-serologik kuzatuvda bo'ladilar.

Biologik noto'g'ri musbat javoblar asl musbat serologik natijalardan farqlash uchun homilador ayol qonini TTKITI – markaziy serologiya laboratoriyasida RIF abs bo'yicha treponema-spetsifik A,M,G immunoglobulinlariga tekshirish zarur. Bunda treponema-spetsifik immunoglobulinlarning barcha tiplari aniqlanishi homilador ayolda zaxm infeksiyasi bor ekanligini tasdiqlaydi.

Davodan so'ng KSR turg'un negativatsiyaga uchragan ayollarda (homiladorlikdan avval, kamida bir yil mobaynida manfiy javoblar kuzatilgan) tug'ma zaxm profilaktik davosi o'tkazilmaydi. RIT va RIF keskin pozitiv saqlangan va negativatsiyaga tendensiya kuzatilmagan ayollarda tug'ma zaxm profilaktik davosi o'tkaziladi.

Preventiv zaxmga qarshi davo olgan ayollarga homiladorlik davrida profilaktik davo o'tkazilmaydi. Homiladorlarga profilaktik davo quyidagi usullarda qilinadi.

1-usul.

Penitsillin har 3 soatda (sutkada 8 marta), 400000 TB da 14 kun mobaynida yuboriladi, bosqichli miqdori 44800000 TB ga teng.

2-usul.

Benzilpenitsillinning novokainli tuzi 600000 TB da, sutkada 2 marta 14 kun mobaynida yuboriladi. Bosqich miqdori 16800000 TB da.

3-usul.

Bitsillin-1,3 yoki 5 qo'llaniladi. Bitsillin-1 1200000 TB, bitsillin-3 1800000 TB, bitsillin-5 1500000 TB dan haftada 2 marta, bosqichiga 7 inyeksiya.

Agarda maxsus davo homiladorlikning dastlabki oylarida qilingan bo'lsa, profilaktik davo homiladorlikning 6-7-oylaridan kechiktirilmay o'tkazilishi zarur.

Agarda homiladorlikning so'nggi oylarida maxsus davo o'tkazilsa, profilaktik davo tanaffussiz – uzluksiz davom ettiriladi.

Homiladorlarni maxsus davolashda penitsillin preparatlariga monelik bo'lsa, eritromitsin qo'llash mumkin emas, eritromitsin homilador ayolga samarali ta'sir etsa-da, yo'ldosh orqali yetarli darajada o'ta olmaydi va tug'ma zaxmning oldini olmaydi. Tetratsiklin tug'ma zaxmning oldini olsa-da, homila suyak tizimlari va tishlarida to'planadi. Yuqoridagi omillarni inobatga olgan holda, homiladorlarni davolashda oksitsillindan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Oksitsillin 100000 TB da mushak orasiga, har 6 soatda, kasallik davriga qarab 14 yoki 28 kun mobaynida yuboriladi.

Homilador ayollarni davolash «preventiv davolash» sxemasi asosida o'tkaziladi.

Bolalarni zaxmga qarshi maxsus va profilaktik davolash

Bolalarni preventiv, profilaktik va maxsus davolash penitsillin preparatlari bilan amalga oshiriladi. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda penitsillinning natriyli yoki novokainli tuzlari qo'llaniladi, 2 yoshdan kattalarga esa shular bilan bir qatorda, bitsillin ham qo'llash mumkin. Penitsillinning (natriy yoki novokainli tuzlari) sutkalik miqdori 6 oygacha bo'lgan bolalarga 100000 TB/kg hisobida, 6 oydan 1 yoshgacha bo'lganlarga 75000 TB/kg, 1 yoshdan kattalarga esa 50000 TB/kg hisobida tayinlanadi. Kunlik miqdor, suvda eruvchi penitsillin uchun 6 ta teng bir martali miqdorga, novokainli tuzi esa teng 2 martali miqdorga bo'linadi (natriyli tuzi har 4 soatda, novokainli tuzi esa har 12 soatda yuboriladi).

Bitsillin-1,3 yoki 5 300000 TB da, bir sutkada bir mahal yuboriladi. Bemor dorini yaxshi qabul qilsa, bir necha inyeksiyadan so'ng kuniga 1 marta 600000 TB dan (har ikkala dumbaga 300000 TB dan) yuborishga o'tish mumkin.

Preventiv davo 2 hafta, profilaktik davo 2-4 hafta, erta tug'ma zaxmda maxsus davo 4 hafta, kech tug'ma zaxmda antibiotiklar bilan birgalikda vismut preparatlari qo'llanilib, 4 hafta davom etadi.

Bolalarda orttirilgan zaxmning yangi turlari 2 hafta, ikkilamchi retsidivli va erta yashirin turlari 4 hafta davolanadi.

Penitsillin qo'llashga monelik bo'lsa, oksatsillin va ampitsillindan foydalanish mumkin.

Oksatsillinni quyidagi sutkalik miqdorda mushak orasiga yuborish tayinlanadi: chaqaloqlarga 20-40 mg/kg, tana vazniga nisbatan, 3 oygacha bo'lgan bolalarga 200 mg/kg, 3 oydan 2 yoshgacha sutkada 1,0 g, 2 yoshdan kattalarga sutkada 2,0 g.

Oksatsillinni ichish uchun ham tayinlash mumkin:

Ovqatdan 1 soat avval yoki 2-3 soat keyin: chaqaloqlarga 90-150 mg/kg, vazniga nisbatan, 3 oylikkacha 200 mg/kg, 3 oydan 2 yoshgacha sutkada 1,0 g, 2 yoshdan kattalarga esa sutkada 2,0 g.

Ampitsillinning natriyli tuzi mushak orasiga quyidagi miqdorda qo'llaniladi: chaqaloqlarga 100 mg/kg, qolgan bolalarga esa 50 mg/kg, maksimal sutkalik miqdori 2,0 g. Sutkalik miqdor 4-6 inyeksiyaga bo'linadi.

Polusintetik penitsillinlarga monelik bo'lsa, eritromitsindan ham foydalanish mumkin: 1 yoshdan 3 yoshgacha sutkada 0,4 g miqdorda, 3-6 yoshda 0,5-0,75 g, 6-8 yoshda 0,75 g, 8-12 yoshda sutkada 1,0 g gacha.

Allergik reaksiyalarning oldini olish maqsadida davodan oldin va davolash mobaynida bemorlarga kalsiy preparatlari va antigistaminlar tayin etish zarur. Davo boshlanganidan 2-3 kun o'tgach va davo yakunida qonni KSR ga tekshirish zarurdir.

Bolalarni profilaktik davolash

Onalari homiladorlikka zaxm bilan kasallangan va to'liq maxsus davolangan, KSR turg'un negatlashgan ayollardan (bir yildan ortiq vaqtdan beri KSR manfiy bo'lgan) tug'ilgan bolalar klinik-serologik hamda dispanserda vrach nazoratiga olinmaydilar. Zaxm bilan og'riyotgan yoki og'riyan ayollardan tug'ilgan bolalar klinik-serologik tekshiruvdan o'tishlari (2,5-3 oyliklarida) zarur.

Bunday bolalarni tekshirishda quyidagilar bo'lishi shart: pediater, okulist, dermatovenerolog, nevropatolog, otolarinolog maslahati (konsultatsiyasi); qonni KSR, RIT va RIF ga tekshirish, qo'l-oyoq naysimon suyaklarining rentgenogrammasi. Klinik-nevrologik o'zgarishlar kuzatilsa, orqa miya punktsiyasi qilish kerak bo'ladi.

Homiladorlik davrida profilaktik davolangan ayollar (shu jumladan, serorezistentli onalar) va ulardan tug'ilgan bolalarda klinik-serologik va rentgenologik zaxm belgilari bo'lmasa, bunday bolalarga profilaktik davolayinlanmaydi, ammo 1-yil mobaynida turar joy TTKDda dermatovenerolog nazoratida bo'ladilar.

Profilaktik davolash o'tkazish zarur bo'lgan, ammo olinmagan hamda to'liq maxsus davolamagan onalardan tug'ilgan bolalar 2 hafta davomida profilaktik davolash olishlari zarur.

Zaxm bilan og'riyan, lekin davolanmagan ayollardan tug'ilgan bolalar 4 hafta mobaynida profilaktik davolash (klinik-serologik va rentgenologik kasallik belgilari bo'lmasa ham) erta tug'ma zaxmni davolash sxemasi bo'yicha oladilar.

Agarda bola 1 yoshdan oshgan va birinchi bor tekshirilayotgan bo'lib, tekshiruv natijalari manfiy bo'lsa, bunday bolalarga davolayin etilmaydi. Gumonli hollardagina 2 hafta mobaynida penitsillinoterapiya tavsiya etiladi.

Tug'ma zaxm bilan og'riyan bolalarni maxsus davolash

Erta tug'ma zaxm bilan og'riyan bolalar benzilpenitsillin natriyli yoki novokainli tuzlari bilan stasionar sharoitida 28 kun mobaynida (bir martali, sutkali miqdori yuqorida ko'rsatilgan tartibda) davolanadilar.

Kech tug'ma zaxm bilan og'riyan bolalar penitsillin bilan birga vismut preparatlari yordamida (kattalarda kech yashirin zaxmni davolash usuliga o'xshash) davolanadi. Davolash bioxinol bilan boshlanib, u haftada ikki marotaba, yoshiga nisbatan tayinlanadi.

Kech tug'ma zaxm bilan og'rikan bolalarni davolashda vismut preparatlarining bir martali va bosqichli miqdori

Yoshi	Bioxinol (ml)		Bismoverol (ml)	
	Bir martali miqdori	Bosqichli miqdori	Bir martali miqdori	Bosqichli miqdori
3 yoshgacha	0,5-1,0	12,0-15,0	0,2-0,4	4,0-4,8
3-5 yoshda	1,0-1,5	15,5-20,0	0,4-0,6	6,0-4,8
6-10 yoshda	1,0-2,0	20,0-25,0	0,4-0,8	8,0-10,0
11-15 yoshda	1,0-2,0	25,0-30,0	0,6-0,8	10,0-12,0

Bioxinolning bosqichli miqdori 1/4 qismiga yetgach to'xtatilib, penitsillinning natriy yoki novokainli tuzini inyeksiya qilishga o'tiladi. Sutkalik miqdori go'dak tana vazniga nisbatan hisoblanadi. Penitsillinoterapiya 28 kun davomida o'tkaziladi. Penitsillinoterapiya tugagach, vismut preparati bosqich miqdoriga yetgunicha davom ettiriladi.

Penitsillinoterapiyaga monelik bo'lsa, oksatsillin, ampitsillin yoki eritromitsin tayin etiladi. Bemorlarga nistatin va antigistaminlar ham tayin etiladi.

Orttirilgan zaxm bilan og'rikan bolalarni davolash

Davo kattalar zaxmini davolash prinsipi asosida, penitsillin preparatlari bilan o'tkaziladi. Antibiotiklarning sutkalik miqdori shu bobning boshida ko'rsatilganidek hisoblanadi.

Birlamchi va ikkilamchi yangi zaxmda davo 14 kun, ikkilamchi retsidiv va yashirin zaxmda 28 kun davom etadi. Orttirilgan kechki yashirin zaxm kech tug'ma zaxm davosi kabi o'tkaziladi.

Davo tugaganidan keyingi klinik-serologik nazorat.

Zaxmning erta turlari bilan og'rikan bemorlar bilan yaqin maishiy yoki jinsiy aloqada bo'lib, preventiv davo olgan bolalar va kattalar 3 oydan so'ng bir marotaba klinik-serologik tekshiruvdan o'tishlari kerak.

Agarda preventiv davo zaxm bilan og'rikan bemor qoni quyilgan kimsaga o'tkazilgan bo'lsa, nazorat bir yil davom etadi.

Birlamchi seronegativ zaxm bilan og'rikan bemorlar har 3-6 oyda klinik-serologik nazoratda bo'ladilar.

Birlamchi seropozitiv va ikkilamchi yangi zaxm bilan og'riq shaxslarda KSR negativatsiyasi, davolash davrida yoki davodan so'ng 3 oy mobaynida kuzatilgan bo'lsa, ular 1-yil mobaynida klinik-serologik nazoratda bo'lishlari kerak. KSR negativatsiyasi sust kechsa (3 oydan 1-yilgacha), nazorat 2 yilgacha davom etadi.

Ikkilamchi retsidiv, uchlamchi, yashirin (erta, kech, aniqlanmagan) visseral va neyrosifilida 3 yil dispanser nazorati ko'zda tutilgan. Klinik-serologik nazorat 2 yil har kvartalda, uchinchi yili esa har yarim yilda o'tkaziladi.

Agarda KSR, RIT va RIF (manfiy natijalar 6 oydan so'ng ham tasdiqlansa) negativatsiyasi 3 yildan oldinroq kuzatilsa, patsiyent muddatdan avval dispanser hisobidan o'chirilishi mumkin.

Serorezistentli shaxslar, mutaxassislar tekshiruvlari yakuni ijobiy bo'lsa, 5 yil klinik-serologik nazoratda bo'ladilar. Vrach bu muddatni uzaytirishi mumkin.

Onasi kasalligi tufayli profilaktik davo olgan bolalarning bir yil davomida nazoratda bo'lishlari tavsiya etiladi. Profilaktik davo olmagan bolalar ham bir yil nazoratda turadilar.

Erta yoki kech tug'ma zaxm bilan maxsus davo olgan bolalar 3 yil klinik-serologik nazoratda bo'ladilar. Dastlabki 2 yil har 3 oyda, uchinchi yili esa har 6 oyda KSR tekshiriladi.

Orttirilgan zaxm bo'yicha davolangan bolalar ham kattalar kabi klinik-serologik nazoratda bo'ladilar.

Klinik yoki serologik retsidiv kuzatilganlar terapevt (ko'krak qafasi rentgenografiyasi bilan), nevropatolog, okulist, otolaringolog tekshiruvidan o'tib, orqa miya punksiyasi qilinishi zarur. Ikkilamchi retsidiv zaxmni davolash usularidan biri bo'yicha nomaxsus davo bilan birgalikda davolanishlari shart.

Zaxmning erta davrlarida davolangandan so'ng, bir yil mobaynida RSK treponem va kardiolipin antigenlari bilan turg'un, o'ta musbatligicha qolib, reaginlar titri kamayishi kuzatilmasa, bunday hollarda *serorezistentlik* deb baholanadi. Bunday hollarda qo'shimcha davo tayin etiladi.

Agarda to'liq davodan so'ng bir yil o'tsa va RSK negativatsiyasi kuzatilmay, reaginlar titri kamayishi (kamida 4 marta) kuzatilsa yoki RSK o'ta musbatdan kam musbatgacha kamaysa, bunday holatlar *kechikkan seroreaksiyalar negativatsiyasi* deb baholanadi va kuzatuv yana 6 oy davom etadi.

Agar shu davr ichida ham KSR negativatsiyasi kuzatilmasa, qo'shimcha davo o'tkaziladi. Bolalarda serorezistentlik masalasi davodan so'ng 6 oy o'tgach hal qilinishi maqsadga muvofiqdir. Shu davr ichida KSR negativatsiyasi kuzatilsa, davosiz yana 6 oy kuzatiladi.

Qo'shimcha davo statsionarda, penitsillinning yuqori miqdorida, nomaxsus davo bilan birgalikda o'tkaziladi. Benzilpenitsillin mushak orasiga 1000000 TB miqdorida, sutkada 6 marta 28 kun, nomaxsus davo bilan birgalikda qilinadi. 1-2 bosqich vismut preparatlari qo'llash (agar avval qo'llanilmagan bo'lsa va monelik bo'lmasa) maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ambulator sharoitda qo'shimcha davo, bitsillin (1-3-5) lardan birini 10 ineksiyasi quyidagicha: bitsillin-1 1200000 TB, bitsillin-3 1800000 TB yoki bitsillin-5 1500000 TB da, haftada 2 marta, nomaxsus davo vositalari bilan birga qilinadi.

Bolalarga qo'shimcha davo statsionar sharoitida qilinishi zarur. Penitsillin 28 kun mobaynida, sutkalik miqdori ko'rsatmada bayon etilgan miqdorda, nomaxsus davo bilan birgalikda va vismut preparatlari qilinadi.

Qo'shimcha davo samara bermasa, qayta qo'shimcha davo tayin etilmaydi. Klinik-serologik nazorat muddati asosiy davo olib bo'lgan davrdan hisoblanadi.

Kechki zaxm turlari to'liq davolanganidan so'ng, KSR musbatligi saqlanaversa, serorezistentlik masalasi qo'yilmaydi, qo'shimcha davo qilinmaydi.

RIT va RIF (IFA, RPGA) zaxmning har turli formalari davolaniganidan 6 oy o'tgach va har yili, hisobdan o'chguncha tekshirib turiladi.

Dispanser hisobidan o'chirish

Barcha bemorlar (zaxmning har xil turlari bilan) klinik-serologik kuzatuv oxirida, to'liq klinik (terapevt, nevropatolog, okulist, otolaringolog ko'rigi) va rentgenologik tekshiruvdan o'tishlari kerak.

Erta va kech neyrosifilis bo'yicha davolanganlar, davolanganicha likvorologik tekshiruvlarda u yo bu darajada likvor patologiyasi aniqlangan shaxslar va turli mutaxassislar ko'rigida davolanganlik mezonida gumon bo'lgan shaxslar dispanser hisobidan o'chishlaridan avval likvorologik tekshiruvdan o'tishlari zarur. Likvorda RIF-abs bo'yicha immunoglobulin A, M, G aniqlanishi kerak. Bunda likvor tarkibidan maxsus Ig A, M, G topilsa, neyrosifilis tashxisi qo'yiladi, faqatgina immunoglobulin G topilsa – bunday holat organizm rangsiz treponema bilan infeksiyalangan deb baholanadi.

Tug'ma yoki orttirilgan zaxm bo'yicha davo olgan bolalarni dispanser hisobidan o'chirishdan avval quyidagi mutaxassislar konsultatsiyasi zarur: pediatr, nevropatolog, okulist, otolaringolog. Naysimon suyaklari rentgenogrammasi (anamnezida maxsus suyak patologiyasi bo'lsa) hamda KSR, RIT va RIF ga tekshirish.

- Davolanganliklari mezoni sifatida quyidagilarni inobatga olish kerak:
- a) o'tkazilgan davoning sifati va uning ko'rsatma (instruksiya)ga binoan qilinganligi;
 - b) klinik (teri, shilliq pardalari, ichki a'zolari, asab tizimi va sezgi a'zolari) hamda rentgenologik tekshiruvlar haqidagi ma'lumotlar;
 - d) laborator tekshiruvlar (serologik, ko'rsatma bo'lsa, likvorologik) natijalari.

Zaxmni boshdan kechirgan, to'liq maxsus davolangan, lekin serologik reaksiyalari pozitivligicha saqlanayotgan shaxslarni dispanser hisobidan o'chirishda klinik-katamnestik, serologik tekshiruvlari natijalarini e'tiborga olish zarurdir. Qondagi serologik reaksiyalarni interpretatsiya qilishda KSR, RIT va RIF dan tashqari, RIF-abs da immunoglobulin A, M, G larni aniqlash tavsiya etiladi. Bunda qon tarkibidan A, M, G maxsus immunoglobulinlarining aniqlanishi organizmda zaxm infeksiyasi mavjudligidan dalolat beradi, faqatgina immunoglobulin – G aniqlanishi esa immunologik esdalik hisoblanadi.

Bolalar muassasalari, umumiy ovqatlanish korxonalarida ishlovchi, zaxm bilan kasallanib statsionarda, ambulator davolanganlar klinik belgilari to'liq yo'qolgach, ishga ruxsat etiladilar.

Orttirilgan zaxm bilan kasallanib, davolangan bolalar, davolangan tugagach, bolalar muassasalariga qatnashlari uchun ruxsat etiladi.

YUMSHOQ SHANKR (ULCUS MOLLE)

Yumshoq shankr qadimdan jinsiy a'zolarning tarqalgan yuqumli kasalligi hisoblangan. Oxirgi 50-60-yil O'zbekiston va qo'shni MDH davlatlarida uchramaydi, lekin kirib kelish xavfi doim bo'lgani uchun bu kasallikni ajratib bilishimiz shart.

Etiologiyasi. Yumshoq shankr qo'zg'atuvchisi – *Hayemophilis ducrey*, aerob streptobatsilla (Peterson O.V.1887, Ducrey 1889, Unna 1892), mikroskopda 1,5-2 mkm uzunlikka va 0,5 mkm kenglikka ega, oxirlari yumaloq va o'rtasi tortilgan, zanjirga o'xshab joylashadigan hamda bo'linish bilan ko'payadigan tayoqchalar. Patologik jarayon boshlang'ich davrida streptobatsilla hujayradan tashqarida va keyingi bosqichlarida esa hujayra ichida joylashadi.

Epidemiologiyasi. Yumshoq shankr, asosan, jinsiy yo'l orqali yuqadi. Immunitet yo'q.

Klinikasi. Streptobatsilla teri yoki shilliq qavat shikastlangan joy orqali organizmga tushib, 2-5 kundan keyin (inkubatsion davr) o'tkir yallig'langan shishli dog', keyinchalik tuguncha va yiringcha hosil qiladi. Yiringcha tezda yorilib, o'rnida yumshoq shankrning asosiy klinik belgisi bo'lmish qattiq

og'riq bilan kechadigan yumshoq yara paydo bo'ladi. Yumshoq yara ko'proq dumaloq, chekkasi yedirilib notekis bo'ladi va atrofida o'tkir yallig'langan shish kuzatiladi. Palpatsiya qilinganda, yaraning asosida yumshoq infiltrat seziladi (yumshoq shankr). Yaradan ko'p yiring yoki yiring-qon suyuqligi ajralib, o'zida ko'p miqdorda streptobatsilla saqlaydi. Yaradan oqib, atrof teri to'qimalariga tushib (autoinokulyatsiya), suyuqlik yallig'lantiradi va kasallikning tarqalishiga, bemorda bir qancha ko'p yaralar paydo bo'lishiga olib keladi. Ayrim holatlarda limfangoit aniqlanadi. Yaraga yaqin joylashgan limfatik tugunlar tomon yo'nalgan «arqon»ni eslatuvchi og'riqli shish va tugunchalar, ular ustidagi teri o'tkir yallig'langan bo'ladi. Bular yumshab yorilib, yara hosil qiladi yoki so'rilib ketishi mumkin.

3-5 haftadan keyin yumshoq shankr yarasi tozalana boshlaydi, yiring ajralishi kamayib, o'rni granulyatsion to'qima bilan qoplanib, chandiq hosil qiladi.

Asoratlardan fimoz, parafimoz uchrab turadi.

Differensial tashxisi:

- qattiq shankr;
- oddiy herpes;
- venerik granulema;
- venerik limfogramulematoz.

Tashxis tipik-klinik belgilar va olingan ajratmadan mikroskopik usuli bilan streptobatsillani topish asosida qo'yiladi.

VENERIK LIMFOGRANULEMATOZ

Sinonimlari: 4 venerik kasallik, chov limfogramulematozi.

Etiologiyasi. Venerik limfogramulematoz – Chlamidia trachomatisning L1-L3 serotiplari qo'zg'atadigan va limfa tugunlari bilan urogenital sohaning yumshoq to'qimalarining jarohatlanishi orqali kechadigan yuqumli kasallik.

Epidemiologiyasi. Venerik limfogramulematoz, asosan, jinsiy yo'l orqali yuqadi va ko'pincha faol jinsiy hayot kechiruvchi insonlar kasallanadi. Kasallik dunyoning ko'p davlatlarida tarqalgan, ammo O'zbekiston va qo'shni MDH davlatlarida venerik limfogramulematoz oxirgi 40-50-yil ichida uchramadi. Ayrim holatlarda ro'yxatga olinayotgan kasallanish, ko'proq oxirgi yillar davlatlararo aloqalar va migratsiya jadallashuvi oqibati bilan bog'lanyapti.

Klinikasi. Infekcion jinsiy aloqadan o'rtacha 3-30 kun o'tgach (inkubatsion davri), bemor bo'shshish, holsizlik, bosh og'rish va tana

haroratining ko'tarilishiga e'tibor qilishi mumkin (prodromal belgilari). Birlamchi jarohatlanish, ya'ni limfogranulematoz shankri ko'pincha jinsiy a'zolarida va ular atrofida yoki jinsiy aloqaning turiga qarab tananing boshqa qismlarida joylashishi mumkin. Birlamchi toshma ko'pincha tuguncha, pufakcha, yiring va yuzaki yara bo'lishi mumkin. Bu eroziya yoki yaraning chetlari to'g'ri dumaloq shaklda, asosida infiltratsiya rivojlanmagan bo'lib, u asta-sekin qoplanib, chandiq hosil qiladi. Birlamchi limfogranulematoz shankri paydo bo'lgandan bir necha kun o'tgach (ba'zan bir necha oy), regionar limfa tugunlar yallig'lanib kattalashadi, ba'zida limfongait ham kuzatiladi (ikkinchi davri). Limfa tugunlar qattiq og'riydi, sekin qattiqlashib, yallig'lanish infiltrati kengayadi va limfa tugunlar bir-biri bilan qo'shilib, katta, notekis o'tkir yallig'langan pushti rangli infiltratni hosil qiladi. Infiltrat bo'shashib, ust terisi asta-sekin yupqalashadi, keyin yorilib, ichidan ko'p miqdorda sariq rangdagi kleysimon yiring ajraladi va og'riq pasayadi. Ba'zan yiringga qon qo'shilgan bo'lishi ham mumkin. Agar bemor davolanmasa, 1-2 yil o'tib kasallik rivojlanib, uchinchi davr boshlanadi. Bunda asosiy klinik belgisi genitoanorektal sindromi, ya'ni kichik tos sohasida va tashqi jinsiy a'zolarida limfa aylanishuvining buzilishi (limfostaz), o'tkir yallig'lanish fonida beso'naqaylik, papillomatoz o'smalar, surunkali kechuvchi yaralar, abscess va oqmalar kuzatiladi. Ajralmalar o'z tarkibida ko'p miqdordagi xlamidiylar saqlaydi. To'g'ri ichak shilliq qavatining gipertrofiyasi, halqasimon qattiqlashuvi va ingichkalashuvi avj oladi. Bu davrda kasallik boshqa sistema va a'zolariga tarqalishi mumkin.

Differensial tashxisi:

- yumshoq shankr;
- skrofuloderma (limfa tugunlar sili);
- zaxm;
- donovanoz;
- chuqur mikoz;
- tulyaremiya.

Tashxisi. Venerik limfogranulematoz diagnozi:

- mikroskopik usulda sitoplazma ichida joylashgan tipik kiritmalarni aniqlash;
- qo'zg'atuvchini ajratib olish usuli;
- qon zardobi yoki mahalliy ajratmalarda antitanachalarni aniqlashga asoslangan.

DONOVANOZ (CHOV GRANULEMASI)

Etiologiyasi. Donovanoz – surunkali-infeksion, teri va teri osti yog‘ qavatida katta granulematoz yaralar bilan kechadigan kasallik. Uning qo‘zg‘atuvchisi – Calymmatobacterium granulematodes (1905 yil, Donovan), uzunligi 1-2 mkm, kengligi 0,6-0,8 mkm, grammanfiy, kapsula hosil qiladigan, ikki chekkasi yumaloq, ovoid yoki loviyasimon shakldagi tayoqchalar.

Epidemiologiyasi. Donovanoz, asosan, jinsiy yo‘l bilan yuqadi va ko‘proq katta yoshdagi odamlarda kuzatiladi. Kasallikning yuqumli darajasi yuqori bo‘lmay, odatda bemor bilan uzoq vaqt kontaktda bo‘lganda yuqishi mumkin. O‘zbekistonda bu kasallik oxirgi yillar uchramagan.

Klinik ko‘rinishi. Inkubatsion davri bir necha kundan bir necha oy yoki yil bo‘lishi mumkin. Infeksiya qo‘zg‘atuvchi kiradigan teri yoki shilliq qavatda qattiqroq konsistensiyali tuguncha, tuguncha-pufakcha yoki yiring paydo bo‘ladi va keyinchalik ular o‘rnida yara hosil bo‘ladi. Bu yara (yaralar) og‘rimaydi, konsistensiyasi yumshoq, ochiq pushti rangda bo‘lib, kam miqdorda seroz-yiring, ba‘zida qon aralashgan, yomon hidli suyuqlik ajratib turadi. Yaraning chetlari biroz ko‘tarilgan, notekis. Yara tubi ham notekis, donador, ba‘zida nozik plyonka yoki yupqa qobiq bilan qoplanadi. Donovanoz yaralari chetga qarab sekin o‘sib, terining katta qismlariga tarqalishi mumkin. Bu ko‘pincha autoinokulyatsiya hisobiga bir-biriga surkaluvchi tana qismlarida uchraydi. Lekin jarayon tarqalganiga qaramasdan, bemorning umumiy ahvoli sezilarli darajada buzilmaydi. Regionar limfatik sistema o‘zgarmaydi, lekin granulema bemorning chov sohasida joylashib, chov limfa tugunlarining kattalashganini eslatishi mumkin.

Donovanoz yarasini shakliga qarab verrukoz, serpiginoz, chandiq-keloidli, nekrotik turlarini ajratadilar. Kasallik surunkali kechib, o‘z-o‘zidan tuzalishga moyilligi sust bo‘lib, ba‘zan yangi toshmalar paydo bo‘lib turadi. Kasallikning to‘liq klinik manzarasi birinchi toshmalar paydo bo‘lgandan o‘rtacha 5-6 oy o‘tib rivojlanadi va ko‘p yillar kechishi mumkin.

Tashxis. Donovanoz diagnozi, birinchidan, tipik klinik belgilar va laborator usulida surtmalardan Donovan tanachalarini aniqlashga asoslanib qo‘yiladi.

Davosi. Antibiotiklar yaxshi natija beradi.

UROGENITAL-SEKSUAL-TRANSMISSIV KASALLIKLAR

Urogenital-seksual-transmissiv kasalliklar – yuqumli kasalliklar bo‘lib, ular, asosan, bemor bilan bo‘lgan jinsiy aloqa natijasida yuqadi va yallig‘lanish, asosan, siydik va tanosil yo‘llari shilliq pardalarini jarohatlaydi va bemorlar ko‘pincha har xil ajratmalardan shikoyat qiladilar. Ayollarning hayz ko‘rishi, ayol va erkakning achchiq, sho‘r taomlar iste‘mol qilishi yoki spirtli ichimliklar ichishi kasallikning qo‘zishiga sabab bo‘ladi.

Etiologiyasi. Chaqiruvchilari:

1. Neisseria gonorrhoeae.
2. Chlamidia trachomatis.
3. Ureaplasma urealiticum, Mycoplasma hominis.
4. Gardnerella vaginalis.
5. Trichomonas vaginalis.
6. Candida albicans.

Tashxis prinsiplari. Urogenital-seksual-transmissiv kasalliklar (USTK)da quyidagilarni aniqlash zarur:

- qachon kasallik belgilari namoyon bo‘lgani, kasallikning kechishi, qilingan (olingan) davo-muolajalar (yoki o‘z-o‘ziga qilingan davo);
- seksual anamnez;
- yallig‘lanish bosqichi baholanadi – ekssudativ (o‘tkir, o‘tkirosti), torpid, kam simptomli, proliferativ (avjlanishlar bilan yoki ularsiz);
- kasallik chaqiruvchilari aniqlaniladi: bakterioskopik, serologik usullar;
- PTSR yordamida.

Klassifikatsiya.

1. Asoratlanmagan urogenital infeksiya.

Yallig‘lanish – yangi ekssudativ (o‘tkir, o‘tkirosti). Bunda faqat siydik tanosil yo‘llarining quyi qismi yoki ekstragenital sohalar jarohatlanadi. Infeksiya 2 oydan ortiq davom etmagan bo‘ladi.

Asoratlanmagan urogenital infeksiya erkaklarda:

- urethritis acuta et subacuta;
- paraurethritis acuta;
- balanoposthitis acuta;
- prostathitis catarrhalis hoida uchraydi.

Asoratlanmagan urogenital infeksiya ayollarda:

- urethritis acuta et subacuta;
- colpitis, vulvitis, vestibulitis, canaliculitis acuta ko‘rinishida kuzatiladi.

Asoratlanmagan urogenital infeksiya har ikkala jinsda:

– pharyngitis, tonsillitis acuta et subacuta;
– proctitis, blennorrhoea, cystitis, coneconjuectivitis acuta holidi uchraydi.

Asoratlanmagan urogenital infeksiya go'daklarda:

– conjunctivitis, blepharitis acuta, blennorohea holidi uchraydi.

Asoratlanmagan urogenital infeksiya qizlarda:

– vestibulitis, uretrithis acuta, vulvovaginitis;

– endocervitis acuta, proctitis acuta holidi uchrashi mumkin.

2. Asoratlangan urogenital infeksiya.

Yallig'lanish surunkali proliferativ bo'lib, avjlanish yoki avjlanishsiz kechadi. Kasallik ikki oydan uzoq davom etadi.

Asoratlangan urogenital infeksiya.

a) erkaklarda:

– urethritis chronica et exacerbata, littreitis, balanopostitits chronica, periurethritis;

– cooperitis chronica, prostatitis follicularis et parenchymatosa, paraprostatitis, vesiculitis, epididimitis, orchoepididymitis;

b) ayollarda:

– uretrithis, endocervicitis, chronica et exacerbata bartolinitis, endometritis, metritis, salpingitis, salpingoophoritis, pelveoperitonitis;

d) erkak va ayollarda:

– metastatik turlari, sepsis, arthritits, polyarthritis, teri jarohatlanishi, proctitis;

– chronica, paraurethritis, pharyngitis, tonsillitis chronica ko'rinishlarida uchrashi mumkin.

Davosi. Asoratlanmagan, urogenital-seksual-transmissiv kasalliklarning etiologik prinsipdagi davolanishi, qolaversa yuqori ta'sir etuvchi preparatdan to'g'ri foydalanilsa, davo samarali bo'ladi. Davo samarasiz bo'lishi tanlangan preparatlarga nisbatan mikroorganizmda chidamlilik kuzatilgan hollarda kuzatiladi. Bunday hollarda boshqa guruh antibakterial preparatlari va immunoterapiya tayin etiladi. Davolashdan avval ajratmani ekib, chaqiruvchining antibiotiklarga ta'sirchanligini aniqlash zarur. Asoratlangan urogenital infeksiyalarda etiotrop antibakterial preparatlar bilan birga qo'shimcha davo o'tkazish zarur. Bu davo jarohatlangan to'qimalarda moddalar almashinuvi va mikrosirkulyatsiyani yaxshilashga qaratilgan bo'lishi, infiltratning so'rilishi, mahalliy va umumiy immun tizimni faollashtirishni hamda to'qimalar o'tkazuvchanligini oshirishga qaratilgan bo'lishi zarur. Urogenital tizim yuqori qismlarga ko'tarilayotgan va disseminatsiyalangan jarayonda hamda aralashgan, miks infeksiyalarda bir necha antibakterial preparatlardan foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi.

SO'ZAK – GONOREYA (GONORRHOEA)

So'zak jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasallik bo'lib, bir qator silindrik epiteliy hujayralari bilan qoplangan shilliq pardasining nospesifik yallig'lanishi.

Etiologiyasi. Kasallik chaqiruvchisi – Neisseria gonorrhoeae, u gram-manfiy diplokokk bo'linish yo'li bilan ko'payib, endotoksin saqlaydi. Gonokokklar leykotsit va epiteliyal hujayralar ichida yashab ko'payadi, makrofaglar tarkibida esa o'ladi. Trichomonadalar gonokokklarni «yutib yuborish» (fagotsitoz) xususiyatiga egadir va trichomonadalar ichidagi gonokokklar virulentligini saqlab qoladi. Inson organizmida noqulay sharoit sezib, gonokokklar L formaga o'tishi mumkin.

Klassifikatsiyasi. X Xalqaro kasalliklarning statistik klassifikatsiyasiga binoan, gonokokk infeksiyasi:

- siydik-tanosil yo'llar quyi qismining asoratlanmagan gonoreyasi;
- siydik-tanosil yo'l asoratlangan gonoreyasi;
- siydik-tanosil yo'llarning yuqori qismi va kichik tos a'zolari gonoreyasi;
- boshqa a'zolar gonoreyasi xillariga ajraladi.

Shu bilan birga to'liq topik tashxis ham qo'yiladi.

Epidemiologiyasi. So'zak asosan, jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklarning ko'p uchrovchi turi hisoblanadi. So'zak bilan faqat insonlar kasallanadilar. Kamdan-kam hollarda kasallik nojinsiy – maishiy yo'llar bilan yuqishi mumkin. Gonokokklar nam muhitda o'z virulentligini yo'qotmaydi va nam shaxsiy gigiyena buyumlari (mochalka, sochiq, ichki kiyim)ga tushgan ajratmalar qurib ulgurmasdan foydalangan kishilar o'zlariga kasallikni yuqtirishlari mumkin. Chaqaloqlar bemor onalarining tug'ish yo'llaridan o'tish vaqtida kasallanishi mumkin.

Inkubatsion davri odatda 2-7 kun, kam hollarda uzayishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik uretradan suyuq yiringli ajratma ajralishi va uretrada noxush hissiyot bilan boshlanadi, siyish vaqtida va siygandan so'ng bemorni og'riq va achishish bezovta etadi. Ko'zdan kechirganda, bemor uretrasining tashqi teshigi giperemiyalangan, shishgan va kengaygan bo'lib, suyuq yiringli ajratma ko'rinib turadi. Ikki stakanli (Tompson sinamasi) sinama o'tkazilganda, siydikning birinchi portsiyasi – loyqa, ikkinchi portsiyasi esa tiniq bo'ladi. Uretra palpatsiyasida uning shishganligi seziladi. Yuqoridagi belgilar yangi o'tkir oldi uretrit ko'rinishidir. Agarda Tompson sinamasining ikkinchi siydik portsiyasida loyqalanish kuzatilsa, bu *yangi o'tkir total uretrit* deb ataladi, u, asosan, kasallik yuqqanidan so'ng 2-3 hafta o'tgach kuzatiladi. Agarda uretra tashqi teshigi yaqinida to'q qizil nuqtalar bo'lib, ular shishgan halqalar

bilan o'ralgan bo'lsa, uni barmoqlar bilan siqqanda, yiringli tomchi ajraladi. Bu holat o'tkir *parauretrit* deb ataladi. Erkaklarda anatomik uzun olat yopqichi (xatna qilinmaganlarda), olat boshchasining terisi hamda yopqich ichki yuzasi yallig'lanishi mumkin – o'tkir *balanopostit* (*balanopostitis acuta*). *Balanopostit* ko'pincha fimoz (*Phymosis*) bilan asoratlanadi – yopqichning torayishi, olat boshchasini ochilishiga yo'l qo'ymaydi. Olat yopqichi olat boshchasining yopmay shishishi hisobiga uni siqib qo'ysa, *parafimoz* (*paraphimosis*) rivojlanadi.

Yangi, o'tkir total gonokokki uretritli bemorlarda yallig'lanish ko'pincha prostata suyuqlikni ajratuvchi naychalariga o'tadi va *kataral prostatit* (*prostatitis catharralis*) vujudga keladi. *Kataral prostatit* o'z vaqtida tashxis qilinmaydi, chunki o'tkir yallig'langan jarayonlarda *instrumental* (*uretroskopiya*) tekshiruvlar va prostata massaji qilinmaydi.

Gonoreya davolanmasa, giperemiya, shish, yallig'lanish, ajratmalar vaqt o'tgan sayin kamayadi, ammo ajratma quyuqlashadi va *yangi o'tkir-osti uretrit* (*Urethritis recens subactiva*) vujudga keladi. Taxminan 1-1,5 oy o'tgach, yallig'lanish alomatlarining obyektiv va subyektiv belgilari kamayganligi kuzatiladi va *yangi total torpid uretrit* (*Urethritis totalis recens torpida*) vujudga keladi. Surunkali uretritdan farqli o'laroq, uretra paypaslansa, infiltrat sezilmaydi. Taxminan 2 oy o'tgach, yallig'lanish surunkali turga o'tadi. Subyektiv shikoyatlari kam, faqat siyilgandan keyin, uzoq tanaffusdan so'ng uretra teshiklari bir-biriga yopishgan (ayrim hollarda qaloq bilan qoplangan) bo'lib, loyqa, suyuq tomchi kuzatilishi mumkin. Uretra teshigi sianotik shishgan, uretra massajidan so'nggina ajratma oz miqdorda ajraladi, ajratma shilliq, shaffof yoki loyqa bo'ladi. Uretra paypaslanganda infiltratlangan bo'ladi, bu xil klinik o'zgarishlar *surunkali uretrit* (*Urethritis chronica*) dan dalolat beradi.

Agar uretra paypaslanganda uning notekis zichlashgani va tugunchasimon qalinlashgani sezilsa, bu xil o'zgarishlar *littreit* (*Littreitis*) dan dalolat beradi. Olatda og'riq kuzatilishi, uning yarim erektsiya holatida bo'lib, pastga qarab bukilishi, chegaralanmagan infiltrat va tana haroratining ko'tarilishi o'tkir *periuretrit* (*Periurethritis acuta*) dan dalolat beradi. Bunday hollarda jinsiy olat limfatik tomirlarining yallig'lanishi kuzatilishi mumkin (*Lymphangoitis*). Limfangoit olat old yuzasida qizil yo'nalish holida namoyon bo'ladi.

Surunkali yallig'lanish turli salbiy ta'sirlardan avjlanishi, natijada o'tkir yallig'lanish ko'rinishini simulyatsiya qilishi mumkin. Ko'p miqdorda suyuq, yiringli ajratmalar ajralishi mumkin, uretra teshigi sianotik ko'rinishda, uretra esa infiltratlangan bo'ladi. Bunday holatlar surunkali uretritning avjlanganligi (*Urethritis chronica exacerbata*) dan darak beradi. Kasallik avjlanganida asoratlar paydo bo'ladi yoki asoratlar

ham avjlanadi. Oraliq sohasida og'riq yoki bosim seziladi, defekatsiya vaqtida bu hislar kuchayadi.

Gonoreya ko'pincha prostata bezi yallig'lanishining sababchisidir. Subyektiv hissiyotlar yallig'lanish jarayonining faolligi va tarqoqligiga bog'liqdir. Bemorlar siydik ajralishi va jinsiy hayotning o'zgarishi va defekatsiyaning og'riqli bo'lishidan shikoyat etadilar. Prostata bezini paypaslash, sekin-asta tekshirish *prostatit* (Prostatitis) turini aniqlashga imkon beradi. Shu xil shikoyatlar urug' pufakchalarining yallig'langanida (Vesiculitis) ham kuzatiladi. Vezikulitning klinik turlarini aniqlash uchun urug' pufakchalari palpator aniqlanib, uning suyuqligi laborator tekshiriladi.

Yorg'oq ortig'ining yallig'lanishi (Epididymitis) gonoreyaning asoratlaridan biri bo'lib, bemorni urug' qopchasi sohasida og'riq bezovta etadi, jarohatlangan soha tomonida teri giperemiyalangan, shishgan, ushlab ko'rilganida issiq bo'ladi. Palpatsiyada yorg'oq ortig'i (jarohatlangan tomon) og'riqli, kattalashgan, zichlashgan bo'ladi. Agarda, nafaqat yorg'oq ortig'i, yorg'oq ham yallig'langan bo'lsa, palpator orqali ular bir-biriga yopishgani, kattalashgani va org'iqliligi aniqlanadi, bunday holat *orxoepididimit* (Orchoepididymitis) deb ataladi.

Urug' naychalari yallig'lanishi (Deferentitis) og'riqli, arqonga o'xshash palpatsiyalanadi, yallig'lanish jarayonining atrof to'qimalariga o'tishi *funikulit* (funiculitis) ni rivojlantiradi.

Uretra strukturasi (Stricture urethraye) gonoreyaning kam uchraydigan asoratidir. Uretra strukturasi siydik ajralishini o'zgartiradi, bu o'zgarish instrumental tekshirishlar usulida aniqlanadi. Yuqorida bayon etilgan klinik o'zgarishlar gonoreyaning klassik kechishini ta'riflaydi. Lekin turli xil omillar (immunodepressiya, nazoratsiz antibakterial vositalar qabul qilish, alkogolizm, narkomaniya va boshqalar) ta'siridan gonoreyaning boshlanishi bemor uchun sezilmasligi, *torpid* bo'lishi mumkin, bunday hollarda kasallikning erta tashxisi qiyinlashadi va turli xil og'ir asoratlar (jinsiy maylni buzilishi, bepushtlik va boshqalar) kelib chiqadi.

Ayollar gonoreyasi. Klinikasi. Kasallik boshlanganini ko'pchilik ayollar sezmaydi, sababi shikoyat deyarli bo'lmayli va ular kam bezovtalanadilar. Dastlabki belgisi – yiringli ajralma ajralishi. Ayrim hollarda og'riqli, tez-tez siyishga moyillik kuzatiladi, bu hissiyotlar deyarli hamma homilador ayollarda, klimakterik yoshdagilarda va yosh qizchalarda kuzatiladi. Bu guruh bemorlarning tashqi jinsiy a'zolarida yallig'lanishlar kuzatilib, shu sohalar og'rig'i, qichishishi va qizishidan shikoyatlar bo'ladi. Ko'rik paytida katta va kichik uyatli labchalar shilliq pardalari shishi, giperemiyasi kuzatiladi, bu belgilar *o'tkir vulvit* (Vulvitis acuta) va *o'tkir*

vestibulit (*Vestibulitis acuta*) dan darak beradi. Uretra giperemiyasi va shishi, uni massaj qilinganidan so'ng yiringli yoki loyqa tomchi holidayi ajratmasi esa yangi o'tkir uretrit (*Urethritis recens acuta*) yuzaga kelganini tasdiqlaydi. Keyinchalik esa u o'tkir osti uretrit (*Urethritis recens subacuta*) ga o'tadi. Uretra infiltratlanmagan bo'ladi. Ammo shishgani palpatsiyalab aniqlanadi. Jinsiy faollik davrida qin shilliq pardasi yallig'lanmagan bo'ladi, sababi qinda kislotali muhit bo'ladi. Homilador, klimakterik yoshdagi ayollarda va kichik yoshdagi qizchalarda ko'pincha kolpit (*Solpitis*) rivojlanadi: qin shilliq pardasi giperemiyalangan, shishgan bo'lib, undan yiringli ajratma ajraladi. Bachadon bo'yni kanali hamma ayollarda yallig'lanadi. Bachadon bo'yni shilliq pardasi giperemiyalanib, shishadi, bachadon bo'yni kanalidan suyuq yiringli ajratma ajralishi kuzatiladi. Bu holat yangi o'tkir *endotservitsit* (*Endocervicitis recens acuta*) dan dalolatdir. Juda ko'p hollarda, kasallikning dastlabki davrlaridayoq bachadon bo'yni kanali atroflarida sirkulyar eroziya hosil bo'ladi. Eroziya yuzasi dastlabki davrda baxmalsimon, uzoq muddatli eroziyalar yuzasi esa follikulyar ko'rinishga ega bo'ladi. Yallig'lanish darajasi kamayganida, yangi o'tkir osti yoki torpid *endotservitsit* (*Endocervicitis recens subacuta*, *torpida*) vujudga keladi.

Taxminan 2 oy o'tgach, yallig'lanish surunkali proliferativ bosqichiga o'tadi. Bosqichga o'tilganini quyidagilar ma'lumotlardan bilish mumkin: shilliq pardalar sianozi, infiltratsiyasi, ajratmalar miqdorining kamayishi va ular turining o'zgarishi: suyuq-shilliq, shaffof yoki loyqalanishi kabilar. Bu jarayon uretrada kuzatilsa, surunkali uretrit (*Urethritis chronica*), bachadon bo'yni kanalida surunkali *endotservitsit* (*Endocervicitis chronica*) kechayotganidan dalolat beradi. Surunkali *endotservitsit*ning xarakterli belgisi qiyin ajraluvchi shilliq lenta ko'rinishidagi ajratma bo'lib, u bachadon bo'yni kanalidan osilib turadi. Agarda bachadon bo'yni shilliq pardasida oqish yoki sarg'ish guruch donasidek hosilalar kuzatilsa, bu shilliq bezlar kistasi (*Onula Nabothi*) bo'ladi. Bu kistalar yallig'lanish natijasida bezlar chiqaruv naychalari tiqilib qolishidan hosil bo'ladi.

Davosi. So'zakni davolashda antibiotiklar bilan birga zararlangan o'choqlar va asoratlarning borligiga qarab mahalliy, immun va fizioterapevtik muolajalar o'tkaziladi (Davolash O'zbekistonda 1996-yilda «So'zakning davosi va profilaktikasi» ko'rsatmasi asosida olib boriladi). Davoni boshlamasdan, uchta qoidaga amal qilish kerak:

1. Faqatgina gonokokkning antibiotikka bo'lgan sezgirlikini inobatga olib (mikrobiologik usullar bilan aniqlash yoki uning javobi keyincha oldingi shu hududdagi izlanishlar natijasiga asoslanib) davoni o'tkazish.

2. Asoratlarning oldini olish uchun, albatta, kompleks laborator tekshiruv va topilgan infeksiyalarga qarab kompleks davo o'tkazish zarur

3. Mikrobiologik tekshiruv imkoniyatlari bo'lmasa, yiring ajratmalari bor bemorga gonokokka qarshi davo bilan birga xlamidiya va trixomonadalarga qarshi kompleks davo ham olib borish kerak.

Bugungi kunda asosiy va bemorga o'ng'ay bo'lgan effektiv davo usullardan:

- seftriakson 250 mg, 1 marta, mushak orasiga yoki;
- siprofloksatsin 500 mg, 1 marta beriladi yoki;
- ofloksatsin 400 mg, 1 marta beriladi yoki;
- sefiksim 400 mg, 1 marta beriladi yoki;
- spektinomitsin 2 g, 1 marta mushak orasiga qilinadi.

UROGENITAL TRIXOMONIAZ (TRICHOMONIASIS UROGENITALIS)

Urogenital trixomoniaz jinsiy yo'l bilan yuquvchi, eng ko'p tarqalgan parazitlar kasallik bo'lib, u bilan faqat insonlargina kasallanadi. Kasallik asosan, siydik yo'llarining faqat distal qismlari yallig'lanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. *Trichomonas vaginalis* bir hujayrali organizm bo'lib, uning harakat apparatlari yaxshi rivojlangan (5 ta xipchini bor), yadrosi ekstsentrik joylashadi. Odatda qin trixomonadasi noksimon ko'rinishga ega bo'lsa-da, u o'z shaklini o'zgartirish xususiyatiga ega va turli to'qimalarning tor tirqishlari orqali kira oladi. Trixomonadalarning o'lchamlari ularning ko'payish tezligiga bog'liq, undan tashqari turi mikromuhitga bog'liq bo'lib, 2-5 mm dan 5-30 mm gacha yetadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik, asosan, jinsiy yo'l bilan yuqadi, lekin trixomonadalar nam muhitda (ajratmalarda, suvda, mochalkalarda) hayot faoliyatini saqlaydi. Shuning uchun ham maishiy aloqalar orqali ham yuqishi mumkin. Lekin rektal va orogenital munosabatlar natijasida kasallik vujudga kelmaydi, chunki qin trixomonadasi to'g'ri ichakda va og'iz bo'shlig'ida yashay olmaydi.

Patogenezi. Qin trixomonadalari uretra yoki qin shilliq pardasiga (faqatgina yassi epitelial hujayralar bor joyga) tushgach, ko'paya boshlaydi va mahalliy yallig'lanish chaqiradi. Trixomonadalar xipchinlari yordamida harakatlanib, shilliq pardalar yuzalari bo'ylab tarqaladi, to'qimalar tirqishlari orqali bezlarga va lakunalarga tarqaladi. Trixomonadalarning parazitlik qilishlari uchun kislotali muhit qulay bo'lib, bunday sharoitlarda glikogen moddasi yetarli bo'ladi. Qin trixomonadasi ayrim kokklar (gonokokk)ni fagotsitoz yo'li bilan qabul qiladi-yu, parchalab hazm qilolmaydi va ularni antibiotik va sulfanilamid preparatlar ta'siridan saqlab qoladi. Shuning uchun bemorda so'zak va

trixomoniaz bor deb shubha qilinsa, bir yo'la so'zak va trixomoniazga qarshi davo qilish kerak.

Inkubatsion davri 3-4 kundan 2-3 haftagacha.

13-jadval

Urogenital trixomoniozning davosi

Timidazolom	p'lo	kuniga 2,0 gr bir marta 1-kuni 2,0 gr bir mahal, 2-5 kunlari; 1,0 kuniga 1 marta	yoki Homiladorlikning 1-trimesterida mumkin emas. Surunkali jarayonida
Metromidazolom (Trichopol, Flagil, Metrogel)	p'lo	1-usul: 0,25 gr dan kuniga 3 mahal, 7 kun	Gardnerellez bilan uyush- gan holda uchrasa tavsiya etiladi
Atrican-250	R'jo	1 tabletka kuniga 2 mahal, 4 kun	Jigar xastaligida mumkin emas. Homiladorlarga ham mumkin, Candida albicansga ham ta'sir etadi
Ornidazol (Tiberal)	R'jo va i'vag	0,5; kuniga 2 mahal, 1 vag tabletka, uyqudan oldin	O'tkir turida 1 kunli, surunkali turida - 5 kunli davo
Clotrimazolom	i'vag	0,1; uyqudan oldin, 7 kun	Homiladorlikning 1-trimestrida ham qo'llash mumkin
Clion D 100	i'vag	1 tab uyqudan oldin, 10 kun	Candida albicansga ham ta'sir etadi

Ayollar va qizlardagi klinik ko'rinishi. Trixomoniaz o'tkir ko'pikli yiring ajratma bilan boshlanib, bemorlar achishuvchi og'riqlar yoki qichima va ko'p miqdordagi oqish ajratma ajralishidan shikoyat qiladilar. Vaqt o'tgan sayin subyektiv shikoyatlarning intensivligi kamaya boradi, go'yo «tuzalayotgandek» bo'ladi. Surunkali trixomoniazga tez-tez avjlanishlar xos bo'lib, bu avjlanishlar o'tkir yallig'lanishni stimulyatsiya qiladi. Ko'pincha yallig'lanish qinda (Colpitis), bachadon bo'yni shilliq pardasida (Cervicitis), uretrada (Urethritis), kichik uyatli labchalar shilliq pardalarida (Vestibulitis) va katta (Vulvitis) jinsiy lablarda kuzatiladi.

Ba'zan esa bachadon bo'yni kanali (Endocervicitis) va bachadon (Endometritis) shilliq pardasi yallig'lanadi.

Erkaklardagi trixomonadalar uretra shilliq pardasiga tushgach, o'tkirosti, torpid klinik ko'rinishi yoki surunkali yallig'lanish chaqiradi. Bemor yaxshi davolanmasa, parhez saqlamasa, unda uretra strukturasi, trixomonadli prostatit va boshqa asoratlar kuzatilishi mumkin.

Tashxisi:

1. Bakterioskopik tekshirish.
2. Bakteriologik ekish usulida tekshirish.

Differensial tashxis. Asosan laborator usullar yordamida boshqa jinsiy yo'llar bilan yuquvchi kasalliklarga qiyoslanadi. Travmatik, kimyoviy jarohatlar, allergik reaksiyalar, disbakterioz, gipovitaminoz, yallig'lanishlar, ichak parazitlari (ostritsalar) tomonidan bo'lishi mumkin; toksikodermiya, oddiy po'rsildoq yara.

UROGENITAL XLAMIDIOZ (CHLAMYDIOSIS UROGENITALIS)

Xlamidioz – ko'p uchrovchi jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasallik bo'lib, infeksiya organizmda uzoq kechuvchi yallig'lanish va asoratlar chaqiradi hamda bo'g'imlar va ko'z konyuktivasi jarohatlanadi.

Etiologiyasi. Xlamidiyalar mayda, grammanfiy bakteriyalar bo'lib, hujayralar ichida parazitlik qilish xususiyatiga ega, faqat hujayralar ichida, sitoplazmatik kiritmalar tarkibida rivojlanadi. Bu kiritmalar – xlamidiya koloniyalaridir. Insonlarda urogenital xlamidiozni *Chlamydia trachomatis* D-K serotiplari chaqiradi. Undan tashqari, *Chlamydia trachomatis*, L–tiplari insonlarda venerik limfogranulema kasalligini keltirib chiqaradi. Noqulay sharoitlarda xlamidiyalar L–formaga aylanadi, hujayralar tarkibida uzoq muddat parazitlik qiladi, natijada minimal antigenlik ta'siri chaqiradilar. Immunodepressiya yoki immuntanqislik holatlarida xlamidiya L–formadan yana faol, virulent formaga o'tib, kasallikni avjlandiradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai – bemor kishi. Kasallik jinsiy yoki maishiy aloqa orqali asimptomli bemorlardan yuqishi mumkin. Bolalar onalaridan – yo'ldosh orqali yoki tug'ilish vaqtida kasallikni yuqtiradilar. Organizmda infeksiya kontakt yo'li bilan tarqalishi yoki limfogen, gematogen yo'llar bilan generalizatsiyaga uchrashi mumkin.

Patogenezi. Infeksiyaga chalinish *Chlamydia trachomatis* bakteriyalarining shilliq pardalariga tushishi oqibatida kuzatiladi. Xlamidiyalar silindrik hamda oraliq epiteliyalarida parazitlik qiladi.

Hujayralar yuzasiga xlamidiyalarning elementlar tanachalari tushadi, ular mikroorganizmning yetilgan turi hisoblanadi va infeksiyaning tarqalishini ta'minlaydi. Mikroorganizmning bu turi organizmdan tashqarida, xona haroratida 24-36 soatgacha saqlanishi mumkin, ular ultrabinafsha nurlari ta'siridan, dezinfeksiyalovchi vositalar hamda qaynatish oqibatida o'ladi. Elementar tanachalar hujayralarda retikulyar tanachalarga aylanadi va faol metabolizm bilan tezda ko'payadi. Hujayralarda retikulyar tanachalar rivojlanib, voyaga yetadi, infeksiyaga chalingan hujayra o'ladi, yangi elementar tanachalar ajralib chiqadi. Bu jarayon 48-72 soat mobaynida kechadi va uzviy davom etadi.

Inkubatsion davri 5-14 kun va undan ko'proq.

Klinikasi. Siydik-tanosil yo'llarida kuzatiladigan yallig'lanishlar, o'tkirosti va surunkali gonoreyali yallig'lanishdan kam farq qiladi. Odatda, uretrada noxush hissiyot, achishish va qichishish kuzatiladi. Uretra teshigi biroz giperemiyalangan bo'lib, oz miqdorda shilimshiq ajratma ajraydi. Ayollarda bachadon bo'yni va kanali yallig'lanishi xarakterlidir. Urogenital xlamidioz gonoreya singari siydik - tanosil tizimi bo'yicha tarqalishi va asoratlanishi mumkin.

Infeksiyaning ko'z shilliq pardasiga tushishi natijasida konyuktivit rivojlanadi. Immunopatologik reaksiyali bemorlarda Reyter kasalligi (Morbus Reiter) – reaktiv artritis, tugunchali eritema va boshqalar kuzatiladi. Uzoq kechgan infeksiya bepushtlik, bo'g'imlarning surunkali yallig'lanishi va boshqa tiklanmas asoratlar chaqiradi. Reyter kasalligi klassik variantda kechganida uretritdan boshlanadi, unga bo'g'imlar yallig'lanishi va konyuktivit qo'shiladi. Terida toshmalar kuzatilishi mumkin. Kasallikka, asosan, yosh erkaklar chalinadi. Kasallik o'tkir yoki o'tkirosti boshlanib, biror-bir simptomning ustunligi bilan kechadi. Kasallik qaytalashi mumkin, o'z vaqtida tashxis qo'yib davolanmasa, tiklanmas asoratlar chaqirishi mumkin.

Tashxis. 1. Bakterioskopik tekshiruv:

a) surtmani Romanovskiy-Gimza usulida bo'yash;

b) to'g'ri immunoflyuoristsensiya usuli (RIF) juda sezgir usul bo'lib, gipertashxis bo'lishi mumkin;

d) immun-peroksidaza usuli.

2. Bakteriologik tekshiruv: ajratmalarni tovuq embrioni va hujayra kulturasida undirish usuli.

3. Serologik tekshiruvlar: bivosita immunoflyuorestsensiya usuli. Zardob yoki sekretndan antitelalarni aniqlash.

4. Polimeraz zanjirli reaksiya (DNK tashxisi) ajratma yoki siydik tekshirilishi mumkin.

Urogenital xlamidiozni davolash

Medikament	Yuborish usuli	1. Asoratlanmagan xlamidioz	2. Asoratlangan xlamidioz	Ilova, tavsiya
Doxicyclinum yoki Mynocyclinum	R/o	1-doza 0,2 gr; keyin 0,1 gr, kuniga 2 marta, 7 kun yoki 1-doza 0,2 gr, keyin 0,1 gr, kuniga 1 marta, 7 kun	1-doza 0,2 gr, keyin kuniga 2 marta, 14 kun yoki 1-doza 0,2 gr, keyin 0,1 gr, kuniga 1 marta, 14 kun	Homiladorlar, emizikli ayollar, bolalarga mumkin emas. Prostatitda samarali
Tetracyclinum hydrochloridum	R/o	0,5 gr, kuniga 4 marta, 7 kun	0,5 gr, kuniga 4 marta, 14 kun	
Erythromycinum	R/o	0,5 gr, kuniga 4 marta, 7-10 kun yoki 0,25 gr, kuniga 4 marta, 14 kun		Homiladorlar, bolalarga, tetratsiklinga monelik bo'lganida
Cefoxin	i/v		2,0 gr, kuniga 4 marta, 14 kun	Og'ir holatlarda
Azitromycinum (Sumamed)	R/o	1,0 gr, bir marotaba	1-2-kuni 1,0 gr, 3-kunidan 0,25 gr, kuniga 1 marta, 6 kun	Tanlov preparati
Cotrimaxazolium (Trimethoprim sulfamethoxazole)	R/o	1 tabletka kuniga 2 marta, 7 kun	1 tabletka kuniga 2 marta, 10 kun	Tanlov preparati
Amoxicillinum	R/o	0,75 gr, kuniga 3 marta, 10-14 kun		
Sulfisoxazole	R/o	0,5 gr, kuniga 4 marta, 10 kun		
Rovamycin	R/o			Homiladorlarga ham qo'llash mumkin

Differensial tashxisi:

- faqat laborator usulda kasallik manbaini aniqlash bilan;
- Gonorrhoea;
- Trichomoniasis;
- Ureaplasmosis;
- Candidamycosis;
- Gardnerellosis;
- venerik genezga ega bo'lmagan uretritlar.

MIKOPLAZMOZ (MYCOPLASMOSIS)

Urogenital infeksiya hisoblanib, boshqa urogenital infeksiyalar bilan uyushgan holda uchrashi va gonoreyadan keyingi yallig'lanishga sabab bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi. *Mikoplazmalar* suv, tuproq tarkibida keng tarqalgan saprofitlar bo'lib, hayvon va odamlar kasallik chiqaruvchisidir. *Mycoplasma hominis* va uning T turi – *Ureaplasma urealiticum* inson uchun shartli-patogen hisoblanadi. Mikoplazmalar polimorf grammanfiy mikroorganizmlardir, ularda boshqa bakteriyalardan farqli o'laroq, hujayra pardasi yo'q. Ularni uch qavatli membrana qamrab turadi va viruslarga o'xshab hujayralarda ko'payadi va bakterial filtrlardan o'ta oladi.

Patogenezi. Mikroorganizmlar siydik-tanosil yo'llari shilliq pardalariga tushishga harakat qilib, u yerdan adsorbsiyalanib, hujayra yuzasiga joylashadi. Mikoplazma va ureaplazmalar boshqa patogen mikroorganizmlar bilan uyushgan holda yallig'lanish reaksiyalarini chaqiradi.

Inkubatsion davri. Inkubatsion davri 5-10 kundan 3-4 haftagacha bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Mikoplazmalar va ularning T koloniyalari siydik-tanosil a'zolari yo'llarida o'tkir, surunkali yoki kam simptomli yallig'lanishlar chaqiradi. Mikoplazma infeksiyasi boshqa urogenital kasalliklar bilan ko'pincha uyushgan holda uchraydi, ularning asosiy klinik simptomlari ham bir-biriga o'xshash. 50 % hollarda mikoplazmoz postgonoreyali yallig'lanishli infiltrativ jarayonlar va boshqa asoratlarga olib keladi.

Tashxisi. Siydik yoki ajratma maxsus muhitga ekiladi.

Differensial tashxisi:

- boshqa urogenital infeksiyalardan bakteriologik usulda differentsiatsiya qilinadi.

Mikoplazmozning davosi

Tetracyclinum hydrochloridum	Rʻo	0,5 gr kuniga 4 mahal 7 kun	Homiladorlik davrida qoʻllash mumkin emas
Doxycyclinum	Rʻo	0,1 gr kuniga 2 marta 7 kun	Homiladorlik davrida qoʻllash mumkin emas
Erythromycinum	Rʻo	0,5 gr kuniga 4 marta 7 kun	Tetratsiklinga monelik boʻlganida
Spectinomycinum	ijm	2,0 gr kuniga 2 marta 3 kun	Ogʻir hollarda
Doxycyclinum	ijm	0,1 gr kuniga 2 marta tana harorati tush- ganidan soʻng 48 soat oʻtgunicha. Soʻng davoni rʻo 10-14 kun davom ettiriladi.	Disseminatsiyalangan infeksiyada qoʻllaniladi

**BAKTERIAL VAGINOZ, GARDNERELLEZ
(VAGINOSIS BACTERIALIS)**

Bakterial vaginoz polimikrobli kelib chiqishga ega boʻlgan klinik sindrom boʻlib, bunda qin sekreti oʻzgarishi kuzatiladi, laktobakterial flora va anaerob mikroorganizmlar orasida siljish kuzatiladi.

Etiologiyasi. Bakterial vaginozda – sekret tarkibida anaerob flora – Gardnerella vaginalis va Mobiluncus boshqa urogenital infeksiyalar bilan uyushgan hollarda uchraydi. Qin sekretidan laktobatsillalar yoʻqolib, leykositlar boʻlmaydi. Gardnerella va Mobiluncus – grammanfiy, grammoʻzgaruvchan, spora hosil qilmaydigan tayoqchalardir.

Patogenezi. Gardnerella vaginalis epiteliyal hujayralar bilan birikib tipik clue cells hosil boʻladi. Qinda Dederleyn tayoqchasi boʻlmaydi, pH 4,5 dan yuqori boʻladi va qin sekretida oʻzgarishlar kuzatiladi.

Klinikasi. 50 % bakterial vaginoz bilan ogʻruvchi ayollar kasallikdan hatto laborator usulda tashxis tasdiqlangan boʻlsa ham shikoyat qilmaydilar. Klinik oʻzgarishlar kuchli rivojlangan bemorlarda – noxush hissiyot, qichishish, siydikning oʻzgarishi va ajratmadan shikoyat kuzatiladi. Yalligʻlanish oʻtkir kechib uretrada (urethritis), qin shilliq pardasida (colpitis), bachadon boʻynida (cervicitis) va bachadon boʻyni

kanalida (endocervicitis) kuchayadi. Qo'ng'ir-oqish, o'ziga xos hidli ajratmalar chiqishi bemorni bezovta qiladi. Erkaklarda Gardnerella vaginalis yallig'lanish chaqirmaydi, ayrim hollardagina uretrit kuzatilishi mumkin.

Tashxisi. Bakterial vaginoz tashxisi o'rinli deyish uchun bemorda 4 belgidan 3 tasi topilishi kerak.

1. Qindan gomogen qaymoqsimon, yoqimsiz hidli ajratma chiqishi.
2. Ajratmaga 10% KON eritmasi tomizilsa yoqimsiz baliq isi paydo bo'ladi.

3. Ajratmalar bakterioskopik tekshirilganda kalitli hujayralar topilishi.

4. Qin ajratmasining pH ko'rsatkichi 4.5 dan yuqori bo'lishi.

Differensial tashxisi. Boshqa urogenital infeksiyalardan klinik va bakteriologik farqi.

16-jadval

Bakterial vaginozning davosi

Timidazolom	R/o	1-kuni 2,0; 1 marta, keyin 0,5 kuniga 2 marta, 5 kun	
Metronidazolom	R/o	0,5 kuniga 2 marta, 7 kun	
Arilin 250	R/o	0,5 kuniga 3 marta 3-4 kun yoki 0,5 kuniga 3 marta, 5 kun	Homiladorlikda qo'llash mumkin. Retsidiv vaqtida vaginal shag'amalar bilan birga qo'llaniladi
Arilin rapid	i/vag	kuniga 1 marta, 2 kun	
Clindamycin	R/o	0,3 kuniga 4 marta, 4-7 kun	Homiladorlik davrida qo'llash mumkin
Cleocin krem	mahalliy	kuniga 1 mahal, qinni fiziologik eritma bilan chaygandan so'ng	
Trysul	mahalliy	vaginal, kuniga 2 marta yuboriladi	Sulfanilamidlarni ko'tara olmaslik kuzatilganida mumkin emas

UROGENITAL KANDIDAMIKOZ (CANDIDAMYCOSIS UROGENITALIS)

Kandidamikoz disbakterioz oqibatida teri va ko'proq shilliq pardalarning yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Urogenital kandidoz manbai Candida guruh zamburug'lari bo'lib, 90% bemorlarda Candida albicans aniqlanadi. Candida albicans inson normal florasining shartli-patogen zamburug'i bo'lib teri, shilliq pardalar va ichki a'zolarida yallig'lanish chaqirishi mumkin.

Patogenezi. Kandidamikozni rivojlanishiga olib keluvchi omillar endogen (endokrinopatiya, immunologik tanqislik holati, avitaminozlar) va ekzogen faktorlar (antibiotik, gormonal, immunodepressant, sitostatik dori-darmon, nur davosi va kontratseptiv preparatlari) ta'siridan so'ng vujudga keladigan disbakterioz, oqsil va uglevodlar metabolizmining o'zgarishidir.

Ayollarda bu kasallik tashqi jinsiy a'zolar va ularning shilliq pardalarini va qinni jarohatlab, o'tkir yallig'lanish chaqiradi. Subyektiv-achishish va qichishish hissi bezovta etadi. Ko'p miqdorda ajratma ajraladi. Tashqi jinsiy a'zo terisi giperemiyalangan, shishgan, oz suzmasimon parda bilan qoplangan bo'lib, uni ko'chirish natijasida eroziya va biroz qonash kuzatiladi. Bu xil klinik ko'rinish vulvit (vulvitis)ga xos. Odatda, bir vaqtning o'zida qin ham jarohatlanadi, qin devorida ham giperemiya, shish, oqish suzmasimon parda kuzatiladi, vulvoaginit (vulvovaginitis) rivojlanadi. Infeksiya siydik-tanosil a'zolari yuqori qismlariga ko'tarilishi mumkin: bachadon bo'ynini yallig'lantirib (cervicitis), uretrani ham jarohatlab (urethritis), diurez og'riqli kechadi. Yallig'lanish jarayoni surunkali turga o'tib, qaytalashga moyillik bilan kechadi.

Erkaklarda zamburug', olat boshchasi va yopqich terisining ichki yuzasida o'tkir yallig'lanish (balanoposhtitis) kuzatiladi, o'choqda giperemiya, suzmasimon parda va eroziya aniqlanadi. Bu yallig'lanish fimozga sabab bo'lishi mumkin. Uretraning yallig'lanishi kam kuzatiladi, ko'pincha surunkali turda bo'ladi, sababi boshqa infeksiyalar bilan assotsiatsiyada uchraydi, boshqa infeksiyalar fonida yoki ularni davolash oqibatida rivojlanishi mumkin.

Tashxisi:

1. Bakterioskopik tekshirishlar.
2. Bakteriologik tekshirishlar.

Differensial tashxisi

- Mexanik ta'sirdan yallig'lanish.
- Kimyoviy allergik ta'sirdan yallig'lanish, turli xil kontraseptivlar ta'siridan vujudga keluvchi yallig'lanishlar.

- Qizlarda tashqi jinsiy a'zolarning ichak parazitlari ta'siridan yallig'lanishi.

- Tashqi jinsiy a'zolar sohasi qichishishi (pruritus vulvae).

- Trichomoniasis va boshqa infeksiyalar.

Davosi. Kandidamikozga uchragan bemorlarni etiologik va patogenetik davosi bir xil darajada zarur. Shuning uchun ham zamburug'ga qarshi preparatlar (imidazol guruhi) bilan bir qatorda B guruhi vitaminlari qo'llaniladi, fermentoterapiya, disbakteriozni bartaraf etishga qaratilgan davo tayin etiladi.

17-jadval

Umumiy zamburug'ga qarshi davo

Nistatinum	R o	500.000 T.B.kuniga 4 marta, 5-10 kun	Retsidiv kuzatilsa 1-yilda 3-4 kurs qaytariladi
Ketakena- zolum (Nizora lum, Oranozolum)	R o	0,2 (1 tab.) kuniga 1-2 hafta	
Itaconazolum	R o	0,4 bir marotaba	Retsidiv kuzatilsa qaytadan qabul qilinadi. Haftada 1 marta, 2-3 hafta
Fluconazolum (Diflucan)	R o	150 mg (1 tab.) bir marotaba	Retsidiv kuzatilsa, 150 mg (1 tab.) haftada bir marta, 2-3 hafta
Tenonidazolum (Atrican-250)	R o	1 kap.kuniga 2 marta, 4 kun	Trichomonas vaginalisga ham ta'sir etadi

Mahalliy davo. Turli xil pH li eritmalar bilan vaginal vannochkalar qilinadi va chayiladi. Eritmalar kunora o'zgartirilib turiladi: 2 % li borat kislotasi eritmasi, 2 % natriy gidrokarbonat eritmasi, yodinol, lyugol eritmaları va boshqalar.

Mahalliy davo

Nistatinum (Mycostatinum Candida Lokacid)	maz, vaginal shag'amcha	kuniga 1 marta, 12 kun	
Myconazolum (Dactar)	krem, pudra	kuniga 1-2 marta, simptomlari yo'qolguncha	
Clotrimazolum (Antifungel, Mycofungin)	vaginal tab. vaginal krem	kuniga 1 marta 3-6 kun	Retsidiv kuzatilsa 3 kundan so'ng, kurs qayta o'tkaziladi
Iconazolum (Travogen, Gino-Travogen Ovulum)	krem, vaginal sharchalar	kuniga 1 marta 4 hafta mobay- nida 1 vaginal sharga bir marotaba	Retsidiv kuzatilsa qaytadan 1 marta menstrual sikl vaqtida qo'llaniladi
Polygonax	vaginal kapsulalar	1 kaps. – 1 kunda, 12 kun	
Clion D 100	vaginal tab.	1 tab. uyqudan oldin, 10 kun	Trichomonas vaginalis ga ham ta'sir etadi

SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASI

Etiologiyasi. Sitomegalovirus (Cytomegalovirus Hominis, 1956-yilda M.G. Smith aniqlagan) uchta shtamli (Denis, AD 169, Kerr), betta-gerpesviruslar oilasiga mansub bo'lgan klinik polimorfizm bilan kechadigan kasallikdir. Sitomegalovirus opportunistik infeksiyalardan bo'lib, birlamchi yoki ikkilamchi immuntanqisligi holatlarida o'zini namoyon qiladi insonning ichki a'zolarini zararlaydi va turli xil ko'rinishdagi klinik manzarani keltirib chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Virusning manbai virus tashuvchi va bemor hisoblanadi. Odam organizmidan SMV qon, siydik, so'lak, balg'am, ko'z yoshi, sperma, axlat, bachadon bo'yni va qin ajratmalari bilan chiqadi va bu yuqish yo'llarini belgilaydi – jinsiy aloqa orqali, havo-tomchi

ovqatlanish jarayonida, onadan-bolaga (transplatsentar, vertikal), ona suti va parenteral yo'l.

Patogenezi. SMVning rivojlanishi ko'proq qanday yo'l bilan yuqqanligiga, makroorganizmning genetik va immun holatiga bog'liq. SMV odam organizmiga kirib limfotsitar reaksiya va proliferativ aktivligining pasayishi, fagotsitar aktivlik va tugallangan fagotsitoz holatining sustligiga xos o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Qonda SMV leykotsitlar, mononuklear fagotsitlar, T- va B-limfotsitlarda ko'payib, limfoid a'zolariga tarqaladi.

Klinikasi. Sitomegalovirus kasalligi klinik polimorfizm bilan ifodalanib ayollarda servitsit, bachadon bo'yni eroziyasi, homilador ayollarda erta va og'ir toksikozlar, endometrit holatlarini namoyon qiladi va erta homila tashlashga va homiladorlik jarayonining buzilishiga olib keladi. Bemorlar bo'g'imlardagi og'riqdan shikoyat qiladilar va quloq oldi va jag' osti limfa tugunlarining kattalashgani, qonda eritrotsitlar cho'kishi tezligi (ROE) 40 mm/s gacha ko'tarilgani aniqlanadi. Shilliq qavatlar yuzasida oqish-ko'kimtir qoplama shpatel bilan ko'chirilsa, ular yengil va og'riqsiz ko'chadi va yuzasi qonamaydi. Ayollar ginekologik ko'rikdan o'tganida katta va kichik uyatli lablarning shilliq qavatida 1-2 mm keladigan qattiqlashgan o'choqlar ko'zga tashlanadi va ular kam sezuvchan bo'ladi.

Tashxisi. Amaliyotda sitomegalovirus kasalligining tashxisi ko'proq yuqorida qayd etilgan shikoyatlar va o'zgarishlar bilan kelgan bemorlarni laborator tekshiruvidan o'tkazib, ularda SMVga komplement bog'lovchi antitanachalarni IFA va PTSR usullari bilan aniqlashga asoslanadi.

Davosi. Virusga qarshi etiotrop dori-darmonlar (atsiklovir, zaviraks, viroleks, ribamidol, foskarnet va boshqalar) bilan gammaglobulin, interferon, levamizol va boshqa turdagi immunoinduktorlar qo'llaniladi.

ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) o'ta xavfli, yuqumli, retrovirus guruhiga mansub virus qo'zg'atadigan kasallikdir. OITS 1980-yillardan boshlab omma orasida keng tarqalishi va bedavoligi dunyo mamlakatlarida sezilarli ijtimoiy va iqtisodiy zarar keltiradigan kasallik ekani e'tibof etildi.

Dunyo bo'yicha kasallanganlar soni 50 millionga, OITSDan bir yilda ko'z yumganlar soni 3 mln yaqinlashib qoldi. Mustaqil Hamdo'stlik Davlatlarida ham OITS kasalligi yildan yilga oshib bormoqda va 2005-yilgacha ularning soni 4 mln.ga yetdi. Respublikamizda esa 2003-yil avgustgacha ro'yxatga olingan OITSni yuqtirganlar soni 3000 ta bo'ldi va u barcha hududlarda qayd qilindi.

Etiologiyasi. Odamlar OITS bilan asosan, OITV-1 va OITV-2 retroviruslar sababli kasallanadilar. Virus genomi yaxshi o'rganilgan bo'lib, uning kattaligi 100-200 mikron va u ko'payish jarayonida 9 asosiy antigenlar strukturasi tashkil qiladi.

Patogenez. OITS patogenezini ham yaxshi o'rganilgan. Virus tirik hujayralar ichida ko'payadi va ular munosabatida bir necha bosqichlar ajratiladi:

1. Virusning hujayraga bog'lanishi.
2. Virus yechinishi va hujayraga kirishi.
3. Virus ko'payishi va tarkibida antigenlar va boshqa moddalar hosil bo'lishi.
4. Hujayra genomi ichiga virus genomining joylashishi.

Normal ishlab turgan organizmga tushgan viruslarni uzoq yillar davomida immun sistema bosib turadi, lekin asta-sekin immun tizimi virusga qarshi kurashish xususiyatini yo'qotadi va bu organizmda virus to'siqsiz ko'paya boshlaydi.

Epidemiologiyasi. OITS o'ta xavfli yuqumli antroponoz kasallik va u bemordan yoki OITS virusini tashib yuruvchi shaxslardan sog' odamga yuqadi.

OITS virusining yuqish yo'llari: jinsiy aloqa orqali (vaginal, anal, oral, gomoseksual yoki geteroseksual), parenteral zararlangan qon va qon mahsulotlari orqali (shpits va asbob-uskunalar) va bemor onadan homilaga (tug'ilish vaqtida) yoki bolaga (ona suti orqali).

OITS virusi jarohatlanmagan teri va shilliq qavatdan o'tmaydi.

Klinikasi. OITSning kechishi 5 davrga ajratiladi:

1. Kasallikning o'tkir davri.
2. Belgilarsiz – tashuvchilik davri.
3. Persistik generalizatsiyalashgan – limfadenopatiya davri.
4. OITSGa assotsiatsiyalangan kompleks davri.
5. OITS.

O'zbekistonda OITS klinikasi tasnifida va yordamni rejalashtirishda ko'proq V.I.Pokrovskiy (1989-y.) bergan kasallik tasnifi qo'llaniladi va u bo'yicha:

1. Inkubatsion davr.
2. Birlamchi belgilar davri:
 - A. O'tkir isitma fazasi.
 - B. Kasallikning belgilarsiz fazasi.
 - D. Qaytalanuvchi tarqoq limfadenopatiya fazasi.
3. Ikkilamchi belgilar davri:

A. Tana vaznining 10% dan kam miqdorini yo'qotish, teri va shilliq qavatlarni zamburug', bakteriya va viruslar tomonidan shikastlanishi, o'rab oluvchi temiratki, sinusitlar va qaytalanuvchi faringitlar kuzatilishi.

B. Tana vaznining 10% dan ko'prog'ini yo'qotish, 1 oydan ortiq sababsiz diareya va isitmalash, tilning «tukli» leykoplakiyasi, o'pka sili, ichki a'zolarining bakteriya, zamburug', virus, sodda parazitlar tomonidan jarohatlanishi (disseminitsiyasiz) yoki teri va shilliq qavatlarining chuqur jarohatlanishi, disseminitsiyalangan o'rab oluvchi temiratki, mahalliy Kaposhi sarkomasi.

D. Bakteriya, virus, zamburug', sodda parazitlar tomonidan chaqirilgan turli xil tarqalgan kasalliklar, pnevmosistli zotiljam, qizilo'ngach kandidozi, atipik mikobakterioz, o'pkadan boshqa a'zolarida uchraydigan sil kasalligi, tarqalgan Kaposhi sarkomasi, har xil sabablarga ko'ra markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

4. Terminal davri.

Yuqorida bayon etilgan klinik belgilardan tashqari OITS borligini quyidagi tahliliy o'zgarishlar tasdiqlaydi:

- T-xelperlar qondagi sonining kamayishi;
- T-xelperlarning T-supressorlarga nisbati kamayishi;
- kamqonlik yoki leykopeniya, trombositopeniya, limfopeniya;
- qon zardobida A- G-immunoglobulinlar miqdorining oshib ketishi;
- qonda aylanib yuruvchi immun birikmalar miqdorining oshishi;
- mitogen (immunostimulyator) ta'sirida limfotsitlarning yadroviy o'zgarish xususiyatining kamayishi;
- terining antigenga nisbatan sekinlashgan tipdagi, yuqori sezuvchan allergik reaksiyasi.

Amaliyotda OITSGa gumon qilish uchun mujassamlashgan belgilardan ikkita va undan ko'proq klinik va tahliliy ko'rsatkichlar bo'lishi kerak.

Davosi. OITS kasalligining klinik kechishiga, davriga qarab antiretrovirusli (zidovudin, azidotimidin, didanozin, zaltsitabin, stavudin, lamivudin, neviralin, lavirid, idinavir, ritonavir), simptomatik va patogenetik davo olib boriladi.

Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar profilaktikasi

JYOYUK bo'yicha maslahatni quyidagilar o'tkazishi mumkin:

- administratorlar;
- tibbiy hamshiralar;
- turli sohadagi tibbiy xodimlar: dermatovenerolog, ginekolog, urolog;
- terapevt va boshqa oila vrachlari, shuningdek jinsiy zo'rlash shubhasi tug'ilganda sud tibbiyoti vrachlari ham qatnashadilar;
- laboratoriya xodimlari;
- sog'lom turmush tarzini tashviqot qiluvchilar;
- sheriklarga ma'lumot beruvchi boshqa xodimlar.

Venerik kasalliklarning shaxsiy profilaktikasi

Tasodifan jinsiy aloqada bo'lgan ayol yoki erkak, ya'ni venerik kasallikka chalinish xavfi tug'ilgan shaxslar, venerik kasalliklarning oldini olish choralari dispanser qoshidagi «kechki profilaktoriylarda» yoki o'zlari amalga oshirishlari mumkin.

Autoprofilaktika choralari jinsiy aloqadan keyin tezda (2 soatgacha) o'tkazish kerak va buning uchun chet davlatlarda keng tarqalgan individual, portativ (cho'ntak) profilaktik vositalari bilan (bir penalga yig'ilgan) yoki prezervativ, katta shprits, antiseptik eritma (xlorgeksidin biglyukonat (gibitan), sidipol, miramistin va boshqa), antibakterial malham, sovun va boshqalar qo'llaniladi.

Xavfli (nikohdan tashqari) jinsiy aloqada bo'lgan inson individual profilaktika punktlariga kechayu kunduz murojaat qilishi mumkin. Bunday individual profilaktik punktlar ba'zi shaharlarda teri-tanosil kasalliklari dispanserlari qoshida, vokzal va ayeroportlarda tashkil etilgan bo'ladi. Bu punktdagi tibbiy xizmatchi murojaat qilgan insonga: murojaat qilgan inson siygandan keyin, siydik yo'llarini 2-3 % li protorgol eritmasi (gibitan, sidipol yoki boshqa vositalar) bilan shprits yordamida yuvilishi kerakligini tushuntiradi. Keyin jinsiy a'zolar atrofini kir sovun bilan yuvib, artilgandan keyin, antibakterial malham surtiladi. Ayollarda esa siydik yo'llaridan tashqari qin va tashqi jinsiy a'zolar 1:1000 miqdordagi sulema eritmasi, 1:6000 miqdordagi kaliy permanganat eritmasi, 1-2% li kumush nitrat eritmasi, gibitan, sidipol bilan yuviladi. Bu oddiy, yuqori effektiv harakatlar o'z vaqtida qilinsa autopprofilaktika o'tkazish har bir inson uchun odatga kirib, kutilgan natija berar edi.

Kontratsepsiyaning barer usullaridan – prezervativdan jinsiy aloqa vaqtida to'g'ri foydalanish ham venerik kasalliklarning yuqmasligini ta'minlaydi.

Toshmalarning tipik joylashishiga ko'ra kasalliklar ko'rsatkichi

Tananing turli sohalaridagi teri o'ziga xos anatomik, fiziologik va biokimyoviy xususiyatlarga ega. Shu sababli ko'plab kasalliklar o'ziga xos tipik lokalizatsiyaga ega (masalan: betda, oraliqda, quloq supralarida, tovonda). Bu ko'rsatkichda ayrim kasalliklarga toshmalarning joylashishiga ko'ra guruhlariga ajratilgan, bunday ko'rsatkich diagnostik izlanish doirasini birmuncha toraytiradi.

I. Boshning soch qismi:

Dog'

- qizil yugirik
- seboreyali dermatit

Papula va pilakcha

- oddiy husnbuzar
- chegarali neyrodermit
- pigmentli nevuslar
- psoriaz
- quyoshli keratoz
- qariyalar keratomasi

Tugunlar va o'smasimon hosilalar

- xushfe'l o'smalar (pigmentli nevuslar)
- yomon fe'lli o'smalar (yassi hujayrali va bazal hujayrali teri raki)
- metastazlar
- yog' bezlari nevusi

Kepaklar

boshning soch qismi dermatofitiyasi

- diskoid qizil yugirik
- psoriaz
- seboreyali dermatit

Lixenizatsiya

- chegarali neyrodermit

Qaloqlar

- bazal hujayrali teri raki
- boshning soch qismi dermatofitiyasi

- o'tkir qichimali dermatit
- piodermiya
- seboreyali dermatit
- Pufak va pufakchalar
- gerpessimon dermatit
- qamrab oluvchi temiratki
- o'tkir qichimali dermatit
- po'rsildoq yara
- Pustulalar
- stafilokokkli follikulit

II. Yuz (bet):

Dog'

Qizil dog'

- qizil yugirik
- alanganuvchi nevus
- seboreyali dermatit
- zaxm
- fiksatsiyalangan (joylashgan) toksikodermiya

Giperpigmentli

- yomon fe'lli lentigo
- melanoma
- oraliq nevo hujayrali nevus
- Peytts-egers sindromi
- qariyalar keratomasi
- fiksatsiyalangan toksikodermiya
- xloazma

Gipopigmentli

- oddiy temiratki
- vitiligo
- rang-barang temiratki
- yallig'lanishdan keyin hosil bo'lgan gipopigmentatsiyalar

Papula va pilakchalar

Normal teri rangida

- kontagioz mollusklar
- oddiy husnbuzar
- pigmentli nevuslar
- yassi so'gal
- oddiy so'gal
- quyoshli keratoz

Qizil

- angiofibroma
- bazal hujayrali teri raki
- ikkilamchi sifilis
- gemangioma

- dermatomiozit
- qizil yugirik
- nasliy gemorragik

Teleangiektaziya

- ot-nevusi
- oddiy husnbuzar
- og'iz atrofi dermatiti
- yassi hujayrali teri raki
- saramas
- quyoshli keratoz
- teleangiektatik granulema
- surunkali qichimali dermatoz
- eozinofilli follikulit
- eritropoetik protoporfiriya

Giperpigmentli

- melanoma
- pigmentli nevus
- qariyalar keratomasi

Tugunlar va o'smasimon hosilalar.

Sog' teri rangida

- angiofibroma
- bazal hujayrali teri raki
- intradermal nevo-hujayrali nevus
- yassi hujayrali teri raki
- trixolemmoma

Qizil

- generallashgan amiloidoz
- qizil yugirik
- sarkoidoz
- teleangiektatik granulema

Giperpigmentli

- bazal hujayrali teri raki
- zangori nevus
- melanoma
- pigmentli nevuslar

Vegetatsiyalar

- keratoakantoma
- oddiy so'gallar
- qariyalar keratomasi

Bo'rtmalar

Kvinke shishi

Kepaklar

- glyukagonoma
- dermatofitiya
- sink yetishmovchiligi

- qizil yugirik (asosan ochiq sohalarda)
- o'tkir ost qichimali dermatit
- psoriaz
- seboreyali dermatit
- quyoshli keratoz
- Muguzlanish
 - keratoakantoma
- quyoshli keratoz
- Lixenizatsiya
 - neyrodermatoz
 - surunkali qichimali dermatit
- Qaloqlar
 - herpes
 - impetigo
 - qamrab oluvchi temiratki
 - o'tkir kontaktli dermatit
- Pufak va pufakchalar
 - bullyoz impetigo
 - herpes
 - dermatofitiya
 - qamrab oluvchi temiratki
 - po'rsildoq yara
- Yiringchalar
 - dermatofitiya
 - impetigo
 - oddiy husnbuzar
 - pushti husnbuzar
- Yaralar
 - yomon fe'lli hosilalar
 - melanoma
 - patomimiya
- Ekskoriatsiyalar
 - nevrotik ekskoriatsiyalar

III. Qoboqlar:

Tugunchalar

- generallashgan amiloidoz
- yomon fe'lli o'smalar
- kontagioz mollyusklar
- ksantelazma
- yumshoq fibroma
- perioral dermatit
- Kaposhi sarkomasi
- siringoma
- qariyalar keratomasi

Bo'rtmalar yoki shish

kontaktli dermatit

kvinke shishi

Vegetatsiyalar

bazal hujayrali teri raki

oddiy so'gallar

Tugunlar va o'smasimon hosilalar

– intradermal yoki murakkab nevojuyayrali nevus

– generallashgan amiloidoz

– sarkoidoz

Kepaklar

– o'tkir ost qichimali dermatit

– seboreyali dermatit

Lixenizatsiya

– gistoplazmoz

– yomon fe'lli o'smalar

– qizil yugirik

– zaxm (qattiq yara)

– og'iz bo'shlig'i bilan terining birgalikda jarohatlanishi

ikkilamchi zaxm

Qaloqlar

– impetigo

– pufak, pufakcha, yiringchali toshma bilan kechuvchi barcha dermatoz

– o'tkir qichimali dermatit

IV. Quloq supralari:

Pilakchalar

– diskoid qizil yugirik

– psoriaz

Tugunchalar va o'smasimon hosilalar

– yomon fe'lli o'smalar

– layma kasalligi (kanali borrelioz)

– limfoma

– pigmentli nevuslar

– quloq supراسi buramasining tugunli xondrodermatiti

Kepaklar

– diskoid qizil yugirik

o'tkir ost qichimali dermatit

psoriaz

seboreyali dermatit

Muguzlanish

quyoshli keratoz

qariyalar keratomasi

Lixenizatsiya

surunkali qichimali dermatit

V. Og'iz bo'shlig'i:

Pilakchalar

- og'iz bo'shlig'ining sochli leykoplakiyasi (til jarohatlanishi)
- kandidoz
- qizil yassi temiratki (to'rsimon turi)
- leykoplakiya

Tugunlar

- yomon fe'lli o'smalar
- teleangiektatik granulema

Muguzlanish

- og'iz bo'shlig'ining sochli leykoplakiyasi (til jarohatlanishi)
- leykoplakiya

Pufak va pufakchalar

- herpes (birlamchi infeksiya)
- qamrab oluvchi temiratki
- ko'p xilli ekssudativ eritema
- po'rsildoq yara

Yaralar

- aftlar
- herpes
- kandidoz
- qizil yugirik
- qizil yassi temiratki
- ko'p xilli ekssudativ eritema
- po'rsildoq yara

VI. Tana:

Dog'

Qizil

- ikkilamchi zaxm
- dermatofitiya
- medikamentoz toksikodermiya
- pushti rangli temiratki
- seboreyali dermatit

Giperpigmentli

- dermatofitiya
- neyrofibromatoz (sutli kofe rangidagi dog'lar)
- pigmentli eshakemi
- Mak-Kyun-Olbpayt sindromi
- joylashgan toksikodermiya

Gipopigmentli

- oddiy temiratki
- vitiligo
- rang-barang temiratki

- moxov

- tuberoz skleroz

Tuguncha, pilakchalar

Sog' teri rangida

intradermal nevojuyayrali nevus

kontagioz mollyusk

- neyrofibromatoz

Qizil

ikkilamchi zaxm

- gerpetiform dermatit

- qo'ziqorinsimon mikoz

- dermatofitiya

- infeksiyon kasalliklar

- qizil yassi temiratki

- layma kasalligi (surunkali migratsiyalanuvchi eritema)

- seboreyali dermatit

- medikamentoz toksikodermiya

- oddiy husnbuzar

- papulez eshakemi

- pigmentli eshakemi

- psoriaz

- pushti rangli temiratki

- surunkali qichimali dermatit

Giperpigmentli

- bazal hujayrali teri raki (pigmentli turi)

- melanoma

- Bekker nevasi

- pigmentli eshakemi

- pigmentli nevaslar

- qariyalar keratomasi

- fiksatsiyalangan toksikodermiya

Bo'rtmalar

- eshakemi

- medikamentoz toksikodermiya

- qumursqalar chaqishi

- o'tkir vaskulit

Tugunlar

Sog' teri rangida

- metastazlar

- neyrofibromatoz

Qizil

- abstsesslanuvchi husnbuzar

- intradermal nevojuyayrali nevus

- qo'ziqorinsimon mikoz

metastazlar

- moxov
- sarkoidoz
- zaxm gummasi
- Giperpigmentli
- melanoma
- pigmentli nevus
- Kaposhi sarkomasi
- qariyalar keratomasi
- Kepaklar
- pilakchali parapsoriaz
- ikkilamchi zaxm
- qo'ziqorinsimon mikoz
- dermatofitiya
- medikamentoz toksikodermiya
- rang-barang temiratki
- o'tkir ost qichimali dermatit
- psoriaz
- pushti rang temiratki
- seboreyali dermatit
- Pufak va pufakchalar
- bullyoz pemfigoid
- suvchechak
- gerpessimon dermatit
- dermatofitiya
- medikamentoz toksikodermiya
- qamrab oluvchi temiratki
- o'tkir qichimali dermatit
- po'rsildoq yara
- qo'tir
- Yiringchalar
- tarqoq pustulez psoriaz
- dermatofitiya
- impetigo
- medikamentoz toksikodermiya
- oddiy husnbuzar
- follikulit
- qo'tir

VII. Qo'ltiq osti sohasi:

Dog'

- vutiligo (oq)
- neyrofibromatoz (mayda, jigarrang, sepkilsimon)
- bichilish (qizil)
- LEOPARD sindromi
- joylashgan toksikodermiya (qizg'ish-qo'ng'ir)

Tuguncha, pilakchalar
dermatofitiya (kamdan-kam hollarda)
kandidoz
kontaktli dermatit (dezodorant, terga qarshi vositalardan)
yumshoq fibroma
psoriaz
seboreyali dermatit
elastik psevdoksantoma (sarg'ish-jigarrang)
acantosis nigricans (baxmalsimon, jigarrang)

Lixenizatsiya

- chegarali neyrodermit

Tugunlar

- gidradenit (og'riqli, giperpigmentli)

Kepaklar

- dermatofitiya (kamdan-kam hollarda)

- kandidoz

- kontaktli dermatit

- psoriaz

- seboreyali dermatit

Pufak va pufakchalar

- bullyoz impetigo

- o'tkir kontaktli dermatit

- po'rsildoq yara

- qo'tir (qo'ltiq old burmalari)

Eroziya

- bullyoz pemfigoid

- po'rsildoq yara

- pedjetning ekstramammilyar raki

- ayollar ko'krak (sut) bezlari tuguncha va pilakchalar

- sut bezining so'rg'ichi Pedjet raki

- qariyalar keratomasi

- surunkali qichimali dermatit

qo'tir

Lixenizatsiya

- chegarali neyrodermit

- surunkali qichimali dermatit

Qaloqlar

pufak, pufakcha, yiring, eroziya, yara va ekskoriatsiya bilan kechuvchi barcha
dermatozlar

Kepaklar

dermatofitiya

qichimali dermatit

sut bezi so'rg'ichining Pedjet raki

Pufakchalar

o'tkir kontaktli dermatit

- sut bezi so'rg'ichining Pedjet raki
- qo'tir
- Eroziyalar
- sut bezi so'rg'ichining Pedjet raki
- sut bezi so'rg'ichi ekzemas
- Yaralar
- zaxm (qattiq yara)
- VIII. Chov sohasi:
- Dog'
- chov dermatofitiyasi
- seboreyali dermatit
- eritrazma
- Tugunchalar va pilakchalar
- kandidoz
- psoriaz
- surunkali qichimali dermatit
- Kepaklar
- chov dermatofitiyasi
- o'tkir ost qichimali dermatiti
- psoriaz
- ikkilamchi zaxm
- seboreyali dermatit
- eritrazma
- Qaloqlar
- qichimali dermatit
- Pufaklar va pufakchalar
- impetigo
- o'tkir kontaktli dermatit
- po'rsildoq yara
- Yiringlar
- kandidoz
- furunkulez
- eroziyalar
- impeto
- kandidoz
- po'rsildoq yara
- Lixenizatsiya
- surunkali qichimali dermatit

IX. Chov sohasi:

- Dog'
- seboreyali dermatit (kepak)
- ftiriaz (och-qo'ng'ir, zangori)
- Tuguncha va pilakchalar
- gidradenit

- chegarali neyrodermit

- psoriaz

- seboreyali dermatit

Kepaklar

- chov epidermofitiyasi

- eritrazma (davolanmagan)

- psoriaz

- seboreyali dermatit

Lixenizatsiya

- chegarali neyrodermit

- surunkali qichimali dermatit

Qaloqlar

- pufak, pufakchali, yiringli, ekskoriatsiyali, yara va eroziyali dermatozlar

Ekskoriatsiyalar

- ftiriaz

Pufakchalar

- qamrab oluvchi temiratki

- o'tkir qichimali dermatit

- qo'tir

Yaralar

- zaxm (qattiq yara)

X. Jinsiy a'zolar:

Dog'

- vitiligo

Tuguncha-pilakchalar

- bovenoid papulez

- ikkilamchi zaxm

- qizil yassi temiratki

- melanoma

- o'tkir uchli kondiloma

- psoriaz

- surunkali qichimali dermatit

- qo'tir

Tugunlar va o'smasimon hosilalar

- melanoma

- yassi hujayrali teri raki

- qo'tir (olat, yorg'oq terisi)

Vegetatsiyalar

- o'tkir uchli kondilomalar

- yassi hujayrali rak

- zaxm (serbar kondilomalar)

Lixenizatsiya

- surunkali qichimali dermatit

Kepaklar

- ikkilamchi zaxm
- kandidoz
- qov dermatofitiyasi
- psoriaz
- seboreyali dermatit
- Pufak va pufakcha (qaloq)
- herpes
 - o'tkir qichimali dermatit
- ko'p xilli eksudativ eritema
- qo'tir
- Yiringchalar
- kandidoz
- qo'tir
- Eroziyalar
- herpes
- po'rsildoq yara
- zaxm
- joylashgan toksikodermiya
- Yaralar
- O'tkir va o'tkirosti
- yumshoq shankr (bir tomonlama limfa tuguni kattalashgan va og'riqli)
- qattiq shankr (bir tomonlama limfa tugunlari kattalashgan, zich elastik, og'riqsiz)
- Surunkali
- venerik limfagranulema
- donovanoz
- yassi hujayrali rak
- Ekskoriatsiyalar
- qo'tir
- XI. Dumbalar:
- Dog'
 - joylashgan toksikodermiya
- Tugunchalar
- oddiy husnbuzar
- qo'tir
- eruptiv ksantoma (qandli diabet fonida)
- Bo'rtmalar
 - qurt-qumursqalar chaqishi
- Pufakchalar
- Gerpes
 - Dermatofitiya
 - kontaktli dermatit
- qo'tir
- Yiringlar
- dermatofitiya

- kandidoz
- oddiy husnbuzar
- follikulit
- qo'tir

Kepaklar

- dermatofitiya
- psoriaz

XII. Anal soha:

Dog'

- vitiligo
- dermatofitiya
- kandidoz
- psoriaz
- seboreyali dermatit

Tuguncha va pilakchalar

- o'tkir uchli kondilomalar
- psoriaz
- zaxm (serbar kondilomalar)
- surunkali qichimali dermatit

Vegetatsiyalar

- o'tkir uchli kondilomalar
- zaxm (serbar kondilomalar)

Kepaklar

- dermatofitiya
- kandidoz
- o'tkir ost qichimali dermatit
- psoriaz

Lixenizatsiya

- surunkali qichimali dermatit

Pufakchalar

- o'tkir qichimali dermatit

Eroziyalar

- kandidoz
- zaxm (qattiq yara)

Yoriqlar

- psoriaz
- surunkali qichimali dermatit

Yaralar

- zaxm (qattiq yarasi)

XIII. Yelka va qo'llar:

Tuguncha va pilakchalar

- qizil yugirik (qo'lni yozuvchi sohalari jarohatlanadi)
- qizil yassi temiratki
- pigmentli nevus

- psoriaz
- surunkali qichimali dermatit

Tugunlar

- keratoakantoma
- halqasimon granulema
- melanoma
- yassi hujayrali rak

Muguzlanish

- quyoshli keratoz
- follikulyar keratoz

Kepaklar

- dermatofitiya
- qizil yugirik
- psoriaz
- o‘tkir ost yoki surunkali qichimali dermatit

Lixenizatsiya

- surunkali qichimali dermatit

Qaloqlar

- ektima

XIV. Qo‘l panjalari:

Dog‘

- vitiligo (panja yuzasi)
- ikkilamchi zaxm (kaft)
- qizil yugirik (panja yuzasi)
- medikamentoz toksikodermiya
- ko‘p xilli eksudativ eritema
- qariyalar lentigosi (panja yuzasi)

Tuguncha va pilakchalar

- dermatomiozit (panja yuzasi)
- halqasimon granulema
- qizil yugirik
- qizil yassi temiratki
- yassi so‘gallar
- oddiy so‘gallar
- o‘tkir ost surunkali qichimali dermatit
- ko‘p xilli eksudativ eritema (kaft va panja yuzasi)
- psoriaz
- quyoshli keratoz
- teleangiektatik granulema (tirmoq atrofi halqalari)
- qo‘tir
- erizipeloid

Tugunlar, o‘smasimon hosilalar

Sog‘ teri rangida

- keratoakantoma

- yassi hujayrali teri raki

- oddiy so'gallar

Qizil

- halqasimon granulema

- teleangiektatik granulema

Giperpigmentli

melanoma

Vegetatsiyalar

- keratoakantoma

- yassi hujayrali teri raki

- oddiy so'gallar

Kepaklar

- ikkilamchi zaxm

- dermatomiozit (panja yuzasi jarohatlanadi)

- qo'l panjasi dermatofitiyasi

- qizil yugirik (qo'l panjasining yuzasi)

- o'tkir ost yoki surunkali dermatit

- psoriaz

Muguzlanish

- keratoakantoma (qo'l panjasining yuzasi)

- fotodermatit

- quyoshli keratoz (qo'l panjasi yuzasi)

Lixenizatsiya

- surunkali qichimali dermatit

Pufak va pufakcha

- herpes

- dermatofitiya

- disgidrotik ekzema

- o'tkir qichimali dermatit

- ko'p xilli ekssudativ eritema

- porfiriya (ochiq sohalar jarohatlanishi)

- qo'tir

Yiringlar

- dermatofitiya

- qichimali dermatit

- kaft-tovon pustulez psoriazi (kaft jarohatlanishi)

- qo'tir

Eroziyalar

kandidoz (barmoqlar oralarining jarohatlanishi)

- kech teri porfiriyasi

Yaralar

- nur ta'sirida vujudga kelgan dermatit

yassi hujayrali teri raki

Chandiqlar

kech teri porfiriyasi (pushti rangli, terining ochiq sohalarida)

XV. Oyoq panjasi, tovon:

Tugunchalar

- ikkilamchi sifilidlar (tovonning jarohatlanishi)
- o'tkir ost yoki surunkali qichimali dermatit
- tovon so'gallari

Tugunlar va o'smasimon hosilalar

- melanoma
- yassi hujayrali teri raki
- Kaposi sarkomasi

Kepaklar

- oyoq panjasi epidermofitiyasi
- o'tkir ost surunkali qichimali dermatit
- psoriaz

Pufaklar, pufakchalar

- oyoq panjasi epidermofitiyasi
- disgidrotik ekzema
- disgidroz
- qichimali dermatit (shu jumladan kontaktli allergik dermatit)

Lixenizatsiya

- surunkali qichimali dermatit

Yiringlar

- kaft-tovoni pustulez psoriazi
- qo'tir

Eroziyalar

- oyoq panjasi epidermofitiyasi
- kontaktli dermatit
- ko'p xilli ekssudativ eritema
- tizza (boldir)

Tuguncha, pilakchalar

- ixtioz
- qizil yassi temiratki
- lipoid nekrobioz
- pigmentli nevus
- yassi hujayrali teri raki
- o'tkir ost, surunkali qichimali dermatit
- pretibial miksedema
- psoriaz
- quyoshli keratoz

Pufak, pufakchalar

- qichimali dermatit
- qurt-qumursqa chaqishi

Bo'rtmalar

- qurt-qumursqa chaqishi

Shish

- varikoz ekzema

Tugunlar

Qizg'ish

- yassi hujayrali teri raki
- pretibial miksedema
- tugunli eritema

Giperpigmentli

- melanoma

Vegetatsiyalar

- oddiy so'gallar

Muguzlanish

- yassi hujayrali teri raki
- quyoshli keratoz

Kepaklar

- dermatofitiya
- ixtioz
- psoriaz

Lixenizatsiya

- surunkali qichimali dermatit

Qaloqlar

- ektima

Yaralar (jadvalga qarang)

- varikoz yaralar
- ishemik yaralar
- yassi hujayrali teri raki

Teri toshmatalari va tana harorati ko'tarilishining differensial tashxisi

Bexosdan tana haroratining ko'tarilishi va teriga toshmalar toshishi odatda bemorlarni xavotirga solib, shifokorga murojaat etishga majbur etadi. Bunday hollarda tashxis qanchalik tez qo'yilishi va davo tayinlanishi bemorning taqdirida katta ahamiyatga ega bo'ladi. Toshmalar toshishi va tana haroratining ko'tarilishi sabablarini aniqlash, ko'pincha mushkul bo'ladi. Shifokor asosan, ko'rgan toshmalariga asoslangani holida tashxis qo'yib davo boshlaydi.

Davo laborator tahlil javoblari chiqqunicha boshlanadi, shu sababli ham differensial tashxis faqatgina toshmalarga asosan qilinadi. Tashxisni iloji boricha tez qo'yishning zarurligi bir tomondan, bemor taqdiriga ahamiyati katta bo'lsa, ikkinchidan, toshma va harorat ko'tarilishi bilan kechuvchi kasalliklar yuqumli bo'ladi. Bu xil kasalliklarga virusli kasalliklar (enteroviruslar, parvovirusli kasalliklar, suvchechak, qizilcha, qizamiq) va bakterial infeksiya (streptokokkli, stafilokokkli, meningokokkli, qorin tifi, zaxm) kiradi. Bemorlarni o'z vaqtida izolyatsiyalash kasallik tarqalishining oldini oladi.

Bemor ko'zdan kechirilayotganda teri toshmatalari qanday elementlardan tashkil topganligiga e'tibor berish zarur. Toshmalar shakli (halqasimon, dumaloq-so'yri, cho'zinchoq), joylashishi (to'g'ri chiziqli, taram-taram, guruh-guruh, ma'lum bir dermatomal sohada) qaysi tana sohalarida uchrashiga (terining ochiq sohalar, boshning soch qismi, og'iz shilliq pardasi, qo'l-oyoqlar, tanada) e'tibor beriladi. Dastlab teri toshmatalari qay sohada paydo bo'lgani, toshmalar qancha vaqtda tarqalgani (masalan, qizamiqda toshmalar bosh sohasidan oyoqlargacha 3 kunda, qizilchada esa 24-48 soatda boshdan-oyoq toshib, shu tartibda yo'qoladi: dastlab betdan, so'ng tanadan va qo'l-oyoqlardan) e'tiborga loyiqdir.

Teri toshmatalari toshishi harorat ko'tarilishi bilan birgalikda kechuvchi kasalliklarni, shartli ravishda 4 guruhga ajratish mumkin.

1 Toshma va tana haroratining ko'tarilishi: qiyosiy tashxisi

I. Dog', tuguncha, tugun va pilakcha:

- Adenovirus infeksiyasi
- Qorin tifi
- Ikkilamchi zaxm
- B-gepatiti (eshakemi holida kuzatiladi)
- Chuqur mikozlar
- Dermatomiozit
- Infeksion eritema
- Infeksion mononukleoz
- Qizamiq
- Qizilcha (atrofiya va mialgiya bilan kechadi)
- Medikamentoz toksikodermiya
- Meningokokk infeksiyasi

- Ko'p xilli ekssudativ eritema
- Revmatik ataka (halqasimon eritema)
- Saramas va streptokokkli flegmona
- Pushti rangli temiratki (tana harorati kam hollarda ko'tariladi)
- Djannoti-Krosti sindromi (infekcion retikuloendotelioz)
- Svit sindromi
- Eozinofiliya-mialgiya sindromi
- Ko'p xilli ekssudativ eritema
- Layell sindromi
- Fotodermatit
- Enterovirus infeksiyasi

II. Gemorragik toshma: dog', tuguncha yoki pufakcha:

Allergik vaskulitlar (ko'pincha teri infarkti holida)

- Sistemali qizil yugurik
- Zardob kasalligi (Kvinke shishi va eshakemi holida)
- Sitomegalovirus infeksiyasi
- Endemik qorin tifi
- Enterovirus infeksiyasi

III. Tarqoq eritema, shish, kepaklanish:

- Tarqoq pustulez psoriaz
- Medikamentoz toksikodermiya
- Layell sindromi
- Toksik shok
- Eksfoliativ eritrodermiya
- Kavasaki kasalligi
- Skarlatina

IV. Pufakcha, pufak va yiring:

- Kavasaki kasalligi
- Suvchechak (tuguncha, pufakchalar markazi botiq)
- Gerpes (pufakcha markazi botiq)
- Kaposhi gerpetik ekzemasi
- Tarqoq gonokokk infeksiyasi
- Medikamentoz toksikodermiya
- Qamrab oluvchi temiratki
- Bakteremiya (teri infarkti holida)
- Tarqoq gonokokkli infeksiya
- Infekcion endokardit
- Medikamentoz toksikodermiya
- Meningokokkli infeksiya
- Stafilokokkli sepsis
- Toshmali tif
- Enterovirus infeksiyasi

Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirish, teri holatiga baho berish

Terini ko'zdan kechirish – teri va tanosil kasalliklarini birlamchi va asosiy tekshirish usulidir. Ko'rik xonasi yaxshi jihozlangan bo'lishi kerak. Xona harorati 22-23 °C atrofida bo'lishi zarur, past haroratda teri tomirlari qisqaradi, yo'qoladi yoki elementlar kam sezilarli bo'lib qoladi, yuqori haroratda, aksincha, teri tomirlari kengayadi va dog'lar paydo bo'lishi mumkin, bu dog'lar teri holatiga real baho berishga xalaqit beradi. Bunda:

1. Yuz tuzilishiga ahamiyat berish kerak, yuz tuzilishiga qarab bemorning emotsional holatiga baho bersa bo'ladi (charchoqlik, g'amginlik, jahldorlik).

2. Burun shakli va deformatsiyalar har bir kasallikning tashxisida yordam berishi mumkin: zaxmda «egarsimon burun», teri silida, rinofimda burunning yumshoq to'qimalari shikastlanishi.

3. Ayrim hollarda binokulyar lupalarni qo'llash shart. Bunda 3-5 marta kattalashtirish qo'llaniladi. Lupa yordamida tangacha, qaloq, rozeola, petexiyalar xarakteriga baho berish mumkin.

4. Teri rangiga e'tibor berish kerak: me'yorda u oq, pushti yoki qora rangda bo'ladi. Teri normada baxmal ko'rinishida bo'ladi, yaltiramaydi, unda ter bezlari chiqaruv naylarining og'zi kengaymagan bo'ladi.

Ayrim hollarda teri rangi o'zgaradi, agar tomirlarda qon turib qolsa, teri ko'kimtir rangda bo'ladi. Akrodermatitda teri ko'kimtir tusda bo'ladi. Zamburug'li mikozning boshlang'ich bosqichida teri jigarrang tusda bo'ladi. Ixtiozda, melanodermiyada va Addison kasalliklarida u ko'kimtir-qora rangda bo'ladi.

Qirish (grattaj)

Teri kasalliklardagi toshmalarni tekshirish maqsadida ishlatiladi. Shuningdek:

1. Buyum oynasi yoki o'tmas skalpel yordamida amalga oshiriladi.
2. Teri qipiqlanishini, uning xarakteri (mayda plastinkali, yirik plastinkali, kepaksimon), tangachalarni teri yuzasiga qanchalik qattiq birikkanligini aniqlash mumkin.
3. Tangachalar va qaloqlarning pastki teri toshma elementlari bilan qanchalik birikkanligini, qaloqlarning quruqlik va namlik darajasini, qaloq ustidagi teri xarakteridan aniqlanadi. Ba'zan qirganda og'riq seziladi (diskoid qizil yugirikda, Bene – Mesherskiy simptomi).
4. Bu usul psoriazda (psoriatik uchlik), rang-barang temiratki (Baltser sinamasi), parapsoriazda va ikkilamchi zaxmda (oblatka simptomi) qo'llaniladi.
5. Tirnoq bilan qirganda ehtiyot bo'lish kerak, chunki bunda zararlanish kuzatilishi mumkin (dermatomikoz, papulez sifilid).

V ilova

Psoriazda diagnostik uchlikni aniqlash

Qirish buyum oynachasi yoki skalpelning o'tmas tomoni bilan amalga oshiriladi.

1. Qirganda elementlar qipiqlanishi oshadi va tangachalar tirlangan stearin tomchisini eslatadi va oq rangga kiradi (stearinli dog' fenomeni).
2. Epidermisni donador qatlamigacha qirganda tangachalar tushib qoladi va pushti nam ko'rinishga ega bo'ladi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni).
3. Qirishni davom ettirganda (so'rg'ichsimon qatlamgacha) plyonka yuzida qonli nuqtalar (mayda tomchilari) paydo bo'ladi (qonli shudring yoki Auspitz fenomeni).

Dermatitlarning klinik turlari

Ko'rinishlari	DERMATIT		
	Oddiy kontaktli	Allergik kontaktli	Toksikodermiya
Kasallik boshlanishi	Teriga ekzogen (obligat) ta'sir etishi natijasida tez yuzaga keladi	Teriga ekzogen ta'sir (fakultativ) natijasida yuzaga keladi	Ko'pincha parenteral kiritilgan allergen ta'sirida (dorilar, oziq-ovqat, zamburug'lar va boshqa) yuzaga keladi
Organizm ta'sirchanligi va sensibilizatsiya	Sensibilizatsiya (organizmda to'plash) bo'lish shart emas	Monovalent sensibilizatsiya	Monovalent sensibilizatsiya
Joylanishi (lokalizatsiya)	Tananing ochiq joylari, ya'ni ta'sirlovchi tekkan yerlarda	Tananing ochiq joylarida bo'ladi	Teri va shilliq qavatning xohlagan yerlarida
Teri toshmali ko'rinishi	Eritema ustida pufak bo'lmaydi	Eritema ustida pufakchalar bo'ladi	Eritema, pufak, pufakcha mono yoki polimorf toshmalar
Ikkilamchi allergik toshmalar		Bo'lishi mumkin	Bo'ladi
Pufakchalar va namlanish	Pufakchalar bo'lishi mumkin	Pufakchalar va kam namlanishlar	Bo'ladi
O'choqlar ko'rinishi	Aniq chegarali	Noaniq chegaralar	Ko'proq noaniq chegarali
Yallig'lanish ko'rinishlari	Yallig'lanish darajasi ta'sirning kuchi va ta'sir vaqti bilan bog'liq, tarqalmaydi	O'tkir, o'tkir osti, periferiyaga tarqaladi	O'tkir, o'tkir osti juda tarqalgan yoki lokal, bir joyda qaytarilib turishi mumkin
O'tish oqibati	Ta'sirot yo'qotilgach, tez o'tib ketadi	Davolamasa ekzemaga o'tishi mumkin, allergen ta'siri yo'qotilsa o'tib ketadi	Davolanmasa ekzemaga o'tishi mumkin, allergen ta'siri yo'qotilsa o'tib ketadi

Gushning klinik turlari

Ko'ri-nishlari	Gush (ekzema)			
	Chin	Professional (kasbga aloqador)	Disgidrotik	Mikrobli
Klinikasi	Toshmalar tarqalgan, ko'proq qo'l-oyoq bukuluvchi yuzalarida, simmetrik joylashib, eritrodermiya ko'rinishda ham bo'ladi	Klinikasi chin gushga o'xshab, professional «stigma» belgilari bo'lishi mumkin. Ishdagi ta'sir etuvchi moddalar oqibatida qaytalanadi	Toshmalar qo'l-oyoq panjalarida bo'ladi	Aniq chegarali, assimetrik, travma yoki trofik yaralar bilan bog'liq bo'ladi
Toshma elementlari	Eritematoz dog'lar, tugunchalar, pufakchalar, yiringchalar, eroziyalar, gush «quduqchalari», tangachalar, qoraqo'tirlar, ekskoriatsiyalar	Eritematoz dog'lar, tugunchalar, pufakchalar, yiringlar, eroziyalar, «ekzema quduqchalari», qora qo'tirlar	Asosan pufakchalar, mikroeroziyalar, yiringlar, sarg'ish po'stloqchalar	Eritematoz dog', tugunchalar, pufakchalar, ko'psonli yiringlar, «ekzematoz quduqchalari», qonli qora qo'tirlar
Klinik o'tish turlari	1. Tangacha 2. Prurigo-simon	Muguzli ekzema (tilotikum)	Impetigo turi	1. Paratravmatik 2. Varikozli 3. «Seboreya»li 4. Varioli formali (gerpetik)
Subyektiv sezgilar	Qattiq qichishish	Qichishish, kamroq og'riq	Qichishish	Qichishish, tana harorati ko'tarilishi
Kechishi	Surunkali, qaytalanuvchi	Ta'sir oqibatida qaytalanadi va shu jarayoni yo'qotilsa tuzaladi	O'tkir, o'tkir osti qaytalanib turadi	O'tkir osti, surunkali qaytalanib chin ekzemaga o'tishi mumkin

Dermatit va ekzemani davolash usullari

Bosqichlar	Mahalliy	Umumiy
O'tkir dermatitlar Ekzema – gush Namlanish Yiringli Pufakchali Eritema	3-10 % li naftalan malhami, 3 % li bilan ho'llash	1. Profilaktika yo'llari fitovitaminlar 3. Balneoterapiya 4. Sanatoriya-kurortlarda 4. Sababchi bo'lgan kasalliklarni davolash
Qichishish	Neftli malhamlar	1. Desensibilizatorlar 2. Vitamin terapiya
O'tkir osti Ekzemalar Tugunchalar Qaytalanish Pilakchalar	Steroid vitaminli kremlar	3. Ba'zi kasal organlarni davolash uchun dorilar 4. Qon tomir devorlarini baquvvat qiluvchi dorilar 5. Trankvilizatorlar
Eritemalar	Pastalar Anelin bo'yoqlari	1. Desensibilizatorlar 2. Antigistaminlar 3. Steroidlar 4. Siydik haydovchi dorilar 5. Antibiotiklar
Surunkali Lixenizatsiya Lixenifikatsiya Griperpigmentlar	Bog'lamlar (suvli) Antiseptik purkashlar Steroid kremlar Bog'lamlar Purkashlar Bog'lamlar (suvli) Suvda chayqatib qo'llanuvchi dorilar	1. Desensibilizatorlar 2. Antigistaminlar 3. Zaharlanishga qarshi 4. Siydik haydovchi 1. Antigistaminlar: dimedrol, pipolfen, diazolin 2. Desensibilazatorlar, kalsiy birikmalari, dorilar

Baltser sinamasi

Kepaksimon (rang-barang) temiratki tashxisida qo'llaniladi.

1. Dog'larga 5 % li yodli spirt eritmasi surtiladi.
2. Shoxli qavatlarning g'ovaklanishi natijasida terining toshmali joylariga yod eritmasi ko'proq o'rtnashadi va dog'lar sog'lom teriga ko'ra yaxshiroq (intensiv) bo'yaladi.
3. Yod eritmasi bo'lmagan hollarda anilinli bo'yoqlardan foydalaniladi.
4. Kepaksimon temiratkidan keyingi qoldiq leykodermada, ayniqsa UFN olgandan keyin Baltser sinamasi manfiy bo'ladi.

X ilova

Qo'tir kanasini izlash uchun teridan qirma olish usuli

1. Yangi qo'tir toshmalaridan birini, sharikli ruchka bilan lupa yordamida chegaralab chizib olinadi.

2. Skalpel uchi yoki igna yordamida qo'tir yo'li oxirida joylashgan pufakchaning tomi sanchilib buziladi va qo'tir kanasining yo'li bo'yicha yo'naltirilib teri qo'poriladi. Teri chuqurroq qo'porilsa usulning samaradorligi yanada ortadi.

3. Buyum oynachasiga 10 % li natriy ishqori tomiziladi, olingan material shu eritma bilan aralastiriladi va qoplovchi oyna bilan yopiladi.

4. Tayyorlangan material 10-20 daqiqadan so'ng mikroskop ostida (okulyar - 10, obyektiv - 8) kondensator tushirib kuzatiladi.

5. Mikroskop ko'rish maydonchasida kana yoki uning bo'laklari, tuxumlari yoki ekskrementlari topiladi.

**Zamburug'ni aniqlashda laboratoriya tekshiruvini o'tkazish
uchun teridan qirma (kepak, soch, tirnoqlar) materialini olish**

1. Tekshirish uchun jarohat o'chog'idan kepak, singan va jarohatlangan soch tolalari, pufakchalarning ustida qotib qolgan teri qoplamlari, yiring, tirnoq plastinkalarining bo'lakchalari va to'qima suyuqligini olish mumkin.
2. Materialni to'g'ri olish – zamburug'larni mikroskopik usulda topishga katta yordam beradi. Zamburug'lar davolanmagan, yangi, shakllanib bo'lgan o'choqlardan ko'plab topilishi mumkin.
3. Yassi terining zamburug'li kasalliklarida (trixofitiya, mikrosporiya, keratomikozlar, kandidoz, oyoq panjasi epidermofitiyasi, rubromikoz) o'choqlar chekkalaridagi kepaklar skalpel yordamida qirib olinadi. Oyoq panjasi yoki kaft mikozlarining disgidrotik ko'rinishlarida pufakchalarning tomlari, epidermis ko'chkilari qaychi yordamida kesib olinadi.
4. Uzun soch yoki tuklar zamburug'larga tekshirilishi kerak bo'lsa, ular epilyatsion pinset yordamida o'choqlardan yulib olinadi. Agar soch teri sathidan ancha yuqori bo'lsa, (qora nuqtachalar) ular skalpel yordamida qirib olinadi.
5. Infiltrativ-yiringli jarayonlarda soch o'choqning chekkasidan olinadi.
6. Jarohatlangan tirnoqlardan tekshirish uchun material olishda skalpel yoki qaychidan foydalaniladi.
7. Olingan material buyum oynachasiga qo'yiladi va mikroskop orqali tekshiriladi.

Oyoqlardagi surunkali yaralar etiologiyasi va tashxisi

Etiologiyasi	Diagnostikasi
<p>I. Tomir kasalliklari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz - Vaskulitlar (mayda yoki yirik tomirlarning jarohatlanishi) - Arterial gipertoniya (Martorel sindromi) - Biriktiruvchi to'qimalar kasalliklari: sistemali qizil yugirik, revmatoid artrit, sklerodermiya, Bexchet kasalligi - Surunkali venoz yetishmovchiligi - Derma va gipodermaning sklerozi - Ateroemboliya - Boshqa kasalliklar: terining oq atrofiyasi, livedo-vaskulit, Reyno kasalligi, obliteratsiyalanuvchi trombangiit 	<p>Periferik arteriyalar pulsi, angiografiya, qaytalab turuvchi oqsoqlanishlar, rangsizlanish, sianoz Anamnez, biopsiya</p> <p>Yaralarning tipik joylashuvi – oyoq panjalarining lateral yoki medial sohalari, tizzada, anamnezda – arterial gipertoniya Biopsiya, ko'p a'zolar jarohatlanishi, livedo, anamnez, antinuklear antitanachalar, ECHT. (SOE)</p> <p>Yaralarning tipik joylashuvi – tizzalarning pastki 1/3 qismining medial yuzalari, oyoqlar shishi, varikoz ekzema Zichlashish, giperpigmentatsiya, «butilkasimon oyoq» simptomi Anamnezda – tomirlarda tibbiy (jarohatli) muolajalari qilinganligi Anamnez (chekish), biopsiya</p>
<p>II. Endokrin kasalliklari:</p> <p>Qandli diabet</p> <ul style="list-style-type: none"> Mikroangiopatiya Diabetik neyropatiya 	<p>Anamnez, teri biopsiyasi Anamnez</p>
<p>III. O'smalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yassi hujayrali teri raki Bazal hujayrali teri raki Melanoma Metastazlar Leykozlar va limfomalar Kaposhi sarkomasi Qo'ziqorinsimon mikoz 	<p>Biopsiya Biopsiya Biopsiya Biopsiya Biopsiya Biopsiya Biopsiya</p>
<p>IV Travmalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jarohatlar, kuyish, bosim ta'siri, travmatik neyropatiya 	<p>Anamnez</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Patomimiya - Nur ta'siridan - Kuyish (termik, kimyoviy) - Qumursqalar chaqishi <p>V. Qon kasalliklari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urug'simon hujayrali anemiya - Eritremiya - Leykozlar - Krioglobulinemiya <p>- Kriofibrinogenemiya</p> <p>- Qon ivishining ortishi</p> <p>VI. Infeksiyalar:</p> <p>Bakterial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ektima; Pasterella spp. va Pseudomonus chaqirgan; aktinomikoz, Sibir yarasi; moxov Tuberkulez va atipik bakteriyalar (Mycobacterium ulcerans) - Zamburug'lar: blastomikoz, kriptokokkoz, gistoplazmoz, sporotrixoz - Zaxm (gumma) <p>- Teri leishmaniozi</p> <p>VII. Turli boshqa sabablar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorilarning salbiy ta'sirlari - Pannikulitlar - Gangrenoz piodermiya Tugunli vaskulit <p>VIII. Og'riqli yaralar:</p> <p>Lipoid nekrobioz</p> <p>Podagra</p> <p>Kalsifikatsiya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obliteratsiyalanuvchi ateroskleroz - Obliteratsiyalanuvchi trombagit Terining oq atrofiyasi Arterial gipertoniya (Marterel sindromi) Gangrenoz piodermiya Reyno kasalligi va sindromi Vaskulitlar 	<p>Anamnez</p> <p>Anamnez</p> <p>Anamnez</p> <p>Anamnez</p> <p>Qon tahlili</p> <p>Eritrotsitlar sonini hisoblash</p> <p>Qon tahlili, suyak ko'migini tekshirish</p> <p>Qon zardobida krioglobulinlar miqdorini aniqlash</p> <p>Qon zardobida kriofibrinogen miqdorini aniqlash</p> <p>Qon zardobidagi C-proteinini va C-proteinini aniqlash, antifosfolipid antitanachalari titri, protrombin vaqtini aniqlash</p> <p>Biopsiya, ekssudatni ekish, biopstatni ekish</p> <p>Biopsiya, ekssudat va biopstatni maydalab ekish</p> <p>Biopsiya, ekssudat va maydalangan biopstatni ekish</p> <p>Anamnez, biopsiya, maxsus usullarda bo'yash, RIT, RIF</p> <p>Anamnez, biopsiya, maxsus usullarda bo'yash</p> <p>Anamnez, biopsiya</p> <p>Anamnez, biopsiya</p> <p>Anamnez, biopsiya yondosh kasalliklar</p> <p>Anamnez, biopsiya</p> <p>Biopsiya</p> <p>Biopsiya, qon zardobidagi sut kislotasining miqdori</p> <p>Biopsiya, kalsiy, fosfor miqdori</p>
--	--

Akantolitik (Tsank) hujayralarini tekshirish

Po'rsildoq yara va Dyuringning gerpetiform dermatozining solishtirma tashxisi uchun ishlatiladi.

1. Yangi pufak tubi yuzasidan skalpel yoki qaynatish orqali sterillangan o'quvchi o'chirg'ichini yengil bosish bilan material olinadi va yog'sizlangan steril buyum oynasiga qo'yiladi.

2. 1 daqiqa davomida material metil spirti yordamida fiksatsiya qilinadi, xona haroratida quritiladi va Romanovskiy – Gimza bilan bo'yaladi.

3. Preparatni tayyorlab, bo'yagandan keyin, u 10x40 marta kattalashtirib mikroskop ostida ko'riladi.

4. Akantolitik hujayralar normal epitelial hujayralardan kamroq, yumaloq shaklda, yadrosi katta bo'lib, intensiv binafsha rangga yoki siyoh-ko'k rangga bo'yaladi va salkam butun hujayrani egallaydi.

Qizil yugirikning qiyosiy tashxisi

Differensial belgilari	KASALLIK TURLARI			
	Qizil yugirik	Seboreyali po'rsildoq yara	Sil yugirigi	Pushti husnbuzar
Ko'proq joylanishi	Yuz sathi	Yuz sathi	Yuz sathi	Yuz sathi
Birlamchi Elementi	Dog'	Dog'	Do'mboqcha	Tuguncha
Periferiyaga o'sishi	Sekin	Sekin	Bo'lmaydi	Bo'lmaydi
Giperkeratoz	Bor (follikulyar)	Yo'q	Yo'q	Yo'q
Atrofiya	Bor	Yo'q	Yo'q	Yo'q
Bene-Mesherskiy Belgisi	Musbat	Manfiy	Bor	Manfiy
Pospelov belgisi	Manfiy	Manfiy	Musbat	Manfiy
Olma murabosi belgisi	Manfiy	Manfiy	Musbat	Manfiy
Akantolitik hujayralar	Yo'q	Bor	Yo'q	Yo'q
Bezgak dori-lari effekti	Bor	Yo'q	Yo'q	Bor
Qichishish	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q

Qizil yugirik hujayralarini (LE – hujayralari) tekshirish

Qizil yugirik tashxisida quyidagilarga e'tibor qaratiladi:

1. Ko'proq 2 soatli laxta usuli qo'llaniladi.
2. Bemor venasidan 10-15 ml qon steril probirkaga olinadi va termostaida 37 ° da saqlanadi.
3. Probirka devoridan laxta ingichka metal to'r yordamida ajratiladi va olingan materialni sentrifuga qilinadi.
4. Sentrifuga qilinganda 3 qatlam hosil bo'ladi.
5. Yuqori qatlami (plazma) pipetka bilan so'rib olinadi va tashlanadi, ikkinchi qatlami (leykotsitlar) ehtiyotlik bilan so'rib olinadi va bir necha surtma qilinadi, ular oddiy usul bilan bo'yaladi va mikroskop ostida 10x8 marta kattalashtirib, gumon qilingan joylarda esa 10x40 marta kattalashtirib ko'riladi.
6. Sinama 2-3 ta qizil yugirik tipik hujayralari topilganda musbat hisoblanadi, ular normal leykotsitlardan katta bo'ladi.
7. Agar 2-3 surtmada bir necha yuz leykositlar ichidan qizil yugirik hujayralari topilmasa natija manfiy hisoblanadi.

Qizil yugirik hujayralarini (LE – hujayralari) tekshirish

Qizil yugirik tashxisida quyidagilarga e'tibor qaratiladi:

1. Ko'proq 2 soatli laxta usuli qo'llaniladi.
2. Bemor venasidan 10-15 ml qon steril probirkaga olinadi va termostatda 37 ° da saqlanadi.
3. Probirka devoridan laxta ingichka metal to'r yordamida ajratiladi va olingan materialni sentrifuga qilinadi.
4. Sentrifuga qilinganda 3 qatlam hosil bo'ladi.
5. Yuqori qatlami (plazma) pipetka bilan so'rib olinadi va tashlanadi, ikkinchi qatlami (leykotsitlar) ehtiyotlik bilan so'rib olinadi va bir necha surtma qilinadi, ular oddiy usul bilan bo'yaladi va mikroskop ostida 10x8 marta kattalashtirib, gumon qilingan joylarda esa 10x40 marta kattalashtirib ko'riladi.
6. Sinama 2-3 ta qizil yugirik tipik hujayralari topilganda musbat hisoblanadi, ular normal leykotsitlardan katta bo'ladi.
7. Agar 2-3 surtmada bir necha yuz leykositlar ichidan qizil yugirik hujayralari topilmasa natija manfiy hisoblanadi.

Siydik chiqarish kanalidan surtma olish

Surtma olish quyidagi hollarda qilinadi: gonoreyada, trixomoniazda, kandidozda, xlamidiyozli infektsiyada, bakterial uretritda.

1. Avval fiziologik eritmaga ho'llangan paxtali tampon bilan jinsiy a'zolarga ishlov beriladi. Erkaklarda jinsiy olat boshchasi, ayollarda jinsiy lablar, qin dahlizi, klitor va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigiga ishlov beriladi.

2. Erkaklarda siydik chiqarish kanalining orqa yuzasiga barmoq bilan bosganda yiring ajralmasa, yengil harakat bilan tashqi teshik tomon harakat qildirib ajralma tomchisini bosib ajratiladi, buyum oynasi cheti yoki halqa bilan tomchi buyum oynasiga joylashtirilib, uning yuzasi bo'yicha bir tekis surtiladi.

3. Ko'rinarli ajralma bo'lmaganligi sababli tekshirish uchun material o'tmas qoshiqcha yoki halqacha yordamida olinadi.

4. Preparat havoda quritiladi va laboratoriyaga yo'llanma bilan jo'natiladi, yo'llanmada bemorning ismi, sharifi, otasining ismi, kasallik tarixi nomeri yoki material olingan joyning ambulator kartasi ko'rsatiladi.

Orqa teshikni ko'zdan kechirish

Birlamchi, ikkilamchi sifilidlar va boshqa venerik kasalliklarni aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Bemordan oyoqlarni bukmasdan egishni va qo'li bilan dumbalarini tortib turishni so'raladi.

1. Shifokor bir uchi paxtali tayoqcha yordamida orqa teshik, to'g'ri ichakning tashqi yuzasini, orqa teshik atrofidagi terini ko'zdan kechiradi.

2. Orqa teshikda ajralma bo'lsa, surtma olinadi va gonokokk bor-yo'qligi tekshiriladi.

3. Agar anogenital jinsiy aloqa borligi gumon qilinsa, to'g'ri ichak oynasi yoki koprooskop yordamida to'g'ri ichakning pastki qismi ko'riladi va shilliq qavatida eroziya, yara bor-yo'qligiga e'tibor beriladi.

4. Halqacha yoki Folkmanovskiy qoshiqchasi yordamida shilliq qavatlardan surtma olinadi va mikroskopda gonokokklar bor-yo'qligi tekshiriladi.

Tekshirish uchun material to'g'ri ichak ampulasidan ag'darish (ayollarda) o'zgarishi to'g'ri ichakni yuvish orqali olinadi.

6. Qinning orqa teshigi orqali ko'rsatkich barmoq bilan orqa teshik ichki qavatlarining shilliq pardasi ag'dariladi, shilliq qavatlari ko'zdan kechiriladi va tekshirish uchun surtma olinadi.

Yara yuzasidan rangsiz treponemani tekshirish uchun surtma olish uslubi

1. Tekshirish uchun materialni birlamchi yoki ikkilamchi sifilidga (eroziya, yara, eroziv papula, serbar kandiloma) gumon qilingan elementdan surtma olish yoki shishib qolgan mahalliy limfa tugunidan punksiya qilish yo'li bilan olinadi.
2. Element yuzasi steril paxta yoki dokali tampon bilan tozalanadi.
3. Toshma yuzasi yiringli parda yoki qaloq bilan qoplangan bo'lsa, u izotonik eritma bilan namlanadi va artib tashlanadi.
4. Spirtovka alangasida surtma olish uchun maxsus temir halqa (petlya) qizdiriladi va sovutilib, uning yordamida element yuzasi to'zardobli to'qima suyuqligi ajralib chiqmaguncha mexanik ta'sirlanadi va suyuqlik olinadi.
5. Surtma yog'sizlantirilgan, toza buyum oynachasiga surtilib, ustiga bir tomchi izotonik eritma tomiziladi, so'ng qoplama oyna bilan ustidan qoplanadi.
6. Agarda bu usul bilan to'qima suyuqligini olishning iloji bo'lmasa, rezina qo'lqop kiyilib, to'qima suyuqligi chiqmaguncha element massaj qilinadi.
7. To'qima suyuqligi va izotonik eritmaning miqdori uncha ko'p bo'lishi shart emas (bir tomchi), aks holda tomchi katta bo'lsa rangsiz treponemalar suyuqlikda suzib yuradi va ularni mikroskopda aniqlash qiyin bo'ladi.
8. Rangsiz treponemalarga olingan surtma bo'yalmaydi. Surtma mikroskopda qorong'ulashtirilgan ko'ruv maydonida ko'zdan kechiriladi (Tindal fenomeni).

Zaxmning kechish tasviri

Birlamchi	Yangi, yashirin, qaytalanuvchi	Aktiv, yashirin
Yashirin davri	Rozeola	2-3 yil
Yuqishi	Tuguncha	Do'mboqcha, 3-50-yil
Birlamchi	Yiring	gumma
Sifiloma	Qaytalash	Qaytalash
Regionar	Yashirin	
Bubon	Qaytalash	
Poliadenit	Yashirin	
	hafta	
	VII IX	
	hafta	

Turli davrlarda zaxm kechishining umumiy xarakteristikasi

Zaxm davri Tavsifi	Birlamchi	Ikkilamchi	Uchlamchi
Morfologik elementlar	Qattiq shankr (eroziv, yarali)	Rozeola, papula, pustula, vezikula	Do'mboqcha, gumma (tugun)
Toshma (element)larning lokalizatsiyasi	Faqat oqish treponema kirgan joyda	Hamma joyda (teri va shilliq qavat)	Hamma yerda (teri va shilliq qavat, ichki a'zolar, suyaklar)
Toshma oqibati	Izsiz yo'qoladi (eroziya), chandiq qoldiradi (yara)	Asosan izsiz (rozeola, papula), chandiq qoladi (pustula)	Har doim chandiq yo'qotilishi atrofiya
Limfa tugunlar kattalashishi	Regionar adenit	Yaqqol regionar adenitli poliadenit ikkilamchi yangi zaxmda, poliadenit bo'lmisligi mumkin ikkilamchi qaytalama zaxmda	Bo'lmaydi
Ichki a'zolar va nerv sistemasining zararlanishi	Juda kam, funksional	Kamdan-kam funksional	Ko'pincha yomon oqibatli (organik zararlanish)
Kontagiozlik	Yuqumli	Yuqumli	Asosan yuqumsiz
Serologik sinamlar (klassik)	3-4 haftagacha manfiy, 6 haftadan musbat	Musbat 97-100% da	Musbat 7-100 da

Birlamchi zaxm va yumshoq shankr qiyosiy tashxisi

Ifodalanish	Birlamchi zaxm	Yumshoq shankr
Asosiy toshma	Ulcus	Ulcus
Shikoyatlar	Yo'q	Qattiq og'riq bo'ladi
Tubidagi infiltrat	Zich-elastik	Yumshoq
Yaralar soni	1-2	Doim ko'payib turadi
Ajratmalar	Seroz eksudat, kamroq	Yiring eksudat, ko'p
Shakli va cheti	Oval, chetlari tekis, to'g'ri	Turli shaklda, chetlari yoyilgan va notekis
Atrofidagi teri	O'zgarmagan	O'tkir yallig'langan
Regionar, limfa tugunlari	Kattalashgan, zich-elastik, og'riqsiz, bir-biriga yopishmagan, ustidagi teri o'zgarmagan	Kattalashgan, yumshoq, og'riqli, bir-biriga yopishgan, ustidagi teri yallig'langan
Seroreaksiya (L-infeksiya)	Seropozitiv zaxmda musbat	Manfiy
Chaqiruvchisi	Oqish treponema	Streptobatsilla Patersona, Dyukreya Unna, Ferrari

Ikkilamchi yangi va qaytalanuvchi zaxmni taqqoslash tashxisi

Klinik belgilar	Yangi zaxm	Qaytalanuvchi zaxm
Qattiq yara	Qattiq yara yoki uning qoldig'i bo'ladi	Bo'lmaydi
Regional adenit	Har doim bo'ladi	Bo'lmaydi
Poliadenit	Har doim bo'ladi	Ba'zida bo'ladi
Rozeola, papula	Soni juda ko'p, mayda	Soni kam, kattaroq
Guruhlanishga moyillik	Bo'lmaydi	Yuqori
Yoyilgan kondiloma	Bo'lmaydi	Bo'ladi
Pigment dog'li zaxm	Bo'lmaydi	Bo'ladi
Sochning to'kilishi	Bo'lmaydi	Soch to'kiladi
Serologik jarayon	Musbat	Musbat

Rozeolyoz sifilidning differensial tashxisi

Ko'rsatkich	Rozeolyoz sifilis	Qizamiq, qizilcha	Qorin va tosh-mali tif	Toksikodermiya	Pushtirang temiratki	Qipiq lanuvchi temiratki	Qov biti chaqqandagi dog'lar
Birlamchi effekt	Rozeola	Rozeola, petexiya	Rozeola, petexiya	Rozeola	Pushtirangli dog'lar	Och pushtirangdan to jigar-rangga cha bo'lgan dog'lar	Qizil, ko'kimtir kulrang dog'lar

O'tkir yallig'lanishli elementlar	Yo'q	Bor	Bor	Bor	Yo'q	Yo'q	Yo'q
Asosiy joylashish	Tana-ning yon taraflarida	Yuz, kaftning ustki qismi va tovon	—	—	Tana	Ko'krakning yuqori qismi	Qov
Periferik o'sishi	Birlashmaydi	Birlashadi	Birlashadi	Birlashadi	Birlashmaydi	Birlashadi	Birlashmaydi
Qipiq- lanish	—	—	—	—	Papir-rosli gofrirlangan qog'oz tuzilishida	Qipiqsimon qipiq- lanish	—
Qo'shimcha diagnostik simptomlar	Polia- denit, zaxmga musbat serolo- gik reaksiya	Larin- git, Bronxit yorug'- likdan qo'rquv	Yuqo- ri ha- rorat	Yuqo- ri ha- rorat, tugun- cha, pufak- chalar, qichi- shish	Qichi- shish	Balser- ning yodli sina- masi	Qichi- shish, bit bo'li- shi

Papulyoz sifilidning differensial tashxisi

Ko'rsatkichlar	Papulyoz sifilid	Qizil yassi temiratki	Psoriaz
Birlamchi affekt	Papula	Papula	Papula
Elementlar shakli	Aylana	Poligonal	Aylana, oval
Rangi	Mis-qizil	Binafsha tusli to'q qizil rang	Tiniq qizil
Konsistensiya Periferik o'sishga moyillik	Zich-elastik Yo'q	Yumshoq Bor	Yumshoq Bor
Asosiy joylashishi	Turli (oyoq va qo'llar yozuvchi qismida ko'proq)	Oyoq va qo'llar bukuvchi qismi, og'iz va jinsiy a'zolar shilliq qavatlari	Oyoq va qo'llar yozuvchi qismi, boshning sochli qismi
Toshmalar muddati	1,5-2 oy	Oylar	Oylar, yillar
Tashxisning qo'shimcha belgilari	Yadasson simptomi, musbat serologik reaksiyalar, oqish treponemani aniqlanishi	Kyobner simptomi, qichishish, kindiksimon botiq, mum yaltirog'i, Uikxem turi	Auspitts triadasi, Kyobner simptomi

Ikkilamchi sifilidning ko'rinishi va differensial tashxisi

Sifilidlar tafovuti	Sifilidlar ko'rinishi	Boshqa kasalliklar bilan
Dog'li a) rozeola	Oddiy, shishli, qipiq- lanuvchi, birlashuvchi, nuqta- simon, aylanasimon	Jiberning pushti rangli temiratki, eshakemi, rang-barang temiratki, toksikodermiya, mramor teri, infeksion rozeola
b) leykoderma	Dog'li, aylanali, mramorli	Vitiligo, rang-barang temiratki, ikkilamchi de- va giperpigmentatsiya
Papulyoz	Miliar, lentikulyar, tangachali, suvla- nuvchi, vegetatsiya- lanuvchi (keng kondilomalar), psoriazsimon	Qizil yassi temiratki, psoriaz, o'tkir uchli kondilomalar, parapsoriaz, papulyozli psevdosifilis, vegetatsiyalanuvchi po'rsildoq yara
Vezikulyoz	Yo'q	Suvchechak, o'rab oluvchi temiratki, Dyuringning gerpetiform dermatiti
Pustulyoz	Impetiginoz, husnbu- zarsimon, chechak- simon, ektimatoz, rupiyasimon	Strepto- va stafilokokk impetigosi, oddiy ektima, yodli va bromli husnbuzarlar
Soch to'kilishi (alopetsiya)	O'choqli, diffuz, aralash	O'choqli kallik, boshning sochli qismining zamburug' kasalliklari (trixofitiya, mikrosporiya), qizil yugirik
Shilliq qavat sifilidlari	Dog'li, papulyoz, pustulyoz	Anginalar turlari (oddiy, Vensan anginasi), aftoz stomatit, qizil yassi temiratki, lepromalar

Tuberkulyoz volchanka va do'mboqchali sifilidning differensial tashxisi

Diagnostik belgi	Do'mboqchali sifilid	Tuberkulyoz volchanka
Birlamchi affekt	Do'mboqcha	Do'mboqcha
Do'mboqcha rangi	Mis qizil	Sariq tusli qizil
Konsistentsiya	Qattiq elastik	Yumshoq
«Zond» simptomi	Manfiy	Musbat
«Olma jelesi» simptomi	Manfiy	Musbat
Chandiqlik xarakteri	Mozaik	Yuzaki, silliq, nozik
Chandiqlarda yangi do'mboqchalar hosil bo'lishi	Yo'q	Odatda bo'ladi
Tuberkulin sinamasi	Manfiy	Musbat
Zaxmga serologik reaksiyalar	Musbat	Manfiy
Kasallik boshlanishi	Turli davrda	Asosan bolalik davrida
Kasallik kechishi davolanganda	Oylar ichida tez o'zgaradi	Ko'p yillar sekin o'zgaradi

Serologik reaksiyalarning nisbiy sezgirligi

Zaxm davrlari	Serologik reaksiyalar turi		
	RW	RIF	RIBT
Birlamchi zaxm	3-4-haftadan so'ng musbat	Pozitivatsiyaning oldinroq bo'lishi	Pozitivatsiyaning kechroq bo'lishi
Ikkilamchi zaxm	Odatda musbat	Odatda musbat	Odatda musbat
Uchlamchi zaxm	20-30 % manfiy	Odatda musbat	Odatda musbat

MUNDARIJA

KIRISH SO‘Z	3
DERMATOVENEROLOGIYA FANI RIVOJLANISHINING QISQACHA TARIXI	5
UMUMIY QISM. TERINING TUZILISHI	
OG‘IZ BO‘SHLIG‘I SHILLIQ QAVATI VA LAB ANATOMIYASI, GISTOLOGIYASI VA FIZIOLOGIYASI	24
TERINING ASOSIY FUNKSIYALARI	26
Teri kasalliklari sabablari (Etiologiyasi va patogenezi)	28
Teri kasalliklarining tashxis asoslari	31
Teridagi morfologik toshmalar. Birlamchi va ikkilamchi elementlar	32
Birlamchi morfologik elementlar	33
Ikkilamchi morfologik elementlar	38
TERIDAGI GISTOMORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR	44
KASALLIK TARIXNOMASI	45
Teri kasalliklarini tashxis etish va ularni davolashning umumiy prinsiplari	49
Teri kasalliklarini umumiy va mahalliy davolash usullari	50
Mahalliy qo‘llaniluvchi kortikosteroid preparatlar	59
ASOSIY QISM. TERI KASALLIKLARI	
DERMATITLAR	62
Ekzema (GUSH)	67
Chegaralangan neyrodermit (Neurodermitis circumsrinta)	70
Atopik dermatit	71
Qichima (Prurigo)	73
ESHAKEM (URTICARIA)	74
TOSHMASIZ, TARQOQ TERI QICHISHISHI	77
Tarqoq teri qichishiga (differensial tashxisda) sababi bo‘lishi mumkin kasalliklar	78
ANAFILAKTIK SHOK	81
Birlamchi tezkor terapiya bosqichi	82
Ikkilamchi terapevtik muolajalar bosqichi	83
Fotodermatozlar. Terining quyosh nuriga javoban reaksiyasi	84
Fotodermatozlarning zamonaviy tasnifi	85
Kech teri porfiriya (Porphyria cutanea tarda)	88

TUGUNCHALAR BILAN KECHADIGAN KASALLIKLAR	91
Tangachali temiratki (Psoriasis vulgaris)	91
Qizil yassi temiratki (Lichen ruber planus)	95
Jiberning pushti rangli temiratkisi (Pityriasis rosea Gibert)	98
DO'MBOQCHALAR BILAN KECHADIGAN KASALLIKLAR	99
TERI SILI (Tuberkulosis cutis)	99
Moxov (lepra)	102
Teri leishmaniozi. Borovskiy kasalligi (Leishmaniosis cutis)	105
TERINING ALLERGIK VASKULITLARI	108
DISXROMIYALAR	111
Vitiligo	111
TERINING YIRINGLI KASALLIKLARI	112
Piodermitlar (piodermia)	112
Stafilokokkli piodermitlar	113
Streptokokkli piodermitlar	117
Piogen granulema (Granuloma pyogenicum s. bortiomycoma)	122
Surunkali chuqur vegetatsiyalanuvchi piodermiya (Pyodermia chronica profunda et vegetans)	123
Gangrenoz piodermiya (Pyodermia gangrenosa)	124
SHANKRSIMON PIODERMIYA (PYODERMIA CHANCRIFORMI)	124
Qo'tir (Scabies)	125
Chov bitlashi (pediculus pubicus)	126
Seboreya (Seborrhea)	127
Seboreyali dermatit	128
HUSNBUZARLAR (ACNE)	129
Oddiy husnbuzar (Acne vulgaris)	129
Pushti rangli husnbuzar Demodikoz (Acne rosacea)	131
SOCH TO'KILISHI (Alopecia)	132
ZAMBURUG'LI KASALLIKLAR	134
Keratomikozlar (Keratomycosis)	135
Dermatomikozlar	137
Trixofitiya, mikrosporiya, favus	140
Chuqur trixofitiya (Trichophytia profunda)	141
Mikrosporiya	142
Kal (Favus, Parsha)	143
KANDIDOZ	144
XEYLITLAR	148
Glandulyar xeylit	151
Meteorologik xeylit	152
Aktinik xeylit	152
Melkerson-Rozental sindromi	154
Labning surunkali yorilishi	155
Lab qizil hoshiyasi va og'iz shilliq pardasi rak oldi kasalliklari	156
So'galsimon rak oldi kasalligi	157
Rak oldi chegaralangan giperkeratozi	158
Manganotti abraziv-prekankroz xeyliti	158
TERINING VIRUSLI KASALLIKLARI	159

Oddiy uchuq (Herpes simplex).....	159
Qamrab oluvchi temiratki (Herpes zoster).....	161
Yuqumli mollyusk	163
So'gallar	164
O'tkir uchli kandilomalar	164
PO'RSILDOQ YARA (PEMPHIGUS)	165
Bullyoz pemfigoid	170
Chandiqlanuvchi pemfigoid	171
DYURINGNING GERPETIFORM DERMATOZI	
(DERMATOZIS HERPETIFORMIS)	172
Pufak tomirli sindrom	173
Bullyoz epidermoliz (Epydermoliz bullosa)	174
KO'P SHAKLLI EKSSUDATIV ERITEMA	
(ERYTHEMA EXUDATIVUM MULTIFORME)	176
BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA KASALLIKLARI	
(KOLLAGENOZLAR)	179
Sklerodermiya (Sclerodermia).....	179
Cheklangan sklerodermiya (Sclerodermia circumscripta)	180
Diffuz sklerodermiya (Sclerodermia diffusa)	180
Qizil yugirik (Lupus erythematodes).....	181
Zamburug'simon mikoz (Mycosis fungoides).....	183
KAPOSHI SARKOMASI (SARCOMA IDIOPATICUM MULTIPLEX	
HEMORRAGICUM KAPOSI)	185
Sarkoidoz (Sarcoidosis)	186
TERINING O'SMALI KASALLIKLARI	187
Bazal hujayrali epitelioma (Epithelioma basocellulare).....	187
Yassi hujayrali karsinoma (Carcinoma spinocellulare)	188
Melanoma	189
JINSIY YO'L BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR (JYBYUK)	194
JYBYUKni davolashning umumiy talablari	198
Sheriklarga kasallik to'g'risida ma'lumot berish	198
Jinsiy yo'l bilan yuquvchi infeksiyalar klassifikatsiyasi	198
ZAXM (SIFILIS, SYPHILIS)	199
Orttirilgan zaxmning umumiy klinik kechishi	204
Tug'ma zaxm davrlari va ularning xarakteristikasi	206
BIRLAMCHI ZAXM (SYPHILIS PRIMARIA)	207
Ikkilamchi zaxm (Syphilis secundaria)	208
Uchlamchi zaxm (Syphilis tertiaria)	211
Gummoz zaxm (Syphilis gummosa)	212
Zaxmni davolash prinsiplari va usullari	213
Homilador ayolni maxsus, profilaktik va preventiv davolash	219
Bolalarni zaxmga qarshi maxsus va profilaktik davolash	221
Bolalarni profilaktik davolash	222
Tug'ma zaxm bilan og'rigan bolalarni maxsus davolash	222
Orttirilgan zaxm bilan og'rigan bolalarni davolash	223
Dispanser hisobidan o'chirish	225
YUMSHOQ SHANKR (ULCUS MOLLE)	226

VENERIK LIMFOGRANULEMATOZ	227
DONOVANOZ (CHOV GRANULEMASI)	229
UROGENITAL-SEKSUAL-TRANSMISSIV KASALLIKLAR	230
SO'ZAK - GONOREYA (GONORRHOEA)	232
UROGENITAL TRIXOMONIAZ (TRICHOMONIASIS UROGENITALIS)	236
UROGENITAL XLAMIDIOZ (CHLAMYDIOSIS UROGENITALIS)	238
MIKOPLAZMOZ (MYCOPLASMOSIS)	241
BAKTERIAL VAGINOZ, GARDNERELLEZ (VAGINOSIS BACTERIALIS)	242
UROGENITAL KANDIDAMIKOZ (CANDIDAMYCOSIS UROGENITALIS)	244
SITOMEGALOVIRUS INFEKSIYASI	246
ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI	247
Jinsiy yo'l orqali yuqadigan kasalliklar profilaktikasi	249
Venerik kasalliklarning shaxsiy profilaktikasi	250
ILOVALAR	251

Ilmiy-uslubiy nashr

ADHAM VAISOV

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI

(darslik)

Muharrir

G.MIRZAYEVA

Musahhih

M.QUTLIYEVA

Tex.muharrir

Ye. DEMCHENKO

Kompyuterda sahifalovchi

F.BOTIROVA

Original maket MCHJ «EL-PRESS»da tayyorlamdi

Bosishga 20.06.2009-y.da ruxsat etildi. Bichimi 60x90 1/16.
Bosma tobog'i 18,5+вкл. 0,5. Shartli bosma tobog'i 18,5+вкл.0,5.
Adadi 1345 nusxa. (1- bosish 600) Buyurtma №320.
Bahosi kelishilgan narxda.

«Yangi asr avlodi» nashriyot-matbaa markazida tayyorlandi.
«Yoshlar matbuoti» bosmaxonasida bosildi.
100113. Teshkent, Chilonzor-8, Qatortol ko'chasi, 60.

Murojaat uchun telefonlar
Nashr bo limi 278-36-89, marketing bo'limi 128-78-43
Faks 273-00-14, e-mail: yangiasravlodi@mail.ru