

АДҲАМ ВАЙСОВ

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ
КАСАЛЛИКЛАРИ

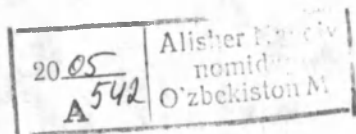
*Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлиги, Соғлиқни сақлаш бўйича Илмий методик
Бирлашма тиббиёт олий ўқув юртларининг талабалари
учун дарслик сифатида тавсия этган*

Тошкент
«Янги аср авлоди»
2004

Дарслик тиббиёт институтларининг юқори курс талабаларига ва умумий амалиёт шифокорларига мўлжалланган. Китобдан шунингдек, амалиётда ишлаётган дерматовенеролог, уролог, акушер-гинеколог, стоматолог, терапевт, лаборатория мутахассислари ва тиббиёт ўқув юртлири ходимлари ҳам фойдаланишлари мумкин.

Тақризчилар:

- Р.А. Капкаев** — 1-Тошкент давлат тиббиёт институтининг тери ва таносил касалликлари кафедрасининг профессори, Республикада хизмат кўрсатган фан арбоби, профессор.
- Э.Г. Ким** — 2-Тошкент давлат тиббиёт институтининг шарқ табиоти ва косметология кафедрасининг мудирини, профессор.



W

*Улуғ зот, олоқ дадам
Исмоил ота Ваисов
хотирасига бағишлайман.*

Муаллиф

КИРИШ СЎЗИ

Ҳозирги давр соғлиқни сақлаш тизимида, умумий амалиёт шифокори аста-секин асосий ўрин эгалляпти. Умумий амалиёт шифокори ўзининг амалиётида турли хил касалликлар билан тўқнашиб, уларга ташхис қўйиб даволаши зарур. Мазкур китобни яратишдан мақсадимиз шуки, талабалар ва умумий амалиёт шифокорларини кўп учровчи тери таносил касалликлари ва ички аъзолар касалликларидаги тери ўзгаришлари ҳақидаги маълумотлар билан илмини бойитишдир.

Барча мутахассисликдаги шифокорлар: педиатр, алерголог, терапевт, жаррох, умумий амалиёт шифокори ва ўрта тиббиёт ходими ўз меҳнат фаолияти мобайнида беморлар терисидаги патологик ўзгаришлар билан тўқнашадилар. Шунинг учун ҳам дерматология асосларини билишлари шарт. Тери жароҳатланиши беҳосдан қутилмаганда “топилиши” ёки беморни асосий шикоятни сабабли аниқланиши мумкин. Кардиологлар электрокардиограммани “ўқигани”дек, ҳар бир шифокор дерматология “алифбо”сини, яъни теридаги тошмаларни аниқ ва тўғри “ўқиб”, беморни дерматологга йўллаш ёки ўзи даволаши зарур.

Дерматологларнинг асосий қуроли – уларнинг кўзларидир. Дерматологик ташхис, асосан, тери, шилиқ пардаларни кўздан кечиришга асосланади. Тери ўзгаришлари қуролланмаган кўз орқали аниқланади, фақатгина қандай кўришни ва нимани излашни билиш зарур.

Тўғри қўйилган ташхис – самарали даво калити. Биз тайёрлаган, мўжазгина китобча орқали, турли соҳа шифокорлари амалиётларида учровчи тери касалликларини осон ташхис қилишларига ёрдам қилади, деган фикрдамиз. Тери касалликлари ташхис осон эмас, энг асосийси тери тошмаларини кузата билиш, бирини-биридан фарқлай билиш зарур. Шунинг учун ҳам мазкур китобда касалликларнинг қисқа клиник кўринишлари, ташхис ва даволаш принципларини кўплаб жадвал ёрдамида баён этилган. Ҳар бир касалликлардаги тошмаларни диққат билан кўздан кечириш ва уларни бир-бирлари билан таққослаш, матнда ва жадвалларда келтирилган диагностик белгиларга эътибор беришингизни тавсия этамиз. Ўйлаймизки мазкур

китобдан амалиёт шифокори ёки тиббиёт талабаси кўплаб янги, зарур маълумотлар оладилар, мутахассис дерматологлар эса ўз билимларини янги маълумотлар билан бойтадилар.

Айрим ҳолларда шундай фикр туғиладики, шифокорлар ҳамма шарт ва шароитлар бўлишига қарамай, кўп ҳолларда тери касалликларини ўрганишга етарли даражада эътибор бермайдилар. Бемор терисига шикоят қилмаган ҳолларда, тошмаларга айтарли даражада эътибор қилинмайди. Бундай “номсиз”, “номаълум” касалликларни ойлаб, айрим ҳолларда кортикостероидлар, антибиотиклар ёки цитостатиклар билан даволайдилар. Натижада косметик нуқсонлар, беморларни узоқ вақт азият чекишлари, жараёни тарқоқлашиши, қайта тикланмас ўзгаришлар, энг асосийси, ички оғир ҳасталикларни кечириб бўлмас даражада кечикиб ташхис қилиш ҳолатлари кузатилади.

Бир қарашда зарарсиз кўринган тери ўзгаришлари оғир касалликларнинг ягона белгиси бўлиши мумкин. Масалан, қўқимтир доғ – ривожланаётган меланома, майда ярача эса захмнинг дастлабки белгиси бўлиши мумкин. Бу хил тери ўзгаришлари турли профилактик кўриқларда аниқланилиши мумкин ва шарт. Акс ҳолда шифокор муолажаси учун вақт ўтган бўлиши мумкин.

Бемор амбулатор қабулда ёки шифохона шароитида, шикоятдан қатъий назар унинг тери ва шиллик пардаларининг ҳолати шифокор томонидан кўздан кечирилмоғи шарт. Ҳар қандай ўзгаришларга эътибор бериш, тошмалар қандай элементлардан таркиб топганлигини аниқлаш, зарур бўлганида биопсия олиниши керак.

Тери ҳолати текширилиши энг қулай ҳисобланган аъзо, бир пайтнинг ўзида кўплаб зарур аҳамиятга эга бўлган информация манбаи ҳамдир, фақат бу маълумотларни олишга эринмаслик керак.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ҚИСҚА ТАРИХИ

Дерматология тери касалликлари ҳақидаги фан бўлиб соғ ва патологик ўзгарган терининг тузилиши, функциясини, тери ва ички аъзоларининг турли патологик ҳолатлардаги ўзаро муносабатини, ҳар хил дерматозларнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш жараёнини, тери касалликларини аниқлаш усулларини, даволаш ва олдини олиш чораларини ўрганади. Венерология – таносил касалликларнинг клиник кечишини, эпидемиологиясини, уларни аниқлаш ва олдини олиш чораларини ўрганади.

1571 йилда Mercurialis номли италиялик олим тери касалликлари бўйича китоб чоп этади. Malpigi (1628–1694) терининг эпидермисининг муғуз ва мальпигий қаватларга бўлади ва терида ёғ безлари, тер безлари, соч фолликулалари ва ёғ хужайралари борлигини аниқлайди.

XVIII асрда дерматология фани шаклланди. XIX аср бошларидан ривожланиб кўзга кўринган фаранг, инглиз, рус ва амрико дерматовенерология мактабларининг тери касалликларининг келиб чиқиши ҳақидаги маълумот ва тушунчалари бир-биридан кескин фарқ қилар эди, аммо XX аср бошларига келиб бу тафовут анча йўқолди ва ҳозирда айрим илмий изланишлар йўналишларигина маълум даражада фарқлансада, у ёки бу касалликнинг этиопатогенезидаги тушунча бир хил.

Тери касалликлари, теридаги ўзгаришлар XVII аср мобайнида эркин ифодалангани қўлёзмалардан маълум. Дерматологияни аниқ фан бўлиб шаклланиши, тери тошмаларининг таснифланиши, яъни дерматология алифбосининг яратилишидан сўнг кузатилди. Сўзлар воситаси билан англатилган гап сингари, тери тошмалари ҳам маълум морфологик элементлар билан ифодалана бошланади. XVIII асрда умумий келишилган ҳолда тошмаларни ифодалаш, дерматологияни мустақил фан сифатида тан олдириди, бу фан тери касалликларини ўрганишининг хусусий усулларини аниқлади ва умумий тушунарли тилда тери тошмаларини ёзишга, уларнинг хусусиятларини аниқлашга, таснифини тузишга шароит туғдирди.

Дерматовенерологиянинг ривожланиш жараёнида соғ ва патологик ўзгарган терини ўрганишда клиник ва морфологик текшириш усуллари билан биргаликда микробиологик, иммунологик, физиологик, биокимёвий, генетик, экспериментал, статистик усуллар ҳам қўлланила бошлади. Бу эса XX асрга келиб тери таношил касалликлари этиология ва патогенезини, клиникаси, даво, профилактикасини кенгайтди, чуқурлаштирди. Шу билан бирга ҳозирда дерматовенерологияда ечилмаган ва тортишувларга сабаб бўладиган муаммолар йўқ эмас.

XIX асрда ривожланаётган дерматология мактаблари фаолиятини кўриб чиксак, уларнинг қуйидаги муваффақиятларини аниқлаймиз: тери касалликлари баёни, тери касалликлари таснифи, дастлабки ўқув китоблари ва атласлар бўлиб, уларнинг айримлари шу кунгача ўз мавқеини йўқотмаган.

Инглиз мактабининг асосчиси R. Willian (1757–1812), биринчи бўлиб экзема (гўш) касаллигини замонавий даражада ёзган. W. Wilson (1809–1884) кизил ясси темирлаткини ёзган ва 1867 йили Англияда би-

ринчи дерматология журналига асос солган. S.Hatchinson (1812–1913) эса кечиккан туғма захмда учлик белгисини ёзган .

Француз дерматология мактаб асосчиси J.Aliber (1766–1837) дерматологиядан ўқув қўлланма, атлас ва кўплаб дерматозларни ёзган. Биринчи дерматовенерология журналининг асосчиси (J.Aliber шогирди) P.Cazenave бўлган (1795–1877). Француз дерматологи E.Bazin қўтир чакирувчиси, қўтир канаси, замбуруғли касалликларни – патоген замбуруғлар чакиришини ёзган. Француз олими С.М. Gibert (1797–1866) пушти ранг темираткини ёзган.

Немис дерматология мактабининг асосчиси F.Hebra (1816–1880) ўқув қўлланма, атлас яратган ва кўп хилли эксудатив эритемани ва бошқаларни ёзган. Унинг шогирди M.Kaposhi эса кўплаб тери касалликларини, шу жумладан геморрагик саркомани ёзган, ҳозирги кунда Капоши саркомаси деб аталади.

Амрико дерматология мактаби намоёндалари ичида L.A. Duhring (1845–1914) герпессимон дерматитини ёзган ва бошқа олимлар қаторидан J.C.White (1833–1916), J.N. Hyde (1840–1910) ажралиб туради.

Рус дерматовенерология мактаби XVIII–XIX асрларда ўша даврни илгор терапия, физиология мактаби асосида шаклланди. Бу мактаб ташкилотчилардан С.Г. Зибелин (1735–1802), М. Я. Мудров (1776–1831), И. Я. Дядьковский (1784–1841), С. П. Боткин (1832–1889), Г.А. Захарин (1829–1897), И. М. Сеченов (1824–1905), М. И. Лигников (1845–1910), И.П. Павлов (1844–1936) ажралиб туради. 1869 йили дастлабки уч мустақил тери касалликлари кафедраси ташкил топди. Москва Университетида (мудир – Д И Найденов), Санкт-Петербургнинг ҳарбий-тиббиёт академиясида (мудир – Ф.П.Подкопаев) ва Варшава Университетининг медицина факультетида, кейинчалик Қозон (1872), Харьков (1876), Киев (1883) университетларида дерматовенерология кафедралари тузилди.

1876 йили Санкт-Петербург ҳарбий тиббиёт академиясини тери таносил касалликлари кафедрасини профессор А.Г. Полотебнев бошқарди ва у биринчи рус дерматовенеролог профессори бўлди. Мустақил сифилидология кафедрасини В.М. Тарновский (1869–1894) бошқаради. А.Г. Полотебнев таниқли проф. С.П Боткиннинг шогирди бўлиб, дерматологияни немис ва француз мактаблари асосчиларидан ўрганди ва янги йўналиш очди. Бу йўналиш асосида – тери ва бутун организм узвий боғлиқлиги, тери касаллиги ҳеч қачон организмдан бўлак деб бўлмаслиги ҳамда асаб тизимининг бошқарувчи роли ҳақидаги тушунчалар ётади.

Ўрта Осиё ҳудудида 900 йилларда илмнинг турли йўналишларида катта ривожланиш кузатишган ва дунёга Хоразмнинг Маъмун академиясининг киритган янгиликлари, қолаверса Абубакр Муҳаммад Закариё Розий (Разес), Абубакр Рабе Бухорои, Абумансур Муваффақ ибни Али-ал-Хирави, Исмоил Джурджоний, Абу Райҳон Беруний, Бобо Баҳром Хоразмий, Абу Мансур ибн Яҳъёи Масихий ва кўп бошқа олимлар дунёга танилган. Булардан бири, Бухорода туғилиб ўсган (980–1037), файласуф олим, тиббиёт илмининг султони – Абу Али Ибн Сино номи билан бизнинг ўтмиш маданиятимиз, тарихимиз ва тиббиёт фанининг ривожланиши чамбарчас боғлиқ. Нафақат Ўзбекистон, қолаверса бутун дунё тан олиб, унинг «Тиб қонунлари» рисоласини ўқиб, ундан бир неча асрлар қўндалик ҳаётда фойдаланмаган шифокор йўқ десак муболага бўлмаса керак.

Дерматовенерология тарихида ҳам Ибн Сино етакчи ўрин эгаллайди. Унинг теридаги ўзгаришлар ва касалликлар тўғрисидаги фикрлари ҳозирги замон дерматовенерология фанининг ютуқлари қаторида жой эгаллаган. Ибн Сино тиббиёт масалаларини, хусусан теридаги касаллик масалаларини фалсафий нуқтаи назардан қараб, ўз асарларида шундай ёзган: «Ҳар хил исботлардан бизни икки хили қизиқтиради: асл исбот – биз унга ёндошишимиз керак ва ноасл исбот – биз ундан чекланишимиз керак». Ибн Сино касалликларни мураккаб динамик жараён деб тушунган, организм бутун деб, уни ташқи муҳит билан алоқадор эканлигини таъкидлаган. «Ва яна қайтараман: касаллик сабабини даволаш – тиббиётимизнинг асл моҳияти шунда» деб ёзган.

Ибн Сино тери касалликларининг келиб чиқишида асаб тизими фаолиятининг аҳамияти катталигини таъкидлаган. У беморларга руҳий таъсир этиш билан даъволашни таклиф этган.

Ибн Синонинг фалсафий қарашларида сабаб ва оқибат, шакл ва мазмун, структура ва функция, зарурат ва тасодиф, маҳаллийлик ва умумийлик, махсуслик ва номахсуслик орасида боғлиқлик кузатилади. Ибн Сино организмнинг индивидуал сезувчанлигига катта эътибор бериб, дориларни ҳаддан зиёд истеъмол этишга қарши бўлган. «Дори аста-секин емиради, доридан сақланнинг, сифатли овқатланнинг» деган эди. Ибн Сино беморларни дориларга кўникиб қолишлари мумкинлиги хусусида ҳам таъкидлаган, бу фикр ҳозирги дерматологияда ҳам ўз исботини топган, мисол учун псориазни даволашда.

Ибн Сино парҳез таомлар, сув муолажалари, жисмоний машғулотлар, уйқуни узайтиришни, айрим дерматозларда организмнинг ҳимоя вазифасини рағбатлантирувчи омиллардан деб билган. У жуда

ширин, шўр, аччик, ўткир таомлардан тийилиш зарур деб ёзган. Энг аввало эмизувчи аёлларни овқатланишини нормаллаштириш кераклиги хусусида айтган.

Ибн Сино 32 дан ортиқ дерматозларни батафсил баён этган: дерматитлар, ўткир ва сурункали гўш, нейродермит, ихтиоз, мохов, пес, сўгал, турли хил стоматит ва хейлитлар, кадок, сўгал, трофик яра, тери лейшманиози, кўтир, битлаш, псориаз, тери бичилишлари ва бошқалар шулар жумласидандир. Витилигони анжир сути билан суртиб, куёшда тоблаш ҳозирги кунда фотохимёвий услуга асос бўлади. Лепрани мохов номи билан ёзиб, «шер» касаллиги деб ҳам атайди, бунга сабаб беморлар юз кўриниши ва ифодаси шер башарасини эслатгандандир. Соч тўкилишлари, ички аъзо касалликлари ташқи муҳит таъсиридан деб билган. Ибн Сино захми симоб билан даъволашни таклиф этган, бу усул ҳозирги кунда дунё бўйича тарқалган.

Ибн Синонинг дерматовенерология фани соҳасидаги кўпчилик фикр ва мулоҳазалари ҳозирда ҳам тасдиқланиб, ҳозирги вақтда ҳам дерматовенерологларнинг илмий, амалий ва тарихий нуқтаи назардан қизиқтириб келмоқда, унинг тушунча, кўрсатма ва назариялари ҳозирда ҳам ўз кучини йўқотгани йўқ, аксинча янада чуқурроқ ўрганишни талаб этади.

Улуғ Авиценнанинг она юрти бўлмиш Ўзбекистонда дерматовенерология фани ва амалиёти ривожининг янги тўлқини, узлуксиз, Тошкентда, 1920 йили очилган Туркистон Давлат Университети билан боғлиқдир. Бу Университетнинг тиббиёт факультети таркибида тери ва таносил касалликлари кафедраси ташкил бўлиб, у Тошкент госпиталида жойлашади.

Биринчи кафедра мудири этиб Петербург дерматология мактаби намоёндаси профессор А. И. Лебедев сайланади ва у 1920–1923 йилларда кафедра мудири лавозимида ишлайди.

1924 йили кафедра мудири лавозимига И.С. Мильман сайланди. У 1924–1931 йилларда мудирлик қилди ва бу даврга келиб койкалар сони 22 дан 35 тагача етди, лаборатория кенгайди. Хизматчилардан: А.А. Аковбян, Г.Н. Зебелин, Н.Л. Берескина, К.Н. Терновенко бирга ишладилар. Профессор И.С. Мильман Тошкент дерматовенерологларини илмий-амалий жамиятининг асосчиси.

1931 йили Ўрта Осиё университетининг, тиббиёт факультетига қарашли дерматовенерология кафедраси мудири этиб ўз даврининг энг кўзга кўринган олимларидан профессор А.М. Картамишев (1931–1939) тайинлади. Койкалар сони 65 тагача кенгайди. Серологик лабо-

ротория, тери-таносил касалликлари диспансери ташкил этилди, кейинчалик эса бу диспансер мустақил Тошкент вилояти диспансерига айланди. Профессор А.И. Картамишев 50 дан ортиқ фан докторлари ва номзодларини тайёрлади, 300 дан ортиқ илмий ишлар, шу жумладан 20 та монография ва ўқув қўлланма чоп этди.

1940 йили кафедра мудирлигига Москва дерматологлар мактаби намоёндаси профессор Ц.А. Кристанов сайланди (1940–1945). 1945 йилда юртига кетиб, Ц.А.Кристанов Болгария фанлар академияси академиги бўлди ва узок йиллар Болгар университетининг ректори бўлиб ишлади.

1945 йили кафедра мудирлигига профессор А.А.Аковбян сайланди. У 100 дан ортиқ илмий ишларни чоп этди, улардан учтаси монографиялар бўлиб, улар захми даволаш, витилиго ва терининг турли аллергик касалликларини даволашга бағишланган.

А.А. Аковбян биринчи бўлиб маҳаллий мутахассислар ичидан учта тиббиёт фан доктори (У.М. Мирахмедов, К.С. Сулаймонов, Р.А. Капкаев) ва 10 дан ортиқ фан номзодларини тайёрлади, кўп йиллар институтда талабалар илмий кенгашининг илмий раҳбари бўлиб ишлади.

1971 йили кафедра мудирлигига профессор У. М. Мирахмедов сайланди ва 1991 йилгача кафедра раҳбари бўлиб фаол ишлади. У уч юздан ортиқ илмий мақолалар ва 10 та монография муаллифи. У. М. Мирахмедов бир катор фан номзодларини тайёрлади.

1975 йили кафедра иккига бўлиниб, ТошМИДа иккинчи – олдин курс, кейин мустақил, даволаш факультетининг тери-таносил касалликлари кафедраси ташкил этилди ва бу кафедра мудирлигига профессор Р.А.Капкаев сайланди. Кафедра учун 80 койкалик клиника, яъни ДорКВД ташкил қилинади ва қисқа вақт ичида у энг жиҳозланган ва энг замонавий тиббий муассасага айланади. Профессор Р.А.Капкаев тўрт фан доктори (А.А.Аковбян, А.Ш.Ваисов, Э.Г.Ким, Г.А.Исмоилова) ва йигирмадан ортиқ фан номзодларини тайёрлади. Профессор Р.А.Капкаев уч юздан ортиқ илмий мақолалар ва 10 дан ортиқ атлас ва монографиялар муаллифи. 1999 йилда бу кафедранинг мудир лавозимига проф. Исмаилова Г.А. сайланди.

1991 йилда 1 ТошМИ тери-таносил касалликлари кафедраси мудирлигига проф. Мирахмедов У.М ўрнига профессор А. Ш. Ваисов сайланади ва кафедра асосида «Республика илмий-ўқув-даволаш ВИТИЛИГО маркази» ни ташкил қилади. Марказ қисқа вақт ичида яқин ва узок чет элларда танилади ва республикада биринчилар қаторида

иш жараёнига бозор иктисодиёти муносабатларини киритади. 1991 йилда профессор А.Ш. Ваисов республика дерматовенерологиларнинг илмий-амалий жамияти раиси ва кейинчалик жамият асосида тузилган Ўзбекистон дерматовенерологларининг Ассоциацияси Президенти этиб сайланди. Проф. А.Ш. Ваисов раҳбарлигида бир неча илмий-амалий конференциялар ва 1997 йили республика дерматовенерологларининг 3 съезди ўтказилди. 1998 йилдан бошлаб проф. А.Ш.Ваисовнинг бош муҳаррирлигида Марказий Осиёнинг «Дерматология ва венерология янгиликлари» номли журнали ташкил бўлиб, уч тилда (ўзбек, рус ва инглиз) Тошкентда чоп этила бошлайди. Талабалар, ёш шифокорлар ва илмий кадрларни тайёрлашни ривожлантириш мақсадида Ассоциация ва АҚШнинг таниқли «ПРОКТЕР энд ГЭМБЛ» компаниясининг йиллик стипендиялари республика конкурсининг 5 нафар ғолибига берилди бошланди.

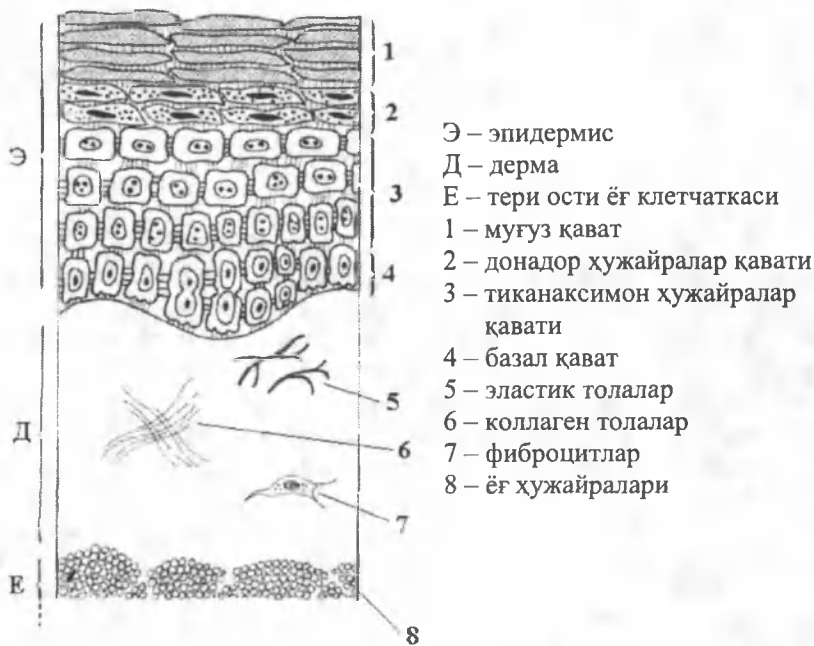
1995 йилда проф. Ваисов А.Ш. Дерматология ва венерология илмий текшириш институти директори лавозимида тасдиқлангани сабабли, у ва у раҳбарлигидаги Биринчи ТошМИ кафедрасининг барча ходимлари (проф. Раҳматов А.Б., доцентлар – Мираҳмедов Б.У., Алимханов К.Б., Саипов С.С., Ким Е.С., ассистентлар – Каримов А.М., Юсупов Б.Ю., Сапунова Н.Р., Чиченина И.В., Джалилов Д.Х., Муратханова Д.А., Урунбаев Н.С., Лем Ж.В., Турғунова Ю.А ва клиник ординаторлар – Аҳмедбаева И.А., Порсохонова Д.Ф., Расулева Н.Р., Байбекова М.И., Алимов Б.Д., Тен В.Н., Эшанходжаев Ш.Ш., Хасанов Д.С., Цой М.Р, Азимова Ф., Бабаева Л., Турғунова М.Д., Исмоилов Р.Ш.) Иккинчи ТошМИ сафига ўтказилди. Профессор Ваисов А.Ш раҳбарлигида икки тиббиёт фан доктори (Арифов С.С., Эшбоев Э.У.) ва 20 нафар фан номзоди тайёрланди.

Бугунги кунда Ўзбекистон дерматологик мактаби аъёнларини сақлаб ва уни янги ютуқлар билан бойитиб келаётган мингга яқин дерматовенерологлар қаторида тиббиёт фан доктори, профессорлар Арифов С.С., Балуянц Э.С., Болтабаев М.К., Ваисов А.Ш., Ибрагимов Ш.И., Исмаилова Г.А., Капкаев Р.А., Ким Э.Г., Маннонов А.М., Раҳматов А.Б., Раҳматов Б.Р., Ҳамидов Ш.А., Худайбердиев Н.А., Шаҳобиддинов Т.Т., Шодиев Х.К., Эшбоев Э.У., Юлдашев К.А. каби кўзга кўринган олимларнинг ўрни баланд.

УМУМИЙ ҚИСМ

ТЕРИ ТУЗИЛИШИ

Тери – инсон танасини қоплаб турувчи аъзо. Терида морфофункционал ягона ҳолатда бўлган ва шартли равишда уч қават: эпидермис – тери пўстлоғи, дерма – асосий тери ва гиподерма – тери ости ёғ қаватлари тафовут этилади (1-расм).



1-расм. Терининг гистологияси.

Тери ҳомиланинг биринчи ҳафталарида эмбрионнинг эктодерма ва мезодерма қаватларидан ҳосил бўлади. Ҳомиланинг эктодерма варағидан эпидермис, мезодерма варағидан эса дерма ва тери ости ёғ қаватлари юзага келади. Ҳомиланинг 3-4 ҳафталарида тери ультраструктурасида фақат бир қават – цилиндрик хужайралар терининг айрим соҳаларида кузатилади, қафт-товон соҳаларида эса икки қават цилиндрик хужайралар кузатилади. Эмбриогенезнинг 6–7 ҳафтасида ҳомилани қоплаб турувчи эпителиал парда икки қаватдан – базал ва

тери – дермадан иборат бўлади. Ҳомила 7 ойлигида эпидермиснинг тўлиқ ривожланган ҳамма қаватлари кузатилиб, қафт ва товон соҳаларида муғузланувчи хужайралар вужудга келади. Шу даврда эластик ва коллаген толалар, сочлар, тирноқлар, соч фолликуллари вужудга келади. Дастлаб, текис контурга эга бўлган базал мембрана, дерманинг ривожланиб цитоплазматик ўсмалар ҳосил бўлиши ҳисобига тўлқинсимон контурга эга бўлиб, дерманинг сургичсимон йўналиши бўйлаб унинг контурини такрорлайди. Ҳомиланинг сўнгги ойларида тери структураси тўлиқ, кўп тармоқли физиологик вазифасини бажара олувчи ягона аъзо сифатида такомиллашади.

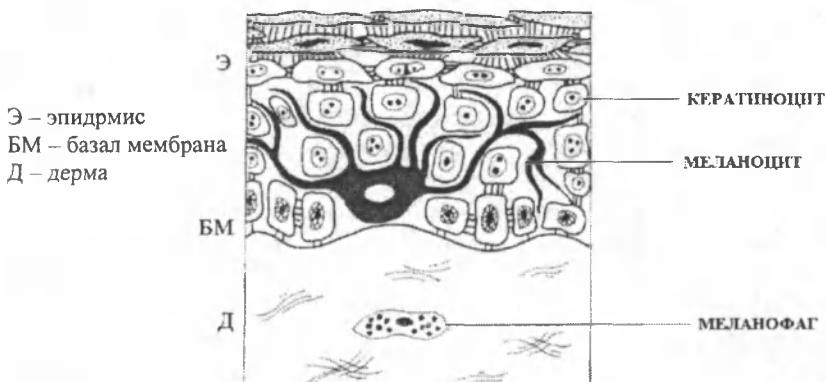
Эпидермис – терининг кўп қаватли устки қисми бўлиб, 5 қават хужайралардан ташкил топган бўлади. Хужайралар бир биридан шакли ва сони ҳамда функционал ҳолати билан фарқ қилади. Эпидермиснинг асосини базал ёки асосий қават (*Stratum basalis*) ташкил этади, ундан сўнг тиканаксимон (*Stratum spinosum*), донадор (*Stratum granulosum*), ялтироқ-шаффоф (*Stratum lucidum*) ва муғуз (*Stratum corneum*) қаватлари тафовут этилади. Ташки муғуз қават хужайралари доимо кўчиб, янгиланиб туради. Шу сабабли, муғуз қавати шартли равишда икки қаватга ажратилади: бирмунча зич муғузланувчи кератиноцитлар қавати – шаффоф қават юзасида жойлашади ва бириктирувчи деб ҳам номланади ҳамда юза қавати – осон кўчиб, тўлиқ муғузланувчи кератиноцитлардан ташкил топади.

Бир қатор призмасимон цилиндрик хужайраларидан ташкил топган базал қават остида ва дерманинг чегарасида, базал мембрана хужайраларнинг юлдузсимон ўсмаларидан вужудга келади. Базал мембрана эпидермис ва дермани мустаҳкам алоқасини таъминлайди.

Базал қават кератиноцитлари доимий кўпайиб митотик жараён ҳолатида бўлади (шунинг учун ҳам бу хужайралар цитоплазмалари кўп миқдорда ДНК ва РНК сақловчи структуралар – рибосома ва митохондрияларга эга) ва бу фаоллик эпидермиснинг юқори қават структураларини ҳосил бўлишини ва янгиланиб туришини таъминлайди. Базал қават хужайралари орасида меланин пигменти ишлаб чиқарувчи меланоцит хужайралари, оқ ўсмасимон эпидермоцитлар – Лангерганс хужайралари ва сезувчи хужайралар (Меркел хужайралари) жойлашади.

Базал қават юзасида 3–8 қатор хужайралардан иборат бўлган тиканаксимон қават жойлашади. Бу хужайраларда кўплаб цитоплазматик ўсма (тикан ёки кўприк, акант)ларга эга. Хужайралар зичлашган хужайра парда – тонофибрилл ва тонофиламентларга эга. Цитоплаз-

матик ўсма (акант)лар хужайраларни бир-бири билан бириктиради ва улар орасида каналлар тўрини ҳосил қиладилар, бу тўрлардан эса хужайралараро суюқликлар циркуляция қиладилар (1-2 расм).



2-расм. Терининг пигмент системаси.

Десмосома ва тонофибриллалар хужайраларнинг ички таянч кар- касини таъминлайдилар, хужайраларни механик жароҳатланишлардан ҳимоялайди. Тиканаксимон қаватда ҳам оқ ўсимтасимон эпидермо- цитлар мавжуд бўлиб, улар кератиноцитлар билан биргаликда иммун ҳимояловчи функциясини амалга оширадилар.

Тиканаксимон қаватдан сўнг 1–3 қават хужайралардан иборат донатор қават жойлашади, бу қават хужайралари кафт-товон соҳасида 3–4 қатор хужайралардан ташкил топган. Бу хужайралар, тери сатҳига яқин соҳаларида ромбсимон, яссилашган шаклга, қуйи қисмида эса цилиндр ва куб шаклига эга. Кератиноцит ядроларида ДНК ва РНК сақловчи структуралар сони кескин камайган бўлиб, цитоплазмаларида эса донатор қиритмалар – кератогиалин кузатилади. Донатор қават хужайраларида тонофибриляр-кератогиалин структуралари ҳосил бў- лиши сабабли бу қават кўпинча кератогиалин қавати деб ҳам аталади.

Донатор қават хужайралари протоплазмаларида кератогиалин маҳсулоти эпидермис хужайраларининг ўсишини таъминловчи фак- тор секрециясини камайтиради, митотик бўлинишни тўхтатувчи мод- далар, полипептид кейлонлар тўпланишига олиб келади. Базал, тика- наксимон ва донатор қават хужайраларида митотик бўлиниш мавжуд- лиги сабабли, бу қаватлар кўпинча умумлаштирилиб эпидермиснинг ўсувчи қавати (мальпигий қавати) деб ҳам аталади.

Донадор қават хужайраларида кератогиалин, кератинизация жа- раёнида элеидин моддаси ҳосил бўлади, ундан эса элеидин сақловчи шаффоф қават юзага келади. Бу қават кафт-товон териларида аниқ кўринади. Элеидин моддасидан кератиноцитлар юзага келиб, улар эпидермиснинг муғуз қаватини ҳосил қиладилар.

Муғуз қават бир мунча қалин бўлиб, черепицасимон, ядросиз пластинкасимон, бир бирига зич ёпишган хужайралардан ташкил топади. Муғуз қаватнинг юза хужайралари доимий кўчиб янгиланиб туради.

Эпидермис-оксил синтез қилиш, пигмент ҳосил қилиш, химоя ва иммунологик функцияларни бажаради.

Эпидермис дерма билан базал мембрана орқали чегараланади. Базал мембрана 40–50 нм қалинликда бўлиб нотекис контурга эга, у эпидермиснинг дермага бириккан йўналишини такрорлайди. Базал мембрананинг асосий функцияси барьер-тўсик вазифасидир, циркуляцияланувчи иммун комплекслар, антигенлар, аутоантигенлар ва бошқа биологик фаол медиаторларни кириши ва диффузиясини чега- ралаб туришдан иборат. Бундан ташқари базал мембрана эпидермис ва дерма орасидаги моддалар алмашинувида фаол иштирок этади.

Дерма ёки асосий тери (*cutis propria*) – хужайра элементлари, то- лали субстанциялар ва оралиқ моддаларидан таркиб топади. Дерманинг қалинлиги 0,49–4,75 мм ни ташкил этади. Терининг бириктирувчи тўки- мали қисми шартли равишда икки қаватга ажратилади: юза, эпидермис ости қавати – сўрғичсимон (*Stratum papillare*) ва чуқур, тўрсимон (*Stratum reticulare*). Дерманинг юқори қавати эпидермис ўрқачлари ост- тига кириб, тиканаксимон ва базал қават остида сўрғичлар ҳосил қилади. Бу қават аморф, структурасиз моддалар ва нозик толали бириктирувчи тўкимадан ташкил топади. Улар орасида кўплаб хужайра элементлари, томирлар, нерв охирлари жойлашган. Дерманинг хужайра элементлари фибробластлар, фиброцитлар, гистиоцитлар, семиз сайёр хужайралар ва махсус пигмент хужайралари – меланофаглардан иборат. Дерма сўрғич- ларида майда қон томирчалари жойлашган бўлиб, улар эпидермис, дер- ма ва нерв охирларини озиклантирадилар.

Дерманинг чуқур тўрсимон қавати бирмунча зич ва дағал толали бўлиб, дерманинг асосий қисмини ташкил этади. Дерманинг стромаси коллаген толалар тутамларидан тузилган бўлиб, улар эса эластик тола- лар тўри билан ўралган, улар орасида эса хужайра элементлари кузати- лади. Терининг мустаҳкамлиги тўрсимон қават структурасига боғлиқ- дир.

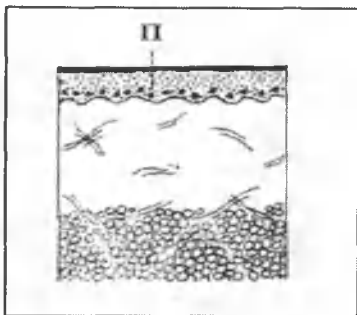
Гиподерма ёки тери ости ёғ қавати. Бу қават бир бирига чува-лашиб кетган бириктирувчи тўқималар тўпламларидан иборат, бу тўп-ламлар орасида ҳар-хил миқдордаги шарсимон ёғ хужайралари сақланади. Гиподермада қон томирлари, нерв толалари, нерв охирла-ри, тер безлари, соч фолликулалари жойлашади. Гиподерма фасция билан тугайди, айрим ҳолларда периост ёки мушак апоневрозлари би-лан уюшиб кетади.

Қон ва лимфа тизими. Терини озиклантирувчи артериялар ги-подерманинг қуйи қисмларида кенг тутамли томирлар тўрини ҳосил қиладилар. Бу тўрлардан эса майда шоҳчалар тарқалади, улар бўли-ниб бир-бирлари билан уланиб анастомозлар тўрини ҳосил қилади ва субдермал артериал тўрни вужудга келтиради. Субдермал артериал тўр тармоқланиб ва анастомозлар ҳосил қилиб, юқорига тўғри ёки кийшиқ кўтарилиб, тўрсимон ва сўрғичсимон қаватлар чегарасида дерманинг юза томирлар тўрини вужудга келтирадилар. Шу томирлар тутамидан артериолалар бошланиб, тери сўрғичи артериоласи тўрини вужудга келтиради. Бу соҳадаги капиллярлар зичлиги 1 кв.мм терида 16–66 капиллярларни ташкил этади (*3-4 расм*).

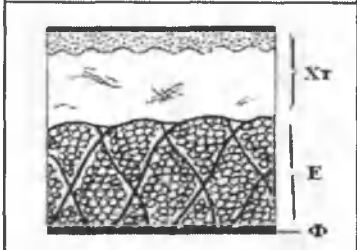
Соч фолликулалари, тер ва ёғ безлари томирлар билан таъмин-ланган. Терининг веноз тизими посткапилляр венулалардан бошлана-ди, улар сўрғичсимон қаватдан ҳосил бўлиб, гиподермада тўртта веноз тутамларни ташкил этадилар (*6-расм*). Тери ичидаги томирлар-нинг ўзига хос хусусиятидан бири шуки, уларда бир хил ва турли хил томирлар билан анастомозлар ҳосил қилиш ўта юқори даражададир.

Терида артериовеноз анастомозлар, гломуслар кўп учрайдилар, улар – артериола ва венулаларни капиллярларсиз калта-калта бирики-шидир. Улар тана ҳароратининг доимийлигини таъминлаш, интерсти-циал кучланиш даражасини бир меъёрда сақлашда иштирок этадилар, бу эса ўз навбатида капиллярлар, мушак ва нерв охирлари фаолияти-ни таъминлайди (*5-расм*).

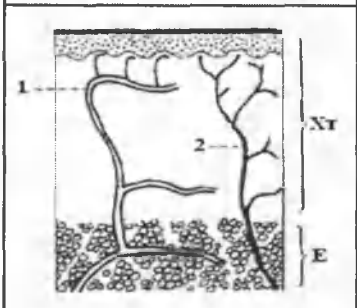
Терининг лимфатик тизими капиллярлар ҳолида кузатилади, улар юза ва чуқур томирлар тўрлари устида жойлашадилар. Лимфатик тўрлар бир бири билан анастомозлар ҳосил қилиб, клапанларга эга бўладилар. Улар гиподермадан ўтгач, апоневроз ва фасциялар чегара-ларида кенг тутамли тўплам ҳосил қилади.



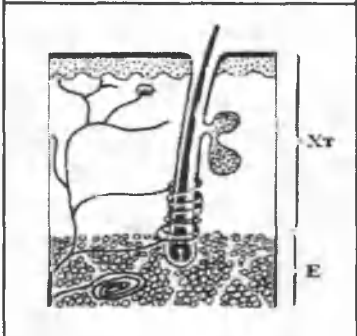
ПИГМЕНТ СИСТЕМАСИ
 П-пигмент хужайралари
 (меланоцитлар) эпидермиснинг
 базал қаватида



ТЕРИ ОСТИ ЁҒ КЛЕТЧАТКАСИ
 Е-гиподерма: ёғ хужайралари
 трабекулалар орқали ўралади
 Ф-фасция
 Хг-хусусий тери

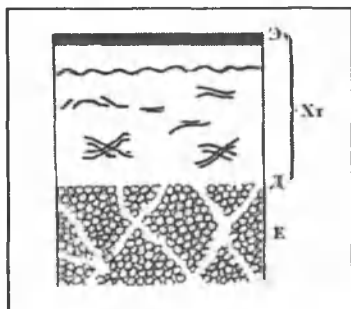


ТОМИР СИСТЕМАСИ
 1-артериолалар ва капиллярлар
 2-лимфа томирлари
 (веналар кўрсатилмаган)



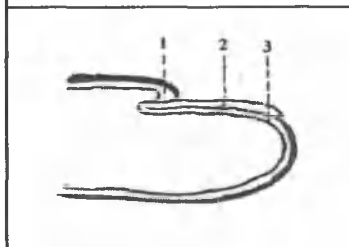
НЕРВ СИСТЕМАСИ
 Тери ва фолликуладан бошланган
 сезги охирлари. Бўш нерв охирлари
 ва ҳар хил орган охирлари
 (автоном нервлар ва
 ҳаракат толалари кўрсатилмаган)

3-расм. Терининг пигмент, томир ва нерв системаси.



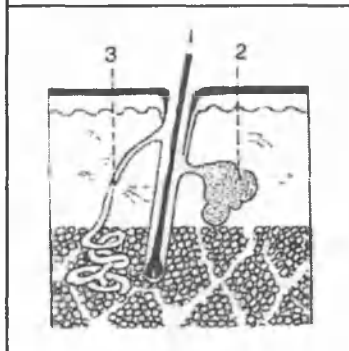
ТЕРИ 3 ҚАВАТДАН ИБОРАТ:

- Э – эпидермис
- Д – дерма
- Хт – хусусий тери (эпидермис + дерма)
- Е – тери ости ёғ клетчаткаси (фақат устки қавати)



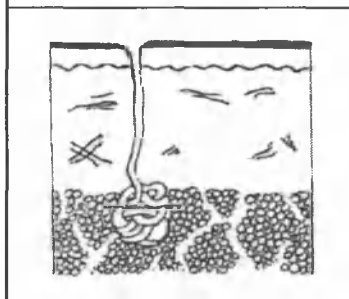
ТЕРИНИНГ ҲОСИЛАСИ:
ТИРНОҚ

- 1 – тирноқ илдизи (матрикс)
- 2 – тирноқ пластинкаси
- 3 – тирноқ эгати



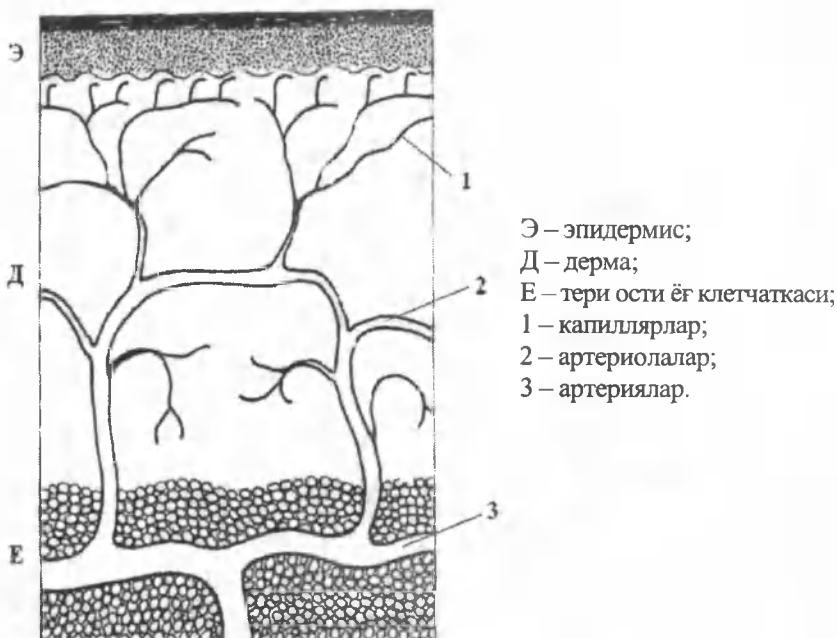
ТЕРИНИНГ ҲОСИЛАСИ: СОЧ

- 1 – соч қинчаси
- 2 – ёғ беzi
- 3 – апокрин беzi



ТЕРИНИНГ ҲОСИЛАСИ:
ЭККРИН (ТЕР) БЕЗИ

4-расм. Терининг ҳосилалари.



5-расм. Артерия қон системаси артериола ва капиллярлар билан тамомланади.

ТЕРИ ИННЕРВАЦИЯСИ

Терининг рецептор функцияси катта аҳамиятга эга. Тери ташқи ва ички муҳит орасидаги барьер аъзо ҳисоблангани учун ҳам турли хил таъсиротларга учрайди. Тери марказий ва вегетатив нерв системалари орқали иннервацияланиб, сезувчи рецептор майдони ҳисобланади. Терида турли хил кўринишдаги нерв охирлари мавжуд: дарахт шохисимон тармоқли, тугунчали. Улар тер, ёғ безлари, соч фолликулалари ва томирларни иннервация қиладилар, булардан ташқари ўзига хос капсулалар, таначалар ва нерв охирларига эга. Терининг асосий нерв тутами тери ости ёғ қаватида жойлашган. Бу тутамдан улкан нерв толалари тери ҳосилаларига ва сўрғичсимон қаватгача бориб, юза шохчалар, сўрғич қават ва эпидермисга цилиндр ўқлари ҳолида тарқалади. Улар эпидермисда донатор қаватгача етиб борадилар,

бу соҳаларда нерв толалари миелин пардаларини йўқотиб, ингичка-лашадилар. Терида озод нерв охирларидан ташқари махсус нерв ҳосилалари бўлиб, улар турли таъсиротни қабул қиладилар. Капсулалӣ-сезувчи таначлар (Мейсснер таначаси) сезишни таъминлайди. Совуқлик эса Краузе колбалари томонидан ҳис, этилади, иссиқлик сезувчи – Руффини таначалари ва босимни ҳис этувчи пластинкасимон таначалар (Фатер-Пачини таначаси) тафовут этилади. Эпидермисда жойлашган озод нерв охирлари оғрик, кичишиш ва ачишишни ҳис этишни таъминлайдилар. Сезувчи таначалар сўргичсимон қаватда жойлашиб, юпка бириктирувчи тўқимали капсуладан иборат бўлиб, махсус рецептор ҳужайраларидан тузилган. Терида булардан ташқари, кўплаб вегетатив нерв толалари бўлиб, улар ҳамма томирлар юзаси, қалта капиллярларда ҳам жойлашадилар. Улар томирлар тўрининг функционал фаоллигини регуляция қиладилар.

Тери ҳосилалари (сочлар, тирноқлар, тер ва ёғ безлари) (4-расм). Сочларнинг ҳосил бўлиши ҳомилардорликининг 2–3 ойларидан бошланади. Эпидермис соҳасида базал ҳужайра ўсимталари юзага келиб, кейин улар соч фолликулаларига айланадилар. 4–5 ойларга келиб, дастлабки сочлар, майин туклар ҳолида тана юзаси бўйича тарқалади. Кафт, товон, лаб қизил хошияси, сут бези сўргичлари, кичик уятли лабчалар, олат бошчаси ва олат бошчаси ёпқичининг ички варағи сочлардан мустасно бўлади. Сочнинг теридан кўтарилиб турувчи қисми – соч стержени, тери ичидаги қисми – соч илдизи деб аталади. Сочнинг теридан чиқиб турувчи соҳасида ботиқлик бўлиб, у воронка деб аталади. Соч стержени ва илдизи уч қаватдан иборат: марказий – мия, пўстлоқ ва кутикула. Мия қаватини ташкил этган қисми, асосан, тери ичидаги илдиз қисмида жойлашиб, соч фолликуласининг воронка қисмигача етади. Соч стерженининг асосий қисми массасини кератинланган ҳужайралар ташкил этадилар, бу ҳужайралар бир-бирларига жипс жойлашгандир. Соч илдизининг дистал қисми соч пиёзчаси деб номланади. Соч пиёзчаси соч ўсишини таъминлайди. Гиподермадан соч сўргичига қон томирлари ва нервлар киради. Соч фолликуласининг воронкаси 1–3 қатор эпидермал ҳужайралар билан қопланган. Воронка қисмига ёғ безининг чиқарув найчаси очилади. Соч ранги, сочнинг мия қаватидаги меланоцитлар ишлаб чиққан пигмент миқдорига боғлиқ. Сочлар ташқи кўринишларига қараб – туклар, мўйлар (соқол-мўйлаб, киприк, қош, жинсий соҳалар) ва узун сочлар (бошнинг соч қисми)га ажратилади. Сочлар ўсиши секин давом этиб, бир суткада 0,3–0,5 мм ни ташкил этади.

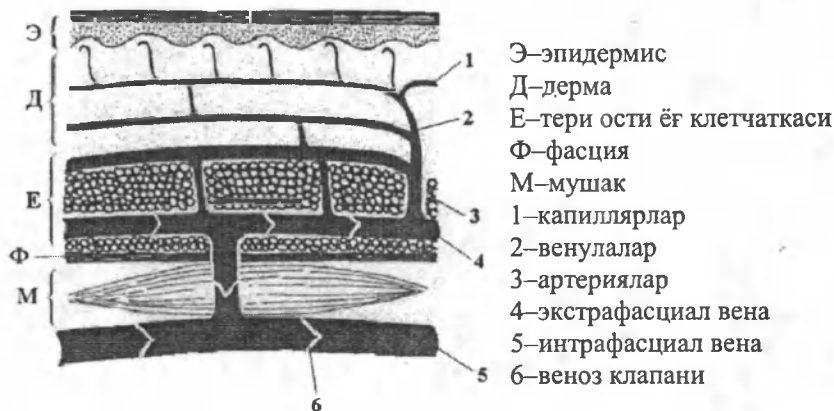
Тирноқлар – эмбрионнинг 3 ойлик давридан ривожлана бошлайди. Дастлаб тирноқ супачаси ҳосил бўлади, унинг юзасидаги эпителий бирмунча қалинлашиб, биров бириктирувчи тўқимага ботади. Кейин тирноқ супачасининг эпителиал қисмидан – матрицадан зич ҳосила тирноқ илдизи вужудга келади. Тирноқнинг кейинги ривожланиши кератинизация жараёни билан узвий боғлиқдир. Шунинг учун тирноқ зич, бир бирига маҳкам бириккан муғуз пластинкаларидан қурилган ва юзаси ялтироқ бўлиб, тирноқ супачаларида жойлашган. Тирноқ супасининг асоси ва икки ёни тери бурмалари тирноқ ёстиқчалари билан чегараланган. Тирноқнинг орқа ёстиқчаси, тирноқнинг проксимал қисмини ёйсимон ўраб туради ва юпқа эпидермиснинг муғуз пластинкаси тирноқ усти терисини ҳосил қилади, тирноқ илдизининг озгина қисми, орқа ёстиқча остидан оқариб, кўриниб туради, бу қисм тирноқ ойчаси деб аталади. Тирноқ ўсиши матрикс хужайралари ҳисобига бўлади.

Ҳомиланинг эктодермал варағидан эпидермис, соч ва тирноқлардан ташқари тер ва ёғ безлари вужудга келади. Тер безлари ҳомиланинг 2-ойида ривожлана бошлайди. Чақалоқ туғилиши даврига келиб, тер безлари етарли даражада ривожланган бўлади, аммо функционал активлиги паст даражадалиги кузатилади. 2 ёшгача тер безларининг функционал активлиги ортади. Оддий тер безлари тафовут этилиб, улар секреция тури буйича бир-бирларидан фарқ қиладилар.

Оддий тер безлари найсимон тузилган, улар нафақат секретор хужайралар фаолияти туфайли, диффузия жараёнлари иштирокида секрет ажратадилар. Тер безларининг дистал қисми дерма ва гиподерма чегараларида жойлашади. Узун чиқарув найи тери юзасига вертикал ҳолатда йўналган ва шгпорсимон, илон изи ёриқ билан тугайди. Кафт-товон, юз соҳасида жуда ҳам кўп тер безлари мавжуд. Тер безлари олат бошчаси, кичик уятли лабчалар ташқи юзаси, олат ёпқичи ички варағида бўлмайди. Терининг бошқа соҳаларида улар тарқоқ жойлашган. 1 кв.см терида 200–800 дона тер бези кузатилиши мумкин.

Апокрин тери безлари эккрин тери безларидан фарқли ўлароқ без хужайралари моддалари иштирокида секрет ҳосил қилади, шу сабабли айрим хужайралар кўчиш стадиясида бўладилар. Апокрин безлари ҳам найсимон тузилишга эгадирлар, аммо эккрин тер безларидан йириклиги билан фарқ қиладилар, бир мунча чуқур ва ўзига хос жойлашадилар. Улар анал, генитал, сут безлари сўрғичлари – ареолалари яқинида жойлашадилар. Безларнинг чиқарув найчалари ёғ-соч фолликулаларига очилади. Апокрин тер безларининг тўлиқ ривожланиши

болаларнинг бир ёшлик давридаёқ кузатилади, функционал фаоллиги эса фақат балоғатга етиш давридан бошланади. Апокрин тер безлари фаолияти жинсий безлар секрециясига боғлиқ. Шу сабабли апокрин безлари иккиламчи жинсий белгилар каторига киради (4-расм).



6-расм. Веноз системаси.

Ёғ безлари (*glandula sebacea*) – мураккаб альвеоляр тузилмага, голокрин тур секрецияга эга. Ёғ безлари секретор хужайраларининг ёғли метаплазияси билан кечади. Ёғ безларининг асосий чиқарув найлари девори ўзининг тузилиши билан эпидермисдан фарқ қилмайди. Ёғ безлари соч фолликулаларини ўраб туради, чиқарув найчалари эса, соч қопчасининг юқори қисмига очилади. Ҳар бир фолликула атрофида 6–8 ёғ безлари жойлашади. Шу сабабли сочли тери сатҳи нормада ёғ билан қопланган бўлади. Айрим ёғ безлари бевосита тери юзасига ўзларининг чиқарув найлари билан секрет ажратадилар. Соч фолликулаларига боғлиқ бўлмай, терига ўз секретини ажратувчи соҳалар: юз териси, олат бошчаси, олат бошчаси ёпқичи ва кичик уятли лабчалар терилари. Кафт-товон териларида ёғ безлари бўлмайди. Терининг ёғ секретлари – терининг физиологик иммун ва биокимёвий функцияларини бажаришида катта аҳамиятга эга.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ВА ЛАБ АНАТОМИЯСИ, ГИСТОЛОГИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Оғиз шиллиқ қавати ҳам терига ўхшаб 3 қаватга бўлинади. Эпителий, шиллиқ қават ва шиллиқ ости қават.

Эпителий қаватнинг теридан фарқи шуки, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ҳамда юзасида муғуз, ялтироқ ва донатор қавати бўлмай, фақатгина икки қават – базал ва тиканаксимон қаватдан иборат.

Эпителиал ҳужайралари қаттиқ танглайда, тилда, милкда муғузланиши мумкин. Лекин, шуни айтиб ўтиш жоизки, баъзи бир сурункали касалликларда муғуз ва донатор қаватлар яллиғланиши сабабли пайдо бўлади. Муғузланиш натижасида шиллиқ қаватнинг кўриниши, ранги ўзгариши мумкин. Бундай ўзгариш кўпинча қизил ясси темирлаткида, лейкоплакия ва қизил югирик касалликларида кузатиш мумкин.

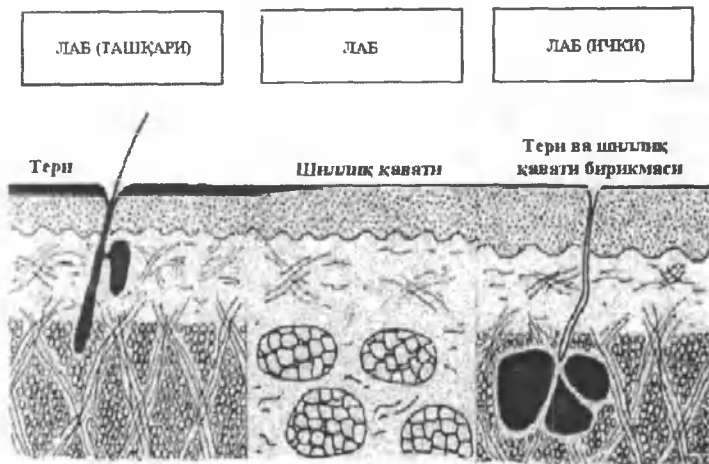
Шиллиқ ости қават чуқурроқ жойлашган бўлиб, қон томирлар ўрама, коллаген, эластик толалардан ташкил топган бўлиб, унда булардан ташқари сўлак безлари ҳам жойлашади.

Тилнинг тузилиши эса, ўзига хос 3 хил сўргичлардан иборат бўлиб, улар қуйидагилардир: ипсимон, тожсимон ва думалоқ шаклга эгадир. Тилнинг юқори қисми юзаси ипсимон сўргичлар билан қопланган, тожсимон сўргичлар эса, шакли думалоқ бўлиб, 1–2 мл тил сатҳидан кўтарилган ва, асосан, тил орқасига жойлашган. Тил илдизида эса сўргичлар йўк, лекин жуда кўп лимфатик тўқималардан иборат.

Милкнинг шиллиқ қаватида муғуз, ялтироқ ва донатор қават бўлмай, фақатгина тиканаксимон қават ҳужайралари бўлиб, уларнинг ядроси жуда оч бўялади. Милкда сўргичсимон қават жуда тараққий топган.

Лаб – айланма мушак қаватларидан тузилган бўлиб, ташқи томондан тери билан қопланган, ички томонидан эса шиллиқ қават билан ва бу ерда кўпгина ҳар хил безлар билан таъминланган. Лаб 3 қисмдан иборат: тери, қизил ҳошия ва шиллиқ парда. Безлар оғиз шиллиқ қавати томон очилган (7-расм).

Лабнинг қизил ҳошияси 2 зонага бўлинади, ташқи ва ички. Ташқи зонада эпителияларида ўзгарган муғузланувчи қават мавжуд, ички зонада эса шиллиқ қаватга ўтиш жойи – Клейн зонаси дейилади. Умуман оғиз шиллиқ қавати қон ва лимфа томирлари билан таъминланган. Лимфа тўрлари тил илдизида ва бодом безида жуда кўп жойлашган. Оғиз шиллиқ қаватида нерв рецептор аппарати бўлиб, улар тўр тугунларини ҳосил қилиб сўргичларга кириб борадилар, нерв толалари охирида калтакчалар ҳосил қилиб, бу толалар эса ўз навбатида сўлак безларини иннервация қилиб туради.



7-расм. Лаб ва оғиз бўшлиғининг тери ва шиллиқ пардадан иборат мембраналари.

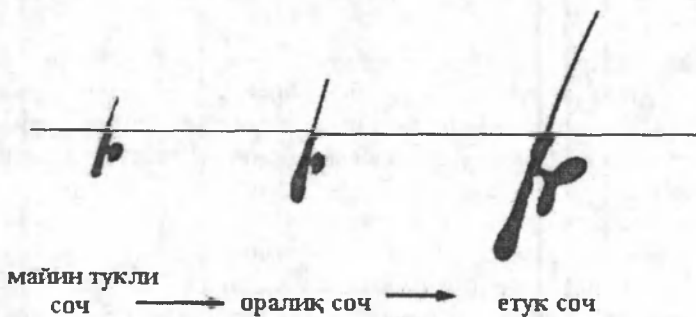
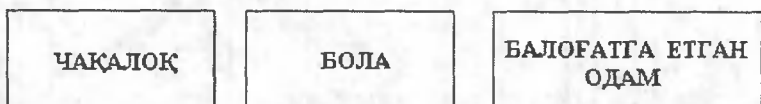
Сўлак безлари оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида жойлашган бўлиб, улар 2 га бўлинади: катта ва кичик. Катталари кулок атрофида, жағ ва тил остида жойлашиб, узунгина бўлади ва оғиз бўшлиғига очилади. Майда ёки кичик сўлак безлари эса лабда юмшоқ танглайда ва лунжда жойлашган.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг бажарадиган асосий физиологик вазифаси қуйидагилардан иборат – ҳимоя, ҳарорат, секретор, ре-зорбтив (сўрилиш), рецептор ва бошқалардан ташкил топган:

1. Овқатларни механик ва ферментатив ишлаш вазифасини бажаради.
2. Оғизга тушган овқатларни ўзининг сўлак ва сероз безлари секретари билан ҳўллайди.
3. Оғиз шиллиқ қаватига тушган овқатларни текшириб анализ қилади ва бегона нарсаларни сезиб чиқариб ташлайди.
4. Оғиз шиллиқ қаватида сезувчи нерв толалари бор, улар ўз навбатида босимни ва оғрикни сезади.
5. Булардан ташқари ҳароратга ва кимёвий факторларга чидамли бўлади.
6. Оғизда микрофлора жуда бой бўлади, лекин шиллиқ қавати уларни ҳимоя қилиб туради.
7. Оғиз шиллиқ қаватини яна бир ҳимоя вазифаси – муғузла-нишга йўл қўймайди, бу базал қават хужайралари ишлаб чиқарган рибонуклеин кислотаси ва гликогенлар таъсирида бажарилади.

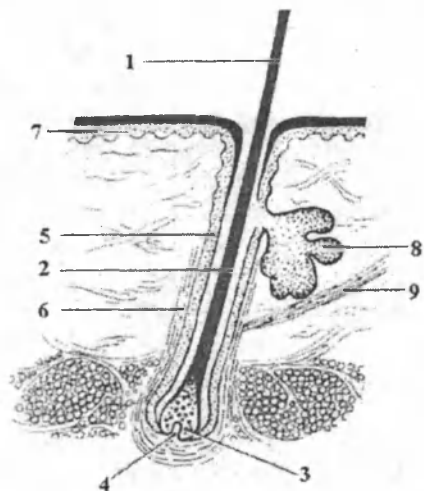
СОЧЛАР

Сочлар (pili) терининг ҳосиласи бўлиб, баданнинг деярли 96 % юзасида учрайди. Одатда, баданнинг сочлар зич жойлашган қисми бошнинг сочили юзаси ҳисобланади, бу ерда уларнинг умумий сони 100000 тага етади. Кафтда, товонда, лабнинг пушти қисмида, жинсий олат бошчасида, катта ва кичик уятли лабларда сочлар бўлмайди. Узун (бош сочи, мўйлаб, соқол ҳамда қовуқ, қўлтиқ ости ҳамда қов соҳасидаги сочлар), қаттиқ ёки мўйсимон (қош, киприк, бурун ва кулоқ тешиклари) ва туклар, деярли бутун танани қоплаб туради (8-расм).



8-расм. Соч турлари.

Соч икки қисмдан: теридан чиқиб турган соч ўқи ва терида жойлашган илдизидан иборат. Соч ўқи соч воронкасига чиқиб, тери устида ётади. Соч воронкасига ёғ безлари ўз маҳсулотини чиқаради. Соч илдизи дерманинг чуқур қатламида тери ости ёғ клетчаткаси чегарасига қадар давом этади ва у ерда соч пиёзчаси билан тугайди. Соч кутикуласи соч илдизининг пастки ва юқори қисмларида бир хил тузилишга эга эмас. Соч сўғони – пиёзчаси соҳасида кутикуласи бўйича (цилиндрсимон) хужайралардан иборат. Илдизнинг юқори томонига силжиган сари бу хужайралари қийшайиб, яссиланади ва муғузланади. Муғузланган эпителий хужайралари юпқалашиб бири-бирининг устига ётади (9-расм).



- 1—соч толаси
- 2—соч толаси ўзағи
- 3—соч пиёзчаси, матрикс пигмент хужайралари билан
- 4—соч сўргичи
- 5—эпителиал (ташқи ва ички) соч қопчаси
- 6—соч қопчаси ташқаридан бириктирувчи тўқимали дермал қинсоч халтаси билан ўралган
- 7—эпидермис
- 8—ёғ безлари
- 9—соч мушак (errectores pilori)

9-расм. Соч ва соч фолликуласи.

Сочнинг пўстлоқ моддаси соч йўналиши бўйича чўзилган бир неча қатор ясси, муғузланган хужайралардан иборат. Фақат соч пиёзчаси соҳасида бу хужайралар цитоплазмасида тонофибриллар бўлади. Пўстлоқ қисми хужайраларида соч рангини белгилувчи пигмент меланин доначалари жойлашади. Муғузланган пўстлоқ хужайраларда ядро қолдиқлари, пигмент ва ҳаво пуфакчалари ҳамда қаттиқ кератин доначалари бўлади. Қаттиқ кератин сув, кислота ва ишқорларда ёмон эрийди, унинг таркибида олтингугурт тутувчи цистин аминокислотаси жуда ҳам кўп бўлади. Пўстлоқ қават хужайраларда муғузланиш жараёни оралиқ босқичларсиз амалга ошади, яъни хужайраларда кератогиалин ва эллейдин тўпланади. Пўстлоқ модда қанчалик яхши ривожланган бўлса, соч шунча пишқ ва эластик бўлади.

Сочнинг мағиз моддаси майин сочларда бўлмай, узун ва қаттиқ сочларда бир неча қатор йирик, полигонал хужайралар цитоплазмасида ацидофил трихогиалин моддаси, майда ҳаво пуфакчалари, оз миқдорда пигмент доғчалари ҳам бўлади.

Соч илдизининг қуйи 3/2 қисмида, мағиз хужайранинг ядроси зичлашади ва хужайра анчагина муғузланиб қолади. Илдизининг юқори қисмида эса соч мағизининг хужайралари бутунлай муғузланган бўлади.

Соч илдизи тери сатҳига нисбатан қийшиқ йўналади ва соч пиёзчасини ҳосил қилади. Соч пиёзчасига тагидан ботиб кирган соч

сўрғичи сийрак толали шаклланмаган бириктирувчи тўқимадан иборат. Бу тўқима қон томирлари ва нерв охирларига бой. Сўрғич ҳисобига соч озикланади. Сўрғични қоплаб турган соч пиёзчасининг эпителийси камбиал хужайралар ҳисобланиб, улар ҳисобига соч ўсади. Соч сўрғичининг устида жойлашган хужайралар, сочнинг мағиз ва пўстлоқ моддасининг энг пастки қисмларини қоплаган камбиал хужайралар эса, соч кутикуласининг ички эпителиал қисмини ҳосил қилади. Соч пиёзчаси хужайралари соч сўрғичидан, яъни озиклантирувчи манбадан узоқлашган сари, муғузланиш процессига учрайди. Шунинг натижасида хужайралар чўзинчоқ муғуз таначаларга айланиб боради. Муғузланиш жараёнида сочнинг пўстлоқ қисмида жадал кетади. Соч ранги сочнинг пўстлоқ қисмининг хужайраларида ҳам сақланади. Сочнинг оқариши, пигмент ҳосил бўлишининг сусайиши ва шунинг билан бир қаторда, соч илдизининг муғуз тангачаларида ҳаво пуфакчалари кўпайиб кетиши натижасида рўй беради.

Соч илдизи ёки қопчаси соч фолликуласида жойлашади, у ташқаридан тўқимали дермал қин – соч халтаси билан ўралган. Соч фолликуласи, ўз навбатида ички ва ташқи эпителий қинларга бўлинади. Соч илдизининг ички эпителиал қини соч пиёзчасининг ҳосиласи бўлиб, юқорида ёғ безларининг чиқарувчи найлари соҳасида йўқолиб кетади.

Соч илдизининг ташқи эпителиал қини эпидермисни Мальпигий қаватининг давоми ҳисобланиб, пиёзчасига давом этади.

Соч пиёзчасига яқинлашган сари ички ва ташқи қинлар юпқалашиб боради ва фақат базал қаватидан иборат бўлади. Соч халтаси бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, ундан 2–3 айланма ва ташқи узунасига йўналган коллаген толалар қаватини ажратиш мумкин. Юқорида баён этилганидек, соч илдизи тери юзасига нисбатан қийшиқ йўналган. Сочлар ўзининг хусусий мушаги – сочнинг кўтарувчи мушакка эга. У соқолда, қаттиқ ва майин сочларда, қўлтиқ остидаги сочларда бўлмайди ёки яхши ривожланмаган бўлади. Бу мушак қийшиқ жойлашган силлиқ мушак хужайраларидан иборат бўлиб, унинг бир учи терининг сўрғич қавати билан туташса, бошқа учи соч халтаси билан қўшилган. Бу мушакнинг қисқариши сочни ҳаракатга келтиради. Соч илдизи тери юзасига нисбатан перпендикуляр бўлиб қолади. Бунинг натижасида туклар тиккайиб, соч ўқи тери сатҳидан бироз кўтарилади ва тери кўринишини олади. Кўпинча ташқи ҳарорати соvuши натижасида ғоз териси тусини берувчи бу ҳолат организмнинг химоя фаолияти бўлиб, мушаклар қисқариши томирларининг ҳам то-

райишига олиб келади, натижада иссиқлик танада сақланади. Мушакнинг шу фаолияти натижасида ёғ безлари ҳам сиқилади ва уларнинг секретри сочни мойлайди.

Сочларнинг алмашинуви. Сочлар ўз ўрнида бир неча ойдан бир неча йилгача ўсади ва 3 ривожланиш босқични ўтиб, натижада тушиб кетади ва шунинг учун ҳам инсон ҳаёти давомида сочлар вақти-вақти билан алмашиниб туради. Биринчи босқич 3–10 йилдан иборат бўлган актив ўсиш даври, 2-босқич 3–4 ойдан иборат, нисбатан тинч давр ва охириги 3-босқич 1–6 ой чўзиладиган, сочнинг тўкилиш даври. Шундай қилиб, ҳар куни инсон нормада бир неча юзгача соч йўқотиши мумкин. Бу жараён соч сўрғичининг атрофияга учрашидан ва соч пиёзчаси хужайралари қон билан таъминланишининг бузилишидан бошланади. Натижада соч пиёзчасининг хужайралари кўпайиш қобилятини йўқотади ва уларнинг асосий қисми муғузланади. Соч пиёзчаси колбасига айланади, сочнинг ўсиши тўхтайтиди. Соч колбаси ўз сўрғичидан ажралиб, ташқи эпителиал қин ҳосил қилган ғилоф бўйлаб, то сочнинг кўтарувчи мушак бириккан жойигача кўтарилади. Эпителиал ғилофнинг пастки, бўшаб қолган жойи пучайиб, хужайралар тасмасига айланади. Бу тасманинг охирида яна соч сўрғичи тикланиб, сақланиб қолган камбиал хужайралар билан қопланади, натижада янги соч пиёзчаси пайдо бўлади. Бу пиёзчада янги соч ўса бошлайди. Янги соч эпителиал тасма бўйлаб ўсади, тасма эса унинг ташқи эпителиал қинига айланади. Кейинги ўсиш натижасида янги соч эски сочнинг тагидан туртиб чиқаради. Бу жараён эски сочнинг тушиши ва тери юзасида янги сочнинг пайдо бўлиши билан тугайди. Агарда соч ҳалтасининг қон билан таъминланиши тўхтаса, унинг ўрнида янгидан соч ўсиб чиқмайди.

ТИРНОҚ

Тирноқ эпидермис ҳосиласи бўлиб, қаттиқ, муғузланган пластинкалардан иборат. Тирноқнинг тараққиёти, ҳомиланинг 3-ойидан бошланади. Даставвал, тирноқ ўрни ҳосил бўлади. Оёқ ва қўл бармоқ учларининг ташқи юзасини қоплаган эпителий қалинлашиб, ўзининг остида ётган бириктирувчи тўқимага ботиб киради ва тирноқ шакллана бошлайди. Тирноқ жуда секин ўсади ва вибрион ҳаётининг охиридагина тўла шаклланади.

Тирноқда тана, илдиз, иккита ён ва эркин қисмлар тафовут қилинади. Тирноқ танаси тирноқ ўрнида жойлашса, ён қирғоқлари тери

бурмалари тагига кириб туради. Тирноқнинг эркин қирраси тирноқ эгатидан чиқиб туради. Тирноқнинг илдизи тирноқ ёригига кириб турган асоси ҳисобланади. Илдизнинг бир қисмигина тирноқ ёригидан хира ва оқиш ярим ой шаклида (айниқса, катта бармоқлар тирноғида) кўриниб туради. Тирноқ илдизининг тирноқнинг ўсишини таъминловчи дифферинциалланмаган хужайралари тирноқ матричасини ташкил этади. Матрица хужайралари мунтазам бўлиниб муғузланиб туради. Муғузланган эпителий тангачалари тирноқ пластинкасига силжиб киради ва натижада тирноқ ўсади. Тирноқ кунига ўртача 0,12 мм гача ўсади.

Тирноқ ўрни эпителий ва дермадан иборат. Эпителий эпидермиснинг ўсувчи қаватида ташкил топган. Эпителий устида жойлашган ясси тирноқ пластинкаси бир-бирига зич черепицасимон жойлашган ясси полигонал шаклдаги муғуз тангачалардан тузилган. Тирноқ ўрни эпителий ҳисобига тирноқ пластинкаси қалинлашса, матрица ҳисобига тирноқнинг узунасига ўсиши таъминланган.

Тирноқ ўрнининг дермаси бармоқ суяклари билан ёпишиб кетади. Дерма соҳасида сўрғичлар бўлмайди. Дерманинг тирноқ соҳаси қон томирларига ва нерв охирларига бой. Бу ерда дерманинг перпендикуляр жойлашган толалари тўғридан тўғри суяк пардасининг толалари билан қўшилиб суякка алоқадор бўлиб қолади. Бундай тузилиш амалий тиббиётда муҳим рол ўйнайди (тирноқда бошланган яллиғланиш жараёни суяк жароҳатланишига сабаб бўлиши бунга мисол бўла олади).

ТЕРИНИНГ АСОСИЙ ФУНКЦИЯЛАРИ

Тери организмнинг ташқи қоплами ҳисобланиб, бир қатор мураккаб физиологик вазифаларни бажаради. Тери моддалар алмашинувида фаол иштирок этади, асосан, сув, минерал, ёғ, углевод, витамин ва энергия алмашувларида. Тери организмнинг ҳаёт жараёнида иштирок этиб, бир қатор зарур вазифаларни бажаради: иммун, химоя, секретор, нафас олиш-чиқариш, резорбцион, терморегулятор, рецептор, алмашинув ва бошқа.

Химоя функцияси – терининг тўсиқ хусусияти турли механик, нур, микроорганизмлар таъсиридан терини ва бутун организмни химоя қилади. Терининг қуриб қолишидан – унинг зич муғуз қавати сақлаб туради. Муғуз қават кучсиз жисмоний ва кимёвий таъсирларга чидамлидир. Турли микроблардан химоя қилиш – муғузланиб, кўчиб

турувчи эпителий, тер ва ёғ безлари секретлари ажралиши ҳисобига амалга оширилади. Теридаги кислотали-чучук сув-ёғ пардаси эвазига стериллаш ва бегона моддаларнинг сўрилишини тўхтатиш хусусияти бор. Бу сув-липид мантияси бир вақтнинг ўзида микроорганизмларнинг киришига тўсқинлик қилиб, қуйи молекуляр ёғ кислоталари патоген флоранинг ўсишига йўл қўймайди.

Ультрабинафша нурларини ютиш хусусиятига эга бўлган меланиннинг терида бўлиши ҳисобига тери организмни куёш нурининг жароҳатловчи таъсиридан сақлайди.

Нафас олиш-чиқариш ва резорбцион функцияси. Терининг резорбцион хусусияти ёғ-соч фолликулалари функционал фаоллигига, сув-ёғ мантияси ҳолатига, муғуз қаватининг пишиқлигига боғлиқ. Кафт-товон териларида физиологик гиперкератоз мавжудлиги ва ёғ-тер безлари йўқлиги ҳисобига резорбцион хусусияти кучсиздир.

Тер-ёғ безлари кўп бўлиб, муғуз қават кам ривожланган соҳаларда терининг резорбцион хусусияти яхши кечади: (дорилар сурилади) ёғларда эрувчан дори моддалари – йод, димедрол, резорцин, салицил кислотаси ва бошқалар. Тери орқали кислород сўрилиши ва карбонат ангидрид ажралиши жуда оз миқдорда кузатилади.

Терморегулятор функцияси. Тана ҳароратини доимийлигини таъминлаш, адаптацион механизмлари турли-тумандир. Эпидермис муғуз қавати иссиқлик узатиш хусусияти пастлигидан ташқари, дерма ва гиподерманинг толали субстанциялари ҳам сезиларли аҳамиятга эга. Янада сезиларли аҳамиятга эга бўлган қон лимфа айланиш ва тер-ёғ безлари ажратув хусусиятларидир.

Терининг секретор функцияси. Бу функция кератиноцитларнинг секретор фаолияти, иммунорегулятор ҳужайралар ҳамда тер-ёғ безлари фаолияти ҳисобига амалга ошади. Ёғ безлари тери ёғини ишлаб чиқаради, унинг таркибида ёғ кислоталари, холестерин эфирлари, алифатик алкоғоллар, кам миқдордаги углеводород, озод холестерин, глицерин ва кам миқдорда азот ва фосфат бирикмалари кузатилади. Ёғ беzi секретети, асосан, суюқ, ярим суюқ модда ҳолида бўлади. Тери сатҳига ажраб тер билан аралашиб, тери ёғи юпка парда сув – липид мантиясини ҳосил қилади, бу эса бактериоцид ва фунгистатик таъсирга эғалиги билан терини ҳимоя қилади. Ёғ безлари секретор вазифадан ташқари экскретор функцияни ҳам бажаради. Тери ёғи билан бирга турли токсик моддалар, ўртамолекуляр пептидлар, турли дорилар – йод, бром, антипирин, салицил кислотаси ва бошқалар ажралади. Турли одамларда, терининг ҳар хил соҳаларида ажралаётган тери

ёғи турли миқдорда кузатилади. Энг кўп ёғ ажраладиган соҳа: бошнинг сочли қисми, пешона, яноқ, бурун (1 кв.см да 1000 ёғ безлари), кўкракнинг марказий қисми, кураклараро соҳа, елка камари, оралик соҳадир.

Тер безлари, тер ишлаб чиқариб, терини совутади, тана ҳароратини нисбий доимийлигини таъминлайди. Эккрин тер безлари секретри – суюқ ҳолдаги, ним шўр реакцияли, сувдан ташқари турли эриган ноорганик ва органик моддалар сақлайди. Тер орқали организмдан дори моддалари – йод, бром, симоб, хинин, антибиотиклар чиқиб кетади. Ўрта ҳисобда 1 суткада 750–1000 мл тер ажралади, юқори ҳарорат кузатилганида эса бир неча литргача тер ажралиши мумкин.

Терининг экскретор функцияси секретор функцияси билан бирга кузатилади. Тер-ёғ секретлари билан бирга органик, ноорганик моддалар, минераллар алмашинуви маҳсулотлари билан бир қаторда организмдан углеводлар, витаминлар, гормонлар, ферментлар, микроэлементлар ва кўп миқдорда сув ажралади. Тер ажралиши доимий, узлуксиз ҳаракатда бўлиб, кўзга кўринмас тер ажралиши ва мўл тер ажралиши фарқланади.

Алмашинув функцияси. Терининг деполаш хусусияти моддалар алмашинувида катта аҳамиятга эга. Бириктирувчи тўқима ҳужайралари, эластик, коллаген ва аргирофил толалар, тери ости ёғ қаватининг гидрофиллик хусусияти ҳисобига ҳужайралар ичида ва ҳужайралараро соҳаларда суюқлик, минерал моддалар, витаминлар, микроэлементлар сақланиб қолади, терида углеводлар, холестерин, йод, бром, аминокислоталар ва турли шлаклар деполанади. Шу сабабли умумий моддалар алмашинуви бузилишигача терида турли хил патологик жараёнлар кузатилади. Жигар фаолияти бузилишидан – тинимсиз, тери кичиниши, яширин диабетдан – пиоген тошмалар тошиши кузатилади.

Витаминлар тери ҳолатига катта таъсир кўрсатадилар. В витамин гуруҳи – оксидланиш-тикланиш жараённинг кечишини меъёрида сақлайди. РР витамини метоболитлар ажралишини ва детоксикацияни таъминлайди. А.Е.Д. витаминлари эса антиинфекцион омил ҳисобланиб, оқсиллар алмашувини фаоллаштиради, кератопластика жараёнини меъёрлаштиради, яллиғланиш жараёнларида эпителий регенерациясини таъминлайди.

Рецептор функцияси. Тери нафақат организмни турли таъсирлардан ҳимоя қилади, мультифактор анализатор бўлиб, катта рецептор майдони ҳисобланади. Терининг рецептор функцияси турли хил сезувчи нерв охирилари ва таначалари ҳисобига амалга ошади, улар

терида тарқоқ жойлашгандирлар. Тери оғрик, ҳарорат ва босим таъсирини сезиш хусусиятига эга. Тактил таъсирни ҳис этиш бармоқ учлари, йирик бурмалар соҳасида, тил шиллик пардасида кучли ривожланган. Терининг рецептор майдонининг функционал ҳолати марказий ва вегетатив нерв тизими билан узвий боғлиқ. Тери ташқи муҳит, марказий асаб тизими ва ички аъзолардан келувчи турли таъсиротларга чалинади ва зарур жавоб реакциясини қайтарди.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ САБАБЛАРИ (ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ)

Тери тўқималари доимий ўсувчи, дифференцияланиб, регенерацияланувчи аъзодир. Бу жараёнларнинг ўзгариши, терининг турли функцияларининг ўзгаришига, оқибатда эса турли дерматозларга сабаб бўлади. Бундай ҳолатлар адаптация-компенсация механизмлари терининг функциясини меъёрда бажара олишини таъминлай ололмаган ҳолатларида юзага келади. Бунда шартсиз таъсирот таъсиридан юзага келувчи тери ўзгаришлари мустаснодир. Бу хил таъсиротлар таъсиридан доимо, ҳамма одамлар терисида маълум реакция чақиради. Бундай таъсиротларга юқори концентрацияли кислота, ишкорлар эритмалари, нур энергиясининг катта миқдори, шу жумладан рентген нури, юқори ва қуйи ҳароратлар мисол бўла олади.

Ташқи муҳитнинг доимий ташқари (экзоген омиллар) ва эндоген ёки ички омилларнинг патологик таъсирига учрайди. Эндоген омиллар бутун организмнинг касаллиги ёки айрим аъзо ва тизимлар ўзгариши оқибатида вужудга келади. Шуни ҳам айтиш жоизки, касалликлар кўпинча ташқи ва ички омилларнинг биргаликдаги таъсиридан юзага келади, айрим ҳолларда эса бир неча экзоген омиллар таъсиридан ҳосил бўлади, улардан бири касаллик келиб чиқишига тайёрловчи, яна бири эса бевосита касаллик чақирувчи бўлиб ҳизмат қилиши мумкин, мисол учун пиодермиянинг ривожланиши.

Экзоген этиологик омилларга механик, термик, нур, кимёвий моддалар ва турли инфекцион агентлар киради. Эндоген этиологик омиллар ўзларининг турли-туманлиги билан ажралиб турадилар. Буларга ички аъзолар касалликлари, айниқса жигар, ошқозон-ичак касалликлари, моддалар алмашинувининг бузилиши, эндокрин, асаб тизими, гемопоэз, томир тизими, генетик омиллар ва бошқалар аҳамияти катта.

Моддалар алмашинуви бузилиши, хусусан углеводлар, ёғлар, минерал-сув алмашинуви бузилишлари, шу хил моддаларнинг теридаги алмашинувининг бузилишига олиб келади, бу ўзгаришлар эса терида турли хил патологик ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин. Мисол учун гипергликемия фурункулёзга, тери қичишига, ёғ алмашинувининг бузилиши эса ксантомалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Кўплаб ксантомалар патогенезида гипо ва авитаминозлар ётади, асосан, А, С, РР, Р ва В витаминлар етишмовчилиги билан кўплаб дерматозлар кузатилади.

Мисол учун А витамини етишмовчилиги натижасида фринодерма, никотин кислотаси етишмаслигидан эса пеллагра ва бошқа касалликлар юзага келади.

Дерматозларнинг юзага келишида психоген ва марказий асаб тизимидаги (МАТ) ҳамда вегетатив асаб тизимидаги ўзгаришлар сабаб бўлиши мумкин. Экзема, эшакеми, тери қичишининг вужудга келишида М.А.Т.нинг бирламчи ўзгаришлари ётиши аввалдан маълум, бу ўзгаришлар психик омиллар оқибатида юзага келади. Вегетатив асаб тизимининг ўзгаришлари оқибатида турли дерматозлар юзага келиши ҳам фанга маълум.

Дерматозларнинг юзага келишида эндокрин безлар фаолиятининг ўзгаришлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Мисол учун тери микседема-си қалқонсимон без касаллиги билан оғриган беморларда учраши, Аддисон касаллигида – терининг бронза рангига кириши, оддий хуснбузарни жинсий безлар фаолияти билан боғлиқлигидир.

Қатор касалликлар этиологияси ва патогенези иммун ўзгаришлар билан боғлиқлиги кузатилади. Биринчи навбатда бу хил ўзгаришлар аллергик ва аутоиммун жараёнларга боғлиқ.

Айрим касалликлар патогенезида ўчоқли инфекциянинг роли сезиларлидир: кўпинча бу сурункали тонзиллит, гайморит, отит, кариозли тишлар ва бошқалардир. Ўчоқли инфекция организмни сенсебилизацияга учрашига сабаб бўлиши, иккинчи томондан эса гуморал иммунитетни пасайтириши ва иммун танқисликка сабаб бўлиши мумкин. Ўчоқли инфекцияларнинг эшакеми, кўп хилли экссудатив эритема, псориаз, қизил югирик ва бошқа дерматозлар патогенезида аҳамияти тасдиқланган.

Бир қатор касалликлар юзага келишида маълум даражада ирсий омилларнинг аҳамияти катта. Хусусан ихтиоз, пигментли ксеродерма, буллез эпидермолиз, кератодермия, атопик дерматит, псориаз ва бошқа касалликлар шулар жумласидандир.

Айрим касалликлар ўсма ва инфекцион касалликларни метастазланишининг оқибатида ёки тери ости тўқималари касалликларининг терига ўтиши оқибатида вужудга келиши мумкин, мисол учун тери силининг бир тури – скрофулодерма.

Шуни ҳам айтиш керакки, айрим дерматозларнинг этиологияси ва патогенези охиригача ўрганилмаган.

Шундай қилиб, тери касалликлари кўпинча бир эмас, бир неча сабаблар, бир неча ножўя таъсирларни узоқ муддат организмга таъсири оқибатида, тери касаллигининг юзага келиши учун "шароит" тайёрласа, арзимас бирор бир омил таъсиридан касаллик юзага келиши мумкин.

Юкорида айтиб ўтилган тери касалликларининг этиологик омилларини 3 гуруҳга ажратиш мумкин. Биринчи гуруҳни асосий сабабчи омиллар, яъни ички аъзолар (ўзгаришлари), асаб тизими ўзгаришлари дерматозларнинг юзага келишига олиб келади. Мисол учун: моддалар алмашинувининг бузилиши оқибатида кальциноз ёки ксантомотоз, қон ишлаб чиқарувчи аъзолар патологияси билан лейкокемик тошмалар, тери лимфомаси ва бошқалар, ирсий ўзгаришлар – туғма касалликларни вужудга келтириши, мисол учун ихтиоз, қалқонсимон без ўзгаришлари – тери микседемасига олиб келишидир.

Иккинчи гуруҳга хатарли омиллар (фактор риска), яъни ички аъзолар, асаб тизими, модда алмашинувини ўзгартирувчи омиллар, ҳамда ирсий омиллар кириб, улар касалликнинг вужудга келишига тайёрловчи омиллар бўлиб хизмат қиладилар.

Учинчи гуруҳ – ҳал қилувчи омиллар гуруҳи йиғиндисидан иборат бўлиб, улар ичида стресс биринчи навбатда туради.

Стресс ва бошқа этиологик омиллар хатарли омил ёки ҳал қилувчи омил бўлиши мумкин. Бу эса организмга у ёки бу омил таъсир этган вақтида организм қай ҳолатда бўлишига боғлиқ. Дерматологик беморлар ўз касалликларининг бошланиши ёки уларнинг авжланишини кўп ҳолларда стресс билан боғлайдилар, хусусан психоген омилларни касалликнинг асосий сабабчиси деб биладилар. Шунга асосланиб айтиш мумкинки эмоционал омил бирламчи бўлиб, тери ўзгаришлари эса унинг оқибатида юзага келиши мумкин.

У ёки бу касалликларга, хусусан тери касалликларига ирсий мойиллик деганда, ота-онадан болаларга баъзи хусусиятлар ўтади, яъни моддалар алмашинуви, гомеостаз, аъзолар фаолияти, организм тизимлари, ҳужайралар ичида кечувчи биокимёвий реакциялар ва бошқа белгилар ҳолати, буларнинг ҳаммаси уларни ташқи ҳамда ички кўринишларини бирдек кўрсатади, ҳатто таъсиротга жавоб реакцияси

ҳам ўхшаш бўлади. Бу ўхшашликлар у ёки бу хил касалликка бир хил мойиллика олиб келади. Аммо бу мойиллик доимо бир касалликка чалинишга олиб келавермаслиги ҳам мумкин, бунинг учун мойилликни янада оширувчи, қўшимча таъсирлар зарур. Шундан маълумки, ота-она ва болалар ҳар доим ҳам бир хил касалликка чалинавермайди.

Тери касалликларининг патогенези турли-туман ҳамда мураккабки, асаб, ирсий мойилликдан ташқари кўпгина касалликлари патогенезида, асосан, организмнинг табиий резистентлигича ва иммун тизимдаги ўзгаришларга ҳам боғлиқ. Айрим касалликлар патогенезида аллергик омил асосий рол тутса, қизил югирик, пўрсилдоқ ярада – аутоиммун жараён, яна бошқа дерматозларда эса – иккиламчи ҳужайра иммунодефицити аҳамият касб этади.

Аллергик генезли дерматозларнинг айримларида касаллик аллергенларни тўғридан-тўғри терига контакт йўли билан ёки организмга турли йўллар билан тушиб таъсир этиши оқибатида кузатилса, яна бир гуруҳида эса аллергияни инфекцион омилар қақиради (инфекцион, бактериал аллергия). Бунда иккиламчи инфекция ўчоқлари юқумли касалликларга сабаб бўлади. Яна бошқа бир ҳолатларда организмда аллергизацияга сабаб бўлувчи омиллар аутоаллергик жараёнлардир, бу ҳолат ички аъзолар патологияси, моддалар алмашинувининг бузилиши ва ҳоказолар туфайли вужудга келади. Бу хил ўзгаришлар бирга учраб иммун танқислик ҳолати ва аутоиммун реакциялар билан кечиши мумкин.

Шундай қилиб, маълум бир сабаб, маълум бир этиологик омил, терига турли таъсир этиш механизмига қараб, турли хил тери касалликларини келтириб чиқариши мумкин.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТАШХИС АСОСЛАРИ

Тери, оғиз шиллик пардаси ва лаб қизил хошияси касалликларининг ташхиси биринчи навбатда уларни диққат билан кўздан кечириш ва текшириш натижаларига асосланади. Шифокорнинг бемор билан мулоқоти, бемор шикоятини тинглаш ва уни чуқур мулоҳаза қилиш билан бошланади. Дерматознинг турига қараб беморлар турли хил шикоят билдиришлари мумкин: тери қичишишлари, ачишиши, оғриши, санчиши, тортишиши кабиларга. Турли кишиларда бир хил касалликда бу ҳиссиётлар турли даражада ривожланган бўлиши мумкин.

Айрим касалликлар эса субъектив хиссиётларсиз кечиши мумкин. Бемор шикоятни аниқланганидан сўнг, касаллик ва бемор ҳаётини анамнезини йиғишга ўтилади. Ундан сўнг эса беморни кўздан кечиришга киришилади. Тери ва кўзга кўринадиган шиллик пардалар кузатилгач, бу маълумотлар клиник-лаборатор текширув маълумотлари билан тўлғзилади.

Тери касаллиги тарихини аниқлаш жараёнида касаллик муддати, сабаблари, бемор касалликни келиб чиқиши ва авжланишини қай сабабларга боғлашини аниқлаш зарур. Ундан сўнг касаллик кечиши характери ўрганилади: қайталашга мойиллиги, мавсумга боғлиқлиги, ремиссиялар кузатилиши, уларнинг давомийлиги аниқланади. Агар бемор аввал даволанган бўлса, унинг характери ва самараси аниқланади. Тери жараёнига сув, совун, озиқ-овқатлар, дори-дармонлар, касбдаги зарарли таъсирлар аҳамияти ўрганилади.

Бемор ҳаётини анамнезини йиғишда ташқи омилларни касаллик патогенезидаги аҳамиятини аниқлаш мақсадида уй шароити, меҳнат шароити, бошидан кечирган касалликлари, оилавий ёки наслий касалликлар ҳақида, зарарли одатлари тўғрисидаги маълумотларга эътибор бериш зарур. Бемор билан суҳбатлаша туриб беморнинг асаб тизими ҳолатини, турли стрессларга жавоб реакциясини, ўз касаллигига бўлган муносабатини аниқлашга ҳаракат қилиш зарур.

Беморни иссиқ, табиий ёритилган хонада кўздан кечириш мақсадга мувофиқ бўлади. Оғиз шиллик пардасини кўриш учун ёриқ электр нури йўналтириб, ёғоч шпательдан фойдаланилади, ёғоч шпатель кузатилувчи соҳани сўлаклардан яхши тозалайди. Терининг бутун юзасини кўздан кечириш зарур, акс ҳолда субъектив безовта этмаган, лекин тошмалар тошган соҳаларни бемор сезмаслиги мумкин, бу хил тошмалар: чандиқлар, сурилиб кетган тошмалар ўрнида қолган пигментациялар айрим ҳолларда диагностик аҳамиятга эгадир.

ТЕРИДАГИ МОРФОЛОГИК ТОШМАЛАР. БИРЛАМЧИ ВА ИККИЛАМЧИ ЭЛЕМЕНТЛАР

Тери танани қоплаб турувчи орган бўлиб, бир қанча физиологик вазифаларни бажаради. Лекин, баъзи ҳолатларда терининг нормал ҳолати бузилиб, терида ҳар хил патологик ўзгаришлар, яъни касалликлар вужудга келади. Масалан: ички ва ташқи таъсиротлар сабаби билан тери яллиғланиши натижасида унга хос қизариш, шишиш, оғриш, иссиқланиш ва вазифаси бузилишдан иборат бўлган ўзгаришларни

кўриш мумкин. Ички аъзоларнинг яллиғланишида бу белгиларни биз кўзимиз билан кўра олмасак, теридаги патологик ўзгаришлари кўри-ниб туради ва яллиғланиш белгилари асосида пайдо бўладиган тери-даги морфологик тошмалар ёки клиник белгилар билан ифодаланади.

Тери ва шиллиқ пардаларда пайдо бўлган тошмалар турли хил бўлиши мумкин ва улар бирламчи ҳамда иккиламчи тошмаларга аж-ратиладилар.

Бирламчи элемент деб, соғлом ва ўзгармаган терида пайдо бўлган тошмаларга айтилади. Иккиламчи тошмалар деб, теридаги бирламчи элементларнинг ривожланиб, ўзгариши натижасида пайдо бўладиган тошмаларга айтилади.

Тошмаларни бирламчи, иккиламчи турларга ажратиш маълум да-ражада шартлидир. Лекин, бунга қарамасдан, уларнинг амалиётдаги ўрни жуда ҳам юқори. Чунки кўп ҳолатда ҳар бир касалликда терида фақат шу касалликка хос бирламчи тошма(лар) пайдо бўлар экан. Шунинг учун ҳам теридаги бирламчи тошмага асосланиб, беморга ка-саллик ташхиси қўйилади. Қолаверса тери тошмаларини ўқиб, ўрга-ниб олмасак, бир-биримизга теридаги ўзгаришлар ҳақида бирор-бир маълумот етказа билмаймиз, шунинг учун ҳам тери тошмалари дер-матология алифбоси ҳисобланади. Уларни билиш тери касалликларини тўғри ташхис қилишимизга катта ёрдам беради (*илова № I, II, III*).

БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

Бирламчи морфологик элементлар деб, ўзгармаган терида, касал-ликнинг дастлабки даврларидаёқ пайдо бўладиган тошмаларга айти-лади. Бирламчи элементлар пайдо бўлиш механизмига, яллиғланиш даврига (альтерация, экссудация, пролиферация) қараб, шартли дара-жада, икки гуруҳга ажратилади. Бирламчи пролифератив морфологик элементлар: доғ (*macula*), тугунча (*papula*), дўмбоқча (*tuberculum*), ту-гун (*nodus*) ҳамда бирламчи экссудатив морфологик элементлар: пу-факча (*vesicula*), пуфак (*bulla*), йирингча (*pustula*) ва бўртма ёки каварчик (*urtica*) тафовут этилади.

Доғ (*macula*) – терининг чегараланган ранг ўзгариши бўлиб, у те-ри сатҳидан кўтарилиб турмайди ва пайпасланганда сезилмайди. Доғнинг келиб чиқиш сабабларига қараб, қон томирли, пигментли ва сунъий турларга ва яллиғланган ва яллиғланмаган доғларга ажратади-лар (*10-расм*).

ДОҒ (MACULA)

Тери чегарали қисми рангининг ўзгариши. Доғлар яллиғли (розеола, эритема) ва яллиғсиз (петехин, экхимоз, қонталашиллар) турларга бўлинади. Келиб чиқиш сабабига қараб: қон томирли, пигментли ва сунъий турига бўлинади

ҚАВАРЧИҚ ЁКИ БЎРТМА (URTICA)

Бу экссудатив лекин бўшлиқ ҳосил қилмайдиган, теридан салгина кўтарилиб турадиган тошма. Бўртма терининг эпидермис қаватида хужайралар ичида тез ўтадиган суюқлик йиғилиши натижасида пайдо бўлади

ПУФАКЧА (VESICULA)

Бу бирламчи экссудатив тошма бўлиб, бўшлиқ ҳосил қилади, тери сатҳидан кўтарилиб туради, қатталиги 1 см гача бўлади. Пуфакча ичида сероз суюқлик бўлади. Бу расмда субкорнеал пуфакча тасвирланган

ПУФАКЧА (VESICULA)

Интраэпидермал пуфакча

10-расм. Бирламчи морфологик элементлар. Тошмалар.

Қон томирга алоқадор доғлар – қон томирларнинг вақтинча рефлектор кенгайиши, яллиғланиши ёки унинг жароҳати ҳисобига кузатилади.

Яллиғли қон томирли доғларга розеола ва эритема киради. Розеола ўлчами 1 сантиметргача (эритема эса 1 см дан каттароқ), қон томирларнинг вақтинча кенгайиши натижасида пайдо бўлган, пуштиқизил рангли доғ. Уни буюм ойнаси билан босиб кўрилса (диаскопия) йўқолади, босим тўхтатилса – қайтадан пайдо бўлади ва субъектив ачишиш, кичишиш, кам ҳолларда эса оғриқ безовта этиши мумкин. Кейинчалик устки қисмида кепакланиб ёки бирдан йўқолиб кетади. Бу тошмалар дерматит, захмнинг иккиламчи даврида ва бошқа касалликларда учрайди.

Яллиғсиз доғларга қон томирларнинг патологик кенгайиши, жароҳати ёки ўтказувчанлиги ўзгариши натижасида пайдо бўлган доғлардан ташқари, пигментли ва сунъий доғлар киради.

Қон томирлар ўтказувчанлигининг ортиш ёки томирлар жароҳати оқибатида пайдо бўлувчи доғлар – геморрагик доғлар деб аталадилар ва булар диаскопияда йўқолмайди ва вақт ўтгач, ранги ўзгариб боради. Тўғри чизикли геморрагик доғ – вибицесс ва катталигига қараб геморрагик доғларни – петехия, пурпура, экхимозлар ва қон тўплами деб атадилар.

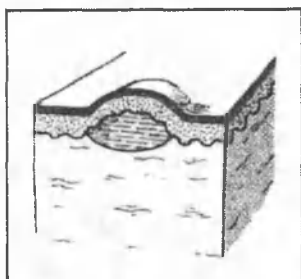
Пигментли доғлар – тери хужайраларида пигмент меланин йўқолиши (депигментация ёки витилиго), камайиши (гипопигментация) ёки кўпайиши (гиперпигментация) натижасида пайдо бўлади.

Сунъий доғлар – тери орасига биронта бўёқ ёки кимёвий моддаларнинг кириб қолиши натижасида пайдо бўлади. Сунъий доғлар кўпинча турли касб эгаларида юзага келади ва «стигма», яъни профессионал белги деб ҳисобланади.

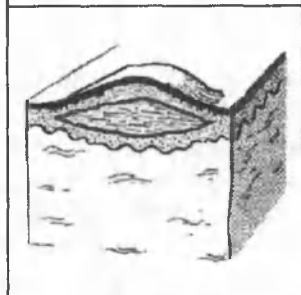
Тугунча (*papula*) – бу бирламчи, пролифератив, бўшликсиз, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, катталиги 1 см гача бўлган юза элемент бўлиб, эпидермис ва дерманинг юза қисмида рўй берадиган патологик ўзгаришлар натижасида пайдо бўлади. Вақт ўтиб, ўзгариб, сўрилиб кетади ва ўрнида доғ қолади. Тугунча кипикли темиратки (псориаз), қизил ясси темиратки ва захмнинг иккиламчи даврида учрайди (*II расм*).

Дўмбоқча (*tuberculum*) – бу бирламчи, пролифератив, бўшликсиз, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, катталиги 1 см гача бўлган, чуқур элемент бўлиб, дерма қаватида патологик ўзгаришлар натижасида пайдо бўлади. Дўмбоқча кейинроқ некрозга учраб, яраланади ва

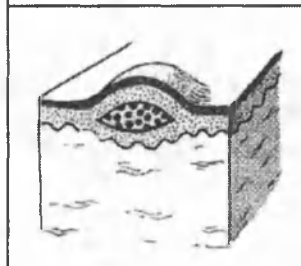
ниҳоят яра чандик ҳосил қилиб битади. Айрим ҳолларда дўмбоқча сўрилиб, ўрнида атрофик чандик ҳосил қилади. Дўмбоқча тери сили (туберкулёз), мохов (лепра), ёмон жароҳат (лейшманиоз) ва захмнинг учламчи даврида учрайди (12-расм).



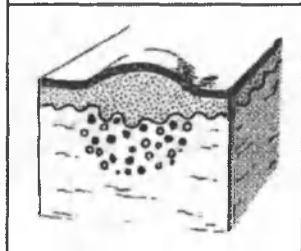
ПУФАКЧА (VESICULA)
Субэпидермал пуфакча



ПУФАК (BULLA)
Бу бирламчи экссудатив тошма бўлиб, бўшлиқ ҳосил қилади, тери сатҳидан кўтарилиб туради, катталиги 1 см дан каттароқ бўлади. Пуфак ичида сероз суюқлик бўлади



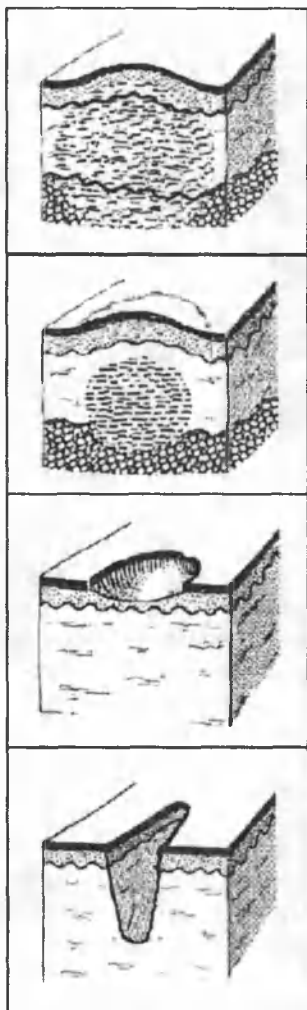
ЙИРИНГЧА (PUSTULA)
Бу бирламчи, экссудатив бўшлиқ ҳосил қиладиган, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, ичида эса йиринг суюқлиги бор ковак тошмадир



ТУГУНЧА (PAPULA)
Тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, бўшлиқсиз, катталиги 1 см гача бўлиши мумкин

11-расм. Бирламчи морфологик элементлар. Тошмалар.

Тугун (*nodus*) – бу бирламчи, пролифератив, бўшликсиз, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, катталиги 1 см дан то тухумдай, чуқур элемент бўлиб, дерма ва тери ости ёғ қаватида ҳосил бўлиб, ўсади. Кейинчалик тугун сўрилиб атрофик чандик ёки яраланиб, яра, чандик ҳосил қилиб битади. Тугун тери сили, мохов, ёмон жароҳат ва захминг учламчи даврида учрайди (*12–13-расм*).



ТУГУН (NODUS)

Тери сатҳидан кўтарилиб турадиган бўшликсиз элемент, тери ости ёғи ёғ қаватидан ўсиб бориб, катталиги нўхотдан то ёнғокдай, тухумдай бўлиши мумкин

ДЎМБОҚЧА (TUBERCULUM)

Тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, бўшликсиз, катталиги 1 см гача бўлиши мумкин. Бу тошма патологик ўзгаришлар терининг дерма қаватини батамом эгаллагани натижасида пайдо бўлади

ШИЛИНИШ (EROSIO)

Терининг бутунлик ҳолати юзаки бузилиши, бу фақатгина эпидермисда бўшлиқ ҳосил қиладиган бирламчи тошмалар ёрилиши натижасида ҳосил бўлади. Шилиниш юзасини суюқлик қоплайди

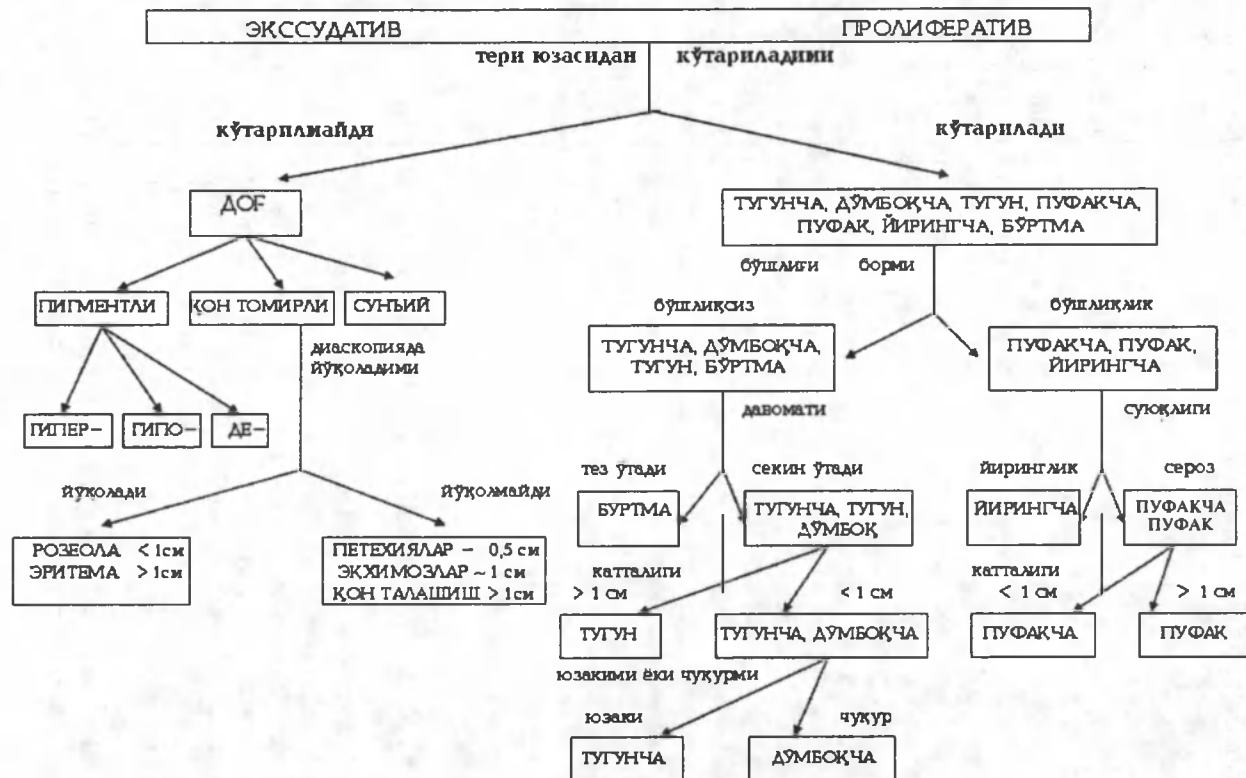
ЧАҚА (EXCORIATIO)

Буни чизиксимон шилиниш деса ҳам бўлади. Чақа терининг юзаки ёки чуқур шикастланиши, кўпинча терининг қишиши натижасида пайдо бўлади

12-расм. Бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар. Тошмалар.

бирламчи

тошмалар



13-расм. Бирламчи тошмаларни аниқлаш усуллари.

Пуфакча (*vesicula*) – бу бирламчи, экссудатив, бўшликли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, бўшлиғида сероз суюқлик ёки қон сақловчи, катталиги 1 см гача бўлган юза элемент. Пуфакчанинг томи, туби ва уларнинг орасида суюқлик билан тўлган бўшлиқ тафовут этилади. Кейинчалик, пуфакча қуриб, қалок ҳосил қилиши ёки ёрилиб, эрозия ва кейин қалок ҳосил қилиши мумкин ва вақтинчалик пигментли доғ ҳосил қилиб йўқолади. Пуфакча ҳар хил учук касалликларида (герпес) учрайди.

Пуфак (*bullae*) – бу бирламчи экссудатив, бўшликли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, ўлчамлари 1 см дан катта бўлган, юза элемент. *Пуфак* – пуфакчадан фақат катталиги билан ажралиб туради. Пуфак сероз суюқлик сақлаб, ўзидан сўнг қалок, эрозия ва пигментли доғ ҳосил қилади. Бу тошма дерматитларда ва пўрсилдок яра касалликларида учрайди (*10-расм*).

Йирингча (*pustula*) – бу бирламчи, экссудатив, бўшликли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, бўшлиғида йиринг суюқлик сақловчи, юза ёки чуқур элемент бўлиши мумкин. Йирингча соч фолликули атрофида ёки эпидермисни юзаки ва чуқур дерма қаватларида жойлашиб, кейинчалик ёрилиб ўз ўрнида эрозия ёки яра, қалок, пигментли доғ ёки чандик қолдириши мумкин. Бу тошма терининг йирингли касалликларида ва иккиламчи захмда учрайди (*11-расм*).

Бўртма ёки қаварчиқ (*urtica*) – бу бирламчи экссудатив, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, бўшлиқсиз, тез пайдо бўлиб, тез ўтиб кетадиган хужайралар ичидаги шиш ҳисобига вужудга келади. Ўрнида ҳеч асорат қолдирмайди ва эшакеми касаллигида, ҳашаротлар чаққанда учрайди.

ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

Иккиламчи доғ – Пигментли доғ (*pigmentatio, depigmentatio*) ҳамма бирламчи тошмалардан кейин, улар ўрнида пайдо бўлиши мумкин. Пигментли доғ терини меланин пигментини вақтинча бирор соҳада тўпланиши, йўқолиши ёки камайиши ҳисобига пайдо бўлади. Пигментли доғлар терининг асл рангига нисбатан тўқ (гиперпигментация) ёки оқроқ (гипопигментация), айрим ҳолларда эса терининг бир қисмида умуман пигмент йўқолади – бу витилиго ёки депигментация дейилади.

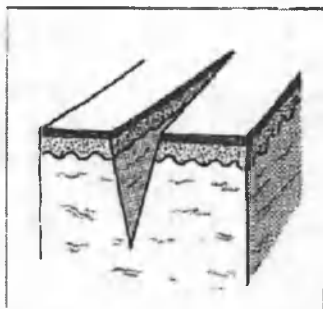
Кепакланиш [қипиқланиш] (*Squama*). Терининг муғуз қавати хужайраларининг ривожланиш натижасида пўст ташлаб, ажралиб ке-

тиши физиологик ходисадир. Баъзи бир касалликларда меъёрдан ортиқ кепакланиш ёки қипикланиш ҳолати учрайди. Кепаклар турли рангда ва ўлчамларда бўлиб, шу белгиларига асосан: унсимон, кепаксимон, пластинкасимон кепакланишлар тафовут этилади ва кепакларнинг йирик пластинкасимон кўчиши эксфолиатив кепакланиш деб аталади. Кепаклар ҳам бирламчи ривожланиши мумкин: казғокланиш, юмшоқ лейкоплакияда, эксфолиатив хейлитда паракератотик кепаклар юзага келади. Ихтиозда эса гиперкератотик кепаклар ҳосил бўлади.

Эрозия, шилиниш (*erosio*) – тери, шиллик пардалар ёки лаб қизил хошиясининг юза, эпидермисдаги юзаки дефекти ҳисобланиб, шу сабабли улар изсиз битадилар. Эрозия бирламчи бўшлиқли элементлар: пуфак, пуфакча, йирингчалар томи ёрилиши натижасида ҳосил бўлади.

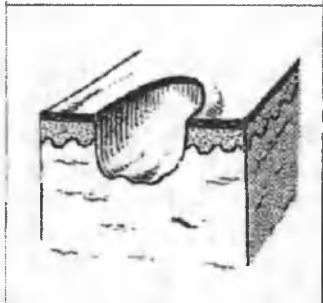
Яра (*ulcus*) – терининг чуқур дефекти бўлиб, унинг туби дерма ёки гиподермада жойлашади. Шунинг учун яра доимо чандиқ ҳосил қилиб битади. Яралар, асосан, дўмбоқча, тугун ёки чуқур йирингчадан кейин юзага келади. Яранинг четлари ва туби тафовут этилади. Яра ўлчамлари, шакли, чуқурлиги, четларининг кўриниши ва туби хар хил бўлиб, турли дерматозларда ўзига хос кўринишга эга бўлади. Агар якка жойлашиб, бир-бирига кўшилмаган дўмбоқча яраланса – диаметри 0,5 см гача бўлган яра ҳосил бўлади. Тугун яраланса, бир мунча катта ва чуқур яра ҳосил бўлади. Яра четлари ўйилган, тубига осилган, товोकсимон кўринишга эга бўлиши мумкин. Яра туби ва четлари юмшоқ ёки зич консистенцияли бўлиб, туби йирингли, некротик, йиринг-қон аралаш масса билан қопланган бўлиши, сўрғичсимон грануляция билан қопланган бўлиши, осон жароҳатланиб қонувчи бўлиши мумкин. Чуқур яралар суяккача бориб, уни жароҳатлаши мумкин. Ярани кўздан кечираётганда нафақат унинг шакли, ўлчамлари ёки тубига эътибор бериш керак. Яра четларида, кўпинча асосий патологик жараён қолдиклари бўлишига, унинг тубида характерли ажратмаларининг бўлиши, ярага олиб келган жараён ҳақида маълумот бериши мумкин (*14-расм*).

Ёриқ (*fissura, ragades*) – терининг қуриб, эластиклигининг йўқолиши ҳисобига келадиган тери бутунлигининг бузилиши. Ёриқлар тўғри чизиқли бўлиб, кўп ҳолларда терининг чўзилувчи соҳаларида: бурмалар, оғиз бурчакларида учрайди. Агар ёриқ етарли даражада чуқур бўлиб, дерма ҳатто гиподермани ҳам жароҳатласа, кучли оғриб, юзаси қонли қалоқ билан қопланади, битгач эса чандиқ ҳосил бўлади. Юза ёриқлар эпидермис соҳасидагина кузатилиб, қалоқланмайди ва чандиқсиз битади (*14-расм*).



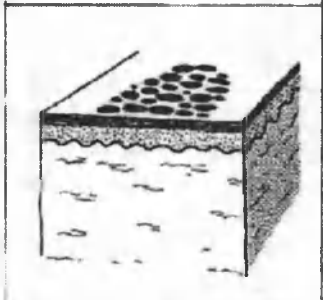
ЁРИҚ (FISSURA)

Тери қуриганида, эластик ҳолатини йўқотганида ёрик ҳолати бўлади. Ёриқлар юзаки ёки чуқур бўлади



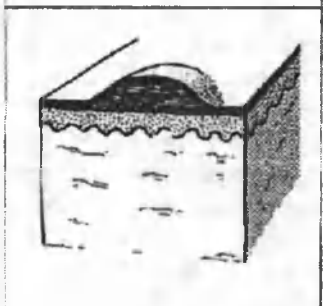
ЯРА (ULCUS)

Терининг бутунлик ҳолати чуқур ва ёғ қаватидан бузилиши



ПЎСТЛОҚ (SQUAMA)

Қипикланиш ёки пўстлоқ ҳодисаси паракератоз ва гиперкератоз ўзгаришлар натижасида келиб чиқади



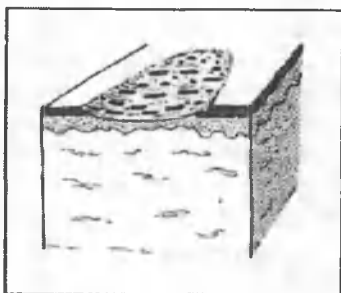
КЕРАТОЗ

Кератин хужайраларининг кўпайишига мойиллик

14-расм. Иккиламчи морфологик элементлар.

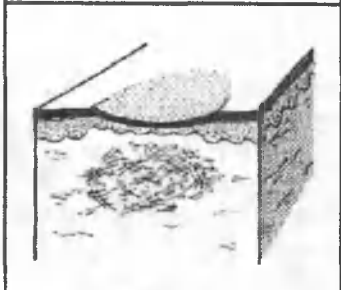
Қалок (*crusta*) – пуфакча, пуфак, йирингчалар ичидаги экссудатлар қуришидан ёки эрозия, яралар юзасидаги ажратма қуриши натижасида қузатилади. Шу сабабли қалоклар сероз, қонли, йирингли бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб турадилар. Янги ҳосил бўлган қалоклар юмшоқ бўлиб, осон кўчади, улар остида эрозия ёки яралар қуза-тилади. Узоқ сақланган қалоклар қалин, каттик бўлиб, остидаги тўки-мага зич ёпишган бўлади. Қалок ранги экссудат характерига боғлиқ бўлиб, агар сероз экссудатдан ҳосил бўлган бўлса, кўнғир-сарғиш қалок, сероз-йирингли ажратмадан эса сарғиш-кўкимтир қалок, йирингли экссудатдан эса кир-кўнғир ёки кўкимтир қалок, геморрагик ажратма-дан эса қора қонли қалок вужудга келади. Қалоклар қалинлиги турли хил бўлиб, кўп ҳолларда теридаги жараёнга ҳамда қалокнинг қачон ҳосил бўлганига боғлиқ. Бир бирига ёпишган, натижада қалинлашиб, теридан кўтарилиб турувчи қалоклар – рупия деб аталадилар. Қалок кўриниши, ранги, ўлчамига қараб, у қай бирламчи элементлардан ҳо-сил бўлган эканлигини аниқлаш мумкин. Қалокдан ташқари – кепакли қалоклар ҳам тафовут этилади, улар эпидермис сероз экссудатини шимиб, бир-бирига ёпишган қалоклардир. Қалоклардан фарқли ўла-роқ кепакли қалоклар синмайди, майдаланмайдилар (*15-расм*).

Чандиқ (*cicatrix*) – дерма, гиподерманинг чуқур жароҳатланиши натижасида, яранинг битиши оқибатида ҳосил бўлган янги тўқима-дир. Чандиқ, асосан, коллаген толалардан таркиб топади. Чандиқ юза-сидаги тери одатда текис, ялтироқ бўлиб, тери расми ва соч фоллику-лалари бўлмайди. Янги чандиқлар ранги оч-пушти, кейинчалик оқа-ради ва айрим ҳолларда чандиқлар гиперпигментли бўлади. Айрим касалликлардан сўнг чандиқ юзалари қатлам, ғадир-будир, чўтир-чўтир, сўрғичсимон бўлса, айримлари чўнтаксимон кўринишда бўлади. Чандиқ ўлчамлари ва шакли ҳар хил бўлади. Атрофик чан-диқлар одатда минус тўқимали бўлиб, тери сатҳидан чўккан, юмшоқ консистенцияли, юпқа бўлади. Айрим ҳолларда дағал, зич констен-цияли, қалин бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб туради ва гипертрофик ёки келоид чандиқ деб аталади. Агар чандиқ ярасиз пайдо бўлса, уни чандиқли атрофия (чандиқли юпқа тери) деб аталади ва унинг остида-ги томирлар кўриниб, осон бурмага йиғилади ва гижимланган папи-рос коғозини эслатади. Турли касалликларда турли кўриниш ва шаклдаги чандиқлар қузатилади: юлдузсимон, тамғасимон, мозаика-симон, кўприксимон, чўнтаксимон, келоид – гипертрофик, атрофия турлари тафовут этилади (*15-расм*).



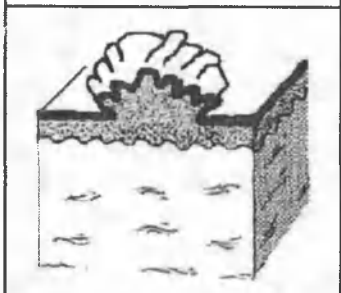
ҚАЛОҚ (CRUSTA)

Терида сероз, қон ёки йирингли суюқликнинг қуриши натижасида пайдо бўлади



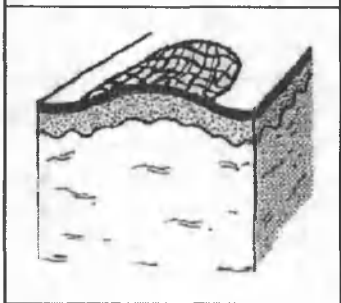
ЧАНДИК (CICATRIX)

Терида яра чуқур ёриқ тошмалардан кейин қолади. Чандик нормотрофик, атрофик, гипертрофик (келоид) бўлиши мумкин



ТАРҚАЛИШ (VEGETATIO)

Ёки кўпайиб тарқалиш. Бу ходиса кўпинча тери бурмаларида жойлашган тугунча, шилиниш, яра тошмаларининг юзида эпидермис ва дерма юзаки қаватининг кўпайиб тарқалиши



ЛИХЕНИФИКАЦИЯ –терининг дағалланиши (LICHENIFICATIO) Лихенификация терининг ўзига хос ўзгаришидир. Унда тери қуруқлашиб, юза қисмидаги чизиклар, яъни тери нақшлари яхши кўришиб, терининг шу соҳаси яллиғланиб, дағаллашади ва гиперпигментлашади

15-расм. Иккиламчи морфологик элементлар.

Вегетация (*vegetatio*) – кўпайиб тарқалиш маъносини англатади. Эпидермиснинг тиканаксимон қаватининг қалинлашиши ва дерманнинг сўрғичсимон қаватининг ўсиб кетиши билан кечади. Вегетация кўриниши хўроз тожисини ёки гул карамини эслатади, юмшоқ консистенцияли, юзаси курук, кўнғир тусда бўлиб, айрим ҳолларда эрозияланади, қизғиш тусда бўлиб, сероз, сероз-йирингли эксудат ажратади. Вегетация кўпинча шилиниш, яра ёки тугунчалар юзасида ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда бирламчи тошма ҳам бўлиши мумкин (ўткир учли кондилomalар).

Лихенизация (*lichenificatio*) – терининг куруқлашиб, зичланиб дағалланиши бўлиб, эпидермис ва терининг сўрғичсимон қаватида кучли инфильтрация ва акантоз ҳисобига кузатилади. Тери расми кучаяди. Бундай тери турғун гиперемияли, зич бўлиб, юзаси кепакланади. Лихенизация одатда майда тугунчалар кўшилиши, сурункали яллиғланган инфилтрат ва кучли қичима билан кечади ва нейродермит ва бошқа сурункали тери касалликларда учрайди.

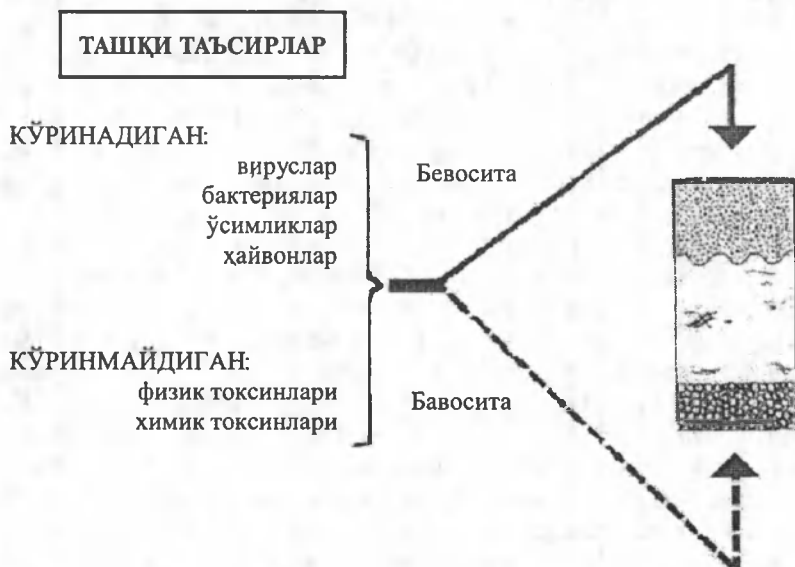
Чақа – қашима излари, шилиниш, тирналиш (*excoriatio*) чизиксимон тери дефекти ҳисобланиб, (кўпинча терини юза дефекти), у, асосан, қашланиш, тирналиш, шилиниш натижасида пайдо бўлади. Агар дефект эпидермиснинг юқори қисмидагина бўлса – тўғри чизикли кепакланувчи йўл-йўл кўриниш юзага келади. Кучли қичишиш оқибатида эса чуқурроқ дермагача борадиган қашима излари пайдо бўлиб, юзасида қонли қалоқлар пайдо бўлади ва экскорияциялар ўрнида гипо- депигментли доғлар ва чандик ҳам ҳосил бўлиши кузатилади. Экскорияция тери қичиши билан кечадиган тери ва систем касалликларда бўлади.

Атрофия (*atrophia*) – тери трофикаси бузилиши ҳисобига юзага келади, тери юпқаланиб, атроф териларига нисбатан бироз ботган, табиий расмини йўқотган, ранги гипо- депигментли, ўчок ҳолида кузатилади. Атрофия тошмаси склеродермия, қизил югирик каби касалликларда учрайди.

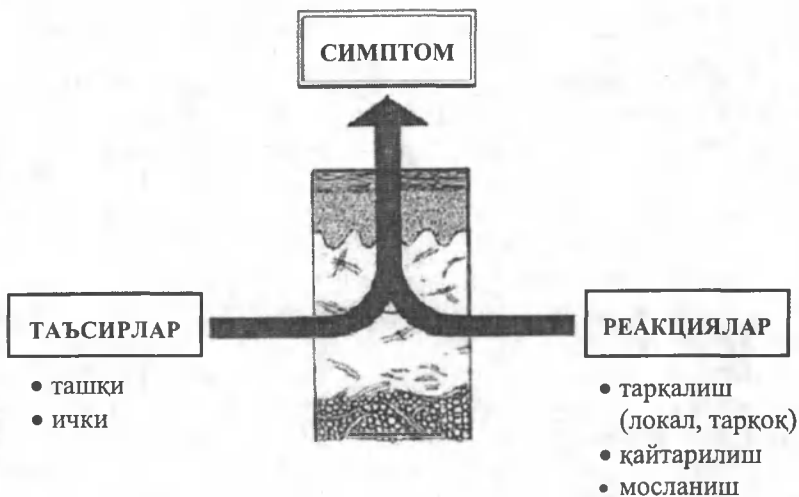
Шундай қилиб, терида учрайдиган 8 хил бирламчи ва 10 хил иккиламчи тошмалар бор экан. Беморнинг терисида бирламчи тошмалар бир хил бўлса, бунга мономорф тошма, яъни бир хил тошма деймиз. Масалан қипиқли темираткида – терида бир хил тошмалар, яъни тугунчалар бўлади. Энди бордию икки ва ундан кўпроқ, бир неча хил бирламчи тошмалар ташкил топган бўлса, буни биз чин полиморф тошма, яъни ҳар хил тошмали кўриниш деб атаёмиз. Масалан, захмининг иккиламчи даврида беморнинг терисида бир вақтда тугунча, ро-

зола, йирингча тошмалари бўлиши мумкин. Демак, бу ерда 3 хил бирламчи тошма бор, бу ҳақиқий, чин полиморф тошма дейилади. Лекин, терида ҳақиқий бўлмаган, сохта полиморф тошма ҳам бўлиши мумкин. Бунда терида бир хил бирламчи тошмалар турли даврда бўлиши ва уларнинг ўзгариши натижасида пайдо бўлган бир неча хил иккиламчи тошмаларни кўриш мумкин. Масалан, терида бир неча пуфакчалар ва шу билан бир қаторда шилиниш, қалок, йирингча иккиламчи тошмалар бор. Яъни пуфакчаларнинг бир қисми ёрилиб, шилиниш, пуфакча қуриб, қалок ва пуфакчага инфекция ўрнашгани натижасида пайдо бўлган (йирингча) иккиламчи тошмалар бор экан.

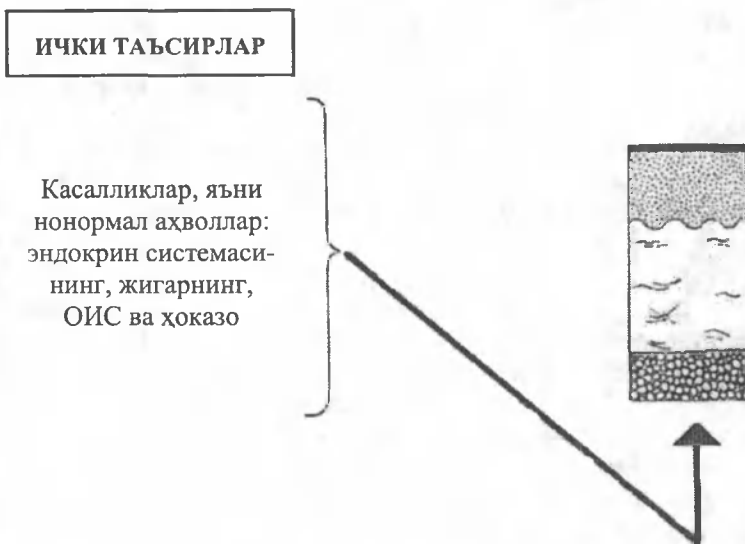
Бемор терисида бор тошмани амалиётда излаб, кўриб, тўғри аниқлаб билишни ўрганиш (13-расм) талаба учун шарт. Чунки, эртаги иш жараёнида беморнинг шикоятини эшитгандан кейин, шифокорни биринчи клиник ҳаракати – бу бемор терисидаги бор ўзгаришларни излаб, унга тўғри баҳо бериб, тошмалар орқали теридаги ёки систем касалликни аниқлаш, яъни ташхис тўғрисида фикр юритиш бўлади (16, 17, 18-расмлар).



16-расм. Ташқи таъсир натижасида келиб чиқадиغان тери касалликлари.



17-расм. Таъсиротлар ва биологик реакцияларнинг умумлашишидан симптомнинг шаклланиши.



18-расм. Ички касалликлар тери касалликларини келтириб чиқувчи сабабчисидир.

ТЕРИДАГИ ГИСТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Тери касалликларидаги морфологик ўзгаришлар умумий патологиянинг қонунлари бўйича кечади ва терининг тузилиши ҳамда функциясига боғлиқ бўлиб, маълум терминлар билан номланади. Бу патоморфологик ўзгаришларни тери биопсиясини микроскопик усуллари билан аниқлаш кўп дерматозларнинг ташхисида бебаҳо ўрин эгаллаган ва бу ўзгаришлар терминларини билиш зарур.

Гиперкератоз – эпидермис муғуз қаватининг қалинланиши.

Дискератоз – эпидермис хужайраларида кератинизация жараёнининг бузилиши.

Паракератоз – тугалланмаган муғузланиш натижасида муғуз қаватида ядролик хужайралар пайдо бўлиши ва донатор қаватнинг кийин аниқланиши.

Акантоз – тиканаксимон қават хужайраларининг кўпайиб қалинлашиб кетиши.

Акантолиз – тиканаксимон хужайралар орасидаги десмосомаларнинг шикастланиши.

Акантолизис – тиканаксимон хужайралар орасидаги десмосомаларнинг эриб кетиши.

Спонгиоз – Мальпигий қаватининг хужайралараро суюклик йиғилиши ва десмосомалар бузилиб бўшлиқлар пайдо бўлиши.

Вакуолли дегенерация – Мальпигий қаватининг хужайралари ядроси атрофида вакуоллар ҳосил бўлиб, улар ядрони пикнотик деформациялаб четга сиқиб чиқариши ва цитоплазма ичидаги суюклик хужайрани нобуд қилиши.

Баллонли дегенерация – Мальпигий қават хужайраларининг дегенератив ўзгариши, десмосомалар йўқолиб, сероз-фибринозли суюқликда шарсимон хужайралар сузиб юриши.

Папилломатоз – терининг базал қаватидаги хужайралар орасига дерманинг сўргичсимон қаватининг сўргичлари чўзилиб, терининг устки қаватларига чиқиши.

Гранулёз – донатор қават хужайраларининг кўпайиб қалинланиши.

Микроабсцесслар – эпидермис ва дерма хужайраларидан иборат аллиғланиш ўчоғи.

Эпидермолиз – эпидермис ва дерма орасидаги базал мембранаси бузилиб, субэпидермал бўшлиқлар ҳосил бўлиши.

КАСАЛЛИК ТАРИХНОМАСИ

I. ПАСПОРТГА ОИД МАЪЛУМОТЛАРИ

1. Беморнинг фамилияси, исми, отасининг исми.
2. Ёши.
3. Маълумоти.
4. Иш жойи.
5. Мансаби.
6. Миллати.
7. Турар жойи.
8. Беморнинг йўлланмасидаги ташхиси.
9. Дастлабки ташхис.
10. Клиник ташхиси.
11. Якуний ташхис: а) асосий ташхис
б) ёндош ташхис
в) асоратлар

II. БЕМОРНИНГ КАСАЛХОНАГА ТУШГАНИДАГИ ШИКОЯТЛАРИ

Аввал асосий, кейин иккинчи даражали шикоятлари аниқланади.

III. МАЗКУР КАСАЛЛИКНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ (Anamnesis morbi)

Касалликнинг ривожланиш жараёни, унинг илк белгиларидан бошлаб, то касаллик тарихномаси ёзилаётган пайтгача батафсил баён қилиниши лозим. Касаллик тарихномаси ҳудди тўлиқ ҳикояни эсла-тиши ва қуйидаги саволларга жавоб бериши керак:

- Касаллик қачон, қандай илк белгилар билан бошланган?
- Бемор касалликнинг келиб чиқиш сабабларини нима билан боғлайди?
- Касаллик белгилари қайси вақтда, қандай сабабларга кўра ўзгаради ва касаллик жараёнида қандай янги белгилар пайдо бўлган?
- Беморнинг илк бор шифокорга мурожаат қилган вақти?
- Қандай диагностик ва тиббий тадбирлар кўрилган, улар бемор-га қандай таъсир кўрсатган?
- Қайси дори-дармонлар касалга ёмон таъсир кўрсатган ва ёқмаслик аломатлари (кўтара олмаслик) бўлган?

■ Агар касаллик вақти-вақти билан хуруж қилса, унда шу хуружлар қандай белгилар билан кечади ва йилнинг қайси вақтида қайтарилади?

■ Бемор диспансер ҳисобида турадими, қандай профилактик, даволаш усуллари қўлланилади ва уларнинг натижаси?

Касаллик тарихномасини тўлдиришда иложи борича амбулатория варақаси ва илгари касаллик тарихномасидан олинган кўчирмалардан фойдаланиш керак.

IV. БЕМОРНИНГ ҲАЁТИЙ ТАРИХИ

(Anamnesis vitae)

Бу бўлимда беморнинг туғилган вақтидан то касалхонага тушгунча ҳаётида қайси омиллар касаллик келиб чиқишига сабаб бўлади? деган саволга жавоб топишдан иборат. Шу сабаблар турмуш шароитидан, касбдаги зарарли таъсирлардан, ирсий хусусиятлардан, ижтимоий омиллардан табиий шароитининг, юкумли агентлар таъсири натижасида юзага келиши мумкин.

Агар бемор аёл бўлса, қайси ёшда ҳайз кўра бошлаган, унинг цикли, қайси ёшда турмуш қурган, ҳомиладорликнинг сони, унинг натижаси. Нечта боласи бор? Беморнинг турмуш шароити, меҳнат фаолияти ва унинг зарарли одатлари.

Беморнинг ва унинг яқин қариндошлари бошидан кечирган касалликлар, аҳволи, уларда наслга, айниқса қаттиқ таъсир кўрсатувчи касалликлар (захм, сил, асаб, қандли диабет, қон ва тери касалликлари) бўлган, бўлмаганлиги сўралади.

Беморнинг ҳаёти давомида баъзи дори-дармонлар, овқат маҳсулотлари ва бошқа нарсаларга нисбатан аллергик реакция бўлган ёки бўлмаганини, агар бундай ҳоллар бўлган бўлса уларнинг номи аниқ ёзилиши ва қизил ранг билан кўринарли қилиб ёзиб қўйилиши керак.

V. БЕМОРНИНГ ҲОЗИРГИ АҲВОЛИ (Status Praesens)

Беморни кўздан кечириб, унинг нафас олиши, юрак ва қон томирлар системаси, овқат ҳазм қилиш, сийдик ажратиш ва сезги органлари, ички секретция безлари томонидан бўлган ва уларни пайпаслаб (пальпация), тўқиллатиб (перкуссия), эшитиб (аускультация), кўриш (ички касалликлар пропедевтикаси фани бўйича) зарур.

Бундан кейин теридаги ўзгаришларни ифодалаш керак.

ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ ИФОДАЛАШ (Status localis)

Тошмалар терини бутунлай қоплаганми ёки бир қисмида жойлашганми? Тошмалар тананинг бир томонидами ёки иккала томонидами (симметрия ва ассиметрия)?

Улар қандай жойлашган, гуруҳ-гуруҳ бўлиб ёки тана териси бўйича тарқалганми ёки алоҳида-алоҳидами? Яллигланиш ўткир ёки сурункалими?

Бирламчи тошмаларнинг характерли белгилари – мономорфли, полиморфли, чин ёки сохта полиморфлими? Бирламчи тошмаларнинг ранги – қизил, кулранг, кўкимтир, жигарранг. Уларнинг шакли – думалок, овалсимон, кирди-чиқди, тўғрирок, чегараси аниқ ёки ноаниқ. Катталиги – мм, см, мошдек, нўхотдек ёки бир тийинликдан то бир сўмлик тангадек. Тошмаларнинг юзаси – устининг кўриниши текис, яссирок, ботикрок, шилиниш (эрозия) ёки яра (язва) борми, кўтарилганми, дағаллашганми, сўгалсимонми? Тошма атрофга кенгайиб катталашадими-йўқми? (19-расм).

Тошмалар ўрнида қолган ўзгаришлар борми-йўқми? (чандик, пигментация, атрофия ва бошқалар). Тошмалар атрофидаги тери ҳолати – қизарганми, оқарганми, атрофия ёки пўстлоқ билан ўралганми?

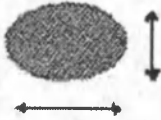
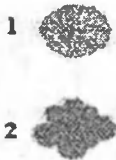
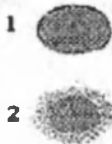


Иккиламчи элементлар (тошмалар): қалок ёки пўстлоқ ва унинг ранги – қизил, сарғиш, кўкимтир. Чандик, гипертрофик – ямок, атрофик ёки нормотрофик – теридан кўтарилган, теридан пастрок ёки текис. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда чандик атрофияси ҳам учраб туради. Қипиқланиш майдами ёки йирикми, ранги оппоқми, тўқроқми, оқишми, унинг кўриниши кўпроқми, озроқми? Доғ (иккиламчи) оқишми, тўқроқми, оппоқми? Дағалланиш (лихенификация) борми, йўқми? Иккиламчи тошмалар сони, қаерда борлиги, уларнинг чегараси аниқ ёки ноаниқми?

Дермографизм (қизил, пушти, оқ) ва текширилган тери белгилари натижаси.

Беморнинг шикоятлари (қичийдими, ачийдими, оғрийдими ва бошқалар).

VI. ДАСТЛАБКИ ТАХМИНИЙ ТАШХИС.

VII. ЛАБОРАТОРИЯ ВА АСБОБ-УСКУНАЛАР БИЛАН ТЕКШИРУВЛАРНИНГ НАТИЖАСИ.

БЕЛГИЛАР	МИСОЛ	ИФОДАЛАШ
КАТТАЛИГИ		3–2 см
ШАКЛИ		1–гўғри 2–ногўғри
ЧЕГАРАСИ		1–аниқ 2–ноаниқ
ГУРУҲ		1–таркок 2–гурухли 3–қўшилган
ТАРҚАЛИШИ		1–бир қисмида жойлашган 2– бутунлай жойлаш- ган, универсал

19-расм. Тери тошмаларини таърифлаш ва уларни ифодалаш.

VIII. СОЛИШТИРМА ЁКИ ТАҚҚОСЛАШ ТАШХИСИ.

IX. КЛИНИК ТАШХИС ВА УНИ ИСБОТЛАШ.

- X. ЯКУНИЙ ТАШХИС:** А) асосий
Б) ёндош
В) асоратлар.

XI. БЕМОРНИНГ ДАВОСИ (умумий ва маҳаллий даволаш).

XII. КУНДАЛИК.

XIII. ХУЛОСА (эпикриз).

XIV. АДАБИЁТ ҚИСМИ

(касалликнинг сабаби, ривожланиши, клиник белгилари, давомати, даволаш ва олдини олиш чоралари).

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИС ЭТИШ ВА УЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ УМУМИЙ ВОСИТАЛАРИ

УМУМИЙ ТАШХИС УСУЛЛАРИ. Тери касалликлари ташхиси анамнези маълумотлари, касалликнинг асосий белгилари (таҳлилхона, лаборатория) азмоишгоҳ ва жойлардаги ўтказилган текширишларга асосланади. Аниқ йиғилган анамнез, тошмаларни аниқлаш усуллари - касалликнинг этиологик ва патогенезини аниқлашга ёрдам беради.

1. АНАМНЕЗ:

а) тахминий қисқа анамнез – дерматозларни аниқлашга восита бўлади;

б) аниқ анамнез – ташхисни аниқ қўйиш ва касалликни патогенезини аниқлашда катта аҳамиятга эга бўлади.

2. ТЕРИ ВА ШИЛЛИҚ ҚАВАТЛАРНИ ТЕКШИРИШ:

а) тери – ёғ ажралиши;

б) терининг умумий кўриниши, ранги;

в) чўзилиши ва эластиклиги;

г) дермографизм (кизил, оқ, ҳар хил);

д) тери ости ёғ клетчаткасининг тузилиши;

е) пигментация (доғларнинг ўзгариши);

ж) кўзга кўринувчи шиллиқ қаватлар;

Тошмалар жойлашиши (локализация), чегараланган, кўп, тарқалган (диффуз), (бутун тери сатҳи ва шиллиқ қаватларда), симметрик, ассиметрик, кўринишда бўлиши мумкин (*шлова №IV-V*).

3. ТОШМАЛАРНИНГ УМУМИЙ ҲИССАЛАРИ:

- а) яллиғланган;
- б) яллиғланмаган.

4. БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР:

- а) катта-кичиклиги;
- б) текис, нотекис;
- в) кўриниши (ярим юмалок, конуссимон ва ҳоказо);
- г) ранги;
- д) чегаралари (аник, ноаник);
- е) усти (силлик, овал, нотекис, пўст ташловчи ва ҳоказо);
- ж) периферик ўсиш (четга қараб тарқалиши);
- з) консистенция: (юмшоқ – қаттиқлиги) – қаттиқрок, қаттиқрок-эластик, юмшоқ.

5. ИККИЛАМЧИ ТОШМАЛАР ТЎЛИҚ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ:

- а) чин ёки сохта полиморфли, мономорфли;
- б) элементларнинг жойланиши (кўшилган, алохида-алохида);
- в) гуруҳли (тўғри, нотўғри).

6. БЕМОРНИНГ УМУМИЙ АҲВОЛИНИ БАҲОЛАШ:

- а) субъектив шикоятлар;
- б) объектив белгилар.

7. ИЧКИ ОРГАНЛАР, АСАБ ВА БОШҚА АЪЗОЛАРНИ ТЕКШИРИБ КЎРИШ.

8. КЕРАКЛИ ТЕКШИРУВЛАР ВА СИНАМАЛАРНИ ЎТКАЗИШ: (аллергик тестлар, моховда Минор синамаси, пўрсилдоқ ярада Никольский белгиси, сил югуригида – диаскопия, псориазда Ауспитц учлиги ва ҳоказо)(*шлова VI*).

9. УМУМИЙ АЗМОИШГОҲ ТЕКШИРУВЛАРИНИ ЎТКАЗИШ.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ УМУМИЙ ВА МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Тери касалликларини даволашда комплекс (умумий ва маҳаллий) даво қўлланилади ва бу даво экзоген омилларни ва эндоген ўзгаришларни бартараф этишга, шунингдек организмнинг касалликка қарши курашиш қобилиятини оширишга қаратилган бўлади.

Агарда касалликнинг этиологияси маълум бўлса, дарҳол касаллик чакирувчи сабабни бартараф этиш зарур. Масалан, канани ўлдириш хусусиятига эга бўлган малҳам, кўтир касаллигини тўлиқ даволашга олиб келади. Аммо, кўпинча дерматозларнинг ривожланишида патогенетик механизмлар ҳам катта рол ўйнайди (ички аъзолар, асаб, эндокрин ва иммун тизим ўзгаришлари, организм реактивлиги ўзгаришлари ва бошқалар). Бундай ҳолларда этиологик даво ҳар доим ҳам самара беравермайди, ижобий натижа фақат этио- ва патогенетик давонинг ҳамкорлигида амалга ошади.

Дерматозларнинг давосини маҳаллий ёки териға таъсир этиш усулисиз тасаввур этиб бўлмайди ва чуқурроқ ўйлаб кўрилса, улар умумий даволаш усули ҳамдир, сабаби маҳаллий воситалар кўплаб нерв томир рецепторларига ва бутун организмға умумий рефлектор таъсир этади. Шундай экан, маҳаллий даволашда индивидуал ёндошиш принципи жуда муҳимдир, айниқса даволаш усули ва воситаларни танлашда.

Даво тайин этишда касалликка олиб келган хавфли омилларни аниқлаш ва уларни эътиборда тутиб, уларнинг коррекциясига керакли бўлган даволаш услубини аниқлаш зарур аҳамиятга эга. Масалан: аллергодерматозли беморларда аллергенларни аниқлаб, бу аллергенларни тезда организмдан чиқариб ташлаш билан бир қаторда ирсий мойилликнинг бор-йўқлигини аниқлаш, маиший ва профессионал сенсibiliзовчи омилларни аниқлаш, овқатланиш характери ва ошқозон ичак йўли патологияси (ичак микробиоцинози, гепатобилиар тизим патологияси, вирусли, паразитар инфекциялар ва бошқалар) аниқланилиши зарур.

Шундай қилиб, тери касаллигини даволаш шартли равишда умумий ва маҳаллий давоға бўлинади.

Умумий даволаш усуллари. Тери касалликларнинг барча ички аъзолар, асосан, марказий асаб мажмуаси билан узлуксиз боғлиқлигини кўзда тутиб, дерматозларни даволаш процессида, бу ички касалликларни ва функционал камчиликларни бартараф қилиш усулларига аҳамият бериш зарур. Умумий даволаш усуллари бир неча гуруҳларға бўлинади. Бу бўлиниш тахминий бўлиб, фақат дерматологиядагина қўлланилмайди.

Седатив терапия – марказий асаб мажмуаси функцияси бузилишини даволаш, тинчлантириш усули бўлиб, ҳар хил дерматозларнинг патогенезида катта аҳамиятга эга бўлади (гипноз, электр уйку, венаға, мушак остига ва ичиш учун дори-дармонлар қўллаш).

Rp.: T-rae Valeriane 30,0
D.S. 20–30 томчидан,
Овқатдан кейин. Кунига 3 маҳал.

Rp.: Elenium 0,01
D.S. 1 таблеткадан

Десенсибилизация қилувчи терапия – ҳар хил аллергияли тери реакциялари (сезгирлиги, таъсирчанлиги) ни йўқотишда қўлланилади. (кальций сакловчи дорилар, аутогемотерапия, стофилококк антифагини ва ҳ.к.)

Rp: Sol. Natrii thiosulfatis 30%–10,0
D.S. 5,0–10,0 кўк томирга, секин

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% – 10,0
D.S. томирга, ҳар куни

Антигистамин дорилар кенг қўлланиладиган препаратлар бўлиб, тери касалликлар патогенезида катта аҳамиятга эга бўлган гистамин биологик моддани бартараф қиладилар (димедрол, диазолин, кларитин, телфаст, супрастин, пипольфен ва бошқалар).

Диазолин, кларитин ва телфаст препаратлари бошқа антигистамин дорилардан тинчлантирувчи таъсири йўқлиги билан ажралиб туради.

Rp.: Dimedroli 0,05
Glucosae 0,2
M.f. pulv.
S.1 пор. 2 маҳал.

Rp.: Tab. Diasolini 0,1
D.t.d. № 30
S. 1 таб 2 маҳал

Витаминотерапия. Гипо- ва авитаминоз натижасида юзага келувчи айрим дерматозларда кенг қўлланилади. Аксарият А, В, С, РР туридаги ва уларнинг турлари (перидоксальфосфат, карбоамид ва ҳ.к.) кўпроқ қўлланилади.

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 6% – 2,0
D.S. 2 ml дан мушак орасига,
кунора

Rp.: Sol. Cobalamini 1% – 1,0
D.S. 1 ml дан мушак орасига,
ҳар куни

Гормонли терапия. Стероид гормонлар табиий гормон камлигини қоплаш ёки специфик фармакологик таъсир (десенсибилизовчи, иммунодепрессив, аллергия ва яллиғланишга қарши) этиш мақсадида, асосан, бошқа умумий даволаш усуллари яхши натижа бермаганида эҳтиётлик билан қўлланилади. Айрим тери касалликларида гормонлар асосий даво препаратлари гуруҳида қўлланилади (пўрсилдок яра, қизил югирик ва ҳ.к.). Гормон препаратлари (кортизон, преднизолон, дексаметазон, триамцинолон ва бошқалар) билан сув-туз, ёғ алмашинуви бузилишини олдини олиш учун албатта калий препаратлари (оротат калия, панангин, аспаркам) ва анаболик гормонлар (ретабол-лил) берилади.

Стероид гормон препаратлари организмга хилма-хил, кучли таъсир килувчи, эффеktiv дори-дармон бўлиб, бемор даволаниш жараёнида ўз ишлатилиш қонунига эга – олдин юкори миқдордан бошлаб касаллик тузалинқирашидан оз-оз кундалик дозасини камайтириб, беморга минимал керак бўлган дозани аниқлаб, ушлаб турилади. Препаратнинг кундалик миқдори касалликнинг клиник кечишига, индивидуал таъсирчанлигига ва бемор вазнига боғлиқ.

Антибиотикотерапия. Ҳозирги вақтда антибиотиклар терининг йирингли касалликлари, иккиламчи инфекция тушган дерматозларда, ваҳоланки тери ва шиллик қаватлар сили, мохов, кўпчилик замбуруғли ва таносил касалликларида ҳам кенг қўлланилади. Антибиотик узок вақт берилса, беморга албатта кандидознинг олдини оладиган препаратлар берилиши лозим.

Rp.: Streptomycini sulfatis 1,0
S.0,25 % ли 3ml новокаин
S.овқатдан 30 дақиқа олдин
эритмасида эритиб, 1 кунда 1 марта

Rp.: Rifampicini 0,15 Rp.:
D.t.d.N 50 in caps. Gelat.
бир кунда 2 марта ичилсин

Nistatini 250.000Ed
S.овқатдан аввал 2 капсула 4 марта
ичилсин

Химиотерапия антибиотикларга нисбатан камроқ қўлланилади. Баъзи бир дори-дармонлар ҳозирда ҳам ўз аҳамиятларини йўқотмаган. Масалан, моховни даволашда – сульфолар, тери силида – изоникотин кислотасининг гидрозиди, қизил югирикда – делагил, плаквенил, биохинол ва ҳ.к.

Физиотерапия – сурункали, қайталанувчи дерматозларда яхши натижалар беради. (УФО – ультра бинафша нурлари, ПУВА–терапия, Букки чегарали нурлари, диатермия, озокерит, уқалаш ва ҳ.к.)

Курортотерапия – ҳар хил бўлиб, асосан, клиник тузалишларини мустақкамлаш, ремиссия оралиқларини узоклаштиришда қўлланилади. Масалан, олтингугуртли, родон маъданли минерал сувлар ва даволаш лойлари, денгизларда чўмилиш ва ҳ.к.

Маҳаллий даво бошлашдан олдин, касалликнинг босқичини аниқлаш, бекор у ёки бу дори-дармонларни қабул қила олиш олмаслигини билиб, кейингина бошлаш зарур.

Маҳаллий даво воситалари қуйидаги мақсадларда қўлланилади:

1. Тери дефектларини (эрозия, яра, ёрик) тозалаш ва уларга ишлов бериш, терини ҳимоялаш.

2. Касаллик кўзгатувчини ўлдириш (бактериялар, замбуруғлар, паразитлар).

3. Субъектив ҳиссиётни энгиллатиш, баратраф этиш (ачишиши, кичишиш, оғрик, тиришиш).

4. Яллиғланиш жараёнини бартараф этиш, яра ва бошқа жараҳатларнинг битишини тезлатиш.

Маҳаллий қўлланилувчи дориларнинг турлари.

Маҳаллий даволаш учун дори воситаларини танлашда (нафақат бемор ёш болаларга кам таъсирловчи ва паст концентрациялардаги воситалар тайин этилади) патологик ўчоқнинг жойлашган соҳаси, унинг тарқоқлиги, касалликнинг босқичи, яллиғланиш жараёнининг характери ва чуқурлиги ҳамда бемор аввалги даво воситаларни қандай қабул қила олганлиги инобатга олиниши зарур. Аллергик реакция ва терининг таъсирланиши нафақат препаратнинг актив таркибий қисми ҳисобига, ҳатто унинг асосини ҳосил қилувчи қисмига ҳам боғлиқдир.

Дори воситаларининг турларини тери ичига кириб бориш даражасига кўра қуйидагича тақсимланади: сепма дорилар (присипкалар), намлаш воситалари (эритмалар), чайқатиб қўлланувчилар (болтушкалар), пасталар, мойлар, малҳамлар, кремлар, компресслар, пластирлар.

1. СЕПМА ва КУКУН дорилар юза яллиғланишига қарши таъсир кўрсатадилар. Улар тери кичишига қарши ва терини дезинфекциялаш учун қўлланиладилар. Бу хил воситалар намни (сел), терни шимиб оладилар, ишқаланиш кучини камайтирадилар, терини совутадилар. Индифферент (цинк оксиди, талк, оқ лой) ва дезинфекцияловчи (йодоформ, ксероформ, дерматол) сепма дорилар қўлланилади. Заруратта

кўра бу сепма дориларга нафталан нефти, борат кислотаси, ментол, рецорзин, антибиотик, сульфаниламидлар ва бошқалар қўшиб ишлатилади. Сепма дориларни жароҳат ўчоғига юпқа сепилади.

2. Дори моддаларнинг сувли эритмалари – НАМЛАШ - ҲЎЛЛАШ (примочка), нам курувчи боғлам ва иситувчи компресслар холида қўлланилади.

Сувли эритмалардаги сувнинг буғланиши ҳисобига, намлаш терини кескин совутиб, тери томирларини торайтиради. Шунинг учун намлаш, терининг ўткир яллиғланиши, кучли гиперемия, шиш ва ҳўлланишлар кузатилганда қўлланилади.

“ҲЎЛЛАНИШНИ – ҲЎЛЛАБ ДАВОЛА!” деган ибора, дерматологлар орасида беморга маҳаллий давони тавсия қилишдаги асосий принципи деб маълум.

Дориларнинг совутилган эритмалари билан ҳўллаш (1%ли рецорзин, 2%ли борат кислотаси, кўрғошин суви, исириқ дамламаси, Буров суюқлиги ва бошқалар) яллиғланишга қарши таъсир этиб, томирларни торайтириб, ҳўлланиш ва шишни камайтиради, кичишиш, ачишишни сусайтиради. НАМЛАШ учун 5–6 қаватли мато (бинт, марли) ни муздек эритма билан ҳўллаб, енгил сиқиб, сўнг ўчокқа қўйилади, мато ҳар 5–6 дақиқада ўзгартирилиб, (ҳўллаб) 1–2 соат мобайнида кунига 3–4 маҳал қўйилади.

НАМ ҚУРИТУВЧИ БОҒЛАМАЛАР (марли юкорида қайд этилган дори воситалари эритмасининг бирига шимдирилиб, ўчок юзасига қўйилади, унинг юзасига эса юпқа пахта тўшаб боғланади) ҳўллаш усулига ўхшаб қўлланилади, аммо қуригач алмаштирилади, кўпинча 2–3 соатдан сўнг алмаштирилади. Секин буғланган суюқлик, ҳўллашга ўхшаб терини совутади, фақат секинрок. Оқибатда, ўткир яллиғланиш симптомлари камаяди. Бу усул ҳўлланишлар билан кечадиган ўткир ости яллиғланишларда қўлланилади. Намловчи восита таркибига кирувчи дори препаратларнинг турига кўра, дезинфекцияловчи, қуритувчи таъсир этади, биргаликда эса яллиғланишга қарши самара беради.

3. ЧАЙҚАМА-АРАЛАШМАЛАР (болтушқалар). Уларнинг 30% қисми кукунсимон модда (цинк оксиди, крахмал, талк ва бошқалар) ва 70% қисми сув ёки ёғли асосга (сув, глицерин, спирт, ўсимлик мойи) эга бўлади. Улар ўткир яллиғланган, аммо намланмаган дерматозларда, яллиғланишга қарши, терини совитувчи ва қуритувчи восита сифатида қўлланилади. Чайқама-аралашмалар таркибига кўра сувли, сув-спиртли ва мойли бўладилар. Суюқликнинг кўп миқдорда бўлиши (50–60%) совитиш хусусиятини оширади. Агарда беморнинг териси

курук бўлса ёки дори воситасини узоқ вақт таъсир эттириш зарур бўлса ёғли аралашмалар тайинланади. Терининг қуришини тезлатиш ва даво самарасини ошириш учун болтушкага одатда 10% гача спирт ёки ихтиол, олтингургурт, ментол, анестезин ва бошқалар қўшилади.

Болтушкаларни қўллашдан олдин яхшилаб чайқаб, аралаштирилади, сўнг пахтали тампон билан териға суртилади. Болтушканинг суюқ қисми ҳавоға тезда буғланиб кетади ва терида бир қават кукун қолади. Болтушка суткада 2–3 бор боғламсиз қўлланилади, заруратта кўра фаол таъсир этувчи дори воситалар қўшилади.

4. ПАСТАЛАР тенг микдорда кукунсимон (талк, цинк оксиди ва бошқалар) ва мойли ёки мойсимон (ланолин, вазелин ва бошқалар) моддалардан таркиб топади. Улар болтушкалардан кўра яллиғла-нишга қарши чуқурроқ ва қуритувчи таъсир кўрсатадилар, аммо малҳамларға нисбатан фаоллиги камроқдир.

Пасталар териға суткада бир бор суртилади. Суртганда соч йўналиши бўйича суртилади ва 3 кунда бир бор, ўсимлик мойи шимдирилган тампон ёрдамида теридан артиб ташланади. Паста терининг эластиклигини сақлаш учун қўлланилади, заруратта кўра турли дори воситалари (олтингургурт, қорамой, реңорзин ва бошқалар) қўшилади.

5. МОЙЛАР асосан, жароҳатланган тери соҳасини қадоклардан, кепаклардан, дори қолдиқларидан тозалаш учун ҳамда мойли болтушкалар ва малҳамлар тайёрлашда таркибий қисм сифатида қўлланилади.

6. МАЗЛАР, МАЛҲАМЛАР – расмий ёки аптекаларда рецепт асосида тайёрланган бўлиши мумкин. Мазлар маҳаллий давода энг кўп қўлланилувчи дори тури ҳисобланади. Мазлар ёғли асос (вазелин, ланолин, тозаланган чўчка ёғи, нафталан ва бошқалар)ға эға бўлиб, таркибида сув сақламайди. Теридаги жараённинг ҳолатиға кўра ва талаб этилган шифобахш таъсириға кўра улар бевосита териға суртилади ва боғланмайди. Кам ҳоллардаги териға ишқаланиб суртилади ёки марлиға суртиб боғланади. Мазлар терини, айниқса шишган терини юмшатадилар. Улар қалин қадоклар билан қопланган, лихенизацияланган ёки кепакланувчи териға суртилади. Мазларни териға суртиш беморларға ноқулайликлар чақирсада, улар, кремлардан кўра, дори воситаларини териға сингиб кетишиға кўпроқ ёрдам беради.

7. КРЕМЛАР (сувдаги мой ёки мойдаги сув кўринишидаги эмульсиялардир) дерматологияда кенг қўлланилувчи маҳаллий даво воситаларидан бири саналади. Уларни қўллаш қулай, териға суртил-гач тери вазнининг ортиш ҳисси бўлмайди.

8. КОМПРЕССЛАР, асосан, тери яллиғланишига қарши ва инфилтратларнинг сўрилишини тезлатиш мақсадида қўлланилади. Улар мазлардан ҳам чуқурроқ таъсир этади. Компресс учун (3%ли борат кислота, қўрғошин суви, 1%ли Буров суюқлиги) доривор эритмалардан бири шимдирилган ва бироз сиқилган мато ўчоққа қўйилади, унинг устидан эса сувни шиммайдиган қоғоз ёки клеёнка қўйиб боғланади. Шуни ҳам ёдда тутиш керакки, илиқ нам эпидермисни анча юмшатади, бу эса иккиламчи инфекциянинг ривожланишига қулай шароит яратади.

9. ШИФОБАҲШ СОВУНЛАР (ёғнинг ишқор билан бирикмаси) га қуйидаги тур совунлар киради: олтингургуртли, ихтиолли, қорамойли, сульсенли, кўк совун ва бошқалар. Шуни ёдда тутиш керакки, қўпчилик тери касалликларида (масалан: пиодермитларда), даволаш даврида сув билан мулоқотда бўлиш, айниқса совун билан ювиниш маън этилади. Бундай ҳолларда соғ тери соҳаларини кучсиз спирт эритмалари билан артиш кифоя қилади.

10. АЭРОЗОЛЛАР ўзининг қулайлиги, стериллиги ва юқори самарадорлиги билан сўнгги йилларда машхур бўлиб, кенг миқёсда қўлланилмоқда. Аэрозоллар ёғ сақламайдилар. Улар ҳаво ёки газдаги майда дори заррачаларининг аралашмалари ҳолида, теридаги жароҳатланувчи томонлар юзасига пуркалади. Аэрозоллар – ланолин, вазелинга сезувчанлиги ортган беморларга ва маз, кремларни кўтара олмайдиганларга бекиёсдир. Таркибида антибиотиклар билан бирга кортикостероидлар сақловчи аэрозоллар жуда машхурдирлар, улар кичишишга, яллиғланишга, аллергияга қарши ва бактериостатик таъсирга эгадирлар.

Ҳозирги кунларда расмий, яъни қўллаш учун тайёр бўлган кортикостероид препаратлари кенг тарқалмоқда ва таъобат ходимлари, халқ орасида машхур бўлмоқда.

Тери касалликларининг маҳаллий давосида кенг ишлатиладиган айрим дори-дармонлар рецептурасини келтирамиз:

Чайқатиладиган аралашмалар (болтушкалар).

Rp.: Zinci oxydati
Talci veneti
Amyli tritici aa 10,0
Ol. Persicorum ad 100,0
M.D.S. чайқатиб ишлатилади

Пасталар

Rp.: Zinci oxydati

Amyli tritici

Vazelini

Lanolini aa 10,0

M.f. pastae

D.S. малхам

Rp.: Ac. Salicylici 2,0

Zinci oxydati

Amyli tritici aa 25,0

Vazelini 50,0

M.f. pastae

D.S. малхам

Малхамлар ёки суртмалар (мазлар) -

Rp.: Hydrargyri praecipitati

albi 2% – 30,0

M.D.S. малхам

M.f. ung.

Rp.: Ac. Salicylici 1,0

Ac. Benzoici 2,0

Vazelini ad 30,0

S. малхам

Кремлар

Rp: Lanolini

Vaselini

Aq.destilli aa 20,0

M.D.S. крем

Пластирлар

Rp: Epilini 4,0

Aq.destilli 15,0

Lanolini 22,0

Cerae flovea 5,0

Emplostri plumbi 54,0

M.D.S. маҳаллий

Маҳаллий дорилар таркибига қараб қуйидаги гуруҳларга бўлинади: кератолтик, кератопластик, антипаразитар, кичишга қарши таъсирловчи, депигментли доғларда ишлатилувчи.

Кератолитик дорилар тери сатҳидан муғуз қаватини ажратади, кўпроқ шу мақсадда салицил кислота, суг кислотаси, резорцин ва бошқалар ишлатилади. Булар 2% дан ортик тайёрланганида кератолирик ва пўст тушириш қобилятига эга бўладилар, ундан паст микдорда эса кератоластик хиссага эга бўладилар.

Rp: Ac. Salicylici 12,0
Ac. Lactici 6,0
Vaselini ad 100,0
M.f. ung.
D.S. маҳаллий, тери кўчирувчи

Rp: Resorcini 3,0
Vaselini 30,0
M.f. ung.
D.S. малҳам

Кератопластик дорилар паст микдорли (концентрацияли) бўлиб, муғуз қаватини янгилаб, яллиғланишга қарши, дезинфекциялаш ва қичишни қолдириш учун ишлатилади.

Дерматологияда кўпинча қатрон (қайиндан ёки қарағайдан олинган, можжевикали ва бошқалар), олтингугурт, нафталан, ихтиол ва бошқалар қўлланилади.

Rp : Ol .Cadini
Sulfurus precipitate aa 5,0
Vaselini 50,0
M.f. ung
D.S. малҳам

Rp: Ichtioli 3,0
Vaselini 30,0
M.f. ung
D.S. малҳам

Антипаразитар дорилар: олтингугурт, симоб, йод ва бошқалар паразитларни йўқотишда ишлатилади.

Қичишга қарши ишлатилувчи дорилар – ментол, димедрол, анестезин, ош сиркаси, спирт, лимон кислотаси ҳам киради.

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

Таъсирловчи дорилар терининг сурункали яллиғланиш касалликлариди қўлланилади, улар терининг рецепторлари ва марказий асаб мажмуасига таъсир кўрсатадилар.

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

Пигментли доғларга қарши ишлатилувчи дорилар теридаги чега-
рали (озгина миқдордаги) пигментли доғларга қарши ишлатилади,
бунда пўст тушишига эришилади.

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

Куёш нурларидан химоя қилувчи препаратларга 5–10% салол, та-
нин, парааминобензой кислота малҳамлари киради.

Айрим ҳолларда емирувчи (деструктив таъсир), куйдирувчи мод-
далар(ляпис, уч хлоруксус кислотаси, сут кислотаси, марганцовка
кристаллари, подофиллин) ўрнида кўпроқ криотерапия, элетрокоагу-
ляция, диатермокоагуляция ва лазер нурлари ишлатилаяпти.

МАҲАЛЛИЙ ҚЎЛЛАНИЛУВЧИ КОРТИКОСТЕРОИД ПРЕПАРАТЛАРИ

Кортикостероидлар – дерматозларни маҳаллий даволашда, ял-
лиғланишга қарши таъсирга эга бўлган энг самарали воситадирлар.
Маҳаллий кортикостероидли даво, агар препарат тўғри ва аниқ
мақсадларда, улардан фойдаланиш қоидалари ва принципларига риоя
этиб қўлланилса, шубҳасиз самарали ва хавфсиздир.

Айрим тери касалликларида (хуснбузар, айрим замбуруғли ва йи-
рингли касалликларда) кортикостероидли маҳаллий даво, касаллик-
нинг зўрайишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун ҳам маҳаллий
глюкокортикостероид препаратларни ташхис аниқ қўйилгандан сўнг
қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Маҳаллий кортикостероид препаратлари дерматозларнинг про-
филактикаси мақсадида эмас, фақатгина даволаш мақсадида тайинла-
нади. Улар крем, эритма, аэрозоль ва пластирлар кўринишида қўлла-
нилади. Ҳозирлайдиган комплекслар ҳолида ҳам машҳурдирлар.

1-жадвалда ҳозирги замон кортикостероид препаратларининг гу-
руҳлари, уларнинг самарадорлигига кўра келтирилган.

МАҲАЛЛИЙ ТАЪСИРГА ЭГА БЎЛГАН, АЙРИМ
СТЕРОИД ПРЕПАРАТЛАРНИНГ НИСБИЙ САМАРАДОРЛИГИ

Самарадорлиги	Препарат номи	Шакли	Концентрацияси %
1 синф кучсиз	Гидрокортизон	Мазь	0,5–1%
	Гидрокорт		
	Латиеорт		
	Ефкортилан	Мазь	0,50–1%
	Депорзолон	Мазь	0,25–1%
	Бетаметазона	Взбалтўваемая	0,05%
	Валерат	Аралашма	
	Дезонид	Крем	0,05%
	Флуцониола	Эритма	0,01%
Ацетонид			
2 синф ўргача	Пердерм	Мазь	0,05%
	Бегновейт	Мазь	0,015
	Апулеин	Мазь	0,025%
	Еумовейт	Мазь	0,05%
	Дерматоп	Мазь	0,25%
	Фторокорт	Мазь, крем	0,01%
	Триакорт		
Аристокорт А			
3 синф кучли	Белодерм	Мазь, крем	0,5%
	Дипрозон		
	Целестодерм		
	Тридерм		
	Дипросалик		
	Неризон	Мазь	01%
	Флуцинар	Мазь	0,15
	Синалар	Мазь	0,025%
	Синафлан		
	Кутивейт	Мазь	0,5%
	Сикортен	Мазь	0,5%
	Локоид	Мазь	0,1%
	Адвантан	Мазь	0,1%
	Элаком	Мазь. Крем, лосьон	0,1%
Дезоксиметазон	Мазь, крем	0,025%	
4 синф жуда кучли	Дермовейт	Мазь	0,05%
	Неризон-форте	Мазь	0,3%
	Хелок	Мазь	0,1%
	Клобетазола пропионат	Мазь, крем	0,05%

Ҳар бир конкрет ҳолатларда, маҳаллий кортикостероид воситаларни қўллашда, ўткир кечаётган жараёни қайтариш учун зарур бўлган минимал миқдорда, кунига бир бор, эрталаб тайинлаш самарали бўлади. Одатда, даво кучли кортикостероид воситалардан бошланади, қисқа (ҳафта) муддатда қўлланилиб, сўнг кучсизрок, воситага ўтиш мумкин. Нохуш асоратларнинг олдини олиш учун даво босқичи қисқа бўлиши шарт. Кучли кортикостероид воситаларини кўкрак ёшдаги ва ёш болаларга, айниқса юзга, бурмаларга ҳамда оралик соҳасига тайинлашдан ва узок фойдаланишдан қочиш керак. Турли инфекцион асоратларни тезкорлик билан санация қилиш учун, кўшимча маҳаллий ва умумий воситалардан фойдаланиш зарур. Бундай ҳолларда терининг жароҳатланган соҳаларининг ҳар ерига, ҳар хил кортикостероид воситалари қўллаш ёки бошқа маҳаллий воситалар билан биргаликда даволаш зарур.

Юз соҳасидаги тери касалликларини даволашда элоком ва 1%ли гидрокортизон ишлатилади, у фтор сақламайди. Синтетик кортикостероидлардан фарқли ўларок гидрокортизон телеангиэктазия, периорал дерматит, атрофия ва стрия чақирмайди.

Кам ҳолларда кортикостероид суспензияларининг инъекциялари жароҳат ўчоқларига юборилади, бу эса маҳаллий қўлланилувчи, кортикостероидга нисбатан чидамли бўлган сурункали ўчоқларда юқори концентрацияни таъминлайди. Лекин, бундай инъекциялар кўпинча ўчоқларда тери атрофияси ва телеангиэктазия чақиради. Бу хилдаги асоратлар кузатилиши хавфининг олдини олиш учун, жароҳатланувчи томонлар ўчоғига стерил физиологик эритма билан 2,5–10 мг/мл концентрациягача эритилган триамционал ацетонид суспензияси юборилади. Кортикостероидларнинг юқори концентрациялари фақат келлоидларни даволашда қўлланиши мумкин.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ДЕРМАТИТ

Дерматит – терининг яллиғланиши. Дерматитлар хилларидан оддий контакт дерматит, аллергияк дерматит ва токсикодермия ажратилади (*слова-VII*).

Оддий контакт дерматит ташки муҳит таъсиротлари натижасида пайдо бўлади ва бу таъсир тўхташи билан, теридаги яллиғланиш белгилари, давосиз ҳам, вақт ўтгач яхши бўлиб кетади.

Дерматитни келтириб чиқарувчи омиллар табиатта кўра механик (қисилиш, қаттиқ босим), физик (юқори ва паст температура, куёш, радиоактив ва рентген нурлари), кимёвий (кислота, ишқор, тузлар) ва биологик (крапива, медуза, хашаротлар чаққанда) турларга бўлинади ва улар кўпроқ шартсиз таъсиротларга кирадилар.

Бу таъсиротлар (кислота, ишқор ва бошқа) териға теккан жойида вақт ўтмасдан яллиғланиш белгиларини вужудға келтиради. Мисол қилиб, терини иссик дазмол билан куйишини келтирсак бўлади ва бунда теридаги ўзгаришлар чуқурлиги фақат бу таъсирнинг (температура) кучига ва қанча узоқ давом этгани билан боғлиқ бўлади.

Шартсиз таъсиротлар натижасида рўй берган терининг яллиғланиши оддий контакт дерматит ёки артифициал (сунъий) дерматит дейилади.

Аллергияк дерматит эса айрим, фақат қандайдир факультатив, шартли омиллардан бириға (айрим ўсимликлар, дори-дармон, парфюмер махсулотлари ва бошқа) терисини гиперергияк сезувчанлиги бор (моновалент сезгирлик) инсонларда, фақатгина шу аллергияк таъсири натижасида кузатилади. Аллергияк териға таъсир қилган вақтдан орада муайян инкубацион давр ўтгач (биринчи касалланиш бўлса, аллергияк тақрор таъсир қилганидан сўнг), худди аллергияк тушган жойида, кўпроқ тананинг очик жойларида, яллиғланиш белгилари пайдо бўлади. Бемордаги аллергияк контакт дерматит сабаби бўлган аллергияк бартараф қилинса, дерматит тез ўтиб кетади. Вақт ўтиб, аллергияк тақрор таъсир қилса, яллиғланиш белгилари биринчидан симметрик қисмларда пайдо бўлади, кейинчалик тананинг бошқа, узоқ қисмларида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Аммо энг ачинарлиси, битта моддаға бўлган ўта сезувчанлик (моновалент сезувчанлик) вақтида даволанмаса, тақрор қайтарилган (аллергияк) таъсирлар оқибатида, аста-секин бошқа аллергиякларға сезувчанлиги ҳам ошиб, поливалент сезувчанликка, яъни экзема ривожланишиға олиб келиши мумкин.

Аллерген организмга оғиз, тўғри ичак, нафас ёки парентерал (инъекция) йўл орқали тушиб, идиосинкразия ёки орттирилган сезувчанлик оқибатида, терида ва ички аъзоларда яллиғланиш жараёнини келтириши токсикодермия дейилади. Бунда беморнинг аҳволи оғир кечиб, клиник манзара жуда бой, терида бошидан симметрик жойлашган, тарқок, ўткир яллиғланган тошмалар ва ички аъзоларнинг жароҳатлангани аниқланади.

ОДДИЙ КОНТАКТ ДЕРМАТИТ КЛИНИКАСИ

Одатда оддий контакт дерматитга учраган бемор терида пайдо бўлган тошмалар сабабини (шартсиз таъсиротни) аниқ кўрсатиб беради ва кўпинча яллиғланиш ўчоғида ачиш, оғрик, камрок кичишишга шикоят қилади.

Шартсиз таъсиротни кучли ва қисқа вақтли таъсир оқибатида вужудга келадиган тери яллиғланишини ўткир оддий контакт дерматит (куйиш) ва узоқ вақт қайталама кучсиз таъсир оқибатидаги тери яллиғланиши хроник оддий контакт дерматит (узоқ вақт механик ишқаланиш оқибатида қалок пайдо бўлиши) дейилади.

Кўрилганда, бемор терисида фақатгина ташки омил таъсир қилган жойида, омилнинг шакли ва катталигига тенг, аниқ чегарали ўткир яллиғланган доғ кузатилади (эритематоз давр). Қизарган тери шишади ва инфилтрациялашади, устида бир ёки бир неча сероз ёки геморрагик суюқли пуфак ва пуфакчалар пайдо бўлиши мумкин (буллез даври). Ташки омилнинг танага бўлган таъсири жуда кучли бўлса тери некрози ҳам учраши мумкин (некротик давр).

Оддий контакт дерматитни келтирган ташки таъсирни бартараф қилса, яллиғланиш анча тез камайиб йўқолади. Бемор даволанмаса, пуфаклар вақт ўтиб қурийдими ёки кўпроқ ёрилади ва ўрнида пайдо бўлган эрозияларга иккиламчи инфекция қўшилиши мумкин. Натижада йирингли ажратмалар пайдо бўлиб, беморда пиодермиялик асоратлар ривожланиб кетиши мумкин.

Дифференциал ташхиси

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

Оддий ва аллергиялик контактлик дерматитларнинг қийсий ташхиси

	Оддий контактлик дерматит	Аллергиялик контактлик дерматит
Тошмалар ўткир	Эритема-пуфак-эрозия-қалоқ-кепакланиш.	Эритема-папула-везикула-эрозия-қалоқ-кепакланиш.
Сурункали	Папула, пилакча, ёрик, кепакланиш, қалоқлар.	Папула, пилакча, кепакланиш, қалоқлар.
Жароҳатлар Ўткир ўчоғи.	Аник чегарали, таъсирот таъсир этган соҳадагина жойлашади.	Аник чегарали, аллергиялик таъсир этган соҳадан бошланади, атроф терисига ҳам тошади, диффуз жароҳатланиши ҳам мумкин.
Сурункали	Чегараси унча аник эмас.	Чегараси деярли аник эмас, тарқоқликка мойил.
Касалликнинг ўткир ривожланиши Сурункали	Тез (таъсиротдан қисқа вақт ўтгач). Доимий таъсир этиши (ойлар, йиллар давомида).	Жуда ҳам тез эмас (таъсиротдан 12–74 соат ўтгач). Ойлар, йиллар мобайнида, аллергияликнинг ҳар бир таъсиридан сўнг авжланиш кузатилади.
Таъсирот (аллергия)	Касалликнинг оғирлиги таъсирот кучига боғлиқ	Аллергиялик кучига эмас, сенсибилизацияга боғлиқ.
Сенсибилизация	Аҳамияти йўқ. Касаллик ҳаммада кузатилиши мумкин.	Касаллик сенсибилизацияси бор беморлардагина кузатилади.
Таъсирот таъсири йўқотилса	Қисқа вақтда тузалади.	Бир мунча давом этади
Субъектив	Ачишиш, оғрик	Қичишиш

Кенг тарқалган контактли аллергенлар

Неомицин	– Крем ва мазлар таркибида учрайди.
Парафенилендиамин	– Матоларни бўяшда ва типографияда қўлланувчи қора ёки бошқа рангли бўёқларда.
Сульфониламидлар	– Крем ва мазларда.
Прокаин, бензокаин	– Маҳаллий анестетиклар.
Симоб	– Маҳаллий қўлланилувчи дори воситалари, дезинфекцияловчи воситалар.
Скипидар	– Эритувчилар, пойафзал кремлари, типография бўёқлари.
Кобальт сульфати	– Цемент, гальванизация учун эритмалар машина мойлари, музлаткичларда қўлланилувчи агентлар, кобок бўёқлари.
Тиурам	– Резина маҳсулотларида.
Формальдегид	– Маҳаллий қўлланилувчи дорилар, дезинфекцияловчи воситалар, полимерлар.
Хроматлар	– Цемент, антиоксидантлар, машина мойлари, гугурт.
Параоксибензой кислотаси эфирлари	– Озиқ-овқат консервалари.

Оддий контакт дерматитнинг давоси.

1. Сабабини бартараф қилиш.
2. Эритематоз даврида – индифферент упа, дезинфекцияловчи суюқликлар ёки малҳамлар

3. Буллёз даврида – пуфакни томини очиб, совуқ ҳўл боғламлар ва кортикостероид малҳамлар ишлатилади.

Сурункали дерматитга хос тери инфильтрацияси оқибатидаги дағалланишини 10% дерматол, ихтиол малҳамлари билан даволанади.

АЛЛЕРГИК ДЕРМАТИТЛАР КЛИНИКАСИ

Аллергик контакт дерматитнинг клиник белгилари ҳам терига шартли омиллар таъсир қилган жойида эритематоз доғ, инфилтрация ва устида пуфак ва пуфакчалар вужудга келиши билан характерланади. Лекин, аллерген таъсиридан кейин инкубацион давр ўтиши билан, терининг шикастланган жойида пайдо бўлган қизил рангли яллиғланган доғ чегараси ноаниқ бўлиб, устида сероз бўшлиқли тошмалардан кўпроқ пуфакчалар аниқланади. Кейинчалик қайталама аллерген таъсири оқибатида, яллиғланиш олдин терининг симметрик қисмларига, кейин бошқа қисмларга ҳам тарқалиши мумкин. Бемор шикаятида кичиш ва терининг ачиши биринчи ўринга чиқади. Аллерген таъсири тўхтатилса, аллергодерматит тез йўқолади. Даволанмаса аллергик дерматитга хос моновалент сенсibiliзация поливалент сенсibiliзацияга ўтиб, беморда экзема ривожланади.

Дифференциал ташхиси

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

Аллергодерматитнинг давоси:

1. Аллергенни аниқлаб бартараф қилиш.
2. Десенсибилизацияловчи ва антигистамин препаратлари.
3. Хўл боғламлар, кортикостероид малҳамлар.

ТОКСИКОДЕРМИЯ КЛИНИКАСИ

Токсикодермия вужудга келиши озик-овқат махсулотлари ва кейинги йиллар кўпроқ дори-дармонлар билан боғланиб қолди. Дори-дармонларни, асосан, антибиотик ва сульфаниламидларни бўлса-бўлмаса даволаш амалиётида, уларни бир-бирига бўлган муносабатини, терапевтик миқдорини ва таъсирчанлигини эътиборга олмасдан (маҳаллий ишлатиш – аллергодерматитни) парентерал ишлатиш – медукаментоз токсикодермиянинг асосий сабабидир. Токсикодермия турли бой клиник белгиларга эга бўлиб, чегараланган (фиксацияланган сульфаниламид эритема) ёки кўпроқ тарқалган шаклда тери ва шиллиқ пардаларда учрайди. Бу касалликлар фармацевтик ва тиббиёт хизматчиларида ҳам учраб туради ва касбга оид дерматит ёки токсикодермиялар гуруҳига киради. Токсикодермиянинг клиникаси ҳар хил катталиқда, шаклда бўлган кўпроқ эритема, тугунча, пуфакча ва бўртма тошмалари билан ифодаланиши мумкин ва кўпинча каттик

кичиш ва ачиш билан кечади. Вақтида аллергенни топиб, уни баргараф қилиб, касаллик тўғри даволанмаса тошмалар кўпайиб, тарқалиб, эритродермия, эксфолиатив дерматит, Лайелл синдроми, Стивенсен-Джонсон синдроми ёки анафилактик шок клиникаси вужудга келиб, бемор аҳволи жуда оғирлашиб, ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин.

Дифференциал таъхиси

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

Даволаш принциплари:

1. Дори-дармонларни қабул қилишни тўхтатиш.
2. Аллергенни баргараф қилиш ва кўп суюқлик қабул қилиш.
3. Дезинтоксикацион, антигистамин ва десенсибилизацияловчи терапия.
4. Маҳаллий кортикостероид малҳамлари.
5. Жуда оғир кечганда кортикостероид препаратлари ичилади.
6. Парҳез

ЭКЗЕМА (ГЎШ)

Экзема – терининг невроаллергик, кучли кичиш билан кечадиган, чин полиморфизм билан ва асосий тошмаси ўткир яллиғланган терида, майда-майда пуфакчалар (қайнаб турган сувни эслатади) билан кечадиган қайталама сурункали касаллик.

Этиология ва патогенези. Экземанинг келиб чиқишида асаб системасидаги ўзгаришлар, ҳимоя кучлар сусайиши, гиповитаминоз, аутоинтоксикация ўрни баланд бўлиб, асосан, экзоген ва эндоген аллергенларга қарши поливалент сенсibilизациянинг ривожланиши бўлади.

Клиникаси. Клиник кечишига кўра экзема ўткир, ўртача ўткир ва сурункали экзема; патогенетик хусусияти, клиник кўриниши ва этиологик омилларига кўра – чин, микробли, себореялик, профессионал ва болалар экземаси турларига бўлинади (*илова VIII*).

ЧИН ЭКЗЕМА (ЕХЕМА ACUTUM)

Чин экзема, ўткир экзема бирданига бошланиб, терининг қаттиқ кичиши ва ўткир яллиғланиш белгилари бўлмиш терининг қизариши, шишиши ва кўплаб пуфакчалар пайдо бўлиш билан кечади. Пуфакчалар тезда ёрилиб, терида майда томчили намланиш бошланади (сероз кудуқчалар ёки экзематоз кудуқчалар) ва яллиғланган ўчок атрофида майда тутунчалар, йирингчалар ҳам бўлиши кузатилади ва, асосан,

кўл, оёқ териси ва баданнинг бошқа жойларида симметрик жойлашган, ноаниқ чегарали ўткир яллиғланган ўчоқлар кўриниб туради. Бемор қаттиқ кичишишдан ташқари, баъзан ачишиш ва қизиб кетгандек бўлиб туюлишига шикоят қилади. Клиник кечишида бирламчи ва иккиламчи тошмалар турли бўлиб, ўзгариб туриши мумкин ва беморда чин ва сохта полиморфизм ҳолати аниқланади (Крейбих учбурчаги). Айрим беморларда касаллик клиник кўринишида морфологик элементларнинг қай бири кўп учрашига қараб, шартли равишда ҳўл, папулез, везикулез, пустулез ва сквамоз хиллари фарқ қилинади.

Юқорида келтирган ўткир экземага хос клиник кўриниши даволаш натижасида, камрок ўз-ўзидан ўзгариб, яллиғланиш жараёни пасаяди ва ўрта ўткир экземага хос клиник кўргазма вужудга келади. Бу беморнинг терисида намланиш йўқ, янги пуфакчалар ва тугунчалар тошишининг камайиб тўхташи ва кам миқдорда қизарган ва шишган терида иккиламчи тошмалар бўлиши кузатилади ва бемор кичишишнинг камайганига эътибор қилади.

Кейинчалик, кўпинча қўшимча этиологик омилларнинг таъсири бўлмаса ва беморнинг ички аъзолари функционал жароҳатланмаса, терида сурункали экземага хос яллиғланиш инфльтрацияси ривожланиб, чегараланган ўчоқ зичлашиб калинлашади ва лихенификация кўринишида бўлади.

Экзема ҳар доим бир хил кечавермайди, баъзан бирданига ўткирлашиб, янги кўп миқдорда хилма-хил тошмалар, кўпинча пуфакчалар тошиб ўткир экземанинг клиник кўриниши вужудга келади. Аниқланса, бу рецидив кўпроқ беморнинг ўзи парҳезининг бузганлиги, дори-дармон қабули ёки асаб система ва бошқа ички аъзолар муаммолари билан боғлиқ бўлади.

МИКРОБЛИ ЭКЗЕМА (ПАРАТРАВМАТИК, ВАРИКОЗ, НУММУЛЯР)

Микробли экземада юқорида келтирилган чин экземага хос тошмалар бўлиши ҳам мумкин, ammo кўпроқ йирингчалар кўзга ташланиб, теридаги яллиғланган ўчоқлар чегараси аниқ бўлиб, ассиметрик жойлашади.

Микробли экзема кўпроқ йирингли (замбуруғ) касаллик билан узоқ вақт ҳасталанган беморда, сенсibiliзация ривожланиши оқибатида, иккиламчи касаллик бўлиб пайдо бўлади ва нуммуляр, паратравматик ва варикоз турларга бўлинади.

КАСБГА АЛОҚАДОР (ПРОФЕССИОНАЛ) ЭКЗЕМА

Касбга алоқадор экзема, асосан, тана терисининг очик қисмларида жойлашади ва касалликнинг бошланишига, авж олиб, қайтарилиб туришига беморнинг иш жойидаги ишлаб чиқаришдаги аллергияларнинг узок таъсири оқибатида, сенсбилизация ривожланиши сабаб бўлади.

Беморда олдин мономорф, кейинчалик полиморф сенсбилизация аниқланиши мумкин.

Профессионал экзема ва дерматитлар клиник кечиши, юқорида келтирилган дерматит ва экземалардан деярли фарқ қилмайди. Фақат бошланиш даврларида профессионал экзема енгилроқ даволанади ва кўпроқ тананинг очик қисмларини жароҳатлаб, чегараланган бўлиб, экзематоз қудуқчалар билан намланиш жуда кам бўлиши мумкин.

Профессионал касалланиш корхонанинг жавобгарлиги билан боғлиқ бўлгани учун, профессионал касалликни аниқлаб, якуний диагноз қўйиш учун, шифокор беморга тиббий ёрдам бериб, уни мутахассислаштирилган ташкилотга юбориши зарур. Ўзбекистонда бу Санитария, Гигиена ва Профессионал Касалликлар Илмий Текшириш Институти Клиникаси (НИИ СГиПЗ).

Касаллик ишга чиққанда ривожланиб қайтарилишига, яқин-узокқа командировка ва таътилга кетганда тузалганига, бўлган беморни кўрсатуви, профессионал омилларнинг ўрни борлигини ўйлашга ва кейинчалик, бемор терисида ўтказиладиган синаб кўрувчи тест орқали аллергияни аниқлаш диагноз қўйиш учун асос бўлади.

СЕБОРЕЯЛИ ЭКЗЕМА (ЕХЕМА SEBORRHOICUM)

Себореяли экзема – кўпроқ бошнинг сочли қисми, кулок атрофи, юз, қўлтиқ ости, кўкрак ва бошка ёғ ажраб турувчи безларни кўп жойлашган тери қисмларида ривожланади. Атрофдагиларни эътиборини ўзига жалб қилувчи, беморнинг терисини ялтираб туриши, кўзга ташланади. Клиник кўринишида сарғиш, ёғли, чегаралари аниқ ажралиб турадиган ва бир-бирига қўшилиб кетадиган доғлар, тугунчалар ва пўстлоқчалар бўлади. Касаллик жинсий ўйғониш давридан бошланиб, беморни каттик қичишиш безовта қилади. Себореяли экземанинг клиник кечишида пуфақчалар ва намланиш бўлмайди.

Экзематоз терининг гистопатологияси. Эпидермисда спонгиоз, паракератоз, акантоз ва дермада лимфоцитар ва гистиоцитар инфилтрат кузатилади.

Дифференциал ташхиси

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

БОЛАЛАР ЭКЗЕМАСИ

Болалар экземаси кўпроқ экссудатив диатезга мос ўзгаришлар билан бошланиб, асосан, ёш оналар ўзи парҳезни бузиб, боланинг эмизиши, кейин болани қўшимча овқатлантиришдаги ҳатолари бу касалликни ривожлантиради ва кўзгайди. Яқин қариндошларда, ота-она ёки уларнинг иккитасида ҳам турли аллергик касалликлар бўлган бўлса, боланинг парҳезидаги ҳатолари экземанинг ривожланишига тезда олиб келади.

Болада олдин моновалент сенсibiliзация, кейинчалик турли хил сурункали инфекция ўчоқлари, меъда-ичак касалликлари ва уларга қарши олиб борилган тўғри-нотўғри даволар, организмнинг иммунобиологик кучларини пасайтириб поливалент сенсibiliзация ривожланишига олиб келади. Касаллик биринчидан боланинг ҳаёт сифатини бузиб, унинг тенгдошларга қараганда ақлий ва жисмоний заифликка келтиради.

Касалликнинг клиник кечишида эса, юкорида кўрсатган катталарнинг экземасига хос турли тошмалар бўлиб, болада чин, микробли ва себореяли экземанинг белгилари намоён бўлиши мумкин. Болаларда тезда иккиламчи инфекция ривожланиб, лимфатик тугунлар катталашади ва кейинчалик клиник кўриниши диффуз нейродермитга (атопик дерматит) айланиши мумкин.

Давоси.

1. Касалликни юзага келтирувчи аллергенларни бартараф қилиш.
2. Аллергенсиз, кам тузлик ва кам суюклик парҳез.
3. Яллиғланишга қарши даво (антигистамин ва десенсибилизацияловчи препаратлар)
4. Транквилизатор ва седатив препаратлар.
5. Ички аъзолардаги касалликларни аниқлаб, уларни даволаш.
6. Қисқа вақтга кортикостероид препаратлари.
7. Маҳаллий даво ҳар бир бемордаги касалликнинг тури ва клиник кечишига қараб, уни индивидуал сезгирлигини инобатга олиб, маҳаллий даволаш қоидалар асосида берилади (китобнинг умумий қисмида келтирилган, *илова № IX*).

ЧЕГАРАЛАНГАН НЕЙРОДЕРМИТ (NEURODERMITIS CIRCUMSRINTA)

Этиопатогенези. Касаллик келиб чиқишидаги асосий патогенетик омиллар – терининг таъсиротларга нисбатан сезувчанлигининг ошиши бўлиб, бунга сабаб нерв охирларининг ўсиб кетиши ҳамда эпидермисни механик таъсирларга жавобан гиперплазияга учрашидир. Бунинг оқибатида, ўта кучсиз бўлган таъсирот оқибатида ўчоқда кучли кичима пайдо бўлади, бундай ҳолатлар эса соғ тери соҳасида кузатилмайди.

Чегарали нейродермит якка ёки бир неча кичишувли лихенизация ўчоғи ҳолида кузатилади. Лихенизация ўчоғи чегарали ва тарқок нейродермитнинг ўзига хос бўлган симптоми ҳисобланади. Агарда дори воситалари ёрдамида тери кичишиши, қашланишларни тўхтатилмаса, чегарали нейродермит бир неча ўн йиллар давом этади.

Касаллик кўпинча катталарда кузатилиб, ҳар иккала жинсда бир хил учрайди ва бир неча ҳафтадан бир неча йилгача давом этади. Беморларнинг асосий шикоятлари – терининг кичишиши. Жароҳатланган ўчоқ ўзига хос "эроген зонага" айланиб қолади, чунки қашинишдан беморлар ором оладилар. Шунинг учун, ухлаётган бемор ҳам инстинктив терининг қашийди. Ўчоқ оёқ соҳасида жойлашса беморлар ўчоқни тоvonлари билан ишқалаб қашлайдилар. Вақт ўтиши билан қашлаш одат тусига кириб қолади, буни эса беморлар ўзлари сезмай қоладилар. Қашланишга эҳтиёж арзимас сабабларга кўра пайдо бўлади: кийиниб-ечиниш вақтида, косметикани сидириб ёки ювиб ташлаш даврида, кийим тегиши ҳамда уйкудан аввал (ўрин-тўшақда тери бир мунча исийди, иссиқлик эса кичишиш ҳиссини қақиради).

Клиникаси. Териди, асосан, лихенизация ўчоғи бўлиб, улар майда, зич эластик тугунчалардан ташкил топганга ўхшаб туради. Ўчоқда кепакланиш кучли ривожланмаган бўлади. Пайпаслаганда тери зичланган, қалинлашиб, дағаллашган бўлиб, кўздан кечирилса соғ териди унча сезилмайдиган, тери расми кучайгани, тери гиперпигментли бўлиб, юзасида тўғри чизикли қашима излари – экскориациялар, конли қалоклар кузатилади. Пахтали тампон билан секин-аста силанса – кучли кичима кузатилади; соғ териди бу рефлекс кузатилмайди. Ўчоқлар шакли думалоқ, суйри, чўзинчоқ (қашланиш йўналиши бўйича чўзилган) ва чегараси одатда аниқ бўлади. Ўчоқлар бетартиб жойлашган, бир ёки бир неча ўчоқлар ҳолида кузатилади. Чегарали нейродермит кўпинча бўйин орқа юзаси (аёллар) да, бошнинг сочли қисмида, тизза бўғимининг букувчи юзасида, билак бурмасида, би-

лақларни ёзувчи юзаларида, вульвада, ков, чов соҳаларида, перианал соҳа, ёргоқ терисида жойлашади. Дермографизм оқ бўлади.

Дифференциал ташхиси

- псориаз;
- кўзикаринсимон микоз (эрта даврлари);
- оддий ва аллергик контактли дерматитлар;
- эпидермомикозлар.

Ташхис.

Анамнез, клиник кўриниши ва қиёсий ташхислар асосида қўйилади.

Давоси.

1. Касалликни даволаш жуда ҳам қийинлик билан амалга ошади. Беморга доимо терини ишқаламаслиги ва қашламаслиги ҳақида огохлантирилади.

2. Кечалари қўйилувчи окклюзион боғламлар жуда яхши самара беради: бу хил боғламлар терини қашланиш-тилинишидан ҳимоя қилиб, дори воситаларини сурилишини энгиллаштиради.

3. Маҳаллий-кортикостероид, мазлари суртиб, устидан курук марля (дока) боғланади. Ўчоқларга кортикостероидлардан инъекция қилиш усули ҳам, самарали усуллардан ҳисобланади. Триамцинолон 3 мг/мл миқдорда қўлланилади, юқори миқдорли тери атрофиясини чакириши мумкин. Агарда патологик ўчоқ қўл-оёқларда жойлашса, курук боғлаш остида қора мой, цинк оксиди ва ўртача кучга эга бўлган кортикостероидли аралашма суртилади. Одатда, кортикостероидли мазлар суртиб, устидан боғлаб қўйилади.

Лекин дори суртмай, боғлаш ҳам самарали усул ҳисобланади, сабаби қашланишнинг олдини олади. Докали боғлашлардан ташқари, синтетик боғламлар ҳам ишлатилади. Айрим ҳолларда ўчоқ терисига аввал кортикостероид малҳами сўнг гидроколлоид суртиш ҳам яхши натижа беради. Боғлам 1 ҳафтага қўйилади. Кортикостероидли пластир ҳам яхши самара беради, уни 1 суткага қўйилади. Цинк-желатинли боғлаш. Докани Унна пастаси билан шимдирилиб олинади, сўнг йирик лихенизация ўчоғига боғланади, боғлаш 1 ҳафтага қўйилади.

АТОПИК ДЕРМАТИТ

Атопик дерматит ёки диффуз нейродермит – бу сурункали, қайтарилиб турадиган, кучли қичишиш ва ўзига хос тошмалар билан кечадиган терини мултифакторли аллергик касаллигидир.

Этиологияси. Аутосамал доминант турли аллергик реакцияларга туғма мойиллик борлиги.

Патогенези. Касалликнинг вакти-вакти билан қайтадан ўткирлашиб кечишига сабаблардан:

1. Экзоген ва эндоген аллергенлар.
2. Эмоционал ва стресс факторлари.
3. Тери қуруқлашиб қолиши.
4. Инфекциялар ва ички аъзоларнинг функционал касалликлари.
5. Жазирама иссиқ ва тананинг терлашга бўлган мойиллиги.

Клиникаси. Касалликни биринчи белгилари гўдак ёшида, болага қўшимча овқат бериш вақтидан бошланади ва кўпинча унинг юзида (диатез), тери бўғимларида ўткир яллиғланиш ёки себореяли дерматитга хос тошмалар пайдо бўлади. Яқин вақт (2–3 йил) ичида болага таъсир қилувчи аллерген аниқланиб, бартараф қилинмаса, поливалент сенсibiliзация ривожланиб, беморда нейродермит ёки экземанинг клиникасига мос тошмалар пайдо бўлади.

Диффуз тарқалган нейродермит жуда агрессив кечиб, фақат қиска вақтга тинчланиб ёки доимо тўхтамасдан беморнинг бутун терисини қуришиб, ўткир бўлмаган яллиғланиш белгилари (лихенификация), қашиниш излари ва пўстлоқлар билан беркитиб олади. Лекин яллиғланган ўчоқларнинг энг оғир зарарлангани, асосан, юз, бўйин, соннинг ички юзасида ва қўл, оёқ буқилма қисмларида жойлашади. Албатта, қашиниш изларига иккиламчи инфекция қўшилиб, беморнинг лимфатик безлари катталашади. Оқ дермографизм аниқланади.

Чет давлатлардаги кўп олимлар диффуз нейродермит ва атопик дерматитни ажратмайдилар. Бошқа нейродерматозлардан атопик дерматитни ажратиш турувчи белгилар:

1. Касаллик эрта, ёшлиқдан бошлангани;
2. Қичишиш билан бошлангани;
3. Юз, қўл ва оёқларнинг буқилиш қисмларида жойлашиши;
4. Атопиянинг бошқа белгилари (астма, ринит, конъюнктивит) борлиги;
5. Узоқ вақт, хроник кечиши ва қайтарилиб туриши;
6. IgE нинг қондаги юқори миқдори;
7. Терининг қуруқлиги.

Дифференциал ташхиси

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

Атопик дерматитнинг (нейродермит) давоси

1. Антигистамин препаратлари.
2. Натрий тиосульфат 30% –10,0 эритма, венага.

3. Асаб тизимини даволаш.
4. Ошқозон-ичак тизимини текшириб, даволаш.
5. Дисбактериозни даволаш.
6. Кортикостероид препаратлари.
7. Маҳаллий даво – кератопластик малҳам (2% салицил малҳами);
– А витаминли малҳам;
– қисқа вақтга кортикостероидли малҳам.
8. Физиотерапия – УФ нурлари, денгиз сувлари, даволаш ёғли ванналари.

ҚИЧИМА (PRURIGO)

Қичима (почесуха) терининг қаттиқ қичишиши билан кечадиган ўткир ёки сурункали, қайталама касаллиги. Қичиманинг амалиётда кўпроқ учрайдиган турлари – болалар қичимаси (*Prurigo infantum*), катталар қичимаси (*Prurigo adultorum*) ва тугунли қичима (*Prurigo nodularis*)

Этиологияси. Болалар қичимасини келтириб чиқарувчи омиллар ва касалликнинг ривожланишига бўлган сабаблар атопик дерматит ёки болалар экземасини эслатиб туради. Болаларда бу кўпроқ нотўғри овқатлантириш, экссудатив диатез ва турли интоксикациялар, эндокрин, ички аъзоллар ва системалардаги камчиликлар.

Клиникаси. Қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзаларида, қорнида ва думбаларида қаттиқ қичишиб турадиган майда қаварчиқлар, тугунчалар ва тугунча-пуфакчалар пайдо бўлади. Қашиганда тугунчалар устида эрозиялар, қонли коваклар пайдо бўлиб, иккиламчи инфекция ривожланиши мумкин. Кўпинча беморнинг умумий аҳволи ўзгариб, асабий ҳолат вужудга келади ва касаллик сурункали давом этиб, бемор ҳаёт сифатини бузади. Бемор болаларни эса, ривожланишида тенгдошларидан орқада қолишига ва даволанмаса катталар қичимаси ёки атопик дерматитга олиб келади.

Тугунли қичима (*Prurigo nodularis*), асосан, аёлларни болдирида жойлашган, чегараланган, қаттиқ қичишадиган тугунлар билан кечадиган ва кам учрайдиган касаллик.

Клиникаси. Касаллик қаттиқ қичишиш билан бошланади ва қашланиш оқибатида оёқнинг болдир қисми терисида чегараланган тугунлар пайдо бўлади. Тугунлар катталиги ўртача 1 сантиметр, консистенцияси зич-қаттиқ, бир-бири билан қўшилиб кетмайди. Қичишиш авжланиб боради ва терида доимо янги қашланиш излари, қонли қалоклар

ва атрофи пигментли чандиклар пайдо бўлади. Тутунлар кўп вақт сакланиб, гипертрофияланиши ва атрофга катталаниши мумкин.

Патогистология: асосан, муғуз, донатор қаватнинг қалинлашуви, акантоз, дермада лимфоцит, фибробласт, гистиоцитлардан иборат инфилтрат. Инфилтратда коллаген ва эластик толалар йўқлиги, нерв толасининг гиперплазияси ва шванн қобиғининг қалинлашиб кўриниб туриши кузатилади.

Диагностикаси типик клиник кўринишга ва гистологик текширувга асосланади.

Дифференциал ташхиси

1. Lichen rubber verrucosus.
2. Neurodermitis circumscripta.

Давоси

1. Фторли кортикостероид малҳамлар (окклюзион).
2. Атрофига 2% новокаин.
3. Суюк азот билан (деструкция) музлатиб бузиш.
4. Седатив ва дезинтоксикация препаратлари.

ЭШАКЕМ (URTICARIA)

Эшакем – аллергия касалликлар гуруҳига кириб, тери ва баъзан шиллиқ қаватларда фақат қаварчиқлардан иборат тошмалар билан кечади.

Касалликнинг ривожланишига мойиллик келтириб чиқарувчи омилларнинг экзоген (физик, механик, кимёвий, дори-дармон ва озик-овқатлар) ва эндоген (ички аъзолардаги патологик жараёнлар, мисол, жигар, ўт копи, ошқозон-ичак, асаб системаси, қалқонсимон беши ишлаш фаолиятининг бузилиши) этиологик гуруҳлари ажратилади. Бу омилларнинг таъсир механизми эшакемнинг патогенезида кўпга бир-бирига ўхшайди ва организмда гистамин, серотонин туридаги биологик актив моддалар миқдорини ортиш натижасида капиллярлар яллиғланиб кенгайди, уларнинг ўтказувчанлиги ошиш оқибатида, эпидермисда ва дерманинг сўргич қаватида ўткир шиш пайдо бўлиб, қаварчик тошмалар вужудга келади. Организмдаги айрим процесслар гистаминнинг резервуардан ажралиб чиқишга сабаб бўлиб, қаварчиклар пайдо бўлишини активлаштиради. Оддий мисол қилиб, организмдаги антиген – антитело реакциясини келтириш мумкин ва бунда IgE ва комплемент асосий рол ўйнайди.

Таснифи ва ривожланиш механизмлари

Аллергик реакциялар.

- Тезкор турдаги аллергия реакциялар.

IgE га боғлиқ бўлган аллергия реакциялар, озиқ-овқат алергенлари (сут, тухум, бугдой, қисқичбақасимонлар, моллюсклар, ёнғок...) дори воситалари (пенициллинлар, цефалоспоринлар, сульфаниламидлар, антиаритмик препаратлари, иммуномодуляторлар, вакциналар, цитостатиклар ва бошқалар) ва паразитлар алергенлари таъсиридан вужудга келади. Беморлар кўпинча бошқа турдаги аллергия касалликлар билан оғрийдилар.

- Иммунокомплексли аллергия реакциялар.

Иммун комплекслар комплементларни фаоллаштирадилар, натижада улар фрагментлари ажралиб, семиз хужайраларни дегрануляциясига олиб келади.

Анамнез йиғилганда бемор тошмаларни бир-неча соат сақланиб – йўқолишига ва тошма тошган соҳалар кичимасига, товон соҳалари жароҳатланганида юрган, турганда оғрик, товуш бўғилиши, нафас сиқилишига (Квинке шишида) шикоят қилади.

Клиникаси. Эшакемнинг клиник кўринишлари турли бўлиши мумкин ва бугунги кунда ўткир эшакеми, Квинкенинг ўткир чегараланган шиши, сурункали қайталаниб турувчи, куёш таъсиридаги ва контакт эшакеми турларини ажратадилар.

Турғун тугунчали эшакем ва болалар эшакемида қаварчиқлар кейинчалик тугунча ва тугунча-пуфакчага айланишини кўзда тутиб, кўп олимлар уларни кичима касалликнинг турларига киритганлар.

Эшакеми касаллиги терида бўртмали (қаварчиқ) тошмалар тошиши билан характерланади. Оқиш-кизғиш бўртмалар, пилакчалар эпидермисда ва дерманинг юзаки қисмида, қисқа муддатли хужайралар ичида шиш ҳосил бўлиши ҳисобига вужудга келади. Квинке шиши дерма ва гиподермада катта-катта юзали шишлар эвазига кузатилади. Ҳар иккала касаллик ўткир ёки сурункали қайталовчи турда кечиши мумкин. Эшакеми ва Квинке шиши биргаликда ёки айри-айри учраши мумкин. Наслдан-наслга ўтувчи Квинке шишида эшакеми камдан-кам ҳолларда ҳамкорликда кузатилади.

Синонимлари: эшакеми-urticaria; Квинке шиши-oedema Quinke, ангионевротик шиш, гигант эшакеми.

Ҳар олти кишидан бири (айрим муаллифлар маълумотига кўра – ҳар тўрт кишидан бири) ҳаёти мобайнида бир бор бўлса ҳам эшакеми ёки Квинке шишини бошидан кечиради. Эшакеми билан оғриган бе-

морларнинг 25% қисмида касаллик эртами ёки кеч сурункали турга ўтади.

Ўткир эшакем (*Urticaria acuta*) бирданига бошланиб, бемор тери-сида турли катталиқдаги, пушти-қизил қаварчиқлар ва қаттиқ қичишиш билан кечади. Уларнинг шакли турли, кўпинча юмалок, тезда бир-бирига қўшилиб, ўрта қисмининг ранги булутлашиб атрофи пушти, ноаниқ чегарали бўлади.

Қаварчиқлар баданнинг катта қисмининг жароҳатлаши оқибатида беморнинг умумий аҳволи ўзгариши (тана ҳарорати кўтарилади, дармонсизлик, совқотиш кузатилади) мумкин. Тошмалар шиллик қаватларда, ҳиқилдоқ, ҳалқум, тилда жойлашиши мумкин, кўпинча нафас олиш ва ютиш қийинлашади. Қаварчиқлардан иборат тошмалар тезда, кўпроқ бир неча соатдан кейин батамом изсиз йўқолиб кетади ва айрим ҳолларда қайталаниб туриши мумкин.

Квинкенинг ўткир чегараланган шиши кўпроқ оддий ўткир эшакеми билан бирга кечиби, беморнинг юзида, жинсий аъзоларида шиллик парда ва тери ости ёғ клетчаткасининг чегараланган гигант катталиқдаги шиши бўлиб, айрим ҳолатларда жуда хавфли кечади. Мисол, ҳиқилдоқда жойлашган қаварчиқлар стеноз ва асфиксиянинг сабаби бўлиб беморни жуда қийнаб, экстремал ҳолатда тиббий ёрдам талаб қилади. Квинке шишида бемор шикоятлар йўқлигини ёки бўлмаса камроқ ачишиш ва қичишишга эътибор қилади.

Сурункали қайталаниб турувчи эшакемининг (*U.chronica recidivans*) ривожланиши кўпроқ бемордаги сурункали инфекцион ўчоқлар (сурункали тонзиллит, аднексит, гельминтоз ва ҳ.к.) туфайли, яъни сенсibiliзация оқибатида вужудга келади. Айрим беморларда касалликнинг ривожланишига, озик-овқат тайёрлашида консервацияда кўп ишлатиладиган қўшимчаларга (ацетилсалицил кислота, натрий бензоатга) бўлган юқори индивидуал сезгирлик сабаб бўлади. Бу қўшимчалар сақлайдиган таомлар (банан, кўк нўхат, карамел, шоколад, сақич, маргарин, тортлар, желатин, майонез, печенье, икра, консерва, пишлок, вино, пиво, кофе, сут, қатик) четланса, беморнинг давоси тез натижа беради.

Дифференциал таъхиси:

Кумурскалар чақиши

Медикаментли эшакеми

Контактли эшакеми

Уртикар васкулит

В-гепатити.

Профилактика.

Провокация хусусиятига эга бўлган омиллар – кимёвий воситалар ёки дори-дармонлар (аспирин, озик-овқатга қўшувчи маҳсулотлар)ни бартараф этишга уринишлар кам ҳолларда, хусусан сурункали эшакемида наф беради.

Давоси.

1. Антигистамин хусусиятига эга бўлган воситалар: Н1-блокаторлардан бошланади, масалан, гидроксизин ёки терфенадин. Агар бу воситалар самарасиз бўлса, Н2-блокаторлари (циметадин) ва семиз хужайраларни стабиллаштирувчи препаратлар (кетотифен) қўшилади.

2. Преднизолон.

3. Маҳаллий даво теридаги ўзгаришларга қараб.

4-жадвал

Сурункали эшакеми турли хилларининг ташхис белгилари

Хили	Бемор ёши	Клиник кўриниши	Квинке шиши	Провокацион синама
Идиопатик эшакеми	20–50	Бўртмалар – майда ёки йирик, пушти ёки оқиш рангда, мўл ёки сийрак, тарқоқ. Тошмалар ҳалқа шаклида, қичимали.	Бор	
Уртикар дермографизм	20–50	Бўртмалар – тўғри чизикли, тўқ қизил гардишли, терининг механик таъсирланувчи соҳаларида учрайди, қичимали.	Йўқ	Терига оҳиста механик таъсир этилса, тезда қичимали бўртма ҳосил бўлади.
Совукдан пайдо бўлувчи эшакеми	10–40	Терига совуқ жисм ёки суюқлик теккан соҳада шиш, оқариш ёки қизариш пайдо бўлиб, қичишади.	Бор	10 дақиқа мобайнида терига муз бўлаги текказиб турилса, 15 дақиқа ичида бўртмалар ҳосил бўлишига олиб келади.
Вибрацион Квинке шиши	20–50	Терининг босим таъсир этувчи соҳасида (қафт,	Йўқ	Тери юзасига перпендику-

		товон, думба) катга-катта шиш, оғриқ ва кичишиш кузатилади.		ляр ҳолатда, босим таъсир этишидан сўнг 1–4 соат ўтгач (латент даври) турғун қизариш ва шиш пайдо бўлади.
Қуёш нури таъсиридан пайдо бўлувчи эшакеми	20–50	Қуёш нури ёки ультраби-нафша нури таъсиридан сўнг, тери шиши оқариши ёки қизариши кузатилади.	Бор	2,5 кВт қувватга эга бўлган (290–690 нм) лампа билан 30–120 секунд нурлатилгач, 30 дақиқадан кейин бўртмалар пайдо бўлади.
Холинергик эшакеми	10–50	Кўплаб, майда (5 мм. га-ча), бир хил бўртмалар танада, бўйинда, қўл-оёк-ларда учраб, кичима бе-зовта этади.	Бор	Жисмоний машқ, меҳнат, иссиқ сувли душ тошмалар тошишига сабаб бўлади.

ТОШМАСИЗ, ТАРҚОҚ ТЕРИ ҚИЧИНИШИ

Тарқалган тери кичишиши, оғриқдан кўпроқ беморларга азият етказиб, биринчидан бемор ҳаётининг сифатини бузади. Бемор кечалари ухламайди, асаби бузилиб, яқин кишилари орасидаги ўзаро муносабати кескинлашади, доимий чарчаш ишлашига ҳалал беради. Қичишишга чидаш, кўпинча оғриққа чидашдан кўра қийинроқ бўлади. Болалар бўлса яхши ривожланмасдан тенгдошлардан орқада қолиб кетадилар. Оғриқни аналгетиклар ёрдамида қолдириш мумкин, ammo қичимага қарши самарали восита йўқ. Шунинг учун кўп ҳолларда шифокорлар бу хил беморлар олдида ожизлар. Иккинчидан, тери кичишиши албатта тери касаллик ёки систем, ички аъзолар

касаллиги борлигини кўрсатади. Бу қичишиш сабабини топиш учун, ҳар бир касалликни биттадан кўриб чиқиб, асосий сабаб бўлган касалликни топилиши лозим.

Тарқоқ тери қичишиши билан мурожаат қилган беморни текшириш режаси:

Биринчи ташриф.

1. Касалликнинг батафсил анамнези.

Қичишишдан аввал тошмалар тошганлиги.

Қичишиш сабабли уйқу бузилдими? (Қичишиш даражасини баҳолаш).

2. Умумий ҳолат: озиш, чарчаш, ҳарорат кўтарилиши.

3. Яқин орадаги психо-эмоционал ўзгаришлар бўлганлиги.

4. Терини тарқоқ қичишишига сабаб бўлиши мумкин бўлган дори-ларни қабул қилганлиги.

5. Терини диққат билан кўздан кечириб, аллергодерматозлар, паразитар (қўтир, битлаш ва бошқа) касалликларга, ксеродермияга ҳос белгиларни излаш (кийимларидан, кийим бити ва сиркасини излаш).

6. Жисмоний текширувлар, бари лимфа тугунларини палпация қилиш.

7. Дермографизмни аниқлаш.

Такрорий ташриф.

Агарда симптоматик даво енгиллик бермаган бўлса қуйидаги муолажаалар қилинади:

1. Дерматолог маслаҳати.

2. Кўкрак қафаси рентгенограммаси.

3. Ички аъзоларни текшириш.

4. Лаборатор текширишлар: Э.Ч.Т (СОЭ), қонда қанд миқдори (наҳорда), буйрак фаолиятининг кўрсаткичларини, жигар фаолиятининг биокимёвий кўрсаткичлари, вирусли гепатитлар сероташхис, қалқонсимон без фаолиятини текшириш, аҳлатни гельминт ва уларни тухумларига текшириш.

5. Агарда ташхис ноаниқлигича қолса тўлиқ онкологик ва аёлларда гинекологик текширувлар ўтказиш зарур.

Тарқоқ тери қичинишига (дифференциал ташхисда) сабаб бўлиши мумкин касалликлар

I. Эндокрин касалликлар ва метаболик ўзгаришлар

- тиреотоксикоз
- қандли диабет
- гипотиреоз
- сурункали буйрак етишмовчилиги

II. Ёмон феълли ўсмалар

- лимфомалар, лейкозлар
- миелома касаллиги
- бошқа ёмон феълли ўсмалар

III. Паразитлар

- қўтир (доимо ўзига хос тошма тошавермаслиги мумкин)
- кийим битлари
- анкилостомидозлар
- некатороз, униариоз)
- онхоцеркоз
- аскаридоз

IV. Жигар касалликлари

- ўт йўллари, абструпцияси
- бирламчи билиар цирроз
- жигар хужайралари ичидаги холестаз (хомиладорликда)

V. Қон касалликлари

- эритремия
- темир танқислиги анемияси
- лейкоз

VI. Руҳий ўзгаришлар

- ўтиб кетувчи
- стресс
- доимий
- психоген тери қичишиши (депрессия, хавотирли ўзгаришлар)
- невротик экскорациялар

VII. Дори ва наркотик воситаларга нисбатан аллергия

- аспирин
- декстран
- кадеин
- морфин
- полимиксин В
- скополамин
- тубакурарин хлорид
- этанол

VIII. Турли хил

- ксеродермия
- қариялар тери қичишиши (ксероз)
- хомиладорлар тери қичишиши дерматози
- шиша-толаси билан контакт
- тери касалликлари

Давоси. Тарқалган тери қичинишининг давоси самарали бўлиши учун албатта уни келтирувчи факторларни топиб йўқотиш лозим. Бунинг учун албатта беморда:

1. Тери касаликлари бор-йўқлигини аниқлаш.
2. Систем ички аъзолар касаллигини бор-йўқлигини аниқлаш.
3. Озиқ-овқат ва дори-дармон таъсири бор-йўқлигини аниқлаб, кейин даволаш.

Анал соҳа тери қичиниши

Анал соҳа тери қичишишига учраган беморлар кечалари уйқусизлик ва турли хил ноқулайликларга кўникиб, бу дарддан фориг бўлишларига ҳам умид қолмай яшайдилар.

Тарқоқ тери қичишиши сингари, анал соҳа териси қичишиши ҳам бирламчи, бошқа касалликларга боғлиқ бўлмаган ҳолда ҳам иккиламчи бўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам, биринчи навбатда дерматофитиялар, кандидоз, псориаз, себореяли дерматит ва бошқа касалликларни бор-йўқлигини аниқлаш зарурки, булар қичимага сабаб бўлишлари мумкин. Энтеробиоз, асосан, болаларда учраб, қичишишга олиб келувчи омил бўлиши мумкин.

Бирламчи анал соҳа қичишишига олиб келувчи сабаблардан бири шу соҳани аҳлат массаси билан қирланиши (шахсий гигиенага риоя қилинмаганида ёки сфинктернинг бўшлиги сабабли, ел келганда аҳлат чиқиши, ичак шиллик пардасининг осилиб чиқиши оқибатида) кузатилади. Натижада қуйдагича ҳалқа ҳосил бўлади: қичишиш – қашлаш – лихенизация – қичишишнинг кучайиши.

Лихенизация ўчоғини қисқа босқичли, кучли кортикостероидли, маҳаллий малҳамлар ёрдамида бартараф этиш мумкин. Лекин, асосий куч патогенетик омилларни бартараф этишга қаратилиши зарур.

Анал соҳа терисидида чидаб бўлмайдиган даражадаги тери қичишиши ва қашлаш, асосан, кечалари ва дефекациядан сўнг кузатилади. Хавотир ва эмоционал зўриқишлар қичишишнинг кучайишига сабаб бўлади. Беморнинг ҳолатини маҳаллий, ментолли ёки камфорали спирт билан намлашлар енгиллаштириши мумкин.

Шахсий гигиенага риоя этиш – доимо ҳожатдан сўнг таҳорат қилиш зарур. Таҳоратдан сўнг тальк сепиш керак. Тальк кун бўйи шу соҳадаги қирланишни ўзига сўради. Малҳам ёки ёғли эмулсиялардан фойдаланиш қичишишни кучайтиради.

АНАФИЛАКТИК ШОК

Анафилактик шок – бу аллергия реакциянинг систем намоен бўлиши бўлиб, IgE-антитаначалар ва иммун медиаторларнинг ажралиши билан кечиб, ҳаёт учун зарур тўқима ва аъзоларнинг зарарланишига олиб келади.

Этиологияси. Анафилактик шокнинг (АШ) асосий сабаби юқори сенсibiliзацияланган организмнинг специфик антигенлар ва аллергенлар билан контактидир.

Асосий сабаблар бу дори воситалар (антибиотиклар, сульфаниламидлар, аналгетиклар, витаминлар ва бошқалар), айрим озик маҳсулотлари ва кимёвий моддалар; ҳашаротлар чақиши (айниқса ари); аллергенлар билан диагностик ва даволаш муолажалари. Кўп ҳолатларда дори-дармонларга бўлган юқори сезгирлик натижасида беморда Лайелл синдроми ёки Стивенс-Джонсон синдромига хос оғир тошмалар ҳам вужудга келиши мумкин.

Патогенези. АШнинг асоси бу тезкор типдаги аллергик реакция бўлиб, юқори сенсibiliзацияланган организмда шаклланади.

Шунинг учун шок реакцияга мойиллик сенсibiliзация даврида шаклланади ва ўша даврда IgE туридаги реактин антитана ҳосил бўлади. Улар ўзининг Fc-фрагментлари билан базофил ва семиз хужайраларига бирикиб улардан тезкор турдаги медиаторлари бор гранулаларнинг ажралишига олиб келади.

Клиникаси. АШда турли аъзо ва тўқималарнинг шикастланиши кузатилади. АШнинг асосий клиник турлари қуйидагича намоён бўлади:

— коллапс хуш йўқотиш билан (шокни оғир кечишида), артериал гипотензиянинг турли даражалари ва гаранг бўлиш (енгилроқ кечишда);
— нафаснинг тез ёмонлашишида (асфиксия) ҳиқилдоқнинг шиши ёки бронхоспазм натижасида коринда оғрик, эшакем, тери қичиши.

Шок нисбатан енгил, ўрта оғир ва оғир даражаларда бўлиши мумкин. Енгил даражада қисқа продромал давр бўлиб, бир неча минутдан бир соатгача бўлиши мумкин. Бу аллергик реакциянинг турли белгилари: тери қичиши, эшакем туридаги тошмалар, эритематоз, петехиал ва папулёз элементлар, тери гиперемияси, қизиш ҳисси, спастик йўтал, бош айланиши, кўнгил айнаши, нафас олиш қийинлашиши. Айримларида юз териси гиперемияси, лаблар цианози, депрессия кузатилади.

Ўрта оғир кечишида шокдан олдин ҳолсизлик, кўрқув, юз гиперемияси, қизиш ҳисси, турли локализациядаги оғриқлар, тошмалар, йўтал, қусиш, кейин тезда хуш йўқотиш бўлади. Пешонада совуқ ёпишқоқ тер ҳосил бўлади, айримларида оғизга кўпик келади. Қорачиклар кенгайиб ёруғликка реакция бермайди. Беихтиёр дефекация ва сийиш, бачадоннинг спастик қисқариши ва қиндан қонли ажралмалар келиши кузатилади.

Мия ишемияси ва сероз қатламлар шиши натижасида тоник ва клоник қисқаришлар кузатилади.

Фибринолитик системанинг активлашиши натижасида бурундан, ошқозон ва ичакдан кон кетиши мумкин.

АШнинг оғир кечишида марказий ва кон томир тизимининг тезда бузилиши бир неча секунд ёки минут ичида содир бўлади. Тери қоплами кескин оқариб; кўкракда, қўлларда, лабларда – цианоз, оғизда кўпик пайдо бўлади. Пешона совуқ ва ёпишқоқ тер билан қопланади. Қорачиклар кенгайган, ёруғликка реакция йўқ, бўйин веналари кенгайган. Нафас олиш шовкинли, аритмик, аускультацияда «соқов» ўпка эшитилади.

Анафилактик шокда ўлимнинг асосий сабаблари бўлиб ҳисобланади:

- стаз, тромбоз, микроциркуляция бузилиши ва томир коллапси натижасида ўткир юрак кон-томир етишмовчилиги;
- ҳикилдоқнинг Квинке шиши натижасида асфиксияси;
- томирлар тромбози ва ҳаёт учун зарур аъзоларга кон қуйилиши.

Лаборатор ва инструментал текширувлар

Анафилактик шокда гемодинамика, микроциркуляция ва метаболизм кўрсаткичлари бузилади. Одатда артериал босим, айланиб юрувчи кон босими пасаяди, у эса марказий веноз босими ҳисобига текширилади (нормада 5–12 см сув устуни), кон қовушқоқлиги ва гематокрит ошади. Гиперлактемияли ацидоз, артериал қонда гидрокарбонатлар камаяди (нормада 22–25 ммоль/л), асослар дефицити бўлади (5 ммоль/л дан кўп). Лактат даражаси 1,6–2,8 ммоль/л дан ошади. Шокнинг қизгин даврида эритремия, лейкоцитоз, СОЭнинг ошиши, тромбоцитопения, ўрта эозинофилия.

Шок даврида диурез камаяди; буйрак шикастланишида протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.

Ташхис.

Типик ҳолатларда диагноз анамнез ва клиник белгиларга қараб қўйилади. Анамнез йиғиш мумкин бўлмаган ҳолатларда диагноз қўйиш кескин қийинлашади.

Даволаш.

АШни даволашда қуйидаги босқичлар ажратилади:

- 1) бирламчи тезкор терапия босқичи;
- 2) иккиламчи терапевтик муолажалар босқичи.

Бирламчи тезкор терапия босқичи.

1. Аллерген киритилишини тўхтатиш.

Шокни чақирган препарат инъекция жойидан юкорида жгут қўйиш. Жгутни ҳар 10–15 мин.да 3–4 мин.га бўшатилади. Аллерген кирган жойни 0,3–1 мл 0,1% ли адреналин эритмаси киритилади.

2. Адреналин киритиш.

Адреналин тери остига ёки мушак орасига 0,3–0,5 мл 0,1%ли эритмаси киритилади, кейин инъекцияни икки марта 20 мин интервал билан терапевтик эффект бўлгунча қилинади. Агар артериал қон босими минимал тушса, адреналин тери остига ёки мушак орасига киритилади. Нафас олишнинг кескин бузилишида ва артериал босимнинг кескин тушишида 0,5 мл 1%ли адреналин эритмасини тил остига қўйилади ва вена ичига 3–5 мл 0,01%ли эритмаси 9 мл изотоник эритмада киритилади.

3. Айланиб юрувчи қон ҳажмини тўлдириш.

Вена ичига томчилаб Рингер, изотоник натрий хлор эритмалари 1000 мл, полиглюкин 400 мл юборилади. Агарда 2–3 соатдан кейин натижа бўлмаса янги музлатилган плазма (400 мл), альбумин қилинади.

4. Нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш.

Агарда нафас бўлмаса ёки кескин бузилган бўлса, беморни эндохонал интубацияга, сунъий нафас олишга ва 100% кислород билан нафас олишга ўтказилади.

5. Вазопрессор аминларни қўллаш.

Агарда юкоридаги муолажалар натижа бермаса ва артериал гипотензия сақланса вена ичига томчилаб допамин (дофамин) 15–17 мг/кг/мин дозада қилинади. 200 мг препаратни 200 мл 5% ли глюкоза ёки изотоник эритмада эритилади. Агарда турғун гипотензия бўлса норадреналиннинг 1 мл 0,2 %ли эритмасини 250 мл изотоник эритмада минутига 20–25 томчи тезликда венага юборилади.

Иккиламчи терапевтик муолажалар босқичи

Глюкокортикоидларни қўллаш.

Глюкокортикоидлар дастлабки 6–12 соат ичида сезиларли ўзгаришларни бермайди ва шунинг учун уларни АШнинг чўзилган ҳолатларида қўллаш тавсия этилади. Аммо олдиндан реакция оғирлиги ва унинг чўзилишини айтиш қийин бўлганлиги сабабли глюкокортикоидларни турли даврда киритиш мумкин. Ўткир даврда 240 мл преднизолонни вена ичига 5 мин ичида секин юборилади. Бу дозани ҳар 6 соатда қайта қўйиш мумкин.

Антигистамин препаратлар.

Антигистамин препаратлар тезда таъсир қилмайди ва ҳаётни сақлаб қолиш воситаси бўла олмайди. Антигистамин препаратларнинг гемодинамика кўрсаткичларини яхшилагандан сўнг қўллаш лозим, чунки уларда гипотензив эффект намоён бўлади (айниқса пипольфен).

Мушак орасига юбориш: 1–2 мл 1%ли димедрол; 1 мл 2%ли супрастин; 1 мл 2,5%ли пипольфен эритмаси 3–4 марта суткасига артериал босимни назорат қилган ҳолда ёки ичга: диазолин 0.1 г дан 3 марта кунига.

Димедрол 0,05 г дан 3 марта кунига; супрастин 0,025 дан 3 марта кунига.

Фенкарол 0,05 дан 3 марта кунига.

Антигистамин препаратлар Н1-гистамин рецепторларни блоклайди, агарда анафилаксия симптомлари йўқолмаса ёки қайталанса кўшимча Н2-гистамин рецепторлари блокаторлари қўлланади (масалан, циметедин 300 мг дан в/ичига ҳар 6 соатда).

Эуфиллин қўллаш.

Эуфиллин бронхоспазмни йўқотиш учун қўлланилади, агарда адреналин қўлланилиш самараси бўлмаса. Вена ичига 10 мл 2,4 %ли эуфиллин 10 мл изотоник эритмада секин АБ назорати остида юборилади.

Натрий гидрокарбонатни қўллаш.

Қўлланган муолажаларга қарамасдан гипотензия сақланса, метаболик ацидоз ҳақида ўйлаш зарур, чунки у вазопрессор воситаларнинг самарасини пасайтиради.

Бу ҳолатда кислота-ишқор мувозанатини текшириб, ацидоз ҳолати бўлса уни вена ичига томчилаб 150–200 мл 4%ли натрий гидрокарбонат юбориб коррекция қилинади.

Пенициллиназа қўллаш.

Пенициллин натижасида келиб чиққан АШ да бир марта мушак орасига 1000 000 бирлик пенициллиназани 2 мл изотоник эритмада юбориш зарур.

Бициллин натижасида келиб чиққан АШ да пенициллиназа 1000000 дан суткасига 3 марта юборилади.

Маҳаллий даво тери ва шиллиқ пардалардаги ўзгаришга қараб ўтказилади.

Профилактика.

Пенициллин натижасида бўлган АШ ўтказган беморлар стационарда 10–12 кун дан кам бўлмаган муддатда даволанадилар. Енгилрок кечган АШ да кузатиш муддати ундан кам бўлиши мумкин. Бемор касалхонадан чиққандан сўнг аллергологик кабинетда диспансер назоратида турмоғи зарур. Уларга АШни чакирган аллергенлар (ҳашаротлар чақиши, препаратлар) ҳақида маълумоти бор паспорт берилиши керак. Ҳашаротлар чақиши натижасида келиб чиққан АШдан сўнг беморларга специфик гипосенсибилизация тавсия этилади. Бундай беморларга ўша ҳашаротлар мавжуд фаслларда доимо ўзлари билан адреналин олиб юришлари зарур.

ФОТОДЕРМАТОЗЛАР. ТЕРИНИНГ ҚУЁШ НУРИГА ЖАВОБАН РЕАКЦИЯСИ

Терида қуёш нури таъсиридан вужудга келувчи дерматозларни фотодерматозлар деб аталади.

Тери тошмаларининг сабабини тезда аниқлаш дерматологлар учун катта ютуқ ҳисобланади. Агарда сўз фотодерматозлар хусусида бўлса, қуёш нурини касалликнинг этиологик омили деб топилиши нафақат турли хил ташхислар доирасини торайтиради, бемор ҳолатини ҳам қисқа муддатларда ижобий томонга ўзгаришини ҳам таъминлайди, бу фотосенсибилизация хусусиятига эга бўлган препаратларни ман этиш ва фотохимия таъсирга эга бўлган воситаларни тайинлаш ҳисобига амалга ошади. «Фотодерматоз» атамаси орқали, асосан, қуёш нурига нисбатан ҳолдан зиёд жавоб реакцияси тушунилади ва бу реакция қуёш нурининг таъсиридан минутлар, соатлар ёки суткалар ўтишидан сўнг вужудга келади ва ҳафталаб, ойлаб давом этиши мумкин.

ФОТОДЕРМАТОЗЛАР ТАСНИФИ

Ўткир турлари.

– офтоб уриши

– фототоксик реакциялар: медикаментоз

– фотофитодерматит

- фотоаллергик реакциялар: медикаментоз
- қуёшли эшакеми
- идиопатик: полиморфли фотодерматоз
- қуёшли қичима
- қуёшли чечак

Сурункали турлари.

- қуёшли геродермия
- қуёшли турғун эритема
- қариялар лентигоси
- қуёшли кератоз
- терининг ёмон феълли ўсмалари: базалхужайрали рак
- яссихужайрали рак
- меланома

Ўткир ёки сурункали.

- терининг кеч порфирияси
- вариегат порфирия
- эритропозтик протопорфирия
- пигментли ксеродерма
- пеллагра

Ташхиси.

Касалликнинг ташхисида анамнезнинг аҳамияти катта, сабаби шифокор беморни кўздан кечираётган вақтида тошмалар йўқолган бўлиши мумкин. Қачонки тери тошмалари ва беморнинг қуёш таъсирида бўлганлиги орасида хронологик боғлиқлик бўлганида ташхис қўйиш унчалик мураккаб эмас, аммо бундай боғлиқлик ҳар доим ҳам кузатилавермаслиги мумкин. Сабаби, айрим беморлар фотохимоя малҳамларидан «аллергия» вужудга келади, деб ўйлайдилар, аксинча қуёш нури таъсиридан таъсирланадилар, бу таъсирдан эса фотохимоя воситалари тўлиқ ҳимоя қила олмайдилар. Бошқа беморлар эса қайси бир фотосенсибилловчи таъсирга эга бўлган препаратлар (тиазидли диуретик, доксициклин, миноциклин, сульфаниламидлар, антидепрессантлар ва бошқалар)дан бирини қабул қилишлари ҳисобига юз, терининг очиқ соҳаларига доимий тошма тошишига шикоят этишлари мумкин, қуёш нурунинг касаллик келиб чиқишидаги аҳамияти ҳақида гумон ҳам қилмайдилар. Универсал эритродермия ҳолатларида, масалан псориазда ёки турғун қуёшли эритродермияда терининг қуёш нурига бўлган сезувчанлиги ортади.

Бемор ёшининг аҳамияти каттадир, сабаби айрим фотодерматозлар маълум ёшдагина кузатилади (масалан: куёшли кичима доимо болалик даврида кузатилади), бошқа турлари эса турли ёшда учраши мумкин (масалан: полиморф фотодерматоз). Куёш нури таъсиридан сўнг қанча вақтдан кейин тошмалар пайдо бўлганлигини аниқлаш (куёшли эшакеми – бир неча минутдан сўнг, полиморф фотодерматоз – бир неча суткадан сўнг), тошмалар давомийлиги (куёшли эшакеми – соатлаб, полиморф фотодерматоз – хафталаб), қандай ҳиссиётлар билан кечганини билиш зарур аҳамиятга эгадир. Полиморф фотодерматоз, куёшли эшакеми ва кичимада қичишиш характерли; оғриқ ва ачишиш эса – эритропозтик протопорфирияга хос. Агарда тошмалар нафақат куёш нури таъсиридан сўнг, иссиқлик манбалари (олов, тандир, ўчоқ, машъала, печь) га яқин турганларидан ҳам пайдо бўлса, касалликка олиб келувчи омил ультрабинафша нури эмас, инфрақизил нур ҳисобланади. Агарда тошмалар фақат, баҳор-ёзда кузатилса, УФ-Б (290–320 нм тўлқинли)га, агарда йил мобайнида кузатилса – УФА (320–400 нм тўлқинли)га ёки кўринадиган диапазонга (400–800 нм тўлқинли) нисбатан сезувчанлик ортган бўлади. Патоген диапазонли нурланишни аниқлашнинг бошқа бир усули ҳам бор бўлиб, бунинг учун беморни дераза ойналари, куёш нуридан химоя қиладими йўқми, шуни аниқлаш зарур: УФА ойна орқали ўтиш хусусиятига эга, УФВ эса – йўқ.

Бемор қандай дорилар қабул қилиши ва қандай фотохимия воситаларидан фойдаланишини билиш ҳам катта аҳамиятга эгадир. Булар ҳақидаги маълумотлар – тошма тошиши ва тошишидан аввалги даврдагиси ҳам зарур аҳамиятга эга. Шуни ҳам эсда тушиш керакки, препарат ман этилганидан бир неча ой ўтгунича фотосенсибилловчи таъсир сақланиши мумкин. Беморнинг касб-кори, сеvimли машғулотли, яқин орадаги сафари ҳақидаги маълумотларни тўплаш жараёнида у куёшнинг нури таъсирида ёки ўсимликлар билан контактда бўлганлигига эътибор қилиш зарур. Кўпинча беморларни сўраб-суриштириш давридаёқ дастлабки-тахминий ташхис қўйиш мумкин: масалан, ҳаваскор боғдорчиларда – фотофитодерматит, электрпайвандчиларда – қизил югирик авжланиши ёки секретар-машинисткалар, ЭХМ-операторларида ҳам учраши мумкин, сабаби улар кун мобайнида люминисцент лампалар билан ёритилган хоналарда ишлайдилар. Анамнез тўплаш якунида беморнинг умумий ҳолати сўралади, коллагенос ва порфирия аломатларига асосий эътибор берилади.

Тошмаларнинг жойлашуви. Тошмаларнинг жойлашуви, барча фотодерматозларнинг асосий диагностик белгилари ҳисобланади.

Тошмалар тананинг очик соҳаларида пайдо бўлади: биринчи навбатда пешона, яноклар, бурун, кулок супралари, бўйиннинг орқа-ён соҳалари, кўкракнинг олд-юқори қисми, қўл-оёқларнинг ёзувчи соҳаларида. Тошмалар кузатилмайдиган соҳалар ҳам диагностик аҳамиятга эга, сабаби бу ерларга куёш нури тушмайди: қовоқлар, бурун лаб бурмалари, бармоқлар ораси, кулок супралари орти териси, ияк-даҳан ости терилари. Фотодерматозларга ўчоқ ва соғ тери орасида аниқ чегара бўлишлиги хосдир, соат қайиши ёки кийим чеккасига тўғри келувчи соҳалар. Аммо бу қоидада ҳам истиснолар бор. Доимо терининг барча очик соҳалари жароҳатланавермайди (бу маҳаллий иммунитет ва қорайган соҳани ҳимоя қилиш хусусиятига боғлиқдир). Бундан ташқари, тошмалар терининг «ёпик» қисмларида ҳам кузатилиши мумкин (кийимларни етарли ҳимоя қила олмаслиги сабабли). Булардан ташқари, фотосенсибилизация шунчалик кучли бўладики, тошмалар куёш нури тушмаган соҳаларга ҳам тарқалиб, ҳатто эритродермияга ҳам олиб келиши мумкин. Аммо бундай ҳолларда ҳам тошмалар дастлаб терини куёш нури тушган соҳаларида пайдо бўлади.

Тошмалар. Фотодерматозга турли хил эритемалар, папулалар, пилакчалар, бўртмалар, пуфаклар, гипер- ва гипопигментли доғларнинг ҳамкорликда кузатилиши хос. Камроқ геморрагик тошмалар, эритродермия, чандиқлар кузатилади. Қўшилувчи эритема куёш таъсиридан терининг куйишига хос бўлиб, айрим ҳолларда дори воситаларига нисбатан фототоксик реакциянинг ягона белгиси бўлиши мумкин. Тананинг очик соҳаларидаги эритематоз доғ билан бирга шиш кузатилиши – полиморф фотодерматоз, куёшли эшакеми ва эритропозитик протопорфирияга хос. Тананинг очик соҳаларининг айрим қисмларидагина қичишувчан папулалар (камроқ пилакчалар) учраши полиморф фотодерматозга хос бўлган белгидир. Пуфаклар – кечки тери порфирияси, куёшли эшакеми ва дориларга нисбатан фототоксик реакцияларга хосдир.

Қўшимча текширишлар. Барча беморларда коннинг умумий таҳлили, жигар, буйрақлар фаолиятини кўрсатувчи биокимёвий текширувлар, зарурат бўйича тери биопсияси ўрганилади. Системали қизил югирikka гумон қилинганида куёш нури таъсир этган ва таъсир этмаган қисмларидан биоптат олинади, ундан ташқари соғ терини, куёш нури таъсир этмаган қисмидан ҳам биопсия олинади. Тери порфириясига гумон қилинса – қон, сийдик ва аҳлатда порфиринлар борлигига текширилади. Фотосенсибилизацияга гумон бўлса фотосинамалар, аппликацион синамалар ва аппликацион фотосинамалардан фойдаланилади.

Даво ва профилактикаси. Фотодерматозларни даволаш ва профилактикасининг умумий принциплари:

1. Фотосенсибилизация таъсири кўрсатиш хусусиятига эга бўлган барча дори-дармон ва бошқа турдаги воситаларни четлатиш.
2. Соат 10:00 ва 16:00 оралигида қуёш нури таъсиридан ўзини сақлаш.
3. Юқори даражада химоя қилиш хусусиятига эга бўлган фотохимоя воситаларидан фойдаланиш.
4. Офтоб нуридан сақловчи бош кийим ва кийимлар кийиш.
5. УФА нурларига ўта таъсирчан бўлган кимсалар мавжуд бўлган, кўплаб фотохимоя воситалари кучсиз эканлиги ҳақида огохлантирилишлари ва қуёшли кунларда химоя кийимларини кийган ҳолда, маълум вақтлардагина қуёш таъсирида бўлишларига руҳсат этилади.
6. Маҳаллий даво – теридаги ўзгаришларга мос. Енгил ҳолатларда кортикостероидли мазлар. Оғир ҳолларда, профилактик нур билан даволаш курслари ўтказилади (УФ-В) ёки PUVA-терапия (нурлантириш дозаси паст бўлиши зарур), ичишга кортикостероидлар ва иммунодепрессантлар буюрилади.

КЕЧ ТЕРИ ПОРФИРИЯСИ (PORPHYRIA CUTANEA TARDA)

Кеч тери порфирияси, асосан, балоғат ёшидаги кимсаларда кузатилади, касалликнинг номи ҳам шунга ишора қилади. Беморлар шифокорга дастлабки учрашганларидаёқ, териларининг қуёш нурига нисбатан сезувчанлиги ортганлигига эмас, қўл терисининг нозиклашиб, арзимас таъсирлар натижасида пуфаклар, тирналишлар, яралар ҳосил бўлиб қолишига шикоят қиладилар.

Ташхисни тасдиқлаш осон: беморлар сийдиги Вуд лампаси билан ёритилганида сарғиш-кизғиш нур қайтаради. Порфириянинг бошқа турларидан фарқли ўларок, кеч тери порфириясида қорин соҳасида ўткир оғриқ, полинейропатия ва нафас етишмовчилиги билан кечувчи хуружлар кузатилмайди.

Касаллик 30–50 ёшдагиларда кузатилади, болаларда камдан-кам учрайди. 60 ёшдан катта бўлган, эркаклар эстрогенлар (простата бези раки бўйича) қабул қилиши ҳисобига, аёллар 18–30 ёшда перорал контрацептивлар қабул қилишлари эвазига касалликка учрашлари мумкин. Касаллик эркаклар ва аёлларда деярли бир хил учрайди.

Провокацияловчи омиллар: этанол, эстрогенлар, гексахлорбензол (фунгицид), хлорланган феноллар, темир препаратлари, тетрахлорди-

бензо-п-диоксин. Касаллик хуружига юкори миқдордаги хлорихин сабаб бўлиши мумкин.

Хавф туғдирувчи омиллар: кандли диабет, гепатит С, ВИЧ-инфекцияси.

Клиникаси. Касаллик секин-аста бошланади. Қўл-оёқ панжалари юзасидаги пуфаклар, куёш нури таъсиридан вужудга келиб, кўп ҳолларда, терининг кизариши вақтидаёқ пайдо бўлади. Беморлар териларини ўта нозик ва осон жароҳатланувчанлигига ва унча кучли бўлмаган жароҳатлардан кейин оғриқли эрозиялар пайдо бўлишига шикоят этадилар.

Эритропоэтик протопорфириялар ва кеч тери порфириясида жигар ҳасталанган бўлади. Вариетат порфирияда эса вегетатив нейропатия ва қоринда ўткир оғриқлар хуруж қилиб туради.

Тери тошмалари юз, бўйин, тўш, қўлларнинг ёзувчи юзалари, қўл-оёқларнинг панжалари юзаларида жойлашади. Терида пуфак, эрозия, қалоклар, чандиқлар кузатилади. Кўринишидан соғ бўлган терилар юзасида таранг томли пуфаклар кузатилади. Пуфак, пуфакчалар ёрилиб, ўрнида секин битувчи эрозиялар ҳосил бўлади. Эрозиялар пушти рангли атрофик чандиқлар ҳосил қилиб битади. Юз соҳасида гипертрихоз кузатилиб, беморларнинг асосий шикоятларидан бири ҳисобланади. Жароҳатланган тери соҳаси склеродермиясимон зичлашган, мумсимон, сарғиш-оқиш ўчоқ ҳолида бўлади. Юз териси, асосан, кўз атрофлари кўкимтир тусда бўлади. Терининг очик соҳалари эса диффуз меланинли гиперпигментацияланган бўлади (ҳар доим ҳам эмас).

Ташхиси. Ташхис касалликнинг клиник кўриниши, Вуд лампаси билан нурлантирилганда (ёритилганда) ўзига хос сарғиш-қизғиш нур кайтаришининг кузатилиши ва сийдик таркибида порфиринлар миқдорининг ошишига асосланиб қўйилади.

Дифференциал ташхиси:

Псевдопорфирия. Бу касалликка олиб келувчи омиллар: дори воситалари (напроксен, циклоспорин, ибупрофен, дапсон, фуросемид, тетрациклинлар, пиридоксин); гемодиализ; солярийга қатнаш;

- жигар хужайрали рак;
- системали қизил югирик;
- саркоидоз;
- Шагрен синдроми;
- С гепатити.

Дисгидротик экземада кафт-товон териси жароҳатланиб, беморларнинг юзалари жароҳатланмайди.

Орттирилган буллез эпидермолиз клиник кўриниши жуда ҳам ўхшаш бўлиб, тери осон шикастланади, кўкиш доғлар осон пайдо бўлади, куёш нури таъсиридан пуфаклар ҳосил бўлади, пуфаклар суб-эпидермал бўлиб, дерманинг яллиғланиши кам ривожланган бўлади.

Давоси:

- Спиртли ичимликлар ичишни тўхтатиб, бошқа провокацияловчи омилларни бартараф этиш (экстрогенлар, хлорланган феноллар, тетрахлордобензо-п-диоксин) зарур.

- Гемаглобиннинг миқдорини 10 Г% гача камайғунича, 1–2 ҳафта орасида, 500 мл қон олиш.

- Агарда анемия сабабли қон олиш тақиқланса, хлорхин тайин этилади. Давони тажрибали шифокор ўтказиши зарур, акс ҳолда эса касаллик авж олиши ва ҳатто жигар етишмовчилиги кузатилиши мумкин. Хлорхин узоқ муддатли ремиссияга олиб келиши, айрим беморларда эса метаболитик ўзгаришларни бартараф этиши, ҳатто тўлиқ тузалишгача олиб келиши мумкин.

- Энг самарали усул – 3–4 мартали қон олиш ва ундан сўнг эса кичик миқдордаги хлорхин тайинлашдир.

5-жадвал

Порфирия касалликларининг таснифи

	Эритропоэтик порфириялар		Жигар порфириялари		
	Эритропоэтик уропорфирия	Эритропоэтик протопорфирия	Кеч тери порфирияси	Вариегат порфирия	Ўткир алмашиниб турувчи порфирия
Наслдан-насла ўтиш тури	Аутосом-рецессив	Аутосом-доминант	Аутосом-доминант (оилавий тури)	Аутосом-доминант	Аутосом-доминант
Клиник картинаси: Фотосенсибилизация	Бор	Бор	Бор	Бор	Бор
Тошма	Бор	Бор	Бор	Бор	Бор
Қоринда хуружли оғрик	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Бор	Бор
Неврологик ва психологик ўзгаришлар	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Бор	Бор

Лаборатор кўрсаткичлар:					
Эритроцитлар					
Уропорфирин	ККК	М	М	М	М
Копропорфирин	КК	К	М	М	М
Протопорфирин	(К)	ККК	М	М	М
Сийдик					
Порфибилиноген	М	М	М	(ККК)	(ККК)
Уропорфирин	ККК	М	ККК	(ККК)	(ККК)
Ахлат					
Протромбин	К	ККК	М	ККК	М

Илова. М – меъёр; К – меъёрдан биров юкори; КК – юкори; ККК – кескин ошган; (К) айрим беморларда ортган; (ККК) касаллик авжланганида ортган.

ҚИПҚЛИ ТЕМИПАТКИ (PSORIASIS VULGARIS)

Псориаз – терининг тарқалган, папуло-сквамоз, сурункали, қайталаниб турувчи, дунёнинг турли минтақаларида, турли ёш ва жинсдаги одамларда учрайдиган мультифакторли касаллик.

Этиологияси. Аниқланмаган. Наслий омиллар аҳамияти катта, сабаби 40% ҳолларда наслий анамнезда авлодда, оилада касаллик борлиги аниқланган. Касалликка олиб келувчи ва ривожлантирувчи омиллар куйидагилар: стресслар, вируслар, бактериал инфекциялар, моддалар алмашувининг бузилиши, иммунологик ҳолатининг ўзгариши ва бошқалар. Касаллик патогенезида ҳам турли ноаникликлар мавжуд, маълум назариялар эса терининг нормал ривожланишини таъмин этувчи механизмлар блокадаланиши сабаблари ва бунинг оқибатида пайдо бўлувчи акантоз, паракератоз, гиперкератоз, папилломатоз ва Мунро микроабсцесслари аниқланади.

Клиник кўриниши. Псориаз терида мономорф, эпидермодермал тугунчалар тошиши билан характерланади. Тошмалар, асосан, бошнинг сочи қисми, қўл-оёқлар ва тананинг ёзувчи соҳаларида жойлашади. Тугунчалар аниқ чегарали, зич-эластик консистенцияли, ясси, пуштиқизғиш рангли бўлиб, юзалари қумушсимон-оқиш кепаклар билан қопланади. Кепаклар тугунчанинг ўртасида пайдо бўлиб, каттайиб енгил кўчадиган бўладилар. Тугунчалар ўлчами турлича бўлиб нуқтадек катталиқда, мошдек, нўхотдек бўлиб атрофига ўсиш эвазига катталашиб, бир-бирлари билан қўшилиб, йирик-йирик пиллакчалар ҳосил қилади.

Псориазнинг клиник кечишида уч босқич: прогрессив, стационар ва регрессив босқичлари тафовут этилади. Прогрессив ёки бошланғич ўткирланиш босқичига қуйидаги клиник кўриниши хос: янги, майда тўқ-қизил рангли тугунчалар ҳосил бўлиши, мавжуд тугунчаларининг атрофига ўсиши, марказий қисмларидагина кепакланишлар кузатилиши, тугунчалар атрофида – "ўсиш ҳалқаси" янада тўқ қизил хошиясининг бўлиши ва псориаз учлиги белгиси: стеарин доғи, терминал парда ва қон шудринги феноменлари осон чакирилади, Кебнер (Kebner) феномени, яъни ташқи таъсиротга жавобан янги тошмалар вужудга келиши хосдир.

Булардан ташқари, бу босқичда айрим беморларда кичишиш хиссиёти кузатилади. Бу даврда турли стресслар, микротравмалар, нораціонал даво таъсиридан жараён авжланиб, тошмалар бутун тери юзасини қоплаб олиши ва псориастик эритродермияси вужудга келиши мумкин.

Псориазнинг стационар босқичида янги тугунчалар пайдо бўлмайди, тугунчалар йирик, атрофидаги ўсиш ҳалқачаси йўқ, ранги очпушти тусда бўлиб, тугунчалар бутун юзаси бўйлаб мўл кепакланиш кузатилади. Тугунчалар яссиланган, атрофида анемик ҳалқа кўринади. Псориаз учлиги тўлиқ чакирилмайди, яъни қон шудринги феномени кузатилиши қийин. Кебнер феномени айрим ҳолларда кузатилса, айрим ҳолларда кузатилмайди. Қичишиш кам безовта этади.

Касалликнинг регрессив босқичида тугунча юзасидаги кепакланиш кам, деярли йўқ, тугунчалар эса марказидан сўрилиб, ҳалқасимон кўринишга кирадилар (*psoriasis anularis*) ёки атрофидан сўрилиб йўқолади ва ўрнида депигмент ҳалқа кўринади. Кебнер ва псориаз учлиги феноменлари манфий. Тугунчалар сўрилиб бўлган соҳаларда гипер ёки депигментли юзалар ҳосил бўлади (*leucoderma psoriaticum*).

Касалликнинг пайдо бўлиши ёки авж олиши баҳор-ёз, кимдадир куз-киш фаслларида кўпроқ кузатилади ва шунга кўра касалликнинг ёзги ва кишки турлари ҳамда кишин-ёзин пала-партиш авжланувчи кечса – псориазнинг аралаш тури ҳисобланади.

Айрим ҳолларда экссудатив псориаз (*psoriasis exudativum*) кузатилади. Бу турда тўқ қизил қалоксимон тугунчалар вужудга келиб, улар юзасида қат-қат сарғиш ёки қўнғир-жигарранг кепакланиш кузатилади, кепаклар кўчирилса кучсиз намланиш ўчоғи кўринади.

Касалликни кам учровчи хили – пустилез псориаз (*psoriasis pustulosa*). Бу хил псориаз танада, қўл-оёқларда ҳамда қафт ва товон соҳаси териларида, одатда псориаз тошмалари билан бир қаторда пус-

тулғез элементлар тошиши, эритродермия, ҳарорат кўтарилиши, эт уюшиши, кам кувватлилиқ, лейкоцитоз билан кечади.

Псориастик эритродермия (*erythrodermia psoriatica*) – псориазнинг оғир асоратларидан бири ҳисобланиб, кўпинча нораціонал маҳаллий даводан сўнг кузатилади. Бунда псориастик жараён терининг ҳамма қисмини эгаллаб олиб, касаллик оғир кечади, бемор кўп миқдорда суюқлик йўқотади, ҳарорат кўтарилиб, эт уюшади ва кучли тери кичишиши безовта этади. Бу хил беморларда юрак ва буйрак етишмовчилиги вужудга келиши хавфи баланд бўлади.

Псориаз билан оғриган 10% беморларда псориастик артропатия (*arthropathia psoriatica*) вужудга келади. Асосан қўл-оёқ панжаларининг оралик бўғинлари, умуртқа поғонаси бўғинлари жароҳатланади. Касалликнинг илк белгилари – бўғимларда клиник ўзгаришларсиз оғрик кузатилади. Кейинчалик касаллик авжланиши оқибатида бўғимлар шишади, юзасидаги тери қизаради, ҳаракат чекланади ва оғриқли бўлади. Бўғимлар бориб-бориб ҳаракатсизланиб қолади ва беморлар ногирон бўлиб қоладилар.

Псориазда тирноклар ўзгариши кўп учрайди (*onychia psoriatica*), нуқта-нуқта ботиклар (ангишвона симптоми), тирнокларнинг қалинлашиши ва уларнинг синиши кабилар кузатилади.

Ташҳиси

1. Тугунчалар ва характерли клиник кўриниши.
2. Псориастик учлик симптоми (*шлова VI*).
3. Гистологик текширишлар.

Дифференциал ташҳиси

- Lichen ruber planus;
- Dermatitis seborrhoica;
- Pityriasis rubra pilaris;
- Lichen rosea Gibert;
- Morbus Reiter;
- терининг замбуруғли касалликлари;
- эритродермия;
- Neurodermitis;
- Syphilis secundaria.

Псориазнинг давоси.

Маҳаллий даво:

– Псориазни даволашда, айниқса маҳаллий даволашда касалликнинг клиник босқичини кўзда тутиш керак ва прогрессив босқичда маҳаллий давосиз ёки фақат индифферент ёки стероид малҳамлар буюрилади.

– Витамин Д-3 сақловчи Psorcutan (Daivonex) крем, мази псориази даволашда самарали ҳисобланмоқда. Жароҳатланган териға, кунига 2 марта юпка суртилади.

– Кортикостероид мазлари (дексаметазон, целестодерм, лоринден, дермовейт, клобетазол, неризона, фторокорт). Касалликка ижобий таъсир 2 ҳафтадан сўнг кузатилади. Уларни икки ҳафтадан зиёд суртиш мумкин эмас, сабаби нохуш таъсирлари (асосан бетда) кузатилиши мумкин (тери атрофияси ёки буйрак усти бези атрофияси).

– Дитранол (0.5%, 1%, 2% крем ёки мазлари) тез таъсир кўрсатувчи даво. Маз ёки крем кунига 1 марта (10 кун мобайнида) юпка суртиб 10, 20, 30 минутдан сўнг ювиб ташланади. Шифобахш таъсири, асосан, 15–25 кундан сўнг кузатилади.

– 1–3% салицил кислотаси ва 3–20% қора мой (концентрацияси касаллик даврига қараб аниқланади) сақловчи мазлар, котикостероид мазлари билан биргаликда ёки уларсиз, кунига 1 ёки 2 марта суртилади. Узоқ муддат фойдаланиш мумкин.

– Асалари захри сақловчи мазлар – Ungariven ва Helar (чистотел экстракти ҳам сақлайди) улар шифобахш таъсирга эга, тери яллиғланиши мушак ва бўғимлар оғриғи билан кечса қўлланилади. Улар кунига 2 марта суртилади, 10–20 минутдан сўнг ювиб ташланади. Асосан, эритропатик псориазда қўлланилади.

Умумий даво:

– седатив воситалари; тинчлантирувчи чойлар, бром препаратлари, нейролептиклар;

– прогрессив даврида – антигистамин воситалари;

– витаминотерапия (В12 витамини фолиевая кислота билан биргаликда. Ёзги турида – никотин кислотаси, теоникол, трентал).

Оғир турларида (тез-тез қайталашида, 50–80% тери жароҳатланганида):

– Синтетик ретиноидлар (тигазон, неотигазон). Улар кунига 0,2–1,0 mg/kg вазн ҳисобида ичилади. Қабул қилиш давомийлиги индивидуал, 1–2 ой ва ундан узоқроқ, кунига 2 бор қабул қилинади, самараси кузатилгач, миқдори камайтирилади ёки қабул қилиш тўхтатилади.

– Цитостатик воситалари (метотрексат). Улар, асосан, катта ёшдаги беморга тайин этилади. 15 мг дан 1 ҳафта мобайнида (5 мг дан 3 маҳал ҳар 12 соатда). Салбий таъсири: жигар касаллиги, тез рецидив бериши кўзгатилишини ёдда тутиш зарур.

– Иммунотерапия (тимостимулин, Т-активин, натрий нуклеинат, леакадин, иммуномодулин ва бошқалар).

Бемор иммун ҳолати аниқлангач инъекция, таблетка ёки порошок холида қабул қилинади.

– Жуда оғир ҳолларда иммуносупрессорлар (Sandimmun) қўлланилади, яхши таъсир этсада, қайталашнинг олдини ололмайди.

Физиотерапия:

– Узун ва қисқа (УВА ва УБН) тўлқинли ультрабинафша турлари билан тоблаш;

– Фотохимиотерапия, яъни фотосенсибилизатор (псоберан, псорален, пувален, ламадин) ичилгандан кейин узун тўлқинли ультрабинафша нурлари билан (ПУВА-терапия) ўтказилади.

ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ (LICHEN RUBER PLANUS)

Қизил ясси темиратки сурункали касаллик бўлиб, тери ва кўринадиган шиллиқ пардаларда мономорф папулез тошмалар тошиб, кучли кичишиш билан характерланади. Айрим ҳолларда тугунчалар чегараланган ҳолда оғиз шиллиқ пардаси, лаб қизил хошиясида ва жинсий аъзоларда жойлашиши мумкин.

Касаллик турли ёшда учраши мумкин, шиллиқ пардалар жароҳатланиши кўпроқ 40–60 ёшлардаги аёлларда учрайди.

Клиникаси. Терида полигонал шаклли, кўкимтир-қизғиш рангли, ўлчамлари 0,2–1,0 см диаметрли, ясси, қаттиқ кичишадиган тугунчалар тошади. Тугунчаларга четдан қараганда, юзаси мумсимон ялтироқ бўлиб, марказида киндиксимон ботиқ кўриниб туради. Уст қисмида бир-бирига перпендикуляр жойлашган чизикчалар ҳам аниқланади (Уикхем сеткаси). Тошмалар кўшилиб, пилакчалар ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда тугунчалар теридан анча кўтарилиб туради.

Тошмаларнинг асосий жойлашадиган соҳаси: қўл ва оёқ панжаларининг юза қисми, билакнинг ички юзаси, билак панжа бурмаси, тиззанинг олд юзаси, оғиз шиллиқ пардаси: лунж, тил, милк, танглай, лаб қизил хошияси ва жинсий аъзолар соҳаси ҳисобланади.

Оғиз шиллиқ пардасида қизил ясси темиратки турли хил клиник кўринишга эга бўлади ва унинг 6 тури тафовут этилади: типик, экссуватив гиперемик, эрозив-ярали, буллёз, гиперкератотик ва атипик.

Типик турининг клиник кўриниши – ўлчами 2 мм майда оқишқўнғир тусли, ялтироқ тугунчалар холида кузатилиб, тугунчалар бир-бири билан қўшилиб тўр, чизик-чизик, баргсимон шаклларни ҳосил қилади. Тилда тугунчалар 1 см гача пилакча кўринишида бўлади ва

лейкоплакияни эслатади. Юзасидаги қўнғир оқиш парда шпател ёр-
дамида қирилса кўчмайди.

Лаб қизил хошиясида кўшилган тугунчалар айрим ҳолларда юл-
дузсимон шаклга эга бўлади. Кўп ҳолларда кўшилиб йўл-йўл кепак-
ланувчи пилакчалар ҳосил қилади. Кўпроқ юзани қопласа беморлар
куруклаш ва иссиқ, дағал овқат қабул қилиш вақтида бироз оғриқ ҳис
этадилар. Лунж шиллик пардасида жойлашган тугунчалар тиш илдиз-
лари атрофи, тил, милк оғиз тубини жароҳатлайди, кўпроқ қуйи лаб
жароҳатланади.

Экссудатив гиперемик тури типик тугунчалар тошиши билан ха-
рактерланади, тошмалар қизариб шишган шиллик пардаларда жойла-
шади. Бу тури оғриқ билан кечиб, оғриқ, асосан, иссиқ, аччиқ, дағал
овқат қабул қилиш вақтида кучаяди.

Оғир кечиб, даволаниши қийин кечувчи эрозив-яралли туридир.
Бу тур типик ва экссудатив гиперемик турининг асорати ҳисобланиб,
ўта яллиғланган ўчокларнинг травматизацияси натижасида вужудга
келади. Бу турида оғиз шиллик пардасида, лабда эрозия, кам ҳолларда
яра ҳосил бўлади, улар атрофи гиперемияланган асосда типик тугун-
чалар жойлашади. Эрозиялар нотўғри шаклга эга, фибриноз парда би-
лан қопланган, парда кўчирилса осон қонайди. Улар ҳам майда ва
оғриқ ривожланмаган бўлади. Айрим ҳолларда кўплаб, жуда оғрувчи
эрозиялар пайдо бўлади. Бу хил эрозиялар узок муддат, йиллаб бит-
маслиги мумкин. Даволаш оқибатида эрозиялар битиб, даво тўхтатил-
гач қайта пайдо бўлиши кузатилади.

Эрозив-яралли қизил ясси темирлаткининг қандли диабет ёки ха-
фақон билан бирга учрашини Гриншпал синдроми деб аталади. Бун-
дай ҳолларда қизил ясси темирлаткининг кечиши, қандли диабет ёки
хафақонга боғлиқ, қонда қанд миқдори ва қон босими нормаллашса
тошмалар регресси кузатилади.

Оғиз шиллик пардасида жуда кам учровчи атрофик тури эрозив-
яралли турнинг давоми ҳисобланади.

Буллёз турида типик тугунчалар билан бир қаторда игна учидан
то ловия катталигигача борувчи пуфакчалар кузатилади, пуфакчалар
томи таранг ва қалин бўлади. Оғиз шиллик пардасидаги пуфакчалар
бир неча соатдан 2–3 кунгача сақланади. Улардан ҳосил бўлган эро-
зиялар тезда битади ва бу белги буллёз турини эрозив-яралли турдан
фарқ қилдиради.

Қизил ясси темирлаткининг атипик тури, асосан, юқори лаб шил-
лик пардаси ва у билан тегиб турадиган юқори жағ милкларида уч-

райди. Юқори лабнинг марказий қисмида аниқ чегарали, гиперемия ўчоқлари кузатилади, ўчоқлар симметрик. Бу ўчоқлар атрофи шиллик пардасидан яллиғланган инфильтрат ва шиш ҳисобига кўтарилиб туради, улар юзасида бироз хиралашган эпителий оқиш пардага ўхшаб кўринади, у шпатель ёрдамида қирилса кўчмайди. Кўпинча ўчоқлар юзасида сўлак безлари чиқарув найчаларининг учи кенгайган ҳолатда бўлади (иккиламча glandуляр хейлит), юқори лаб шиши кузатилади. Кўпчилик беморларда юқори милқлар сўрғичлари қалинлашган, бироз шишган, гиперемияланган бўлиб, енгил таъсиротдан қонайди, шпатель билан енгил ишқаланса эрозия кузатилади. Сўрғичлар юзасида нозик, оқиш тўр кўринади. Беморлар оғрик ва ачишишдан шикоят этадилар, айниқса иссик, ўткир овқат қабул қилиш вақтида оғрик кучаяди.

Юқорида кўриб чиқилган қизил ясси темиратки турлари бирига айланиши мумкин. Қизил ясси темиратки оғиз шиллик пардасида узоқ йиллар сақланиши мумкин, бунга соматик ҳамда тиш касалликлари сабаб бўлиши мумкин.

Этиопатогенези. Оғиз шиллик пардасида қизил ясси темиратки пайдо бўлиши, узоқ кечиши, давога чидамлилиги маълум даражада беморда сурунқали касалликларнинг борлигига, натижада организм химоя вазифасининг сусайишига олиб келади. Бу борада биринчи навбатда ошқозон-ичак тизими касалликлари, жигар, ошқозон ости беши ҳолати аҳамиятга эга. Айрим кишиларда касаллик бевосита томир (хафакон) ва эндокрин (қандли диабет) патологиялари билан боғлиқ. Маълум даражада оғиз шиллик пардасининг тиш патологияси туфайли травматизацияга учраши сабаб бўлади. Турли хил металллардан тайёрланган қоплама тишлар сўлак таркибига жиддий таъсир этади, сўлак таркибида металл заррачалари кузатилиб, гальваник тоқлар ҳосил бўлади. Бу ҳолат сабаб ферментлар ажралиши секинлашади, бу ҳам касаллик келиб чиқишида маълум аҳамиятга эга.

Ташхис. Қизил ясси темираткининг типик хилларда, айниқса тегида тошма бўлса ташхис қийинчилик туғдирмайди. Агар тошма фақат оғиз шиллик пардасида жойлашса ташхис қўйиш бироз қийинроқ бўлади.

Оғиз шиллик пардасидаги қизил ясси темиратки клиник кўриниши лейкоплакия, қизил югирик, захм тутунчалари кўринишига ўхшаб кетади.

Лейкоплакияда қизил ясси темираткидан фарқли ўлароқ қўнғир тусли, сидирға пилакчали муғузланиш кузатилиб, ўчоқда расмига ўхшашлик йўқ.

Қизил югирикда ўчоқ гиперемияланган, инфильтрацияланган, ўчоқ юзаларида майда нуқта мисоли гиперкератоз кузатилади, ўчоқ марказида атрофия бўлади ва бу хил ўзгаришлар қизил ясси темираткига хос эмас.

Захм тугунчалари одатда йирик, думалоқ суйри шаклли, юзалари кўнғир оқиш тусли парда билан қопланган, қирилса кўчади ва тугунча юзасидан рангсиз трепонема аниқланади. Бу хил беморлар қон зардобиди RW мусбат бўлади.

Эрозив-яралли қизил ясси темираткини оддий пўрсилдоқ яраси билан қиёслаганда пўрсилдоқ яра эрозиялари атрофида типик тугунчалар бўлмайди, аммо эрозия атрофидаги тикланаётган эпителий оқиш-перламутр рангида бўлиб, қизил ясси темиратки тугунчаларнинг кўшилганига ўхшайди. Бундай ҳолларда босма-суртма таҳлили ўтказиш керак. Пўрсилдоқ ярада акантолитик ҳужайра аниқланади.

Лейкоплакиянинг эрозив турида эрозия атрофидаги муғузланиш ўчоқлари расми йўқ бўлади ва сидирға пиллакча ҳолида кузатилади, атроф шиллик пардасидан маълум даражада кўтарилиб туради.

Кўп хилли экссудатив эритмада шиллик пардада ривожланган гиперемия, шиш кузатилади, улар юзасида эса пуфак ва нотўғри шаклли эрозия, фиброз парда билан қопланган бўлиб, кучли оғрик безовта қилади. Эрозия атрофида тугунчалар бўлмайди. Жароҳат 4–6 хафтада битади.

Прогноз. Касаллик хушфееъ кечади, аммо узоқ давом этади. Айнакча, эрозив-яралли тури оғир ва узоқ кечиб, беморлар овқатланиши, ҳатто гапириши оғриқли ва қийин бўлади.

Давоси. Патогенетик даво тайин этиш учун беморлар диққат билан текширилиши шарт.

Биринчи навбатда ошқозон ичак тизими текширилади, қонда қанд миқдори аниқланади, қон босими аниқланади, беморнинг асаб-психик статуси (ҳолати) текширилади. Оғиз шиллик пардасида жойлашган қизил ясси темиратки кузатилса ҳамма беморлар оғиз бўшлиғи санация қилинади: ҳар хил металл қопламалари олиб ташланади ва рационал протезлаш аҳамияти катта, у медикаментоз даво билан бирга олиб борилади. Бу беморларга иссиқ, дағал овқат қабул этиш ман этилади, экссудатив-гиперемик ва эрозив-яралли турида ўткир ва ширин овқатлар ман этилади.

Касалликнинг барча турида седатив терапия, типик экссудатив гиперемия турида ретинол-ацетат, "А" витамини концентрати (10 томчидан 3 маҳал кунига, 2 ой давомида, 2 ой танаффус билан), узоқ

вақт "В" гуруҳи витаминлари қабул этиш, айниқса никотин кислотаси тайин этилади.

Эрозив-яралли ва буллёз турида преднизолон 20–25 мг кунига (триамцинолон 16–20 мг, дексаметазон 3–3,5 мг), хингамин 0,25 г дан 1–2 марта кунига, 4–6 ҳафта давомида, никотин кислота (0,05 г кунига 3 маҳал овқатдан сўнг) ёки теоникол 1 таб х 3 маҳал ёки м/о 1–1,5 ой давомида). Преднизолон миқдори 7–10 кунда 5 мг дан камайтириб берилади.

Чегараланган эрозив-яралли турида ўчоққа гидрокортизон суспензияси ёки преднизолон тайинланади. Инъекция 3 кунда 1 марта 1–1,5 мл. Ҳар бир эрозияга босқичда 8–12 инъекция. Бундай босқич даво ҳар 3–4 ойда қайтарилиб туради.

Узоқ битмовчи яққа эрозиялар бўлса, жарроҳлик усулида кесиб ташлаш ёки криодесструкция яхши натижа беради. Гормонал малҳамлардан суртиш ўткир яллиғланишни камайтириб, эрозияларни битказди.

ЖИБЕРНИНГ ПУШТИРАНГЛИ ТЕМИРАТКИСИ (PITYRIASIS ROSEA GIBERT)

Жибернинг пушти рангли темираткиси тез-тез учраб турадиган тери касаллиги бўлиб, қизил-пушти роеоласимон доғларни тана терисида пайдо бўлиши билан кечади.

Этиологияси. Келиб чиқиши аниқланмаган. Лекин, вируслар ва бактерияларни касаллик патогенезидаги ўрни кўп муҳокама бўляпти.

Клиникаси. Айрим беморлар касаллик кўзга кўринмасдан олдин бироз иссиқлиги ошганга ва дармонсизликка, камроқ бўғимларда пайдо бўлган оғриқларга эътибор қилади. Касаллик терида битта қизилсимон рангли, овал тангачани эслатадиган (она пилакча), катталиги ўртача 3–4 см келадиган, чегаралари аниқ бўлган доғ билан бошланади. Бир неча кун ичида, атроф қисми енгил инфилтрация ҳисобига сал кўтарилади, пилакча маркази эса сариксимон-пушти бўлиб, усти гижимланган папирос қоғозига ўхшаб қолади ва майда кепакланиш кўринади. Она пилакча кўрингандан 3–4 кун кейин, сони кўп, майда пилакчалар (қизча пилакчалар) аста-секин пайдо бўла бошлайди. Тошмалар одатда кўпроқ танада, камроқ оёқ-қўлларда, майда 1–3 мм дан то 1–2 см гача катталиқда бўлиб, Лангер чизиклар йўналиши бўйича жойлашадилар. Айрим беморлар енгил кичишиш борлигига эътибор қиладилар.

Касалликни даволамаса ҳам 4–6 ҳафта ичида йўқолиб кетади. Аммо бемор ванна, душ қабул қилиб ёки маҳаллий кучли таъсирловчи малҳамлар ишлатса, янги тошмалар пайдо бўлиб, касаллик узок вақтга чўзилиши мумкин.

Ташхиси.

Она пилақча, кейинчалик қизча пилақчалар пайдо бўлиши, уларнинг жойлашиши аниқ ташхис қўйишга асос.

Дифференциал ташхиси.

1. Теридаги замбуруғ касалликлар (микроскопик усулда замбуруғ борлиги аниқланади).

2. Розеолез захм серореакциялар орқали аниқланади.

3. Псориаз (тугунчалар, кучли кепакланиш, Ауспитц учлиги).

4. Токсикодермия ўткир кечади, оғриқ ва ачишиш бўлади.

Давоси.

Маҳаллий кортикостероид ёки индифферент малҳамларни ишла-тиш мумкин.

ДЎМБОҚЧАЛАР БИЛАН КЕЧАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

Дўмбоқчалар терининг сурункали инфекция (юқумли) специфик касалликларда (тери сили, мохов, учламчи захм, лейшманиоз) ва айрим сабаби аниқланмаган (саркоидоз) дерматозларда учрайди.

ТЕРИ СИЛИ (Tuberculosis cutis)

Тери сили умумий организмдаги сил инфекциясининг бир кўри-ниши бўлиб, одатда бор ички аъзоларни туберкулёз жароҳатидан, аксарият ички суперинфекцияланиш натижасида терига тарқалиб вужудга келади. Текширганда, умумий туберкулёзга хос беморнинг ташқи кўриниши ва ички аъзолар яллиғланишининг объектив белгиларига қўшимча, терида ўзига хос тошмалар, яъни дўмбоқчалар борлиги аниқланади. Тери сили бутунги кунда жуда кам учрайди. Лекин кейинги йиллар кўп давлатларда ижтимоий касалликларини эпидемик ҳолатда ошиб кетиши ва улар ичида сил касалликнинг ҳам кўпайиши албатта эртага терининг специфик яллиғланишини, яъни тери сили ошиб кетишига келтиради.

Этиологияси. *Mycobacterium tuberculosis* (Кох ,1882 й.) спирт ва кислота таъсирига жуда чидамли таёкча бўлиб, беморнинг ажралмасида кўп миқдорда топилади. Лекин сил кам юқумли, сурункали, секин ривожланиб кечадиган касалликлар гуруҳига киради.

Тери силининг клиник кўринишлари хилма хил бўлиб, кўпроқ микобактериянинг вирулентлиги ва унинг тури, организмнинг иммунитет ва кураш қобилияти, беморнинг меҳнат ва турмуш шароитлари, овқатланиш сифати билан боғлиқ бўлади.

Тери силини икки гуруҳга ажратадилар:

1. Чегараланган (сил югириги, яъни оддий волчанка, скрофулодерма, сўгалсимон, ярали, сил шанкр) тери сили.

2. Тарқалган (папуло-некротик, Базен индуратив эритемаси, лихенсимон, миллиар тарқалган волчанка, ўткир тарқалган миллиар) тери сили.

Амалиётда, умумий амалиёт шифокори, бемордаги белгиларга (дўмбоқча) асосланиб сил касаллигини аниқлаб ёки борлигидан шубҳаланиб, мутахассисга юборса, у катта ёрдам берган бўларди. Чунки тери силининг турларини бир-биридан ажратиш ва даволаш кўпроқ фтизиатр ёки дерматовенеролог мутахассисларнинг вазифасидир.

СИЛ ЮГИРИГИ (сил волчанкаси)

Сил югириги – тери силининг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, асосан, ёшликдан бошланиб, кўпроқ беморнинг юзидаги терисини жароҳатлайди. Кўп халклар, қолаверса олимлар эски даврдан, бу теридаги хунук жароҳат ўчоғларини бўри ғажиган инсон терисига ўхшатиб, касалликка “волчанка” деб ном берганлар. Шундай қилиб, асосий жароҳатлар беморнинг юзида бўлса, айрим беморларда қўл-оёқларда ёки танада жойлашиши мумкин. Тошмалар одатда аввал терида ёки буруннинг шиллиқ пардаларда пайдо бўлиб, кейинчалик атрофга тарқалиб кетиши мумкин.

Клиникаси. Туберкулез дўмбоқчалари (люпомалар) чуқур жойлашиб, бошланишда сариксимон-кизил рангли, майда 2–5 мм катталикдаги, аниқ чегарали доғ бўлиб кўринади.

Бир неча ойлар ўтиб, яллиғланиш кучаяди ва дўмбоқчалар тери сатхидан аниқ кўтарилиб кўзга ташланиб турадиган бўладилар. Дўмбоқчаларни пайпаслаганда юмшоқ консистенциялиги аниқланиб улар одатда оғриксиз кечади. Вакт ўтиб улар катталашиб бир-бири

билан кўшилиб кетиши мумкин. Дўмбоқчани буюм ойнаси билан босилса (диаскопия усули), яллиғланган ўчоқдаги қон томирлар қисқариб қонсизлангани оқибатида тошмалар ранги ўзгаради ва сариксимон-қизил рангли дўмбоқчалар кўпроқ оқиш-сарик кўринишга эга бўлади ва олма желесини эслатади (олма желеси симптоми). Иккинчи туберкулёзга хос бўлган симптом ёки Пospelов А. симптомини (зонд тушиб кетиши симптоми) аниқлаш учун, ўтмас зонд билан дўмбоқча устидан босилади. Бемор терисида қонлаган ва эластик толлари касаллик оқибатида парчаланган бўлгани учун улар, эпидермисдан ўтгандан кейин, қаршилиқ кўрсатмасдан босилган зонд терига енгил кириб кетишига асос бўлади.

Сил югирикда ва тери яллиғнинг бошқа турларида ҳам дўмбоқча кейинчалик яраланиб битади ёки қуруқ битиш йўли билан сурилиб, йўқолиб ўрнида чандиқли атрофия қолдиради. Чандиқли атрофия ўчоғининг териси нозик, юпка худди ғижимланган папирос қоғозидек бўлиб, ялтираб туради. Дўмбоқча ўрнида яра пайдо бўлса, унинг атроф четлари юмшоқ, осилиб турадиган, ости нотекис ва кўп миқдорда сероз-йирингли, енгил қонаб турадиган ажралма кўришиб туради. Чандиқлар юзасида вақт ўтиб, янги дўмбоқчалар вужудга келиши тери силига жуда хос белгидир.

Сил югирик касаллиги турли клиник кўринишда бўлиши мумкин ва ҳаммасида ҳам регионар лимфатугун яллиғланиб, катталашиб, бири бири билан боғланиб қолади ва бемор оғриқ борлигини сезади.

Сил югириги ёшлиқда бошланиб, кўп йиллар давомида сурунка, вақти-вақти билан ўткирлашиб кечади ва терининг анчагина қисмини жароҳатлаши натижасида кўпроқ иккиламчи инфекцияланиш белгилари ва баъзан ўрнида хавфли ўсмалар вужудга келиши аниқланиб туради.

Ташхиси.

1. Беморнинг ташки кўриниши.
2. Ички аъзолар туберкулези.
3. Теригаги дўмбоқчалардан иборат тошмалар ва клиник белгилар (олма желеси ва зонд тушиб кетиш симптомлари).
4. Тери биопсияси (гранулема, казеоз некрози).
5. Сил микобактерияларни излаш.

Дифференциал ташхиси:

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

СКРОФУЛОДЕРМА (Scrofuloderma)

Скрофулодерма ёки колликуватив тери сили тез учраб турадиган ва кўпроқ ёш болалар орасида тарқалган. Касаллик кўпроқ ўпка ва бошқа ички аъзолардаги сил ўчоқларидан териغا иккиламчи тарқалиб, кўпда лимфатик томирлар билан боғлиқ бўлади.

Клиникаси. Скрофулодермада шарсимон, диаметри 1–3 см лик, тери ости ёғ клетчаткасида ва кўпроқ лимфатик томирлар йўналиши бўйича жойлашган тугунлар аниқланади. Уларнинг сони биттадан бир нечагача етиши мумкин. Улар қаттиқ консистенциялик, ҳаракатчан бир-бири билан боғлиқсиз ва оғриксиз бўлади. Устидаги тери ўзгармаган. Кейинчалик тугунлар катталашиб атрофидаги тўқималар ва тери билан қўшилиб ҳаракатчанлигини йўқотади, устидаги тери кўкимтир-бинафша рангга киради. Вақт ўтгач тугунлар юмшаб, устидаги тери юпқалашиб флюктуация ривожланади ва бир ёки бир нечта жойдан ёрилиб (свиш) кўп тешикли яралар пайдо бўлади. Яраларнинг кирралари чуқур ва юмшоқ, нотекис, осилиб турган бўлади ва тезда қон қўшилиб кўп миқдорли йиринг ажратиши характерлидир. Кейинчалик яраларда сариксимон грануляциялар пайдо бўлиб устида чўнтакчалар вужудга келади ва уларнинг тўқималари энгил парчаланиб, узилиб туради. Яралар яхши бўлиб устида турли хил ўсиклари бор, нотекис характерли чандиқлар ҳосил қилади. Айрим сабабларга кўра касаллик қайта ривожланса, чандиқ устида янги тошмалар вужудга келиши мумкин. Беморнинг умумий аҳволи деярли бузилмайди.

Дифференциал ташхиси:

Syphilis gummosa.

Ectima vulgaris.

Gidroadenitis.

Тери силини даволашда ва профилактикасидаги ҳаракатлар:

1. Умумий сил жароҳатларини излаб бутун организмни даволаш (ПАСК, стрептомицин, рифампицин, фтивазид, тубазид);
2. Организмнинг умумий қувватини оширадиган ҳаракат (сифатли овқатланиш);
3. Атроф муҳитдаги негатив ижтимоий-иқтисодий омиллар аҳамиятини бартараф этишга қаратилиши лозим.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ. БОРОВСКИЙ КАСАЛЛИГИ (Leishmaniosis cutis)

Тери лейшманиози – эндемик, паразитар, юқумли трансмиссив касаллик. Касаллик вужудга келиши учун албатга инфекция резервуаридан (бемор одам ёки хайвон) москит (инфекция ташувчи) қон билан бирга касаллик қўзғатувчисини (*Leishmania tropica*) ютиб олиши керак ва кейинчалик бу москит соғ одамни чақиб унга юктириши мумкин.

Этиологияси. 1898 йилда Тошкент ҳарбий госпитал шифокори П.Ф.Боровский томонидан касаллик қўзғатувчиси аниқланган. Кейинчалик (5 йилдан кейин) Ҳиндистоннинг турли шаҳарларида ишлаётган инглиз олимлари Лейшман ва Донован, бир-биридан ва П.Ф.Боровскийнинг ишларидан беҳабар ҳолда висцерал лейшманиози қўзғатувчисини аниқлайдилар ва уларни номи билан у *Leishmania donovani* деб номланади. Инглиз олимлари П.Ф.Боровскийнинг илмий натижалари билан танишгандан кейин (1945 й), тери лейшманиозини қўзғатувчиси учун Боровский таначалари деган синоним киритганлар.

Эпидемиологияси. Лейшманиозга қарши курашдаги ютуқларнинг асосий қисми ҳудудимизда хизмат қилган олимлар ва мутахассислар номлари билан боғлиқ. Висцерал ва тери лейшманиозининг шаҳар турлари тўлиқ йўқотилган бўлса, тери лейшманиозининг қишлоқ тури республикамызда бугунги кунда фақат манбаи бор жойда, яъни кемирувчилар яшайдиган чўл, қумлик воҳаларида учрайди. Бухоро, Навоий, Қашқадарё, Сурхондарё, Хоразм вилоятлари ва Қорақалпоғистон республикасининг айрим чўл воҳаларида, асосий инфекциянинг сақловчилари ичидан кўпроқ қизил думли қумсичқони ва нозик оёқли юмронқозиқ танилди. Улардан одамга, қон сўриб олиш вақтида инфекцияни юктирадиган, касалликни ташувчи бўлиб чивин (москит) *Phlebotomus papatachi* топилди. Олдинги йилларда кўп тарқалган тери лейшманиозининг бутун кам учрашининг асосий сабаби бўлиб келтирилган касалликни эпидемиологик занжирини аниқлаб, унинг узишга қаратилган ҳаракатлар бўлди.

Классификацияси. Тери лейшманиозининг шаҳар тури (синонимлари биринчи тип, кеч яраланадиган, ашхабадка, кокандка, йил яраси), қишлоқ тури (иккинчи тип, ўткир некрозланадиган, пендинка, мурғаб яраси) ва учинчи тип ёки туберкулоид лейшманиозини ажратадилар.

Клиникаси. Москитнинг қон сўриб терини жароҳатлаган жойида кейинчалик, инкубацион даври ўтиб касалликка мос тошмалар, яъни лейшманиомалар пайдо бўлади. Одатда, москит бир ўтирганда, сакраб-сакраб терининг бир неча жойида қон сўрар экан ва ҳар чаққан жойида кейинчалик лейшманиома пайдо бўлиб, беморнинг терисида биттадан бир неча юз лейшманиомаларгача бўлиши мумкин. Лейшманиомалар сонига қараб эпидемиологик ҳолатга баҳо бериш мумкин.

Лейшманиознинг қишлоқ тури қисқа 2–3 ҳафталик инкубацион даврдан кейин, терида биринчи кундан, ўткир яллиғланиш белгилари билан кечадиган фурункулсимон тугун ёки шаҳар лейшманиозидагидек дўмбоқчалар билан бошланиши мумкин. Бу лейшманиоманинг марказидан 1–2 ҳафта ўтгач некроз ҳосил бўлиб, бу ерда нотекис, чуқур чегарали яра вужудга келади. Яранинг шакли нотўғри овал бўлиб, нотекис туби сарғиш-қулранг некротик парда билан қопланган бўлиши мумкин. Пайпаслаганда яранинг тагида ва яқин атрофида ҳамирсимон бўш инфилтрат аниқланади. Айрим ҳолатларда, қўшимча жароҳат оқибатида бемор оғриққа шикоят қилиши мумкин. Лейшманиомадан бир неча сантиметр узокликда, майда иккиламчи лейшманиомалар, яъни тугунчалар (“бугорки обсеменения”) пайдо бўлиб, яраланиб ва кейинчалик бир-бирига қўшилиб кетиши мумкин. Лейшманиознинг икки турига ҳам оғриқсиз регионар лимфа томирларнинг яллиғланиши характерлидир ва бу томирларнинг устки қисми нотекислиги билан тасбеҳни эслатиб туради (“тасбеҳ симптоми”).

Лейшманиознинг қишлоқ турида яралар тезда (2–3 ой) 4–6 см ва ундан каттароқ бўлиб, атрофида кўтарилиб турган валиксимон инфилтрат (ҳалқа) билан ажралиб туради. Кейинчалик яра некрозлардан тозаланиб, устида баликнинг қизил тухумларини эслатадиган грануляциялар ривожланади ва юқорига ўсиб кетади. Беморда “баликнинг қизил икриси” симптомига хос кўриниш ривожлангани – яралар тезда яхши бўлиб кетишининг белгиси бўлади.

Яранинг ўрнида пайдо бўлган чандик, кўп йиллардан кейин ҳам беморнинг лейшманиоз билан касалланганини кўрсатиб туради. Бу атрофик чандик штамп қўйилгандек аниқ чегарали, усти текис ва ялтироқ, чегара қирраси нотекис фестонсимон, атрофида вақтинчалик гиперпигментация ҳам бўлиши мумкин. Шундай қилиб ўткир некрозланадиган қишлоқ лейшманиозида биринчи тошмалар вужудга келгандан то яралар битгунгача 2–3 ойдан 5–6 ой ўтиши мумкин. Шаҳар лейшманиозида бу давр ўртача 1 йилга тенг бўлади ва олдиндан, кўп ҳалқлар бу касалликга “йил яраси” деб ном беришларига асос бўлган.

**Тери лейшманиози шаҳар ва қишлоқ турларининг
дифференциал ташхиси**

Белгилари	Шаҳар (антрапоноз) хили	Қишлоқ, чўл (зооноз) хили
Синонимлари	1-тип, кеч яраланадиган лейшманиоз, ашхабад, кўқон турлари, йил яраси	2-тип, ўткир яраланадиган лейшманиоз, пендинка, Мурғоб яраси
Инкубацион даври	Узоқ, одатда 2–3 ой, баъзан 1–2 йил	Қисқа, одатда 1–4 ҳафта
Бирламчи элемент	Папуласимон дўмбоқчалар	Ўткир яллиғланган фурункулсимон инфилтратлар, дўмбоқча
Жараённинг ривожланиши	Секин	Тез
Яранинг пайдо бўлиш вақти	3–6 ой ёки ундан кўп вақт ўтиб	1–3 ҳафтадан сўнг
Лимфангоитлар (тасбех сиптоми)	Кам	Кўп
Иккиламчи дўмбоқчалар сони	Жуда кам	Кўп
Жойлашиши	Юзда кўп учрайди	Нисбатан оёқларда кўп учрайди
Эпителизациянинг ҳосил бўлиш вақти	Бир йил ва ундан кўп	2–6 ой
Фаслга боғлиқлиги	Касаллик йил давомида пайдо бўлиши мумкин	Касаллик, асосан, ёз-кузда (июл-октябр ойларида) учрайди
Эпидемик тарқалиши	Камдан-кам ҳолларда	Тез-тез учраб туради
Инфекциянинг манбаи	Одам	Кемирувчилар
Тарқалган жойлари	Асосан шаҳарда	Чўл, қишлоқ, шаҳарга яқин жойларда
Лейшманиомаларда Боровский таначасининг сони	Кўп	Кам
Оқ сичқонлар учун вирулентлиги	Кам даражада	Юқори даражада
Иммунитет пайдо бўлиши	Шаҳар хили билан касалланган бемор қишлоқ хили билан яна касалланиши мумкин	Қишлоқ хили билан касалланган бемор бошқа касалланмайди
Қўзғатувчиси	L. Tropica minor	L. Tropica major

Профилактикаси. Касалланиш фақат йилнинг иссиқ, чивинлар кўп учадиган ойларда, яъни май – ноябрда учрайди. Касалликнинг олдини олишга қаратилган турли ҳаракатлар мақсади фақат келтирилган эпидемиологик занжирларни бузишга қаратилиши лозим. Яъни, қишлоқ лейшманиозиди бу ҳаракатлар инфекция резервуари бўлмиш кемирувчиларни йўқ қилмоқ зарур ёки инфекция ташувчиси москитларни йўқотиш керак ёки соғ одамларни бу чивиндан ҳимоя қилиш лозим. Мутахассис бор имкониятларини ва ҳудуддаги эпидемиологик ҳолатни кўзда тутиб ҳаракат қилиши зарур.

Эпидемиологик занжир

Шаҳар лейшманиозиди:

Касалланган инсон – Москит – Соғ одам.

Қишлоқ лейшманиозиди:

Касалланган кемирувчи ҳайвон – Москит – Соғ одам.

1. Кемирувчи ҳайвонларни қишлоқ атроф ерларини кўздан кечириб, сичқонлар ковакларини хлорпикрин, цианидлар билан заҳарлаш усули билан йўқотиш.

2. Чивинларни – улар яшайдиган турғун сув ҳовузларни инсектицидлар (ДДТ, тиофос, гексохлоран) билан заҳарлаш.

3. Соғ одамларни ҳимоя қилиш – пашшахона, репеллентларни («Тайга» малҳами, чиннигул ёғи, диметилфталат, керосин, айрим эфир ёғлар) ишлатиш.

4. Касалланган инсонда умрбод сақланадиган иммунитет ривожланганини кўзда тутиб, эндемик ҳудудларга чиқиб кетишни мўлжаллаган (экспедиция) одамларга, бугунги кунда турли эмлаш усуллари тақлиф қилинапти.

Даволаш. Тери лейшманиозининг бугунги кундаги даволаш натижалари қониқарли эмас. Бунинг асосий сабаби, мономицин амалиётдан олингандан кейин (токсик таъсир борлиги учун), бошқа талабларга жавоб берадиган специфик препарат топилмади. Бемор даволанмаса ҳам, вақти келиб касаллик ўз-ўзидан ўтиб кетишини кўзда тутганда, шифокорнинг асосий вазифаси бўлиб, беморга – оғриқ безовта қилса аналгетиклар бериш ва яраларни иккиламчи инфекциядан ҳимоя қилиб антибактериал ва антисептик малҳамлар билан бирга, яраларни тез беркилиб кетишига қаратилган воситалар берилади.

МОХОВ (LEPRA)

Мохов – оғир, юқумли, аниқланмаган узок инкубацион давр, турли бой клиник белгилар ва кўп ички аъзолар ва системалар жароҳатлари билан кечадиган одамга хос касалликдир. Касаллик эски замондан кенг тарқалган бўлиб одамзодга кўп қийинчиликлар келтирган. XII–XIII асрларда Европа давлатларида эндемия ва пандемия ҳолатида кечган ва биринчи кураш ҳаракати бўлиб, касаллик белгилари бўлган кимсалар шаҳар-қишлоқлардан чиқариб юборилган ва моховхона ёки мохов қишлоқлари вужудга келган. Айрим давлатларда беморларга бўлган муносабат ундан ҳам даҳшатли бўлган. Бугунги кунда рўйхатга олинган беморларнинг сони 12 млн бўлиб, уларнинг асосий қисми Африка, жанубий-шарқий Осиё ва Осиё давлатларида яшайди. Касаллик, асосан, бу ердаги аҳолининг ижтимоий ва иқтисодий аҳволи, маданий савияси паст бўлган қисмида учрайди.

Этиологияси. Мохов кўзгатувчиси 1871 йил Hansen томонидан аниқланган ва 1931 йил унга *Mycobacterium leprae hominis* номи берилди. Улар туберкулёз микобактериясини эслатадиган, спирт ва кислота таъсирига жуда чидамли, узунлиги 1,5–6 микрон ва кенлиги 0,2–0,5 микронга тенг таёқчалар бўлиб, кўпинча параллел сигарасимон ёки шарсимон бўлиб жойлашадилар. Бугунги кунгача унинг соф ундирма (культура)си олинмади ва фақат кейинги йилларда ҳайвонларда (броненосец) экспериментал чақириш имконияти топилди. Бемор, айниқса янги тошмалари бўлса жуда кўп миқдорда лепранинг кўзгатувчисига эга бўлиб, уларни доимо ажратиб туришга муносиб бўлади. Микобактериялар кўп миқдорда инсоннинг деярли ҳамма суюқликлар ва ажрамаларида топилади. Мисол буруннинг шиллик кавати суюқлигидан бемор бир аксирганда ёки тинч 3–4 минут гапирганда бир неча юз минг бациллалар атрофга ажралиб кетади. Бацилла танага фақат тери ёки шиллик каватлар бутунлиги бузилган жойидан кириши мумкин ва инсоннинг химоя кучлари жуда камайиб кетган ҳолда касаллик ривожланиши мумкин. Бугунги кунда мохов касаллигини кам юқумли деб танидилар ва унинг юқтирилиши мумкин бўлган даврлари бу, асосан, гўдак, кичик ёшдаги болалик даври деб биладилар.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 1–2 йилдан то 15–20 йиллар ва ундан кўпроқ ҳам бўлиши мумкин. Айрим олимлар, моховнинг биринчи клиник тошмалардан олдин продромал даври борлиги ва унда ревматоид оғриқлар, парестезия ва гиперстезиялар мумкинлигини эслатадилар.

Моховнинг лепроматоз, туберкулоид ва дифференцияланмаган турлари ажратилади.

Булардан энг оғир ва юқумлиси лепроматоз мохов, яхши феълли туберкулоид ва улар ўртасида турган дифференцияланмаган туридир. Охиргиси, беморнинг ички ҳимоя кучларининг ривожланишига қараб ўзгариб туради. Яъни, қаршилик кучайса, касаллик – туберкулоид турига, пайсаё – ёмон феълли лепроматоз турига ўтиши мумкин.

Мохов касаллигида эритематоз, ялтирок, турли катталиқда бўлган овалсимон доғлар пайдо бўлади. Тезда улар занг рангли бўлиб, инфильтрация оқибатида зичлашиб боради ва ичида аста-секин катталлашиб борадиган тугунлар кўзга ташланиб қолади. Бу моховнинг асосий клиник тошмаси бўлиб лепрома дейилади.

Моховда, касаллик бошланиш давридан терида сезгувчанлик йўқолади. Текширилса беморда иссиқ-совуқни, оғриқни, босимни сезиш йўқолгани энгил аниқланади.

Вақт ўтиб, беморнинг қош, сочлари латерал томондан тушиб кетади ва ялтираб турган терида ривожланган инфилтратлар орасидаги катта тугунлар бир-бири билан қўшилиб, усти нотекис бўлиб, ўз оғирлигидан осилиб қолади. Бу мохов беморнинг юзи жуда характерли бўлиб, «шер афтини» эслатадиган кўриниш бериб туради.

Айниқса, моховнинг лепроматоз турида бурун, оғиз, кўз шиллик пардалари жароҳатланиши кўп учраб туради. Бу ерда сероз суюкликлар ажралиши камайиб тўхтаб қолади ва оқибатда буруннинг тоғай қисми жароҳатланиб қўтарилиб қолади, кўзларни эса бутунлай кўр килиб қўяди.

Моховнинг туберкулоид турига кўпроқ асаб системасининг жароҳатланиши ва терида юмшоқ дўмбоқчалар, гипопигмент доғлар, соч тўкилиши кўриниши ва беморда терлаш хусусияти йўқолиб кетиши характерлидир.

Дифференцияланмаган моховда кўпроқ эритематоз, гипопигментли ёки гиперпигментли доғлар билан, асаб толаларни симметрик жароҳатланиши, беморда параличлар, контрактулар ва чуқур атрофик яралар вужудга келади.

Мохов касаллигига тез-тез ўткирлашиб туриш характерлидир. Асабланиш, ички касалликлар ёки иккиламчи инфекция қўшилиши, фаслга мос ўзгаришлар бунга сабаб бўлади.

Ташхис. Албатта мутахассис томондан тўлиқ текширилгандан кейин ташхис қўйилади.

1. Терининг сезгирлик қобилятини аниқлаш.

2. Бактериоскопия – бурун шиллик қаватидан, лимфатугун пункцияси.

3. Гистамин синамаси – қизариш бўлмайди.

4. Минор синамаси – 10% йод суртиб, устидан крахмал, кейин актив ҳаракат. Терлаш оқибатида йод терини қора-бинафша рангга бўяйди. Моховда терлаш бўлмайди.

5. УФОга синама – гиперпигментация бўлмайди.

6. Лепромин синамаси (туберкулин синамасига ўхшаш).

Даволаш.

1. Сульфон препаратлари – ДДС (диаминдифенилсульфон), сульфетрон, лепросан, промин, диазон.

2. Беморнинг оила аъзоларини ва бошқа яқин мулоқотда бўлганларни текшириб, керак бўлса профилактик даво олиб бориш керак.

ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК ВАСКУЛИТЛАРИ

Васкулит термини билан (лот.vasculum, катта бўлмаган томир) ҳозирги вақтда майда қон томирларни ёки айрим вазиятда турли томирларнинг жароҳатланишини белгилайдилар.

Васкулитларни систем, генерализациялашган ва регионар, чегараланган гуруҳларга бўладилар. Бирламчи пайдо бўладиган васкулитлардан ташқари иккиламчи (специфик ёки носпецифик) бошқа бир инфекция (тошмали тиф, мохов, сил), интоксикациялик (кўрғошиндан) ёки аутоиммун (систем қизил югирик, склеродермия, дерматомиозит) касалликлардан кейин ривожланадиган турлари бор.

Этиологияси. Васкулитлар полиэтиологик касалликлар бўлиб, уларнинг вужудга келишига сурункали кечадиган инфекция (тонзиллит, флебитлар, аднекситлар, тери инфекциялари) бўлиб, кўпинча стафилострептококклар, камроқ вирус, микобактериялар ва замбуруғлар бўлади. Бундан ташқари, беморнинг озик-овқат ва доридармонга бўлган аллергияк гиперсезгирлик ёки ўзига хос иммунологик реакциялари борлиги касаллик патогенезида катта ўрин тутди. Патологик жараён натижасида қон томирлари яллиғланиб, деворлари некрозлашиб терида аниқ пурпура ривожланишига келтиради.

Классификацияси.

Юзаки аллергияк васкулитлар:

1. Геморрагик васкулит.
2. Геморрагик лейкопластикли микробид.
3. Тугунчали некротик васкулит.
4. Аллергик артериолит.
5. Тугунчали периартерит.

Чукур аллергик васкулитлар:

1. Ўткир тугунли эритема.
2. Сурункали тугунли эритема (нодуляр васкулит, миграцияладиган тугунли эритема, миграцияладиган гиподермит).

ГЕМОРРАГИК ВАСКУЛИТ (*Vasculitis cutis allergica*)

Геморрагик васкулит бу гуруҳнинг энг кўп танилган касалликларидан бўлиб, унинг келиб чиқишида асосий ўринда IgA туради.

Клиникаси. Кўпроқ 20–30 ёшдаги кимсалар касалланади ва бемор дармонсизликка, қориндаги оғриққа, терида эса ачишиш, кичиниш ва оғрик борлигига шикоят қилади.

Терида аниқ пайпасланадиган пурпура, яъни босганда йўқолмайдиган, тери сатҳидан озгина кўтарилиб турадиган геморрагик доғлар кўришиб, улар турли аллергик васкулитларнинг борлигини кўрсатадиган патогномоник симптоmdir. Айрим ҳолатларда теридаги тугунчасимон инфилтратлар, каварчик ёки геморрагик экссудатли пуфаклар вужудга келади. Тошмалар аксинча симметрик, оёқ-қўлларнинг эгилувчан дистал қисмларида, катта бўғимлар атрофида, юз ва кулоқ, шиллик қаватларда борлиги аниқланади. Тошмалар пайдо бўлишига ва ривожланишига веноз қонининг турғунлиги ёрдам беради.

Таъхиси.

7-жадвал

Тери аллергик васкулитларининг диагностика мезони

Диагностик мезон	Таъриф
1.16 ёшдан катта	Касаллик 16 ёшдан сўнг бошланган
2. Дорилар билан даволаниш	Касаллик янги дори воситаси қабул қилингандан сўнг бошланган
3. Палпацияланадиган пурпура	Бир ёки бир неча тери соҳасидаги тери сатҳидан бироз кўтарилиб турувчи геморрагик тошма
4. Доғсимон-популез тошма	Бир ёки бир неча тери сатҳидаги турли хил ҳажмдаги доғ ёки папула

5. Тери биопсияси	Текширилаётган жисм ўзида артериола ва венулани ташкил этиши керак. Гранулоцитларнинг периваскуляр бўшлиқда ёки интерстициал тўқимада мавжудлиги
-------------------	--

Геморрагик васкулит – терининг аллергик васкулитларидан бири. Қуйидаги 4 мезондан камида 2 таси бор бўлса ташхис қўйилади:

Диагностик мезон	Таъриф
1. Палпацияланидиган пурпура	Тромбоцитопения билан асосланмаган тери сатҳидан бироз кўтарилиб турувчи тошма
2. 20 ёшдан катта бўлмаган	Касаллик 20 ёшда ёки каттарок бўлганда бошланади
3. қорин бўшлиғи хуружи	Таомдан сўнг кучаядиган қориндаги қуюқ оғриқ ёки ичак ишемияси деб қўйилган ташхис
4. Қон томирлари деворида гранулоцитларнинг мавжудлиги	Терининг гистологик текшируви артериола ва венула деворларида гранулоцитларни кўрсатади

Дифференциал ташхиси:

1. Инфекцион касалликлардаги геморрагик тошмалар (грипп, кизамиқ).
2. Совуқликдаги пурпура.
3. С, Р авитаминозидаги пурпура.

Давоси.

1. Антибиотиклар.
2. Кортикостероидлар.
3. Иммунодепрессантлар.
4. Қон томирлар деворини мустаҳкамлаш (аскорутин).
5. Маҳаллий қуруқ иссиқ, стероид кремлар.

ДИСХРОМИЯЛАР

Инсон терисининг ранги ундаги тўрт хил пигментдан, асосан, меланин миқдори билан боғлиқ бўлади. Қуёш нурлари таъсирида меланин миқдори ошиб кетади ва терида пигментация, яъни қорайиш (загар) вужудга келади. Буларнинг ортиши миқдорини ҳисобга олиб

терининг куёшга бўлган 6 хил сезгирлигини ажратадилар. Эпидермисда ортикча меланин тўпланиши меланоз деб айтилади.

Меланин пигментининг тўлик бўлмаслиги альбинизм ва чегараланган терида йўқолиши – витилиго дейилади. Гиперпигментли ва депигментли доғлар бирламчи ёки бошқа тошмалар сурилиб кетиб, ўрнида иккиламчи доғлар сифатида пайдо бўлиши мумкин.

ВИТИЛИГО (Vitiligo)

Ўтмишда кўп асрлар давомида, тарқалган оғир юқумли (мохов) касаллик белгиларидан ажратиб билмасдан, терисида оқ доғи бор инсонни жамиятдан четлатиб, шахар-кишлоқлардан чиқазиб қўйганлар ва бу одамларга бўлган ёмон муносабат айрим давлатларда бугунгача қисман сақланиб келади. Оқ доғлар оғримайди, ачишишмайди, фақат айрим беморларда кичишиш билан бошланиши мумкин. Лекин куёш нурлари таъсирида қорайиб кетган терида оқ доғлар контраст кўришиб, атрофдагиларнинг эътиборини ўзига жалб қилади ва беморнинг психологик кийналишига, ўзини-ўзи четга тортишига сабаб бўлади. Касаллик ҳамма миллатлар ва давлатларда учрайди, лекин айрим худудларда витилиго жуда тарқалган бўлиб ўртача 1% аҳолида учрайди.

Этиологияси. Витилиго сабаблари ноаниқ бўлиб, бутун бу полиэтиологик, турли ички аъзолар ва системалар бузилиши оқибатида вужудга келадиган касаллик деб биладилар.

Ўзбекистон худудида, бу жигар, ўт қоғи, қалқонсимон беши, ошқозон-ичак, асаб касалликлари, болаларда кўпроқ паразитар, аёлларда – анемия ва турли ички жинсий аъзоларининг сурункали яллиғланиш касалликлари бўлади. Айрим олимлар витилиго ривожланишига генетик мойиллик борлигини ва оила қурган яқин қариндошлар наслида бу касалликнинг ривожланиш хавфи юқорилигини кўрсатадилар.

Клиникаси. Терининг турли қисмларида, юзида, танасида, қўлоёқнинг кўпроқ энгил шикастланадиган бўғимлар устида, бир жойда (ўчоғли тури), бир томонда бир неча ўчоғлар (сегментар) ёки тарқалган (генерализациялашган) симметрик депигментли, аниқ чегарали доғлар бўлади. Оқ доғлар ранги гипопигментли даражадан то тиник оқ даражасигача бўлиб, улар секин катталашиб бир-бири билан қўшилиб кетиши мумкин. Оқ тери устидаги сочлар оқариши ҳам мумкин. Текширилса, терининг оғриқ, ҳарорат ва тақчил сезувчанлиги сақланган бўлади.

Касалликни акрофациал (оғизнинг атрофи, қўл-оёқ панжаси), универсал (тўлиқ терининг оқариши) турларини ва Сэттон касаллигини (пигментли ҳол атрофи оқариши) ҳам ажратадилар. Касаллик сурункали кечиб, доғлар катталашиб, бир бири билан қўшилишиб турган вақтда, айрим доғлар атрофидан секин пигментация ривожланиши оқибатида қисқариб ёки ички қисмида фолликуляр нуктадек пигмент доғлар пайдо бўлиши мумкин. Даволанмаса, кейинчалик бирданига оқ доғлар пайдо бўлиши кузатилади.

Дифференциал ташхиси:

1. Оддий темиратки.
2. Лейкодерма.
3. Ранг-баранг темиратки.
4. Мохов.
5. Невус (пигментсиз ва анемик турлари).

Давоси:

Ички аъзоларни текшириб, уларни даволаш.

Маҳаллий даво турли мақсадларга қаратилган бўлиши мумкин.

1. Косметик препаратлар оқ доғларнинг вақтинча атрофдагиларга кўринмаслигига келтиради (камуфляж).
2. Оқ рангли тери ўчоғларида пигментацияни ўз ҳолига қайтариш – ПУВА;
– “Купир”;
– кортикостероидли малҳамлар;
– “Мелагенин плюс” лосьони;
3. Атрофдаги нормал терини оқартириш.

ПИОДЕРМИТЛАР (Piodermia)

Пиодермитлар – терининг йирингли яллиғланиши (юнонча *pyon* – йиринг, *derma* – тери деган сўзлардан иборат) тери касалликлари орасида кўп учрайди. Касаллик терининг бутунлиги бузилиб, терига йиринг тарқатувчи микроблар – стафилококклар, стрептококклар, гоҳо кўк йиринг таёқчаси кириши туфайли вужудга келади. Ноқулай меҳнат ва турмуш шароитлари, санитария-гигиена меъёрининг бузилиши йирингли касалликларнинг тарқалишига сабаб бўлади.

Экзоген омилларга терининг ифлосланиши, шилиниши, шикастланиши, ишқор томонга қараб рНнинг ўзгариши киради.

Эндоген омилларга эса – авитаминозлар, асаб фаолиятининг бузилиши, углевод алмашинувининг бузилиши ва бошқалар киради. Этиологиясига қараб касаллик стафилококкли, стрептококкли ва аралаш пиодермияларга бўлинади.

Стафилококкли пиодермитлар тери ҳосилалари (сочлар, фолликулалар, безлар) билан боғлиқ бўладилар. Стафилококк йирингчалари майда, шакли яримшарсимон бўлиб, устки қобиғи қалин, улар сариқ ва куюк йиринг билан тўлган бўлади. Йирингча атрофида ўраб турувчи яллиғланиш белгилари, яъни терида кизариш ва шишиш кўриниб туради.

СТАФИЛОКОККЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

Стафилококкли пиодермитлар – фолликуляр пиодермитлар деб аталадилар, сабаби стафилококклар терида албатта соч фолликулаларини жароҳатлайдилар ва бир-биридан соч фолликуласида яллиғланиш чуқурлиги ва яллиғланиш даражаси билан ажралиб туради. Стафилококкли пиодермитлар юза ва чуқур турларга ажратилади. Юза стафилококкли пиодермитлар терининг, асосан, эпидермис каватини жароҳатлаб уларга: остиофолликулит, фолликулит ва сикоз киради. Дермани жароҳатлайдиган чуқур стафилококкли пиодермитларга: фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит киради.

Остиофолликулит (ostiofolliculitis) – соч пиёзчасининг тери сатҳидан чиқишдаги тешик қисмининг стафилококкдан ўткир йирингли яллиғланишидир. Ҳосил бўлган йирингча эпидермал, қобиғи қалин, конус ёки яримшар шаклида, бўшлиқнинг ичи сариқ рангли куюк суюқлик билан зич тўлган, диаметри 1–3 мм, атрофи билинар-билинемас қизил ҳалқа ёки яллиғланиш белгиси билан оралган ва бу йирингча марказида албатта соч толаси жойлашади. Остиофолликулит, асосан, юз, бош, қўл ва оёқларнинг сочли қисми, кўкракнинг олд-орқа юзасида учрайди. Бу йирингча 3–4 кунда қуриб қалок пайдо қилиши мумкин ёки жараён фаол кечса, остиофолликулит чуқурлашиб, атрофига кенгайиб фолликулитга айланиши мумкин.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– йирингчанинг бўшлиқ устидаги қобиғини очиш;

- дезинфекцияловчи эритмалар (салицил кислотанинг спиртдаги 2% ли эритмаси, анилин бўёқларининг спиртли эритмалари);
- дезинфекцияловчи крем, мазлар (Fucidin, Ung.Sulfurati 3%, Ung.Dermatoli 5%).

Фолликулит (Folliculitis) – соч пиёзчасининг ўткир, йирингли яллиғланиши. Агарда яллиғланиш соч пиёзчасининг юқори қисминигина жароҳатлаб, фақат дерманинг юза қисмида кечса – юза фолликулит ҳосил бўлади ва бу фолликулитлар кейинчалик қуриб, қалок ёки юқори қисми очилиб эрозия ҳосил қилади, ҳеч чандик ва атрофия қолдирмайди.

Соч пиёзчасининг тўла яллиғланиши билан кечувчи жараён эса – чуқур фолликулит деб аталади ва бу жараён юза чандик ҳосил қилиб тугайди. Нотўғри маҳаллий даво ўтказганда фолликулитдан фурункул пайдо бўлиши мумкин.

Клиник кўриниши. Терида тугунчага ўхшаш ёки дастлаб катта бўлмаган инфилтрат ҳосил бўлиб, унинг юзасида эса бир неча кун мобайнида фолликуляр йирингча ҳосил бўлади. Остиофолликулитдан фарқи, бу унинг атрофидаги яллиғланиш белгиларининг (қизариш ва шишиш) кўпроқ кўзга ташланиб туриши ва беморнинг оғрикча бўлган шикоят. Йирингча ёрилиб қуюқ йирингли ажратма оқади ёки у қотиб қалокқа айланади, сўнг тушиб кетади. Яллиғланиш инфилтратининг чуқурлигига қараб ўрнида аста-секин нуқтадек чандик ҳосил бўлиши мумкин ёки қалок тушиб, ўрнида вақтинчалик пигмент доғ пайдо бўлади.

Дифференциал ташхиси

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

Давоси.

Маҳаллий даво:

- йирингча қобиғини очиш;
- терини дезинфекцияловчи воситалар билан тозалаш (борат ва салицил кислоталарининг спиртдаги эритмалари, анилин бўёқлари эритмалари ва бошқалар);
- дезинфекцияловчи кремлар, мазлар, линиментлар (Fucidin, 5% ихтиол линименти, 5% олтингугурт мази, антибактериал мазлар).

Умумий даво:

Чукур фолликулитлар учун:

- Fucidin 0,5 дан 2 маҳал, 1 кунда;
- антибиотиклар (Erythromycinum 0,5, кунига 4 маҳал, 1 ҳафта мобайнида, Clindamycin hydrochlorid 150 mg, кунига 4 маҳал, 7–10 кун, Dicloxacillinum 0,5, кунига 4 маҳал, 7–10 кун ва бошқалар).

СИКОЗ (SYCOSIS VULGARIS)

Сикоз – сурункали, қайталаниб туриб, бирданига кўп соч фолликулаларининг яллиғланиши бўлиб, асосан, соқол, мўйлаб, қош, киприк соҳаларида остиофолликулит ва фолликулитлар ҳолида кузатилади ва, асосан, нейроэндокрин ва жинсий безлар фаолияти ўзгарган, кўпроқ дармонсиз эркакларда учрайди.

Клиник кўриниши. Терининг мўйли сочларида учровчи, асосан, бетда ҳамда қов, сон соҳаларида остиофолликулит ва фолликулитлар юзага келади. Камроқ бу хил тошмалар бошнинг сочли қисмларида ҳам кузатилади. Касаллик сурункали кечади. Жароҳатланган соҳа териси қизариб, инфильтрацияланиб, юзаси кепакланади ва янги фолликулитлар ҳосил бўлиши кузатилади. Ўчқодан юлиб олинган соч илдизи бироз шишган бўлиб, шишасимон парда билан ўралгандек кўринади. Бу фолликуляр йирингчалар регрессиясидан сўнг чандик ҳосил бўлмайди, тери инфильтрацияси сакланиб эски йирингчалар ўрнидан янги йирингчалар ҳосил бўлаверади.

- Дифференциал таъхиси**
- Sycosis parasitaria (trichophytia profunda).
 - Folliculitis.
 - Acne vulgaris.
 - Acne rosacea.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- дезинфекцияловчи спиртли эритмалар;
- дезинфекцияловчи линимент;
- мазлар (Lin.Synthomycini 2–5%, Ung.Ol.Rusci 3–5%, Ung.Fucidini ва бошқалар).

Умумий даво:

- гормонал терапия – Methyltestosteronum 0,005, кунига 3 маҳал, тил остига 10–15 кун, 2–4 ҳафтадан сўнг қайта курс ўтказилади;
- витаминотерапия (Е-витаминлари, В-гуруҳ витаминлари);

– антибиотиклар (Erythromycinum 250 mg, кунига 2 маҳал, узок муддат);

– сульфаниламид препаратлари.

Фурункул – чипкон (Furunculus) бу соч пиёзчаси ва унинг атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг ўткир йиринг ва некрозли ялғиланишидир. Чипкон бирламчи соғ терида пайдо бўлиши мумкин ёки бўлган остеофолликулит ва фолликулитни нотўғри даволаш натижасида ривожланади.

Клиник кўриниши. Дастлаб, тери ости ёғ қаватида қаттиқ оғрик билан кечадиган инфильтрат юзага келиб, қисқа вақт ичида ўсиб, конуссимон тугун кўринишига киради ва тўқ қизил тусда бўлади. Тугун вақт ўтиб юмшаб, марказидан некротик масса ҳосил бўлиши ҳисобига бироз ясиланади ва оғрик кучайиши кузатилади. Фақатгина марказидан некротик ўзак ажралгандан кейин оғрик кескин камаяди ва ўрни яраланади. Яра чуқур, конуссимон, четлари ўйилган, тубига қараб осилган бўлиб, мўл йирингли, қон аралаш ажратма ажралади. Яра чандик ҳосил қилиб битади.

**Дифференциал
ташхиси**

– Hydradenitis.

– Actinomycosis.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– Ichtyolum purum билан компресс, иситиб-қиздирувчи физиотерапевтик муолажалар фурункул ёрилгунича қўлланилади;

– дезинфекцияловчи эритмалар, суспензиялар (гипертоник эритма, 5% дерматол суспензияси ва бошқалар);

– некротик тўқима эвакуациясини тезлаштириш мақсадида фермент препаратлари (фибрлат, ируксол) қўлланилади;

– яра атрофларига дезинфекцияловчи мазлар, пасталар (Fucidin, 5%-олтингугурт мази, 5%-дерматол, ихтиол пасталари) суртилади.

Умумий даво:

– кенг спектрли антибиотиклар (доксциклин, эритромицин...);

– Fucidin 0,5, 2 маҳал, кунда;

– сульфаниламид препаратлари (бисептол, котримоксазол...).

Фурункулез (Furunculosis) – сурункали, қайталовчи, янги-янги чипқонлар ҳосил бўлиши билан кетувчи оғир касаллик бўлиб, асосан, гиповитаминоз, диспротеинемия, қандли диабет ва бошқа ҳасталиклар, интоксикациялар ҳисобига вужудга келади.

Клиникаси. Терининг турли соҳаларида бир ёки бир неча фурункуллар қайта-қайта юзага келиб, улар турли ривожланиш босқичида бўладилар.

Дифференциал ташхиси – Hidradenitis.
– Actinomycosis.

Давоси.

Маҳаллий даво:

"Фурункул" давосига қаранг.

Умумий даво:

– иммуностимуляция (аутогемотерапия, аутовакцина, стафилококк анатоксини, Т-активин...);

– витаминотерапия (витамин С, В-гурухи);

– антибактериал препаратлар (доксциклин, эритромицин ва бошқалар).

Аввал антибиотикка микроорганизмнинг таъсирчанлигини аниқлаб, сўнг тайин этилади.

Карбункул (Хўппоз, Carbunculus) – бир неча соч қопчаси ва уларнинг атрофидаги юмшоқ тўқималарининг кўшилган ўткир йирингли-некротик яллиғланиши бўлиб, кўпроқ дармонсиз, ички аъзолари функцияси бузилган кишиларда учрайди. Кўпинча юзаки жойлашган пиодермитларни нотўғри даволаш асорати бўлиб чиқади.

Клиник кўриниши. Қаттиқ оғрикли чуқур жойлашган инфилтрат пайдо бўлиши билан бошланиб, юзасида бир неча фолликуляр пустикуллар бир вақтда юзага келмагани учун, турли ривожланиш босқичида бўлиши мумкин. Жароҳатланган тўқималар вақт ўтиб некрозга учрайди ва бир катта яра ҳосил бўлади. Яра четлари қизарган, нотекис, юзасида некротик тўқимали бир неча тикин (пробка) бўлади. Яра юзаси катта бўлиб, қаттиқ оғрик, лимфангоит, лимфаденит, сепсис ҳолатлари кузатилади.

Дифференциал ташхиси – Trichophytia profunda.

Давоси.

"Фурункул" ва фурункулез давосига қаранг.

Гидраденит (Hidradenitis) – апокрин тер безлари ва улар атрофидаги юмшоқ тўқималарининг ўткир йирингли яллиғланиши. Гидраденит, асосан, қўлтиқ остида ва сут безининг сўргичсимон ўсимтаси атрофи – ареолалари ва оралик соҳасида учраши кузатилади.

Клиник кўриниши. Дастлаб тери соҳасида оғриқли, чуқур, кичкина тугун ёки инфилтрат ҳосил бўлади ва катталашиб, унинг марказида йирингча вужудга келади. Тугун некрозга учраши натижасида, фолликуляр тешиклардан йиринг ва некротик тўқималар ажралиб чиқади. Яллиғланиш жараёни тугагач, жароҳат ўрнида тортилган чандиқлар қолади. Гидраденит тезда қайталиб туриши ва лимфангоит, лимфаденит ва сепсис билан биргаликда кечиши мумкин.

Давоси.

"Фурункул" давосига қаранг.

СТРЕПТОКОККЛИ ПИОДЕРМИЯЛАР

Стрептококкли пиодермитлар (чакирувчиси стрептококклар) – фақат нозик ясси терини жароҳатлайдилар ва кўпинча юза жойлашган, ясси, юпка томли, бўшашган пуфакка ўхшаш, сероз суюқликни эслатадиган суюқ йиринг сақловчи йирингчаларни, яъни фликтеналарни ҳосил қилади. Асосан нозик терида, аёллар ва болаларда кузатилиб, бу тур пиодермитлар соч, тер – ёғ безларининг фолликуляр аппаратларини жароҳатламайди. Яллиғланиш жараёнининг чуқурлигига қараб, юза ва чуқур стрептококкли пиодермитлар тафовут этилади.

Юза стрептококкли пиодермитларга: стрептококкли импетиго, буллёз импетиго, стрептококкли бичилиш, тирқишсимон импетиго, юза панариций киради. Чуқур стрептококкли пиодермитларга – стрептококк эктимаси киради.

Стрептококкли импетиго (*impetigo streptogenes s.contagiosa*) – терининг бирданига бошландиган юза ва жуда юкумли ўткир стрептококк жароҳатланиши бўлиб, асосан, ёш болаларда учрайди.

Клиник кўриниши. Эритематоз кизарган тери юзаларида фликтена номли йирингча ҳосил бўлади. Фликтена – юпка ва бўш томли ясси пуфак бўлиб, ичида сероз суюқликни эслатадиган йирингни сақлайди, бу суюқлик қисқа вақт ичида лойқаланади, томи эса тезда ёрилиб, натижада юза эрозия ёки у қуриб қолиб юпка, кўп қават сарғиш калоклар ҳосил қилади. Жараён тезда тарқалиб, айниқса беморнинг териси намланиб турса, турли янги ўчоқлар ҳосил бўлади. Болалар бир-бирлари билан яқин контактда бўлишлари оқибатида касалликни юқтирадилар. Стрептококкли импетигонинг бир неча турлари (буллёз импетиго, бичилиш, тирқишсимон импетиго ва юза панариций) мавжуд бўлиб, улар бир-бирларидан жараённинг жойлашиши, яллиғланишнинг интенсивлиги ва кечишига қараб фарқ қиладилар.

Буллѐз импетиго (impetigo bullosa) – кўпроқ катта ёшдагиларда учрайди. Бунда фликтеналарнинг томи қалин бўлиб, узоқ вақт ёрилмасдан сақланади ва улар ўрнида кейинчалик шаффоф суюқлик сакловчи пуфаклар ҳосил бўлади. Атрофида ҳар хил даражада ўзгарган эритематоз тери кўзга ташланиб туради.

Дифференциал ташхиси

- Herpes simplex.
- Dermatitis bullosa.
- Varicella.
- Microsporia cutis glabrae.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- пуфакларни ёриш;
- сув билан бўладиган муолажаларни чеклаш (душ, ювениш, чўмилиш);
- жароҳат атрофи териларига дезинфекцияловчи эритмалар билан ишлов бериш (20% спирт, борат кислотаси, танинли лосьон ва бошқалар);
- дезинфекцияловчи линимент, крем, мазлар (Lin.Synthomycinum 2-5%;
- Ung.Mycitracini, Ung.Hydrargyri oxidati flavi 2%, Ung.Dermatoli 5%, Ung.Fucidin ва бошқалар).

Умумий даво:

- жараён тарқалиши кузатилса кенг спектрга эга бўлган антибиотиклар тайин этилади (Dicloxacillinum 0,25–0,5, кунига 4 маҳал, Erythromycinum 0,5, кунига 4 маҳал);
- поливитамиинлар.

Стрептококкли бичилиш (impetigo streptogenes) кўпинча тўла одамларнинг табиий бурмалари соҳаларида кузатилади. Бунда тери кизарган, шишган бўлиб, эпидермиснинг оқариб, шишиб, шилинган юзасида эрозия ёки ёриқлар ҳосил бўлади. Эрозия ёки ёриқлар юзаси сарғиш қалоклар билан қопланади.

Дифференциал ташхиси

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

Давоси.

Маҳаллий даво:

- тери бурмаларини дезинфекцияловчи эритмалар билан артилади (Methyleni coerule 1–2%, борат кислотасининг спиртдаги 2% ли эритмаси, перманганат калий эритмаси 1: 5000);

– дезинфекцияловчи крем ва линиментлар (Fucidin, Clotrimasol ва бошқалар);

– дезинфекцияловчи кукунлар (2% борат кислотаси кукуни, 3% дерматол, Mediphon кукуни...).

Тирқишсимон импетиго (*impetigo fissurica s.angulus infectiosus*) касаллиги кўпинча оғиз бурчакларида ривожланади ва сурункали кечади. Касаллик кўп ҳолларда лаб бурчакларининг травматизацияси (стоматолог муолажаларидан)дан сўнг, оғиз шиллик пардаси инфекциялари (тонзиллит, глоссит, стоматит, карисли тишлар) бор бўлган ёки лабини ялаш одати бор кишиларда кўпроқ учрайди. Лаб бурчаклари яллиғланади, сарғиш қалоклар ҳосил бўлади, тери зичлашади ва оқибатда ёриқлар пайдо бўлиб, улар узок вақт битмайди. Касаллик қайталанишга мойил кечади.

Дифференциал таъхиси – *Angulus infectiosus candidamycetica*.
– *Papulae syphilitica*.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– терига дезинфекцияловчи эритмалар, лосьонлар билан ишлов бериш;

– дезинфекцияловчи крем ва мазлар (*Fucidin, Ung.Hydrargyri oxidati flavi 2%* ва бошқалар);

Умумий даво:

– В-гурухи витаминлари (асосан рибофлавин);

– инфекция ўчоқларини санация қилиш.

Юза панариций (*panaritium superficiale*) – тирноқлар атрофи халтачаси ва унинг атрофидаги тўқималарининг ўткир ёки сурункали яллиғланиши бўлиб, бунга сабаб бўлувчи омиллар турли хил микрожароҳат, мацерациялар ва бошқалардир.

Клиник кўриниши. Тирноқ атрофи ҳалқасининг қаттиқ оғриқли ўткир яллиғланиши бўлиб, асосан, бирор-бир бармоқдан бошланади. Жароҳатланган тери кизариб, шишади, унинг юзасида ясси такасимон кўринишдаги пустила ҳосил бўлиб, у тезда ёрилади ва қалок ҳосил бўлади. Сурункали юза панарицийга тери цианози ва инфильтрацияси хос бўлиб, тирноқ ҳалқасида кутикула бўлмайди. Агар яллиғланган тирноқ ҳалқасини босиб кўрилса, йиринг ажралиши кузатилади. Тирноқ дистрофияси кузатилиши тирноқ матрицасини инфекцияга чалинганидан далолат беради. Тирноқ нотекис ўсади ва илдиз қисмидан қат-қатланиб кўчади.

Дифференциал ташхиси – *Paranichyia candidamycetica*.
– *Acrodermatitis continua suppurativa* Hallopo.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– сода, денгиз тузи, борат кислотаси ёки ихтиолли илик, дезинфекцияловчи ванначалар;

– тирноқ атрофи ҳалқачасини дезинфекцияловчи эритма (*Sol.Fucidini 2%*, *Clotrimasol* ва бошқалар) билан ишлов бериш;

– дезинфекцияловчи мазлар (*Fucidin*, *Mycitracin*, *Ung.Dermatoli*, *Ung.Ichthyoli 5–10%* ва бошқалар).

Умумий даво:

– инфекция атрофга ва тери ости тўқималарига тарқалганда кенг спектрли антибиотиклар тавсия этилади;

– витаминотерапия.

Физиотерапия: – лазеротерапия.

ЧУҚУР СТРЕПТОКОККЛИ ПИОДЕРМИЯ

Эктима (*Ecthyma vulgare*) организм иммунобиологик хусусиятининг пасайиши ёки турли хил сурункали интоксикациялар оқибатида ёки қон томирлар жароҳатланиши сабабли юзага келувчи терининг чуқур, ярали дефекти ҳисобланади. Одатда эктима болдир, сон сохаларида учрайди ва касаллик сурункали кечади, тузалиш секинлик билан кузатилади.

Клиник кўриниши. Касаллик бошланиш даврида – терида юза пустула ҳосил бўлади, у ҳам атрофига, ҳам ичкарига қараб ўсади, ичидаги серозсимон суюқлик тезда йирингли -геморрагик тус олади. Йирингча ёрилишидан сўнг яра ҳосил бўлади ва унинг атрофида яққол кўринадиган яллиғланган инфилтрат вужудга келади. Айрим ҳолларда яра юзасини қат-қат йирингли – геморрагик қалоқлар қоплайди. Бу қалоқларнинг қуйи қатлами юзаси юқори қатлами юзасидан каттароқ бўлади. Бундай тошмалар रुपия деб аталади. Яра битгач ўрнида атрофик чандиқ қолади. Тошмалар одатда сони кам ва аниқ чегараланган бўладилар.

Дифференциал ташхиси – *Ecthyma syphiliticum*.
– *Ulcus cruris*.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- атроф терисини дезинфекцияловчи эритма, лосьонлар билан химоя қилиш;
- қалок ва некротик тўқималарини кўчириш мақсадида, энзиматик мазлар (фибрлат, ируксол) қўлланилади;
- регенерация тезлаштириш мақсадида облепиха ёғи, прополис мази, солкосерил ва бошқалардан фойдаланилади.

Умумий даво:

- тери микроциркуляциясини яхшиловчи препаратларни (стугерон, продектин, ксантинол никотинат, трентал ва бошқалар) қўллаш;
- поливитаминлар;
- микроэлемент, фосфолипид сакловчи препаратлар (Essentiale);
- кенг спектрда таъсир этувчи антибиотиклар;
- антигистамин ва десенсибилизацияловчи препаратлар;
- патогенетик даво.

Ўткир диффуз стрептодермия (*Streptoderma acuta diffusa*)

Стрептодермиянинг атипик тури ҳисобланади ва тери химоя вази-фаси кучсизланган катта ёшдаги беморларда кузатилади ва жараён кўпроқ тизза соҳаларида жойлашади. Касалликка олиб келувчи омиллар куйидагилар: травма, тери трофикасининг ва тери гигиенасининг бузилиши.

Клиник кўриниши. Тизза-болдир соҳалари терисининг қизариб-шишган юзаларида яси йирингчалар вужудга келади, йирингчалар атрофига ўсиб, бир-бири билан қўшилиб, терининг диффуз яллиғланишини вужудга келтиради. Тери намланади, кейин қуриш натижасида жароҳатланган тери сатҳида сарғиш қалоклар вужудга келади. Товон соҳасида жароҳатланган тери чегарасида нотекис эпидермис кўчкилари кузатилади. Касаллик ўз вақтида даволанмаса сурункали турига (сурункали диффуз пиодермия) ёки микробли экземага ўтиши мумкин.

**Дифференциал
ташҳиси**

– Eczema microbicum.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– дезинфекцияловчи эритмалар (борат кислотасининг 2% ли эритмаси, ихтиол 2% ли эритмаси) билан хўллаш, хўллашни линиментлар билан (Lin.Synthomycini 5–10%) алмаштириш зарур;

– дезинфекцияловчи паста, крем, мазлар: 3–5% ли олтингугуртли, 3% ли қора мойли, 3–10% ли нафталанли, 2% ли борат кислотаси.

Умумий даво:

– кенг спектрли антибиотиклар;

– яллиғланишга қарши таъсир этувчи воситалар (антигистамин препаратлари);

– патогенетик даво.

Сурункали диффуз пиодермия (Pyodermia chronica diffusa)

Сурункали диффуз пиодермия пиококklar келтириб чиқарган, асосан, тизза-болдир териларида учровчи, терининг сурункали, йирингли яллиғланиши бўлиб, асосан, оёқнинг веноз томирлари кенгайган, периферик қон айланиши бузилган, турли хил жароҳат олган ёки ўткир диффуз стрептодермияси бўлган, аммо даволанмаган беморларда учровчи касалликдир. Тери гигиенасига риоя этмайдиган кимсаларда ҳам ривожланиши мумкин.

Клиник кўриниши. Тизза соҳасида чегараланган инфильтрат вужудга келиб, у цианотик ўчоқ кўринишида бўлиб, юзасида сарғишкўнғир тусли қалок-кепаклар билан қопланади. Касаллик атрофга тарқалиш хусусиятига эга, соғ тери оралиғидаги чегарада эпидермис кўчкисидан иборат ҳалқаси кузатилади.

Дифференциал – Psoriasis exudativa.

ташхиси – Psoriasis pustulosa.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– дезинфекцияловчи – олтингугурт, нафталан, антибиотик сакловчи паста, крем, мазлар;

– микроциркуляцияни тикловчи, веноз томирларда қон турғунлигини камайтирувчи воситалар (Essentiale, троксевазин, ксантинол никотинат, андекалин...);

– витаминотерапия;

– анаболик гормонлар;

– антибиотик воситалари (антибиотиклар, сульфаниламидлар, фуцидин...);

Пиоген гранулема **(Granuloma pyogenicum s.bortiomycoma)**

Пиоген гранулема кўпроқ стафилококклар чакирувчи, сурункали, атипик вегетацияланган ҳосила бўлиб, асосан, узоқ муддатдан бери мавжуд бўлган инфекция ўчоқлари (фистулез окмалар атрофида, оғиз ва бурун шиллиқ қаватлари соҳаларининг терига ўтувчи қисмларида ва тирноқларнинг терига ботиб ўсган) соҳаларида вужудга келади.

Клиник кўриниши. Инфекцияланган травма ўрнида ёки сурункали инфекция ўчоғи яқинида, кучли қон билан таъминланувчи грануляция ўчоғи ҳолида ҳосила пайдо бўлади. Ҳосила текис ёки нотекис юзали, юмшоқ консистенцияли ва қизғиш ёки кўкимтир рангли бўлади. Айрим ҳолларда унинг юзасида телеангиэктазиялар кузатилади. Гранулема оғриқли, осон жароҳатланувчи ва қоновчи бўлади.

Дифференциал таъхиси – Melanoma malignum (амеланотик тури).

Давоси.

Маҳаллий даво.

– марганцовка эритмаси, денгиз тузи, 2% содали, борат кислота-сининг 2% ли, ихтиолнинг 5% ли эритмалари билан дезинфекцияловчи, шифобахш ванналар;

– дезинфекцияловчи мазлар (Ung.Fucidini, Ung.Ichthyoli 5%–10% ва бошқалар).

Хирургик даво:

- ўткир жарроҳлик қошиғи билан деструкция қилиш;
- 10% ли S.Argenti nitrati билан куйдириш;
- суюлтирилган азот билан криодеструкция қилиш;
- операция қилиш.

Умумий даво:

- антибактериал воситалар (антибиотиклар, сульфаниламидлар);
- лазеротерапия – микроциркуляцияни яхшилаш учун.

Сурункали чуқур вегетацияланувчи пиодермия **(Pyodermia chronica profunda et vegetans)**

Бу – пиодермиянинг атипик, сурункали агрессив кечувчи тури хисобланиб, у иммун тизими ўзгарган, касалликка қарши курашиш қобилияти пасайган, қон томирлари жароҳатланган беморларда кузатилади. Йирингда бактериологик текширилганда – стрептококклар,

стафилококклар, айрим ҳолларда *Proteus vulgaris*, *Esherihia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* топилади. Касаллик кўпроқ бошнинг соч қисмида, юзда, тери бурмаларида ва оёқларда учраши мумкин.

Клиник кўриниши. Касаллик катта инфильтрат юзасида фурункул ҳосил бўлиши билан бошланади. Фурункул тез орада яраланиб, яра атрофига ўсувчи юза ёки чуқур, четлари кемирилган ўчоққа айланади. Яра юзалари нотекис, фолликуляр бўлиб, тешикларидан йиринг ажралади. Яра битгач нотекис, сўгалсимон юзали чандиқ ҳосил бўлади. Жараён қайталашга мойил. Кўп ҳолларда элефантиаз билан асоратланади.

Дифференциал таъхиси

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

Давоси.

Маҳаллий даво:

- яра юзасини ва атроф терисини тозалаш учун дезинфекцияловчи эритмалар (водород перекиси 3%, хлоргекседин 0,05%) қўлланилади;
- яра юзасига ишлов бериш учун дезинфекцияловчи линимент, суспензиялар, ёғлар (антибиотик, олтингугурт, ксероформ, дерматол, прополис таркибли) ишлатилади;
- энзимотерапия (фибролан мази, ируксол).

Умумий даво:

- витаминотерапия;
- антибактериал воситалар;
- микроциркуляцияни тикловчи препаратлар;
- энзимотерапия.

Физиотерапия:

- ионофорез;
- лазеротерапия.

Гангреноз пиодермия (*Pyodermia gangrenosa*)

Гангреноз пиодермия – терининг сурункали, йирингли яллиғла ниши ва тўқималарининг жадал некрози билан кечувчи касалликдир. Касаллик – ярали колит, диспротеинемия, гематологик ва бошка турдаги ёмон феълли касалликлар билан оғрувчи беморларда кузатилади. Жараён, асосан, тананинг қуйи қисмида ёки оёқларда жойлашади.

Клиник кўриниши. Тери ўзгаришлари, асосан, эктима ва фурункуллар пайдо бўлиши билан бошланади. Фурункуллар тезда яраланади, оқибатда марказидан периферияга ўсувчи, четлари бироз шишли гардишга эга бўлган, қизғиш рангли, чети ўйилган, нотекис тубли, некротик тўқима билан қопланган, ярали ўчок вужудга келади. Яралинг бир четидан чандик ҳосил бўлиб битса, иккинчи бир чети эса чуқурлашиб катталашади, натижада тўқималар ўлади.

Дифференциал ташхиси – Pyodermia chronica Profunda ulcerosa et vegetans.
– Bromoderma.
– Iododerma.
– Syphilis gummosa.
– Mycosis profunda.
– Tuberculosis cutis colliquativa.

Давоси.

Маҳаллий даво:

"Сурункали, чуқур вегетацияланувчи пиодермия"га қаранг.

Умумий даво:

- катта микдорда кортикостероидлар (преднизолон 80–120 mg, per os...);
- витаминотерапия;
- иммуноотерапия;
- антибактериал воситалар (антибиотиклар, сульфаниламид препаратларининг узоқ вақт таъсир этувчи турлари);
- асосий касаллик давоси.

Шанкрисмон пиодермия (Pyodermia chancriformi)

Шанкрисмон пиодермия – атипик эктима бўлиб, клиник кўриниши қаттиқ шанкрни эслатади. Катталар ва болаларда учрайди.

Клиник кўриниши. Жинсий аъзолар терисида думалоқ-овал, оғриксиз, ўлчамлари 1–2 см диаметрга эга бўлган яра ҳосил бўлади ва атрофида яллиғланиш белгилари акс эттирилмайди. Яра юзаси қонли калок билан қопланади, туби пластинкасимон зич инфилтратни сақлайди. Периферик лимфа тугунлари катталашаган, оғриксиз, бир-бирига ёпишмаган бўлади. Яра антибактериал давосиз 3–5 ҳафтада битади.

Дифференциал

– Syphilis primaria.

ташхиси

Давоси.

Даво талаб этилмайди. Касаллик даврида захмни инкор этиш мақсадида, лаборатор усул билан бактериоскопик ва серологик текширувлар ўтказилади. Яра битгандан сўнг 6 ой мобайнида серологик назорат этиб турилади.

ҚЎТИР (SCABIES)

Қўтир – юкумли паразитар, асосан, кечаси кучаядиган тери кичиниши билан кечадиган касаллик.

Этиологияси. Касалликни қўтир каналари – *Sarcoptes hominis* чақиради. Касаллик юкумли бўлиб, бемор ёки унинг буюмлари орқали юқади.

Асосий белгилари. Соғ терига кана тушгандан кейин 7–14 кун ўтгач, бемор терида қаттиқ кичиниш ва тошмаларга эътибор беради. Бемор терисида майда пуфакчасимон тугунчалар ва эгри-бугри, кулранг, узунлиги 5–10 мм келадиган чизиклар (қўтир йўллари) ва қора нуқталар кўриниб туради. Қўтир йўлининг учи очик (майда эрозия), охири ёпиқ бўлиб, у ерларда пуфакчалар (тугунча) бўлиб, улар доим жуфт жойлашадилар (эрозия – тугунча). Одатда бу жойларга каналар жойлашган бўлади. Қўл панжаси устки бўғимлари, бармоқ оралари, қўлтиқнинг олди, аёлларда кўкрак учи терисида жуфт-жуфт жойлашган пуфакча (тугунча) ва эрозиялар учрайди. Қичиниш, айниқса, кечаси зўрайиб, кашиниш оқибатида терида тирналишлар келиб чиқиб, иккиламчи инфекцияга йўл очилади. Кечкурун зўрайдиган қичиниш, қўтир йўллари, эрозия ва пуфакчасимон тугунчаларнинг ўзига хос жойлашиши, каналар топилиши, касалликка тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Даволаш: катталарда 33 % ли олтингугурт малҳами, 1 кунда бир маротаба (4–6 кунгача суркалади), сўнгра душ қабул қилиб, кийимлар алмаштирилади. Бугунги кунда кўпинча бензилбензоатнинг 20% ли сувдаги эритмаси қўлланилади (4 кун, кунига 10 дақиқа давомида 10 дақиқа танафусдан сўнг 2 марта суркалади). ДЕМЬЯНОВИЧ УСУ-ЛИ: 1/1 эритма, яъни 60 % ли натрий тиосульфат билан 10 дақиқа орасида бутун тана, қўл-оёқ терисига зўр бериб суркалади (тананинг хар қисмига 2 дақиқадан ва 5 дақиқа танафусдан сўнг 2 маротаба) 10

дақиқа танаффусдан кейин 1/2 эритма билан, яъни хлорид кислота-нинг сувдаги 6 %ли эритмаси худди шундай усул билан суртиб чиқилади. 4 кун даводан кейин бемор чўмилади ва унинг кўрпа-тўшаги, ички кийимлари алмаштирилади.

Албатта беморнинг оила аъзолари, яқин мулокотда бўлган инсонларни текшириб даволаб, эпид ўчоғни йўқотиш зарур (илова X).

ЧОВ БИТЛАШИ (PEDICULUS PUBICUS)

Чов битлаши – паразитлар, яъни хўжайинларда яшашга мослашган битлар орқали вужудга келадиган, юкумли касаллик. Битлар одамдан-одамга, унинг ўрин-кўрпалари, кийим-бошлари орқали ўтади ва хўжасининг қони билан озиқланади. Бир кунда 0,3–0,5 мл гача қон сўриши мумкин. Бит қон сўрганида одам терисига ёпишиб олиб, унга сўлак чиқаради ва терини сенсibiliзациялаб қичитади.

Битлар 3 хил бўлади – бош бити (*Pediculus capitis*), кийим бити (*Pediculus corporis*) ва чов бити (*Pediculus pubis*) учрайди.

Чов бити кулранг қора тусда бўлиб, жунларнинг асосига маҳкам ёпишиб олади. Битлар асосан, қов, қорин ва соннинг чегара қисмларидаги терида яшайди, лекин баъзан ўрмалаб, тананинг жун билан қопланган бошқа қисмларига (қўлтиқ, кўкрак, соқол, киприк, қошга) ўтиб олади. Бу ҳашаротлар одатда жинсий алоқа вақтида бир одамдан иккинчи одамга ўтади, аммо ички кийим, ўрин-кўрпа жилдлари орқали ҳам ўтиши мумкин.

Бугунги кунда, битлашнинг бу тури жинсий йўл билан юкувчи касалликлар гуруҳига киритилган.

Битлар чакқанда қаттиқ қичишиш юзага келиб, кўп сонли узун-чоқ тирналишлар (экскориация), шилинишлар ҳосил бўлиб, иккиламчи инфекциялар тушишига йўл очади. Чов сатҳида – битлар чакқан жойларда олдин кизил рангли экхимоз тошмаси, кейин вақт ўтгач, ранги ўзгариб кулранг, юмалоқ шаклда, устидан босганда йўқолмайдиган доғлар ҳосил бўлади. Доғ ўртасида нуқтадек эрозия – бит қон сўрган ўрни туради. Доғлар одатда 7–10 кун сақланиб туради. Бит чакқан жой териси қаттиқ қичишиб шу соҳаларда тирналишлар пайдо бўлади ва бутунлиги бузилган тери юзасига иккиламчи пиодермия ва улар билан бир қаторда бошқа жинсий алоқа йўли билан юкадиган инфекциялар ҳам юктирилишининг эҳтимоли юқори бўлади.

Ташхиси

- аниқ клиник белгилари;
- терида қов бити топилиши.

Давоси.

– даволашдан олдин жинсий аъзолар, анус атрофи ва бошқа соҳалардаги жунлар кириб ташланади.

– 2–3 кун 10%ли симобли малҳам, 20% ли бензилбензоат, олтингурт малҳами.

Ички кийим ва кўрпа-тўшак жилдлари дезинфекцияланади ёки совун билан иссиқ сувда ювилиб алмаштирилади ёки 10%ли совунли-сольвент пастали эритмада бир неча соат сақланади ва кейин қуёшда қуритилиб дазмолланади. Худди шу эритманинг 20% лиси хоналарни тозалаш учун ишлатилади.

Битлашнинг олдини олиш ва профилактикаси. Битлашнинг олдини олиш, асосан, аҳолининг моддий фаровонлиги ва санитария маданиятини оширишга қаратилган чора-тадбирлар ишлаб чиқиш ва уни ҳаётга тадбиқ этишдан иборат. Шахсий гигиенага риоя қилиш, чойшаб, ички кийим, ўрин-кўрпа жилдларини ҳар ҳафтада алмаштириб туриш, ювилган кийимларни дазмоллаб қийиш, бировларнинг ўрнида ётмаслик, оиладан четта ва тасодифан жинсий алоқа қилмаслик.

СЕБОРЕЯ (SEBORRHOEA)

Себорея ёғ безлари дисфункцияси бўлиб, тери ёғининг сон ва сифат ўзгаришлари билан кечади. Балоғат ёшига етган даврда ёғ безларининг фаол секрецияси оқибатида тери ёғи мўл ажралади ва терининг ёғли соҳалари (себореяли) жароҳатланади: бет териси, бошнинг сочли қисми, қулоқлараро соҳалар, елка камари ва тўш соҳалари. Беморлар тери ёғининг таркибида озод ёғ кислоталари миқдори камаяди, холестерин миқдори ортади, ёғнинг рНи ўзгаради.

Патогенези. Себорея қуйдаги ўзгаришлар бор беморларда кузатилади:

- жинсий безлар гормонлари баланси бузилиши;
- нерв системаси функционал бузилишлари;
- гиповитаминоз, бир хил овқатланиш;
- ошқозон-ичак тракти касалликлари;
- фокал инфекция ва бошқа касалликлар.

Асосий хиллари: ёғли – seborrhoea oleosa;

қуруқ – seborrhoea sicca;

аралаш – (seborrhoea mixta).

Клиник кўриниши. Себореяли соҳалар ёгли, ялтирок бўлади, ёғ безларининг учлари кенгайди, уларда ҳам ажралмаган ёғ йиғилиб қолади, у қуюқлашади, охир-оқибат қора нуқталар кўринишига киради ва комедонлар (comedones) ҳосил бўлади. Терини тозалаш ёки комедонларни сиқиш натижасида оқ чувалчангга ўхшаш секрет ажралади, унинг бир учи қора "бошча" га ўхшаб кўринади. Агарда ёғ секретини ёғ безларининг чиқарув найларини учида узоқ муддат туриб қолса, ёғ безлари чиқарув найчаларининг деворларини таъсирлаб, деворларнинг торайишига сабаб бўлади ва бу эса, ўз навбатида ёғ безининг кистасига олиб келади.

Оқ хуснбuzар (milia) оқиш, тери сатҳидан биров кўтарилиб турувчи, ўлчамлари игна учидек катталиқдаги ҳосила бўлиб, ёғ безларининг кичик кистаси ҳисобланади. Йирик кисталар ёғ безларининг жуда фаол соҳаларида ҳосил бўладилар ва улар атерома (atheromata) деб аталдилар. Себореяли беморларнинг сочлари тезда ёгли, ялтирок ва ёпишқоқ бўлади ва терида ёгли қазғоқлар-кепаклар ҳосил бўлади.

Себореяли беморларда (эркакларда) каллик (тепа кал) ёки хуснбuzарлар (acne vulgaris) ривожланади.

Ташхиси. Аниқ асосий белгиларнинг кўриниши (терининг кўриниши) инсонларнинг себореяли жойида бўлиши, кўп сонли акнелар бўлиши комедонлар ва бошқалар ташхис қўйишда асосий ўрин тутлади.

Дифференциал ташхиси

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

Давоси.

Маҳаллий даво:

– терини махсус - нейтрал совунлар билан ювиш, лосьонлар билан тозалаш (Камфора, олтингурут сакловчи Selsun R, Sulfaset-R ва бошқалар).

Даволашда қуйидагилар кўзда тутилади:

- эндокрин ўзгаришларни даволаш;
- парҳез (ширинликлар, ёгли, аччиқ, шўр овқатларни, алкоголь ичимликлар истеъмол қилишни камайтириш);
- асаб фаолиятини бир меъёрда ушлаш;
- ошқозон-ичак касалликларни даволаш;
- витамин дисбаланси етишмовчилигини меъёрлаш (А ва Е витаминларни узоқ муддат қабул қилиш, В,С витаминни буюриш).

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ (DERMATITIS SEBORRHOICA)

Себореяли дерматит бошнинг сочли қисми, бет, кулоқ соҳалари, елка, курак соҳа териларининг эритематоз фонида диффуз кепакланиш билан кечувчи тери касаллиги.

Этиологияси. Тўлиқ ўрганилган эмас. *Pityrosporum ovale* замбуруғи келтириб чиқариши ёки келиб чиқишига сабаб бўлувчи омил деб қаралади.

Клиник кўриниши. Бошнинг сочли қисми, кулоқ супралари орқасида, пешона, лаб-бурун бурмаларида, кўкрак сути безлари оралиғида ва елка, кураклар оралиғида сарғиш-қизғиш доғлар, тугунчалар пайдо бўлади, улар кенгайиб, думалоқ, овал кўринишдаги, ўлчамлари тангадек, юзаси кепакланувчи ўчоқлар ҳосил бўлади. Кепаклар сийрак, кўнғир, кўнғир-сарғиш тусда бўлиб, улар кириб кўрилса, ўрнида намланиш ва майда нуқтали конталашишлар (Брок-симптоми) кузатилади. Гўдакларда жараён юз, бўйин, қорин бурмалари териларига тарқалиб, ривожланган эритема ва кепакланишлар кузатилади. Айрим ҳолларда бошда, ёноқлар, қобокларда кузатилади. Жароҳатланган тери кичишади ва кўп миқдорда *Pityrosporum ovale* аниқланади.

Ташхиси

1. Характерли клиник кўриниши.
2. Лаборатор текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- Psoriasis vulgaris.
- Pityriasis rosea Gibert.
- Lupus eruthematodes.
- Papulae syphilitica.

Давоси.

Маҳаллий даво (асосий):

- фунгицид воситалар (2% низорал креми, низорал шампуни);
- дезинфекцияловчи воситалар (2–5% ли олтингугурт, салицил креми, 2–5% ихтиол пастаси);
- кучсиз кортикостероид кремлари, қиска муддат (1% гидрокортизон креми).

Умумий даво:

- антигистамин воситалари (терфена, гисманал, қунига 1 таблетка, per os);
- витаминотерапия (Aevit, В-гурухи).

ҲУСНБУЗАРЛАР (ACNE) ОДДИЙ ҲУСНБУЗАР (ACNE VULGARIS)

Ҳуснбузар себореяли беморларда учровчи соч копчаси ва ёғ безларининг сурункали йирингли яллиғланишидир. Касаллик кўпроқ баалоғат ёшидан бошланади.

Этиологияси. Аниқ эмас, касалликка олиб келувчи бир қатор омиллар мавжуд:

- генетик омиллар;
- гормонлар дисфункцияси (айниқса андрогенларнинг);
- ёғ безлари фаолиятининг бузилишлари;
- микроорганизмларнинг жадал кўпайиши (стафилококklar, пропион кислотаси бактериялари);
- ёғ безлари чиқарув найчаларининг тикилиб қолиши;
- яллиғланиш реакцияси;
- терининг бутунлигининг бузилиши.

Клиник кўриниши. Терининг себореяли соҳаларида (бетда, бўйинда, кўкрак соҳаларида, елка камарида) қайсики ёғли терида, кенгайган тери тиркишларида фолликуляр йирингчалар, вужудга келади, асоси ва атрофи инфильтрацияланган бўлади. Комедонлар кузатилади. Ҳуснбузарнинг ривожланиш босқичида эритематоз, папулэз ва пустулэз даврлари тафовут этилади. Ҳуснбузарнинг асоратланган турлари: абсцесслашган ва шарсимон (конглобатли) хуснбузарлар тафовут этилади.

Acne flegmonose кўпроқ учраб, яллиғланиш тери ости клетчаткасига ёйилади, натижада абсцесслар ҳосил бўлади, булар, асосан, эркаклар елка терисида (кўкрак орасида) учрайди. Бир неча комедонлар яллиғланишида кўшилиб кетиб, йирик абсцесслар пайдо бўлади, улар ўртасида қора комедон нуқталари сақловчи чандикларга айланади.

Ташхиси

Ўзига хос клиник кўриниши.

Дифференциал ташхиси

- Acne bromica;
- Acne jodica;
- Acne rosacea;
- Acne Syphilitica.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– енгил, ўртача енгил турларида бир ёки бир неча кератолитик, антибактериал воситалар алмашиб қўлланилади.

– дезинфекцияловчи совунлар, гель, кремлар (3–10% ли) бензоилпероксид, Acne 10 lotion;

– Dalacin T (Clindamycin phosphati 1% эритма, гель);

– Betin A (0,025–0,05) ли гель, крем (ретин кислотаси сақловчи);

– скинорен креми (20% азелаин кислотаси сақловчи);

– крем Fucidin (2% фуцидин кислота);

– эритромицин, стрептомицин мазлари (2–5%).

Шу воситалардан бирини терига ҳар куни 1–2 марта суртилади. Маҳаллий даво узоқ муддат (2–4 ой) мобайнида қилинади.

Умумий даво:

– ўртача оғир ёки оғир ҳолатларда антибиотиклар (тетрациклин, окситетрациклин ёки эритромицин 0,5 г дан 2 марта кунига, доксициклин 0,1 г дан 2 маҳал кунига қабул қилинади);

– аёллар перорал контрацептивлар, масалан Diane-35 ва бошқалар қабул қилишлари мумкин;

– синтетик ретиноидлар, хусусан Roaccutane 0,1–0,5 мг/кг ҳисобида кунига, 4 ой ва ундан ортиқроқ қабул қилиш;

– физиотерапия: гелиотерапия, УВ нурлари.

Пушти рангли ҳуснбузар. Демодикоз (Acne rosacea)

Пушти рангли ҳуснбузарда беморнинг бет терисида, диффуз эритема фонида кўпинча папула, пустула, телеангиэктазиялар кузатилади. Дунё аҳолисининг 1% касалланиб, кўпроқ аёлларда учрайди. Эркакларда эса, бу ҳуснбузарнинг оғир асорати – ринофима учрайди.

Этиопатогенези. Номаълум. Юз териси қон ва лимфа томирларининг дисфункцияси, вазомотор лабиллиги, ёғ безлари гиперплазияси, ички аъзолар фаолиятининг бузилишлари билан боғлиқлик бўлиши мумкин. Ҳуснбузар тошмасидан Demodex folliculorum қанаси топилиб (демодикоз) туради ва қана ҳисобига патологик жараён қучайиб узоқ вақт сақланиб туриши мумкин.

Клиник кўриниши. Жараён пешона соҳасидан бошланиб, ёноқлар, бурун, ияк-даҳан соҳаларига тарқалади. Бу соҳаларда диффуз, қизғиш-кўкимтир эритема кузатилади. Бир неча ой ва йиллар мобайнида давом этиб, доғли юзада папулэз, пустулэз элементлар, телеан-

гизктазиялар ҳосил бўлади. Конъюктива кизариши, конъюктивит, блефарит билан асоратланиш кўп кузатилади. Ёғ безлари гиперплазияси ва лимфа қайтиши қийинлашиши сабабли бурун яллиғланиб, жуда катталашади ва ринофима пайдо бўлади.

- Ташхиси**
1. Характерли клиник кўриниши.
 2. Гистологик текшириб демодекс канасини аниқлаш.

Дифференциал ташхиси

- Acne vulgaris;
- Lupus erythematoses;
- Dermatitis allergica;
- Dermatitis perioralis.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- 0,75–1% ли метронидазол гели, креми, кунига 2 марта;
- олтингугурт сақловчи препаратлар (2% ихтиол ёки олтингугурт пастаси, мази. Sulfacet-R. кунига 1 марта, клиник самарага эришилгунича). Узоқ муддат;
- Демьянович усули.

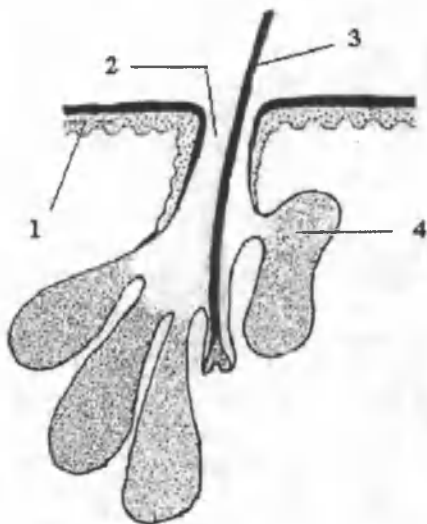
Умумий даво:

- узоқ вақт тетрациклин препаратлари қўлланилади (тетрациклин 0,5–1,0 г. кунига, доксициклин 0,1 г кунига, 2–6 ой мобайнида);
- синтетик ретиноидлар, масалан Roaccutane, 0,1–0,5 мг/кг кунига (узоқ вақт);
- ринофима бўлса, жарроҳлик усули билан даволанади (20-расм).

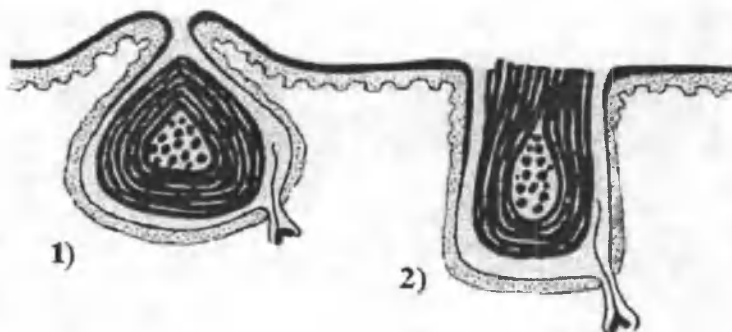
СОЧ ТЎКИЛИШИ (ALOPECIA)

Сочларнинг патологик тўкилишини алопеция деб номланади. Улардан чандиқли алопеция ва чандиқсиз кечадиган алопеция гуруҳларини ажратадилар. Умумий амалиётда кўп учрайдиган сифилитик ва микотик алопециялар билан бир қаторда, албатта ўчоқли соч тўкилишини (alopecia areata) яхши ажратиб билиш зарур.

- 1—эпидермис
- 2—infandibulum
- 3—соч толаси
- 4—ёғ безининг бўлаги



ЁҒЛИ ФОЛЛИКУЛ



- 1—ёпик камедон («оқ бошли»)
- 2—очиқ камедон («қора бошли»), кўпинча муғуз хужайраларда ёғ ва бактериялар билан ўралаган.

20-расм. Комедонлар.

Ўчоқли соч тўкилиши (*alopecia areata*) ўз навбатида тарқалиб кетиши натижасида, бошнинг сочли қисмидаги ва қош, киприк, сокол сочлари тўлиқ тўкилиб – тўлиқ, яъни тотал алопецияни ва яна ҳам тарқалиб, бутунлай тананинг сочлари тўкилиб, универсал алопецияни вужудга келтириш мумкин.

Этиопатогенези. Тўлиқ ўрганилмаган, аммо келиб чиқишида соч фолликуласини аутоиммун жароҳатланиш механизми тахмин қилиб, касалланишда қуйидаги омиллар аҳамияти муҳокама қилиняпти: стресслар, эндокрин безлар фаолиятининг бузилишлари, наслий мойиллик, механик, жисмоний, кимёвий омиллар (радиоактив), дори-дармонлар, ичак паразитлари (острицалар, аскарисдалар, лямблиялар), турли хил аутоиммун касалликлар. Касаллик, асосан, ёш болалар ва 30 ёшгача кузатилади.

Клиник кўриниши.

– Йирик ўчоқли алопеция (*alopecia areata*) бошнинг сочли қисмида аста-секин сочлар тўкила бошлайди ва бир неча ҳафта ёки ойлар ичида бир ёки бир неча соч тўкилган ўчоқлар бирданига кўриниб қолади. Ўчоқдаги тери яллиғланмаган, (фақат айрим ҳолатларда терида энгил кизариш), соч қопчалари сақланган бўлиб беморни безовта қилмайди. Жараён авжланганида ўчоқ яқинидаги сочлар осон тўкилиб, ўчоқ катталашади. Вақт ўтиб, жараён тинчланиб жароҳатланган терида янги сочлар ўсиб чиқиши ва шу вақтнинг ўзида, янги сочсиз ўчоқлар ривожланиши мумкин. Агарда касаллик авжланиши давом этаверса тотал алопецияга ўтиши мумкин. Айрим ҳолларда бемор тирноғида майда тешиксимон ўзгаришлар бўлиб ангишвонани эслатади.

– Тотал алопеция (*alopecia totalis*) айрим ҳолатларда туғма бўлади ва нафақат бошда сочлар бўлмайди, ҳатто қош, сокол ва киприклар ҳам бўлмайди. Кўп беморларнинг иккиламчи тукланувчи соҳаларида ҳам сочлар ўсмайди. Терида соч қопчалари ривожланмаганлиги сабабли тери силлик, ялтироқ бўлади.

– Универсал алопеция (*alopecia universalis*) ўчоқли соч тўкилишининг яқунланувчи даври бўлиб, мустақил касаллик ҳолида жуда кам учрайди. Одатда универсал алопеция оғир юқумли касалликларда (тиф), ионизацияланувчи нурлар билан нурланганларда, турли интоксикациялардан сўнг ва замбуруғсимон микознинг эритродермик тури (Сезари синдроми) да кузатилади.

– Андроген соч тўкилиши (*alopecia androgenica*) кўпроқ наслий мойиллик бор эркаларда кузатилади, жараён андрогенларнинг соч

фолликуласига бўлган таъсири натижасида пешона ёки энса соҳасидан бошланади ўзига хос клиник кўринишга эга. Соч тўкилган тери қисми ялтираб, силлик кўриниб туради, фолликулалар тешикчалари кўзга кўринмайди. Кўп ҳолларда беморнинг соч қисмида ёғли себорея ёки себореяли дерматит борлиги кўриниб туради.

Дастлабки даврларда соч қопчалари сақланган пайтида даво самара бериши мумкин, агарда тери ва соч қопчалари атрофияга учраган бўлса даво самара бермайди.

Ташхиси 1. Ўзига хос клиник кўриниши ва оилавий анамнез.
2. Трихограмма.

Дифференциал ташхиси – Бошқа турдаги соч тўкилишлари;
– *Microsporia capillitii*;
– *Trichophytia capillitii*;
– *Lupus erythematodes*;
– *Sclerodermia*;
– *Alopecia seborrhoica*;
– *Siphilis secundaria*.

Давоси.

Маҳаллий даво:

– таъсирловчи воситалар билан маҳаллий микроциркуляцияни яхшилаш (Тет. Capsici, Tet. Vetrati ва бошқалар).

Умумий даво:

– витаминотерапия (Aevit, Aerovit ва бошқалар);
– цинк препаратлари (цинк окиси 0,05–0,075, кунига 3 маҳал, узоқ вақт, пирацин 0,15%–1,0 м/о, кунора N 10);
– микроциркуляцияни яхшилаш воситалари (теоникол, андекалин, никотин кислотаси, трентал);
– асаб ва ички аъзолар касаллигини даволаш.

Физиотерапия:

– массаж;
– ПУВА-терапия (фотосенсибилизаторлар билан бирга);
– лазеротерапия;
– игна санчиш (игна рефлексотерапия).

ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАР

Замбуруғли касалликлар одамнинг териси, шиллик қаватлари ва ички аъзоларни зарарлайди.

Замбуруғли касалликлар юзаки ва чуқур турларга ҳамда жойлашишига (локализациясига) қараб куйидаги синфларга бўлинади:

I. Кератомикозлар (эпидермиснинг юзаки, яъни муғуз қавати ёки соч кутикуласида жойлашиб, кучли яллиғланиш белгиларисиз кузатилади).

I.1. Ранг-баранг (кепаксимон) темиртки – pityriasis versicolor.

I.2. Эритразма.

I.3. Тугунли трихоспория (пиедра) – piedra.

II. Дерматофитиялар – тери чуқур қаватларининг яллиғланиши бўлиб, тери ҳосилалари ҳам зарарланиши мумкин.

II.1. Эпидермофития (чов ва оёқ панжа эпидермофитияси).

II.2. Руброфития.

II.3. Трихофития.

II.4. Микроспория.

II.5. Фавус.

III. Кандидозлар – тери, шиллик қаватлар, тери ҳосилалари – тирнок ҳамда ички аъзолар зарарланади.

IV. Чуқур микозлар (замбуруғлар асл тери ва тери ости тўқималари, ички аъзоларни зарарлаб, яллиғланиш юзага келтиради).

IV.1. Бластомикоз.

IV.2. Споротрихоз.

IV.3. Хромомикоз.

IV.4. Мадуромикоз.

IV.5. Кокцидомикоз.

IV.6. Гистоплазмоз.

IV.7. Риноспоридоз.

Кератомикозлар – keratomycosis. Бу гуруҳ касаллик замбуруғлари тери ва сочнинг юза қаватларини зарарлаб, яллиғланиш ҳолатлари кузатилмайди.

Ранг-баранг темиртки (Pityriasis versicolor)

Ранг-баранг темиртки (Pityriasis versicolor) чакирувчиси *malassezia furfur* ҳисобланади. Касалликнинг келиб чиқиш сабабларига ҳар хил сабабли кўп терлаш, диабет, тиреотоксикоз, ҳар хил сурункали касалликлар, семизлик, гигиена қоидаларига риоя қилмасликлар кирди. Инсоннинг узок вақт кўп терлаши натижасида тер сифати ўзга-

риб, унинг химоя имконияти пасаяди ва касалликнинг юқиб ривожланишига асос бўлади.

Асосан терида (бўйин, кўкрак, курак, қўллар) сут билан кофе аралашмаси (жигарранг) рангидаги майда доғлар пайдо бўлади. Доғлар беморни безовта қилмайди ва вақт ўтиб секин кенгайиб ўсиб, бир-бири билан қўшилиб кетади. Айрим доғлар устида билинар-билинмас, кепакни эслатадиган майда пўстлоқларни кўриш мумкин. Бемор куёш ванналари қабул қилса, бу доғлар ранги ўзгариб, ок рангли гипопигментив доғ кўзга ташланиб туради.

Ташхисда қуйидагилар кўзда тутилади:

- Аниқ клиник кечиши (териға доғлар тошиши).
- Бальцер синамаси мусбатлиги (5 % ли йод териға суртилса, тўк рангга бўялиб доғлар яққол кўриниб қолади).
- Тирноқ билан уриш ёки Бальцернинг «кукун» белгиси мусбатлиги: тирноқ ёки шпатель билан тирналса, ўчоғида «яширинган» қипиклар борлиги аникланади.
- Люминистентли нурланиш (Вуд лампасида нурлаш) қора – қўнғир ёки қора-сарғиш нурлар кўриниши юз беради, тангачаларни лаборатор текшириш – замбуруғларни аниқлаш учун.

Даволаш:

- Гигиена қоидаларига риоя қилиш (совундан тўғри фойдаланиш, терлашнинг олдини олиш).
- Гиперкератоз ва тер микродорини ўзгартиришга олиб келувчи омилларга барҳам бериш.

Маҳаллий даволаш:

■ Демьянович усулида даволаш (№1–2 эритмалар).

■ Кератолитик дорилар спиртли аралашмаларидан фойдаланиш.

Андреасян суяқлиги:

Rp: Resorcini 2,0

Sp.vini 70,0 % ad 100,0

M.D.S. ўчоқларга 1 мартабадан

3 кун сурт.

Rp: Hexamethylin tetraoleini 10,0

Glycerini 20,0

S.Ac. acetini 8% – 70,0

M.D.S.ўчоқларга 2 кун сурт.

Қиёсий ташхис:

- Захм лейкодермаси (доғлар бир-бири билан қўшилмайди, серо реакциялар мусбат бўлади).
- Пушти рангли Жибер темираткиси (доғлар ўткир яллиғланган, медальонга ўхшаб овал кўринишда бўлади).
- Захм розеоласи (доғлар қўшилмайди, пўст ташламайди, босганда йўқолади, серо реакциялар мусбат бўлади).

ЭРИТРАЗМА

Этиологияси. *Corynebacterium minutissimum* замбуруғи (шартли равишда) кўзгатувчиси бўлиб, эритразма бугун псевдомикозлар гуруҳига киритилмоқда.

Клиникаси. Эритразма кўп учраб турувчи касаллик бўлиб, кўпроқ эркакларнинг тери бурмаларида учрайди. Кўлтикда, сон-урғок бурмаларда, аёлларда эса сут безлари тегидаги бурмаларда қизил-жигарранг (қизил гишт ранги) тусли кескин, аниқ чегарали, ажралиб турадиган доғлар пайдо бўлади. Кейинчалик улар катталашиб, бири-бирига қўшилиб беморни субъектив қийнамайди. Айрим беморлар энгил қичишиш борлигини айтади. Яллиғланган тери устида майда пўстлоқлар кўриниши мумкин.

Ташхиси.

1. Аниқ клиник белгилари.
2. Люминесцент лампа орқали (ўчоқ гишт-қизил ранг бўлиб ялтирайди).
3. Лаборатор чакирувчиси аниқлаш.

Дифференциал ташхиси. *Epidermophyton inguinale*

Давоси. Ранг-баранг темиратки давосини қаранг.

ТУГУНЧАЛИ ТРИХОСПОРИЯ ЁКИ ПЬЕДРА

Тугунчали трихоспория ёки Пьедра (Ўзбекистонда учрамайди) бу икки клиник турда учрайди:

1. Оқ Пьедра – *Piedra Ploiusa* эпидемик касаллик бўлиб, Жанубий Америкада тарқалган, Европада кам учрайди, чакирувчиси – *Trichosporium beigleti*.

Клиникаси. Бош, соқол, мўйлов, човда жойлашган сочларда тугунчалар (замбуруғ тўпламлари) юзага келади.

2. Қора Пьедра – *Piedra Negra* намлиги юқори бўлган тропик минтақаларда учрайди, чакирувчиси – *Trichosporium hortai Bruusbi*.

Клиникаси. Бош сочларида тугунчалар юзага келади.

Ташхиси куйидагиларга асосланади:

- Ўзига хос асосий белгиларнинг кўриниши.
- Замбуруғларни экиш йўли билан аниқлаш.

Даволаш. Сочларни қиртишлаб олиниб, олтингугурт тутувчи (сульсен совуни) совун билан иссиқ сувда ювилади.

ДЕРМАТОФИТИЯЛАР

Бу туридаги замбуруғли юкумли касалликлар эпидермис, дерма ва тери хосилаларини (сочлар, тирноқлар) зарарлайди.

Касалликларни чақирувчи замбуруғлар, асосан, 3 турда бўлиб, улар ўз навбатида бир неча турларга бўлинади.

- Trichophyton (17 га яқин турларга бўлинади).
- Microsporion (10 га яқин турчалари бор).
- Epidermophyton (биргина тури бор).

Дерматофитиялар ҳар хил аллергия реакцияларни чақирishi мумкин, улар патологик ўчоқлардан узокроқда жойлашиши мумкин.

Эпидермофития 2 хил асосий кўринишда учрайди:

1. Оёқ панжалари эпидермофитияси, чақирувчиси – Trichophyton mentagrophytes var interdigitatale бўлиб, 3 клиник турда учрайди: сквамоз, интертригиноз ва дисгидротик хиллари.

2. Чов эпидермофитияси, чақирувчиси – Trichophyton floccosum.

ОЁҚ ПАНЖАЛАРИ МИКОЗИ (MYCOSIS PEDUM)

Оёқ панжалари микози – энг кўп учрайдиган панжалар ора терининг сурункали кечадиган яллиғланиши бўлиб, кўпинча баҳор-ёзда ўткир қайтарилиб туради. Оёқ панжаси микози турли дерматофитлар билан чақирилади ва фақат одамлар касалланади ва юқтириб олиш ҳаммомда, бассейнларда ёки бошқанинг оёқ кийимини кийганда кузатилади.

Оёқ панжалари эпидермофитиясининг (микози) сквамоз турида ўзига хос белгиларни кўриш мумкин. Товонда, панжалар оралиғидаги терининг яллиғланиши кўриниб-кўринмай қизариб, устида майда кепаксимон пўстлоқ ташлаб туриб, беморни узок вақт безовта қилмайди. Лекин оёқ кўп терласа ёки бошка бирор таъсирот туфайли яллиғланиш кучайиб, касаллик интертригиноз ёки дисгидроз турларига ўтиши мумкин.

Оёқ панжасини интертригиноз эпидермофитиясида яллиғланиш ўчоқлари кенг тарқалмайди, кўпинча оёқни 3 ва 4 бармоқлар оралиғининг териси шишиб букканга ўхшаб (мацерация), ёрилиш ва пўст ташлаш билан ифодаланади. Бармоқлар орасидаги терида шилиниш-

лар ва майда субэпидермал пуфакчалар пайдо бўлади. Бармоқлар бирига текканда, тери қўшимча жароҳатланади ва иккиламчи инфекцияланишга имкониятлар туғилади ва бу кўпинча лимфангоит ва лимфоаденитга олиб келади. Беморни юрганда каттиқ оғриқ қийнайди.

Оёқ панжасининг дисгидротик турида юқорида келтирилган белгиларга қўшимча ўткир яллиғланиш белгилари, яъни панжанинг турли соҳаларида пуфакчалар ва кўп камерли пуфаклар, улар ёрилиб, атрофида эпидермис бўлаклари осилиб турадиган эрозиялар пайдо бўлади. Эпидермофитиянинг бу турида тезда янги пуфакчалар, йирингчалар, эрозиялар ҳосил бўлиб, пилчираш кузатилади. Янги-янги пайдо бўлаётган тошмалар бемор тинкасини қуритиб, ҳароратини кўтаради, каттиқ кичишиш ва оғриқ эса беморни ёрдам излашга мажбур қилади. Бемор вақтида даволанмаса, тананинг бошқа узоқ қисмларида янги пуфакчалар ва тугунчалардан иборат аллергик тошмалар пайдо бўлади.

Тирноқлар эпидермофотияси. Оёқ панжасининг ва бошқа замбуруғ касалликларнинг этиологик ва клиник турларида тирноқ жароҳатланиши кузатилиши мумкин. Кўпроқ бош ва жимжилоқ бармоқ тирноқлари бош четида, устида ёки тирноқ ўсиб чиқаётган қисмида сариқ доғлар пайдо бўлиб кўпайди, тирноқ хиралашади, қалинлашиб мўрт, усти нотекис ва енгил уваланадиган бўлиб қолади. Кейинчалик бошқа тирноқлар ҳам жароҳатланиши мумкин. Беморни безовта қилмайди.

Дифференциал ташхиси.

1. Intertrigo candidomycetica.
2. Intertrigo streptogenes.
3. Exzema dyshidrosum.
4. Dyshidrosis.

Оёқ панжаси микозини даволаш:

Маҳаллий даво – оёққа даволаш ванналари (0,001% марганцовка суюқлиги, Буров суюқлиги, 2% сода, 3% ихтиол);

- замбуруғга қарши упалар;
- бармоқлараро клотримазол, нитрофунгин, анилин бўёқлар, 1–2% йод;
- низорал, ламизил, тербизил;
- тирноққа Лоцерил лаки.

Умумий давоси:

– Замбуруғга қарши антибиотиклар ичишга (Орунгал, Ламизил, Низорал, Дифлюкан, Гризеофульвин).

– Яллиғланишга қарши (антигистамин ва десенсибилизацияловчи) препаратлар (*шлова № XI–XII*).

ЧОВ ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ (EPIDERMOPHYTIA INGUINALE)

Чов эпидермофитияси кўп терлайдиган одамларда кўп учрайдиган замбуруғ касаллигидир. Фақат одамларда учрайдиган, бемордан соғ одамга ички кийим ёки умумий ванналар ва туалет буюмлари орқали юкадиган касалликдир.

Клиникаси. Кўпроқ беморнинг тери бурмаларида, қўлтиқда, сон-ўрғок бурмаларда, аёлларда эса сут безлари тагидаги бурмаларда кизгиш, инфилтрациялашган, аниқ чегарали, ажралиб турадиган доғлар пайдо бўлади. Кейинчалик улар четга қараб катталашади ва ўрта қисми оқариб, устида майда пўстлоқлар пайдо бўлиб, вақт ўтиб, енгил пигментлашади. Патологик тошма атрофида сал кўтарилиб турадиган кизил чегара кўзга ташланиб, устида майда пуфакчалар ва калоқлар бўлади, беморни қаттиқ кичишиш безовта қилади.

Ташхиси

1. Типик клиник белгилари.
2. Ўчоқдан олинган тери қирмасини микроскопда текшириш.

Дифференциал ташхиси

- Erythrasma.
- Intertrigo.
- Psoriasis inversa.

Даволаш.

- Травокорт, Дермазолон, Тридерм, Низорал, Ламизил малҳамлар.
- Десенсибилизацияловчи дориларни қўллаш (кальций дорилари).
- Ялиғланишга қарши дорилар (ўтқир ва ўтқир ости турлари).
- Намлаш учун Буров суюқлиги.
- Кератолитик малҳамлар.

РУБРОФИТИЯ (RUBROPHYTIA)

Руброфития чақирувчиси – *Trichophyton rubrum* фақат катталарда учраб, бой турли клиник белгилар борлиги, сурункали, эпидермофитияга нисбатан оғирроқ ва тарқалиб кетиши билан кечадиган замбуруғ касалликдир.

1. Оёқ панжалари ва кафтлар руброфитияси (*rubrophytia palmarum et plantarum*).

2. Силлик тери руброфитияси (Rubrophytia. cutis glabrae).

3. Тирноклар руброфитияси (Onichomycosis palmarum et plantarum).

Оёк панжалар микозининг клиник кўриниши этиологик замбурут турига қараб кам фаркланади, фақат руброфитияда бошқа турлардан ҳамма бармоқлар орасининг жароҳатланиши, кўпроқ кепаксимон майда тангачалар ва кучлироқ кичишиш билан ажралиб туради.

Силлик теридаги руброфития ўзига хос турли катталиқдаги ўчоқлар, улар кўпроқ тана ва оёқлар терисида жойлашиб, кизариш, шишиш билан бошланади ва устки қисми унсимон кепакланади. Уларнинг чегара қисми валиксимон кўтарилиб туриб, шаклан фес-тонларга ўхшаш аниқ бўлади.

Ташхиси қуйидагиларга асосланади:

- типик клиник кўриниши;
- қирмаларни микроскопда текшириш ;
- экиш ва уни микроскопда текшириш.

Даволаш.

1. Терини кўчириш (ўчоқлар силлик терида бўлса):

Rp: Jodi puri 2,0

Sp. Vini aethylici 96%- 50,0

Ac. Corbolicі 5,0

Ac. Salicylici 12,0

Ac. Lacticі coseutrati 10,0

Resorcini 6,0

Oi. Rusoi 10,0

Colloidi elastici aсl 100,0

M.D.S. маҳаллий сурт.

2. Гризеофульвин, низорал, ламизил ва орунгал буюриш.

3. Витаминотерапия (А витаминини узоқ муддат қабул қилиш).

4. Аутогемотерапия.

ТРИХОФИТИЯ, МИКРОСПОРИЯ, ФАВУС

Терининг замбуруғ касалликларига трихофития, микроспория ва фавус (кал) касалликлари ҳам қиради. Бу касаллиқларда силлик тери, соч ва тирноқ шикастланади, юқиш йўллари эса: бемордан ёки касал ҳайвондан соғ одамга юқиши мумкин. Трихофития қўзғатувчиси – Trichophyton гуруҳига мансуб замбуруғдир. Трихофития касаллиги кўпинча болаларда учраб қуйдаги клиник турларга бўлинади:

1. Бош териси сочли қисмининг (ва соқол мўйлаб) юзаки, чуқур трихофитияси.

2. Силлиқ теридаги трихофития.

3. Тирнок трихофитияси.

Бош терисида ва силлиқ теридаги трихофития юзаки ҳамда чуқур клиник белгилар билан кечади.

Юзаки трихофития кўзғатувчиси – *Trichophyton endotrix* (замбуруғ, мицелий соч ичида жойлашади), бу замбуруғга *Tr. violaceum* ва *Tr. cansurans* киради.

Чуқур трихофитиянинг кўзғатувчиси эса *Tr. ectotrix* (замбуруғ соч толасининг атрофида жойлашади), бу замбуруғга *Tr. gipseum* ва *Tr. verrucosum* киради.

Юзаки трихофития замбуруғи сочининг ичкарида жойлашган бўлади, шунинг учун яллиғланиш камрок кўринишда бўлади. Чуқур трихофитияда эса замбуруғ сочининг ташқари қисмида жойлашган бўлади. Шунинг учун жараён ўткир яллиғланиш билан биргаликда боради. Булардан ташқари бемор одамдан соғлом одамга касаллик ўтса антропофил юкиш йўли дейилади, бордию касал ҳайвондан одамга юкса, у холда зоофил юкиш йўли дейилади. Трихофития касаллигида ва умуман замбуруғ касалликларига ташхис қўйишда замоишгоҳ текширувларидан ўтказиш жуда муҳим аҳамиятга эгадир. Бунинг учун шикастланган жойдан сочлар, пўстлоқлар, қалоклар ва тирноклар олиниб микроскопда кўздан кечирилади. Замбуруғ турларини аниқлаш эса махсус тайёрланган озуқаларга экиб, уларни маълум вақт ичида ундирилади.

Юзаки ва чуқур трихофития ҳайвон ва одамларда учрайдиган касалликдир. Бунинг аҳамияти шундаки, юзаки трихофитиянинг манбаи касал одам, чуқур трихофитияники эса, асосан, касал ҳайвонлар (мол, мушук, ит, сичкон ва бошқалар) бўлади.

Силлиқ терининг юзаки трихофитияси терида бир нечта кизгиш доғлар пайдо бўлиши, улар атрофида эса жуда нозиккина жияклар кўриниб туриб, четки қисмида туклар ҳам шикастланиб, доғларнинг юзаси кепакланиб туради, баъзи вақтда тугунчалар ҳам бўлиши мумкин.

Бундан ташқари силлиқ терида зич тўқимали трихофития ҳам бўлади, бунда эса тугунчалар кўпроқ бўлиб, зич тўқимада кўпроқ яллиғланиш жараёни бўлади.

Юзаки бошнинг соч қисми трихофитияси – бошнинг соч қисмида майда қипикланган доғлар тошиши ва сочларнинг тери сатҳидан 2–3 мм юқоридан синиб, қора нуқталарга ўхшаб туриши билан кечади ва

бу кам яллиғланган ўчоқ кейинчалик секин катталашиб, кипиқланади. Балоғат даврига келиб, ички секреция безлари фаолиятининг ўзгариши туфайли бу касаллик кўпроқ эркакларда давосиз, ўз-ўзидан яхши бўлиб, касаллик ўтиб кетади. Аёлларда эса, касаллик сурункали қора нуктали трихофития турига ўтиши ҳам мумкин.

ЧУҚУР ТРИХОФИТИЯ (TRICHOPHYTIA PROFUNDA)

Этиологияси. Чуқур трихофития антропозоофил замбуруғлар орқали, яъни уй ҳайвонлари ва бемор одамдан юқиши мумкин бўлиб, катталарда ва кўпроқ болаларда ўткир бошланади.

Клиникаси. Чуқур трихофития ўткир кечиб, замбуруғ соч фолликуласига тушгандан уни ва атрофидаги терининг йирингли яллиғланишини чақиради. Яллиғланиш ўчоғи бошида четараланган, чуқур, ярим шарсимон шаклда бўлиб, устки қисмида катталашиб очилиб турган соч фолликуласининг тешикчалари кўриниб, улардан йиринг суюқлиги ажралиб туради. Клиник кўриниши карбункулни эслатади. Аста-секин яллиғланиш катталашиб диаметри 6–8 см га боради ва қараганда бошнинг соч қисмида тери сатҳидан 1–2 см гача кўтарилиб турган, ярим шарсимон, устида йирингли зич жойлашган фолликулитлар кўриниб, улардан кўп миқдорда сарик рангли йиринг чиқиб туради. Шу даврда ўчоқ яқинидаги лимфа тугунлари (безлари) катталашиб кетади, беморда ҳарорат кўтарилади. Яллиғланган терида жойлашган сочлар ўрнидан енгил ажралади. Яллиғланган инфилтрат устидан босилса, соч фолликулалари тешигидан осонгина йиринг ажралиб асал арилар уясидан оқиб турадиган асални эслатади (kerion Celsi). Кейинчалик соч фолликуласи атрофияга учраб, яллиғланиш камаяди ва атрофи чандиқ ҳосил бўлади.

Бу терида янги сочлар бошқа чиқмайди.

Дифференциал ташхиси

1. Microsporia.
2. Carbunculus.
3. Sycosis vulgaris.
4. Acne conglobata.

МИКРОСПОРИЯ (MICROSPORIA)

Микроспория кўзгатувчиси антропозоофил замбуруғи бўлиб, кўпроқ мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар орасида тарқалади. Касаллик соғ одамга бемордан ҳамда касал ҳайвондан юқиб, силлиқ тери ва сочларни кўпинча юза жароҳатлайди.

Клиник белгилари. Силлиқ тери ва соч қисмини микроспорияси трихофитияни клиник кўринишини эслатиб туради. Лекин, касаллик бошланишдан теридаги жароҳатлар сони 2–4, катталиги ҳар хил бўлиб, кескин ажралиб устида асбестсимон майда кепакланиш билан қопланади. Бу яллиғланган доғлар доирани эслатиб туради ва секин катталаниб доғ ўртасида янги зарарланиш пайдо бўлиб ўсади ва оқибатда янги кичикроқ доирага айланиб қолади ва ирис ҳолатини эслатади.

Яллиғланиш бошнинг сочли қисмида жойлашганда, юқорида келтирилган белгиларга, сочларнинг жароҳатланиб 5–6 мм узунликда синиши кўшилади. Айрим ҳолларда яллиғланиш кучайиб *kerion Celsi* га мос белгилар кўриниб қолади. Микроспория тезда тарқалувчан касаллик бўлиб, айниқса болалар орасида эпидемия ҳолати кўп учраб туради. Трихофитиялардан яна бир фарқи шундаки, люминисцент лампаси остида беморнинг сочини кўрсак, яшил нурланиш бўлади (трихофитияда нурланиш кўринмайди).

Дифференциал таъхиси

- *Trichophyton superficialis*.
- *Psoriasis vulgaris*.
- *Pityriasis rosea Gibert*.

КАЛ (FAVUS, ПАРША)

Этиологияси. Кал кўзгатувчиси *Achorion Schonleini* замбуруғи 1839 йилда топилган ва Трихофитон туркумига киради. Касаллик факат одамларда, кўпроқ болаларда учрайди ва бошқа дерматофитияларга қараганда кам юқумли бўлиб, Ўзбекистонда кўп йиллардан бери йўқотилган.

Клиникаси. Энг характерли клиник белгиси беморнинг соч қисмида факатгина фавусга хос скутулалар ва улардан кейин қолган чандиклар ва зарарланган сочлар борлиги. Ликопчасимон скутуланинг (қалқончалар) ранги сарғиш бўлиб, ўрта қисмидан сочлар чиқиб тура-

ди. Скутула узоқ вақт туриб атрофида чандик ҳосил қилади ва бу жойда соч ўсмайди. Бемордан кучли сичқон хиди (амбар хиди) келиб туради. Даволанмаса касаллик кўп йиллар давом этиши мумкин ва натижада бошнинг сочли қисмини бутунлай жароҳатлаб, фақатгина четларида жиякка ўхшаш жароҳатланган сочлар сақланиб қолади.

Бундан ташқари кепакланувчи ва йирингли шакллари ҳам бор, кам қувват одамларда ички аъзолар ҳам шикастланади.

Ташхис. Скутула ва қўланса сичқон хиди, типик калланиш борлиги ва микроскопик сочда ва пўстларда замбуруғ топилишига асосланади.

Дерматомикозларни даволаш. Микозларни даволашда замбуруғларга қарши дорилар қўлланилади.

Систем антимикотиклар гризеофульвин, низорал, ламизил, тарбизил, орунгал ва дифлюнан.

Маҳаллий даво: шикастланган жойга 2–3% ли йод эритмаси ва 10% ли олтингутурт малҳами суртилади ҳамда шикастланган сочлар эпиляция йўли билан олиб ташланади.

Микозлар профилактикаси:

Касаллик аниқлангандан кейин СЭС га хабар берилади ва:

1. Бемор бошқалардан ажратиб қўйилади.
2. Беморнинг ички кийим ва кўрпа-тўшак жилдлари қайнатилиб, кейин ювилади.
3. Бемор уйининг поли олдин 5% хлорамин (лизол эритмаси) кейин иссиқ сув билан ювилади.

Бемор тўлиқ даволангандан кейин, унда микологик текшириш 3 марта манфий натижали бўлса ва 3 ҳафтагача касаллик белгилари топилмаса, фақатгина шунда болага мактаб ёки боғчага қатнашга рухсат берилади.

СЭС ходимлари билан бемор оиласининг ва унга яқин бўлган барча болалар (қўшни, мактабдош) ва катталар (чуқур дерматомикозларда уй ҳайвонлари ҳам) текширилиб даволаниши лозим.

КАНДИДОЗ

Ҳозирги вақтда шартли-патоген, ачитқисимон, *Candida* туркумига кирувчи замбуруғ, кўпроқ *Candida albicans*, беморлар ва соғ кишилар орасида кандидоз ривожланишига сабаб бўлиши кўп кузатиляпти.

Этиологияси. *Candida albicans* – бир ҳужайрали микроорганизм бўлиб, думалок, овал шаклда, ўлчамлари йирик бўлади. Улар псевдо-

мицелиялар ҳосил қилади. Асл замбуруғлардан асосий фарқи: псевдомицелияси борлиги, аскоспораси йўқлиги ва характерли биокимёвий хусусиятга эга эканлигидир.

Эпидемиологияси. Кандида замбуруғи билан дастлаб чақалок туғилгандан сўнг 1-соат ёки 1-кунлариданок учрашади. Ҳомиладорлик даврида ҳомила кандидага чалиниши ҳам мумкин, бунинг исботи бўлиб ҳомила атрофи суви, пардалари, йўлдошдан кандидатлар топилишидир. Туғиш йўлларидадан ўтиш вақтида, кўкрак эмиш ва она қўллари орқали ҳам организмга тушиши мумкин. Овқат маҳсулотларидан гўшт, сут маҳсулотлари: творог, пишлок, сметана, ҳўл мевалар таркибида кўплаб кандидатлар сақланиши кузатилади. Уй ҳайвонлари, бузоқчалар, кўзичоқлар ва паррандалар касаллик манбаи бўлиши мумкин.

Патогенези. Кандидалар шартли-патоген замбуруғлар бўлгани учун кандидоз инфекциясининг патогенезида хал қилувчи омил замбуруғ эмас, макроорганизм ҳисобланади. Гомеостазнинг турли хил ўзгаришлари кандиданинг вирулентлигини оширади. Кандиданинг активлигини оширувчи барча омилларни уч гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Атроф-муҳит (экзоген) омиллари кандиданинг организмга киришига ёрдам беради.

2. Эндоген омиллар, организмнинг қарши курашиш кучини камайтиради.

3. Замбуруғларни вирулентлик ҳосияти, уларнинг патогенлигини таъминлайди.

Экзоген омиллар: ҳарорат ўзгаришлари, терлашнинг кучайиши, терининг мацерацияси, тери ва шиллиқ пардаларга касб-кордаги зарarli таъсирлар (кислота-ишқорлар, цемент, эритувчилар), ҳавода замбуруғлар ва улар спораларининг ортиб кетиши (қандолат саноатида, оксил синтези саноатида) тери жароҳатланишлари, асосан, консервалаш саноатида, нораціонал гигиеник тартиб туфайли ва бошқалар.

Эндоген омиллари: моддалар алмашинуви касалликлари (қандли диабет, диспротеинемия, ярали колитлар, дисбактериоз, семириш), сурункали инфекция жароёнлар, қон тизими касалликлари, ўсмалар, мохов, микседема, тиреотоксикоз, кўп терлаш, авитаминозлар. Бир ёшгача бўлган гўдақларда қон зардоби фунгистазиси фаолиятининг сусайиши, сўлак ажралишининг сустлиги ва лизоцимни замбуруғга қарши фаолиятининг сустлигидир.

Антибиотик, цитостатик, глюкокортикоид гормонлар, иммуносупрессантларнинг кенг қўлланиши ҳам ҳар хил ёшдаги кишиларда кандидознинг кўп учрашига олиб келади.

Клиник кўриниши. Юза кандидозлар (ясси тери кандидози, шиллик пардалар, тирнок кандидозлари) ва системали ёки висцерал кандидозлар, оралик тури сурункали тарқоқ (гранулематоз) кандидозлар тафовут этилади.

Юза кандидозга тери шиллик пардалари, тирнок ва тирнок атрофи тўқимаси кандидози киради.

Ясси тери, асосан, йирик бурмалар жароҳатланиши билан бошланади: бурмалар соҳаси қавариб шишади, пуфакчалар, серопапулалар, пўстлоқлар, эрозия, намланиш кузатилади. Ўчоқлар аниқ, гажимдор чегарага эга, атрофида эпидермис кўчмаси бор. Эрозия юзаси текис, ялтироқ, жойларда оқиш парда билан қопланган. Ўчоқ атрофида якка-якка жойлашган шишли эритемалар, серопапулалар, везикулалар, пустулалар кузатилади. Бурмалардан тошмалар атроф териларига тошиб кўпаяди. Эритематоз турида эритематоз – шишган тургун-қизғиш рангли ўчоқлар бўлиб, уларда эрозиялар, намланиш кузатилади.

Кўл, оёқ панжа бармоқлари бурмаларида замбуруғли эрозия, мактаб болаларида ва катталарда кўп учрайди. III-IV ва IV-V бармоқ ораларида мацерация туфайли шишган тургун гиперемияли ўчоқ кузатилиб, атрофи эпидермис кўчкиси билан ўралган, серопапула ва везикулалар кузатилади.

Шиллик пардалар кандидози, оғиз шиллик пардаси ва жинсий аъзоларда учрайди. Оғиз шиллик пардаси кандидозида сузмасимон оқ парда кузатилиб, у осон кўчади. Улар кўчирилса эритематоз доғлар кузатилади, кам ҳолларда эса эрозия кузатилади. Оғиз шиллик пардаси тил, лунж, милк, қаттиқ танглай, лаб қизил хошияси жароҳатланиши билан кечиши мумкин.

Замбуруғли глоссит – тил таначасида нуктадек оқ доғли парда пайдо бўлиши билан бошланади. Парда шпатель билан пайпасланса юза, бироз шишли, гиперемия ўчоғи кузатилади. Кейинчалик тилнинг бутун юзаси оқ парда билан копланди ва аста-секин сарғиш-кўнғир тус олади.

Глосситнинг бошқа дистрофик тури ҳам учрайди. Бу турда тил таначаси шиллик пардаси малина-қизғиш тус олиб, қуруқ ялтироқ кўринишда бўлиб, ипсимон сўрғичлар атрофияга учрайди. Оқиш-кўнғир парда тил чеккаларида ёки бурмаларида кузатилади. Бу парда, асосан, кийин ажрайди.

Кандидозли глосситни дескваматив глоссит билан қиёсий ташхис қилинади: тил юзасида эпителий десквамация ўчоқлари кузатилади, у хар хил шакл ва ўлчамларда бўлади. Эпителий десквамация ўчоқлари

бир жойдан иккинчи жойга кўчиб, бир-бири билан кўшилиб, катта-катта ўчоқларни ҳосил қилади ва хатто диффуз ўчоқ ҳосил қилиши мумкин.

Кандидозли глоссит ва стоматитни лейкоплакия: кизил ясси темиртки билан қиёсий ташхис қилиш керак. Бу касалликларда кўнғир оқиш тусли шиллик парда муғузланиш ҳисобига юзага келади, шу сабабли шпатель билан кўчириш мумкин эмас.

Юмшоқ лейкоплакияда шиллик парда кўнғир-оқиш тусга эга.

Эпителий қисман кўчиб, бемор тишлаб тортади, сўнг юза тирна-лиш ҳосил бўлади. Текширилувчи материалдан замбуруғ топилмасли-ги кандидоз ташхисини инкор қилади.

Оғиз бурчақлари кандидози (кандидозли бичилиш) ва кандидозли хейлит, кўпинча оғиз шиллик пардаси, тил кандидози билан бирга-ликда учрайди, аммо ўз ҳолича ҳам учраши мумкин. Жараён кўпроқ болалар ва қарияларда кузатилади. Оғиз бурчақларида чуқур бурма-лар бўлиши, бу қисмларни доимий сўлак билан намланиб, ишқаланиши замбуруғли бичилишга олиб келади. Оғиз бурчақлари териси яллиғланган, ишқаланиб қизарган, нам, осон кўчувчи оқиш парда билан қопланган бўлади. Парда кўчирилгач, қизғиш эрозив юза кузатилади. Кўпинча жароҳат икки томонлама, айрим ҳолларда бир томонлама бўлиши мумкин.

Айрим ҳолларда оғиз бурчаги кандидози лаб кизил ҳошиясига тарқалади. Бу ҳолларда лаб юзасида қизарган доғ, кўнғир тусли ке-паклар ва оқ нуктадек пардалар кузатилади, уларни кўчирсак янги, нам, ялтироқ юза аниқланади. Лаблар туташиб чизиги қизариб, шиш-ганлиги кузатилади. Лаб ҳаракати оғриқли бўлади.

Касаллик стрептококкли лаб бурчаги бичилиши билан қиёслана-ди, бунга тўқ-кизил шишли доғ характерли бўлиб, у лаб бурмасигача тарқалган бўлади. Марказида ёриксимон эрозия кузатилади, эрозия юзаси кўпинча сарғиш, қат-қат йирингли қалоклар билан қопланган. Лаб бурчагида катта яра, захм тугунчалари ҳам учрашини ёдда тутиш зарур, ундан ажралаётган суюқликлардан рангсиз спирохета топилади.

Кандидозли паронихи ҳамда онихи тери ва шиллик пардалар жа-роҳати билан бирга кечади. Паронихи – тирноқ ҳалқаси шиши, ин-филтрацияси гиперемияси ҳолида кечади. Бунда тирноқ атрофи ҳалқаси гўё тирноқ устига сурилгандек бўлиб кўринади. Замбуруғлар тирноқ атрофи ҳалқасининг ён томонларидан кириб боради ва шу са-баб тирноқнинг озод қисми жароҳатланмайди. Тирноқ ён юзалари де-формацияланади. Тирноқ юзалари ҳам деформацияланади, ҳар хил

қалинликка эга бўлади. Жараённинг ўткир даврида оғриқ ва қичишиш кузатилади.

Кандидозли вульвовагинит, баланат, баланопостит якка ҳолда ёки кандидознинг бошқа турлари билан бирга ривожланади. Қизларда вульвит ва вульвовагинит, уретритлар билан учрайди. Ўғил болаларда бу хил жароҳат жуда кам учрайди, сабаби физиологик фимоз ҳолати бўлгани учун, яъни олат бошчаси, олат ёпқичи билан ёпилиб туради.

Кандидозли вульвит ва вульвовагинит ривожланишида диффуз шишган гиперемия ўчоғи пайдо бўлиб, юзасида майда-майда оқиш пардалар учрайди. Парда осон кўчади, остидан сероз, сероз йирингли, ажратмали эрозия юзаси очилади. Касаллик қичишиш ва оғриқ билан кечади, айниқса сийиш пайтида кучаяди.

Сурункали тарқоқ (гранулематоз кандидоз) кандидоз, сурункали касалликлар оқибатида, туғма иммун танқислиги оқибатида, оғир эндокрин ўзгаришлари туфайли келиб чиқади. Замбуруғ инфекциясининг сурункали кечишига ўтишига антибиотиклар билан даволаш, узоқ вақт, катта миқдорда кортикостероид гормонлар, иммуносупрессорлар қабул қилишга олиб келади.

Юз, бошнинг соч қисми, тана, қўл ва оёқларда думалок, нотўғри шаклли, гиперемияланган ва инфильтрланган, кепакланувчи доғлар юзага келиб, улар аста-секин грануляцияланган кепакларга айланади. Оғиз бурчакларида сўғалсимон ҳосилалар вужудга келиб, улар юзаси қалин йирингли сероз қалоклари билан қалокланади. Бошнинг соч қисмида, тана, қўл-оёқларда ғадир-будир, тугунли, тарқалувчи ҳосилалар ўсиб, йирингли ажратмалар ажратади, ажратмалар қуриб, қат-қалоклар ҳосил қилади. Бу хил чуқур кандидоз кўринишлари стафилококк инфекцияси кўшилганида кузатилади.

Сурункали тарқоқ, гранулематоз кандидоз оғир кечиб, анемия, астенизация, субфебрилитет, узун найсимон суяклар остеопорози, қайталанувчи бронхит, пневмония, диспептик ҳолатлар учрайди. Жароҳат тугагач, терида чандиқ қолади, бошнинг соч қисмида эса каллик вужудга келади.

Давоси. Кандидознинг ҳамма турларида келтириб чиқувчи омилларни бартараф этиш зарур. Шунинг учун аввало патогенетик даво тайин этиб, санитар-гигиеник муолажалар ўтказилади, этиотроп даво қўлланилади.

Бугунги кунда кандидозни даволашда юқори самарали натижани систем антимикотиклар: Дифлюкан, Орунгал, Низорал препаратлари бeryптилар.

Ясси тери, бурмалар жароҳатланганда умумий даво кандидозга қўлланиладиган дорилар тайинлашдан бошланади. Амфоглюкамин кунига 2 маротаба, овқатдан сўнг 200000–500000 УБ 10–14 кун мобайнида. Болаларга – ёшга эътиборан: 2 ёшгача – 25000 УБ, 2 ёшдан 6 ёшгача – 100000 УБ, 6 ёшдан 8 ёшгача – 150000 УБ, 9 ёшдан 14 ёшгача – 200000 УБ кунига 2 марта тайинланади. Нистатин ёки леворин ичишга тайин этилади. 2 ёшгача бўлган болаларга 1 мг 1 кг вазни ҳисобида, 3–4 бўлиб ичилади. 2 ёшдан 6 ёшгача 6–8 мг/кг, 6 ёшдан кейин 8–10 мг/кг тана оғирлигига нисбатан кунига 3–4 марта, 7–10 кун мобайнида. Низорал ҳам бемор вазнини инобатга олиб, 2 ёшгача 15–20 кг вазнгача 25–30 мг, суткада бир марта, 6 ёшгача 20–30 кг вазнигача – 30 мг, суткада 1 марта. Бир вақтда витаминлардан В гуруҳи, иммуностимулятор ва иммунокорректорлар тайин этилади. Маҳаллий қўлланилувчи дорилардан ўткир яллиғланиш билан кечиб намланиш кузатилса, 1%ли танин, 0,25 – 0,5 % кумуш нитрати эритмалари билан намланади, анилин буюқларининг 1–2% атрофидаги эритмалари қўлланилади.

Оғиз шиллиқ пардалари жароҳатланган бўлса, катталарга 10% тетраборат натрийнинг глицериндаги эритмаси, 1–2% анилин буюқлари суртилади.

Систем антимикотиклар Дифлюкан, Микосист, Ороназол катта доволаш эффеқтини беради.

Х Е Й Л И Т Л А Р

Хейлитлар лабнинг диффуз жароҳатланиши билан, хушфеъл кечувчи гуруҳ касалликларидан ҳисобланади. Хейлитлар икки гуруҳ бўлиб: хусусий хейлитлар ва симптоматик хейлитлар тафовут этилади.

Хусусий хейлитлар куйидагилар: Эксфолиатив хейлит (куруқ ва эксудатив хили), glandуляр хейлит (бирламчи ва иккиламчи), метеорологик ва актиник хейлитлар.

Симптоматик хейлитларга: атопик хейлит, экзематоз хейлит (лаб экземаси), контактли хейлит (оддий ва алергик) ва макрохейлит киради.

Эксфолиатив хейлит фақат лаб қизил ҳошиясининг сурункали касаллиги бўлиб, икки турга бўлинади – куруқ ва эксудатив. Бу икки тур бир-бирига айланиши мумкин.

Эксфолиатив хейлит, асосан, аёлларда, 20–40 ёшларда учрайди.

Клиник кечиши. Эксфолиатив хейлитнинг ўзига хос белгиси жароҳатнинг жойлашишидир. Жараён фақат лаб қизил ҳошиясида, иккала лабда ёки фақат бир лабда жойлашади. Жараён оғиз шиллиқ

пардасининг лаб қизил хошиясига ўтиш чегарасида, қизил хошиянинг ўртасигача лентасимон чизик бўлиб, лаб у бурчагидан бу бурчагигача (Клейн қисми) кузатилади. Лаб қизил хошиясининг иккинчи ярми, лаб териси ва лаб бурчаклари жароҳатланмайди.

Эксфолиатив хейлитнинг эксудатив турида Клейн қисмида сарғиш-кўнғир, сарғиш-жигарранг қалоклар ҳосил бўлади, айрим ҳолларда қалоклар катта-катта (ўчоқларни қоплайди) ўлчамларга етади ва жароҳат юзларини қоплайди. Айрим ҳолларда қалоклар катта-катта пластинка ҳолига етиб, лаб териси юзасидан осилиб туради ва лаб қизил хошиясининг бутун юзасини қоплагандай, аммо лаб қизил хошиясининг лаб терисига ўтувчи қисми ва лаб бурчаклари жароҳатланмайди.

Қалоклар кўчирилса, тўқ қизил, силлик юзали лаб кўринади. Эксфолиатив хейлитга хос белги шуки, лаб қизил хошиясида эрозия ўчоқлари кузатилмайди, Клейн қисмидаги лаб шиллик пардаси бироз кизарган ва шишган бўлади, қалоклар доим ҳосил бўлавериб, 3–6 кунда қалинлашади. Қалоклар кўчирилгач 1–2 кундан сўнг Клейн қисмида оқиш клейсимон эксудат ҳосил бўлади, у қуриб, қалокқа айланади. Бу хил хейлит билан оғриган беморларни лаб ачишиши ва оғриши безовта этади, асосан, лаблар бир-бирига текканида бу ҳиссиёт кучаяди, шунинг учун гапириш, овқатланиш оғриқли бўлиб, беморлар оғзи ярим очик ҳолатда бўлади.

Эксфолиатив қуруқ хейлитда жароҳатланган юзада кўнғир ёки жигарранг қалоклар ҳосил бўлади, қалоклар маркази лаб қизил хошиясига зич ёпишган бўлади. Қалоклар ҳосил бўлгач 5–7 кундан сўнг осон кўчади, лаб қизил хошияси тўқ қизил тусда эканлиги кузатилади, қалок остида эрозия бўлмайди. Клейн қисмидаги лаб шиллик пардаси бироз гиперемияли бўлади. Беморларни лаб қуруқлиги, бироз ачишиши безовта қилади. Айрим кишиларда лаб қизил хошиясининг бутун юзаси жароҳатланмай, унинг ўртасидаги учдан бир қисми жароҳатланади: улар қизил хошияга жуда зич жипслашган бўлади. Кўпинча юқори лаб марказий қисмигина жароҳатланиб (енгил тури), қолган қисми ва пастки лаб жароҳатланмайди.

Эксфолиатив хейлит бехосдан пайдо бўлиб, узоқ давом этади, кечиши бир хил. Ўз-ўзидан тузалиб кетиши ҳам мумкин. Эксфолиатив хейлит ҳеч қачон ёмон жароҳатга айланмайди.

Этиопатогенези. Касаллик этиопатогенези охиригача ўрганилмаган. Эксфолиатив хейлит патогенезида психоэмоционал ҳолат катта аҳамият касб этади. Эксфолиатив хейлитнинг иккала турида ҳавотир-

ланиш реакциялари устунлик қилади, куруқ турида эса депрессив реакция. Экссудатив тури билан оғриганларда вегетатив дисфункция кузатилиб, уларда симпатикоадренал таъсир устунлик қилади, куруқ турида эса вегетатив асаб тизими ўзгаришсиз бўлади. Эксфолиатив хейлитнинг кузатилишида генетик мойиллик бўлиши мумкин, бунга исбот тариқасида хейлитнинг оилавий кузатилиши ва юмшоқ лейкоплакия билан учрашидир.

Ташхиси: Ташхис қўйишда ўзига хос кўриниши, фақат Клейн кисмини жароҳатлаши асос бўлади.

Актиник хейлитнинг экссудатив тури. Манганотти хейлити, оддий пўрсилдок яра, эрозив ярали қизил югирикнинг лабдаги жароҳатига ўхшайди.

Актиник хейлитнинг экссудатив тури, эксфолиатив хейлитнинг экссудатив туридан фарқи: мавсумийлиги, лаб қизил хошиясининг барча юзасини қоплаши, шиш, эрозия ва пуфакчалар ҳосил бўлишидир.

Оддий пўрсилдок яра лабда эрозия ҳосил қилади, эрозияни кузатиш учун қалокни кўчириш кифоя, Никольский симптоми мусбат, босма-суртмадан акантолитик ҳужайра топилади.

Манголотти хейлитида жароҳат чегараланган, эрозияли бўлиб кечиши билан фарқланади.

Қизил югирикнинг эрозияли-ярали турида жароҳат ўчоқли бўлиб, кучли ривожланган эритематоз доғ, гиперкератоз, эрозия ёки яра ҳосил бўлиб, жароҳат атрофи чандиқ билан тугайди. Вуд лампасида ёритилса кепаклар оч кўкимтир нурланиш беради.

Эксфолиатив куруқ хейлит атопик хейлит билан қиёсий ташхис қилинади: атопик хейлитда лаб қизил хошиясининг лаб терисига яқин қисми, лаб бурчаги, унинг терига ўтиш қисми жароҳатланиб, лаб қизил хошиясининг шиллиқ пардага яқин қисми жароҳатланмайди. Асосий клиник белги – лихенизациялардир. Атопик хейлитга кичишиш хос, авжланиш даври, ремиссия даврлари билан тез-тез алмашишиб туради, бу ҳолат йил фаслларига боғлиқ.

Метеорологик хейлитнинг куруқ эксфолиатив хейлитдан фарқи шуки, у метеорологик шароитларининг салбий таъсирига боғлиқ бўлиб, лаб қизил хошиясининг барча юзалари ривожланган яллиғланиш билан жароҳатланади.

Контакли алергик хейлитнинг куруқ эксфолиатив хейлитдан фарқи – эритема чегарали бўлиб, у таъсир эттирилган сенсibiliзатор ўрнида пайдо бўлади, кичишиш безовта этади. Жароҳат аллергия таъсирини йўқотилгач қисқа даврда тузалади.

Давоси. Эксфолиатив хейлит билан огриган беморларни даволаш мураккаб масала ҳисобланади. Даволаш комплекс бўлиб, ҳар турида ҳар хил бўлади. Экссудатив турида транквилизаторлар: феназепам 0,0005 г. 1 кунда 3 маҳал, Сибазон (седуксен, реланиум) 0,0005 г. 3 маҳал тайин этилади. Нейролептиklar: гиоридазин (сонапакс) 0,01 г. кунига 3 маҳал, адреналинблокаторлар: анаприлин (обзидан) 0,01 г.дан кунига 3 маҳал тайин этилади. Игнарефлексотерапия, ультрафонофорез кортикостероид малҳамлари билан яхши наф беради.

Экссудатив турида Букк нурлари 200 рад.дан ҳафтада 2 маҳал, умумий миқдори 1800 дан 3000 радгача. Ҳар бир муолажадан аввал лаб қизил хошияси юзасидан қалоклар олиб ташланади ёки улар 2%ли борат кислотаси эритмаси билан ивителиди.

Беморларда тиреотоксикоз аниқланса, қалқонсимон без фаолиятини сусайтирувчи (тормозловчи) препаратлар тайинланади.

Беморлар билан психопрофилактик суҳбатлар ўтказилади, бу суҳбатлар давога ижобий таъсир кўрсатади.

ГЛАНДУЛЯР ХЕЙЛИТ

Гландуляр хейлит лаб қизил хошияси, унинг ўтиш қисмида жойлашган сўлак безларининг гиперплазияси, гиперфункцияси, айрим ҳолларда эса гетеротопияси туфайли вужудга келади. Бирламчи ва иккиламчи glandуляр хейлитлар тафовут этилади.

Бирламчи glandуляр хейлит кўпроқ учраб, тахминан 3–6 % ҳолларда кузатилади. Кўпинча 40 дан ошган кишиларда учрайди. Эракларда аёлларга нисбатан 2 марта кўп кузатилади.

Клиникаси. Бирламчи glandуляр хейлит типик кўринишга эга. Шиллиқ парданинг лаб қизил хошиясига ўтиш қисмида, айрим ҳолларда эса қизил хошия юзасида қизил нуқтага ўхшаш, сўлак безларининг кенгайган учи кўринади, улардан сўлак томчилари ажралиб туради. Агар тери артиб қурилтиса, 20–30 секунддан сўнг сўлак безлари чиқарув найчалари учидан сўлак томчилари ажрала бошлайди, сўлак томчилари, шудрингга ўхшаб лаб юзасида жойлашади. Кам ҳолларда сўлак безларининг кенгайган учлари майда тўғноғич учидек катталикда бўлиб, без тўқималарининг гипертрофияси туфайли ҳосил бўлади. Айрим ҳолларда эса сўлак безлари чиқарув найчалари атрофида лейкоплакия ўчоқлари ҳосил бўлади. Яна кам ҳолларда лаб шиллиқ пардаси қизил хошияси чегарали муғузланади.

Гландуляр хейлит билан оғриган беморлар лаби доимий намланиб, шу сабаб ёриқлар, эрозиялар, кам ҳолларда эса турли хил рак олди касалликлари вужудга келиши мумкин.

Иккиламчи glandуляр хейлит турли хил сурункали яллиғланиш билан кечувчи касалликлар натижасида вужудга келади, қизил ясси темиратки, қизил югирик ва бошқалар.

Тахмин қилинишича, жараён без тўқимасини таъсирлаб, безни гиперплазия ва гипертрофияга учратади. Бундай ҳолларда асосий касалликнинг клиник кўриниши билан бирга, лабда сўлак безларининг кенгайган чиқарувчи тешиклари кузатилиб, улардан сўлак томчилари ажралиб туради. Гландуляр хейлит ташхиси қийинчилик туғдирмайди.

Прогнози – хуш феълли, аммо рак касаллигига ўтиши мумкин.

Давоси. Толали электрод ёрдамида сўлак беzi диатермокоагуляция қилинади. Агарда факатгина чиқарувчи найнинг юқори қисмига коагуляция қилиниб, без коагуляцияга учрамаса ретенцион киста ҳосил бўлади.

Гландуляр хейлитда кўпчилик безлар патологик ўзгарган бўлса, у ҳолда уларни жарроҳлик йўли билан кесиб ташланади. Клейн қисмидан кесиб гипертрофияга учраган сўлак безлари олиб (юлиб) ташланади.

Агарда иккиламчи хейлит бўлса, асосий касаллик даволанади.

МЕТЕОРОЛОГИК ХЕЙЛИТ

Метеорологик хейлит лабнинг яллиғланиши билан кечувчи касаллик ҳисобланиб, касалликнинг асосий сабаби турли хил метеорологик омиллар (юқори ёки қуйи даражадаги намлик, ҳавонинг қирланиши, шамол, совуқ, қуёш радиацияси) ҳисобланади. Касаллик йилнинг ҳар хил фаслларида учрайди, асосан, очиқ ҳавода ишловчиларда ёки юқори ва қуйи ҳароратли, юқори даражадаги қуруқлик, чангли ҳаво шароитида ишловчиларда кузатилади. Касаллик эркакларда учрайди, сабаби аёллар лабларини бўйядилар, шу сабаб уларнинг лабларини бўёқ метеорологик таъсиротлардан ҳимоя этади.

Клиникаси. Метеорологик хейлитда, асосан, пастки лаб жароҳатланади. Лаб қизил хошиясининг барча юзаси гиперемияланади, енгил инфилтратцияланади, кўпгина майда кепаклар билан қопланади, беморларни кўпинча лаб қуриши ёки "тиришиши" безовта қилади. Кечиши сурункали, жуда кам ҳолларда ёмон жароҳатга айланади, кўпрок рак олди касаллигига ўтади.

Этиопатогенези. Касалликнинг асосий сабаби юқори ёки куйи ҳарорат, ҳаво намлигининг ўта юқори ёки паст бўлиши, интенсив инсоляция, шамол, хонанинг чанглиги ва бошқалар.

Ташхиси. Касаллик аллергик контактли, хейлит ва актиник хейлитнинг курук турига ўхшаш кечади. Контактли аллергик хейлитда юқори ва пастки лаб қизил ҳошияси баробар жароҳатланиб, жароҳат лаб терисига ҳам ўтиши кузатилади. Қиёсий ташхисда анамнез катта аҳамиятга эга. Метеорологик хейлитда ва актиник хейлитнинг курук турида анамнез ҳал қилувчи рол ўйнайди, сабаби иккала хейлитда касаллик сабаби инсоляция бўлиши мумкин. Актиник хейлит кўпинча қисқа муддатли инсоляциядан сўнг, сенсibiliзация оқибатида вужудга келади.

Давоси. Мумкин қадар касаллик чақирувчи омилни йўқотиш ёки камайтириш зарур. Витаминлардан В1, В6, В12, РР тайинланади. Лаб қизил ҳошиясига гигиеник лаб помадаси суртилади ёки нурдан химояловчи крем, мазлар қўлланилади. Кучли ривожланган яллиғланишларда 0,5% преднизолон малҳами қўлланилади.

Профилактикаси. Беморни метеорологик таъсир кам учрайдиган шароитли ишларга ўтказилади, бунинг иложи бўлмаса лабга гигиеник помада, ёғловчи крем ва мазлар суртилади.

АКТИНИК ХЕЙЛИТ

Сурункали касаллик бўлиб, лаб қизил ҳошиясининг қуёш нурига нисбатан юқори даражадаги таъсирчанлиги натижасида вужудга келади. Актиник хейлит кўпроқ 20–60 ёшдаги эркакларда учрайди.

Касалликнинг 2 тури мавжуд: курук ва эксудатив. Метеорологик хейлитдан фарқли ўлароқ, актиник хейлитда асосий рол ультрабионафша нурларга бўлган таъсирчанликнинг ошганлигидадир.

Клиникаси. Актиник хейлитнинг курук турида – баҳор фаслида пастки лаб қизил ҳошияси тўқ қизил тус олиб, майда, курук қумуш ранг оқ тусдаги кепаклар билан қопланади. Лаб қизил ҳошиясининг барча юзаси жароҳатланади. Айрим ҳолларда беморлар лаб қизил ҳошиясида муғузланиш ўчоқлари пайдо бўлади, яна бир хил беморларда эса сўғалсимон ҳосилалар кузатилади.

Актиник хейлитнинг эксудатив турининг клиник кўриниши контактли аллергик дерматитга ўхшайди. Бунга бироз шишган пастки лаб қизил ҳошиясида тўқ қизил эритема ўчоғи, айрим ҳолларда эса қизарган лаб қизил ҳошиясида майда пуфакчалар пайдо бўлиб, улар тезда ёрилиб

эрозиялар ҳосил бўлади. Беморларни қичишиш безовта қилади, кам ҳолларда оғрийди. Касаллик авжланиши баҳор-ёз фаслига тўғри келиб, ўз-ўзидан куз-қиш фаслида регрессга учрайди. Актиник хейлит узок давом этса лаб қизил хошияси муғузланади, ёриқлар, айрим ҳолларда эса эрозия, яралар пайдо бўлади. Узок вақт битмайдиган ёриқ, яра, эрозиялар, айниқса уларнинг туби зичлашган ва юзасида муғузланиш, сўгалсимон ўсма пайдо бўлса цитологик текшириш ўтказиш зарур. Актиник хейлит облигатив рақ олди касаллигига олиб келиши мумкин.

Этиопатогенези. Актиник хейлитнинг асосий сабаби ультраби-нафша нурига нисбатан кечиккан аллергик реакциянинг ривожланиши ҳисобланади. Ошқозон-ичак тизими, гепатобилиар тизими фаолияти патогенезида маълум аҳамият касб этади.

Ташхиси клиник кўриниши ва типик анамнезга асосланади.

Қиёсий ташхис. Эксудатив тури атопик хейлит билан қиёсланади. Атопик хейлитда жароҳат нафақат лаб қизил хошиясида, лаб териси ва лаб бурчакларида бўлиб, куёш инсоляцияси билан боғлиқлик бўлмайди.

Актиник хейлитнинг қуруқ тури, эксфолиатив қуруқ хейлит билан қиёсланади. Эксфолиатив қуруқ хейлит ўзига хос жойлашишга эга ва кўпинча юқори лаб қизил хошияси ҳам жароҳатланади.

Қизил югирик билан қиёслашда инсоляцияга боғлиқлик ташхисни қийинлаштиради. Айниқса актиник хейлитда қизил югирикнинг гиперкератоз ва атрофиясиз кечувчи тури билан қиёслаш қийин. Ташхисда Вуд лампаси билан ёритиш, гистологик текшириш хал қилувчи рол ўйнайди.

Прогнози. Хуш феъл, аммо узок давом этган қуруқ тури рақ олди касаллигига олиб келади.

Профилактикаси. Фотохимоя малҳамлари, кремлар қўллаш тавсия этилади.

МЕЛЬКЕРСОН – РОЗЕНТАЛ СИНДРОМИ

Касаллик уч хил симптом билан характерланади: макрохейлия, бурмали тил ва юз нерви параличи. Касаллик ҳар хил ёшда учраб, кўпроқ аёлларда кузатилади.

Клиникаси. Дастлаб бир ёки иккала лаб шишади. Жуда ҳам кам ҳолларда юз нерви параличи касалликнинг дастлабки белгиси бўлиб бошланади. Юз оғриғи билан бошланиб, кейинчалик эса юз нерви па-

раличига олиб келади. Бир неча соат аввал дастлаб бир ёки иккала лаб шишади. Шишган лаб ноаниқ шаклда бўлади, лаб чеккалари ташқарига қараб буралади, тишдан қочади. Айрим ҳолларда шиш кучли бўлиб, асл ҳолига нисбатан 3–4 марта катталашади, лаб шиши бир текис бўлмай, бир томони иккинчи томонига нисбатан кучли шишади.

Лаб шиши ёриқ ҳосил қилиши мумкин. Шиш бурунғача ёки ияк усти бурмасигача етади. Кучли шиш туфайли талаффуз, мимика, овқат қабул қилиш бузилади. Шишган лаблар одатда оч қизғиш тусда бўлади. Пайпасланса зич эластик консистенция аниқланади ва пайпаслаганда чуқурча ҳосил бўлмайди. Бу хил шишлар айрим беморларда доимий кузатилади, аста-секин кучайиб, вақти-вақти билан камаяди. Айрим беморларда шиш бутунлай йўқолади, аммо кейинчалик эса ҳар хил даражада яна пайдо бўлади, кейинчалик доимий сақланади. Шиш даражаси доимий равишда ўзгариб туриши мумкин. Айрим ҳолларда шиш лунжга, бир ёки иккала юзга, милк, қаттиқ танглайга, тил, бурунга тарқалиши мумкин.

Қасалликнинг иккинчи симптоми – юз нерви параличидир. Юз нерви параличидан аввалроқ продромал ҳолатлар кузатилиб, улар оғиз соҳасида ҳар хил патологик ҳиссиётлар ҳолида кечади, бир томонлама вазомотор ринопатиялар, сўлак ажралиши бузилиши ҳолида, айрим ҳолларда эса продромал ҳолат бир томонлама невралгия, бош оғриғи ҳолида кечиб, улардан сўнг тезда юз нерви параличи ривожланади. Жароҳатланган томон юз тонуси сусаяди, кўз ёриқлари катталашади, оғиз бурчаги осилади. Кўпинча нотўлиқ паралич кузатилиб, вегетатив, сезувчи ва мотор функциялар қисман сақланади. Кўпчилик беморларда юз нерви параличи аста-секин қайтади. Лекин қайталаннишга мойиллик бўлади. Қасаллик узоқ давом этиши натижасида бир неча бор паралич қайталаб, кейин доимий параличга олиб келади.

Қасалликнинг учинчи симптоми – бурмали тилдир. Кўздан кечирганда эътиборни тил шишганлиги, нотекис катталашганлиги ва бурмалар ҳосил қилиб, юзаларида эгатлар, дўнгликлар борлиги тортади.

Кўп ҳолларда тил марказида бўйлама, чуқур ўрта эгат кузатилади. Тилнинг орқа 1/3 қисми негизи жароҳатланмайди. Қасаллик сурункали, қайталовчи кечади.

Ҳар доим ҳам Мелькерсон-Розентал синдромида учала симптом кузатилавермайди, айрим ҳолларда макрохейлия клиник кўринишида кечади.

Қасаллик этио-патогенези охиригача ўрганилган эмас. Наслий ва инфекцион аллергик тахминлар мавжуд. Грипп, герпес вируслари,

инфекция ўчоқлари ва бошқа инфекцион агентлар бўлиб ҳисобланиши мумкин. Лабда кон ва лимфа микроциркуляциясининг бузилиши патогенетик аҳамиятга эга.

Ташхис қўйишда агар учала симптом кузатилса, Малькерсон-Розентал синдроми ташхиси осон қўйилади. Агар касаллик фақат макрохейлия ҳолида учраса ташхис қўйиш қийинлашади. Бундай ҳолларда сурункали сарамас оқибатида юзага келувчи Элефантиаз ва Квинке шиши билан киёсий ташхис қилинади.

Элефантиазда ривожланган ўткир яллиғланиш кузатилиб, у касаллик авжланган вақтда тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади, бириктирувчи тўқима фибрози кузатилиб, шу сабабли лаб қаттиқ консистенцияга эга бўлади, Мелькерсон-Розентал синдромига нисбатан.

Квинке шиши – қисқа муддатда антигистамин препарати қабул қилингандан сўнг тезда қайтиши, касалликнинг тез-тез хуруж қилиши ва якуний хуруждан сўнг шишнинг бутунлай йўқолиши характерлидир. Айрим беморларда сурункали лаб ёрилиши асорати сифатида макрохейлия кузатилади. Рационал даво туфайли бу хил макрохейлия тез тузалади.

Давоси. Жарроҳлик ва консерватив даво усуллари қўлланилади. Ҳар бир бемор, касаллик сабабини аниқлаш мақсадида чуқур текширилади. Бу борада инфекция ўчоқларини аниқлашга эътибор берилди. Кортикостероид препаратларини комбинация усулида тайинлаш яхши самара беради (20–30 мг преднизолон), кенг таъсирга эга бўлган антибиотиклар (олететрин 850000 – 1000000 Б кунига) ва синтетик безгакка қарши воситалар (делагил 0,25 2 маҳал кунига) тайинланади. Касалликнинг дастлабки босқичида тайин этилган ва 2–3 босқич ўтказилган комплекс даво яхши самара беради.

ЛАБНИНГ СУРУНКАЛИ ЁРИЛИШИ

Лабнинг сурункали ёрилиши ҳар иккала жинсда, ҳар хил ёшда учрайди. Лаб қизил хошиясига кўндаланг, якка, ҳар хил даражада чуқур, тўғри чизиқли, оғриқли ёриқ пайдо бўлади. Кўпчилик кишиларда ёриқ пастки лабнинг марказий қисмида, айрим ҳолларда эса марказ яқинида кузатилади. Ёриқ лаб қизил хошиясидан, лаб шиллик пардасигача чўзилиши мумкин, аммо ҳеч қачон лаб терисида учрамайди. Айрим ҳолларда ёриқ жигарранг қалок билан қопланиб, атрофида бироз яллиғланиш кузатилиши мумкин. Бир кечада унча чуқур бўлмаган ёриқ эпителизацияга учраши мумкин, аммо эрталаб лаб ҳа-

ракати натижасида яна пайдо бўлиб, бироз қонаши мумкин. Рационал даво қилинмаслиги натижасида ёриқ узок муддат сақланиши, вақти-вақти билан битиб, бир неча йиллар давом этади. Ёриқ узок вақт кузатилиши натижасида, унинг чеккалари зичлашиб, муғузланиб, оқиш-қўнғир тус олиши мумкин.

Касаллик этиопатогенези охиригача ўрганилмаган. Лаб тузилишининг индивидуал хусусиятга ва сурункали жисмоний таъсир олишига катта аҳамият берилади. Турли хил метеорологик омиллар лаб қизил хошиясининг куришига, эластиклигининг бузилишига олиб келади ва ёриқларни вужудга келтиради. Сурункали лаб ёрилиши патогенезида А ва В гуруҳ витаминлари етишмовчилиги аҳамияти катта. Микроорганизмлар кўплиги ёриқларнинг сақланишига ва битмаслигига сабаб бўлади.

Касаллик ташхиси қийин эмас.

Прогнози. Хушфёъл, аммо узок битмаслиги оқибатида улар четларининг ёмон жараҳатга айланиши мумкин.

Даволаш. Доимо касаллик сабабини аниқлашга ҳаракат қилиш зарур. Антибиотик сақловчи (дибиомицин мази), кортикостероидли (дермазолон, лоринден С), эпителизацияни тезлатувчи воситалар (турли бальзамлар, облепиха мойи) қўлланилади. Узок муддат А витамини ва В₂, В₆, РР витаминлари қўлланилади. Даво нафи бўлмагач, жароҳлик усулида соғ соҳагача кесиб даволанади.

ЛАБ ҚИЗИЛ ҲОШИЯСИ ВА ОҒИЗ ШИЛЛИҚ ПАРДАСИ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ракнинг ривожланиши кўп поғонали бўлиб, айрим ҳолларда узок давом этувчи жараёндир. Кўпинча рақдан олдин, рақ олди касалликлари кузатилади, улар маълум ҳолларда айрим касалликлар ҳолида кечади.

А.Л.Машкиллейсон оғиз шиллиқ пардаси ва лаб қизил хошиясининг рақ олди касалликларининг куйидаги таснифини таклиф этган.

Лаб қизил хошиясининг рақ олди касалликлари.

- а) облигат турлари:
1. Сўгалсимон рақ олди касаллиги.
 2. Чегараланган гиперкератоз.
 3. Манганотти абразив преқанкроз хейлити.

- б) факультатив турлари : 1. Лейкоплакия.
2. Керактоакантома.
3. Тери шохи.
4. Муғузланувчи папиллома.
5. Қизил ясси темиратки ва қизил югирикнинг эрозив- ярали ва гиперкератотик турлари.
6. Нурдан кейин ҳосил бўлувчи хейлит.

Оғиз шиллик пардаси рак олди касалликлари таснифи:

а) облигат тури: Боуэн касаллиги.

- б) факультатив турлари: 1. Лейкоплакия (веррукоз, эрозив).
2. Папилломатоз.
3. Қизил ясси темиратки ва қизил югирикнинг эрозив- ярали ва гиперкераторик турлари.

Боуэн касаллиги кўпроқ 40–70 ёшдаги эркакларда учрайди. Асосан юмшоқ танглай, тилча ва тилда учрайди. Боуэн касаллиги оғиз шиллик пардасида кечиши турли-туман. Кўпинча якка ўчоқ ҳолида учрайди. Чегараланган, жуда секин ўсувчи, турғун қизғиш доғли тугунча ҳосил бўлиб, диаметри 1 см гача етади. Қизил ясси темиратки ва юмшоқ лейкоплакияга ўхшаш. Жароҳат юзасида эрозив ёки сўрғичсимон ўсимта кузатилади. Ташхис доимо гистологик исботланиши шарт.

Даволаш: иложи бўлса атроф соғ тўқима қисмидан олиб (кесиб) ташланади ёки нур билан даволанади.

Даволанмаса прогнози ёмон оқибатлар билан тугайди.

Сўгалсимон рак олди касаллиги

Сўгалсимон рак олди касаллиги, асосан, пастки лабда, кўпинча 40–50 ёшлардаги эркакларда учраб, ёмон жароҳатга айланиши тез-тез кузатилади.

Клиникаси. Пастки лаб қизил ҳошияси юзасида аниқ чегараланган 4 мм дан 1 см гача катталиқда тошма тошади. Тошма атрофи лаб қизил ҳошиясидан 2–5 мм кўтарилиб, зич консистенцияга эга бўлади. Ранги қизил ҳошия рангида ёки турғун қизғиш. Тугунча юзасида (майда) зич жойлашган, юпқа кепаклар кузатилади, кўриниши сўгал ёки муғузланган папилломани эслатади. Сўгалсимон рак олди касаллиги тошмаси кўринишидан соғ қизил ҳошияда жойлашади.

Кечиши. Нисбатан тез кечади, ёмон жароҳатга 1–2 ойдан сўнг ўтиши мумкин. Ёмон жароҳатга ўтганлигини клиник аниқлаш қийин. Бехосдан катталашиши, муғузланишнинг кучайиши, тугунча тубининг зичлашишига, эрозия ёки яра ҳосил бўлишига эътибор бериш керак.

Касаллик патогенезида – ташқи таъсиротлардан терининг жароҳати ва куёш инсоляциясининг аҳамияти катта.

Ташхиси. Сўгалсимон рак олди касаллигидан оддий сўгалнинг фарқи: сўгалда ипсимон ўсмалар ва атрофида гипертрофияли муғуз қават кузатилади. Папиллома зич консистенцияли бўлади. Хал қилувчи омил – гистологик текширувдир.

Кератоакантомага атрофида қизғиш, зич консистенцияли ҳалқа бўлиши, муғузли масса олиб ташланса ўрнида ўрамасимон чуқурча ҳосил бўлиши хос.

Пиоген гранулема – тўқ қизил рангли оёқчаси бўлиб, юзасининг намланиши хос.

Давоси. Жарроҳлик усулида, атроф соғ тўқимаси билан биргаликда кесиб олиб ташлаш кўрсатилган.

Рак олди чегараланган гиперкератози

Касаллик кўпинча 30 ёшдан ошган эркакларда учрайди. Жароҳат, асосан, пастки лабнинг марказидан чеккароқ қисмида жойлашади.

Клиникаси. Аниқ чегараланган ўчоқ ҳолида, кўпроқ полигонал, ўлчамлари 2 x 0,5 дан 2 x 1,5 см бўлади. Ўчоқ юзасидаги тўплаган кепаклар кўпайса, ўчоқ атроф қизил хошиясидан кўтарилган кўринишда бўлади.

Кечиши. Касаллик унча тез кучаймайди, аммо бошланганидан 6 ой ўтгач ёмон жароҳатга айланиши мумкин.

Патогенезида – ташқи таъсиротлардан: куёш инсоляцияси, микрожароҳатларнинг аҳамияти катта, айниқса улар бирга таъсир этса, касаллик оддий учуқ ўрнида ҳам ҳосил бўлиши мумкин.

Ташхиси. Чегарали гиперкератоздан фарқли ўлароқ лейкоплакия юзасида кепаклиниш бўлмайди. Қизил югирикда яллиғланиш аломати ва атрофия кузатилади.

Чегараланган гиперкератоз ёмон жароҳатга айланганининг белгиси – муғузланишнинг кучайиши ва тошма тубининг зичлашишидир.

Давоси. Жарроҳлик усулида атроф тўқималари билан бирга кесиб ташланади.

Манганотти абразив преанкроз хейлити

Касаллик, асосан, 60 ёшдан ошган эркаклар пастки лабида эрозия холида кузатилади.

Клиникаси. Суйри ёки нотўғри шаклли, кўп ҳолларда силлик, лойкалангандек юзали, тўқ кизил рангда эрозия ҳосил бўлади. Эрозия юзасида қалоклар ҳосил бўлиб, улар кўчирилса қонайди. Эрозия туби ва атроф тўқимасида зичланиш кузатилмайди. Айрим ҳолларда эрозия бироз яллиғланган асосга эга бўлади. Асосан якка эрозия бўлади, кам ҳолларда пайдо бўлган эрозия маълум даражада катталашиб, узок муддат сакланади. Кўпинча эрозиялар бирданига эпителизацияга учраб, кейин тезда қайта юзага келиши мумкин. Янги эрозия аввалги ёки янги сохада пайдо бўлади.

Кечиши. Манганотти хейлити сурункали кечади, касаллик бошлангандан 3 ой – 30 йил ўтгач ракка айланади.

ТЕРИНИНГ ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Аник вирусли этиологияга эга бўлган касалликларга герпеслар (оддий учук ва камраб олувчи темиртки), сўгаллар ва контагиоз моллюсклар киради.

ОДДИЙ УЧУҚ (HERPES SIMPLEX)

Оддий учук (пуфакчали темиртки) ёки оддий герпес (herpes simplex), кўп учровчи терининг вирусли касаллиги ҳисобланади. Касаллик ҳар иккала жинсда, ҳар хил ёшда учрайди. Касалликнинг жойлашиши, кечиши ва оғирлигига қараб бир неча тури фаркланади.

Этиологияси. Оддий учук чакирувчиси филтрланувчи вирус ҳисобланади. Бугун одам герпес вируси билан чакириладиган ҳасталиклар сони кўпайиб дунёда грипп касаллигидан кейинги ўринни эгаллайди. Герпес вирусларининг турларидан одамда ОГВ–1 (юз учуғи) ва ОГВ–2 (генитал герпеси) тури ажратилган. Жинсий йўл билан юкадиган инфекциялар гуруҳига генитал герпес кўзғатувчиси ОГВ–2 киритилган.

Патогенези. Организмга вирус турли йўллар билан тушади (ҳаво томчи йўли, тери ва шиллик пардалар орқали) ва герпетик инфекция

клиникасини юзага келтириб, организмда бир умр қолиб кетади, латент ҳолатдан актив ҳолатга ўтиб, касалликнинг қайталашига олиб келади. Вирус тери, шиллик қаватлар периферик ва марказий нерв системаси, жигар, қон томирлар эндотелийсини ва қон хужайраларини (Т-лимфоцитлар, эритроцитлар, тромбоцитларни) зарарлайди ва (ОГВ-2) одам хужайрасининг генетик тизимига интеграцияланиб хужайраларнинг атипик трансформацияланишига олиб келади (бачадон бўйин раки). Кўп ҳолларда вирус организмда тинч ҳолатда туриб клиник аломатларсиз кечади ва бу одамлар инфекция манбаи ва тарқатувчилардир. Герпес касаллигининг тез-тез қайталаб туришига ва оғир кечишига гуморал ва хужайра иммунитетининг аҳамияти жуда катта.

Касаллик патогенезида ва унинг қайталашида қуйидаги омилларнинг аҳамияти катта: организмнинг иссиқланиши, совуқ қотиши, юқумли касалликлардан кейинги ҳолат, рак ва бошқа ҳолатлар, қайсики, хужайра иммунитетининг сусайишига олиб келувчилар.

Клиникаси. Оддий учукнинг кўп учровчи соҳаси табиий ёриқлар атрофи ҳисобланади: бурун қанотлари, оғиз бурчаклари, лаб қизил хошияси, жинсий аъзолар. Дастлаб бир жойда, камроқ икки ва ундан ортиқ соҳаларда чегараланган гиперемия юзасида ўлчамлари мошдек ёки майда нўхотдек пуфакчалар ҳосил бўлади. Ҳар бир ўчоқда пуфакчалар 2–3 тадан 8–10 тагача етади. Пуфакчалар гуруҳ-гуруҳ жойлашиб, шаффоф эксудат сақлайди, суюқлик 2–3 кунда хиралашади. Айрим ҳолларда пуфакчалар томи бирикиб, 1–1,5 см ли кўпкамерали пуфак ҳосил бўлади, пуфак четлари гажимдор кўринишга эга. Кейинчалик пуфакчалар қуриб сарғиш-кўнгир қалокга айланади ва 5–6 кундан сўнг кўчади. Қалоклар ўрнида бироз қизғиш ёки пигментли доғ қолади. Айрим ҳолларда эса пуфакчалар 2–3 кундан сўнг ёрилади ва тўқ қизил рангли, атрофи гажимдор эрозия ҳосил бўлади. Пуфакчалар тошиши санчик, ачишиш, айрим ҳолларда атроф тўқималарнинг шишиши билан кечади. Беморнинг умумий аҳволи одатда ўзгармайди, айрим беморларгина ҳолсизлик, мушаклар оғриши, эт уюшишидан шикоят қиладилар. Тана ҳарорати 38–39° С гача кўтарилиши мумкин.

Герпетик стоматит – оддий учукнинг бир кўриниши ҳисобланади. Пуфакчалар оғиз шиллик пардасида тарқоқ ҳолда тошади ва лаб, лунж, милк ҳамда танглайни жароҳатлайди. Шишиб, қизарган шиллик пардада тўп-тўп пуфакчалар ҳосил бўлиб, 1 соат ичида ёрилади ва улар ўрнида майда гажимдор эрозиялар кузатилади. 2–4 кун ўтгач, эрозия юзалари майин, юпка фибриноз парда билан қоплайди. 6–14 кун ва ундан узокроқ вақт ўтгач эрозиялар эпителизацияга учрайди.

Беморлар гиперсаливация ва оғриқдан шикоят қиладилар.

Ўткир герпетик (ўткир афтоз) стоматит 6 ёшгача бўлган болаларда ташхис қилинади. Бехосдан бошланиб, айрим ҳолларда камқонлик, ҳарорат кўтарилиши каби ҳолатлар билан бошланади. Гиперемияланиб шишган шиллик парда юзасида афтасифат тошма тошади, тошма ҳар хил соҳада жойлашиши мумкин. Оддий герпетик тошмадан фаркли ўлароқ улар марказидан некрозланган афта кўринишида бўлиб, атрофи ўткир яллиғланган ҳалқа билан ўралган ҳолда бўлади. Улар ўлчами 0,5–10 см келади. Дастлаб тошмалар чегарали бўлиб, жуда афта кўринишига ўхшаб кетади, кўплаб тошмалар кузатилса, кўшилиб, катта-катта эрозив ярали ўчоқлар вужудга келади. Жараён гиперсаливация ва кучли оғриқ билан кечади.

Аёлларда жинсий аъзолар соҳаси учуги кўзғатувчиси ҳомила ва янги туғилган чақалоқларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Бунда ҳомила ташлаш, ҳомила ўлими ёки ҳар турдаги нуксонларнинг пайдо бўлиши кузатилиши мумкин. Шулар билан бир қаторда вирус бачадон бўйни раки (саратони) ривожланишига асосий сабаб бўлиб ҳисобланади.

Кейинги йилларда жинсий йўл билан юқадиган турли инфекциялар кўпайиб кетиб, биргаликда кечишини ҳисобга олган ҳолда, генитал герпес билан мурожаат қилган бемор никоҳдан ташқари, кўп ва бетартиб жинсий алоқалар борлигини кўрсатса – бу беморни бошқа ЖИБЮИларга текшириш мақсадга мувофиқдир.

Ташхис. Типик клиник кўриниш ва жойлашиш билан кечган оддий учуқ ташхиси қийинчилик туғдирмайди. Оғиз шиллик пардасида жойлашиб, герпетик стоматит ҳолида кечса кўп хилли эксудатив эритема яралари билан киёсий ташхис қилинади.

Кўп хилли эксудатив эритемада мавсумийлик (бахор, куз) бор; ўта кизариб шишган шиллик пардада йирик пуфак ҳосил бўлиб, тезда ёрилади. Ёрилган пуфак ўрнида йирик, ноаниқ шаклли эрозия ўчоғи ҳосил бўлади ва фибриноз парда билан қопланади. Лаб кизил хошиясида пуфак суюқлиги тезда қуриб, қалин қонли қалоқ вужудга келади. Гиперсаливация кузатилиб, овқатланиш оғриқли ва қийин бўлади.

Дифференциал ташхиси:

1. Siphilis primaria.
2. Herpes zoster.
3. Impetigo contagiosa.
4. Ulcus vulvae acutum.

Пуфакчалар ёрилиб, эрозия ҳосил бўлганда бирламчи захм тошмаларига ўхшаб кетади. Аммо шанкрнинг овал шаклли, атрофи қизар-

магани, қаттиқ-эластик инфилтрат борлиги, юзасидан оқиш трепонемалар топилиши, шу билан биргаликда ачишмаслиги, уни кийналмасдан оддий учукдан ажратишга имкон беради.

Лаборатор текширув усуллари: полимераз занжир реакцияси (ПЗР).

Даволаш.

1. Маҳаллий анилин бўёқларининг спиртли эритмалари қўлланилиб, қалоқлар ҳосил бўлгач вирусга қарши таъсирга эга бўлган воситалар сақловчи: 3% ли оксалин, 3–5% ли тебрафен, 5% ли акловир мазлари суртилади.

Лейкоцитар интерферон яхши наф беради, у эритма ҳолида ўчоққа 6–7 марта кунига томизилади. Интерферонни касалликнинг дастлабки кунларидан бошлаб тайинлаш зарур. Бу мақсадда: декарис, гаммаглобулин, пирогенал, продигиозан, аскорбин кислотасини катта микдориди тайинлаш мақсадга мувофиқдир. Дибазол ҳам интерферонга хос таъсир кўрсатади, у 0,01 г. дан кунига 2 марта 1 ой мобайнида тайин этилади. Герпетик поливалент вакцина ҳам қўлланилади: тери орасига 0,1–0,2 мл 2–3 кунда 1 инъекциядан, 1 босқичга 10 инъекция кифоя.

Умумий даво – Acyclovir (Zovirax, Virolex, Valtrex).

ҚАМРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ (HERPES ZOSTER)

Қамраб олувчи темираткини филтрланувчи вирус чакиради. Ҳар иккала жинсда ҳам учраб, ҳар хил ёшларда кузатилади, аммо 10 ёшга ча бўлган болаларда учрамайди.

Касаллик ўткир кечиб, қаттиқ невралгик оғриқлар билан кузатилади ва тана ҳарорати ҳам кўтарилади.

Клиникаси. Асосан периферик нерв толалари бир томонлама жароҳатланади, кўпинча қовурғалараро нерв жароҳатланиб, нерв толалари йўналиши бўйича тошма тошиб, оғриқ безовта қилади.

Учламчи нервнинг биринчи ва учинчи шохи жароҳатланса оғиз шиллиқ пардасида тошмалар тошиши кузатилади. Тошмалар хуруж-хуруж қилгандай тошади, улар пайдо бўлгач, ҳарорат кўтарилади. Гиперемияланган тери юзасида гуруҳ-гуруҳ пуфакчалар пайдо бўлиб, улар дастлаб сероз суюқлик сақлайди, аста-секин суюқлик лойқаланади, қуриб сероз қалоқ ҳосил қилади. Дастлабки гуруҳ тошмаларидан сўнг навбатдаги гуруҳ тошмалар пайдо бўлиб, нерв толаси

йўналишини қоплайди. Тошмалар бир вақтда тошмайди, шу сабаб бир беморда ҳар хил тошма: эритема, пуфакча, сероз қалоклар, эрозиялар кузатилади, эрозиялар чети майда гажимдор. Қалоклар кўчиб, эрозия битгач, ўрнида иккиламчи доғ ҳосил бўлади.

Оғиз шиллик пардасининг чегараланган ҳолдаги жароҳатланиши жуда кам учрайди. Қамраб олувчи темирлатки оддий учукдан фарқли ўларок бир томонлама жароҳат қақриб, тошмалар невралгик оғрик билан кечади ва тошмалардан олдин безовта эта бошлайди. Пуфакчалар танглай, лунж, тил шиллик пардасида жойлашади. Тил жароҳатланса жараён тилнинг иккинчи ярмига ҳам ўтади ва уни 2/3 қисмини эгаллайди, бу ҳолат тил иннервацияси билан боғлиқ, сабаби учламчи нерв шохлари бир-бири билан анастомоз ҳосил қилади. Ўта шишган, қизарган шиллик пардада ҳосил бўлган тўп-тўп пуфакчалар тезда ёрилиб, гажимдор эрозиялар ҳосил қилади. Эрозия юзалари 2 кунда зич фибриноз пардалар билан қопланади. Қамраб олувчи темирлатки узоқ кечиб, айрим ҳолларда 5 ҳафта давом этади.

Кам қувватли, оғир хасталикка чалинган беморларда касалликнинг гангреноз тури кузатилади. Бу ҳолларда тошмалар ўрнида яра-лар ҳосил бўлиб, ўрнида чандиқлар қолади.

Қамраб олувчи темирлатки ўзидан сўнг иммунитет қолдиради, қайталаши кузатилмайди. Аммо оғир касалликлар билан оғриган ки-шиларда, иммунитет сусайиши (рак, лейкоз) қайталаш ва тарқоқ тури кузатилиши мумкин. Айрим беморларда касалликдан сўнг невралгик оғрик узоқ вақт сақланиши мумкин.

Патогенези. Касалликни филтрланувчи вирус қақиради, у дерматонейротроп хусусиятга эга. Вирус, болаларда сувчечак қақирувчи вирус билан бир хилдир. Касалликни келтириб чиқарувчи омиллар: совуқ олиши, сурункали интоксикациялар, кон касалликлари, ўсма касалликлари.

Давоси. Биринчи навбатда анальгетиклар (аналгин, баралгин) тайин этилади. Ацетилсалицил кислотаси ёки амидопирин 0,5 г. дан кунига 3–4 марта, антибиотиклар, хусусан, рифампицин 0,6 г. 1 суткада (0,3 г. дан 2 маҳал). Витаминлардан В12 – 500 м/о ҳар куни. Маҳаллий анилин бўёқларининг спиртдаги эритмалари, вирусга қарши таъсирга эга воситалар, сақловчи мазлар (акловир 5%, теброфен 2%, оксалин 3%) тайин этилади. Маҳаллий қўшимча қуруқ иссиқ таъсири, УБН, ультратовуш, диадинамик ток нерв йўналиши бўйлаб тайин этилади.

ЮКУМЛИ МОЛЛЮСК

Юкумли моллюск дегенератив ва цитолиз ҳолатлари билан кечадиган вирус касаллик.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик кўзгатувчиси (*Molluscovirus hominis*) филтрланувчи, ДНКли вирус бўлиб, аксарият боғча, кичик мактаб ёшдаги болаларда (1–7 ёш) касаллик чақиради. Уларга касаллик тўғридан-тўғри вирус ташувчидан ёки умумий сочик, ванна, идиш-товок, ўйинчоқ ва бошқалардан юкиши мумкин. Айрим ҳолатларда касаллик болалар муассасасида эпидемик тарқалиб кетиши мумкин. Катталарга вирус маиший- контакт йўли билан биргаликда жинсий алоқа йўли орқали юқади. Шу сабабли юкумли моллюск жинсий йўл билан юкувчи касалликлар гуруҳига киради.

Клиникаси. Касалликнинг инкубацион даври 2–3 ҳафтадан бир неча ойгача давом этади. Шундан сўнг соғлом тери юзасида майда (1–2 мм), аста-секин катталашадиган, чегаралари аниқ, ялтирок, оқиш марварид рангли, марказида киндиксимон ботикчали, зич-эластик консистенцияга эга тугунчалар пайдо бўлади. Улар юз, кўз атрофи, бўйин, кўкрак, қўл панжаси, қорин соҳаси, жинсий аъзолар терисида учрайди. Касаллик тошмалари субъектив ҳиссиётларсиз кечади. Тугунчаларни ён томонларидан сиқиб кўрилганда, марказидаги ботикчадан бўтқасимон масса чиқади. Бу масса муғузланган эпителлий ҳужайраларидан иборат бўлиб, моллюск таначалари деб аталади. Тугунчалар сон ва ҳажми жиҳатидан ҳар хил кўринишда намоён бўлади. Айрим ҳолларда тугунчалар ингичка асосда, оёқчада жойлашади. Юкумли моллюскнинг куйидаги клиник турлари фаркланади: кўп сонли майда тошмали, ингичка асосли (оёқчали) ва гигант тошмали.

Диагнози. Клиник белгиларга асосланиб касалликни аниқлаш қийин эмас. Юкумли моллюскни терининг ўсимтали тошмалари ва жинсий аъзоларда жойлашган ҳолатларда захм тошмалари билан таққослаб кўрилади. Бунда, юкумли моллюскни бошқа турдаги тошма элементларидан ажратиб турувчи белги – сиқиб кўрилганда, марказдаги ботикчадан бўтқасимон масса чиқиши ва микроскопда кўрилганда, катта, овал, протоплазмасида киритмалари бор ҳужайралар (моллюск таначалари) топилишидир. Жинсий алоқа орқали касаллик юктирилган ҳолларда захм ва ОИВга қон текширувларини ўтказиш ўринлидир.

Давоси. Тугунчалар пинцет билан сиқиб ташланади ёки ўткир учли Фолкман қошиқчаси билан қириб олинади, баъзан диатермокоагуляция, криодеструкция усуллари қўлланилади. Ўрни – 2–5% ли йоднинг спирт-

ли эритмаси билан артилади ва юзасига вирусга қарши (бонафтон, оксалин, госсипол, теброфен, интерферон) малҳамлар суртилади.

Иккиламчи инфекция билан асоратланган ҳолларда антибиотикли малҳамлар (тетрациклин, синтомицин, эритромицин ва бошқалар) ишлатилади.

СЎГАЛЛАР

Сўгалларни папилломатоз вирус чақиради. Сўгалларнинг тўрт тури бор: оддий, ясси, ўткир учли (ўткир учли кандиломалар) товон сўгали. Сўгал ҳамма ёшдаги кишиларда учрайди, оддий ва ясси сўгал кўпроқ болалар ва ёшларда учрайди. Касаллик юқумли.

Оддий сўгал, асосан, қўлларда, юзда, лаб қизил ҳошиясида, лаб бурчагига яқин соҳада, жуда кам ҳолларда оғиз шиллик пардасида учрайди. Оддий сўгал диаметри 1 см гача борувчи тугунчадан ташкил топади. Тугунча тери сатҳидан анча кўтарилиб туради, ранги кўнғир ёки тери рангида, зич консистенцияда. Узоқ сақланувчи йирик сўгал юзасида сўрғичсимон ўсимтаси бўлиб, юзаси муғузланиб туради.

Ясси сўгал кўпроқ болалар ва ёшларда кузатилади. Ўлчамлари 3 мм гача бўлган, ясси тери сатҳидан бироз кўтарилиб турувчи, кўпинча полигонал шаклидаги тугунчалардан иборат. Ранги тери рангида ёки пушти, кўнғир тусда бўлади. Бу хил сўгаллар кўп учровчи соҳа: қўл панжаси юзалари ва юз териси. Юзда кўплаб тошса, лаб қизил ҳошиясида ҳам кузатилади. Айрим болалар бироз қичишишидан шикоят этадилар.

Даволаш. Юқоридаги тур сўгалларда вирусга қарши 3% ли оксалин, 5% ли теброфен, 0,5% бонафтон мазлари ишлатилади. Суггестив терапия ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Криотерапия ва электрокоагуляция яхши самара беради.

ЎТКИР УЧЛИ КАНДИЛОМАЛАР

Юмшоқ консистенцияли, бўлак-бўлақлардан ташкил топган ва кўриниши "гулқарам", "хўроз тожи"ни эслатувчи, ингичка "оёқча"да турувчи ҳосилadır. Ранги пушти ёки соғ тери рангида, таъсирланиш натижасида қатталашади. Ўткир учли кандиломалар, асосан, жинсий аъзо, анал соҳа, олат тожи, ёпқичи соҳаси, қинга кириш соҳасида, болаларда эса бурун, ёноқ, бурун-лаб бурмалари соҳасида учрайди. Давоси: жарроҳлик усулида олиб ташланади.

ПЎРСИЛДОҚ ЯРА (Pemphigus)

Пўрсилдоқ яра – акантолиз (акантолизис) туфайли ўткир яллиғланишсиз тери ва шиллик пардаларда ривожланган пуфак ҳосил бўлиши билан кечадиган касаллик ҳисобланади. Пўрсилдоқ яра ҳар иккала жинсда учраб, 40 ёшдан катталарда кўпроқ учрайди, болаларда кам кузатилади.

Пўрсилдоқ яранинг 4 хили тафовут этилади: оддий (*P. vulgaris*), баргсимон (*P. foliaceus*), тарқалувчи (*P. vegetans*) ва себореяли (*P. seborrhoeicus*). Оддий тури бошқа турларига нисбатан кўпроқ учрайди. Оғиз шиллик пардаси жароҳатланиши баргсимон туридан бошқа ҳамма турларида кузатилади.

Оддий пўрсилдоқ яра деярли доимо оғиз шиллик пардаси жароҳатланиши билан бошланади ёки тери жароҳатланиши билан бошланади, албатта кейинчалик оғиз шиллик пардаси ҳам жароҳатга учрайди. Шу сабабли касаллик авжига чиққан даврда доимо оғиз шиллик пардаси жароҳатланганлигини кузатамиз.

Клиникаси. Оддий пўрсилдоқ яранинг клиник кўриниши типик, мономорф пуфаклар тошиши билан характерланади. Кўринишидан соғ бўлган тери сатҳида ўлчамлари 0,5–1,0 сантиметрдан 5 см, ҳатто ундан катта ўлчамли, юпка томли пуфак пайдо бўлади. Пуфак суюқлиги шаффоф бўлиб, қисқа муддатда лойқаланади. Пуфак томи осон ёрилиб, юза, тўқ қизил рангли чақалар ҳосил қилади. Бу чақалар узоқ битмайди. Чақа четларида эпидермис бўлакчалари сақланади. Эпидермис бўлакчаларини пинцет ёрдамида тортсак кўринишидан соғ кўринган тери сатҳидан эпидермис осон кўчиши кузатилади ва айрим шафтоли меваси терисининг энгилгина тозаланишини эслатади. Бу ҳолат акантолизис ходисаси туфайли кузатилиб, Никольский симптоми деб номланган.

Оғиз шиллик пардасида ҳосил бўлган пуфаклар жуда юпка томли бўлиб, тиканаксимон қаватнинг юқори соҳаларидан акантолиз туфайли вужудга келади. Овқат луқмалари, тил ҳаракати таъсирида тезда ёрилиб, юза, думалоқ-суйри шаклли тўқ қизил чақалар ҳосил қилади. Аксарият оғиз шиллик пардасида пуфакни кузатиш қийин. Ҳосил бўлган чақалар кўринишидан соғ шиллик пардалар юзасида кузатилади. Эрозия атрофларида эпителий кўчкилари, бўлакчалари кузатилади, уларни четларидан тортилса Никольский аломати осон чакирилади. Айрим ҳолларда эрозия юзаларини парда қоплагандек бўлиб, уни штапель ёрдамида осон кўчириш мумкин ва у парда эмас, пуфак томи, яъни эпителий кўчкиси ҳисобланади. Агар ўз вақтида ташхис

қўйилмай, даво бошланмаса, якка-якка сийрак тошмалар ортидан кўплаб тошмалар лунж, милк, танглай соҳаларида пайдо бўлади, янги эрозиялар кузатилади, эрозиялар қўшилиб йирик-йирик ўчоқлар ҳосил қилади. Уларнинг битиши суст бўлиб, узоқ давом этади. Овқатланиш, гаплашиш оғриқ туфайли оғирлашади, гиперсаливация туфайли лаб бурчаклари бичилади, оғриқди. Бундай беморлар оғиз бўшлиғидан қўланса ис анқийди. Пуфак ва чакалар оғиз шиллик пардасидан ташқари лаб қизил хошияси, оғиз бурчаклари, ияк, даҳанда ҳам пайдо бўлади. Тошмалар кўпинча қўшилиб лаб қизил хошияси ва тери юзасидаги чегара йўқолади. Жароҳат юзаси конли, йирингли калоклар билан қопланиб, жойларда намлик, жойларда куриқ ёриқлар вужудга келади. Айрим ҳолларда овоз бўғилиши кузатилади, бу ҳол ютқун жароҳатланганидан дарак беради.

Оддий пўрсилдок яра кўпинча ютқуннинг жароҳатланиши билан бошланиб, узоқ вақт билинмайди.

Себореяли пўрсилдок яранинг оғиз шиллик пардасидаги клиник кечиши оддий пўрсилдок ярадан фарқ қилмайди. У терида ёғли калоклар бўлиши ҳолида кечиб, асосан, бошнинг соч қисми, бурун қанотлари бурмаси, лаб бурчаклари, кулок супраси бурмалари, кўкрак қафаси соҳасида кузатилади. Юзда хусусан, ёнок, бурун деворлари, қанотлари соҳасида, пешонада эритематоз ўчоқлари ҳолида кечгани сабабли "қизил югирик" кўринишини эслатади ва шу сабаб эритематоз тур деб ҳам аталади.

Ташхис. Ташхис учун асосий белги – Никольский симптоми ҳисобланиб, у осон қақрилади. Агар чегараланган жароҳат ҳолида оғиз шиллик пардаси шикастланса ва Никольский симптоми мусбат бўлса, пўрсилдок яра ташхиси яқуний деб бўлмайди, сабаби бу симптом аллергик медикаментоз стоматитларда ҳам учрайди. Шу сабаб ташхис қўйиш цитологик текширув, яъни босма суртмадан акантолик хужайра топилишига асосланади.

Акантолик хужайрани аниқлаш учун ўчоқдан, яъни пуфак туби чақадан, бир бўлак канцелярия резинкаси ёрдамида суртма олиниб, буюм ойначасига суртилади. Ашё қуритилиб, спирт ёрдамида фиксация қилинади, сўнгра Романовский-Гимза усулида бўялади. Акантолитик хужайра ўзгарган тикансимон хужайра бўлиб, у думалок шаклли ва йирик сиёхранг ядрога эга. Хужайра цитоплазмаси бир хил рангга эга эмас: ядро атрофи оч зангори рангга, чеккалари эса тўқ кўкиш тусга эга. Акантолитик хужайралар тўп-тўп бўлиб жойлашади. Хужайралар сони касаллик авж олган ва қайталанган пайтда кўпаяди.

Пўрсилдоқ яра оғиз шиллик қаватида учраса, бирламчи тошмаси пуфакли касалликлар билан қиёсланади. Пўрсилдоқ ярани пуфакли дерматозлар билан қиёслганда пуфакларни эпителийга нисбатан жойлашишини инобатга олиш зарур. Пемфигиоидда пуфаклар субэпителиал жойлашади, шу сабабли улар қалин томга эга ва узоқ вақт ёрилмай сақланади, уларни кузатиш мумкин. Пемфигиоидда ҳосил бўлган эрозиялар бироз яллиғланган, қизарган асосга эга ва кўпинча уларнинг юзаси фибриноз парда билан қопланган бўлади. Пўрсилдоқ яра ташхисида хал қилувчи аҳамиятга эга белгилар: босма-суртмадан акантолитик хужайра мусбатлигига, ИФР жавоби, тиканаксимон кават хужайралараро субстанцияларида йғилишини кузатишдир.

Оддий пўрсилдоқ ярадан кўз пўрсилдоқ яранинг фарқи шуки, конъюктивда чандик кузатилади. Айрим, кам ҳолларда оддий пўрсилдоқ яра ҳам кўз конъюктивасини жароҳатлаши мумкин, аммо ҳеч қачон чандик ҳосил қилмайди ва изсиз йўқолади.

8-жадвал

Пўрсилдоқ яра (*Pemphigus vulgaris*) ва Левер пемфигиоид касалликларнинг дифференциал ташхиси

Кўрсаткич	<i>Pemphigus vulgaris</i>	<i>Pemphigoid bullosa</i> Lever
Ёши	40–60 ёшда, болаларда кузатилмайди	60 ёшдан юқори, болаларда камдан-кам ҳолларда
Пуфакларнинг асосий жойлашган ўрни	Оғиз бўшлиғи шиллик қавати	Оёқ-қўллар, тана
Терининг пуфак пайдо бўлишидан олдинги ҳолати	Пуфаклар кўпинча ўзгармаган терида пайдо бўлади	Экзематоз ва уртикар фонда пайдо бўлади
Пуфак хусусиятлари	Тиник ва лойқа экссудатга тўлган султ тараңлашган қобикқа эга. Геморрагик экссудат кам ҳолларда бўлади. Шақли ноксимон	Геморрагик сақланмали таранг қобикқа эга. Шақли юмалоқ.
Шилинишлар	Секин эпителизацияланади. Перферик ўсишга мойил	Тез эпителизацияланади. Перферик ўсиш йўқ
Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг зарарланиши	85–90 % дан ортиқ беморларда учраб, оғир кечади	50 % беморларда учраб, бироз еңгил кечади

Никольский белгиси	Авж олиш даврида 100 % беморларда кузатилади	Камдан-кам
Акантолитик хужайралар	Авж олиш даврида 100 % беморларда топи- лади	Топилмайди
Тери ва шиллик каватлардаги янги тошмаларнинг гистоло- гик ўзгариши	Акантолитик пуфаклар интраэпидермал жой- лашган	Акантолиз йўқ. Пуфак- лар эпидермис остида жойлашган (субэпиде- риал)
Кортизон ва кортико- тропин қабул килишгача кузатилади- ган ўлим	Барча ёшда – 94% 65 ёшгача – 93%	24% 65 ёшгача беморларда ўлим кузатилмайди
Прогноз	Доимо жиддий	Тез-тез қайталаниш ва тўлик соғайиш
Зардобда ва пуфак тар- кибидаги оксиллар	Диспротеинемия Альбуминлар камайган	Диспротеинемия кам- дан-кам. Альбуминлар бироз камайган ёки меъёрда

Кўп хилли эксудатив эритема ўткир бошланиб, мавсумийликка эга ва нисбатан қисқа вақт давом этади (4–5 ҳафта) ҳамда ривожланган яллиғланиш билан характерланади, айниқса оғиз шиллик пардалари, лаб соҳасидаги тошмалар. Босма-суртмадан акантолитик хужайра бўлмаслиги, Никольский симптомлари кузатилмаслиги билан фарқ қилади.

Климатик гингивит ва пуфак томирлари синдроми оддий пўрсилдок ярадан шу билан фарқ қиладики, бу касалликларда оғиз шиллик пардаларида доимо пуфакни кўриш мумкин. Никольский симптоми (–), акантолиз кузатилмайди.

Прогноз. Кортикостероид препаратларни қўллангунича бўлган даврларда прогноз ёмон ҳисобланган. Кортикостероид препаратлари фақатгина жараёни тўхтатади, шу сабаб уларни тўхтовсиз, узоқ муддат қабул этишга тўғри келади, бу эса ўз навбатида турли хил асоратларга олиб келиши мумкин.

Даволаш. Пўрсилдок ярани даволашда кортикостероидлар ва цитостатик препаратлар тайинланади. Кортикостероидлардан преднизолон, дексаметазон, триамцинолон қўлланилади. Преднизолон катта зарба берувчи микдорда тайинланиб, бемор ҳолати инобатга олинади. 50–80 мг суткага (дексаметазон 8–10 мг суткага, триамцинолон 40–80 мг).

**Пемфигус, пемфигоид ва герпетиформ дерматитларнинг
фарқланиш белгилари**

Ўзига хос белгилари	Оддий пемфигус	Пемфигоид	Герпетиформ дерматит
Ёши	Кўпинча ўрта ёшда	Кўпинча кексаларда	Турли ёшда
Бирламчи элементлар	Клиник жиҳатдан ўзгармаган терида пуфаклар пайдо бўлади	Пуфаклар ўзгарган терида (эритематоз) пайдо бўлади	Пуфаклар ўзгарган терида (эритематоз) пайдо бўлади
Пуфакнинг хусусияти	Кўпинча шалпайган, нок шаклида бўлади	Таранг, катта бўлади	Таранг бўлади
Тошмалар хусусияти	Мономорфли	Полиморфли	Полиморфли
Тошмаларнинг жойлашиши	Симметрик эмас	Симметрик эмас	Тўп-тўп (герпетиформ), симметрик
Шиллиқ каватларнинг зарарланиши	Деярли ҳамма беморларда кўпинча шу жойдан бошланади	1/3 беморда учрайди	Жуда кам учрайди
Никольский ва Асбо-Ганзен симптомлари	Мусбат	Манфий	Манфий
Кичишиш	Йўқ	Кучли эмас	Кучли
Тцанк хужайралари	Топилади	Топилмайди	Топилмайди
Пуфакнинг жойлашган ўрни	Эпидермис ичида	Эпидермос остида	Эпидермос остида
Йодга бўлган реакция	Манфий	Манфий	Реакция кузатилади
Эозинофилия	Қонда баъзан кузатилади, пуфак ичидаги суюқлигида деярли йўқ	Йўқ	Қонда 20–30 %, пуфак суюқлигида доимий кузатилади
ДДСнинг таъсири	Йўқ	Йўқ	Бор

Юқори миқдордаги дорини тошмалар тошиши тугаб, чақалар эпителизацияга учрашигача бир миқдорда қабул қилинади, сўнг гормонлар миқдори камайтирила бошланади. Преднизолон суткалик миқдорини

хар 5 кунда 5 мг дан камайтирилиб, минимал миқдор таъминловчи миқдор деб аталади. Кўпинча бу миқдор 10–15 мг преднизолонга тенг. Шундай тарзда даволаш натижасида узок вақтдан сўнг дорини ман этиш, тахминан 20% беморларга насиб этади. Катта миқдорда преднизолон тайин этилса, кунига 2–3 г. калий хлорид ёки бошқа хил калий препарати (калий ацетат, оротат калий, "аспаркам"), аскорбин кислотаси юкори миқдори ва турли витаминлар тайин этилади, вақти-вақти билан анаболик стероидлар (нераболлил, ретаболлил, феноболлил) тайинланади. Сув-туз алмашинувини регуляция қилиш мақсадида диуретик воситалар: гипотиазид, фуросемид тайин этилади. Пиодермия вужудга келишининг олдини олиш мақсадида антибиотиклар тайин этилиши керак.

Пўрсилдоқ яра шундай касалликки, кортикостероидлар қўлланишига монелик йўқ, сабаби шу препаратларгина беморларни ўлимдан сақлаб қолади.

Маҳаллий даволаш. Оғиз шиллиқ пардасини турли хил дезинфекцияловчи ва дезодорацияловчи воситалар билан чайқаш, эрозияларни анилин бўёқлари билан ишлов бериш зарур. Эрозия ўчоқларини мумкин қадар тез эпителизацияланиши учун оғиз бўшлиғини санация қилиш ҳамда рационал протезлар зарур. Лаб қизил ҳошияси жароҳатланса антибиотик ва кортикостероид сақловчи мазлар ва 5% дерматол мази суртиш зарур. Пўрсилдоқ яра билан оғрувчи беморлар диспансер ҳисобида турадилар ва амбулатор даволаниб, бепул дори оладилар.

Пемфигоид фақат кўриниши пемфигусга (пуфаклар борлиги билан) ўхшаш касалликлар гуруҳи пемфигоидлар деб аталади ва бу гуруҳ куйидаги касалликларни ўз ичига олади:

1. Левернинг буллёз пемфигоиди, парампемфигус ёки хусусий ноакантолитик пўрсилдоқ яра.

2. Чандикланувчи пемфигоид.

3. Фақат оғиз шиллиқ пардаси ноакантолитик хушфеъл пўрсилдоқ яраси. Бу гуруҳ касалликларнинг асосий белгиси уларнинг хушфеъл кечиши, пуфакчаларнинг субэпителиал (субэпидермал) жойлашиши, акантолиз ва Никольский аломати йўқлигидир.

БУЛЛЁЗ ПЕМФИГОИД

Буллёз пемфигиод, асосан, 50 ёшдан катта кишиларда учраб тахминан 10 % ҳолларда касаллик оғиз шиллик пардасининг жароҳатланиши билан бошланади.

Клиник кўриниши. Терида, айрим ҳолларда қизарган доғ юзасида таранг томли, сероз суюқлик сакловчи пуфак ҳосил бўлиши билан бошланади. Пуфак ўрнида ҳосил бўлган эрозия нисбатан тез эпителизацияга учрайди. Оғиз шиллик пардасида, айрим ҳолларда бироз шишган ва гиперемияланган юзада 0,5–1 см диаметрга эга бўлган, таранг томли ва сероз, камроқ геморагик суюқлик сакловчи пуфак вужудга келади. Улар бир неча соатдан бир неча кунгача сақланади, сўнг ёрилиб эрозия ҳосил бўлади, аста-секин фибриноз парда билан копланиб, эпителизацияга учрайди.

Ташхиси. Оғиз шиллик пардасида жойлашган буллёз пемфигиодни биринчи навбатда пўрсилдок яра билан қиёсий ташхис қилмоқ зарур.

Буллёз пемфигиоднинг чегараланган ҳолатда оғиз шиллик пардасида учраши, уни қолган гуруҳ пемфигиодлардан фарқлинишини кийинлаштиради. Чегараланган буллёз пемфигиоднинг клиник кўринишини, фақатгина оғиз шиллик пардасининг хушфёъл кечувчи ноакантолитик пўрсилдок ярасидан фарқлаш жуда кийин. Агар тошмалар терига ҳам тошса ташхис осонлашади. РИФ ташхисда ёрдам беради: фақат оғиз шиллик парда хушфёъл кечувчи ноакантолитик пўрсилдок ярада нурланиш қайтиши кузатилмайди, чандикланувчи пемфигиодда бевосита РИФ мусбат бўлади.

Климактерик гингивитда пуфакларнинг милкларда ҳосил бўлиши шу ёшдаги аёлларга хос, пуфак ўрнида ҳосил бўлган эрозиялар тезда битади ва яллиғланиш аломатларисиз кечади. Климактерик гингивит амбосекс гуруҳи препаратлари билан муваффақиятли даволанилади, бу гуруҳ препаратлар эса пемфигиодга ижобий таъсир эта олмайди.

Жойлашган медикаментоз эритема, турли хил медикаментоз токсикодермиялар каби дорилар истеъмол этилгандан сўнг, оғиз шиллик пардасида ҳосил бўлади. Жараён эритема ва пуфак босқичлари билан кечади, шу сабаб жароҳат эрозия ва унинг атрофида ривожланган эритематоз доғ ҳолида кузатилади.

Прогноз – ҳаёт учун хавфсиз. Узоқ ремиссия билан кечади.

Даволаш. Энг самарали восита бўлиб, кортикостероидлар ҳисобланади, мисол учун преднизолон 20–30 мг суткада ва дифенилдиаминсульфон (ДДС). Шунини айтиш керакки, кортикостероидларнинг самараси пўрсилдок ярадагига нисбатан кам.

ЧАНДИҚЛАНУВЧИ ПЕМФИГОИД

Чандиқланувчи пемфигиодга кўз конъюктивасида, шиллик парда ёки терида ҳосил бўлган пуфаклар ўрнида чандиқ, тиртиқ ҳосил бўлиши харақтерли. Асосан 50 ёшдан катта ёшдаги аёлларда кузатилади. Жараён, асосан, кўздан бошланади, кейин оғиз шиллик пардасида тошма пайдо бўлади. 25% ҳолларда жараён оғиз шиллик пардасидан бошланади.

Клиник кўриниши. Кўз конъюктивасида касаллик, асосан, бир ёки икки томонлама банал яллиғланиш ҳолида бошланади, шу жараёнда майда, сероз суюқлик сакловчи пуфаклар ҳосил бўлади, улар ўрнида эса чандиқ ҳосил бўлади, чандиқ конъюктива ва склера орасида жойлашади. Аста-секин конъюктивал қопча бир-бирига ёпишиб битади (симблефарон), кейин кўз ёриғи торайиб, кўз соққаси харақатсизланади ва кўрлик вужудга келади. Оғиз шиллик пардасида жараён кўринишидан буллёз пемфигиоддан ҳеч фарқ қилмайди. Касаллик сурункали кечади, бирданига ремиссия кузатилиб, бир йилгача ва ундан узоқ давом этади. Ҳаёт учун прогноз яхши. Кўр бўлиб қолиш, оғиз шиллик пардасидаги чандиқлар касалликни бироз оғирлаштиради.

Давоси. Кўпинча қийинроқ. Энг самарали восита ДДС, босқич тайин этилиб, 5 кунлик даврларга бўлиниб, 3 кунлик танаффуслардан иборат. Кунига 0,05–0,1 г дан 2–3 марта тайин этилади.

Ноакантолитик, фақат оғиз шиллик қавати хушфеъл пўрсилдоқ яраси. Касаллик кўпинча 20 дан ошган аёлларда кузатилади.

Клиник кўриниши. Оғиз шиллик пардасида якка бир неча та-ранг томли, сероз суюқлик сакловчи, нўхотдек катталиқдаги пуфаклар ҳосил бўлади. Пуфаклар ингичка кизил хошия билан ўралган бўлади. Пуфак бир неча соат мобайнида сакланиб, сўнг ўз-ўзидан сўрилиб йўқолади ёки ёрилиб, оғриқли эрозия ҳосил бўлиб, тезда би-тади ва изсиз йўқолади. Бу жараён йиллаб кечиби, хушфеъллиги ва асоратланмаслиги билан харақтерланади.

Касалликнинг этиопатогенези номаълум. Давоси ишлаб чиқарилмаган.

Прогнози – яхши.

ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТОЗИ (DERMATOSIS HERPETIFORMIS)

Герпетиформ дерматоз (dermatit Duhring) ёки Дюринг касаллиги доимо терида қичимали, гуруҳ-гуруҳ жойлашган полиморф тошмалар тошиши билан бошланади, оғиз шиллик пардаси жароҳатланиши 10% беморлардагина кузатилади.

Клиник кўриниши. Герпессимон дерматозда қандай тошмалар (пуфак, пуфакча, доғ, тугунча, бўртма, йирингча) ҳолида тошишидан қатъий назар, тошмалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб тошади, касаллик авжланиши галоген препаратлар қабул қилиниши, айниқса йод препаратлари қабул қилинганда кузатилади.

Тошмалар, асосан, қалин ва таранг томли субэпителиал, ўлчамлари нўхот катталигидек пуфакчалар ҳолида тоша бошлайди. Пуфакчалар шаффоф суюқлик сақлаб, суюқлик таркибида 15–40% зозинофиллар аниқланади, пуфакчалар атрофи шиллик пардаси бироз шишиб, гиперемияли бўлади. Пуфакча ёрилганда, эрозиялар нисбатан тез битади. Никольский симптоми манфий, босма-суртмада акантолитик ҳужайра йўқ, аксинча зозинофиллар аниқланади. Қонда зозинофилия, кам ривожланган лейкоцитоз кузатилади. Касаллик даврий (циклик) кечиши билан характерланади. Касалликка Яддосонинг йодли синамаси ҳос, яъни 50% калий йод мази соғ териға суртилса, 24–28 соатдан кейин шу соҳада гуруҳ-гуруҳ тошмалар пайдо бўлади.

Прогнози – яхши.

Даволаш. Сульфон препаратлари билан даволанади: ДДС 0,05–0,1 г дан 1 кунда 2 маҳал тайин этилиб, қон таҳлил назоратда 5 кунлик даврий равишда, 3 кунлик танаффус билан берилади.

Касаллик профилактикаси буғдой ва жавдар маҳсулотли овқатлардан парҳез қилиниши керак.

10-жадвал

Кўп шаклли экссудатив эритема (Eritema exudativum multiforme bullosa) ва Дюринг герпетиформ дерматозининг (Dermatitis herpetiformis Duhring) дифференциал ташхиси

Кўрсаткич	Eritema exudativum multiforme bullosa	Dermatitis herpetiformis Duhring
Ёши	Кўпинча болалар ва кексаларда учрайди	Турли ёшда
Бирламчи тошма	Эритемали терида сирти таранг, сероз ёки гемморрагик суюқлик билан тўлган пуфак	Эритемали ёки ўзгармаган терида сероз, гемморрагик суюқлик билан тўлган пуфакчалар
Жойлашган ўрни	Симметрик эмас. Оёқ-қўлларнинг букилувчи соҳаларида, киндик атрофи ва сонда	Тўп-тўп (герпетиформ) симметрик. Оёқ-қўлларнинг ёзувчи соҳаларида, билак ва болдирда
Тошма хусусияти	Полиморф	Полиморф

Шиллик қават зарарланиши	1/3 беморларда учрайди	Жуда кам – 8%
Қичишиш	Кучли эмас	Кучли
Пуфак жойлашуви	Эпидермис остида	Эпидермис остида
Никольский ва Асбо-Ганзен симптомлари	Манфий	Манфий
Тцанк хужайралари	Топилмайди	Топилмайди
Ядассон синамаси – йодга бўлган реакция	Манфий	Мусбат
Эозинофилия	Йўқ	Конда 20–30 %, пуфак суюқлигида доимий бор
ДДС таъсири	Йўқ	Бор

Пуфак томирли синдром

Юрак-томир касаллиги билан оғрувчи беморларда, оғиз шиллик пардасида турли хил пуфакчалар ҳосил бўлиши мумкин ва кўпроқ 40–75 ёшлардаги аёлларда учрайди. Ҳосил бўлган пуфаклар бир неча соатдан бир неча кунгача ўзгаришсиз сақланиб, сўнгра йўқолиб кетади ёки ёрилиб эрозия ҳосил қилади, эрозия тезда (1–2 кунда) битади. Пуфаклар кўпинча юмшоқ танглайда, камроқ эса милк, лунж соҳасида учрайди. Никольский симптоми манфий.

Пуфак томирли синдромида оғиз шиллик пардасини шпатель билан таъсирлаш натижасида бошқа тур пуфакли дерматозлардан фарқи ўлароқ, таъсирланган соҳада қонли суюқлик сақловчи пуфак ҳосил бўлади. Акантолитик хужайра йўқ.

Этиопатогенези. Одатда бу хил беморлар юрак-қон томир касалликлари билан оғрийдилар: оғиз шиллик пардасида пайдо бўлувчи тошмалар ва юрак-қон томир касаллиги орасида параллелизм кузатилади.

Тошмаларнинг қисқа вақт кузатилиши, улар сақловчи суюқликни геморрагик характерлилигини, оғиз шиллик пардасининг жароҳатланган соҳасидагина тошма пайдо бўлиши, пуфак атрофида яллигланиш аломатининг бўлмаслиги, касалликнинг юрак-қон томир ҳасталиги билан алоқаси, терида тошмалар йўқлиги, касалликнинг пемфигоид

турлари, Дюринг дерматози, герпес, кўп хилли эксудатив эритема ва пўрсилдоқ ярадан фарқ қиладилар.

Даволаш. Аввало юрак-қон томири касаллигини коррекция қилиниб, томирлар деворини нормаллаштирувчи воситалар тайин этилади: ксантинол никотинат (теоникол), аскорбин ва никотин кислоталари, алёз инъекцияси, оғиз бўшлиғи санация қилинади.

БУЛЛЁЗ ЭПИДЕРМОЛИЗ (EPYDERMOLIZ BULLOSA)

Буллёз эпидермолиз ёки туғма пўрсилдоқ яра – кам учровчи наслии касаллик бўлиб, тери ёки шиллиқ пардада таъсирот таъсир этган соҳада пуфак ҳосил бўлиши билан кечади.

Касалликнинг икки тури тафовут этилади: оддий ва полидиспластик.

Оддий турида оғиз шиллиқ пардаси 2% ҳолларда жароҳатланиб, оғиз шиллиқ пардасида жароҳат таъсиридан (шиллик пардани тишлаб олиш, стоматологик ёрдам кўрсатиш вақтида таъсирланиш, овқатдан таъсирланиш) таранг томли, сариқ ёки қонли суюқлик сакловчи пуфак ҳосил бўлади. Пуфак кўриниши ўзгармаган шиллиқ парда юзасида ҳосил бўлади. Пуфак ёрилишидан ҳосил бўлган эрозия тезда ва изсиз йўқолади. Пуфаклар оғриқсиз бўлиб, доимо ҳосил бўлавермайди. Балоғат ёшига келиб касаллик енгил кечади. Эпителий ичида ҳосил бўлувчи пуфаклар базал ва супрабазал ҳужайрларнинг дезинтеграцияси туфайли вужудга келади.

Касалликнинг полидиспластик турида кўпинча оғиз шиллиқ пардаси ва юткун, қизилўнғач жароҳатланади. Касалликнинг дастлабки белгилари оғиз шиллиқ пардаларида чақалоқ туғилгач, дастлабки кунлардаёқ кузатилади, сабаби – сўриш жараёнида босим таъсиридан вужудга келади. Кўпинча тилда пуфаклар, эрозия ва яралар кузатилади. Тошмалар ўрнида дағал чандиқлар ҳосил бўлиб, кўпинча тилнинг деформацияланишига олиб келади, милк ва лаб шиллиқ пардалари бир-бирига ёпишиб қолади, микростомия ва бошқалар кузатилади. Чандиқланиш кўпинча муғузланиш билан кечади. Шу зайл янги пуфаклар ҳосил бўлади. Пуфаклар ясси кўринишда бўлиб, сероз ёки геморрагик суюқлик саклайди, томи зич бўлиб, фибрин йигилади. Кейинчалик пуфак ўрнида зич парда ҳосил бўлади, бу парда кўчирилса қизил, қонувчи, жуда оғриқли яра кўринади. Ҳосил бўлувчи чандиқлар тилни янада деформациялайди, тил ҳаракати ўта чегараланади.

Шу хил ўзгаришлар ютқун, кизилўнгачда ҳам кузатилиши мумкин. Жараён гўдакларда ва 12–15 ёшлардаги болаларда фаол кечади.

Эпидермолизнинг бу хилидаги пуфаклар базал мембрана соҳасида пайдо бўлиб, унинг юқори қисми эпителий билан бирга пуфак томини ташкил этади. Кўпчилик беморларда тиш ўсиши бузилади. Эмал қисмининг дисплазияси кузатилади, тиш чеккалари қийилган кўринишни олади, бу хил ўзгарган тишлар қарисига тезроқ чалинади.

Оғиз шиллик пардасидаги жараён доимо тери ўзгаришлари билан бирга учрайди (жароҳат ўрнида пуфак бўлиши, эски тошмалар ўрнида чандик кузатилиши, тирнок пластинкаларининг дистрофияси ва бошқалар) соч ва тирноқлар ўсиши аномалиялари клиник ташхисни осонлаштиради.

Этиологияси. Касаллик генетик характерга эга.

Прогноз. Оддий турида яхши, полидиспластик турида тошмалар ўрнида чандиклар ҳосил бўлиши кузатилади.

Давоси. Умумий кувватни оширувчи воситалар тайинланади. Буллёз эпидермолиз билан оғриган беморга стоматолог иложи борича оғиз бўшлиғи гигиенасини сақлаш учун ёрдам бериши керак, бу болада тўқималарни жароҳатдан сақлаш зарур.

11-жадвал

Пуфакли, ирсий эпидермолиз айрим турларининг дифференциал ташхиси

Дифференциал белги	Ирсий эпидермолизнинг турлари			
	Оддий доминант (кўл ва оёқ панжаси кеч варианты)	Дистрофик доминант (альбопапулосимон варианты)	Дистрофик рецессив (нейротрофик, яралик, вегетациялик варианты)	Летал (сублетал, айрим тери аплазиялик варианты)
Ирсланиш тип	Аутосом-доминант	Аутосом-доминант	Аутосом-рецессив	Аутосом-рецессив
Касалликнинг бошланиш вақти	Ҳаётнинг биринчи икки йили (айрим вақтда кечроқ)	Туғилгандан ёки ҳаётнинг биринчи кунлари ёки йиллари	Туғилгандан. Камроқ ҳаётнинг биринчи кунлари	Туғилгандан
Пуфаклар характеристикаси	Интраэпидермал ёки субкорнеал	Субэпидермал, камдан-кам геморрагик	Субэпидермал, тез-тез геморрагик	Субэпидермал, тез-тез геморрагик
Узилиш чизиғи	Базал қаватда	Базал қаватда остидан	Базал қаватда остидан	Базал қаватда

Чандиқлар	Одатда йўқ	Кам ривожланган	Ривожланган	Йўқ ёки кам ривожланган
Шиллиқ пардалар жароҳати	2% касаллар	20% касаллар	Одатдагидек	Одатдагидек
Тирноқ дистрофияси	Одатда йўқ	Кам-кам	—	—
Соч ва тишлар дистрофияси	Одатда йўқ	Одатда йўқ	Тез-тез	Тез-тез
Милиумсимон тошмалар	—	Кам	Кўп	Одатда йўқ
Касаллик кечилиши ажратилиш белгилари	Вақт ўтиб яхши бўлиши. Умумий ҳолат бузилмайди	Кўп ҳолатларда яхши бўлиши. Умумий ҳолати ҳам бузилади	Тўғри режимда айрим беморларда яхшиланади. Ривожланишда кеч қолади. Стриктуралар кўпда кальций дефицити	Одатда 3 ойдан кўп яшмайди (анемия, сепсис). Сублетал турида прогнози яхшироқ

КЎП ШАКЛЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА (ERYTHEMA EXUDATIVUM MULTIFORME)

Кўп шаклли экссудатив эритема ўткир ривожланувчи касаллик ҳисобланиб, тери ва шиллиқ пардаларда полиморф тошмалар тошиши билан характерланади ва, асосан, баҳор, куз фаслларида, циклик (даврий) равишда кечади.

Кўп шаклли экссудатив эритема классик туридан ташқари, унга ўхшаб кечувчи, дориларга нисбатан ва айрим юқумли касалликларда кузатилувчи тошмалар ҳам кўп шаклли экссудатив эритема атамаси билан аталади. Шу сабабли кўп шаклли экссудатив эритеманинг 2 тури тафовут этилади: инфекцияцион аллергик ва токсикоаллергик.

Кўп шаклли экссудатив эритема, асосан, ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда, ҳар иккала жинсда учрайди.

Клиникаси. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг инфекцияцион аллергик тури одатда ўткир бошланиб, бош оғриғи, ҳолсизлик, кўпинча томоқ, бўғим ва мушаклар оғриғи билан бошланади ва 1-2 кундан сўнг терида, оғиз шиллиқ пардаси, лаб, жағ аъзоларида бир неча кун мобайнида тошма тошади. Тошмалар фақат шиллиқ пардаларда тошиши мумкин. Оғиз шиллиқ пардаси учдан бир қисм беморларда жароҳатланади ва фақат оғиз шиллиқ пардасининг жароҳатланиши 5%

беморлардагина кузатилади. Тошмалар тошиб бўлгач 2–5 кундан сўнг умумий ўзгаришлар йўқолади, харорат кўтарилиши, ҳолсизлик 2–3 hafta давом этиши мумкин.

Терида шишган, аниқ чегарали доғлар ёки ясси, пушти-кизғиш рангли тугунчалар ҳосил бўлади. Улар тезда ўсиб, 2–3 тийин катта-лигига етади. Тошмалар маркази чўкиб, кўкнимгир тус олади, атрофи эса пушти-кизғиш тусни сақлайди. Тошмалар марказидан пуфак ҳосил бўлиши мумкин, улар сероз суюқлик сақлайди ва балиқ кўзини эслатиб туради, кам ҳолларда эса қонли суюқликка эга бўлади. Пуфаклар ўзгармаган тери сатҳида ҳам ҳосил бўлиши мумкин, субъектив ачишиш, кам ҳолларда эса қичишиш безовта қилади.

Тошмалар кўп учровчи соҳа қўл-оёқ панжалари юзаси, билакнинг ташқи юзаси, тизза, тирсак, тизза бўғимлари, кафт-товон ва жинсий аъзо терилари ҳисобланади.

Экссудатив эритеманинг оғиз шиллик пардасидаги клиник кўриниши теридаги кўринишига нисбатан монотоник, аммо кечиши оғирроқ бўлиб, субъектив ҳиссиёт кучлироқ бўлади.

Тошмалар, асосан, лаб қизил ҳошияси, шиллик пардаси, лунж ва танглайда учрайди. Бехосдан чегараланган ёки тарқоқ шишли эритема кузатилиб, 1–2 кун ўтгач шу соҳа юзасида пуфаклар юзага келади, улар 2–3 кун сақланиб ёрилади ва ўрнида оғриқли эрозиялар пайдо бўлади, эрозия ўчоқлари қўшилиб, катта эрозияларни вужудга келтиради, айрим ҳолларда оғиз шиллик пардаси ва лаб юзасини қоплайди. Эрозиялар сарғиш-кўнғир парда билан қопланиб, кўчирилса осон қонайди. Никольский симптоми – манфий. Лабдаги эрозия юзаларида ҳар хил қалинликда қонли қалоклар ҳосил бўлиб, оғиз очилишига ҳалакит қилади. Иккиламчи инфекция қўшилиши оқибатида қалоклар кўнғир тус олади.

Оғизнинг тарқоқ жароҳатланиши сабабли кучли оғриқ, эрозия юзаларидан мўл ажратмалар ажралиши, сўлак ажралишининг кучайиши, оғиз очолмаслик сабабли сўзлашиш, ҳатто суюқ овқат қабул қилиш тўхтайдди, натижада бемор озиб, ҳолсизланади. Оғиз гигиенаси ёмон ҳолатда бўлиши, кариесли тишлар бўлиши, парадонтит бу касалликнинг оғир кечишига олиб келади. 10–15 кун ўтгач, тери тошмалари бита бошлаб, 15–25 кунга келиб эса бутунлай тугайди. Оғиз шиллик пардасида тошмалар битиши 4–6 haftaдан сўнг кузатилади. Экссудатив эритемага қайталаб кечиш хос. Қайталаш, асосан, баҳор ва куз фаслларида кузатилади. Айрим ҳолларда тошмалар қайталаши деярли тўхтовсиз кечиб, ойнаб, ҳатто йиллаб давом этади.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг токсикоаллергик тури ташқи кўриниши инфекцион аллергия туридан деярли фарқ қилмайди. Тошмалар тарқоқ ёки жойлашган бўлиши мумкин. Тарқоқ турида деярли ҳамма беморларнинг оғиз шиллиқ пардаси жароҳатланади. Агар жараён жойлашган (фиксация) ҳолда кузатилса, қайталаш оқибатида тошмалар аввалги учраган соҳаларда кузатилади, бир вақтда тошмалар терининг бошқа соҳаларида ҳам тошиши мумкин. Оғиз шиллиқ пардасида тошмалар кўпроқ жойлашган турида кузатилади, сабаби дориларга сезувчанлик ошгани оқибатидир. Кўпинча пуфаклар кўриниши ўзгармаган шиллиқ пардалар юзларида ҳосил бўлиб, улардан сўнг пайдо бўлган эрозиялар секин битади. Айрим ҳолларда яллиғланиш, пуфак ёрилгач кузатилади. Касалликнинг жойлашган тури оғиз шиллиқ пардаси жароҳати ва генитал, анал соҳалари жароҳатланиши билан бирга кечади.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг токсикоаллергик турида қайталаш мавсумийликка эга эмас. Кўпинча олдиндан умумий ўзгаришлар, асосан, тарқоқ турида, харорат кўтарилиши билан кечади.

Этиопатогенези. Касалликнинг инфекцион аллергия турини этиопатогенези охиригача ўрганилмаган. Касаллик патогенезида маълум даражада фокал инфекция аҳамияти борлиги (70% беморларда сурункали тонзиллит, отит, гайморит, пульпит, сурункали аппендицит ва бошқалар) аниқланди ва бу беморларда бактериал аллергия кузатилади (стафилококк, стрептококкка нисбатан). Токсикоаллергик турининг этиологик омили медикаментлар ҳисобланади: сульфаниламидлар, барбитуратлар, тетрациклин ва бошқалар.

Ташхис. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг оғиз шиллиқ пардасидаги чегараланган тури, турли хил касалликка ўхшаш кечади.

Пўрсилдоқ ярадан фарқли ўлароқ қизил ҳошия экссудатив эритемаси ўткир кечиб, тошмалар регресси ҳам тезроқ кузатилади, пуфаклар яллиғланган тери ёки шиллиқ пардада маълум вақт сақланиб, Никольский симптоми манфий, босма-суртмада акантолитик хужайра танилмайди. Касалликнинг ўткир бошланиши, ўткир яллиғланишнинг кучли ривожланиши, кечишининг мавсумийлиги фақат оғиз шиллиқ пардаси хушфёъл кечувчи ноакантолитик пўрсилдоқ ярасидан қиёсий ташхислашда ёрдам беради.

Герпетик стоматит қизил ҳошияли экссудатив эритемадан тошмаларнинг герпессимон тошиши, эрозияларнинг полициклик, герпетик хужайралар топилиши билан фарқ қилади. Экссудатив эритеманинг чегараланган тури сифилитик тугунчага ўхшайди, аммо сифилитик тугунча тубида доимо зич инфилтрат кузатилади. Ундан ташка-

ри тугунча юзаси мацерацияланган бўлса, рангсиз спирохета осон топилади. RW, РИТ ва РИФ иккиламчи захмда доимо мусбат бўлади.

Стивенсон-Джонсон синдроми – кизил хошияли экссудатив эритеманинг оғир кўриниши ҳисобланади ва умумий ўзгаришлар кучли кечиши билан характерланади. Қизил хошияли экссудатив эритемага хос тошмалар билан бир қаторда, организм умумий ҳолатининг оғирлиги билан биргаликда лаб, тил, юмшоқ ва қаттиқ танглайда, юткун, терида айрим ҳолатларда пуфаклар ҳосил бўлади. Пуфаклар ёрилиб, катта-катта эрозия ўчоқларини ҳосил қилади. Эрозиялар қонаб, сероз қонли парда билан қопланади ва натижада лаб оғир жароҳатланиб беморлар сўзлашиши ҳатто овқатланиши кийинлашади. Жараён кўзни оғир жароҳатлаб, конъюктивит ва кератит ривожланади.

Стивенсон-Джонсон синдроми Лаелла синдромига ҳам ўхшаб кечади. Лаелла синдромида дориларга нисбатан оғир токсикоаллергик касаллик ҳолида кечади. Бунда Стивенсон-Джонсон синдромидан фаркли ўларок эпидермиснинг умумий кўчиши билан кечади. Тошмалар II даражали куйган териға ўхшаш кўринади ва кўпинча акантолизисга хос белгилар аниқланади. Бемор ҳолати жуда оғир бўлиб, Лаелла синдроми одатда маълум бир дори қабул қилингандан кейин кузатилади.

Даволаш. Экссудатив эритема билан оғирган ҳар бир беморни иккиламчи инфекция ўчоғи бор-йўқлигига текширилиши зарур, биринчи навбатда юз-жағ соҳаси текширилади. Даво самарали бўлиши учун беморлар умумий организмини соғломлаштирилиши шарт, энг аввало фокал инфекция ўчоқлари йўқ қилинмоғи зарур.

Касалликнинг энгил ҳолатида натрий салицилат 1 таблеткадан кунига 4 маҳал, витамин В гуруҳи, С витамини, кальций препаратлари тайин этилади. Оғирроқ ҳолларда кенг таъсирга эга бўлган антибиотиклар ва преднизолон 20–30 мл дан кунига, касаллик оғирлигига қараб тайин этилади. Бу миқдордаги дори 5–7 кун тайинланиб, кейин 2–3 кунда 1 таблеткадан преднизолон миқдори камайтирилади.

Оғиз шиллик пардаси жароҳати маҳаллий энгил дезинфекцияловчи эритемалар (1:8000 миқдордаги калий перманганат эритмаси, 2% борат кислотаси эритмаси ва бошқалар) билан чайқалади. Овқатланишдан аввал оғиз 0,25% новокаин эритмаси билан чайқалади. Лаб қизил хошиясидаги қалокларга бактериоцид воситали мазлар билан ишлов берилади. Қалоклар кўчгач кортикостероид ва бактериоцид сақловчи мазлар қўллаш маъқул (Гиоксизон, Лоринден С, Дермазолон ва бошқалар).

Прогноз – яхши.

БИРИКТИРУВЧИ ТЎКИМА КАСАЛЛИКЛАРИ (КОЛЛАГЕНОЗЛАР)

СКЛЕРОДЕРМИЯ (SCLERODERMIA)

Склеродермияга хос тери ўзгаришлари, бириктирувчи тўқималарининг яллиғланиб, дистрофияга дучор бўлиши натижасида терининг зичлашиб-қотиши (склерози) ва қон томирларининг жароҳатланиши билан кечади. Касаллик кўпроқ 30–50 ёшда бошланиб, унинг аста-секин ривожланиши ва кўпроқ аёлларда учраши характерлидир. Касалликнинг чекланган ва тарқок (диффуз) турлари тафовут этилади.

Этиологияси. Аутоиммун касаллик бўлиб, унинг ривожланишига инфекция, ташқи таъсирот ёки ирсий мойилликлар сабаб бўлади.

ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ (SCLERODERMIA CIRCUMSCRIPTA)

Клиник кўриниши. Терида қизил кўкимтир рангдаги, аниқ чекланган, ялтироқ ва оғриксиз доғлар ҳосил бўлади. Ўчоқ марказидаги тери аста-секин зичлашиб-қаттиқлашади, натижада оқиш-сарғиш тусли, текис тери ўчоғига айланади, унинг юзасида соч ва безлар бўлмайди. Касаллик авжланиши натижасида склеротик ўчоқ катталашаверади, ўчоқ атрофидаги қизил-кўкимтир ҳалқа сақланаверади. Касаллик регресси даврида склерозга учраган тери юмшайди, артофиялашади ва суякка яқин жойлашса унга ёпишиб қолади. Ўчоқ териси юпкалашиб, бурмага осон йиғилади ва гижимланган папирос қоғозини эслатади. Склеротик ўзгаришлар бириктирувчи тўқиманинг ҳар хил каватларида кузатилиши мумкин ва жараён юза бўлса, склероз деярли сезилмайди. Дастлаб терида кўкимтир доғлар ҳосил бўлиб, кейин эса депигментли атрофия кузатилади. Чекланган склеродермиянинг жойлашиши ва шаклига қараб бир неча турларини ажратадилар.

Ташхиси

1. Ўзига хос клиник кўриниши.
2. Гистологик текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- Аниқланмаган мохов (Lepre).
- Lichen ruber atrophicans.

ДИФФУЗ СКЛЕРОДЕРМИЯ (SCLERODERMIA DIFFUSA)

Клиник кўриниши. Тарқалган склеродермия ўткир бошланиб, Рейно синдромига хос шикоятлар ва ўзгаришлар билан бир қаторда кўл, оёқ панжаси бармоқларининг, тананинг терисини ва бўғимларнинг жароҳатланиши билан бошланади ва тезда ички аъзоларни ҳам жароҳатлайди. Тери цианотик рангда, шишган бўлиб, аста-секин зичлашаверади ва шу сабабли ҳаракат бузилади. Касаллик прогресси оқибатида бошқа соҳа терилари диффуз жароҳатланади ва терида калциноз, склеродактилия ва телеангиэктазиялар кузатилади. Асосан юз териси жароҳатланиб зичлашади, ажин-бурмалар йўқолади, юз ифодасиз, никобсимон кўринишга киради, оғиз, бурун, кўз кичиклашади. Бир вақтнинг ўзида ютиш қийинлашади, патологик ўзгаришлар кизилўнғач, ошқозон, ўпка ва буйрақларда ҳам кузатилиб, беморлар ички аъзолари жароҳатланиши оқибатида нобуд бўладилар.

Ташхиси

1. Ўзига хос клиник кўриниши.
2. Гистологик текширувлар (биопсия).
3. Лаборатор текширувлар (серологик, кардио-ва пульмонологик).

Дифференциал ташхиси

- Dermatomyositis.
- Morbus Raynaud.
- Sclerodermia adultorum Buschke.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- гепарин мази;
- троксевазин мази;
- 5–10% ли теоникол мази;
- солкосерил мази.

Умумий даво:

- пенициллин 500.000 ТБ дан ҳар 6 соатда, босқичига 40–50 млн. ТБ (агарда жараён актив кечса 1 йилда 3–4 босқич даво ўтказилади);
- микроциркуляцияни яхшилаш (теоникол, андекалин, трентал);
- пенициллин (кўпренил, мелкатин 0,25–1,0 кунига);
- ферментатив препаратлар (гиалуронидаза, лидаза, ронидаза);

- этретинат (тигазон 75 mg кунига, 2 хафта, кейин кунига 25 mg – 3 ой мобайнида);
- витаминотерапия (Aevit, B,C витаминлари).

Физиотерапия:

- шифобахш ванналар;
- лидаза, калий йодид билан электрофорез;
- парафин, озокерит аппликациялари;
- ультратовуш;
- лазеротерапия.

ҚИЗИЛ ЮГИРИК (LUPUS ERYTHEMATODES)

Бириктирувчи тўқималарининг сурункали касаллиги бўлиб, тез-тез авжланиб турувчи, фотосенсибилизация ва аутоиммун ўзгаришлар билан характерланади.

Этиологияси. Аутоиммун касаллиги бўлиб, фокал инфекция, айрим дори-дармонлар ёки ирсий мойиллик каби омиллар касалликнинг ривожланишига сабаб, туртки бўлади. Қизил югирик сурункали кечиб, кўпроқ ёзда кўзиб ва қайтарилиб туриши кузатилади ва кўпроқ аёлларда учрайди.

Қизил югирик бўйича қабул қилинган классификация йўқ, аммо кўпчилик терида чекланган (*Lupus Erythematoses discoides*) ва тарқалган, диффуз (*Lupus Erythematoses disseminatus*) турларини ва кўпроқ терапевтлар шуғулладиган, ички аъзолар жароҳатланиши билан кечадиган турлардан системали ёки ўткир қизил югирикни ажратадилар (*илова XIV*).

Чекланган қизил югирик (*Lupus erythematoses discoides*)

Клиник кўриниши. Тананинг очик қисмларида, кўпроқ юзда, бурун деворларида, ёноқларда симметрик эритематоз, шишган, аник чегарали ва безовта қилмайдиган доғлар пайдо бўлади. Кейинчалик эритематоз доғли тери катталашиб, бир мунча зичлашади ва унинг юзасида оқиш, кепаксимон тангачалар билан қопланади. Кепаклиниш фолликуляр гиперкератоз ҳисобига вужудга келади ва оқибатда осон

кўчмайди. Кепакларни тирноқлар ёки ойна ёрдамида кўчирилиб кўрса, бу ҳаракат беморга нохушлик ёки оғриқ беради (Бенье-Мещерский симптоми). Кўчирилган кепаклар ички юзасида, яъни териға ёпишган юзасида муғузли зирапчаға ўхшаш, фолликуляр гиперкератоз оқибатида ривожланган ўсимтаси кўринади ва шу "зирапча" фолликула ичида жойлашганлигидан далолат беради (аёллар туфлисининг пошнаси симптоми).

Вақт ўтиб, касаллик белгилари ривожланиб, патологик ўчоқ юзасининг марказий қисмлари юпқалашади ва атрофияланади. Бу атрофия ўчоғи оқиш, атрофида гиперемик ёки айрим ҳолларда гиперпигмент хошияли бўлади. Оқибатда, касаллик ривожланган даврида, патологик ўзгарган терида 3 хил манзара – марказда чандикли атрофия, кейин гиперкератоз ва перифериядаги қисми қизарган бўлиб туради. Эски касаллик ўчоғларида телеангиэктазия, депигментация ва гиперпигмент доғлар учраб туради. Агарда жараён бошнинг сочли қисмида жойлашса, тери атрофик чандиклиниши натижасида ўчоқда соч ўсмайди.

Ташхиси

1. Характерли клиник кўриниши ва симптомлар (Бенье Мещерский ва аёллар туфлисининг пошнаси симптомлари).
2. Лаборатор текширишлар (LE-хужайра).
3. Гистологик текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- Eczema seborrhoicum.
- Lupus vulgaris.
- Psoriasis vulgaris.
- Pemphigus seborrhoicus.
- Dermatitis solaris.

Тарқоқ қизил югирик (Lupus erythematoses disseminatus)

Клиник кўриниши. Нафақат юз терисида, кўкрак, елка, кўл-оёқ териларида тарқоқ қизғиш, кўп микдорда ва катта бўлмаган, шишли доғлар ҳосил бўлади. Асосий тошмалар чегараланган қизил югирикдагидек, бошқалари эса ноаниқ чегаралик, кўкимтир рангли, инфилтрацияланмаган ва характерлик гиперкератозсиз бўлади. Тери ўзгаришлари билан бир вақтда бўғим оғриқлари, тана ҳароратининг кўтарилиши ва қонда ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Касаллик ўткир қизил югирикка ўтиб системали касалликка айланиши мумкин.

Ташхиси

1. Характерли клиник кўриниши.
2. Лаборатор текшириш (ЛЕ-хужайралар, юкори СОЭ, лейкопения) (илова XV).
3. Гистологик текшириш.

Дифференциал ташхиси – Erytema anulare centrifugum Darier;

- Eczema seborrhoicum;
- Pemphigus seborrhoicus.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- терини куёш нурлари тушишидан химоя қилиш зарур (фотохимоя мазлар: "Шит", "Луч" кремлари, Un. Novocaini 3%);
- кортикостероид мазлари (синлар, неризона, адвантан...).

Умумий даво:

- сунъий безгакка қарши воситалар (хингамин 0,25, делагил 0,25 ёки плаквенил 0,2 кунига 3 марта 5–10 кунли цикл, 2–5 кунли танаффус билан);
- витаминотерапия (никотин кислотаси, аскорбин кислотаси, рибофлавин);
- тигазон схема билан: 75 mg дан кунига, 2 ҳафта, 50 mg дан 2 ҳафта, кейин 25mg дан 1–2 ой;
- талидомин схема билан: 100 mg дан кунига, 3 ҳафта; 50 mg дан кунига 2 ой;
- Дапсон схема билан: 25 mg дан кунига 1 марта 3–4 ҳафта;
- клофазимин схема билан: 100 mg дан кунига, 3–4 ҳафта;
- иммуномодуляцион терапия (тимозан, Т-активин, тималин, иммуномодулин);
- кортикостероид препаратлари фақатгина ўткир турларини қайтаришда қўлланилади.

ЗАМБУРУҒСИМОН МИКОЗ (MYCOSIS FUNGOIDES)

Терининг Т-хужайрали лимфомаси бўлиб, Т-хелперларнинг ёмон феълли гиперплазияси ва терида ўсмалар ҳосил бўлиши ва кучли тимисиз қичишиш билан характерланади.

Этиологияси. Номанъум.

Клиник кўриниши. Замбуруғсимон микознинг клиник уч тури тафовут этилади: классик, тез кечувчи ва эритродермик турлари.

Классик турида уч боскич тафовут этилади: эритематоз, инфилтратив ва ўсмали. Эритематоз боскичида терида чегараланган, турли ўлчамдаги тўқ кизил рангли доғлар вужудга келади. Ўчоқлар юзасида пуфакчалар ва кепакланишлар кузатилади, шу сабабли тери бирмунча қалинлашади. Бу боскич узоқ вақт давом этиб кейинги боскичга ўтмаслиги ҳам мумкин.

Инфилтратив боскичида жароҳатланган ўчоқда ва соғ тери юзаларида чегаралари кўнғир-қизғиш тусли, ҳар-хил шакл ва катталиқдаги инфилтратлар ҳосил бўлади.

Ўсмали боскичида инфилтрат ўчоқлари кучли ривожланиб, тезда яраланади. Яралар эса турли шакл ва ўлчамларда кузатилади. Бир вақтнинг ўзида учала боскичга хос белгилар кузатилиши ҳам мумкин.

Касаллик беҳосдан ўсма боскичидан ривожланиб, терида ўсмалардан бошқа белгилар бўлмаслиги мумкин. Касалликнинг эритродермик тури беҳосдан бирламчи эритродермия кўринишида бошланиши мумкин, тери курук, кўнғир-жигарранг тусда, инфилтрацияланган бўлиб, қичишади. Кўпчилик бу турнинг бир кўриниши деб Сезари синдроми (Syndroma Sezari) тушунади. Сезари синдромида генераллашган эритродермия, диффуз соч тўқилиши, тирноқлар дистрофияси характерлидир. Терида аста-секин инфилтрация кучаяверади, кепакланиш ҳам кўпаяди. Беморларни кучли, тинимсиз қичишиш безовта этади.

Ташхиси

1. Тинимсиз кучли қичишиш ва характерли клиник кўриниши.
2. Гематологик текширув.
3. Гистологик текширув.

Дифференциал ташхиси – Psoriasis vulgaris.

– Dermatitis herpetiformis.

– Parapsoriasis.

– Иккиламчи эритродермия.

– Терининг бошқа хил ўсмалари.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- симптоматик терапия;
- кучли таъсирга эга кортикостероид мазлари;
- яра юзаларига дезинфекцияловчи, эпителизацияни тезлатувчи воситалар.

Умумий даво:

- цитостатик препаратларини босқичма-босқич (проспидин, винкрестин, винбластин, метотрексат ва бошқалар);
- кортикостеронид препаратларини узоқ муддат, жараённи авжлантормайдиган миқдорда қабул этиш;
- иммунокоррекция (Т-активин, левамизол, метилурацил);
- анаболик гормонлар (ретаболил, нераболил ва бошқалар);
- симптоматик даво.

Физиотерапия:

- касалликнинг бошланғич даврларида ПУВА-терапия;
- рентгенотерапия (қиска муддатли самара беради).

КАПОШИ САРКОМАСИ (SARCOMA IDIOPATICUM MULTIPLEX HEMORRAGICUM KAPOSI)

Терининг системали ангиоматоз касаллиги ҳисобланади. Бу касалликда қон томирлар деворларининг эндотелий ва перителий қаватлари пролиферацияси ҳамда улар деворида гемосидерин йиғилиши кузатилади. Асосан эркаклар касалланадилар.

Охирги йиллар, Капоши ангиоматозининг ОИТСнинг клиник кўриниш турларидан бири деб, касалликка бўлган эътибор кучайди.

Клиник кўриниши. Капоши саркомаси уч босқичли кечади: яллиғланиш, гранулематоз ва саркоматоз. Касаллик тизза, оёқ панжаси соҳаларида кичкина қизғиш-цианотик ёки жигарранг-қизғиш доғ кўринишида, шаклда тоша бошлайди. Доғлар секин-аста инфильтрацияланади ва тугунча, тугун ёки катта, зич инфильтратлар вужудга келиб, бу инфильтратлар кўкимтир жигарранг кўринишида бўлади. Ўчоқлар бир-бирлари билан қўшилиб катта-катта ўчоқларини ҳосил қилиб, айрим ҳолларда оёқлардаги инфильтрат ўчоқлари чуқур яраланиши ҳам мумкин. Оёқларнинг шишиши характерли. Агарда жароҳатланган ўчоқлар сўрилиб кетса, улар ўрнида тери атрофияси ёки депигментация кузатилади. Кўпинча ўчоқ юзаларида геморрагиялар аниқланади. Касаллик секин кечади ва ички аъзолар жароҳатламайди. Беморни, асосан, кучли оғриқ безовта қилади. Капоши саркомаси бошқа бир, оғир касалликлар (ОИТС) билан кечса касаллик жадал ва агрессив тус олади.

Ташхиси

1. Характерли клиник кўриниши.
2. Гистологик текширув.

- Дифференциал ташхиси** – Lichen ruber planus.
– Mycosus fungoides.
– Angiosarcoma.
– Lepra.
– Syphilis tertiaria tuberculosa.

Давоси.

Умумий даво:

- цитостатик препаратлари, энг самаралиси проспедин (боскич микдори 4 mg гача) боскични 3–8 ойдан сўнг қайтариш мумкин;
- кортикостероид препаратлари: преднизолон кунига 30 mg дан (цитостатиклар билан бирга);
- рентгенотерапия.

САРКОИДОЗ (SARCOIDOSIS)

Саркоидоз – хушфезъл гранулематоз ретикулези бўлиб, барча тўқима ва аъзоларни жароҳатлаши билан кечиши мумкин бўлган, турли хил клиник кўринишларга эга касаллик.

Этиологияси. Ноаник.

Клиник кўриниши. Тери ёки гиподермада гранулема ҳосил бўлиши билан терида жароҳат ўчоғи пайдо бўлади. Гранулемада яллиғланиш реакцияси бўлмайди. Саркоидознинг бир неча турлари маълум, лекин барча турларини ҳам клиник, ҳам гистологик нуктаи назардан Бек саркоидозига бирлаштириш мумкин (Sarcoidosis Boeck). Бек саркоидозининг уч клиник варианты бор: майда ўчоқли диссеминацияланган; йирик тугунли ўчоқли; диффуз инфильтративли.

Бек саркоидозининг майда ўчоқли тарқоқ тури: терида сони кўп, симметрик жойлашган, яримшар шаклидаги, зич тугунчалар пайдо бўлади. Тугунчалар ўлчамлари тўғноғич бошидан то нўхот катталигича бўлиб, юзалари текис, ранглари оч-пушти тусдан то кўкимтир-жигаррангача бўлади. Диаскопияда сарғиш-жигарранг "чангчалар" кузатилади. Касаллик регрессиди тугунчалар марказидан кичраяди, телеангиэктазиялар ва майда кепаклар ҳосил бўлади. Тери ранги сарғиш-жигарранг тусдан то жигаррангача бўлади. Айрим ҳолларда жароҳат ўчоқлар ўрнида юза, оқиш чандиқчалар вужудга келади, тугунчалар эса яраланиши мумкин. Касаллик қайталашга мойил.

Бек саркоидозининг йирик тугунли ўчоқли турида терида якка ёки бир нечта чегараланган, яримшар кўринишидаги, диаметри 0,5–3 см ли,

қаттиқ ёки юмшоқ консистенцияли, кўкимтир-кизил рангдан то кўкимтир жигаррангдаги, текис юзали тугунлар пайдо бўлади. Диаскопияда саргиш-жигарранг "чангчалар" кузатилади. Гранулемалар марказидан регрессга учраб тугунлардан кейин пигментациялар, телеангиэктазиялар, айрим ҳолларда эса атрофия қолади.

Бек Саркоидозининг диффуз инфилтратив тури жуда кам учрайди. Терида йирик, чегараланган инфилтратлар ҳосил бўлади, улар атрофига ўсиб, бир-бирлари билан қўшилиб катта-катта ўчоқларни вужудга келтирадилар. Уларнинг ранги, юзаси ҳамда консистенциялари йирик тугунли-ўчоқли туриникидек бўлади. Диаскопияда "олма желеси" ни эслатовчи симптом кузатилади. Бу тур эритродермияга ўтиши мумкин ва бу ҳолатда касалликнинг прогнози нохуш. Беморларда касалликнинг барча турларида ички аъзолар ва суякларда гранулематоз ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

Ташхиси

1. Ўзига хос клиник кўриниши.
2. Гистологик текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- Lupus erythematodes.
- Lupus vulgaris.
- Syphilis tertiaria activa.
- Acne rosacea.
- Mycosis fungoides.

Давоси.

Маҳаллий даво:

- кортикостероид кремлари;
- ностероид яллиғланишга қарши воситалар (индометацин, бутадион мазлари).

Умумий даво:

- кортикостероид препаратлари катта бўлмаган миқдорда (преднизолон, кунига 30 mg). Уларни касалликни авжлантирмайдиган миқдоргача камайтирилади;
- цитостатик препаратлар (метотрексат 10–25 mg, ҳафтада бир марта ёки хлорбутин 5–10 mg дан кунига);
- сунъий безгакка қарши воситалар (хлорактивин 250 mg дан кунига 2 марта ёки гидрохлорактивин 200 mg дан кунига 2 марта);
- У-витамини 600 mg дан кунига то самарага эришгунга, сўнг 300 mg дан кунига, 2–3 ой мобайнида.

Физиотерапия:

- лазеротерапия;
- узун тўлқинли рентгенотерапия.

ТЕРИНИНГ ЎСМАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Тери ва шиллик пардалар ўсма касалликларини мустақил равишда ривожланадиган ва ички аъзолар рақ касалликлари билан боғлиқ гуруҳларга ажратадилар. Биринчи гуруҳ ўз навбатида ёмон ва яхши феълли тери ўсма касалликларига бўлинади.

БАЗАЛ ҲУЖАЙРАЛИ ЭПИТЕЛИОМА (EPITHELIOMA BASOCELLULARE)

Базал хужайрали эпителиома (базалиома) кўп учрайдиган, тери рақ касалликларининг 80%ини ташкил қилади. Прimitив эпителиал ўсма бўлиб, у базал хужайралар дифференциацияси натижасида ҳосил бўлади. Инсонлар, кўпроқ оқ танли кишиларнинг 65 ёшгача бўлганларининг 50% у ёки бу тури билан касалланадилар.

Этиологияси. Узоқ вақт қуёш нури таъсирида (табий ва сунъий ультрабинафша нурлар) бўлиш базалиомани вужудга келтиради. Ундан ташқари канцероген таъсирлар (мисол, радиация, мишьяк билан алоқада бўлган кишилар) ҳам касаллик патогенезидаги ўрни баланд.

Клиник кўриниши. Базалиома, асосан, терининг қуёш нури тушувчи соҳаларида кузатилиб, кўпинча юз, қулоқ супраларида, камроқ холларда эса кўкрак олд юзаси, елка камари соҳаларида учрайди. Базалиома ўзининг жуда секинлик билан ўзгариши ва метастаз бермаслиги билан характерланади. Касаллик майда доғ, чегараланган гиперкератоз ёки марваридга ўхшаш майда тугунчалар тошиши билан бошланиб ривожланади. Ясси тугунчалар секин катталашиб, юза ва ўткир яллиғланиш белгиларисиз бўлиб, ялтироқ, атрофида тери юпқалигидан қон томирлари (телеангиэктазия) кўриниб турадиган кўрғон билан ўралган бўлади. Бу ялтироқ валиксимон атроф қисмида ажралиб турган, ялтироқ, дурсимон тугунчаларни кўриш мумкин. Ўрта қисмидаги тугунча олдин эрозия, кейинчалик каттайиб чуқурроқ яра ва қалоқлар ҳосил қилади.

Даволаш: – рентген нури билан даволаш;
– криотерапия ва хирургик даво.

ЯССИ ХУЖАЙРАЛИ КАРЦИНОМА (CARCINOMA SPINOCELLULARE)

Ясси хужайрали карцинома ёмон феълли ўсмаларнинг кўп учровчи туридир, асосан, оқ танли кишиларда учрайди. Ясси хужайрали карцинома базал хужайрали эпителиомага нисбатан 20–50% кам учрайди.

Этиологияси. Касалликнинг асосий этиологик омили – куёш нурининг таъсирида узоқ вақт бўлиш. Уни радиация ва турли хил травмалар, айниқса узоқ битмаётган яралар чакириши мумкин, улардан ташқари ўтовчи кимёвий моддалар, мишьяк маҳсулотлари ҳам касалликка олиб келувчи омиллардан ҳисобланади.

Клиник кўриниши. Тери жароҳати носпецифик, майда, кепакланувчи доғ ҳолида ёки сурункали, битиши қийин тирналишлар ўчоғи кўринишида пайдо бўлиб, юзасида яллиғланиш ва қалоклар бўлади. Типик ясси хужайрали карцинома кератотик, кератоакантомага ўхшаш жароҳат бўлиб, марказида кератиноз ўчоқли ёки катта яралар тугунчалар ҳолида кузатилади. Улар яқиндан кўрилса юзаси парсимон кўринади. Жароҳат ўчоқлари атроф тўқималарининг кучли деструкциясига олиб келади. Жароҳат ўчоқлари энининг катталиги 1 см дан ортик бўлса, улар кўпроқ метастазланишга мойил бўладилар. Ўсмалар томирлар ва иннервация зоналари бўйлаб тарқалишга мойилдирлар, ўсма жойлашган соҳасида локал чуқурлашиб яраланади, чуқур жароҳатланиши мумкин. Ясси хужайрали карциномалар актиник кератоз ўрнида ёки кўзга кўринар сабабларсиз юзага келиши мумкин. Янги пайдо бўлган жароҳатлар, айниқса шиллик пардаларда агрессивроқ кечадилар ва эрта метастазланадилар. Ясси хужайрали карциномалар метастазланиши хавфи тахминан 1% га тенг, аммо терида ёки шиллик пардада тез ўсувчи жароҳатлар кузатилса бу фоиз ортади. Касаллик кўпроқ трансплантациядан сўнг, айниқса папиллома вируси билан инфекцияланган беморларда кузатилади.

Ташхиси

1. Характерли клиник кўриниши.
2. Гистологик текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- Carcinoma basocellulare.
- Keratoacanthoma.
- Blastomycosis.

Давоси.

Хирургик даво:

- электрокоагуляция, криодеструкция, хирургик усулда йўқотиш;
- нур билан даволаш;
- метастаз бўлса – химиотерапия.

МЕЛАНОМА

Меланома тери ёмон феълли ўсма касалликларининг 5% ини ташкил этади ва кўпроқ терисининг ранги оқ, оқ-сарик бўлган, кичик ва ўрта ёшдаги кишиларда учрайдиган касаллик ҳисобланади. Беморнинг шифокорга ўз вақтида мурожаат этиши катта аҳамиятга эгадир, чунки бирламчи меланоманинг прогнози унинг ўлчами ва чуқурлигига жуда ҳам боғлиқ.

Меланома ва унинг даракчиларини аниқлаш учун терининг барча юзаларини мунтазам кўздан кечириб туриш жуда зарурдир. Бу кўрикларда тананинг орқа, белдан юқори қисмини, тизза-болдир, аёлларда бошнинг соч қисми ва табиий ёриқлар атрофи терилари (оғиз, анус, вульва)ни диққат билан кузатиш зарур.

Мавжуд пигментли ҳосилалардан меланоманинг 30% и ривожланади, 70% меланома эса кўринишидан соғ терида пайдо бўлади. Дастлаб кўпчилик меланомалар эпидермис соҳасидагина ўсиб (радикал ўсиш босқичи, преинвазив даври), кейинчалик дермага ўсиб киради (вертикал ўсиш босқичи, инвазив ўсиш). Дерманинг қон ва лимфа томирлари метастазлар тарқалиш йўллари бўлиб хизмат қиладилар. Ўсмани, ҳатто преинвазив давридаёқ рангига қараб осон аниқлаш мумкин. Бу ранг – одатда меланин ишлаб чиқарувчи атипик меланоцитларнинг пролиферацияси ҳисобига вужудга келади. Меланоманинг турли-хил клиник кўринишларида прогноз радиал ўсиш босқичининг давомийлигига боғлиқ: бу давр лентиго-меланомада бир неча йилдан бир неча ўн йилларгача; юза, тарқалувчан меланомада бир неча ойдан 2 йилгача; тугунли меланомада эса 6 ойдан ошмайди. Радиал ўсиш босқичида ўсма деярли метастаз ҳосил қилмайди, шунинг учун ҳам касалликни шу босқичида аниқлаш жуда ҳам катта аҳамиятга эгадир, бу босқичда ўсманинг қалинлиги 0,75 мм.дан ошмайди.

Юза тарқалувчи меланома

Юза тарқалувчи меланома меланоцитар келиб чиқишга эга бўлган, ёмон феълли ўсмалар ичида энг кўп учровчи тури ҳисобланади. Ўсма, асосан, тананинг юқори, орқа соҳаларида пайдо бўлиб, жуда секин, йиллар мобайнида ўсади. Унинг ташқи кўриниши зичлашган, аниқ чегарали пилакча бўлиб, у атроф соғ терисидан бир хил даражада кўтарилиб туради. Ранги турли хил – жигарранг, тўқ-жигарранг, кўк, қора ва кизил, регрессга учраётган қисмида эса кўнғир ёки кўкимтир-кўнғир тусда бўлиши мумкин.

Эпидемиологияси. Эркакларга нисбатан аёллар кўпроқ касалликка учрайдилар. Касаллик, асосан, оқ танли кишиларда кузатилади.

Касалланиш хавфини туғдирувчи омиллар:

- Меланома хабарчилари (диспластик невус, туғма невохужай-рали невус).

- Оилавий анамнезда – ота-она, ака-сингил, болаларда меланома бўлганлиги (борлиги).

- Тери рангининг оқ, оқ-сариклиги (нур сезувчанликнинг I ва II тури).

Хаддан зиёд қуёш нури таъсирида бўлиш, асосан, болалик даврида.

Патогенези. Юза, тарқалувчи меланоманинг эрта даврларида радиал ўсиш босқичи характерли. Бу босқичда ўсма хужайралари факатгина эпидермисда жойлашади, шунинг учун ҳам метастазланиш кузатилмайди (*melanoma in situ*) ёки жараён эпидермисда ва дерманинг юқори юза қаватида жойлашади («юпка» меланома деб аталади, яъни ўсма 0,75 мм қалинликда бўлади). Бу нисбатан хушфёъл даври, даволаса – тузаладиган даврдан сўнг, инвазив вертикал ўсиш босқичи келади. Бунда ўсма хужайралари дермагача кириб борувчи тугунларни ҳосил қилади ва метастазлар пайдо бўла бошлайди.

Юза, тарқалувчи меланоманинг патогенези охиригача ўрганилмаган. Кўп ҳолларда ўсманинг ривожланишида қуёш нурунинг салбий таъсири (асосан 14 ёшгача бўлган даврда кучли инсоляция кузатилган бўлса) катта аҳамиятга эга.

Анамнездан ўсманинг ривожланиши 1–2 йилдан бери давом этаётганлигини аниқлаш мумкин.

Клиникаси. Теридаги патологик тошмалар: ясси тугунча, кейин пилакча. Пилакча юзасидан кейинчалик бир ёки бир нечта тугун ҳосил бўлади.

Ранги тўқ-жигарранг ёки қора бўлиб, ора-чора тартибсиз ҳолда пушти, кўнғир ва кўкимтир-кўнғир рангли ўчоқчалари бўлади. Оқ

рангли доғлар ўз-ўзидан регрессга учраган ўсманинг айрим соҳаларида кузатилади.

Ўлчамлари ўртача, диаметри – 8–12 мм, янги хосилалар 5–8 мм, эскилари эса 10–25 мм бўлиши мумкин.

Шакли – суйри, нотўғри шаклда, кўпинча бир ёки бир неча ботиқлари бўлади. Чегараси – аниқ. Тошмалар кўпинча якка бўлиб, бирламчи кўплаб ўсмалар кам учрайди.

Жойлашуви (локализацияси):

– тананинг юқори, орқа соҳаси, болдир-тизза, тананинг олд юзаси, соннинг ёзувчи юзаси. Кам ҳолларда тананинг ички кийимлар ёпиб турувчи қисмлари.

Бошқа аъзолар регионар лимфа тугунларининг катталашishi кузатилади.

Ташхис қўйишда қўшимча усуллардан биопсия қилинади.

Тошма кичик бўлса, тотал биопсия қилган маъқул. Агарда тотал биопсия қилиш мумкин бўлмаса, пункцион ёки инцизион биопсия қилиш мумкин.

Қасалликнинг ташхиси унинг олтига асосий клиник белгисига асосланган ҳолда қўйилиши мумкин.

– Шакли тери сатҳидан бироз кўтарилган бўлиб, уни ён томонидан ёритиб кўриш мумкин.

– Ўлчамлари ўзгарувчан, тез ўсувчан.

– Чегаралари нотўғри, «қирқилган» дек.

– Ассиметрияга хос.

– Ўлчамлари йирик, диаметри 6,0 мм.дан катта.

– Ранги бир хил эмас, жигарранг, қора, қўнғир, пушти ранглар бетартиб жойлашган.

Тугунли меланома

Тугунли меланома учраши бўйича юза, тарқалувчи меланомадан сўнг иккинчи ўринда туради. Ўсма теридан аниқ кўтарилиб, қалин пилакча ҳолида бўлади, экзофит ўсса йирик тугун ёки полип кўринишида бўлади. Кам ҳолларда эса, бироз пигментли ёки пигментсиз тугунли меланомалар кузатилади, уларнинг телеангиэктатик гранулемалар ёки бошқа пигментсиз ўсмалар билан адаштириш мумкин. Тугунли меланома нисбатан тез ўсади (4 ойдан 2 йилгача), у соғ тери ёки пигментли невуздан вужудга келиши мумкин.

Ўсманинг ривожланиши 6–18 ой давом этади.

Клиникаси. Жисмоний текширувда терида тугун пайдо бўлади, тугун теридан бир хил даражада кўтарилиб туради ёки яраланган пиллакча ҳолида бўлади. Ранги бир хил: тўқ-зангори, қора ёки қўнғир тусли. Полипсимон ҳосилалар эса пушти (пигментсиз) жигарранг пардали бўлади. Тошмалар дастлаб 1–3 см, кейинчалик эса каттарок бўлади. Шакли бошқа турдаги меланомалардан фарқли ўлароқ думалок-суйри, тўғри шаклда, чегараси аниқ бўлади. Кўпинча регионар лимфа тугунлари катталашади.

Дифференциал ташхиси

1. Гемангиома (тугунли эритемага нисбатан секин ўсади).
2. Телеангиэктатик гранулема (жуда тез ўсади, бир неча ҳафта).
3. Базал хужайрали тери ракиннинг пигментли тури (тугунли меланомадан фарқлаш жуда қийин, фақат жуда каттиқ консистенцияли бўлади, ташхис фақат гистологик усул билан қўйилади).

Ёмон феълли лентиго ва лентиго-меланома

Меланоманинг асосий уч тури (юза, таркалувчи, тугунли ва лентиго меланома) ичида лентиго-меланома энг кам учровчи тур ҳисобланади. Лентиго-меланома қариларда, тананинг очик соҳалари – юз, қўл соҳаларида учрайди. Касаллик патогенезида асосий аҳамиятга эга бўлган омил – инсоляция.

Клиникаси. Жисмоний текширувда терида, ёмон феълли лентиго бутун юзаси ясси, доғ ҳолида учрайди. Лентиго-меланома эса ясси доғ юзасида тугунча ёки тугун ҳолида кузатилади.

Ёмон феълли лентиго ранги сидирға эмас, қора ва жигарранг доғлар ҳар хил даражада бўлиб, жигарранг доғ юзасида қора, ҳар-хил шаклдаги доғ бўлади. Ёмон феълли лентигонинг лентиго-меланомага ўтганлиги белгиси: тўқ-жигарранг ёки қора рангли ўчоқлар ва тугунча, тугунлар пайдо бўлганлигидир.

Лентиго-меланома ёмон феълли лентигога ўхшаш, ундан ташқари қўнғир (регрессга учраган ўчоқлар) ва зангори (дермада меланоцитлар тўпланиши) ўчоқлар кузатилади. Тугунча ва тугунлар зангори, қора ёки пушти рангда бўлади. Кам ҳолларда лентиго-меланома пигментсиз (рангсиз) бўлади.

Лентиго меланома ва ёмон феълли лентиго ўлчамлари ҳам 3–20 см ва ундан катта бўлади. Ҳар иккала касалликдаги тошмалар шакли-

ногўғри, географик картага ўхшаш, «қўлтиқ», «ярим орол» шаклини эслатади, чегаралари нотекис ва ноаниқ. Тошмалар тананинг очик соҳалари – юз, бўйин, билак-тирсак, қўл панжаси юзалари, камрок тиззаларда якка хосила ҳолида учрайди. Ўсма атрофи териларида қуёш нури таъсиридан қуёшли кератоз, сепкиллар, телеангиэктазиялар, қуёшли геродермия кузатилади. Регионар лимфа тугунлари катталашиши мумкин.

Қиёсий ташхиси: ҳар хил даражадаги сарғиш-жигарранг ёки жигарранг доғлар. Ёмон феълли лентиго ва лентиго-меланома ясси тўқ рангли хосилалар бўлиб, лентиго-меланома юзасида тугунча ёки тугун бўлади.

– Қариялар кератомаси тўқ рангли, ўсма эса тугунча ёки пилакча ҳолида бўлиб, ўзига хос сўгалсимон юзага эга, юзасида эса майда ботиклар ва муғузли кисталар бўлади; юзаси кириб кўрилса кепакланади.

– Қариялар лентигоси ёмон феълли лентиго каби доғ кўринишида бўлиб, тўқ бўялмаган, ранги сидирға бўлади, тўқ-жигарранг ва қора рангда.

Давоси. Жарроҳлик йўли билан атроф соғ терисини 1 см қисмигача қўшиб олиб ташлаш зарур.

Ёмон феълли меланома (Melanoma malignum)

Меланома – кам учровчи, аммо учала ёмон феълли тери ўсмалари ичида оғир кечувчи тери касаллиги. У эрта метастаз бериб, тез ўлимга олиб келади. Бу классик қора ҳол бўлиб, охириги босқичида малигнизацияга учраш билан тугайди.

Этиологияси. Меланоманинг вужудга келиши юқори даражада офтоб нури таъсирида кучли тобланиш (қорайиш) ва ирсий омиллар: масалан, терининг оқлиги, оқ сочлар, кўзларнинг кўк-зангорилиги ва қуёш нури таъсиридан қорайиш мақсадида тобланиш натижасида куйиб қолишлар билан боғлиқ. Агар оила аъзоларидан бирида меланома бўлган бўлса, бошқа аъзоларида меланома ривожланиши учун юқори хавф мавжуд бўлади.

Клиник кўриниши. Меланома терининг турли соҳаларида олдиндан бўлган ёки мавжуд бўлган ҳоллар юзасида пайдо бўлиши мумкин. Тошма ҳали унча катта бўлмаган давридаёқ лупа ёрдамида кузатилса, жароҳат чегараси аниқ бўлмаган ва пигментация ўчоғида айрим белгилари мавжуд: жароҳатланган ўчоқ ассиметрик, четлари

ноаниқ чегараланган, яъни кирди-чиқди ботикли бўлиши, ранги бир текис бўлмасдан –пигментсиз, жигарранг, кизғиш ёки қора бўлиши мумкин. Тошмалар ўлчамлари ҳар хил диаметрли бўлиб, 6 мм дан ошса хавотирли ҳисобланади. Меланома дастлабки босқичида – макуляр, яъни доғли жароҳат кўринишида бўлиб, фақат тери рангининг аномалияси бўлади. Меланома тананинг турли соҳаларида жойлашиши мумкин ва эрта аниқланиб даво бошланса 100% даволанади. Ёмон феълли меланома тугунча ҳолида ҳам учраши мумкин ва дастлабки босқичидан инвазив бўлиши мумкин. Ёки аввал юза ўсиб, ундан сўнг эса инвазив даврга ўтиши мумкин. Бошқа варианты, *lentigo maligna*, кучли қуёш нури таъсирида жароҳатланган тери юзаларида пайдо бўлади. Бундай ҳолларда инвазив босқичи бир неча ойлардан бир неча йиллар ўтгач кузатилади.

Ташхиси

1. Характерли клиник кўриниш.
2. Гистология текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- *Carcinoma bazocellulare* (пигментли варианты).
- *Nevus*.
- *Keratosis seborrhoica*.

Давоси.

Хирургик даво:

- ўсмани, ўсма атрофи тўқималарини (1–3 см гача) бирга олиб ташлаш;
- яқин атрофидаги лимфа тугунларини хирургик усулда олиб ташлаш;
- нур билан даволаш (ҳозирча экспериментал изланишлар олиб борилаёпти);
- химиотерапия, сўнгги босқичларида қўлланилапти, аммо самардорлиги юқори эмас.

ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚУВЧИ КАСАЛЛИКЛАР (ЖЙБЮК)

(Синонимлар: таносил касалликлар, венерик касалликлар, урогенитал сексуал-трансмиссив касалликлар.)

XX асрнинг 80-йилларида биринчи марта орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС ёки ВИЧ/СПИД) касаллиги аниқлангунча, «венерик касалликлар» деганда сифилис, гонорея, юмшоқ шанкр, венерик лимфогранулематоз ва донованоз касалликларини тушунилар эди. Лекин ЖЙБЮК эпидемиологик кўпайиб кетиб, дунёда ҳар йили фақат рўйхатга олинганлар сони бир неча юз миллион бўлгани ва бугунги кунгача ОИТС билан зарарланганлар сони 42 миллион, фақатгина 2002 йилда ОИТСни юктириб олганлар сони 5 миллион, ундан 3 миллион бемор нобуд бўлганлиги нафақат соғлиқни сақлаш тизимини, балки бутун одамзодни бор имкониятини йиғиб бу муҳим муаммони ечишга қаратишга мажбур қияпти.

Охирги йиллар ОИТСга қарши олиб борилган кураш ютуқлари (вирус геномини аниқлаш, уни клиника ва патогенезини аниқ баён қилиш, эпидемиологияси, иммун системадаги ўзгаришларни ва ОИТС билан бирга кетувчи касалликлар характеристикасини бериш) кўрсатдики, қайсидир касаллик бемор териси ёки шиллик қавати бутунлигини бузиб кечса у ОИТС вирусини бемордан соғ одамга юқиш имкониятини бир неча ўн марта кўтарар экан. ОИТСнинг асосий юқиш йўли жинсий йўл бўлгани учун ҳам, тери шикастланиши кўпроқ жинсий аъзоларда ёки атрофида бўлиши билан кечадиган ҳар хил касалликларни ОИТС тарқалишидаги аниқ ўрнини ажратиш кўрсатиш учун ва унга қарши эффе́ктив кураш ташкил қилиш учун, бугун «жинсий йўл билан юқа́диган касалликлар» термини киритилди. Бу термин билан 24 ва ундан кўпроқ касалликлар аталади.

ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

ЖЙБЮК термини билан, классик венерик касалликлар, янги авлод инфекциялари, айрим вирусли, паразитар ва замбуруғ касалликлари турли касалликлар гуруҳларига киришларига қарамасдан, асосий

юқиш йўли жинсий йўл бўлгани учун улар бир гуруҳга йиғилган. Шунинг учун ҳам касалликни олдини олишнинг биринчи талаби – жинсий ҳаёт фақат никоҳда ёки битта жинсий шерик билан. Борди-ю кимдир биттадан ортиқ жинсий шерикка эга бўлса, жинсий шерикни тез-тез алмаштириб турса ёки бошқа жинсий шерикларга эга бўлган шахслар билан жинсий алоқада бўлса, касаллик симптомлари борлигини билган ҳолда ҳам жинсий алоқа қилса – бу инсонда ЖЙБЮК юқиш даражасини оширадиган ахлоқий омиллар бор.

ЖЙБЮК кўпайиши шу давлатдаги ижтимоий омиллар билан узлуксиз боғлиқ. Янги МДХ давлатларидаги ЖЙБЮКнинг эпидемик кўпайишида, асосан, жамиятдаги янги ижтимоий-сиёсий талабларга ва бозор муносабатига тайёрмаслик, қонун кучсизлиги, ғарбий ва фуқаролар урушлари, миграция кучайиши, ишсизлик ва маълум яшаш жойи бўлмаган, алкоголь ва наркотик моддаларни истемол қиладиган инсонлар сонининг ортиб кетиши, эрта жинсий алоқалар ва фоҳиша-бозлик кўпайиши, жамиятдаги маданий ва ахлоқий анъаналар, оила кучининг пасайиши алоҳида ўрин тутади.

Иккинчидан халқни бу касалликлар борлигини билмасдан хавфсиз алоқани инкор қилиш, презервативнинг ҳаммабоб бўлмаслиги, касалликни ўз вақтида тиббиёт муассасида ва тўлиқ даволанмаслиги, қолаверса, тиббиёт муассасаларнинг бўлмаслиги ёки унда зарур доридармон ва тайёрланган мутахассис йўқлиги, касалланишнинг кўпайиб кетишида муҳим аҳамиятга эга.

Этик масалалар

Куйидаги масалаларни эсда тутиш лозим. Клиникага ЖЙБЮК борлигини шубҳа қилиб мурожаат қилган кимсалар учун конфиденциаллик жудаям муҳим. Медицина ташкилотлари, шунингдек, уларнинг ходимлари машғулотларни сир сақлаш сиёсатига катъий риоя қилишлари лозим. Мижозларга конфиденциалликни қандай чегарада бўлишини тушунтириш керак.

Бундай беморларнинг кўриги, лаборатор текшируви ва даволаш, албатта соғлиқни сақлаш тизимида ишлаб чиқилган қоидалар ва маълум беморнинг розилиги асосида олиб борилиши керак. Бу борада беморга олиб бориладиган муолажаларнинг афзалликлари ва хавфли томонлари ҳақида тушунарли шаклда маълумот берилади. Агар унинг иложи бўлмаса бемор гўдак ёки аклий заиф бўлса ҳар бир муолажа бевосита ўзига ёрдам берадиган ҳолатдагина олиб борилади.

Касаллик тарихи (ёки амбулатор варақа). Беморнинг касаллик тарихи ўз ичига қуйдагиларни олиши керак:

- Клиник симптомлар.
- ЖИБЮК билан касалланганлар тўғрисидаги маълумотлар.
- Жинсий шериклар ҳақида маълумотлар, жинсий алоқа турлари профилактикасининг барьер воситаларини ишлатиш доимийлиги ва тўғрилигини ўз ичига олади.
- Симптомларнинг баён этилиши ва ЖИБЮК ташхис этилиши.
- Тиббий анамнез.
- Айни вақтда дори-воситаларни қабул қилиш тўғрисида (микробларга қарши дори-воситаларини яқин орада қўллаш).
- Дори-воситаларга аллергияси бор-йўқлиги.
- ВИЧ инфекция ва гепатит В билан махсус зарарланиш омилларига асосланиш.
- Аёллар учун қўшимча: туғруқлар сони, абортлар, ҳайз цикли, контрацептивлар қўлланилиши, керак бўлса, цервикал суртмаларнинг скрининги.

ЖИБЮК скрининги ва текшириш ўтказишга кўрсатмалар.

Текшириш ўтказишга асос бор шахсда келтирилган факторлардан бири бўлса:

- Аногенитал сўгал, генитал ва перигенитал соҳадаги контагиоз моллюск, кўтир, ВИЧ инфекция, гепатит В.
- ЖИБЮКга боғлиқ ҳолда хавфли хулқ-атвор, айниқса янги жинсий алоқалар, яқинда ЖИБЮК клиник ташхиси қўйилган шерик билан ёки бир неча жинсий шерикларга эга кимса билан жинсий алоқа.
- Коммерция сексидаги (фохишабозлик) ишчи ёки мижоз сифатида жалб этилиши.
- Жинсий суниестеъмол қилиш ёки зўравонлик қилинганликка шубҳа.
- ЖИБЮК ларга тааллуқли симптом ёки белгилар бўлса, мисол:

Аёлларда:

- кичик тос органлари инфекцияланганини кўрсатувчи жинсий трактнинг юқори соҳасидаги симптомлар: қорин пастида оғриқ, ҳайз циклининг бузилиши, диспаренурия;
- киндан ажралма келиши.

Эркакларда:

- дизурия;
- узуксимон баланит;
- мойкларда оғриқ.

Аёл ва эркакларда:

- жинсий соҳаларда яралар;
- тўғри ичкада оғриқ ёки ажралма келиши (анамнезида анал контакт бўлиши);
- моно ёки полиартрит;
- конъюнктивит;
- юқоридаги симптоми (синдромлар) бўлган кишилар билан жинсий алоқада бўлиш;
- аёлларда бачадон бўйни соҳасида инструментал муолажалар ўтказиш – сунъий аборт, бачадон ичи контрацептив воситаларини ёки *in vitro* режали уруғлантириш.

Физикал текширишлар

- Аёл ва эркакларда аногенитал соҳасининг кўриги.
- Аёлларда кичик чанок органларини бимануал текшириш.
- Аёл ва эркакларда проктоскопия.
- Организмни бошқа системаларини текшириш.

Лаборатор текширишлар

Одатда барча мижозлар қуйдагиларга текширилади:

- *Chlamidia trachomatis*.
- *Neisseria gonorrhoeae*.
- Сифилис.
- ВИЧ инфекция.

Агарда шубҳали симптомлар, яъни физикал текшириш натижалари ёки жинсий анамнезда бошқа симптомлар бўлса қуйдагилар текширилади:

- бактериал вагиноз;
- *Candida albicans*;
- *Trichomonas vaginalis*;
- аногенитал герпес;
- кўтир;
- қов бити;
- шанкроид;
- венерик лимфогранулема;
- гепатит В.

У ёки бу текширувни ўтказиш масаласини хал қилишда эпидемиологик ҳолат ва маҳаллий тиббий ташкилотлар имкониятини эътиборга олиш лозим (*илова – XVI, XVII, XVIII*).

Диагностика ва профилактика.

Ташхис имконият борича лаборатор текширишларга асосланиб кўйилиши лозим. Бунинг сабаблари:

– симптомсиз инфекциялар жуда кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, уларни фақат маълум лаборатор текширишлар асосида инкор этиш мумкин;

– ташхис аниқлигини ошириш зарур, чунки у беморларга ва жинсий шерикларга ёки фарзандларига жиддий таъсир кўрсатиши мумкин;

– рационал давони танлаш учун айниқса, микроорганизмларнинг дорига чидамлилигини аниқлаш имконияти бор ташкилотларда;

– кўшимча тестлар ўтказиш кераклигини ечиш учун (даволанганлик тести);

– инфекциялар регистрациясининг аниқлик даражасини ошириш ва эпидемиологик маълумотларни соғлиқни сақлаш органларининг маълум бўлимларига етказиш;

– ташхисни бемор олдида, микроскоп ва бошқа методлар қўлланса, дастлабки консультация даврида қўйиш мумкин.

Беморларга ташхис моҳиятини тушунарли қилиб етказиш керак, улар савол бериш имкониятига эга бўлишлари зарур. Бундан ташқари, имконият бўлса, оғзаки тушунтиришни юқори сифатли босмали ахборот билан мустаҳкамлаш керак.

Беморга қўйилган ташхис у билан бирга суҳбат олиб бориш ва маслаҳат бериш имкониятини беради ва келажакда қайта касалланиш эҳтимолини камайтиради.

ЖЙБЮКни даволашнинг умумий талаблари

1. Даволашни дастлабки консультациядан бошлаш керак, агарда:

– ташхис илк мурожаатда қўйилса.

– эпидемиологик кўрсатмаларга кўра даволаш, жинсий шерикларда ташхис аниқланиш асосида:

2. Имкон борича, давони клиникада тиббий ходимлар назорати остида, бир марталик даво усули билан ўтказиш лозим, бу эса даволаш режасининг юқори даражада бажарилишини баҳолайди.

3. Беморларга ҳимояланмаган жинсий алоқалардан сақланиш тавсия қилинади, чунки инфекция юқиши ёки юктириш учун реал имкониятлар мавжуд.

– алоҳида эътиборни хомиладор ва эмизикли аёлларга қаратиш керак.

Шерикларга касаллик тўғрисида маълумот бериш

ЖЙБЮК ташхиси аниқланган барча ҳолларда шерикларни огоҳ-лантириш имконини кўриб чиқиш лозим. Қайси бир шерикка маълумот бериш масаласи сексуал анамнез ва инкубацион давр тўғрисида маълум бўлган маълумотга боғлиқ бўлиб, маълумотни соғлиқни сақлаш тизими ходими ёки беморнинг ўзи етказиши мумкин. Маълумот қонунга боғлиқ равишда, давлатда қабул қилинган профилактика ва этик нормаларга асосланади.

Кейинги назорат ва мулоқот турли йўллар билан амалга оширилиши мумкин. Масалан: қайта ташрифда ёки телефон орқали.

Жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар классификацияси

Касалликнинг номи

Касаллик қўзғатувчилари

1. Классик венерик касалликлар

Заҳм

Сўзак

Юмшоқ шанкр (шанкроид)

Венерик лимфогранулематоз

Венерик гранулема (чов)

Treponema pallidum

Neisseria gonorrhoeae

Haemophilus dukreyi

Chlamydia trachomatis

Calymmatobact. gran.

2. Жинсий аъзоларни зарарланиши билан кечувчи ЖЙБЮИлар

Урогенитал хламидиоз

Трихоманиаз

Урогенитал кандидоз

Микоплазмоз

Генитал герпес

Папиломавирусли инфекциялар

Юқумли моллюск

Бактериал вагиноз

Урогенитал шигеллез

Қовуқ педикулези

Кўтир

Chlamydia trachomatis

Trichomonas vaginalis

Candida albicans

Mycoplasma hominis

Herpes simplex virus

Papillomavirus hominis

Molluscovirus hominis

Gardenella vaginalis

Shigella species

Phthirus pubis

Sarcoptes scabiei

3. Бошқа аъзоларнинг зарарланиши билан кечувчи ЖЙБЮОлар	
Ортирилган иммун танқислиги	HIV
синдроми	Hepatitis B virus
Гепатит В	Cytomegalovirus hominis
Цитомегалия	Entamoeba histolytica
Амебиоз	Lamblia intestinalis
Лямблиоз	Treponema carateum
Пинта	Treponema bejel
Беджель	Treponema pertenue
Фрамбезия	

ЗАХМ – СИФИЛИС (SYPHILIS)

Захм, асосан, жинсий йўл орқали юкувчи, сурункали, системали касаллик бўлиб, тери ёки шиллиқ пардалар орқали рангсиз, оқиш трепонемаларнинг (*Treponema pallidum*) организмга кириши натижасида вужудга келади. Касалликнинг биринчи ва иккинчи даврида функционал яллиғланиш кечса, учинчи даврида структур жароҳатланиш вужудга келади.

Этиологияси. Захм қўзғатувчиси *Treponema pallidum* 1905 йил Шаудин Ф. ва Гоффман Е. томонидан очилган факультатив анаэроб бўлиб, микроскоп остида спирал кўринишли, 8–12 бир текис бурмалари борлиги ва хилма хил илгарилама, маятниксимон, тўлқинсимон, букилувчи ва ротатор (айланма) ҳаракатларга эга. Рангсиз трепонемалар кўндаланг бўлиниш йўли билан ҳар 30–33 соатда кўпаядилар ва бўлинган трепонемаларнинг ўсиши 20–30 дақиқадан 2 соатгача давом этади. Рангсиз трепонемалар ташки муҳит шароитига таъсирчандир (антибиотик ва кимёвий моддалар таъсирида куритилса, юқори ҳароратда тез ўлади, қуйи ҳароратда эса узок сақланади) ва омон қолиш учун цист шакли ёки L-шаклига айланиши мумкин.

Оқиш трепонема факультатив анаэроб бўлгани сабабли лимфанинг типик паразитлари қатори лимфа томирлари, тўқималар орасидаги тирқишлар ва хужайралар орасида яшайди. Захмнинг юққан вақтидан бошлаб, бирламчи ва иккиламчи даврларида бемор организмда антитаначалар вужудга келади (гуморал иммунитет), учламчи даврида эса инфекциян гранулема (хужайра иммунитет) кузатилади, антитаначалар кам бўлади.

Эпидемиологияси. Захм касаллиги билан фақат инсонлар касалланадилар. Касаллик тери ёки шиллиқ пардалар орқали, соғлом ки-

шининг бемор билан жинсий алоқа қилиши туфайли юқади. Камданкам ҳолларда бемор билан яқин маиший алоқада бўлиш (ўпишиш, бемор шахсий гигиена анжомларидан фойдаланиш: тиш тозалагич, сочик, мочалка, ички кийим, тўшак жилдларига тушган ажратмалар куриб улгурмай улардан соғ кишиларнинг фойдаланиши) оқибатида юқиши мумкин. Бемор қонини (серологик текширувдан ўтказмай) юзаки кўрсатмага, асосан, (кўп қон йўқотган, қон қуйилиши зарур бўлган, ҳаётни сақлаш учун) бошқа кишиларга тўғридан-тўғри (бево-сита) қуйиш орқали юқиши мумкин. Касб-кордаги эҳтиётлик чораси-ни кўрмай беморлар билан тиббий муолажалар қилиш (жаррохлар, акушер-гинекологлар, стоматологлар, дерматовенерологлар, ҳамши-ралар) натижасида юқиши мумкин. Бемор ҳомиладор аёлдан ҳам пла-цента орқали ҳомилага захм ўтиши мумкин, бундай ҳолларда туғма захм вужудга келиши кузатилади. Захмнинг юқиши учун қуйидаги шароитлар бўлиши зарур: янги, етарли миқдордаги, вирулентли ранг-сиз трепонемалар ҳамда тери ва шиллик пардаларнинг эпидермис ёки эпителий қопламасининг бутунлиги бузилган бўлиши зарур. Улар ҳатто кўзга кўринмас даражадаги микрожароҳатлар бўлишлари мумкин.

Жинсий йўл орқали юқадиган касалликларнинг кўпайиши шу давлатдаги ижтимоий омиллар билан узлуксиз боғлиқ.

Касалликнинг ҳалқаро статистик X классификацияси, қайта кўриб чиқилган (жинсий алоқалар орқали юқувчи касалликлар бўлими) бўлиб захмга тегишли қисми. Кўриниши:

А 50 Туғма захм.

А 50.0 Симптомли эрта туғма захм.

Икки ёшгача кузатиладиган ёки эрта аниқланган, туғма захмнинг айрим ҳолатлари

Эрта туғма захм:

- тери;
- тери ва шиллик пардалар;
- висцерал.

Эрта туғма сифилитик (захм)

- ларингит;
- окулопатия;
- остеохондропатия;
- фарингит;
- пневмония;
- ринит.

А 50.1 Эрта, туғма яширин захм.

Туғма захм клиник белгиларсиз, серологик реакциялар мусбат, орқа мия суюклиги тестлари манфий бўлган 2 ёшгача бўлган давр.

А 50.2 Аниқланмаган эрта, туғма захм.

Икки ёшгача намоён бўлган туғма захм.

А 50.3 Туғма захмда, кўзнинг кечроқ жароҳатланиши.

Кечиккан туғма захм интерстициал кератити.

Кеч туғма захм окулопатияси.

Гетчинсон триадаси – инкор этилган.

А 50.4 Кеч туғма нейросифилис (ювенил нейросифилис)

Ювенил паралитик деменция

Ювенил:

– прогрессив паралич;

– орқа мия сўхтаси;

– табопаралич.

Кеч туғма захм:

– энцефалити;

– менингити;

– полинейропатияси.

Агарда захмга боғлиқ бўлган турли хил рухий ўзгаришларни идентификация қилиш зарур бўлса, қўшимча коддан фойдаланилади.

Гетчинсон триадаси – инкор қилинган.

А 50.5 Кеч туғма захмнинг бошқа симптомли турлари

Икки ёки ундан катта ёшларда намоён бўлган айрим туғма захм ёки аниқланган кеч туғма захм ҳолатлари.

– Клаттон бўғимлари.

Гетчинсон:

– тишлари;

– триадаси.

Кеч туғма:

– кардиоваскуляр захм;

– захм артропатияси;

– захм остеохондропатияси.

Захм эгарсимон буруни.

А 50.6 Кеч, яширин туғма захм

Икки ва ундан катта ёшдаги клиник белгиларсиз, мусбат серологик реакцияли, орқа мия суюклиги тестлари манфий бўлган туғма захм.

А 50.7 Аниқланмаган, кеч туғма захм
Икки ва ундан катта ёшдаги туғма захм.

А 50.9 Аниқланмаган туғма захм

А 51 Эрта захм

А 51.0 Жинсий аъзоларнинг бирламчи захми
Захм шанкри.

А 51.1 Анал соҳа бирламчи захми

А 51.2 Бошқа соҳаларда жойлашган бирламчи захм

А 51.3 Тери ва шиллик пардалар иккиламчи захми
Сербар кондилома.

Захм:

- алопецияси;
- лейкодермаси;
- шиллик пардалардаги ўчоқлар.

А 51.4 Иккиламчи захмнинг бошқа турлари

Иккиламчи захм:

- аёллар тос аъзолари касаллиги;
- иридоциклити;
- лимфаденопатияси;
- менингити;
- миозити;
- окулопатияси;
- периостити.

А 51.5 Эрта яширин захм

Касаллик юққанига икки йил бўлмаган, серологик реакциялар мусбат бўлган, орка мия суюқлиги синамалари манфий бўлган, клиник белгилари бўлмаган, орттирилган захм.

А 51.6 Аниқланмаган эрта захм

А 52 Кеч захм

А 52.0 Юрак-кон томирлар захми

Кардиоваскуляр захм

Захм:

- аорта аневризмаси;

- аортал етишмовчилиги;
- аортити;
- церебрал артерити;
- эндокардити;
- миокардити;
- перикардити;
- ўпка етишмовчилиги.

А 52.1 Нейросифилис симптомлари билан

Шарко аортопатияси

Кеч захм:

- эшитув нерви неврити;
- энцефалалити;
- менингити;
- кўрув нерви атрофияси;
- полиневропатияси;
- ретробульбар неврити.

Захм паркинсонизми.

Орқа мия сўхтаси.

А 52.2 Асимптомли нейросифилис

А 52.3 Аникланмаган нейросифилис

захм гуммаси

Марказий асаб тизими захми (кечиккан) сифиломаси

А 52.7 Кеч захмнинг бошқа симптомлари

Буйрак коптокчаларининг захмли жароҳатланиши

Захм гуммасининг турли хил локализацияси, А 52.0 – А 52.3 рубрикасидан бошқа.

Кеч ёки учламчи захм

Кеч захм

- бурсити;
- хориоретинити;
- эписклерити;
- аёллар тоз аъзолари яллиғланиш касалликлари;
- лейкодермаси;
- окулопатияси;
- перитонити.

Захм (даври аниқланмаган)

- суяклар;
- жигар;
- ўпка;
- мушаклар;
- синовиал.

А 52.8 Кеч яширин захм

Касаллик юққанидан икки ва ундан ортиқ йил ўтган, серологик реакциялари мусбат, орқа мия суюқлиги синамалари манфий бўлган, орттирилган, клиник белгилари бўлмаган захм.

А 52.9 Аниқланмаган кеч захм

А 53 Захмнинг аниқланмаган бошқа турлари

А 53.0 Яширин захм. эрта ёки кечки турлари аниқланмаган

Яширин захм.

Захмга хос серологик реакциялар – мусбат.

А 53.9 Аниқланмаган захм

Treponema pallidum чақирган инвазия.

Захм (орттирилган).

Орттирилган захмнинг умумий клиник кечиши

Орттирилган ва даволанмаган захмда даврларнинг алмашилиб туриши кузатилади ва захмнинг Инкубацион даври, Бирламчи, Иккиламчи ва Учламчи даврлари ажратилади.

Захмнинг инкубацион даври деб касаллик юққанидан то унинг илк белгилари – қаттиқ шанкр пайдо бўлгунича ўтган вақт тушунилади. Захмнинг инкубацион даври ўртача 3–4 ҳафтага тенг. Айрим ҳолларда, айниқса шу даврда турли сабабларга кўра (ангина, пневмония, гонорея ва бошқа сабабларга қарши маълум миқдорда антибиотиклар қабул қилиш оқибатида) инкубацион даври 1,5–2 ойгача узайиши мумкин. Яна ҳам кам ҳолларда эса инкубацион давр (15–18 кунгача) оғир ҳасталиклар, алкоголизм, наркомания билан касалланган беморларда қисқариши мумкин. Инкубацион даврдан бошлаб оқиш трепонема доимий кўпайиб, маълум бир миқдорда, лимфадан қон системасига ўтиб туриб, организмда антитаначалар ишлаб чиқишга келтиради. Лекин антитаначаларнинг миқдори кам бўлгани тугайли классик серореакциялар манфий бўлади (*шлова – XIX*).

Захмнинг бирламчи даври (Syphilis primaria) – касалликнинг бошланғич даври ҳисобланиб, қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан то танада иккиламчи захмга мос тошмалар пайдо бўлгунча кечади. Ўртача бу давр 6–10 ҳафта давом этиб, бирламчи серонегатив ва бирламчи серопозитив даврларни ўз ичига олади. Бирламчи захмнинг асосий клиник белгиси бўлиб эрозия ёки яра – бирламчи сифилома ёки қаттиқ шанкр (*ulcus durum*) ва регионал склераденит ҳисобланади.

Бирламчи серонегатив захм (*Syphilis primaria seronegativa*) инкубацион даврдан кейин бирламчи сифиломанинг пайдо бўлиши билан бошланади ва ўртача 3–4 ҳафта давом этади. Бу даврда Вассерман реакцияси манфий бўлиб, ташхис типик клиник белгилар ва бирламчи сифилома юзасидан ажралаётган тўқима суякклигидан бактериоскопик йўл билан рангсиз спирохета топишга, асосан, қўйилади.

Бирламчи серопозитив захм (*Syphilis primaria seropositiva*) бирламчи захмнинг кейинги даври ҳисобланиб, қондаги антитаначалар миқдори етарли бўлиб серореакциялар мусбат бўлгандан бошлаб, ўртача 3–4 ҳафта давом этади. Клиник кўриниши бўйича бу давр аввалги даврда кузатиладиган қаттиқ шанкр ва регионал склераденитга серологик реакцияларининг мусбатлиги билан ва даврнинг охириги кунлари полиаденит ҳам кузатилиши билан фарқ қилади.

Захмнинг иккиламчи даври (Syphilis secundaria) – қаттиқ яра пайдо бўлганидан сўнг 6–8 ҳафта ўтгач, деярли ҳамма беморларда классик серологик реакциялар ўта мусбатлашгач, инфекция бутун организм бўйлаб тарқалгач ва терида илк тошмалар пайдо бўлгандан бошланади.

Бу давр терида таркок, кўп миқдорда доғли, тугунчали ва йирингчали тошмалар (сифилидлар) тошиши, полиаденит кузатилиши, соч, ички аъзолар жароҳатланиши (гепатитлар, нефрозлар, панкреатитлар, артритлар, периоститлар), нейроэндокрин тизими жароҳатланишлари кузатилиши билан кечади. Иккиламчи захмнинг клиник кечишида иккиламчи янги, иккиламчи яширин ва иккиламчи қайталама турлари тафовут этилади.

Иккиламчи янги захм (Syphilis secundaria recens). Трепонемаларнинг лимфадан кўп миқдорда қонга тушиб организмда диссеминациясидан сўнг бошланади. Бирламчи захмга хос бўлган (қаттиқ шанкр ва лимфоаденит) тошмаларга терида иккиламчи сифилидлар (доғ, тугунча, йирингча) пайдо бўлиб қўшилади ва бирламчи сифилома аста-секин регрессга учрайди. Бу даврда ҳам организмда трепонемалар жуда кўп бўлиб, антитаначалар титри энг юқори даражада бўлади,

тошмалар мўл ва тарқок, бир-биридан ажралиб жойлашиб, жуда ҳам юкумли давр ҳисобланади. Ўртача 1,5–2 ой давом этади.

Эрта яширин захм (*Syphilis (secundaria) latens praecox*). Иккиламчи сифилидларнинг давосиз, ўз-ўзидан сўрилиб йўқолганидан сўнг, захмнинг яширин (латент) даври бошланади. Бу даврда терида клиник тошмалар бўлмасдан, захм фақатгина мусбат серологик реакциялар орқали ташхис қилинади. Иккиламчи янги захмдан кейин биринчи бор кузатилган эрта яширин захм 1,5–2 ой давом этади, аммо ундан кейинги ҳар рецидивдан сўнгги латент даври бир мунча узоқроқ давом этади ва йиллаб чўзилиши мумкин. Эрта латент захм деб, захм юққанидан сўнгги 2 йиллик давр ҳисобланади.

Иккиламчи қайталама захм (*Syphilis secundaria recidiva*). Даволанмаган организмда трепонемаларнинг кўпайиб, реактивациялашга мойиллик туғилиб терининг айрим соҳаларида иккиламчи сифилидлар вужудга келади ва бу давр 1,5–2 ой давом этади. Иккиламчи қайталама захмдаги тошмалар сони камроқ, каттароқ, гуруҳлашга мойиллик ва атрофдагиларнинг эътиборини ўзига жалб қилмайдиган мис рангли тошмалар билан ажралади. Рецидив даври кейинчалик яширин (латент) захм даврлари билан алмашилиб кечади, даврлар ҳар гал узоқроқ давом этади ва иккиламчи қайталама захм бир неча бор кузатилиши мумкин. Захм қанча "эски" бўлса, тошмалари кам шунча кузатилади.

Кеч яширин захм (*Syphilis (secundaria) latens tarda*) икки йилдан ортиқ вақт ўтганидан сўнг кузатилиши мумкин. Эрта яширин захмдан фарқли ўлароқ, серологик реакциялар паст титрда, жинсий партнерлар охириги йилларда соғ ва ички аъзолар ҳамда асаб тизимида номахсус патологиялар бўлиши мумкин.

Учламчи захм (*Syphilis tertiaria*) – касаллик юққанидан сўнг камида 3–5 йил ўтгач, даволанмаган ёки тўлиқ даво олмаган беморларда кузатилиши мумкин. Захмнинг бирламчи ва иккиламчи даврларига ўхшаб учламчи захм ҳам – учламчи актив ва учламчи яширин захм ҳолида кечади. Касалликнинг актив даврида тери, шиллик пардаларда дўмбоқчали, гуммоз ёки учламчи розеолалар ҳолида сифилидлар кузатилиши хос. Учламчи яширин захм кечиши фақатгина серологик реакциялар ёрдамида аниқланади. Учламчи захм даврида организмда трепонемалар кам бўлиб, гуморал иммун тизим кучсизланган, организм ҳимоя реакцияларида хужайра иммунитети устунлик қилади.

Туғма захм даврлари ва уларнинг характеристикаси

Ҳомила захми (Syphilis foetus). Ҳомила бемор онадан, ҳомила-дорликнинг 19-ҳафтасида рангсиз трепонема инфекциясига чалинади. Ҳомиланинг захмга чалиниши оқибатида ички аъзолар, суяк тизимида оғир ўзгаришлар кузатилади. Захмга чалинган паренхиматоз аъзолар ўлчамлари катталашади, зичлашади, бундай ўзгаришлар диффуз пролифератив инфильтрация, ундан сўнг бириктирувчи тўқималар билан қопланиш оқибатида вужудга келади. Ҳомила организмга кирган трепонемаларнинг жадал равишда кўпайиши оқибатида, ҳомила ривожланиши сустлашади, айрим ҳолларда ҳомиладорликнинг 4–7 ойлари бола ташлаш ёки чала бола туғиш ҳоллари кузатилади.

Эрта туғма захм (Syphilis congenita praecox) дастлаб кўкрак ёшидаги гўдакларда (1 ёшгача) кўкрак ёшидаги гўдаклар захми (Syphilis neonatorum) ҳолида ва эрта гўдаклик ёшдаги гўдаклар захми (Syphilis infantum) ҳолида кузатилиши мумкин (1 ёшдан 4 ёшгача). Бу даврда иккиламчи захмга хос бўлган сифилидлар тошиши хос бўлиб, уларда бирмунча экссудатив яллиғланиш кучлироқ ривожланганлиги кузатилади, шунингдек ички аъзолар, суяк тизимлари ва марказий асаб тизимлари оғир жароҳатланади.

Кеч туғма захм (Syphilis congenita tarda). Кеч туғма захм одатда 4 ёшдан 17 ёшгача бўлган болаларда кузатилади ва захмнинг бу даврида учламчи захм симптомларига хос бўлган ўзгаришлар кузатилади: суяк тизими жароҳатланишлари, прогрессланувчи карлик ва сўкирлик (*илова XX*).

БИРЛАМЧИ СИФИЛИС (SYPHILIS PRIMARIA)

Бирламчи сифиломанинг клиник кўриниши. Классик кўринишдаги қаттиқ шанкр (*ulcus durum*) эрозия ёки яра бўлиб, у трепонемаларнинг тери ёки шиллик пардалар соҳасига кирган жойида пайдо бўлади. Ривожланиб бўлган типик қаттиқ шанкр думалок ёки овал шаклдаги эрозия ёки юза яра кўринишида бўлиб, четлари текис ва аниқ чегараланган, товоқсимон шаклда, усти ялтироқ "лакланган", тўқ қизил рангли, туби зич-эластик консистентли, пластинкасимон инфильтратга эга. Яра юзасидан оз миқдорда сероз суюқлик ажралиб туради ва микроскопнинг қоронғилаштирилган майдониде кўрилганида кўп миқдорда оқиш трепонема топиш мумкин. Шанкр атрофидаги терида ўткир яллиғланиш аломатлари бўлмайди (агарда иккиламчи инфекция билан асоратланмаса). Қаттиқ шанкр кўп ҳолларда жинсий

аъзолар терисида ва унга яқин атрофда жойлашиб, касалликнинг жинсий йўл билан юққанлигини кўрсатади. Қаттиқ яра жинсий аъзолардан ташқари лаб, оғиз шиллик пардаси, тилда, милқда ва бошқа жойларда учраши мумкин ва экстрагенитал жойлашган шанкр бўлиб ҳар хил шаклда бўлиши мумкин.

Типик шанкрлар билан бир қаторда атипик шанкрлар ҳам учраб туради, уларга: 1. Жинсий аъзолар индуратив шиши (oedema indurativum). 2. Шанкр-амигдалит. 3. Хасмол – шанкр (шанкр-панариций) киради.

1. Индуратив шиш (қаттиклашган шиш), асосан, катта ва кичик жинсий лаблар, жинсий олат халтачаси соҳасида лимфа томирларга бой жойларда учрайди ва тарқоқ инфилтрат ҳисобига бу аъзолар бир неча марта катталашади. Шикастланган соҳага бармоқ билан босиб кўрилса чуқурча қолмайди. Шиш соҳасидаги тери ўзгармайди, баъзан эса кўкимтир-бинафша рангли бўлиб, безовта қилмайди.

2. Шанкр – амигдалит бодомча безининг катталашиси ва кизариши билан таърифланади. Агар бодомча бези устида эрозия ёки яра бўлса, у ҳолда шанкр амигдалит эмас, балки бодомча безида жойлашган қаттиқ шанкр деб ҳисобланади. Бодомча безидаги яллиғланиш аниқ чегараланган бўлиб, атрофидаги шиллик пардалар ўзгармайди, жағ ости лимфа тугунчалари катталашади, склераденит бир томонлама кузатилади ва ютинганда оғриқ сезилмайди, тана ҳарорати ўзгармайди. Булар ҳаммаси шанкр – амигдалитни катарал ангинадан фарк қилишга хизмат қилади.

3. Хасмол – шанкр кўпроқ шифокорларда (акушергинеколог, стоматолог, жарроҳ ва лаборатория ходимларда) учрайди. Хасмол – шанкр қўл жимжилоғи шишиши, кўкиш рангли бўлиши ва оғриқ билан кечиши оддий хасмолни эслатади. Аммо қаттиқ инфилтратнинг борлиги, ўткир яллиғланишнинг бўлмаслиги, тирсак лимфа тугунчаларининг катталашиси ва оқиш трепонемани аниқлаш ва вақти билан серореакциялар мусбатлиги, хасмолнинг аниқ табиатини англаб олишга ёрдам беради.

Бирламчи сифилома пайдо бўлганидан сўнг бир ҳафта ўтгач – регионар лимфаденит (scleradenitis regionaris), яъни яқин жойлашган лимфа тугуни катталашади. Лимфа тугунчалари катталашиб то ёнбоқ-гача, зич-эластик консистенцияли, бир-бирига ва атрофига қўшилмаган бўлиб, юзасидаги тери ўзгармайди. Лимфаденит оғриқсиз бўлиб узок вақт сақланади.

Қаттик яра юзасига иккиламчи инфекциянинг тушиши натижасида унинг асоратлари (баланит, баланопостит, фимоз, парафимоз, жинсий олат гангренаси ва фагеденизация) ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатда шанкр атрофи қизариб шишади, яра юзасидан ажралаётган сероз суюқлик йиринглашади, бу эса ўз навбатида оқиш трепонема-ларнинг топилишини кийинлаштиради (*илова XXI*).

Дифференциал таъхиси

- Травматик эрозиялар.
- Herpes proenitalis.
- Ulcus molle.
- Piodermia chancriformis.
- Scabies.
- Carcinoma.

ИККИЛАМЧИ СИФИЛИДЛАР (SYPHILIS SECUNDARIA)

Клиник кўриниши. Захмнинг иккиламчи даври одатда касаллик юккандан сўнг 9–12 ҳафта ўтгач бошланади. Терида тошмалар тошишдан 6–10 кун олдин беморлар кўпинча дармонсизлик, иш фаоллигини пасайиши, бош оғриғи, суяк, бўғим ва мушакларда оғриқ бўлишидан ҳамда тана хароратининг кўтарилишидан шикоят қиладилар. Бу ҳолат турли беморларда турлича бўлиб, асосан, касаллик кўзгатувчиси рангсиз трепонемани кўп миқдорда, бирданига лимфадан қонга тўпланиб, тарқалган даврига тўғри келади.

Иккиламчи захм тери ва шиллик қаватларда бир хил ёки турли хил тошмаларнинг тошиши билан бошланади ва бу бемор организмнинг касалликка бўлган умумий жавоб реакциясидир.

Розеола (roseola corporis) иккиламчи захмнинг дастлабки белгиси бўлиб, тўқ пушти, кейинроқ оч-пушти рангли, ўлчамлари 1 см гача, думалок шаклдаги, унча аниқ чегарага эга бўлмаган, бир-бири билан қўшилмайдиган, текис юзали, субъектив безовта этмайдиган ва ўткир яллиғланмаган, қон-томирли доғ.

Розеолалар кўпинча тананинг олди-ён юзларида, қўлларининг букилувчи соҳаларида жойлашади. Иккиламчи янги захмда уларни сони кўп, бетартиб, симметрик жойлашган, ўлчамлари нисбатан майда бўлади. Иккиламчи рецидив захмда эса – розеолаларнинг сони кам, йирик, гуруҳ-гуруҳ, асимметрик жойлашадилар (*илова XXII, XXIII*).

**Дифференциал
ташхиси**

- Toxicodermia.
- Pityriasis rosea Gibert.
- Cutis marmorata.
- Roseola typhosa.
- Pityriasis versicolor.

Папулэз сифилидлар – ўткир яллиғланмаган, думалоқ-овал шаклда, зич эластик консистенцияли, мис қизғиш ёки қўнғир-пушти рангли, чегараси аниқ ва қўшилмайди, субъектив безовта этмайди. Тугунчалар сўрилиши даврида марказий қисмларида бироз кепакланиш кузатилиб, кейинчалик эса усти атрофида ўзига хос кепакланувчи халка ҳосил бўлади (Биетт екачаси). Тугунчалар кўпинча изсиз йўқоладилар, айрим ҳолларда эса пигментация пайдо бўлиши мумкин. Тугунчаларнинг катталиги (ўлчами), юзаси ва шаклига қараб бир неча клиник турлари тафовут этилади: милиар, лихеноид, лентикуляр, нуммуляр, намланувчи, эрозив, вегетацияланувчи, сербар тугунчалар (кенг кондиломалар) (*илова – XXIV*).

Милиар папулалар сули донасидек катталиқда бўлиб, пуштиқизғиш рангли, зич консистенцияли, айрим ҳолларда фолликуляр кўринишда бўладилар.

Лентикуляр папулалар кўп учровчи тур ҳисобланади, думалоқ, ярим шар шаклидаги, аниқ чегарали, ўлчамлари 0,3–0,5 см га эга бўлган, ранги дастлаб пушти, кейинчалик мис-қизғиш рангда бўлади. Юзаси дастлаб текис, кейинчалик майда кепакланади. Тугунча марказига тўмтоқ зонд билан босилса кучли оғрик (Яддасон симптоми) кузатилади.

Нуммуляр (тангасимон) папулалар кучли ривожланган инфилтрацияли, турғун-қўнғир рангли, ўлчамлари 1–3 см гача борувчи, гурухланишга мойил бўладилар. Айрим ҳолларда лентикуляр ва нуммуляр тугунчалар кепакланиш билан кечадилар (псориазсимон сифилид).

Намланувчи – эрозияланган папулалар. Лентикуляр папулаларни кўп терловчи ва доимий ишқаланувчи тери юзаларида (жинсий аъзолар, анал соҳа, чов-сон, думбалараро, қўлтиқ ости, бармоқлараро бурмалар, оғиз шиллиқ пардалари, лаб соҳалари) жойлашиб мацерацияланиши натижасида юзасидаги муғуз қаватнинг кўчиши кузатилади ва папула юзасида думалоқ-овал шаклдаги эрозия, яъни намланувчи ўчоқ юзага келади. Эрозия юзасидан кўп миқдорда рангсиз трепонемалар топилади.

Вегетацияланувчи папулалар – сербар кондиломалар. Табиий бурмалар соҳаларидаги эрозияланган папулалар, доимий ишқаланиш-

лар таъсиридан вегетацияланиши мумкин: уларнинг юзаси дағаллашади, сероз клейсимон парда билан қопланади, кўп миқдорда рангсиз трепонемалар сақлайди. Сербар кондилломалар, асосан, аногенитал соҳаларда учрайди. Бу хил папулалар иккиламчи қайталама захмга хос бўлиб, касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин.

Дифференциал ташхиси	– Psoriasis vulgaris.
	– Parapsoriasis guttata.
	– Lichen ruber planus.
	– Mycosis pedum.
	– Haemorrhoides.

Пустулез сифилидлар – иккиламчи захмнинг нисбатан кам учровчи клиник кўриниши ҳисобланади. Одатда улар захмнинг оғир, ёмон феълли кечишидан дарак берадилар. Пустулез сифилидларнинг куйидаги клиник турлари тафовут этилади: хуснбузарсимон ёки майда йирингчали, сувчечаксимон ёки йирик пустулез, импетигосимон, эктимасимон, рупиоид. Юза пустулез сифилидлар: хуснбузарсимон, сувчечаксимон ва импетигосимон турлари, асосан, иккиламчи янги захмда, чуқур пустулез сифилидлар (эктимасимон ва рупиоид) эса иккиламчи қайталама захмда кузатилади. Захм йирингчаларининг тубини зич инфилтратлиги, атрофида яллиғланиш камлиги ва чегаралангани, субъектив кам безовта этиши ва таркибида трепонема топилиши билан оддий йирингчалардан ажралади.

Хуснбузарсимон сифилид қачонки пустулез тошмалар ёғ безлари ва соч фолликулаларининг тери юзасига чиқувчи қисмларида жойлашса, фолликуляр пустулалар ҳосил бўлади, улар хуснбузарсимон сифилидлар (acne syphilitica) деб номланадилар. Бундай йирингчалар ўткир яллиғланмаган, инфилтрацияланган асосда жойлашиб, зич кизғиш-қўнғир ҳалқа билан ўралган бўлади. Захм хуснбузурлари ўрнида чандик қолади.

Сувчечаксимон сифилид (varicella syphilitica) нофолликуляр пустила ҳолида кузатилиб, унинг маркази ботик бўлади. Пустила зич папулез инфилтрат юзасида жойлашган бўлиб, бу инфилтрат йирингча чекасидан чикиб туради. Шу белгиси захм ташхисини кўйишга ёрдам беради. Кўп учровчи соҳаси: юз, қўлларнинг букилувчи юзала-ридир. Тошмаларнинг бир-бири билан қўшилмаслиги, бошқа хил сифилидларнинг ҳам бўлиши, бактериоскопик ва серологик мусбат жавоблар сувчечак ёки қора чечак ташхисининг йўқлигини исбот этади.

Чукур пустулез сифилидлар захм эктимаси (*ecthyma syphiliticum*) ва рупия (*rupia syphilitica*) – чукур некротик ўзгариш билан фаркланади, зич, ўйилган чеккаларга эга, туби инфильтрацияланган ва йирингли-некротик қалок билан қопланган. Айниқса рупияда массив, қат-қат қалоклар интенсив ҳосил бўлади. Тошмалар чандик ҳосил қилиб битадилар.

Дифференциал ташхиси – *Impetigo streptogenes.*
– *Ecthyma vulgare.*
– *Acne vulgare.*

Захмда соч тўкилиши (*alopecia areolaris*) иккиламчи захмда учровчи белгилардан бири бўлиб, асосан, иккиламчи қайталама захмда учрайди. Захмдаги соч тўкилишининг уч клиник тури мавжуд: майда ўчоқли, диффуз ва аралаш. Соч тўкилишлари – терида яллиғланиш белгилари бўлмасдан, бошнинг соч қисми, қош, киприк, соқол-мўйлаб, қўлтиқ ости, қов соҳаларида кузатилади. Майда ўчоқли соч тўкилишлари тўғноғич бошидан 1–3 см диаметрча бориб, ўртача зичликдаги соч ўчоқларида жойлашиб куя тушган матони эслатади. Кўпинча майда ўчоқли соч тўкилишлари диффуз соч тўкилишларига сабаб бўлади. Бошнинг сочли қисмида соч сийрақлашади, ўчоқларда тери яллиғланмаган, тошмаларсиз бўлади. Субъектив безовта этмайди. Қошларнинг ўчоқли тўкилиши Дарье симптоми деб аталади. Киприкларнинг тўкилиши ва қайтадан нотекис, зинасимон ўсиб чиқиши Пинкус симптоми деб аталади.

Пигментли сифилид ёки лейкодерма ҳам, асосан, иккиламчи қайталама захмда кузатилиб, бирламчи бўлиб, соғ тери юзасида, мустақил ҳосил бўлади, яллиғланиш ва юзасида кепакланиш бўлмайди. Тошмалар, асосан, бўйиннинг ён соҳалари, кўкракнинг олд юзаси, қўлтиқости соҳаси, елка камарларида, пешонада учрайди. Тошмаларнинг ўлчами ва шаклига кўра, доғли, турли ва мармар лейкодерма тафовут этилади.

Қиёсий ташхиси – *Pytirisias versicolor.*
– *Leycoderma secundarium.*
– *Vitiligo* (*илова – XXV, XXVI*).

УЧЛАМЧИ СИФИЛИДЛАР (SYPHILIS TERTIARIA)

Учламчи фаол (актив) захмда – дўмбоқчали сифилид (*Syphilis tuberculosa*) ва гуммоз сифилид (*Syphilis gummosa*) лар кузатилади.

Клиник кўриниши. Дўмбоқчали сифилид специфик инфилтрат бўлиб (инфекцион гранулема), дерманинг тўрсимон қаватидан ҳосил бўлади. Терида бўлак-бўлак ёки гуруҳ-гуруҳ, оғриксиз, аниқ чегараланган, яримшар шаклидаги, ўлчамлари нўхот катталигигача етувчи дўмбоқчалар кузатилади. Дўмбоқчалар зич-эластик консистенцияли, тўқ-қизил, кўкимтир ёки жигарранг тусли бўлади. Дўмбоқчалар ойлаб ўзгармай сақланиди. Улар 2 хил усулда регрессга учрайдилар: деструкциясиз, атрофик чандик ҳосил қилиб ёки яраланиб, чуқур чандик ҳосил қилиб. Ҳосил бўлган яра: текис, чеккалари кўтарилган бўлиб, сероз экссудатли, битгач ўрнида мозаиксимон чандик қолади ва чандик атрофи гиперпигментация билан ўралган бўлади. Дўмбоқчали сифилидларнинг 4 клиник турлари фаркланади:

– гуруҳланувчи дўмбоқчали сифилидлар (*Syphilis tuberculosa aggregata*) кўп учровчи клиник тур ҳисобланади. Тошмалар гуруҳ-гуруҳ жойлашадилар, периферияга ўсмайдилар. Ўчоқдаги дўмбоқчалар ҳар хил ривожланиш босқичида бўладилар, дўмбоқчалар ўрнида мозаиксимон чандиклар ҳосил бўлади, чандиклар бир-бирларидан гиперпигментли хошиялар билан ўралган бўлади.

– ўрмалаб юрувчи дўмбоқчали сифилид (*Syphilis tuberculosa serpinginosa*) турига дўмбоқчаларнинг гуруҳланиши ва улар инфилтратларининг бир-бири билан қўшилиши хосдир. Ундан ташқари дўмбоқчалар периферик-эксцентрик ўсадилар ва бир вақтнинг ўзида янги дўмбоқчалар ва дўмбоқчаларнинг деструкцияси кузатилади. Яралар мозаиксимон чандиклар ҳосил қилиб битади.

– диффуз ўчоқли дўмбоқчали сифилид (*Syphilis tuberculosa diffusa*). Махсус инфилтрат тўқ-қизил ёки жигарранг, аниқ чегарали, сидирга ўчоқ ҳосил қилади, улар бир-неча ой мобайнида яраланиб битади, чандик ҳосил бўлади. Тошмалар, асосан, кафт ва товон соҳаларида жойлашади.

– карликсимон дўмбоқчали сифилид (*Syphilis tuberculosa nana*). Диаметрлари 1–2 мм, зич эластик консистенцияли, тўқ-қизил дўмбоқчалар дерманинг юза қаватида ҳосил бўлади. Дўмбоқчалар бир-биридан ажралган ҳолда, гуруҳ-гуруҳ жойлашиб, турли шакллар ҳосил қилади. Қайта сурилиб юза, майда чандиклар ҳосил бўлади.

**Дифференциал
ташхиси**

- *Lupus vulgaris*.
- *Lupus erythematodes*.
- *Carcinoma basocellulare*.
- *Lepra*.
- *Tuberculosis cutis*.
- *Leishmaniosis cutis* (илова – XXVII).

ГУММОЗ СИФИЛИД (SYPHILIS GUMMOSA)

Специфик инфильтрат гиподермадан ҳосил бўлади ва кўпинча якка учрайди. Унинг ривожланиши секин кўзатилиб, ойлаб давом этади. Гумма – дастлаб унча катта бўлмаган, оғриқсиз, қаттиқ-эластик консистенцияли, ҳаракатчан, нўхот катталигидаги тугун бўлиб, дермага ўсиб, тери сатҳидан кўтарилади ва тери юзаси қизаради. Оғриқ бўлмаслиги жуда ҳам характерли белги ҳисобланади. Етилган гумма – кам ҳаракатчан, аниқ чегарали, ёнғоқдан то товук тухумидек катталиқда бўлиб, ранги тўқ-қизғиш-жигарранг тусга киради. Юзасидаги тери юпқалашиб, юмшайди, юзасида ярали тешик ҳосил бўлади, ундан эса кўкимтир-сарғиш клейсимон, гуммиарабикни эслатадиган ажратма ажралади. Ёрилган гумма марказида гумма ўзаги бўлиб, у ажрагач чуқур, йирик яра кузатилади, яра четлари валсимон кўтарилган бўлиб, бир неча ой мобайнида грануляцион тўқима билан тўлиб чандиқ ҳосил қилади. Ҳосил бўлган чандиқ юлдузсимон тортилган бўлиб, атрофида гиперпигментли хошияси бўлади. Гуммалар нафақат терида, шиллик пардаларда, ички аъзолар (юрак, аорта, жигар, буйрак, ошқозон-ичакларда) да, суяк-бўғимларда ҳам кузатилади.

**Дифференциал
ташхиси**

- *Ulcus durum*.
- *Tuberculosis cutis*.
- *Lepra*.
- *Lipoma*.
- *Atheroma*.
- *Pyodermia ulcerosa*.

Захми аниқлаш диагностика усуллари:

1. Эрозия, яралар ажратмалари, лимфа тугунлари пунктатларини натив ҳолатда микроскопик текшириб *Treponema pallidum*-изланади.
2. Қоннинг серологик текширувлари:
 - комплементлар бирикиши реакцияси (РСК ёки Вассерман реакциялари);

- иммунофлюоресценция реакциялари (РИФ);
- трепонемаларни иммобилизациялаш реакцияси (РИБТ).
- 3. Ликворни серологик текшириш:
 - иммунофлюоресценция реакциялари (РИФ);
 - трепонемаларни иммобилизациялаш реакцияси (РИБТ);
 - комплементлар бирикиш реакцияси (РСК).
- 4. Полимераз реакция (ПЦР).
- 5. Гистологик текширувлар (биоптат).
- 6. Рентгенологик текширувлар, терапевт, отоларинголог, окулист, невропатолог, педиатр маслахатлари.

Захми даволаш принциплари ва усуллари:

Захм касаллигини даволашда қуйидаги асосий принципларга риоя қилиш зарур:

1. Захм ташхиси қўйилгач, зудлик билан захмга қарши даво бошланиши зарур. Давони мумкин қадар эрта бошлаш, даво самарадорлигининг ошишига, касаллик тарқалишининг олдини олишга сабаб бўлади.

2. Даво сифатли, фаол бўлиши, маълум муддатларда улгурилиши зарур. Дори препаратларини ўз вақтида ва етарли миқдорда (дозада) қилинишини таъминлаш зарур. Бир марталик, суткали ва босқичли миқдорлари ўз вақтида, етарли миқдорда бўлишини таъминлаш зарур.

3. Махсус даво номахсус даво усуллари билан ҳамкорликда қилиниши, махсус даво самарадорлигини оширади.

4. Бемор ёши, танасининг оғирлиги, интеркурент касалликларининг бор-йўқлиги, дори-дармонларнинг турларини кўтара олиш, кўтара олмасликларини эътиборга олган ҳолда даво индивидуаллашган бўлиши зарур. Даволаш мобайнида даво самарадорлигини ва бемор бу давони қандай ўтказаётганини мунтазам равишда назорат этиб туриш зарур. Бу мақсадда бемор клиник-лаборатор текширилиб турилиши керак: сифилидларнинг регресси, қон, сийдик ва серологик реакциялар динамикаси.

Захми даволаш захм ташхиси қўйилгач бошланади. Захмга ташхис эса касалликка хос бўлган клиник белгилари, эрозия ёки яра юзаларидан олинган суртмадан – касаллик чақирувчисини аниқлаш ва серологик реакциялар мажмуаси жавоблари асосида қўйилади.

Захми даволашда махсус (специфик) ва номахсус (носпецифик) даво воситалари қўлланилади. Махсус даво воситалари деб, захм чақирувчиси – рангсиз трепонемаларнинг ҳалок бўлишига олиб келувчи воситаларга айтилади. Махсус даво воситаларига пенициллин

препаратлари, эритромицин, тетрациклин, олететрин, висмут ва йод препаратлари киради.

Пенициллин препаратлари. Кўп йиллик амалий кузатувлар ва илмий-тадқиқодлар натижасида пенициллин гуруҳи препаратларининг захм инфекциясида шифобахш таъсир кўрсатиши тасдиқланган. Пенициллин препаратлари захмга қарши ёлғиз ўзи ёки висмут препаратлари билан биргаликда қўлланилиши мумкин. Агар пенициллиннинг ҳар бир миллилитр қондаги миқдори 0,03 ТБ дан ошса, бу миқдор даволашга қодир деб ҳисобланади.

Бензилпенициллиннинг натрий, калийли тузининг сувдаги эритмаси ҳар 3 соатда, тунги танаффуссиз, мушак орасига юборилади (дори миқдори захм ташхиси, даврига боғлиқ). Пенициллиннинг шифобахш миқдордаги концентрациясини таъминлаш учун уни ҳар 3 соатда юбориш шарт. Акс ҳолда дорининг қондаги миқдори пасайиб кетиб, трепонемаларни ўлдириш хусусияти камаяди, натижада даво самарасиз бўлади.

Висмут препаратлари – биохинол, бисмоверол ва пентабисмол захми даволашда олдин кўп қўлланилар эди.

Биохинол – висмут, йод ва хининнинг шафтоли мойида эритилган аралашмасидир. Қўллашдан аввал иссиқ сувда иситиб, сўнг чайқатиб шприцга олинади. Мушак орасига 2 лаҳзали усул билан юборилади. Ҳар кунига 1 мл ҳисобида, кун ора 2 мл дан ёки ҳафтада икки марта 3 мл дан юборилади. Даволаш босқичининг миқдори 40–50 мл.

Бисмоверол – моновисмутин кислотасининг висмутли тузини шафтоли мойидаги аралашмаси. Ҳар 1 мл аралашмада 0,05 г соф висмут бор. Ҳафтада 2 бор, 1,5 мл дан мушак орасига, икки лаҳзали усул билан юборилади. Босқичли миқдори 16–20 мл.

Пентабисмол таркибида 47,9% соф висмут сакловчи, сувда эрувчи аралашма. Ҳар 1 мл аралашма 0,01 г соф висмут саклайди. Кун ора 2,0 мл дан мушак орасига юборилади. Босқич миқдори 40–50 мл.

Йод препаратларидан натрий йод, калий йод ва кальций йодлар қўлланилади. Бу дори воситалари, асосан, учламчи захм, ички аъзолар, сезги аъзолари захми ва кечиккан туғма захмларни даволашда қўлланилади. Йод препаратлари висмут препаратлари билан ҳамкорликда тайинланса, висмут препаратларининг организмдан чиқишини тезлаштиради.

Йод дўмбқочали ва гуммоз сифилидларнинг регрессини тезлатади, серологик реакцияларнинг манфийлашишини тезлаштириб, тунги суяклар оғригини камайтиради. Калий, натрий йоднинг 3–4–5% ли

эритмалари бир ош қошиқдан уч маҳал, овқатдан сўнг, 1–1,5 ой мобайнида қабул қилинади. Ҳар босқичга 60–80 г соф йод берилади.

Захми даволашда махсус даво билан бир қаторда номахсус даво ҳам қўлланилади. Номажсус даво, махсус даво самарадорлигини ошириш ва организмнинг касалликка қарши курашиш қобилиятини оширишга ёрдам беради. Номажсус даво – тўлиқ, сифатли махсус даво олишга қарамай серологик реакцияларнинг секин манфийлашиши ёки умуман манфийланмаслиги учраган ҳолатларда (нисбий ёки абсолют серорезистентлик) ҳамда захмнинг кеч даврларида, невровисцерал захм ва яширин серопозитив захми даволаш бошланганида қўлланиш мақсадга мувофиқдир. Номажсус даво махсус даво билан бирга қўлланилади.

Номажсус даво сифатида пиротерапия, витаминлар, оксигенотерапия, гемотрансфузия, алоэ, шишасимон тана ва бошқа биоген стимуляторлар қўлланилади.

Даволаш усуллари.

– Превентив даво – захмнинг эрта (юқумли) даврлари билан оғриган беморлар билан жинсий ёки яқин маиший алоқада бўлган шахсларга, касаллик юқишининг олдини олиш мақсадида қўлланилади.

– Профилактик даво захмга чалинган ҳомиладор аёлларга ва улардан туғилган болаларга (кўрсатма асосида) ўтказилади.

– Синама даво ички аъзолар, асаб тизими, сезги аъзолари, таянч-харакат аппаратлари ва бошқа аъзоларда махсус жароҳатланишлар гумон қилиниб, улар ишончли лаборатор маълумотлар билан тасдиқланмаган, касалликнинг клиник кўриниши эса захм инфекциясини инкор қила олмаган ҳолларда тайин этилади.

Сўзак билан оғриган беморларнинг касаллик манбалари аниқланмаган, уларни диспансер назоратига олиш мумкин бўлмаган ҳолатларда захмга қарши превентив даво ўтказиш зарур.

Бирламчи серонегатив захм ташхиси рангсиз трепонемалар топилиши (РИТ-РИФ ларни инобатга олмай) ва КСР манфий жавоблари асосида қўйилади. Якуний бирламчи серонегатив захм ташхиси даво тугаганидан сўнг қўйилиши мумкин.

Агарда КСР жавоблари бир марта бўлсада кам мусбат натижа берган бўлса ҳам, бирламчи серопозитив захм ташхиси қўйилади.

Ўзбекистон Республикасининг барча даволаш муассасаларида, яъни тери-таносил касалликлари диспансерларида захмга учраган беморларни даволаш 1996 йил 21 августида Соғлиқни Сақлаш Вазирли-

ги тасдиқлаган "Захмининг давоси, ташхис ва профилактикаси" бўйича кўрсатма (инструкция) асосида олиб борилади.

Превентив даво ва бирламчи серонегатив захм билан оғриган беморларни даволаш:

а) амбулатор даво:

1. Бициллин 1,3 ёки 5, бир марталик миқдори 1200000 ТБ, 1800000 ТБ ёки 1500000 ТБ, ҳафтада 2 марта, босқичига 4 инъекция.

2. Экстенциллин (2,4 млн ТБ) – 1 инъекция.

б) стационарда даволаш:

1. Пенициллиннинг натрий ёки калийли тузи – 400000 ТБ суткада 8 марта (ҳар 3 соатда), 14 кун, босқич миқдори 44800000 ТБ

2. Пенициллиннинг новокаинли тузи 600000 ТБ да, суткада 2 марта, 14 кун, босқич миқдори 16800000 ТБ.

Бирламчи серопозитив ва иккиламчи янги захм билан оғриган беморларни даволаш:

а) амбулатор даво:

1-усул.

Даво пенициллиннинг бирон-бир дюрант препаратлари – бициллин-1,3 ёки 5 билан ўтказилади.

Бициллин-1 нинг бир марталик миқдори – 1200000 ТБ.

Бициллин-3 ники 1800000 ТБ, Бициллин-5 эса 1500000 ТБ га тенг.

Инъекциялар миқдори – 7 та. Биринчи инъекция тўлиқ миқдорда бўлмай, 300000 ТБ да иккинчи инъекцияси эса бир суткадан сўнг, тўлиқ бир марталик миқдорда, кейингилари эса ҳафтада 2 марта қилинади.

2-усул.

Даволаш бициллин – 5 билан олиб борилади, у 5 кунда 1 мартаба 3000000 ТБ да, ташхисига биноан қуйидаги схема бўйича бажарилади:

– бирламчи серонегатив захмда босқич миқдори 12000000 ТБ (4 инъекция) га тенг.

– бирламчи серопозитив захмда – 24000000 ТБ (8 инъекция);

– иккиламчи янги захмда 30000000 ТБ (10 инъекция).

3-усул.

Экстенциллин (2,4 млн ТБ) билан даволаш: бирламчи серопозитив ва иккиламчи янги захмда экстенциллин 2,4 млн ТБ да, 2 инъекция қилинади, инъекциялар орасидаги интервал 7 кун.

б) Стационарда даволаш:

1-усул.

Даво сувда эрувчи пенициллин билан ўтказилади 400000 ТБ да, ҳар 3 соатда, 16 кун мобайнида, мушак орасига юборилади. Антибиотикнинг суммар миқдори 51200000 ТБ га тенг бўлиб, 16-куни охириги пенициллин инъекциясидан 3 соат ўтгач бир маротаба Бициллин-1,3,5, 4800000 ТБ да (2400000 ТБ дан ҳар икки думбага, икки лаҳзали усул билан мушак орасига) юборилади.

2-усул.

Сувда эрувчи пенициллин, мушак орасига, ҳар 3 соатда, 400000 ТБ да, суммар миқдорнинг 1:3 қисмига етгунича юборилади, ундан сўнг пенициллиннинг дюронт препаратларидан бири – бициллин-1,3 ёки 5 суммар миқдорга етгунича қилинади. Бициллин-1, 1200000 ТБ дан. Бициллин-3, 1800000 ТБ дан, Бициллин-5 эса 1500000 ТБ дан, ҳафтада 2 марта мушак орасига юборилади. Даво бициллин препаратлари билан амбулатор шароитда давом эттирилиши мумкин, бу даврга келиб, захмнинг фаол белгилари йўқолган бўлади.

Пенициллиннинг суммар миқдори қуйидагича бўлади:

– бирламчи серонегатив захмда – 44800000 ТБ;

– бирламчи серопозитив ва иккиламчи янги захмда – 60000000 ТБ.

Иккиламчи қайталама ва эрта яширин захм билан оғриган беморларни даволаш:

а) Амбулатор даво

1-усул.

Даво – Бициллин-1,3 ёки 5 нинг биронтаси билан ўтказилади. Бициллин-1, 1200000 ТБ да, Бициллин-3, 1800000 ТБ да, Бициллин-5 эса 1500000 ТБ да, мушак орасига, ҳафтада икки марта, жами 14 инъекция қилинади (биринчи инъекция 300000 ТБ да қилинади).

2-усул.

Даво экстенциллин билан қилинади, у 2400000 ТБ да, 7 кунда бир марта, жами уч инъекция қилинади.

Илова: бу усул эрта яширин захм билан оғриган беморларда қўлланилмайди.

б) Стационарда даволаш:

1- Усул

Сувда эрувчи пенициллин 400000 ТБ да мушак орасига ҳар 3 соатда (тунгги танаффуссиз) 28 кун мобайнида юборилади. Антибиотикнинг суммар миқдори-89600000 ТБ га тенг.

2-усул.

Сувда эрувчи пенициллин ҳар 4 соатда 1000000 ТБ да, мушак орасига, 28 кун мобайнида юборилади. Антибиотикнинг суммар-босқичли миқдори 168000000 ТБ га тенг.

3-усул.

Пенициллиннинг новокаинли тузи қўлланилади, 600000 ТБ дан, ҳар 12 соатда, 28 кун мобайнида, мушак орасига юборилади. Жами-33600000 ТБ га тенг.

Кеч яширин захм билан оғриган беморларни даволаш:

1-усул: давони кун ора, мушак орасига 2 мл биохинол юбориш билан бошлаб, биохинол 12–14 мл га етгач, пенициллин препарати ҳар 3 соатда, мушак орасига 400000 ТБ да юбориш билан давом эттирилади. Пенициллин 28 кун мобайнида юборилади. Биохинолнинг умумий миқдори эса 40–50 мл гача етказилади. Бу усул билан даволашда биохинол бисмоверол билан алмаштирилиши мумкин, у 1 мл дан ҳар куни, кунора 1,5 мл дан, ҳафтада 2 мартаба юборилади, босқич миқдори – 18–20 мл. Пенициллинотерапия даврида 5 мг дан мушак орасига, суткада 2 мартадан химотрипсин қўллаш мақсадга мувофиқдар. Химотрипсин антибиотикни аъзо ва тўқималар орасига киришини яхшилайти.

2-усул: агарда висмут препаратларини қўллашга монельликлар бўлса, икки босқич, 400000 ТБ дан ҳар 3 соатда, 28 кун мобайнида пенициллинотерапия ўтказилади. Биринчи босқичдан аввал, 10 кун мобайнида эритромицин, тетрациклин ёки олететрин 0,5 г, кунига 4 марта қабул қилинади. Иккинчи босқичда пенициллин ўрнига бициллин ишлатиш мумкин. Бициллин-1, 1200000 ТБ да, Бициллин-3 1800000 ТБ да, Бициллин-5 1500000 ТБ да, ҳафтада 2 марта, босқичда 7 та инъекция қилинади. Махсус даво номахсус даво воситалари билан биргаликда олиб борилади.

Висцерал ҳамда учламчи захм билан оғриган беморларни даволаш:

Висцерал захм билан оғриган беморларни даволаш махсус, номахсус ва симптоматик препаратлар билан, терапевт назоратида олиб борилади.

Висцерал ва учламчи захмни даволаш кеч яширин захмни даволаш схемаси асосида олиб борилади. Биохинол билан даво босқичига тайёрлаш узокроқ (биохинол 20 мл га етгунича) давом этади.

Кеч захм гепатитлари, буйрак ва сийдик йўллarning махсус жа-роҳатланишларини даволашда висмут препаратлари қўлланилмайди. Қолган ҳолларда висмут қўллаш индивидуал ҳал этилади.

Аорта аневризми ёки аортал клапанлар етишмовчилиги каби захм аортити асоратларини даволашдан аввал биохинол билан тайёрловчи даво бошланади: биохинол 1 мл (3 инъекция) кейинчалик 1,5 мл гача кўтарилиб (3 инъекция), кейин эса 2 мл гача юборилади. 25–30 мл га етгач пенициллинотерапия қўшилади. Пенициллин 50000 ТБ дан (хар 3 соатда) бошланади ва кунора марталик миқдори ошириб борилади: 50000-100000-200000-400000 ТБ. Пенициллинотерапиянинг давомийлиги 28 кун. Висмут препаратини қўллашга монёлик бўлса, даво босқичига тайёрлаш эритромицин ёки олететрин (0,5 г дан кунига 4 маҳал) билан олиб борилади, бу тайёрлаш даври 2 ҳафта давом этади.

Висмут препаратини қўллашга монёлик кузатилганида, икки босқичли пенициллинотерапия ўтказилади, босқич давомийлиги 28 кун (иккинчи босқичда, даво бошиданок марталик пенициллин миқдори 400000 ТБ да бўлади).

Агарда пенициллин-висмут босқичидан сўнг касалликнинг клиник симптомлари кузатилса, қўшимча 2 босқич висмут билан даволаш мақсадга мувофиқ бўлади. Бир босқичда биохинол (40–50 мл), бошқа босқичда эса бисмоверол (16–20 мл) қўлланилади.

Висцерал захмнинг махсус давоси, жароҳатланган аъзонинг функционал ҳолатини назорат этиб бориш (қон, сийдик анализлари, биокимёвий синамалар, қонинг қуюлиш системаси кўрсаткичлари, ЭКГ ва бошқалар) билан биргаликда олиб борилади.

Ҳомиладорни махсус, профилактик ва превентив даволаш

Ҳомиладор аёлларда захмнинг эрта даврлари ташхис қилинса, улар захмнинг эрта даврларини даволаш схемаси бўйича даволанадилар. Пенициллинотерапия билан биргаликда теониколни 0,15 г дан 3 маҳал овқатдан сўнг ичиш тавсия этилади. Теоникол ҳомила қонида пенициллин контрацепциясининг ошишига ёрдам беради.

Туғма захм профилактикаси мақсадида ҳомиладорлар, ҳомиладорлик даврида икки марта серологик назоратдан ўтишлари кўзда тутилган: ҳомиладорликнинг биринчи ярмида (акушер-гинекологга ҳомиладорлик бўйича рўйхатга туриш учун мурожаат этган даврда) ва ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида (6–7 ойлик даврида, декрет таътилига чиқишдан олдин). Нокулай эпидемиологик ҳолатларда, соғликни сақлаш ташкилотлари қарорига кўра, ҳомиладорлар 3 марта серологик назоратдан ўтишлари шарт. Учинчи серологик назорат туғишдан аввал ўтказилади.

КСР мусбат бўлган ҳолларда, дифференциал ташхис РИТ ва РИФ реакциялари ҳомиладорлар клиник серологик назоратда бўлиб, ҳар ойда КСР, РИТ ва РИФ га туғунларигача ва туғанларидан сўнг 3 ой мобайнида текширилиб турадилар. Айрим ҳолларда РИТ ва РИФ га текширишнинг иложи бўлмаса, КСР қайта текширилади ва ўта мусбат жавоби олинса клиник белгилари бўлмаса яширин захм ташхиси қўйилади. Қайта кам мусбат жавоб олинса, ҳомиладорлик сабабли ночин мусбат КСР жавоби эканлиги исботлангунича, ҳомиладор аёллар клиник-серологик кузатувда бўладилар.

Биологик ночин мусбат жавоблари, асл мусбат серологик натижалардан фарқлаш учун ҳомиладор аёл қонини ТТКИТИ-марказий серология лабораториясида РИФ абс бўйича трепонема-специфик А,М,С иммуноглобулинларига текшириш зарур. Бунда трепонема-специфик иммуноглобулинларнинг барча типларини аниқланиши ҳомиладор аёлда захм инфекцияси бор эканлигини тасдиқлайди.

Даводан сўнг КСР турғун негативацияга учраган аёлларда (ҳомиладорликдан аввал, камида бир йил мобайнида манфий жавоблар кузатилган) туғма захм профилактик давоси ўтказилмайди. РИТ ва РИФ кескин позитив сақланган ва негативацияга тенденция кузатилмаган аёлларда туғма захм профилактик давоси ўтказилади.

Превентив захмга қарши даво олган аёлларга, ҳомиладорлик даврида профилактик даво ўтказилмайди. Ҳомиладорларга профилактик даво куйидаги усулларда қилинади:

1-усул.

Пенициллинни ҳар 3 соатда (суткада 8 марта) 400000 ТБ да 14 кун мобайнида юборилади, босқичли миқдори 44800000 ТБ га тенг.

2-усул.

Бензилпенициллиннинг новокаинли тузи 600000 ТБ да, суткада 2 марта, 14 кун мобайнида юборилади. Босқич миқдори 16800000 ТБ да.

3-усул.

Бициллин-1,3 ёки 5 қўлланилади. Бициллин-1 1200000 ТБ, Бициллин-3 1800000 ТБ, Бициллин-5 1500000 ТБ да, ҳафтада 2 марта, босқичига 7 инъекция.

Агарда махсус даво ҳомиладорликнинг дастлабки ойларида қилинган бўлса, профилактик даво ҳомиладорликнинг 6–7 ойларидан кечиктирилмай ўтказилиши зарур.

Агарда ҳомиладорликнинг сўнги ойларида махсус даво ўтказилса, профилактик даво танаффуссиз, узлуксиз давом эттирилади.

Хомиладорларни махсус даволашда пенициллин препаратларига монельлик бўлса, эритромицин қўллаш мумкин эмас, эритромицин хомиладор аёлга самарали таъсир этсада, йўлдош орқали етарли даражада ўта олмайди ва туғма захмнинг олдини олмайди. Тетрациклин туғма захмнинг олдини олсада, хомила суяк тизимлари ва тишларида тўпланади. Юқоридаги омилларни инobatга олган ҳолда, хомиладорларни даволашда оксациллиндан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Оксациллин 100000 ТБ да, мушак орасига, ҳар 6 соатда касаллик даврига қараб, 14 ёки 28 кун мобайнида юборилади.

Хомиладор аёлларни даволаш "превентив даволаш" схемаси асосида ўтказилади.

Болаларни захмга қарши махсус ва профилактик даволаш

Болаларни превентив, профилактик ва махсус даволаш пенициллин препаратлари билан амалга оширилади. 2 ёшгача бўлган болаларда пенициллиннинг натрийли ёки новокаинли тузлари қўлланилади, 2 ёшдан катталарга эса шулар билан бир қаторда, бициллинлар ҳам қўллаш мумкин. Пенициллиннинг (натрий ёки новокаинли тузлари) суткалик миқдори 6 ойгача бўлган болаларга 100000 ТБ/кг ҳисобида, 6 ойдан 1 ёшгача бўлганларга 75000 ТБ/кг, 1 ёшдан катталарга эса 50000 ТБ/кг ҳисобида тайинланади. Кунли миқдор, сувда эрувчи пенициллин учун 6 та тенг бир мартали миқдорга, новокаинли тузи эса тенг 2 мартали миқдорга бўлинади (натрийли тузи ҳар 4 соатда, новокаинли тузи эса ҳар 12 соатда юборилади).

Бициллин-1,3 ёки 5 300000 ТБ да, бир суткада бир маҳал юборилади. Бемор дорини яхши қабул қилса, бир неча инъекциядан сўнг кунига 1 марта 600000 ТБ дан (ҳар иккала думбага 300000 ТБ дан) юборишга ўтиш мумкин.

Превентив даво 2 ҳафта, профилактик даво 2–4 ҳафта, эрта туғма захмда махсус даво 4 ҳафта, кеч туғма захмда антибиотиклар билан биргаликда висмут препаратлари қўлланилиб 4 ҳафта давом этади.

Болаларда орттирилган захмнинг янги турлари 2 ҳафта, иккиламчи рецидивли ва эрта яширин турлари 4 ҳафта даволанади.

Пенициллин қўллашга монельлик бўлса, оксациллин ва ампициллиндан фойдаланиш мумкин.

Оксациллинни куйидаги суткалик миқдорда, мушак орасига юбориш тайинланади: чакалоқларга 20–40 мг/кг, тана вазнига нисбатан,

3 ойгача бўлган болаларга 200 мг/кг, 3 ойдан 2 ёшгача суткада 1,0 г, 2 ёшдан катталарга суткада 2,0 г.

Оксациллинни ичиш учун ҳам тайинлаш мумкин:

Овқатдан 1 соат аввал ёки 2–3 соат кейин: чақалоқларга 90–150 мг/кг, вазнига нисбатан, 3 ойликкача 200 мг/кг, 3 ойдан 2 ёшгача суткада 1,0 г, 2 ёшдан катталарга эса суткада 2,0 г.

Ампициллиннинг натрийли тузи, мушак орасига қуйидаги миқдорда қўлланилади: чақалоқларга 100 мг/кг, қолган болаларга эса 50 мг/кг, максимал суткали миқдори 2,0 г. Суткали миқдор 4–6 инъекцияга бўлинади.

Полусинтетик пенициллинларга монёклик бўлса эритромициндан ҳам фойдаланиш мумкин: 1 ёшдан 3 ёшгача суткада 0,4 г миқдорда, 3–6 ёшда 0,5–0,75 г, 6–8 ёшда 0,75 г, 8–12 ёшда суткада 1,0 г гача.

Аллергик реакцияларнинг олдини олиш мақсадида даводан олдин ва даволаш мобайнида беморларга кальций препаратлари ва антигистаминлар тайин этиш зарур. Даво бошланганидан 2–3 кун ўтгач ва даво якунида конни КСР га текшириш зарурдир.

Болаларни профилактик даволаш

Оналари ҳомиладорликкача захм билан касалланган ва тўлик махсус даво олган, КСР турғун негативлашган аёллардан (бир йилдан ортик вақтдан бери КСР манфий бўлган) туғилган болалар клиник серологик ҳамда диспансерда врач назоратига олинмайдилар. Захм билан оғриётган ёки оғриган аёллардан туғилган болалар клиник серологик текширувдан ўтишлари (2,5–3 ойликлариди) зарур.

Бундай болаларни текширишда қуйидагилар бўлиши шарт: педиатр, окулист, дерматовенеролог, невропатолог, отоларинголог маслаҳати (консультацияси), конни КСР, РИТ ва РИФ га текшириш, қўлоёқ найсимон суяқларининг рентгенограммаси. Клиник-неврологик ўзгаришлари кузатилса, орқа мия пункцияси қилиш керак бўлади.

Оналари ҳомиладорлик даврида профилактик даво олган (шу жумладан серорезистентли оналар) ва улардан туғилган болаларда клиник, серологик ва рентгенологик захм белгилари бўлмаса, бундай болаларга профилактик даво тайинланмайди, аммо 1 йил мобайнида турар жой ТТҚД да дерматовенеролог назоратида бўладилар.

Оналарига профилактик даво ўтказиш зарур бўлган, аммо олинмаган ҳамда тўлик махсус даво олмаган оналардан туғилган болалар 2 ҳафта давомидида профилактик даво олишлари зарур.

Захм билан оғриган, лекин даволанмаган аёллардан туғилган болалар 4 ҳафта мобайнида профилактик даवони эрта туғма захми даволаш схемаси бўйича оладилар, болаларда клиник, серологик ва рентгенологик касаллик белгилари бўлмаса ҳам.

Агарда бола 1 ёшдан ошган ва биринчи бор текширилаётган бўлиб, текширув натижалари манфий бўлса бундай болаларга даво тайин этилмайди. Гумонли ҳоллардагина 2 ҳафта мобайнида пенициллинотерапия тавсия этилади.

Туғма захм билан оғриган болаларни махсус даволаш

Эрта туғма захм билан оғриган болалар бензилпенициллиннинг натрийли ёки новокаинли тузлари билан стационар шароитида, 28 кун мобайнида (бир мартали, суткалик миқдори юқорида кўрсатилган тартибда) даволанадилар.

Кеч туғма захм билан оғриган болалар пенициллин билан бирга висмут препаратлари ёрдамида (катталарда кеч яширин захми даволаш усулига ўхшаш) даволанади. Даво биохинол билан бошланиб, у ҳафтада икки мартаба, ёшига нисбатан тайинланади.

12-жадвал

Кеч туғма захм билан оғриган болаларни даволашда висмут препаратларининг бир мартали ва босқичли миқдори

Ёши	Биохинол (мл)		Бисмоверол (мл)	
	Бир мартали миқдори	Босқичли миқдори	Бир мартали миқдори	Босқичли миқдори
3 ёшгача	0,5–1,0	12,0–15,0	0,2–0,4	4,0–4,8
3–5 ёшда	1,0–1,5	15,5–20,0	0,4–0,6	6,0–4,8
6–10 ёшда	1,0–2,0	20,0–25,0	0,4–0,8	8,0–10,0
11–15 ёшда	1,0–2,0	25,0–30,0	0,6–0,8	10,0–12,0

Биохинолнинг босқичли миқдорини 1/4 қисмига етгач тўхтатилиб, пенициллиннинг натрий ёки новокаинли тузини инъекция қилишига ўтилади. Суткалик миқдори – гўдак тана вазнига нисбатан ҳисобланади. Пенициллинотерапия 28 кун давомида ўтказилади. Пенициллинотерапия тугагач висмут препарати босқич миқдорига етгунича давом эттирилади.

Пенициллинотерапияга монеелик бўлса, оксациллин, ампициллин ёки эритромицин тайин этилади. Беморларга нистатин ва антигистаминлар ҳам тайин этилади.

Орттирилган захм билан оғриган болаларни даволаш

Даво катталар захмини даволаш принципи асосида, пенициллин препаратлари билан ўтказилади. Антибиотикларнинг суткалик микдори шу бобнинг бошида кўрсатилганидек ҳисобланади.

Бирламчи ва иккиламчи янги захмда даво 14 кун, иккиламчи рецидив ва яширин захмда 28 кун давом этади. Орттирилган кечки яширин захм кеч туғма захм давоси каби ўтказилади.

Даво тугаганидан кейинги клиник-серологик назорат.

Захмнинг эрта турлари билан оғриган беморлар билан яқин маиший ёки жинсий алоқада бўлиб превентив даво олган болалар ва катталар 3 ойдан сўнг бир маротаба клиник-серологик текширувдан ўтишлари керак.

Агарда превентив даво захм билан оғриган бемор қони қуйилган кимсага ўтказилган бўлса, назорат бир йил давом этади.

Бирламчи серонегатив захм билан оғриган беморлар 6 ой, ҳар кварталда клиник-серологик назоратда бўладилар.

Бирламчи серопозитив ва иккиламчи янги захм билан оғриган шахсларда КСР негativaцияси, даволаш даврида ёки даводан сўнг 3 ой мобайнида кузатилган бўлса, улар 1 йил мобайнида клиник-серологик назоратда бўлишлари керак. КСР негativaцияси суст кечса (3 ойдан 1 йилгача) назорат 2 йилгача давом этади.

Иккиламчи рецидив, учламчи, яширин (эрта, кеч, аниқланмаган) висцерал ва нейросифилисда 3 йил диспансер назорати кўзда тутилган. Клиник-серологик назорат 2 йил ҳар кварталда, учинчи йили эса ҳар ярим йилда ўтказилади.

Агарда КСР, РИТ ва РИФ (манфий натижалар 6 ойдан сўнг ҳам тасдиқланса) негativaцияси 3 йилдан олдинроқ кузатилса, пациент муддатдан аввал диспансер ҳисобидан ўчирилиши мумкин.

Серорезистентли шахслар, мутахассислар текширувлари якуни ижобий бўлса, 5 йил клиник-серологик назоратда бўладилар. Врач бу муддатни узайтириши мумкин.

Онаси касаллиги туфайли, профилактик даво олган болаларнинг бир йил давомида назоратда бўлишлари тавсия этилади. Профилактик даво олмаган болалар ҳам бир йил назоратда турадилар.

Эрта ёки кеч тугма захм билан махсус даво олган болалар 3 йил клиник-серологик назоратда бўладилар. Дастлабки 2 йил ҳар кварталда, учинчи йили эса ҳар 6 ойда КСР текширилади.

Орттирилган захм бўйича даволанган болалар ҳам катталар каби клиник-серологик назоратда бўладилар.

Клиник ёки серологик рецидив кузатилганлар терапевт (кўкрак кафаси рентгенографияси билан), невропатолог, окулист, отоларинголог текширувидан ўтиб, орқа мия пункцияси қилиниши зарур. Иккиламчи рецидив захми даволаш усуларидан бири бўйича, номахсус даво билан биргаликда даволанишлари шарт.

Захмининг эрта даврларида даволангандан сўнг, бир йил мобайнида РСК трепонем ва кардиолипин антигенлари билан тургун, ўта мусбатлигича қолиб, реагинлар титри камайиши кузатилмаса, бундай ҳолларда серорезистентлик деб баҳоланади. Бундай ҳолларда қўшимча даво тайин этилади.

Агарда тўлик даводан сўнг бир йил ўтса ва РСК негативацияси кузатилмай, реагинлар титри камайиши (камида 4 мартага) кузатилса ёки РСК ўта мусбатдан кам мусбатгача камайса, бундай ҳолатлар кечиккан серореакциялар негативацияси деб баҳоланади ва кузатув яна 6 ой давом этади.

Агар шу давр ичида ҳам КСР негативацияси кузатилмаса, қўшимча даво ўтказилади. Болаларда серорезистентлик масаласи даводан сўнг 6 ой ўтгач ҳал қилиниши мақсадга мувофиқдир. Шу давр ичида КСР негативацияси кузатилса, давосиз яна 6 ой кузатилади.

Қўшимча даво стационарда, пенициллиннинг юқори миқдорида, номахсус даво билан биргаликда ўтказилади. Бензилпенициллин мушак орасига 1000000 ТБ миқдорида, суткада 6 марта, 28 кун, номахсус даво билан биргаликда қилинади. 1–2 босқич висмут препаратлари қўллаш (агар аввал қўлланилмаган бўлса ва монёлик бўлмаса) мақсадга мувофиқ бўлади.

Амбулатор шароитда қўшимча даво, бициллин (1-3-5) лардан бирини 10 инъекцияси қуйидагича: бициллин-1 1200000 ТБ, бициллин-3 1800000 ТБ ёки бициллин-5 1500000 ТБ да, ҳафтада 2 марта номахсус даво воситалари билан бирга қилинади.

Болаларга қўшимча даво стационар шароитида қилиниши зарур. Пенициллин 28 кун мобайнида, суткали миқдори кўрсатмада баён этилган миқдорда, номахсус даво билан биргаликда ва висмут препаратлари ҳамкорлигида қилинади.

Кўшимча даво самара бермаса, қайта кўшимча даво тайин этилмайди. Клиник-серологик назорат муддати асосий даво олиб бўлган даврдан ҳисобланади.

Кечки захм турлари тўлиқ даволанганидан сўнг, КСР мусбатлиги сақланаверса серорезистентлик масаласи қўйилмайди, кўшимча даво топилмайди.

РИТ ва РИФ (ИФА, РПГА) захми ҳар турли формалари даволанганидан 6 ой ўтгач ва ҳар йили, ҳисобдан ўчгунича текширилади.

Диспансер ҳисобидан ўчириш

Барча беморлар (захмининг ҳар хил турлари билан) клиник-серологик кузатув охирида, тўлиқ клиник (терапевт, невропатолог, окулист, отоларинголог кўриги) ва рентгенологик текширувдан ўтишлари керак.

Эрта ва кеч нейросифилис бўйича даволанганлар, даволангунича ликворологик текширувларда у ё бу даражада ликвор патологияси аниқланган шахслар ва турли мутахассислар кўригида даволанганлик меъзонида гумон бўлган шахслар, диспансер ҳисобидан ўчишларидан аввал ликворологик текширилувлари зарур. Ликворда РИФ-абс бўйича иммуноглобулин А, М, G аниқланиши керак. Бунда, ликвор таркибидан махсус Ig A, M, G топилса нейросифилис ташхиси қўйилади, фақатгина иммуноглобулин G топилса, бундай ҳолат организм рангсиз трепонема билан инфекцияланган деб баҳоланади.

Тўғма ёки орттирилган захм бўйича даво олган болаларни диспансер ҳисобидан ўчиришдан аввал қуйидаги мутахассислар консултацияси зарур: педиатр, невропатолог, окулист, отоларинголог. Найсимон суяклари рентгенограммаси (анамнезида махсус суяк патологияси бўлса) ҳамда КСР, РИТ ва РИФ га текшириш.

Даволанганликлари меъзони сифатида қуйидагиларни инобатга олиш керак:

а) ўтказилган давонинг сифати ва унинг кўрсатма (инструкция)га биноан қилинганлиги.

б) клиник (тери, шиллик пардалари, ички аъзолари, асаб тизими ва сезги аъзолари) ҳамда рентгенологик текширувлар ҳақидаги маълумотлар.

в) лаборатор текширувлар (серологик, кўрсатма бўлса ликворологик) натижалари.

Захми бошдан кечирган, тўлиқ махсус даво олган, лекин серологик реакциялари позитивлигича сақланаётган шахсларни, диспансер

хисобидан ўчиришда клиник-катамнестик, серологик текширувлари натижаларини эътиборга олиш зарурдир. Қондаги серологик реакцияларни интерпритация қилишда КСР, РИТ ва РИФ дан ташқари РИФ-абс да иммуноглобулин А, М, G ларни аниқлаш тавсия этилади. Бунда қон таркибидан А, М, G махсус иммуноглобулинларининг аниқланиши организмда захм инфекцияси мавжудлигидан далолат беради, фақатгина иммуноглобулин G аниқланиши эса иммунологик эсдалик ҳисобланади.

Болалар муассасалари, умумий овқатланиш корхоналарида ишловчи, захм билан касалланиб стационарда даволанганлар, бўлимдан ёзиб юборилгач, амбулатор даволанганлар эса клиник белгилари тўлиқ йўқолгач ишга рухсат этиладилар.

Орттирилган захм билан касалланиб, даво олган болалар, даво тугагач, болалар муассасаларига катнашлари учун рухсат этиладилар.

ЮМШОҚ ШАНКР (ULCUS MOLLE)

Юмшоқ шанкр қадимги вақтдан жинсий аъзоларнинг тарқалган юқумли касаллиги деб билинган. Охириги 50–60 йил Ўзбекистон ва қўшни МДХ давлатларида учрамайди, лекин кириб келиш хавфи доим бўлгани учун бу касалликни ажратиб билишимиз шарт.

Этиологияси. Юмшоқ шанкр кўзғатувчиси *Haemophilis ducrey*, аэроб стрептобацилла (Петерсон О.В.1887, Ducrey 1889, Unna 1892), микроскопда 1,5–2 мкм узунликка ва 0,5 мкм кенгликка эга, охирилари юмалок ва ўртаси тортилган, занжирга ўхшаб жойлашадиган ҳамда бўлиниш билан кўпаядиган таёқчалар. Патологик жараён бошланғич даврида стрептобацилла ҳужайрадан ташқарида ва кейинги босқичларида эса ҳужайра ичида жойлашади.

Эпидемиологияси. Юмшоқ шанкр, асосан, жинсий йўл орқали юқади. Имунитет йўқ.

Клиникаси. Стрептобацилла тери ёки шиллик қават шикастланган жой орқали организмга тушиб 2–5 кундан кейин (инкубацион давр) ўткир яллиғланган шишли доғ, кейинчалик тугунча ва йирингча ҳосил қилади. Йирингча тезда ёрилиб ўрнида юмшоқ шанкрнинг асосий клиник белгиси бўлмиш қаттиқ оғрик билан кечадиган юмшоқ яра пайдо бўлади. Юмшоқ яра кўпроқ думалок, чеккаси едирилиб нотекис бўлади ва атрофида ўткир яллиғланган шиш кузатилади. Пальпация қилинганда яранинг асосида юмшоқ инфилтрат туйилади (юмшоқ шанкр). Ярадан кўп йиринг ёки йиринг-қон суюқлик ажралиб, ўзида

кўп микдорда стрептобацилла сақлайди. Ярадан оқиб атроф тери тўқималарига тушиб (аутоинокуляция) суюқлик яллиглантиради ва касалликнинг тарқалишига, беморда бир қанча кўп яралар пайдо бўлишига олиб келади. Айрим ҳолатларда лимфангоит аниқланади. Ярага яқин жойлашган лимфатик тугунлар томон йўналган “арқон”ни эслаувчи оғриқли шиш ва тугунчалар ва улар устидаги тери ўткир яллигланган бўлади. Булар юмшаб ёрилиб яра ҳосил қилади ёки сўрилик кетиши мумкин.

3–5 ҳафтадан кейин юмшоқ шанкр яраси тозалана бошлайди, йиринг ажралиши камайиб ўрнида грануляцион тўқима билан қопланиб чандик ҳосил қилади.

Асоратлардан фимоз, парафимоз учраб туради.

**Дифференциал
ташхиси**

- қаттиқ шанкр;
- оддий герпес;
- венерик гранулема;
- венерик лимфогранулематоз.

Ташхис типик клиник белгиларга ва олинган ажратмадан микроскопик усули билан стрептобациллани топиш асосида қўйилади.

ВЕНЕРИК ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

Синонимлари – 4 венерик касаллик, чов лимфогранулематози.

Этиологияси. Венерик лимфогранулематоз – *Chlamidia trachomatis*нинг L1-L3 серотиплари кўзгатадиган ва лимфа тугунлари билан урогенитал соҳанинг юмшоқ тўқималарининг жароҳатланиши билан кечадиган юкумли касаллик.

Эпидемиологияси. Венерик лимфогранулематоз, асосан, жинсий йўл орқали юқади ва кўпинча фаол жинсий ҳаёт кечирувчи инсонлар касалланади. Касаллик дунёнинг кўп давлатларида тарқалган, аммо Ўзбекистон ва қўшни МДХ давлатларида венерик лимфогранулематоз охирги 40–50 йиллар учрамади. Айрим ҳолатларда рўйхатга олинаётган касалланиш, кўпроқ охирги йиллар давлатлараро алоқалар ва миграция жадаллашуви оқибати билан боғланыпти.

Клиникаси. Инфекцион жинсий алоқадан ўртача 3–30 кун ўтгач (инкубацион даври) бемор бўшашиш, ҳолсизлик, бош оғриш ва тана ҳароратининг кўтарилишига эътибор қилиши мумкин (продромал белгилари). Бирламчи жароҳатланиш, яъни лимфогранулематоз шанкри

кўпинча жинсий аъзоларда ва улар атрофида ёки жинсий алоқанинг турига қараб тананинг бошқа қисмларида жойлашиши мумкин. Бирламчи тошма кўпинча тугунча, пуфакча, йирингча ва юзаки яра бўлиши мумкин. Бу эрозия ёки яранинг четлари тўғри думалоқ шаклда, асосида инфилтрация ривожланмаган бўлиб, у аста-секин қопланиб чандик ҳосил қилади. Бирламчи лимогранулематоз шанкри пайдо бўлгандан бир неча кун ўтгач (баъзан бир неча ой) регионар лимфа тугунлар яллиғланиб катталашади, баъзида лимфонгаит ҳам кузатилади (иккинчи даври). Лимфа тугунлар қаттиқ оғрийди, секин қаттиқлашиб яллиғланиш инфилтрати кенгаяди ва лимфа тугунлар бир-бири билан қўшилиб катта, нотекис ўткир яллиғланган пушти рангли инфилтратни ҳосил қилади. Инфилтрат бўшашиб, уст териси аста-секин юпқалашади, кейин ёрилиб ичидан кўп миқдорда сариқ рангдаги клейсимон йиринг ажралади ва оғриқ пасаяди. Баъзан йирингта қон қўшилган бўлиши ҳам мумкин. Агар бемор даволанмаса 1–2 йил ўтиб касаллик ривожланиб учинчи давр бошланади. Бунда асосий клиник белгиси генитоаноректал синдроми, яъни кичик тос соҳасида ва ташқи жинсий аъзоларда лимфа айланишуви бузилиши (лимфостаз), ўткир яллиғланиш фонида бесўнақайлик, папилломатоз ўсмалар, сурункали кечувчи яралар, абсцесс ва оқмалар кузатилади. Ажралмалар таркибида кўп миқдорда хламидийлар саклайди. Тўғри ичак шиллик каватининг гипертрофияси, ҳалқасимон қаттиқлашуви ва ингичкалашуви авж олади. Бу даврда касаллик бошқа система ва аъзоларга тарқалиши мумкин.

Дифференциал таъхиси:

- юмшоқ шанкр;
- скрофулодерма (лимфа тугунлар сили);
- захм;
- донованоз;
- чуқур микоз;
- туляремия.

Таъхиси. Венерик лимфогранулематоз диагнози:

- микроскопик усулда цитоплазма ичида жойлашган типик кинритмаларни аниқлашга;
- кўзгатувчини ажратиб олиш усули;
- қон зардобини ёки маҳаллий ажратмаларда антитаначаларни аниқлашга асосланган.

ДОНОВАНОЗ (ЧОВ ГРАНУЛЕМАСИ)

Этиологияси. Донованоз сурункали инфекцион, тери ва тери ости ёғ қаватида катта гранулематоз яралар билан кечадиган касаллик. Унинг кўзгатувчиси *Calymmatobacterium granulematodes* (1905 йил, Донован), узунлиги 1–2 мкм, кенглиги 0,6–0,8 мкм, грамманфий, капсула ҳосил қиладиган, икки чекаси юмалок, овоид ёки ловиясимон шаклдаги таёкчалар.

Эпидемиологияси. Донованоз, асосан, жинсий йўл билан юқади ва кўпроқ катта ёшдаги одамларда кузатилади. Касалликнинг юкумли даражаси юкори бўлмай, одатда бемор билан узоқ вақт контактда бўлганда юқиши мумкин. Ўзбекистонда бу касаллик охириги йиллар учрамаган.

Клиник кўриниши. Инкубацион даври бир неча кундан бир неча ой ёки йил бўлиши мумкин. Инфекция кўзгатувчи кирадиган терида ёки шиллик қаватда қаттиқроқ консистенцияли тугунча, тугунча-пуфакча ёки йирингча пайдо бўлади ва кейинчалик улар ўрнида яра ҳосил бўлади. Бу яра (яралар) оғримайди, консистенцияси юмшоқ, очик пушти рангда бўлиб, кам микдорда сероз-йиринг, баъзида қон аралашган, ёмон хидли суюқлик ажратиб туради. Яранинг четлари бироз кўтарилган, нотекис. Яра туби ҳам нотекис, донатор, баъзида нозик плёнка ёки юпқа қобиқ билан қопланади. Донованоз яралари секин четга қараб ўсиб терининг катта қисмларига тарқалиши мумкин. Бу кўпинча аутоинокуляция ҳисобига бир-бирига сурқалувчи тана қисмларида учрайди. Лекин жараён тарқалганига қарамасдан беморнинг умумий аҳволи сезиларли бузилмайди. Регионар лимфатик система ўзгармайди, лекин гранулема беморнинг чов соҳасида жойлашган ҳолда чов лимфа тугунларининг катталашганини эслатиши мумкин.

Донованоз ярасини шаклига қараб веррукоз, серпигиноз, чандик-келоидли, некротик турларини ажратадилар. Касаллик сурункали кечиб ўз-ўзидан тузалишга мойиллиги суст бўлиб, баъзан янги тошмалар пайдо бўлиб туради. Касалликнинг тўлиқ клиник манзараси биринчи тошмалар пайдо бўлгандан ўртача 5–6 ой ўтиб ривожланади ва кўп йиллар кечиши мумкин.

Ташхис. Донованоз диагнози биринчидан типик клиник белгилар ва лаборатор усулида суртмалардан Донован таначаларини аниқлашга асосланиб қўйилади.

Даволаш. Антибиотиклар яхши натижа беради.

УРОГЕНИТАЛ СЕКСУАЛ ТРАНСМИССИВ КАСАЛЛИКЛАР

Урогенитал сексуал трансмиссив касалликлар – юқумли касалликлар бўлиб, улар, асосан, бемор билан бўлган жинсий алоқа натижасида юқади ва яллиғланиш, асосан, сийдик ва таносил йўллари шиллик пардаларини жароҳатлайди ва беморлар кўпинча ҳар хил ажратмаларга шикоят қиладилар. Аёлларнинг ҳайз кўриши аёл ва эркекни аччиқ, шўр таомлар истеъмол қилиши ёки спиртли ичимликлар ичиши касалликнинг кўзишига сабаб бўлади.

Этиологияси.

Чақирувчилари:

1. *Neisseria gonorrhoeae*.
2. *Chlamidia trachomatis*.
3. *Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma hominis*.
4. *Gardnerella vaginalis*.
5. *Trichomonas vaginalis*.
6. *Candida albicans*.

Диагностика принциплари. Урогенитал сексуал трансмиссив касалликлар (УСТК)да куйидагиларни аниқлаш зарур:

- қачон касаллик белгилари намоён бўлгани, касалликнинг кечиши, қилинган (олинган) даво-муолажалар (ёки ўз-ўзига қилинган даво);
- сексуал анамнез;
- яллиғланиш босқичи баҳоланади – экссудатив (ўткир, ўткир ости), торпид, кам симптомли, пролифератив (авжланишлар билан ёки уларсиз);
- касаллик чақирувчилари аниқланилади: бактериоскопик, серологик усуллар;

- ПЦР ёрдамида.

Классификация.

1. Асоратланмаган урогенитал инфекция

Яллиғланиш – янги экссудатив (ўткир, ўткир ости) ва фақат сийдик таносил йўлларининг куйи қисми жароҳатланади ёки экстрагенитал соҳалар жароҳатланади. Инфекция 2 ойдан ортиқ давом этмаган бўлади.

Асоратланмаган урогенитал инфекция эркекларда:

- *urethritis acuta et subacuta*;
- *paraurethritis acuta*;
- *balanoposthitis acuta*;
- *prostatitis catarrhalis* ҳолида учрайди.

Асоратланмаган урогенитал инфекция аёлларда:

- urethritis acuta et subacuta;
- colpitis, vulvitis, vestibulitis, canaliculitis acuta кўринишида кузатилади.

Асоратланмаган урогенитал инфекция ҳар иккала жинсда

- pharyngitis, tonsillitis acuta et subacuta;
- proctitis, blennorrhoea, cystitis, coneconjunctivitis acuta ҳолида уч-

райди.

Асоратланмаган урогенитал инфекция гўдакларда:

- conjunctivitis, blepharitis acuta, blennorrhoea ҳолида учрайди.

Асоратланмаган урогенитал инфекция кизларда:

- vestibulitis, urethritis acuta, vulvovaginitis;
- endocervicitis acuta, proctitis acuta ҳолида учраши мумкин.

2. Асоратланган урогенитал инфекция.

Яллиғланиш – сурункали пролифератив бўлиб, авжланиш ёки авжланишсиз кечади. Касаллик икки ойдан узоқ кечади.

Асоратланган урогенитал инфекция. эркакларда:

– urethritis chronica et exacerbata, littreitis, balanopostitis chronica, periurethritis;

– cooperitis chronica, prostatitis follicularis et parenchymatosa, paraprostatitis, vesiculitis, epididimitis, orchepididymitis;

аёлларда:

– urethritis, endocervicitis, chronica et exacerbata bartolinitis, endometritis, -metritis, salpingitis, salpingoophoritis, pelveoperitonitis;

эркак ва аёлларда:

– метастатик турлари, сепсис, arthritus, polyarthritis, тери жароҳатланиши, proctitis;

– chronica, paraurethritis, pharyngitis, tonsillitis chronica кўринишларида учраши мумкин.

Асоратланмаган, урогенитал сексуал-трансмиссив касалликларнинг этиологик принципдаги даволаниши, қолаверса юқори таъсир этувчи препаратдан тўғри фойдаланилса даво самарали бўлади. Даво самарасиз бўлиши танланган препаратларга нисбатан микроорганизмда чидамлик кузатилган ҳолларда кузатилади. Бундай ҳолларда бошқа гуруҳ антибактериал препаратлари ва иммунотерапия тайин этилади. Даволашдан аввал ажратмани экиб, чакирувчини антибиотикларга таъсирчанлигини аниқлаш зарур. Асоратланган урогенитал инфекцияларда этиотроп антибактериал препаратлар билан бирга кўшимча даво ўтказиш зарур. Бу даво жароҳатланган тўқималарда моддалар алмашинуви ва микроциркуляцияни яхшилашга қаратилган бўлиши, инфилтратни

сўрилиши, маҳаллий ва умумий иммун тизимни фаоллаштиришни ҳамда тўқималар ўтказувчанлигини оширишга қаратилган бўлиши зарур. Урогенитал тизим юқори қисмларга кўтарилаётган ва диссеминацияланган жараёнда ҳамда аралашган, микс инфекцияларда бир неча антибактериал препаратлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади.

СЎЗАК – ГОНОРЕЯ (GONORRHOEA)

Сўзак – жинсий йўл билан юқувчи касаллик бўлиб, бир қатор цилиндрик эпителий хужайралари билан копланган шиллик пардасининг носпецифик яллиғланиши.

Этиологияси. Касаллик чақирувчиси – *Neisseria gonorrhoeae*, у грам-манфий диплококк бўлиниш йўли билан кўпайиб, эндотоксин сақлайди. Гонококклар лейкоцит ва эпителиал хужайралар ичида яшаб кўпаядилар, макрофаглар таркибида эса ўладилар. *Trichomonadalar* гонококкларни "ютиб юбориш" (фагоцитоз) хусусиятига эгадирлар ва трихомонадалар ичидаги гонококклар вирулентлигини сақлаб қоладилар. Инсон организмида ноқулай шароит сезиб, гонококклар L-формага ўтиши мумкин.

Классификацияси. 10-Халқаро касалликларни статистик классификациясига биноан гонококк инфекцияси:

- сийдик-таносил йўллар қуйи қисмининг асоратланмаган гонорейси;
- сийдик-таносил йўл асоратланган гонорейси;
- сийдик-таносил йўлларнинг юқори қисми ва кичик тос аъзолари гонорейси;
- бошқа аъзолар гонорейси хилларига ажралади.

Шу билан бирга тўлик топик диагноз ҳам кўрсатилиб қўйилади.

Эпидемиологияси. Сўзак, асосан, жинсий йўл билан юқувчи касалликларнинг кўп учровчи тури ҳисобланади. Сўзак билан фақат инсонлар касалланадилар. Камдан-кам ҳолларда касаллик ножинсий – маиший йўллар билан юқиши мумкин. Гонококклар нам муҳитда ўз вирулентлигини йўқотмайди ва нам шахсий гигиена буюмлари (мочалка, сочик, ички кийим)га тушган ажратмалар қуриб улгурмасдан фойдаланган кишилар ўзларига касалликни юктиришлари мумкин. Чақалоқлар бемор оналарининг туғиш йўлларидадан ўтиш вақтида касалланиши мумкин.

Инкубацион даври. Одатда 2–7 кун, кам ҳолларда узайиши мумкин.

Клиник кўриниши. Касаллик уретрадан суяқ йирингли ажратма ажралиши ва уретрада нохуш ҳиссиёт билан бошланади, сийиш вақтида ва сийгандан сўнг, беморни оғриқ ва ачишиш безовта этади. Кўздан кечирганда, бемор уретрасининг ташқи тешиги гиперемияланган, шишган ва кенгайган бўлиб, суяқ йирингли ажратма кўришиб туради. Икки стаканли (Томпсон синамаси) синама ўтказилганда, сийдикнинг биринчи порцияси – лойқа, иккинчи порцияси эса тиник бўлади. Уретра пальпациясида унинг шишганлиги сезилади. Юқоридаги белгилар – янги, ўткир, олди уретрит кўринишидир. Агарда Томпсон синамасини иккинчи сийдик порциясида лойқаланиш кузатилса – бу янги ўткир тотал уретрит деб аталади, у, асосан, касаллик юққанидан сўнг 2–3 ҳафта ўтгач кузатилади. Агарда уретра ташқи тешиги яқинида тўқ-қизил нуқталар бўлиб, улар шишган ҳалқалар билан ўралган бўлса, уни бармоқлар билан сикқанда йирингли томчи ажралади. Бу ҳолат – ўткир парауретрит деб аталади. Эркакларда анатомик узун олат ёпқичи (хатна қилинмаганларда), олат бошчасининг териси ҳамда ёпқич ички юзаси яллиғланиши мумкин – ўткир баланопостит (*balanopostitis acuta*). Баланопостит кўпинча фимоз (*Phymosis*) билан асоратланади – ёпқичнинг торайиши, олат бошчасини очилишига йўл қўймайди. Олат ёпқичи, олат бошчасини ёпмай шишиши ҳисобига уни сиқиб қўйса парафимоз (*paraphimosis*) ривожланади.

Янги, ўткир тотал гонококкли уретритли беморларда яллиғланиш кўпинча простата суяқликни ажратувчи найчаларига ўтади ва катарал простатит (*prostatitis catharralis*) вужудга келади. Катарал простатит ўз вақтида ташхис қилинмайди, чунки ўткир яллиғланган жараёнларда инструментал (уретроскопия) текширувлар ва простата массажи қилинмайди.

Гонорея даволанмаса гиперемия, шиш, яллиғланиш, ажратмалар вақт ўтган сайин камаяди, аммо ажратма қуюқлашади ва янги ўткирости уретрит (*urethritis recens subactiva*) вужудга келади. Тахминан 1–1,5 ой ўтгач яллиғланиш аломатларининг объектив ва субъектив белгилари камайганлиги кузатилади ва янги тотал торпид уретрит (*urethritis totalis recens torpida*) вужудга келади. Сурункали уретритдан фарқи ўлароқ уретра пайпасланса инфильтрат сезилмайди. Тахминан 2 ой ўтгач яллиғланиш сурункали турга ўтади. Субъектив шикоятлари кам, фақат сийилгандан кейин, узок танаффусдан сўнг уретра тешиклари бир-бирига ёпишган (айрим ҳолларда қалок билан қопланган) бўлиб, лойқа, суяқ томчи кузатилиши мумкин. Уретра тешиги цианотик шишган, уретра массаждан сўнггина ажратма оз миқдорда ажра-

лади, ажратма шиллик, шаффоф ёки лойка бўлади. Уретра пайпасланганда инфилтратланган бўлади, бу хил клиник ўзгаришлар сурункали уретрит (*urethritis chronica*) дан далолат беради.

Агарда уретра пайпасланганда уретранинг нотекис зичлашгани ва тугунчасимон қалинлашгани сезилса бу хил ўзгаришлар литтреит (*littreitis*) дан далолат беради. Олатда оғрик кузатилиши, унинг ярим эрекция ҳолатида бўлиб, пастга қараб буқилиши, чегараланмаган инфилтрат ва тана ҳароратининг кўтарилиши ўткир периуретрит (*periurethritis acuta*) дан далолат беради. Бундай ҳолларда жинсий олат лимфатик томирларининг яллиғланиши кузатилиши мумкин (*lymphangoitis*). Лимфангоит – олат олд юзасида кизил йўналиш ҳолида намоён бўлади.

Сурункали яллиғланиш турли ноқулай – салбий таъсирлар таъсирдан авжланиши мумкин, натижада ўткир яллиғланиш кўринишини симуляция қилиши мумкин. Кўп миқдорда суюқ, йирингли ажратмалар ажралиши мумкин, уретра тешиги цианотик кўринишда, уретра эса инфилтратланган бўлади. Бундай ҳолатлар сурункали уретритнинг авжланганлиги (*urethritis chronica exacerbata*) дан дарак беради. Қасаллик авжланганида асоратлар пайдо бўлади ёки асоратлар ҳам авжланади. Орalik соҳасида оғрик ёки босим сезилади, дефекация вақтида бу ҳислар кучаяди.

Гонорея кўпинча простата бези яллиғланишининг сабабчисидир. Субъектив хиссиётлар яллиғланиш жараёнининг фаоллиги ва тарқоклигига боғлиқдир. Беморлар сийдик ажралиши ва жинсий ҳаётнинг ўзгариши ва дефекациянинг оғрикли бўлишига шикоят этадилар. Простата безини пайпаслаш, секин-аста текшириш простатит (*prostatitis*) турини аниқлашга имкон беради. Шу хил шикоятлар уруғ пуфакчаларининг яллиғланганида (*vesiculitis*) ҳам кузатилади. Везикулитнинг клиник турларини аниқлаш учун уруғ пуфакчалари пальпатор текширилиб, унинг суюклиги лаборатор текширилади.

Ёрғок ортиғининг яллиғланиши (*epididymitis*) гонореянинг асоратларидан бири бўлиб, беморни уруғ қопчаси соҳасида оғрик безовта этади, жароҳатланган соҳа томонида тери гиперемияланган, шишган, ушлаб кўрилганида иссиқ бўлади. Пальпацияда ёрғок ортиғи (жароҳатланган томон) оғрикли, катталашган, зичлашган бўлади. Агарда, нафақат ёрғок ортиғи, ёрғок ҳам яллиғланган бўлса, пальпатор улар бир-бирига ёпишгани, катталашгани ва орғиқчилиги аниқланади, бундай ҳолат – орхоэпидидимит (*orchoepididymitis*) деб аталади.

Уруғ найчалари яллиғланиши (*deferentitis*) оғрикли, арқонга ўхшаш пальпацияланади, яллиғланиш жараёнини атроф тўқималарига ўтиши фуникулит (*funiculitis*) ни ривожлантиради.

Уретра стриктураси (*strictura urethrae*) – гонорейнинг кам учрайдиган асоратидир. Уретра стриктураси сийдик ажралишини ўзгартиради, бу ўзгариш инструментал текширишлар усулида аниқланади. Юқорида баён этилган клиник ўзгаришлар гонорейнинг классик кечишини таърифлайди. Лекин турли хил омиллар (иммунодепрессия, назоратсиз антибактериал воситалар қабул қилиш, алкоголизм, наркомания ва бошқалар) таъсирдан гонорейнинг бошланиши бемор учун сезилмаслиги, торпид бўлиши мумкин, бундай ҳолларда касалликнинг эрта ташхис қийинлашади ва турли хил оғир асоратлар (жинсий майлнинг бузилиши, бепуштлиқ ва бошқалар) келиб чиқади.

Аёллар гонорейси

Клиник кўриниши. Касаллик бошланганини кўпчилик аёллар сезмайдилар, сабаби шикоят йўқ ёки кам безовталанадилар. Дастлабки белгиси – йирингли ажралма ажралиши. Айрим ҳолларда оғрикли, тез-тез сийишга мойиллик кузатилади, бу хиссиётлар деярли ҳамма ҳомиладор аёлларда, климактерик ёшдагиларда ва ёш қизчаларда кузатилади. Бу гуруҳ беморларда ташқи жинсий аъзоларда яллиғланишлар кузатилиб, шу соҳалар оғриғи, қичишиши ва қизишига шикоятлар бўлади. Кўрик пайтида катта ва кичик уятли лабчалар шиллик пардалари шиши, гиперемияси кузатилади, бу белгилар ўткир вульвит (*vulvitis acuta*) ва ўткир вестибулит (*vestibulitis acuta*)дан дарак беради. Уретра гиперемияси ва шиши, уни массаж қилинганидан сўнг йирингли ёки лойқа томчи ҳолидаги ажратмаси эса янги ўткир уретрит (*urethritis recens acuta*) юзага келганини тасдиқлайди. Кейинчалик эса у ўткир ости уретрит (*urethritis recens subacuta*)га ўтади. Уретра инфилтратланмаган бўлади. Аммо шишгани пальпацисаб аниқланади. Жинсий фаоллик даврида қин шиллик пардаси яллиғланмаган бўлади, сабаби қинда кислотали муҳит бўлади. Ҳомиладор, климактерик ёшдаги аёлларда ва кичик ёшдаги қизчаларда кўпинча кольпит (*colpitis*) ривожланади: қин шиллик пардаси гиперемияланган, шишган бўлиб, ундан йирингли ажратма ажралади. Бачадон бўйни канали ҳамма аёлларда яллиғланади. Бачадон бўйни шиллик пардаси гиперемияланиб шишган бўлиб, бачадон бўйни каналидан суюқ йирингли ажратма ажралиши кузатилади. Бу ҳолат янги ўткир эндоцервицит (*endocervicitis recens acuta*) дан далолатдир. Жуда кўп ҳолларда, касалликнинг дастлабки даврларидаёқ бачадон бўйни канали атрофларида циркуляр

эрозия ҳосил бўлади. Эрозия юзаси дастлабки даврда – бахмалсимон, узок муддатли эрозиялар юзаси эса – фолликуляр кўринишга эга бўлади. Яллиғланиш даражаси камайганида янги ўткир ости ёки торпид эндоцервицит (*endocervicitis recens subacuta, torpida*) вужудга келади.

Тахминан 2 ой ўтгач, яллиғланиш сурункали пролифератив босқичига ўтади. Бу ҳақда қуйидагилар маълумот беради: шиллик пардалар цианози, инфильтрацияси, ажратмалар миқдорининг камайиши ва улар турининг ўзгариши: суюқ-шиллик, шаффоф ёки лойқаланиши кабилар. Бу жараён уретрада кузатилса сурункали уретрит (*urethritis chronica*), бачадон бўйни каналида сурункали эндоцервицит (*endocervicitis chronica*) кечаётганидан далолат беради. Сурункали эндоцервицитнинг характерли белгиси – қийин ажралувчи шиллик лента кўринишидаги ажратма бўлиб, у бачадон бўйни каналидан осилиб туради. Агарда бачадон бўйни шиллик пардасида оқиш ёки сарғиш гуруч донасидек ҳосилалар кузатилса – бу шиллик безлар кистаси (*onula Nabothi*) бўлади. Бу кисталар – яллиғланиш натижасида безлар чиқарув найчалари тикилиб қолишидан ҳосил бўлади.

Гонореяни даволаш усуллари

Сўзакни даволашда антибиотиклар билан бирга, зарарланган ўчоқлар ва асоратларнинг борлигига қараб маҳаллий, иммун ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилади (Ўзбекистонда 1996 йилда «Сўзакнинг давоси ва профилактикаси кўрсатмаси» асосида). Давони бошламасдан учта коидани кўзда тутиш керак:

1. Фақатгина гонококкни антибиотикка бўлган сезгирлигини инобатга олиб (микробиологик усуллар билан аниқлаш ёки унинг жавоби кейинча олдинги шу ҳудуддаги изланишлар натижасига асосланиб) давони ўтказиш.

2. Асоратларнинг олдини олиш учун албатта комплекс лаборатор текширув ва топилган инфекцияларга қараб комплекс давони ўтказиш зарур.

3. Микробиологик текширув имкониятлари бўлмаса, йиринг ажратмалари бор беморга гонококка қарши даво билан, хламидия ва трихомонадаларга қарши комплекс даво олиб ориш керак.

Бугунги кунда асосий ва беморга ўнғай бўлган эффе́ктив даво усуллардан:

- Цефтриаксон 250 мг 1 марта мушак орасига ёки
- Ципрофлоксацин 500 мг 1 марта берилади ёки

- Офлоксацин 400 мг 1 марта берилади ёки
- Цефиксим 400 мг 1 марта берилади ёки
- Спектиномицин 2 г 1 марта мушак орасига.

УРОГЕНИТАЛ ТРИХОМОНИАЗ (TRICHOMONIASIS UROGENITALIS)

Урогенитал трихомониаз – жинсий йўл билан юқувчи, энг кўп тарқалган паразитар касаллик бўлиб, фақат инсонлар касалланадилар. Касаллик, асосан, сийдик йўлларининг фақат дистал қисмларинигина яллиғланиши билан кечади.

Этиологияси. *Trichomonas vaginalis* – бир хужайрали организм бўлиб, унинг ҳаракат аппаратлари яхши ривожланган бўлиб (5 та хипчини бор), ядроси эксцентрик жойлашади. Одатда қин трихомонадаси ноксимон кўринишга эга бўлсада, у ўз шаклини ўзгартириш хусусиятига эга ва турли тўқималарнинг тор тирқишлари орқали кира олади. Трихомонадаларнинг ўлчамлари уларнинг кўпайиш тезлигига боғлиқ, ундан ташқари тури, микромухитга боғлиқ бўлиб, 2–5 мм дан 5–30 мм гача етади.

Эпидемиологияси. Касаллик, асосан, жинсий йўл билан юқади, лекин трихомонадалар нам мухитда (ажратмаларда, сувда, мочалкаларда) ҳаёт фаолиятини сақлайди. Шунинг учун ҳам маиший алоқалар орқали ҳам юқиши мумкин. Лекин ректал ва орогенитал муносабатлар натижасида касаллик вужудга келмайди, чунки қин трихомонадаси тўғри ичкада ва оғиз бўшлиғида яшай олмайди.

Патогенези. Қин трихомонадалари уретра ёки қин шиллик пардасига (фақатгина ясси эпителиал хужайралар бор жойга) тушгач кўпая бошлайди ва маҳаллий яллиғланиш чақиради. Трихомонадалар хипчинлари ёрдамида ҳаракатланиб, шиллик пардалар юзалари бўйлаб тарқаладилар, тўқималар тирқишлари орқали безларга ва лакуналарга тарқаладилар. Трихомонадаларнинг паразитлик қилишлари учун кислотали мухит қулай бўлиб, бундай шароитларда гликоген моддаси етарли бўлади. Қин трихомонадаси айрим кокклар (гоноккок)ни фагоцитоз йўли билан қабул қилади-ю, парчалаб ҳазм қилиб билмайди ва уларни антибиотик ва сульфаниламид препаратлар таъсиридан сақлаб қолади. Шунинг учун беморда сўзак ва трихомониаз бор деб шубҳа қилинса бир йўла сўзак ва трихомониазга қарши даво қилиш керак.

Инкубацион даври 3–4 кундан 2–3 ҳафтагача.

Аёллар ва қизлардаги клиник кўриниши. Трихомониаз ўткир кўпикли йиринг ажратма билан бошланиб, беморлар ачишувчи оғриклар ёки кичимага ва кўп миқдордаги оқиш ажратма ажралишига шикоят қиладилар. Вақт ўтган сайин субъектив шикоятларнинг интенсивлиги камай боради, гўё “тузалаётгандек” бўлади. Сурункали трихомониазга тез-тез авжланишлар хос бўлиб, бу авжланишлар ўткир яллиғланишни стимуляция қилади. Кўпинча яллиғланиш кинда (colpitis), бачадон бўйни шиллик пардасида (cervicitis), уретрада (urethritis), кичик уятли лабчалар шиллик пардаларида (vestibulitis) ва катта (vulvitis) жинсий лабларда кузатилади. Камроқ эса бачадон бўйни канали (endocervicitis) ва бачадон (endometritis) шиллик пардаси яллиғланади.

Эркаклардаги трихомонадалар уретра шиллик пардасига тушгач, ўткир ости, торпид клиник кўриниши ёки сурункали яллиғланиш чақирадилар. Бемор яхши даволанмаса, парҳез сақланмаса унда уретра стриктураси, трихомонадли простатит ва бошқа асоратлар кузатилиши мумкин.

Таъхиси:

1. Бактериоскопик текшириш.
2. Бактериологик экиш усулида текшириш.

Дифференциал таъхис. Асосан лаборатор усуллар ёрдамида бошқа жинсий йўллар билан юқувчи касалликлар билан қиёсланади. Травматик, кимёвий жароҳатлар, аллергик реакциялар, дисбактериоз, гиповитаминоз, яллиғланишлар, ичак паразитлари (острицалар) томонидан бўлиши мумкин. Токсикодермия, оддий пўрсилдоқ яра.

13-жадвал

Урогенитал трихомониазнинг давоси

Timidazolom	р/о	2,0 бир марта ёки 1-куни 2,0 бир марта, 2–5 кунлари; 1,0 кунига 1 марта	Ҳомиладорликни 1-триместерида мумкин эмас. Сурункали жараё нида
Metromidazolom (Tricho-pol, Flagil, Metrogel)	р/о	1-усул: 0,25, кунига 3 маҳал, 7 кун	Гарднереллз билан уюшган ҳолда учраса тавсия этилади
Atrican-250	Р/о	1 таб. кунига 2 маҳал, 4 кун	Жигар ҳасталигида мумкин эмас. Ҳомиладорларга ҳам мумкин, Candida albicans га ҳам таъсир этади.

Ornidazol (Tiberal)	P o ва i vag	0,5; кунига 2 маҳал, 1 ваг.таблетка уйқудан олдин	Ўткир турида – 1 кунли, сурункали турида – 5 кунли даво.
Clotrimazolom	i vag	0,1; уйқудан олдин, 7 кун	Ҳомиладорликни 1-триместрида ҳам қўллаш мумкин.
Clion D 100	i vag	1 таб.уйқудан олдин, 10 кун	Candida albicans га ҳам таъсир этади.

УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗ (CHLAMYDIOSIS UROGENITALIS)

Хламидиоз – кўп учровчи жинсий йўл билан юкувчи касаллик бўлиб, инфекция организмда узоқ кечувчи яллиғланиш ва асоратлар чақиради ҳамда бўғимлар ва кўз конъюктиваси жароҳатланади.

Этиологияси. Хламидиялар – майда, грамманфий бактериялар бўлиб, хужайралар ичида паразитлик қилиш хусусиятига эга, фақат хужайралар ичида цитоплазматик киритмалар таркибида ривожланадилар. Бу киритмалар – хламидия колонияларидир. Инсонларда урогенитал хламидиозни – *Chlamydia trachomatis* D-K серотиплари чақирадилар. Ундан ташқари, *Chlamydia trachomatis* L-типлари инсонларда венерик лимфогранулема касаллигини келтириб чиқаради. Ноқулай шароитларда хламидиялар L-формага айланадилар, хужайралар таркибида узоқ муддат паразитлик қиладилар, натижада минимал антигенлик таъсири чақирадилар. Иммунодепрессия ёки иммунтанкислик ҳолатларида хламидия L-формадан яна фаол, вирулент формага ўтиб касалликни авжлантиради.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи – бемор киши. Касаллик жинсий алоқалар орқали ёки маиший алоқалар орқали асимптомли беморлардан юкиши мумкин. Болалар оналаридан – йўлдош орқали ёки туғилиш вақтида касалликни юктирадилар. Организмда инфекция контакт йўли билан тарқалиши ёки лимфоген, гематоген йўллар билан генерализацияга учраши мумкин.

Патогенези. Инфекцияга чалиниш *chlamydia trachomatis* бактерияларини шиллиқ пардаларига тушиши оқибатида кузатилади. Хламидиялар цилиндрик ҳамда оралик эпителияларида паразитлик қиладилар. Хужайралар юзасига хламидияларнинг элементлар таначалари тушади, улар микроорганизмнинг етилган тури ҳисобланадилар ва инфекциянинг тарқалишини таъминлайдилар. Микроорганизмнинг бу

тури организмдан ташқарида, хона хароратида 24–36 соатгача сақланиши мумкин, улар ультрабинафша нурлари таъсиридан, дезинфекцияловчи воситалар ҳамда қайнатиш оқибатида ўладилар. Элементар таначалар хужайраларда ретикуляр таначаларга айланадилар ва фаол метаболизм билан тезда кўпаядилар. Хужайраларда ретикуляр таначалар ривожланиб вояга етади, инфекцияга чалинган хужайра ўлади, янги элементар таначалар ажралиб чиқади. Бу жараён 48–72 соат мобайнида кечади ва узвий давом этади.

Инкубацион даври 5–14 кун ва ундан кўпроқ.

Клиник кўриниши. Сийдик-таносил йўлларида кузатиладиган яллиғланишлар, ўткир ости ва сурункали гонорейли яллиғланишдан кам фарқ қилади. Одатда, уретрада нохуш ҳиссиёт, ачишиш ва қичишиш кузатилади. Уретра тешиги бироз гиперемияланган бўлиб, оз миқдорда шилимшиқ ажратма ажрайди. Аёлларда бачадон бўйни ва канали яллиғланиши характерлидир. Урогенитал хламидиоз гонорея сингари сийдик – таносил тизими бўйича тарқалиши ва асоратланиши мумкин.

Инфекциянинг кўз шиллиқ пардасига тушиши натижасида конъюнктивит ривожланади. Иммунопатологик реакцияли беморларда Рейтер касаллиги (Morbus Reiter) реактив артрит, тугунчали эритема ва бошқалар кузатилади. Узоқ кечган инфекция бепуштлик, бўғимларнинг сурункали яллиғланиши ва бошқа тикланмас асоратлар қақиради. Рейтер касаллиги классик вариантда уретритдан бошланади, унга бўғимлар яллиғланиши ва конъюнктивит қўшилади. Терида тошмалар кузатилиши мумкин. Касалликка, асосан, ёш эркаклар чалинадилар. Касаллик ўткир ёки ўткирости бошланиб бирон-бир симптомнинг устунлиги билан кечади. Касаллик қайталаши мумкин, ўз вақтида ташхис қўйиб даволанмаса, тикланмас асоратлар қақирishi мумкин.

Ташхис. 1. Бактериоскопик текширув:

а) суртмани Романовский-Гимза усулида бўяш;
б) тўғри иммунофлюорисценция усули (РИФ) жуда сезгир усул бўлиб, гиперташхис бўлиши мумкин;

в) иммун-пероксидаза усули.

2. Бактериологик текширув: ажратмаларни товуқ эмбриони ва хужайра культурасида ундириш усули.

3. Серологик текширувлар: бавосита иммунофлюоресценция усули. Зардоб ёки секретдан антителоларни аниқлаш.

4. Полимераз занжирли реакция (ДНК ташхиси) ажратма ёки сийдик текширилиши мумкин.

**Дифференциал
ташхиси**

- Факат лаборатор усулда касаллик манбаини аниқлаш билан.
- Gonorrhoea.
- Trichomoniasis.
- Ureaplasmosis.
- Candidamycosis.
- Gardnerellosis.
- Венерик генезга эга бўлмаган уретритлар.

14-жадвал

Урогенитал хламидиозни даволаш

Медикамент	юбориш усули	1.Асоратланма- ган хламидиоз	2.Асоратланган хламидиоз	Илова, тавсия
Doxicyclinum ёки Mynocyclinum	P/o	1-доза 0,2; ке- йин 0,1 кунига 2 марта, 7 кун ёки 1-доза 0,2 ке- йин 0,1 кунига 1 марта, 7 кун	1-доза 0,2 ке- йин кунига 2 марта, 14 кун ёки 1-доза 0,2 ке- йин 0,1 кунига 1 марта 14 кун	Ҳомиладорлар, эмизикли аёл- лар, болаларга мумкин эмас. Простатитда самарали
Tetracyclinum hydrochloridum	P/o	0,5 кунига 4 марта, 7 кун	0,5 кунига 4 марта, 14 кун	
Erythromycinum	P/o	0,5 кунига 4 марта, 7–10 кун ёки 0,25 кунига 4 марта, 14 кун		Ҳомиладорлар, болаларга, тет- рациклинга монелик бўлганида
Cefoxin	i/v		2,0 кунига 4 марта, 14 кун	Оғир ҳолатларда
Azitromycinum (Sumamed)	P/o	1,0 бир маро- таба	1–2-куни 1,0 3-кунидан 0,25, кунига 1 марта, 6 кун	Танлов препа- рати

Co-trimaxazolium (Trimethoprim-sulfamethoxazole)	P/o	1 таб. (160800 мг) кунига 2 марта, 7 кун	1 таб.(160кК800 мг) кунига 2 марта 10 кун	Танлов препа- рати
Amoxicillinum	P/o	0,75 кунига 3 марта, 10–14 кун		
Sulfisoxazole	P/o	0,5 кунига 4 марта, 10 кун		
Rovamycin	P/o			Ҳомилдорлар- га ҳам қўллаш мумкин

МИКОПЛАЗМОЗ (MYCOPLASMOSIS)

Урогенитал инфекция ҳисобланиб, бошқа урогенитал инфекциялар билан уюшган ҳолда учраши ва гонорейдан кейинги яллиғланишга сабаб бўлиши мумкин.

Этиологияси. Микоплазмалар – сув, тупроқ таркибида кенг тарқалган сапрофитлар бўлиб, ҳайвон ва инсонларда касаллик чиқарувчисидир. *Mycoplasma hominis* ва унинг Т-тури *Ureaplasma urealiticum* инсон учун шартли-патоген ҳисобланади. Микоплазмалар полиморф грамманфий микроорганизмлардир, уларда бошқа бактериялардан фаркли ўлароқ хужайра пардаси йўқ. Уларни уч қаватли мембрана камраб туради ва вирусларга ўхшаб хужайраларда кўпаяди ва бактериал филтрлардан ўта олади.

Патогенези. Микроорганизмлар сийдик-таносил йўллари шиллик пардаларига тушишга ҳаракат қилиб, у ердан адсорбцияланиб хужайра юзасига жойлашадилар. Микоплазма ва уреаплазмалар бошқа патоген микроорганизмлар билан уюшган ҳолда яллиғланиш реакцияларини чақирадилар.

Инкубацион даври. Инкубацион даври номаълум.

Клиник кўриниши. Микоплазмалар ва уларнинг Т-колониялари сийдик-таносил аъзолари йўлларида ўткир, сурункали ёки кам симптомли яллиғланишлар чақиради. Микоплазма инфекцияси бошқа урогенитал касалликлар билан кўпинча уюшган ҳолда учрайди, уларнинг асосий клиник симптомлари ҳам бир бирига ўхшаш. 50% ҳолларда микоплазмоз постгонорейли яллиғланишли инфилтратив жараёнлар ва бошқа асоратларга олиб келади.

Ташхиси. Сийдик ёки ажратмани махсус мухитга экилади.

Дифференциал ташхиси

Бошқа урогенитал инфекциялардан бактериологик усулда дифференциация қилинади.

15-жадвал

Микоплазмознинг давоси

Tetracyclinum hydrochloridum	P'о	0,5 кунига 4 маҳал 7 кун	Ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин эмас
Doxycyclinum	P'о	0,1 кунига 2 марта 7 кун	Ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин эмас
Erythromycinum	P'о	0,5 кунига 4 марта 7 кун	Тетрациклинга монелик бўлганида
Spectinomycinum	i'm	2,0 кунига 2 марта 3 кун	Оғир ҳолларда
Doxycyclinum	i'm	0,1 кунига 2 марта тана ҳарорати тушганидан сўнг 48 соат ўтгунича. Сўнг давони р'о 10–14 кун давом эттирилади.	Диссеминацияланган инфекцияда қўлланилади.

БАКТЕРИАЛ ВАГИНОЗ, ГАРДНЕРЕЛЛЕЗ (VAGINOSIS BACTERIALIS)

Бактериал вагиноз – полимикробли келиб чиқишга эга бўлган клиник синдром бўлиб, бунда кин секретини ўзгариши кузатилади, лактобактериал флора ва анаэроб микроорганизмлар орасида силжиш кузатилади.

Этиологияси. Бактериал вагинозда – секрет таркибида анаэроб флора – *Gardnerella vaginalis* ва *Mobiluncus* бошқа урогенитал инфекциялар билан уюшган ҳолларда учрайди. Кин секретидан лактобациллалар йўқолиб, лейкоцитлар бўлмайди. *Gardnerella* ва *Mobiluncus* – грамманфий, граммўзгарувчан, спора ҳосил қилмайдиган таёқчалардир.

Патогенези. *Gardnerella vaginalis* эпителиал хужайралар билан бирикиб типик clue cells ҳосил бўлади. Қинда Дедекерлейн таёқчаси бўлмайди, рН 4,5 дан юқори бўлади ва кин секретини ўзгаришлар кузатилади.

Клиник кўриниши. 50% бактериал вагиноз билан оғрувчи аёллар шикоят билдирмайдилар, ҳатто лаборатор усулда ташхис тасдиқланган бўлса ҳам. Клиник ўзгаришлар кучли ривожланган беморларда – нохуш хиссиёт, қичишиш, сийдик ажралишининг ўзгариши ва ажратмага шикоят кузатилади. Яллиғланиш ўткир кечиб уретрада (urethritis), кин шиллик пардасида (colpitis), бачадон бўйнида (cervicitis) ва бачадон бўйни каналида (endocervicitis) кузатилади. Кўнғир-оқиш ўзига хос ҳидли ажратмалар ажралади. Эркакларда Gardnerella vaginalis яллиғланиш чакирмайди, айрим ҳоллардагина уретрит кузатиши мумкин.

Ташхиси. Бактериал вагиноз ташхиси ўринли дейиш учун беморда 4 белгидан 3 белги топилиши керак.

1. Қиндан гомоген қаймоқсимон, ёқимсиз ҳидли ажратма борлиги.

2. Ажратмага 10% КОН эритмаси томизилса ёқимсиз балиқ иси пайдо бўлади.

3. Ажратмаларни бактериоскопик текширишида калитли хужайралар топилиши.

4. Қин ажратмасининг рН кўрсаткичи 4,5 юкори.

Дифференциал ташхиси. Бошқа урогенитал инфекцияларидан клиник ва бактериологик фарқи.

16-жадвал

Бактериал вагинознинг давоси

Timidazolom	P/o	1-куни 2,0; 1 марта, кейин 0,5 кунига 2 марта, 5 кун	
Metronidazolom	P/o	0,5 кунига 2 марта, 7 кун	
Arilin 250	P/o	0,5 кунига 3 марта 3–4 кун ёки 0,5 кунига 3 марта, 5 кун	Ҳомиладорликда қўллаш мумкин. Рецидив вақтида вагинал шағамлар билан бирга қўлланилади
Arilin rapid	i/vag	кунига 1 марта, 2 кун	
Clindamycin	P/o	0,3 кунига 4 марта, 4–7 кун	Ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин

Cleocin крем	маҳаллий	қунига 1 маҳал, қинни физиологик эритма билан чайгандан сўнг	
Trysul	маҳаллий	вагинал, қунига 2 марта юборилади	Сульфаниламидларни кўтара олмаслик кузатиладиганида мумкин эмас

УРОГЕНИТАЛ КАНДИДАМИКОЗ (CANDIDAMYCOSIS UROGENITALIS)

Кандидамикоз – дисбактериоз оқибатида тери ва кўпроқ шиллик пардаларнинг яллиғланиши.

Этиологияси. Урогенитал кандидоз манбаи *Candida* гуруҳ замбуруғлари бўлиб, 90% беморларда *Candida albicans* аниқланади. *Candida albicans* инсоннинг нормал флорасининг шартли-патоген замбуруғи бўлиб тери, шиллик пардалар ва ички аъзоларда яллиғланиш чакириши мумкин.

Патогенези. Кандидамикозни ривожланишига олиб келувчи омиллар эндоген (эндокринопатия, иммунологик танқислик ҳолати, авитаминозлар) ва экзоген факторлар (антибиотик, гормонал, иммунодепрессант, цитостатик дори-дармон, нур давоси ва контрацептив препаратлари) таъсиридан сўнг вужудга келадиган дисбактериоз, оксил ва углеводлар метаболизмидан ўзгаришини билладилар.

Аёллардаги касаллик ташқи жинсий аъзолар ва уларнинг шиллик пардаларини ва клиник кўриниши қинни жароҳатлаб, ўткир яллиғланиш чакиради. Субъектив-ачишиш ва қичишиш ҳисси безовта этади. Кўп миқдорда ажратма ажрайди. Ташқи жинсий аъзолар терилари гиперемияланган, шишган, оз сузмасимон парда билан қопланган бўлиб, уни кўчириш натижасида эрозия ва бироз қонаш кузатилади. Бу хил клиник кўриниш вульвит (*vulvitis*)га хос. Одатда бир вақтнинг ўзида қин ҳам жароҳатланади, қин деворида ҳам гиперемия, шиш, оқиш сузмасимон парда кузатилади, вульвоагинит (*vulvovaginitis*) ривожланади. Инфекция сийдик-таносил аъзолари юқори қисмларига кўтарилиши мумкин: бачадон бўйнини яллиғлантириб (*сervicitis*), уретрани ҳам жароҳатлаб (*urethritis*), диурез оғриқли кечади. Яллиғланиш жараёни сурункали турга ўтиб, қайталашга мойиллик билан кечади.

Эркакларда замбуруғ, олат бошчаси ва ёпқич терисининг ички юзасида клиник кўриниши ўткир яллиғланиш (*balanoposthitis*) чакиради, ўчоқда гиперемия, сузмасимон парда ва эрозия кузатилади. Бу

яллиғланиш фимозга сабаб бўлиши мумкин. Уретрининг яллиғланиши кам кузатилади, кузатилганида ҳам кўпинча сурункали турда бўлади, сабаби бошқа инфекциялар билан ассоциацияда учрайди, бошқа инфекциялар фониди ёки уларни даволаш оқибатида ривожланиши мумкин.

Ташхиси

1. Бактериоскопик текширишлар.
2. Бактериологик текширишлар.

Дифференциал ташхиси

- Механик таъсирдан яллиғланиш.
- Кимёвий аллергия таъсирдан яллиғланиш, турли хил контрацептивла таъсирдан вужудга келувчи яллиғланишлар.
- Қизларда ташқи жинсий аъзоларни ичак паразитлари таъсирдан яллиғланишлари.
- Ташқи жинсий аъзолар соҳаси кичишиши (pruritus vulvae).
- Trichomoniasis ва бошқа инфекциялар.

Давоси. Кандидамикозга учраган беморларни этиологик ва патогенетик давоси бир хил даражада зарур. Шунинг учун ҳам замбуруғга қарши препаратлар (имидазол гуруҳи) билан бир қаторда В-гуруҳи витаминлари қўлланилади, ферментотерапия, дисбактериозни барта-раф этишга қаратилган даво тайин этилади.

17-жадвал

Умумий замбуруғга қарши даво

Nistatinum	P ₁₀	500.000 Т.Б.кунига 4 марта, 5–10 кун	Рецидив кузатилса 1 йилда 3–4 курс қайтарилади
Ketakenazolom (Nizora- lum, Oranozolom)	P ₁₀	0,2 (1 таб.) кунига 1–2 ҳафта	
Itaconazolom	P ₁₀	0,4 бир мартаба	Рецидив кузатилса қайтатдан қабул килинади. Ҳафтада 1 марта, 2–3 ҳафта
Fluconazolom (Diflucan)	P ₁₀	150 мг (1 таб.) бир мартаба	Рецидив кузатилса, 150 мг (1 таб.) ҳафтада бир марта, 2–3 ҳафта
Tenonidazolom (Atrican-250)	P ₁₀	1 кап.кунига 2 марта, 4 кун	Trichomonas vaginalisга ҳам таъсир этади

Маҳаллий даво. Турли хил рН ли эритмалар билан вагинал ван-ночкалар қилинади ва чайилади. Эритмалар кун аро ўзгартирилиб ту-рилади: 2% ли борат кислотаси эритмаси, 2% натрий гидрокарбонат эритмаси, йодинок, люголь эритмалари билан ва бошқалар.

18-жадвал

Маҳаллий даво

Nistatinum (Mycostatinum Candida Lokacid)	мазь, вагинал шағамча	кунига 1 марта, 12 кун	
Myconazolom (Dactar)	крем, пудра	кунига 1–2 марта, симптомлари йўқолгунича	
Clotrimazolom (Antifungel, Mycofungin)	вагинал таб. вагинал крем	кунига 1 марта 3–6 кун	Рецидив кузатилса 3 кундан сўнг, курс қайта ўтказилади
Iconazolom (Travogen, Gino-Travogen Ovulum)	крем, вагинал шарчалар	кунига 1 марта 4 ҳафта мобайнида 1 вагинал шарга бир маротаба	Рецидив кузатилса қайтадан 1 марта мен- струал цикл вақтида қўлланилади
Polygonax	вагинал кап- сулалар	1 капс. – 1 кунда, 12 кун	
Clion D 100	вагинал таб.	1 таб. уйқудан олдин, 10 кун	Trichomonas vaginalis га ҳам таъсир этади

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ

Этиологияси. Цитомегаловирус (Cytomegalovirus Hominis, 1956 йилда M.G. Smith аниқлаган) учта штамми (Денис, АД 169, Керр), бетта-герпесвируслар оиласига мансуб бўлган клиник полиморфизм билан кечадиган касаллик сабаби. Цитомегаловирус оппортунистик инфекциялардан бўлиб, бирламчи ёки иккиламчи иммунтанқислиги ҳолат-ларида ўзини намоён қилади ва одам ички аъзоларини зарар-лайди ва турли хил кўринишдаги клиник манзарани келтиради.

Эпидемиологияси. Вируснинг манбаи бўлиб вирусташувчилар ва беморлар ҳисобланади. Одам организмидан ЦМВ қон, сийдик, сўлак, балғам, кўз ёши, сперма, аҳлат, бачадон бўйни ва қин ажратмалари билан чиқади ва бу юқиш йўллари билан белгилайди – жинсий алоқа ор-қали, ҳаво-томчи, овқатланиш жараёнида, онадан-болога (транспла-центар, вертикал), она сути ва парентерал йўл.

Патогенези. ЦМВнинг ривожланиши кўпроқ юқиш йўли, макро-организмнинг генетик ва иммун ҳолати билан боғлиқ. ЦМВ одам организмга кириб лимфоцитар реакция ва пролифератив активлигининг пасайиши, фагоцитар активлик ва тугалланган фагоцитоз ҳолатининг сустлигига хос ўзгаришларни олиб келади. Қонда ЦМВ лейкоцитлар, мононуклеар фагоцитлар, Т- ва В-лимфоцитларда кўпайиб, лимфоид аъзоларга тарқалади.

Клиникаси. Цитомегаловирус касаллиги клиник полиморфизм билан ифодаланиб аёлларда цервицит, бачадон бўйни эрозияси, ҳомиладор аёлларда эрта ва оғир токсикозлар, эндометрит ҳолатларини намоён қилади ва эрта ҳомила ташлашга ва ҳомиладорлик жараёнининг бузилишига олиб келади. Беморлар бўғимлардаги оғриққа шикоят қиладилар ва кўрганда кулоқ олди ва жағ ости лимфа тугунларининг катталашгани, қонда эритроцитлар чўкиши тезлиги (РОЭ) 40 мм/с гача кўтарилгани аниқланади. Шиллиқ қаватлар юзасида оқиш-кўкимтир қоплама шпатель билан кўчирилса улар енгил ва оғриқсиз кўчади ва юзаси қонамайди. Аёлларнинг гинекологик кўрувида катта ва кичик уятли лабларининг шиллиқ қаватида 1–2 мм келадиган каттиклашган ўчоқлар кўзга ташланади ва улар кам сезувчан бўлади.

Ташхиси. Амалиётда цитомегаловирус касаллигининг ташхиси кўпроқ юқорида қайд этилган шикоятлар ва ўзгаришлар билан келган беморларни лаборатор текширувидан ўтказиб, уларда ЦМВга комплекс таъминловчи антитаначаларни ИФА ва ПЦР усуллари билан аниқлашга асосланади.

Давоси. Вирусга қарши этиотроп дори-дармонлар (ацикловир, завиракс, виroleкс, рибамидол, фоскарнет ва бошқалар) билан гаммаглобулин, интронферон, левамизол ва бошқа турдаги иммуноиндукторлар қўлланилади.

ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ

Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) ўта хавфли, юкумли, ретровирус гуруҳига мансуб вирус кўзгатадиган касаллик. 1980 йиллардан бошлаб омма орасида кенг тарқалиши ва бедаволиги, ОИТСни дунё мамлакатларида сезиларли ижтимоий ва иқтисодий зарар келтирадиган, инсонларда эса ваҳима келтирадиган муаммо деб таништирилди.

Дунёда касалланганлар 50 миллионга, ОИТСдан бир йилда кўз юмганлар сони 3 млн яқинлашиб қолган бўлса, Мустақил ҳамдўстлик

Давлатларида ҳам ОИТС йилдан йилга ошиб бормоқда ва 2005 йилгача бу кўшни давлатларда юктириб олганларнинг сони 4 млн.га етиши мумкин. Республикамизда эса 2003 йил августгача рўйхатга олинган ОИТСни юктирганлар сони 3000 бўлди ва у барча худудларда қайд қилинди.

Этиологияси. Одамларда ОИТС касалланишини, асосан, ОИТВ-1 ва ОИТВ-2 ретровируслар олиб келади. Вирус геноми яхши ўрганилган бўлиб, унинг катталиги 100–200 микрон ва у кўпайиш жараёнида 9 асосий антигенлар структурасини ташкил қилади.

Патогенез. ОИТС ни патогенези ҳам яхши ўрганилган. Вирус тирек хужайралар ичида кўпаяди ва улар муносабатида бир неча босқичлар ажратилади:

1. Вирус хужайрага боғланиши.
2. Вирус ечиниши ва хужайрага кириши.
3. Вирус кўпайиши ва таркибиди антигенлар ва бошқа моддалар ҳосил бўлиши.
4. Хужайра геноми ичига вирус геномини жойлашиши.

Нормал ишлаб турган организмга тушган вирусларни кўп йиллар иммун система босиб туради, лекин аста-секин иммун тизими вирусга қарши курашиш хусусиятини йўқотади ва бу организмда вирус тўсиксиз кўпая бошлайди.

Эпидемиологияси. ОИТС ўта хавфли юқумли антропоноз касаллик ва у бемордан ёки ОИТС вирусини ташиб юрвчи шахслардан соғ одамга юқади.

ОИТС вирусининг юқиш йўллари: жинсий алоқа орқали (вагинал, анал, орал, гомосексуал ёки гетеросексуал), парентерал зарарланган қон ва қон маҳсулотлари орқали (шприц ва асбоб-усқуналар) ва бемор онадан ҳомилага (туғилиш вақтида) ёки болага (она сути орқали).

ОИТС вируси жароҳатланмаган тери ва шиллик қаватдан ўтмайди.

Клиник кўриниши. ОИТСнинг кечиши 5 даврга ажратилади:

1. Касалликнинг ўткир даври.
2. Белгиларсиз – ташувчилик даври.
3. Персистик генерализациялашган – лимфоаденопатия даври.
4. ОИТСга ассоциацияланган комплекс даври.
5. ОИТС.

Ўзбекистонда ОИТС клиникасини ёритишда ва ёрдамни режалаштиришда кўпроқ В.И.Покровский (1989 й.) берган касаллик таснифи қўлланилади ва у бўйича:

1. Инкубацион даври.

2. Бирламчи белгилар даври:

А. Ўткир иситмалик фазаси.

Б. Касалликнинг белгиларсиз фазаси.

В. Қайталанувчи тарқок лимфаденопатия фазаси.

3. Иккиламчи белгилар даври:

А. Тана вазнининг 10% дан кам миқдорини йўқотиш, тери ва шиллик қаватларни замбуруғ, бактерия ва вируслар томонидан шикастланиши, ўраб олувчи темиртки, синуситлар ва қайталанувчи фарингитлар кузатилиши.

Б. Тана вазнининг 10% дан кўпроғини йўқотиш, 1 ойдан ортик сабабсиз диарея ва иситмалаш, тилнинг «тукли» лейкоплакияси, ўпка сили, ички аъзоларнинг бактерия, замбуруғ, вирус, содда паразитлар томонидан жароҳатланиши (диссеминициясиз) ёки тери ва шиллик қаватларнинг чуқур жароҳатланиши, диссеминицияланган ўраб олувчи темиртки, маҳаллий Капоши саркомаси.

В. Бактерия, вирус, замбуруғ, содда паразитлар томонидан чакирилган турли хил тарқалган касалликлар, пневмоцистли зотилжам, кизилўнғач кандидози, атипик микобактериоз, ўпкадан бошқа аъзоларда учрайдиган сил касаллиги, тарқалган Капоши саркомаси, ҳар хил сабабларга кўра марказий асаб тизимининг жароҳатланиши.

4. Терминал даври.

Юқорида баён этилган клиник белгилардан ташқари ОИТСни борлигини қуйидаги тахлилий ўзгаришлар тасдиқлайди:

- Т-хелперлар қондаги сонининг камайиши;
- Т-хелперларнинг Т-супрессорларга нисбати камайиши;
- камқонлик ёки лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения;
- қон зардобиди А- G-иммуноглобулинлар миқдорининг ошиб кетиши;
- қонда айланиб юривчи иммун бирикмалар миқдорининг ошиши;
- митоген (иммуностимулятор) таъсирида лимфоцитларнинг ядровий ўзгариш хусусиятининг камайиши;
- терининг антигенга нисбатан секинлашган типдаги, юқори сезувчан аллергия реакцияси.

Амалиётда ОИТСга гумон қилиш учун мужассамлашган белгилардан иккита ва ундан кўпроқ клиник ва тахлилий кўрсаткичлар бўлиши керак.

Давоси. ОИТС касаллигининг клиник кечишига, даврига қараб антиретровирусли (зидовудин, азидотимидин, диданозин, зальцитабин, ставудин, ламивудин, невриалин, лавирид, идинавир, ритонавир), симптоматик ва патогенетик даво олиб борилади.

ЖИНСИЙ ЙЎЛ ОРҚАЛИ ЮҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

ЖЙОЮК бўйича маслаҳатни қуйидагилар ўтказиши мумкин:

- администраторлар;
- тиббий ҳамширалар;
- турли соҳадаги тиббий ходимлар: дерматовенеролог, гинеколог, уролог;
- терапевт ва бошқа оила врачлари, шунингдек жинсий зўрлаш шубҳаси туғилганда суд тиббиёти врачлари ҳам қатнашадилар;
- лаборатория ходимлари;
- соғлом турмуш тарзини ташвиқот қилувчи жинсий алоқа аниқланиши;
- шерикларга маълумот берувчи бошқа ходимлар.

Венерик касалликларнинг шахсий профилактикаси

Тасодифан жинсий алоқада бўлган аёл ёки эркеклар, яъни венерик касалликка чалиниш хавфи туғилган шахслар, бу венерик касалликларнинг олдини олиш чораларини диспансер қошидаги «кечки профилакторийларда» ёки ўзлари амалга оширишлари мумкин.

Аутопрофилактика чораларини жинсий алоқадан кейин тезда (2 соатгача) ўтказиш керак ва бунинг учун чет давлатларда кенг тарқалган индивидуал, портатив (чўнтак) профилактик воситалари билан (бир пеналга йиғилган) ёки презерватив, катта шприц, антисептик эритма (хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин ва бошқа), антибактериал малҳам, совун ва бошқалар қўлланилади.

Хавфли (никоҳдан ташқари) жинсий алоқада бўлган инсон индивидуал профилактика пунктларига кечаю кундуз мурожаат қилиши мумкин. Бундай индивидуал профилактик пунктлар кўпроқ шаҳарларда тери-таносил касалликлари диспансерлари қошида, вокзал ва аэропортларда ташкил этилган бўлади. Бу пунктдаги тиббий хизматчини мурожаат қилган инсонга ёрдам вазифалари: мурожаат қилган инсон сийгандан кейин, сийдик йўллари 2–3% ли проторгол эритмаси (гибитан, цидипол ёки бошқа воситалар) билан шприц ёрдамида ювилади. Кейинчалик жинсий аъзолар атрофини кир совун билан ювиб, артилгандан кейин, антибактериал малҳам суртилади. Аёлларда

эса сийдик йўллардан ташқари қин ва ташқари жинсий аъзолар 1:1000 миқдордаги сулема эритмаси, 1:6000 миқдордаги калий перманганат эритмаси, 1–2% ли кумуш нитрат эритмаси, гибитан, цидипол билан ювилади. Бу оддий, юқори эффектив ҳаракатларни ўргатилса, ауто-профилактика ўтказиш ҳар бир инсон учун одатга кириб, қутилган натижа берар эди.

Контрацепциянинг барьер усулларидан – презервативдан жинсий алоқа вақтида тўғри фойдаланиш ҳам юқори даражада айрим касалликларнинг юқмаслигини таъминлайди.

И Л О В А

Илова 1

Тошмаларнинг типик жойлашишига кўра касалликлар кўрсаткичи

Тананинг турли сохаларидаги тери ўзига хос анатомик, физиологик ва биокимёвий хусусиятларга эга. Шу сабабли кўплаб касалликлар ўзига хос типик локализацияга эга (масалан: бетда, ораликда, кулоқ супраларида, товонда). Бу кўрсаткичда айрим касалликларгина тошмаларнинг жойлашишига кўра гуруҳларга ажратилган, бундай кўрсаткич диагностик изланиш доирасини бирмунча торайтиради.

I. Бошнинг соч қисми:

– Доғ

- кизил югирик
- себореяли дерматит

– Папула ва пилакча

- оддий хуснбузар
- чегарали нейродермит
- пигментли невуслар
- псориаз
- куёшли кератоз
- қариялар кератомаси

– Тугунлар ва ўсмасимон ҳосилалар

- хушфёъл ўсмалар (пигментли невуслар)
- ёмон фёлли ўсмалар (яс-сихужайрали ва базалхужайрали тери раки)

- метастазлар
- ёғ безлари невоси

– Кепаклар

- Бошнинг соч қисми дерматофитияси
- Дискоид кизил югирик
- псориаз

- себореяли дерматит

– Лихенизация

- чегарали нейродермит

– Қалоклар

- базал хужайрали тери раки
- бошнинг соч қисми дерматофитияси

- ўткир кичимали дерматит

- пиодермия

- себореяли дерматит

– Пуфак ва пуфакчалар

- герпессимон дерматит
- камраб олувчи темиртки
- ўткир кичимали дерматит
- пўрсилдок яра

– Пустулалар

- стафилококкли фолликулит

II. Юз (бет)

– Доғ

Қизил доғ

- кизил югирик
- алангаланувчи невос
- себореяли дерматит
- захм

- фиксацияланган (жойлашган) токсикодермия
- Гиперпигментли
- ёмон феълли лентиго
- меланома
- оралик нево хужайрали невус
- Пейтц-егерс синдроми
- қариялар кератомаси
- фиксацияланган токсикодермия
- хлоазма
- Гипопигментли
- оддий темиратки
- витилиго
- ранг-баранг темиратки
- яллиғланишдан кейин ҳосил бўлган гипопигментациялар
- Папула ва пилакчалар
- Нормал тери рангида
- контагиоз моллюсклар
- оддий ҳуснбузар
- пигментли невуслар
- ясси сўгал
- оддий сўгал
- куёшли кератоз
- Қизил
- ангиофиброма
- базал хужайрали тери раки
- иккиламчи сифилис
- гемангиома
- дерматомиозит
- қизил югирик
- наслий геморрагик
- Телеангиэктазия
- от-невуси
- оддий ҳуснбузар
- оғиз атрофи дерматити

- ясси хужайрали тери раки
- сарамас
- куёшли кератоз
- телеангиэктатик гранулема
- сурункали қичимали дерматоз
- эозинофилли фолликулит
- эритропозтик протопорфирия
- Гиперпигментли
- меланома
- пигментли невус
- қариялар кератомаси

Тугунлар ва ўсмасимон ҳосилалар.

- Соғ тери рангида
- ангиофиброма
- базал хужайрали тери раки
- интрадермал невохужайрали невус
- ясси хужайрали тери раки
- трихолеммома

– Қизил

- генераллашган амилоидоз
- қизил югирик
- саркоидоз
- телеангиэктатик гранулема
- Гиперпигментли
- базалхужайрали тери раки
- зангори невус
- меланома
- пигментли невуслар
- Вегетациялар
- кератоакантома
- оддий сўгаллар
- қариялар кератомаси
- Бўртмалар
- Квинке шиши

- Кепаклар
 - глюкоганома
 - дерматофития
 - цинк етишмовчилиги
 - қизил югирик (асосан очик соҳаларда)
 - ўткирости қичимали дерматит
 - псориаз
 - себореяли дерматит
 - қуёшли кератоз
- Муғузланиш
 - кератоакантома
 - қуёшли кератоз
- Лихенизация
 - нейродерматоз
 - сурункали қичимали дерматит
- Қалоклар
 - герпес
 - импетиго
 - қамраб олувчи темиратки
 - ўткир контактли дерматит
- Пуфак ва пуфакчалар
 - буллез импетиго
 - герпес
 - дерматофития
 - қамраб олувчи темиратки
 - пўрсилдоқ яра
- Йирингчалар
 - дерматофития
 - импетиго
 - оддий хуснбузар
 - пушти хуснбузар
- Яралар
 - ёмон феълли ҳосилалар
 - меланома
 - патомимия
- Экскориациялар
 - невротик экскориациялар

III. Қобоклар

Тугунчалар:

- генераллашган амилоидоз
- ёмон феълли ўсмалар
- контагиоз моллюсклар
- ксантелазма
- юмшоқ фиброма
- периорал дерматит
- қапоши саркомаси
- сириngoма
- қариялар кератомаси

Бўртмалар ёки шиш:

- контактли дерматит
- қвинке шиши

Веgetациялар:

- базал хужайрали тери раки
- оддий сўгаллар

Тугунлар ва ўсмасимон ҳосилалар:

- интрадермал ёки мураккаб невохужайрали невус
- генераллашган амилоидоз
- саркоидоз

Кепаклар:

- ўткирости қичимали дерматит
- себореяли дерматит

– Лихенизация

- гистоплазмоз
- ёмон феълли ўсмалар
- қизил югирик
- захм (қаттиқ яра)
- оғиз бўшлиғи билан терининг

биргаликда жароҳатланиши
иккиламчи захм

– Қалоклар

- импетиго
- пуфак, пуфакча, йирингчали тошма билан кечувчи барча дерматоз

- ўткир кичимали дерматит

IV. Кулоқ супралари

– Пилакчалар

- дискоид кизил югирик
- псориаз

– Тугунчалар ва ўсмасимон хосилалар:

- ёмон феълли ўсмалар
- Лайма касаллиги (каналли бор-релиоз)
- лимфома
- пигментли невуслар

• кулоқ супраси бурамасининг тугунли хондродерматити

– Кепаклар:

- дискоид кизил югирик
- Ўткирости кичимали дерматит

• Псориаз

• себореяли дерматит

– Муғузланиш

- куёшли кератоз
- қариялар кератомаси

– Лихенизация

- сурункали кичимали дерматит

V. Оғиз бўшлиғи

– Пилакчалар

- оғиз бўшлиғининг сочли лейкоплакияси (тил жароҳатланиши)

• кандидоз

• кизил ясси темиратки

(тўрсимон тури)

• лейкоплакия

– Тугунлар

- ёмон феълли ўсмалар
- телеангиэктатик гранулема

– Муғузланиш

- оғиз бўшлиғининг сочли лейкоплакияси (тил жароҳатланиши)

• лейкоплакия

– Пуфак ва пуфакчалар

- герпес (бирламчи инфекция)
- камраб олувчи темиратки
- кўп хилли экссудатив эритема
- пўрсилдоқ яра

– Яралар

- афтлар
- герпес
- кандидоз
- кизил югирик
- кизил ясси темиратки
- кўп хилли экссудатив эритема
- пўрсилдоқ яра

VI. Тана

Доғ

– Қизил

- иккиламчи захм
- дерматофития
- медикаментоз токсикодермия
- пушти рангли темиратки
- себореяли дерматит

– Гиперпигментли

- дерматофития
- нейрофиброматоз (сутли кофе рангидаги доғлар)

• пигментли эшакеми

• Мак-Кьюн-Олбрайт синдроми

• жойлашган токсикодермия

– Гипопигментли

- оддий темиратки
- витилиго
- ранг-баранг темиратки
- мохов

- тубероз склероз
- Тугунча, пилакчалар
- Соғ тери рангида
 - интрадермал невохужайрали невус
 - контагиоз моллюск
 - нейрофиброматоз
- Қизил
 - иккиламчи захм
 - герпетиформ дерматит
 - қўзқоринсимон микоз
 - дерматофития
 - инфекцион касалликлар
 - қизил ясси темиратки
 - лайма касаллиги (сурункали миграцияланувчи эритема)
 - себореяли дерматит
 - медикаментоз токсикодермия
 - оддий хуснбузар
 - папулез эшакеми
 - пигментли эшакеми
 - псориаз
 - пушти рангли темиратки
 - сурункали кичимали дерматит
- Гиперпигментли
 - базалхужайрали тери раки (пигментли тури)
 - меланома
 - Беккер невуси
 - пигментли эшакеми
 - пигментли невуслар
 - қариялар кератомаси
 - фиксацияланган токсикодермия
- Бўртмалар
 - эшакеми
 - медикаментоз токсикодермия
 - кумурскалар чақиши
 - ўткир васкулит
- Тугунлар
- Соғ тери рангида
 - метастазлар
 - нейрофиброматоз
- Қизил
 - абсцесланувчи хуснбузар
 - интрадермал невохужайрали невус
 - қўзқоринсимон микоз
 - метастазлар
 - мохов
 - саркоидоз
 - захм гуммаси
- Гиперпигментли
 - меланома
 - пигментли невус
 - Капоши саркомаси
 - қариялар кератомаси
- Кепаклар
 - пилакчали парапсориаз
 - иккиламчи захм
 - қўзқоринсимон микоз
 - дерматофития
 - медикаментоз токсикодермия
 - ранг-баранг темиратки
 - ўткир ости кичимали дерматит
 - псориаз
 - пушти ранг темиратки
 - себореяли дерматит
- Пуфак ва пуфакчалар
 - буллез пемфигоид
 - сувчечак
 - герпессимон дерматит
 - дерматофития
 - медикаментоз токсикодермия
 - камраб олувчи темиратки
 - ўткир кичимали дерматит
 - пўрсилдок яра

- кўтир
- Йирингчалар
- таркок пустулез псориаз
- дерматофития
- импетиго
- медикаментоз токсикодермия
- оддий ҳуснбузар
- фолликулит
- кўтир

VII. Қўлтиқ ости соҳаси:

Доғ

- витилиго (оқ)
- нейрофиброматоз (майда, жигарранг, сепкилсимон)
- бичилиш (қизил)
- LEOPARD синдроми
- жойлашган токсикодермия (қизғиш-қўнғир)
- Тугунча, пилакчалар
- дерматофития (камдан-кам холларда)
- кандидоз
- контактли дерматит (дезодорант, терга қарши воситалардан)
- юмшоқ фиброма
- псориаз
- себореяли дерматит
- эластик псевдоксантома (сарғиш-жигарранг)
- acantosis nigricans (бахмалсимон, жигарранг)
- Лихенизация
- чегарали нейродермит
- Тугунлар
- гидраденит (оғриқли, гиперпигментли)
- Кепаклар

- дерматофития (камдан-кам холларда)
- кандидоз
- контактли дерматит
- псориаз
- себореяли дерматит
- Пуфак ва пуфакчалар
- буллез импетиго
- ўткир контактли дерматит
- пўрсилдок яра
- кўтир (қўлтиқ олд бурмалари)
- Эрозия
- буллез пемфигоид
- пўрсилдок яра
- педжетнинг экстрамаммилляр раки
- аёллар кўкрак (сут) безлари тугунча ва пилакчалар
- сут безининг сўргичи Педжет раки
- қариялар кератомаси
- сурункали кичимали дерматит
- кўтир
- Лихенизация
- чегарали нейродермит
- сурункали кичимали дерматит
- Қалоқлар
- пуфак, пуфакча, йирингча, эрозия, яра ва экскорация билан кечувчи барча дерматозлар
- Келаклар
- дерматофития
- кичимали дерматит
- сут бези сўргичининг Педжет раки
- Пуфакчалар
- ўткир контактли дерматит
- сут бези сўргичининг Педжет раки
- кўтир

- Эрозиялар
- сут беzi сўргичининг Педжет раки
- сут беzi сўргичи экземаси
- Яралар
- захм (қаттиқ яра)

VIII. Чов соҳаси:

Доғ

- чов дерматофитияси
- себореяли дерматит
- эритразма
- Тугунчалар ва пилакчалар
- кандидоз
- псориаз
- сурункали кичимали дерматит
- Кепаклар
- чов дерматофитияси
- ўткир ости кичимали дерматити
- псориаз
- иккиламчи захм
- себореяли дерматит
- эритразма
- Қалоклар
- кичимали дерматит
- Пуфаклар ва пуфакчалар
- импетиго
- ўткир контактли дерматит
- пўрсилдоқ яра
- Йирингчалар
- кандидоз
- фурункулез
- эрозиялар
- импето
- кандидоз
- пўрсилдоқ яра
- Лихенизация
- сурункали кичимали дерматит

IX. Чов соҳаси

– Доғ

- себореяли дерматит (кепак)
- фтириаз (оч-қўнғир, зангори)
- Тугунча ва пилакчалар
- гидраденит
- чегарали нейродермит
- псориаз
- себореяли дерматит
- Кепаклар
- чов эпидермофитияси
- эритразма (даволанмаган)
- псориаз
- себореяли дерматит
- Лихенизация
- чегарали нейродермит
- сурункали кичимали дерматит
- Қалоклар
- пуфак, пуфакчали, йирингчали, экскориацияли, яра ва эрозияли дерматозлар
- Экскориациялар
- фтириаз
- Пуфакчалар
- қамраб олувчи темиртки
- ўткир кичимали дерматит
- кўтир
- Яралар
- захм (қаттиқ яра)

X. Жинсий аъзолар

- Доғ
- вителиго
- Тугунча-пилакчалар
- бовеноид папулез
- иккиламчи захм
- қизил ясси темиртки
- меланома
- ўткир учли кондиллома

- псориаз
- сурункали кичимали дерматит
- кўтир
- Тугунлар ва ўсмасимон хосилалар
- меланома
- яссиҳужайрали тери раки
- кўтир (олат, ёрғок териси)
- Вегетациялар
- ўткир учли кондилломалар
- яссиҳужайрали рак
- захм (сербар кондилломалар)
- Лихенизация
- сурункали кичимали дерматит
- Кепаклар
- иккиламчи захм
- кандидоз
- ков дерматофитияси
- псориаз
- себореяли дерматит
- Пуфак ва пуфакча (калок)
- герпес
- ўткир кичимали дерматит
- кўп хилли экссудатив эритема
- кўтир
- Йирингчалар
- кандидоз
- кўтир
- Эрозиялар
- герпес
- пўрсилдок яра
- захм
- жойлашган токсикодермия

Яралар

Ўткир ва ўткирости

- юмшоқ шанкр (бир томонлама лимфа тугуни катталашган ва оғрикли)
- каттиқ шанкр (бир томонлама

лимфа тугунлари катталашган, зич эластик, оғриксиз)

-Сурункали

- венерик лимфагранулема
- донованоз
- яссиҳужайрали рак

Экскориациялар

- кўтир

XI. Думбалар

Доғ

- жойлашган токсикодермия
- #### Тугунчалар
- оддий хуснбузар
 - кўтир
 - эруптив ксантома (қандли диабет фонида)

Бўртмалар

- курт-кумурсқалар чақиши

– Пуфакчалар

- Герпес
- Дерматофития
- контактли дерматит
- кўтир

-Йирингчалар

- дерматофития
- кандидоз
- оддий хуснбузар
- фолликулит
- кўтир

– Кепаклар

- дерматофития
- псориаз

XII. Анал соҳа

– Доғ

- витилиго
- дерматофития
- кандидоз
- псориаз

- себореяли дерматит
- Тугунча ва пилакчалар
- ўткир учли кондилломалар
- псориаз
- захм (сербар кондилломалар)
- сурункали қичимали дерматит
- Вегетациялар
- ўткир учли кондилломалар
- захм (сербар кондилломалар)
- Кепаклар
- дерматофития
- кандидоз
- ўткирости қичимали дерматити
- псориаз
- Лихенизация
- сурункали қичимали дерматит
- Пуфакчалар
- ўткир қичимали дерматит
- Эрозиялар
- кандидоз
- захм (қаттиқ яра)
- Ёриқлар
- псориаз
- сурункали қичимали дерматит
- Яралар
- захм (қаттиқ яраси)

XIII. Елка ва қўллар

Тугунча ва пилакчалар

- қизил югирик (қўлни ёзувчи соҳалари жароҳатланади)
- қизил ясси темиратки
- пигментли невус
- псориаз
- сурункали қичимали дерматит
- Тугунлар
- кератоакантома
- ҳалқасимон гранулема
- меланома

- ясси хужайрали рак
- Муғузланиш
- куёшли кератоз
- фолликуляр кератоз
- Кепаклар
- дерматофития
- қизил югирик
- псориаз
- ўткир ости ёки сурункали қичимали дерматит
- Лихенизация
- сурункали қичимали дерматит
- Қалоклар
- эктима

XIV. Қўл панжалари

– Доғ

- витилиго (панжа юзаси)
- иккиламчи захм (қафт)
- қизил югирик (панжа юзаси)
- медикаментоз токсикодермия
- кўп хилли экссудатив эритема
- қариялар лентигоси (панжа юзаси)
- Тугунча ва пилакчалар
- дерматомиозит (панжа юзаси)
- ҳалқасимон гранулема
- қизил югирик
- қизил ясси темиратки
- ясси сўгаллар
- оддий сўгаллар
- ўткир ости сурункали қичимали дерматитлар
- кўп хилли экссудатив эритема (қафт ва панжа юзаси)
- псориаз
- куёшли кератоз
- телеангиэктатик гранулема (тирноқ атрофи ҳалқалари)

- кўтир
- эризипелоид
- Тугунлар, ўсмасимон ҳосилалар
- Соғ тери рангида
- кератоакантома
- ясси хужайрали тери раки
- оддий сўгаллар
- Қизил
- ҳалқасимон гранулема
- телеангиэктатик гранулема
- Гиперпигментли
- меланома
- Вегетациялар
- кератоакантома
- ясси хужайрали тери раки
- оддий сўгаллар
- Кепаклар
- иккиламчи захм
- дерматомиозит (панжа юзаси жароҳатланади)
- қўл панжаси дерматофитияси
- кизил югирик (қўл панжасининг юзаси)
- ўткир ости ёки сурункали дерматит
- псориаз
- Муғузланиш
- кератоакантома (қўл панжасининг юзаси)
- фотодерматит
- куёшли кератоз (қўл панжаси юзаси)
- Лихенизация
- сурункали кичимали дерматит
- Пуфак ва пуфакча
- герпес
- дерматофития
- дисгидротик экзема
- ўткир кичимали дерматит

- қўп хилли экссудатив эритема
- порфирия (очик соҳалар жароҳатланиши)
- кўтир
- Йирингчалар
- дерматофития
- кичимали дерматит
- кафт-товон пустулез псориази (кафт жароҳатланиши)
- кўтир
- Эрозиялар
- кандидоз (бармоқлар ораларининг жароҳатланиши)
- кеч тери порфирияси
- Яралар
- нур таъсирида вужудга келган дерматит
- ясси хужайрали тери раки
- Чандиклар
- кеч тери порфирияси (пушти рангли, терининг очик соҳаларида)

XV. Оёқ панжаси, товон

- Тугунчалар
- иккиламчи сифилидлар (товоннинг жароҳатланиши)
- ўткир ости ёки сурункали кичимали дерматит
- товон сўгаллари
- Тугунлар ва ўсмасимон ҳосилалар
- меланома
- яссихужайрали тери раки
- Капоши саркомаси
- Кепаклар
- оёқ панжаси эпидермофитияси
- ўткир ости, сурункали кичимали дерматит

- псориаз
- Пуфаклар, пуфакчалар
- оёқ панжаси эпидермофитияси
- дисгидротик экзема
- дисгидроз
- қичимали дерматит (шу жумладан контактли аллергик дерматит)
- Лихенизация
- сурункали қичимали дерматит
- Йирингчалар
- кафт-товони пустулез псориази
- кўтир
- Эрозиялар
- оёқ панжаси эпидермофитияси
- контактли дерматит
- кўп хилли экссудатив эритема
- тизза (болдир)
- Тугунча, пилакчалар
- ихтиоз
- қизил ясси темиратки
- липоид некробиоз
- пигментли невус
- ясси хужайрали тери раки
- ўткир ости, сурункали қичимали дерматит
- претибиал микседема
- псориаз
- куёшли кератоз
- Пуфак, пуфакчалар
- қичимали дерматит
- курт-кумурска чақиши
- Бўртмалар
- курт-кумурска чақиши
- Шиш
- варикоз экзема
- Тугунлар
- Қизгиш
- яссихужайрали тери раки
- претибиал микседема
- тугунли эритема
- Гиперпигментли
- меланома
- Вегетациялар
- оддий сўгаллар
- Муғузланиш
- яссихужайрали тери раки
- куёшли кератоз
- Кепаклар
- дерматофития
- ихтиоз
- псориаз
- Лихенизация
- сурункали қичимали дерматит
- Қалоклар
- эктима
- Яралар (жадвалга қаранг)
- варикоз яралар
- ишемик яралар
- ясси хужайрали тери раки

Тери тошмалари ва тана ҳароратининг кўтарилиши дифференциал ташхиси

Бехосдан тана ҳароратининг кўтарилиши ва терига тошмалар тошиши одатда беморларни хавотирга солиб, шифокорга мурожаат этишга мажбур этади. Бундай ҳолларда ташхис қанчалик тез қўйилиши ва даво тайинланиши беморнинг тақдирида катта аҳамиятга эга бўлади. Тошмалар тошиши ва тана ҳароратининг кўтарилиши сабабларини аниқлаш, кўпинча мушкул бўлади. Шифокор, асосан, кўрган тошмаларига асослангани ҳолида ташхис қўйиб даво бошлайди.

Даво лаборатор таҳлил жавоблари чиққунича бошланади, шу сабабли ҳам дифференциал ташхис фақатгина тошмаларгагина, асосан, қилинади. Ташхисни иложи борича тез қўйишнинг зарурлиги бир томондан бемор тақдирига аҳамияти катта бўлса, иккинчидан тошма ва ҳарорат кўтарилиши билан кечувчи касалликлар юқумли бўладилар ва атроф кишиларига юқиш хавфини олдини олишда аҳамияти катта. Бу хил касалликларга вирусли касалликлар (энтеро-вируслар, парво-вирусли касалликлар, сувчечак, қизилча, қизамик) ва бактериал инфекция (стрептококкли, стафилококкли, менингококкли, қорин тифи, захм) киради. Беморларни ўз вақтида изоляциялаш касалликлар тарқалишининг олдини олади.

Бемор кўздан кечирилаётганда тери тошмалари қандай элементлардан ташкил топганлигига эътибор бериш зарурдир. Тошмалар шакли (ҳалқасимон, думалок-сўйри, чўзинчоқ) жойлашиши (тўғри чизикли, тарам-тарам, гуруҳ-гуруҳ, маълум бир дерматомал соҳада) тана соҳаларида учраши (терининг очиқ соҳалари, бошнинг соч қисми, оғиз шиллик пардаси, қўл-оёқлар, танада) мумкин. Дастлаб тери тошмалари қай соҳада пайдо бўлгани, тошмалар қанча вақтда тарқалгани (масалан: қизамиқда тошмалар бош соҳасидан оёқларгача 3 кунда, қизилчада эса 24—48 соатда бошдан-оёқ тошиб, шу тартибда йўқолади: дастлаб бетдан, сўнг танадан ва қўл-оёқлардан) эътиборга лойиқдир.

Тери тошмалари тошиши ҳарорат кўтарилиши билан ҳамкорликда кечувчи касалликларни, шартли равишда 4 гуруҳга ажратиш мумкин.

Тошма ва тана ҳароратининг кўтарилиши: қиёсий ташхиси

I. Доғ, тугунча, тугун ва пиллакча

- Аденовирус инфекцияси
- Қорин тифи
- Иккиламчи захм
- В-гепатити (эшак еми ҳолида кузатилади)
- Чуқур микозлар
- Дерматомиозит
- Инфекцион эритема
- Инфекцион мононуклеоз
- Қизамиқ
- Қизилча (атрофия ва миалгия билан кечади)
- Медикаментоз токсикодермия
- Менингококк инфекцияси
- Кўп хилли экссудатив эритема
- Ревматик атака (ҳалқасимон эритема)
- Сарамас ва стрептококкли флегмона
- Пушти рангли темирлатки (тана ҳарорати кам холларда кўтарилади)
- Джанноти-Крости синдроми (инфекцион ретикулоэндотелиоз)
- Свит синдроми
- Эозинофилия-миалгия синдроми
- Кўп хилли экссудатив эритема
- Лаелл синдроми
- Фотодерматит
- Энтеровирус инфекцияси

II. Геморрагик тошма: доғ, тугунча ёки пуфакча.

Аллергик васкулитлар (кўпинча тери инфаркти ҳолида)

- Системали қизил югурик
- Зардоб касаллиги (Квинке шиши ва эшакеми ҳолида)
- Цитомегаловирус инфекцияси
- Эндемик қорин тифи
- Энтеровирус инфекцияси

III. Тарқоқ эритема, шиш, кепакланиш.

- Тарқоқ пустулез псориаз
- Медикаментоз токсикодермия
- Лаелл синдроми
- Токсик шок
- Эксфолиатив эритродермия
- Кавасаки касаллиги
- Скарлатина

IV. Пуфакча, пуфак ва йирингча

- Кавасаки касаллиги
- Сувчечак (тугунча, пуфакчалар маркази ботик)
- Герпес (пуфакча маркази ботик)
- Капоши герпетик экземази
- Тарқоқ гонокк инфекцияси
- Медикаментоз токсикодермия
- Камраб олувчи темирлатки
- Бактеремия (тери инфаркти ҳолида)
- Тарқоқ гонокккли инфекция
- Инфекцион эндокардит
- Медикаментоз токсикодермия
- Менингококкли инфекция
- Стафилококкли сепсис
- Тошмали тиф
- Энтеровирус инфекцияси

**Тери ва шиллиқ қаватларни кўздан кечириш,
тери ҳолатига баҳо бериш**

Терини кўздан кечириш – тери ва таносил касалликларини бирламчи ва асосий текшириш усулидир. Кўрик хонаси яхши жихозланган бўлиши керак. Хона ҳарорати 22–23 °С атрофида бўлиши керак, паст ҳароратда тери томирлари кискаради, йўқолади ёки элементлар кам сезиларли бўлиб қолади, юкори ҳароратда аксинча тери томирлари кенгайади ва доғлар пайдо бўлиши мумкин, бу доғлар тери ҳолатига реал баҳо беришга халакит беради.

1. Юз тузилишига аҳамият бериш керак, юз тузилишига қараб беморнинг эмоционал ҳолатига баҳо берса бўлади (чарчоқлик, ғамгинлик, жажлдорлик).

2. Бурун шакли ва деформациялар ҳар хил касалликлар ташхисда ёрдам бериши мумкин: захмда «эгарсимон бурун», тери силида, ринофимда буруннинг юмшоқ тўқималарининг шикастланиши.

3. Айрим ҳолларда бинокуляр лупаларни қўллаш шарт. Бунда 3 – 5 марта катталаштириш қўлланилади. Лупа ёрдамида тангача, қалок, розеола, петехиялар характерига баҳо бериш мумкин.

4. Тери рангига эътибор бериш керак: меъёрда у оқ, пушти ёки қора рангда бўлади. Тери нормада бахмал кўринишида бўлади, ялтирамайди, унда тер безлари чиқарув найларининг оғзи кенгаймаган бўлади.

Айрим ҳолларда тери ранги ўзгаради, агар томирларда қон туриб қолса тери кўкимтир рангда бўлади. Акродерматитда тери кўкимтир тусда бўлади. Замбуруғли микознинг бошланғич босқичида тери жигарранг тусда бўлади. Ихтиозда, меланодермияда ва Аддисон касалликларида у кўкимтир-қора рангда бўлади.

Қириш (граттаж)

Тери касалликлардаги тошмаларни текшириш мақсадида ишлатилади.

1. Буюм ойнаси ёки ўтмас скальпель ёрдамида амалга оширилади.

2. Тери қипиқланишини, унинг характери (майда пластинкали, йирик пластинкали, кепаксимон), тангачаларни тери юзасига қанчалик қаттиқ бирикканлигини аниқлаш мумкин.

3. Тангачалар ва қалоқларнинг пастки тери тошма элементлари билан қанчалик бирикканлигини, қалоқларнинг қуруқлик ва намлик даражасини, қалоқ устидаги тери характери аниқланади. Баъзан қирганда оғриқлик аниқланади (дискоид қизил югирикда Бенъе – Мещерский симптоми).

4. Бу усул псориазда (псориастик учлик), ранг-баранг темиртки (Бальцер синамаси), парапсориазда ва иккиламчи захмда (облатка симптоми) қўлланилади.

5. Тирноқ билан қирганда эҳтиёт бўлиш керак, чунки бунда зарарланиш кузатилиши мумкин (дерматомикоз, папулез сифилид).

Илова V

Псориазда диагностик учликни аниқлаш

Қириш буюм ойначаси ёки скальпелнинг ўтмас томони билан амалга оширилади.

1. Қирганда элементлар қипиқланиши ошади ва тангачалар тирналган стеарин томчисини эслатади ва оқ рангга киради (стеаринли доғ феномени).

2. Эпидермисни донатор қатламигача қирганда тангачалар тушиб қолади ва пушти нам кўринишга эга бўлади (терминал ёки псориастик парда феномени).

3. Қиришни давом эттирганда (сўрғичсимон қатламгача) плёнка юзида қонли нукталар (майда томчилари) пайдо бўлади (қонли шудринг ёки Auspitz феномени).

Дерматитларнинг клиник турлари

Кўринишлари	ДЕРМАТИТ		
	Оддий контактли	Аллергик кон- тактли	Токсикодермия
Касаллик бош- ланиши	Терига экзоген (облигат) таъсир этиши натижасида тез юзага келади.	Терига экзоген таъсир (факультатив) натижасида юзага келади	Кўпинча парентерал ки- ритилган аллерген таъсирида (дорилар озик-овқат, замбуруғлар ва бошқа) юзага келади
Организм таъсирчанлиги ва сенсibili- зация	Сенсibiliзация (организмда тўплаш) бўлиш шарт эмас	Моновалент сенсibiliзация	Моновалент сенсibili- зация
Жойланиши (локализация)	Тананинг очик жойлари, яъни таъсирловчи тек- кан ерларда	Тананинг очик жойларида бўлади	Тери ва шиллик қаватнинг хоҳлаган ер- ларида
Тери тошма- лари кўриниши	Эритема устида пуфак бўлмайди	Эритема устида пуфакчалар бўлади	Эритема, пуфак, пуфак- ча моно ёки полиморф тошмалар
Иккиламчи ал- лергик тошма- лар		Бўлиши мумкин	Бўлади
Пуфакчалар ва намланиш	Пуфакчалар бўлиши мумкин	Пуфакчалар ва кам намланиш- лар	Бўлади
Ўчоқлар кўриниши	Аник чегарали	Ноаниқ чегаралар	Кўпроқ ноаниқ чегарали
Яллиғланиш кўринишлари	Яллиғланиш дара- жаси таъсирнинг кучи ва таъсир вакти билан боғ- лиқ, тарқалмайди	Ўткир, ўткир ости, перифе- рияга тарқалади	Ўткир, ўткир ости жуда тарқалган ёки локал, бир жойда қайтарилиб туриши мумкин
Ўтиш оқибати	Таъсирот йўқотилгач тез ўтиб кетади	Даволамаса эк- земага ўтиши мумкин, аллер- ген таъсири йў- қотилса ўтиб кетади	Даволанмаса экземага ўтиши мумкин, аллер- ген таъсири йўқотилса ўтиб кетади

Гўшнинг клиник турлари

Кўриниш-лари	Гўш (экзема)			
	Чин	Профессионал (касбга алоқадор)	Дисгидротик	Микробли
Клиникаси	Тошмалар тарқалган, кўпроқ қўл-оёқ букулувчи юзаларида, симметрик жойлашиб, эритродермия кўринишда ҳам бўлади	Клиникаси чин гўшга ўхшаб, профессионал «стигма» белгилари бўлиши мумкин. Ишдаги таъсир этувчи моддалар оқибатида қайталанadi	Тошмалар қўл-оёқ панжалеарида бўлади	Аниқ чегарали, ассиметрик, травма ёки трофик яралар билан боғлиқ бўлади
Тошма элементлари	Эритематоз доғлар, тугунчалар, пуфакчалар, йирингчалар, эрозиялар, «гўшт кудуқчалари», тангачалар, қора-кўтирлар, эксориациялар	Эритематоз доғлар, тугунчалар, пуфакчалар, йирингчалар, эрозиялар, «экзема кудуқчалари», қора кўтирлар	Асосан пуфакчалар, микророзориялар, йирингчалар, сарғиш пўстлоқчалар	Эритематоз доғ, тугунчалар пуфакчалар, кўп сонли йирингчалар, «экзематоз кудуқчалари», қонли қора кўтирлар
Клиник ўтиш турлари	1. Тангача 2. Пруригосимон	Муғузли экзема (тилотикум)	Импетиго тури	1. Паратравматик 2. Варикозли 3. «Себорей»ли 4. Вариоли формли (герпетик)
Субьектив сезгилар	Қаттиқ қичишиш	Қичиш, камрок оғриқ	Қичишиш	Қичишиш, тана харорати кўтарилиши
Кечиши	Сурункали, қайталанувчи	Таъсир оқибатида қайталанadi ва шу жараёни йўқотилса тузалади	Ўткир, ўткир ости қайталаниб туради	Ўткир ости, сурункали қайталаниб чин экземага ўтиши мумкин

Дерматит ва экземани даволаш усуллари

Боскичлар	Маҳаллий	Умумий
Ўткир дерматитлар Экзема – гўш Намланиш Йирингли Пуфакчали Эритма Кичишиш	3–10%ли Нафталан малхами, 3%-ли билан хўллаш Нефтли малхамлар	1. Профилактика йўллари фитовитаминлар 3. Бальнеотерапия 4. Санатория-курортларда 4. Сабабчи бўлган касалликларни даволаш
Ўткир ости Экземалар Тугунчалар Кайталаниш Пилакчалик Эритемалар	Стероид витаминли кремлар Пасталар Анелин бўёқлари:	1. Десенсибилизаторлар 2. Витамин терапия 3. Баъзи касал органларни даволаш учун дорилар 4. Қон томир деворларини бакувват қилувчи дорилар 5. Транквилизаторлар.
Сурункали Лихенизация Лихенификация Гриперпигментлар	Боғламлар (сувли) Антисептик пуркашлар Стероид кремлар Боғламалар	1. Десенсибилизаторлар 2. Антигистаминлар 3. Стероидлар 4. Сийдик хайдовчи дорилар 5. Антибиотиклар 1. Десенсибилизаторлар 2. Антигистаминлар

	Пуркашлар: Боғламалар (сувли) Сувда чайқатиб қўлла- нувчи дорилар	3. Заҳарланишга қарши 4. Сийдик хайдовчи 1. Антигистаминлар: димедрол, пипольфен, диазолин 2. Десенсибилазатор- лар, кальций бирикма- лари, дорилар
--	--	--

Илова IX

Бальцер синамаси

Кепаксимон (ранг-баранг) темиратки ташхисда қўлланилади.

1. Доғларни 5% ли йодли спирт эритмаси билан суртилади.
2. Шохли қаватларнинг ғовакланиши натижасида терининг тош-мали жойларига йод эритмаси кўпроқ ўрнашади ва доғлар соғлом те-рига кўра яхшироқ (интенсив) бўялади.
3. Йод эритмаси бўлмаган ҳолларда анилинли бўёқлардан фойда-ланилади.
4. Кепаксимон темираткидан кейинги колдик лейкодермада, ай-ниқса УФН олгандан кейин Бальцер синамаси манфий бўлади.

Илова X

Кўтир канасини излаш учун теридан қирма олиш усули

1. Янги кўтир тошмаларидан бирини, шарикли ручка билан лупа ёрдамида чегаралаб қизиби олинади.
2. Скальпел учи ёки игна ёрдамида кўтир йўли охирида жойлаш-ган пуфакчанинг томи санчилиб бузилади ва кўтир канасининг йўли бўйича йўналтирилиб тери кўпорилади. Тери чуқурроқ кўпорилса усулнинг самарадорлиги янада ортади.
3. Буюм ойначасига 10% – ли натрий ишқори томизилади, олин-ган материал шу эритма билан аралаштирилади ва қопловчи ойна би-лан ёпилади.
4. Тайёрланган материал 10 – 20 минутдан сўнг микроскоп остида (окуляр – 10, объектив – 8) конденсатор тушириб кузатилади.
5. Микроскоп кўриш майдончасида кана ёки унинг бўлақлари, тухумлари ёки экскрементлари топилади.

Теридан замбуруғларга лаборатория текширувини ўтказиш учун қирма (кепак, соч, тирноқлар) материални олиш

1. Текшириш учун: жароҳат ўчоғидан кепак, синган ва жароҳатланган соч толалари, пуфакчаларнинг устида қотиб қолган тери қопламлари, йиринг, тирноқ пластинкаларининг бўлакчалари ва тўқима суюқлигини олиш мумкин.

2. Материални тўғри олиш – замбуруғларни микроскопик усулда топишга катта ёрдам беради. Замбуруғлар даволанмаган, янги, шаклланиб бўлган ўчоқлардан қўплаб топилиши мумкин.

3. Ясси терининг замбуруғли касалликларида (трихофития, микроспория, кератомикозлар, кандидоз, оёқ панжаси эпидермофитияси, рубромикоз) ўчоқлар чеккаларидаги кепаклар скальпель ёрдамида кириб олинади. Оёқ панжаси ёки қафт микозларининг дисгидротик кўринишларида пуфакчаларнинг томлари, эпидермис кўчкилари қайчи ёрдамида кесиб олинади.

4. Узун соч ёки туқлар замбуруғларга текширилиши керак бўлса, улар эпиляция пинцет ёрдамида ўчоқлардан юлиб олинадилар. Агар соч тери сатҳидан анча юқори бўлса, (қора нуктачалар) улар скальпель ёрдамида кириб олинадилар.

5. Инфилтратив-йирингли жараёнларда сочлар ўчоқларнинг чеккаларидан олинади.

6. Жароҳатланган тирноқларга текшириш учун материал олишда скальпель ёки қайчидан фойдаланилади.

7. Олинган материал буюм ойначасига қўйилади ва микроскоп орқали текширилади.

Оёқлардаги сурункали яралар этиологияси ва ташхиси

Этиологияси	Диагностикаси
<p>I. Томир касалликлари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Облитерацияланувчи атеросклероз • Васкулитлар (майда ёки йирик томирларнинг жароҳатланиши) • Артериал гипертония (Марторел синдроми) • Бириктирувчи тўқималар касалликлари: системали кизил юғирик, ревматоид артрит, склеродермия, Бехчет касаллиги • Сурункали веноз етишмовчилиги • Дерма ва гиподерманинг склерози • Атероземболия • Бошқа касалликлар: терининг ок атрофияси, ливедо-васкулит, Рейно касаллиги, облитерацияланувчи тромбангиит 	<p>Периферик артериялар пульси, ангиография, кайталаб турувчи оқсоқланишлар, рангсизланиш, цианоз</p> <p>Анамнез, биопсия</p> <p>Яраларнинг типик жойлашуви – оёқ панжаларининг латериал ёки медиал соҳалари, тиззада, анамнезда – артериал гипертония</p> <p>Биопсия, кўп аъзолар жароҳатланиши, ливедо, анамнез, антинуклеар антитаначалар, Э.Ч.Т. (СОЭ)</p> <p>Яраларнинг типик жойлашуви – тиззаларнинг пастки 1/3 қисмининг медиал юзалари, оёқлар шиши, варикоз экзема</p> <p>Зичлашиш, гиперпигментация, «бутилкасимон оёқ» симптоми</p> <p>Анамнезда – томирларда тиббий (жароҳатлик) муолажалари килинганлиги</p> <p>Анамнез (чекиш), биопсия</p>
<p>II. Эндокрин касалликлари</p> <p>Қандли диабет</p> <ul style="list-style-type: none"> • Микроангиопатия <p>Диабетик нейропатия</p>	<p>Анамнез, тери биопсияси</p> <p>Анамнез</p>
<p>Ўсмалар</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ясси хужайрали тери раки • Базал хужайрали тери раки • Меланома • Метастазлар 	<p>Биопсия</p> <p>Биопсия</p> <p>Биопсия</p> <p>Биопсия</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Лейкозлар ва лимфомалар • Капоши саркомаси • Кўзикоринсимон микоз 	<p>Биопсия Биопсия Биопсия</p>
<p>III. Травмалар</p> <ul style="list-style-type: none"> • Жароҳатлар, куйиш, босим таъсири, травматик нейропатия • Патомимия • Нур таъсиридан • Куйиш (терлик, кимёвий) • Қумурскалар чакиши 	<p>Анамнез Анамнез Анамнез Анамнез Анамнез</p>
<p>III. Қон касалликлари</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уруғсимон хужайрали анемия • Эритремия • Лейкозлар • Криоглобулинемия • Криофибриногенемия • Қон ивишининг ортиши 	<p>Қон таҳлили Эритроцитлар сонини ҳисоблаш. Қон таҳлили, суяк қўмигини текшириш</p> <p>Қон зардобиди криоглобулинлар миқдорини аниқлаш Қон зардобиди криофибриноген миқдорини аниқлаш Қон зардобидаги С-протеинини ва S-протеинини аниқлаш, антифосфолипид антитаначалари титри, протромбин вақтини аниқлаш</p>
<p>IV. Инфекциялар</p> <p>Бактериал</p> <ul style="list-style-type: none"> • Эктима; <i>Pasterella</i> spp. ва <i>Pseudomonus</i> чақирган; актиномикоз, сибир яраси; мохов • Туберкулез ва атипик бактериялар (<i>Mycobacterium ulcerans</i>) • Замбуруғлар: бластомикоз, криптококкоз, гистоплазмоз, споротрихоз • Захм (гумма) • Тери лейшманиози 	<p>Биопсия, экссудатни экиш, биоптатни экиш</p> <p>Биопсия, экссудат ва биоптатни майдалаб экиш Биопсия, экссудат ва майдаланган биоптатни экиш Анамнез, биопсия, махсус усулларда бўяш, РИТ, РИФ Анамнез, биопсия, махсус усулларда бўяш</p>

<p>V. Бошқалар</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дориларнинг салбий таъсирлари • Панникулитлар • Гангреноз пиодермия • Тугунли васкулит 	<p>Анамнез, биопсия Анамнез, биопсия Анамнез, биопсия, ёндош касалликлар Анамнез, биопсия</p>
<p>VI. Оғриқли яралар</p> <ul style="list-style-type: none"> • Липоид некробиоз • Подагра • Кальцификация • Облитерацияланувчи атеросклероз • Облитерацияланувчи тромбангиит • Терининг оқ атрофияси • Артериал гипертония (Мартерел синдроми) • Гангреноз пиодермия • Рейно касаллиги ва синдроми • Васкулитлар 	<p>Биопсия Биопсия, қон зардобдаги сут кислотасининг миқдори Биопсия, кальций, фосфор миқдори</p>

Илова XIII

Акантолитик (тцанк) хужайраларини текшириш

Пўрсилдоқ яра ва Дюрингнинг герпетиформ дерматозининг солиштирма ташхиси учун ишлатилади.

1. Янги пуфак туби юзасидан скальпель ёки қайнатиш орқали стерилланган ўқувчи резинқасини енгил босиш билан материал олинади ва ёғсизланган стерил буюм ойнасига қўйилади.

2. 1 минут давомида материални метил спирти ёрдамида фиксация қилинади, хона ҳароратида қуритилади ва Романовский – Гимза билан бўялади.

3. Препаратни тайёрлагандан кейин ва бўягандан кейин, уни 10x40 марта катталаштириб микроскоп остида кўрилади.

4. Акантолитик хужайралар нормал эпителиал хужайралардан камроқ, юмалок шаклда, ядроси катта бўлиб, интенсив бинафша рангга ёки сиёҳ-кўк рангга бўялади ва сал кам бутун хужайрани эгаллайди.

Қизил югирикнинг қиёсий ташхиси

Дифференциал белгилари	КАСАЛЛИК ТУРЛАРИ			
	Қизил югирик	Себореяли пўрсилдок яра	Сил югирики	Пушти хуснбузар
Кўпроқ жойланиши	Юз сатҳи	Юз сатҳи	Юз сатҳи	Юз сатҳи
Бирламчи элементи	Доғ	Доғ	Дўмбоқча	Тугунча
Периферияга ўсиши	Секин	Секин	Бўлмайти	Бўлмайти
Гиперкератоз	Бор (фолликуляр)	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Атрофия	Бор	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Бенье-Мешерский белгиси	Мусбат	Манфий	Бор	Манфий
Поспелов белгиси	Манфий	Манфий	Мусбат	Манфий
Олма мураббоси белгиси	Манфий	Манфий	Мусбат	Манфий
Акантолитик хужайралар	Йўқ	Бор	Йўқ	Йўқ
Безгак дорилари эффекти	Бор	Йўқ	Йўқ	Бор
Қичишиш	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ

Кизил югирик хужайраларини (Ie — хужайралари) текшириш

Кизил югирик ташхисда ишлатилади.

1. Кўпроқ 2 соатлик лахта усули қўлланилади.

2. Бемор венасидан 10-15 мл кон стерил пробиркага олинади ва термостатда 37 градузда сақланади.

3. Пробирка деворидан лахтани ингичка метал тўр ёрдамида ажратилади ва олинган материални центрифуга қилинади.

4. Центрифуга қилинганда 3 қатлам ҳосил бўлади.

5. Юқори қатлами (плазма) пипетка билан сўриб олинади ва ташланади, иккинчи қатлами (лейкоцитлар) эҳтиётлик билан сўриб олинади ва бир неча суртма қилинади, уларни оддий усул билан бўялади ва микроскоп остида 10x8 марта катталаштириб, гумон қилинган жойларда эса 10x40 марта катталаштириб кўрилади.

6. Синама 2-3 та кизил югирик типик хужайралари топилганда мусбат ҳисобланади, улар нормал лейкоцитлардан катта бўлади.

7. Агар 2-3 суртмада бир неча юз лейкоцитлар ичидан кизил югирик хужайралари топилмаса натижа манфий ҳисобланади.

Сийдик чиқариш каналидан суртма олиш

Қуйидаги ҳолларда қилинади: гонорейда, трихомониазда, кандидозда, хламидиозли инфекцияда, бактериал уретритда.

1. Аввал физиологик эритма билан хўлланган пахтали тампон билан жинсий аъзоларга ишлов берилади. Эркакларда жинсий олат бошчасини, аёлларда жинсий лабларни, қин даҳлизини, клиторни ва сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигига ишлов берилади.

2. Эркакларда сийдик чиқариш каналининг орқа юзасига бармоқ билан босганда йиринг ажралмаса, енгил ҳаракат билан ташқи тешик томон ҳаракат қилдириб ажралма томчисини босиб ажратилади, буюм ойнаси чети ёки ҳалқа билан томчи буюм ойнасига жойлаштирилиб унинг юзаси бўйича бир текис суртилади.

3. Кўринарли ажралма бўлмаганлиги учун текшириш учун материални ўтмас қошиқча ёки ҳалқача ёрдамида олинади.

4. Препарат ҳавода қуриштилади ва лабораторияга йўлланма билан жўнатилади, йўлланмада беморнинг исми, шарифи, отасининг исми, касаллик тарихи номери ёки материал олинган жойнинг амбулатор картаси кўрсатилади.

Орқа тешикни кўздан кечириш

Бирламчи, иккиламчи сифилидлар ва бошқа венерик касалликларни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Бемордан оёқларни букмасдан эгишни ва қўли билан думбаларини тортиб туришни сўралади.

1. Шифокор бир учи пахтали таёқча ёрдамида орқа тешик, тўғри ичакнинг ташқи юзасини, орқа тешик атрофидаги терини кўздан кечирилади.

2. Орқа тешикда ажралма бўлса, суртма олинади ва гонококк бор йўқлиги текширилади.

3. Агар аногенитал жинсий алоқа борлиги гумон қилинса, тўғри ичак ойнаси ёки копроскоп ёрдамида тўғри ичакнинг пастки қисми кўрилади ва шиллик қаватида эрозия, яра бор-йўқлигига эътибор берилади.

4. Ҳалқача ёки Фолькмановский қошиқчаси ёрдамида шиллик қаватлардан суртма олинади ва микроскопда гонококклар бор-йўқлиги текширилади.

5. Текшириш учун материал тўғри ичак ампуласидан ағдариш (аёлларда) ёки тўғри ичакни ювиш орқали олинади.

6. Киннинг орқа тешиги орқали кўрсаткич бармоқ билан орқа тешик ички сфинктерининг шиллик пардаси ағдарилади ва шиллик қаватларни кўздан кечирилади ва текшириш учун суртма олинади.

**Яра юзасидан рангсиз трепонемага текшириш учун
суртма олиш услуби**

1. Текшириш учун материални бирламчи ёки иккиламчи сифилдга (эрозия, яра, эрозив папула, сербар кандилома) гумон қилинган элементдан суртма олиш ёки шишиб қолган маҳаллий лимфа тугунидан пункция қилиш йўли билан олинади.

2. Элемент юзаси стерил пахта ёки доқали тампон билан тозаланади.

3. Тошма юзаси йирингли парда ёки қалоқ билан копланган бўлса, у изотоник эритма билан намланади ва артиб ташланади.

4. Спиртовка алангасида суртма олиш учун махсус темир ҳалқа (петля) киздирилади ва совутилиб, унинг ёрдамида элемент юзаси то зардобли тўқима суюқлиги ажралиб чиқмагунча механик таъсирланади ва суюқлик олинади.

5. Суртма ёғсизлантирилган, тоза буюм ойначасига суртилиб, устига бир томчи изотоник эритма томизилади, сўнг қоплама ойна билан устидан копланди.

6. Агарда бу усул билан тўқима суюқлигини олишнинг иложи бўлмаса, резина қўлқоп кийилиб, то тўқима суюқлиги чиқмагунча элемент массаж қилинади.

7. Тўқима суюқлиги ва изотоник эритманинг миқдори унча кўп бўлиши шарт эмас (бир томчи), ақс ҳолда томчи катта бўлса рангсиз трепонемалар суюқликда сузиб юрадилар ва уларни микроскопда аниқлаш қийин бўлади.

8. Рангсиз трепонемаларга олинган суртма бўялмайди. Суртма микроскопда қоронғулаштирилган кўрув майдонида кўздан кечирилади (Тиндаль феномени).

Захмининг кечиш тасвири

Бирламчи					Янги, яширин, қайталанувчи					Актив, яширин	
Яширин даври											
Юқиши	Бирламчи Сифилома	Регионар Бубон	Полиаденит	Розеола	Тугунча	Йирингча	Қайталаш	Яширин	Қайталаш	Яширин	Дўмбоқча, Гумма Қайталаш
III-IV ҳафта	V-V ҳафта	VII-IX ҳафта				2-3 йил					3-50 йил

**Турли даврларда захми кечишининг
умумий характеристикаси**

Захми даври тавсифи	Бирламчи	Иккиламчи	Учламчи
Морфологик элементлар	Қаттиқ шанкр (эрозив, ярали)	Розеола, папу- ла, пустила, ве- зикула	Дўмбоқча, гумма (тугун)
Тошма (элемент)ларнинг локализацияси	Фақат оқиш трепонема кир- ган жойда	Ҳамма жойда (тери ва шил- лик қават)	Ҳамма ерда (тери ва шил- лик қават, ички аъзолар, суяк- лар)
Тошма оқибати	Изсиз йўқолади (эрозия), чан- диқ қолдиради (яра)	Асосан изсиз (розеола, папу- ла), чандиқ қолади (пустила)	Ҳар доим чан- диқ ёки атро- фия
Лимфа тугунлар катталашиши	Регионар аде- нит	Яққол регионар аденитли поли- аденит – икки- ламчи янги захмда, поли- аденит бўлмаслиги мумкин – икки- ламчи қай- талама захмда	Бўлмайди
Ички аъзолар ва нерв системаси- нинг зарарлани- ши	Жуда кам, функционал	Камдан-кам функционал	Кўпинча ёмон оқибатли (ор- ганик зарарла- ниш)
контагиозлик	Юқумли	Юқумли	Асосан юқумсиз
Серологик сина- малар (классик)	3–4 ҳафтагача манфий, 6 ҳафтадан – мусбат	Мусбат 97–100%да	Мусбат 70–80%да

Бирламчи захм ва юмшоқ шанкрнинг қиёсий ташхиси

Ифодаланиш	Бирламчи захм	Юмшоқ шанкр
Асосий тошма	Ulcus	Ulcus
Шикоятлар	Ўйқ	Қаттик оғрик бўлади
Тубидаги инфилтрат	Зич-эластик	Юмшоқ
Яралар сони	1-2	Доим кўпайиб туради
Ажратмалар	Сероз экссудат, камроқ	Йиринг экссудат, кўп
Шакли ва чети	Овал, четлари текис, тўғри	Турли шаклда, четлари ёйилган ва нотекис
Атрофидаги тери	Ўзгармаган	Ўткир яллиғланган
Регионар, лимфа тугунлари	Катталашган, зич-эластик, оғриксиз, бир-бирига ёпишмаган, устидаги тери ўзгармаган	Катталашган, юмшоқ, оғрикли, бир-бирига ёпишган, устидаги тери яллиғланган
Серрореакция (L-инфекция)	Серопозитив захмда мусбат	Манфий
Чакирувчиси	Оқиш трепонема	Стрептобацилла Патерсона, Дюкрея Унна, Феррари

Иккиламчи янги ва қайталанувчи захмнинг таққослаш ташхиси

Клиник белгилар	Янги захм	Қайталанувчи захм
Қаттик яра	қаттик яра ёки унинг колдиғи бўлади	Бўлмайди
Регионал аденит	Ҳар доим бўлади	Бўлмайди
Полиаденит	Ҳар доим бўлади	Баъзида бўлади
Розеола, папула	Сони жуда кўп, майда	Сони кам, каттароқ
Гурухланишга мойиллик	Бўлмайди	Юқори
Ёйилган кондиллома	Бўлмайди	Бўлади
Пигмент доғли захм	Бўлмайди	Бўлади
Сочнинг тўкилиши	Бўлмайди	Соч тўкилади
Серологик жараён	Мусбат	Мусбат

Розеолёз сифилиднинг дифференциал ташхиси

Кўрсаткич	Розео-лёз сифилис	Қизамик, кизилча	Корин ва тошмалитиф	Токсикодермия	Пуштиранг темирратки	Қипикланувчи темирратки	Қов бити чакандаги доғлар
Бирламчи эффект	Розеола	Розеола, петехия	Розеола, петехия	Розеола	Пуштирангли доғлар	Оч пуштирангдан то жигаранггача бўлган доғлар	Кизил, Кўкимтир кулранг доғлар
Уткир яллиғланишли элементлар	Йўқ	Бор	Бор	Бор	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Асосий жойлашиш	Тананинг ён тарафларида	Юз, кафтнинг устки қисми ва тово	—	—	Тана	Кўкракнинг юқори қисми	Қов
Периферик ўсиши	Бирлашмайди	Бирлашади	Бирлашади	Бирлашади	Бирлашмайди	Бирлашади	Бирлашмайди
Қипикланиш	—	—	—	—	Папиросли гоффриланган қоғоз тузилишида	Қипиксимон қипикланиш	—
Қўшимча диагностика симптомлар	Полиаденит, захмга мусбат серологик реакция	Ларингит, Бронхит ёруғликдан кўркув	Юқори харорат	Юқори харорат, тугунчалар, пуфакчалар, қичишиш	Қичишиш	Бальцернинг йодли синамаси	Қичишиш, бит бўлиши

Папулѐз сифилиднинг дифференциал таъхиси

Кўрсаткичлар	Папулѐз сифилид	Қизил ясси темиратки	Псориаз
Бирламчи аффект	Папула	Папула	Папула
Элементлар шакли	Айлана	полигонал	Айлана, овал
Ранги	Мис-қизил	Бинафша тусли тўқ қизил ранг	Тиник қизил
Консистенция	Зич-эластик	Юмшоқ	Юмшоқ
Периферик ўсишга мойиллик	Йўқ	Бор	Бор
Асосий жойлашиши	Турли (оёқ ва қўллар ёзувчи қисмида кўпроқ)	Оёқ ва қўллар буқувчи қисми, оғиз ва жинсий аъзолар шиллик қаватлари	Оёқ ва қўллар ёзувчи қисми, бошнинг сочили қисми
Тошмалар муддати	1,5-2 ой	Ойлар	Ойлар, йиллар
Таъхиснинг қўшимча белгилари	Ядассон симптоми, мусбат серологик реакциялар, оқиш трепонемани аниқлашиши	Кѐбнер симптоми, Қичишиш, киндиксимон ботиқ, мум ялтироғи, Уикхем тури	Ауспитц триадаси, Кѐбнер симптоми

**Иккиламчи сифилидларнинг кўриниши ва
дифференциал таъхиси**

Сифилидлар	Сифилидлар кўриниши	Касаллик билан тафовути
Доғли а) розеола	Оддий, шишли, қипикланувчи, бирлашувчи, нуктасимон, айланасимон	Жибернинг пуштирангли темираткиси, эшакеми, рангли темиратки, токсикодермия, мрамор тери, инфекцион розеола
б) лейкодерма	Доғли, айланали, мраморли	Витилиго, рангли темиратки, иккиламчи де-ва гиперпигментация
Папулэз	Милиар, лентикуляр, тангачали, сувланувчи, вегетацияланувчи (кенг кондиломалар), псориазсимон	Қизил ясси темиратки, псориаз, ўткир учли кондиломалар, парапсориаз, папулэзли псевдосифилис, вегетацияланувчи пўрсилдоқ яра
Везикулэз	Йўқ	Сувчечак, ўраб олувчи темиратки, Дюрингнинг герпетиформ дерматити
Пустулэз	Импетигиноз, ҳуснбузарсимон, чечаксимон, эктиматоз, рупиясимон	Стрепто- ва стафилококк импетигоси, оддий эктима, йодли ва бромли ҳуснбузарлар
Соч тўкилиши (алопеция)	Ўчоқли, диффуз, аралаш	Ўчоқли қаллик, бошнинг сочли қисмини замбуруғ касалликлари (трихофития, микроспория), қизил югирик
Шиллик қават сифилидлари	Доғли, папулэз, пустулэз	Ангиналар турлари (оддий, Венсан ангинаси), афтоз стоматит, қизил ясси темиратки, лепромалар

**Туберкулёз (волчанка) ва дўмбоқчали сифилиднинг
дифференциал ташхиси**

Диагностик белги	Дўмбоқчали сифилид	Туберкулёз волчанка
Бирламчи аффект	Дўмбоқча	Дўмбоқча
Дўмбоқча ранги	Мис қизил	Сариқ тусли қизил
Консистенция	Қаттиқ эластик	Юмшоқ
«Зонд» симптоми	Манфий	Мусбат
«Олма желеси» симптоми	Манфий	Мусбат
Чандиқ характери	Мозаик	Юзаки, силлиқ, нозик
Чандиқларда янги дўмбоқчалар ҳосил бўлиши	Йўқ	Одатда бўлади
Туберкулин синамаси	Манфий	Мусбат
Захмга серологик ре- акциялар	Мусбат	Манфий
Касаллик бошланиши	Турли даврда	Асосан болалик дав- рида
Касаллик кечиши да- воланганда	Ойлар тез ўзгаради	Кўп йиллар секин ўзгаради

Серологик реакцияларнинг нисбий сезгирлиги

Захм даврлари	Серологик реакциялар тури		
	RW	РИФ	РИБТ
Бирламчи захм	3–4-ҳафтадан мусбат	Позитивациянинг олдинроқ бўлиши	Позитивация- нинг кечроқ бўлиши
Иккиламчи захм	Одатда мусбат	Одатда мусбат	Одатда мусбат
Учламчи захм	20–30% манфий	Одатда мусбат	Одатда мусбат

МУНДАРИЖА

Кириш сўзи.....	3
Дерматовенерология ривожланишининг қисқа тарихи.....	4
Умумий қисм	
Тери тузилиши	11
Тери касалликлари сабаблари (этиология ва патогенези).....	31
Тери касалликларининг ташхис асослари.....	34
Теридаги морфологик тошмалар. Бирламчи ва иккиламчи элементлар.....	35
Тери касалликларини умумий ва маҳаллий даволаш усуллари	56
Тери касалликлари	
Дерматит.....	69
Оддий контакт дерматит клиникаси.....	70
Аллергик дерматитлар клиникаси	73
Токсикодермия клиникаси.....	73
Экзема.....	74
Чегараланган нейродермит.....	78
Атопик дерматит.....	79
Кичима.....	81
Эшакем.....	82
Тошмасиз, тарқок тери кичиниши.....	86
Анафилактик шок.....	89
Фотодерматозлар.....	94
Қипикли темиратки.....	101
Қизил ясси темиратки.....	105
Жибернинг пушти рангли темираткиси.....	109
Тери сили.....	110
Тери лейшманиози.....	114
Мохов.....	118
Терининг аллергияск васкулитлари.....	120
Дисхромиялар.....	122
Пиодермитлар.....	124

Кўтир	139
Чов битлаши	140
Себорея.....	141
Хуснбузарлар.....	144
Соч тўкилиши.....	146
Замбуруғли касалликлар	150
Кератомикозлар.....	150
Дерматофитиялар.....	153
Кандидоз	160
Хейлитлар	165
Мелькерсон–Розенталь синдроми.....	171
Лабнинг сурункали ёрилиши.....	173
Лаб қизил ҳошияси ва оғиз шиллиқ пардаси рақ олди касалликлари	174
Терининг вирусли касалликлари.....	177
Оддий учуқ	177
Қамраб олувчи темиртки.....	180
Юқумли моллюск.....	182
Сўгаллар.....	183
Ўткир учли кондилломалар	183
Пўрсилдок яра	184
Буллёз пемфигоид.....	190
Дюрингнинг герпетиформ дерматози.....	191
Буллёз эпидермолиз.....	194
Кўп шакли экссудатив эритема	196
Бириктирувчи тўқима касалликлари.....	200
Склеродермия.....	200
Қизил югирик	202
Замбуруғсимон микоз.....	204
Капоши саркомаси	206
Саркоидоз.....	207
Терининг ўсмали касалликлари.....	209
Базал ҳужайрали эпителиома.....	209
Ясси ҳужайрали карцинома	210
Меланома	211
Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар	
Жинсий йўл билан юқадиган касалликлар эпидемиологияси	217
Заҳм	223
Юмшоқ шанкр	253

Венерик лимфогранулематоз	254
Донованоз	256
Урогенитал сексуал трансмиссив касалликлар	257
Сўзак	259
Урогенитал трихомониаз	264
Урогенитал хламидиоз	266
Микоплазмоз	269
Бактериал вагиноз, гарднереллез	270
Урогенитал кандидамикоз	272
Цитомегаловирус инфекцияси	274
ОИТС	275
ЖЙОЮК профилактикаси	278
ИЛОВАЛАР	280
1. Тошмаларнинг типик жойлашишига кўра касалликлар кўрсаткичи ...	280
2. Тери тошмалари ва тана ҳароратининг кўтарилиши дифференциал ташхиси	291
3. Тери ва шиллик каватларни кўздан кечириш, тери ҳолатига баҳо бериш	293
4. Кириш (граттаж)	294
5. Псориазда диагностик учликни аниқлаш	294
6. Детматитларнинг клиник турлари	295
7. Гўшнинг клиник турлари	296
8. Дерматит ва экземани даволаш усуллари	297
9. Бальцер синамаси	298
10. Кўтир канасини излаш учун теридан қирма олиш усули	298
11. Теридан замбуруғларга лаборатория текширувини ўтказиш учун қирма (кепак, соч, тирноқлар) материални олиш	299
12. Оёқлардаги сурункали яралар, этиологияси ва ташхиси	300
13. Акантолитик (тцанк) хужайраларини текшириш	302
14. Қизил югирикнинг қиёсий ташхиси	303
15. Қизил югирик хужайраларини (LE – хужайралари) текшириш ..	304
16. Сийдик чиқариш каналидан суртма олиш	304
17. Орқа тешикни кўздан кечириш	305
18. Яра юзасидан рангсиз трепонемага текшириш учун суртма олиш услуби	306
19. Захмнинг кечиш тасвири	306
20. Турли даврларда захми кечишининг умумий характеристикаси	307
21. Бирламчи захм ва юмшоқ шанкрнинг қиёсий ташхиси	308
22. Иккиламчи янги ва қайталанувчи захмнинг таққослаш ташхиси	308

23. Розеолёз сифилиднинг дифференциал ташхиси.....	309
24. Папулёз сифилиднинг дифференциал ташхиси.....	310
25. Иккиламчи сифилидларнинг кўриниши ва дифференциал ташхиси..	311
26. Туберкулёз (волчанка) ва дўмбоқчали сифилиднинг дифференциал ташхиси.....	312
27. Серологик реакцияларнинг нисбий сезгирлиги.....	312

Ушбу китоб “Mahliyo Shifo” масъуляти чекланган жамиятининг молиявий иштирокида ва буюртмаси асосида нашр этилди.

Адҳам Ваисов

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

(дарслик)

Масъул муҳаррир М. М. Маманов

Мусаҳҳиҳ Н. Ҳайдарова

Мусаввир ва компютерда саҳифаловчи Н. Ғиёсов

ИБ № 3912

“Янги аср авлоди” нашриёт-матбаа маркази, Тошкент, Қаторгол кўчаси, 60-уй.

Теришга берилди 20.08.2004 й. Босишга рухсат этилди 10.09.2004 й. Бичими 60x84 1/16. Офсет босма усулида босилди. Шартли босма табоғи 19,5. Нашр табоғи 21. Адади 10000 нусха (I з. 5000). 375- сон буюртма.

Ўзбекистон Матбуот ва ахборот агентлигининг “Ўқитувчи” нашриёт-матбаа ижодий уйи. Тошкент, 700129. Навоий кўчаси, 30. // Тошкент,

Юнусобод даҳаси, Муродов кўчаси, 1-уй. 2004 й.

Қайдлар учун