

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

А.М. МАННАНОВ, Қ.Н. ХАИТОВ

БОЛАЛАР ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги
томонидан тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун дарслик
сифатида тавсия этилган

**ТОШКЕНТ
«IQTISOD-MOLIYA»
2016**

УЎК: 616.5-053.2(075)

КБК: 57.33

М-24

Тақризчилар: **Ваисов А.Ш.** – Тошкент Тиббиёт Академиси Тери ва таносил касалликлари кафедраси профессори, Россия табиий фанлар академиясининг аъзоси.

Шомансурова Э.А. – Тошкент Педиатрия тиббиёт институти Амбулатор тиббиёти ва нур ташхисоти кафедраси мудир, профессор.

М-24 **Болалар тери ва таносил касалликлари:** Дарслик/ Маннанов А.М., Хаитов Қ.Н.; Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги. Тошкент педиатрия тиббиёт институти; Т.: «Iqtisod-Moliya», 2016. 560 б.

Дарслик тиббиёт институтларининг юқори курс талабаларига ва умумий амалиёт шифокорларига мўлжалланган. Шунингдек, дарсликдан амалиётда фаолият кўрсатаётган дерматовенерологлар, педиатрлар, терапевтлар, акушер-гинекологлар, урологлар ва клиник диагностика лабораториялари мутахассислари ҳам фойдаланишлари мумкин.

УЎК: 616.5-053.2(075)

КБК: 57.33я73

ISBN 978-9943-13-601-4

© «IQTISOD-MOLIYA», 2016

© Маннанов А.М., Хаитов Қ.Н., 2016

СЎЗ БОШИ

Илм-фан тараққиёти шиддат билан илгарилаб бораётган ҳозирги кунда тиббиёт соҳасида ҳам катта ютуқларга эришилмоқда. Инсон саломатлиги ва уни муҳофаза қилиш борасида улкан кашфиётлар қилинмоқда, бу борада дерматовенерология фани ва унинг ривожини ҳам олдинги марраларни эгаллаб келмоқда. Тери ва таносил касалликларига ташхис қўйиш ва даволаш масалалари бўйича янги ноинвазив усуллар яратилмоқда, жумладан, эстетик тиббиёт йўналишининг кенг қўламда ривожланиб бориши ушбу соҳанинг ҳозирги кунда эришиб келаётган катта ютуқларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Дерматовенерология фанининг тараққиётида унинг муҳим қисми бўлган болалар дерматовенерологияси йўналиши алоҳида аҳамият касб этади. Маълумки, болалар организми ўзига хос анатомио-физиологик хусусиятларга эга бўлганлиги сабабли уларда тери касалликлари белгиларининг ўзига хос кўринишларда кечиш ҳолати кузатилади. Бундан ташқари шундай тери касалликлари гуруҳи мавжудки, улар фақат болалардагина учрайди. Болалар тери касалликларининг ривожланиши, намоён бўлиши, кечишида ўзига хос жиҳатлар мавжуд, буни албатта уларда кечаётган касалликларга ташхис қўйиш, даволаш чораларини белгилаш ҳамда олдини олиш ва профилактик тадбирларни белгилашда инобатга олиш муҳим бўлиб, уларга нисбатан ўзига хос бўлган ёндашиш лозим.

Маълумки, болалар касалликлари бўйича фаолият кўрсатиб келаётган мутахассислар улар қандай йўналиш эгаси бўлмасинлар албатта болаларда учрайдиган тери ва таносил касалликлари билан кундалик ҳаётларида дуч келадилар ва улардаги ушбу муаммоларни ҳал қилишга мажбур бўладилар. Болалар организмнинг ўсиш вақти турли даврларга эга эканлиги уларда тери касалликлари белгиларининг ўзига хос тарзда кечишига сабабчи бўлади, бундай ҳолат дерматовенерология фанидан таълим беришда педиатрия факультетларида ўзига хос ёндашувга эга бўлишни тақозо этади, бу эса ўз навбатида умумий амалиёт педиатр шифокорларини тайёрлашда мажбурий бўлган босқичлардан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу

дарслик Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг «Таълим тўғрисида»ги қарори, «Кадрлар тайёрлаш миллий дастури» ва «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш» дастурида қўйилган вазифаларни бажариш мақсадида яратилди.

Дарсликнинг биринчи «Тери касалликлари» қисмида дерматовенерология фани, жумладан, ўзбек дерматовенерология фани ҳамда болалар дерматологияси тарихи кенг кўламда таърифлаб берилган. Дарсликнинг умумий қисмида терининг, шу жумладан, болалар терисининг ўзига хос хусусиятлари, тери касалликларининг умумий симптоматологияси ва уларга ташхис қўйишда қўлланиладиган махсус диагностик усуллар ҳамда тери касалликларини умумий ва маҳаллий даволаш усуллари ёритиб берилган.

Дарсликнинг махсус қисмида катталардан фарқли ўлароқ, фақат болаларда учрайдиган терининг йирингли, аллергия, замбуруғли, паразитар, вирусли, пуфакли, ирсий ҳамда терининг хавфсиз ўсма касалликлари этиологияси, патогенези, клиник белгилари, диагностикаси ва даволаш ҳамда профилактик усуллари ўзига хос тарзда таърифлаб берилган. Бу борада терининг бириктирувчи тўқима касалликлари, соч ва ёғ безлари касалликлари, дисхромиялар, эритемалар, ретикулёз касалликларининг болаларда ўзига хос кўринишларда кечиш ҳолатлари ҳам ёритиб берилган. Дарсликдан таносил касалликлари мавзуси алоҳида ўринни эгаллаган бўлиб, унда асосан туғма захм, қиз болалар сўзаги, сўзаксиз вульвовагинитлар, ОИТС касаллигининг болаларда ўзига хос кўринишда кечиши кенг қамровли ёритиб берилган.

ҚИСҚАРТМА СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

ДАС	– Дорохов антисептеги
АтД	– атопик дерматит
АТФ	– аденозинтрифосфат
ВР	– Вассерман реакцияси
ОИТВ	– одам иммун танқислиги вируси
ДДС	– диаминодифенильсулфон
ДМСО	– диметильсулфоксид
ДНК	– дезоксирибонуклеин кислотаси
ДОФА	– дигидрооксифенилаланин
ИЁР	– иммунологик ёғдуланиш реакцияси
КСЖР	– классик серологик реакция
ХКТ	– халқаро касалликлар таснифи
МСГ	– меланинни стимуллаш гормони
ОИТВ	– орттирилган иммун танқислиги вируси
ОИТС	– орттирилган иммун танқислиги синдроми
ПАСК	– параамносалицил кислота
ПЗР	– полимераз занжирли реакция
РНК	– рибонуклеин кислота
ТБЭ	– туғма буллёз эпидермолиз
ТХЧР	– трепонеманинг ҳаракатланишини чеклаш реакцияси
УБН	– ультрабинафша нурлар
ФКТ	– фотохимётерапия
ЦМВ	– цитомегаловируси
ЭА	– энтеропатик акродерматит
ЎА	– ўчоқли алопеция
ЎРК	– ўткир респиратор касаллиги
HTL VIII	– одам Т-лимфотроп вируси
HLA	– одам лейкоцитар антигени
LAV	– лимфоаденопатияга алоқадор вирус
LE	– қизил югурик хужайраси

I БЎЛИМ. ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Дерматовенерология фанининг ривожланиш тарихи

Дерматология инсон терисида кечаётган патологик жараёнларнинг сабаби, моҳияти, клиник ҳолати, кечиши, турли-туманлигини, шу билан бирга тери касалликларига махсус диагностик ва лаборатория усуллари орқали ташхис қўйиш ҳамда даволаш ва профилактик тадбирларни ишлаб чиқишни ўрганадиган фандир. Венерология эса жинсий аъзолар орқали юқадиган юқумли касалликларнинг эпидемиологиясини, клиник кўринишлари, ташхисоти, давоси ва олдини олиш чораларини ўрганадиган фандир. Дерматовенерология фанининг пайдо бўлиши ва ривожланиш тарихи узоқ замонларга бориб тақалади. Қадим-қадим замонлардан бери тери касалликлари тўғрисидаги маълумотлар турли халқларда мавжуд бўлган қўлёзмаларда ўз аксини топган. Масалан, қадимги юнонистонлик олим, файласуф ва шифокор Гиппократ ўз даврида кўплаб тери касалликлари тўғрисида маълумотлар бериб, уларни янгича номлар билан атаган. Бундай касалликлар қаторига мохов, алопеция, герпес, псориаз, эктима, петихия ва қўтир каби касалликлар кирган. Қадимги Римлик олим Целс псориаз, трихофития, сарамас, хўппос, фурункул ва сикоз касалликлари тўғрисида ўз илмий фикрларини баён этган. Ўрта осийлик машҳур олим Абу Али ибн Сино (980–1037) ўзининг «Тиб қонунлари» номли илмий рисоласида инсон хасталаниши мумкин бўлган барча касалликлар табиатини илмий-амалий нуқтаи назардан баён этиб берган, шу билан бирга касалликларга ташхис қўйиш, уларни олиб бориш, даволаш ва олдини олиш масалаларини кўрсатиб берган, унинг бу ўғитлари ҳозирги кунга қадар ўз моҳиятини йўқотмай келмоқда. Олим қўлга киритган ютуқлари орқали жаҳон тиббиёт илми ривожига катта ҳисса қўшган. Ибн Сино тери касалликларида асаб тизими муҳим аҳамият касб этишини ва беморларни даволашда уларнинг руҳиятига эътибор берилиши лозимлигини таъкидлаб ўтган. У экзема, нейродермит, мохов, пес, ихтиоз, сўгал, қадок, қўтир, битлаш, тери

лейшманиози, трофик яра, псориаз каби ўнлаб касалликларни таърифлаб, улар тўғрисида ўз фикрларини батафсил ёзиб қолдирган.

Тарихий маълумотларга қараганда XVIII аср охирларига келиб дерматовенерология алоҳида фан сифатида шакллана бошлади. XIX асрга келиб эса инглиз, француз, немис америка ва рус дерматология мактаблари юзага келди ва уларнинг намояндалари ўзларининг илмий ютуқлари билан дерматология фани ривожига улкан ҳисса қўшдилар.

Инглиз дерматология мактабининг асосчиси R. Willan (1757-1812) биринчи марта экзема касаллигини ҳар тарафлама замонавий йўсинда таърифлаб берган. Кейинчалик эса ушбу мактаб намояндалари W. Wilson (1809-1884) ва J. Hutchinson (1812-1913) лар қизил ясси темиртки касаллигини ҳамда бошқа тери касалликларини батафсил таърифлаб берганлар, 1867 йилда эса улар Англияда илк бор дерматология журналининг юзага келишига асос солганлар.

Француз дерматология мактабининг ривожига унинг асосчиси J. Alibert (1766-1837) жуда катта ҳисса қўшган. У томонидан кўпгина тери касалликларини ўзида акс эттирган ўқув қўлланма ва атласлар яратилган. Француз дерматовенерология мактабининг яна бир йирик намояндаси E. Bazin (1807-1878) кўтир касаллигини кўзғатувчиси кўтир канаси бўлишини, паразитар замбуруғлар микоз, деб аталадиган касалликка олиб келиши мумкинлиги тўғрисида илк бор ахборот берган. У «теридаги тошмалар тери касаллиги эмас, балки организмда мавжуд бўлган хасталик белгисидир» деган фикрни баён этган. J. Alibertнинг шогирди P. Cazenove (1795-1877) илк бор 1843 йилда француз дерматология журнаliga асос солган.

Немис дерматология мактабининг асосчиси F. Hebra (1816-1880) ўз шогирди M. Kaposi (1837-1902) билан биргаликда кўпгина тери касалликларини таърифлаб берганлар, уларнинг таснифини яратганлар, улар биргаликда дерматология қўлланмасини, атлас китобини чоп этганлар. Улар турли шаклли экссудатив эритема, қизил ясси темиртки, пруриго, пигментли ксеродермия каби дерматозларга таъриф берганлар. Бундан ташқари F. Hebra морфологик элементлар ва уларнинг эволюцион ривожини чуқур ўрганган ҳолда кўпгина касалликларга баҳо берган.

Америка дерматология мактабининг яққол намояндаларидан бири L.A. Duhring (1845-1914) ҳисобланади, у томонидан биринчи марта герпетифор дерматит касаллиги таърифлаб берилган ва хо-

зирги кунга қадар ушбу касаллик олим номи билан номланиб келади.

Рус дерматология мактаби XVIII-XIX асрлар мобайнида ички касалликлар ва физиология фани йўналишларида олиб борилган, илғор изланишлар натижалари асосида шаклланган. Бундай мактаб номояндаларига С.Г. Забелин (1735-1802), М.Я. Мудров (1776-1831), И.Е. Дядковский (1784-1841), С.П. Боткин (1832-1889), Г.А. Захарин (1829-1897), И.М. Сеченов (1824-1905), И.И. Мечников (1845-1910), И.П. Павлов (1844-1936), А.Г. Полотебнов (1860-1907) лар мансубдирлар. Россияда илк бор тери касалликлари кафедралари 1869 йилда Москва университетиде, Санкт-Петербург тиббий-жарроҳлик академиясида ташкил топди, кейинчалик эса бундай кафедралар Қозон (1872), Харьков (1876) ва Киев (1883) шаҳарларида ҳам ташкил топди.

Рус дерматология мактабининг асосчиси, Санкт-Петербург дерматология мактабининг намояндаси А.Г. Полотебнов дерматология соҳасида янги йўналиш яратди, унинг фикрича теридаги патологик жараёнлар бир бутун инсон организми билан боғлиқ бўлиб, уларни ажратиб бўлмайди, унинг асосида эса асаб тизимининг бошқаруви ётади, деб таъкидлаган. А.Г. Полотебновнинг издошлари Т.П. Павлов (1860-1932), С.Т. Павлов (1897-1971) ва О.К. Шапошников (1920-1990) лар турли йиллар давомида ҳарбий-медицина академиясининг мудирлари бўлиб фаолият кўсатганлар. Т.П. Павлов экзема касаллиги бўйича физиологик ва клиник йўналишда тадқиқотлар олиб борган. С.Т. Павлов пуфакли яра касаллигида илк бор акантолитик хужайраларни баён этиб берган, тери касалликларида қон томирларнинг жароҳатланишини ўрганган. О.К. Шапошников асосий тадқиқотларини васкулит, пиодермия ва куйиш касалликлари устида олиб бориб, фанга қатор янги тасниф ва таклифларни киритган. О.Н. Подвысоцкая (1884-1958) тери касалликларида физиологик ва патофизиологик изланишлар олиб борган, изланишлар натижасида касалликлар асосида асаб тизими функционал ҳолатининг бузилиши ётиши ва бундай ҳолат организмнинг бошқа тизимлари билан узвий боғлиқликда кечишини таъкидлаган.

Москва дерматология мактабининг А.С. Поспелов (1846-1919), В.В. Иванов (1873-1931), Г.И. Мещерский (1874-1936), П.С. Григорев (1879-1940), В.А. Рахманов (1901-1969), Р.С. Бабаянц (1927-1983), Н.И. Черногубов (1863-1942), М.М. Желтаков (1903-1968),

П.В. Николский (1858-1940), Л.Н. Машкиллейсон (1898-1964), А.А. Каламкарян, Н.Д. Шеклаков, Ю.К. Скрипкин, А.А. Антонев каби вакиллари дерматология фанининг кейинги ривожига ўзларининг мислсиз ҳиссаларини қўшиб келганлар.

XIX аср охири ва XX аср бошларига келиб дунё фани ривожланиши натижасида тиббиёт фанида ҳам улкан ўзгаришлар кузатилди, жумладан, қатор янги тери касалликлари таърифлана бошланди, уларни ўрганиш мақсадида қатор ўқув қўлланмалари, атлас ва журналлар чоп этила бошланди. Микроскопнинг кашф этилиши натижасида микробиология фани ривожланиб кетди, натижада қатор тери касалликларининг қўзғатувчилари кашф этилди ва тери касалликлари ташхисотида ва уни даволашда улкан имкониятлар яратила бошланди.

Болалар дерматологияси йўналиши бўйича масалалар С.Я. Голосковкер (1892-1961), М.Т. Брил, А.Б. Селицкий, А.А. Студницин, Л.А. Штейнлухт, Ф.А. Зверкова, К.Н. Суворова ва В.Н. Гребенюк каби олимлар томонидан кенг миқёсда ўрганилди. Москва дерматовенерология мактабининг вакили, дунёга машҳур олим профессор А.А. Каламкаряннинг шогирди, Марказий дерматовенерология илмий текшириш институтининг болалар дерматологияси бўлими бошлиғи, профессор В.Н. Гребенюк болалар дерматологияси йўналиши бўйича ўз мактабини яратди. Профессор В.Н. Гребенюк ўз илмий йўналишларини болаларда атопик дерматит, ўчоқли алопеция, псориаз, қизил ясси темиртки, дюринг дерматити, мастоцитоз, склеродермия, пигментли дерматоз каби касалликларни ҳар тарафлама илмий асосда ўрганишга ва замонавий илғор даволаш усулларини яратишга қаратди. Бу ишларни амалга оширишда унинг атрофига йиғилган, ҳозирда кўзга кўринган ўқувчилари камол топди.

Ўзбек дерматовенерологиясининг тарихи

Ўзбек дерматовенерологиясининг тарихи XVIII аср охири ва XIX асрнинг бошларига тўғри келади. Тарихдан маълумки, Чор Россия империяси чегара ҳудудини кенгайтириш мақсадида 1864-1875 йилларда Туркистоннинг катта қисмини босиб олади. Ушбу ҳаракат зўравонлик характерига эга бўлсада, маҳаллий аҳоли учун маълум бир аҳамиятга ҳам эга эди. Босиб олинган ҳудудлар аҳолиси орасида эпидемик касалликлар хавфини инобатга олган ҳолда чор ҳукуматининг ноиблари (ҳарбий бошликлари), ҳарбий қисм

ходимлари маҳаллий аҳолига ёрдам кўрсатиш мақсадида даволаш-профилактик муассасалар тармоғини вужудга келтиришга мажбур бўлдилар.

1912 йил Тошкент шаҳрида жойлашган касалхона қошида дастлабки тери-таносил касалликлари бўлими иш бошлади. 1918 йилнинг ноябрь ойида эса Тошкентдаги собиқ кадетлар клиникаси 100 ўринли таносил касалликлари касалхонасига айлантирилди, 1919 йилда Фарғона вилоят касалхонаси қошида таносил касалликлари бўлими, 1920 йилда Самарқандда таносил касалликлари амбулатория бўлимлари очилди.

1919 йил Туркистон Давлат университети ташкил этилди ва 17 сентябрда эса тиббиёт факультетининг биринчи Илмий Кенгаш йиғилиши бўлиб ўтди. 1920 йилда тиббиёт факультетининг тери ва таносил касалликлари кафедраси ташкил этилди ва унинг 30 ўринли шифохонаси Тошкент округи госпитали базасида жойлашди. Унга илк бор кафедра мудирини этиб тиббиёт фанлари доктори, профессор А.И. Лебедев (1888-1923) тайинланди. 1924 йил Тошкентда дастлабки 30 ўринли тери-таносил касалликлари диспансери ташкил қилинди. 1924-1930 йилларда тиббиёт фанлари доктори, профессор И.С. Милман кафедра мудирини бўлиб фаолият кўрсатиб келди. Унинг ташаббуси билан 1925 йилда биринчи мартаба дерматовенерологларнинг илмий жамияти ташкил қилинди.

1931 йилда мустақил фаолият кўрсатувчи Ўрта Осиё тиббиёт институти ташкил қилинди ва унинг таркибида тери-таносил касалликлари кафедраси фаолият кўрсата бошлади, 1935 йилдан институт Тошкент тиббиёт институти, деб қайта номланди. 1931-1939 йилларда тери ва таносил касалликлари кафедрасига тиббиёт фанлари доктори, профессор А.И. Картамишев бошчилик қилди. 1932 йилда ТошМИ клиникаси қошида серологик лаборатория ташкил қилинди. 1932 йилнинг 26 мартида Ўзбекистон дерматовенерологларининг I Республика съезди бўлиб ўтди ва шу йили 7 июнда Ўзбекистон Республикаси Дерматология ва венерология илмий-тадқиқот институти ташкил қилинди. 1932 йилда Самарқанд Тиббиёт институти ва Тошкент Врачлар малакасини ошириш институтлари қошида тери ва таносил касалликлари кафедралари очилди. 1934 йил Тошкент шаҳрида тиббиёт институтининг тери-таносил касалликлари клиникаси базасида шаҳар, 1940 йилда эса

Тошкент вилояти тери-таносил касалликлари диспансерлари ташкил қилинди.

1939-1945 йилларда тери ва таносил касалликлари кафедрасига тиббиёт фанлари доктори, Болгария фанлар академиясининг академиги Ц.А. Кристанов (1898-1974) бошчилик қилди. 1945 йилда тиббиёт фанлари доктори, профессор, Республикада хизмат кўрсатган фан арбоби А.А. Аковбян (1900-1974) кафедра мудирини этиб сайланди ва у кафедранинг 1971 йилгача бошқарди. 1945-1965 йиллар давомида Республикада тери-таносил касалликлари диспансерлари сони 1,9 маротабага, серологик лабораториялар – 4,1 маротабага, шифокор-дерматовенерологлар сони эса 2,9 маротабага ошди. 1947 йилдан бошлаб эса мутахассислик бўйича илк бор клиник ординатура очилди.

1971-1994 йиллар мобайнида ТошМИ тери ва таносил касалликлари кафедра мудирини бўлиб тиббиёт фанлари доктори, профессор У.М. Мираҳмедов (1918-1994) фаолият кўрсатди. У.М. Мираҳмедов захм касаллигига эрта ташхис қўйиш, даволашнинг янги услубларини яратиш, серодиагностиканинг янги услубларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўйича кўпгина ишларни амалга оширди. 1976 йилда Ўзбекистон дерматовенерологларининг II съезди бўлиб ўтди.

1976 йилдан бошлаб кафедрага тиббиёт фанлари доктори, республикада хизмат кўрсатган фан арбоби, профессор Р.А. Капкаев бошчилик қилди. 1981 йилда профессор Э.Г. Ким Ўзбекистонда биринчи бор «Чирой» эстетик жарроҳлик марказини ташкил қилди ва у республикада тиббий косметология йўналиши ривожига асос солди.

Ушбу йиллар давомида республикада Врачлар малакасини ошириш институти қошида тери-таносил касалликлари кафедраси фаолият кўрсатиб келди, узок йиллар кафедрага профессор А.Х. Абдуллаев бошчилик қилиб келди.

1991 йил Тошкент Давлат тиббиёт институтининг (ТошДавТИ) қайта ташкил этилиши муносабати билан I ТошМИ тери-таносил касалликлари кафедраси мудирини вазифасида проф. А.Ш. Ваисов, II ТошДавТИ тери-таносил касалликлари мудирини вазифасида эса проф. Р.А. Капкаевлар фаолият кўрсатиб келдилар. Профессор А.Ш. Ваисовнинг ташаббуси ва раҳбарлиги остида I ТошДавТИ кафедраси қошида янги типдаги даволаш муассасаси – «Витилиго» Республика илмий-ўқув-даволаш маркази ташкил қилинди.

1998 йил январь ойидан бошлаб Ўрта Осиёда биринчи бор «Дерматология ва венерология янгиликлари» илмий амалий журнаliga (2004 йилдан бошлаб эса ушбу журнал «Дерматовенерология ва репродуктив саломатлик» деб номланган) асос солинди. Ушбу журнал 2008 йилдан бошлаб «Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт» илмий-амалий журнали сифатида чиқа бошлади. Журналда нафақат тери-таносил касалликларига боғлиқ масалалар, балки эстетек тиббиётга, яъни косметологияга боғлиқ масалалар ҳам ёритиб келинмоқда. 2001 йил I ТошДавТИ кафедраси қошида магистратура бўлими очилди.

2005 йилда Тошкент Тиббиёт академияси ташкил этилиши муносабати билан тери-таносил касалликлари кафедралари қайтадан бирлаштирилди ва ҳозирги кунга қадар кафедрага профессор А.Ш. Ваисов мудирлик қилиб келмоқда.

Болалар дерматовенерологиясининг тарихи

Болалар дерматовенерологиясининг тарихи 1972 йил Тошкент шаҳрида Ўрта Осиё Педиатрия медицина институтининг (САМПИ) ташкил этилиши билан боғлиқ. Институт очилишининг асосий мақсади Ўрта Осиё Республикаларига юқори малакали шифокор-педиатрларни тайёрлаб беришдан иборат эди. Дастлаб институт тери ва таносил касалликлари кафедраси Тошкент шаҳрининг Куйбишев туманидаги (ҳозирги Мирзо Улуғбек) 100 ўринга мўлжалланган, 3-сонли тери ва таносил касалликлари (болалар, замбуруғли ва поликlinik бўлимлари бўлган) диспансерида, 1989 йилдан то шу кунга қадар эса кафедра ТошПТИ шифохонасининг болалар дерматологияси бўлимида фаолият олиб бормоқда.

Кафедранинг биринчи мудир ва асосчиси бўлиб, тиббиёт фанлари доктори, профессор К.С. Сулаймонов (1923-1989) ҳисобланади. У ўз шогирдларига болаларда кечадиган патологик жараёнларни ҳар томонлама мукамал ўрганишга алоҳида эътибор беиш зарурлигини, ўсаётган ва шаклланаётган бола организмида кечаётган теридаги патологик жараён ўзига хос клиник кечишга эга бўлиб, бундай ҳолатни прогноз қилиш, даволаш ва профилактик чораларни ишлаб чиқишда инобатга олиниши лозимлигини таъкидлаб ўтар эди. Профессор К.С. Сулаймоновнинг бундай ўғитлари ҳозирги кунга қадар шогирдлари томонидан илмий изланишларида қўлланиб

келинмоқда ва ўз долзарблигини ҳамда моҳиятини йўқотмай келмоқда. Ҳар томонлама чуқур олиб борилган кўп йиллик илмий изланишларнинг натижаси сифатида 1979 йилда профессор К.С. Сулайманов профессор И.И. Потоцкий билан ҳаммуаллифликда кўпгина дерматовенерологларнинг қўлларидан тушмай келаётган «Красная волчанка» номли монографияни чоп этади.

1989-2009 йиллар мобайнида кафедра мудири бўлиб ишлаб келган профессор Ҳ.К. Шодиев тери касалликлари белгилари орқали инсонлар организмида бўлиши мумкин бўлган онкологик касалликларга ташхис қўйиш усуллари яратди ва «Паранеопластик дерматозлар», деб номланадиган мавзунини дерматовенерология фанига киритди. У «Паранеопластические дерматозы», «Патогенез и лечение атопического дерматита» монографиялари ва «Тери ва таносил касалликлари» ўқув қўлланмалари муаллифи ҳисобланади. Унинг раҳбарлигида 4 та докторлик ва 8 та номзодлик илмий ишлари ҳимоя қилинган.

2009 йилдан то шу кунга қадар профессор А.М. Маннанов ушбу кафедра мудири бўлиб ишлаб келмоқда. Профессор А.М. Маннанов болаларда атопик дерматит касаллигининг ўзига хос кўринишларда кечишини кўрсатиб берган, касалликнинг янги клиник ташхисот усулини таклиф этган, болаларда атопик дерматит касаллигининг кечишида инбред муҳитининг аҳамиятини кўрсатиб берган ва биринчи мартаба ушбу усулни қўллашни таклиф этган. Унинг раҳбарлигида 2 та докторлик ва 3 та номзодлик диссертациялари ҳимоя қилинган.

Ҳозирги кунда кафедрада проф А.М. Маннанов, проф. М.И. Абдуллаев, проф. М.А. Юлдашев, т.ф.д., проф. Қ.Н. Хаитов, доц. У.Ш. Рихсиев, доц. М.А. Мукаррамов, т.ф.н. доц. С.М. Ходжаева, т.ф.н. асс. Н.Б. Бобобекова, асс. Д.Д. Рихсиева, асс. О.А. Бабаджанов, асс. Х.Х. Ахраров, асс. В.Ф. Сиразитдиновалар фаолият кўрсатиб келмоқдалар.

УМУМИЙ ҚИСМ

МЕЪЁР ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ

Терининг эмбриогенези

Гастрюляция тугагандан сўнг эмбрион юзасини бир қават ясси, юпқа номукаммал эктодермал хужайралар қоплайди. Одам териси эмбриогенезнинг биринчи ойлари давомида эктодермадан ҳосил бўлган бир қаватли кубсимон эпителийдан иборат бўлса, 2-ойнинг бошларида ёки ўрталарида ана шу бир қаватли хужайраларнинг айримлари юқорига сиқиб чиқарилиб, перидерма деб аталувчи юпқа, ясси хужайралар қаватини ҳосил қилади. Унинг остидаги базал мембрана қавати мезодермага яқин жойлашган майда эктодермал хужайралардан тузилган бўлади. Ривожланишнинг дастлабки даврларида бир хил тусдаги хужайралар бирлашиб, қаватлар ҳосил қилишидан десмосомалар шаклланади. Икки ойлик даврида тери кўл ва оёқ қафтларида 2-3 қатор, панжалараро бурмаларда, оғиз ва жинсий тешикчаларда 4-5 қатор хужайралардан тузилган бўлади. Хужайраларнинг жойлашувига қараб уларнинг шакли ва катталиги турлича бўлади. Эмбрионал таракқиётнинг иккинчи ойи охирларида одам ҳомиласининг ташқи қопловчи қаватларида эпидермис ва дермани аниқ ажратиш мумкин. Эмбриогенезнинг 8-9 ҳафталарида айрим жойларда икки қаватли, айрим жойларда уч қаватли хужайралардан тузилган эпидермис ҳосил бўлади. Хужайраларнинг қайта тақсимланиши натижасида оралиқ қатлам шаклланади. Бу қават хужайралари горизонтал йуналишда узунасига жойлашиб, кучли вакуоллашган бўлади. Базал қават хужайралари призматик шаклга эга бўлиб, цитоплазмаси оқиш ва апикал қисмига жойлашган шарсимон ядролардан иборат бўлади. Унинг дерма билан бўлган чегараси сўрғичсимон тузилмалар ҳосил қилмайди ва майда тишсимон кўринишдаги тузилмалардан ташкил топган бўлади.

Ташқи қават узунчоқ, ядроси ясси бўлган хужайралардан иборат бўлади. Барча қатлам хужайралари ўз таркибларида гликоген моддасини тутиб, аниқ чегарага эга бўлади. Кейинги ривожланиш

даври 8 ҳафтадан 26 ҳафтагача бўлган вақт давомидан иборат бўлиб, у 3 босқичга ажратилади. Ривожланишнинг 8-11 ҳафталари давомида перидермал қават ҳужайраларининг актив митотик бўлинишлари натижасида оралик қават ҳужайралари шаклланади. Эмбриогенезнинг 11-ҳафтасида эпидермиснинг базал қаватига меланоцит ҳужайралари кириб келади ва уларнинг салмоғи тез ортиб кетади. Иккинчи босқичда, яъни 12-15 ҳафталар давомида перидермал ҳужайралар ташқи юзасида глобуляр ўсимталар ҳосил бўлади. Кейинги 16-26 ҳафталар давомида мугузланиш жараёнини эслатувчи перидермал ҳужайралар инволюцияси ва ядро тутувчи ўсимталарнинг узилиши кузатилади. Лекин бу жараён давомида кератогиалин ва кератин фибриллалари ҳосил бўлмайди. Ривожланишнинг 3-ойи давомида базал қават ҳужайралари митоз йўли билан кучли равишда бўлина бошлайди. Ана шу йўл билан эпидермис ўса бошлайди ва 12-ҳафталарга келганда, эпидермис 4-5 қават ҳужайралардан иборат бўлиб қолади. Шу даврдаги базал қават герминатив қават, деб юритилиб, унинг ҳужайралари зич, яхши бўялувчан цитоплазмага ва чегарага эга бўлади. Ривожланишнинг 4-ойи давомида базал қават ҳужайралари баланд призматик шаклга эга, цитоплазмаси базофил бўлиб, гликоген миқдори камаяди. Юқори қаватдаги ҳужайралар полигонал шаклда бўлиб, гликоген тутувчи оксифил цитоплазмага эга бўлади. Шу билан бир вақтда юқори қават ҳужайраларида кератин моддаси тўпланади. Кератин ҳужайрада хусусий донадорликни ва юқори қават ҳужайраларида тифизликни таъминлайди.

Кератинизация жараёни асосан кўпроқ тасиротларга учрайдиган кўл-оёқ қафтлари терисида кузатилади. Шунинг ҳам айтиш керакки, қафтлар териси эпидермис қаватининг қалин бўлиши эмбрионда тасиротларнинг кучайишидан олдинроқ ҳам кузатилади. Ҳомила ривожланишининг 4-5 ойларида кўл-оёқ қафтлари эпидермиси нафақат кўп қаватли (базал, тиканакли, донадор, ялтироқ ва қалин кератинлашган), балки ҳар бир қават бир-биридан аниқ ажралиб туради. Ана шу ривожланиш даврида донадор қават ҳужайралари цитоплазмасида гистокимиявий услублар ёрдамида майда, қорамтир бўялувчи кератогиалин доначаларини аниқлаш мумкин. Ялтироқ қават ҳужайралари кератогиалиннинг кимёвий ўзгаришдан ҳосил бўлган гомоген ярим суяқ модда элеидинни тутуди.

Энг юқори жойлашган қават бу вақтда мугузланишнинг энг охириги маҳсулоти-кератин тутувчи, бир-бирига зич жойлашган

хужайралардан иборат бўлиб, кератин миқдорининг кўпайиши билан намоён бўлади. Ҳомиладорликнинг охириги ҳафталарида ҳомила тана териси деярли ўзгармайди. У фақат дерма ҳисобига бироз қалинлашади, тери ҳосилаларининг ривожланиш жараёни сусаяди ёки бутунлай тўхтади.

Маълум бўлишича, эпидермис ривожланишининг тезлигига иқлим ва географик шароитлар ҳам таъсир кўрсатади. Иссиқ ва қуруқ шароитли иқлимда, масалан, Марказий Осиё шароитида эпидермис қаватининг етилиши ҳолати одатдаги муддатларга қараганда 2-3 ҳафта олдин бўлади. Маълумки, эпидермисга нисбатан дерма қаватининг гистогенези бирмунча кам ўрганилган. Ҳомиланинг икки ойлик даврига қадар дермада ядро тутувчи эритроцит оролчалари, кўплаб майда қон томирлари ва мезенхима хужайралари тўплами сифатида намоён бўлади. Аморф асосий модда кўп миқдорда бўлиб, унда гликоген туридаги ШИК-мусбат моддалар, муко- ва гликопротеидлар кузатилади.

Эмбрионал даврнинг 2-ҳафтаси охири ва 5-ойлари бошларида мезенхима хужайралари фибробластларига айланиб, анча вақт давомида мукамаллашган ҳолда қолади ва уч хил: дендритик ўсимталарга эга юлдузсимон хужайраларга, калта ўсимтали майда хужайраларга ва юмалоқ хужайраларга ажратади.

Шу даврга келиб, эпидермис атрофида қуюқ жойлашувчи, ингичка аргирофил толалари ҳосил бўлади. Эпидермис ва дерма орасидаги чегара нотекис контурга эга бўлади, аргирофил толалар сони эса ортиб боради ва тўр шаклидаги кўринишни ҳосил қилади.

Ҳомиланинг 3,5-4 ойлик даврида ингичка бўлган коллаген толалар пайдо бўлиб, улар тери юзасига нисбатан параллел жойлашадилар. Бириктирувчи тўқима толалари тузилишини ва ёшга нисбатан улар хусусиятларини ўрганган Л.Д.Марцинкевич тадқиқотларига кўра, эмбрионал ҳаётнинг 6-ойларига келиб, бириктирувчи тўқима толалари аниқ коллаген ва эластик толаларга ажралади. Коллаген толалар етилишнинг асосий белгиси бўлиб, улар диаметрининг 20 нм дан 35 нм гача прогрессив катталашуви ҳисобланади. Коллаген толаларнинг кўпайиши аргирофил толалар сонининг камайишига олиб келади. Бу даврда дерма кўплаб фаол бўлган фибробластларни, лаброцитларни, меланобластларни, макрофаг ва Меркел хужайраларини тутуди. Меркел хужайралари ҳажми кератиноцитларга нисбатан катта бўлиб, юмалоқ шаклга ва оқиш

цитоплазмага эга бўлади. Улар ҳомиладорликнинг 2-ярмида эпидермисга яқин бўлган сўрғичли қаватида, соч ва тери безлари атрофида кузатилади. Одам ҳомиласида эластик толалар асосан ҳомиладорликнинг охириги ойларида кўпроқ бўлади.

Чақалоқларнинг териси етук ёшдагилардан маълум даражада фарқ қилади, эпидермиснинг ўсувчи қавати юпқа, донадор ва ялтироқ қаватлар эса узук-юлук, мугуз қават эса қалин бўлади. Эмбрионал даврда бошланган эпидермиснинг сўрғичлараро ўсимталари шаклланиши 1 ёшли даврнинг охирида ҳам тугалланмайди.

Янги туғилган чақалоқларда эпидермис қаватининг ривожланиши бир текис бўлмасдан, у юз ва бўйин бурмаларида жуда юпқа кўринишда бўлади. Айрим чақалоқларда эса тери капиллярларининг кенгайишидан терининг қизариши (терининг физиологик катари) ҳолати кузатилади, лекин бундай ҳолат 2-3 кун давомида ўз-ўзидан ўтиб кетади.

Ёғ безларининг актив ҳолати натижасида улар маҳсулотининг тўпланиши кузатилиб, пешона, энса ва бошнинг сочли қисми соҳалари терисида оқиш-сарик рангдаги бўртиб турувчи, кичик юмалоқ тузилмалар ҳосил бўлади. Тери капиллярларининг локал кенгайишини келтириб чиқаради. Бу даврда эпидермиснинг қўп қисмини асосан 3 қаватга - базал, тиканакли ва мугуз қаватларга ажратиш мумкин. Донадор ва ялтироқ қаватлар фақат қўл ва оёқ қафтларидагина шакллана бошлайди. Чақалоқ териси базал ҳужайралари цитоплазмасида микроўсимталар ҳосил бўлади, улар плазмолемманинг ультрамикроскопик инвагинацияларига айланади. Бу эса ўз навбатида дерма билан ўзаро боғланишларга олиб келади.

Дерма сўрғичли ва тўр қаватлардан иборат бўлиб, уларни бириктирувчи тўқимали асоси ва мушак толалари сустривожланган бўлади. Эпидермис ва дерма орасидаги базал мембрана жуда ёмон шаклланган ва эластик бириктирувча тўқима тутмайдиган сийрак толалар тўридан иборат бўлади, шунинг учун ҳам чақалоқ эпидермиси хусусий дерма қаватидан осон тарзда ажралади.

Чақалоқ юзи терисида эластик толалар тўри шаклланиб, тўртинчи ойда эластик каркаснинг хусусий фарқлари пайдо бўлади. Бу каркаснинг шаклланиши 25 ёшларга борганда тугалланади. Чақалоқлар териси рангини аниқловчи қон томирлар мажмуаси қуюқ капиллярларга бой бўлади. Майда қон томирлар бир қават эндотелийдан тузилган бўлади. Ҳомилада дерманинг эластик

толалари ҳомиладорликнинг охирига ойларида пайдо бўлади. Чақалоқлар териси дерма қаватининг хусусиятларидан бири бўлиб, бу фибробластлар, семиз ҳужайралар ва макрофаглар тутувчи, лекин тўлиқ шаклланмаган бириктирувчи тўқиманинг мавжудлиги ҳисобланади.

Тери ости ёғ клетчаткаси чақалоқларда сийрак ва ёғ бўлакчаларининг кўплиги билан таърифланади. Бу ёшдаги хусусиятлардан яна бири кўнғир ёғ тўқимасининг мавжудлигидир. Бу тўқима кўкрак қафаси, кўкрак оралиғи ва қон томирлар атрофида жойлашади. Чақалоқларда ёғ безлари яхши шаклланган бўлиб, она гормонлари таъсирида актив фаолиятда бўлади ва туғилиш вақтида бола танасини қоплаб турувчи сузмасимон суртма ҳосил қилади. 1-3 ёшдаги болалар тери эпидермис қавати катталарникига нисбатан юпқа, ундаги қаватлар жойлашуви бир тартибда бўлиб, катталарникига ўхшаш бўлади, яъни базал, тиканакли, донадор, ялтироқ ва мугуз қаватлар кузатилади.

Тери анатомияси ва гистологияси

Тери одам танасини ташқи томондан қоплаб турадиган аъзо бўлиб ҳисобланади. У мураккаб тузилишга эга. Катта ёшдаги одам терисининг умумий юзаси 1,5-1,6 м² ни ташкил этади. Терининг қалинлиги (тери ости ёғ қаватидан ташқари) 0,5-1 мм. Тери одам танасининг баъзи соҳаларида (оғиз, бурун, орқа чиқарув тешиги, сийдик йўли ва қин) аста-секин шиллиқ қаватларга айланади. Тери рангининг кўриниши тана сатҳининг у ёки бу соҳасидаги тўқималарнинг тури, қон томирлари билан таъминланиш даражаси, теридаги махсус ранг берувчи модда - меланиннинг миқдорига боғлиқ. Тери сатҳида турли-туман шаклга эга бўлган майдончалар ва пушталарни кузатиш мумкин. Бу майдонча ва пушталар терининг у ёки бу соҳасида катта ёки кичик, узун ёки қисқа бўлса-да, маълум бир йўналишда тортилгандир. Бу манзара қўл ва оёқ қафтларида яхши ва сезиларли даражада кузатилади. Айниқса, қўл ва оёқ қафтларидаги ёнма-ён йўналишга эга бўлган дўмбоқча ва пушталар ҳар хил шаклда бўлиб, ҳар бир инсонда ҳар хил бўлади. Шунинг учун икки марта такрорланмайдиган бу чизиқчалар ва йўналишлар баъзи одамларнинг шахсини аниқлашда, яъни бир-биридан ажратишда муҳим белги бўлиб ҳисобланади.

Одам танасининг деярли барча тери соҳалари сочлар билан қопланган. Фақатгина терининг айрим жойларидан (қўл кафти, оёқ кафти, лабнинг қизил ҳошияси, закар бошчаси, катта ва кичик уятли лабларнинг ички юзаларидан) сочлар чиқмайди.

Тери учта асосий қаватдан иборат: устки қават (epidermis) ва асл тери (dermis, cutis propria) ва тери ости ёғ қаватларидан (hypodermis, tela adiposa) иборат. Терининг устки қавати эпителий тўқимасидан ташкил топган. Эпидермис тери сатҳининг турли соҳалари турлича ривожланган бўлади, шунинг учун ҳам мазкур қаватнинг қалинлиги турлича кўринишда бўлади. Қўл ва оёқ кафти соҳаларида қалин, юқори қовоқ ва жинсий олат қалпоғи териси соҳаларида эса жуда юпқа кўринишда бўлади. Тери устки қавати ҳужайралари эпидермоцитлар, деб аталади. Мазкур ҳужайраларнинг асосий қисми кератин моддасини ишлаб чиқаради ва терининг пўст ташлашида иштирок этади, шу сабабли бу ҳужайралар кератиноцитлар, деб аталади. Эпидермисда бошқа вазифаларни бажарувчи ҳужайралар ҳам бор. Буларга терига ранг берувчи меланин моддасини ишлаб чиқарувчи меланоцитларни, сезиш вазифасини бажарувчи Меркел ҳужайраларини, фагоцитоз хусусиятига эга бўлган Лангерганс ҳужайраларини мисол қилиб кўрсатиш мумкин.

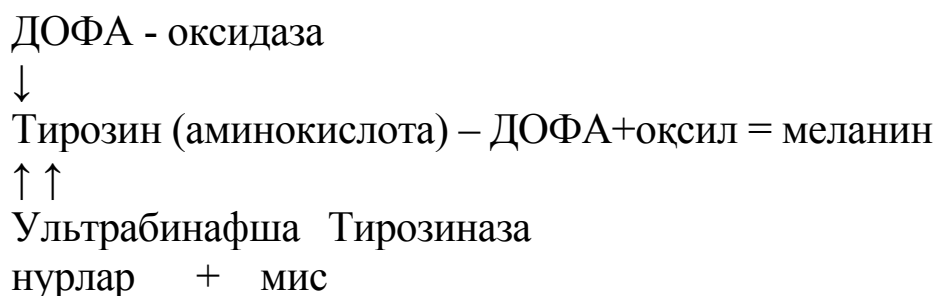
Эпидермис. Тери пўсти (эпидермис) 5 қаватдан иборат тузилишга эга. Агар бу қаватларни пастдан юқорига қараб кўриб чиқадиган бўлсак, энг остки қават – базал, асосий ёки ўсувчи қават бўлиб ҳисобланади.

Базал қават. Базал қават (Stratum basale) бир қатор тизилган, цилиндрсимон (призматик) ҳужайралардан иборат бўлиб, уларни бир-биридан қисқа, кўзга кўринмас ёриқсимон бўшлиқлар ажратиб туради. Бу ҳужайраларнинг тухумсимон шаклдаги ядролари хроматин моддасига бой бўлади. Шу туфайли уларнинг ядролари бошқа қаватларда жойлашган ҳужайраларнинг ядроларидан фарқли ўлароқ, тўқроқ рангда бўялади ва микроскоп остида яққол кўзга ташланиб туради. Базал қават ўсувчи қават, деган номни бежиз олмаган, чунки эпидермиснинг устки қаватларида жойлашган ҳужайралар ўсувчи қават ҳосиласидир, яъни тери пўстини ташкил этувчи ҳужайралар базал қават ҳужайраларининг бўлиниб кўпайиши (митоз) натижасида ҳосил бўлади.

Кератиноцитлар протоплазмасининг юқори қисмида, ядро остида меланин дончалари жойлашган. Оқ танли одамларда меланин

доначалари фақат базал қават хужайраларининг протоплазмаси таркибида кузатилади. Териси буғдой ранг кишиларда эса бу модда тиканаксимон қават хужайраларида ҳам бўлади. Қора танли инсонлар териси меланин моддасига жуда бой бўлиб, бу ирққа мансуб одамлар терисининг хатто донатор қавати хужайраларида ҳам меланин доначалари кузатилади. Оқ танли кишилар терисининг баъзи соҳаларида (кўкрак безлари, мойк халтаси - ёрғокнинг териси, ташқи чиқарув тешиги атрофида) меланин доначаларини тиканаксимон қават хужайраларида ҳам учраши мумкин.

Базал қават кератиноцит хужайралари орасида меланоцит хужайралари жойлашган бўлади, ўсиқчасимон кўринишда бўлган бу хужайраларнинг протоплазмаси эса меланин доначалари билан тўлган бўлади. Меланоцит хужайралар ўз ўсиқчалари (тармоқлари) ёрдамида ёнида жойлашган кератиноцит хужайралар билан боғланиб туради. Аслида терига ранг берувчи модда – меланин пигменти меланоцитлар ичида ҳосил бўлиб, ўз тармоқлари орқали меланинни кератиноцитларга ўтказиб беради. Меланин моддасининг ҳосил бўлиш жараёни мураккаб жараёндир. Меланин ДОФА - оксидаза ферменти таъсирида 3,4-дигидрооксифенилаланиндан (ДОФА) ҳосил бўлар экан. Умуман олганда меланин тирозиндан ҳосил бўлади, яъни тирозин (аминокислота) мис билан боғланган тирозиназа таъсири остида ультрабинафша нурлар ёрдамида аста-секин ДОФА га айланади. ДОФА эса ўз навбатида ДОФА - оксидаза таъсирида меланинга ўтади. Бу жараённи қуйидаги шаклда тушунтириш мумкин:



Меланин пигментининг ҳосил бўлиш жараёни гипофиз безида ҳосил бўладиган, меланин моддаси ишлаб чиқарилишига ундайдиган модда (гормон) билан бошқарилади. Шунингдек, меланин ишлаб чиқариш жараёни адреналин, норадреналин, қалқонсимон без ва жинсий безлар гормонлари таъсирида идора этилади. Меланин

моддасининг кўп ёки кам миқдорда ҳосил бўлиши қуёш нурларининг фаоллигига ҳам боғлиқ. Шу туфайли серқуёш мамлакатларда яшовчи халқларнинг териси қорамтир, шимолий халқларнинг териси эса оқ рангларда бўлади. Баъзи кимёвий моддалар, масалан, фурукумарин моддалари терида ранг ҳосил бўлишини кучайтиради. Вегетатив асаб системасининг симпатик бўлимини таъсирлаш, яъни активлаштириш - пигмент ҳосил бўлиш жараёнини кескин сусайтириб юборади, ҳатто меланин ҳосил бўлишини бутунлай тўхтатиб ҳам қўяди. Меланин моддасининг ҳосил бўлишида кўпгина витаминларнинг, жумладан, аскорбин кислотасининг ўрни муҳим ҳисобланади.

Ўсувчи қаватда жойлашган Меркель ҳужайралари сон жиҳатидан кератиноцитлардан анча кам бўлса-да, улардан анчагина йирик бўлади. Бу ҳужайраларнинг цитоплазмаси жуда тиниқ бўлиб, улар таркибида осмиофил доначалари мавжуд бўлади. Меркель ҳужайраларига миелин моддаси бўлмаган нерв толалари жипс ҳолда уланганлиги сабабли тери пўсти сезиш хусусиятига ҳам эга бўлади.

Тканаксимон қават. Тери пўстининг базал қавати устида жойлашган қавати тиканаксимон қават (*Stratum spinosum*), деб аталади, унда 3-8 қатор нотўғри ва кўп қиррали кератиноцит ҳужайралари мавжуд бўлади. Тиканаксимон қават кератиноцитлари бир-биридан ҳужайраларо ёриқ ва ариқчалар билан ажралиб туради. Бироқ мазкур ҳужайралар сертармоқ ва шохланган бўлиб, ана шу «тиканаксимон» шохлар ёнма-ён жойлашган ҳужайралар протоплазмаси ичига кириб кетган бўлади. Шу йўл билан ҳужайралар жипслиги таъминланади. Бу қаватнинг тиканаксимон деб ном олишининг сабаби ҳам ана шунда. Тиканаксимон қават ҳужайралари бир-бирлари билан десмосомалар ёрдамида ҳам узвий боғланган. Десмосомалар икки қўшни ҳужайра элементларидан ташкил топган бўлиб, ҳар бир десмосома ўзи рўпарасида жойлашган иккинчи ҳужайра қобиғининг қаттиқлашган қисмини мужассамлаштиради. Тиканаксимон қават ҳужайралари тери пўсти юзасига яқинлашган сари ўз шаклини ўзгартириб, яссилашиб боради, яъни тиканаксимон қаватнинг пастки қаторларида жойлашган ҳужайралар кубсимон шаклда бўлса, унинг устки қаторларида эса ясси эпителий шаклида кузатилади. Тиканаксимон қават ҳужайраларининг ядролари юмалоқ ёки пуфаксимон бўлиб, хроматин моддасига бой бўлмайди. Шунинг учун мазкур қават ҳужайра ядролари бўёқларни

ўзига кам олади, бўяганда ҳам оч, рангпар бўялади. Хужайра цитоплазмасида кузатиладиган тонофибриллалар, деб аталувчи шохсимон ўсимталар ҳеч қачон бир хужайрадан иккинчисига ўтмайди, улар цитоплазма қобиғида тугалланади.

Тиканаксимон қават кератиноцитлари орасида Лангерганс хужайралари ҳам жойлашган бўлиб, бу хужайраларнинг ядроси оддий бўёқлар билан ёмон бўялади. Улар бир қанча шохларга бўлинадиган сертармоқ хужайралар бўлиб, таркибида меланин пигменти бўлмайди. Лангерганс хужайралари узоқ йиллар давомида нерв хужайраларининг махсус тури, деб ҳисобланган. Чунки улар олтин рангдаги бўёқлар билан жуда яхши бўялади, хужайраларнинг бу хусусияти нерв хужайраларига кўпроқ хос. Баъзилар Лангерганс хужайраларини собиқ пигмент хужайралари ҳам деб ҳисоблашади. Кейинги текширув ва кузатувларнинг кўрсатишича, улар хужайралар фагоцитозида фаол иштирок этар экан. Лангерганс хужайраларининг тери иммунитетидеги роли муҳим ҳисобланади.

Донадор қават. Донадор қават (*Stratum granulosum*) тиканаксимон қаватнинг юқорисида жойлашган хужайралар бўлиб, шакл жиҳатидан аста-секин яссилашиб сезиларсиз ҳолда донадор қаватга ўтиб кетадики, бу икки қават ўртасидаги чегарани ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлавермайди. Умуман донадор қават 1-2 қатор ясси – ромбсимон эпителий хужайраларидан иборат, терининг баъзи соҳаларида (қўл ва оёқ қафти) улар 3-4 қаторни ташкил этади. Бу хужайралар бир-бирлари билан жипс жойлашган бўлиб, ядролари тиканаксимон қават хужайра ядроларига нисбатан кичик бўлади. Донадор қават хужайралари цитоплазмаси таркибида кератогиалин доналари мавжуд, улар анилин бўёқлари билан жуда яхши бўялади. Шу туфайли микроскоп остида аниқ кўринади. Кератогиалин доначалари ўз таркибига кўра дезоксирибонуклеин кислотага (ДНК) жуда яқин. Донадор қават хужайралари протоплазмасида тонофибриллалар деярли учрамайди. Терининг баъзи соҳаларида (юз териси, бурмалар) донадор қават кўпинча кузатилмайди.

Тери пўстининг юқорида қайд этиб ўтилган уч қавати (асосий, тиканаксимон ва донадор қаватлар) биргаликда терининг ўсувчи ёки муаллифи номи билан айтилганда Малпигий қавати, деб номланади.

Ялтироқ қават. Ялтироқ қават (*Stratum lucidum*) донадор қават устида жойлашган, у тери пўстининг 4-қавати ҳисобланади. Бу қават ядросиз бир хил тузилишга эга бўлган кератиноцит хужайраларидан,

аникроғи элеидин моддасидан тузилган. Мазкур қаватда элеидин оксил моддасидан ташқари, гликоген ва ёғ моддалари (олеин кислота, липоидлар) ҳам бор. Элеидин қавати оддий бўйаш усуллари билан бўялганда ялтироқ, тиниқ шишасимон чизик ҳолида кўринади, ялтироқ ёки шишасимон қават номи ана шундан олинган.

Шохсимон қават. Шохсимон ёки мугуз қават (*Stratum corneum*) тери пўстининг энг устки қавати бўлиб, бу қават ташқи муҳит билан бевосита алоқада бўлади, шу сабабли доимо ҳар хил омиллар таъсирида фаолият кўрсатади. Мугуз қават қорин соҳаси, тананинг ён юзаларида, айниқса, ташқи жинсий аъзолар териси соҳаларида жуда юпқа, кўл ва оёқ кафтида тери соҳаларида эса анча қалин, яъни жуда ривожланган кўринишларда бўлади. Шохсимон қават ҳужайраларининг сони ташқи тасиротларнинг кўп ёки камлигига ҳам боғлиқ. Терига таъсир этувчи омиллар қанчалик кўп бўлса, мугуз қават шунчалик қалинлашади. Бу ҳол физиологик гиперкератоз, деб аталади. Мугуз қават юпқа ва ядросиз шох ҳужайралар йиғиндисидан иборат бўлади. Мугузли пўстлар бир-бири билан жипс жойлашган. Шох тангачалар кератин деб аталувчи мугузли (шох) моддадан иборат бўлади.

Терининг мугузланиши кератин ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Эпидермиснинг асосий оксили олтингугуртга бой, кератиннинг ҳосил бўлиши кўп босқичларни ўз ичига олади. Кератин тутувчи эпидермисдаги бу биологик жараён ундаги мугуз қобиғининг ҳосил бўлишига қаратилган. Физик ва кимёвий хусусиятларига караб 2 хил кератин ажратилади: эпидермис мугуз қаватида учрайдиган юмшоқ кератин, соч, тирноқлардаги қаттиқ кератин.

Кератин молекуляр структураси миозинни ва коллагенни эслатувчи 3 та узун полипептид занжиридан тузилган. Кератин таркибига 18 та аминокислота кириб, уларнинг ичида ипсимон ва глобуляр структураларни дисульфид боғлари ҳисобига маҳкам тутиб тура оладиган цистин алоҳида аҳамият касб этади.

Икки жараён - эпидермис ҳужайралари ичида кератин молекуласининг синтези ва ҳужайраларнинг юқорига силжиши натижасида кузатилувчи цитоплазма ва ядро компонентларининг гидролизи кератин синтезланишида муҳим аҳамиятга эга.

Маълумки, эпидермисдаги ҳужайраларнинг бўлиниши асосан базал қаватда кузатилади. Бўлинишдан ҳосил бўлган икки ҳужайрадан бири ўз жойида қолиб, иккинчиси эса тиканакли қаватга

ўтади, эпидермиснинг янада юқори қаватларига ўтиб бориши натижасида эса кератин синтезловчи кератиноцитга айланади.

Мугузланиш жараёни эпидермис ҳужайраларида маълум тартибдаги ўзгаришлар билан кечади. Ҳужайра ядросининг йўқолиши, ҳужайранинг яссиланиши ва қуриши, кератин ва мугуз қаватни ҳосил қилувчи айрим кимёвий ўзгаришлар кузатилади. Бу жараёнлар асосан базал қаватданок бошланиб, тиканаксимон қаватда давом этади ва донадор қаватда тугайди. Ҳужайралар эпидермиснинг юқори қаватига силжиши билан ядро ва органеллалар ҳалок бўлиб, ҳужайрадан чиқариб ташланади. Лекин тонофибриллалар аморф массада сақланиб қолади. Нормал кератинизация бир неча қатор қуриган, ўлик ҳужайралар – мугуз тангачалардан тузилган мугуз қаватнинг ҳосил бўлиши билан тугайди. Турли аъзо ва тўқималарда тузилмавий – структуравий оқсиллар ферментлар таъсирида парчаланаяди, эпидермисдаги кератин маҳсулотлари эса механик йўл билан чиқариб юборилади.

Кейинги йилларда инсонлар терисида ёшга кўра кечадиган биокимёвий ўзгаришларни ўрганиш натижасида куйидагилар аниқланди: болалар терисининг барча қаватларида аминокислоталар (тирозин, трипсин, цистеин, триптофан) ҳамда оқсиллар комплексларининг кам бўлиши билан характерланади. Балоғат ёшига етиш даврида эса тери қаватлари ва унинг ҳосилалари ҳажмининг кўпайиши билан аминокислоталар ва оқсил комплексларининг бир меъёрда кўпайиши кузатилади. Дерма фибробластлари цитоплазмаси ва ядросида ҳам аминокислоталарнинг бирмунча кўп бўлиши аниқланди.

Асл тери. Асл тери (dermis, corium) бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, бириктирувчи тўқима толалари орасида коллаген, эластик ва аргирофил толалар, шунингдек, силлиқ мушак толалари мавжуд бўлади. Мазкур тўқима толалари орасидаги маҳсус бир тузилишга эга бўлмаган аморф оралик моддалар жойлашган бўлиб, бундай моддаларнинг ичида диққатга сазовори бу гликозоаминог-ликанлардир. Бошқача қилиб айтганда уларни гиалурон ва хондроитинсульфат кислоталар, дейилади. Асл тери ҳужайралари турли-туман бўлиб, улар фиброцитлар, гистиоцитлар, меланофаглар, фибробластлар, лимфоцитлардан иборат бўлади. Шунингдек, плазматик ҳужайралар, ретикуляр ва эндотелиал ҳужайралар, лейкоцитлардан тузилган. Мана шу ҳужайралар ва толаларни бир-

бири билан бириктириб умумий ягона тўқима ҳосил қилишда аморф оралик моддаларнинг аҳамияти катта. Асл терида шартли равишда икки қават: юзаки – сўрғичсимон қават (*Stratum papillare*) ва чуқур – тўрсимон қават (*Stratum reticulare*) фарқланади.

Дерма маълум соҳаларда тери пўстига кириб кетган, бу ҳол микроскопда сўрғични эслатади. Терининг физиологик гиперкератози кузатиладиган соҳаларида сўрғичлар яхши ривожланган, тери бурмаларида эса сўрғичлар унчалик яхши кўринмайди. Сўрғичсимон қаватда майин ва эластик, аргирофил толалар кўпроқ жойлашган. Бу ерда мукополисахаридлар ҳам тўрсимон қаватга нисбатан кўп миқдорда бўлади. Аксинча, тўрсимон қаватда етук ривожланган фибробластлар, коллаген толалари кўпроқ жойлашган бўлади. Коллаген толалар тўплами, улар орасидаги эластик толалар, турли-туман ҳужайралар қон томир капиллярлари бутун бир чигал тўрни эслатади, тўрсимон қават номи ҳам ана шундан олинган.

Тери эпидермиси ва асл терининг орасида кўзга кўринар-кўринмас юпка парда жойлашган. Бу парда асосий мембрана (*membrana basilaris*), деб аталади. Базал пардани диққат билан кузатилганда, унда ўсувчи қават ҳужайраларининг бармоқсимон ўсимталари ва аргирофил толалардан иборат чигал тўрни кўриш мумкин. Ана шу ўсимталар ва толалар йиғиндиси махсус пардани, яъни базал мембранани ҳосил қилади. Тери пўсти ҳужайраларини, хусусан базал қават ҳужайраларини озик моддалар билан таъминлаш ҳам ана шу асосий парда орқали амалга оширилади. Базал парда гисто-кимёвий тузилиши жиҳатдан хондроитин-сульфат кислота, шунингдек, липидлар ва мукополисахаридлардан тузилган. Терида кузатиладиган у ёки бу касалликларнинг шаклланиши асосий парданинг биологик ҳолатига ҳам боғлиқ бўлади.

Тери ости ёғ қавати. Тери ости ёғ қавати (*hypoderma*) турлича ривожланган бўлиб, қорин ва думба соҳаларида уларнинг қалинлиги бир неча сантиметргача етади. Ёғ тўқималари ўзининг майинлиги билан терини ташқи тасиротлардан ҳимоя қилади. Мазкур қават асл тери билан узвий боғланган бўлади. Тўрсимон қават коллаген толалари қалин боғламлар ҳосил қилиб, тери ости ёғ қавати ичига кириб борган. Улар ёғ қавати бағрида кенг боғламли тўрлар ҳосил қилади, бу боғламларнинг ичи ёғ ҳужайралари билан тўлган. Ёғ ҳужайралари шарсимон шаклга эга, уларнинг тухумсимон ядролари ҳужайра цитоплазмасининг четида жойлашган бўлади.

Янги туғилган чақалоқлар ва боғча ёшигача бўлган болаларнинг тери ости ёғ қавати юмшоқлиги ва ёғ бўлакчаларининг кўплиги билан катталарникидан фарқ қилади. Гиподерма оғирлигининг тана оғирлигига нисбати болаларда катталарникига нисбатан 5 маротаба кўпдир. Болаларда ёғ хужайраларининг цитоплазмаси кўпиксимон оппоқ бўлиб, ядроси катта бўлади. Ёғ хужайралари таркибидаги стеарин ва пальмитин ёғ кислоталарининг миқдори катталарникидан кўп, олеин ёғ кислотасининг миқдори эса кам миқдорда бўлади.

Тери безлари. Тери ёғ ва тер безларига бой. Ёғ безлари (glandulae sebaceae) терининг барча соҳаларида жойлашган бўлиб, фақат кўл ва оёқ кафти тери соҳаларида бўлмайди. Ёғ безлари ва соч толаси ёнма-ён жойлашган, уларнинг ёғ чиқарув тешиги соч толасининг танасига очилади. Терининг маълум соҳаларидагина (лабда, закар бошчасида, кичик жинсий лабларда, кўкрак безларининг сўрғичларида) ёғ безларининг алоҳида ташқи чиқарув тешиги бўлиб, тери юзасига очилади. Битта соч толасининг атрофида 6-8 тагача ёғ безлари жойлашган бўлиши мумкин. Ёғ безлари морфологик тузилиши жиҳатидан оддий альвеоляр безлар қаторига киради, уларнинг танаси бириктирувчи тўқимали қаватдан иборат бўлиб, уларнинг ташқи қобиғи бир қатор жойлашган призматик эпителийдан ташкил топган. Альвеоляр хужайраларнинг марказий қисми ёғ билан тўлган. Ёғ безларининг ташқи чиқарув йўллари кўп қаватли эпителий хужайралари билан қопланган бўлади.

Болалар териси катталарникига нисбатан ёғ безлари билан кўпроқ таъминланган. Уларда безларнинг ҳажми ҳам каттароқ. Айниқса, юз терисида, бошнинг сочли қисмида, жинсий аъзолар соҳасида безлар жуда кўп. Болаларда ёғ безларининг фаолияти ҳам катталарникидан кучлироқ бўлганлиги сабабли уларда турли-туман яллиғланиш жараёнлари кўпроқ кузатилади. Боланинг ёши катталашган сари ёғ безларининг фаолияти сусая боради, маълум бир қисми эса бужмайиб, ўз ишини бутунлай тўхтатади.

Терининг тер безлари (glandula sudoriferae) сони 3,5 миллионгача етади. Одам терисининг барча соҳалари тер безлари билан тўлган бўлиб, жинсий олат бошчасида, кичик уятли лабларнинг ташқи юзасидагина тер безлари учрамайди.

Тер безларининг эккрин ва апокрин каби икки хили фарқланади. Тер безларининг кўп қисми эккрин безлари ҳисобланади, яъни бу безларнинг хужайралари ўз фаолиятлари натижасида нобуд бўл-

майди. Апокрин безлари хужайраларининг маълум қисми тер ишлаб чиқаргач, нобуд бўлади. Апокрин безлари ҳажми жиҳатдан эккрин безларидан катта. Шунингдек, уларнинг тер чиқарув йўллари худди ёғ безлари сингари соч толасининг танасига очилади. Апокрин безлари маълум соҳаларда: кўлтиқ остида, орқа чиқарув тешиги атрофида, кўкрак безларининг сўрғичлари атрофида, катта жинсий лабларнинг терисида жойлашган. Уларнинг иш фаолияти жинсий безлар фаолияти билан боғлиқ. Шу туфайли уларнинг фаолияти балоғат ёшига етиш даврида бошланади. Тер безлари асл терининг энг пастки қатламларида, тери ости ёғ қаватининг яқинида жойлашган бўлади, шу сабабли уларнинг тер чиқарув йўллари узун бўлиб, асл тери ва тери пўсти орқали ўтади.

Сочлар. Сочлар (pilus) турли-туман бўлиб, бола ҳали она қорнида пайтидаёқ ўсиб чиқади. Бу бирламчи сочлар, деб аталади. Бирламчи сочлар бола туғилмасданок ёки туғилгандан сўнг кўп ўтмасдан тушиб кетади. Сўнгра иккиламчи, яъни доимий сочлар чиқади. Доимий сочлар икки турга бўлинади: узун ва майин сочлар. Узун сочлар кўлтиқ остида, қов соҳасида, ташқи жинсий аъзолар терисида, юз терисида чиқади, бошнинг сочли қисмида, кўл ва оёқларда кўп ўсади. Майин сочлар балоғатга етиш даврида ўса бошлайди.

Терининг физиологик вазифалари

Тери ҳимоя, секретор, иссиқликни идора этиш, рецептор, нафас олиш ва резорбция, моддалар алманишувида иштирок этиш, чиқарув каби вазифаларни бажаради.

Ҳимоя вазифаси. Тери ўзига хос мураккаб тузилганлиги сабабли турли ташқи таъсирлардан сақлайдиган тўсиқ вазифасини ўтайди. Бир-бири билан зич жойлашган шохсимон қават хужайралари ва ёғли-сувли қобиғ (мантия) терини қуриб қолишидан ҳимоя қилади. Ёғли-сувли қобикни тер ва ёғ безлари орқали тери сатҳига ажралиб чиқаётган ёғ, тер аралашмаси ҳосил қилади.

Терининг ҳимоя вазифалари ичида унинг микроорганизмлардан ҳимоя қилиши алоҳида аҳамиятга эга. Бу ҳимоя асосан, доимо янгиланиб турувчи эпителий ва тер сатҳига ажралиб чиқувчи тер ва ёғ таркибига боғлиқ. Бундан ташқари сувли-ёғли қобиғ кислотали муҳитга (РН- 5,5-6,2) эга бўлганлиги учун бу ҳам бактериостатик

таъсир қилади (тер ва ёғ таркибидаги хлоридлар, кичик молекуляр ёғ кислоталари, гипохлоридлар, протеогликанлар ҳам бактериялар кўпайишига тўсқинлик қилади).

Оғиз шиллик қавати тузилиши ҳам тери тузилишига яқин бўлганлиги учун маълум бир ҳимоя вазифасини ўтайди, бу вазифа сўлак таркибидаги лизоцим ҳисобига янада кучаяди.

Терининг ҳимоя вазифаси ичида тери ва унинг остидаги тўқималарни ультрабинафша нурларидан (УБН) ҳимоя қилиши алоҳида аҳамиятга эга. Бу вазифа терининг эпидермис қавати хужайраларида жойлашган меланин ҳисобига амалга оширилади. Меланин оксиди эпидермис хужайралари ядросининг устида соябон шаклида жойлашган бўлиб УБН учун тўсиқ (экран) вазифасини ўтайди. Агар бу экран бўлмаса УБН хужайра ядросини парчалаб хужайранинг нобуд бўлишига олиб келади ва турли даражадаги куйишлар келиб чиқиши мумкин. Бу ҳолат кўпроқ албинизм ва витилиго билан хасталанган беморларда баҳор ва ёз ойларида баданнинг очик соҳаларида кузатилади. Шу сабабли меланин эпидермис хужайраларида қанчалик кўп бўлса организм қуёш нурларидан шунчалик мукамал ҳимояланади. Болалар териси УБН га меланин миқдори кам бўлганлиги учун жуда сезгир бўлади, яни қисқа муддатда УБН ҳам болалар терисидан турли даражадаги куйишларни келтириб чиқариши мумкин.

Организмда меланин моддасининг ҳосил бўлиши мураккаб жараён ҳисобланади, бу жараённинг баъзи томонлари ҳали охиригача ўрганилмаган. Пигмент моддаси фенилаланин аминокислотасининг меланоцит хужайрасида (меланосомада) босқичма-босқич ферментли ва ферментсиз оксидланиши ва декарбоксилланиши натижасида пайдо булади. Меланинни синтезланиши гипофиз томонидан синтезланадиган меланоцитни стимуляция қиладиган гармон (МСГ) томонидан бошқарилади. Бундан ташқари тирозиннинг диоксифенилаланинга (ДОФА) айланишида тирозиназа ферментини ва ДОФАни оксидлаб қўнғир-қора рангга киришида кислороднинг аҳамияти ҳам катта. Тирозиназа ферменти фаоллигида мис ва рух микроэлементларининг етарли миқдорда бўлиши муҳим ўрин эгаллайди.

Инсонларда ирқига қараб икки хил меланин моддаси фарқланади. Биринчи тури эумеланин - кора-жигарранг, иккинчи тури феомеланин – сарғиш-жигарранг бўлади. Буларнинг асосий фарқи

қора рангли эумеланин ёруғликни барча спектрларини ютиш хусусиятига эга, феомеланин эса фақат кўзга кўринадиган спектрини (500-550 нм) ютади, шунинг учун бундай ирқдаги инсонларнинг тери ва сочлари ранги қизғиш-сарғимтир рангда бўлади.

Болаларда эпидермис ҳали нозик, юқалиги, дерманинг эластик ва коллаген толаларининг тўлиқ морфологик шаклланмаганлиги учун тери механик, термик, химик ва радиацион таъсирларга онсон берилувчан бўлади. Болалар териси сатҳини биологик фаол сувли-ёғли қобиғ билан ўралганлиги терини қуриб қолишдан, исиб кетишдан, турли бегона моддаларни сўрилишидан ва микроорганизмлар таъсиридан ҳимоя қилади. Сувли-ёғли қобиғ микроорганизмларнинг кўпайишига тўсқинлик қилувчи паст молекуляр эркин ёғ кислоталар билан тўйингани учун бу қобиғ ўзига хос «стрилизатор» вазифасини ўтайди. Болалар териси муҳити РН 6,2-6,8 га, яъни нейтрал муҳитга яқин (катталарда эса РН 4,2-5,6), демак болалар терисининг бактериостатик хусусияти катталар терисидан анча паст бўлиб, бу етишмовчилик сувли-ёғли қобиғ фаолияти ҳисобидан тўлдирилади.

Секретор вазифаси. Бу вазифа кератиноцитлар, иммунитетга боғлиқ хужайралар, ёғ ва тер безларининг фаолияти билан боғлиқ.

Эпидермиснинг асосий оқсили - кератиннинг ҳосил бўлиши кератиноцитларнинг мураккаб секретор вазифаси ҳисобланади. Бу жараёнда эпидермиснинг барча қават хужайралари иштирок этиб, бу жараённинг фаоллиги гипофизар-буйрак усти беzi тизими ҳолатига боғлиқ бўлади.

Терининг секретор фаолиятида тер ва ёғ безларининг аҳамияти жуда катта. Ёғ безлари таркибида ёғ кислоталари, холестерин эфирлари, алфатик алкоголь, углеводородлар, глицерин, азот ва фосфат бирикмалари тутувчи ёғни ишлаб чиқаради. Ёғ безларида суюқ ёки ярим суюқ ҳолда бўлади ва ташқарига ажралиб чиққач, тер билан аралашиб ёғли-сувли қобиғни ҳосил қилади. Бу қобиғ бактерицид ва фунгицид таъсир қилиш хусусиятига эга бўлиб, терини тегишли микроорганизмлардан ҳимоя қилади, унинг юмшоқ ва майинлигини таъминлайди. Бундан ташқари ёғ безлари экскретор (ажратиш) вазифани ҳам ўтайди. Тер ёғи билан ташқарига ичакда ҳосил бўлувчи токсик ўрта молекулали пептидлар, доривор препаратлар – йод, бром, антиприн, салицил кислотаси, эфедрин ва бошқа препаратлар ҳам ажралиб чиқади. Тери сатҳи бўйлаб ёғ

безлар бир хилда тақсимланмаган, энг кўп ёғ безлари (1см^2 да 1000 тагача) бошнинг сочли қисмида, кўкрак, юз ва елка соҳаларида жойлашган ва шу соҳаларда уларнинг фаоллиги ҳам юқори. Ёғ безлари фаоллигига ички секреция безлари ва асаб тизими ҳолати кучли таъсир қилади. Тестостерон ва унга яқин гармонлар ёғ безлари фаолиятини кучайтирса, эстрогенлар камайтиради. Шунинг учун ҳам балоғат ёшидаги йигит ва қизларда терининг ёғлианиши кучаяди ва турли адаптив ўзгаришларга (ёғли себорея, хусунбузар) сабаб бўлади.

Эккрин тер безлари ажратадиган тернинг муҳити кам кислотали бўлиб, таркибида сувдан ташқари неорганик (сульфатлар, фосфатлар, натрий ва калий хлорид) ва органик (мочевина, сийдик кислотаси, аммиак, аминокислоталар, креатинин ва б.) моддалар ҳам бўлади. Тернинг кимёвий таркиби турли ички ва ташқи сабабларга қараб ўзгариб туради. Ажралиш миқдори эса атроф-муҳит ҳароратига, асаб тизими ҳолатига, баданнинг қисмларига, ички секреция безлари ҳолатига боғлиқ. Ўртача инсон организмидан бир кун мобайнида 700-1000 мл тер ажралади, бу миқдор ташқи ҳарорат юқори бўлганида бир неча литргача етиши мумкин. Тер доимо тинимсиз ажралиб туради ва у билан ташқарига турли доривор моддалар, микроэлементлар, турли неорганик ва органик моддалар, витаминлар, углеводлар, гармон ва ферментлар ҳам ажралиб чиқади (эксретор фаолияти). Аппокрин тер безлари бола туғилганда тўлиқ шаклланган бўлади, лекин улар фаолияти инсон балоғат ёшига етганда бошланади, климактерик ёшга етганда эса тухтайди. Шунинг учун бундай безларда касалликлар асосан жинсий фаолият кўрсатиладиган ёшда учрайди. Бу безлар асосан кўлтиқ остида, аногенетал соҳада, аёлларда кўкрак беги сўрғичлари атрофида жойлашади. Ўғил ва қиз болаларда бу безлардан ажралаётган тернинг ўзига хос ҳиди бўлади. Бу безларнинг ҳам фаоллиги қондаги жинсий гармонлар миқдорига, асаб тизими ҳолатига, эмоционал ҳолатга ва ҳарорат ўзгаришига боғлиқ бўлади.

Иссиқликни идора этиш вазифаси. Бадан ҳароратини мўътадил бўлиши мураккаб жараён бўлиб, бу жараён шартли марказий ва периферик бошқарув ҳисобига амалга оширилади. Тери периферик иссиқликни идора этишда қатнашади. Терининг шохсимон қавати, дерма қавати ва айниқса, тери ости ёғ қавати иссиқликни қийинчилик билан ўтказувчи тўсиқ вазифасини ўтайди.

Бундан ташқари теридаги лимфа ва қон айланиши ҳолати ҳам иссиқлик алманишувида катта аҳамиятга эга. Агар бадан ҳарорати кўтарилса, тери қон томирлари кенгаяди, тери сатҳига қон келиши ва ташқарига иссиқлик ажралиши кучаяди. Бундан ташқари тер безлари фаолияти ҳам кучайиб, тер буғланиб ўзи билан иссиқликни олиб кетади ва тери орқали оқиб ўтаётган қон ҳароратнинг пасайишига олиб келади. Ташқи ҳарорат бадан ҳароратидан пасайганда эса бу жараённинг акси кузатилади.

Рецептор вазифаси. Асил тери ва нерв тизими онтогенез жараёнида бир эмбрионал - мезодерма қаватидан шаклланади. Шунинг учун ҳам бу тизимлар орасида жуда мураккаб функционал боғлиқлик мавжуд. Организмда бирорта аъзо тери каби кўп ва турли тузилишга эга бўлган нерв охирларига эга эмас, шунинг учун ҳам тери сатҳини ўзига хос рецептор майдони, деб ҳам аташ мумкин. Улар ташқи муҳитдан турли тасиротларни қабул қилади, шунинг учун уларни экстрорецепторлар, деб аталади. Турли нерв охирларига эга бўлган рецепторлар турли таъсирларни қабул қилганлиги учун улар механорецепторларга, хеморецепторларга, терморецепторларга ва ноцирецепторларга (оғриқ рецепторларига) бўлинади. Морфологик жиҳатдан бу рецепторлар озод (тутамлашган) ва ўралган (капсулали) бўлиши мумкин.

Озод нерв охирлари функционал жиҳатдан жуда муҳим ҳисобланиб бутун дерма қавати бўйлаб калта ва узун шохли шванн ҳужайралари билан ўралган ҳолда жойлашади. Бу рецепторларнинг манбаи юмшоқ бўлмаган нерв толалари (Меркел ҳужайралари) ҳисобланади. Уларнинг шохланиш жойида қобиғи йўқолади. Озод нерв охирлари буталар ёки дарахтлар кўринишида бўлиб, кўпинча эпидермис остида жойлашади. Бу нерв охирларининг кўпчилиги юзаки, енгил тасиротларни ва оғриқни қабул қилади.

Капсулага ўралган нерв охирларининг (Мейсснер таначалари) тузилиши деярли бир хил бўлиб, специфик сезгиларни қабул қилади ва улар кўпроқ қўл бармоқларида, кафтда, лабда, қовоқда, жинсий аъзолар терисида, сут безлари сўрғичларида, тил шиллиқ қаватларида, яъни тактил сезувчанлик юқори бўлган соҳаларда жойлашади.

Краузе колбалари механорецепторлар ҳисобланиб, асосан дерманинг тўрсимон қаватида жойлашади ва кўпроқ қўл бармоқлари терисида, елка, билак, товон ва тизза соҳаларида учраб, совуқ

таъсирини сезади. Руффини таначалари эса иссиқликни сезишда катта аҳамиятга эга.

Фатерпачини таначалари асосан силлиқ тери соҳаларида кўпроқ учрайди (бармоқларда, ташқи жинсий аъзоларда, кўкрак беги сўрғичларида). Уларнинг тузилиши жуда мураккаб бўлиб, таначани ўртасида нерв толаси жойлашади ва колбанинг ичига киргач қобиғини йўқотиб, дистал қисмида нерв тутамларидан ўрам ҳосил қилади. Улар чуқур босимни сезишда катта аҳамиятга эга. Терининг 1 см^2 сатҳига 5000 дан ортиқ сезги нерв охирлари тўғри келади, булар оғриқни, совуқни ва иссиқни сезади, алоҳида рецептор босимни ҳам қабул қилади.

Нафас олиш ва резорбцион вазифаси. Терининг резорбцион хусусияти сувли-ёғли қобиғ миқдорига ва сифатига, шохсимон қаватнинг мустаҳкамлигига боғлиқ. Физиологик гиперкератоз ҳисобига қўл ва оёқ қафтлари терисининг резорбцион фаолияти кам бўлади. Баданнинг тер ва ёғ безлари кўп жойлашган қисмларида бу хусусият яхши ривожланган бўлиб, ёғда ва сувда эрувчи дори воситалари, фенол бирикмалари, резорцин, салицил ва борат кислоталари ва уларнинг бирикмалари яхши сўрилади. Тери яллиғланган пайтда унинг резорбцион фаолияти кучаяди, шу сабабли маҳаллий ишлатиладиган дори воситалари концентрацияси терапевтик дозадан ошмаслиги лозим. Терининг нафас олишдаги иштироки жуда сезиларсиз, тери организм учун керак бўлган кислороднинг фақат $1/180$ қисмини олишда, ажралаётган углеводороднинг эса $1/90$ қисмини ажратишда катнашади холос.

Терининг моддалар алманишувидаги иштироки. Терининг бу фаолияти унинг депо (йиғиш, асраш) хусусияти билан боғлиқ. Терида асосан углеводлар, холестерин, йод, бром, аминокислоталар, ўт кислоталари ва липидларнинг перекисли оксидланиши натижасида ҳосил булган турли шлаклар тўпланади. Шунинг учун ҳам модда алмашинувининг бузилиши билан кечадиган касалликларда, айниқса, қандли диабет ва жигар касалликларида асосий касаллик симптомлари пайдо бўлишидан анча олдин терида қичишиш, сарғайиш каби белгилар пайдо бўлади. Терида бундай моддаларнинг йиғилишида терининг бириктирувчи тўқималари, тери ёғ қаватлари гидрофоблигининг аҳамияти катта. Бундан ташқари шохсимон қаватга ташқаридан шимилган турли кимёвий бирикмалар терида бир неча ҳафталар давомида сақланиши мумкин.

Д витамини эпидермис қаватининг мальпигий ва базал қаватларида кечадиган мураккаб биокимиявий жараён натижасида ҳосил бўлади. Д витамини организмда 7-Дигидрохолестеринга УБН (290-320нм) таъсир қилганда фотоизомерик ўзгаришга учраб Д₃ провитаминага айланади. Бу бирикмадан қайта фотоизомерик ёки термик изомерик ўзгариш ҳисобига Д₃ витамини ҳосил бўлади. Сўнг теридан қонга ўтади, у ерда б-глобулинлар билан бирикиб жигарга боради.

Д витамини биосинтезига асосан иккита фактор таъсир қилади. Биринчидан, Д₃ провитаминасининг синтез бўлиш миқдори УБН дозасига боғиқ. Иккинчидан, меланин 7-дигидрохолекальциферерол билан ультрабинафша фотони учун конкурент ҳисобланади. Шунинг учун Д₃ провитамина маълум бир вақтда, маълум бир доза УБН таъсирида оқишроқ рангли терида кўпроқ миқдорда пайдо бўлади. Одам организмнинг Д витаминига бўлган эҳтиёжи икки кўринишда қондирилади. Биринчиси терида синтезланадиган Д₃ витамин (холекальцеферол) кўринишида, иккинчиси озиқ-овқатлар ёки дори моддалари таркибидаги Д₂ витамини (ўсимликлар ҳосиласи эргокальцеферол) ҳисобига. Иккала кўринишдаги Д₃ витамин қон плазмасида оксилга боғланган ҳолда тегишли жойларга етказилади.

Терининг патогистологик ўзгаришлари

Терида кечаётган патологик ҳолатлар эпидермис қаватининг анатомик хусусиятларига боғлиқ бўлиб, у турли хил кўринишларда намоён бўлади. Эпидермис қаватида кузатиладиган яллиғланишлар 3 хил кўринишда кечади. Биринчи хил яллиғланишлар – серозли яллиғланишлар ҳужайралар ичи шиши ёки вакуол дегенерацияси, деб аталади. Ҳужайралар ичи шишида терининг малпигий қавати ҳужайралари протоплазмасида вакуолалар шаклланади, ҳужайра ядроси атрофида ёки унга яқин жойлашган ҳолатларида вакуолалар ҳужайралар ядросини четга суради. Натижада ҳужайра ядролари деформацияланади ҳамда уларда пикноз ҳолати вужудга келади. Кейинчалик шишли суюқлик ҳужайрани эритади ва уни нобуд бўлишига олиб келади. Агарда вакуолалар ҳужайра ядроси ичида пайдо бўлса, ундай ҳолатда ядронинг шишиб кетиши ва кейинчалик эса ичи суюқликка тўлган катта пуфак кўринишини олади, бундай ҳолатларда ядро таркибида ядрочалар сақланиб қолиши мумкин.

Иккинчи хил серозли яллиғланишлар спонгиоз ёки хужайралараро шиш, деб аталади. Бундай ҳолатларда шишли суюқлик малпигий қават хужайралараро соҳаларининг кенгайишига, натижада эса хужайралар орасидаги боғлиқликнинг йўқолишига, хужайраларнинг ўзида шиш пайдо бўлишига ҳамда эпитеал пуфакчаларнинг шаклланишига олиб келади.

Учинчи хил серозли яллиғланишлар некробиотик, дегенератив ўзгаришлар натижасида ҳосил бўладиган яллиғланишлар бўлиб, уларни балонланадиган дегенерация, деб аталади. Эпидермис хужайраларида кечаётган чуқур ўзгаришлар, улар орасидаги кўприкчаларнинг бузилиши ҳолати кейинчалик бундай хужайраларни серозли-фибринозли таркибдан иборат бўлган шарсимон пуфаклар таркибида эркин ҳолатда сузиб юришига олиб келади.

Терининг эпидермис қаватида кечадиган серозли яллиғланиш ҳолатларидан ташқари қатор бошқа патологик ўзгаришлар ҳам кузатилади. Тери эпидермиси тиканаксимон қавати хужайраларининг кучли бўлиниб кўпайиши натижасида дерма қаватига чуқур ботиб кириши ҳолати акантоз, деб аталади. Акантоз ҳолати кўпинча псориаз ва экзема касалликларида кузатилади.

Эпидермис хужайраларининг базал қават соҳасида акантоз ҳолатига учраши ва шунинг ҳисобига дерманинг сўрғичсимон бириктирувчи тўқимасининг чўзилиб кетиш ҳолати папилломатоз, деб аталади.

Хужайралараро кўприкчалар мустаҳкамлиги ва боғлиқлигининг бузилиши натижасида эпидермис қаватининг кўчиш ҳолати кузатилади, бундай ҳолат акантолизис, деб аталади. Акантолизис жараёни асосан пуфакли яра касаллигида кузатилади.

Эпидермис қавати хужайралари шохланиш ҳолатининг бузилишига дискератоз, деб аталади. Дискератоз ҳолати гиперкератоз (эпидермис шох қаватининг қалинлашиши) ёки паракератоз (эпидермис шох қаватида ядролари таёкчасимон кўринишда бўялган хужайраларнинг кузатилиши), деб аталади, бу вақтда донадор, ялтироқ қаватлар кузатилмайди. Эпидермис донадор қаватининг қалинлашиб кетишига гранулёз, деб аталади.

Болалар терисининг ўзига хос хусусиятлари

Болалар териси жуда ҳам нозик ва юпқа тузилишга эга бўлиб, эпидермис қаватидаги хужайралар кетма-кетлиги кам (масалан, тиканаксимон қават 2-3 қатор хужайралардан ташкил топган),

хужайралар ҳажми эса кичик бўлади. Болалар териси кўпинча жароҳатланишга мойил бўлиб, хужайралараро десмосомали боғлиқликлар яхши ривожланмаган бўлади, терининг шохсимон қавати фақатгина болалар қўл кафти ва оёқ кафти юзаларидагина тўлиқ шаклланган бўлиб, бошқа соҳаларда эса физиологик паракератоз кўринишида бўлади, бундай ҳолат эса кўпинча кипиқланишга мойилликни юзага келтиради. Болаларда эпидермис ва дерма қаватлари ўртасидаги боғлиқлик етарли даражада мустаҳкам бўлмайди, дерманинг сўрғичсимон қисми яхши ривожланмаган бўлади. Дерма билан эпидермис ўртасидаги чегара соҳаси тўғри чизик шаклида бўлиб, улар соҳасида жойлашган хужайралар атрофидаги тўқима суюқлиги пуфақлар ҳосил бўлишига олиб келади.

Янги туғилган чақолоқлар териси орқали турли хил моддалар жуда осон сўрилади, булар қаторига бор кислотасини киритиш мумкин, бу кислота кейинчалик жигарга захарли таъсир кўрсатади, шунинг учун ҳам болаларни маҳаллий даволашда ушбу ҳолатни инобатга олиш лозим. Болаларда ёғ безлари катталарга нисбатан кўп бўлиб, яхши фаолият кўрсатади, кейинчалик улар фаоллиги сусаяиб бориб, балоғат ёшига етганда тўхтади. Тер безлари яхши ривожланган бўлади, аммо экрин тер безларининг чиқарув йўллари тўғри шаклда очилади, уларнинг бундай хусусияти тер безларига турли таъсир этувчи моддаларнинг киришини енгиллаштиради. Апокрин тер безлари балоғат ёшига етгунга қадар фаолият кўрсатмайди.

Дерма қаватининг толалари ва қон томир тўрлари яхши ривожланмаган бўлиб, қисман шаклланмаган хужайралар кузтилади. Қон томир капиллярлари ингичка ва ёрилувчан бўлади. Тери ости ёғ қаватида палмитин кислотаси кўп миқдорда бўлади, совуқ қотганда эса палмитин кислотасининг кристаллари чўкиши кузатилади ва натижада тери реактивлиги ҳолати ўзгаради.

Болалар терисининг иммун тизими етарли даражада ривожланмаганлиги сабабли ҳарорат бошқаруви жараёни такомиллашмаган бўлади. Болалар териси суюқликни жуда осон йўқатади, шу сабабли турли тери касалликларида касаллик тошма элементлари рангсиз кўринишда бўлади, ранг деярли йўқолади, бундай ҳолат вақтинчалик алдовчан бўлади. Сув миқдорининг қайта тикланиши натижа-сида эса тошма элементлари аввалги ҳолатларида яна қайта намоён бўлади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УМУМИЙ СИМПТОМАТИКАСИ

Болалар организими ўзига хос анатомио-физиологик хусусиятларга эга бўлганлиги сабабли уларда тери касалликлари белгиларининг ўзига хос кўринишда кечиши кузатилади. Болаликнинг хомила, чилла, кўкрак эмиш, кичик, ўрта, мактаб ёшидаги ҳамда балоғат ёшидаги даврлари фарқ қилинади. Юқорида санаб ўтилган даврларни болаларда тери касалликларининг ривожланишида, кўринишида, кечишида ўзига хос томонлари борки, буни албатта касалликларни олдини олишда ва даволашда ҳисобга олиш зарур.

Болаларда ҳам катталар сингари тери касалликлари субъектив симптомлар билан бирга кечади, лекин қичишиш ҳолатидан болалар (айниқса, мактаб ёшигача ва кичик мактаб ёшидаги болалар) ўзларини тийиб туrolмайдилар натижада бундай ҳолат касаллик симптомларини кучайтиради, ўчоқларнинг иккиламчи инфекциялар билан асоратланиш даражасини оширади. Сурункали қичишиш билан кечадиган касалликларда болалар терисида, кўплаб тилинган ва шилинган юзалар пайдо бўлади, тирноқлар юзаси ялтираб юпка тортади, баъзида эса нотекс кўриниш олади.

Тери ва таносил касалликлари ташхисоти тери ва шиллик қаватларда кузатиладиган тошмаларга асосланади. Мазкур тошмалар дерматовенерология фанининг алифбоси бўлиб ҳисобланади, бу алифбодаги ҳар бир ҳарф морфологик элементлардир. Тошмаларнинг тури, сони, ранги, шакли, характери, жойлашиш тартиби, кўп учрайдиган соҳаларини таърифлаш у ёки бу дерматологик касалликларга ташхис қўйишга имкон беради. Касалликларга ташхис қўйишда жами ўн саккизта тошма элементлари (саккизта бирламчи ва ўнта иккиламчи) фойдаланилади ва таъриф этилади. Турли сабаблар таъсири натижасида юзага келадиган теридаги бирламчи ўзгаришлар бирламчи тошмалар, деб аталади. Бирламчи морфологик тошмалар терида бирламчи пайдо бўлиши билан бирга иккиламчи тошмаларнинг шаклланишига ҳам сабабчи бўлади. Масалан, соғлом терига қичитқи (крапива) ўти тегса қаварчиқ пайдо бўлади. Қайноқ сув билан куйганда эса терида қизариш ва пуфаклар

ҳосил бўлади. Терига сил таёқчаси кирганда дўмбоқча, стафилококк ёки стрептококк микроблари таъсирида эса пустулалар пайдо бўлади. Шундай қилиб, бу тошмалар пайдо бўлгунга қадар терида ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмас экан.

Иккиламчи морфологик тошмалар бирламчи тошмалар пайдо бўлгандан сўнг уларнинг ривожланиши (эволюцияси) оқибатида ёки асорати тарзида юзага келади. Масалан, пуфакча ўрнида шилинишни (эрозия), шилинишдан кейин қора-қўтирни, чуқур пустула (йирингча) ёрилгач ўрнида ярани, эритемадан кейин эса унинг ўрнида қипиқланиш ҳосил бўлишини бунга мисол қилиб кўрсатиш мумкин. Куйиш натижасида ҳосил бўлган пуфакнинг ёрилишидан эрозия, унинг юзасидаги намнинг парланиб хужайрали элементларни бир-бирига ёпишишидан қора қўтир ҳосил бўлади, қора қўтир тушиб кетгач эса ўрнида пигментация қолади. Демак, биргина пуфакча ёки пуфак тошмаси эволюцияси натижасида учта иккиламчи тошмалар пайдо бўлар экан. Силсимон дўмбоқча некрозга учраб, ярага, яра эса битиш жараёнида чандиққа айланади. Демак, яра ва чандиқ иккиламчи тошма элементлари экан. Шундай қилиб, иккиламчи морфологик тошма элементлари касалликнинг кечиш жараёнини (зўрайиши ёки сусайишини) акс эттиради.

Бирламчи морфологик тошмалар

Бирламчи морфологик элементлар инфилтратив ва эксудатив турларга бўлинади. Бирламчи инфилтратив тошмаларга доғ (*macula*), тугунча (*papula*), дўмбоқча (*tuberculum*), тугун (*nodus*), эксудатив тошмаларга эса пуфакча (*vesicula*), пуфак (*bullae*), йирингча (*pustula*), қаварчиқ (*urtica*) лар киради.

Доғ (*macula*) - тери рангининг чегараланган кўринишда ўзгаришига доғ, деб аталади, улар чегараси аниқ, тери сатҳидан кўтарилмаган бўлиб, бунда терининг қаттиқ-юмшоқлиги ўзгармайди. Доғлар келиб чиқиш сабабига кўра томирли, геморрагик ва пигментли бўлади. Доғлар яллиғланган (розеола, эритема) ва яллиғланмаган (пес доғлари, норлар, сепкил) кўринишларда бўлади.

Томирли доғлар дерманинг асл қисмида жойлашиб, сўрғичсимон қават томирларининг кенгайишидан ҳосил бўлади, улар одатда бармоқ билан босиб кўрилганда йўқолиб сўнг яна пайдо бўлади. Тошмалар яллиғланадиган ва яллиғланмайдиган бўлиши

мумкин. Катталиги бармоқ тирноғидек келадиган пушти ранг доғлар розеолалар, кафт ҳажми ва ундан катта булган доғлар эса эритемалар дейилади.

Геморрагик доғлар қон томир деворлари ўтказувчанлигининг ошиши туфайли келиб чиқади. Бундай доғлар бармоқ билан босиб кўрилганда йўқолиб кетмайди. Геморрагик доғлар аллергиялик васкулит ва баъзи инфекцион касалликларда кузатилади. Катталигига қараб геморрагик доғлар қуйидагича хилларга: петехиялар (нуқтадек келадиган доғлар), пурпуралар (тирноқдек келадиган доғлар), вибещесслар (йирик чизиқсимон доғлар), экхимозлар (нотўғри шаклдаги йирик доғлар) ва гематомаларга (томирлар ёрилганда қон қуйилиши) бўлинади. Одатда геморрагик доғларнинг ранги ўзгарувчан бўлади, дастлаб бинафша, қизғиш-кўкимтир, яшил, сўнгра эса сарғиш-кўнғир рангларда бўлиб, бора-бора йўқолиб кетади. Бундай рангдаги ўзгаришларнинг сабаби гемоглабиннинг гемоседерин ва гематоидин кўринишдаги ҳолатга ўтишига боғлиқ.

Пигментли доғлар эпидермиснинг базал қаватида ишлаб чиқариладиган меланин пигмент моддасининг кўп миқдорда ҳосил бўлиши (пигментли доғлар) ёки терида унинг етарлича даражада тўпланмаслиги сабабли (депигментли доғлар) пайдо булади. Пигментли доғлар туғма (холлар) ва орттирилган (сепкиллар, холазма, лентиго) кўринишда бўлади. Депигментланган доғлар ҳам худди шундай кўринишда бўлади. Туғма доғларга альбинизм, орттирилган депигментланган доғларга эса витилиго, лейкодермалар киради.

Тугунча (papula) - ҳўжайраларнинг бўлиниб кўпайиши натижа-сида ҳосил бўладиган, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, бўшлиқсиз тошма элементи бўлиб, шакли думалоқ, овал, полигонал, ўткир учли, киндиксимон, конуссимон, ясси, консистенциясига кўра юмшоқ, қаттиқ, эластик, рангига кўра эса пушти ранг, қизил, кўкиш-қизил ва кўнғир рангларда бўлади. Катталиги жиҳатидан уларнинг ҳажми миляр (супурги уруғи катталигида), лентикуляр (тўғноғич боши катталигида), нуммуляр (тангалар катталигида), плакчали (бир-бири билан қўшилиб катта ҳажм ҳосил қилиши) кўринишларда бўлади. Папулалар жойлашишига кўра эпидермал, дермал ва эпидермодермал кўринишларда бўлади. Тугунчали тошмалар вақт ўтиши билан сўрила бошлайди, юзаси қипиқланади

ва охир-оқибатда эса ўзидан кейин иккиламчи доғлар қолдириб йўқолиб кетади.

Дўмбоқча (tuberculum) – яллиғланиш маддасининг шаклланиши натижасида ҳосил бўладиган, эпидермал ва эпидермодермал кўринишларда жойлашадиган, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган тошма элементи бўлиб, ранги кўкиш аралаш сарғиш, кўнғир қизил рангларда, шакли ярим шарсимон кўринишда, консистенцияси эса юмшоқ ёки қаттиқ бўлади. Дўмбоқчали тошма элементи ривожланиши давомида марказий қисми некрозга учрайди, натижада яра ҳосил бўлади, яра усти қора кўтир қобиғ билан қопланади вақт ўтиши билан бу қобиғ тушиб кетиб ўрнида чандиқ ҳосил бўлади. Айрим вақтларда дўмбоқчаларда яра ҳосил бўлмасдан сўрилиб кетиши ҳам мумкин, у ҳолларда дўмбоқчалар ўрнида чандиқли кемтиклик, яъни атрофия ҳосил бўлади. Дўмбоқли тошмалардан сўнг чандиқли ва доғли ўзгаришлар қолади.

Тугун (nodus) - терининг чуқур қаватларида ҳосил бўладиган, ўткир яллиғланиш кўринишида бўлган, инфилтратив тошма элементи бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб туради. Тугунли тошмалар нўхатдан то грек ёнғоғи катталигигача (1-5 см) ҳажмда бўлиб, унинг асоси гиподермада жойлашади. Тугунлар ҳар доим ҳам тери сатҳидан бўртиб чиқавермайди, аммо пайпаслаб кўрилганда эса қўлга яхши билинади. Тугунли тошмалар марказий қисмидан ёрилиб ярага айланади ва кейинчалик ўрнида чандиқ ҳосил бўлади, ярага айланмасдан сўрилиб кетадиган ҳолатларда эса улар ўзидан сўнг атрофияли чандиқлар қолдиради.

Пуфакча (vesicula) - таркибида сероз ёки қонли суюқлик сақлайдиган, диаметри 0,5 см. гача бўлган бўшлиқли тошма элементи, 3 қисмдан – қобиқ, бўшлиғ ва асосдан иборат бўлади. Пуфакчали тошмалар ёрилиб эрозияларга айланиши ёки серозли ва қонли қобиғлар билан қопланиши мумкин, кейинчалик эса бу қобиғлар қуриб тушиб кетиб, улар ўрнида иккиламчи доғлар қолади.

Пуфак (bulla) - эпидермис ва унинг тагида суюқлик тўпланиши натижасида ҳосил бўладиган бўшлиқли элемент бўлиб, нўхат, ёнғоқ, товуқ тухуми катталигигача ва ундан ҳам катта ҳажмларда бўлади. Пуфакли тошмалар мугуз қават остида (субкорнеал), тиканаксимон қават бағрида (интраэпидермал) ва асл терида (субэпидермал) жойлашиши мумкин. Пуфакли тошмалар ёрилиб эрозияларга, эрозиялар битиб улар ўрнида иккиламчи доғлар қолади, кейинчалик

бу доғлар йўқолиб тери ўз аслига келади. Айрим ҳолатларда (чуқур жойлашган ҳолатларда) пуфаклар яраларга айланади ва ўзидан кейин иккиламчи чандиқлар қолдиради.

Йирингча (pustula) – экссудатив бўшлиқли тошма элементи бўлиб, таркибида йирингли суюқлик сақлайди. Йирингчалар ясси конуссимон ва шарсимон шаклда бўлиб, атрофида яллиғланиш ҳалқаси бўлади. Жойлашишига кўра йирингчали тошмалар юзаки ва чуқур ва фолликулали бўлади. Кўпгина ҳолатларда йирингчалар марказида тук ва соч толалалари кузатилади. Йирингчали тошмалар йирингли қобиғ билан қопланади, уларни қуриб тушиб кетиши натижасида иккиламчи доғлар пайдо бўлади. Агарда йирингчали тошмалар чуқур бўлса ва улар таркибига соч, тукли толалар жалб этилган бўлса, у ҳолда улар ўрнида чандиқлар қолади.

Қаварчиқ (urtica) – бирдан пайдо бўлиб, тезда йўқолиб кетишга мойил бўлган, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган, терининг дерма қавати сўрғичсимон қатламининг ўткир шишиши ҳисобига ҳосил бўладиган бўшлиқли тошма элементидир.

Қаварчиқ тошма элементи пушти, қизил рангда бўлиб, четлари оқ ёки оч пушти рангли ҳошия билан ўралган кўринишда бўлади, ўзидан кейин эса ҳеч қандай из қолдирмай йўқолиб кетади.

Иккиламчи морфологик тошмалар

Иккиламчи тошма элементлари бирламчи морфологик тошмаларнинг динамик ривожига жараёнида ёки унинг асорати сифатида пайдо бўлади ва ушбу тошма элементларига: пигментли доғлар (pigmentatio), қипиқ (squama), қобиғ (crusta), шилиниш (erosio), ёрилиш (fissura), тирналиш (excoriatio), яра (ulcus), чандиқ (cicatrix), яғирланиш (lichenificatio), ўсиш (vegetationes) ва бошқалар киради.

Пигментли доғлар (pigmentatio) – иккиламчи доғлар гиперпигментли ва гипопигментли бўлади. Гиперпигментли доғлар кўпинча бирламчи (тугунча, пуфакча, пуфак, йирингча) ва иккиламчи (ёриқ, эрозия) тошмаларнинг ўрнида меланин пигменти тўпланиши натижасида ҳосил бўлади.

Гипопигментли доғлар эса қипиқланувчи доғлар ва тугунчаларнинг сўрилиши натижасида пайдо бўлади. Бундай доғлар сохта доғ ёки лейкодерма, деб аталади (кепаксимон темираткида, псориазда).

Қипиқ (squama) – тери сатҳидан кўчиб тушадиган, ғоваклашган мугуз қаватнинг тангачасимон ҳужайраларидир. Ранги оқимтир, сарғиш, кулранг, жигарранг бўлиши мумкин. Катталигига қараб унсимон, кепаксимон, тангачасимон ва баргсимон бўлади.

Қобиғ (crusta) – бўшлиқли бирламчи тошма элементлари пардасининг ва улардан ажралиб чиққан суюқликнинг қуриши натижасида ҳосил бўлади. Бирламчи тошма элементи таркибий қисмининг характериға қараб қобиғлар серозли, йирингли, геморрагик бўлади. Шу сабабли уларнинг ранги сариқ, яшил, қизил, қора рангларда бўлиши мумкин.

Шилиниш (erosio) – терининг юзаки кўринишдаги нуқсони бўлиб, асосан пуфакча, пуфак ва йирингча пардаларининг йиртилиши натижасида уларнинг ўрнида ҳосил бўладиган иккиламчи морфологик элементдир. Эрозияларда кузатиладиган тери нуқсонлиги чуқурлиги эпидермисдан пастга ўтмайди, ана шу сабабли бу тошма чандиксиз битади ва улар ўрнида аксарият ҳолатларда иккиламчи доғлар қолади.

Ёриқ (rhagas) – терининг чизиксимон кўринишдаги нуқсони бўлиб, бундай нуқсон кўпинча тери эластиклигининг йўқолиши натижасида ҳосил бўлади. Ёриқлар юзаки ва чуқур бўлиши мумкин, улар чуқурлиги эпидермис ва дермагача кириб бориши мумкин. Шунинг учун юзаки ёриқлар изсиз, чуқур ёриқлар эса чандикланиш йўли билан битади.

Тирналиш (excoriatio) – қашланиш ва бошқа жароҳатлар оқибатида тери бутунлигининг бузилишиға тирналиш, дейилади. Терининг тирналган жойлари юзаки (эпидермисда) ва чуқур (дермада) бўлиши мумкин. Юзаки тирналишлар ўзидан кейин доғлар, чуқур тирналишлар эса чандиклар қолдиради.

Яра (ulcus) – теридаги чуқур нуқсон бўлиб, баъзан яра чуқурлиги тери ости ёғ қаватигача, мушакларгача ва ҳатто суякларгача етиб бориши мумкин. Яралар бирламчи тошма элементлари (дўмбоқча, тугун, чуқур йиринг) тўқималарининг емирилиши натижасида ҳосил бўлади. Яралар шакли ҳар хил – чегарали, текис ёки нотекс, силлиқ ёки йиртилган кўринишларда бўлади. Яралар барча ҳолларда чандикланиш йўли билан битади.

Чандиқ (cicatrix) – бириктирувчи тўқима элементларидан иборат бўлган тузилма бўлиб, у теридаги чуқур нуқсонларнинг битиши натижасида ҳосил бўлади. Чандиқнинг ҳосил бўлиши ўша

соҳада жойлашган тер ва ёғ безлари, соч толалари, томирлар ва эластик толаларнинг нобуд бўлиши билан шаклланади. Гипертрофик ва атрофик чандиклар фарқланади.

Яғирланиш (lichenificatio) – тери рангининг ўзгариши, тузилишининг бузилиши, қалинлашиши, дағаллашишига яғирланиш – лихенификация, дейилади. Кўпинча яғирланиш бурмалар соҳасида (тирсак, тизза, чов, бўйин) кузатилиб, қичишиш билан кечади.

Ўсиш (vegetatio) – терининг кўпинча яллиғланиши оқибатида эпидермис тиканаксимон қаватининг ҳамда дерманинг сўрғичсимон қисмининг ўсиши натижасида шаклланади. Улар асосан яллиғланган инфилтрат ва яралар соҳаларида пайдо бўлиб, гулкарамни ёки хўроз тожини эслатадиган кўринишда бўлади. Вегетация қуруқ, қаттиқ, юмшоқ, ранги эса пушти қизил, қизил рангли қонашга ва шилинишга мойил бўлади. Тери тошмалари фақат бир турдаги бирламчи тошма элементларидан иборат бўлса, бундай тошмалар мономорф тошмалар, деб аталади. Агарда тошмалар турли-туман кўринишда бўлган бирламчи тошма элементларидан иборат бўлса, у ҳолда бундай тошмалар полиморф тошмалар, деб номланади. Агар тошмалар бир вақтнинг ўзида бирламчи ва иккиламчи морфологик тошма элементларидан ташкил топган бўлса, бундай ҳолат сохта полиморфизм, деб аталади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИГА ТАШХИС ҚЎЙИЛИШИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН МАХСУС ДИАГНОСТИК УСУЛЛАР

Тери сезгирлигини аниқлаш. Тери сезгирлиги 3 хил йўсинда: тактил сезгирлигини, оғриқни ва ҳароратни сезиш усулларини аниқлаш орқали амалга оширилади. Терининг тактил сезгирлиги тери юзаси бўйлаб пахта бўлагининг юргизилиши орқали аниқланади ва терининг сезиш ҳолати рецепциясига баҳо берилади. Оғриқни сезиш ҳолати рецепцияси тери юзасига игна ёки ўткир предметни юзаки санчиш орқали аниқланади. Ҳароратни сезиш ҳолати рецепцияси эса вақти-вақти билан тери сатҳига иссиқ ва совуқ сув билан тўлдирилган найчали идишларни ёки қиздирилган ва совутилган темир бўлақларини текказиш орқали аниқланади. Мохов касаллигида тери сезгирлигининг бузилиш ҳолатини аниқлаш касалликнинг клиник турларини ажратишда, зарарланиш даражасига баҳо беришда ва касаллик ташхисини тасдиқлашда катта аҳамият касб этади. Масалан, тери сезгирлигини касалликнинг лепраматоз турида бузилиши туберкулоид турига нисбатан кечроқ бошланади. Аввалига тактил ва оғриқни сезиш қобилияти кучайиб, кейинчалик эса унинг пасайиши ва бутунлай йўқолиши кузатилади. Беморлар термик таъсирларни (иссиқ ва совуқ) умуман сезмай қоладилар, натижада уларда турли даражадаги бўлган куйиб қолиш ҳолатлари кузатилади.

Пайпаслаш орқали текшириш усули. Пайпаслаш орқали текшириш усули теридаги патологик ўчоқлар тарқоқлигини, инфилтратлар ҳолатини, уларнинг юза-чуқур жойлашганлигини, қаттиқ-юмшоқлигини (эластиклиги), сатҳининг ҳолати ва бошқа кўринишлари аниқланади. Пайпаслаш усули бармоқлар ва панжа юзалари орқали амалга оширилади.

Терини қиртишлаб текшириш усули. Бу усул орқали касалланган тери ўчоқларидаги қипиқланиш ҳолати ва терининг юза жойлашган қон томир капиллярларининг мўртлиги ҳолати аниқланади. Қиртишлаш усули буюм ойнаси, тиббий пичоқча ва бармоқ тирноқлари ёрдамида амалга оширилади. Қиртишлаш усули амалиётда кубус (псориаз) касаллигини парапсориаз касаллиги

белгилари билан такқосланганда қўл келади. Тугунчали тошма элементлари қиртишлаб текширилганда стеарин доғи, терминал парда ва қонли шудринг каби белгилар кузатилса, у ҳолда бу тошмалар псориаз касаллигига алоқадор бўлади. Аксинча, тошмаларда яширин қипиқланиш аломатларининг кузатилиши эса бу тошмаларнинг параспсориаз касаллигига дахлдорлигини кўрсатади. Заҳм касаллигининг тугунчали тошмалар билан кечадиган турида ҳам псориаз касаллиги сингари қиртишлаш усули ўтказилганда аввалига стеарин доғи белгиси кузатилади ҳолос, лекин терминал парда ва қонли шудринг белгиларининг ҳосил бўлмаслиги бу касалликларни бир-биридан фарқлашга асос бўлади. Қиртишлаш усулини ўтказиш натижасида қизил югурук (эритематоз) касаллиги ўчоқларидаги фолликуляр гиперкератоз соҳасида оғриқ ҳосил бўлиши ҳолати кузатилади (Бенье белгиси). Қипиқларнинг кўчирилиши натижасида эса пошнасимон кўринишда бўлган ўсимталар (аёллар пошнаси ёки Мешерский белгиси) кузатилади. Юқорида кўрсатилган белгилар асосида касалликларга хос бўлган ташхислар тасдиқланади.

Мушак-соч ёки «ғоз териси» рефлекси. Тери сатҳи бўйлаб совуқ нарсани ёки эфир билан намланган пахта бўлагининг енгил юргизилиши натижасида мушак-соч рефлекси пайдо қилинади. Бу вақтда тери юзаси бўйлаб соч толалари тикка бўлиб кўтарилиши ҳолати кузатилади. Соғлом кишиларда бундай ҳолат асосан 5-10 сония давом этиб, кейинчалик эса изсиз йўқолиб кетади. Бу рефлекс симпатик нерв системаси вазифасининг бузилиши тўғрисида ахборот бериб, касалликларни бир-биридан фарқлашда муҳим аҳамият касб этади. Масалан, рефлекс кўринишининг кучайиши тарқоқ ва диффуз нейродермит касалликларида кузатилиб, аксинча балиқ тангаси, Гебри қичимаси каби касалликларда эса бу кўринишнинг пасайиши ёки бутунлай бўлмаслиги ҳолати кузатилади. Шунини таъкидлаш лозимки, ёш болаларда бу рефлекс суст ҳолатда бўлиши ёки рўй бермаслиги мумкин, чунки уларда ҳали мушак ва соч толалари тузилиши етарли даражада ривожланмаган бўлади.

Терининг совуққа сезувчанлигини аниқлаш усули эшакем касаллиги диагностикасида қўлланилади. Эшакемнинг совуқдан келиб чиқадиган турида бу синов мусбат натижа беради. Сон, елка ёки думба соҳасига муз парчаси қўйилганда соғлом бола терисининг

муз қўйилган жойи оқаради, атрофи қизариб эритема ҳолати шаклланади. Орадан 15-30 сония ўтар-ўтмас эритема ўз-ўзидан йўқолади. Совуқдан ривожланадиганган эшакем касаллигига дучор бўлган беморлар терисида эса муз қўйилган жойда қаварчиқ ҳосил бўлади, атрофида сохта-қаварчиқ (псевдоподия) кузатилади.

Дермографизм. Терининг нерв-томир тузилмасининг ташқи механик тасиротларга нисбатан бўлган жавоб жараёни дермографизм усули орқали аниқланади. Дермографизм усули кўкрак, курак оралиғи, биллак ва сон соҳаларидаги тери сатҳига ёғоч шпатель, тўмтоқ нарса ёки болғача дастасини юргизиш билан текширилади. Бундай текшириш соғлом одам терисида ўтказилганда 15-20 сониядан сўнг йўналиш бўйлаб қизил рангли из ҳосил бўлади, тахминан 25-40 сониядан кейин эса бу из кенгайиб бориб ўртасида оқиш қаварчиқли йўл кузатилади. Бундай кўриниш ҳолати 2-3 дақиқалардан кейин ўз-ўзидан изсиз йўқолиб кетади. Дермографизмнинг бундай кўринишини меъёр дермографизм, деб аталади.

Дермографизм ҳолати эшакем, гўш ва кубус касалликларининг ўсиб боровчи босқичларида қизил кўринишда намоён бўлиб, асаб тизимининг кучли кўзғалишидан далолат беради. Нейродермит, қичима касалликларида эса бу усул оқ дермографизм кўринишида намоён бўлиб, тери қон томирларининг торайишидан дарак беради. Эшакем касаллигида дермографизм ҳолати аниқланганда ўтказилган йўналишлар ўрнида қизил, бўртма кўринишида йўл ҳосил бўлади, кейинчалик эса бу йўл қаварчиқ кўринишига айланади. Бундай кўриниш 30-50 дақиқача давом этиши мумкин. Дермографизмнинг бундай тури алоҳида кўринишда бўлган эшакем дермографизми деб аталади.

Дермографизм усулини аниқлаш айниқса, ёш болаларда касалликка ташхис қўйишда катта аҳамият касб этади, чунки болалар тери нерв-томир тузилмалари ташқи тасиротларга турли хил жавоб беради. Бу усул орқали нафақат тери нерв-томирлари тузилмасининг жавоб жараёни, балки даволаш режаларини тузишда қандай дори моддаларининг берилиши лозимлиги ёки аксинча уларни белгилаш мумкин эмаслигини кўрсатиб беради. Масалан, қизил дермографизмда беморларга кальций дори воситалари белгиланади, аксинча оқ дермографизмда эса улар тақиқланади.

Диаскопия (витропрессия). Турли тери касалликларида тери юзаларида ҳосил бўладиган тошмаларнинг, яширинча кечадиган

ҳолатларини аниқлашда муҳим аҳамият касб этади. Буюм ёки соат ойнаси ёрдамида зарарланган ўчоқларни босиб кўриш орқали диаскопия усули ўтказилади. Масалан, захм касаллигида доғли (розеолали) тошмаларни буюм ойначаси билан босиб кўрилганда тошмаларнинг пушти-қизил ранги йўқолиб, ойнача олингандан кейин эса тошмалар қайтадан ўз рангига киради. Геморрагик васкулит касаллигидаги геморрагик доғлар аса буюм ойнаси билан босиб кўрилганда аксинча йўқолмайди. Юқоридаги кўринишларга сабаб қон томирли доғлар буюм ойначаси билан босиб кўрилганда шу соҳадаги томирлар ичидаги қон ҳайдалади ва доғли тошмалар рангсизланади, иккинчи ҳолатда эса геморрагик доғларнинг рангсизланиши кузатилмайди, чунки бу доғлар қон томирлар бузилиши ва қон қуйилиши натижасида вужудга келади, шунинг учун тошмалар ранги босиб кўрилганда ҳам ўзгармайди. Диаскопия усули сил югуригига ташхис қўйишда ҳам муҳим ўрин тутади, бу вақтда сил касаллигининг думбоқчали тошмалари таркибидаги қон томирлардан ҳайдалиши ҳолати кузатилиб, улар пушти-қизил рангдан тўқ сариқ рангга киради (олма сариғи белгиси).

Мугуз қаватини ойдинлаштириш усули. Айрим тери касалликларида тери ости қаватларидаги патологик ўзгаришлар тери юзаси орқали аниқ кузатилмайди, шу сабабли тошмалар сатҳини ойдинлаштириш мақсадида тошмалар юзаси қипикқлардан, мугуз қавати хужайраларидан пахта, кунгабоқар ёғи ёки вазелин каби моддалар суртиб тозаланади ва ойдинлаштирилади. Масалан, қизил ясси темирлатки касаллигида донадор қаватнинг ўзига хос бўлган кўринишда ўсиб кетиши ва унинг тўрсимон кўриниш шакли асосида намоён бўлиши «Уикхем белгиси» деб аталади. Мугуз қават кўринишини кузатиш шу усул орқали амалга оширилади. Қизил ясси темирлатки касаллигига хос бўлган бу белгига асосланиб эса касаллик ташхиси тасдиқланади.

Алангаланиш жараёни. Бу жараён орқали тери қон томирларининг функционал ҳолатига баҳо берилади. Бунинг учун беморга никотин кислотаси таблеткаси ичиш учун буюрилади ёки дори воситасининг 1 %ли эритмаси вена томири ичига юборилади. Дори таъсирида тери қон томирларининг кенгайиши ва яллиғланган кўринишда бўлган қон томирли доғларнинг ҳосил бўлиши кузатилади. Уларнинг намоён бўлиш даражасига қараб «алангаланиш» жараёнига баҳо берилади.

Никольский белгиси. Терининг тиканаксимон қаватида жойлашган хужайралар оралиғидаги меъёр боғлиқликнинг бузилиши Никольский усули орқали аниқланади. Бундай тери касалликларидан бири чин пуфакли яра касаллиги ҳисобланади, касалликда ҳосил бўлган пуфакчалар шу боғлиқликнинг бузилиши (акантолизис) натижасида вужудга келади. Никольский белгиси 2 хил усул ёрдамида аниқланади: 1) пуфак қобиғи тортилганда қобик фақат пуфак соҳасида эмас, балки соғлом тери юзасидан ҳам кўчади; 2) пуфакка яқин бўлган соғлом тери юзаси бармоқ ёки ўтмас буюм билан қаттиқ ишқаланса, бир оздан кейин пуфакли тошма атрофидаги тери шох қаватининг кўтарилиши ҳамда кўчиши ҳолати кузатилади. Никольский белгисининг бошқа турларидан бири Асбо-Ганзен белгиси ва Н.Д. Шеклаков таклиф этган «нок феномени» белгиларидир. Асл пуфакча касаллигида пуфакчали тошмалар уст тарафидан бармоқ билан босилса, пуфакчали тошма таркибидаги суюқлик соғлом тери соҳаси эпидермис қавати остига сиза бошлайди натижада пуфакча ҳажми катталашади (Асбо-Ганзен белгиси). Таркибидаги суюқликнинг оғирлиги ҳисобига пуфакчанинг асос қисми чўзилиб нок шаклини олишида («нок феномени» белгиси) ҳам эпидермис асос қисми кўчиши ҳолати кузатилади.

Зондли синов усули. Бу усул тошма элементларининг қаттиқ ва юмшоқлигини (эластиклигини) ва оғриқнинг вужудга келиши ҳолатини аниқлашга асосланган.

Тери сили касаллигида дўмбоқчали тошмалар устига ўтмас зонд қўйилганда у ўз оғирлиги билан тошма ичига чўкиши ҳолати кузатилади.

Бундай ҳолатнинг вужудга келишига тошмалар таркибидаги коллаген ва эластик толаларнинг тузилишда бузилишлар вужудга келиши ва юмшоқликнинг ҳосил бўлиши сабаб бўлади. Бу ўтмас зонднинг чўкиш жараёни, деб аталади. Агарда зонд бир оз куч билан янада босила, у ҳолда оғриқнинг кучайиши ва қон кўйилиши ҳолати кузатилади. Ўтмас зонд олингандан кейин ҳам узоқ вақт давомида чуқурча ҳолати сақланиб қолаверади (Поспелов белгиси).

Терининг изоморф ёки тошма кўринишидаги реакцияси. Айрим касалликларда соғлом тери сатҳида ташқи тасиротлар натижасидан шу касалликларга хос бўлган кўринишда янги тошмалар терининг реакцияси тариқасида пайдо бўлади. Терининг бундай кўринишдаги жавоби унинг изоморф ёки тошма кўринишидаги реак-

цияси, деб аталади. Ташқи тасиротлардан сўнг реакцияси ўша захоти, бир неча соат ўтгач, ҳатто бир қанча кунлардан кейин ҳам кузатилиши мумкин. Будаё кўринишлар бемор организмнинг сезувчанлиги қандай даражада эканлигидан далолат беради. Масалан, болалар гўши, нейродермит ва айниқса, эшакем касаллигида ташқи тасиротлардан кейин (тирналиш, ишқаланиш, қичишиш) шу соҳаларда янги тошмаларнинг тезда пайдо бўлиши бунга мисол бўла олади. Аксинча кубус ва қизил ясси темиртки касалликларида эса изоморф жараёнининг кўриниши бир неча соат ва кунлардан кейин кузатилади (Кёбнер белгиси). Бу жараён орқали кубус касаллиги босқичларининг кечиши ҳолатини ҳам фарқлаш мумкин. Игна билан йўналтирилган изли сатҳда бир неча кундан кейин янги тугунчали тошмаларнинг пайдо бўлиши кубуснинг кучайиб борувчи (прогрессив) босқичи эканлигидан далолат беради, бундай кўриниш эса касалликнинг касалхона (стационар) ва тузалиш (регрессив) босқичларида бўлмайди.

Бальцер усули. Бу усул йоднинг 5 %ли спиртли эритмасини, анилин бўёқларини суртиш орқали бажарилади. Ранг-баранг темиртки касаллигидаги (сарик-жигарранг, пушти рангли) доғли тошмалар ғовак тузилишга эга бўлганлиги, сатҳлари кепаксимон қипиқлар билан қопланганлиги сабабли юқоридаги эритмалар суртилганда улар ғовак тери соҳасига кўпроқ тўпланади ва тўқ рангли тусни олади (атрофидаги соғлом терига нисбатан). Касалликка хос бўлган бундай белгини аниқлаш Бальцер усули, деб аталади.

Ёғдуланиш усули. Бу усул қисқа тўлқинли ультрабинафша нурларини ойна орқали ўтказиб (Вуд чироғи) зарарланган тери ўчоқларига тушириш орқали бажарилади. Люменисцент чироғи нурлари ўчоқларда ўзига хос бўлган ёғдуланиш кўринишида намоён бўлади ва шунга асосланиб касаллик белгилари таққосланади ҳамда ташхис тасдиқланади. Масалан, микроспория касаллигида бошнинг сочли қисмидаги ўчоқларининг ёритилиши натижасида сарғимтир-яшил ёки кўкиш-яшил кўринишдаги ёғдуланиш кузатилади. Кепаксимон темиртки касаллигида эса доғли тошмалар тўқ жигарранг ёки қизил-сарғиш ранглар ҳосил қилиб ёғдуланади.

Терининг аллергологик синов усуллари. Аллергологик синов усуллари тери орасига турли хил моддаларни суртиш, томизиш ҳамда томизиб тилиш йўллари орқали амалга оширилади ва касалликлар ташхиси аниқланади:

а) Туберкулин билан синов ўтказиш усули – Манту ва Пирке реакциялари орқали амалга оширилади ва тери касаллигига ташхис қўйилишда катта аҳамият касб этади. Бу усул 1 %, 6 % ёки 10 %ли туберкулин эритмасини билан тери соҳасига томизиб, устидан тилиш ёки тери орасига юбориш тарзида амалга оширилади. Жараённинг кўринарли бўлишига асосланган ҳолда касаллик ташхиси аниқланади ва тасдиқланади.

б) Лепромин билан синов ўтказиш. Бу усул мохов касаллиги билан хасталанган бемор тўқимасидан тайёрланган, катта миқдордаги Ганзен таёқчаларидан ташкил топган лепроминдан 0,1 мл ҳажмда билан соҳаси тери остига юбориш орқали амалга оширилади. 24-28 соат ўтгандан сўнг лепромин юборилган ерда қизариш, шиш каби ўзгаришлар кузатилади (эрта жавоб реакцияси), кейинчалик эса тахминан 2-4 ҳафталардан сўнг шу ерда катталиги 1-2 см диаметрли дўмбоқчали тошма элементлари пайдо бўлади ва кейинчалик у ярага айланади (кеч жавоб реакцияси).

в) Калий йодид билан ўтказиладиган синов усули Яддасон усули деб аталади. Бу усул асосан Дюрингнинг герпетиформ дерматит касаллигига ташхис қўйишда қўлланилади ва 2 хил йўл билан амалга оширилади:

- касаллик белгиларидан холи бўлган тери юзасига 50% ли калий йодид малҳами 2x2 см катталиқда суртилади ва мармар бўлакчаси билан ёпилади, устидан эса қоғоз қўйиб боғланади. Агарда 24-48 соат ўтгандан сўнг шу ерда қизариш, шиш ва пуфакчали тошмалар пайдо бўлиши кўзатилса, синов мусбат, деб баҳоланади.

- агарда бу тери синови усули манфий натижа берса, у ҳолда беморга 2 %ли калий йодид эритмасидан кунига 1 ош қошиқдан 3 маҳал 2-3 кун давомида ичиш белгиланади. Бу вақтда янги тошмалар тошиши ўчоқлар ҳажмининг катталашиши ва қичишиш аломатларининг зўрайиши кузатилса, у ҳолда жараён мусбатлиги тасдиқланади.

Тер ажралиш даражасини аниқлаш усули. Бундай усуллар ичида энг қулайи калориметрия усулидир. Бу усул махсус асбоб ва ускуналар талаб этмайди. Бу усулга биноан бўялган тер томчилари сонига қараб тер безлари фаолияти тўғрисида хулоса чиқариш мумкин: терининг танлаб олинган соҳасига 10% ли канакунжут мойи қўшилган йоднинг 1,5% ли эритмаси суртилади. Мойланган тери сатҳи қуригач, крахмал кукуни билан упаланади. Натижада тер

безларидан ажралаётган тер томчилари кўнғир рангга бўялади. Ҳосил бўлган қора нуқталарнинг жойлашган ўрни ва сонига қараб ишлаб турган тер безлари тўғрисида маълум хулосага келинади.

Иммунофлюоресцент усули. Ҳозирга вақтга келиб иммунофлюоресцент усули энг сезгир ва махсус усул мақомини олган бўлиб, асосан флюоресцент бўёқлари билан нишонланган антиген ва антителолар ўртасидаги жараёнларни кузатишга асосланади. Флюоресцентланган антителолар ўзига хос бўлган антигенларга жавоб бериши ҳолати люменисцент микроскопи орқали кузатилади. Масалан, бу усул асл пуфакли яра касаллигини бошқа пуфакли касалликлардан таққослашда муҳим ўрин тутди. Асл пуфакли яра касаллигида эпидермис ҳужайралараро бўшлиғида қаттиқ ёпишган ҳолатда иммуноглобулинларнинг G тури кузатилади. Иммуноглобулин G нинг бундай жойлашиши эса бошқа пуфакчали касалликларда кузатилмайди. Дюрингнинг герпетиформ дерматит касаллигида эса эпидермис билан дерма оралиғида ёки дерманинг сўрғичсимон қисмида иммуноглобулинларнинг A тури жойлашганлиги кузатилади. Бундай кўриниш фақат шу касаллик учунгина хос бўлади.

Бактериоскопия текшириш усули. Тери касалликларига ташхис қўйишда касалликни чақирувчи сабабларни бактериоскопия усули орқали аниқлаш муҳим ўрин тутди. Касаллик сабабларини аниқлаш мақсадида касалланган ўчоқлардан қазғоқ, қобиқ, соч толалари, тирноқ қириндилари, бўшлиқли тошмалардан эса тошмалар таркибидаги суюқлик ва улардан ажралаётган оқмалар таркиби текширилади. Бундай текшириш усуллари терининг йирингли, замбуруғли, паразитар ҳамда таносил касалликларига ташхис қўйишда алоҳида ўрин тутди.

Цитологик текширув усуллари. Бу усул шилинишлар тубидан, яралардан ва янги пайдо бўлган пуфакчали, пуфакли тошмалардан суртма тайёрлаб текширишга асосланган. Цитологик текширув усулининг аҳамияти саратон касаллигига ва пуфакчали касалликларга ташхис қўйишда муҳим ҳисобланди. Маълумки, асл пуфакли яра касаллигида эпидермисда акантоз эа акантолизис ҳолати кузатилади, бу ҳужайралар эса суртма ҳолатида олиниб текширилганда улар Романовский-Гимза бўёғи билан яхши бўялади. Улар кичик ҳажмли, тўқ бўялиши, катта ядроси ва унинг таркибида

2-3 та ядрочалар бўлиши ҳамда цитоплазмасининг турли хил рангларда бўялиши билан ажралиб туради.

Гистологик текширув усули. Гистологик текширув усули қасалликка ташхис қўйишда бошқа диагностик усуллар ва клиник кузатишлар ёрдам бермаган ҳолларда қўлланилади. Бу усул тери ёки шиллик қаватларнинг зарарланган ўчоғларидан тирик тўқима бўлакчасини қирқиб олиб текширишга асосланади. Бунинг учун асосан янги тошма танланади, 2-3 мм катталиқда бўлган тошма олдин новокаин эритмаси билан оғриқсизлантирилади, сўнг тери бўлакчаси қирқиб олинади, олинган жойга эса 1-2-3 бахия чок қўйилиб тикилади. Биопсия олиш усулининг бошқа хили «панч-биопсия», деб аталади, бу усул махсус асбобда бажарилиб тери юзасидан 3 мм қалинликда терини (олдин оғриқсизлантирилади) шилиб олишдан иборат, сўнг олинган жой боғлаб қўйиш натижасида битиб кетади. Биопсиянинг бошқа тури ўткир пичоқча ёки писка ёрдамида бажарилади, бунда юзаси оғриқсизлантирилган тери бўлакчаси қирқиб олинади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Умумий даволаш усуллари

Тери касалликлари билан хасталанган бемор болаларни даволаш жараёнида умумий даво чораларининг олиб борилиши муҳим ўрин тутди. Тери касалликларини умумий даволаш принциплари беморларда дерматозларнинг кечишига, оғирлик даражасига, асорати, салбий шикоятларига ҳамда беморларнинг умумий ҳолатларини инобатга олган ҳолда олиб борилади. Умумий даволаш чораларининг ўтказилишида албатта бемор болалар организмнинг катталарниқидан фарқланишини, улар организмнинг ўзига хос бўлган физиологик хусусиятлари ва патологик ҳолатларини инобатга олиш муҳим ҳисобланади.

Бемор болаларда умумий даво чораларининг ўтказилиши касалликни сабабини, патогенезини инобатга олган ҳолда, бемор бола организми фаолиятини меъёрлаштиришга ва уни ҳимоя қилиш кучларини тикланишига қаратилиши лозим. Бу йўсинда давонинг ўтказилиши албатта бемор болалар ота-оналаридан сўров натижалари асосида олинган маълумотларга, клиник кузатувлар ва лаборатор текширувларга асосланган ҳолда олиб борилади. Умумий даво чоралари тинчлантирувчи, антигистамин, десенсибилизацияловчи, жадалловчи, умумий организм ҳолатини меъёрлаштирувчи, витамин, гормонал дори воситаларини бемор болаларга белгилаш билан ўтказилади.

Тинчлантирувчи ёки асаб тизимига таъсир этувчи даво воситалари. Маълумки, турли хил кўринишда бўлган дерматозлар билан хасталанган бемор болаларда касаллик асосан қичишиш, ачишиш, тиришиш, оғриқ каби салбий шикоятлар билан кечади, натижада бемор болалар умумий аҳволи ўзгаради, уларда безовталиқ, хархаша, уйқусизлик, йиғлаш каби белгилар намоён бўлади. Бундай ҳолат аксарият бемор болаларда касалликнинг кечишини оғирлаштиради ёки сурункали қайталама ҳамда торпид кўринишларда кечишига сабаб бўлади.

Шу нуқтаи назардан бемор болалар асаб тизимига таъсир этувчи ёки тинчлантирувчи дори воситаларини тавсия этиш мақсадга

мувофиқ ҳисобланади. Тинчлантирувчи дори воситалари бемор болалар асаб тизимига, унинг рухий ҳолатига таъсир этиб, улар ҳолатини меъёрлаштиради. Тинчлантирувчи дори воситалари сифатида кенг кўламда бром препаратлари, ўсимликлардан тайёрланган дори воситалари (валериана, пустирник ва ҳ.к.), транквилизаторлар ва нейролептиклар қўлланилади.

Бром дори воситаларидан калий бром, натрий бром, бромкамфоралар бемор болалар ёшига қараб белгиланади. Калий ва натрий бром препаратлари 1 ёшгача бўлган болаларга 0,05 г; 2 ёшгача 0,15 г; 3-4 ёшгача 0,2 г; 5-6 ёшгача 0,25 г; 7-9 ёшгача 0,3 г ва 10-14 ёшгача бўлган болаларга эса 0,4-0,5 г дан 1-2 ҳафта давомида белгиланади. Бромкамфора эса 0,05-0,25 г дан бемор болалар ёшига қараб таблетка кўринишида белгиланади.

Касалликнинг уйқусизлик ва безовталиқ билан кечишида бемор болаларга барбитуратлар, жумладан, кўпинча фенобарбитал тавсия этилади. Валериана ва пустирник дори воситалари димлама тарзида 1 чой, дисерт ёки ош қошиқдан кунига 3-4 маҳалдан бемор болаларлар ёшига қараб белгиланади.

Ўткир, давомли қичишиш ва асабийлашиш, уйқусизлик ҳамда безовталаниш билан кечадиган тери касалликларида бемор болаларга мепротан (андаксин, мепробамат), хлордиазепоксид (эле-ниум), оксазепам (тазепам), диазепам (седуксен) каби дори воситалари белгиланади.

Мепротан дори воситаси беморларга 3 ёшдан кейин қўлланилади, препарат 3-8 ёшгача 0,1 г, 8-14 ёшгача 0,2 г дан кунига 1-2 марта 3-4 ҳафта давомида белгиланади. Хлордиазепоксид дори воситаси 2,5-5 мг дан кунига 1-2 марта, оксазепам (0,01 г донада) 1/4- 1/2 донада кунига 1-2 маҳалдан, диазепам 1 кг тана оғирлигига 0,3-0,5 мг дан кунига 1 марта юборилади, таблетка кўринишида эса (0,005 г донада) 1-3 маҳалдан кунига белгиланади. Аминазин дори воситаси 1 кг тана вазнига 1-1,5 мг дан кунига 3 маҳал 7-10 кун давомида белгиланади.

Турли дерматозлар билан хасталан бемор болаларда кузатиладиган вегетатив дистония, рухий лат ейишлар ҳамда рухий кўзғалишларда (тавсия этилишига қарши бўлган ва бўлмаган ҳолатларни инобатга олган ҳолда) психотерапия ёки суггестив даво усуллари, яъни гипноз, шартли рефлекторли уйқу ва электр уйқу каби даво усуллари қўлланилади.

Десенсибилизацияловчи даво воситалари. Ушбу дори воситаларини бемор болаларга белгиланишига сабаб кўпинча болалар аллергия касалликлар, хусусан терининг аллергия касалликлари билан хасталанадилар. Бундан ташқари кўпгина тери касалликлари кечиши асосида аллергия касаллик муҳим ўрин тутди (псориаз, қизил ясси темиртки, Дюринг дерматити васкулит ва эритема касалликлари ва ҳ.к.). Шу сабабли бу касалликларни умумий даволашда, бемор болалар организмнинг сезувчанлик ҳолатини пасайтирувчи, яъни гипосенсибилизацияловчи дори воситалари тавсия этилади. Бундай ҳолатларда аввало касалликка сабаб бўлувчи аллергиялар аниқланади ва улар четлаштирилади, агарда аллергияларни аниқлаш имкони бўлмаси, бўлиши мумкин бўлган салбий таъсиротлар (овқат маҳсулотлари, дори истеъмоллари, ҳар хил таъсиротлар) бартараф этилади. Болаларда аллергия касалликларни умумий даволашда десенсибилизацияловчи даво воситаларидан кенг тарзда кальций препаратлари (хлорид, глюконат, глицерофосфат, пантотенат, лактат) қўлланилади. Бундай таъсир кучига эга дори воситаларидан яна натрий тиосульфат, салицилатлар (натрий салицилат, ацетилсалицил кислоталари) кенг қўламда қўлланилади. Ушбу дори воситалари аллергия касалликларда кузатиладиган қон томирларидаги диapedез ҳолатига тўсқинлик қилади, яъни қон томирлар ўтказувчанлигини камайтиради, натижада аллергия жараённинг давом этишига тўсқинлик қилади.

Кальций препарати дори воситалари бемор болаларга эритма, кукун, таблетка кўринишида ҳамда вена ичига (10 %ли эритма сифатида) беморлар ёшини инобатга олган ҳолатда юбориш тавсия этилади. Тиосульфат натрийнинг 10 %-20 %ли эритмалари асосан катта ёшдаги болаларга тавсия этилади, дори воситаси 2-6 мл дан кунига 1 маҳалдан вена ичига юборилади, даво курси 10-15 кунни ташкил этади.

Салицилат дори воситаларидан натрий салицилатнинг 3 %ли эритмаси 1 чой, дисерт, ош қошиқдан кунига 3 маҳал овқатдан сўнг белгиланади. Ацетилсалицил кислотаси эса болаларни ҳар 1 ёшига кунига 0,1 г дан белгиланади. Ичишга эса дори воситаси 0,1-0,3 г дан кунига 3 маҳалдан 2-4 ҳафта давомида тавсия этилади.

Бундан ташқари десенсибилизацияловчи таъсир этиш кучига мис, темир, аскорбин кислотаси, рутин ва витамин дори воситалари

ҳам эга бўлиб, умумий даво воситаларининг тавсия этилишида кенг қўламда қўлланилади.

Десенсибилизацияловчи дори воситаси сифатида аутогемотерапия усули ҳам қўлланилади, бу усул асосан катта ёшдаги болаларда ўтказилади. Бунинг учун бемор болалар мушак орасига 2-6 мл миқдорида аутоқон 2-3 кунда 1 марта юборилади. Даволаниш давомида бундай юборилишлар 6-10 тани ташкил этади. Десенсибилизацияловчи дори воситаси сифатида асосан кичик ёшдаги бемор болаларга натив қон зардоби вена ичига юборилиши тавсия этилади. Зардоб ҳар 1 кг тана вазнига 5 мл дан белгиланади ва 2-3 кунда 1 марта вена ичига юборилади.

Болаларда айрим тери касалликларини, жумладан, терининг йирингли касалликларини даволашда специфик ва носпецифик десенсибилизацияловчи дори воситалари қўлланилади. Специфик даво сифатида стафилакоккли анатоксин, стафилакоккли антифагин, стафилакоккли ва стрептококкли зардоблар қўлланилади ва улар мушак орасига, тери остига юборилиши тарзида қўлланилади. Стафилакоккли анатоксин курак соҳаси тери остига ёки мушак орасига болалар ёшига қараб 0,3-1,5 мл дан ҳафтасига 2 маҳалдан юборилади, даво курси 7-8 тани ташкил этади. Стафилакоккли зардоб (1 мл да 1 миллиард ўлдирилган микроблардан иборат) тери остига ёки мушак орасига ҳафтасига 2 маҳалдан 0,2 мл дан бошлаб юборилади, дори воситасининг умумий миқдори 1 мл гача етказилади, даво курси 8-12 юборилишни ташкил этади.

Агарда тери касаллиги билан хасталанган бемор болаларда касалликка олиб келувчи омил (аллерген) бўлмаса ёки уни аниқлашнинг иложи бўлмаса носпецифик даво тавсия этилади. Буларга пироген дори воситалари, гаммаглобулин, гистоглобулин, аутоқон ёки плазма қуйишлар киради.

Гистаминга қарши даво воситалари. Аллергик касалликлариде кузатиладиган антиген-антитела қарама-қаршилигида вужудга келадиган гистамин ва у сингари бўлган оралик моддаларнинг (ацетилхолин, серотонин, брадикинин ва ҳ.к.) вужудга келиши организмнинг сенсибилизация ҳолатини ошириб юборади. Ана шундай жараёнга барҳам бериш мақсадида аллергия касалликлар билан хасталанган бемор болаларга гистаминга қарши дори воситалари тавсия этилади. Ушбу дори воситалари эритема, шиш, қичишиш каби яллиғланиш белгиларини камайтиради. Бундан

ташқари гистаминга қарши дори воситалари МНС фаолиятини пасайтириш, беморларни тинчлантириш, уйқуга киришни яхшилаш, кўзғалувчанликни бартараф этиш хусусиятларига ҳам эга. Антигистамин дори воситалари бемор болаларга эритма, таблетка тарзида ичишга ва эритма тарзида мушак орасига ва вена ичига юборилади. Димедрол дори воситаси таблетка, кукун тарзида бемор болаларга 1 ёшгача 0,002-0,005 г; 2-5 ёшгача 0,005-0,015 г; 6-12 ёшгача 0,015-0,03 г дан кунига 2-3 маҳалдан ичишга тавсия этилади. Даво курсининг давомийлиги 7-10 кунни ташкил этади. Димедролнинг 1 %ли эритмаси бемор болалар ёшига қараб 0,15-1 мл ҳажмда мушак орасига ёки вена ичига юборилади. Пиполфен дори воситаси 6 ёшгача 0,008-0,01 г ҳажмда, 7 ёшдан катта бемор болаларга эса 0,012-0,015 г дан овқатдан сўнг кунига 2-3 маҳалдан тавсия этилади. Дори воситасининг 2,5 %ли эритмаси 0,25-1 мл катталиқда мушак орасига, болалар ёшига қараб белгиланади. Супрастин дори воситаси таблетка тарзида 0,025 г дан ичишга, 2 %ли эритма тарзида эса 0,5-1,0 мл дан мушак орасига юборилади. Шунини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, димедрол, супрастин дори воситалари седатив ва ухлатувчан таъсир кучларига эга, шунинг учун ҳам кейинги пайтларда бундай салбий таъсир кучига эга бўлмаган дори воситаларидан фенкарол (0,01 г), перитол (0,001 г) каби дори воситалари кенг қўлланиб келинмоқда.

Биологик фаол дори воситалари. Тери касаллиги билан хасталанган бемор болаларда ичак микробиозининг бузилиши, яъни дисбактериоз ҳолатларида биологик фаол дори воситаларини қўллаш тавсия этилади. Ушбу дори воситаларидан кенг қўламда лактобактерин, бифидумбактеринлар қўлланилади ва улар кўпинча В ва С витаминлари билан биргалиқда тавсия этилади. Лактобактерин дори воситаси 6 ойгача 1-2 дозада, 6 ойдан 1 ёшгача 2-3 дозада, 1-3 ёшгача 3-4 дозада ва 3 ёшдан катта бўлган бемор болаларга эса 3-4 дозадан тавсия этилади. Даво курси 10-20 кунни ташкил этади. Бифидумбактерин 6 ойлик болаларга 1 дозадан кунига 3 маҳалдан тавсия этилади, 3 ёшдан катта болаларга эса 3-5 дозада белгиланади. Даво курси давомийлиги 2 ҳафтани ташкил этади. Бификол ва колибактерин дори воситалари асосан 6 ойликда сўнг бемор болаларга тавсия этилади. Бификол 6 ойликдан 3 ёшгача кунига 1-3 дозада 1-2 мартадан, 3 ёшдан катта беморларга эса 2-5 дозадан тавсия этилади. Даво курси 3-6 ҳафтани ташкил этади.

Колибактерин 6 ойликдан 1 ёшгача 4 дозада, 1 ёшдан кейин эса 6-8 дозада кунига 2 мартадан берилади. Даво курсининг давомийлиги 3 ҳафтадан 2 ойни ташкил этади.

Витамин даво воситалари. Витамин дори воситалари биологик хусусиятларига кўра оксидланиш-қайталаниш ва модда алмашилиш жараёнларини меъёрлаштириш хусусиятига эга бўлганлиги учун тери касалликларида кенг кўламда қўлланилади.

А витамини (ретинол) асосан шохланиш жараёнининг бузилиши билан кечадиган дерматозларда қўлланилади. Ретинол ёш бола организмда оқсиллар, ёғлар, углеводларнинг ҳазм қилинишини кучайтиради ва оксидланиш-қайталаниш жараёнларини жадаллаштиради. Дори воситаси кунига 5000-10000 МЕ дан бемор ёшига қараб белгиланади (ёки 5-20 томчидан кунига 3 маҳалдан овқат вақтида тавсия этилади). Даво курси бир неча ойларни ташкил этади.

Е витамини (токоферол) организмда ҳужайра модда алмашинувига ижобий таъсир этади, ўсиш жараёнини жадаллаштиради ҳамда А витамини фаоллигини ошириш вазифасини ҳам ўтайди. Эрта ёшдаги болаларда ушбу витаминнинг етишмаслиги натижасида тери ости ёғ қаватида модда алмашинувининг бузилиши кузатилади. Е витамини 1 мл да 50, 100 ва 300 мг тарзида бўлган 5 %, 10 %, 30 %ли токоферол ацетатини ёғли эритмаси кўринишида, 100-200 мг дан эса капсула тарзида тавсия этилади. Препарат 3 ёшгача бўлган бемор болаларга 5-10 мг, 4-7 ёшгача 20-50 мг ва 7 ёшдан катта бўлган болаларга 50-100 мг кунига берилади.

В гуруҳ витамин дори воситалари тўқималарда оксидланиш-қайталаниш жараёнларини яхшилаш, аллергияга қарши, қичишишга қарши таъсир этиш хусусиятларига эга бўлиб, гормон дори воситаларининг токсик таъсир этиш ҳолатларини камайтиради. Ушбу гуруҳ дори воситаларидан В1, В2, В5, В6, В12 ва В15 лар кенг қўлланилади.

В1 витамини (тиамин) терида кечадиган яллиғланиш жараёнини камайтиришда иштирок этади, препарат 1 ёшгача 0,5 мг; 1-1,5 ёшгача 0,8 мг; 1,5-2 ёшгача 0,9 мг; 3-4 ёшгача 1,1 мг; 5-6 ёшгача 1,2 мг; 7-10 ёшгача 1,4 мг; 11-13 ёшгача 1,7 мг дан кукун сифатида кунига ичишга тавсия этилади.

В2 витамини (рибофлавин) тери касалликларида кузатиладиган терининг қизиши, ёриқларнинг ҳосил бўлиши, лаб ва тилларнинг қуриши, себорея ҳолатларида кенг кўламда тавсия этилади. Дори

воситаси кукун ёки таблетка шаклида ичишга бемор болалар ёшига қараб 0,002-0,005 г дан 0,01 г гача катталиқда тавсия этилади. В2 витаминининг 1 %ли эритмаси мушак орасига ёки тери остига 0,5-1 мл белгиланади. Даво курси 10-15 юборишни ташкил этади.

В5 витамини (пантотенат кальций) ёғ, оксил, углевод ва минерал моддалар алмашинувида фаол иштирок этиб, эпителиал хужайралар фаолиятининг меъёрий ишлашида катта аҳамият касб этади. Дори воситаси 1-3 ёшгача 0,05-0,1 г, 3-14 ёшгача 0,1-0,2 г дан кунига 2 маҳалдан ичишга ёки 20 %ли эритмаси 0,5-1 мл дан т/о ва вена ичига кунига 1 маҳалдан тавсия этилади. Даво курси 20-25 юборишни ташкил этади.

В6 витамини (пиридоксин) бемор болаларда кузатиладиган себорея, хейлит, глоссит, конъюнктивит каби ҳолатларни тиклашда, юқори даражада кўзгалувчанликда, ошқозон-ичак тизими бузилишларида ва камқонлик ҳолатларида тавсия этилди. Витамин В6 дори воситаси кукун ҳолида ичишга, болалар ёшига қараб кунига 0,003-0,03 г дан 2 маҳалдан, 1 %ли эритмаси эса 0,5-1 мл дан мушак орасига ҳар куни 1 маҳалдан тавсия этилади. Даво курси 0,5-2 ойни ташкил этади.

В12 витамини (цианкобалмин) ҳам оксидланиш-қайталаниш жараёнининг меъёрда ишлашини бошқаришда, бола организмнинг ўсишида, унинг курашиш қобилятининг ошишида қон ишлаб чиқарилишининг нормал кечишида муҳим аҳамият касб этади. Каротин моддасининг А витаминига ўтишини ва унинг терида етарли даражада бўлишини таъминлаб беради. Дори воситаси асосан мушак орасига эритма тарзида, болалар ёшига қараб 15-100 мг дан 2-3 кунда 1 маҳалдан тавсия этилади. Даво курси 10-15 юборишни ташкил этади.

В15 витамини (пангамат кальций) дори воситаси тўқималарда оксидланиш жараёнини яхшилайдиган, дезинтоксиялаш хусусиятига эга, ёғ моддалари алмашинувини меъёрлаштиради. Препарат 3 ёшгача бўлган болаларга 50 мг; 3-7 ёшгача 100 мг; 7-14 ёшгача 150 мг дан кунига тавсия этилади. Даво курси 20-30 кунни ташкил этади.

С витамини (аскорбин кислота) тўқималарда оксидланиш-қайталаниш жараёни бошқарувида иштирок этиб, десенсибилизацияловчи ва детоксикацияловчи таъсир кўрсатади, организмнинг курашиш қобилятини кўтаришда фаол иштирок этади, қон айланиш жараёнини яхшилайдиган. Дори воситаси болаларга кукун ёки

таблетка тарзида ичишга тавсия этилади. Препарат 5 ёшгача 0,05 г дан, 10 ёшгача 0,1-0,15 г дан кунига 2 маҳалдан берилади. Даво курси 20-30 кунни ташкил этади. Дори воситасини 5 %ли эритмаси 2-5 мл дан мушак орасига ёки 5-10 мл дан вена ичига юборилади.

Р витамини (рутин) асосан тери бутунлигининг бузилиши ҳамда қон томир капиллярлари ўтказувчанлигининг ошиб кетиши кузатиладиган дерматозларда тавсия этилади. Препарат кўпгана ҳолатларда аскорбин кислотаси билан биргаликда - аскорутин кўринишида берилади. Рутин моддаси 3 ёшгача бўлган бемор болаларга 0,02 г; 5 ёшгача 0,03 г; 10 ёшгача 0,04 г дан кунига 2 маҳалдан белгиланади.

Н витамини (биотин) терининг озикланиши ва меъёрида фаолият кўрсатиши учун фойдали ҳисобланади. Дори воситаси болалар ёшини инобатга олган ҳолда кунига 10-15 мг дан 3-4 ҳафта давомида тавсия этилади.

К витаминининг (викасол) организмда етишмаслиги натижасида қон ивишининг бузилиши, натижада эса қон кетиши ва қон қуйилиши каби ҳолатлар кузатилади. Препарат асосан токсик ва аллергик васкулит касалликларида беморларга тавсия этилади. К витамини 1 ёшгача бўлган бемор болаларга 0,002-0,005 г; 2 ёшгача 0,006 г; 3-4 ёшгача 0,008 г; 5-9 ёшгача 0,01 г; 10-14 ёшгача 0,015 г дан 3-4 кун давомида ичишга тавсия этилади.

Д витамини (калциферрол) рахитга қарши қўлланиладиган дори воситаси бўлиб, яллиғланиш жараёнларига қарши таъсир этиш хусусиятига эга, препарат сочларнинг ўсишини яхшилайдди, ортиқча ёғ ва тер ажралишини олдини олади. Маълумки, Д витаминининг асосий вазифаси организмда Са ва Р микроэлементлари алмашинувини бошқаради, унинг етишмаслиги рахит касаллиги ривожига сабабчи бўлади. Препарат болаларга кунига 5000-10000 МЕ дан 2-3 маҳал 1-2 ой давомида ичиш тавсия этилади.

Антибиотиклар. Ушбу дори воситалари болаларда кузатиладиган инфекцион ва ноинфекцион табиатга эга бўлган турли дерматозларни умумий даволашда кенг қўлланилади. Бундай касалликларга терининг йирингли, замбуруғли, сил касалликлари, венерик касалликлари, терининг тўқима касалликлари, пушти ранг, қизил ясси темиртки касалликлари киради. Антибиотиклар икки хил таъсир этиш хусусиятига эга бўлиб, булар кенг ва тор қамровлиларга бўлинади. Антибиотиклар синфига мансуб бўлган

пенициллин дори воситаси ва унинг аналоглари (бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин, бициллин 1,3,5) асосан стафилококklar, стрептококklar, гонококklar, рангсиз трепонемалар, пневмакокklar, сибир яраси, газли гангерена каби микроорганизмларга ўлдирувчан таъсир кўрсатади. Ярим сунъий антибиотиклар захира антибиотиклари ҳисобланиб, асосан бензилпенициллинга чидамли бўлган касаллик кўзғатувчи микроорганизмларга таъсир кўрсатади. Ҳозирда антибиотиклар намояндаси бўлган дори воситаларидан макролидлар (эритромицин, олеандомицин, синтомицин, левомицин, стрептомицинлар) зарарли таъсирлари камроқ бўлганлиги учун амалиётда тери касалликларини даволашда кўпроқ қўлланилиб келинмоқда.

Умумий даво воситалари сифатида антибиотиклардан тетрациклин гуруҳига мансуб дори воситалари ҳам қўлланилади. Буларга тетрациклин, хлортетрациклин, окситетрациклин, морфоциклин, метациклин, доксоциклинлар киради. Ушбу дори воситаларининг самарали таъсиридан ташқари салбий таъсири ҳам мавжуд бўлиб, узоқ ва катта миқдорда қўлланганда ҳамда ёш болаларга тавсия этилганда салбий асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Бундай асоратлар диспептик ҳамда жигардаги ўзгаришлар кўринишида бўлиши мумкин, шунинг учун ҳам ушбу дори воситаларини 5 ёшгача бўлган бемор болаларга кўпинча тавсия этилмайди.

Антибиотикларнинг яна бир вакили цефалоспоринлар бўлиб, улар қаторига цепорин, цефалоспорин С, цефалотин, цефалексин ва бошқалар киради. Бу дори воситалари ичишга, мушак орасига ва вена ичига юборишга мўлжалланган.

Грамманфий бактерияларга таъсир этувчи антибиотикларга полимиксин киради. Улар асосан болаларда тери касалликларини маҳаллий даволаш мақсадида кўпроқ тавсия этилади. Масалан, грамицидин дори воситаси граммусбат бактерия ва кокklarга ўлдирувчан таъсир этиб, асосан маҳаллий спиртли эритмалар сифатида қўлланилади.

Сульфаниламид дори воситалари кам асорат берувчан хусусиятга эга бўлиб, антибиотиклар билан биргаликда тавсия этилади. Ушбу дори воситаларининг намояндалари сульфадемизин, норсульфазол, этазол, сульфацидазин ва сульфаленлар бўлиб, улар янги туғилган чақолокларга, туғилгандан сўнг биринчи ойларда бемор болаларга тавсия этилмайди.

Сульфон дори воситалари бўлмиш диаминодефенилсульфон-ДДС, авлосульфон, дапсонлар мохов касаллигини даволашда ҳамда Дюрингнинг герпетифор дерматити касаллигини даволашда қўлланилади.

Жадалловчи дори воситалари. Бемор болалар иммун тизimini жадаллаш мақсадида специфик даво сифатида гаммаглобулин, гистоглобулин дори воситалари қўлланилади.

Гаммаглобулин дори воситасининг таъсир этиш механизми шундан иборатки, препарат ўз таркибида антителоларни сақлайди, шу хусусияти билан антигенлар миқдорини камайтиради ҳамда антиген-антитело жараёнининг кечишини пасайтиради. Препарат тери касаллиги билан хасталанган бемор болалар 1 кг тана вазни оғирлигига 5 АЕ дан белгиланади ва 3-4 кунда 1 марта тери остига юборилади. Даво курси 5-10 юборишни ташкил этади. Тери остига дори воситаси 1 АЕ бошлаб юборилади ва ҳар келгуси юборилиш, яъни 3-5 кунда 0,5 АЕ дан қўшиб борилади. Даво курси 8-10 юборишни ташкил этади.

Гистоглобулин дори воситаси ҳам худди гаммаглобулин сингари таъсир этиш хусусиятига эга бўлиб, асосан аллергия касалликларни даволашда кенг қўламда қўлланилади. Препарат тери орасига ёки тери остига юборилади. Дори воситаси 0,1 мл дан ҳафтасига 2 марта тери остига юборилади, жами дори воситаси ҳажмини бу вақтда 1-2 мл гача етказилади. Даво курси 10-20 юборилишни ташкил этади.

Пироген даво асосан бемор тана ҳароратининг кўтарилиши ҳисобига иммун кучларини жадаллашга қаратилган бўлиб, уларга мансуб бўлган дори воситаларидан кўпинча пирогенал, продигозонлар қўлланилади. Пирогенал дори воситаси 3 ёшдан катта бўлган бемор болаларга тавсия этилади. Препарат мушак орасига 5 МПД дан бошлаб белгиланади, кейингилари ҳар 3 кунда 1 марта ўтказилиб, дозаси 5-10 МПД дан ошириб борилади, умумий даво курси 40 МПД дан 100 МПД гачани ташкил этади. Продигозон 2 ёшдан катта бўлган бемор болаларга тавсия этилади. Дори воситаси ҳафтасига 2 маҳал мушак орасига юборилади. Препаратнинг бошланғич дозаси 2-10 мкг ни, даво курси эса 8-10 тани ташкил этади. Дори воситасининг даво курси давомидаги миқдорини 2-3 ёшгача 10-20 мкг га, 3-8 ёшгача 15-50 мкг га, 8 ёшдан кейин эса 15-100 мкг гача етказилади.

Гормонал даво воситалари. Тери касаллиги билан хасталанган бемор болаларни комплекс умумий даволашда гормон дори воситаларининг қўлланилиши алоҳида аҳамият касб этади. Маълумки, гормон дори воситалари яллиғланишга қарши ва аллергик ҳолатларга қарши таъсир этиш хусусиятига эга бўлганлиги сабабли турли дерматозларни даволашда қўлланилувчи восита бўлиб ҳисобланади. Лекин бу дори воситаларининг (гипофиз ва буйрак усти беши гормонлари) қўлланилиши ўзига хос бўлган талабларга риоя қилинишини талаб қилади. Болаларда ушбу дори воситалари айрим ҳолатларда касалликни даволовчи восита сифатида қисқа муддатларга, айрим ҳолатларда эса махсус белгиланган тизим асосида узоқ муддатларга мўлжалланиб белгиланади, албатта бу вақтда бемор организмнинг ҳолати, йўлдош касалликлар билан хасталанганлиги, ушбу дори воситаларини қўллаш мумкин бўлган ва мумкин бўлмаган вазиятлар инобатга олиниши лозим. Масалан, буйрак усти беши гормонини тавсия этишдан олдин беморлар бир кунлик сийдигида 17-кетостероидлар, 17-гидроксистероидлар ва оксистероидлар миқдорининг аниқланиши муҳим бўлади, чунки ушбу моддалар оқали бемор буйрак аъзоси фаолиятига баҳо берилади. Бемор болаларга гормон дори воситалари тавсия этилгандан сўнг уларнинг иштаҳаси, тана оғирлиги, артериал қон босими, сийиш жараёни текшириб турилиши лозим. Албатта қон ва сийдикда қанд миқдорини, қонда калий, кальций, натрий миқдорини ва протромбин кўсаткичлари ва индексини, қоннинг ивиш ҳолатини ҳамда сийдикда хлоридлар ва мочевина миқдорини назорат қилиб туриш зарур.

Қалқонсимон беши гормони, организмда барча модда алмашинуви жараёнларини оширади, ўсиш ва ривожланиш жараёнини яхшилайти, организмдан натрий ва хлор моддасининг чиқиб кетиши сабабли тўқималарда шиш ҳолатини камайтиради. Териодин бемор болаларга 5 кунлик цикл тариқасида, 5 кунлик таннафус билан 1 ой давомида белгиланади. Териодин 1 ёшгача 0,005 г; 1-3 ёшгача 0,01 г; 4-5 ёшгача 0,02 г; 6-10 ёшгача 0,025 г; 11-14 ёшгача эса 0,03-0,05 г дан кунига 2 маҳалдан тавсия этилади.

Буйрак усти беши гормонларидан табиий, деб баҳоланадиган гидрокортизон, кортизонлар ва сунъий, деб ҳисобланадиган преднезлон, преднезон, триамциналон ва дексаметазонлар оқсил, ёғ, углевод ва менераллар алмашинувиги таъсир этади. Айрим

ҳолатларда гормон дори воситаларининг узоқ вақт берилиши сабабли турли кўринишдаги асоратлар вужудга келади. Масалан, гидрокортизон ва кортизон дори воситаларининг узоқ вақт қабул қилиниши натижасида бемор болалар организмида кўп миқдорда калий моддаси сийдик орқали чиқиб кетади, натижада эса тўқималарда натрий моддаси ушланиб қолиб, шишларнинг вужудга келишига, яллиғланиш жараёнининг кучайишига ҳамда мушаклар фаолиятининг сусайишига олиб келади. Шунинг учун ҳам бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида гормон дори воситаси истеъмол қилиниши билан бир вақтнинг ўзида беморларга калий хлорид, калий ацетат ва ордат калий каби калий препаратлари тавсия этилади. Бундай асоратларнинг олдини олиш мақсадида овқат маҳсулотларида ош тузи, яъни натрий хлорид миқдори чекланади, оксилга ва витаминга бой маҳсулотлар тавсия этилади ва асосан сунъий гормон воситалари (дексаметазон, триамциналон)дан фойдаланиш тавсия этилади. Преднезалон бемор болаларга 1 кг тана вазнига 0,5-1 мг дан белгиланади ва болаларга қисқа муддат давомида тавсия этилади, терапевтик самарага эришилгандан кейин эса унинг кунлик дозаси пасайтириб борилади.

Анаболик гормон воситалари организмда оксил ва ферментлар синтезини жадаллайди, тўқималар нафас олишини кучайтиради, қон зардобидида оксиллар миқдорини оширади, айниқса, альбуминлар миқдорини, эритропоэзини кучайтиради, иштаҳани яхшилайдди, кайфиятни кўтарайди, беморлар тана оғирлигини оширади, тананинг ўсишини таъминлайди, кальций моддасининг суякларга бориб тўпланишига сабабчи бўлади. Бундан ташқари анаболик гормон дори воситалари яллиғланиш жараёнларига ҳам қарши таъсир этиш хусусиятига эга. Узоқ вақт глюкокортикоид дори воситалари истеъмол қилинганда ҳам улар тавсия этилиши мақсадга мувофиқдир.

Неробол (метандростенолон) 2 ёшгача бўлган бемор болаларга ҳар 1 кг тана вазнига 0,05-0,1 мг дан; 2-5 ёшгача умумий кундалик дори воситаси 0,001-0,002 г; 6-14 ёшгача эса 0,003-0,005 г қилиб белгиланади ва 2-3 маҳалдан ичишга тавсия этилади.

Метиландростендиол 1-1,5 мг да 1 кг тана оғирлигига белгиланади ва кундалик дозаси 50 мг ошмаслиги тавсия этилади. Дори воситаси таблетка бўлиб, тил остига қўйиб узоқ вақт сўрилгунча ушлаб турилади.

Ретаболил 5-25 мг катталиқда мушак орасига кунига 1 маҳалдан белгиланади, даво курси эса 3-4 ҳафтани ташкил этади.

Анаболик гормонларнинг терапевтик самараси 10 кунлардан кейин сезилади, кейинчалик эса 3 ҳафта давомида уларнинг дозаси секин-асталик билан камайтриб борилади.

Маҳаллий даволаш усуллари

Тери касалликларига аниқ ташхис кўйилгандан кейин беморга умумий даво билан бирга маҳаллий даво чоралари белгиланади. Бу билан касалликнинг ташқи, кўринарли белгилари даволаниб, беморнинг шикоят қилиши камайтиради. Маҳаллий даво бундай сифатлари билан бемор организмга умумий таъсир ҳам ўтказиши мумкин.

Даво чораларини ўтказишда албатта, касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни, касалликнинг асл моҳиятини, бемор организми ҳолатини ҳисобга олиш зарур. Теридаги касаллик белгилари қанчалик ўткир ва кўринарли кечса, қўлланиладиган маҳаллий даволаш усуллари шунчалик энгил тарзда ўтказилиши лозим. Шу мақсадда даволаш жараёни бошида дори воситалари концентрацияси камроқ қўлланилади, кейинчалик эса улар аста-секин ошириб борилади. Даволаш вақтида терининг рецептор тузилмалари дори моддалари таъсирига ўрганиб қолишини ҳисобга олган ҳолда даво таъсирининг фойдали бўлиши учун фақат дори моддалари турини эмас, балки уларнинг концентрациясини ҳам ўзгартириб туриш лозим. Масалан, салицил кислотасининг 2 %ли суртмаси терига тикловчи (кератопластик) ва 2 %дан ортиқ бўлган концентрацияда тери шох қаватини юмшатовчи, қипиқланишни камайтирувчи (кератолитик) ва 10-20 %ли концентрацияларда эса куйдирувчи таъсир кўрсатади. Маҳаллий даво ўтказишда албатта касаллик белгилари жойлашган ерларни ҳисобга олиш жуда катта амалий аҳамиятга эга. Чунки тананинг турли жойлари турлича сезиш қобилиятига эга. Масалан, юз, бўйин, жинсий аъзолар, қўл ва оёқлар букилиш қисмларининг тери сезгирлиги бошнинг соч, қўл ва оёқларнинг панжа ва оёқ қафти юзаларидаги тери сезгирлигидан кучли. Бундан ташқари бу ҳолатнинг ҳисобга олиниши шу тери сатҳларида жойлашган ўчоқларда дори моддаларининг қандай шаклларда қўлланилиши лозимлигини ҳам кўрсатиб беради. Масалан, бошинг сочли қисмидаги ўчоқларга қоришмалар

(пасталар) ишлатилмайди, чунки улар сочларнинг бир-бирига ва терига ёпишиб қолишига сабаб бўлади. Бу вақтда малҳамлар ёки ёғли эритмалар қўлланилиши мақсадга мувофиқдир. Маҳаллий даво чораларини теридаги клиник белгилар бутунлай тузалиб кетгунга қадар давом эттириш керак, даволаш чораларини охирига етказмаслик касалликни бир кўринишдан иккинчи кўринишга ўтишига ёки қайталанишига сабаб бўлади. Масалан, қийилиш касаллиги охиригача даволанмаса қайталаниши ёки кўтир касаллигида даволангандан сўнг дерматит ҳолатининг кузатилиши бунга яққол мисол бўла олади. Дори моддаларини қўллашда улар таъсири кўзланган мақсадга мувофиқ бўлиши лозим, бу вақтда дори воситалари таъсири юзаки, чуқур, ҳимояланиш мақсадида, яллиғланишга, қичишишга қарши ва бошқа мақсадларда ишлатилади.

Маҳаллий даво чораларини ўтказишда албатта касалланган тери ўчоқлари юзасини қобиклардан, қазғоқлардан тозалаш лозим, чунки малҳамларни қўллашда булар халақит беради. Шу мақсадда кўпинча ўсимлик ёғларидан ёки улар шимдирилган пахтадан, иссиқ сув, совунли сув ва вазелин моддаларидан фойдаланилади.

Юқорида қайд этилган ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда маҳаллий даволаш қуйидаги усуллар ёрдамида бажарилади.

Упали сепмалар. Упали сепмалар ўсимлик ва минерал моддалардан иборат бўлган кукунлардан таркиб топган бўлиб, улар гигроскопик тузилишга эга бўлганлиги сабабли суюқ моддаларни ўзига тортиб олиш на терини қуритиш хусусиятига эга бўлади. Минерал моддалардан ташкил топган упали сепмаларга рух оксиди (*Zincum oxydatum*), талк (*Talcus*) ва оқ лой (*Bolus alba*), ўсимликлардан ташкил топган упали сепмаларга эса крахмал (*Amylum Tritici*) ва унинг хиллари киради. Упали сепмалар оғзи кенг шиша идишларда сақланади, уларнинг оғзи доқа билан беркитилган бўлиб, шу идишлардан ёки пахта бўлаги ёрдамида тери сатҳига сепилади. Айрим вақтларда масалан, ўткир яллиғланиш билан кечадиган касалликларда (эшакем ва дерматит) упали сепмалар бутун тана сатҳига сепилиб, чойшаб билан ёпиб қўйилади.

Упали сепмалар суюқликни буғлаш хусусиятига эга бўлганлиги учун тери сатҳлари музлайди, капилляр қон томирлари тораяди, натижада ўткир яллиғланиш белгилари бўлган қизариш, шиш, ҳароратнинг кўтарилиши, ачишиш ва қичишиш каби аломатлар

камаяди. Упали сепмаларнинг бундай таъсир кучига эга бўлиши уларнинг ўткир яллиғланиш билан кечадиган тери касалликларида (дерматит, эшакеми, дори аллергияси) кенг қўлланилишига асос бўлади. Упали сепмаларни намланиб турган тери юзасига сешиб бўлмайди, чунки улар ажралаётган суюқлик билан аралашиб, зарарли қоришмалар ҳосил қилади, бундай ҳолат эса ўз-ўзидан теридаги ўзгаришларни кучайтиради ва салбий ҳолатларга олиб келади. Упали сепмаларнинг терини қуритиб юбориш эҳтимолини ҳисобга олиб, кўпинча кейинчалик юмшатувчи кремлар суртилади. Упали сепмаларнинг тери сатҳини ташқи таъсирлардан – терлардан, сийдик таъсиридан ҳимоя қилиш хусусиятига эга бўлганлиги учун ёш болаларда учрайдиган қийилиш, йирингли касалликларни олдини олиш мақсадида кўпроқ ишлатилади. Упали сепмалар таъсирини кучайтириш мақсадида турли дори моддаларини ишлатиш мумкин. Масалан, дезинфекцияловчи таъсир этиш учун дерматол (3-5 %), ксероформ (5-10 %), юмшатиш учун танин (1 %), қичишишни камайитириш учун эса ментол (0,5-1 %), анестезин (5-10 %) дори моддалари кукунидан фойдаланилади.

Рецептлар:

Rp: Dermatoli 50,0 D.S. упали сепма

Rp: Talci 50.0 D.S. упали сепма

Rp: Acidi Borici 3.0 Boli alba

Talci veneti aa 30.0 M.f. pulv D.S.упали сепма

Хўллагичлар. Дори моддаларининг сувдаги эритмалари ўткир яллиғланиш, шиш, қизариш ҳамда намланиш билан кечадиган касалликларда (экзема, дерматит ва қийилиш) хўллагичлар, қуритувчи хўлланган боғламлар, иситувчи компресслар ва буғлатишлар шаклида қўлланилади.

Хўллагичлар совуқ суюқликка хўлланган 4-5 қаватли мато, ёки дока бўлиб, у бир-оз сиқилиб сўнг касалланган жойга 15-20 дақиқа қўйиш билан амалга оширилади. Хўллагич ўзининг совуқ ҳолдаги таъсири билан касал жойдаги қон томирларини торайтиради, иссиқликни, қизиш, қичишиш ва шиш ҳолатларини камайтиради, суюқликнинг буғланишига сабабчи бўлади. Касалланган юза билан хўлланган мато ёки дока ўртасидаги ҳарорат фарқини сақлаб туриш мақсадида хўллагичлар ҳар 15-20 дақиқада алмаштирилиб турилади. Бу жараён 1-1,5 соат давомида олиб борилади. Хўллагичлар сифатида кўрғошин суви (2 %), танин эритмаси (1 %) бор кислотаси

эритмаси (2-3 %), кумуш нитрат эритмаси (0,25-5 %), резорцин эритмаси (1-2 %), фурациллин эритмалари (1:5000) ва бошқалар ишлатилади.

Қуритувчи ҳўлланган боғламлар - худди ҳўллағичлар сингари таъсир кучига эга бўлиб, асосан ярим ўткир яллиғланиш билан кечадиган касалликларда қўлланилади. Қуритувчи ҳўлланган боғламлар касалланган тери сатҳига 4-5 қаватдан иборат бўлган мато ёки докани эритмалар билан ҳўлланган ҳолатда қўйилади. Устидан эса гигроскопик пахта қўйиб боғланади. Уларнинг таъсири ҳўллағичларга қараганда узоқроқ бўлганлиги сабабли таркибидаги суюқликни буғланиши секин бўлиб, терини совитади ва яллиғланиш ҳолатини камайтиради. ҳўлланган боғламлар ҳар 3-4 соатда қуришини ҳисобга олган ҳолда алмаштириб турилади.

Иситувчи ёки дерматологик компресслар - асосан сурункали яллиғланиш билан кечадиган дерматологик касалликларда қўлланилади, улар ҳўллағич ва қуритувчи ҳўлланган боғламлардан касалланган ўчоқларга компресснинг ҳўлланган ҳолатида таъсир этиши билан фарқ қилади. Иситувчи компресслар ўчоқларга мато ва докаларни 10-12 қават қилиб химралган, совуқ эритмалар билан ҳўлланган, қаттиқ сиқилган ҳолатда қўйилади. Устидан эса ёғли қоғоз ёки клеёнка қўйилиб боғланади. Дерматологик компресслар ҳар 3-6-8-10 соатда бемор аҳволини ҳисобга олган ҳолда алмаштириб турилади. Бу вақтда иситувчи компресслар касал жойларга таъсир этиб оғриқ, таранглик ва қичишишни камайтиради, ўчоқларни қобиқ ва қазғоқлардан тозалайди, шилинган, тирналган юзаларнинг тикланишига сабабчи бўлади. Гиперемия ҳолатини келтириб чиқариб, маддаларни сўрилишига олиб келади.

Буғланиш усули - сурункали тери касалликларида маҳаллий яллиғланишни қўзғатиб, маддаларнинг сўрилиши ва йўқолиши максатида қўлланилади. Бунинг учун пахта ёки дока бўлагини қайноқ сувга шимдирилиб (пинцетлар ёрдамида ушлаб) касалланган ўчоққа, бемор чидаши мумкин бўлган ҳарорат даражасида 3-5 дақиқа давомида қўйилади. Буғланиш кунига 1-2 марта, 15-20 дақиқа давомида олиб борилади. Рецептлар:

Rp: Sol. acidi tannin 1%/2% - 200.0

D.S. Ҳўллағич

Rp: Sol Acidi borici 2%-200.0

D.S. Ҳўллағич

Rp: Aquae plumbi
Sol Acidi borici 3% aa 100.0
M.D.S.Хўллағич
Rp: Sol. Rezorcini 2% - 200,0
D.S.Хўллағич.

Чайқатгичли аралашмалар ёки суюқ сепмалар. Чайқатгичли аралашмалар кукунсимон шаклдаги дори моддаларининг сувдаги, ёғлардаги аралашмаси бўлиб, тери касалликларини даволашда ўзига хос ўрин тутди. Бу усулнинг асосий моҳияти шундан иборатки, чайқатгичли аралашмалар таркиби тери юзаларига сурилгандан кейин суюқ қисми буғланиб, кукунсимон қисми эса тери сатҳида бир текисда тақсимланади ва ўз таъсирини кўрсатади. Шунинг учун ҳам чайқатгичли аралашмаларнинг суюқ сепмалар, деб аталиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Кукунсимон моддалар рух оксиди (Zinci oxidati), талк (Talci veneti) ва крахмал (Amyli tritici) шаклида ишлатилади. Суюқ сепмалар асосан терининг ўткир яллиғланиши билан кечадиган касалликларда (экзема, дерматит) қўлланилади. Улар тери сатҳига юзаки таъсир кўрсатиб, ўчоқлардаги оғриқ, кизиш, ачишиш, қичишишни камайтиради, терини қуритади. Бу усул ишлатилиши жихатидан қулай бўлиб, кўзланган мақсадга тез эришилади ва боғловчи материалларни талаб қилмайди. Суюқ сепмалар ишлатишдан олдин яхшилаб чайқатиб олинади, сўнг пахта бўлаги ёки қўл панжаси ёрдамида зарарланган тери юзаларига суртилади. Суюқ сепмалар асосан суртмалар ва ёғли моддалар ишлатиб бўлмайдиган ҳолатларда ишлатилади. Суюқ сепмалар таркибига глицерин моддаси қўшилиши натижасида унинг ёпишқоқлик хусусияти кўтарилиб, кукунсимон модда қисми тери сатҳида бирдай тарқаб ёпишиб қолади. Кўзланган натижага тез эришиш мақсадида эса суюқ сепмалар таркибига спирт эритмаси қўшилади, бу вақтда суюқлик қисми тез буғланиб, тери сатҳи қурийд.

Чайқатгичли аралашмалар таркибидаги кукунсимон модда билан суюқлик ўртасидаги нисбатни кўзланадиган мақсадга мувофиқ ўзгартирилиб турилади. Масалан, тери сатҳларига совуқ таъсир ўтказиш лозим бўлган ҳолатларда суюқ модда миқдори кукунсимон моддага нисбатан кўпроқ олинади (40-60 %). Тери сатҳларида ҳимоя қилиш пардаларини ҳосил қилиш керак бўлганда эса, аксинча суюқ модда миқдори камайтириб олинади (20-30%).

Суюқ сепмалар таркибига олтингугурт, ихтиол, ментол, дерматол каби дори моддаларини кўшиб, бу билан улар таъсирини кучайтириш мумкин. Тери сатхларидаги суюқ сепмалар иссиқ сув ёки ўсимлик ёғи билан хўлланган пахта бўлаклари ёрдамида тозаланади. Рецептлар:

Rp: Zinci oxidati
Talci veneti
Amyli tritici aa 30.0
Aq. destillatae ad 200.0
M.D.S.Чайқатгичли аралашма.

Rp: Zinci oxidati
Talci veneti
Glycerini aa 30.0
Aq. destillatae ad 200.0
M.D.S.Чайқатгичли аралашма.

Rp: Zinci oxidati
Talci veneti 40.0
Spiritus aethylici 70% 20.0
Aq. destillatae ad 200.0
M.D.S.Чайқатгичли аралашма.

Rp: Mentholi 2.0
Zinci oxidati
Talci veneti aa 30.0
Glycerini 20.0
Aq. destillatae ad 200.0
M.D.S.Чайқатгичли аралашма.

Қоришмалар (пасталар). Ёғли ва кукунсимон моддаларнинг бир хил нисбатда бўлган аралашмаси қоришмалар ёки пасталар, деб аталади. Қоришмалар сепмалар ва чайқатгичли аралашмалардан таркибида ёғ моддаси борлиги ва терига чуқурроқ таъсир этиш хусусияти билан фарқ қилади. Ёғ моддалари сифатида пахта (o1. Gassipi), кунгабоқар (o1.Helianti), шафтоли (o1.Persicorum) ёғлари ҳамда вазелин ва ланолинлар (Lanolini) ишлатилади Қоришмалар таркиби рух оксиди, талк ва крахмал моддаларидан таркиб топган бўлиб, кукунли қисми ғовак ва ўтказувчан хусусиятга эга бўлганлиги суюқ моддаларнинг буғланишига сабабчи бўлади. Қоришмаларнинг бундай хусусияти тери сатхларининг совишига, қуришига ва яллиғланиш даражасини камайишига олиб келади.

Қоришмалар қобиғ ҳосил қилиб, тери сатҳини ташқи таъсирлардан, ишқаланишлардан ҳимоя қилади таркибидаги ёғ моддалари миқдорининг оширилиши натижасида эса тери сатҳи юмшайди, қобиғ ва қазғоқлардан тозаланади. Қоришмалар ичида рух мойи қоришмаси алоҳида ўрин тутди. Қоришмаларнинг турларидан яна бири бу Лассар пастаси бўлиб ҳисобланади. У рух қоришмасидан таркибида салицил кислотаси (1%) бўлиши билан фарқланади. У юмшоқ қоришма кўринишида қўлланилади. Тери ўчоқларидаги яллиғланиш жараёнини камайтириш, ҳимоялаш ҳамда тозалаш мақсадларида қоришмалар таркибига салицил кислотаси (1-2%), олтингугурт (5-10%), нафталин (10-20%), ихтиол (5-10%) дерматол (5-10%) каби дори моддаларининг кукунлари қўшилади. Қоришмалар терининг эпидермис қаватининг ўткир, ярим ўткир сурункали ва шилиниш ҳолатлари билан кечадиган касалликларида кенг қўлланилади. Намланган, пилчиллаган ўчоқли тери сатҳларига ва сочли қисмларига қоришмалар деярли ишлатилмайди. Қоришмалар ёғоч шпател ёрдамида тери сатҳига юпқа қилиб суртилади, юмшоқ пасталар эса дока ёки матога суртилиб, кейин боғлаб қўйилади. Тери сатҳларини қоришмалар қолдиғидан ҳар 3-5 кунда ўсимлик мойи, вазелин ёрдамида тозалаб турилади.

Рецептлар:

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 10.0

Vaselini 30.0

M.D.S. Рухли қоришма.

Rp: Acidi salicylici 2.0

Zinci oxydati Talci veneti

Amyli tritici 50.0

Vaselini 100.0

M.D.S. Лассар қоришмаси

Rp: Anaesthesini 3.0

Naphtalani

Zinci oxydati

Talci veneti aa 10.0

Ol. Persicorum

Aq. destillatae aa 30.0

M.D.S. Қоришма

Малҳамлар. Таркибида бир ёки бир нечта дори моддаларини тутадиган, асосини ўсимлик, ҳайвон ва минерал ёғлари ташкил этадиган бирикмалар малҳамлар, деб аталади. Малҳамлар тери сатҳларининг ҳар хил механик, кимёвий ва атмосфера таъсирларидан ҳимоя қилиш, қичишиш ҳолатини камайтириш, тери сатҳларини юмшатиш, дори моддаларига нисбатан ўтказувчанлик воситаси сифатида, теридаги патологик жараёнларни даволаш, унинг фаолиятини тиклаш, сўрилувчанликни амалга ошириш ва иккиламчи қопламалардан тозалаш мақсадларида қўлланилади. Малҳамлар қоришмалардан тери сатҳларига чуқур таъсир кўрсатиши билан фарқланади, шунинг учун ҳам улар асосан ўртача ўткир кечадиган касалликларда кўпроқ қўлланилади.

Малҳамлар таркибига кирувчи дори моддалари касаллик белгиларига қараб танлаб олинади ва ишлатилади. Малҳамлар таркибидаги ёғ моддалари тери сатҳини герметик қоплаганлиги сабабли иссиқлик ўтказувчанлик хусусияти камаяди, натижада тери қизий бошлайди, қизаради. Малҳам остида буғланмай йиғилган сув эса тери эпидермис қаватига кириб уни кўзгайди, бу вақтда малҳам таркибидаги дори моддалари тери таркибига кириб сингийди ва ўз таъсирини ўтказди. Малҳамлар таркибида бўлган ёғ моддалари тери қатламларига кириб бориб уни юмшатади, аксинча кўп ювилган пайтларда эса улар миқдори камайиб йўқолади, тери қурий бошлайди, шохланади, дағал бўлиб қолади. Натижада тери ўз сезгирлигини йукотади. Ўсимлик мойлари сифатида пахта (ol. Gassipi), кунгабоқар (ol. helianti), ёнғоқ (ol. Arachidis), кунжут (ol.cannabis), шафтоли (ol. persicorum), бодом (ol.Amygdalarum), какао (ol.Сасао) мойлари ишлатилади. Ҳайвон мойлари сифатида эса таркибида А, Д витаминлари, йод ва фосфор моддалари тутадиган балиқ ёғи (ol.jecoris Aselli) кўпроқ қўлланилади. Минерал ёғлар асосан нефтни қайта ишлаш орқали олиниб, уларга вазелин ёғи (vaselini), сариқ ва оқ вазелин ҳамда саноат ёғлари киради. Минерал ёғлар тери сатҳига сўрилмаслиги, безовта қилмаслиги ҳамда терига тикловчи (кератопластик) ва яраларнинг битишига сабаб бўлувчи таъсир этиши билан ажралиб туради. Вазелин моддаси малҳамлар асосини ташкил этади, унинг камчилиги шундан иборатки, у дори моддаларининг терига ўтишига қаршилиқ қилади. Ланолин мойсимон тузилишга эга бўлиб малҳамлар асосини ташкил қилади. У мол терисини ошлаш натижасида олинади.

Ланолин таркиби гидрофиллик хусусиятга эга бўлганлиги учун тери сатҳини совутади, яллиғланишни камайтиради. Шунинг учун ҳам асосан совутувчи малҳамлар тайёрлашда кўпроқ ишлатилади.

Болалар дерматологияси амалиётида асосан малҳамлар сифатида «болалар креми» ва «озиклантирувчи крем» лардан фойдаланилади.

Малҳамлар кўзланган мақсадга қараб ҳар хил усулларда суртилади. Улар таъсири юзаки бўлиши учун аввал дока ёки матога суртилиб, сўнг касалланган жойга ёпиштириб қўйилади. Касалланган жойга чуқурроқ таъсир этиши, уларни қобиқ, қазғоқлардан тозалаш ҳамда маддаларнинг сўрилишига эришиш мақсадида эса малҳамлар ўчоқларга суртилиб, сўнг боғлаб қўйилади. Малҳамлар таъсирини янада ошириш мақсадида малҳам суртилгандан сўнг устки тарафидан клеёнка ёки компресс қоғози билан боғлаб қўйилади. Бу вақтда малҳамлар компресс усулида таъсир кўрсатади, натижада ўчоқлардаги қобиғ, қазғоқларни юмшатади, моддаларнинг эса сўрилишга сабабчи бўлади. Масалан, бу усул кубус касаллигида маддаланган жойларни, қадок касаллигини, эпидермофития касаллигининг қипикланиш (сквамоз) билан кечадиган турларини даволашда қўлланилади. Малҳамлар кунига 1-2 марта тери ўчоқларига юпқа қилиб суртилиб, яхши таъсир этиши учун боғлаб қўйилади. Айрим касалликларда (кўтир, турли рангли темиртки) эса малҳамлар тери сатҳига очик ҳолда боғламсиз суртилади.

Рецептлар:

Rp: Acidi Salicylici 2.0

Vaselini ad 100.0

M.D.S. Малҳам

Rp: Ung Dermatoli 5% - 100.0

Acidi borici 1.0

D.S. Малҳам

Rp: Sulfur praecipitati 2.5

Naphtalani 10.0

Anaesthesini 5.0

Lanolini Vaselini ss 50.0

M.D.S. Малҳам

Эмульсияли линиментлар. Линиментлар суюқ малҳамлар бўлиб, улар кўпинча эмульсиялар шаклида тайёрланади. Эмульсиялар бир суюқликни иккинчиси билан қўшилганда аралашмай қолиши асосида тайёрланади. Турғун ҳолдаги эмульсияларни тайёрлаш учун

эса эмульгаторлардан фойдаланилади. Эмульгаторлар суяқликларни бўлакчаларга бўлиб, аралашшига йўл бермайди.

Дерматологияда сувдаги ёғ ва аксинча ёғдаги сув кўринишида бўлган эмульсиялар ишлатилади. Биринчи хилида сув дисперссли муҳит вазифасини ўтаса, иккинчи хилида эса дисперсия фазасини ўтайди. Эмульсиянинг ёғли сувдаги хилини қўлланишида тери сатҳидаги сув буғланиб ҳарорат пасаяди ва у музлатувчи таъсир кўрсатади. Эмульсиянинг сувнинг ёғдаги хили эса тери сатҳига қопловчи, ёғловчи, юмшатувчи ҳамда бу таркибга кирувчи дори моддаларининг терига ўтишига сабабчи бўлади. Совутувчи малҳамлар ҳам эмульсиялар тарзида таъсир кўрсатади. Масалан, ланолин сувнинг ёғдаги эмульсияси кўринишида бўлиб, дори моддаларни терининг чуқур қатламларига ўтишига ёрдам беради. Ўткир яллиғланиш билан кечадиган тери касалликларида (ўткир экзема, дерматит) аввал музлатувчи сўнг эса қуритувчи таъсирга эга бўлган, ёғнинг сувдаги 3:2:1 нисбатларидаги кўринишда бўлган эмульсиялар қўлланилади. хўлланиш ҳолати йўқолгандан кейин эса, аксинча эмульсияларнинг ёғнинг сувдаги қиллари қўлланилади.

Рецептлар:

Rp: Lanolini 20.0

Vaselini 8.0

Ol.Ricini 4.0

Aq. destillatae ad 40.0

M.D.S. Совутувчи эмульсияли суртма (сувдаги ёғ)

Rp: Lanolini 5.0

Vaselini 2.0

Ol.Ricini 1.0

Aq. destillatae ad 10.0

M.D.S. Совутувчи эмульсияли суртма (ёғдаги сув)

Эритмалар. Тери касалликларини даволашда микроблар, замбуруғлар ва қичишиш ҳолатига қарши таъсир кучига эга бўлган эритмалар қўлланилади. Улар сувли ва спиртли кўринишларда бўлади. Спиртли эритмаларга йод димламаси, салицил, бор кислотаси, резорцин, анилин бўёқлари киради. 50-70 даражали спирт эритмаси асосан терига қўзғатувчи, қуритувчи ва юмшатувчи таъсир кўрсатади.

Лаклар. Тери сатҳига сўрилгандан кейин таркибидаги учувчан моддалар юпқа парда ҳосил қиладиган суяқликлар лаклар, деб

аталади. Таркибига кирувчи учувчан моддалар, масалан, эфир, спиртлар йўқолганидан кейин лаклар тери сатҳига ёпишиб бу сатҳни ташқи муҳитдан ҳимоя қилади. Лакнинг тери сатҳига герметик ва босим тарзида чуқур таъсир этишига унинг таркиби сабабчи бўлади. Лаклар дори моддаларининг терига яхши сингишига, инфилтратларнинг сўрилишига олиб келади. Лаклар асоси коллодий ва турли тозалагич моддалар – салицил, сут, бор, бензой кислоталари, резорцин, гризеофулвин ҳамда кератолитик дори моддаларидан иборат. Лаклар асосан чегараланган - гиперкератоз, маддаланадиган кўри-нишларда кечадиган тери касалликларида (кубус, қадоқланиш, эпидермофития) ишлатилади.

Рецептлар:

Rp: Acidi salicylici

Acidi lactici aa 3.0

Collodii elastici 14.0

M.D.S. Лак, суртиш учун.

Rp: Resorcini 2.0

Collodii ad 20.0

M.D.S. Лак, суртиш учун.

Елимлар. Елимлар рух оксиди, желатин, глицерин ва таркибида сув моддалари сақлайдиган дорилар сифатида ишлатилади. Елимлар яра сатҳини ташқи таассуротлардан ҳимоя қилиб, тўқима озикланиши (трофикасини), қон айланиш ҳолатини яхшилади, шиш, қичишиш каби аломатларни йўқотади, грануляцион тўқималар, қийин битадиган яраларнинг битишига ёрдам беради. Бундай елимлар ичида рух желатини ҳимоялаш елими алоҳида ўрин тутаяди.

Рецепт:

Rp: Zinci oxydati

Jelatinae aa 250.0

Glicerini 60.0

aq. destillatae ad 120.0

M.D.S. Елим, бойлаш учун

Совунлар. Совун сув билан кўшилганда эркин кўринишда бўлган ишқор ажралиб, теридан ажралаётган ёғларни эритади (эмульгирия қилади). Натижада тери сатҳи кирлардан, микроорганизмлардан, тер ва мойли моддалардан тозаланади. Шундай қилиб, совунлар терини тозаловчи, ёғсизлантирувчи каби таъсирга эга. Болалар дерматологияси амалиётида совунларни кўзғатувчан

таъсирларнинг олдини олиш мақсадида улар таркибида ёғ моддалари миқдори орттирилган ҳолатларда ишлатилади. Масалан, тухумли, ланолини, болалар совуни ва бошқалар. Юқорида кўрсатиб ўтилган маҳаллий даволашларда ишлатилган дори воситаларининг турлари ўз таркиби, тузилиши, таъсир этишига кўра терида бўлаётган ўзгаришларга ўзига хос кўринишда таъсир кўрсатади. Таъсир этиш хусусиятига қараб бу дори воситалари бир неча гуруҳларга: яллиғланишга қарши, қичишишни сусайтирувчи, тозаловчи, кератопластик, кератолитик, замбуруғ ва паразитларга қарши ҳамда куйдирувчиларга бўлинади.

Упали сепмалар, хўллаб-қуритгичлар, чайқатгичли аралашмалар ва қоришмалар терида бўлаётган ўзгаришларга, яллиғланишларга таъсир этади. Ментол, тимол, карбол кислотаси, уксусли эритмалар, хлоралгидрат ва антигистамин дори моддалари эритмалар, малҳамлар шаклида қўлланиб, турли тери касалликларида қичишиш ҳолатини сусайтирувчи таъсир кўрсатади. Олтингугурт, салицил кислотаси ва кортикостероид малҳамлари яллиғланиш ҳолатини ҳамда қичишишни камайтирувчи таъсирга эга.

Тозаловчи ва паразитларга қарши йод, спирт, бор кислотаси, резорцин, тимол, анилин бўёқлари, антибиотиклар, сульфаниламид дори моддалари, дерматол, ксероформ, водород пероксиди ва бензил-бензоат каби моддалар қўлланилади.

Кератопластик моддаларга салицил кислотаси, олтингугурт, ихтиол, нафталан, АСД-3 фракцияси каби дори моддалари кириб, улар кучсиз кўринишларда (2-3-5 %) тери тузилишини тикловчи сифатида таъсир кўрсатади. Бу моддалар асосан сурункали касалликларни даволашда малҳам ва қоришмалар шаклида қўлланилади. Кератолитик дори моддалари эса аксинча, тери шох қаватини юмшатиш, қипиқланишни камайтириш мақсадида қўлланилиб, асосан гиперкератоз (шох қавати қалинлашиши), паракератоз (донадор қават атрофияси), кубус, парасориаз, ихтиоз, қадоқ ва кўтир касалликларини даволашда ишлатилади. Паразитар касалликларни даволашда олтингугурт, катрон, симоб суртмалари (3-5 %), қоришмали чайқатгичлар, замбуруғли касалликларга қарши йод, спирт, салицил кислоталари эритмалари ишлатилади. Тери ўсимталарини куйдириш мақсадида салицил, резорцин, сут, сирка, азот кислоталарининг юқори концентрациядаги турлари ҳамда протаргол, подофиллин ва кумуш нитратлар эритмалари қўлланилади.

МАХСУС ҚИСМ

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Янги туғилган болалар чақалоқлик (чилла) даври – инсон ҳаётининг илк даври бўлиб, ушбу давр киндик узилиши заҳотиёқ бошланади. Чилла даврида бола организмидаги барча аъзо ва тўқималарнинг ташқи муҳит шароитларига мослашиши юзага келади. Чилла даврининг давомийлиги ўртача 28 кунни ташкил этади. Боланинг ҳомиладорлик даврида тўлиқ ривожланганлиги унинг вазни, бўй узунлиги, функционал белгилари ва танасининг пропорцияларига қараб баҳо берилади. Соғлом туғилган ўғил болаларнинг ўртача вазни 3400-3600 граммни, қиз болаларники эса 3200-3400 граммни ташкил этади.

Бола ҳаётининг илк даврдан унинг ташқи муҳит ҳаёт тарзига мослашиши кузатилади, шу сабабли унда ўзига хос бўлган физиологик ва баъзан эса патологик ўзгаришлар юзага келади.

Янги туғилган болалар чилла даври физиологик сариқлиги. Физиологик сариқлик ҳолати янги туғилган чақалоқларнинг деярли 80 %да улар ҳаётининг 2-3 ёки 4-6-кунларидан бошлаб кузатилади. Тери соҳаларининг сарғайиши дастлаб юз, курак соҳаларида кузатилади, кейинчалик эса жараён кўл, оёқ ва баданнинг бошқа соҳаларига тарқала бошлайди. Сарғимтирлик даражаси турлича кўринишда намоён бўлади, енгил сарғимтирликдан кучли даражадаги кўринишга 2-3 кундан сўнг етади, кейинчалик эса аста-секин жараён сусайиб боради ва тахминан 7-10 кунларга бориб умуман йўқолиб кетади. Физиологик сарғимтирлик ҳолатининг кузатилиши янги туғилган чақалоқларни плацентар кислород билан таъминланишдан ўпка орқали кислород билан таъминланишга ўтиши ва жигарда мавжуд бўлган глюкуронилтрансфераза ферментининг етишмаслиги сабабли вужудга келади. Бу вақтда фетал гемоглобиннинг парчаланиши ва билирубин микдорининг юқори даражада бўлиш ҳолати кузатилади. Физиологик сариқликда ҳеч қандай даво чоралари олиб борилмайди. Агарда сариқлик ҳолати 10

кундан ортиқ бўлган вақт давомида кузатилса, бундай ҳолатларда жигар фаолиятининг бошқа сабабларга кўра сусайиши, деб баҳоланади.

Юмшоқ сочлар (lanugo). Янги туғилган чақалоқлар терисининг барча соҳалари, айниқса, курак, бел, елка юзалари юмшоқ ва майин сочлар билан қопланган бўлади, бундай ҳолат эмбрионал ривожланиш даврининг 6-ойларидан бошланади. Ушбу юмшоқ сочлар бола ҳаётининг биринчи ҳафтасидаёқ тўкила бошлайди. Чала туғилган болаларда эса lanugo ҳолати кўринарли даражада намоён бўлади. Тўкилиб тушган бирламчи сочлар ўрнида кейинчалик иккиламчи (доимий) сочлар ўсиб чиқади. Бошнинг сочли қисмида – узун, қош ва киприкларда-калта, бадан, қўл ва оёқларида эса майин сочлар кузатилади. Янги туғилган чақалоқлар бош қисмларидаги сочлар юмшоқ бўлиб, улар сони турлича кўринишда бўлади: кўп сонли, узун ёки кам сонли. Лекин бундай ҳолат бола ҳаётининг кейинги даврларида мавжуд бўлувчи сочлар характери (калин, сийрак, тўқ рангли бўлишини) белгиламайди. Доимий сочлар характери болалар бир ёшлик даврида бўлганларида аниқлаш мумкин.

Ёғли ихтиоз (Ichthyosis sebacea). Баъзан янги туғилган чақалоқларда улар ҳаётининг 2-3 кунларида ёғ безларидан кўп миқдорда секрет ажралиб чиқиши ва тезда қотиб қолиши ҳолати кузатилади. Натижада болалар тери сатҳи юмшоқ, духобасимон, майин бўлиш ўрнига аксинча қалин, қуруқ, қаттиқ ва қўнғир тусни олади. Ушбу ҳолат патологик аҳамиятга эга бўлмасдан, уни ёғли ихтиоз ёки ихтиозсимон тери қуриши, деб аталади. Бундай ҳолатни шу даврда кузатилувчи туғма ихтиоз касллигидан фарқлай билиш лозим. Ёғли ихтиозда болаларнинг умумий аҳволи ўзгармайди, жараён 6-7 кунлардан сўнг катта миқдорда пластинкасимон қипиқланиш кўринишини олади ва кейинчалик эса барча белгилар ўтиб кетади. Тери ҳолатини тез вақт ичида нормаллаштириш мақсадида болалар илиқ совунли ванналарди чўмилтирилади, ланолинли кремларни суртиш тавсия этилади.

Пластинкасимон қипиқланиш. Пластинкасимон қипиқланиш ҳолати ёғли ихтиоздан алоҳида бўлган кўринишда ҳам юзага келиши мумкин. Ушбу ҳолат физиологик қипиқланишнинг кучайган шакли ҳолида намоён бўлади. Кепаксимон қипиқланиш 1-2 кун ичида йирик пластинкали қипиқланишга алмашинади, 2 ҳафталар давомида эса катта миқдорда мугуз қаватнинг кўчиши ҳолати

(desquamation lamellosa) кузатилади. Даволаш мақсадида болалар кунига 2-3 мартаба илиқ ванналарда чўмилтирилади, сўнгра эса ланолин ёки болалар кремани суртиш тавсия этилади. Қипиқлар тўла кўчиб тушгандан сўнг болалар териси соғайиб, нормал терига айланади.

Ёғли кисталар (milia). Ёғли кисталар ёғ безларининг гиперсекрецияси туфайли секретнинг қотиб қолиши оқибатида юзага келади. Чақалоқларда ёғ безларининг сони катталарга нисбатан 4-8 баробар кўп бўлиб, улар ҳажмининг кичиклиги, бир бўлмачали бўлиши ва юзаки жойлашганлиги билан фарқланади. Секретор бўлмачаларнинг атрофияси ҳолати ва йўқолиб кетиши болалар ҳаётининг 1 ёшлик даври охирларида юз беради. 2 ёшдан бошлаб эса ёғ безлари суст фаолият кўрсатади, фақатгина балоғат ёшига етганда эса улар яна ўз фаолиятини кучайтиради.

Ёғли кисталар ўз вақтида туғилган чақалоқларнинг деярли ярмида кузатилиб, оқиш ёки бироз сарғимтир, нуқтасимон (диаметри 1 мм гача) кўринишларда, юзнинг ёноқ, пешона, бурун, бурун-оғиз бурмалари, бошнинг энса ва баъзи ҳолатларда эса жинсий олат териси соҳаларида жойлашган тугунчалар кўринишида намоён бўлади. Тошмалар кам ёки кўп сонли бўлиб, асосан гурухлашишга мойил бўлади. Гистологик кўрувларда тошмалар таркибида мугуз пластинкаларни тутувчи майда эпидермал кисталар кузатилади. Тошмалар тахминан 1,5-2 ҳафта давомида сақланиб туради ва кейинчалик эса ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Баъзи болаларда кисталар атрофида гиперемия халқаси кўринишида кучсиз яллиғланиш белгилари кузатилади. Бундай тошмалар чақалоқлар ҳуснбузари, деб ҳам номланади. Уларнинг ҳосил бўлишида она организмдан болага ўтадиган жинсий гормонларнинг аҳамияти катта, деб ҳисобланади. Бундай ҳолатларда даво чоралари олиб борилмайди.

Телеангиэктазиялар. Нотўғри шаклдаги, ноаниқ чегарали, оч пушти рангли доғлар ёки чизиклар кўринишидаги тери қон томир капиллярларининг кенгайиши телеангиэктазиялар, деб номланади. Телеангиэктазиялар кўпинча бошнинг сочли қисми энса соҳасида, қовоқлар, бурун усти териси ва юқори лаб соҳаларида жойлашади. Чақалоқлар йиғлаган вақтларда улар тери сатҳидан бироз кўтарилади, бармоқ билан босиб кўрилганда эса йўқолиб, сўнг яна ҳосил бўлади. Янги туғилган чақалоқларда телеангиэктазия ҳолати

физиологик ҳолат бўлиб, улар эмбрионал қон томирларининг рудиментар қолдиқлари бўлиб ҳисобланади. Улар 50 % янги туғилган чақолоқларда кузатилиб, кейинчалик эса ҳеч қандай давосиз ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Қовоқлар соҳасидаги телеангиэктазиялар 1-йилнинг охирларида, бурун устидаги телеангиэктазиялар 2-йилнинг бошларида, энса соҳасида телеангиэктазиялар эса тахминан 1 ёш 6 ойлик вақт давомида йўқолиб кетади.

Кўк ёки мўғул доғлари. Мўғул доғи терининг пигментли зарарланиши кўринишида намоён бўлувчи, ўз-ўзидан регрессга учровчи физиологик ҳолатдир. Кўк доғлар қора танлиларда, америка ҳиндуларида, шарқ ва кавказ мамлакатларига мансуб оилаларда туғилган чақолоқларнинг 90% дан ортиғида, оқ танлиларнинг эса 5% да кузатилади. Кўк доғлар кулранг-кўкимтир ёки кўк рангда бўлиб, нотўғри шаклда, ноаниқ чегарали бўлади ва тери сатҳидан кўтарилмайди. Доғлар кам ёки кўп сонли бўлиб, уларнинг диаметри 10 см гача етиши мумкин. Тошмалар кўпинча бел-думғаза, думба, курак соҳаларида жойлашади, баъзан эса юз соҳаларида ҳам кузатилиши мумкин. Тошмалар бармоқ билан босиб кўрилганда йўқолмайди. Доғларнинг ранги дерманинг чуқур қаватларидаги меланоцитларда жойлашган меланин пигментининг миқдорига боғлиқ бўлади. Гистологик текширувлар натижасида дермадаги коллаген толаларининг оралиғида майда дисперс меланин пигментини таркибида тутувчи узунчоқ меланоцитларнинг тўпламлари кузатилади. Бундай зарарланиш эмбрионал ривожланиш даврида баъзи меланоцит хужайралари неврал пластинкадан чиқиб дермо-эпидермал тўсиқдан миграция қила олмаганлиги оқибатида юзага келади.

Кўк доғлар аста-секин очариб, бола ҳаётининг биринчи йилларидан бошлаб то 5-6 ёшгача ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Лекин баъзи ҳолатларда доғлар болалик даврининг охиригача ҳам сақланиб қолиши мумкин.

Ўз-ўзидан ўтиб кетувчи шишлар. Янги туғилган чақолоқлар ҳаётининг биринчи кунларида улар танасининг айрим қисмларида шишлар ҳосил бўлишига мойиллик ҳолати кузатилади. Шишлар аввал жинсий аъзолар соҳаларида кузатилиб, кейинчалик эса қовуқ усти, қориннинг пастки қисми ва тананинг пастки ярмига тарқалади. Зарарланган соҳаларнинг ҳажми кичик бўлса, шишлар тез орада орқага қайтиб, бир неча кун ичида йўқолиб кетади. Танага кенг

тарқалган шишлар эса узоқ вақт (2-3 ҳафта) давомида сақланиб туради.

Бундай шишларнинг ҳосил бўлиш патогенези мураккаб бўлиб, сабаби турлича тушунтирилади. Шишлар - эмбрионал даврда юзага келган сон соҳаларининг сиқилиши ёки туғруқ йўллари орқали ўтаётганда ҳосил бўлган сиқилишлар оқибатида вужудга келадиган физиологик ҳолатдир. Баъзан шишлар юрак-қон томир, сийдик ажратиш тизимидаги патологик ўзгаришлар, эмбрионал даврдаги инфекциялар, совуқ қотишлар сабабли ҳам юзага келиши мумкин. Ушбу ҳолатларни эътиборга олган ҳолда уларнинг аниқ сабабини ўз вақтида аниқлаш ва фарқлаш лозим.

Янги туғилган чақалоқлар лимфангиэктатик шиши. Лимфангиэктатик шиш патологик аҳамиятга эга бўлмаган вақтинчалик физиологик ҳолат бўлиб, қўл ва оёқ қафтларининг хамирсимон консистенция кўринишидаги шиши ҳисобланади. Тананинг бошқа соҳалари эса зарарланмайди ва жараён ривожланмайди, бир неча ҳафта ёки ойлардан сўнг бундай шишлар ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Ушбу ҳолат асосида лимфа суюқлигини лимфатик тирқишларда тўпланиб қолиши ва лимфатик капиллярларнинг ўсиб кетиши ҳолатлари ётади. Туғма лимфангиэктатик шишларни туғма филоёқлиликдан фарқлаш лозим. Лимфангиэктатик шишда асосан лимфатик қон томирлари ва бириктирувчи тўқималарнинг аномалиялари кузатилади ва беморларнинг умумий аҳволи ўзгармайди. Филоёқлиликда эса асосан тананинг пастки қисми зарарланиб, консерватив даво чоралари кам самара беради. Даволаш асосан жарроҳлик йўли билан амалга оширилади.

Токсик (аллергик) эритема. Токсик эритема 20-30% янги туғилган чақалоқларда кузатилувчи ҳолат бўлиб, чақалоқлар ҳаётининг 2-4 кунларида юзага келади. Токсик эритема болаларда ўз вақтида ёки чала туғилиш ҳолатидан, уларни туғилиш вақтидаги вазнларидан қатъий назар кузатилади. Тери соҳаларида жараён тезда сўрилиб кетадиган, эритематоз доғлар асосида жойлашган полиморф, айлана шаклидаги, оч сариқ ёки оқиш рангдаги тугунчалар ёки каварчиқлар кўринишида намоён бўлади. Баъзан фақатгина қизил рангли доғлар кузатилади. Доғлар ҳажми 1-3 см бўлиб, шакли нотекис, қизил ранги атроф терисидан енгил ажралиб туради. Тошмалар бир-бирига қўшилиши мумкин. Бармоқ билан босиб кўрилганда эритема очлашиб, остидаги тўқималар бироз

қаттиқлашгандек бўлади. Тошмалар бола баданининг олдинги ва орқа соҳаларида, баъзида эса юз тери соҳаларида жойлашади. Қўл ва оёқ қафтлари, шиллиқ қаватлар зарарланмайди. Зарарланиш ўчоқларидан олинган биоптатда доимо ўзига хос бўлган эозинофиллардан ташкил топган инфилтратлар аниқланади. Касаллик бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади, оқибати яхши кечади, қичишиш ҳолати эса кузатилмайди, кейинчалик эса тошмалар қипиқланиш ва пигментациясиз сўрилиб кетади. Юз соҳасида жараён кўп сонли тошмалар кўринишида ва конъюнктивит ҳолати билан кечса, у ҳолда токсик эритема қизамиқ касаллиги билан таққосланади. Токсик эритеманинг келиб чиқиши сабаблари ва патогенези охиригача ўрганилмаган. Ушбу ҳолатга норма ва патология чегарасида турувчи, секин таъсир этувчи аллергик реакция сифатида қаралади. Даво чоралари олиб борилмайди, лекин тошмалар кўп сонли бўлган ҳолатларда эса глюконат кальций, димедрол, маҳаллий – пуфакчали ва йирингчали тошмалар юзасига 1 %ли бриллиант кўки эритмасини суртиш тавсия этилади.

Омфалит. Меъёрий ҳолатда болаларда киндик найининг мумлашган қолдиғи бола ҳаётининг 1-ҳафтаси охирида узилиб тушади. Унинг ўрнида қолган киндик жароҳати эпителизацияланади, грануляцияланади ва бола ҳаётининг 2-ҳафтаси охири ва 3-ҳафтасининг бошларида эса чандиқланиб битиб кетади. Киндик найининг қолдиғи ва киндик жароҳати стафилококк, стрептококк, ичак таёқчаси, кўк йиринг ва дифтерия таёқчалари билан зарарланган ҳолатларда эса унинг битиши секинлашади.

Катарал омфалитда (сувланувчан киндик) киндик жароҳатининг ёмон битиши, сувланиши, сероз ёки серозли-йирингли суюқликнинг ажралиб чиқиши, қатқалоқлар ҳосил қилиши, эрозияланиши, қонаши, шиши ва қизариши каби ўзгаришлар кузатилади. Катарал омфалит нисбатан енгил яллиғланадиган жараён бўлиб, унинг кечишида беморларнинг умумий аҳволи ўзгармайди, тана ҳарорати меъёрида, иштаҳаси яхши сақланган бўлади. Баъзан киндик жароҳатидан ажралаётган йирингли суюқлик бурмалар оралиғида йиғилади ва бундай ўзгариш киндик пиореяси, деб номланади. Киндик жароҳатининг узоқ вақт давомида битиши оқибатида унинг асоси яраланади ва тубида ҳосил бўлган грануляциялар киндик фунгуси, деб номланувчи кўзикоринсимон ўсма ҳосил қилади. Киндик соҳасидаги ҳар бир, ҳатто енгил яллиғланиш жараёни ҳам

албатта ўзига шифокор эътиборини тортиб, ўз вақтида самарали даволаш ўтказилишини талаб қилади. Чунки бола организмида ҳимоя воситаларининг сустлашиши, микроорганизм вирулентлигининг ошиши ва патологик жараённинг кенгайиб тарқалиши, баъзида эса сепсис ҳолати кузатилиши мумкин.

Яллиғланиш жараёнининг киндик атрофидаги тери ва тери ости ёғ қаватига тарқалиши омфалитнинг ривожланишига олиб келади. Зарарланган терида шиш, гиперемия ва инфильтрацияланиш ҳолати кузатилиб, киндик жароҳатидан нурсимон тарзда чиққан кўк ингичка чизикларни, кенгайган юзаки веналарни кўриш мумкин бўлади. Кўпинча кўк чизиклар ёнида қизил чизиклар (лимфангит, кенгайган артериялар) ҳам кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи ўрта оғирликда ёки оғир кечади, бу эса безовталаниш, тана вазнининг камайиши, юзаки нафас олиш, тана ҳароратининг кўтарилиши ($37,2-37,^{\circ}\text{C}$) каби ҳолатлар кўринишида намоён бўлади. Касалликнинг сепсис ёки перитонит ҳолатига ўтиш хавфи мавжуд бўлади. Киндик жароҳатининг стрептококклар томонидан зарарланиши эса киндик сарамасининг ривожланишига олиб келади. Киндикнинг энг хавфли жароҳати бу киндик гангренаси ҳисобланади. Бунда киндик атроф тери юзаси, унинг остидаги тўқималар, қорин девори ва ичакларнинг зарарланиши ва парчаланиши ҳолати кузатилади ва касаллик ўлим ҳолати билан якун топиши мумкин.

Даволаш. Катарал омфалитда ҳар куни киндик жароҳатини 3 % водород пероксида эритмаси билан ювиб, қуришиб, ультрабинафша нурлар билан нурлантириб турилади. Маҳаллий 1-2 %ли бриллиант кўкининг спиртли эритмаси, 2-5 %ли кумуш нитрат эритмаси ёки 5 %ли калий перманганат эритмалари билан артиш тавсия этилади. Киндик фунгусида грануляциялар ляпис қаламчаси билан куйдирилади ёки жарроҳлик йўли билан даволанади. Касаллик оғир кечадиган ҳолатларда маҳаллий давонинг ўзи кифоя қилмайди ва кўшимча умумий даво чоралари тавсия этилади. Беморларга антибактериал даво ўтказилади, стафилококка қарши бўлган дори воситаларидан гамма-глобулин ёки полиглобулинлар белгиланади. Бемор болалар оналарига А, С, В гуруҳи ва РР витаминлари тавсия этилади.

Профилактикаси. Туғруқхонада бола туғилган захотиёк профилактик чоралар олиб борилиши лозим. Киндик найининг қолдиғи

ҳар куни 3 %ли водород пероксиди ва 5% калий перманганат эритмалари билан артиб турилади, йоднинг 5 %ли спиртли эритмаси ёки 1 %ли анилин бўёқлари эритмалари суртилади.

Тери ости ёғ қаватининг ўчоқли некрози (адипонекроз) чақалоқлар ҳаётининг 1-2 ҳафталаарида юзага келади. Адипонекроз белгилари кўпинча тўла туғилган болаларда кузатилади. Касалликни келиб чиқишида болага туғруқ вақтида тиббий анжомлар ёки акушерлик манипуляциялари ўтказилиши жараёнида етказиладиган жароҳатлар сабаб бўлади. Ҳозирги вақтда касалликка тери ости ёғ қавати, яъни ёғли тўқималарининг эссенциал касаллиги, деб қаралапти. Янги туғилган чақалоқлар тери ости ёғ қаватининг кимиёвий таркиби катта ёшдаги болаларникидан ҳамда катталарникидан фарқ қилади, унинг таркибида палмитин ва стеарин ёғ кислоталарининг миқдори кўп ва олеин ёғ кислоталарининг миқдори эса кам бўлади. Шунинг учун уларда кўпинча тери ости ёғ қавати ретикуло-гистиоцитар тўқималарининг функционал ўзгаришлари кузатилади.

Жароҳатланиш асосан бел, думба, елка, бош соҳаларида ва кам ҳолатларда эса қўл, оёқ ва юз соҳаларида кузатилади. Тери ости ёғ қаватида қаттиқ, чегараланган инфилтрат ёки тугунлар ҳосил бўлиб, уларнинг қалинлиги 1-2 см, диаметри 1-2 см дан 4-5 см гача, баъзан эса ёш болалар қафти катталигигача бўлади. Инфилтратлар устидаги тери соҳалари оддий тери рангида ёки сиёх ранг-қизил рангда бўлиб, кейинчалик уларнинг ранги очаради. Инфилтратлар оралиғидаги тери сатҳлари ўзгармайди. Баъзида инфилтратлар пайпаслаб кўрилганда бироз оғриқ кузатилади, кейинчалик улар юмшоқлашади ва марказий қисмидан ёрилиб оқиш қатиксимон суюқликнинг ажралиши кузатилади. Гистологик текширувларда тери ости ёғ қаватининг тарқоқ некрози, реактив яллиғланиши, эпителиал ва гигант хужайраларнинг аниқланиши кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгаришсиз бўлади. Касаллик яхши оқибатли кечади. Инфилтратлар 3-5 ойлардан сўнг ўз-ўзидан изсиз сўрилиб кетади. Камдан-кам ҳолатларда иккиламчи инфекцияларнинг қўшилиши ва кальцификация ҳолати кузатилади. Айрим беморларда жараён тузалгандан сўнг чандиқлар қолиши мумкин.

Касаллик янги туғилган чақалоқлар тери ости ёғ қаватининг абсцесси билан таққосланади. Бундай ҳолатларда беморларнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, инфилтратлар устидаги тери соҳаси

қизарган, ўчоқлар устидаги маҳаллий ҳарорат баланд, аниқ флюктуация ҳолати кузатилади, жарроҳлик муолажалари ўтказилгандан сўнг эса чандикли ўзгаришлар қолади. Бундан ташқари касалликни склерема ва склередемалардан фарқлаш лозим. Ушбу ҳолатларда жараён тезда тарқалиб, терининг диффуз каттиқлашиши (айниқса, склеремада), чақак ва бўғим соҳаларининг ҳаракатсиз бўлиб қолиши кузатилади.

Даво чоралари олиб борилмайди. Жараённинг сўрилишини таъминлаш мақсадида иссиқ муолажалар ўтказилади. Пахта билан куруқ боғламлар, соллюкс, УВЧ қўлланилади. Беморларга 1-2 ой давомида ичишга Е витамини, 2-3 ҳафта давомида эса преднизолон дори воситаси (1 кг тана вазнига 1 мг дан) буюрилади.

Склередема – шиш ҳолатининг ўзига хос шакли бўлиб, бунда жароҳатланган тўқималарнинг каттиқлашиши кузатилади. Склередема чақалоқ ҳаётининг 2-4 кунларидан бошлаб, кўпинча чала туғилган ва нимжон бўлган гўдакларда кузатилади.

Касалликнинг этиологияси ва патогенези охиригача ўрганилмаган. Касалликнинг келиб чиқишида гўдакларнинг узоқ вақт паст ҳароратли муҳитда қолиб кетиши ва совуқ қотиши сабаб бўлади. Шунингдек, чақалоқларнинг шиш ҳолатларга мойиллиги ва тери ости ёғ қавати кимёвий таркибининг ўзига хослиги ҳам муҳим аҳамият касб этади. Склередема касаллигининг юзага келишида организмда сув алмашинувининг нерв системаси орқали бошқарилишининг ўзгариши, капилляр қон томирлари деворларининг юқори ўтказувчанлиги, чала туғилган гўдакларда эса тери ва тери ости ёғ қавати гистологик тузилишининг якунига етмаганлиги каби омиллар муҳим аҳамият касб этади. Склередема касаллигини ривожланишига юқумли касалликлар, септик ҳолат, етарли бўлмаган озикланишлар, ўпка ателектази, юракнинг туғма нуқсонлари каби патологик ҳолатлар таъсир кўрсатади. Касалликнинг оқибати хавфли бўлиб, уни натижалари ўтказилаётган даво муолажаларининг жадаллиги ва самарасига боғлиқ бўлади.

Зарарланган тери соҳалари пайпаслаб кўрилганда тери ва тери ости ёғ қаватининг хамирсимон кўринишдаги соҳаларининг тез орада каттиқлашиши кузатилади. Тери соҳаларининг зарарланиши болдир ёки сон соҳаларидан бошланиб, кейинчалик оёқ қафти, қовуқ, жинсий аъзолар ва тананинг бошқа соҳаларига тезда тарқалади. Касалликни оғир кечадиган ҳолларида тана тери

соҳалари тўлиқ патологик жараёнга жалб этилади, беморларнинг умумий аҳволи оғирлашади, уларда холсизлик, гипотермия, брадикардия, иштаҳанинг сустлашиши каби ҳолатлар кузатилади. Касалликнинг таққослов ташхиси склерема ва адипонекроз каби касалликлар билан ўтказилади.

Даволаш. Энг аввало бемор болаларни эҳтиёткорлик билан кузвезга жойлаштириб, иссиқ ванналар (39°C), соллюкс, резинали иситгичлар ёрдамида аста-секин иситиш лозим. Юракка таъсир этувчи дори воситалари фақатгина ичишга буюрилади, чунки тери остига юбориладиган дори воситалари сўрилмай қолиши мумкин. Гемотрансфузиялар (25-30 мл дан кунора), гамма-глобулин, аевит инъекциялари (0,1 мл дан кунига 2 маҳал мушак орасига) яхши самара беради. Даволаш жараёнида антибиотиклар (пенициллин, ампиокс) ва кортикостероид дори воситаларидан преднизолон (1 кг тана вазнига суткасига 1-2 мг миқдорида) қўлланилади. Тери ва тери ости ёғ қаватининг қаттиқлашиши ва шиши камайганда преднизолон миқдори аввал камайтирилиб, кейин эса умуман бекор қилинади. Профилактик чораларни ўтказиш мақсадида янги туғилган чақалоқларни совуқ қотишдан сақлаш лозим, агарда ушбу ҳолат рўй берган бўлса, мушак орасига аевит 0,1 мл дан кунига 2 маҳал 5-7 кун давомида юбориш ва бемор гўдакларни иситиш тавсия этилади.

Склерема касаллиги чала туғилган, нимжон гўдакларда сувсизланиш ва ориқлашиш оқибатида кузатиладиган ўта оғир касаллик бўлиб ҳисобланади.

Касалликнинг этиологияси ва патогенези номаълум. Склередема касаллигининг юзага келишига сабабчи бўлган барча омиллар сувсиз склерема касаллигининг ривожланишида ҳам муҳим аҳамият касб этади, лекин инфекция омилларнинг таъсири бу касалликда кўпроқ бўлиши қайд этилади. Склерема касаллиги чақалоқлар ҳаётининг 3-4 кунларидан ривожланиб, юз, болдир ва тананинг орқа соҳаларида тери ва тери ости ёғ қаватининг тарқоқ қаттиқлашиши кўринишида кечади. Касаллик оғир кечадиган ҳолатларида, жараён тез орада бадан, қўл, думба ва сон соҳаларига тарқалади. Зарарланган ўчоқлар кўкимтир ёки бироз сарғимтир тусда бўлиб, атрофияланади. Пайпаслаб кўрилганда ўчоқлар совуқ, қаттиқлашган бўлиб, бурмалар ҳосил қилмайди, бармоқ билан босиб кўрилганда эса склередемадан фарқли ўлароқ бармоқ излари қолмайди. Касаллик белгилари билан қўл ва оёқ кафтлари, мойк, жинсий олат

соҳалари зарарланмайди. Беморлар қўл ва оёқларида ҳаракат чекланади, гипертонус ҳолати кузатилади. Юз соҳалари ниқобсимон бўлган кўринишда ўзгаради, пастки жағлар ҳаракатсизланади. Склерема ва склередема касалликларини бир вақтнинг ўзида ҳам кузатиш мумкин, бундай ҳолатларда уларни бир-биридан фарқлаш қийинчилик туғдиради.

Касалликни даволаш ва профилактика чоралари ўтказиш худди склередемадагидек олиб борилади. Касалликнинг оқибати жуда ҳам жиддий бўлиб, склередемага нисбатан оғирроқ кечади ва касаллик кўпинча ўлим билан якунланиши мумкин.

Бичилиш. Бичилиш ишқаланишга ва тирналишга мойил бўлган тери соҳаларининг чегараланган яллиғланиши бўлиб, кўпинча иккиламчи инфекциялар билан асоратланади.

Касаллик вужудга келишида янги туғилган чақалоқлар қарамоғининг нотўғрилиги, уларни кам чўмилтириш, улар ҳолатини узоқ вақт ўзгартирмаслик, иссиқ хоналарда қалин чойшаблар билан ўраб-чирмаш, кийим-бош ва чойшабларини ишқорий ва айниқса, синтетик кир ювиш воситалари билан ювиш, қўпол, терини зарарловчи тагликлардан фойдаланиш, сийдик ва ахлат билан мацерацияланиши (айниқса, диспепсик ўзгаришлар) оқибатида юзага келади. Бичилишлар бир тарафдан себореяли дерматит касаллиги билан, бошқа тарафдан эса баъзи бир инфекцион касалликлар билан (стрептодермия, микозлар) боғлиқликда бўлиши мумкин.

Касаллик белгилари асосан табиий бурмалар, бўйин, қўлтиқ ости, кулоқ супраси орқа соҳалари, чов, сон бурмалари, жинсий аъзолар ва думба соҳаларида жойлашади. Зарарланиш жараёнининг интенсивлигига кўра бичилишлар 3 даражага бўлинади: I даражада – енгил, зарарланган ўчоқларнинг бироз қизариши ва тери бутунлигининг бузилмаганлиги билан характерланади; II даражада – ўрта оғирликда, яққол қизаришлар ва эрозиялар кузатилади; III даражада – оғир, яққол қизариш, эрозияларнинг бир-бирига қўшилиши оқибатида кучли сувланиш ва юзаки яраланиш ҳолатлари кузатилади.

Бичилишларни даволашда энг аввало уларни келтириб чиқарадиган сабабларни йўқотиш, чақалоқлар қарамоғини яхшилаш, санитария ва гигиена қоидаларга риоя қилиш лозим. Чақалоқларни ҳар бир пешоб ва ахлат келганидан сўнг ювинтириш лозим. Кийимларини тез-тез, чойшабларини эса ҳар соатда алмаштириб

туриш керак. Беморларга калий перманганат эритмаси билан ванналар (сув ҳарорати 36-37°C) қилиш, маҳаллий эса ҳаво ванналарини ўтказиш тавсия этилади. I даражали бичилишларда талк-дерматол (3-5 %), рух оксиди, оқ лойдан тайёрланган упалар сепиш ва ўсимлик ёғини суртиш буюрилади. II даражали бичилишларда индифферент чайқатмалар (сувли ёки ёғли), 1-3 % кумуш нитрат эритмасини суртиш ва сунгра эса талк-рух оксиди упаларини сепиш орқали даволанади. III даражали бичилишларни даволашда эса аввал 2-3 кун давомида маҳаллий совуқ ҳолдаги 0,5 % резорцин, 0,25 % кумуш нитрат эритмалари билан намлаш, сўнгра анилин бўёқлари билан ишлов берилади ва Лассар ёки рух пасталарини суртиш тавсия этилади. III-даражали бичилишларни «очик усул» билан даволаш ҳам яхши самара беради. Ўткир яллиғланиш ва сувланиш белгилари камайганидан сўнг ультрабинафша нурлари билан даволаш тавсия этилади.

Касаллик профилактикаси. Янги туғилган чақалоқларга қаровчи тиббиёт ходимлари ва оналар билан доимий суҳбатлар ўтказиб туриш лозим. Бу борада касаллик сабабларини, бола ҳаётининг биринчи кунларидан муҳим рол ўйновчи санитария-гигиена коидаларини, диспепсик ҳолатларнинг олдини олувчи рационал озиклантиришлар ва кун тартибларини тушунтириш лозим.

Себореяли дерматит чақалоқлар ҳаётининг 1-2 ҳафталари охирларида, баъзан 1-ойлари охирларида, камдан-кам ҳолатларда эса 3 ойлик даврларида юзага келади. Касалликнинг енгил, ўрта оғир ва оғир шаклларда кечиши қайд этилади. Касалликни енгил шаклида патологик жараён думба соҳаларида қизариш ва енгил маддаланиш кўринишида бошланиб, бир неча кун давомида тананинг пастки қисми табиий бурмаларга (чов, сон) ва кам ҳолларда эса тананинг юқори қисми табиий бурамаларига (бўйин, қўлтиқ ости, кулоқ супраси орқа соҳаси) тарқалади. Ўчоқларнинг атрофида усти кепаксимон қипиқлар билан қопланган лентикуляр ва нуммуляр характерга эга, тарқоқ ҳолдаги доғли-тугунчали тошмалар кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгаришсиз бўлади, баъзан бемор болаларда диспепсик ўзгаришлар: қусиш ва ич кетиши ҳолатлари кузатилади.

Касалликнинг ўрта оғирликдаги шаклида барча табиий бурмаларда қизариш, маддаланиш, мацерацияланиш ва атрофида эса қипиқланиш ҳолатлари кузатилади. Тез орада қизариш ва

кипиқланиш ҳолати беморларнинг бадан соҳаларига, кўл ва оёқларига тарқалади. Кўпинча бемор чақалоқларда бошнинг сочли қисми зарарланади, маддаланган ва қизарган ўчоқлар асосида қалин қипиқ ва қатқалоқлар жойлашиши қайд этилади. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгаради, уларда диспепсик ўзгаришлар кузатилади: тез-тез қусиш ва ич кетиши (суткасига 3-4 мартагача) ҳолатлари безовта қилади. Чақалоқларда нотинчлик, уйқунинг бузилиши, иштаҳани сустлашиши каби ҳолатлар кузатилиб, катарал отит белгилари намоён бўлади.

Себореяли дерматит касаллигининг оғир шаклида эса тери соҳаларининг кенг қамровли (2/3 қисми) зарарланиши, қизариши, маддаланиши, кепаксимон кўринишдаги қипилар билан қопланиши кузатилади. Бошнинг сочли қисмларида қизариш-маддаланиш асосида қалин қатқалоқлар ҳосил бўлади. Барча ҳолларда беморларнинг умумий аҳволи оғир бўлиб, безовталиқ, уйқунинг нотинчлиги, анорексия, диспепсик ўзгаришлар, кахексия, гипохром камқонлик ҳолатлари кузатилади. Касаллик пневмония, отит каби касалликлари билан асоратланади. Қоннинг биокимёвий таркиби таҳлил қилинганда беморлар қонида диспротеинемия ҳолати кузатилиб, умумий оқсил, альбуминлар миқдорининг камайиши, глобулинлар миқдорининг эса ошиши ҳолати қайд этилади. Себореяли дерматит касаллигининг ушбу клиник шаклининг кечиши ва белгилари кўпинча десваматив эритродермия касаллиги белгиларига ўхшаш бўлади. Лекин касалликнинг клиник кечишини кузатиш тўғри ташхис қўйишга асос бўлади, чунки умумий клиник белгилар ва лаборатор ўзгаришлар десваматив эритродермия касаллигига нисбатан камроқ намоён бўлиб, тез вақт давомида нормаллашади.

Даволаш. Касалликнинг оғир ва ўрта оғир шаклларида комплекс даво чоралари ўтказилиши лозим. Бу борада қисқа курсли (5-7-10 кунлик) антибиотикларни қўллаш, плазма, албумин, глюкоза ва аскорбин кислоталарини қуйиш, гамма-глобулин, В гуруҳ витаминларини (В1,В6,В12) мушак орасига юбориш, С ва В2 витаминларини ичиш, фермент дори воситаларини (пепсинли хлорид кислотаси, ошқозон шираси, панкреатин) қўллаш тавсия этилади. Себореяли дерматит касаллигининг енгил шаклларида маҳаллий давонинг ўзини қўллаш етарли бўлади. Маҳаллий анилин бўёқларининг 1-2 %ли сувли ёки спиртли эритмалари, нафталан

малҳами, гормонал крем ва малҳамлар суртилади. Беморларнинг умумий аҳволи ва теридаги патологик жараёнлар яхшилангач, барча беморларга 10-15 кун давомида УБН билан билан муолажа ўтказилиши тавсия этилади. Бу тадбирларни ўтказилиши билан бир пайтда албатта, чақалоқлар она сути билан озиклантирилишлари лозим.

Лейнер-Муссуниг дескваматив эритродермияси. Ушбу касалликка илк бор 1905 йилда француз педиатри Moussous ва 1907 йилда эса Австрия педиатри Leiner лар томонидан таъриф берилган.

Ҳозирги вақтгача касаллик себореяли дерматитнинг камдан-кам учровчи тарқоқ ва оғир шакли сифатида қараб келинмоқда. Лекин касалликнинг тез ривожланиши, теридаги патологик жараённинг ўткир яллиғланиш кўринишида бўлиши, диспептик ўзгаришларнинг кўринарли даражаларда бўлиши, касалликнинг асоратли ва йўлдош касалликлар иштирокида кечиши ҳамда токсик-септик ҳолатларнинг юзага келиши бундай фикрларнинг аксини кўрсатади, бу эса дескваматив эритродермия касаллиги алоҳида касаллик эканлигини исботлайди.

Дескваматив эритродермия касаллигининг ривожланишида йирингли ва ачитқили инфекцияларни сенсibiliзацияловчи омил муҳим аҳамият касб этади. Беморларда оксил, углевод, ёғ, витамин ва минерал моддалар алмашинувининг бузилиши ҳолати қайд этилади. Она сути таркибида, беморлар қони ва сийдигида биотин витамин моддасининг миқдори камлиги аниқланади, даво чораларини ўтказилишида эса ушбу витаминни қўллаш яхши самара беради. Гистологик ва биокимёвий изланишлар натижасида беморлар ингичка ичак ворсинкаларининг атрофияси ва фибрози, ишқорий фосфатаза ва глюкозидаза ферментлари фаоллигининг сустлиги кузатилади. Ушбу омилни ёғ-оксил алмашинувига, ёғларнинг ичакларда сўрилишига, ошқозон ости безидаги липаза ва амилаза ферментлари фаоллигининг сусайишига таъсир этади, қон зардобидида эса Е витамин миқдорининг ҳам камайишига ва охиروقибатда эса терида дескваматив эритродермия касаллигининг юзага келишига сабабчи бўлади.

Касаллик белгилари чақалоқлар туғилганидан сўнг 1 ойликдан 3 ойликкача бўлган давр давомида кузатилади, бемор болалар терисининг барча соҳаларида қизариш, маддаланиш ва қипикланиш ҳолатлари кузатилади. Жараён аввал думба, чов бурмалари

соҳаларидан бошланиб, тез орада тананинг барча бошқа соҳаларига тарқалади. Бошнинг сочли қисми, пешона ва қовоқларда оқиш-сарғимтир тусли, ёғли қатқалоқлар ҳосил бўлади, бемор болаларнинг юзи ниқобсимон кўринишда бўлади. Бошнинг тепа ва чакка соҳаларида қатқалоқларнинг кўчиши ва сочларнинг тўкилиши беморларни вақтинчалик калликка олиб келади. Тананинг пастки соҳаларидаги бурмаларда шиш, гиперемия, мацерацияланиш, сувланиш каби ҳолатлар кузатилади. Уларнинг марказида узок вақт давомида битмайдиган чуқур ёриқлар ҳосил бўлади. Баъзи беморлар тирноқларида кўндаланг жойлашган чизиклар пайдо бўлади.

Теридаги патологик жараённинг тарқоқ кўринишда кечиши ва оғир диспептик ўзгаришларнинг бўлиши, гипотрофия, анемия, гипоалбуминемия, диспротеинемияларни кузатилиши ҳисобига беморларнинг умумий аҳволи оғирлашади. Кўпинча иккиламчи асоратланишлар ва йулдош касалликлар (отит, пневмония, абсцесс, флегмона, лимфаденит, йирингли конъюнктивит, блефарит, кўз шох пардаси ксерози, пиелонефрит) кўшилиши кузатилади. Беморларда эрта даврларданок рахит касаллиги ривожланади. Овқат ҳазм қилиш тизимидаги ўзгаришлар ҳисобига беморларда суткасига 3-7 марта қусиш, 4-10 марта ич кетиши ҳолатлари кузатилади, натижада бу ўзгаришлар оқибатида III даражали гипотрофия ҳолати вужудга келади.

Лейнернинг дескваматив эритродермия касаллигини туғма ихтиоз, Риттернинг эксфолиатив дерматити, себореяли дерматит касалликлари билан таққослаш лозим. Туғма ихтиоз белгилари беморларда туғилган захотиёқ намоён бўлиб, уларда турли аномалиялар, қўл ва оёқ қафтларида кератодермиялар кузатилади. Риттернинг эксфолиатив дерматитида кенг қамровли эрозиялар ва «мусбат» Никольский белгилари қайд этилади. Себореяли дерматит касаллигининг кечиши эса бироз енгил бўлиб, клиник ва лаборатор белгилар секин-аста ривожланади.

Касалликни авж олган босқичида инфекция ўчоқларига қарши курашиш мақсадида рационал антибактериал даво чораларини ўтказиш зарур ҳисобланади. Беморларга бензилпенициллиннинг натрийли тузи 100000 ТБ дан (1кг тана оғирлигига) кунига, ҳар 4 соатда, шунингдек, ярим синтетик антибиотиклардан ампиокс, линкомицин, цефалоспоринларни 10-15 кун давомида юбориш тавсия этилади. Организмнинг умумий ҳимоя воситаларини кучайтириш мақсадида

гемотрансфузиялар, γ -глобулин, полиглобулин, альбуминлар буюрилади.

Энг оғир ҳолларда токсикоз ва эксикоз ҳолатини камайтириш учун регидратацион даво (вена ичига 5-10 % глюкоза, гемодез, 5 % альбумин юбориш) чоралари олиб борилади. Оғир токсико-септик ҳолатларда эса глюкокортикоид даво воситаларидан преднизолон ёки урбазонлар 0,5-1,0 мг тана вазнига нисбатан кунига берилади, 10-12 кун давомида қўлланилади, уларнинг миқдори олинган ижобий самара даражасига қараб аста-секин камайтирилиб борилади ва кейинчалик эса умуман бекор қилинади. .

Беморларга қўшимча витаминлар, фермент дори воситалари, эубиотиклар ва пробиотиклар тавсия этилади. Бемор чақалоқларни она сути билан озиқлантириш муҳим аҳамият касб этади. маҳаллий дезинфекцияловчи ва кератолитик дори воситалари, айниқса, анилин бўёқлари суртилади, антибактериал ва гормонал малҳамлар қўлланилади. Касаллик оқибати жиддий бўлиб, оғир даражада кечадиган ҳолатларда ўлим ҳолати кузатилади.

Болаларда Лейнернинг дескваматив эритродермия касаллигини олдини олиш антенатал даврдаёқ бошланиши лозим, ҳомиладор аёлларни оқсил, ёғ, минерал тузлар, витаминларга бой бўлган таомлар билан озиқлантириш ҳомиладорликнинг яхши кечиши ва бола организмининг соғлом ривожланишига таъсир кўрсатади. Ҳомиладорлик даврида аёлларга 1 ой давомида (1,5-ойлик танаффуслар билан) гендевит, ундевит поливитамин препаратларини кунига 2-3 мартадан ичиш тавсия этилади.

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Умумий маълумотлар

Терининг йирингли касалликлари тери касалликлари орасида энг кўп тарқалган касаллик бўлиб, учраш частотаси бўйича катталарда ҳам болаларда ҳам биринчи ўринда туради ва улар дерматозларнинг 25-60 %ни ташкил этади. Касалликнинг вужудга келишида асосий ўринни стафилококклар, стрептококклар эгаллайди. Бундан ташқари терининг йирингли касалликлари замбуруғлар, гонококклар, вулгар протейлар, пневмококклар, ичак таёқчаси ва бошқа микроорганизмлар таъсирида ҳам вужудга келиши мумкин. Пиодермия касаллигининг у ёки бу клиник шаклининг келиб чиқишида нафақат кўзгатувчи микроорганизмлар патогенлиги ва вирулентлиги, балки штаммлари ҳам алоҳида аҳамият касб этади.

Пиодермия касалликларининг пайдо бўлиши ва ривожланиши ташқи (экзоген) ва ички (эндоген) омилларга боғлиқ. Ташқи омилларга терининг ифлосланиши, ҳар хил кўзга кўринмас тасиротлар (майда шикастлар), терининг ишқаланиши ва шилиниши, терининг совуқ олиши ёки ҳаддан ташқари исиб кетиши мисол бўла олади. Айниқса, катта ёшдаги инсонларга хос касбга алоқадор ифлосланишлар: бензин, керосин, ёғловчи суюқликлар, оҳак, бўёқ ва лаклар пиодермия касаллигига энг кўп сабаб бўладиган омиллардир. Ёш болаларни ҳаддан ташқари ўраб-чирмаш, совуқ олдириш, ювинтириш қоидаларига риоя қилмаслик ҳамда янги туғилган чақалоқлар киндик ярасининг узок муддат битмаслиги, тер ва ёғ безлари фаолиятининг бузилиши, терлаш ҳолатлари шундай касалликларнинг вужудга келишида сабабчи омил бўлиб ҳисобланади.

Пиодермия касаллигининг ривожланишида ички омиллардан гиповитаминоз ҳолати, ошқозон-ичак фаолиятининг издан чиқиши, модда алмашинувининг бузилиши, стероид дори воситалари ва иммунодепрессантларни узок муддат қабул қилиш ҳолатлари сабабчи бўлади. Йирингли коккларга нисбатан инсон организми иммунитети қисқа муддат давом этади, кўпинча эса унинг акси аллергик жараёнлар рўёбга чиқиши мумкин. Шунини таъкидлаб ўтиш

лозимки, болаларда пиодермия касаллигининг келиб чиқишида улар терисининг анатомо-физиологик хусусиятлари алоҳида ўрин тутди. Бу борада болалар териси физиологик хусусиятларининг ҳали яхши такомиллашмаганлиги ва ривожланмаганлиги, улар териси ҳимоя воситаларининг заифлиги, тери қатламларининг нозиклиги, юпқалиги, абсорбция ҳолатининг юқори бўлиши ҳамда осмотик ҳолатининг нотурғунлиги каби ҳолатлар касаллик келиб чиқишида муҳим ўрин тутди. Пиодермия касаллигининг ягона, кўпчилик эътироф этадиган таснифи йўқ. Ҳозирги кунда пиодермия касаллигини асосан уларни қўзғатувчи сабабларига қараб стафилококкли, стрептококкли ва аралаш турларга бўлинади. Касалликни жойлашиш ҳолати бўйича эса юзаки ва чуқур, кечиши бўйича ўткир ва сурункали турлари тафовут этилади. Стафилококкли пиодермия касаллигида касаллик белгилари асосан чуқур жойлашиб, соч фолликулалари ва ёғ безлари атрофида йирингли тошмалар кўринишида бўлади. Яллиғланиш жараёни йирингли ва йирингли-некротик табиатга эга бўлиб, чуқур ўзгаришлар билан кечади. Асосий тошма элементлари йиринг ва йирингчалардан иборат бўлиб, улар ярим айлана шаклида, пардаси қалин, ичи қуюқ ва сарғимтир-яшил рангли йиринг билан тўлган пуфаклар кўринишида бўлади. Стафилодермияларда кузатиладиган тошма элементлари тери қатламларида чуқур жойлашганлиги ва тери ҳосилаларининг жараёнга жалб этилинганлиги учун улардан кейин иккиламчи чандиқлар ёки чандиқли кемтиқлар қолади. Баъзан стафилодермиялар терининг юзаки қаватларини зарарлаши мумкин, бундай ҳолатларда эса тери ҳосилаларининг зарарланиши кузатилмайди. Стафилодермиялар бемор организмнинг умумий ҳолатига ҳам таъсир этиб, умумий ҳароратнинг кўтарилиши, ҳолсизлик каби белгиларни яққол намоён этади. Касаллик кўпинча сепсис ҳолати билан асоратланади. Болаларда эса касаллик белгилари асосан юзаки жойлашиб, юзаки йирингчалар кўринишида намоён бўлади ва жараёнга соч фолликулалари ва ёғ безлари жалб этилмайди.

Стрептококкли пиодермияларда касаллик белгилари юзаки жойлашган бўлиб, йирингли ўчоқлар тез катталашишга, атроф тери соҳаларига тарқалишга мойил бўлади. Стрептодермияларда кузатиладиган йирингли пуфак ва пуфакчалар тери сатҳи бўйлаб тез тарқалишга мойил бўлганлиги сабабли халқ орасида бу касаллик сачратқи, деган ном билан юритилади. Стрептодермияларнинг

асосий клиник белгиси сероз йирингли суюқлик билан тўлган пуфаклар шаклида намоён бўлади. Жараёнга соч-ёғ безлари фолликулалари, тер безлари жалб этилмайди. Тошма элементлари ясси шакли, ингичка деворли, бурушқоқ кўринишда, таркибида эса йирингли экссудат тутувчи юзаки йирингчалар шаклида (фликтена) намоён бўлади. Тошмалар юзаки бўлиб, эпидермис соҳасида жойлашганлари учун улардан кейин иккиламчи доғланишлар қолади.

Стафилококкли пиодермиялар

Стафилококкли пиодермиялар ичида кўп тарқалган касаллик турларига остеофолликулит (соч ва ёғ безлари чиқарув йўлининг яллиғланиши), фолликулит (сизлоғич), фрункул (чипқон), карбункул (хўппос), гидраденит (сувли чипқон), сикоз (йирингли ҳуснбузар) каби касалликлар киради.

Болаларда эса янги туғилган чақолоқлар эпидемик чилла яраси, кўп сонли болалар сохта чипқони (псевдофурункуллёз), ёш болалар сув чипқони (перипорит), Риттернинг эксфолиатив дерматити, янги туғилган чақолоқлар буллёз импетигоси каби турлари кўп кузатилади.

Остеофолликулит. Соч толалари чиқарув қисмининг юзаки йирингли яллиғланиши остеофолликулит, деб аталади. Соч фолликулаларининг йирингли яллиғланиши ёғ безлари чиқарув йўлининг ҳам яллиғланишига олиб келади. Соч толалари атрофидаги йирингчалар тариқ ва тўғноғич катталигида бўлиб, яллиғланган ингичқа қизил рангли ҳошия билан ўралган бўлади. Жараён бироз оғриқ билан кечиши мумкин, улар чегараланган, айрим вақтларда эса тарқоқ кўринишларда кечади. Бир неча кунлар ўтгандан кейин эса соч толалари атрофидаги йирингчалар йирингчали катқалоқларга айланади ва кейинчалик иккиламчи доғлар ҳосил қилиб йўқолиб кетади.

Фолликулит (сизлоғич). Соч толаси қинининг 2/3 қисмининг йирингли яллиғланиши фолликулит, деб аталади. Дастлаб терида пушти ёки қизил рангли, оғрийдиган тугунчалар пайдо бўлади, улар кейинчалик тезда чуқур йирингчаларга (пустулалар) айланади. Одатда йирингчаларнинг ўрта қисмида соч толаси кўриниб туради. Тахминан 5-6 кунлар ўтгандан кейин йирингчалар қуриб, устки

қисми йирингли қатқалоқ билан қопланади ва кўпинча улар ўрнида чандиқчалар қолади.

Фурункул (чипқон). Соч толаси ва унинг атроф бириктирувчи тўқимасининг йирингли-некротик яллиғланиши фурункул, яъни чипқон, деб аталади. Касалликни кўзгатувчиси тилла ранг стафилококк бўлиб, айрим ҳолларда оқ рангли стафилакокклар ҳам ҳисобланади. Касалликнинг вужудга келишига микротравмалар, кийимлар билан ишқаланишлар, қашланишлар каби ҳолатлар омилкор бўлиб ҳисобланади, бундай ҳолатлар эса инфекцияларнинг кириши учун кириш деворларини ҳосил қилади. Касаллик асосан ошқозон-ичак тракти, қандли диабет, асаб ва эндокрин касалликлари, сурункали алькоголизм, анемия ва гиповитаминоз касалликлари билан хасталанган, доимий совуқ қотиш ва иссиқ таъсирида бўлган инсонларда кузатилади, бунга сабаб ушбу гуруҳ инсонларда иммун-ҳимоя тизими сусайган бўлади. Одатда чипқон фолликулит ёки остеофолликулитлардан кейин бошланади. Фурункул касаллигини кечишида 3 та босқич тафовут этилади: инфильтрация, йирингли-некротик яра ва чандиқланиш босқичлари. Дастлаб соч фолликуласи атрофида тўқ қизил рангли, оғрувчан, қаттиқ инфильтрат ҳосил бўлади. Инфильтрат аста-секин катталашиб, атроф тўқимага тарқалади, қаттиқ тугун шаклини олади, унинг ҳажми катталаша бошлайди, чуқурлашади ва оғриқ ҳолати кузатилади. Касалликнинг бундай кўриниши фурункулнинг дастлабки, яъни инфильтрация босқичи, деб баҳоланади. Инфильтрат ҳажми тахминан 2-3 диаметрға етиб, ўртасида йирингли-яллиғланиш-ўзак ҳосил бўлади, унинг устида эса йирингча кузатилади, касалликнинг бундай кўринишдаги кечиши касалликнинг 2 босқичли йирингли-яллиғланиш босқичи, деб аталади. Бу вақтга келиб беморлар аҳволи оғирлашади, тана ҳарорати 37-39° гача етиб, уларда интоксикация ҳолати кузатилади. Кейинчалик эса йирингча қобиғи ёрилиб унинг таркибидан йирингли ёки қон аралаш йирингли ажратма ажрала бошлайди. Йирингли ўзакни олиб ташлангандан кейин эса улар ўрнида чуқрлик қолади, бу чуқрлик кейинчалик грануляцион тўқима билан тўлади, тахминан 2-3 кунлардан кейин улар ўрнида чандиқ ҳосил бўлади ва касаллик тугалланади. Умуман олганда фурункул жараёнининг кечиши тахминан 7-10 кун давом этади.

Карбонкул (хўппос). Карбонкул бир неча соч толаларининг йирингли-некротик яллиғланиши бўлиб, жараён дерма ва гиподерманинг чуқур соҳаларининг жалб этилиши билан кечади. Касалликни тилларанг стафилококклар чақиради, жараён асосан бўйин, орқа тана ва бел соҳаларида кузатилади. Карбонкул жараёнининг бошланишида аввал ўчоқларда бир нечта йирингли тугунчалар ҳосил бўлади, кейинчалик улар бир-бири билан қўшилишиб битти катта инфилтратга айланади. Инфилтратлар ҳажми болалар кафти ҳажмида, ҳаттоки ундан ҳам катта ҳажмларда бўлади, қизил кўкимтир тус олади, улар сатҳи таранглашади ва оғриқ кузатилади. Касалликнинг бундай кўринишда кечиши унинг инфилтратли босқичи, деб аталади ва у тахминан 8-12 кун давом этади. Кейинчалик инфилтратни тешилиши натижасида унинг ўрнида бир нечта тешиқлар ҳосил бўлиб, улардан кўкиш рангли, йирингли-некротик ва қонли-йирингли ажратмалар ажралади. Улар ўрнида чуқур, катта ҳажмдаги чуқур яралар ҳосил бўлади, касалликнинг бу босқичи йирингли-яллиғланиш босқичи, деб номланиб, тахминан 2-3 ҳафта давом этади. Кейинчалик яралар ўрни кўпол чандиқлар ҳосил қилиб битиб кетади.

Гидраденит (сувли чипқон). Гидраденит апокрин тер безларининг йирингли яллиғланиши бўлиб ҳисобланади. Касаллик белгилари эркак ва аёлларда балоғат ёшига етгандан сўнг кузатилиб, асосан қўлтиқ ости соҳаларида бир томонлама, чов соҳаларида, кўкрак беги сўрғичлари атрофида, катта жинсий лаблар, ёрғоқ ва анал соҳаси атрофларида кузатилади. Ўчоқларда дастлаб тери остида катталиги нўхатдек келадиган оғриқли тугунлар (ёки тугунлар) пайдо бўлади, уларда кузатиладиган кучли оғриқ натижасида беморлар ҳаракати чегараланади. Сўнгра тугунлар катталашиб ҳажми ёнғоқ катталигида бўлади. Тугунлар устидаги тери яллиғланиб юпқалашади, ранги қизил, тўқ қизил, кўкимтир қизил тусни олади ва ниҳоят тугун ёрилади ва ундан кўп миқдорда нохуш ҳидли йиринг ажралиб чиқади. Тугунлар ёрилгандан кейин ўчоқлардаги таранглик, оғриқ камаяди, бир неча кунлардан сўнг яралар чандиқ ҳосил қилиб битиб кетади. Касалликнинг кечиши умумий аҳволнинг ўзгариши, тана ҳароратининг кўтарилиши, кучли оғриқ ва ҳаракатнинг чегараланиши кўринишларида кечади. Баъзан сувли чипқон тугуни ёрилмаслиги ҳам мумкин. Бу вақтда бошланган

даво натижасида тугун юмшаб кичрая бошлайди ва кейинчалик эса сўрилиб кетади.

Сикоз (йирингли ҳуснбузар). Сикоз терининг сурункали-қайталама кечадиган стафилококкли касаллиги бўлиб, асосан эркакларда кузатилади. Касалликнинг вужудга келишида нейроэндокрин тизимидаги ўзгариш ҳолати алоҳида ўрин тутади. Сикоз касаллигининг бошланишида соқол-мўйлаб олиниши жараёнида вужудга келадиган микротравмалар, юқори лаб ва бурун соҳаларидаги шамоллашдан сўнг кузатиладиган ишқаланишлар ва бошқа тирналишлар муҳим ўрин тутади. Бошқача қилиб айтганда стафилококкли инфекция таъсирига нисбатан организмда юқори сезувчанлик ҳолати вужудга келади. Дастлаб, беморларнинг соқол ва мўйлаб ҳамда бошнинг сочли қисмларида, айрим ҳолларда эса қўлтиқ ости ва қов соҳаларида остеофолликулит ва фолликулитли тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар атрофида қаттиқ инфилтратлар вужудга келади, кейинчалик эса улар ранги қизил кўкимтир рангда бўлган плакчаларга айланади, оғриқ, ачишиш безовта қилади. Ўчоқлар ҳажми аста-секин катталаша боради ва йиринглардан иборат ўрамани ташкил этади. Бу ўрама қобиғи кейинчалик ёрилади ва сатҳи йиринглар билан ёпишган қобиғлар билан қопланади. Ўчоқлардаги соч толалари, туклар юлиб кўрилганда уларнинг илдиз қисмида йиринг билан қопланган муфтлар кузатилади. Касаллик сурункали-қайталама кўринишда кечиб, беморлар руҳиятини сезиларли даражада зарарлайди, уларда қичишиш, оғриқ каби салбий ҳолатлар кейинчалик безовталик, хархаша ва тажанглик каби аломатларни юзага келтиради.

Эпидемик чилла яра. Янги туғилган чақолоқлар юқумли касаллиги бирдан тери соҳаларида йирингли тошмалар тошиши ва тарқалиши кўринишида намоён бўлади. Касаллик қўзғатувчиси бўлиб тилларанг стафилококк ҳисобланади. Касаллик асосан туғруқхоналарда кузатилади. Тиббий ходимларнинг санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмасликлари, шахсий гигиена талабларига эътибор бўлмаслиги оқибатида касаллик ривожланади. Инфекция ўрта тиббий ходим хизматчилари томонидан улар қарамоғида бўлган, янги туғилган чақолоқларни бирдан иккинчисига тарқатилади, натижада қисқа вақт ичида эпидемиологик нохуш ҳолат вужудга келади. Касаллик тарқатувчиси бўлиб инфекцияни

ташиб юривчи тиббий ходимлар ва чақолоқларнинг оналари ҳам ҳисобланади.

Патологик жараён чақолоқлар тери соҳаларида серозли-сарик суюқлик сақлайдиган нўхат ёки олча катталигида бўлган пуфакчали тошмалар тарзида бошланади, бир неча соат вақт ўтгандан сўнг эса бундай тошмалар ҳажми катталаша бошлайди, улар такиби йирингли тус олади. Натижада бемор болалар аҳволи ўзгаради, безовталана бошлайдилар, уларнинг тана ҳароратлари кўтарилади. Вақт ўтиши билан йирингли пуфаклар ҳажми катталашади, қобиғи йиртилиб тўқ қизил рангли, хўлланган, қичийдиган эрозияларни ҳосил қилади. Касаллик ўчоқлари асосан қорин, кўкрак, бел, думба ва кўл-оёқ тери соҳаларида кузатилади. Жараён айрим пайтларда оғиз, бурун, кўз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватларига ҳам тарқалиши мумкин. Заиф ва чала туғилган чақолоқларда эса касаллик белгилари тез тарқалишга мойил бўлиб, уларда ҳароратнинг юқори даражада кўтарилиши, уйқунинг бузилиши, безовталаниш, иштаҳанинг йўқолиши, лейкоцитоз, ЭЧЖ юқори даражага кўтарилиш ҳолатлари кузатилади. Бундай ҳолатларда беморлар кўпинча зотилжам, отит каби касалликлар билан асоратланади. Касаллик ўхтин-ўхтин кўзғалиш билан кечади, агарда жараён асоратсиз кечса, ўртача 3-5 ҳафта давом этади.

Юқумли чилла яра касаллигини захм пуфакчаларидан фарқлай билиш лозим. Захм касаллигида пуфакчали тошмалар асосан кўл ва оёқ кафти соҳаларида жойлашган бўлиб, пуфакчи тошмаларнинг остида қаттиқ мадда кузатилади. Пуфакчи тошмалар қобиғи қийин ёрилувчан, серозли, айрим ҳолларда эса қонли кўринишда бўлиб, улар таркибида касаллик кўзғатувчиси рангсиз трепонемалар топилади, бундан ташқари беморларда туғма захмнинг бошқа белгиларини ҳам кузатиш мумкин бўлади.

Кўп сонли болалар сохта чипқони (псевдофурункулёз). Янги туғилган чақолоқлар, эрта болалик давридаги болалар эккрин тер безларининг чиқарув йўлларида ёки уларнинг ўрамаларига инфекция кириб қолиши натижасида кўп сонли болалар сохта чипқони касаллиги кузатилади. Касалликнинг вужудга келишида чақолоқ болаларни тоза тутмаслик, иссиқ ўраш, тагликни вақтида алмаштирмаслик, нотўғри ёки ёмон овқатлантириш ҳолатлари сабабчи бўлиб ҳисобланади. Касаллик эккрин тер безларининг йирингли яллиғланиши билан ўтади. Бу касалликда ёғ безлари ва соч

толеси яллиғланиш жараёнига жалб этилмайди, шунинг учун ҳам бу касалликнинг номи «сохта чипқон», деб аталади. Тошмалар асосан бошнинг энса, бүйин териси соҳаларида, кўл ва оёқларда ҳамда думба соҳаларида кўпроқ жойлашади. Агарда эккрин тер безларининг чиқарув соҳаларида йирингли-яллиқланиш ҳолати кузатилса, у ҳолда ўчоқларда юзаки йирингчалар (перипоритлар) пайдо бўлади, кейинчалик улар тезда қобиғ ҳосил қилиб, қуриб изсиз йўқолиб кетади. Агарда йиринглаш жараёни без ўрамаларини ёки асосий без йўллариини жалб этган бўлса, у ҳолда ўчоқларда нўхат, ўрмон ёнғоғи катталигидаги кўплаб тугун ва тугунчалар ҳосил бўлади. Тугунлар қаттиқ инфильтратланган, кескин чегаралган қизил-кўкимтир рангли кўринишларда бўлади. Тез орада бу тугунлар юмшайди ва ўртасидан ёрилиб, суюқ қон аралаш йиринг ажралиб чиқади ва жараён чандиқ ҳосил қилиб битиб кетади. Касалликнинг кечиши жараёнида бемор болалар аҳволи оғир бўлмайди, тана ҳарорати кўтарилмайди.

Сохта чипқон касаллигининг асл чипқон касаллигидан фарқи шундаки, касалликда «некротик ўзак» кузатилмайди. Перипоритлардан фарқи бу касалликда тер безларининг чиқарув тешигигина йирингли яллиғланади, шу сабабли у енгилроқ кечади. Фрункулёз касаллигидан сохта чипқон касаллигининг фарқи шундаки, бу касалликда тошмаларнинг кўп бўлмаслиги, ўткир яллиғланиш кўринишида кечиши, некротик ўзакнинг мавжудлиги ва марказида соч толаларининг кузатилиши қайд этилади. Фрункулёз касаллигида гўдак болаларнинг ҳарорати 38-39°C гача кўтарилиши, беморлар иштаҳасининг йўқолиши, ориқлай бошлаши, диспепсия ва гипотрофия ҳолатлари кузатилади. Гўдакларнинг жигар ва талоғи катталашиши мумкин. Қонда анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошади ва соатига 30-40 мм га етади. Сийдикда оқсил, лейкоцитлар, эритроцитлар ва цилиндрлар топилади. Қисқаси сепсис ҳолати кузатилади, шу сабабли тез даво чоралари ўтказишни талаб қилади.

Ёш болалар сув чипқони (перипоритлар) чақалоқ ҳаётининг 3-5-кунларида ривожланади. Касаллик белгилари бошнинг сочли қисмида, бурмалар соҳасида, кўл ва оёқларда пайдо бўлиб, асосан йирингчалардан иборат бўлади. Тошмалар атрофидаги терида яллиғланиш белгилари кўзга ташланади. Йирингчалар кўп сонли бўлиб, улар кетма-кет пайдо бўлади. Янгилари пайдо бўлиши билан бир қаторда эскилари қуриб қотаверади. Қатқалоқлар остида бир

вақтнинг ўзида эпителийланиш жараёни кузатилади. Гистологик жихатдан сув чипқонида эккрин тер безларининг оғзида яллиғланиш кузатилганлиги туфайли бу касаллик перипорит ҳам дейилади. Мазкур дерматоз асоратсиз кечганда ўрта ҳисобда 3-10 кун давом этади, умумий ҳароратнинг унча юқори бўлмаган кўтарилиши (субфебрилитет) билан ўтади. Баъзи болаларда оғир кечиши мумкин. Бундай ҳолларда тер безларининг атрофини мадда боғлайди, безнинг барча қисмлари зарарланиб, йирингли ўчоқлар шаклланади. Жараён ҳам чуқур тўқималарда, ҳам тери сатҳи бўйлаб тарқалиши мумкин. Стафилококklar гематоген ва лимфоген йўллар билан тарқалиб, ички аъзоларни, суяк тизимини зарарлайди. Натижада септикопиемия ҳолати ривожланади. Сув чипқони пневмония, отит ва камқонлик (нормохром ва гипохром) каби асоратларни қолдиради. Перипоритлар янги туғилган чақалоқларда кузатиладиган стафилодермияларнинг энг кўп учрайдиган хили бўлиб, улар барча стафилодермияларга нисбатан 33% ни ташкил этади.

Риттернинг эксфолиатив дерматити. Касаллик илк бор прагалик шифокор-педиатр Риттер фон Риттерсгайн томонидан 1878 йилда таърифланган. Тилларанг стафилакокklar касалликнинг кўзгатувчиси бўлиб ҳисобланади. Риттер дерматити билан янги туғилган чақалоқлар чилла яраси ўртасида узвий боғлиқлик борлигини айрим муаллифлар қайд этиб ўтадилар. Касалликнинг дастлабки белгилари янги туғилган чақалоқларда оғиз атрофида кўринарли қизариш билан бошланади, кейинчалик жараён тезда бўйин, киндик, жинсий аъзолар ва анал атрофи соҳаларига туша бошлайди. Бундай қизариш асосида катта, таранг гумбазли пуфаклар ҳосил бўлади, кейинчалик бу пуфаклар ёрилиб, ўзидан кейин кенг қамровли эрозия юзаларини ташкил қилади. Тери кучсиз механик тасиротлар натижасида кўчиб туша бошлайди. Ёрилиб кўчган эрозияли ўчоқлар чети эпидермис қисмини пинцепт ёрдамида тортилганда, соғлом тери юзаларининг кўчиш ҳолати кузатилади (Никольский мусбат белгиси). Кўчиб тушаётган тери пиллакчалари барғни эслатгани учун у баргсимон кўчадиган дерматит номини олган. Туғруқхоналарда юқумли яра эпидемик тус олган пайтларда Риттер дерматитига энг заиф чақалоқлар чалиниб қоладилар. Чақалоқларнинг ёши билан касалликнинг кечиши ўртасида маълум боғланиш бор: дерматит чақалоқлар ҳаётининг 3-5-кунларида бошланса, оғир ўтади. Ҳаётининг 3-ҳафтасида Риттер касаллигига чалинган чақалоқларда эса касаллик нисбатан енгил ўтади.

Касалликнинг кечиши 3 босқич кўринишида намоён бўлади: эритемали, эксфолиатив (баргсимон) ва регенератив босқичларида. Эритемали кўринишида касалликнинг кечиши тарқоқ, қизариш, шиш ва пуфакли тошмаларнинг пайдо бўлиши билан бошланади, эпидермис қаватида ва унинг остида пайдо бўлган экссудат эпидермиснинг қипиқланишига ва уни кўчишига сабабчи бўлади. Иккиламчи босқичида эса ҳосил бўлган эрозиялар атрофга кенгайишга ва қўшилишга мойил бўлади. Касалликнинг бу босқичдаги кечиши жуда оғир бўлиб, бемор болалар худди қайноқ сувда куйиб қолган ҳолатни эслатади. Беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши, диспептик бузилишлар, анемия, гипотрофия, лейкоцитоз, юқори ЭЧЖ ва озиб кетиш ҳолатлари кузатилади. Баъзи болаларда пиелонефрит ривожланиши мумкин. Риттер дерматитида шиллиқ қаватлар кандидози, пневмония, тери остида йирингли ўчоқлар пайдо бўлиши, отит, йирингли конъюнктивит каби асоратлар кузатилади. Касалликнинг оғир ва асоратлар билан кечиши чақалоқларнинг нобуд бўлишига олиб келади. Касалликнинг учинчи босқичида эса қизариш, шиш ва атрофга тарқалиш ҳолатлари тўхтайдди, эрозия соҳалари эпителизацияланади. Касалликнинг кечиши тахминан 10-14 кунлар давом этади.

Янги туғилган чақолоқлар буллёз импетигоси. Буллёз импетиго касаллигини чақолоқлик даврида кузатиладиган эпидемик чилла яра касаллигининг енгил шакли, деб қаралади. Касаллик тана тери соҳаларида, оёқ ва қўл соҳаларида катталиги нўхат катталигидан олхўри катталигигача бўлган, таркибида сероз ёки серозли-йиринг тутган, қобиғлари таранг кўринишда бўлган алоҳида жойлашадиган пуфакли тошмалар тошиши билан кечади. Тошмалар катталашишга ва атроф тери соҳаларига тарқалишга мойил бўлади. Пуфакли тошмалар ёрилиб, сатҳи юзаки қатқалоқлар билан қопланади, кейинчалик эса бу қатқалоқлар куриб тушиб кетади ва улар ўрнида вақтинчалик пигментли доғлар қолади. Касаллик кўп ҳолларда яхши кечади, бемор болалар умумий аҳволи ўзгармайди.

Стрептококкли пиодермиялар

Стрептодермия касаллигининг энг кўп учрайдиган клиник шаклига импетиго (ширинча), бўшлиқли импетиго (оғиз бичилиши), интертригиноз стрептодермия, вулгар эктима (кўзьяра), оддий темирткилар киради.

Стрептококкли импетиго (ширинча) терининг энг кўп тарқалган йирингли касаллиги бўлиб, бу касалликда тери соҳаларида дастлаб яллиғланган доғли тошмалар тарзида пайдо бўлади, улар сатҳида бир неча соатлар ўтгандан сўнг эса тўғноғич катталигида бўлган юмшоқ қобиғли пуфакчалар (флектеналар) пайдо бўлади. Пуфакчаларнинг атрофи қизариб, ҳажми катталашиб боради. Флектеналар қобиғи бурушқоқ ва ёрилувчан бўлиб, улар таркибида йирингли ёки қонли суюқлик кузатилади, кейинчалик улар юпка қалинликдаги қатқалоққа айланади. Қатқалоқлар кейинчалик кўчиб тушиб кетади ва улар ўрнида иккиламчи доғланиш кузатилади, атрофия ёки чандиқлар эса ҳосил бўлмайди. Флектеналар асосан тери сатҳига алоҳида-алоҳида бўлиб тошади, лекин улар атрофга кенгайишга ва қўшилишга мойил бўлади, бундай ҳолатларда улар ҳалқасимон шаклни олади. Тошмалар кўпинча тананинг очик тери соҳаларига тошади, баъзан тошмалар беморлар юзини бутунлай қоплаб олиши мумкин, натижада улардан йирингли-сероз суюқлик ажралиб туриши кузатилади, касалликнинг «ширинча» номи ана шундан келиб чиққан. Касаллик давомийлиги ўртача 2-3 ҳафтани ташкил этади, беморларнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди.

Бўшлиқли импетиго (оғиз бичилиши). Стрептодермия касаллигининг клиник шаклларида бири бу бўшлиқли импетигодир. Касаллик белгилари асосан оғиз бурчаги, бурун қаноти соҳаларида ёки кўзнинг ташқи бурчаклари соҳаларида кузатилади. Оғиз бурчаги соҳасида дастлаб юмшоқ қобиғли пуфакча пайдо бўлади, кейинчалик у ёрилиб, чуқур бўлмаган ёриқни ҳосил қилади. Ўчоқлар сатҳи қизил-сарғиш қатқалоқлар билан қопланади. Жараён ачишиш, оғриқ ва қичишиш каби аломатлар билан кечади. Бемор болалар тишларида кариэснинг мавжудлиги, ринит ва конъюнктивит касалликларининг кузатилиши, болаларнинг лаб бурчаги соҳасини доимий равишда ялашлари натижасида эса касаллик узок вақт давом этиб, ёриқларнинг битиши қийинлашади. Умумий сочиклардан, идишлардан фодаланилганда ва ўпишганда касаллик соғлом инсонларга юқиб қолиши мумкин. Бўшлиқли импетиго касаллиги оғиз бурчаги кандидози ва иккиламчи захмнинг эрозияли тугунчалари билан тафовут этилади.

Интертригиноз стрептодермия. Интертригиноз ёки оралик стрептодермия касаллиги катталарда қўлтиқ ости, қорин, чов-сон, думба, кулоқ орти ва кўкрак беши соҳалари оралиғларида

кузатилади. Болаларда эса жараён асосан семиз, терлайдиган, диатез ва диабет касалликлари билан хасталанган беморларда намоён бўлади. Касаллик бурамалар соҳаларига дон ёки тўғноғич катталигида бўлган кўп миқдордаги флектиналарнинг тошиши кўринишида бошланади. Кейинчалик флектеналар бир-бирлари билан қўшилишиб катта ҳажмдаги сатҳи ҳўлланадиган, қизил рангли эрозияларни ҳосил қилади, ўчоқлар четлари тугмачалар кўринишида бўлиб, улар соҳасида эпидермиснинг кўчган қисми кўтарилиб туриши кузатилади. Ўчоқлар атрофида алоҳида жойлашган йирингли тошмалар кузатилади. Бурамалар тубида чуқур ёриқлар пайдо бўлади натижада беморларни оғриқ, ҳаракатни чегараланиши, қичишиш каби аломатлар безовта қилади. Касаллик узок вақт салбий шикоятлар асосида кечади. Оралиқ стрептодермия касаллиги бурмалар кандидози касаллигидан фарқланади, бу касалликда пуфакчалар таркибидаги суюқлик ва ҳосил бўлган қатқалоқлар сариқ рангда бўлмайди ва ўчоқлар таркибида ачитқили замбуруғлар топилиши касалликка тўғри ташхис қўйишга асос бўлади.

Вулгар эктима (кўзьяра). Вулгар эктима касаллиги стрептодермияларнинг чуқур дермал нофолликуляр яраси бўлиб ҳисобланади. Дастлаб касаллик белгиси пуфакча ёки фолликула олди соҳасида йирингчалар пайдо бўлиши шаклида бошланади. Кейинчалик улар сатҳида қат-қат кўринишли қатқалоқ билан қопланади. Касалликда кузатиладиган пуфакчалар (флектеналар) тери пўсти остида жойлашган бўлиб, яллиғланиш жараёни бутун дерма соҳасини эгаллаб олади. Пуфакча ва йирингчаларни қоплайдиган қатқалоқлар очилганидан сўнг чуқур яра ҳосил бўлади. Бу яранинг туби тери ости ёғ қаватигача етади, шунинг учун ҳам бу ярани «кўзьяра» деб аталади. Яранинг шакли айлана ёки овалсимон, четлари маддалашган бўлиб, тубидан шиллиқли-йиринг ажралиб туради, баъзан эса қонайди. Кўзьяранинг чипқондан фарқи шундаки, яра чуқур жойлашган бўлишига қарамасдан деярли оғримайди, ичида ўзаги бўлмайди. Кўзьяра ширинчадан секин ривожланиши, яранинг туби йирингдан тозалангач, чандиқланиши билан ажралиб туради. Ширинчада эса жараён ўткир кечади, яра ва чандиқлар ҳосил бўлмайди. Захм касаллигида захм яраларнинг чети қаттиқ, асосида тўпланаган маддаларнинг ҳам қаттиқ бўлиши уларни вулгар эктимадан фарқлашга асос бўлади. Қолаверса захмга хос бошқа белгилар ва серологик жараёнлар натижалари уни кўзьярадан фарқлашда ёрдам беради.

Оддий темиртки. Оддий темиртки касаллиги стрептодермиянинг куруқ клиник кўринишдаги шакли бўлиб, бунда пуфакча ва йирингчали тошмалар бўлмайди ва намланиш кузатилмайди. Касаллик белгилари асосан мактабгача ва мактаб ёшда бўлган болаларда учрайди. Кўпинча бемор болаларнинг юз, ёноқ, пастки жағ териси соҳаларида яллиғланмайдиган оқиш доғлар пайдо бўлади. Бундай доғлар бадан, кўл ва оёқ тери соҳаларида ҳам кузатилади. Доғлар айлана ва овал шаклида бўлиб, катталиги нўхатдек, баъзан эса тангалар катталигида бўлади. Ўчоқлар четлари чегараланган, оқимтир, қизғиш ёки кулранг, доғларнинг барчаси майда қипиқлар билан қопланган бўлади. Айниқса, бундай доғлар териси қорамтир бўлган болаларда яққол кўриниб туради. Оддий темиртки касаллиги кўпинча баҳор ва куз ойларида пайдо бўлиб, даволанмаса ҳам ўз-ўзидан йўқолиб кетади, бироқ яна пайдо бўлади. Қипиқлар билан қопланган ва яллиғланмайдиган бу доғлар кепаксимон темирткини ҳам эслатади, аммо улардан фарқли ўлароқ, Балцер синамасининг жавоби манфий бўлиб, ўчоқларда замбуруғларнинг топилмаслиги касалликнинг аниқ табиатини аниқлашга ёрдам беради. Касаллик белгилари даволанган сўнг худди витилиго касаллигини эслатадиган кўринишда бўлган иккиламчи оқиш доғлар шаклини олади. Қипиқлардан тозаланган бундай оқ доғлар беморларнинг ва уларнинг ота-оналарини жуда ташвишга солади. Бироқ касалликнинг фаслга алоқадор кечиши, ўзига хос жойлашганлиги ва кейинчалик йўқолиб кетиши уни витилиго касаллигидан фарқлашга ёрдам беради.

Аралаш пиодермиялар

Аралаш пиодермиялар бир вақтнинг ўзида келтириб чиқарувчи сабабларига кўра стафилакоккли ва стрептококкли бўлади. Ушбу гуруҳ касалликлари юза ва чуқур кўринишларда кечади. Юза кўринишларда кечадиган касалликларга вулгар импетиго, чуқур кўринишларда кечадиган касалликларга эса сурункали ярали ва ярали-ўсувчан пиодермиялар, шанкрсимон пиодермиялар ва пиоген гранулемалар киради.

Вулгар импетиго касаллиги асосан болаларда учрайди, касалликка олиб келувчи омиллар турли-туман бўлиб, ҳар ҳил микротравмалар, тери соҳаларининг сўлак ва кўз ёшлари билан

ишқалиниши натижасида юзага келади. Тошма элементлари асосан оғиз, бурун ва кўз атрофи тери соҳаларида жойлашади. Касалликнинг клиник белгилари дастлаб, вулгар импетиго ёки фликтена кўринишларида бошланади, кейинчалик стафилококкли инфекциянинг кўшилиши натижасида улар таркибидаги суюқлик лойқаланади ва йирингли тус олади, тошмалар бир-бирлари билан кўшилишга мойил бўлади. Кейинчалик тошма элементлари қалин, сариқ ёки яшил-сариқ ранг кўринишларида бўлган қобиғлар билан қопланади. Тахминан 1-2 ҳафталардан сўнг ўчоқлар юзаларидаги йирингли қобиғлар қуриб тушиб кетади ва уларнинг ўрнида иккиламчи вақтинчалик доғланишлар кузатилади.

Сурункали ярали ва ярали-ўсувчан пиодермия касаллиги асосан иммун тизими сусайган, ички аъзолар томонидан сурункали касалликлари мавжуд бўлган, асаб ва эндокрин тизими фаолияти бузилган катта ёшдаги беморларда учрайди. Касаллик дастлаб стрептококкли эктима, кўзюра ёки чуқур инфилтратлар кўринишида бошланади, кейинчалик улар некрозланиб яраларга айланади. Яралар ҳажми катта, чегаралари қаттиқлашган, йиртилган ва нотекс кўринишларда, тублари эса ғадир-будур кўринишдаги йирингли таркибдан ташкил топган бўлади. Бундай ярали ўчоқлар атрофида чуқур йирингли тошмаларни кузатиш мумкин бўлади. Инфилтратлар тубида бир-бири билан тутшиб кетган йирингли бўшлиқлар кузатилади. Қобиғлар остида яралар ривожидан давом этиб, атрофга тарқала бошлайди, уларнинг кўриниши ҳар хил шаклларда бўлади. Бундай ўчоқлар атрофида янги йирингли тошмалар кузатилади, улар ўз навбатида йирингли-яралли кўриниш олади. Беморларни умумий ҳолсизлик, камқонлик, уйқусизлик ва ўчоқларда кузатилган оғриқлар безовта қилади. Касаллик сурункали кўринишда узоқ ой ва йиллар давом этади, жараён ўчоқлар ўрнида чандиқлар ҳосил бўлиши билан якунланади. Бундай яралар юзасида айрим ҳолларда тўқималарнинг сўгалсимон кўринишда бўлган ўсиб кетиши ҳолати кузатилади, натижада жараён бутун яралар юзасини эгаллайди. Касалликнинг бундай кўринишларда кечиш ҳолати яралли-ўсувчан пиодермия, деб баҳоланади.

Шанкрсимон пиодермия касаллиги белгилари асосан жинсий аъзолар соҳаларида, айрим ҳолларда эса юз, қовоқ ва лаб соҳаларида жойлашади. Касаллик белгилари дастлаб, думалоқ ёки овал кўринишларда бўлган эрозия ва яралар шаклида намоён бўлади.

Бундай ўчоқлар чегаралари ҳалқасимон кўринишда бўлиб тери сатҳидан кўтарилиб туради, яралар туби тўққизил рангда инфилтралланган бўлади, улар кўпинча йирингли таркибдан иборат бўлади. Ярали ўчоқлар сони асосан ягона бўлиб, камдан-кам ҳолларда эса улар кўп сонли кўринишларда бўлади. Шанқрсимон пиодермия белгилари ўхшашлиги жиҳатидан захм ярасини эслатганлиги сабабли у билан таққосланади. Бундай ўхшашлик кўпинча ташхис қўйилишида қийинчиликлар туғдиради, шунинг учун ҳам бундай ҳолатларда серологик текширувлар асосий ҳал қилувчи ўрин тутади.

Терининг йирингли касалликларини даволаш

Терининг йирингли касалликларини даволашда антибиотиклар, сульфаниламид дори воситалари кенг кўламда қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллин, тетрациклин гуруҳлари кўпроқ наф беради. Таъсир муддати узайтирилган сульфаниламидлардан (сульфадиметоксин, сульфомонометоксинлар) йирингли тошмаларнинг тезроқ сўрилиб кетиши мақсадида фойдалинади. Юқумли яра, сохта чипқон каби сепсисга сабаб бўлувчи пиодермияларни даволашда қон препаратлари ёки унинг зардобларини қуйиш, шунингдек, полиглюкин, гемодез каби суюқликларнинг томчилаб қуйилиши касалликларда интоксикация жараёнини пасайтиришга сабабчи бўлади. Сурункали қайталаниб турадиган пиодермияларда даволашда специфик иммун даво воситалари (стафилококка қарши вакцина, анатоксин, антифагин) яхши самара беради. Пиодермия айрим турларида (айниқса, чипқон, сув чипқони) ҳамда кечиккан турларида жарроҳлик усуллари қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Терининг йирингли касалликларини маҳаллий даволашда терида кузатиладиган жараёнларнинг табиатига, уларни турларига қараб даволашда турлича ёндашиш лозим. Жумладан, сувланиб, йирингли суюқликлар билан намланган ҳолларида яллиғланиш ўчоқларини бактерицид суюқликлар (резорцин, риванол, Алибур суюқлиги, калий перманганат) билан ювиб тозалаш зарур. Сўнгра антибиотикли малҳамлар суртиш мумкин. Пуфаклар жойлашган соҳаларда эса дастлаб пуфаклар ёриб, яллиғланиш суюқлиги чиқарилади. Кейин Кастелляни эритмаси ёки метилен кўки эритмалари билан ишлов берилади. Ҳали ёрилмаган тугунлар ва

маддалар ихтиол, нафталан малҳамлари ёрдамида юмшатилиб, мадданинг сўрилиши учун имконият яратилади. Терининг сезувчанлиги ошиши билан кечадиган пиодермияларда эса таркибида антибиотиклар сақлайдиган стероид малҳамларни (гиоксизон, лоринден С) қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Янги туғилган чақалоқларда кузатиладиган пиодермияларни даволаш муҳим ва масъулиятли вазифадир. Чақалоқларни бошқа болалардан ажратилган ҳолда алоҳида хоналарда даволаш лозим. Касалликнинг оғир шаклларини даволаш зудлик билан олиб борилиши (айниқса, стафилодермияларни) ва даволаш жараёни комплекс тарзда олиб борилиши лозим. Касалликни қўзғатувчи микроорганизмларга қарши курашиш билан биргаликда гўдак болалар организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини оширувчи дори воситаларини қўллаш ўлим хавфининг олдини олиш имконини беради. Шунингдек, функционал ўзгаришларга қарши кураш ва моддалар алмашинувида кузатиладиган нуқсонларни тўлдириш касаллик ва унинг асоратларини тезда бартараф этишга ёрдам беради. Пиодермияларга дучор бўлган чақалоқларни она сути билан озиқлантириш (оналарини эса оксил, углевод, ёғ, витамин ва микроэлементларга бой озиқ-овқат маҳсулотлари билан боқиш) даволашнинг асосий талабларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Беморларга антибиотик дори воситалари буюрилганда касаллик қўзғатган микроорганизм турларини ва аниқланган штаммларининг антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Кейинги вақтларда пенициллин ва тетрациклин гуруҳларига нисбатан чидамлилиги юқори бўлган стафилококклар штаммларининг кўпайиб бориши кузатилмоқда. Аммо оғир ва асоратлар билан кечаётган пиодермияларда бактериологик текширув натижаларини кутмасдан ўша заҳотиёқ ярим синтетик пенициллинлар гуруҳини (метициллин, оксациллин, диклоксациллин) қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бундай даво тадбирларининг ўтказилиши бемор чақалоқлар аҳволини енгиллаштириш билан бирга ривожланиши мумкин бўлган сепсис ҳолатини олдини олиш имконини беради. Жумладан, Риттернинг эксфолиатив дерматити касаллигида пенициллин дори воситаларининг юборилиши «эпидермалитик» токсинлар ҳосил бўлиши жараёнини тўхтатади. Бемор чақалоқларга антибиотиклар мушак остига, лозим бўлса томир ичига юборилади.

Умумий таъсирга кучига эга бўлган, организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини оширувчи дори воситаларидан γ -глобулин, стафилококка қарши гаммаглобулинлар ва полиглобулинлар беморларни даволашда яхши наф беради. Дори воситаларининг даво курси мобайнида 2-3 марта юборилиши мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади. Стафилококка қарши плазма воситасини юбориш (ҳар 1 кг тана оғирлигига 5-8 мл дан 3-5 марта 2-3 кунлик танафус билан) қондаги стафилококкларнинг нобуд бўлишига олиб келади. Токсикоз ҳолатига қарши курашда 5-20% ли глюкоза, гемодез, альбумин, плазма, полиглюкин каби суюқ дори воситалари кутилган натижаларни беради. Маълумки, антибиотикларни узоқ муддат давомида қўллаш натижасида ичакларнинг зарарланиши, дисбактериоз ҳолати келиб чиқиши мумкин. Бу ҳол сохта чипқон ва Риттернинг эксфолиатив дерматити касалликларига дучор бўлган гўдак болаларда кўпроқ кузатилади. Бифидумбактерин, лактобактерин каби ферментли дори воситалари эса ана шу дисбактериоз ҳолатини даволашда кенг қўлланилади. Лактобактерин 6 ойгача бўлган болаларда суткасига 1-2 дозадан, бифидумбактерин эса 3 дозадан берилади (доривор модданинг суткалик миқдори 2-3 га бўлиб берилади). Даво курсининг давомийлиги 2 ҳафтани ташкил этади. Маҳаллий даво индивидуал олиб борилиши лозим. Перипоритларда йирингли пуфаклар тоза игна ёрдамида очилиб, сўнгра анилин бўёқлари билан ишлов берилади. Айниқса, Кастелляни суюқлиги, метилен кўки каби эритмалар кенг қўламда қўлланилади. Ўчоқлардаги жараён қурий бошлагач, рух оксидининг талк аралашмаси (5-10%) упа кўринишида сепилади. Сохта чипқон элементлари эса ўткир тиббий пичоқча (скалпел) ёрдамида қирқиб очилади. Очилган чипқон ўчоқларига спиртли, дезинфекцияловчи эритмаларни суртиш эпителийланиш жараёнини тезлаштиради.

Физиотерапевтик усуллардан ультраюқори частотали электр майдони билан даволаш (6-8 даво сеанси) йирингли ўчоқларнинг сўрилишига сабаб бўлади. Касаллик тузалиш арафасида ультрабинафша нурлари билан нурлантириш (15-20 сеанс) йирингли ўчоқларнинг асоратсиз битишига ва чақалоқ организми умумий ҳолатининг яхшиланишига олиб келади.

ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ

Дерматитлар

Терининг ўткир яллиғланишига дерматит, деб аталади. Дерматит касаллиги механик, физик, кимёвий ва биологик омиллар таъсири натижасида вужудга келиб, ташқи ва ички манбаларнинг салбий таъсири натижасида шаклланади. Агар оддий дерматитларнинг ҳосил бўлишига ташқи манбалар сабаб бўлса, аллергия дерматитларнинг шаклланишида эса ички манбаларнинг ҳам аҳамияти катта бўлади. Жумладан, овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари (гепатит, гастрит, энтероколит ва бошқалар) аллергия дерматитларнинг ривожланишини тезлаштириб юборади. Мазкур касалликларга ҳали дучор бўлмаган беморларда, айниқса, ёш болаларда ичаклардаги сўрилиш жараёнининг сусайиши муҳим патогенетик роль ўйнайди. Шунингдек, асаб тизими ва ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, модда алмашинувидаги ўзгаришлар ва иммунологик бузилишлар ҳам маълум аҳамият касб этади.

Дерматитларнинг 3 хил клиник шакллари тафовут этилади, булар оддий (артифициал) контакт, контакт аллергия ва токсикодермиялардан иборат бўлиб, уларнинг бундай кўринишда тафовут этилиши амалиётда катта аҳамият касб этади.

Оддий (артифициал) дерматитларда терининг зарарланиши фақатгина ташқи тасиротлар таъсир этган жойдагина кузатилади. Теридаги патологик жараённинг кўринарли даражада кечиши ва уни давомийлиги таъсир этаётган аллергиянинг кучи ва таъсир этиш вақтига боғлиқ бўлади. Таъсир этаётган омил таъсири четлатилса жараён кечиши орқага қайтади. Яллиғланишга сабаб бўлган омилларнинг таъсир даражасига қараб зарарланган соҳа терисида қизариш ва шиш пайдо бўлиши (эритематоз дерматит) ёки тери қизарган жойда пуфакча ва пуфаклар юзага келиши мумкин (буллёз дерматит). Шунингдек, яллиғланиш жараёни яра пайдо бўлиши ва терининг нобуд бўлиши (некроз) билан кечиши ҳам мумкин (некротик дерматит). Бошқача қилиб айтганда, оддий дерматитда

яллиғланиш жараёни одатда ўткир ўтади. Бироқ ёш болаларда оддий дерматитлар кийим-кечак ва пойабзалларнинг, паст ва юқори ҳароратнинг узок вақт давомида таъсир этиши натижасида ҳам шаклланади. Бундай оддий дерматитлар одатда сурункали кечади. Сурункали давом этадиган оддий дерматитларда ҳам терининг қизариши, шишиши ва сувчираши, пуфакча, пуфак, шилиниш ва эрозия каби белгилар пайдо бўлади. Аниқ йиғилган анамнез, терига таъсир этган омилларни аниқлаш ҳамда клиник кўринишларга асосланган ҳолда оддий дерматитни аллергия сурункали дерматитлардан ажратиш мумкин.

Аллергик дерматит бу организмнинг маълум бир аллергия таъсирига нисбатан бўлган юқори сезувчанлиги тарзида намоён бўлади. Бу вақтда аллергия тери соҳаларининг чекланган соҳасига таъсир этса ҳам бутун организмнинг сезувчанлиги ҳолати ошиши кузатилади. Натижада жараён нафақат аллергия таъсир этган тери соҳасида, балки ундан узокда бўлган тери соҳаларида ҳам давом этади. Аллергия жараёнининг кўринарли бўлиши аллергияни таъсир этиш вақтига ва унинг кучига боғлиқ бўлмайди. Бундай дерматитларнинг клиник белгилари асл полиморфизм билан таърифланади, яллиғланиш жараёни яллиғланган доғ (эритема), пуфакчалар, тугунчалар ва сувчираган соҳалар шаклланиши билан ўтади. Терининг яллиғланишига сабаб бўлган омилнинг турига қараб тошмаларнинг тури ва табиати турлича бўлиши мумкин. Масалан, овқат маҳсулотларининг сенсибилизацияси натижасида шаклланган аллергия дерматитларда кўпинча пушти рангли эритемалар ва пуфакчалар пайдо бўлса, доривор моддалардан пайдо бўлган аллергия дерматитларда эса йирик-йирик пуфаклар ва геморрагия доғлар кўп кузатилади. Умуман олганда аллергия дерматитларнинг икки тури тафовут этилади: контакт аллергия дерматитлар ва токсик аллергия дерматитлар. Контакт аллергия дерматитлар аллергияларнинг терига бевосита таъсир этиши натижасида юзага чиқади. Бунда терининг сезувчанлигини оширувчи моддалар бевосита терининг аллергия яллиғланишига олиб келади. Токсик аллергия дерматитлар аллергияларнинг бемор организмга нафас олиш ва ҳазм йўллари орқали таъсири натижасида, шунингдек, турли-туман кимёвий моддаларни томир ичига ва мушак орасига юбориш оқибатида шаклланади. Токсик аллергия дерматитлар токсидермиялар, деб ҳам аталади.

Токсикодермия бу теридан бошқа йўллар орқали кирган аллерген моддаларига нисбатан организмнинг нафақат юқори сезувчанлик (сенсбилизация) ҳолати, балки захарланиш (интоксикация) ҳолати билан намоён бўлишидир. Кўпинча бундай манзара дори воситаларига нисбатан организмнинг жавоб реакцияси жараёни натижасида вужудга келади. Клиник жиҳатидан токсикодермия касаллиги эритема, тугунчали ёки тугунчали-пуфакчали ҳамда пуфакли тошмалар кўринишида намоён бўлади. Кўпинча бундай тошмаларнинг нафақат тери соҳаларига, балки шиллик қаватларга ҳам тарқалиши кузатилади. Айрим ҳолларда токсикодермиялар қандай дори воситаларининг захарли таъсиридан сўнг пайдо бўлганлигини аниқлаш мумкин, масалан йод ва бром дори воситалари таъсиридан сўнг тери соҳаларида уларга хос бўлган ҳуснбузарсимон тошмалар тарзида, ўсимталар ёки тугунлар тарзида намоён бўлади, сульфаниламид дори воситаларидан сўнг эса жараён тўққизил, кўнғирсимон чегараланган ўчоқлар тарзида намоён бўлади. Токсикодермия касаллигининг ўзига хос бўлган клиник шаклларида бири Лайелланинг токсико-аллергик пуфакли эпидермал некролизи ҳисобланади. Касаллик бирдан тери ва шиллик қаватларда катта ҳажмдаги, тўққизил яллиғланган ўчоқларнинг пайдо бўлиши ҳамда улар асосида эса пуфакли тошмаларнинг кузатилиши билан бошланади.

Пуфакли тошмаларни ёрилиши пўсти тез кўчадиган эрозияларнинг ҳосил бўлишига олиб келади, уларнинг сатҳи ҳўлланиб турувчан бўлиб, Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлади. Беморларнинг умумий аҳволи оғир бўлади, уларда ҳолсизлик, бадан қакшаши, дармонсизлик, иштаҳанинг пасайиши, тана ҳароратларинг септик 39° - 40° даражагача кўтарилиши, юрак ва буйрак фаолиятларининг бузилиши кабилар кузатилади.

Давоси. Оддий дерматитларни даволашда дастлаб яллиғланишга сабаб бўлган омилнинг таъсирини тўхтатиш лозим. Сўнгра яллиғланишга қарши ташқи маҳаллий даво чоралари қўлланилади. Бунда яллиғланиш белгилари ҳисобга олиниши зарур (пуфакларни очиб яллиғланиш суюқлигини чиқариб юбориш), бактерицид эритмалар (калий перманганат, риванол) билан ювиш лозим, кейин эса рух, ихтиол ва шунга ўхшаш бошқа антисептик малҳамлар суртилади. Терининг сувчираган соҳалари кумуш нитрат ёки

танин эритмалари билан намланади, ўчоқларга стероид малҳамлари қўлланилади.

Аллергик дерматитларни даволашда ҳам сенсибилизацияга сабаб бўлган аллергенни аниқлаб, уни бартараф этиш даволашдаги биринчи талаб ҳисобланади. Чуқур интоксикация ҳолати билан кечаётган токсидермияларда ошқозон ва ичак аъзоларини ювиш, сийдик ҳайдовчи моддаларни қўллаш муҳим аҳамиятга эга. Шундан сўнг сезувчанликни сусайтирадиган ва яллиғланишга қарши дори-дармонлар, жумладан, антигистамин моддалари (димедрол, тавегил, задитен), кальций препаратлари (кальций хлорид, кальций глюконат) ва витаминлар (аскорбин кислота, рутин) қўлланилади. Маҳаллий даволашда кортикостероид малҳамлари (преднизолон, фторокорт, лоринден ва ҳоказо) яхши наф беради. Аллергик дерматитларнинг оғир формаларида эса глюкокортикоид дори воситалари тавсия этилади. Кўринарли оғир интоксия ҳолати кузатилганда эса гемотрансфузия қилинади, плазма ёки қон препаратлари қуйилиши тавсия этилади. Иккиламчи пиоген инфекциялари қўшилганда эса антибиотиклар қўлланилади.

Токсикодермия билан хасталанган бемор болаларни даволаш чоралари касалхона шароитида, алоҳида интенсив палаталарда, индивидуал ҳолда олиб борилиши лозим. Бемор болаларга глюкокортикоид гормон дори воситалари (преднизолон, урбазон, полькарталон, дексаметазон) 1 кг тана оғирлигига 0,001 дан 0,003 мг миқдорида (преднизолон дори воситасига нисбатан) белгиланади, одатда дори воситаси мушак орасига ёки вена қон томири ичига юборилади.

Агарда жараён тарқоқ кўринишда, ички паренхиматоз аъзоларнинг зарарланиши ва оғриқ билан кечадиган бўлса, ундай ҳолатларда наркотик аналгетиклар (промедол, омнопон) тавсия этилади, дори воситалари болаларнинг ҳар бир ёшига нисбатан 1 мг дан олган ҳолда қўлланилади. Иккиламчи инфекциялар билан асоратланиш ҳамда сепсис ҳолатларини олдини олиш мақсадида беморларга кенг қамровли антибиотиклар (эритромицин, олеандомицин, линкомицин, кефзол, цепорин, цефазолин, ципролет, сисперс) ёки яримсинтетик пенициллин дори воситалари (метациклин, оксациллин, ампиокс) тавсия этилади.

Бундан ташқари бемор болаларга гемодез, 5 %ли глюкоза эритмаси, гамма-глобулин, аскорбин кислотаси, пиридоксин, пантотенат кальций, рибофлавин мононуклеотид, антигистамин, юрак, анаболик дори воситалари қўлланилади. Касалликни оғир даражадаги кечадиган ҳолатларида эса вена ичига томчилаб электролитлар (Рингер эритмаси, глюкоза эритмаси), альбумин, протеаз ингибиторлари (контрикал, трасилол, цалол) қўйилади. Беморларга қон ёки қон зардобларини қўйиш, кўп суюқлик ичиш, оқсилга бой суюқ овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Маҳаллий даво чоралари ўчоқлардаги пуфакли тошмаларни ёриш, кейинчалик уларни анилин бўёқлари билан ишлов бериш ҳамда гормонал малҳамларни (преднезалон, гидрокортизон, флюцинар, фторокорт, лакакортен, адвантан, дермовайт, лакатоп) қўллаш билан олиб борилади. Шиллик қаватлардаги ўчоқларни бура дори воситасининг глицин билан аралашмаси, 1 %ли пиоктинин эритмаси билан ишлов берилади.

Кўз шиллик қаватлари зарарланганда эса гидрокортизон том-чиси қўллаш тавсия этилади.

Экзема

Экзема касаллиги – терининг аллергик касаллиги бўлиб, бош-ланиши ўткир, кейинчалик эса сурункали-қайталама кечадиган тошма элементлари полиморфизм кўринишида намоён бўлади. Экзема сўзи юнонча «eczeo» сўздан олинган бўлиб, «қайнаш», деган маънони англатади. Касалликнинг келиб чиқишида асаб, эндокрин тизимлари, модда алмашинуви ва иммун механизмлар фаолиятининг бузилиши ҳамда касалликка нисбатан бўлган ирсий мойиллик каби омилларнинг бўлиши муҳим аҳамият касб этади. Экзема жараёни юқорида қайд этилган этиологик омиллар натижасида ҳамда экзоген факторлар таъсирида ривожланади. Экзоген таассуротлар сифатида касалликнинг вужудга келишида кимиёвий, физик, механик, биологик, бактериал, косметологик омиллар ҳам асосий ўрин тутаяди. Экзема касаллиги бошида организмни аллергик сезувчанлиги (реактивлиги) моноволент кўринишида намоён бўлади, кейинчалик эса организмнинг турли тасиротлар ва аллергенларга нисбатан сезувчанлик ҳолати орта бориши қайд этилади, бошқача қилиб айтганда поливалент

кўринишидаги сезувчанлик ҳолати юзага келади. Шундай қилиб, экзема касаллиги асосида аллергия жараёнининг аста-секин ривожланиб бориш ҳолати ётади, бундай ҳолат эса ўз-ўзидан касалликнинг табиатини, унинг кечиши белгилаб беради. Экзема касаллиги кечиши кўп ҳолларда йил фаслларига боғлиқ кўринишда кечади, масалан, ҳақиқий экзема касаллиги баҳор ойларида кўзғалса, унинг микробли тури эса куз ойларида кўзғайди.

Болаларда экзема касаллигининг вужудга келиши ва шаклланишида юқорида келтирилган омиллардан ташқари касалликка бўлган ирсий мойиллик ҳолати ҳам катта ўрин тутади. Бундан ташқари ҳомила даври, туғилиш жараёнининг патологик кўринишларида, туғруқнинг асоратли кечиши, эрта кўкракдан ажратиш, кўшимча овқатларнинг эрта берилиши, гижжа инфекциялари, турли кўринишда бўлган ўчоқли инфекцияларнинг мавжудлиги болаларда аллергия жараёнининг аввалига ўткир, кейинчалик эса секин-аста ривожланиши асосида экзема касаллиги тошмаларининг намоён бўлишига ва касалликнинг шаклланишига сабаб бўлади.

Экзема касаллигининг табиатини тушуниш учун албатта, экзема жараёнининг кечиш босқичларини тафовут этиш лозим. Экзема касаллиги ривожда қуйидаги босқичлар кузатилади: эритемали - тугунчали - пуфакчали- йирингчали - сувчираш - қатқалоқли - қипиқли - тикланиш босқичлари. Юқорида саналган босқичларнинг навбатма-навбат ўтиши шарт эмас. Касалликнинг турига ва даво чораларига боғлиқ ҳолда у ёки бу босқичлар кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Экзема касаллигининг ягона қабул қилинган классификацияси йўқ. Касалликнинг кечиши бўйича ўткир, ярим ўткир ва сурункали ҳиллари тафовут этилади. Клиник турлари бўйича ҳақиқий ёки идиопатик (пруригиноз, дисгидротик), микробли (нуммуляр варикоз, сикозсимон, кўкрак беги сўрғичи экземаси), себорейяли, касбга алоқадор ва болалар экземалари тафовут этилади.

Чин экзема касаллиги гўдакларда ҳаётларининг 3-6 ойликларидан бошланади, патологик жараён юз тери соҳаси, ёноқларда асосан симметрик ҳолатда жойлашади. Ўчоқларда тўққизил рангли эритема, унинг асосида эса серозли тугунчалар, пуфакчалар кузатилади, улар эса ўз навбатида тезда ёрилишга ва касалликка хос бўлган эрозияларнинг ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

Бундай кўринишда бўлган ўзгаришлар «сероз кудуқлари» деб номланади. Жараёни кечишида бурун-лаб учбурчаги соҳасида касаллик белгилари кузатилмайди. Кейинчалик бундай серозли ўчоқлар бир-бири билан қўшилишиб, катта ҳажмдаги ҳўлланиб турувчи ўчоқларни ҳосил қилади, улар сатҳи қобиғлар билан қопланиб туради. Кейинчалик жараён тана тери соҳаларига, думба, қўл ва оёқларга тарқалиши мумкин. Жараён қичишиш, безовталаниш, уйқусизлик, иштаҳанинг бузилиши ҳамда умумий аҳволнинг ўзгариши билан кечади.

Себореяли экзема касаллиги ўчоқлари тананинг юқори қисмида, кўпинча бошнинг сочли қисми, кулоқ супраси ва унинг атрофида, юз териси, кўкрак ва елка соҳаларида жойлашади. Касалланган ўчоқларда думалоқ овал кўринишида бўлган, сатҳи пушти қизил-сарик рангли қазғоқ ва қипиқлардан иборат ўчоқлар кузатилади. Бошнинг сочли соҳаларида жойлашган ўчоқларда кучли қазғоқланиш, қипиқланиш кузатилиб, кулоқ супраси ва орти соҳаларида ва бурамаларда сероз-йирингли экссудациядан иборат ёрилишлар кузатилади. Беморларни кўпинча қичишиш безовта қилади, жараён ярим ўткир кўринишда кечади.

Микробли экзема чин экзема касаллигидан келиб чиқиш сабаби, кечиши ҳамда клиник кўриниши билан фарқланади. Касалликни юзага келишида стафилококкли, стрептококкли, патоген замбуруғлар алоҳида ўрин тутуди. Ушбу микроорганизмлар ва уларнинг токсинларига нисбатан бемор организми тери орқали маҳаллий жавоб реакциясини беради ва касаллик белгилари намоён бўлади. Касаллик белгилари дастлаб, йирингли тошмалар сифатида пайдо бўлиб, кейинчалик унинг қашланиши натижасида ўрнида микробли экзема касаллигига хос бўлган касаллик ўчоғи шаклланади. Касалликнинг патологик ўчоқлари асосан ассиметрик кўринишда бўлиб, асосан болдир, қўл кафти орти тери соҳаларида жойлашади. Ўчоқлар аниқ чегарали кўринишда бўлиб, атроф тери соҳаларига кенгайишга мойил бўлади, ўчоқлар соҳасида қизариш, тугунчали, пуфакчали, йирингчали тошмалар кузатилади, улар сатҳи серозли-йирингли экссудат ва ва катқалоқлардан иборат бўлади. Касаллик ярим ўткир кўришда кечади.

Давоси. Экзема касаллигини даволаш жараёнини ўтказишда дастлаб касалликка олиб келувчи омилларни четлаш, беморларга қулай шарт-шароит яратиш ҳамда тўғри овқатланишни

ташқиллаштириш лозим. Беморларни овқатланиш жараёнида цитрус маҳсулотлари, тухум, балиқ, асал, шоколад, кўзиқорин ва гўштли маҳсулотларни истеъмол қилишлари тақиқланади. Болаларда касалликни даволашдан олдин уларга алиментар даво белгиланади, сут маҳсулотлари ўрнига уларни ўрнини босадиган сутли-ўсимликлардан иборат овқат маҳсулотлари тавсия этилади. Бемор болаларга бериладиган суюқлик, туз ва углеводлар миқдори 20 %гача камайтиради, чунки ушбу маҳсулотлар тўқималарда суюқликни тўпланишига, натижада эса яллиғланиш жараёнининг кучайишига сабабчи бўлади.

Экзема касаллиги билан хасталанган бемор болаларни комплекс даволаш жараёни дастлаб уларга тинчлантирувчи дори воситаларини тавсия этиш билан олиб борилади. Бу борада бром препаратлари валериана, череда, дўлана дамламалари, транквилизатор ва нейролептик (амизил, тазепам, назепам, андаксан, мепробамат) дори воситалари тавсия этилади.

Бемор болалар организмида кальций микроэлементи миқдорининг камайиб кетиши, уларда қон томирлар ўтказувчанлик ҳолатининг ошиб кетиши комплекс даволашда гипосенсибилизацияловчи таъсир кучига эга бўлган кальций дори воситаларини тавсия этишга олиб келади. Ушбу дори воситалари айниқса, экзема касаллигининг сувчираган босқичида кўп фойда беради. Шунини таъкидлаш лозимки, кальций препаратларини симпатикотонияда, оқ дермографизмда, қабзиятга мойиллик бўлган ҳолатларда бериб бўлмайди. Гипосенсибилизацияловчи дори воситаларидан глюконат кальций, лактат, глицерофосфат кальций, натрий салицилат, тиосульфат натрий препаратларини бемор болалар ёшига қараб ичишга, мушак орасига ёки вена ичига юбориш тавсия этилади.

Антигистамин дори воситалари (фенкарол, супрастин, перитол, тавегил, пиполфен, димедрол) бемор болаларга уларнинг ёшини инобатга олган ҳолда кичик муҳлатларга белгиланади. Ушбу дори воситаларини ичишга, эритма шаклида мушак орасига юбориш тавсия этилади. Дори воситаларини белгилаш муддати 10 кундан ошиб кетмаслиги назорат қилиниши лозим.

Экзема касаллигини даволашда витамин (В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅, Е, К, С, фолиев, никотин, оратат кислоталари, пангамат ва пантотенат кальций) дори воситалари кенг кўламда қўлланилади. Ичак микробиоцинози ҳолатини, ҳазм жараёнини меъёрлаштириш

мақсадида бемор болаларга фермент дори воситалари (бифидум-бактерин, лактобактерин, хилак-форте, панзинорм, креон, дюфалак, ацедин-пепсин) тавсия этилади. Касалликни йирингли асоратланадиган кўринишларда кечишида ёки микробли экземада умумий даволашда кенг қамровли антибиотикларни (эритромицин, ампициллин, оксациллин, тетрациклин) қўллаш тавсия этилади.

Экзема касаллигини комплекс даволашда иммун тизими фаолиятини меъёрлаштирадиган дори воситалари, иммуномодулятор ва иммуностимуляторлар (иммуномодулин, тимален, тимопоедин, нуклеанат натий, глицерам) тавсия этилади. Агарда касалликнинг кечиши оғир, даво чораларига чидамли кўринишда кечса, эритродермия ҳолатларига ўтадиган бўлса, глюкокортикоид дори воситалари (преднезалон, дексаметазон, урбазон) бемор болалар ёшига, тана оғирлигига нисбатан белгиланган ҳолда ичишга, мушак орасига ёки вена ичига юбориш тавсия этилади. Албатта кортикостероид дори воситаларини тавсия этилганда беморларга калий препаратларини (калий оратад, калий пангамат, аммоний хлорид) қўллаш лозим. Касалликнинг ўткир босқичларида яллиғланиш жараёнини ва экссудацияни камайтириш мақсадида эса сийдик ҳайдовчи дори воситалари (фуросемид, лазикс) тавсия этилади.

Болаларда экзема касаллигининг маҳаллий давоси тери патологик жараёнининг яллиғланиш даражасига, кечиш босқичига ва тарқалганлигига қараб босқичма-босқич олиб борилади. Агарда жараён ўткир яллиғланиш, хўлланиш билан кечадиган бўлса, у ҳолда маҳаллий хўллаб қуритгувчи дори воситалари (1-2 %ли амидопирин, 0,25 %ли цинк сульфат, 1-2 %ли танин эритмалари) қўлланилади. Кўкрак эмиш даврида бўлган бемор болаларга эса бундай ҳолатларда дамланган қора чой эритмаси, мойчечак ва олтой илдизидан тайёрланган эритмаларини қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Касаллик белгилари бироз пасайиб, хўлланиш белгилари йўқолгандан кейин эса сувли чайқатгичлар, қоришмалар глюкокортикоид крем ва малҳамлар (адвантан, дермавайт, лакотоп, лакокартен, лоринден А, оксикорт, гиаксизон) тавсия этилади. Касаллик ўчоқлари сувли анилин бўёқлари (пиоктинин, фукорцин, Кастилляни суюқлиги) билан ишлов берилади. Ўткир яллиғланиш жараёни йўқолгандан кейин ўчоқлардаги қазғоқ ва қипиқланишлардан тозалаш мақсадида кератолитик малҳамлар (5-10

%ли АСД пастаси, нафталан, ихтиол, олтингугурт малҳамлари) кўлланилади.

Экзема касаллиги билан хасталанган бемор болаларга касалликнинг яширин босқичларида санатор-курорт шароитларида (Пятигорск, Иссиққўл, Чортоқ, Тошкент минерал суви) даволанишлари маслаҳат берилди.

Нейродермит

Нейродермит тушунчаси тиббиёт фанига 1891 йилда француз олимлари Брок ва Жакелар томонидан киритилган. Улар нейродермит ибораси орқали кучли қичишиш билан кечадиган тери неврозини тушунганлар. Хорижий адабиётларда нейродермит термини атопик дерматит сўзи билан алмаштирилди. Улар бу билан мазкур аллергик дерматознинг асосида ирсий мойиллик ҳолати ётишини таъкидладилар. Россия тиббий адабиётларида эса олимлар нейродерматозлар сўзини аллергик дерматозлар термини билан алмаштириб, бу гуруҳга кирадиган касалликлар негизида аллергия ҳолати ётганлигини тушунтирмоқчи бўладилар. Ҳақиқатан ҳам нейродермит, қичима (строфулюс ва катталар қичимаси), эшакем каби дерматозлар патогенезида аллерген-антитело жараёни муҳим аҳамият касб этади.

Болаларда нейродермит касаллиги асосан чилла даврида экссудатив диатез замирида, шунингдек, экзема жараёни асосида ҳам ривожланиши мумкин. Маълумки, янги туғилган чақолоқлар чилла даври ирсий аномалиялар ҳолати, деб ҳисобланади, шу муносабат билан бу вақтда бир неча турдаги касалликлар шаклланиши мумкин, деб қайд этилади. Нейродермит касаллиги асосан ота-оналарида аллергик касалликлар кузатиладиган болаларда кўпроқ учрайди. Касалликнинг ривожланиши замирида нотўғри овқатланиш (болани бир томонлама ёки сифатсиз боқиш, сунъий овқатлантириш), модда алмашинувининг бузилиши, ички аъзолар ва ички секреция безлари фаолиятининг издан чиқиши каби омиллар муҳим аҳамият касб этади. Бундай ўзгаришлар ўз навбатида касалликни нафақат шаклланишига, балки унинг узоқ муддат давомида кечишига, оғирлашишига олиб келади. Атроф-муҳит таъсири, ундаги ноқулай омиллар, ҳар хил заҳарланишлар, сув ва ҳаво таркибидаги салбий ўзгаришлар, шунингдек, бошқа экологик

омиллар ҳам касалликни кечишини кучайтиради ҳамда йил фаслларига қараб уни тез-тез кўзиб туришига сабаб бўлади.

Олий асаб тизими фаолиятининг бузилиши касаллик асосида ётадиган ҳам этиологик ва патогенетик омил бўлиб ҳисобланади. Касалликка дучор бўлган бемор болалар ота-оналарининг маълум қисмида турли кўринишларда бўлган нейроген ўзгаришлар, асаб тизими касалликлари, локал кўзғалиш ва сусайиш каби жараёнлар ўртасида мувозанатнинг бузилиши каби ҳолатлар аниқланади. Касалликнинг сурункали кечиши, кучли қичишиш хуружлари билан ўтиши, уйқусизлик каби нохуш ҳолатлар ўз навбатида бемор бола асаб системасини ишдан чиқишига олиб келади. Бундай нейроген ўзгаришлар ўз навбатида нейродермит жараёнини чуқурлаштириб, касалликнинг кечиш даражасини эса оғирлаштиради. Демак, ҳосил бўлган узлуксиз патологик ҳалқа ҳам ирсий, ҳам орттирилган омиллар йиғиндисидан ташкил топади, шу боисдан касаллик нейродермит ёки тери неврози, деб номланади.

Нейродермит касаллигининг чегараланган клиник шаклларида аллергия тошмалар ва қичишиш каби салбий ҳолатлар касалликнинг асосий ўчоқларидан бошқа соҳаларда ҳам кузатилиши мумкин. Беморларнинг маълум қисмида турли дори васиталарига ва антибиотикларга, шунингдек, озиқ-овқат маҳсулотларига нисбатан юқори сезувчанлик ҳолати кузатилади. Касаллик кўпинча бошқа аллергия касалликлар билан (астма, ринит, эшакем) биргаликда ҳам кечиши мумкин. Турли иммунологик ва аллергия текширув кўрсаткичлари (Кумбс, Кунс реакциялари, ПГАР, аллергия синовлар) нейродермит касаллигига дучор бўлган беморларда ўта мусбат даражаларда бўлади.

Шундай қилиб, нейродермит касаллиги марказий нерв системасининг функционал ўзгаришлари, эндокрин безлар фаолиятидаги бузилишлари ва аллергия ҳолатининг намоён бўлиши билан кечадиган касаллик бўлиб, бу ўзгаришларнинг вужудга келишида ирсий ва орттирилган омиллар сабабчи бўлиб хизмат қилади.

Нейродермит касаллигининг асосий клиник белгиси яғирланиш ҳолати бўлиб, у ўткир яллиғланиш белгиларисиз кечадиган эритематоз доғлар сатҳида шаклланади. Бирламчи тошма элементларидан эпидермал тугунчали тошмалар кузатилади ва ташқи кўриниши жиҳатидан улар соғлом теридан унчалик фарқ

қилмайди. Тугунчали тошма элементлари кейинчалик бир-бири билан кўшилиши натижасида ўчоқлардаги тери сатҳи маддалашади ва пигментацияланиш ҳолати кузатилади. Касаллик ўчоқларида кузатиладиган қаттиқ қичишишлар натижасида эса кўплаб қашланма ва тилинишлар ҳосил бўлади, зарарланган соҳалардаги тери қуруқ бўлиб, уларнинг юза сатҳи аста-секин кўчиб тушишга мойил бўлади. Табиий бурмалар соҳасида шаклланган маддали ўчоқларда эса йўл-йўл кўринишда бўлган ёриқлар пайдо бўлиши кузатилади. Яғирланган ўчоқлар кўпинча қўл тирсаги, тизза букилмаларида, юз, бўйин, қўл ва оёқларнинг букилувчи юзаларида жойлашади. Зарарланган соҳаларда қичишиш ҳолати кузатилади, жараён вақти-вақти билан зўрайиб туради, беморларда оқ дермографизм, сочмушак рефлекслари мусбат кўринишларда бўлади. Нейродермит касаллиги билан хасталанган беморларда гипокортицизм белгилари (гиперпигментация, гипотония, адинамия, аллергик реакциялар, ошқозон ширасининг суст ажралиши, гипогликемия, диурезнинг камайиши, ориқлаш, дармонсизлик) кўринарли даражада намоён бўлади. Клиник нуқтаи назардан нейродермит касаллигининг тарқалган ва чегараланган турлари тафовут этилади.

Тарқалган нейродермит клиник турининг тошма элементлари асосан терининг юз, бошнинг сочли қисми, тана, қўл ва оёқ соҳаларида кузатилади. Бемор болалар териси қуруқ кўринишда бўлиб, улар сатҳида бир нечта яғирланган ўчоқлар кузатилади. Касаллик кечишида кўринарли даражадаги оқ дермографизм ва гипокортицизм белгилари кузатилади. Тарқалган нейродермит касаллиги белгилари кўпинча ёз фаслида сусайиб, қиш фасли давомида эса кучаяди, касаллик бошқа аллергик касалликлар билан биргаликда ҳам кечади. Терининг зарарланган соҳаларида йирингли тошмаларни, ҳатто экзема касаллигига хос бўлган тошма элементларини кузатиш мумкин. Баъзан касалланган ўчоқларда бир оз сувчираш ва қизариш каби белгилар ҳам кузатилади.

Чегараланган нейродермитда яғирланган касаллик ўчоғи кўпинча ягона бўлиб улар асосан бўйин, энса, соннинг ички юзалари, думба оралиғи бурмаси, жинсий аъзолар соҳалари, катта бўғимлар букув соҳаларида жойлашади. Касаллик белгилари локал кўринишга эга бўлиб, қаттиқ қичишиш билан кечади, қичишиш жараёнининг интенсивлиги асосан кечки пайтлари ва тунда зўраяди. Дастлаб терининг қичийдиган соҳаларида тошма элементлари

кузатилмайди, кейинчалик эса қашланиш натижасида ушбу соҳаларда аста-секин тугунчалар пайдо бўлади, улар деярли барча ҳолларда қаттиқ, баъзан эса қаттиқроқ бўлиб, усти кепаксимон қипиқлар билан копланган бўлади. Касалликнинг ривожланиш жараёнида папулали тошмалар бир-бири билан қўшилиб, турли шакл ва ҳажмдаги пилакчаларни ҳосил қилади. Нейродермит касаллигида кузатиладиган пилакчали ўчоқлар ранги оч пушти рангдан то қорамтир қизғиш ранггача бўлиб, улар юзаси ясси, кўпинча айлана ва овал шаклларни олади. Пилакчалар ҳосил бўлиш жараёнининг зўрайиши натижасида тери манзараси ўзгаради, яъни касалланган ўчоқларнинг сатҳи нотекис ва ғадир-будур кўринишда бўлади, тери пушталари эса яққол кўзга ташлана бошлайди, тери ранги сарғиш ранг тусини олади. Касалликда кузатиладиган яғирланиш (лихенизация) жараёни мана шу йўсинда шаклланади. Чегараланган нейродермит касаллиги ўчоқларида одатда уч хил кўринишга эга бўлган ҳудудларни кузатиш мумкин, булар марказий, яъни яллиғланиш шаклланган ҳудуд, ўрта ёки тугунчалар тўплана бошлайдиган ҳудуд ва ташқи, яъни тери гиперпигментацияга учрайдиган ҳудудлардир. Мазкур клиник белгиларнинг кузатилишида уларнинг тафовут этилиши беморга ташхис қўйиш жараёнини осонлаштиради.

Давоси. Нейродермит касаллигининг давоси комплекс ҳолда олиб борилиши лозим. Касалликни даволаш жараёнида асосий ўринни марказий асаб тизими фаолиятини меъёрлаштирувчи дори воситаларининг (бром препаратлари, триоксазин, элениум, седуксен, мепротан, мепробомат) тавсия этилиши билан олиб борилади. Даво ўтказилиши жараёнида антигистамин дори воситалари (фенкарол, перитол, димедрол, пипольфен, дипразин, супрастин, диазолин, задитен) ҳам кенг кўламда қўлланилади. Шунингдек, таъкидлаб ўтиш лозимки, ушбу дори воситаларини танлаб, навбат билан қўллаш беморларда қичишиш жараёнининг камайишига олиб келади, бундан ташқари аллергик тошмаларнинг пайдо бўлиш ҳолатини олдини олади, шунингдек, бошқа қўшилиб келадиган аллергик касалликларнинг кечиши ҳолатини енгиллаштиради. Касалликни даволашда витамин дори воситалари (асосан В, А, Е гуруҳ витаминлари, никотин кислотаси) қўлланилиши касалликда кузатиладиган яғирланиш жараёнининг сўрилишини тезлаштиради

ҳамда маълум бир даражада сенсibiliзация ҳолатини ҳам пасайтиради.

Юқорида қайд этиб ўтилган даво усуллари наф бермаган ҳолатларда эса нейродермит касаллигини даволашда глюкокортикоид дори воситалари тавсия этилади, ушбу дори воситалари касалликни оғирлик даражасига, бемор ёши ва тана оғирлигини инобатга олган ҳолда, қабул қилинган тизим (схема) асосида тавсия этилади. Нейродермит касаллигини даволашда гипноз, электр кучлари ёрдамида ухлатиш муолажаларини ўтказиш муҳим бўлиб ҳисобланади. Электр кучлари ёрдамида ухлатишни гипноз билан бирга қўллаш ва шу муолажа жараёнида глюкокортикоид дори воситаларининг кам миқдорда тавсия этилиши, беморларда қичишиш жараёнининг сезиларли даражада камайишига олиб келади, бу эса ўз навбатида беморнинг тинчланишига ёрдам бериб, касаллик белгиларининг орқага қайтишини тезлаштиради.

Нейродермит касаллиги билан хасталанган беморларга сероводородли, кремнийли сувларда чўмилиш, буйрак усти беzi соҳаларига диатермия тоқларини қўллаш, очиқ ҳавода сайр қилиш тавсия этилади, бу эса ўз навбатида даволаш самарадорлигини оширади. Беморларга турли шифобахш ўсимликлар қўшилган сувларда чўмилиш, сўнгра эса териға озиклантирувчи кремларни суртиш, беморларда тери куруқлиги ҳолатининг камайишиға ва охир-оқибатда эса йўқолишиға катта ёрдам беради.

Касалликни маҳаллий даволашда нафталан, катрон, олтингугурт, ихтиол ва АСД суюқлигидан тайёрланган малҳамлар суртилади. Аллергик тошма элементларига эса кортикостероид малҳамларни (синалар, целестодерм, локакортен, лоринден, преднизолон) қўллаш яхши наф беради. Патологик ўчоқларда йиринглаш ҳолати кузатилганда эса анилин бўёқлари билан ишлов бериш ва оксикорт, гиоксизон малҳамларини қўллаш тавсия этилади.

Эшакем

Эшакем (urticaria) терининг аллергик касаллиги бўлиб, унинг табиатини мавжуд токсико-аллергик ҳолат белгилаб беради. Касалликнинг вужудға келишида озик-овқат маҳсулотларига нисбатан организмда вужудға келадиган аллергик ҳолат муҳим рол ўйнайди. Шунингдек, чегараланган йирингли, ўчоқли инфек-

цияларнинг мавжудлиги (тонзиллит, отит, гайморит, пиелонефрит), гижжа инфекциялари билан зарарланиш, овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги кузатиладиган касалликлар (гепатит, гастрит, энтерит, колит) эшакем касаллигининг вужудга келишига сабаб бўлади. Дори-дармон воситаларининг пала-партиш, мақсадсиз қўлланилиши ҳам касалликка олиб келиши мумкин.

Эшакем касаллигининг патогенези асосида антиген-антитела жараёни муҳим рол ўйнайди. Организмнинг секин ёки тўсатдан тез кўринишда бўлган сезувчанлик ҳолатининг ошишига турли аллерген табиатига эга омиллар (микробли, озиқ-овқат, дори моддалари, гижжа) сабабчи бўлади. Бундай экзоген ва эндоген табиатига эга аллергенлар ўз навбатида қон таркиби ва тўқималарда кўп миқдорда гистамин ёки гистаминсимон моддаларнинг ҳосил бўлишига олиб келади. Ортиқча миқдорда ҳосил бўлган моддалар кейинчалик тўқималарга токсик жиҳатдан таъсир этади, натижада қон томир ва капиллярларни кенгайтиради, уларнинг ўтказувчанлигини оширади ва ниҳоят аллергик, кўринарли даражадаги яллиғланиш ҳолатини келтириб чиқаради. Касалликда кузатиладиган қаварчиқли (*urtica*) тошма элементларининг ҳосил бўлиши негизида ана шу гистамин жараёни ётади ва муҳим ўрин тутаяди. Бундан ташқари касалликнинг авж олишига ва сурункали тус олишига бошқа биологик актив моддалар ҳам (серотонин, ацетилхолин, брадикинин) таъсир этади.

Эшакем касаллигини келтириб чиқарувчи омиллар ичида вегетатив асаб тизимининг ўрнини унинг маркази бўлмиш гипоталамус фаолиятини алоҳида таъкидлаш зарур. Бунга эшакем касаллигининг холинергик тури мисол бўла олади. Эшакем касаллигининг холинергик турида ацетилхолин моддаси худди гистамин каби қон томир ва капиллярлар реакциясини юзага чиқариб, аллергик табиатига эга яллиғланиш жараёнини шакллантиради.

Ҳомиладор аёлларда кузатиладиган токсикоз ҳолати, совуққа ёки қуёш нурларига сезувчанлик ҳолатининг ошиши, шунингдек, турли хил хавфли ўсмалар, қон касалликлари сурункали эшакем касаллигини ривожланишига сабабчи омил бўлиб хизмат қилади. Эшакем касаллигини келтириб чиқарадиган сабаблар ичида организм ирсий хусусиятларининг тутган ўрнига катта эътибор бериш лозим. Болаларда эшакем касаллигининг тўртта клиник

турлари тафовут этилади, яъни ўткир, Квинке шиши, сурункали қайталама ва турғун тугунчасимон сурункали эшакемлар.

Ўткир эшакемда қаварчиқли тошмалар бирдан, жуда қисқа вақт ичида пайдо бўлиб, тери сатҳидан бўртган кўринишда намоён бўлади. Тошмаларнинг тошиши беморлар умумий тана ҳароратининг кўтарилиши, ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиши ҳамда турли невротик белгилар намоён бўлиши билан кечади. Қаварчиқли тошмалар терининг исталган соҳаларида пайдо бўлиб, тез муддат ичида ўз-ўзидан изсиз йўқолиб кетиши мумкин, тошмаларнинг йўқолиши беморларда кузатиладиган бошқа нохуш белгиларининг сусайиши билан ҳам кечади.

Квинке шиши клиник тури чегараланган тери соҳаларда, аммо ҳажм жиҳатидан катта бўлган қаварчиқли тошмаларнинг пайдо бўлиши билан таърифланади. Эшакем касаллиги кечишига бундай ҳолатларда баҳайбат эшакем, деб ном берилган. Касаллик белгилари асосан юз териси соҳасида, бурун-томоқ ва жинсий аъзолар соҳаларида кўпроқ учрайди. Бундай ҳолатларда тери соҳалари қизариб катталашини, таранглашини, ўчоқларда босиб кўрилганда эса қаттиқ оғриқни бўлиши, бир оз қичишиш ва ачишиш ҳолатлари кузатилади. Баҳайбат эшакем белгиларининг кекирдак ёки томоқ соҳаларида жойлашини жуда хавфли бўлиб ҳисобланади, чунки бундай ҳолатларда томоқ-ҳалқум соҳасида нафас бўғилиш, яъни асфиксия ҳолати кузатилади.

Сурункали қайталама эшакем касаллиги бир неча йиллар мобайнида давом этади. Касалликнинг бу клиник тури тошмалари гоҳ пайдо бўлиб, гоҳ йўқолиб туриши билан кечиб, беморларни кўпинча ҳолдан тойиши ҳолатлари кузатилади. Беморларда касалликнинг кўзғалиши тана ҳароратининг субфебрил даражада ошиши, ошқозон-ичак тизими фаолиятида бузилишларни пайдо бўлиши, артралгия, бош оғриғи, дармонсизлик каби нохуш белгиларнинг кузатилиши билан намоён бўлади.

Турғун тугунчасимон эшакеми касаллиги одатда сурункали кечиб, қашланишдан сўнг пайдо бўлади, аниқроғи қаварчиқли эшакем тугунчали эшакем кўринишига ўтади.

Бу пайтда пайдо бўлган тугунчали тошмалар қаттиқ, баъзан эса юмшоқ консистенцияларда бўлиб, яллиғланиш билан кечади. Кўпинча тугунчали тошмалар қаварчиқли тошмалар ўрнида пайдо бўлиб, қаварчиқли тошмаларнинг шакли ва ҳажмини такрорлайди.

Болалар қичимаси

Болалар қичимаси (строфулюс) касаллиги терининг аллергик касалликлар туркимига кириб, касаллик асосан болалар ҳаётининг дастлабки 3-5 ойларидан 4 ёшгача бўлган давр оралиғида кўпроқ учрайди. Болалар қичимаси касаллигининг ривожланишида болалар организмини озиқ-овқат маҳсулотларига нисбатан бўлган салбий жавоб реакцияси, яъни аллергия ҳолати асосий ўрин тутаяди. Сенсibiliзация ҳолати бемор болалар организмида кўпинча сигир сутига, балиқ маҳсулатларига, цитрус меваларига, кўзиқорин, қулупнай ва турли ширинлик маҳсулотлари таъсирига нисбатан ривожланади.

Болалар эмлаш даврида қўлланиладиган зардоблар, касалликлар туфайли тавсия этиладиган дори воситаларини, жумладан, антибиотикларни, сульфаниламидларни қўллаш ҳам қичима касаллига олиб келиши мумкин. Болалар қичимаси касаллиги ривожланишида ҳазм қилиш аъзолари томонидан кузатиладиган касалликлар ёки улар фаолиятининг бузилиши ҳолатлари (аутоинтоксикация ва аутосенсibiliзациялар) муҳим патогенетик аҳамият касб этади.

Қаварчиқли тошмалар касалликнинг дастлабки клиник белгиси бўлиб ҳисобланади. Бундай тошмалар ўртасида кейинчалик тугунчалар пайдо бўлади, уларнинг ҳажми тарик катталигида бўлиб, кучли қичишиш билан кечади. Касалликнинг бундай кўринишда кечиши строфулюс, деб ном олган. Строфулюснинг бошқа клиник тури борки, уларда тугунчалар учидан пуфакчалар ҳосил бўлади, касалликнинг бундай кўринишда кечиши пуфакчали қичима, деб аталади. Қичишиш оқибатида қашланмали излар вужудга келади ва улар геморрагик қатқалоқлар билан қопланади. Болалар қичимаси касаллиги кўпинча сурункали кечади, касалликнинг бундай кўринишда кечишига овқатланиш тартибининг бузилиши, турли касалликлар туфайли антибиотик ва бошқа дори воситаларини узок муддат давомида қўллаш каби омиллар сабаб бўлади. Болалар қичимаси касаллиги кейинчалик строфулюс ва нейродермит касаллигига ўтиши мумкин, ўсмир ёшидаги болаларда эса болалар қичимаси касаллиги катталар қичимасига ҳам айланиши мумкин. Строфулюс касаллигини эшакем касаллигидан фарқлашда дермографизм усули катта ёрдам беради. Болалар қичима

касаллигига чалинган бемор тери соҳасига тўмтоқ таёқчанинг юргизилиши оқ чизикни, яъни оқ дермографизмнинг пайдо бўлишига олиб келади. Эшакем касаллигида эса тўмтоқ таёқча юргизилган жойларда тери қавариб, бўртиб чиқади, қичишиш шиш пайдо бўлади. Дермографизмни бундай кўринишда бўлиши эшакем дермографизми, деб аталади. Бундан ташқари строфулюс касаллигига чалинган беморларда товон ва қорин рефлекслари пасайган, тери юзалари эса қуруқ бўлади, беморларда кўринарли лимфоаденопатия ҳолати кузатилади. Қон таркибида эозинофилия, лимфоцитоз ҳолатлари ҳамда ЭЧТ кўрсаткичларининг ошиши ҳолати кузатилади.

Эшакем ва қичима касалликларини даволаш жараёнида овқат парҳезига амал қилиш муҳим аҳамиятга касб этади. Беморларга асосан гипоаллерген парҳез буюрилади, овқат ҳазм қилиш аъзоларининг ишини яхшилаш мақсадида рибофлавин, кальций пантотенат, аскорбин ва никотин кислоталари, шунингдек, пиридоксин каби дори воситалари тавсия этилади. Антигистамин дори воситалари ҳам (тавегил, задитен, фенкорол, перитол, супрастин) қўллаш яхши фойда қилади. Қон томирлар ўтказувчанлигини сусайтириш ва капиллярлар ишини меъёрлаштириш мақсадида эшакем касаллигида кўпинча кальций препаратлари (кальций глюконат, кальций хлорид, кальций глицерофосфат) ва аскорутин дори воситалари буюрилади. Строфулюс касаллигида кузатиладиган терининг қуруқлиги ва оқ дермографизм ҳолатлари туфайли кальций препаратлари тавсия этилмайди. Қичима касаллигини даволашда тинчлантирувчи дори воситалари ва транквилизаторларни қўллаш кўпроқ наф беради. Сурункали эшакем касаллигида ёки строфулюс касаллигининг оғир кўринишда кечадиган ҳолатларида кортикостероидлар билан анаболик стероидлар тавсия этилади.

Маҳаллий қўлланиладиган дори воситаларининг нафи камроқ бўлади. Кўпинча эшакем касаллигини даволашда ментол суви суртиш билан кифоя қилинади холос. Қичима касаллигида эса нафталан ва рух малҳамлари (2-3%), стероид малҳамлар (преднизолон, флуцинар, фторокорт) суртилади. Физиотерапевтик даво усуллари (диатермия, фонофорез, ультрабинафша нурлар) қичима касаллигида яхши натижалар беради.

Атопик дерматит

Атопик дерматит (АтД) касаллиги болаларда учрайдиган тери касалликлари орасида энг кўп тарқалган хасталик бўлиб, касаллик билан жами болаларнинг 3-10 % қисми хасталанади. Болалар тери касалликлари умумий структурасида эса АтД касаллигининг тутган ўрни ўртача 20% ни ташкил этади. Скрипкин Ю.К. ва ҳаммуаллифлари (1995) маълумотларига кўра АтД билан хасталаниш аҳолининг ҳар 1000 тадан 15 тасини ташкил этади. Кейинги ўн йилликларда касаллик учраш даражасини 2-3 маротабага ошганлиги қайд этилмоқда. «Атопия» ибораси А. Соса а R. Сооса лар томонидан илк марта 1923 йилда киритилган бўлиб, кейинчалик 1933 йилда Ф. Wise ва М. Sulsberger лар «Атопия» касалликлари ичидан тери орқали намоён бўладиган касалликлар гуруҳини ажратиб олиб, уни «Атопик дерматит», деб номлашни таклиф қилганлар. «Атопия» ибораси ўзгача, мос келмайдиган, ғаройиб ва ўз ўрнига эга эмас деган маъноларни англатади. Атопия атамаси асосида аллергик, юқори сезувчанлик хусусиятига нисбатан бўлган ирсий мойиллик ҳолати тушунилади.

АтД касаллиги асосида ирсий муҳитнинг аҳамияти муҳим ҳисобланади. Касаллик билан хасталаниш учун жавобгар бўлган ген 11-хромосоманинг узун елкасидаги 11q13 қисмида жойлашган бўлиб, D11 S97 маркери билан узвий боғланганлиги аниқланган. Агарда асосий ген касалликнинг вужудга келишида асосий ўринни эгалласа, қолган генлар эса генетик ҳолат асосини ташкил этади. Атопия касаллигида аллергенларга нисбатан иммун реакциясининг хусусийлиги HLA-D II-класс генлари иштирокида амалга ошади. Иккинчи эксонли DR B1 гени Т-лимфоцит хужайра рецепторлари билан антигенлар ўртасидаги боғлиқликни белгилайди. Натижада Т-лимфоцитлари вазифасининг фаоллашиши ҳамда IgE – антителоларининг ажралиш жараёни кузатилади. Атопия касаллигида аллергенлар репрессор-генларига таъсир этиб уларнинг вазифасини сусайтиради ёки тухтатиб қўяди, бундай ҳолат кейинчалик рецептор йўли орқали депрессор (доминант) генларига таъсир этиш билан кечади, натижада аллергиянинг агрессив антителоларини, Е-иммуноглобулинининг синтез қилинишига, биологик фаол моддалар ва фаол пептидларнинг ажралишига сабаб бўлади. АтД касаллигида, организмнинг иммун жавобида ирсий бузилишлар олдиндан

дастурланган бўлиб, жавоб жараёни асосан тери орқали намоён бўлади. Иммунологик ҳолатнинг бузилиши Т-хелпер системасининг 2-тури (Th2) фаолиятининг ошиб кетиши билан кечади, у эса ўз навбатида Е иммуноглобулинларини юқори даражада ажралиб чиқишига олиб келади. Е- иммуноглобулини атроф-муҳитдан организмга таъсир этадиган антигенларга нисбатан йўналтирилган бўлиб, унинг синтезланиши 5q гени орқали бошқарилиб туради ва у турли хил аллергенлар учун жавобгар бўлган II –класс HLA антигенлари билан узвий боғлиқликда бўлади.

Агарда АтД касаллиги асосида касалликка ирсий мойиллик ҳолатини ётиши маълум бўлса ҳам бундай ҳолатнинг генетик ўтиш йўллари ҳозиргача тўлиқ аниқланмаган. Айрим муаллифлар касалликка нисбатан бўлган ирсий мойиллик ҳолати асосида доминант ўтиш йўли ётади, десалар, бошқалар эса рецессив ҳолат ётади деб ҳисоблайдилар, учинчи гуруҳ олимлар эса касаллик асосида мультифакториал табиатга эга бўлган насланиш ҳолати ётади, деб ҳисоблайдилар. Агарда АтД касаллигининг учраши ота-оналарнинг иккисида қайд этилса, уларнинг фарзандларини касалланиш эҳтимоли 40-60% ни ташкил этади, агарда ота-оналарнинг иккисида ҳам бир хил нишонда бўлган аъзолар касалланган бўлса (тери, нафас йўллари, ошқозон-ичак йўллари) у ҳолда касалланишга нисбатан бўлган мойиллик 60-80 % атрофида бўлади, агарда АтД касаллиги билан ота-оналардан бири хасталанган бўлса, у ҳолда бу кўрсаткич 20-40 %ни, агарда яқин қариндош-уруғлари орасида касалликнинг учраши ҳолати кузатилса, бу кўрсаткичнинг 5-10 % атрофида бўлиши қайд этилади. Ҳозирги вақтга келиб АтД касаллиги мультифакториал табиатга эга касаллик эканлиги маълум бўлиб, касалликни полиген кўринишидаги мойиллик ҳолати асосини генларнинг аддитив ҳамда турли хил кўринишларда бўлган ташқи муҳит компонентларининг биргаликдаги таъсири ташкил этади. Мультифакториал табиатга эга АтД касаллигида генларнинг аддитив таъсири асосида битта бош ген асосий таъсир кўрсатади ва касаллик намоён бўлади. Бу вақтда ташқи муҳит омиллари эса уларни юзага чиқишини таъминлайди.

Болаларда АтД касаллиги эрта гўдаклик даврларидан бошланиб, сурункали-қайталама, болалар ёши даврларига хос бўлган динамика кўринишида кечади, касаллик белгилари яширин

ҳолатдан то яққол кўринадиган белгилар сифатида намоён бўлади. Касаллик белгилари кўпинча бола туғилгандан сўнг 60 % ҳолатларда биринчи ярим йилликда, 90 % ҳолатларда эса 1 ёшгача бўлган вақт мобайнида намоён бўлади. Касаллик ташхиси Hanifin J.M., Rajka G., (1980) лар томонидан 3 та даврга: гўдаклик (0-2), болалик (2-12) ва ўсмирлик ҳамда катталар (12-23) даврларига бўлинади. Касалликка ташхис қўйиш 4 та асосий мезонлар орқали амалга оширилади: қичишиш аломатларини бўлиши, касаллик белгиларининг ўзига хос кўринишда бўлиши ва жойлашиши, касалликнинг сурункали-қайталама кўринишида кечиши ва албатта шахсий ва оилавий анамнезида атопик касалликларнинг мавжудлигининг қайд этилиши асосида олиб борилади. АтД касаллигини бундай кўринишда кечишини ақс эттириш мақсадида В.Н. Гребенюк ва А.М. Маннановлар (1987) томонидан таклиф этилган 5 клиник шакллари орқали ифодаланади: экссудатив, эритемато-сквамоз, эритемато-сквамоз турининг лихенификациясига мойил шакли, лихеноид ва пруригиноз шакллари кўринишида.

АтД касаллигининг шаклланишида, ривожланишида турли хил преморбид омиллар (хомиладорлик даврининг кечиши, интранатал гипоксия, туғилиш жараёнининг асоратланиши каби ҳолатлар) таъсир кўрсатади. Гўдаклик ва эрта болалик даврларида касалликнинг вужудга келишида ва қайталанишида овқатланиш жараёнининг бузилиши, сунъий овқатланиш, профилактик эмлашлар, дори моддаларининг турли касалликлар туфайли истеъмол қилиниши каби ҳолатлар сабабчи бўлса, болалик даврининг охири ва ўсмирлик-катталиқ босқичлари ёшидаги болаларда эса касалликнинг кечишида нафас аллергиялари таъсири, рухий юкламалар, чарчаш, кундалиқ тартибнинг бузилиши каби ҳолатлар устун келади. Бу вақтда иккиламчи инфекция аломатларининг қўшилиши эса касалликни асоратли кечишига сабабчи бўлади.

Атопик дерматит касаллигининг кечиши болалар ёшига боғлиқ бўлган ҳолдаги узлуксизликда кечиши билан ажралиб туради. Бола туғилгандан сўнг дастлаб, касалликнинг намоён бўлиши овқат маҳсулотларига сезувчанлик ҳолатининг юқори бўлиши, кейинчалик эса улар аҳамияти камайиб, нафас аллергияларига, дори воситаларига бўлган сезувчанлик ҳолатининг ошиши билан

намоён бўлади ва касаллик белгилари кейинчалик ўзгарувчан кўринишда сурункали - қайталама кечади. Бошқача қилиб айтганда моновалент сезувчанлик поливалент сезувчанлик ҳолатида бўлади. Касалликнинг кечиши йил фаслларига боғлиқ бўлиб, унинг хуруж қилиши кўпинча йилнинг куз ва қиш фаслларига тўғри келиши кузатилади. Касалликнинг кечиши ОРВИ, аллергик ринит, астмоидли бронхит, овқат аллергияси, сурункали тонзиллит, пиодермия, гижжа инфекцияси, кариэс, рахит, анемия, гипотрофия, тимомегалия каби касалликлар билан бирга кечади.

Касаллик белгиларини дастлаб пайдо бўлиши ва жойлашиши деярли 89,3% беморларда асосан юз соҳасидан бошланади. Беморларда ёноқ, пешона ва даҳан соҳаларида ўчоқларнинг жойлашиши кузатилади. Кўпгина ҳолатларда касалликнинг асосий морфологик белгиларининг жойлашиши дастлаб буйин, билак, болдир соҳаларида, тирсак ва тизза букламларида жойлашиши қайд этилади. Ўчоқларда касаллик белгилари қизариш, бироз шиш ва хўлланиш билан кечади. Деярли барча беморларда касалликнинг кечиши қичишиш, безовталиқ ва уйқу жараёнининг бузилиши каби салбий ҳолатлар кўринишида намоён бўлади.

Касалликнинг гўдаклик босқичи одатда бемор болалар ҳаётининг 7-8 ҳафталаридан бошланади, тери соҳалари экссудацияга мойил бўлиб, оғир ёки ўртача оғирликдаги яллиғланишлар содир бўлади. Касаллик кўпинча юз, лунж ва пешона соҳаларида маҳаллийлашади, бурун ва лаб соҳалари тошмалардан холи бўлиб, баъзан жараён оёқ, қўл ва думбанинг ташқи томонини қамраб олиши мумкин. Дастлаб тошмалар эритематоз шишли ва эритематосквამоз ўчоқли, папуловезикулали, фасод боғлаш ва пўстлоқлар кўринишида намоён бўлади. Вақт ўтиши билан эса экссудатив ҳолат камаяди ва касалликнинг яғирланувчи ва пруритиноз клиник кўринишлари кучайиб боради. Тахминан бир ярим йилдан сўнг тирсак ва тизза ости букув соҳаларида, панжаларда касалликка хос бўлган тошмаларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Асосан бемор болалар ҳаётининг иккинчи йилида инфилтратив, лихеноид, сквამоз ўзгаришлар рўй беради, эскориациялар, яллиғланган фолликуляр папулалар пайдо бўлади. Иккинчи йилнинг охирида эса теридаги касаллик белгилари

спонтан равишда ёки даволаш натижаларида йўқолади ёки касаллик ўзининг иккинчи босқичига ўтади.

Болалик босқичи яғирланиш ҳолатининг шаклланиши, тошмаларнинг бурмаларда маҳаллийлашиши билан таърифланади. Экссудатив ҳодисалар эса кузатилмайди, тери соҳалари қуруқлашади. Ушбу босқичнинг асосий тошма элементлари бўлган папулалар кўшилишга ва яғирланган ўчоқларни ҳосил қилишга мойил бўлади. Бемор болаларнинг бир қисмида «атопик юз» ҳолати шаклланади, яъни терининг ранги хира, кулранг бўлади, периорбитал гиперпигментация ҳолати, пастки қовоқ соҳаларида кўшимча бурмалар (Денье-Морган) чизигининг ривожланиши кузатилади. Терининг эритемато-сквамоз кўринишдаги кечиши асосида кўз, лаб атрофларида ва бурун тешиклари соҳасида кўпинча ёриқларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Бу даврда патологик жараён кўпинча тирсак ва тизза ости бурмаларида, билак ва болдир бўғимлари соҳаларида, панжаларнинг орқа томонида, елка соҳасида, бўйиннинг орқа тарафида ва тананинг ён томонларида маҳаллийлашади.

Ўсмирлик босқичи тошмаларнинг маҳаллийлашиш ҳолатининг ўзгариши билан таърифланади. Ўчоқларда лихенификация ва инфильтрация кўринарли даражада намоён бўлади, экскориацияланиш ҳолатлари кўпаяди. Кўпгина беморларда «атопик юз» белгилари кузатилади. Ўчоқлар асосан тирсак ва тиззаларнинг букув соҳаларида, бўйинда маҳаллийлашади, қуруқ, инфильтрацияланган ва лихенификацияланган тери фонида қичишадиган папулалар жойлашади. Юзнинг (пешона, лунж, лаб, кўз атрофи) ўзига хос кўринишда касалланиши ҳолати кузатилади, касаллик белгилари болалик босқичидан фарқли ўлароқ, анча тарқоқ кўринишда кечади ва тери юзаларининг кўпроқ кўчиши ҳолати кузатилади.

У ёки бу белгилар ва морфологик тошмаларнинг кўринишига қараб касалликнинг қуйидаги: экссудатив, эритемато-сквамоз, эритемато-сквамоз хилининг лихенификация ҳолатига мойил, яғирланиш ва пруритиноз каби клиник шакллари фарқланади.

Экссудатив тури. АтД касаллигининг экссудатив тури гўдак болаларда 2 ойликдан 1 ёшгача бўлган даврда кузатилади. Касалликнинг бу тури кўпинча юз, ёнок, даҳан, кулоқ супраси, қўл билаги, болдир соҳаларида жойлашган бўлиб, қизариш, шиш

ҳолати асосида тугунчали, пуфакчали тошмалар тошиши ва кейинчалик эса ҳўлланиш каби белгилар кўринишида кечади. Бу ёшда касалликнинг кечишига асосан овқатланиш жараёни бузилиши салбий таъсир қилиши асосий ўрин тутди.

Касалликнинг эритемато-сквамоз тури бемор болаларда 2,5 ёшгача булган даврда кузатилади ва терининг юз, бўйин, қўл, оёқларнинг букув соҳаларида, курак ва кўкрак соҳаларида қизариш, қипикланиш, тилиниш каби ўзгаришлар билан ифодаланади. Касалликни болаликнинг бу даврида кечишига профилактик эмлашлар, интеркуррент касалликлари, турли касалликлар бўйича даволаниш чоғида берилган дори моддалари ва ниҳоят овқатланиш жараёнининг салбий таъсир этиши муҳим ўрин тутди.

Эритемато-сквамоз турининг лихенификациясига мойил хили 2 ёшдан то 7 ёшгача бўлган даврни ташкил этди. Касалликни бу клиник тури аввалги клиник туридаги каби кўринишларда бўлсада, аммо ўчоқларда тугунчали тошмаларнинг бўлиши, уларнинг бир-бири билан қўшилиб маддаланишга мойиллиги билан ажралиб туриши кузатилди. Жараённинг кечишида қичишиш суръати ўртача ва юқори фаолликда бўлиб, безовталаниш, уйқусизлик ва ҳаяжонланиш ҳолатлари кузатилди.

Лихеноид клиник тури бемор болаларда 7 ёшдан 12 ёшгача бўлган даврларда кузатилиб, ўчоқларнинг бўйин, қўл-оёқ букламлари юзасида, кўз, оғиз атрофлари соҳаларида жойлашиши қайд этилади, ўчоқларда тугунчали тошмаларнинг кузатилиши, тилиниш, ёрилиш, маддаланиш ҳолатлари кўринарли даражада намоён бўлади ва касалликнинг кечишида кўпинча хеилит белгилари кузатилади. Қичишиш жараёни ўртача ва кучли кўринишларда бўлиб, периферик лимфа тугунларининг сезиларли даражада катталаниши, безовталаниш ҳамда уйқусизлик каби ҳолатлар қайд этилади.

Касалликнинг пруритиноз клиник тури фақат 1,0 % бемор болаларда кузатилиб, асосан қўл ва оёқларнинг ташқи ёзув соҳаларида, бўйин ва курак соҳаларида тугунчали тошмаларнинг тошиши, катталаниши ва уларнинг кучли қичишиши ҳамда безовталаниш аломатлари билан кечиши кузатилади.

АтД касаллигини болалар ҳаётининг турли даврларида, турлича оғирликда, клиник ва морфологик жиҳатдан хилма-хил

бўлган кўринишда кечиши, касалликни бемор болалар ёшига боғлиқ ҳолда, ўзига хос бўлган динамик кўринишда кечади, деган фикрни яна бир бор тасдиқлайди.

Атопик дерматит касаллигининг ташхис мезонлари

Асосий (базисли) мезонлари:

1. Қичишиш.
2. Ўчоқларининг ўзига хос кўринишда жойлашиши ва типик морфологияси.
3. Сурункали-қайталама кўринишда кечиши.
4. Шахсий ва оилавий анамнезида атопик касалликларнинг мавжудлиги.

Ёрдамчи ёки кам хос бўлган мезонлари:

1. Ксероз.
2. Ихтиоз.
3. Тери соҳасига таъсир этиш тестида нисбатан зудлик билан жавоб бериш (I- турдаги).
4. Қон зардобиди Jg E лар миқдорининг кўплиги.
5. Касалликнинг болалик давридан бошланиши.
6. Терининг турли инфекцияларга таъсирчанлиги.
7. Қўл панжалари соҳасининг носпецифик дерматитга мойиллик ҳолати.
8. Сўрғичлар соҳасидаги экзема.
9. Хеилит.
10. Қайталовчи конъюнктивит.
11. Денни-Морган инфраорбитал бурмаси.
12. Кератоконус.
13. Олд субкапсуляр катаракта.
14. Орбиталарнинг қорайиши.
15. Юз рангпарлиги ва юз эритемаси.
16. Пешона питириазиси.
17. Бўйиннинг олд қисми бурмаси.
18. Терлаганда қичишиш.
19. Интерларантлик (жун ва аралаштирувчиларни кўтара олмаслик).
20. Перефолликуляр акцентуация.
21. Овқатга нисбатан юқори сезувчанлик.
22. Касаллик жараёнига эмоционал ҳамда атроф-муҳит омилларининг таъсири.

23. Оқ дермографизм ва секин оқариш.

Атопик дерматит касаллиги гўдаклик даври учун экссудатив, болалик даври учун эритемато-сквамоз ва эритемато-сквамоз шаклининг лихенификацияга ўтиш ҳолатлари, ўсмирлик, балоғатга етиш босқичлари учун эса касалликнинг яғирланиш ва пруригосимон шакллари хос бўлади.

Мазкур дерматознинг клиник манзарасини ва касаллик босқичларини болалар ёшига нисбатан олганда хилма-хиллигини қайд этиш билан бирга, баъзи бир ҳолларда клиник-морфологик кўринишларнинг турли вариантлари хилма-хил кўринишдаги уйғунликда келиши мумкинлигини ҳам назардан қочирмаслик лозим.

Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб шуни айтиш мумкинки, атопик дерматит касаллигига ташхис қўйиш кетма-кетлик қоидасига биноан амалга оширилади. Касаллик диагностикасига нисбатан бундай ёндашиш атопик дерматит касаллигининг ҳақиқий манзарасини тафовут этишда катта аҳамият касб этади.

Атопик дерматит касаллигига ташхис қўйиш тизими

Ташхис	Касаллик босқичлари	Клиник шакллари	Кечиш фаоллиги	Оғирлик даражаси
Атопик дерматит	Гўдаклик босқичи (0-2 ёш)	Экссудатив шакли	I даража	Енгил
	Болалик босқичи (2-12 ёш)	Эритемато-сквамоз шакли	II даража	Ўртача
	Ўсмирлик-етилиш босқичи (12 ёшдан кейин)	Эритемато-сквамоз лихенификацияга мойил шакли Яғирланиш шакли Пруригиноз шакли	III даража	Оғир

АтД касаллигини даволаш комплекс тарзда олиб борилиб, асосан касалликнинг патогенези асосида ётган турли хил механизмларга қаратилиши лозим. Даво чораларининг белгиланишида касалликнинг клиник кўринишига, оғирлик даражасига, иммунологик жихатидан реактивлик ҳолатларини инобатга олиш лозим. Ўз вақтида тўлақонликда ўтказилган муолажа касалликнинг тузалиши ҳамда оғир ва асоратли кўринишларга ўтишини олдини олиш имконини беради.

Болаларда АтД касаллигини даволашда аввало эътибор гипоаллергик, элиминацион парҳез қилишга асосланиши лозим. Бу борада

овқатлар таркибидан аллергик ҳолатга олиб келувчи маҳсулотлар чекланиши керак. Тўғри белгиланган парҳез даво чоралари носпецифик десенсибиловчи таъсир кўрсатади ва организмни овқат аллергенларига нисбатан толерантлигини оширади.

Касалликни даволашда асосий ўринни албатта дори воситалари ташкил этади. Касалликни патогенетик механизми асосида аллергия ҳолати муҳим ўрин тутишини инобатга олган ҳолда, асосан антигистамин дори воситаларининг биринчи ва иккинчи авлоди; мембрана стабиллаштирувчи дори воситалари; овқат ҳазм қилиш жараёнини меъёрлаштирадиган дори воситалари; асаб тизими фаолияти бошқарувини яхшилайдиган дори воситалари ҳамда иммуномодуляторлар белгиланади.

АтД касаллиги билан хасталанган бемор болаларга охириги пайтларда замоновий антигистамин дори воситаларидан фенкарол, перитол, ларотадин, астемизол, уетиразин, эбостан, зиртеклар белгиланиши лозим, деб топилади. Чунки ушбу дори воситалари узоқ вақт таъсир этиш хусусиятига эга бўлиб, марказий асаб тизимига таъсир этмаслиги билан ажралиб туради.

Десенсибиллаштирувчи дори воситаларидан кальций препаратлари (глюконат кальций, холорид кальций), тиосульфат натрий дори воситалари ичиш ва томир орқали юборилиши асосида белгиланади.

Овқат ҳазм қилиш жараёни фаолиятининг бузилиши АтД касаллигининг кечишида алоҳида ўрин тутганлиги сабабли касалликни комплекс даволашда аллерген субстанциясига эга моддаларни майдалаш, ичак дисбактериози ҳолатини яхшилаш ҳамда нейтраллаш мақсадида фестал, дигестал, мезем-форте, панкреатин, креон, хилак-форте, лактобактерин, бифидумбактерин каби дори воситалари белгиланади.

АтД касаллиги билан хасталанган бемор болалар иммун тизимида вужудга келадиган носозликларни коррекциялаш мақсадида иммун тизимини модуллаштирадиган дори воситалари белгиланади. Бундай йўл тутилиши уч йўналишда: иммун тизими фаолиятини тиклаш, иммун тизими фаолиятини кўтариш ҳамда иммун тизими фаолиятини пасайтириш тарзида олиб борилади. Бундай дори воситаларига иммуномодулин, тактивин, тималин, диуцифон, нуклеинат натрий, левамизол, изопринозин ва бошқалар киради. Беморларда аллергик ҳолат жараёнига таъсир этиш

мақсадида витамин дори воситаларидан ҳам кенг кўламда фойдаланилади. Бу борада В-гурӯҳига мансуб дори воситалари (В1, В2, В5, В6, В12, В15), А ҳамда С витаминлари алоҳида ўрин тутди.

Атопик дерматит касаллигини даволашда бир вақтнинг ўзида маҳаллий даво чоралари ўтказилиши лозим. маҳаллий даво воситалари тери ўчоқларидаги яллиғланиш жарайнини камайтириш, қичишишни камайтириш, жароҳатланган эпителий ҳужайраларни ҳамда терини барьерлик фаолиятини тиклашдан иборат бўлади. Бу боради экссудация мавжуд ҳолатларда хўллаб қуритиш, эритематоз эритемато-сквамоз ҳолатларида, кератологик малҳамлар, лихеноид кўринишда кечадиган ҳолатларда сўрдирувчи дори воситаларини қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бу борада танин, фурациллин, риванол, кумуш нитрат эритмалари, анилин бўёқлари, 1-2 %ли салицил, бор кислоталари малҳамлари, фенистил-гел, актовегин, солкосерил малҳамларидан фойдаланилади. Ҳозирги кунга келиб болаларда АтД касаллигини маҳаллий даволашда адвантан, лакотоп, элаком, элидел каби дори воситаларидан кенг фойдаланиб келинмоқда.

ТЕРИНИНГ ПРОЛИФЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

Псориаз

Псориаз (синонимлари: тангачали темиратки, қипиқли темиратки, қичимали темиратки, гулафшин) касаллиги болаларда учрайдиган тери касалликлари орасида атопик дерматит касаллигидан кейин иккинчи ўринни эгаллайди ва болалар тери касалликлари структурасида унинг учраш даражаси 1 %дан 8 %ни, касалхонага ётқизилган бемор болалар ичида эса касалликнинг учраш даражаси 8 %дан 22 %ни ташкил этади. Охирги йилларда болалар орасида, айниқса, мактаб ва мактабгача ёшда бўлган болалар ўртасида псориаз касаллигининг учраш ҳолатининг ортиб бориши кузатилмоқда, айниқса, унинг оғир ҳамда асоратли клиник шаклларининг учраши қайд этилмоқда. Болаларда псориаз касаллиги катталарга нисбатан ўзига хос кўринишда кечиши билан фарқ қилади.

Касалликнинг патогенези асосида невроген, эндокрин, иммун жараёнларини, моддалар алмашинуви ҳолатларининг бузилиши, ирсий, вирусли, инфекцион-аллергик омиллар, микроциркуляция ҳолатининг бузилиши каби омиллар асосий ўрин тутди. Касаллик билан хасталаниш 50 %дан ортиқ ҳолатларда 10 ёшгача бўлган болаларда қайд этилади. Касаллик билан қиз болалар кўпроқ хасталанадилар.

Псориаз касаллиги асосида 24,3 %дан 89 % гача ҳолатларда касалликка нисбатан бўлган ирсий мойиллик ҳолати ётиши қайд этилади. Агар оилаларда ота-оналардан бирини псориаз касаллиги билан хасталанганлиги қайд этилса, у ҳолда ушбу оиладаги болаларда касалликнинг вужудга келиши 8% ни, агарда касаллик билан хасталаниш иккала ота-онада ҳам қайд этилса, у ҳолда оиладаги болаларнинг псориаз касаллиги билан хасталанишлари ҳолати 41 %гачани ташкил этади. Шунини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, касалликка бўлган ирсий мойиллик ҳолатининг рўёбга чиқишида атроф-муҳит омилларининг таъсир этиши муҳим ўрин тутди. Бундай омилларга овқат маҳсулотлари, облигат аллергенларнинг салбий таъсирлари, ЛОР аъзоларида мавжуд бўлган бактериал касаллик ўчоқлари, БЦЖ ревакцинация ҳолатлари,

Манту синамалари, руҳий травмалар ва шамоллаш касалликлари кабилар киради.

Касалликнинг юзага чиқишида стресс кўринишидаги таъсир этувчи омиллар сифатида инфекциян касалликлар (ангина, ОРЗ, сувчечак, қизамиқ, қизилча ва ҳ.к. лар) 48 % ҳолатларда, руҳий-эмоционал кечинмалар (боғча ва мактаблардаги носозликлар, келишмовчиликлар, кучли кўрқув, яқинларнинг вафоти ва ҳ.к. лар) 25 % ҳолатларда, жисмоний толиқишлар (кучли инсоляция, совуқ қотиш, травмалар ва ҳ.к. лар) 15,8 %-17,9 % ҳолатларда аҳамият касб этади. Касалликнинг учраш даражаси паст ҳарорат ва юқори намлик мавжуд бўлган шароитларда юқори бўлади. Касалликни кечишида йил фасллариға боғлиқлик ҳолати муҳим аҳамият касб этади.

Болаларда псориаз касаллигининг кечишида психосоматик бузилишлар алоҳида ўрин тутди. Псориаз касаллиги билан хасталанган бемор болаларда психоэмоционал сфера ҳолатининг бузилиши, махсус кўринишдаги бактериологик ўзгаришлар (безовталиқ, эмоционал турғунсизлик, касалликнинг ривожланиб бориши, тарқалиши ва кечиш даражасининг оғирлашиши натижасида пайдо бўладиган истериод-турғунсизлик ҳолати) шаклланади. Беморларда кузатиладиган асабий ва руҳий ҳолатлар ўз ўрнида қатор биокимёвий ва иммунологик ўзгаришларнинг юзага келишиға ва псориаз касаллигининг ривожланишиға сабабчи бўлади. Бунда ўзгаришлар 25 % беморларда нормал ҳаёт тарзининг пасайишиға, 40 % беморларда касаллик кечишини уларнинг қандай кийинишларига ва 36 % беморларда уйқунинг бузилишиға сабабчи бўлади.

Псориаз касаллиги патогенезида вирусларнинг тутган ўрни алоҳида аҳамият касб этади. Бунга сабаб эпидермал соҳаларда «майда заррачалар», деб аталадиган таркибий қисмларнинг аниқланиши асос қилиб олинади. Бундай заррачаларни псориаз касаллиги тошмалари таркибида ва уларнинг атрофидаги тўқима суюқлигида ҳам топилиши касаллик асосида вирусларнинг аҳамияти бор, деган назариянинг туғилишиға сабаб бўлган. Лекин ушбу назария ҳозирги кунгача ўз тасдиғини топмаган бўлса ҳам унинг аҳамиятини назардан қолдирмаслик лозим.

Псориаз касаллигида соғлом тери ва касаллик ўчоқларида микроциркуляция ҳолатининг бузилиши кузатилади. Қон зардоби ва эритроцит хужайлари мембранаси таркибида фосфолипидлар микдорининг юқори даражада бўлиши псориаз касаллиги билан

хасталанган беморларда яллиғланиш жараёнларининг ошишига ва натижада микроциркуляция жараёнининг бузилишига олиб келади.

Псориаз касаллиги патогенезида ёғ моддалари алмашинувининг бузилиши, яъни гиперхолестеринемиянинг 50 % ҳолатларда кузатилиши қайд этилади. Бу эса ўз навбатида псориаз касаллигининг кечишида метоболитик ўзгаришларнинг аҳамияти муҳим эканлигини кўрсатади.

Касаллик патогенезида кератинизация жараёнининг ирсий ҳолатга боғлиқликда бузилиши муҳим ўрин тутади. Бундай ҳолат гиперпролиферация жараёни натижасида кератиноцитларнинг дифференцировкаси бузилишига олиб келади.

Псориаз касаллиги асосида иммун тизими ҳолатининг бузилиши алоҳида ўрин тутади. Бундай ҳолат беморлар ҳужайра иммун тизимининг Th1-цитокин йўналиши бўйича ноадекват кўринишдаги фаоллашиши натижасида яллиғланиш жараёнини вужудга келтириши билан намоён бўлади. Беморлар иммун тизимининг жавоб реакцияси эпидермис қаватининг антигенсезувчан ҳужайралари фаоллашиши билан бошланади. Бу ҳужайралар илк бор псориаз касаллигининг тошмалари ва унинг атрофида, эпидермис ва дерма қаватларида пайдо бўлади ва улар Т-лимфоцитлар орқали стимуляцияланади. Лимфоцит ҳужайраларининг 90 % Т-лимфоцитлардан иборат бўлиб улар дерманинг юқори қаватларида, 10% ни эса В-лимфоцитлар ташкил этиб, асосан дерманинг чуқур қаватларида жойлашади.

Болаларда псориаз касаллиги кечишида Т-лимфоцитлар умумий миқдорини, Т-лимфоцит супрессор ҳужайралари пасайишини, ИРИ индексини миқдорининг эса ошиши қайд этилади.

Ўтказилган гистокимёвий ва электрон микроскопик текширувлар псориазга дучор бўлган болалар организмида ўзига хос ўзгаришларни аниқлади. Болаларда экссудация жараёни кучли ривожланган бўлиб, ҳужайралар алтерацияси ҳолати яққол кўзга ташланади. Эпидермис ҳужайраларидаги кузатиладиган гликоген ва нуклеопротеидлар миқдорининг ошиши катта ёшдаги инсонларга нисбатан таққосланганда кам ривожланган бўлади. Коллаген толаларнинг ўзгаришлари эса касалликнинг ўтроқ (стационар) босқичида нисбатан сезиларли ривожланган бўлиб, кератоз жараёни устунроқ кечади.

Касалликнинг асосий тошма элементи бўлиб тугунчали тошмалар ҳисобланади, улар тарик ёки мош катталигида бўлиб, атрофидаги тери соҳаси бир оз қизарган, яъни ўткир яллиғланиш ҳошияси билан ўралган бўлади. Тугунчалар аста-секин катталашиб боришга мойил бўлади, кейинчалик эса улар ловия, ўрик данаги катталигидаги ҳажмларда бўлади. Айрим ҳолатларда эса папулалар тошмалар бир-бири билан қўшилишиб плакчалар шаклини олади.

Касаллик ўз ривожланиш жараёнининг маълум даврини ўтгач, тошма элементларининг кўпайиши ва ҳажм жиҳатидан катталашиши тўхтайди. Тугунчалар устини оппоқ кумушсимон тангачалар қоплаб олади, атроф теридаги яллиғланиш белгилари йўқолади. Псориастик тошмаларнинг камайиши ва сўрилиши уларнинг марказий қисмидан бошланади. Бундай ҳолларда ҳалқасимон, ярим ҳалқасимон тугунчалар кузатилиб, улар географик харитани эслатиши мумкин.

Болаларда псориаз касаллигининг клиник кечиши ўзига хос жиҳатлари билан ажралиб туради. Касалликнинг болаларда катталарга нисбатан оғир кўринишларда кечишига сабаб бемор болалар асаб тизими псориаз касаллигига нисбатан кенг кўламда, тартибсиз ноадекват жавоб қайтаради, натижада касаллик ўчоқларида псориастик жараёни шиш ва экссудатив яллиғланиш кўринишларида кечиб, жараённинг барча тери соҳаларига тарқалишига ҳатто бўғимларни ҳам жароҳатланишига олиб келади.

Болаларда псориаз касаллигининг илк белгилари турлича кўринишларда намоён бўлади. Уларда жараён аниқ чегараланган, қипиқланиш кўчган ҳолатида, асосан бурамаларда жойлашадиган, тирналган эритематоз ўчоқлар кўринишида намоён бўлади. Кейинчалик ўчоқларда инфильтрация ҳолати ривожланиб, улар тугунчалар шаклига айланади. Болаларда псориастик жараён кўпинча тарқоқ (80 %), кам ҳолатларда эса чегараланган ҳолатдаги кўринишларда (15 %-20 %) кечади. Кўпинча касалликнинг бирламчи тошмалари бошнинг сочли соҳаларида, кам ҳолатларда эса тана ва оёқ-қўл тери соҳаларида пайдо бўлади. Мактаб ёшигача бўлган бемор болаларда касаллик белгилари асосан юз тери соҳаларида, жинсий аъзолар атрофи соҳаларида, бошнинг сочли қисми соҳаларида, кам ҳолатларда эса оёқ ва қўллар ёзув тери соҳаларда жойлашиши қайд этилади. Ўчоқларда жараён кўринишлари экссудатив компонент билан кечади. Кўпинча тугунча ва плакчали тошмалар

сатҳида серозли экссудация ҳолати, қипиқ ва қобикланишнинг усмауст жойлашиши ҳолатлари кузатилади, айрим ҳолатларда эса уларнинг кўриниши геморрагик тус олади. Мактаб ёшидаги бемор болаларда касаллик белгилари пушти-қизил рангли, чегаралари аниқ чегараланган, сатҳи сийрак кумуш ранг оқиш қобиғлар билан қопланган тугунчалар кўринишида намоён бўлади. Тахминан бу ёшдаги бемор болаларнинг 1/3 қисмида тошмалар майда «томчилар» кўринишида намоён бўлади. Томчисимон кўринишидаги бундай тошмалар бирдан пайдо бўлиб, тезда тана, қўл ва оёқ тери соҳаларига тарқалишга мойил бўлиб, улар асосан инфекция ва вирусли касалликлар асосида вужудга келади. Бемор болаларда кенг ҳажмда бўлган плакчали тошмалар жуда кам учрайди. Касаллик асосан қичиш ҳолати билан кечади.

Псориаз касаллигининг асосий клиник белгиси бўлган тугунчали тошмалар ўзига хос хусусиятларга эга. Бундай ҳолат псориастик учликда ўз ифодасини топган. Ушбу учлик белгиси тугунчали тошмаларни буюм ойнаси ёрдамида қиртишлаш усули орқали аниқланади. Агарда тугунчали тошма буюм ойнаси ёрдамида қиртишланса, тошма сатҳидаги қипиқ ва қазғоқнинг енгил кўчиб тушиши кузатилади, бундай ҳолат стеарин доғи белгиси, деб аталади. Бу белгининг асосий сабаби гиперкератоз ҳолатидир. Тугунчали тошма сатҳи бўйлаб қиртишлашни давом эттирилганда мугуз ҳужайралари қатлами остида силлиқ, ялтироқ, юпка сатҳ кўринишида парда пайдо бўлади. Бу эпидермис ва дерма ўртасидаги мавжуд бўлган базал мембранасининг кўриниши асосида вужудга келади. Шунинг учун бу белгини оралик парда ёки терминал парда белгиси, деб аталади. Тугунчали тошма элементи бўйлаб янада қиртишлашни давом эттирилганда майда нуқтасимон кўринишида бўлган қонталашини ҳолати кузатилади. Бундай ҳолат қиртишлаш оқибатида кўчирилган базал мембрана остидаги дерманинг сўрғичсимон қаватида жойлашган капиллярлар бутунлигининг бузилиши натижасида қон кетиши орқали вужудга келади. Бундай кўринишдаги белги қонли шудринг белгиси, деб аталади.

Юқорида қайд этилган, касалликка хос бўлган учлик белгиси фақат псориаз касаллиги учун хос бўлган диагностик белги бўлиб, псориастик папулаларни бошқа касалликларда кузатиладиган тугунчалардан фарқ қилишда ёрдам беради. Аммо гўдак ёшдаги бемор болаларда касаллик белгилари ўзига хос кўринишда

бўлганлиги ва суст ривожланганлиги сабабли ушбу учлик белгисини кузатиш имкони бўлмайди. Агарда касаллик белгилари табиий бурмалар (кўлтиқ остида, чов-сон бурмасида) соҳасида жойлашган ҳолларда стеарин доғи белгиси кузатилмайди.

Псориаз касаллигининг кечишида прогрессив (кўзғалиш), стационар (сусайган) ва регрессив (тузалиш) босқичлари тафовут этилади. Касалликнинг прогрессив босқичида янги тошма элементлари пайдо бўлиши, уларнинг тартибсиз жойлашиши, атрофга қараб кенгайиб катталаниши ҳолатлари кузатилади. Тугунчали тошма элементлари ранги қизил рангда бўлиб, атрофларида ўткир яллиғланиш ҳошияси кузатилади. Тошмалар сатҳида оқ кумиш рангида бўлган қипиқ ва қобиғлар кузатилади. Жараён қичишиш билан кечади, беморлар безовталанади, уларда уйқусизлик, асабийлашиш, иштаҳанинг бузилиши каби салбий ҳолатлар кузатилади. Беморлар соғлом тери соҳаларига ўткир буюм билан таъсир этилса (игна санчилса) ёки қашланилса тахминан 3-7 кунлардан сўнг янги тугунчали тошмаларнинг пайдо бўлиши кузатилади, касалликка хос бўлган бундай белги Кебнер белгиси, деб аталади.

Касалликнинг стационар босқичида янги тугунчали тошмалар пайдо бўлмайди, эскилари эса атрофга қараб катталанишдан тўхтайдди. Тошма элементлари ранги нисбатан пушти қизил рангга киради, кўпинча кумушсимон қипиқлар билан қопланган, ҳажми катта тугунчали тошмалар ва «навбатчи пилакчалар» кузатилади. Шунингдек, касалликнинг бу босқичида ривожланишдан тўхтаган папулалар атрофида мугуз қават ҳисобига ҳосил бўлган бурмачаларни, яъни Вороновнинг сохта атрофик бурмачалари кузатилади. Касалликни ушбу босқичида беморларни салбий ҳолат – қичишиш безовта қилмайди ва псориастик учлик белгиси ушбу босқич учун хос бўлмайди. Стационар босқичи узок муддат, баъзан бир неча ойлаб давом этиши мумкин. Касалликнинг бу босқичи асосан катта ёшдаги бемор инсонларда учрайди, ёш болаларга бундай ҳолат хос бўлмайди.

Псориаз касаллигининг регрессив ёки тузалиш босқичида эса псориастик тошма элементларининг сўрилиши, яссиланиши натижасида улар сатҳида кумушсимон қипиқланиш, қазғоқланиш ҳолатининг кучайиши кузатилади ва улар кўчиб туша бошлайди. Шунинг учун папулали тошмаларнинг ранги пушти, оч пушти

рангда бўлади, улар атрофидаги терида ўткир яллиғланиш ҳошияси белгилари кузатилмайди. Беморларни қичишиш безовта қилмайди, Кебнер белгиси эса манфий бўлади. Сўрилиб кетган тугунчали тошмалар ўрнида иккиламчи гиперпигментли ёки гипопигментли доғлар кузатилади, кўпинча иккиламчи лейкодерма ҳолати кузатилади. Шу билан касаллик тузалиб, ремиссия ҳолатига ўтади.

Касалликнинг юқорида қайд этилган клиник шаклларидан ташқари экссудатив, пустулёз, бўғирлар, тирноқлар, оёқ-қўл кафти псориази ва псориастик эритродермия каби атипик клиник шакллари тафовут этилади.

Пустулёз псориаз (Цумбуш ва Барбер кўринишидаги псориаз) касаллиги мустақил равишда илк бор ёки иккиламчи вулгар псориаздан кейин бошланиши мумкин. Касаллик ўткир бошланади, беморларнинг умумий аҳволи ўзгариши, ҳароратнинг кўтарилиши, холсизлик, лейкоцитоз каби аломатлар билан кечади. Тери соҳаларида тарқоқ кўринишда бўлган эритематоз, эритематоз-шишли ўчоқлар ҳосил бўлади, кейинчалик улар бутун тери соҳаларига тарқалиб ҳар хил шаклларда бўлган тўққизил рангли ўчоқларни ҳосил қилади. Шундай асосда кейинчалик йирингли тошмалар пайдо бўлади, улар сатҳи сариқ йирингли қобиғлар билан қопланган бўлади. Касаллик оғир кўринишда кечади, ҳаттоки ўлим билан тугаши мумкин.

Касалликнинг псориастик эритродермия клиник шакли асосан ташқи муҳит шароитларининг салбий таъсири, даво чораларининг нотўғри ўтказилиши, ҳар хил дори воситаларининг истеъмол қилиниши, аллергия ҳолатлар, иммун тизимининг сусайиши натижасида ва стресс ҳолатлар оқибатида вужудга келиши мумкин. Аммо кўпгина ҳолатларда касалликнинг асл сабабини аниқлаш имкони бўлмайди. Касалликнинг кечиши бутун тана тери соҳаларининг ёппасига тўққизил рангга кириши, таранглашиши, шиши ва инфилтраланиши кўринишида бошланади. Тери сатҳларида кучли кўринишда бўлган кипикланиш, қазғоқланиш кузатилади, жараён кучли қичишиш безовталаниш, тери соҳаларининг қизиши, тиришиши, ачишиши каби салбий ҳолатлар билан кечади. Беморларда сочларнинг тушиши, лимфа тугунларининг катталашиши, йирингли паронихиялар ва улар асосида тирноқлар тузилишининг бузилиши каби ҳолатлар кузатилади. Ўз вақтида ўтказилган интенсив даво усуллари

натижасида ижобий натижага эришилади, айрим ҳолатларда эса касаллик прогнози ёмон оқибатлар билан тугайди.

Касалликнинг бўғинли шакли псориаз касаллиги тошмалари билан биргаликда ёки тошмаларсиз мустақил равишда кечиши мумкин. Артропатик псориаз бўғинларнинг деформацияланиши, шиши, уларда оғриқлар бўлиши ва оғриқ сабабли ҳаракатнинг чегараланиши каби белгилар билан кечади. Бўғинларнинг хасталаниши асосан кичик бўғинларда симметрик ҳолда кечиб, жараён асосан қўл бармоқлари бўғинларида кузатилади, кейинчалик эса жараён катта бўғинларга, ҳатто умуртқа поғонасига ҳам ўтади. Бўғинлардаги ўзгаришлар натижасида чиқишлар, контрактуралар ва анкилоз ҳолатлари кузатилади, беморлар кўпинча ногирон бўлиб қоладилар. Псориаз касаллигининг артропатик клиник шакли болаларда кам ҳолатларда учрайди. Псориаз касаллигининг ушбу клиник шакли ревматоид артрит, ревматизм, ювенил ревматод артритларидан ревматологик текширув натижаларининг махфий бўлиши, касалликнинг ўткир кечмаслиги ва юрак хасталанмаслиги билан фарқ қилинади.

Тирноқларнинг касалланиши псориаз тошмалари билан биргаликда ёки мустақил равишда кузатилади. Тирноқ пластинкалари касалланиши ангишвана ботиклиги кўринишида (нуктали дистрофия), қуш тирноғи кўринишида, ўсувчан ва ингичкаланиш кўринишида (онихогрифоз) ва тирноқ пластинкаларининг атрофияланиши (онихолизис) кўринишларида кечади. Псориаз касаллиги билан хасталанган беморларнинг 25% да тирноқ пластинкалари касалланиши кузатилади.

Давоси. Псориаз касаллиги билан хасталанган бемор болаларни даволашда ҳар бир бемор бола организмнинг умумий ҳолатидан келиб чиқиб индивудал тарзда, касаллик босқичлари, клиник шакллари, тарқалганлиги ва йўлдош касалликларининг мавжудлигини инобатга олган ҳолда олиб борилиши лозим. Бундай давонинг ўтказилишида даво воситалари таркибига седатив, антигистамин, десенсибилизацияловчи, гепатотроп, витамин, иммуномодулятор, гормонал дори воситалари ва маҳаллий малҳамлар қўлланилади. Даво чораларининг ўтказилиши нафақат мавжуд касалликнинг қўзғалиши ҳолатини даволашга, балки касалликнинг қўзғалиш частотасини камайтиришга, ремиссия ҳолати давомийлигини узайтирилишига, асоратларнинг олдини

олишга ва реабилитация ҳолатининг амалга оширилишига қаратилиши керак. Касалликни даволаш икки хил – базисли ва симптоматик даволашдан иборат бўлади. Бундан ташқари маҳаллий давонинг ўтказилиши ҳам катта аҳамият касб этади.

Псориаз касаллиги билан хасталанган бемор болаларга даво чораларининг ўтказилиши уларга гипоаллергик, элиминацион парҳезни тавсия этиш, овқат маҳсулотлари таркибидан ёғ, углеводларга бой маҳсулотларни чеклаш белгиланади. Бемор болаларга фитонцидлар (чеснок, гаримдори, пиёз), қизил рангли маҳсулотлар (томат, кетчуп, қизил мевалар), тухум, асал, шоколад, думба ёғи, қотирма гўштлар, цитрус мевалари, аччиқ, тузламали каби маҳсулотлар берилиши тақиқланади. Бемор болаларга бериладиган овқатлар оддий, витаминларга бой, ёғсиз, қуён, индюк гўштларидан тайёрланган овқат маҳсулотларидан иборат бўлиши керак.

Псориаз касаллиги асосида аллергия ҳолатининг тутган ўрни муҳим аҳамият касб этганлиги сабабли беморларга кўп ҳолатларда гипосенсибилизацияловчи таъсир этиш мақсадида кальций дори воситалари (кальций хлорид, глюконат кальций, кальций лактат), захарсизлантирувчи ва сийдик ҳайдовчи таъсир этиш хусусиятига эга натрий, калий, магний дори воситалари (натрий тиосульфат, калий хлорид, аспарагинат калий ва магний), буйрак усти беги фаолиятини жадаллаштирувчи ва зарарсизлантирувчи, яллиғланишга қарши дори воситалари қўлланилади. Касалликнинг ўткир қичишиш билан кечишида хужайралар H_1 - рецепторларини блоклайдиган дори воситаларидан антигистамин дори воситалари (фекарол, перитол, супрастин, диазолин, димедрол, дипразин, кетотифен, циметидин) қўлланилади. Болаларда касалликнинг кечишида марказий асаб тизими фаолиятининг функционал равишда бузилиши, вегетатив неврозлар қайд этилади, шу сабабли беморларга уларни тинчлантирувчи, асаб тизимини меъёрлаштирувчи дори воситалари (натрий бром, калий бром, аммоний бром) ҳамда ўсимликлардан тайёрланган дори воситалари (валериана илдизи, ялпиз, каби ўтлардан тайёрланган димламалар) тавсия этилади. Бу дори воситалари беморларда марказий асаб тизими томонида кузатиладиган безовталиқни камайтиради, уйқусизликни бартараф этади.

Гепатоцитлар фаолиятини нормаллаштириш мақсадида болаларда касалликни даволашда гепатопротектор дори воситаларидан липой

кислотаси ва карсил дори воситаларидан кенг кўламда фойдаланилади. Бундан ташқари гепатопротектор ва мембранастабиллаштирувчи хусусиятга эга бўлган эссенциал фосфолипидлар (эссенциал форте, эссенциал Н форте, эсливер форте) тавсия этилади. Болаларда псориаз касаллигининг кечишида метаболитик ўзгаришлар муҳим аҳамият касб этганлиги сабабли уларга бир вақтнинг ўзида фермент (панкреатин, фестал, мезим форте) ва витаминлар (А,С,В₁, В₆, В₁₂, РР, фолат кислотаси) тавсия этилади.

Микроэлементалар оқсиллар, гормонлар, витаминлар ва ферментлар билан боғлиқ ҳолда инсон организмида муҳим биологик вазифаларни бажаради, шу сабабли улар углевод, ёғ ва оқсил моддалари алмашинувига фаол таъсир этади. Псориаз касаллигида ёғ алмашинувининг бузилиши ҳолати кузатилганлиги сабабли липотроп дори воситалари (метионин, цистеин, липокаин) қўлланилади. Беморларни комплекс даволаш жараёнида иммун тизимини меъёрлаштириш мақсадида иммуномодуляторлар (левамизол, тактивин, тималин, иммуномодулин), иммуностимуляторлар (продигиазон, пирогенал) ва пурин ҳамда пиримидин ҳосилалари (метилурацил, пентоксил) тавсия этилади. Касалликнинг оғир клиник кўринишларида, асоратли кечишида гормон дори воситалари (преднезалан, дексаметазон, полкарталон, пресоцил) бемор болалар ёши вазни ва ушбу дори воситаларини тавсия этиш мумкин ёки мумкин эмаслигига қараб олиб борилади, ушбу дори воситаларининг салбий таъсирини олдини олиш мақсадида, албатта калий препаратларини (калий оротат, калий пангамат, панангин, аммоний хлорид) бир вақтнинг ўзида тавсия этилиши кўзда тутилиши лозим.

Псориаз касаллигининг умумий давоси албатта маҳаллий даво чораларини ўтказиш билан биргаликда олиб борилади. Касалликни кўзгалтириш даврида тери жараёнига кучсиз таъсир этадиган, индеферент крем ва малҳамлар (Унна креми, болалар креми, борат малҳами) белгиланиши мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисбланади. Псориаз касаллигини сусайган ҳолатларида ёки стационар босқичларида тошмаларнинг сўрилиши жараёнини тезлаштириш мақсадида олтингугурт, салицил кислотаси малҳамлари, нафталан, ихтиоллардан тайёрланган малҳамлар тавсия этилади. Уларнинг миқдори касалликда кузатиладиган жараённинг кечишига қараб аста-секинлик билан 2-5-10-20 % ва ундан ҳам кўпроқ ошириб борилади. Касалликни маҳаллий даволаш албатта глюкокортикоид

(дермовайт, адвантан, элаком, преднизалон, фторокорт, флюцинар, лоринден, целестодерм ва ҳ.к.) малҳамларининг қўлланилиши билан олиб борилади. Бундан ташқари болаларда касалликни маҳаллий даволашда таркибида А,Е,Д витаминларини тутадиган крем ва малҳамлар кенг қўлланилади. Бу дори воситалари бемор болалар тери шохланишини яхшилайти, регенерация жараёнини эса стимуллайти. Псориаз касаллигининг сусайган ҳолатларида, стационар босқичларида даволаш масканларида даволанишлар (куёш нурлари, денгиз ва қўлларда чўмилиш, сероводород ҳовузларидан фойдаланиш) даволаш самарасини оширади, касалликни яширин даврининг узайишига ва қайталаниш муддатининг қисқаришига олиб келади.

Қизил ясси темиртки

Қизил ясси темиртки касаллиги сурункали касаллик бўлиб, тери ва шиллик қаватларда мономорф тугунчали (папулалар) тошмаларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Дерматологик касалликлар ичида ушбу касаллик билан хасталаниш 1 %ни ташкил этади. Касаллик билан асосан катта ёшдаги инсонлар ва кам ҳолатларда эса болалар хасталанади. Касалликнинг келиб чиқиши сабаби асосида инфекция ва вирусли омиллар, нейроген ҳолат, модда алмашинуви жараёнини бузилиши ҳамда касалликка нисбатан бўлган ирсий мойиллик ҳолатларининг аҳамияти муҳим эканлиги қайд этилади. Кўпинча касалликнинг келиб чиқишида стресс ҳолатлари ҳамда асаб тизими фаолиятининг бузилиши каби ҳолатлар муҳим ўрин тутайди. Касаллик асосида инфекция ва вирусли ҳолатнинг мавжудлиги ушбу ҳолатларга нисбатан ўтказилган даво чораларининг самарали бўлиши билан ҳам тасдиқланади. Қизил ясси темиртки касаллиги билан хасталанган беморларда қандли диабет, семизлик ва оксил алмашинувининг бузилиши каби касалликларнинг вужудга келиши касаллик асосида гормонал ҳамда моддалар алмашинуви ҳолатларининг бузилиши ётишидан далолат беради.

Қизил ясси темиртки касаллигида тошмалар мономорф тугунчалар шаклида намоён бўлади. Тугунчалар ясси ҳамда полигонал кўринишда, сатҳлари эса ялтироқ бўлиб, тўққизил ёки гулсафсар рангда бўлади, марказий қисмида эса нуқтасимон ботиқлик кузатилади. Уларнинг катталиги тарик, тўғноғич боши

катталигида бўлиб, айрим ҳолатларда улар ҳажми катталашиб бири-бири билан қўшилишга ва плакчалар ҳосил қилишга, айрим ҳолатларда эса турли шакли ўчоқларни ҳосил қилишга мойил бўлади. Касаллик тошмалари асосан қўл ва оёқларнинг букув соҳаларига, баданга, жинсий аъзолар соҳасига ҳамда шиллик қаватларга тошиши кўринишида намоён бўлади. Жараённинг кечиши касалликни кўзғалиш даврида қичишиш билан кечади. Тугунчали тошмалар ёки плакчали ўчоқлар юзасида қўнғир ранг кўринишдаги нуқталарнинг чизиқсимон тўрлар орқали кўриниши кузатилади. Бундай ҳолатни ўчоқлар юзасига ўсимлик мойи суртиб кузатилса, ушбу ҳолат яққол кўринади. Тошмаларнинг бундай кўринишда бўлиши донадор қаватнинг гипертрофияси ва уни эпидермиснинг шохсимон қавати орқали яққол кўришиб туриши билан изоҳланади. Касалликка хос бўлган бундай белги Уикхем тўри белгиси, деб аталади. Қизил ясси темиратки касаллигига хос бўлган Уикхем тўри белгисини тери эпидермис қаватининг йўқ соҳаларида, жумладан, шиллик қаватларда яққол кузатиш мумкин.

Қизил ясси темиратки касаллигининг кечишида 3 та босқич – ривожланувчан (прогрессив), касалхона (стационар) ва тузалиш (регрессив) босқичлари тафовут этилади. Касаллик сурункали кечиб, бир неча ой ва йиллар давом этиши мумкин. Касалликнинг кечишида тирноқ пластинкаларининг зарарланиши ҳам кузатилади. Дастлаб, тирноқ пластинкалари ранги лойқа ранг тусини олади ва деформацияга учрайди, аввалига тирноқларнинг бўйламасига қалинлашиши кузатилади, кейинчалик эса гиперкератотик йўллар ҳосил бўлади.

Болаларда қизил ясси темиратки касаллигининг кечиши улар терисининг гидрофиллик хусусиятга эгалиги ва қон томирлар билан кўп миқдорда таъминланганлиги сабабли экссудатив кўринишда бўлади. Шунинг учун ҳам уларда тошма элементлари тўққизил ёки гулсафсар рангида бўлиб, тугунчали тошмалар сатҳида пуфакчали ёки пуфакли тошмалар кузатилади. Касалликнинг бундай кўринишда кечиши пуфакчали ёки пуфакли клиник шакллари, деб номланади. Бундан ташқари болаларда касалликни сўгалсимон, атрофик, ўткир учли, ҳалқасимон ва монилиформ кўринишдаги атипик клиник шакллари ҳам тафовут этилади.

Касаллик ташхиси касалликни клиник белгилари ҳамда гистологик текширувлар натижаларига асосан қўйилади. Қизил ясси

темиратки касаллигини қичимали темиратки ва захм касаллиги билан таққосланади. Қичимали темиратки касаллигида тугунчали тошма элементлари ранги қизил рангда бўлиб, тошмалар атрофида ўткир яллиғланиш ҳошияси кузатилади. Тошмалар сатҳида оқ кумуш рангида бўлган қипиқ ва қобиғлар билан қопланган бўлади. Псориастик учлик белгиси кузатилади. Тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг ёзув соҳаларига тошади. Қичимали темиратки касаллигида тугунчали тошмалар асосан юзасининг қипиқ билан қопланганлиги ва псориастик учлик уни мазкур касалликдан ажратишда ёрдам беради.

Захм касаллигида эса тугунчали тошмалар ўзига хос кўриниши билан ажралиб туради, тошмалар сатҳида қипиқланиш Биет ёқаси кўринишида бўлади, Уикхем белгиси кузатилмайди, серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади. Қизил ясси темираткига хос яна бир белги – бу қичишиш белгисидир. Касалликнинг барча даврларида беморларни қичишиш безовта қилади, баъзан жуда кучли қичишиш пайдо бўлиб, беморлар ўз баданини тимдалаб ташлайдилар. Бундай белги захм ва қичимали темиратки касалликларига хос бўлмайди.

Қизил ясси темиратки касаллигини даволашда дастлаб даво чораларини сурункали инфекция ўчоқларини даволашга қаратиш лозим, омилкор бўлган сабабларни, жумладан, неврологик, модда алмашинуви ва иммунологик бузилиш ҳолатларини меъёрга келтириш зарур. Касалликнинг прогрессив босқичида бемор болаларга антибиотик дори воситалари уларни ёшига ва тана оғирлигига нисбатан олган ҳолда тавсия этилади. Антибиотиклардан макролидлар ва тетрациклин каби дори воситалари яхши натижа беради ва улар бемор болаларга 7-12 кунлар давомида белгиланади. Шунингдек, бемор болаларни даволашда тинчлантирувчи (бром валериана, триоксазин, сибазон), антигистамин (димедрол, фенкарол, тавегил, перитол), витамин (В1, В12, В15, С, никотин кислотаси), десенсибилизацияловчи (кальций глюконат, тиосульфат натрий, кальций хлорид), иммуномодулятор (тимален, иммуномудулин, тактивин) каби дори воситалари тавсия этилади. Кучли қичишиш билан кечадиган, невротик ҳолатларда эса беморларга бром ва валериана эритмалари ҳамда кичик транквилизаторлар (тазепам, азафен, мебикар, рудотел) тавсия этилади. Касалликнинг кечиши тарқоқ, эритродермик ҳолатга мойил бўладиган кўринишларда

кечса, ундай ҳолатларда беморларга глюкокортикоид дори воситаларини (преднезалон, дексаметазон, урбазон), анаболитик дори воситалари билан биргаликда (калий ората, метилурацил, фитин) тавсия этилади. Кейинги йилларда касалликни даволашда гипноз, игна билан даволаш усуллари кенг қўлланилмоқда.

Касалликка маҳаллий даво чораларининг ўтказилиши, касалликни қандай кўринишда, зўриқишда ва оғирликда кечишига қараб олиб борилади. Касалликда қичишиш ҳолати зўрайган пайтларда глюкокортикоид малҳамлар (целестодерм, лоринден, оксикорт, фторокорд, дермовайт) тавсия этиш мақсадга мувофиқ бўлади. Касалликни кечиш жараёни сусайган пайтларида эса сўрилиш жараёнини тезлаштирувчи малҳамлар (нафталан, ихтиол, олтингугурт) белгилан лозим. Бемор болаларни даволашда, айниқса, мактаб ёшидаги болаларни даволашда электр ёрдамида ухлатиш (электросон) ёки уни гипноз билан биргаликда ўтказилиши тавсия этилади, гидрокортизон билан фонофорез қилиш, УВЧ билан даволаш усуллари ўтказилиши самарали натижалар беради. Касалликни сўгалсимон клиник турларини эса суяқ азот, датермокоагуляция усуллари орқали даволаш тавсия этилади ва Букки нурларидан фойдаланилади.

Парапсориаз

Парапсориаз касаллиги атамасини биринчи мартаба 1902 йилда тиббиётга олим Брок киритган. Касаллик табиатига кўра псориаз касаллигига ўхшаш бўлганлиги учун ҳам шундай номланган. Парапсориаз касаллигининг клиник жиҳатдан 3 хил тури тафовут этилади: томчисимон, плакчали ва лихеноид турлари. Улар ичида асосий ўринни томчисимон клиник тури ташкил этиб, ушбу тур билан кўпинча болалар хасталанадилар. Касалликни келиб чиқиши асосида инфекция ҳамда токсик ҳолатнинг аҳамияти муҳим ҳисобланади. Бемор болаларда турли хил ўчоқли инфекциялар мавжудлиги (сурункали ангина, гайморит, франтит, ларингит, паротит) ҳолати қайд этилади.

Томчисимон парапсориаз касаллиги 3 хил ўткир, ярим ўткир ва сурункали клиник кўринишларда кечади. Улар ичида касалликни сурункали клиник кечиши кўпроқ қайд этилади. Касалликнинг ушбу клиник шаклида тошмалар пушти, тўқ қизил рангли тугунчалар

кўринишида, асосан бемор танасининг ён тери соҳаларида, қўл ва оёқ соҳаларида намоён бўлади. Беморларнинг умумий аҳволи ўзгармайди, уларни салбий шикоятлар безовта қилмайди. Тошмалар бошнинг сочли соҳаларида, юз тери соҳаларида ва қўл-оёқ кафт юзаларида учрамайди. Тугунчали тошмалар тарик, тўғноғич боши катталикларида бўлиб, улар қаттиқ таркибли, силлиқ юзали бўлади. Тошма юзалари қиртишлаб кўрилганда улар юзасида кепаксимон қипиқланиш кузатилади, агарда қиртишлаш қаттиқроқ давом эттирилса у ҳолда майда нуқтали қон қуйилиши кузатилади (пурпул белгиси). Вақт ўтиши билан эса тошма элементларининг сўрилиши ва орқага қайтиш жараёни кузатилади, бу вақтда тошмалар юзасида нозик кўринишда қипиқланиш кузатилади, ушбу қипиқлар кўчирилса, худди «булутча» кўринишида бутунлай кўчиб тушади. Тугунчали тошмалар ўрнида кейинчалик иккиламчи лейкодерма қолади. Томчисимон парапсориаз касаллигининг ўткир клиник кечишида касаллик белгилари тўсатдан бошланади, тошмалар полиморф кўринишида, тўғноғич катталигида бўлиб, уларнинг марказий қисми қонталашади, кейинчалик эса улар ўрнида қора-кўтир, қонталашган пўстлоқлар кузатилади. Айрим вақтларда тошмалар худди чечак касаллиги йиринглари кўринишида ёки пушти қизил тугунчалар кўринишида намоён бўлади. Касалликнинг ушбу клиник турида шиллиқ қаватларда ва жинсий аъзолар соҳаларида тошма элементларини оқиш, пушти қизил тугунчали тошмалар тарзида кузатиш мумкин. Беморлар умумий аҳволининг ўзгариши кузатилади, уларни тана хароратини кўтарилиши, холсизлик, периферик лимфа тугунларининг катталашини кузатилади. Касаллик узок вақт қайталама кечиши тошмалар ўрнида муҳрланган кўринишда чечак касаллигида кузатиладиган чандиқлар қолиши мумкин. Парапсориаз касаллигининг ўткир ости кўринишида ҳам касалликнинг худди сурункали кўринишида кузатиладиган қонталашган тугунчали тошмалар кузатилади.

Касалликка ташхис қўйишда иккиламчи тугунчали захм касаллиги билан таққосланади, бу вақтда беморларни Вассерман реакцияси текширилади, пушти ранг темирлатки касаллиги билан таққослаш ташхиси ўтказилганда «она» доғи тошмаларининг аниқланишига, қизил ясси темирлатки касаллиги тошмалари билан таққослаганда эса тугунчали тошма элементларининг ясси, ялтироқ марказий қисмидаги нуқтасимон ботикликка, гуруҳланишга

мойиллиги ва жараённинг қичишиш билан кечиши ҳолатларига эътибор бериш лозим. Парапсориаз касаллигининг ўткир кечиши ҳолатларида касаллик белгиларини сувчечак касаллиги билан таққослаш лозим. Маълумки, сувчечак касаллигида беморларнинг умумий ҳолати ўзгариши, тана ҳароратининг юқори бўлиши, тошма элементларининг юз тери соҳаларида ва бошнинг сочли соҳаларида кузатилиши, жараённинг қичишиши билан кечиши ва тезда тузалиши каби кўринишларда кечиши парапсориаз касаллигини ушбу касалликдан ажрата билишга асос бўлади.

Касалликка даво чораларининг ўтказилиши билан бир вақтнинг ўзида беморларда мавжуд бўлган инфекция ўчоқларини даволаш лозим. Шу мақсадда бемор болаларга кенг қамровли антибиотик дори воситалари тавсия этилади. Касалликни комплекс даволашда кальций препаратлари (хлорид ва глюконат кальций), антигистамин дори воситалари (фенкарол, перитол, супрастин, диазолин), витаминлар (А, Е ва Д₂, рибофлавин, фолат ва никотин кислоталари, пантотенат кальций) белгиланади. Касалликнинг ўткир ва тарқоқ кўринишда кечадиган ҳолатларида беморларга глюкокортикоид дори воситалари бемор болалар 1 кг тана оғирлигига нисбатан белгиланиб, 10-14 кун мобайнида тавсия этилади. маҳаллий даво кортикостероид малҳамларининг тавсия этилиши билан олиб борилади.

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Умумий маълумотлар

Терининг замбуруғли касалликлари учраш частотаси бўйча терининг йирингли касалликларидан кейинги иккинчи ўринда туради. Замбуруғлар тузилиши жиҳатидан тубан ўсимликлар туркумига мансуб бўлиб, ўсимликлардан таркибида хлорофилл моддасининг йўқлиги билан фаркланади. Замбуруғлар табиатда кенг тақалган бўлиб, асосан ҳавода, тупроқда, сув ҳавзаларида, ўсимликлар, ҳайвонлар ва ниҳоят инсонлар орасида учрайди. Ҳозирга вақтга келиб замбуруғларнинг 150000 дан ортиқ тури маълум бўлиб, уларнинг асосий қисми табиатда сапрофит ҳолатда учрайди. Касаллик чақирадиган патоген замбуруғлар асосан анаэроб муҳитда, яъни кислород йўқ шароитда яшайди ва фаолият кўрсатади. Замбуруғлар ҳаёти учун азот, углевод ва минерал моддалар зарур бўлиб, улар учун қулай муҳит шароити $pH=6-6,4$ ни, мўътадил ҳарорат эса $22-37^{\circ}$ ни ташкил этади. Замбуруғлар думалок, чўзинчок, найсимон, шохсимон шаклларга эга бўлиб, улар таналарининг, яъни мицелияларининг узунлиги 4-5 ммк дан 60-70 ммк гачани ташкил этади. Замбуруғли касалликларнинг вужудга келишида ташқи ва ички муҳит шароитлари муҳим роль ўйнайди. Замбуруғларларнинг яшаши, кўпайиши ва фаолият кўрсатиши учун уларга қулай ва ноқулай шароитлар ўз таъсирини кўрсатади. Уларга қулай бўлган шароитларга паст ҳарорат, қоронғулик, намлик ва кислородсиз муҳит, ноқулай бўлган шароитларга эса қуруқ сатх, ёруғлик, кислородли муҳит ва юқори ҳарорат киради. Замбуруғлар асосан ўртасидан бўлиниб ёки куртакланиб кўпаяди. Улар сунъий экиш майдонларида ўзига хос бўлган колониялар ҳосил қилиш хусусиятига эга.

Дерматомикозларнинг шаклланиш жараёни замбуруғларнинг касаллик кўзғатиш даражасига ва макроорганизмнинг иммунобиологик хусусиятларига, беморлар ёшига, жинсига ва улар эндокрин безларининг ҳолатига боғлиқ. Бунда эпидермис ва дерма қаватининг сўрилиш хусусиятининг кучайиши, кўп терлаш, терининг ўзига хос

кимёвий таркиби муҳим роль ўйнайди. Замбуруғли касалликларнинг болалар ўртасида, айниқса, мактаб ёшидаги болаларда учраш ҳолати болаларда тери эпидермис ва соч хужайралари таркибида кератинин маоддасининг етарли даражада эмаслиги, терининг сув-ёғ ҳимоя қавати рН муҳитининг ишқорли ёки мўътадил даврга ўтиши замбуруғларнинг фаоллашишига ва вирулентлик даражасининг кучайишига олиб келади. Айниқса, сурункали ва юқумли касалликлар билан хасталанган, заифлашган болаларда дерматомикозлар кўпроқ учрайди. Касаллик манбаи бўлиб бемор инсон ёки бемор ҳайвонлар ҳисобланади, улардан соғлом инсонларга касаллик тўғридан тўғри маиший алоқалар натижасида ёки билвосита, яъни беморлар истеъмолида бўлган буюмлар (кийим-кечак, идишлар, ўйинчоқлар ва ҳ.к.) орқали юқади. Касаллик юққандан сўнг касалликнинг клиник белгилари тери, соч, тирноқлар ва шиллик қаватларда намоён бўлади ва ривожланади.

Ҳозирги кунда терининг замбуруғли касалликларини ўрганишда 1978 йилда Н.Д. Шеклаков тамонидан таклиф этилган классификациядан фойдаланиб келинмоқда, ушбу классификацияга асосан забруғли касалликлар қуйидагича синфланади: Кератомикозлар - бу турдаги замбуруғлар асосан эпидермиснинг мугуз қаватини зарарлайди. Мазкур гуруҳга кепаксимон темиртки ва тугунли трихоспория касалликлари киради. Дерматофитиялар - буларга трихофития, микроспория эпидермофития, рубромикоз ва фавус (каллик) касалликлари киради. Бу касалликларни чақирувчи замбуруғлар патоген замбуруғлар бўлиб, уларни дерматофитлар, деб аталади. Ушбу замбуруғлар тери эпидермис қаватини, асл терини, яъни дермани ва тери ортиқларини (сочларни ва тирноқларни) зарарлайди. Кандидозларни —, яъни ачитқили замбуруғ касалликларини *candida albicans* синфига мансуб бўлган замбуруғлар кўзгатади, касалликда тери, шиллик қаватлари, тирноқ пластинкалари ва ички аъзолар зарарланади. Кандадомикозлар юзаки (тери, шиллик қаватлар, кандидозли онихия ва паранихиялар) ва системли (висцерал) кўринишларда кечади. Бундан ташқари болаларда кузатиладиган сурункали тарқоқ гранулёматози ҳамда кандидамикидлар (иккиламчи аллергик тошмалар) кўринишида намоён бўлади. Чуқур микозлар - тери ва шиллик қаватларни ҳамда ички аъзоларни чуқур йирингли ва некротик ўзгаришлар тарзида

кечади. Уларга бластомикоз, гистоплазмоз, хромомикоз, актиномикоз, кокцидиозлар киради.

Кератомикозлар

Кепаксимон ёки ранг-баранг темиратки касалликнинг кўзғатувчиси *Phytosporum orbiculare* бўлиб, касалликда фақат эпидермиснинг шох қавати зарарланади, шунинг учун ҳам яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Касаллик тери соҳаларида яллиғланмаган пушти, сариқ, жигарранг, тўқ- кўнғир ранг кўринишида бўлган, худди сутнинг кофе билан аралашмаси рангини эслатиб турадиган тошмалар тошиши билан намоён бўлади. Доғли тошманинг устки юзаси одатда кепаксимон қипиқлар билан қопланган бўлганлиги учун ушбу касаллик кепаксимон темиратки, деб ном олган. Тошмалар кўкрак, бўйин, елканинг юқори қисми, кураклар ўртасида ҳамда бўкса ва қорин тери соҳаларида жойлашади. Кепаксимон темиратки касаллигининг келиб чиқишига асосан шахсий гигиена ҳолатларига риоя қилмаслик, кўп терлаш ва сунъий матолардан тикилган кийимларни узоқ вақт давомида кийиб юриш каби ҳолатлар сабабчи бўлади. Касаллик ойлаб ва йиллаб давом этиши мумкин. Субъектив беморларни ҳеч нарса безовта қилмайди, баъзан эса енгил қичишиш ҳолати кузатилиши мумкин. Касаллик белгилари беморларда баҳор ва куз фасллари пайдо бўлиб, қишнинг совуғи ва ёзнинг жазирама иссиғида эса йўқолиб кетади. Офтобда тобланган ёки маҳаллий даво чораларини олган беморларда қипиқланиш ҳолати кузатилмайди ва ўчоқларда ҳосил бўлган доғларнинг ўрнида ранги оқариб кетган депигментациялар пайдо бўлади (сохта лейкодерма). Бундай ҳол витилиго (пес) касаллиги белгиларини эслатади. Бироқ йодли синов усули (Бальцер синови) орқали кепаксимон темираткани витилиго касаллигидан ажратиш мумкин бўлади, яъни ғоваклашган шох қават ҳужайралари йоднинг спиртли эритмаси суртилганда бўёқларни ўзига кўп қабул қилиб олади, натижада эса зарарланган тери соҳаларида доғли тошмалар тўқ рангларга бўялади. Захм лейкодермасидан кепаксимон темиратки касаллиги «тирноқ билан уриш» синамасининг (Бенье белгисининг) мусбат натижаси билан, яъни зарарланган ўчоқларда яширин қипиқланиш жараёни кетаётганлиги билан фарқланади. Доғли соҳалар люминесцент лампаси (ВУД лампаси) орқали ёғдулантирилганда доғли тошмалар юзаси кўнғир рангда товланади.

Ранг-баранг темиратки касаллигини даволашда замбуруғларга қарши дори воситалари қўлланилади. маҳаллий даволашда 2-5 %ли салицил кислотасининг спиртли эритмаси, 10-20 %ли олтингугурт малҳами, нитрофунгин, Андриасян суяқлиги, «Тербезил», «Ламизил», «Низорал» ва «Орунгал» малҳамларини суртиш самарали наф беради. Фунгицид эритмалар билан фунгицид малҳамларни навбатма-навбат қўллаш мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, касалликни даволашда 3–7 кун мобайнида аввал 60% ли гипосульфат натрий эритмасини, кейин эса 6% ли ош тузи кислотаси эритмаларини кетма-кет (Демьянович усули) суриш (болаларга эса 40 % ва 4 %ли эритмалар тарзида) орқали ижобий натижаларга эришиш мумкин.

Эритразма касаллиги сапрофит замбуруғлар кўзгатадиган терининг замбуруғли касаллиги бўлиб, касаллик ўчоқлари асосан чов, қўлтиқ ости соҳаларида, аёлларда эса сут безлари бурамалари, сон соҳаларида сарғиш-жигарранг ёки пушти-қизил ранг ўчоқлар тарзида пайдо бўлади ва касалликда асосан эпидермиснинг мугуз қавати зарарланади. Касаллик асосан эркакларда ва уларнинг тери бурмаларида кўпроқ учрайди. Касаллик кўзгатувчиси *Corynebacterium minutissimum* замбуруғи фақат эпидермис қаватида жойлашади, тирноқ ва сочларни эса зарарламайди. Касалликка олиб келувчи омиллар патогенезида организмнинг индивидуал хусусиятлари, кўп терлаш, тернинг кимёвий таркиби, ҳавонинг намлиги, юқори ҳарорат каби ҳолатлар муҳим аҳамият касб этади. Касаллик майший алоқалар (сочик, чойшаб, ҳаммом жиҳозлари) ҳамда жинсий алоқалар орқали ҳам юқиши мумкин.

Чов соҳаси, қўлтиқ ости соҳаларида, аёлларда эса сут безлари бурамалари соҳаларида кескин ажралиб турадиган, яллиғланмаган, оч-жигарранг ёки қизил-жигарранг тусли доғлар кузатилади, баъзан бу доғлар оёқ панжаси ораларида ҳам учрайди. Бундай доғли тошмалар бир-бирлари билан қўшилишиб четлари тугмача кўринишда бўлган катта-кичик ўчоқларни ҳосил қилади. Ўчоқлар юзаси сал пўст ташлайди. Доғлар усти силлиқ ва майин кепакланувчи қатқалоқлар билан ёпилган ҳолда бўлади. Баъзида ўчоқлар атрофида озгина кўтарилиб турувчи ҳошиялар кузатилади, маркази эса оқариб, кўнғирранг кўринишида пигментацияланади. Болаларда эритразма касаллиги кам ҳолларда учрайди. Кўп терлайдиган, семиз ва ўзига қарамайдиган инсонларда касаллик тез-

тез кўзғалиб туради, одатда субъектив шикоятлар бўлмайди, лекин баъзида енгил қичишиш кузатилади. Касаллик ёз фаслларида юзага келиши мумкин, кучли терлаш ва терига керакли даражада қаралмаслик ўчоқлар устида енгил яллиғланишларнинг вужудга келишига сабабчи бўлади

Касалликка ташхис касалликнинг клиник кўриниши ва лаборатория натижаларига асосланиб қўйилади. Люминесцент лампа орқали текширилганда касаллик ўчоқлари ғишт ранг, қизил бўлиб товланади, чунки касаллик кўзғатувчи замбуруғ ҳаёт фаолияти давомида сувда эрувчи порфирин ишлаб чиқаради. Эритразмани чов эпидермофитияси, себореяли экзема, псориаз, рубромикоз каби касалликлари билан таққослаб фарқланади. Чов эпидермофитиясида ўчоқлар чегаралари биров кўтарилган, эпидермис сатҳи ишқаланган ҳолда бўлади, ўчоқлар атрофида ҳошиялар жойлашади, ўчоқлардаги пуфакчаларнинг яллиғланиши ва қичишиш кузатилади. Чов-сон бурмаларида жойлашган рубромикоз касаллиги эритразмадан ўчоқлар четидаги яллиғланган ҳошиянинг узилиб-узилиб жойлашганлиги билан, кўпинча оёқ кафтлари териси ва тирноқларнинг биргаликда зарарланганлиги ва турли даражадаги қичишишларнинг кузатилиши билан фарқланади. Ранг-баранг темираткидан эритразма касаллиги ўчоқлар жойлашуви ва улар ўчоқларининг ранги билан фарқланади.

Худди кепаксимон темиратки каби касалликни даволашда кипиқларни туширадиган ва дезинфекцияловчи дори воситалари тавсия этилади. Давонинг ўтказилиши худди ранг-баранг темираткидек олиб борилади, лекин дорилар кам концентрацияда қўлланилади, чунки эритразма касаллиги ўчоқлари тананинг пастки бурма соҳаларида жойлашганлиги учун шундай қилинади. Касалликни даволашда 5 %ли эритромицин малҳамини қўллаш кўпроқ терапевтик натижа беради. Бу вақтда давони двомийлиги 12-18 кунни ташкил этади. Касалликни тарқоқ кўринишларда бўлганлигида беморларга 1 г миқдорида эритромицин дори воситасини ичиш тавсия қилинади, маҳаллий эса 2 %ли йод эритмаси ва нитрофунгин эритмалари қўллаш тавсия этилади.

Касалликни олдини олишда шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш, ич кийим, пойафзалларни дезинфекциялаш, кўп терлаш ҳолатини олдини олиш каби тадбирлар муҳим ҳисобланади. 2 %ли салицил спирти билан артиб туриш ва 5-10 %ли борат кислотаси

упалари билан упалаш касалликни олди олишнинг гарови бўлиб ҳисобланади.

Дерматофитиялар

Эпидермофития касаллиги юқумли замбуруғли касаллик бўлиб, касаллик билан силлиқ тери соҳалари, тирноқ пластинкалари зарарланади. Касалликнинг 2 та клиник тури: оёқ кафти эпидермофитияси ва катта бурамалар (чов соҳаси) эпидермофитиялари тафовут этилади.

Чов эпидермофитиясини кўзгатувчиси *Epidermophyton inguinale Sabourand (E.floccosum)* бўлиб ҳисобланади. Касаллик асосан жамоат ҳаммомларида, ювиниш хоналарида, суаналарда, сув ҳавзалари қирғоқларида умумий ювиниш жиҳозлари ва буюмлари орқали (тоғора, мочалка, чойшаб, ич кийими, сочиқ, термометрлар) юқади. Касаллик ривожланишига чов-сон катта бурмаларининг терлаши ҳолати сабабчи бўлади. Айниқса, семиз одамларда ва қандли диабет билан хасталанган беморларда, нам боғламлар билан боғланган терида кўп кузатилади. Кўпинча касаллик билан эркаклар хасталанади, болалар ва ўспиринларда эса касаллик кам кузатилади.

Касалликда одатда чов соҳасини (сон-мойк бурмалари), сон ички юзалари, қов соҳаси, қўлтиқ ости бурмаларининг зарарланиши кузатилади. Баъзида патологик жараён кўкрак, қорин соҳасига, сут безлари ости соҳаларига тарқалади. Касаллик белгилари аввалига соннинг ички юзаларида катталиги тангадек келадиган пушти қизил рангли доғларнинг пайдо бўлиши билан бошланади, уларнинг чегаралари аниқ бўлиб, тери сатҳидан бироз кўтарилиб туради. Тошмалар юзасида майда пуфакчалар, йирингчалар бўлиб, марказида кепаксимон тангачалар кузатилади. Доғли тошмалар йирик ўчоқларни ҳосил қилиб, бир-бири билан қўшилишга мойил бўлади. Улар атрофга қараб кенгайиб бориб, ўртаси эса оқара бошлайди ва ҳалқасимон шаклни ҳосил қилади. Беморни қичишиш, ачишиш ва оғриқ каби салбий ҳолатлар безовта қилади. Касаллик бошланишида ўткир кечади, кейинчалик эса сурункали тус олади. Касалликнинг ўзига хос бўлган клиник манзарасини ўчоқлардан олинган қириндиларда замбуруғ мицелийларини, озиқа муҳитларида эса уларга хос бўлган замбуруғлар культурасини аниқлаш орқали ташхис қўйиш муҳим роль ўйнайди. Чов эпидермофитияси руброфития, терининг катта бурмалари кандидози, эритразма,

бичилиш, терининг катта бурмалари экземаларидан таққослаб фарқланади. Касалликни даволашда агар жараён ўткир кечса, яллиғланиш кучли бўлса ўчоқларга 0,25 %ли кумуш нитрати, 1- 2 %ли резорцин, 2 %ли борат кислотаси эритмалари ва бошқа совуқ ҳўллаб-қуритгичлар (примочкалар) қўйилади. Зарарланган ўчоқларга 1-2 %ли йодли димламаси, 3-5 % олтингурут, қорамой малҳамлари, бундан ташқари эса фунгицид дори воситаларидан нитрофунгин, микосептин, амиказол, Вилькинсон малҳамлари қўллаш тавсия этилади. Касалликнинг ўткир ва тарқалган кўринишларда кечиши ҳолатларида беморларга умумий даво чоралари (антигистамин, десенсибиловчи препаратлар) қўлланиши тақозо этилади. Касалликни олдини олишда терлашга қарши курашиш, моддалар алмашинувини коррекциялаш, умумий ишлатиладиган предметларни яхшилаб дезинфекциялаш зарур.

Оёқ кафти эпидермофитияси касаллигини *Trichophyton interdigitale mentogrophytes* замбуруғи қўзғатади. Касалликнинг асосан ҳаммомларда, ювиниш хоналарида, сув ҳавзаларида, спорт залларида юқиши қайд этилади. Касаллик қўзғатувчи замбуруғлар шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, бировларнинг оёқ кийимларини кийиш орқали юқади. Касаллик қўзғатувчи замбуруғлар оёқ панжаси юзаларига, бармоқлараро соҳаларга ва бемор тирноқларига юқиши натижасида бир неча кунлардан сўнг касаллик белгилари юзага чиқади. Оёқ кафти эпидермофитиясини келиб чиқишида ва авж олиб боришида бемор организмнинг индивидуал хусусиятлари, жумладан, оёқ панжасининг кўп терлаши, тери кимёвий таркибининг бузилиши, организмнинг умумий ҳолати, асаб тизимининг функционал ҳолати кабилар катта аҳамият касб этади. Узоқ вақт беморларни резина пойафзалларда юришлари натижасида оёқ томирлари тонусининг бузилиши, натижада эпидермис қаватига замбуруғларнинг тушишига, унинг яхлитлигининг бузилишига (бичилиш, микротравма, ишқаланиш) имкон яратилади. Касалликнинг қуйидаги клиник шакллари тафовут қилинади: сквамоз, интертригиноз, дисгидротик ва тирноқлар эпидермофитияси турлари. Сквамознинг клиник шакли оёқ панжалари, товон соҳалари оралиғидаги бурмалар терисида, пластинкасимон пўст ташлашлар билан намоён бўлади. Бу соҳалар териси оч рангли кўринишда бўлиб, юзаси оқиш кулранг қипиқлар билан қопланади. Қипиқлар вақти-вақти билан тўкилиб туради.

Бемор ҳеч нарса сезмаслиги ҳам мумкин, биров қичишиш кузатилади. Сквамоз клиник шаклидан дисгидротик клиник шаклига ўтиб кетиш эҳтимоли бор. Интертригиноз шаклида касаллик белгилари 4- ва 5-, 4- ва 3- бармоқлар орасидаги тери юзаларининг пўст ташлаши, хўлланиши, ёрилиши билан кузатилади. Бармоқлар оралиғида пуфакчалар пайдо бўлиб, ёрилиб шилиниш ҳолати вужудга келади. Жараён бармоқлар орасидаги бурмалардан оёқ қафти терисига тарқалади. Беморларни интенсив қичишиш ва эрозиялар ҳисобига оғриқлар безовта қилади. Дисгидротик клиник шакли оёқ панжасининг ён юзаларида, оёқ қафти гумбази соҳаларида пуфакчали ва пуфакли тошмалар пайдо бўлиши билан кечади. Улар баъзан юза ва чуқур жойлашади. Кўпинча майда пуфакчалар қўшилиб пуфакларни ҳосил қилади, пуфаклар ёрилиб эрозияларни ҳосил қилади. Баъзи пуфакчалар қуриб, қора қўтир билан қопланади. Субъектив беморларни кучли қичишиш ва оғриқ безовта қилади. Касаллик узоқ давом этади ва тез-тез баҳор ва ёз ойларида қайталаниб туради. Тирноқлар эпидермофитияси (они-хомикоз) бош ва жимжилоқ бармоқ тирноқларининг зарарланиши кўринишида намоён бўлади. Касаллик белгилари тирноқларнинг эркин қисмларида, четларида ва тирноқ пластинкаси юзаларида сариқ доғлар пайдо бўлиш билан бошланади, кейинчалик тирноқлар хиралаша бошлайди, қалинлашади, мўртлашади ва уваланадиган бўлиб қолади. Оёқ қафти эпидермофитияси билан оғриган беморларнинг 20-30 %да тирноқ пластинкалари зарарланади. Оёқ қафти эпидермофития касаллигининг ташхиси клиник кўринишлар ва лаборатория текширувларига асосланиб қўйилади. Шундан сўнг эса даво чоралари ўтказилади. ёқ қафти эпидермофития касаллигини даволашда албатта касалликни клиник шаклларино инобатга олган ҳолда олиб бориш муҳим. Касалликнинг сквамоз шаклини даволаш учун 2 %ли йод димламаси ва Вилькинсон малҳамларидан фойдаланилади. Дастлаб сода-совунли ванналар қабул қилинади, кейин эса 5 %ли салицил, 10 %ли олтингугурт маҳамларини суртиб бойлаб қўйилади. Оёқ панжасининг интертригиноз шаклида эса бармоқ ораликларига 2 %ли йод димламаси, нитрофунгин эритмаси ва фунгицид малҳамлари суртилади. Дисгидротик клиник шаклида эса маҳаллий даво билан бирга умумий даво чоралари ҳам ўтказилади. Касалликнинг ўткир даврида 0,25 %ли кумуш нитрат, 1 %ли резорцин эритмаларини, 1:1000 нисбатида риванол, 1 %ли рух

сульфат эритмаси, 1:1000 нисбатида фурациллин, 2 %ли борат кислотаси эритмаларидан фойдаланилади, совуқ примочкалар қилинади. Касалликнинг барча шакллари даволашда «Ламизил», «Орунгал», «Низорал» каби маҳалий препаратлар катта самара беради. Оёқ кафти эпидермофития касаллигини олдини олиш мақсадида инсонларга гигиена қоидаларига амал қилиш, пайпоқларни тез-тез алмаштириб туриш, оёқ кафти юзаларини 3% ли формалин эритмаси билан артиб туриш тавсия этилади.

Рубромикоз касаллигини *Trichophyton rubrum* замбуруғи кўзғатади. Касалликнинг бу тури фақат инсонларда кузатилади. Касаллик соғлом инсонларга асосан руброфития билан хасталанган беморлар билан узок вақт давомида яқин маиший алоқаларда бўлиш ва уларнинг буюмларидан (мочалка, пемза, қайчи, пойафзал ва бошқалардан) фойдаланиш орқали, ҳаммом, душ, бассейнларга борилган пайтларда юқтириш мумкин. Руброфития касаллиги билан оила аъзолари хасталанганликлари сабабли ҳам кўп ҳолларда оилавий инфекция, деб аталади. Касаллик клиник белгилари асосан қўл-оёқ кафтлари, оёқ бармоқлари оралиғи, чов ва қўлтиқ ости соҳа бурмалари зарарланади. Айниқса, йирик бурмалар териси соҳалари кўпроқ касалликка жалб этилади. Қўл-оёқ кафт териси юзалари қурийди, дағаллашади, эгатчалари бор жойлар эса қипиксимон тангачалар билан қопланади. Натижада қўл ва оёқ кафтлари худди ун сепиб кўйгандек кепакланиб туради. Жараён эпидермофитиядан фарқли ўлароқ, оёқ панжаси ва бармоқларнинг устки ҳамда ён юзаларига ҳам ўтади. Оёқ панжасининг касалланиши кўпинча қичишиш билан кечади. Оёқ бармоқлари ораси қуруқлашиб кепакланади, касалликда оёқ кафтининг барча бармоқлари орасидаги бурмалар, шунингдек, тирноқлар зарарланади. Қўл-оёқ тирноқлари сарғайиб, хиралашади ҳамда қалин тортиб уваланиб туради ва кўпинча учидан кўчади. Кўчган тирноқ кир-кулранг тусга киради. Силлиқ тери юзаларида касаллик ўчоқларининг чети кўтарилиб турадиган, унсимон тангалар билан қопланади. Баъзан, шаклан фестонларга ўхшайдиган пўстчалар билан қопланган қизил доғлар, ҳалқалар кўринишида бўлади. Доғлар устида майда, қизил рангдаги тугунчалар бўлиб, уларнинг юзаси қора кўтир билан қопланади. Касаллик сурункали кечиш вақти- вақти билан, айниқса, иссиқ кунларда қайталаниб туради. Касалликнинг давоси қўл ва оёқ кафтлари териси юзаларига керотолитик ва фунгицид

эритмаларидан иборат дори воситаларини қўллаш оқали олиб борилади. Бунинг учун 2 %ли йод димламаси, нитрофунгин, Кастеллани суюқликларини, микосептин, микозолин, ламизил малҳамларидан фойдаланади. Касалликни олдини олишда эпидермофития касаллигини олдини олиш сингари шахсий ва ижтимоий гигиена қоидаларига риоя этиш лозим.

Трихофития касаллиги дерматомикозлар ичида энг кенг тарқалган, юқумли касаллик тури ҳисобланиб, унинг келиб чиқишига *Trichopyton* туркумига кирувчи замбуруғлар сабабчи бўлади. Трихофития касаллигининг уч хил клиник шакллари тафовут этилади: юзаки, сурункали ва йирингли-яллиғланиш билан кечадиган ёки зоофил трихофитиялар. Юзаки ҳамда сурункали трихофития касаллиги билан фақат одамлар касалланганлари учун ҳам уларни антропофил замбуруғлар, деб аталади. Антропофил замбуруғлари нафақат тери, балки тери ҳосилаларини ва сочларни ҳам зарарлайди. Соч толалари зарарланиши ички томондан кузатилганлиги учун бундай ҳолат *Trichophyton endothrix*, деб аталади. Бу гуруҳ замбуруғларга *Tr. Violaceum* ва *Tr. Tosurans* лар киради.

Касалликни йирингли-яллиғланиш кўринишида кечадиган чуқур клиник турини чақирувчи замбуруғлар ҳам ҳайвонларда (сичқонлар, каламушлар, қуёнлар, денгиз чўчкалари, сигир, бузоқлар, отлар ва ҳ.к.) ва ҳам инсонларда касалликни чақирганликлари учун уларни зоантропофил замбуруғлар, деб аталади. Касалликнинг бу клиник турида соч толаларининг зарарланиши сиртқи томондан кузатилганлиги сабабли уларни *Trichophyton ectothrix*, деб аталади. Айрим ҳолларда эса замбуруғ спораларининг занжирлари соч кутикуласида (пардасида) ҳам кузатилади. Бу гуруҳ замбуруғларига *Tr. Gypseum* ва *Tr. verrucosum* лар киради. Сочларнинг зарарланиши майда ўчоқли ва йирик ўчоқли кўринишларда бўлади. Агарда касалликнинг кечиши сочларда майда ўчоқлар кўринишида бўлса, у ҳолда касаллик манбаи уй ва дала сичқонлари ҳамда денгиз каламушлари бўлиб ҳисобланади. Агарда йирик ўчоқли кўринишда бўлса, касаллик манбаи бўлиб йирик уй ҳайвонлари, яъни сигир, бузоқ, отлар ҳисобланади. Касалликнинг бундай кўринишларда кечишини баҳолай олиш касалликка тўғри ташхис қўйиш, тўғри даво ўтказиш ҳамда касалликка қарши бўлган профилактик тадбирларни белгилаш имконини яратади.

Замбуруғ билан зарарланган соч толалари, кипиклар, тирноқларнинг емирилган зарралари соғлом одам терисига бевосита контакт ёки беморлар фойдаланган кундалик жиҳоз ва буюмлар (бош кийими, тароқ, ич кийими, чойшаб, қўлқоплар ва ҳ.к.) орқали юқади. Касалликнинг ривожланишига эпидермиснинг мугуз қатлами жароҳатланиши, юқори тана ҳарорати, атроф-муҳитнинг юқори намгарчилиги, эндокрин бузилишлар, организмнинг умумий ва иммун реактивлигининг пасайиши каби ҳолатлар сабаб бўлади.

Юзаки трихофития касаллиги билан асосан болалар касалланади, касалликнинг бу тури кўпинча 4-15 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Балоғат даврига келиб, касалликларнинг бу тури ички секрецияси безлари фаолиятининг ўзгариши туфайли ўз-ўзидан йўқолиб кетади, айрим ҳолларда агарда даволанмаса, касаллик кексалик давригача ҳам давом этиши мумкин.

Силлиқ тери юзаки трихофития касаллигининг белгиларини тери соҳаларининг, асосан юз, бўйин, тана, елка ва тананинг бошқа исталган ерларида кузатиш мумкин. Дастлаб терида четлари сал кўтарилган, оч қизил рангли, думалоқ, яллиғланган доғли ўчоқлар пайдо бўлади. Доғли ўчоқлар четлари аниқ, тери сатҳидан бироз кўтарилган бўлиб, маркази бироз ясси, кипиклар билан қопланган кўринишда бўлади. Касалланган ўчоқлар четлари майда тугунча ва пуфакчалардан ва қатқалоқлардан иборат бўлади. Ўчоқлар ўсиб бир бирига қўшилиб, турли шаклларни ҳосил қилиши мумкин. Беморларда салбий бироз қичишиш кузатилади.

Тирноқлар трихофитияси 2-3 % беморларда учрайди. Тирноқ пластинкалари зарарланиши уларнинг эркин қисмидан бошланади ва бир неча ойлардан кейин бутун тирноқ пластинкасини эгаллайди. Аввалига тирноқ пластинкалари қалинлашиб, хира тортади, яъни кулранг тус олади ва тирноқ пластинкаси остида гиперкератоз ҳолати кузатилади. Кейинчалик тирноқлар қалинлашади, мўртлашади, енгил увалана бошлайди, уларнинг ранги кўнғир рангга киради ва тирноқ ости гиперкератози кузатилади. Бир вақтнинг ўзида бир ёки бир неча тирноқ пластинкалар касалланиши мумкин. Касаллик сурункали, узоқ йиллар давом этиши мумкин.

Соч соҳаси юзаки трихофитиясининг клиник кечиши бошнинг сочли қисми соҳасида катталиги олча катталигидек келадиган бир нечта ўчоқлари пайдо бўлиши билан бошланади, ушбу соҳалардаги касаллик ўчоқлари тери юзаси пўст ташлаб қазғоқ ва кипикланади,

уларда сочларнинг сийраклашиши кузатилади. Зарарланган ўчоқларда сочлар мўртлашиб, тери сатҳидан 1-3 мм баландликда қора нуқталар ташкил этиб синиши кузатилади. Синган сочлар ўз рангини йўқотади, хиралашади ва бироз йўғон тортади. Касаллик ўчоғидаги тери пўстлари орасидан илмоққа ўхшаш соч бўлаklarнинг кўриш мумкин бўлади. Соч соҳаси юзаки трихофития касаллиги ёш болаларда асосан узоқ давом этади, агарда касалликни болаларда ўз вақтида даволанмаса, касаллик бемор бола баданининг бошқа тукли қисмларига тарқалиб кетиши мумкин.

Сурункали трихофития касаллиги беморларда ёш болалик даврларидан юзаки трихофития кўринишида кечиб, йиллар ўтиши билан катталар сурункали трихофития шаклини олади. Касалликнинг бундай кўринишида кечиши асосан балоғат ёшига етган қизлар болаларда ва аёлларда кузатилади. Ички секреция безлари фаолиятида, хусусан, тухумдонларда бирор бир иллат бўлган аёлларда касаллик белгилари сурункали тус олади ва йиллаб давом этади. Касаллик белгилари билан силлиқ тери, бошнинг сочли қисми ва тирноқлар зарарланиши билан кечади. Кўпинча касаллик ўчоқлари бошнинг энса ва чакка соҳаларида ҳар хил катталиқда бўлган, бироз қипиқланиб турадиган ўчоқлар тарзида пайдо бўлади. Ўчоқлар соҳасида сочларнинг зарарланиб тагидан синиши ҳолати кузатилади ва қора нуқталар ҳосил қилади. Бундан ташқари бу соҳаларда бироз тери пўст ташлаб турадиган кичикроқ зарарланиш ўчоқлар, яъни комедонлар кузатилади, жойларда сочсиз атрофияга учраган ўчоқлар ҳам учрайди. Касаллик беморларда узоқ вақт кечади, бундай ҳолат эса ёш болалар учун касаллик манбаи бўлиб хизмат қилади. Силлиқ тери соҳаларида, яъни болдир, биллак, тирсак, думба, юз соҳаларида бир-бирига қўшилишга мойил бўлган, ҳар хил катталиқда, қипиқланиб турадиган, чегаралари ноаниқ бинафша ранг ўчоқлар ҳосил бўлади. Оёқ-қўл кафтлари мугуз қавати соҳалари бироз қалинлашади ва яллиғланиш белгиларисиз пўст ташлаб турувчи касаллик ўчоқлари пайдо бўлади. Йирингли-яллиғланиш билан кечадиган ёки чуқур трихофития касаллиги асосан ҳайвонлардан юқади. Касаллик ўчоқлари болаларда кўпинча бошнинг соч қисмларида, катталарда эса соқол-мўйловли соҳаларда жойлашади ва зарарлайди.

Бошнинг сочли қисмида алоҳида катта ҳажмда бўлган, аниқ ажралиб турадиган, яллиғланган ва маддалашган, сатҳи кўп

микдорда йиринглар ва қатқалоқлар билан қопланган ўчоқлар кузатилади. Ўчоқлар пайпаслаб кўрилганда хамирга ўхшаш юмшоқ кўринишда бўлиб, улардан йиринг ажралиб туради. Ўчоқлардан қатқалоқларни олиб ташланганда йирингли яллиғланган соч фолликулаларини кўриш мумкин. Бу ўчоқлардан моғор ҳиди келиб туради, кўл билан босилганда эса фолликулали тешиклардан йирингли томчилари ажралиб туради бундай кўриниш асалари уясига ўхшаб кетганлиги учун асалари уяси белгиси ёки Kerion Celci белгиси, деб номланади. Ўчоқларда соч толалари таг-туғи билан йиринглаб кетганлиги сабабли сочлар тўкилиб кетади ва касаллик кўринарли даражада яллиғланиш аломатлари билан кечади. Беморларда тана ҳарорати кўтарилиши, бош оғриши, шунингдек, бўйин ва энса соҳаларида лимфа тугунлари катталашиши, кўнгил айнаши, лоҳаслик каби ҳолатлар кузатилиши мумкин.

Силлик тери соҳаларида трихофитиянинг йирингли-яллиғланиш билан кечадиган клиник шаклида, дастлаб катта, думалоқ шаклли, инфильтратланган пилакчали ўчоқ ҳосил бўлиб, у атрофдаги соғлом теридан ажралиб туради. Ўчоқ юзаларини фолликуляр кўринишда бўлган йирингчалар, пластинкасимон қипиқлар ва йирингли қатқалоқлар билан қопланиши кузатилади. Инфильтралланган плакчали ўчоқлар атрофга қараб катталашиб боради. Беморларни ўчоқларда оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши ва тана ҳароратининг кўтарилиши каби салбий шикоятлар безовта қилиши мумкин.

Микроспория дерматофитиялар гуруҳига мансуб бўлиб, касаллик билан кўпроқ мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар касалланади. Микроспория касаллигида фақат силлик тери соҳалари ва бошнинг сочли қисми зарарланади, тирноқлар эса зарарланмайди. Худди трихофития сингари микроспориянинг ҳам кўзгатувчиси 2 хил: антрофил ва зоантрофил замбуруғлардан иборат бўлади. Антрофил замбуруғлари фақат инсонларда паразитлик қилиб, асосан тери ва тери ҳосилаларини зарарлайди, уларга *Microsporium ferrugineum* (зангдор микроспориуми) ва *Microsporium Oudouini* (Одуэн микроспориуми) лар киради. Зоантрофил замбуруғларига эса *Microsporium lanosum* (момиқ ёки мушуксимон) ва *Microsporium canis* (кучуксимон) лар киради. Касаллик соғлом инсонларга микроспория касаллиги билан хасталанган беморлар билан контактда бўлинганда ёки бемор истеъмолида бўлган буюмлар орқали юқади. Ушбу касаллик турлари ичида энг юқумлиси бўлиб

зангдор микроспориум замбуруғи чақирадиган хили ҳисобланади. Касалликнинг зоантрофил (ёки момик) хили билан хасталаниш асосан уй ҳайвонлари бўлмиш кучук ва мушуклар билан контактда бўлинганда кузатилади. Касалликнинг юқишига гиповитаминоз, иммун бузилишлар, микротравмалар, юқори намгарчилик ва хавонинг юқори харорати, сурункали касалликлар (сурункали тонзиллит, ЎРК) туфайли организм реактивлигининг пасайиб кетиши, шахсий гигиена қоидаларига амал қилмаслик имкон яратиб беради. Болаларда кузатиладиган микроспориянинг икки хил клиник тури мавжуд.

Силлиқ тери микроспориясида юз, лунж, қўл, оёқлар, бадан силлиқ тери соҳаларида думалоқ овал шаклида, қизғиш кўринишда бўлган, яққол ажралиб турадиган ўчоқлар кузатилади. Ўчоқлар сатҳи кумушсимон қобиғлар билан қопланган бўлиб, маркази бироз очроқ рангда, яссирок, четлари эса кўтарилиб турадиган ҳалқа шаклига ўхшаш бўлади. Зарарланган ўчоқлар чегараларида пуфакчали тошмалар кузатилади, улар сатҳлари қобиғ ва қазғоқлар билан қопланиб туради, бу манзара силлиқ тери трихофитиясига жуда ўхшаб кетади. Зарарланган ўчоқлар доира шаклидаги кўринишга эга бўлиб, улар бир доира ичида янгисининг пайдо бўлиши билан, яъни ҳалқа ичида ҳалқа кўринишида (ирис шаклида) намоён бўлади. Зарарланган ўчоқлардан олинган тери қириндиси текширилганда эса замбуруғ мицелияларини ва уларнинг айрим сигментларини кузатиш мумкин бўлади.

Бошнинг сочли қисми микроспориясининг клиник белгилари уни пайдо қиладиган замбуруғларнинг турларига боғлиқ. Агар касалликнинг клиник белгилари зоофил замбуруғлар томонидан юзага келган бўлса, у ҳолда бошнинг сочли қисмида 1 та ёки 2 та ўчоқлар ҳосил бўлади. Ўчоқлар айлана ёки овал шаклларида бўлиб, улар соҳасидаги барча соч толаларининг тери сатҳидан 5-8 мм баландликда синиши ҳолати кузатилади. Касалланган ўчоқлардаги сочлар юлинганда осонликча юлинади. Бошнинг сочли қисми микроспорияси билан хасталанган ўчоқларда тери қалин унсимон қипиқлар билан қопланган бўлади. Агар касалликни антропофил замбуруғлари келтириб чиқарган бўлса, у ҳолда микроспориянинг клиник манзараси юзаки трихофитияга жуда ҳам ўхшашиб кетади. Бироқ ўчоқларида сочларнинг юқори баландликда синиши ҳолати кузатилсада, лекин ҳамма сочларнинг зарарланмаганлиги ҳамда

уларни оқимтир рангда бўлиши касалликни аниқ табиатини аниқлашга ёрдам беради. Айниқса, касаллик ўчоқлари Вуд чироғи ёрдамида ёғдуланиш усули орқали текширилганда, зарарланган ўчоқларнинг яшил ранг кўринишда ёғдуланиши ҳолати касалликка тўғри ташхис қўйиш имконини беради. Микроспория касаллигига аниқ ташхис қўйишда ўчоқлардан олинган таркибий қисмларни сунъий экиш майдонларида экиб ўстириш (културал текширув) усули ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Фавус ёки кал касаллиги терининг замбуруғ касаллиги бўлиб, касалликни *Achorion Schonleinii* замбуруғи чақиради. Касалликда асосан бошнинг сочли қисми, силлиқ тери соҳалари ва тирноқлар зарарланади. Касаллик бевосита бемор инсонлардан ёки улар истеъмолида бўлган буюмлар (ички кийимлар, тароқ ва бошқа буюмлар) орқали юқади. Ҳайвонларни ушбу замбуруғ зарарламайди. Фавуснинг юқишида организмнинг умумий ҳолати қандай бўлиши катта аҳамият касб этади. Касалликнинг ривожланишига эндокрин касалликлари, иммунтанқислик, гиповитаминоз ҳолатлари, сурункали касалликлар мавжуд бўлиши, интоксикация ҳолатлари, микротравмалар имкон яратиб беради. Мактабгача ва мактаб ёшдаги болаларда, сурункали ўчоқли инфекциялар билан хасталанган инсонларда бу касалликка нисбатан кўпроқ мойиллик ҳолати кузатилади. Фавус трихофития ва микроспория касалликларига қараганда инсонларга камроқ юқади.

Касаллик юққандан сўнг 2-3 ҳафта вақт ўтгач беморлар бошининг сочли қисмларида, силлиқ тери соҳаларида, тирноқларда ва ички аъзоларда фавус касаллиги белгилари кузатилади. Тери соҳаларида фавус касаллигига хос бўлган, яъни типик (скутуляр) ва нохос, яъни атипик клиник шаллари (сквамоз, импетигиноз, йирингли-инфильтралланган, алопеедли, грануламтоз) фарқланади. Касалликнинг типик кўринишда кечиши ҳолатларида тери соҳаларида замбуруғ тушган жойларда соч толалари атрофида эритематоз, енгил кипикланувчи доғлар пайдо бўлади, кейинчалик эса бу доғлар марказида инфилтрат ва сариқ рангли пустулалар ҳосил бўлади. Касалланган ўчоқлар диаметри атрофга қараб катталаша бошлайди ва улар ўлчами 1-3 см гача ва ундан ҳам катта ҳажмларга етади. Шу тариқа бу микозга хос бўлган тошма элементлари, яъни скутулалар ҳосил бўлади. Бир-бирига қўшилиб бундай скутулалар кир-кулранг, сариқ, баъзида эса яшил ва сарғиш

тусли пўстлоқларни ҳосил қилади. Скутулалардан «сичқон» хиди келади.

Бошнинг сочли қисмидаги фавуснинг клиник манзараси ўзига хос кўринишда намоён бўлади, яъни фавус қалқончалари ёки скутулалари ва ундан кейин қолган чандиқлар (атрофияланган жойлар) ҳамда зарарланган сочлар кузатилади. Фавус касаллигининг скутуласи бошнинг сочли қисмига тушганидан кейин жараён соч халтачаси оғзи қисмида (фолликул) кўпайиб, ликопчасимон сариқ рангли, қуруқ қора- кўтир пўст билан қопланади. Скутула марказидан соч чиқиб туриши кузатилади. Аввалига скутулалар катталиги тўғноғич бошидек келса, кейинчалик эса улар катталашиб диаметри 1,5 см гача етади ва ундан ҳам ортиқ бўлиши кузатилади. Скутулалар олиб ташлангандан кейин эса уларнинг ўрнида ботик, оч пушти рангли юза қолади. Агарда скутулалар узок вақт турадиган бўлса, у ҳолда улар унинг атрофида атрофик чандиқлар пайдо бўлади ва бу жойлардан сочлар ўсмай қолиши кузатилади. Скутулалар кўпинча тўп-тўп бўлиб жойлашади, улардан ўзига хос бўлган қўланса хид келиб туради. Скутулалар аста-секин қуриб увалана бошлайди ва тўзғиб сочларни қоплаб олади. Замбуруғ билан зарарланган сочлар одатдаги рангини, майинлиги ва жилвасини йўқотади, хира тортиб, мўрт бўлиб қолади ва уларни тери сатҳидан юза кўринишда синиши кузатилади ва улардан ҳам қўланса хид келиб туради. Фавус касаллигига ўз вақтида даво чоралари ўтказилмайдиган бўлса, у ҳолда касаллик йиллаб давом этиши мумкин. Атрофик чандиқлар мавжуд бўлган жойларда сочлар толалари нобуд бўлиб, улардан сочлар бошқа чиқмайди. Фавус касаллиги бошнинг сочли қисмини бутунлай зарарлаши мумкин, бундай ҳолларда фақат четларидагина жиякка ўхшаб ўсадиган сочлар сақланиб қолади холос. *Achorion Schonleini* замбуруғи билан зарарланган соч толаларини микроскоп остида кўрилганда уларнинг ичида замбуруғ мицелияларининг кўндаланг тўсиқлар билан сегментларга бўлинган иплари кўриниб туради, соч толалари танасида ҳаво пуфакчалари ва нақшдор шаклдаги кичикроқ бўлган споралар тўплами жойлашади.

Фавус касаллигида силлиқ терининг зарарланиши ҳолати бошнинг сочли қисмларини зарарланишига нисбатан бирмунча кам учрайди. Силлиқ тери соҳаларининг зарарланиши уларда катталиги ясмиқдек келадиган, думалоқ шаклли, кепаксимон пўстчалар билан

қопланган, қизғиш пушти доғлар ёки ликопсимон кўринишда бўлган типик сариқ скутулалар пайдо бўлиши кўринишида кечади. Қўл ва оёқ тирноқлари фавуси иккиламчи тартибда вужудга келади ва асосан катталарда кузатилади. Болаларда эса фавуснинг асосан импетигиноз шакли кўпроқ кузатилади.

Давоси. Дерматофитияларга мансуб бўлган замбуруғли касалликларни даволаш умумий ва маҳаллий усулларни қўллаш орқали олиб борилади. Умумий давода қўлланиладиган дори воситалари ичида гризеофульвин препарати кенг қўлланилади. Гризеофульвин фунгистатик таъсир этиш қобилиятига эга бўлган антибиотик бўлиб, у таблетка кўринишида 0,125 дан ишлаб чиқарилади. Дори воситасини овқат вақтида ёки балиқ мойи билан ичиш тавсия этилади. Гризеофульвин дори воситаси билан даво қуйидаги тартибда олиб борилади: трихофития касаллигида ҳар 1 кг тана оғирлигига 15 мг дан, микроспорияда эса 22 мг дан тавсия этилади. Бу микдорда дори моддасининг истеъмол қилиниши беморларда лаборатория текширувларидан сўнг олинадиган биринчи манфий жавобгача қўлланилади. Сўнгра эса дори воситасини кунора 2 ҳафта давомида тавсия этилади. Шундан сўнг гризеофульвин дори воситаси ҳафтасига 2 марта берилади. Дори воситаси лаборатория текширувларидан олинадиган 3 манфий жавобгача берилади, шундан сўнг эса тўхтатилади.

Маҳаллий даво албатта умумий даво билан биргаликда олиб борилади. Дастлаб зарарланган тери соҳалари бактерицид таъсир этиш хусусиятига эга бўлган эритмалар ёрдамида тозаланади, терининг сочли қисмларидаги сочлар устара ёрдамида олинади. Сўнгра ўчоқларга эрталаб 2-5% ли йод димламасининг спиртли эритмаси, кечкурун эса 10-20% ли олтингугурт малҳами суртилади. Мазкур маҳаллий даво усули 1 ҳафта давом этади, ҳафта охирида эса замбуруғли ўчоқлар совунланиб, илиқ сувда ювиб тозаланади ва уларда лаборатория текширувлари ўтказилади. Иккинчи ҳафта давомида яна йод димламаси ва малҳам суртилиши такрорланади, сўнгра ўчоқлардан лаборатория усуллари орқали замбуруғларга текширувлар ўтказилади. Бу йўсиндаги маҳаллий даво 3 марта манфий жавоб олингунча давом эттирилади ва шундан сўнг беморлар касалликдан тузалган ва атрофдагилар учун хавфсиз, деб ҳисобланадилар.

Кандидозлар

Тери соҳалари, шиллик қаватлар, тирноқ пластинкалари ва ички аъзоларнинг ачитқили замбуруғлар синфига мансуб *Candida albicans* замбуруғлар билан зарарланиши кандидозлар, деб аталади. Маълумки, ачитқили замбуруғлар табиатда кенг тарқалган бўлиб, улар асосан сапрофит ҳолида учрайди, ташқи муҳит шароити ўзгариши натижасида айрим ҳолларда патоген кўринишга ўтиб кетиши мумкин. Бу гуруҳ замбуруғлар асосан куртакланиб кўпаядир, споралар ҳосил қилмайди шунинг учун ҳам уларни сохта ёки псевдомицелиялар, деб аталади. Ачитқисимон замбуруғлар табиатда мева ва сабзавотлар таркибида, ишлаб чиқариш маҳсулотлари бўлмиш қандолат маҳсулотларида катта миқдорда учрайди. Шунингдек, соғлом инсонлар тери ва шиллик қаватларида ҳамда ошқозон-ичак йўлининг шиллик қаватида ҳам кўп миқдорда безарар, яъни сапрофит ҳолатларида учрайди. Маълум бир ташқи ва ички муҳитнинг ўзгариши оқибатида бундай кўринишдаги сапрофит замбуруғлар патоген хусусиятини намоён этиб, кандидоз касаллигининг шаклланишига сабаб бўлади.

Кандидозлар ривожланишида атроф-муҳит шароитининг таъсири катта аҳамият касб этади, бу борада намлик даражасининг ўзгариши, ҳароратнинг кўтарилиши кабилар муҳим ўрин тутди. Бу эса ўз навбатида, терининг сув-липид мантиясининг ўзгаришига, юпқалашишига, натижада тер-ёғ қатлами ўтказувчанлигининг ошиб кетишига, ўз навбатида эса ачитқили замбуруғларнинг тери бағрига киришига қулай шароит яратиб беради. Турли хил жароҳатлар, механик тасиротлар, тор кийимларни кийиш, гўдак болаларни ортиқча ўраб-йўргаклаш каби ҳаракатлар натижасида тери ва шиллик қаватлар бутунлигини бузилиши ҳолати кузатилади, замбуруғларнинг қайта-қайта тушиши, сенсibiliзация ҳолатини юзага келтиради. Озиқланиш жараёни режимининг бузилиши, бир томонлама овқатланиш, ачитқили замбуруғларга бой овқат маҳсулотларининг ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиниши кандидозли замбуруғларнинг ўз патогенлик хусусиятини намоён этишларига сабабчи бўлади.

Кандидозлар ривожланишида эндоген омилларнинг аҳамияти ҳам ниҳоятда катта бўлиб, уларга моддалар алмашинувининг бузилиши (қанд касаллиги, ёғ босиши, диспротеинемия), қон

касалликлари (камқонлик, оққонлик), нейроэндокрин тизими фаолиятининг бузилиши ҳолатлари (кўп терлаш, Иценко-Кушинг синдроми, микседема, тиреотоксикоз), гиповитаминозлар (айниқса, рибофлавин ва пиридоксин етишмаслиги) ва дисбактериоз ҳолатларини киритиш мумкин.

Кўкрак эмиш давридаги гўдак болаларда кузатиладиган кандидозли касалликларнинг ривожланишида қон таркибидаги фунгистаза ферменти фаоллигининг камайиши ҳолати ҳам муҳим ўрин тутди. Мазкур фермент ачитқили замбуруғлар ҳаётий фаолиятларини кескин сусайтиради. Болаларда сўлак ажралиш жараёнининг етишмовчилиги, айнақса, сўлак таркибидаги лизоцим моддасининг замбуруғларга қарши фаоллигининг пасайиши шиллик қаватлар кандидози касаллигининг ривожланишида ҳал қилувчи рол ўйнайди. Антибиотиклар, глюкокортикоидлар ва иммунодепрессив дори воситаларининг кенг кўламда узок вақт давомида қўлланиши болалар ўртасида кандидозли касалликларнинг кўпайишига сабаб бўлади, жумладан, ички аъзолар кандидозини бунга мисол қилиб келтириш мумкин.

Кандидозларни асосан икки гуруҳга юзаки (тери ва шиллик қаватлар кандидози, кандидозли онихиялар ва – паронихиялар) ва системли ёки висцерал кандидозларга бўлиб ўрганилади. Бундан ташқари болаларда сурункали тарқоқ гранулёматоз кандидози ҳамда кандидамикидлар тафовут этилади.

Юзаки кандидозлар (тери ва шиллик қаватлар кандидози, кандидозли онихиялар ва паронихиялар) кўпинча тери бурмалари соҳасидан бошланади. Каслликда ўчоқларда дастлаб эритематоз доғлар пайдо бўлади, кейинчалик улар сатҳида пуфакчалар, кулранг тугунчалар, йирингчалар ҳосил бўлади. Бурмалар соҳасида иккала тери юзасининг бир-бирига ишқаланиши натижасида экссудатив тошма элементлари ёрилиб, уларнинг ўрнида эрозиялар пайдо бўлади. Кандидозли эрозияларнинг юзаси кўпинча силлик, ялтироқ, оқимтир парда билан қопланган бўлади. Юзаки кандидознинг мана шундай оралик клиник шакли интертригиноз кандидоз, деб аталади. Яллиғланган ўчоқларининг тери бурмалари атрофидаги силлик тери бўйлаб тарқалиши ҳолати эса силлик тери кандидози, деб аталади. Силлик терида кузатиладиган тошмаларнинг характериға қараб эритематоз ва везикулёз турлари тафовут этилади. Силлик тери кандидозининг эритематоз клиник шаклида яллиғланган ўчоқларда

намланган эрозиялар, қипиқлар ва қатқалоқлар кўпроқ кузатилади. Кандидомикозларнинг везикулёз клиник шаклида эса пардаси шалвираган кўп сонли майда пуфакчалар, тугунчалар касалликнинг асосий белгилари бўлиб ҳисобланади.

Шиллик қаватлар кандидози янги туғилган гўдаклар ва кўкрак ёшидаги гўдак болаларга хос касаллик бўлиб, асосан оғиз шиллик қаватлари кўпроқ зарарланади. Бунда тарқалган эритема тил, милк, юмшоқ ва қаттиқ танглай соҳаларидаги ўчоқли эритемаларнинг кўшилиши натижасида ҳосил бўлади. Яллиғланган деярли барча ўчоқли соҳалар устини оқимтир кулранг парда қоплаб олади, улар жуда осон кўчади, пардалар кўчириб ташланганда сўнг эса улар ўрнида сербар ва нам эрозияли ўчоқлар кўзга ташланади. Мазкур ўчоқларда оғриқлар кузатилади, ютинганда, сўрилганда тил ҳаракатини қийинлаштиради. Оғиз бурчаклари кандидози ва кандидозли хейлитлар ҳам юзаки кандидозлар гуруҳига киради, улар алоҳида ҳолда учраши ҳам мумкин ёки оғиз шиллик пардаси кандидози билан биргаликда кечиши мумкин. Касаллик белгилари лабларнинг ёрилиши, қизил хошиянинг устки қисмини кўчиб тушиши билан кечади. Оғиз бурчаклари серозли-йирингли қатқалоқлар билан қопланади ёки оқимтир парча остида ёриқлар кузатилиши билан кечади. Лабларнинг бир-бири билан яқинлашадиган соҳаларида терининг яққол қизариши ҳолати кузатилади (Клейн чизиғи). Бундан ташқари бу жойда нуқтасимон эрозиялар ҳам ҳосил бўлиб, уларнинг атрофида кўча бошлаган эпителийдан ташкил топган хошия кўриниб туради.

Жинсий аъзоларнинг ачитқисимон замбуруғлар билан зарарланиши ҳоллари ҳам кўп учраб туради, буларга кандидозли вульвовагинит, баланит ва баланопоститлар, қиз болаларда эса вульвит ва вульвовагинитларни мисол қилиб келтириш мумкин. Ўғил болаларда учрайдиган баланит ва баланопоститлар аксарият ҳолларда уретритлар билан бирга кузатилади.

Қиз болаларда касалликнинг кечиши қин даҳлизи ва қиннинг қизариши, шиши билан кечади. Бемор болаларни ачишиш, қичишиш, оғриқ каби ноҳуш ҳолатлар безовта қилади. Мазкур соҳалардаги эрозиялар шиллик қаватларнинг барча қисмларини эгаллайди, сийдик чиқариш жараёни оғриқ билан кечади. Закар бошчаси ва закар қалпоқчаси яллиғланганда кузатиладиган эритематоз ўчоқлар серозли, сероз-геморрагик суюқликлар билан

қопланади. Уларнинг қуриши натижасида ҳосил бўладиган қатқалоқлар, қипиқлар ачишиш ва оғриқ каби сезгилар пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Тирноқлар атрофи ва тирноқлар кандидози. Ачитқили замбуруғлар чақирадиган патологик ҳолатлар тирноқларнинг зарарланиши билан ҳам намоён бўлади, бундай ҳолат тирноқлар атрофи (паронихия) ёки тирноқ пластинкаларининг (онихия) зарарланиши билан кечади. Касаллик асосан кўпроқ аёлларда кузатилади. Тирноқларнинг зарарланиши тирноқ атрофидаги юмшоқ ҳошияни қизариши, шиши билан бошланади, айрим ҳолларда эса тирноқ ости соҳасидан йиринг ажралиши кузатилади ва тирноқ эти йўқолади. Кейинчалик жараён тирноқ ҳошияси атрофига тарқала бошлайди, беморларда оғриқ кузатилади. Одатда яллиғланишнинг пасайиши билан жараён бутун тирноқ пластинкаларини эгаллайди, улар тўқ кўнғир рангга киради. Тирноқ пластинкалари юпқалашади, уваланади, уларда кўндаланг йўлли синишлар пайдо бўлади, айрим ҳолларда тирноқ пластинкалари бутунлай кўчиб тушади. Касаллик одатда қўл бармоқларида кузатилади, асосан III ва IV бармоқлар зарарланади.

Кандидамикидлар кандидоз касаллигида иккиламчи аллергик тошмалар сифатида намоён бўлади. Кандидамикидлар беморлар организмнинг гиперэргик сенсibiliзацияланган ҳолатларида пайдо бўладиган иккиламчи аллергик тошмалардир. Кандидамикидларнинг иккинчи номи левурид, деб аталиб, французча ачитқи маъносини англатади. Кандидамикидларнинг вужудга келишига кандидозли касалликларни нотўғри даволашлар сабаб бўлади. Бундай ҳолатлар бир вақтнинг ўзида беморларни глюкокортикоидлар билан ҳам маҳаллий ва умумий даволаганда, антибиотикларни кўп миқдорда пала-партиш қўллаганда, терини безовталанишига олиб келувчи маҳаллий дори воситаларини қўллаганда кузатилади. Левуридлар тери соҳаларида бирдан эритемато-сквамоз кўринишида пайдо бўладиган ўчоқлар бўлиб, айрим ҳолларда ушбу соҳаларда пуфакчали, тугунчали тошмалар ҳам ҳосил бўлиши кузатилади. Жараён атроф тери соҳаларига тарқалишга мойил бўлади, беморларнинг умумий ҳолатлари бузилади, уларни ҳарорат кўтарилиши, дармонсизлик, бош оғриғи, кўнгил айниши каби нохуш белгилар безовта қилади, асосий ўчоқлардаги яллиғланиш белгилари кучаяди. Касаллик ташхиси

Ўчоқларда ачитқили замбуруғларнинг топилишига асосан қўйилади. Ачитқили замбуруғ касаллигини тўғри даволаш левуридларнинг йўқолиб кетишига олиб келади.

Болаларда учрайдиган сурункали тарқоқ гранулёматоз кандидози илк гўдаклик даврида оғиз бўшлиғидан бошланади, касалликнинг дастлабки белгилари кўпинча оғиз бўшлиғида сутли оғиз кўринишида намоён бўлади. Оғиз шиллиқ қавати кандидозини нотўғри даволаш, жумладан, антибиотикларни, сульфаниламидларни ва гормонал дори воситаларини нотўғри қўллаш касалликни сурункали ва тарқалган тус олишига сабаб бўлади. Турли инфекцион касалликлар бўйича ўтказилган даволашлар эса касалликнинг авж олишига ва тарқалиб кетишига олиб келади. Касаллик белгилари бемор болалар оғиз шиллиқ қаватларидан бошланиб, лунж, қаттиқ, юмшоқ танглай, тил, милк ва лаб соҳаларини эгаллайди. Жараён кейинчалик юз тери соҳасига (бурун, ёнок, пешона тери соҳаларига), бошнинг сочли қисмига, тана, қўл ва оёқ тери соҳаларига тарқалади. Ушбу соҳаларда қизарган, инфилтралланган ва қипикланган доғли ўчоқлар пайдо бўлади, кейинчалик улар четлари нотекис бўлган ўсимтасимон, гранулланган ўчоқларга айланади. Ўчоқлар сатҳи қобиғлар билан қопланган бўлиб, улар кўчирилганда ўрнида вегетация ва гиперкератоз ҳолатлари кузатилади. Бемор болаларда тирноқ хошиялари ҳам зарарланиши кузатилади, улар инфилтралланган, йўғонлашган, деформацияланган ва кулранг кўринишда бўлади. Тарқалган кандидознинг кечиши сурункали тус олиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Камқонлик, ҳарорат кўтарилиши, найсимон суяклар остеопорози, қайталанувчи бронхит, ўпка яллиғланиши, ич кетиши каби хасталиклар қўшилади. Тирноқ остида ва тирноқлар ўрнида тошмаларнинг кўпайиши авж олади. Натижада тирноқлар шаклини ўзгартириб, қалинлашади, синувчан, мўрт бўлади. Касаллик белгиларининг тузалиши оқибатида ўчоқлар ўрнида атрофияли чандиқлар, бошнинг сочли қисмларидаги ўчоқлар ўрнида эса каллик аломатлари кузатилади. Касалликни ўз вақтида аниқлаб, ачитқисимон замбуруғларга қарши даво ўтказиш юқорида санаб ўтилган нохуш белги ва ҳодисаларни бартараф этиш имконини беради.

Давоси. Кандидозли касалликларни даволашда мавжуд барча патогенетик омилларни ҳисобга олиш муҳим ҳисобланади. Тегишли текширувлар натижасида аниқланган патогенетик омилларга (айниқ-

са эндоген сабаблар) қарши чораларни қўллаш даво самарадорлигини оширади. Кандидозларга чалинган болаларни сабзавот, хўл мева ва витаминларга бой маҳсулотлар билан озиклантириш даво қоидаларининг муҳим шартларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Тарқоқ ва турғун кўринишда кечадиган кандидозли касалликларни даволашда ачиткили замбуруғларга қарши қўлланиладиган нистатин ва леворин дори воситалари тавсия этилади. Ушбу дори воситалари 2 ёшгача бўлган болаларга 1 кг тана оғирлигига 1 мг дан кунига 3-4 қабул қилиш шарти билан белгиланади. 2-6 ёшгача бўлган болаларга дори воситаси миқдори 1 кг тана вазнига 6-8 мгдан, 6-8 ёшгача 8-10 мг дан кунига 3-4 марта қабул қилиш шарти билан белгиланади. Даво муддати 7-10 кунни ташкил этади. Низорал 2 ёшгача 15-20 кг тана вазнига эга бўлган бемор болаларга кунига 25-30 мг дан, 6 ёшгача 20-30 кг тана вазнига эга бўлган болаларга 50 мг дан ва 6 ёшдан кейин 30-40 кг тана вазнига эга бўлган бемор болаларга кунига 100 мг дан белгиланади. Амфиглюкамин 200000-500000 ЕД дан кунига 2 маҳалдан овқатдан сўнг белгиланади. Даво муддати 10-14 кунни ташкил этади. Ушбу дори воситаси бемор болаларга уларнинг ёшига нисбатан белгиланади. 2 ёшгача бўлган болаларга 25000 ЕД дан, 2-6 ёшгача 100000 ЕД дан, 6-9 ёшгача 150000 ЕД дан ва 8-15 ёшгача 200000 ЕД дан тавсия этилади.

Даво чораларининг ўтказилишида В гуруҳи витаминлари, аскорбин кислотаси, рутин ва болаларга эса А витаминлар тавсия этилади. Сурункали кандидозли касалликлар даволаш билан биргаликда комплекс ҳолда бир қаторда иммун тизими фаолиятини яхшиловчи даво чоралари (гамма-глобулин, кандидовакцина, қон қуйиш), витаминлар ва микроэлементлар (мис, рух, темир) қўлланилади. Кандидамикидларни даволашда эса антигистаминга қарши дори воситалари ва ва кальций тузлари препаратлари қўлланилади.

Силлиқ тери ва шиллиқ қават кандидозларини маҳаллий даволашда тетраборат натрийнинг 5-10% ли глицеринли эритмаси, гидрокарбонат натрийнинг 2-5% ли эритмаси, мис сульфат ва рух сульфатнинг 0,25-0,5% ли эритмалари, шунингдек, Люголь эритмаси билан даволаш кутилган клиник натижалар беради. Малҳамлардан декаминнинг 0,5-1% ли, нитрофуриленнинг 0,05-1% ли эритмалари, шунингдек, нистатин, леворин, амфотерици, микогептин ва канестенларни қўллаш юқори самара беради. Оғиз шиллиқ қавати, бодомча безлари ва томоқ соҳалари зарарланганда декамин қанди ва

леворин таблеткаларини тил тагига ташлаб, сўриш тавсия этилади. Болаларда тери ва шиллик қаватларни ювиб тозалаш ва ингаляция (пуркаш) қилиш мақсадида леворин дори воситаси аэрозол кўринишида қўлланилади. Бундай даво чоралари кунига 2-3 мартадан 10-15 кун давомида ўтказилади. Вульвовагинит кандидозини даволашда қин соҳасига леворин таблеткасини юбориш мақсадга мувофиқ бўлади. Бундан ташқари, кумуш нитрат ва натрий гидрокарбонатларнинг 2% ли эритмаси билан қин, қин даҳлизи соҳалари артилади, сўнгра леворин ёки нистатин эритмалари ёрдамида ювилади. Кандидозли ўчоқларнинг ўткир яллиғланиш белгилари (сувлашган эрозия ўчоқлари) билан кечганда дастлаб, танин ёки кумуш нитрат эритмалари билан намланиб, сўнгра фукорцин ёки Кастеллни суюқликлари суртиш тавсия этилади. Бу тадбирлар ёрдамида ўткир яллиғланиш белгилари йўқолишига эришилгач, ачитқисимон замбуруғларнинг ўзига қарши даво чоралари ўтказилади.

Болаларда кандидозли касалликларни олдини олишда ҳомиладор ва эмизувчи аёлларда, болалар муассасалари, туғруқхоналар, болалар касалхоналари хизматчиларида ачитқили замбуруғ ўчоқларини аниқлаш ва уларни даволаш муҳим ўрин тутди.

ТЕРИНИНГ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳайвон паразитлари томонидан кўзгатиладиган тери касалликлари дерматозоонозлар, деб аталади. Ҳайвон паразитларидан бит, бурга, тахтакана, кўтир канаси, чивин ва пашшалар, шунингдек, лейшманиялар туркумига кирувчи паразитлар терини зарарлаб, турли патологик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Ушбу касалликлардан болалар орасида кўп учрайдиган кўтир ва битлаш касалликлари алоҳида аҳамият касб этади. Улар асосан атроф-муҳит, ҳайвонлар орасида кенг тарқалган бўлиб, аҳолининг барча табақалари, жумладан, болалар ҳам ушбу касалликлар билан зарарланиши мумкин. Дерматозоонозларга чалинган беморлар билан бевосита алоқада бўлиш натижасида касалликни кўзгатувчи мазкур майда жониворлар соғлом инсон териси ичига кириб олади ва махсус яшаш даврлари қонуниятларига мувофиқ паразитлик қилади. Кана ва битлар беморлар кийим ва тўшакларидан бошқа одамлар фойдаланганда, шунингдек, уларнинг буюм ва асбоблари ишлатилганда соғлом кишиларга ўтиши мумкин.

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда шахсий гигиена қоидаларига мунтазам риоя қилмаслик, болалар муассасаларида тиббий профилактик кўрикларнинг сифатсиз ўтказилиши, баъзи жойларда эса умуман ўтказилмаслиги болалар орасида дерматозооноз касалликларининг кенг тарқалишига сабаб бўлади.

Бундан ташқари болалар боғчалари, мактаблар, маҳалла ва қишлоқларда, айниқса, аҳоли зич жойлашган уйларда профилактик дезинфекция ишларининг етарли даражада йўлга қўйилмаганлиги, турар жойларда ахлатларнинг ўз вақтида олиб кетилмаслиги ва натижада ўша ҳудудларда чивин, пашша ва каламушларнинг кўпайиб кетиши ҳолатлари ҳам дерматозооноз касалликларининг аҳоли орасида кўпайишига шароит яратади. Кана ва битларнинг ёппасига кенг кўламда тарқалишида экологик ва иқлим омилларининг ҳам роли катта.

Маълум муҳит шароити бу паразитларнинг биологик активлигига таъсир этиб, уларнинг кўпайишига сабаб бўлади.

Қўтир

Қўтир паразитар касаллик бўлиб, касалликни *Acarus skabiei* ёки *Sarcoptes hominis* канаси келтириб чиқаради. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмайдиган одамлар орасида касаллик кенг тарқалган бўлиб, касаллик бемор одамлар билан яқин алоқада бўлиш орқали (бевосита) ёки маиший турмуш тарзи алоқалари, яъни буюмлар орқали (билвосита) юқиши мумкин. Касалликни жинсий алоқа орқали ҳам юқтириш мумкин. Қўтир касаллиги билан асосан ёш ва мактаб ёшидаги болалар кўпроқ хасталанади. Қўтир канаси 0,25-0,35 мм катталиқда бўлиб, кана думалоқ овал шаклида бўлиб, тошбақа кўринишини эслатади. Қўтир канасининг урғочиси тери эпидермиси мугуз қавати остига кириб 5-10 мм га эга бўлган қўтир йўллари хосил қилади ва 50 тагача тухум кўяди. Тухумлардан чиққан личинкалардан кейинчалик қўтир каналари хосил бўлади ва улар 2-2,5 ойгача яшайди.

Касалликни инкубацион даври 8-12 кундан иборат бўлиб, бу муддат ўтгандан сўнг қўтир канаси терига кирган жойда майда пуфакчалар хосил бўлади. Касалликнинг асосий белгиларидан бири қичишиш бўлиб, унинг кучайиши асосан тунда, айниқса, беморлар ўринларига ётганларида бошланади. Бунинг сабаби беморлар ётганларида таналарини кўрпа ёки одеялалар билан ёпадилар, натижасида тана ва тери ҳарорати 0,5-1°С даражага ортади, бундай ҳолат қўтир каналари фаоллигининг ошиб кетишига ва рефлектор қичишиш ҳолатининг кучайишига сабабчи бўлади. Кейинчалик жуфт-жуфт жойлашган, тугунчали-пуфакчали тошмалар пайдо бўла бошлайди. Қўтир йўллари ёнма-ён жойлашиб, қора нуқталар кўринишида бўлади. Тошмаларнинг бундай кўринишда бўлиши қўтир канасининг кириш ва чиқиш қисмлари бўлиши билан боғлиқ. Қўтир йўллари ва қичиш натижасида тирналишлар хосил бўлади. Касаллик тошмалари асосан терининг қўл бармоқлари бурмалари орасида, гавданинг ён соҳаларида, қўлтиқ ости, сут беги ареолалари атрофларида, қорин ва киндик атрофи соҳаларида, думба, сон, жинсий аъзолар атрофларида жойлашади. Баъзи ҳолларда қўл тирсаги тери юзаларида қуруқ қатқалоқлар, қипиқлардан иборат учбурчак кўринишидаги ҳолатни учратиш мумкин (Гарчиков-Арди белгиси). Қўтир касаллиги тошмалари, яъни пуфакчалари ўрнида 1 мм гача келадиган геморагик қонли қатқалоқлар хосил бўлади.

Кучли қичишиш ҳисобига тирналишлар ҳосил бўлиб, жараён пиодермия билан асоратланади, бундай ҳолат кўпинча касалликка тўғри ташхис қўйиш қийинчилик туғдиради. Бундай ҳолатларда қичишиш аломатлари ва тошмаларнинг ўзига хос бўлган кўринишларда жойлашиши ташхис қўйишда ёрдам беради. Қўтир касаллиги баъзи ҳолатларда микробли экзема касаллиги билан асоратланиши мумкин, бундай ҳолатларда ўчоқлар аниқ чегарали бўлиб, юзаларида йирингли қора қўтир ва намланиш ҳолати кузатилади.

Охирги пайтларда қўтир касаллигининг клиник белгиларини яққол кўринарсиз кечиш ҳолатлари ҳам кўп учрамоқда. Касалликнинг бундай клиник шакли тўлиқ даволанмаган инсонларда учрайди. Бундай беморлар кунт билан объектив тарзда кузатилганда уларда кам миқдорда жуфт-жуфт бўлиб жойлашадиган тугунчали, пуфакчали тошмалар аниқланади. Ёш болаларда қўтир касаллиги ўзига хос клиник кўринишга эга бўлиб, гўдак ёшдаги болаларда тошмалар ўзига хос бўлган соҳалардан ташқари қўл қафти, сон оралиғи думба ва товон соҳаларида ҳам жойлашиши кузатилади. Ҳосил булган пуфакчалар тез йиринглаб жараён тарқоқ тус олади. Айниқса, касаллик белгилари қорин соҳаларида кузатилиб, улар тугунчали тошмалар тарзида намоён бўлади.

Касалликнинг носпецефик клиник турларидан бири бу Норвегия қўтири касаллиги бўлиб, касаллик асосан системли касалликлар, онкологик касалликлар (қизил югурик) билан хасталанган беморларда, узоқ вақт цитостатик дори воситалари ва глюкокортикоидларни қабул қилган инсонларда кузатилади. Касаллик қичишишсиз кечиб, тери юзалари кенг тарқалган эретематоз доғлар, қалин қатқалоқлар билан қопланган бўлади. Ана шу қатқалоқлар оралиғида қўтир канаси жойлашган бўлади. Касаллик асосан бадан, қўл ва оёқ тери соҳаларини, юз ва бошнинг сочли қисмларини эритродермия кўринишида зарарлайди.

Касаллик ташхиси тунда кучаядиган қичишиш ҳолатига, тошмаларни ўзига хос бўлган кўринишда, яъни тугунча ва пуфакчаларнинг жуфт-жуфт бўлиб жойлашиши ва қўтир йўлларига асосан олиб борилади. Айниқса, ёш болаларда касаллик ташхисоти бир оз қийинлик туғдиради. Лекин болалар ота-оналарида ва қариндош уруғлари орасида касалликнинг аниқланиши ташхис қўйишда ёрдам беради. Касалликнинг иккиламчи инфекция, яъни

пидермия билан асоратланиши касаллик ташхисотида қийинчилик туғдиради. Қўтир касаллигига ташхис қўйиш учун касалланган ўчоқлардан қўтир канасини игна билан олиб, микроскоп остида текширилади. Касалликка ташхис қўйишда йодли синамадан фойдаланилади, бунинг учун қўтир йўллариغا йод димламаси суртилади, натижада қўтир йўллари мугузли қипиқлардан ташкил топганлиги учун, ўзига йодни шимиб олиб яққол намоён қилади. Қўтир касаллигига экспресс усул орқали ташхис қўйиш учун 40 % ли сут кислотасидан фойдаланилади. Бунинг учун сут кислотаси қўтир касаллиги тошмалари юзасига томизилади ва 5 дақиқадан сўнг ажралган қипиқлар юзалари махсус қошиқча ёрдамида қонагунча қирила бошлайди, олинган материал сут кислотаси бўлган буюм ойначасига ёпгич ёпиб, микроскопда кўрилади.

Қўтир касаллигини болалар қичимаси касаллиги билан таққослов ташхисоти ўтказилади. Болалар қичимаси касаллиги асосан 2-7 ёшлардаги болалар орасида учраб, касаллик асосан болаларда овқат маҳсулотларига нисбатан юқори сезувчанлик ҳолати сифатида намоён бўлади. Касаллик кечиши учун доимий қичишиш ҳолати ва касалликнинг сурункали-қайталама шаклда кечиши хос бўлади. Тошма элементлари асосан қўл ва оёқларнинг ёзув соҳаларида кузатилиб, улар тугунча устида пуфакча (серопапула) кўринишида бўлади ва тошмалар юзаларида серозли-қонли қашламалар кузатилади. Болалар қичимаси касаллиги учун оқ дермаграфизм ҳолати хос бўлиб, баъзан тери ости лимфо тугунларининг катталаниши (пруригиноз бубонлар) кузатилади.

Касалликнинг даво чоралари асосан мугуз қаватини кўчириб, қўтир йўллари орқали қўтир канасига таъсир этувчи дори воситаларидан фойдаланишдан иборат. Дори воситаларини қўллашдан аввал беморларга иссиқ душ қабул қилиш тавсия этилади, яъни механик равишда қўтир каналаридан халос қилинади. Касаллик асоратланган ёки экзематизацияланган кўринишларда бўлса, у ҳолда иссиқ душ қабул қилиш тавсия этилмайди. Даволаниш вақтида ҳам ювиниш тавсия қилинмайди. Қўтир канасига қарши дори воситалари тана, қўл ва оёқ тери соҳаларига бир текис қилиб суртилади. Даво воситалари сифатида бензилбензоатнинг 20% ли совунли-сувли эмульсияси, болалар учун эса 10 % ли эмульсияси қўлланилади. Эмульсия 10 минут давомида кунига 2 мартаба 3 кун давомида сурилади, 4-кун эрталаб беморга

чўмилиш тавсия этилади, шундан сўнг тоза кийим кийилади ва чойшаблар алмаштирилади. Дори воситаси томонидан ҳосил бўлувчи дерматитнинг олдини олиш мақсадида беморларга десенсебилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари тавсия қилинади. Қўтир касаллигини даволаш учун 33% ли олтингугурт малҳами (болалар учун эса 10%, 20% ли малҳами) қўлланилади, дори воситасини 5 кун давомида кунига 2 маҳалдан суртиш тавсия этилади. Касалликни даволашда самарали восита сифатида спрегал (эсдепаметрин) аэрозолидан фойдаланилади, препарат фақат 1 маротаба қўлланиладиган дори воситаси бўлиб, 8-10 кун давомида, агар касаллик белгилари сақланиладиган бўлса, у ҳолда аэрозол қайтадан қўлланилиши мумкин. Бундан ташқари қўтир касаллигини даволашда замонавий дори воситаларидан пвермектин 200 мкг/кг ичиш учун тавсия қилинади. Дори воситаси 1 маротаба ҳафтасига 2 кун тавсия қилинади.

Касалликни олдини олиш учун беморлар билан контактда бўлган инсонларни текшириш ва профилактик ишларни олиб бориш лозим. Аниқланган беморларга зудлик билан махсус маълумотнома тўлдирилади. Уй шароитида мавжуд бўлган кийим кечаклар, ўрин-кўрпа жилдлари ва чойшаблар ювиш воситалари ёрдамида қайнатилади, қайнатиб ювиш мумкин бўлмаган кийимлар эса А-ПАР аэрозоль ёрдамида дезинфекция қилинади.

Битлаш

Битлаш паразитар касаллик бўлиб, инсонлар терисида 3 хил турдаги битлар паразитлик қилиши маълум, булар соч, кийим ва чов битларидир. Соч бити (*Pediculus capitis*) бемор инсондан соғлом инсонга бош кийимларни кийиш, тароқ ва рўмоллар орқали ўтади. Бош битининг урғочиси 150 яқин тухумларини соч толаларига хитин воситаси ёрдамида ёпиштиради. Бит тухумлари оқиш тусда бўлиб, оддий кўз орқали аниқ кўриш мумкин. Тахминан 5-6 кунлардан сўнг бу тухумлардан битлар пайдо бўлади, 3 ҳафталардан сўнг эса уларнинг ўзлари тухум қўя бошлайдилар. Бошнинг сочли қисмидан ташқари соч битлари қош, киприк, соқол ва мўйлаб тукларида ҳам топилиши мумкин. Битларнинг тишлаши ва улар сўлагидаги ферментларнинг таъсири натижасида қаттиқ қичишиш ҳолати юзага келади, баъзан эса иккиламчи пиококкли инфекциялар билан

асоратланиш кузатилади. Касаллик белгиларининг тарқоқ ҳолда жойлашганлиги сабабли бошнинг сочли қисмларида йирингли қатқалоқлар ҳосил бўлади, сочлар бир-бирига ёпишади, бўйин лимфа тугунлари катталашishi кузатилади. Касаллик ташхиси бит ва унинг тухумлари топилиши орқали тасдиқланади.

Кийим бити (*Pediculus corporis, seu vestimenti*) соч битига нисбатан каттароқ бўлиб, асосан кийимлар чокида учрайди ва қон билан озиқланади. Кийим битининг тухумлари кийим бурмалари ва чокларида, узун ва майин сочларда бўлади. Бит чақиши ҳисобига кучли қичишиш ва чизикли эскореацияларни ҳосил қилади ва пиодермия билан асоратланади. Терининг зарарланиш соҳалари асосан кийимларнинг терига тегиш жойларида кузатилади (бўйин, курак, бел соҳаларида), касалликнинг сурункали ва узоқ вақт давомида кечиши беморлар терисини қуруқлашишига, қипиқлашишига, қалинлашишига ва яғирли пигментация чандиқларининг ҳосил бўлишига олиб келади.

Чов бити (*Pediculus pubis*) чов соҳаларида, жинсий аъзолар ва анус атрофи соҳаларида паразитлик қилади. Чов бити касаллиги болаларда кузатилмайди. Касалликни баъзи ҳолатларда кўкрак, қорин, сон, кўлтиқ ости соҳалари, қош ва киприк соҳаларида кузатиш мумкин. Чов битида беморларни субъектив кучли қичишиш безовта қилади. Баъзан ўчоқлар юзаларида катталиги 0,5-1 см ли, босиб кўрилганда йўқолмайдиган геморагик доғлар ҳосил бўлади. Доғлар оч-кўкимтир ва кулранг бўлиб, битнинг сўлак таркибидаги ферментларнинг гемоглабинга таъсири натижасида ҳосил бўлади. Касаллик асосан жинсий алоқа орқали юқади.

Соч битини даволашда бензилбензоатни 10% ва 20% ли суспензиясидан фойдаланилади (катталарда 20%, болаларда 10%), бунинг учун суспензия бошнинг сочли қисми тери юзасига суртилади, кейин рўмол билан боғлаб қўйилади, тахминан 30 дақиқадан сўнг бош ювиб ташланади. Соч битини даволашда Ниттифор эритмаси ва Антибит шампунларидан ҳам фойдалилади.

Битлашни олдини олиш мақсадида, асосан аҳолининг моддий фаровонлиги ва санитария маданиятини оширишга қаратилган чоратадбирларни ишлаб чиқиш ва уни ҳаётга тадбиқ этишни амалга ошириш лозим. Шахсий гигиенага риоя қилиш, ички кийим-кечак, ўрин-кўрпа жилдлари ва буюмлар ювиб, дазмоллаб турилиши, ҳар

ҳафтада алмаштирилиши лозим. Тасодифий жинсий алоқалардан сақланиш зарур.

Тери лейшманиози

Пашшаҳўрда ёки Тери лейшманиози касаллиги терининг паразитар касалликлари туркумига кириб, унинг 50 дан ортиқ синонимлари мавжуд. Касалликни кенг қўлланиладиган синонимларига Боровский касаллиги, тери лейшманиози, қўқон яраси, ашхобод яраси, афғон яраси, пендинка ва ҳоказолар киради. Пашшаҳўрда ёки тери лейшманиози касаллигини қўзғатувчиси *Leishmania tropica* 1898 йил Тошкент шаҳрида П. Ф. Боровский томонидан топилган, кейинчалик эса унга Боровский касаллиги, деб ном берилган. Пашшаҳўрда касаллиги сурункали кечадиган касаллик бўлиб, асосан тропик ва субтропик иқлим шароитли мамлакатларда, кавказорти (Озарбайжон) ва Ўрта Осиё мамлакатларида (Ўзбекистон, Туркманистон, Қозоғистон Республикаларида) учрайди. Тери лейшманиози касаллиги Ўзбекистоннинг Сурхондарё ва Қашқадарё вилоятларининг жанубий туманларида, Бухоро вилоятининг чўл худудларида ва Фарғона водийсида кўпроқ кузатилади.

Касалликни қўзғатувчи лейшманиялар тухумсимон шаклда бўлиб, узунлиги 2-5 мкм, эни эса 1,5-4 мкм ни ташкил этади. Протоплазмасида иккита ядро мавжуд бўлиб, бири катта ва овалсимон, иккинчиси эса кичик ва таёқчасимон шаклларда бўлади. Шунинг учун ҳам касалликни қўзғатувчисини Боровский таначалари, деб аталади. Боровский таначаларини қонда, макрофаглар таркибида ва касалланган тери ўчоқларида кўп миқдорда топилади. Тўқима суюқлигидан олинган материаллар Романовский-Гимза усули билан бўялганда ва микроскоп остида кузатилганда лейшманияларнинг протоплазмаси оч-ҳаворанг, катта ядроси қизил ёки қизил-бинафша, кичик ядроси эса тўқ бинафша рангларда бўялади.

Касалликнинг 2 хил клиник тури тафовут қилинади булар: ўткир-некрозланадиган, қишлоқ ёки ҳайвон тури ва кеч-некрозланадиган, шаҳар ёки одам турларидир. Касалликнинг ўткир-некрозланадиган, қишлоқ ёки ҳайвон турини *Leishmania tropica major*, кеч-некрозланадиган, шаҳар ёки одам турини эса *Leishmania tropica minor* лар қўзғатади. Касалликни қишлоқ турида касаллик манбаи бўлиб кемирувчи ҳайвонлар (чўл сичқонлари, каламушлар,

юмронқозиклар), шаҳар турида эса бемор инсонлар бўлиб ҳисобланади. Касалликни ташиб юрувчи ёки юқтирувчиси бўлиб Phlebotomus синифига мансуб искабтопар чивинлар ҳисобланади. Бемор ҳайвон ёки бемор инсонларни чивинлар чаққанда уларнинг сўлақларида сўрилган қон билан бирга касалликни кўзгатувчиси лейшманияларни олиб юрадилар. Агарда бундай чивинлар кейинчалик соғлом инсонларни чақса, у ҳолда сўлақлари орқали Боровский касаллиги таначаларини юқтирадилар. Шу учун ҳам бундай касалликни ташувчиси «пашшахўрда» деб номланган.

Касалликнинг қишлоқ турида инкубацион давр тахминан 10-40 кун давом этади, бу давр тугагандан сўнг, чивин чаққан тери соҳасида тўқ-қизил кўкимтир рангли, ўткир яллиғланган, ҳамирсимон консистенцияли, оғрийдиган инфилтрат ҳосил бўлади. Тахминан 1-2 ойлар, болаларда эса 2-3 ҳафталар ўтгандан кейин ушбу инфилтратлар ёрилиб чуқур яраларга айланади. Яраинг четлари ва туби нотекис, йирингли суюқлик ва некротик масса билан қопланган бўлади. Яраинг тубида ҳамирсимон мадда кузатилади, атрофида эса лимфа томирларининг яллиғланиши натижасида лимфангит ҳолати кузатилади. Болаларда кўпинча пашшахўрда касаллигида ҳосил бўлган яралар иккиламчи йирингли кокклар билан асоратланади, ўчоқларда яллиғланиш жараёни чуқурлашади, абцесс, флегмона ва сарамас каби асоратлар кузатилади, уларда кучли оғриқ кузатилади. Вақт ўтиши билан пашшахўрда касаллиги яралари йиринг ва некротик массалардан тозаланиб, ўртасидан чандиқлана бошлайди ва касаллик 5-6-ойларга бориб чандиқланиш жараёни тугайди.

Касалликнинг шаҳар ёки антропоноз турининг инкубацион даври узоқ давом этиб, тахминан ўртача 6-8 ойлардан 1 йилгача ва ундан ортиқ вақт давом этади, касалликни секин ва кеч ривож олиши унга йил яраси, деб ном беришга асос бўлади. Чивин чаққан тери соҳасида тўқ-қизил рангли, секин-аста ёнғоқ ҳажмигача катталашиб борувчи дўмбоқча ҳосил бўлади. Дўмбоқчалар усти қалин қобиғ билан қопланган бўлиб, уларни кўчиши натижасида нотўғри, хошиясимон, инфилтралланган, ҳамирсимон чегарали, грануланган тубли кўнғир-сарик ранг қобиғ билан қопланган яралар ҳосил бўлади. Яраларнинг юзаси катта бўлишига қарамасдан унчалик чуқур бўлмайди, шунинг учун ҳам яралар битиши натижасида пайдо бўладиган чандиқлар юзаки ва юпка кўринишда

бўлади. Яралар асосидаги ҳосил бўлган инфилтрат уларни тери сатҳидан кўтариб туради, кейинчалик бир неча ойлардан сўнг ушбу яралар ўрнида чандиқланиш кузатилади. Касалликнинг яна бир клиник кўриниши бу унга хос бўлган лимфангитлардир. Лимфангитлар бу пашшахўрда касаллиги яралари атрофидаги лимфа қон томирларининг худди арқон қаттиқлиги кўринишида тери сатҳидан бўртиб кўришиб туришидир. Лимфа қон томирларининг бундай кўринишда намоён бўлиши кўпинча тугунлар кўринишида ҳам бўлиб, бундай кўриниш касалликнинг асосан қишлоқ клиник турида кузатилади. Кейинчалик тугунли лимфа қон томирлари ёрилиб улар яраларга айланади. Айрим ҳолларда чандиқ ва чандиқлар атрофида эса тўқ қизил-кўкиш ёки сариқ-қизил рангли майда дўмбоқчалар ҳосил бўлади, уларнинг кўриниши худди қизил югурик касаллигидаги люпомаларни эслатади. Касалликнинг бундай кўриниши “тери лейшманиозининг силсимон хили” деб ҳам аталади.

Болаларда пашшахўрда касаллигининг учинчи тури, яъни туберкулоид тури ҳам кузатилади. Бошқача қилиб айтганда касалликнинг бу тури металеишманиоз, дўмбоқчали лейшманиоз, люпоид лейшманиоз, деб ҳам аталади. Касалликнинг бу тури болалар ва ўсмирларда катта ёшдаги кишиларга нисбатан кўпроқ учрайди ва у 6-8 % ҳалокатларда кузатилади. Металеишманиоз турининг клиник кечиши асосан юз тери соҳаларида кузатилиб, дастлаб майда тугунчалар шаклида пайдо бўлади, кейинчалик улар қаттиқ ёки хамирсимон қаттиқликка эга бўлиб, пашшахўрда касаллиги яраларидан қолган чандиқлар атрофида пайдо бўлади. Улар кўпинча яра ёки чандиқларни ҳалқасимон, ярим ҳалқасимон шаклларда ўраб олади, улар сарғиш-қорамтир рангда бўлиб, атроф тери соҳаларида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Шунга ўхшаш дўмбоқчалар чандиқнинг ўзида ҳам ҳосил бўлиши мумкин, аксарият ҳолларда улар юзаки, юпқа чандиқлар сатҳида кузатилади. Мазкур элементлар тери силида кузатиладиган дўмбоқчаларга жуда ўхшаш бўлади. Ҳатто *lupus vulgaris* касаллигида кузатиладиган «олма мағзи» белгиси ҳам кузатилади. Шунинг учун ҳам пашшахўрданинг бу тури туберкулоид номини олган. Бироқ тери силида кузатиладиган дўмбоқчалардан фарқ ўлароқ металеишманиоз дўмбоқчалари бир неча йиллар давомида сақланади, баъзан эса ҳаттоки 15-20 йилгача сақланиши мумкин.

**Пашшахўрданинг қишлоқ ва шаҳар турларини
бир-биридан фарқлаш**

№	Кўрсаткичлар	Шаҳар тури	Қишлоқ тури
1	Кўзгатувчиси	<i>L. tropica minor</i>	<i>L. tropica major</i>
2	Инкубацион даври	Ўртача 2-6 ой, 1 йилгача	2-5 ҳафта
3	Инфекция ўчоғи	Лейшманиозга чалинган бемор кишилар	Кемирувчилар ва бемор кишилар
4	Касалликнинг дастлабки белгилари	Кичик тугунча (лейшманиома)	Ўткир яллиғланиш белгилари яққол намоён бўлган мадда (инфилтрат)
5	Ривожланиш жараёни	Лейшманиоманинг ривожланиши секин, дастлаб эрозия бўлади. сўнгра чақаланади, инфилтрат секин сўрилади	Маддалаган ўчоқ тез ярага айланади, кучли оғрик билан кечади
6	Ярани таърифлаш	Яра туби донадор, зардобсимон йиринг билан қопланган, тез қуриб қатқалоқланади	Яра туби нотекис, кулранг сарғимтир некротик чиқинди билан қопланган, йиринг кўп миқдорда ажралади
7	Ярага айланиш муддати	3-8 ой	2-4 ҳафта
8	Лимфангит ва лимфаденитлар	Камдан-кам ҳолларда кузатилади	Кўп учрайди, оғир кечади, лимфа томирлари бўйлаб тугунчалар пайдо бўлади, ярага айланади.
9	Тошма элементларининг терида жойлашган соҳалари	Кўпинча юз терисида, қўл-оёқларда камрок кузатилади	Кўпинча икки оёқ терисида, юзда кам кузатилади.
10	Фаслга алоқадорлиги	Йилнинг барча фаслларида кузатилади	Ёз ва куз пайтлари кузатилади, беморлар дастлаб июль-октябрь ойларида мурожаат этадилар
11	Кечиши	Сурункали, ойлаб кечади	Ўткир, бир неча ҳафта давом этади
12	Асоратлар бериши	Пиококклар билан кам асоратланади	Сарамас, йирингли яралар каби асоратлари кўп кузатилади
13	Географик тарқалган жойлари	Аксарият ҳолларда шаҳар аҳолиси орасида учрайди.	Кўпинча қишлоқларда, чўл ва адирларда

Касалликнинг металеишманиоз клиник турининг ривожланиши кўпроқ куёш нурларининг таъсири билан боғланади, шунинг учун ҳам касаллик белгиларининг юз терисида кўпроқ жойлашиши сабабини ушбу ҳолат билан тушунтирилади. Металеишманиоз дўмбоқчалари тўлиқ етилмаган лейшманиомалар бўлиб, айрим муаллифларнинг фикрича, улар макроорганизмнинг қаршилик кўрсатиши натижасида типик лейшманиомага айланмаган ва сурункали тус олган касалликнинг клиник тури ҳисобланади.

Тери лейшманиози касаллигини сурункали кечадиган йирингли касалликлар яраларидан, захм гуммасидан ва тери силидан фарқ қилиш лозим. Касаллик ташхиси анамнестик ва эпидемиологик сўровлар, клиник маълумотларга асосланган ҳолда қўйилади ва бактериоскопик текширув натижаларига (Боровский таначаларининг тўқима суюқлигида топилиши) асосан эса касаллик ташхиси тасдиқланади. Касаллик ташхиси ноаниқ бўлган ҳолларда эса Монтенегро синови натижалари ёрдам беради, яъни лейшманин билан терига қўйилган аллергик синов мусбат натижаларига асосан қўйилади.

Пашшахўрда касаллигини даволашда антибиотик дори воситаларидан (мономицин, метациклин, доксоциллин, рифампицин) кенг кўламда фойдаланилади. Мономицин ҳар 1 кг тана оғирлигига 20000-25 000 ТБ дан кунига 2 мартадан мушак орасига 10-12 кун давомида юборилади. Мономицин дори воситасини ичишга эса ҳар 1 кг тана оғирлигига 50000 ТБ дан тавсия этилади. Кейинги йилларда касалликни даволашда метациклин дори воситасидан муваффақиятли фойдаланилмоқда. Дори воситаси 0,3 г дан кунига 2 мартаба 10-12 кун давомида берилади. Рифампицин 0,3 г дан кунига 2-3 маҳалдан, овқатдан 30-40 дақиқа олдин ичишга тавсия этилади, болаларга эса 1 кг тана оғирлигига 7,5-10 мг дан кунига 2 маҳалдан тавсия этилади. Доксоциллин 0,1 ёки 0,3 г дан кунига 2 маҳал овқатдан кейин тавсия этилади, даво курси 10-15 кунни ташкил этади. Маҳаллий даво чоралари акрихиннинг 1% ли эритмасини новокаин билан аралаштириб яра атрофига ковлаб юборилиш орқали олиб борилади. Шунингдек, яраларга 5% ли мономицин ёки 3% ли метациклин малҳамларини қўллаш тавсия этилади.

Пашшахўрданинг олдини олишда комплекс ташкилий тадбирлар ўтказилиши, яъни касаллик вужудга келган ҳудудларда карантин ўрнатилиши лозим. Ушбу ҳудудларда касаллик манбаи бўлган

кемирувчи ҳайвонлар ва уларнинг инларини бузиб ташлаб заҳарлаш, ёмғирдан кейин пайдо бўладиган кўлмак сувлар, қамишзор ва зовурларни кўмиб ташлаш лозим. Бундай ишлар олиб борилиши натижасида касаллик манбаининг олдини олиш имконига эришилади. Касалликнинг ўчоғли худудларида яшовчи аҳолига бу касаллик ҳақида, уни олдини олиш бўйича тушунтириш ишларини олиб бориш зарур. Аҳолини касалликдан муҳофаза қилиш мақсадида уларга пашшахоналар тутиш, кечкурунлари чивинларни ҳайдаш мақсадида уларни ҳайдаш хусусиятига бўлган дори воситаларини қўллаш тавсия этилади. Бу тадбирларнинг тўлақонликда ўтказилиши касалликни олдини олиш ва унинг камайишига сабабчи бўлади. Тери лейшманиози касаллиги билан хасталангандан сўнг (ёки даволанган сўнг) беморларда доимий иммунитет қолади.

Мохов

Мохов касаллиги сурункали қайталама кечадиган инфекцион табиатга эга касаллик бўлиб, асосан тери, шиллик қаватлар ва асаб тизимининг зарарланиши кўринишида кечади. Касалликни кўзга-тувчи Ганзен таёқчаси бўлиб, уни биринчи марта 1871 йилда норвегиялик олим G. Hansen топган. Ганзен таёқчаси капсула ва споралар ҳосил қилмайди, аммо L- шаклини ва донадор шаклларни ҳосил қилиш хусусиятига эга. У кислоталар ва ишқорлар таъсирига чидамли бўлиб, грамманфий ҳисобланади, Цил-Нелсон усули бўйича қизил рангга бўялади. Касаллик асосан ҳаво-томчи йўллари, юқори нафас йўллари, шиллик қаватлари, зарарланган тери юзалари орқали юқади. Касалликни қон сўрувчи ҳашоратлар чақиши орқали ҳам юқади деган фикрлар мажуд. Касалликка айниқса, ёш болалар берилувчан бўлиб, кўпинча 5-14 ёшлар оралиғида учрайди. Касалликнинг вужудга келишига инсонлар яшаш шароитларининг социал-иқтисодий жиҳатидан паст даражада бўлиши, турли сурункали касалликлар билан хасталанганликлари ҳамда тери юзаларининг тез-тез жароҳатланиб туриши асосий омиллардан бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирга кунга келиб ХССТ ахборотида кўра дунёда 15 млн. дан ортиқ мохов билан касалланган беморлар қайд этилган. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, мамлакатимизда аҳоли турмуш шароитларининг юқори даражага кўтарилганлиги, иқтисодий

жиҳатдан барқарорлиги, эпидемиологик ва даволаш-профилактик чораларнинг ўз вақтида тўғри олиб борилиши ҳамда туғруқ-хоналарда БЦЖ эмлашларини тўлақонлик билан ўтказилиб борилиши сабабли мохов касаллиги касаллик сифатида бўтунлай йўқ қилинган.

Мохов касаллиги юққандан кейин ўтадиган вақт, яъни инкубацион даврнинг давомийлиги аниқ бўлмайди, унинг вақти бир неча ойдан бир неча йилларгача ҳатто 20-30 йилларгача давом этиши мумкин. Мохов касаллигининг 3 та клиник турлари тафовут этилади: моховнинг моховсимон ёки оғир тури; моховнинг силсимон ёки енгил тури ва моховнинг таққосланмайдиган ёки ноаниқ тури.

Моховнинг моховсимон тури. Касалликнинг ушбу турида дастлаб, кўп миқдорда юз, тана, қўл ва оёқ тери соҳаларига тўқ қизил ёки кўкимтир рангда бўлган эритематоз доғлар тошади. Кейинчалик ушбу доғлар инфилтралланиб тугунчалар шаклини олади, айрим жойларда эса улар плакчалар шаклида ҳам бўлади, бундай кўринишдаги тошмаларни лепромалар, деб номланади. Лепромалар асосан юзнинг пешона, кўз қовоғи усти соҳаси, яъни қошлар соҳасида, бурун, ёноқ, юқори ва пастки лаб, даҳан, қулоқ супраси ва қулоқ ёстиқчалари ҳамда қўл ва оёқ тери соҳаларининг ёзувчи сатҳларида жойлашади. Лепромалар жойлашган ҳудудларда уларнинг инфилтратив таъсири натижасида қош, киприк, мўйлаб ва соқолларнинг тўкилиши ҳолати кузатилади. Беморлар юз соҳаси шакли ўзгаради, улар бадбашара кўринишни, яъни “шер юзи” кўринишини олади, юз соҳаси мимикаси ўзгаради, кўз қовоқларининг юмилиш жараёни эса бузилади.

Терида кузатиладиган патологик жараён беморларда марказий асаб тизими фаолиятининг бузилиши билан кечади, беморлар асабийлашиб, ҳар хил рухий ва невротик ҳолатларга тушиб қоладилар. Периферик асаб тизими фаолиятининг бузилиши натижасида дастлаб беморларда трофик жараёнлар, оғриқ ва ҳароратни сезиш ҳолатларининг кучайиши ҳолати кузатилади. Патологик ўчоқларда ёғ ва тер ажралиши ҳолатлари кучли даражада намоён бўлади, шу сабабли лепромалар ёғланган кўринишда ялтираб туради. Кейинчалик жойлардаги неврит ва полиневрит каби ўзгаришлар натижасида чуқур тропик бузилишлар юзага келади, касалланган ўчоқларда оғриқни, тактил сезувчанликни, ҳароратни

сезиш қобилияти пасаяди ва охир-оқибатда бутунлай йўқолади. Трофик ўзгаришлар кейинчалик лепромалар жойлашган ҳудудларда чуқур, чегаралари нотўғри, қайрилган ва тери сатҳидан кўтарилиб турадиган кўринишда, туби ғадир-будур, серозли-йирингли қобиғлар билан қопланиб турадиган яралар пайдо бўлади. Бази ҳолларда яралар ичкарига қараб чуқурлашиши ҳам мумкин, натижада суяклар, мушаклар ҳамда пайларнинг емирилиши, кемирилиши ва тузилишининг бузилишига олиб келади. Бундай кўринишдаги бузилишлар кўпинча қўл ва оёқ панжалари бармоқларида кузатилиб, уларнинг тўмтоқланишига, узилиб тушиб кетишига, мутиляцияланишига олиб келади, натижада қўл бармоқлари “қуш панжаси”, оёқ кафти юзалари эса “от туёғи” кўринишини эслатадиган шаклларга киради. Яралар ўрнида кейинчалик кўпол, деформацияланган чандиқлар ҳосил бўлади. Айрим ҳолатларда лепромалар яра ҳолига ўтмасдан сўрилиб кетиши ва ўзидан кейин эса атрофик чандиқлар қолдириши мумкин.

Мохов касаллигида шиллиқ қаватларнинг зарарланиши асосан юқори нафас йўллари, оғиз ва кўз шиллиқ қаватларида кузатилади. Бурун шиллиқ қаватларининг мохов касаллигидаги зарарланиши эритематоз инфильтрациялар шаклида кечиб, қонли ажратмалар, ҳамда серозли-қонли қобиқлар билан қопланган кўринишларда намоён бўлади. Кейинчалик эса бундай инфильтраланишлар яралар ҳосил бўлишига, бурун шиллиқ қавати тоғай ва суяк қисмларининг деформацияланишига олиб келади. Худди шу каби ўзгаришлар оғиз, томоқ шиллиқ қаватларида, тилда ҳатто оғиз бойламларида ҳам кузатилади, натижада товушнинг бўғиқли чиқиши, ҳатто бутунлай йўқолиши (афония) ҳолатлари кузатилади. Кўз шиллиқ қаватлари зарарланиши натижасида эса конъюнктивит, ирит, кератитлар каби ўзгаришлар вужудга келади, натижада беморлар кўз шиллиқ қаватлари яллиғланади, яраланади ва кўз шох қаватининг чандиқланиши ҳолати юзага келади, бунинг оқибатида беморлар кўриш қобилияти пасаяди ёки улар бутунлай кўр бўлиб қоладилар.

Касаллик туфайли вужудга келадиган периферик неврит каби ўзгаришлар мушак, суякларда атрофик ўзгаришларга олиб келади, масалан кўз олмасини ҳаракатга келтирувчи мушаклардаги атрофик ўзгаришлар натижасида кўз олмасининг намланиб туриши, қовоқлар билан ёпилиб-очириб туриши ҳолатлари бузилади ва шилпиқлик (логофталм) вужудга келади.

Мохов касаллигида кузатиладиган ўзгаришлар ички аъзоларда ҳам ўз аксини топади, бундай ўзгаришлар асосан паренхиматоз аъзолар томонидан кузатилади. Эндокрин тизими фаолиятининг бузилиши натижасида жинсий аъзолар томонидан бепуштлиқ, эрта климакснинг вужудга келиши, эрта қариш каби ҳолатлар кузатилади.

Моховнинг силсимон тури. Моховнинг силсимон тури унинг моховсимон турига нисбатан анча енгил кўринишда кечади. Касалликнинг ушбу турида асосан тери ва периферик нерв толалари зарарланади. Тери соҳаларида аниқ кўринишли, думалоқ овал шаклида бўлган, депигментланган ёки қизил-қўнғир рангдаги доғли тошмалар кузатилади, уларнинг чегаралари ҳалқа сингари теридан кўтарилиб туради, таркиби эса лихеноид тугунчалар ва дўмбоқчалардан ташкил топади. Ушбу ўчоқларнинг марказий қисми ясси ва чуқурлашган бўлиб, оч ранг кўринишида бўлади. Кейинчалик ўчоқлар депигментланади ва улар ўрнида чандиқлар қолади.

Моховнинг силсимон турида оғриқ ва ҳароратни сезиш қобилиятининг йўқолиши эрта, тактил сезиш қобилиятининг йўқолиши эса кечроқ намоён бўлади. Оғриқ ва ҳароратни сезиш қобилиятининг эрта йўқолиши беморларни тез-тез куйиб қолишларига, ҳар хил жароҳатлар олишларига сабабчи бўлади. Ички аъзолар тарафидан ва эндокрин тизими тарафидан кузатиладиган ўзгаришлар эса касалликни моховсимон турига қараганда нисбатан кам кузатилади ва енгилроқ кечади.

Моховнинг таққосланмайдиган тури. Моховнинг таққосланмайдиган тури асосан болаларда учрайди. Бемор болалар умумий аҳволлари кучсиз даражада ўзгариши кузатилади. Терида кузатиладиган патологик ўзгаришлар тўқ қизил рангли доғлар кўринишида бўлиб, уларнинг чегаралари ноаниқ бўлади. Касалликнинг клиник кўриниши моховнинг силсимон тури кўриниши ўхшаш бўлади, аммо касалликнинг бу туридаги трофик ўзгаришлар ва сезгирликнинг бузилиши каби ҳолатлар кўринарли даражада намоён бўлиши мумкин. Касалликка хос бўлган синамалар айрим ҳолатларда мусбат, айрим ҳолатларда эса манфий кўринишларда бўлади.

Мохов касаллигининг ташхиси сезувчанлик ҳолатининг тошма элементлари бор ҳудудларда йўқолиши, нерв толаларининг йўғонлашиши, шиллиқ қаватлардан олинган суртмаларда, тўқима

суяқликлариди Ганзен таёқчаларининг топилиши асосида қўйилади. Касалликка ташхис қўйилиши қийин бўлган ҳолатларда ёки таққосланмайдиган клиник турларида серологик текширувлар ўтказилади, бу жараёнлар комплементни боғлаб олувчи жараёнлар ва Колмер жараёнларидан иборат бўлади.

Мохов касаллигига ташхис қўйишда лепромин синовидан (Митсуда синамаси) фойдаланилади. Бу усулда қўл билагига букув соҳаси тери орасига, мохов билан зарарланган тўқима таркибидан тайёрланган, кўп миқдорда Ганзен таёқчаларини сақлайдиган суяқликдан, яъни 0,1 мл лепромин суяқлигидан юборилади. Синамада кузатиладиган жараён эрта ёки кеч бўлиши мумкин. Агар 24-48 соатдан кейин лепромин юборилган жойда қизариш ва шиш ҳолати кузатилса жараён эрта мусбат деб, агар 2-4 ҳафтадан кейин жойларда 1-1,5 см катталиқда дўмбоқчаларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг ярага айланиши ҳолати кузатилса у ҳолда жараён кеч мусбат жараён, деб баҳоланади.

Мохов касаллигига ташхис қўйишда ҳамда касалликни тери лейшманиози, тери сили ва захм касалликлари билан таққослов ташхиси ўтказилишида Минор синамасининг тутган ўрни ва амалий аҳамияти жуда катта. Ушбу синаманинг ўтказилиши учун бемор соғлом тери соҳасига йод эритмаси суртилади ва устига юпқа қилиб крахмал моддаси кукуни сепилади ва беморни мажбуран терлаши учун куруқ иссиқ ҳаволи хонага киритилади ёки ичишга иссиқ чой берилади, маълум вақт ўтгандан кейин тери соҳаси кузатувдан ўтказилади. Агарда йод билан крахмал аралашмаси тўқ кўк ранга кирмаса у ҳолда бу жараён мусбат деб баҳоланади ва мохов касаллиги ташхиси тасдиқланади, чунки мохов касаллигида тер безларининг тер ажратиш хусусиятлари бузилган бўлади.

Мохов касаллигининг давоси умумийликдан ташқари беморларга уларни индивидуал ҳолатларини ҳисобга олган ҳолда олиб борилади. Касалликни даволашда асосий ўринни сульфон дори воситалари эгаллайди, бу дори воситаларига ДДС ва уни аналоглари авлосульфон, дапсон, сульфетронлар киради.

Ҳозирги кунда мохов касаллигини даволашда диуцифон дори воситасидан кенг тарзда фойдаланилади, бу дори воситасининг самарадорлиги ДДС га нисбатан 4-5 барабар ортиқ бўлиб, салбий асоратлари деярли кузатилмайди. Диуцифон препаратининг

устунлиги яна шундаки, дори воситаси мохов касаллигининг барча турларида самарали таъсир этганлиги учун кенг қўлланилади.

Мохов касаллигини даволашда тиомочевина ва унинг маҳсулотлари бўлган сиба-1906 ва этоксид дори воситалари қўлланилади. Этилмеркаптан гуруҳидан бўлган бу дори воситаси ҳам моховни даволашда қўлланилади, унинг хусусияти шундан иборатки, солфон дори воситаларини моховга қарши таъсир этиш самарадорлигини оширади. Даво чораларининг ўтказилишида шунингдек, чаулмугрол препаратлари ҳам қўлланилади, улар сульфон дори воситалари билан биргаликда даволашда тавсия этилади.

Мохов касаллигида кузатиладиган иммун танқислиги ҳолатини инобатга олган ҳолда, махсус даво чоралари билан бир вақтда иммуномодулятор дори воситалари (метилурацил, пентоксил, иммуномодулин, тимален, нуклеинат натрий, левамизол) тавсия этилади. Беморларга витаминларга, оксилларга бой, кучли каллорияга эга бўлган овқат маҳсулотлари тавсия этилади.

Мохов касаллигини олдини олиш мақсадида ҳомиладор бемор оналардан туғилган чақолоқлар туғруқхонанинг ўзидаёқ оналаридан ажратилдилар ва оналари билан яқин алоқада бўлишлари тақиқланади, чунки мохов касаллиги билан хасталанган бемор оналардан туғилганларида бундай болалар соғлом туғилдилар. Мохов касаллиги аниқланган ҳудудларда беморлар атрофдаги инсонлардан ажратилдилар ва улар махсус санатория тарзидаги даволаш масканларида, яъни лепрозорияларда даволанишлари тавсия этилади. Аҳоли ўртасида БЦЖ вакцинация қилиш тадбири ўтказилади. Шунини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, мохов касаллиги билан хасталанишнинг олдини олишда аҳолини моддий, маънавий ҳамда иқтисодий жиҳатдан барқарор турмуш шароитлари даражасини ошириш асосий вазифалардан ҳисобланади.

ТЕРИНИНГ ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Тери касалликлари орасида терининг вирусли касалликлари алоҳида ўрин эгаллаб, уларнинг учраш даражаси катталарда 3-4%ни, болаларда эса 9,5%ни ташкил этади. Терининг вирусли касалликлари туркумига оддий учук, белбоғли учук, сўгаллар, юқумли моллюскалар, ўткир учли кондиломалар киради. Касалликни қўзғатувчи вируслар организмга тери, шиллиқ қаватлар, зарарланган буюм ва жиҳозлар орқали ҳамда ҳаво томчи йўллари орқали тушади ва касаллик белгиларини намоён қилади. Касаллик юққандан сўнг то клиник белгилари намоён бўлгунга қадар бўлган инкубацион давр бир неча кунлардан 2-3 ҳафтани ташкил этади.

Вирусли касалликлар гарчи бемор ҳомиладор онадан ҳомилага ҳомиладорлик даврида ўтган бўлсада, касаллик белгилари бола туғилгандан сўнг бола ҳаётининг биринчи кунларида намоён бўлмайди, чунки она қонидан болага вирусга қарши антителолар ўтади, натижада бола организмда пассив иммунитет ҳосил бўлади, бола туғилгандан сўнг тахминан 2 йил мобайнида ҳосил бўлган иммунитет кучсизланиши сабабли кейинчалик вирусли касаллик ривожлана бошлайди.

Оддий учук

Оддий учук (*herpes simplex*) ёки оддий пуфакчали темиртки вирусли касалликлар орасида нисбатан кўп учрайдиган касаллик бўлиб, унинг қўзғатувчиси морфологик жиҳатидан ўхшаш бўлган 4 та вируслар ҳисобланади. Буларга оддий вирус герпеси (ОВГ), белбоғсимон темиртки вируси (*Varicella Zoster*), Эпштейн-Барр вируси ва цетомегаловирус (ЦМВ) лар киради. Оддий герпес вирусининг 2 та серотипи мавжуд бўлиб, улар ОВГ-1 ва ОВГ-2 деб номланади. Оддий учук вируси барча инсонлар организмда улар ҳаётининг 18 ойларидан бошлаб контакт орқали юзага келади. Организм илк мартаба контакт ва нафас йўллари орқали тушган вируслар нерв ганглиялари орқали ҳужайраларга ўтади ва улар таркибида узоқ вақт латент ҳолатида сақланиб туради. ОВГ-1 билан

хасталанганда тери соҳаларидаги касаллик белгилари асосан оғиз, лаб ва кўз атрофи соҳаларида тошмалар тошиши тарзида, ОВГ-2 билан хасталанган беморларда эса касаллик белгилари асосан генитал соҳаларида ҳосил бўлиши тарзида кечади.

Оддий учуқ касаллиги тошмалари асосан табиий тешиқлар атрофида, бурун қанотлари, оғиз бурчаклари ва жинсий аъзолар соҳаларига тошади. Касаллик ўчоқлари соҳаларида дастлаб қизариш аломати кузатилади, сўнг эса диаметри 1-3 мм катталиқда бўлган пуфакчали тошмалар пайдо бўлади. Ҳар бир касаллик ўчоқлари юзаларида 2 тадан 10 тагача бўлган гуруҳланган кўринишда бўлган пуфакчалар кузатилади. Пуфакчалар таркиби аввал тиниқ экссудатдан иборат бўлиб, 2-3 кун ўтгандан кейин эса улар таркиби лойқаланади. Баъзан пуфакчалар бир-бирига қўшилиши ҳисобига 1-1,5 см диаметрли пуфаклар ҳосил бўлади. Кейинчалик ўша соҳаларда қора кўтир кўринишида қобиғлар ҳосил бўлади, тахминан 5-6 кунлардан сўнг улар туша бошлайди ва улар ўрнида дағаллашиш ҳолати кузатилади. Ўчоқлар юзаларида бир оз оғриқ, шиш ва ачишиш каби ҳолатлар кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволлари ўзгармайди, лекин баъзан тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, мушакларда оғриқлар кузатилиши мумкин. Касалликнинг давомийлиги 1-1,5 ҳафтани ташкил этади.

Оддий учуқ касаллигининг бир неча: абортив, шишсимон, диссеминацияланган, миграцияланувчи (ўрмаловчи), гемморагик (некротик), эрозив-яралли ва тез-тез қайталаниб турувчи клиник шакллари тафовут этилади.

Абортив клиник шакли асосан мугузланиш кучли бўлган тери соҳаларида юзаки тугунчалар ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Касалликни шиш билан кечувчи шакли асосан тери ости ёғ қавати кам ривожланган соҳаларда ҳосил бўлади (лаб, қовоқ) ва жараён шиш пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Белбоғсимон клиник шакли асосан юз, бадан, қўл ва оёқ соҳаларида нерв йўллари бўйлаб жароҳатланиш тарзида кечади. Касалликнинг кўчиб юрувчи (миграцияланувчи) шаклида эса қайталаниб турувчи тошмаларни жойлашишини ўзгартириб туриши кўринишида намоён бўлади. Гемморагик клиник шакли пуфакчалар таркибида гемморрагик суюқлик бўлиши билан ажралиб туради.

Ўткир герпетик стоматитли шакли пуфакчали тошмаларнинг лаб шиллиқ қаватлари, лунж, танглай соҳаларида пайдо бўлиши билан

намоён бўлади. Ўчоқларда бир оз шиш ва қизариш ҳолатлари кузатилади, шиллик қават юзаларида эса гурухлашган пуфакчалар ҳосил бўлиб, улар тез кунлар ичида ёрилади ва эрозиялар ҳосил бўлади, 2-4 кунлардан сўнг эса ушбу эрозиялар юзаларида фибриноз парда ҳосил бўлади. Беморлар оғриқ, ҳамда сўлак ажралишининг кучайишига шикоят қиладилар. Тахминан 6-14 кун ўтгандан сўнг эса эрозиялар эпителизацияланадилар.

Оддий учуқнинг тез-тез қайталанувчи турида жараён асосан юз (лунж, лаб атрофларида), кўз атрофлари ва жинсий аъзолар соҳаларида кузатилади. Касалликнинг йилига 1-3 баъзан эса ойига 5 маротабагача қайталаниши кузатилади. Аёлларда касалликнинг қайталаниши асосан менструация вақтида кузатилади (генитал герпес). Касалликни кечишида тошмалар билан бирга продромал ҳолат ҳам кузатилади, касаллик ўчоқларида беморлар бир оз қизиш, ачишиш ва қичишиш каби салбий ҳолатларга шикоят қиладилар.

Жинсий аъзолар юзаларида ҳосил бўладиган оддий учуқ касаллиги қаттиқ шанкр билан таққосланади. Оддий учуқ касаллигида кузатиладиган тошмалар алоҳида бир-бирига қўшилган полициклик кўринишдаги эрозиялардан иборат бўлиб, яллиғланган тери юзаларида инфильтратлар ҳосил қилмайди. Шиллик қаватлардаги оддий учуқ белгилари кўп шаклли экссудатив эритема касаллигидан, йил фаслларида боғлиқ бўлмаган ҳолда кечиши, шиллик қават соҳаларида пуфакчалар ёрилиб, юзаларида фибриноз плёнка ҳосил қилиши билан ажралиб туради.

Оддий учуқ касаллигининг ташҳисотида цитологик текширув усулларида фойдаланилади, текширув жараёни пуфакчалар пайдо бўлгандан 2-3 кун ўтгандан кейин ўтказилади. Романовский Гимза усули билан бўялганда 3-4 ядроли, базофил цитоплазмали гигант хужайралар аниқланади, хужайра ядролари бир-бирига яқин ва баъзан устма-уст жойлашади. Оддий учуқ ДНК сига сезувчан бўлган ПСЖ реакция ҳам ўтказилади. Оддий учуқ касаллигини даволашда вирусга қарши дори воситалари тавсия этилади. Бинофтон дори воситасидан 150 мг дан кунига 5-7 кун давомида белгиланади. Ацикловир 0,2 г дан кунига 5 маротаба 5 кун давомида тавсия қилинади. Касалликнинг профилактикаси сифатида дори воситасини – 0,2 г дан кунига 4 маҳал 6-12 ҳафта ичиш тавсия этилади. Маҳаллий даволашда касаллик ўчоқларига анилин бўёқлари (Кастиллияни суёқлиги, фукорцин) ёрдамида ишлов берилади ва

вирусга қарши 3% оксолин, 3-5% ли теброфен, зовиракс, ацикловир малҳамлари сурилади. Касаллик қайталанишини олдини олиш мақсадида беморга герпетик поливалентли вакцина қилинади. Вакцина елка тери ости соҳасига 0,1 – 0,2 мл дан ҳар 2-3 кунда юборилади. Бир вақтнинг ўзида беморларга иммун тизимини кўтарувчи даво чоралари ўтказилади.

Белбоғсимон учуқ

Белбоғсимон учуқ (*Varicella zoster*) касаллигини нейротроп филтрланувчи вирус *Varicella zoster* келтириб чиқаради. Касаллик асосан 40-70 ёшли инсонларда ва кўпроқ эркакларда кузатилади. Касалликнинг келиб чиқишида эндоген ва экзоген омиллар таъсири, яъни организмнинг иммун тизими ҳолатининг сустлиги, соматик касалликлар, инфекция ўчоқларининг мавжудлиги, совқотиш ва бошқалар сабаб бўлади.

Касалликнинг бошланиши продромал ҳолат кўринишида кечади, беморларда тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, бош оғриғи, қусиш, кўнгил айнаши каби аломатлар билан бошланади. Инкубацион даврнинг давомийлиги ҳар хил бўлиб, тахминан 7-5 кунларни ташкил этади. Белбоғсимон темиртки касаллигининг қуйидаги: абортив, буллёз, гангреноз, геморрагик, генерализацияланган клиник шакллари. Касаллик белгилари дастлабки кунлардан бошлаб тери юзаларида, нерв йўллари бўйлаб қизариш, бир оз шиш ва пуфакчали тошмалар пайдо бўлиши билан бошланади. Касалликнинг кечиши кучли оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши билан кечади. Ўчоқлар кўпинча юз, пешона, бошнинг сочли қисми, тана тери соҳалари, қўл ва оёқ соҳаларида, нерв йўналишлари бўйича жойлашади. Аввало эритематоз-доғли ва тугунчали-пилакчали тошмалар чизиксимон-белбоғ шаклларида ҳосил бўлади. Пуфакчалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб, улар таркибидаги суюқлик аввало тиниқ, сўнг эса лойқалана бошлайди, пуфакчаларни ёрилиши натижасида эрозиялар ҳамда қора кўтирлар ҳосил бўлади. Касаллик давомийлиги 1-3 ҳафтани ташкил этади (абортив клиник шаклида). Касалликни оғир кўринишдаги кечишида ярали ва ярали-некротик тошмалар ҳосил бўлади, яралар ўрнида кейинчалик қора кўтир ҳосил бўлади ва хасталик 1-1,5 ойларда тузала бошлайди.

Касалликнинг генерализациялашган (тарқоқ) клиник шаклида асосан йўлдош касаллиги бўлган беморларда, яъни лимфолейкоз,

лимфома, ўсма касалликлари, ҳамда иммунсупрессив, цитостатик, кортикостероид дори воситалари ҳамда рентген нурларини қабул қилган беморларда кузатилади.

Гангреноз клиник шакли асосан кўп касал бўладиган кишиларда (қандли диабет, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси) ва кексаларда учрайди. Касалликнинг гангреноз клиник шаклида ўчоқлар таркибида геморагик суюқлик тутган пуфакчаларнинг бўлиши, битиши қийин ва узоқ вақт давом этадиган гангренали яраларнинг мавжудлиги билан намоён бўлади. Беморларда вируснинг нейротроплигидан далолат берадиган кучли оғриқлар пайдо бўлади. Касаллик ўчоқларида оғриқ, ачишиш, парестезия ҳолатлари кузатилади.

Гистопатологик текширув натижасида эпидермал хужайраларнинг ретикуляр ва балонланадиган дегенерализация ҳолати кузатилади. Дерманинг сўрғичсимон қаватида полиморф хужайралар инфильтрацияси ва кучли яллиғланиш ҳолатлари кузатилади ҳамда қон томирларнинг кенгайиши аниқланади.

Белбоғсимон темиртки касаллигига диагноз қўйиш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Касаллик белгилари бўлган эритематоз-шишли асосда гуруҳлашган пуфакчаларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг нерв йўллари бўйлаб жойлашиши, оғриқнинг пайдо бўлиши касалликка ташхис қўйишга осонлик туғдиради. Оддий учуқ ва сарамас касалликларидан белбоғли темиртки касаллиги ўзига хос бўлган гуруҳлашган пуфакчаларнинг нерв йўллари бўйича пайдо бўлиши ва ирридиацияланувчи оғриқларнинг бўлиши билан ажралиб туради.

Касалликнинг енгил кечишида ацикловир дори воситаси 800 мг дан кунига 5 маҳал 7-10 кун давомида ёки фамциклавир 250 мг дан кунига 3 маҳал 5-6 кун давомида ичиш тавсия қилинади. Касалликнинг оғир клиник кўринишда кечадиган ҳолатларда ацикловир препарати вена ичига 5-7,5 мг/кг дан ҳар 8 соатда 4-7 кун давомида тавсия этилади. Оғриқ кучайганда эса парацетамол 500 мг дан 3-4 маҳал кунига тавсия этилади. Беморларга В гуруҳ витаминлари (В1, В5, В6, В12, С) мушак орасига кунига 1 маҳал 10 кун давомида тавсия этилади. Айрим ҳолатларда гамма глобулин дори воситаси тавсия этилади. Маҳаллий даволашда пуфакчаларни ёриб, эрозив ўчоқларни анилин бўёқлари билан ишлов бериш, сўнг эса вирусга қарши қўлланиладиган малҳамларни суртиш тавсия

қилинади. Малҳамлардан 1-2% ли оксалин, теброфен, бонафтон, ацикловир, баъзан эса таркибида антибиотик ҳамда стероид гармонлари бўлган малҳамлардан (гиоксизон, лоринден С) фойдаланилади. Физиотерапия муолажалари сифатида УФО, Соллюкс лампалари қўлланилади.

Юқумли моллюскалар

Юқумли моллюска касаллигини *molitor huminis* номли филътрланувчи вирус чақиради. Ушбу касаллик билан хасталанган беморлардан касаллик соғлом инсонларга юқади ёки истеъмолда бўлган зарарланган буюм-анжомлар орқали ҳам касалликни юқтириш мумкин. Касаллик билан асосан болалар хасталанадилар. Айрим ҳолатларда болалар муассасаларида ҳаттоки, касаллик эпидемияси ҳам кузатилади.

Касаллик юққандан сўнг инкубацион давр кузатилиб, унинг давомийлиги тахминан 2 ҳафтадан бир неча ойларни ташкил қилади. Касалликнинг асосий тошма элементлари бўлиб, катталиги 1-8 мм гача бўлган табиий тери ранги кўринишида ёки марварид-кўнғир рангида бўлган, ярим-шарсимон кўринишли, кратерсимон чуқурчали ва таркибида сузмасимон суюқлик бўлган тугунчали тошмалар ҳосил бўлади. Суюқлик таркиби микроскоп ёрдамида текширилганда моллюска таначалари, яъни дегенератив эпителий таначалари ва овал хужайралар топилади. Беморларни субъектив шикоятлар безовта қилмайди. Тугунчалар сони дастлаб кам миқдорда бўлиб, кейинчалик тез орада тарқоқ, кўп миқдордаги кўриниш олади.

Болаларда касаллик тошмалари асосан юз соҳаларида (кўз атрофларида), бўйин, кўкрак, қўл соҳаларида жойлашадиган бўлса, катталарда эса бундай тошмалар жинсий аъзолар, чов, қорин соҳаларида жойлашади. Касаллик катталарга асосан жинсий алоқалар орқали юқади.

Касаллика ташхис қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Пинцет ёрдамида тугунчали тошмалар босилганда тошма марказидан оқиш сузмасимон мадда ажралиши кузатилади (моллюск таначалари).

Касалликни даволаш учун тугунчали тошмалар ён соҳалари ноанатомик пинцет ёрдамида қисилади ва тугунча ичидан оқиш сузмасимон мадда ажралиб чиқишига эришилади. Сўнг эса тошма таркибий қисми Фолкман қошиқчаси билан қириб олинади, сўнг 2-

3% ли йод эритмаси билан артилади. Касалликни даволашда маҳаллий 3% ли оксолин, интерферон малҳамлари суртилади, баъзан эса диатермокоагуляция ва криотерапия усуллари қўлланилади.

Сўгаллар

Сўгаллар ҳам терининг вирусли касаллиги бўлиб, уларни Ророва туркумига мансуб филтрланувчи вируслар кўзгатади. Касаллик кўзгатувчисининг хусусиятларига қараб акантаматоз, папиломатоз ва вакуола ҳосил қилувчи штаммлари қайд этилади. Сўгалларнинг куйидаги клиник турлари тафовут этилади: оддий сўгаллар, ясси сўгаллар (ўсмирлар сўгаллари), ўткир учли кондилломалар, товон сўгаллари.

Сўгаллар катталиги бир неча миллиметрдан 1-2 см гача келадиган эпидермал тугунчали ўсмалардир. Касаллик юқумли бўлиб, соғлом одамларга беморлардан тўғридан-тўғри мулоқотда бўлганларида ёки бемор истеъмолида бўлган буюмлар орқали юқади. Тери бутунлигининг, Ph муҳитининг, сув-липид алмашинувининг бузилиши каби ҳолатлар сўгаллар пайдо бўлишига олиб келадиган омиллар бўлиб ҳисобланади. Терининг барча юқумли касалликларида кузатилганидек, сўгалларда ҳам инкубацион (бир неча ҳафтадан 2-3 ойгача), продромал, тошмалар пайдо бўлиши, сусайиши ва тузалиш каби даврлар кузатилади. Оддий сўгаллар яллиғланмаган тугунчалар кўринишида бўлиб, катталиги тарик, нўхот, мош катталигидек келадиган, зич, ярим шарсимон ёки ясси шаклли, нормал тери рангида ёки қора рангда бўлади, улар юзалари гиперкератоз ҳолати ҳисобига нотекс бўлади. Сўгаллар асосан қўл панжаси орқа тери юзаларида, кафт, бармоқлар, юз тери соҳаларида ва баданнинг бошқа жойларида кўпроқ учрайди. Жараён оғриқсиз кечади, лекин тирноқ атрофларида кузатиладиган ҳолатларда эса ишқаланиш, контакт туфайли оғриқлар пайдо бўлиши мумкин.

Касалликни даволашда психотерапия, гипноз усуллари ёрдамида даволаш яхши натижа беради. Электрокоагуляция, диатермокоагуляция, криотерапия, суюқ азот, уч хлор сирка кислотаси эритмалари билан куйдириш тавсия этилади. 2% ли оксолин, 1-3% ли “флоренал”, госсипал билан фовлер эритмаси (40% фенол, 60% трикреозол) ва интерферон, колхицин моддалари бор малҳамлар ишлатилади.

Ўсмирлар ясси сўгаллари тери юзасидан кўтарилиб турадиган, оч пушти ёки сарғимтир тусли, майда эпидермал тугунчали ўсмалар бўлиб, улар юзалари одатда силлиқ бўлади. Жараён асосан юз соҳасида (лунж, пешона) бўйин, қўл панжасининг орқа юзаларида учрайди.

Оёқ кафти сўгаллари асосан оёқ кафт, товон соҳаларида пайдо бўлади. Юриш натижасида беморларда баъзан оғриқ кузатилади, сўгал тошмалари ранги жигарранг, сарғимтир бўлиб, юмалоқ, баъзан овал шаклда, катталиги тангадек келадиган терининг қалинлашиши бўлиб у кадоққа ўхшаб кетади, беморларда акантоз, папиломатоз, гиперкератоз ҳолатлари кузатилади. Пойабзалнинг нотўғри кийилиши, товоннинг ишқаланиши ва гипергидроз каби ҳолатлар оёқ кафти сўгалларига сабаб бўлади.

Кексалар сўгаллари беморларда 40 ёшлардан кейин пайдо бўлиб, тошмалар тана, бўйин ва юз соҳаларида кулранг, жигарранг ёки қора, усти ёғ билан қопланган доғлар кўринишида вужудга келади. Сўгал касаллигини даволашда суюқ азот эритмаси (криотерапия) колхамин малҳами, солкодерм, чистотел каби эритмаларидан фойдаланилади.

Ўткир учли кондилломалар

Ўткир учли кондилломалар тери ва шиллиқ қаватларнинг доимий ишқаланадиган қисмларида пайдо бўладиган сўгалсимон ўсмалардир. Касаллик кўзғатувчиси Ророва гуруҳига мансуб папилломатоз, акантаматоз филтрланувчи вирус бўлиб, оддий учуқ ва белбоғли темиртки касалликлари вирусларига ўхшаб кетади. Шахсий гигиенага қоидаларига риоя қилмаслик, сурункали носпецифик яллиғланиш касалликлари (кондидоз, хламидиоз) билан хасталанишлар ўткир учли кондилломанинг ривожланишига сабаб бўлади. Жинсий алоқалар вақтида касалликнинг юқиш эҳтимоли юқори бўлади. Касаллик билан асосан 20-40 ёшдаги инсонлар ва ундан катталар касалланади, болаларда касаллик кам учрайди.

Касалликни инкубацион даврининг давомийлиги 7-8 ҳафтадан 9-10 ойгача давом этади. Касаллик белгилари – ўткир учли кондилломалар асосан жинсий аъзолар, анус атрофида, қўлтиқ ости соҳаларида, аёлларда жинсий уятли лаблар ва қин қирраси, кўкрак беши ости соҳаларида учрайди. Ўчоқларда аввал пушти рангли

тугунчалар пайдо бўлади, кейинчалик улар бир-бири билан қўшилишиб гулқарам ёки хўроз тожисини эслатувчи юмшоқ, тугунчали ўсмаларни ҳосил қилади. Тугунчали ўсмалар ингичка асосга (оёққа) жамланган бўлиб, юзаси намланиб турувчи кепаклар билан қопланади ва ундан қўланса ҳид келиб туради. Ўсмалар ишқаланиши натижасида эрозияланади, ачишиб, қичишиб туради.

Ўткир учли кондиломага диагноз қўйиш қийин эмас. Захм касаллигида ҳосил бўладиган сербар кондиломалар билан таққосланади. Захмдаги сербар кондиломалар текширилганда таркибида кўп миқдорда оқиш трепонемалар топилади ҳамда серологик жараёнларнинг барчаси мусбат бўлади. Ўткир учли кондиломалар ингички оёқчасининг бўлиши, юмшоқ хамирсимон консистенцияли тузилиши билан ажралиб туради.

Касалликни даволашда диатермокоагуляция, криотерапия усуллари қўллаш тавсия этилади, трихлор уксус кислотаси, подафилиннинг 20 %ли спирли эритмаси, 10% ли кумуш нитрат эритмаси, солкодерм ва чистотель эритмаларидан фойдаланилади.

ТЕРИНИНГ БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Қизил югурик

Қизил югурик (erythematosus) бириктирувчи тўқима касалликлари ичида алоҳида ўрин тутди. Ҳозирда ушбу касаллик асосида аутоаллергик ҳолати ётади, деб таъкидланади. Беморлар организмининг ўз оқсилларига нисбатан аутоиммунологик комплексларни ҳосил қилиши, LE-ҳужайраларнинг шаклланиши мазкур фикрнинг тўғри эканлигини исботлайди.

1949 йилда Хазерик томонидан «ядрога қарши омил» деб аталувчи оқсил моддасининг кашф этилиши фанда катта бурилиш ясади. Бу модда соғлом ҳужайраларнинг ядросига салбий таъсир этиб, уни парчалар ва ҳужайрадан ташқарига улоқтириб ташлар экан. Парчаланган ядро бўлаклари бошқа макрофаг ҳужайралар томонидан ҳазм қилиниб, икки ва кўп ядроли ҳужайраларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлар экан. Бундай ҳужайралар LE (Lupus Erythematosus) ҳужайралар номини олди. Текшириладиган беморлар қонида қизил югурик ҳужайраларининг аниқланиши муҳим диагностик аҳамият касб этади.

Қизил югурик касаллигига чалинган беморларда эстрогенлар миқдори ошиб кетиши маълум бўлди. Организмнинг аллерген ҳолати ва фотосенсибилизация даражаси эстрогенлар миқдорига боғлиқ экан. Касалликнинг қиз болалар ва ёш аёлларда кўп учраши сабаби ҳам мана шунда, деб таъкидланади. Аёллар эркаклардан 8 марта кўпроқ касалланар экан. Қизил югурик касаллигининг ривожланишида организмда яллиғланиш ўчоқларининг (тонзиллит, гайморит) мавжудлиги, антибиотиклар ва сульфаниламидларнинг тартибсиз равишда кўп миқдорда қабул қилиниши, турли нурланишларнинг таъсир этиши ҳолатлари муҳим аҳамият касб этади. Касаллик шаклланишида ирсий мойиллик аутосом-доминант тури бўйича намоён бўлар экан.

Қизил югурикнинг ягона классификацияси йўқ, лекин касалликнинг сурункали, тарқоқ ва системали турлари тафовут этилади.

Сурункали қизил югурикнинг 4 та асосий турлари, жумладан, дискоид, диссиминалланган, Биеттанинг марказдан қочувчан эритемаси ва Капоши-Ирганганинг чуқур шакли тафовут этилади. Қизил югурикнинг чегараланган (дискоид, сурункали) ва тарқалган (диссеминация) турларида асосан тери соҳалари зарарланади.

Касалликнинг дискоид клиник шаклида касаллик ўчоқлари тананинг хоҳлаган тери соҳаларида жойлашиши мумкин, лекин кўпинча юз терисида, бошнинг сочли қисмида, кўкрак соҳасида бир ёки бир неча яллиғланган доғлар (эритема) кўринишида пайдо бўлади. Мазкур доғ икки ёноқ соҳасида яққол кўришиб, буруннинг устида бир-бири билан туташади (капалак симптоми). Теридаги зарарланган ўчоқларда учта муҳим белги кузатилади: эритема, гиперкератоз, атрофия. Сўнгра яллиғланган доғлар маддаланади, теридан бўртиб чиқади ва тери мугуз қавати қалинлаша бошлайди (гиперкератоз). Ҳосил бўлган плакчаларнинг усти қалин, қийин кўчиб тушадиган кипиқ ва қатқалоқлар билан қопланади. Қипиқларни кўчиришга уриниш кучли оғриққа сабаб бўлади (Бенье-Мешерский белгиси). Кўчирилган кипиқлар остида ўткир учли тиканаксимон ўсмаларни («аёллар пошнаси» белгиси) кўриш мумкин. Маълум вақт ўтгач қалин кипиқлар билан қопланган плакчалар сўрила бошлайди. Бунда ўчоқларнинг ўртасидаги тери юпқалаша бошлайди ва натижада чандиқли атрофия шаклланади. Шунинг учун Ю.К. Скрипкин қизил югурикнинг сурункали турларини чандиқли эритематоз, деб аташни таклиф этган. Зарарланган ўчоқлар терининг бир неча соҳаларида кузатилиши тарқалган қизил югурик диагнозини қўйишга асос бўлади.

Биеттанинг марказдан қочувчан эритемаси сурункали қизил югурикнинг кам учрайдиган тури бўлиб, касаллик белгиси думалоқ овал шаклда, аниқ чегарали, шишган эритематоз доғлар кўришида намоён бўлади, улар марказдан атрофга гиперкератоз ва атрофия кўринишларисиз тарқаладиган чегараланган ўчоқлар сифатида намоён бўлади. Бундай ўчоқлар юз соҳасида, пешонада, ёноқларда ассиметрик ҳолда жойлашади, беморлар тарафидан салбий шикоятлар бўлмайди.

Диссиминалланган клиник шакли кўп миқдорда эритемато-сквамоз ўчоқлар кўринишида намоён бўлиб, уларда айрим вақтларда фолликуляр гиперкератоз ва атрофияли чандиқлар кузатилади, айрим ҳолатларда эса кузатилмайди. Касаллик ўчоқлари юз,

бошнинг сочли қисми, кўкрак ва орқа тери соҳаларида жойлашади. Айрим ҳолларда ўчоқлар аниқ кўринишларда, инфилтралланган, кўкиш-қизил рангларда қўл ва оёқ кафти соҳаларида жойлашади ва бундай ҳолатларди акроциноз белгилари қайд этилади. Касалликни дискоид ва марказдан қочувчи эритема каби клиник шаклларида фарқли ўлароқ диссиминалланган клиник шаклида умумий салбий белгилар (бўғинларда оғриқлар, субфебрил ҳароратнинг кўтарилиши, анемия, лейкопения) кузатилади.

Касалликнинг чуқур клиник шаклида тери ости соҳаларида чуқур, тўқ қизил рангли, қаттиқ консистенцияли, тери ости тўқима соҳаси билан бириккан тугун пайдо бўлиши билан таърифланади. Касаллик айрим ҳолларда оғир кечади. Касалликнинг ушбу клиник шакли ҳар хил УФ нурлари, радиацион нурлар, инфекциялар таъсирида ва лат ейишлар натижасида қизил югурикнинг оғир шаклларида бири бўлган системали шаклига ўтиб кетиши мумкин.

Системали ёки ўткир қизил югурикда касаллик белгилари бир вақтнинг ўзида ҳам тери, ҳам ички аъзоларда кузатилади. Баъзи беморларнинг терисида умуман ўзгаришлар топилмасдан касалликнинг умумий белгилари ва ички аъзоларнинг зарарланиши биринчи ўринга чиқиши мумкин. Умумий белгилардан асосан қуйидагилар кузатилади: ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, уйқусизлик, шунингдек, мушак, суяк ва бўғимларда оғриқ, иситма кўтарилиши ва бошқалар. Касалликнинг кечишида ички аъзолардан буйрак аъзоси кўпинча зарарланади, касаллик белгилари сийдикда оксил, цилиндр ва эритроцитларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Баъзан қизил югурик нефрити уремияга олиб келиб, ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, кўпинча юрак (эндокардит, миокардит, перикардит), ўпка (бронхопневмония, плеврит) ва лимфа тугунлари ҳам зарарланиши, қонда анемия, лейкопения ҳолатлари кузатилади. Ўткир қизил югурик диагнозини тасдиқлашда LE-ҳужайраларининг топилиши муҳим диагностик аҳамиятга эга бўлади. Касалликнинг оқибати ёмон, касалликдан бутунлай тузалиб кетиш ҳолати жуда кам бўлади.

Шуни таъкидлаш лозимки, болаларда қизил югурик касаллиги катталарга нисбатан кам учрайди, 10 ёшгача бўлган болаларда асосан касалликнинг сурункали клиник шакли учраб, касаллик билан асосан ўғил болалар хасталанадилар, касалликнинг диссиминалланган ёки системали турлари билан эса кўпинча қиз

болалар хасталанадилар. Болаларда сурункали қизил югурикни марказдан қочувчи эритема клиник шаклининг учраши кўпроқ қайд этилади.

Касаллик ташхиси асосан касалликнинг клиник белгилари (эритема, фолликуляр гиперкератоз ва чандикли атрофия) ва лаборатор текширувлари (анемия, лейкопения, лимфопения, гипергаммаглобулинемия, юқори СОЭ кўрсаткичи ва LE- хужайраларининг топилиши) асосида қўйилади.

Қизил югурикни даволашда безгакка қарши дори воситалари, глюкокортикоидлар, цитостатиклар, витаминлар ишлатилади. Касалликнинг сурункали клиник шаклларида делагил, резохин, плаквенил каби безгакка қарши дори воситалари кўпроқ самара беради. Улар 7-10 кун мобайнида 1 таблеткадан 2-3 маҳал берилади, бундай даво курслари 2-3 маротаба такрорланади. Витаминлардан никотин кислотаси, пиридоксин гидрохлоридни касалликни даволашда нафли бўлиши қайд этилади. Қизил югурикнинг ўткир турларини даволашда кортикостероидларсиз (айниқса, преднизолон, кунига 60-80 мг гача) тасаввур этиб бўлмайди. Болаларга преднизолон 5-10 мг, урбазон 4-8 мг, дексаметазон 0,5-2 мг дан клиник самара олингунча берилиб, кейин уларнинг миқдори камайтириб борилади. Болаларда қизил югурик касаллигининг клиник шакллари қандай бўлмасин глюкокортикоид дори воситалари билан доволаш жараёни албатта калий препаратларининг белгиланиши ҳамда овқат маҳсулотларининг тавсия этилишида оксил моддалар миқдорининг кўпайтирилиши ва аксинча, углеводлар сонининг чекланиши тарзида олиб борилиши лозим. Гормонлар билан доволаш натижалари кам наф бергудек бўлса, у ҳолда улар цитостатик дори воситалари (метотрексат, азатиоприн) билан бир вақтнинг ўзида тавсия этилади.

Маҳаллий даво асосан иккинчи даражали жихатга эга бўлиб, яллиғланишга қарши бўлган малҳам ва кремларни тавсия этилиши тарзида олиб борилади. Касалликнинг дискоид клиник шаклларида ўчоқлар асосига дори воситалари инъекция тарзида юборилади. Бундай дори воситалари сифатида 5% ли гидрокортизон ва 10% ли хингамин, резохин ва акрихинлар қўлланилади.

Касалликни олдини олиш мақсадида ва профилактик чораларни ўтказилиши борасида бемор болалар диспансер рўхатида олиниши лозим ҳамда уларга асосан касалликни келтириб чиқарувчи омиллар

бўлган УФ нурлари таъсиридан химояланиш мақсадида кремлар тавсия этилади.

Чегараланган склеродермия

Склеродермия касаллиги бириктирувчи тўқима касалликлари қаторига кирадиган касаллик бўлиб, Scleroderma сўзи «қаттиқ тери» деган маънони англатади. Тери касалликлари амалиётида асосан склеродермия касаллигининг чегараланган клиник шакли, яъни чегараланган склеродермия (ЧС) касаллиги алоҳида аҳамият касб этади. Касалликни патогенезида иммун тизими, модда алмашинуви, қон томирлар фаолиятининг бузилиши каби ҳолатлар муҳим роль ўйнайди.

Бриктирувчи тўқимада модда алмашинувининг бузилиши ҳолати, фибробластлар томонидан коллаген моддасининг кўп миқдорда ажратилиши ва уларнинг тери ва тери ости соҳаларда тўпланиши кўринишида намоён бўлади. Фибробластлар фаоллигига цитокинлар, ҳар хил ўсиш жараёнини жадалловчи омиллар, интерлейкинлар таъсир кўрсатади. Ушбу медиаторлар таъсири натижасида фибробластларнинг коллаген моддасини юқори даражада синтез қилувчи, махсус фибриноген тури шаклланади. Бундан ташқари склеродермия касаллигида интерстициал коллагеназа ферменти фаолиятининг пасайиши туфайли коллаген моддасининг деградацияланиши ҳолати ҳам кузатилади.

Склеродермия касаллиги патогенезида микроциркуляция ҳолатининг бузилиши алоҳида аҳамият касб этади. Бундай ҳолат бир тарафдан қон томирлар деворларини қон билан таъминланиши тўқима ва аъзоларда моддалар алмашинувининг бузилиши натижасидан юзага келса, иккинчи тарафдан эса қон таркиби сифатининг ўзгариши натижасида вужудга келади. Касалликда асосан майда артерия қон томирлари, артериолалар ва капиллярлар зарарланади. Қон томирлар эндотелий ҳужайралари томонидан пролиферация ва деструкциялар каби ўзгаришлар кузатилади, натижада периваскуляр фиброзлар юзага келади, қон томирлар девори тораяди, уларнинг йўллари беркилиб облитерация ҳолатлари вужудга келади.

Склеродермия касаллиги асосида аутоиммун ҳолатларига алоҳида урғу берилади, бунга сабаб организм ўз ҳужайралари ёки

оралиқ моддаларининг натив антигенларига нисбатан йўналтирилган иммунологик яллиғланиш ҳолатлари ётади.

Склеродермия касаллигида ҳам хужайра ҳам қон иммун тизимлари томонидан ўзгаришлар кузатилади. Касаллик патогенезида Т-хужайра иммун тизимидаги ўзгаришларга алоҳида эътибор қаратилади, жумладан, уни Т-хелпер субпопуляция хили фаоллигининг ошиши, Т-супрессор субпопуляцияси фаоллигини ҳамда табиий киллер хужайралари фаоллигининг пасайиши ҳолатлари кузатилади. Гуморал иммун тизими томонидан эса В-лимфоцит хужайраларини меъерий кўринишда ёки уларнинг юқори даражадаги миқдорларда бўлиши асосида қон зардобининг IgA, IgM, IgG каби иммуноглобулинлари миқдорининг ошиши ҳолати кузатилади. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, склеродермия касаллиги билан хасталанган 18-90 % беморларда циркуляцияланадиган аутоантителолар кузатилади. Бу вақтда беморлар организмида антинуклеар ва антигистонли антителолар аниқланади.

Беморлар организмида кечадиган турли неврологик, эндоркрин, моддалар алмашинуви ва ирсий патологик ҳолатлар, ташқи муҳитнинг салбий таъсири натижасида нафақат тери бриктирувчи тўқималари, қон томирлари томонидан, балки ички аъзолар томонидан ҳам патологик ўзгаришлар кузатилади.

Касалликнинг келиб чиқишида эндокрин тизимининг тутган ўрни муҳим ҳисобланади, бемор болаларда ТТГ миқдорининг ортиши ва унинг қон зардобидидаги умумий ва боғланган Т4 ва Т3 фракциялари миқдорининг пасайиши кузатилади. Т4 ва Т3 фракциялари қон зардобидидаги миқдорининг пасайиши ҳолати қалқонсимон безнинг гормонал активлигининг пасайганлигидан далолат беради. Касалликни келиб чиқишида стресс, миянинг лат ейиши, асаб тизими касалликлари ҳам муҳим аҳамият касб этади. Склеродермия касаллиги билан хасталанган беморларда ёғлар алмашинувининг бузилиши ҳолати, яъни умумий липидлар миқдорининг камайиши ҳолати кузатилади.

Системали склеродермия касаллигидан фарқли ўлароқ, чегараланган склеродермия (ЧС) ўчоқли склеротик-яллиғланишлар кўринишида фақат тери ёки унинг ости қаватларида кечиби, касалликда ички аъзолар патологик жараёнга жалб этилмайди. Шунинг учун ҳам чегараланган склеродермия касаллиги МКБ 10; L94 бўйича тери ва тери ости ёғ қавати тўқима касаллигига

киритилган. Тери касалликлари структурасида ЧС касаллигининг учраш частотаси 0, 3-1 % ни ташкил этади. Касалликни учраш ҳолати болаларда 3 %ни ташкил этади, касалликнинг системали шакли билан эса 20 %гача болалар касалланиши қайд этилади. Турли муаллифлар фикрига кўра болаларда ҳар 100 000 болалар ўртасида ЧС касаллиги билан хасталанганлик ҳолати 0,4 ни ташкил этади.

Чегараланган склеродермия касаллиги турли ёшлардаги болаларда ҳаттоки, янги туғилган чақолоқларда ҳам учраши мумкин. Касалликнинг биринчи белгилари ҳеч қандай салбий шикоятсиз, умумий аҳволнинг ўзгаришисиз бошланади. Асосан касалликни учраш ҳолати болаларда 7-13 ёшларга тўғри келади. ЧС касаллиги билан хасталаниш 73,2% ҳолатларда мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда кузатилади.

Болаларда касалликнинг вужудга келишида респиратор инфекциялар, ҳар хил травмалар, руҳий-эмоционал зўриқишлар, эмлашлар, гиперинсоляция омилкор ҳолатлар ҳисобланади. Болаларда 80,6% ҳолатларда руҳий-эмоционал ҳолатлар кузатилади. Болаларда асосан касалликнинг чизиқли клиник шакли кўпроқ учрайди ва тезда тарқалишга, янги ўчоқлар кўринишида намоён бўлишга мойил бўлади. Касаллик турли хил йўлдош касалликлар билан кечади. Булар ичида ангина, вирусли респиратор касалликлар, ошқозон-ичак тизими касалликларни, ўт йўллари дискнезияси, сурункали гастродуоденит, эутиреоз, атопик дерматит, витилиго касалликлари алоҳида аҳамият касб этади. Касалликнинг учраш ҳолати 3 ёшгача бўлган болаларда кам учрайди. Агарда шундай ҳолат кузатилса, у ҳолда касалликнинг кечиши прогноз нуқтаи назаридан яхши, деб баҳоланмайди.

Чегараланган склеродермия касаллигининг тўлақонли қабул қилинган таснифи йўқ. Ҳозирда С.И. Довжанский (1979) томонидан таклиф этилган классификация кўпроқ қўлланилади. Унга асосан ЧС плакчали (индуратив-атрофик, юзаки «сиренли» Gougerot, чуқур тугунли, буллёз ва тарқоқ), чизиқли («қилич билан чопилган» кўринишида, тасмасимон, йўлсимон, белбоқсимон), оқ доғлар касаллиги ва Пазине-Пьеринини идиопатик атрофодермия кўринишида кечадиган клиник шакллари тафовут этилади.

Плакчали клиник шакли. Чегараланган склеродермия касаллигининг плакчали клиник шакли думалоқ, овал шаклидаги

бир нечта ёки кўплаб доғли тошмаларнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Вақт ўтиши билан касалликнинг бошида, шиш босқичида бу тошмалар пушти қизил рангда ёки сирен гули рангини эслатадиган кўринишда бўлади. Кейинчалик ушбу ўчоқлар диаметри ортиб боради, маркази эса қаттиқлашади, ўчоқлар ранги кам кўринарли бўлади, улар атрофи сирен рангидаги ҳалқалар билан ўралган бўлади. Ўчоқлар жойлашган ҳудудлар фил суяги кўринишини олади, улар силлиқ, бўлиб, кўл билан ушлаб кўрилганда йиғилмайди, ўчоқларда тер ва ёғ ажралиши кучли намоён бўлади, кўкимтир ҳалқалар йўқолади ва телеангиоэктазия ва пигментациялар кузатилади. Охир-оқибатда ўчоқнинг қаттиқлашган қисми юмшаб сўрила бошлайди, тери сатҳи папирос қоғози кўринишида юпқалашади, улар яхши йиғилади, айрим ҳолатларда атрофия ҳолати кузатилади.

Юзнинг Ромберг гемиатрофияси 13-17 ёшларда бўлган болаларда кўпроқ учрайди. Аввалига сариқ, кўкиш кўринишда бўлган ўчоқлар ҳосил бўлади, аста-секин ўчоқлар қаттиқлаша бошлайди ва уларда атрофия ҳолати кузатилади, кейинчалик эса атрофик ўзгаришлар катталаша боради ва тери ости ёғ қаватини, мускулларни, оғир ҳолатларда эса юз суякларини, оғиз бўшлиғи аъзоларини ҳам камрайди. Жараён пешона, кам ҳолатларда эса бўйин, елка, тана ва ҳаттоки, юзнинг қарама-қарши тарафигача ўтиши мумкин. Юз соҳасининг аниқ кўринишдаги жароҳатланиши ўчоқлар соҳасини тезда юпқалашади, буришиши ва гиперпигментланиши тарзида бўлади. Айрим ҳудудлар пергамент қоғози кўринишида бўлиб, уларда қон томирлар яққол кўриниб туради.

Чизиқли клиник шакли. Болаларда кўп ҳолатларда асосан касалликнинг чизиқли клиник шакли учрайди, касаллик ўчоқлари чизиқча шаклида вертикал кўринишда намоён бўлади. Чизиқли склеродермия касаллигида ўчоқлар ассиметрик ҳолда кўл ва оёқларда, қовурғалар оралиғи нерв толалари бўйлаб чизиқ ёки йўл кўринишида жойлашади. Касалликнинг ушбу клиник шакли агарда юз соҳасида жойлашиши қайд этилса, у ҳолда жараён асосан бошнинг сочли қисмидан пешонани кесиб ўтиб, бурун эгари, ҳаттоки юқори лаб соҳасигача чуқур кўринишда, худди қилич билан чопилган кўринишда намоён бўлади. Атрофия ҳолати фақат тери соҳаси билан эмас, балки мушак ва суяк соҳаларигача тарқалади ва

юзнинг деформация ҳолатига олиб келади. Бемор болалар катта бўлган сари касалланган ҳудудлар ривожланишдан орқада қола бошлайди ва улар натижада ногиронликка мубтало бўладилар. Касалликнинг ушбу клиник шаклининг кечиши узок вақт давом этиб, у ўз фаоллигини тахминан 5 йиллар давомида сақлаб қолади.

Склероатрофик лихен. Чегараланган склеродермия касаллигининг яна бир клиник шакли склероатрофик лихен ҳисобланади. Касалликнинг бу шаклида тери соҳаларида катталиги диаметри 5 мм бўлган, оқ қор рангидаги, атрофи пушти сирен рангли, кейинчалик эса кулранг тусини оладиган ҳошия билан ўралган доғли тошмалар кузатилади. Доғли тошмалар маркази кейинчалик ботикланади, айрим вақтларда комедонлар кузатилади, кейинчалик эса атрофия жараёни ривожланади. Касалликнинг ушбу тури асосан қиз болаларда ва ёш аёлларда кўпроқ учрайди ва ўчоқларнинг жойлашиши асосан бўйин, юқори кўкрак қафаси соҳаларида ва жинсий аъзоларда кузатилади.

Пазини-Пьеринини атрофодермияси. Касалликнинг яна бир клиник шакли Пазини-Пьеринини атрофодермияси унча кўп бўлмаган, жигарранг ва гулсафсар рангли катта ҳажмларда бўлган, ноаниқ чегарали доғли тошмаларнинг тошиши билан намоён бўлади. Касалликнинг бу шакли учун хос бўлган белги бу ўчоқларда қаттиқлашиш ҳолатининг узок вақт давомида бўлмаслигидир. Пазини-Пьеринини атрофодермияси плакчали склеродермиянинг атрофия тури бўлиб ҳисобланади. Алоҳида-алоҳида жойлашган ўчоқлар думалоқ овал шаклларида бўлиб, бир-бирлари билан қўшилганида чегаралари нотўғри шакли кўринишларда бўлади. Бундай ўчоқлар маркази бироз чўккан шаклда, жигарранг ёки тўқ қизил рангларда бўлиб, уларда қон томирлар яққол кўриниб туради. Улар учун хос бўлган аломатлардан бири гиперпигментация ҳолатининг кузатилишидир. Ўчоқлар атрофидаги тери соҳалари ўзгармаган бўлади. Касалликнинг кечиши узок довом этиб, кўпайиб боради. Айрим ҳолатларда эса касаллик тўсатдан тўхтайдди, кейинчалик ўчоқлардаги шиш ҳолати йўқолади, айрим ҳолатларда эса эпидермисни атрофияланиши кузатилади.

Давоси. Склеродермия касаллигининг давоси асосан касалликнинг ривожланишини тўхтатиш ёки секинлаштиришга, жараённи стабиллаштиришга, кейин эса клиник кўринишининг орқага қайтишига қаратилган бўлиши лозим. Шунинг учун даво чоралари

ўз вақтида тўлақонликда, патогенетик асосланган ҳолда кўпкомпонентли йўналишда олиб борилиши лозим. Даводан сўнг ижобий натижаларга эришиш учун давони касалликни клиник босқичларини инобатга олган ҳолда босқичма-босқич даво курслари тарзида ўтказилиши мақсадга мувофиқ деб топилади. Касалликни фаол босқичида, тарқоқ кўринишда ва яллиғланиш кўринишларида кечадиган ҳолатларида антибиотиклар пенициллин, тетрациклин, оксациллин, ампициллин, амоксициллин, пенициллинамин, макролидлар қўлланилади. Жараённи тез тарқалишга ва ривожланишга мойил бўлган ҳолатларда эса кортекостероид дори воситалари тавсия этилади.

Касалликнинг шиш билан кечадиган босқичида гиалуронидаза, лидаза, ронидаза, лонгидаза каби фермент дори воситалари мушак орасига юборилади ёки маҳаллий электрофорез ёрдамида аппликация қилинади. Чегараланган склеродермияни қаттиқлашган босқичларида эса асосан физиотерапевтик муолажалар-ультратовуш, массаж, ванналар, фонофорез, гидрокортизон, парафинли аппликациялар, балчиқ билан даволаш, даво гимнастикаси ва ҳ.к.лар ўтказилади. Микроциркуляция жараёнларининг бузилиш ҳолатларини инобатга олган тарзда, касалликнинг барча клиник шаклларида қон томирларини кенгайтирувчи дори воситалари (ксантинол никотинат, теоникол, компламин, никошпан, но-шпа, андекалин, пентоксифиллин, мильдронат, нифедипин) қўлланилади.

Касалликнинг комплекс давосида албатта В, А, Е, С витаминлари ва никотин кислотаси қўлланилади. Касалликни даво самарасини олишда трофик жараёнларни яхшилаш хусусияти бўлганлиги учун биостимуляторлар (алоэ, шишасимон тана, йўлдош экстракти, спленин) кенг қўлланилади. Иммунологик жараёнларни коррекция қилиш мақсадида турли иммуномодуляторлар (тималин, тактивин, тимоптин, иммуномодулин) ва пироген дори воситалари тавсия этилади. Касалликни даволашда кальций моддасининг антогонистлари бўлмиш нифедипин, коринфар, стугерон, фенигидин, кальциград ретард кабиларни қўллаш натижасида кальций ионларининг миофибриллаларга кириши тўхтатилади, шу билан бирга эса миофибриллар АТФ зани камайтиради. Тўқима метаболизмини яхшилайдиган дори воситаларидан актовегин, медакассол, витаминлар ҳам кенг қўлланилади.

Сўнги йилларда склеродермия касаллигининг давосида фотохимиотерапии (ФХТ) усули фотосенсибилизаторларни қўллаш орқали олиб борилмоқда, бунда УБН нурларини диапозони 320-400 нм ни ташкил этади. Касалликни даволашда бальнео- ва физиотерапия усуллари аҳамияти катта. Жумладан, ультратовуш, Бернара диадинамик тоқлари, диатермия (маҳаллий), лидаза, калий йодид, ихтиол, трипсин, химотрипсинларни электрофорез ва фонофорез шаклида, парафин, озекерит аппликацияларини қўллаш, магнитли даво ва балчиқ билан даволаш, сероводород, йодобромли ва радонли ванналарни қўллаш муҳим аҳамиятга эга.

Чегараланган склеродермия касаллигини даволашда маҳаллий даво усуллари ҳам муҳим ўринни эгаллайди. Касалликни қаттиқлашган босқичида кечаётган ўчоқларига 5-10% ли вазоактив модда бўлган теоникол малҳамларини, 30-50% ли демиксидни, солкосерил, троксевазин, гепарин ёки гепароид, рептин каби малҳамларни қўллаш даво самарисини беради. Бундан ташқари таркибида протеолитик ферментлар (химопсин, трипсин) тутадиган малҳам ва кремлар, 20-30% ли диметилсульфоксид (ДМСО), 90% ли димексид, 0,05% ли дексаметазон эритмалар кенг қўлланилади.

Чегараланган склеродермия билан хасталанган бемор болалар диспансеризация шароитида мутахассислар қарамоғида уч босқичли даво чораларини, яъни стационар санатория курорт поликлиникаларда олишлари зарур. Бемор болалар диспансер назоратида шифокор педиатр, дерматолог ва невропатолог қарамоғида мунтазам равишда бўлишлари лозим.

Дерматомиозит

Терининг бириктирувчи тўқима касалликлари намояндаларидан яна бири дерматомиозит касаллиги ҳисобланади. Дерматомиозит касаллиги ўткир, ярим ўткир ва кўпинча сурункали кечадиган касаллик бўлиб, таянч тизими, силлиқ мушаклар ва тери соҳасининг яллиғланиши кўринишида кечади. Тахминан 25% ҳолатларда патологик жараён фақат мушак тизимларида чегараланади. Касаллик асосан 15 ёшгача бўлган болаларда кўпроқ учрайди. Қиз болалар ўғил болаларга нисбатан 2 баробар кўпроқ касалланадилар.

Касалликнинг келиб чиқишида ўткир инфекция ва вирусли касалликлар муҳим ўрин тутаяди. Касалликнинг сабаби сифатида

стресс ҳолатлар, гиперинсоляция, совук қотиш, кимёвий ва оксил дори воситаларини нотўғри белгиланиши ҳолатлари муҳим аҳамият эга. Касалликнинг асосида касалликка нисбатан бўлган ирсий мойиллик ҳолати ҳам ётади, деган фикрлар мавжуд. Касалликнинг вужудга келишида хавфли ўсмаларнинг пайдо бўлиши билан боғлиқлик аниқланган.

Касаллик асосида иммунопатологик ҳолат ётади, бундай ҳолат беморларда мушак тўқимаси антигенларига нисбатан лимфоцитлар сенсibiliзацияси ётишида намоён бўлади. Бундан ташқари мушакларда қон томирларининг яллиғланиши жараёнида иммункомплекслар ўрни аниқланган. Дерматомиозит касаллиги билан хасталанган беморларда ушбу иммун комплекслар иммуноглобулин М ва G3d дан иборат кўринишда бўлиши қайд этилган.

Мушаклардаги яллиғланиш ўзгаришлари ўчоқли хусусиятга эга бўлиб, эозинофил, плазматик ҳужайралар, гистиоцитлар ва лимфоцитлардан иборат яллиғланган инфилтратлардан ташкил топади. Бундай кўринишдаги инфилтратлар мушаклараро бириктирувчи тўқимада, кичик қон томирлар атрофида, жумладан, мушакларда периваскуляр кўринишларда жойлашади. Натижада мушак толаларида вакуолли дистрофия ҳолати аниқланади, турли диаметрли кўп ядроли мушак толалари ва эндомизия ва перимизия фиброзининг кенгайиши кузатилади, охир-оқибатда мушак толалари атрофияланади.

Дерматомиозит касаллигининг кечиши продормал, манифест ва дистрофик кўринишлардаги даврлардан иборат. Касаллик ўткир, ярим ўткир ва сурункали кўринишда кечади. Продормал даврида беморларда умумий ҳолсизлик, суяк, бўғимларда оғриқларнинг бўлиши, субфебрил ёки юқори даражадаги ҳарорат кўтарилиши кузатилади, кучли терлаш, бош айланиши, кўнгил айнаши каби белгилар намоён бўлади. Шундан кейин касаллик белгилари тери соҳаларида намоён бўлади. Бу белгилар шишган-эритематоз кўринишидаги ўчоқлар шаклида бўлади. Ўчоқларнинг чегаралари нотўғри шаклда бўлиб, кейинчалик уларнинг асосида геморрагиялар, пуфакчали, пуфакли ва қаварчиқли тошмалар кузатилади. Касаллик белгилари асосан кўз атрофида “дерматомиозит кўзойнаклари”, бурун эгари ва ёноқ соҳаларида “капалаклар” кўринишларида жойлашади. Ўчоқлардаги қизариш ва шиш ҳолати йўқолиб бориши жараёнида уларнинг ўрнида гиперпигментация,

атрофия ва телеангиоэктазиялар пайдо бўлади. Бемор болалар кафт-товон фаланглари устида ва фалангалар ораси проксимал қисмларида баъзан атрофик чандиқлар бўлади, тирноқ юзаси гиперемияланади, бармоқ ёстикчалари териси атрофияланади, ялтирок, шишган кўринишда, қизил, доимий қипиқланишлар (капилляритлар ҳисобига) кузатилади.

Касалликда асосан мушак аъзолари зарарланганлиги учун мушакларда заифлик вужудга келиб унинг даражаси ортиб боради, бундай ҳолат бел соҳаси ва оёқ-қўлларда кўпроқ кузатилади, натижада беморлар ҳаракати чекланади, улар юра олмай қоладилар. Мушаклардаги ўзгаришлар чайнаш мушакларида, томоқ, ҳалқум ва бўйин мушакларида ҳам кузатилади, натижада беморлар овқат маҳсулотларини чайнай олмайдилар, овқат луқмаларини ютиш қийинлашади, афония белгилари намоён бўлади, беморлар каллаларини кўтара олмай қоладилар.

Тери соҳаларидаги клиник кўринишлар ички аъзоларнинг касалланиши кўринишида кечади, дерматомиозит касаллиги билан хасталанган бемор болаларда артрит, полисерозит каби ўзгаришлар ва ички аъзолар томонидан висцерал касалликлар кузатилади. Кўпинча миокардиодистрофия, плевропневмония, интерстициал нефрит, асаб тизими тарафидан турли кўринишлардаги бузилишлар кузатилади, ҳароратнинг кўтарилиши, юрак фаолиятининг сустлашиши, қон айланишининг бузилиши каби ҳолатлар натижасида беморлар ногирон бўлиб қоладилар, хатто ўлим ҳолати ҳам кузатилади.

Касалликка ташхис қўйилиши клиник белгилар ҳамда лаборатор текширувларга асосланади. Лаборатор текширувлар натижасида беморларда қон зардоби ферментлари (алдолаза, кератинфосфатаза, лактодегирогеназа, ишқорий фосфатаза, трансaminaза) фаоллигининг ошиши, С-реактив оқсили миқдорининг, кератин-кератинли коэффициент нисбатининг ўзгариши ҳамда кератиноурия каби кўрсаткичлар кузатилади. Мушакларнинг некрози натижасида қонда таурин кислотаси миқдорининг ошиши кузатилади. Дерматомиозит касаллиги билан хасталанган беморларда лейкоцитоз, юқори СОЭ ва гипергаммаглобулинемия ҳолатлари қайд этилади.

Дерматомиозит касаллиги билан хасталанган бемор болаларни даволаш мақсадида касалликнинг кечиш даражасини, оғирлигини

инобатга олган ҳолда индивидуал олиб борилади. Касалликни даволашда глюкокортикоид дори воситалари (преднизалон, гидрокортизон, триамциналон, урбазон) бемор болалар ҳар 1 кг тана оғирлигига нисбатан 10-5-2,5 мг миқдорларида белгиланади ва терапевтик самарага эришилгандан кейин эса уларнинг миқдори аста-секин камайтирилади, бундай ҳолат текширувлар асосида олиб борилади. Даволаш жараёнида калий, кальций препаратлари, А,В,С,Е,Р витаминлари тавсия этилади. Беморларга мушак-пай соҳаларида бўлиши мумкин бўлган тортишишларни, контрактуларни олдини олиш мақсадида физиотерапия муолажалари ва даволаш физкультураси тавсия этилади.

ТЕРИНИНГ ПУФАКЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Чин ёки акантолитик пўрсилдоқ пуфакли яра

Чин ёки акантолитик пўрсилдоқ пуфакли яра касаллигининг келиб чиқиши борасида хилма-хил назариялар мавжуд бўлиб, улардан вирусли, инфекцион, невроген, эндокрин, модда алмашинувининг бузилиши каби назариялар муҳим ўрин тутди. Лекин замонавий текширув усуллари ёрдамида ўтказилган текширувлар (иммунофлюоресцент) натижасида касалликнинг келиб чиқишида аутоиммун ҳолатининг ётиши исботланди ва аутоиммун назариясига асос солинди. Хусусан пўрсилдоқ пуфакли яра касаллиги билан хасталанган беморлар қон зардобиди, касалликнинг фаол бўлган даврида, тери эпидермиси тиканаксимон қават хужайралари оралиғидаги кўприкчаларга (десмосомаларга) қарши бўлган антитаначалар миқдорининг юқори бўлиши ҳамда бу антитаначаларнинг IgG синфига мансуб эканлиги аниқланди. Антитаначалар миқдори касаллик ҳолатига тўғридан-тўғри боғлиқ бўлиб, касаллик авж олган босқичда уларнинг миқдори юқори ва аксинча сусайган, яъни ремиссия давларида эса паст миқдорда бўлади ёки улар умуман аниқланмайди. Касалликнинг кечишида барча патологик ўзгаришлар тери эпидермиси тиканаксимон қаватида «акантолизис» кўринишида бўлган гистологик ўзгаришнинг юзага келишига олиб келади. Акантолизис – бу эпидермис тиканаксимон қавати хужайралари оралиғидаги кўприкчаларни (десмосомаларни) цементловчи моддасининг емирилиши оқибатида, ўзаро боғлиқликнинг узилиши маъносини англатади. Акантолизис жараёни оқибатида пуфакли тошмалар ҳосил бўлиб, улар таркибидаги суюқликда алоҳида-алоҳида циркуляцияланувчи, шакли ўзгарган акантолитик хужайралар кузатилади. Акантолитик хужайраларни илк бор 1948 йилда Тцанк исмли олим кашф этган. Ушбу хужайралар пуфакли тошмаларнинг ёрилиши натижасида ҳосил бўлган эрозиялардан олинган «муҳрли» суртмаларни Романовский-Гимза усули ёрдамида бўяш орқали аниқланган. Акантолитик Тцанк хужайраларининг аниқланиши касалликнинг ташхис қўйиш меъзонларидан бири

бўлиб хизмат қилади. Акантолизис жараёни пўрсилдоқ пуфакли яра касаллигида кузатилувчи Никольский белгисининг асосини белгилайди. Ушбу клиник белгида ёрилган пуфакли тошмалар атрофида ҳосил бўлган қобиқлар пинцет ёрдамида тортиб кўрилганда эпидермис қаватининг соғлом бўлган соҳаларида ҳам кўчиш ҳолати кузатилади. Никольский белгисининг ўзига хос шакллари бўлиб Асбо-Хансен ва Шеклаков («нок») белгилари ҳам ҳисобланади. Асбо-Хансен белгисиде ёрилмаган пуфакли тошма қобиғини марказий қисми бармоқ билан босилганда пуфакли тошма чегараларининг кенгайиши ва ҳажмининг катталашини кузатилади. Шеклаков белгисиде эса, бемор тана ҳолатининг ўзгариши оқибатида пуфакли тошма ичидаги суюқлик босими оғирлиги остида тошма ноксимон шаклини олади. Клиник белгиларининг намоён бўлишига қараб касалликнинг 4 хил: вульгар (оддий), вегетацияланувчи (ўсимтасимон), япроксимон (қат-қат), себореяли (эритематоз) клиник шакли тафовут этилади. Пўрсилдоқ пуфакли яра касаллиги асосан 2 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда, кўпроқ кузатилади.

Оддий (вульгар) пўрсилдоқ яра касаллигининг клиник шакли касалликнинг бошқа шакллариға нисбатан кўпроқ учраб, 70% ҳолатларда кузатилади. Касалликнинг оддий пўрсилдоқ клиник шакли торпид кўринишида кечиб, кўпинча ёмон оқибатларға олиб келади. Касалликнинг ушбу клиник шаклида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида теридаги тошмалардан аввалроқ пуфакли тошмалар пайдо бўлади, бундай ҳолат касалликка эрта ва тўғри ташхис қўйиш учун асос бўлиб хизмат қилади. Шиллиқ қаватлардаги пуфакли тошмалар кейинчалик тезда ёрилиб, узок вақт давомида битмайдиган, эрозияли яраларға айланади. Силлиқ тери юзалари соҳаларида эса ҳеч қандай сабабсиз тўсатдан бир камерали пуфакли тошмаларнинг ҳосил бўлиши кузатилади. Пуфакли тошмалар майда ёки йирик (баъзан диаметри 10 см гача) ҳажмларда бўлиб, улар нотекис ёки ноксимон кўринишда, овал шаклда, устидаги қобиғи тезда юмшоқлашиб бўшашган ҳолатларға келади. Тошмалар таркибидаги суюқлик аввал сероз, кейинчалик эса геморрагик ёки иккиламчи инфекциялар қўшилиши натижасида йирингли кўриниш олади. Пуфакли тошмалар қобиғи 1-2 кун ичида ёрилиб, оч қизғиш рангли, сувланувчан эрозияларни ҳосил қилади. Эрозияли ўчоқлар атрофида янги пуфакли тошмаларнинг ҳосил бўлиши ва уларнинг

чегаралари кенгайиши оқибатида кенг қамровли зарарланган ўчоқлар юзага келади. Кейинчалик эса эрозияли тошма элементлари сероз-геморрагик ёки йирингли қатқалоқлар билан қопланади. Касаллик узоқ вақт давомида торпид равишда кечиши мумкин. Тошмалар аввал бошнинг сочли қисмларида, аёлларда сут безлари ости бурмалари соҳаларида кузатилиб, сўнгра эса беморлар бадан терисининг барча соҳаларига тарқалади. Оддий пўрсилдоқ пуфакли яра касаллиги хавфсиз ва хавфли кўринишларда кечади, хавфсиз кечишида касаллик ўз-ўзидан ёки стероид дори воситалари ёрдамида даволаниш натижасида эпидермис қавати ҳолати тикланиб, касалликнинг ремиссия кўринишига ўтиши кузатилади. Бунда беморларнинг умумий аҳволи ўзгармайди. Касалликни хавфли кўринишларда кечишида эса беморларнинг умумий аҳволи ўзгаради, уларда тез вақт ичида озиб кетиш, касалликни иккиламчи инфекциялар билан асоратлашиши, септик тана ҳароратининг кўтарилиши, буйрак, юрак ва ўпка аъзолари томонидан турли кўринишларда бўлган асоратлар кузатилади. Текширувлар натижасида ЭЧТ юқори бўлиши, эозинофилия ҳолати, натрий ва хлор ионлари миқдорининг ошиши, умумий оксил, айниқса, гаммаглобулин ҳамда иммуноглобулинлар миқдорининг камайиши ҳолатлари қайд этилади.

Пуфакли тошмалар атрофи ва улардан узоқда жойлашган, кўринарли соғлом тери соҳаларида Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлади, шунингдек, беморларда Асбо-Гансен ва Шеклаков белгилари кузатилади. Эрозияли ўчоқлар тубидан олинган «муҳрсимон» суртмаларда акантолитик Тцанк ҳужайралари аниқланади. Терининг гистологик текширувлари натижасида, акантолиз жараёни туфайли эпидермиснинг ички қисмида пуфакли тошмаларни ҳосил бўлиши, уларни базал мембранасининг уст қисмида жойлашиши, дермада эса шиш ва периваскуляр маддаланиш белгиларининг ҳосил бўлиш ҳолатлари аниқланади. Бевосита иммунофлюоресценция текширув усули ўтказилганда эса эпидермис қаватининг ҳужайралараро соҳаларида катта миқдорда IgG ларнинг тўпланиш ҳолати кузатилади.

Вегетацияланувчи (ўсимтасимон) пўрсилдоқ пуфакли яра касаллигида ҳеч қандай сабабсиз, сероз ёки сероз-геморрагик суюқлик билан тўлган, юпка, осон ёрилувчан қобикли пуфакли тошмалар ҳосил бўлиши кузатилади. Тошмалар асосан табиий

бурмалар мавжуд бўлган соҳаларда (қўлтиқ ости, сут безлари ости, чов бурмаларида), жинсий аъзолар териси соҳаларида ва оғиз шиллик қаватининг силлик тери соҳаларига ўтиш қисмларида жойлашади. Ёрилган пуфакли тошмалар ўрнида атрофга кенгайишга мойил бўлган эрозиялар кузатилади, тахминан 4-6 кунлардан сўнг ушбу эрозиялар таркибида майда, бадбуй ҳидга эга бўлган ўсимталар (вегетациялар) ривожланади. Эрозияли ўчоқларнинг бири-бирига қўшилиши натижасида диаметри 10-15 см ҳажмга етувчи вегетацияланувчи пиллакчалар юзага келади, уларнинг атрофида йирингчали тошмалар кузатилади. Патологик жараён узок давом этган ҳолатларда вегетациялар устидаги экссудат қалин қатқалоқлар ҳосил қилиб, сўгалсимон кўринишга киради. Вегетацияланувчи пўрсилдоқ яра касаллигида зарарланган ўчоқлар тарқалишга мойил бўлмайди, баъзан терминал босқич ривожланганда эса (касалик бошлангандан 2-3 йил ўтгандан кейин) оддий пўрсилдоққа ўхшаш тошмалар пайдо бўлади. Зарарланган ўчоқларга яқин бўлган соҳаларда Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлиб, эрозиялар туби ва пуфаклар ичидаги суюқликларда эса акантолитик хужайралар аниқланади.

Япроқсимон (қат-қат) пўрсилдоқ яра касаллигининг бошланғич клиник белгилари экзема, себореяли дерматит, токсидермия касалликларида кузатиладиган эритематоз-сквамоз каби ўзгаришларга ўхшаш кўринишларда намоён бўлади. Касалликнинг бошланиши дастлаб қизарган-яллиғланган тери соҳалари асосида, юпқа қобиғли юзаки жойлашган пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланиб, қобиғлар ёрилиши оқибатида оч қизғиш рангли эрозиялар юзага келади, тез орада эса экссудат қобиғ қолдиқлари билан биргаликда қалин қатқалоқларни ҳосил қилади. Қатқалоқ остида патологик жараён давом этиб, янги қатқалоқли қаватларни пайдо қилади, натижада пуфакли тошмалар усти қат-қат жойлашган қатламасимон қатқалоқлар билан қопланади. Патологик жараён эритродермия кўринишида тарқалишга мойил бўлиб, касалликнинг кечишида юз, бошнинг сочли қисми, тирноқларнинг зарарланиши ҳолатлари ҳам кузатилади. Никольский белгиси кескин мусбат кўринишда бўлади. Касалликнинг ушбу клиник турининг кечишида шиллик қаватлар камдан-кам ҳолатларда зарарланади. Беморларни салбий шикоятлар безовта қилади, уларда оғриқ, ачишиш ва қичишиш каби белгилар кузатилади. Болаларда

касалликнинг ушбу клиник тури оғир кечиб, катталардагига нисбатан хавфли натижалар билан тугалланади.

Себореяли (эритематоз) пўрсилдоқ ёки Сенир-Ашер синдроми кўпгина ҳолларда яққол кўринишдаги пуфакли тошмаларнинг бўлмаслиги кўринишида кечади. Касаллик кўпинча юз териси соҳаларидан бошланиб, сўнгра бошнинг сочли қисми, бўйин, кўкрак ва кўкрак соҳаларига, кўлларга тарқалади. Юзнинг ёноқ ва бурун усти териси соҳаларида, эритематоз-шишли асосда жойлашган қипиқ ва қатқалоқли тошмалар («капалак» белгиси) қизил югурик касаллигини, бошнинг сочли қисмида жойлашган тошмалар себореяли экземани эслатади. Кўкрак ва курак соҳаларидаги пуфакли тошмалар атрофи қизаришли хошиялар билан ўралган бўлиб, эрозияларнинг қалин, сероз-йирингли қатқалоқлар билан қопланганлиги япроқсимон пўрсилдоқ касаллиги клиник белгиларини эслатади. Пуфакларга яқин бўлган соҳаларда Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлиб, қатқалоқлар остидаги эрозиялардан олинган суртмаларда акантолитик ҳужайралар топилади. Касалликнинг ушбу клиник тури билан оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватлари камдан-кам ҳолларда зарарланади. Себореяли пўрсилдоқ касаллигининг кечиши учун қичишиш, ачишиш ва оғриқ каби белгиларнинг кузатилиши хос бўлади.

Таққослов ташхиси. Чин пўрсилдоқ пуфакли яра касаллиги кўпгина унга ўхшаш бўлган тери касалликлари билан таққосланади ва улардан бир қатор клиник, лаборатор ўзгаришлар бўлиши билан фарқланади.

Кўп шаклли экссудатив эритема касаллиги полиморф тошмалар тошиши билан кечиб, тошмалар асосан кўл-оёқларнинг ёзувчи юзаларида жойлашади. Пуфакли тошмалар билан бир вақтда қаварчиқ ва тугунчали тошмалар кузатилиб, уларнинг марказий қисмида «куш кўзи» ни эслатувчи ботиқлик мавжуд бўлади. Никольский белгиси манфий бўлиб, муҳрсимон-суртмаларда текширувлар ўтказилганда эса акантолитик ҳужайралар топилмайди.

Учуқсимон Дюринг дерматити касаллигида гуруҳ-гуруҳ ҳолида жойлашган полиморф кўринишда бўлган экссудатив тошма элементларининг кузатилиши, беморлар қон таҳлили ўтказилганда эозинофилия ҳолатининг мавжудлиги, Ядассон синамасининг мусбат бўлиши (50 % КJ малҳамига юқори сезувчанлик ҳолати) каби ўзгаришлар кузатилади. Токсидермиянинг пуфакли клиник шаклида,

касаллик ўткир бошланиб, тана ҳароратининг юқори бўлиши ҳамда умумий ҳолсизлик ҳолатлари кузатилади. Тез тарқалувчи эритемали асосда сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўлган, юпқа қобикли пуфакли тошмалар пайдо бўлади. Касалликнинг кечишида Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлади, лекин эрозиялар тубидан акантолитик ҳужайралар топилмайди.

Давоси. Чин пурсилдок пуфакли яра касаллиги турли клиник шаклларга эга бўлса ҳам келиб чиқишига кўра бир хил сабабларга эга, шунинг учун даволаш чораларида фарқланишлар бўлмайди. Касаллик ташхиси аниқлангандан сўнг даво чораларини эрта бошлаш муҳим аҳамият касб этади. Даволашда кенг қўлланилувчи глюкокортикоид препаратларини болаларга тавсия этилаётганда эҳтиёткорлик билан ёндашиш лозим. Бу вақтда дори воситасининг даволовчи ва минимал қувватловчи терапевтик дозаларини ҳисоблаш лозим. Преднизолон ёки урбазон дори воситаларининг бошланғич суткалик миқдори 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда 10-20 мг дан, дексаметазон дори воситасиники эса 2-3 мг дан ортмаслиги лозим. Глюкокортикоид дори воситалари билан бир вақтда анаболик стероид дори воситалари (неробол, ретаболил) ҳам тавсия этилади. Микроэлементлар миқдорини сақлаб туриш мақсадида кальций глюконат, панангин, калий оротат каби дори воситалари қўлланилади. Глюкокортикоидларнинг организм иммунитетини ҳолатига ва иккиламчи инфекциялар ривожланишига таъсир кўрсатиши мумкинлиги туфайли комплекс даво чоралари ўтказилиши жараёнида антибиотик ва иммуностимулятор дори воситалари қўлланилади. Эпидермисда регенерация жараёнларини жадаллаштириш мақсадида витамин дори воситалари комплекслари: аевит, кальций пантотенат, рибофлавин ва фолат кислоталари тавсия этилади. Беморлар овқатланиш рационидан углеводлар, ош тузи чекланиб, оқсил, витаминлар ва микроэлементларга бой бўлган таомлар тавсия этилади. Маҳаллий даволашда эрозияларга Алибур суюқлиги, 1-2 %ли пиоктанин эритмалари, метилен кўки, бриллиант яшили, фукорцин, Кастилляни суюқликлари тавсия этилиб, қатқалоқлар ҳосил бўлгач эса, глюкокортикоид малҳамларидан лоринден, гиоксизон, дермазолон, целестодерм, адвантан, бетновейт, дермовейт каби дори воситалари тавсия этилади. Иккиламчи инфекция кўшилган ҳолатларда эса даво жараёнида антибиотик малҳамлари қўлланилади.

Дюрингнинг учуксимон дерматити

Ўткир яллиғланиш, полиморф тошмалар тошиши, қичишиш ва оғриқ билан кечадиган касалликни 1894 йилда илк бор Дюринг таърифлаб берган, кейинчалик эса касаллик ушбу олим номи билан Дюрингнинг герпетифор дерматити, деб номланган.

Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари номаълум, лекин унинг вужудга келишида асос қилиб олинадиган турли фикрлар мавжуд. Шулардан биттаси бу аллергик ҳолатнинг тутган ўрни бўлиб, бу ҳолатга кўра беморларда йод, бром каби микроэлементларга нисбатан бўлган юқори сезувчанлик ҳолатининг кузатилиши, қонда эозинофилия ҳолати ва қон зардобиди эса гистаминни парчаловчи омил фаоллигининг пасайиши ҳолатларининг қайд этилади. Инфекцион-аллергик тушунчасига кўра эса касалликни вужудга келишида кўп ҳолларда турли юқумли касалликлар, жумладан, грипп, скарлатина, зотилжам ва сувчечак каби касалликлар билан хасталанганликдан кейин касалликнинг вужудга келиши сабаб қилиб олинади. Аутоиммун тушунчаси бўйича Дюринг касаллиги келиб чиқишида иммун тизими механизмидаги ўзгаришлар муҳим ўрин тутди. Бунга асос қилиб, тўғридан-тўғри иммунофлюоресценция усули билан текширилганда тери эпидермис қаватининг базал мембранаси остиди, дерманинг сўрғичсимон қисми устиди IgA ларга қарши бўлган кўп миқдорда аутоантитаначалар тўпланиши олинади. Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари орасиди энтеропатия ҳолати аҳамияти қайд этилади, бунга асосан ичак фаолиятида сўрилиш жараёнининг бузилиши кузатилади, натижада эса организм турли хил бўлган оксил қолдиқларидан иборат ёпишқоқ моддаларга нисбатан юқори сезувчанлик ҳолатига эга бўлиб қолади.

Касалликни бошланишидан аввал беморларда продромал ўзгаришлар кузатилади. Тана ҳароратининг субфебрил кўринишда кўтарилиши, ҳолсизлик, ич кетиши, артралгиялар кузатилади. Учуксимон дерматит касаллиги ўткир полиморф тошмаларнинг тошиши билан бошланади. Бир вақтни ўзиди ёки унча катта бўлмаган вақт орасиди беморларда унча катта бўлмаган эритематоз доғли асосларда пуфакчали, пуфакли, тугунчали, каварчиқли ҳаттоки йирингчали тошмалар пайдо бўлади. Кейинчалик эса иккиламчи тошма элементлари эрозия, қипиқланиш ва қатқолоқлар кузатилади. Тошмалар гуруҳ-гуруҳ кўринишларда пайдо бўлади,

бундай ҳолат ҳам касалликни гуруҳланган ёки герпетиформ номини олишга асос бўлган. Касалликнинг кечиши кўпинча беморларда қичишиш, оғриқ ва ачишиш каби салбий белгилар билан кечади. Натижада ўчоқларда қашламалар, тирналишлар, қатқалоқлар ва қипиқланишлар кузатилиб касалликни полиморфизм кўринишининг янада кучайишига олиб келади. Болаларда касалликни кечишида йирик ва майда пуфакли клиник шакллари тафовут этилади. Мактаб ёшигача бўлган болаларда касаллик белгилари тарқоқ ҳолда йирик пуфакли тошмалар тарзида намоён бўлади. Шунингдек, болаларда болалик даврига хос бўлган касалликнинг майда пуфакли ва тугунча-пуфакчали шакллари ҳам кузатилади. Болаларда тошмалар ўзига хос кўринишда жойлашмайди, шунинг учун ҳам улар беморлар юз, бадан, қўл ва оёқларида тери соҳаларига тарқоқ ҳолда жойлашади. Баъзан бемор болаларда пуфакли тошмалар гуруҳ-гуруҳ кўринишда бўлиб, жинсий аъзолар ёки йирик бурма соҳаларида жойлашади, уларнинг ишқаланиши натижасида сувланиш ҳамда эрозиялар ҳосил бўлиши ҳолати кузатилади. Беморлар тери соҳаларида диаметри 0,5-2,0 см бўлган пуфакли тошмаларнинг қобиғи қалин бўлиб, улар таркибидаги суюқлик аввал сероз, сўнгра эса лойқалашиш кўринишини олади. Пуфак ва пуфакчалар ёрилгандан сўнг улар эрозияларга айланади, уларнинг усти кейинчалик қалин қатқалоқлар билан қопланади, улар атрофга тарқалмайди ва катталашмайди. Қатқалоқлар остидаги эпителий тўқимаси тез вақт ичида тикланиб, улар ўрнида турғун гиперпигментланган иккиламчи доғ қолади. Кейинчалик гиперпигмент доғлар атрофида янги тошмалар юзага келиши мумкин. Дюрингнинг учуқсимон дерматити касаллигини пуфакли тошма элементлари таркибидаги эозинофил хужайралари миқдори юқори даражада бўлиши қайд этилади. Беморлар қонининг умумий таҳлили натижасида ҳам периферик қон таркибида эозинофилия ҳолати кузатилади. Бундан ташқари беморларда гипохром анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг юқори даражада бўлиши, диспротеинемия ва гипохолестеринемия каби ҳолатлар қайд этилади. Касалликка ташхис қўйилишида Ядассон синамасидан фойдаланилади, бунинг учун касалликни ремиссия даврида, беморлар терисига 50% калий йодид малҳами суртилади, йод препаратларига нисбатан беморларда юқори сезувчанлик ҳолати мавжудлиги туфайли бир неча кун ўтгандан сўнг ушбу соҳаларда қизариш ва касалликка хос булган

тошмаларнинг тошиши ҳолати кузатилади. Чин пўрсилдоқ яра касаллигидан фарқли ўлароқ ҳосил бўлган эрозиялар таркибида акантолитик ҳужайралар топилмайди, Никольский белгиси эса манфий кўринишда бўлади. Гистологик текширувлар натижасида пуфак ва пуфакчали тошмалар эпидермис остида, яъни субэпидермал кўринишларда жойлашади.

Касалликка ташхис қўйишда тошма элементларининг ўткир яллиғланганлиги, уларнинг полиморф кўринишда намоён бўлиши, учуксимон ҳолда жойлашиши, қонда эозинофилия ҳолатининг кузатилиши, пуфакли тошма элементлари такибидаги суюқликда кўп миқдорда эозинофилларнинг топилиши, иммунофлюоресценция усули орқали текширилганда эпидермо-дермал чегара соҳаларида IgA ларнинг катта миқдори тўпланиш ҳолатининг кузатилиши ҳамда Ядассон синамасининг мусбат кўринишда бўлишига асосланади.

Дюрингнинг учуксимон дерматити касаллиги кўп шакли экссудатив эритема, токсидермиянинг пуфакли шакли, чин акантолитик пўрсилдоқ, туғма пуфакли эпидермолиз касалликлари билан таққосланади. Кўп шакли экссудатив эритема касаллигида учуксимон дерматит касаллигидан фарқли ўлароқ, беморларда тўқ қизил рангдаги доғлар кузатилиб, уларнинг марказий қисмида киндиксимон ботиклик кузатилади, тошмалар эса гурухлашган ҳолда жойлашмайди, субъектив белгилар эса камроқ намоён бўлади, пуфакли тошмалар таркибидаги суюқликда эозинофил ҳужайралари аниқланмайди, Ядассон синамаси эса манфий кўринишда бўлади. Токсидермиянинг пуфакли шаклида беморларнинг умумий аҳволлари оғирлашади, пуфаклар ичидаги суюқликларда эозинофил ҳужайралари топилмайди, анамнезида касаллик ривожланиши дори воситаларини қабул қилиши билан боғлиқ бўлади. Чин акантолитик пўрсилдоқ касаллигида Никольский, Асбо-Гансен, Шеклаков белгилари мусбат кўринишда бўлиб, эрозиялардан олинган суртмаларда эса акантолитик, яъни Тцанк ҳужайралари аниқланади. Туғма пуфакли эпидермолизда касаллик эрта ёшдаги болаларда юзага келиб, тошмалар асосан механик жароҳатлардан сўнг пайдо бўлади, ирсий анамнезида эса қон-қариндош никоҳлари мавжуд бўлиши кузатилади.

Дюрингнинг учуксимон дерматити касаллигини даволашда сульфон гуруҳига мансуб дори воситаларини қўллаш яхши самара беради. Сульфон препаратлари ичида ДДС (диаминодифенил-

сульфон), авлосульфон, дапсон, сульфетрон кабилар касалликни даволашда кўпроқ қўлланилади. ДДС дори воситаси беморларга 0,05-0,1 гр. дан кунига 2 маҳал 5-7 кун давомида берилади, сўнг 1-3 кунлик танаффусдан кейин дори воситаси яна қайта тавсия этилади. Умумий, худди шундай 3-5 циклик даводан сўнг беморларда касалликнинг кечишида ижобий натижалар кузатилади. Касалликни даволашда, шунингдек, гамма-глобулин дори воситаси ҳам қўлланилади, препарат 1,5-3,0 мл дан кунора беморларга 4-6 инъекция тарзида юборилади. Беморларни даволашда витамин дори воситалари (кальций пантотенат, пиридоксин, рибофлавин) ҳам тавсия этилади. Иккиламчи инфекциялар билан асоратланган ҳолларда эса, даво жараёнига антибиотик дори воситалари (макролидлар, ярим синтетик пенициллинлар) қўшилади. Ошқозон-ичак трактида юзага келадиган ўзгаришларни эътиборга олиб, озикланиш рационидан ўсимлик оқсиллари, айниқса, бўғдой ва бошқа бошоқли ўсимликлардан тайёрланган овқатларни чеклаш тавсия этилади. Маҳаллий даво чоралари ўтказилишида анилин буёқлари, глюкокортикоидлар (лоринден, бетновейт, дермовейт, флуцинар, синафлан) ва антибиотик (эритромицин, стрептоцид, левомеколь) дори воситаларидан тайёрланган малҳамлар буюрилади. Касалликнинг оқибати яхши бўлиб, баъзан касаллик ўз-ўзидан ремиссия ҳолатига ўтиши ва клиник жиҳатидан соғайиб кетиши мумкин.

ГЕНОДЕРМАТОЗЛАР

Ихтиоз

Терининг ирсий касалликлари орасида болаларда учрайдиган ихтиоз касаллиги муҳим ўрин тутди. “Ихтиоз” сўзи балиқ тангаси маъносини англатиб, унинг асосида мугузланиш жараёнининг генерализацияланган кўринишда бузилиши ҳолати ётади. Касаллик ўзига ўхшаш бўлган ўнлаб клиник касалликларни ўз ичига олса ҳам, бироқ нозологик жиҳатдан у ажралиб турадиган мустақил касаллик бўлиб ҳисобланади.

Касалликни наслдан-наслга аутосом-доминант ва аутосом-рецессив кўринишларда наслланиши қайд этилади. Бизнинг республикамизда ушбу генодерматознинг аутосом-рецессив шакли (ламельяр ихтиоз, қуруқ ихтиозсимон эритродермия) ғарбий европа мамлакатларига нисбатан кўпроқ учрайди (1:43076 ва 1:300000 аҳоли сонига тўғри келади.) Бундай ҳолат ушбу ҳудудда юқори инбридинг коэффициенти мавжудлиги билан тушунтирилади, чунки инбридинг, яъни қон-қариндошлик никоҳлари кам учрайдиган ҳолатларда аутосом-рецессив генларнинг сегрегациясига олиб келади. Маълумки, аутосом-рецессив шаклдаги ихтиоз ўзининг оғир кечиши, даво чораларига кам бўйсиниши ва асоратланиши билан алоҳида ажралиб туради. Ихтиоз касаллиги қуйидагича таснифланади: вульгар ихтиоз ва туғма ихтиоз. Туғма ихтиозга ўз навбатида эпидермолитик Брокнинг ихтиозсимон қуруқ эритродермияси ва ламилляр ихтиоз турлари киради.

Вульгар ихтиоз (*ichthyosis vulgaris*) аутосом-доминант кўринишидаги наслланишга эга бўлиб, касаллик белгилари болалар ҳаётининг 1-4 йилларида намоён бўлади ва 10 ёшгача бўлган вақт давомида максимал кўринишда ривожланади, бемор ҳаётининг охиригача давом этади. Касаллик йилнинг ёз ойларида енгил кўринишда кечади, бемор болалар балоғат ёшига етганларида касалликнинг кечиши анча яхшиланади. Жараён тарқалган шаклга эга бўлиб, терининг қуруқлиги, қалинлашиши (гиперкератоз), фолликуляр кератози кўринишлари сифатида намоён бўлади. Бундай

ҳолат тер ва ёғ безлари функциясининг яққол пасайишига ва бу безлар фаолиятининг бутунлай тўхташига олиб келади. Касаллик асосан қўл ва оёқларнинг ёзув соҳаларида (айниқса, тирсак ва тизза бўғимлари соҳасида), билаклар, бел, думғаза соҳаларида жойлашади. Болалик даврида жараён юз ва пешона териси соҳаларида ҳам кузатилиб, кейинчалик эса бу соҳалар тангачалардан тозаланади. Думба ва бўғим бурма соҳалари, қўлтиқ ости, чов соҳаси бурмаси ва жинсий аъзолар одатда зарарланмайди.

Вульгар ихтиоз касаллиги белгилари тангачалар катталигида бўлиб, майда, юпқа ва оқ рангдаги кепакланиш кўринишидан то қалин катта тўқ рангдаги қипиқларгача бўлиши мумкин. Вульгар ихтиоз касаллиги қуйидагича таснифланади (тери куруклигининг яққоллиги, мугуз пластинкалар ёки қипиқларнинг тури ва тўпланишига кўра):

1. Ксеродермия (xerodermia) - бу ихтиознинг енгил тури бўлиб, терида куруклик ва кепакланиш ҳолати кузатилади.

2. Оддий ихтиоз (ichthyosis simplex) – қалин, курук, қаттиқ ва силлиқ бўлмаган терига зич ёпишган пластинкасимон қипиқлар билан характерланади.

3. Ялтироқ ихтиоз (ichthyosis nitida) - мугуз қават массаларини кўп миқдорда оёқ ва қўлларда, соч фолликулаларининг оғзида йиғилиши билан характерланади.

Қипиқлар ўзига хос садаф ранг ялтироқликка эга бўлади. Баъзида тошмалар чизиксимон жойлашиб, илон териси кўринишини эслатади. Бу қипиқлар қалинлашиб, яна мугузланади, ранги тўқ-кулранг кўринишида бўлиб, чуқур ботиқ ҳосил қилади (илонсимон ихтиоз – *ichthyosis serpentina*). Ва ниҳоят, энг оғир шакли *ichthyosis hystrix* (*hystrix* - жайра) - бунда терининг чегараланган соҳаларида, айниса, оёқ ва қўллар ёзув соҳаларида мугузланишнинг қалин йиғмалари тикан кўринишда бўлиб, тери сатҳидан 5-10 мм баландликда кўтарилиб туради ва жайра тиканларини эслатади. Жараён соч ва тукларнинг куруклашиши, юпқалашиши ва сийраклашиши, тирноқ пластинкаларининг қалинлашиши, юпқалашиши ёки синувчанлиги ортиши ҳолати кузатилади.

Ихтиознинг енгил турларида беморларнинг умумий аҳволи қониқарли ҳолатда бўлиб деярли кам безовталанадилар, оғир шаклларида эса бемор болалар жисмоний ривожланишдан ортда қоладилар. Беморлар организмнинг иммун тизими қаршилиги

пасаяди, улар турли касалликларга, жумладан, пиодермия, пневмония, отит касалликлари билан хасталанишга мойил бўлиб қоладилар ҳаттоки, летал ҳолати ҳам кузатилиши мумкин.

Одатда касаллик гиперкератоз – донадор қаватнинг қалинлашиши билан бирга кечади. Бироқ гиперкератоз ҳолати донадор қаватнинг юпқалашиши ёки умуман йўқлиги билан ҳам намоён бўлиши мумкин, бундай ҳолат оддий, яъни вульгар ихтиоз учун хос бўлади. Катта фолликуляр мугуз тикинлар кузатилади. Бундай керотатик тикинлар босими фолликулалар ва ёғ безлари пастки қисмининг атрофиясига олиб келади. Мальпигий қавти юпқалашади. Дермада кам миқдорда лимфоцитлардан иборат периваскуляр инфилтратлар учрайди, чуқур қаватларида эса каллоген толаларининг гиалинизацияси кузатилади, тер безлари ва сочларни кўтарувчи мушаклар атрофида эса аргирофил толаларнинг куюқлашиши кузатилади. Вульгар ихтиознинг турли вариантларида морфологик ўзгаришлар бир-биридан сон жиҳатидан эмас, балки сифат жиҳатидан фарқ қилади. Клиник ва морфологик жиҳатдан оддий (вульгар) ихтиознинг диагностикаси қийин эмас.

Ихтиознинг енгил шакли бўлган ксеродермияда ташхис қўйиш учун ёрдам берувчи қўшимча усул тери бўйлаб шпател юргизилганда унсмион оқ майда кепакланиш ҳолати яққол кўринади. Бундан ташқари қўл ва оёқлар ёзув соҳалари ва ёнбош териси соҳаларида ранги кулранг ёки оч пушти, баъзида кўкимтир тусланишда бўлган тўғноғич боши катталигидаги милиар тугунчалар кузатилади.

Ялтироқ ихтиознинг клиник шаклида кипиқлар маркази нисбатан тўқроқ, четлари нисбатан очроқ рангда, сатҳи бироз кўтарилган кўринишда бўлади. Бундай кўриниш ялтироқ ихтиозни соч темираткисидан (*lichen pilaris*) ажратишда муҳим аҳамиятга эга бўлади. Соч темираткисидан ўчоқларда милиар усти ғадир–будур, оч қизғиш рангдаги папулалар кузатилади бундай кўринишдаги ҳолат кўпинча қўл ва оёқларнинг ёзув соҳаларида жойлашади, бундай папулалар учини кенгайган, соч фолликулалари оғзини зич ёпиб турувчи мугузланган кипиқлар ташкил этади. Тиканаксимон темираткида (*lichen spinulosus*) соч фолликулалари оғзида жойлашган, тери сатҳидан бир неча мм кўтарилиб турувчи, мугузланган тиканаклар ҳосил бўлади, улар таркибида эса синган ёки спиралсимон ўралган соч толалари кузатилади.

Наслланиувчи вульгар ихтиозни орттирилган ихтиоз билан тақослаш ва ажрата олиш лозим, чунки касалликнинг бошланиш вақти ҳар доим ҳам ташхис қўйишда асосий мезон бўла олмайди. Баъзида наслланиувчи оддий ихтиоз катта ёшдаги инсонларда пайдо бўлиши, орттирилгани (баъзида бластоматоз жараён билан бирга кечади) эса болаларда ривожланиши мумкин. Бластомоз кўринишдаги жараёнлардан (лимфогранулематоз, лимфосаркома ва бошқалар) ташқари орттирилган ихтиоз мохов ва алиментар бузилишлар натижасидаги бирламчи ва иккиламчи витамин А етишмасликлари билан ҳам бирга кечиши мумкин.

Туғма ихтиоз (*Ichthyosis congenita*) аутосом-рецессив кўринишда наслланади. Касаллик белгилари бемор бола туғилган заҳотиёк аниқланади. Бироқ камдан-кам ҳолларда кечки шакли (*ichthyosis congenita tarda*) кузатилиши мумкин, бунда касаллик белгилари бемор бола туғилгандан кейин дастлабки ҳафта ёки ойлар ўтгандан сўнг намоён бўлади. Ихтиоз касаллигининг туғма ихтиоз шакли вульгар ихтиоз шаклига нисбатан оғир кечади, касалликни бу шаклида тери қалин мугуз тангачалар билан қопланиши, чуқур ёриқлар мавжуд бўлиши билан ажралиб туради, бироқ ихтиозсимон эритродермиядан фарқли ўлароқ, касалликни кечиш жараёнида эритема ҳолати кузатилмайди. Касалликнинг оғир шаклида (*ichthyosis congenital gravis*) бир неча кунлардан кейин иккиламчи инфекциянинг қўшилиши ҳамда тери озикланиши ва нафас олиш ҳолатининг бузилиши натижасида ҳаттоки летал ҳолати кузатилиши мумкин.

Брокнинг туғма ихтиозсимон қуруқ эритродермиясининг (*erythrodermia congenital ichthyosiformis*) 2 клиник тури: буллёз бўлмаган (“қуруқ”) аутосом-рецессив ҳамда буллёз аутосом-доминант турлари тафовут қилинади. Буллёзсиз шаклида жараён бутун тана бўйлаб тери сатҳининг гиперсмияланиши, қуруқ, бирмунча таранглашган ва кўп миқдорда қипиқланиш кўринишида кечади. Кўп миқдорда қипиқланиш ҳолати қўл ва оёқ қафтларида, қўлтиқ ости соҳаларида ва тизза бурмаларида кузатилади. Қипиқлар қалин, катта, кўп бурчакли, жигаррангда бўлиб, бутун пластлар кўринишида кўчиб туша бошлайди. Қўл ва оёқ қафтларида жараён кератодермияга хос кўринишда бўлади. Бурмалар соҳасида эса сўгалсимон ўсимталар ҳосил бўлиши мумкин. Касалликнинг бу турининг кечиши турлича кўринишда бўлади, жараён баъзида

генераллашган эритема ва кипикланиш кўринишида кечиб, қарилик ёшларигача сақланиб туради. Кўпинча эритема ҳолати анча камайиши, ҳаттоки йўқолиши мумкин, бироқ гиперкератоз ҳолати айниқса, тери бурмаларида кучая боради. Кўз қовоқлари соҳаси, бурун, лаб ва қулоқ супраларининг қаттиқлашиши натижасида касаллик аъзоларни деформацияси билан кечиши мумкин. Масалан, эктропион, яъни кўз қовоқларининг ташқарига қайтарилиши ҳолатлари қайд этилади. Туғма ихтиозсимон эритродермиянинг буллёз шакли (эпидермолитик ихтиоз) кучли яллиғланиш жараёни билан характерланади, (айниқса, тери бурмалари соҳаларида). Касаллик белгилари терининг таранглашиши, шишиши, қалинлашиши, терида пуфакларнинг ва экземалашган сувланувчан соҳаларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

Гиперкератоз ҳолати бемор болалар ҳаётининг биринчи йилидан, кўпинча эса учинчи-тўртинчи йилларидан вужудга келади. Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлади, эпидермиснинг юза қаватлари осонлик билан кўчади. Юз териси гиперемияланган, таранглашган, ялтироқ, кўп миқдорда кипикланиш ҳолати кузатилиши билан намоён бўлади. Бошнинг сочли қисми тери соҳалари гиперемияланган кўринишда кипикланади, бундай ҳолат худди ёғли себорея касаллиги билан хасталанган беморларни эслатади. Бемор болалар тирноқлари қалинлашади, деформацияланади, тирноқ ости гиперкератори кузатилиши мумкин. Касалликнинг кечиши ёш ўтган сайин беморлар аҳволи яхшиланишга мойил бўлади, 3-4 ёшлардан сўнг пуфакли тошмаларнинг пайдо бўлиши камдан-кам ҳолатларда кузатилади, фақат қўл ва оёқ қафти соҳаларидагина кучсиз гиперкератоз ҳолати кузатилиши мумкин.

Касаллик гистопатологияси текширилганда донадор қават гипертрофияси, акантоз ва дермада яллиғланган кўринишдаги инфилтратлар кузатилади. Бундан ташқари яққол гиперкератоз ҳолати билан бирга алоҳида паракератоз оролчалари ҳам кузатилади. Касалликнинг буллёз турида акантоз билан бирга эпидермис мал-пигий қавати ҳужайраларининг донадор дегенерацияси кузатилади. Вульгар ихтиозда қўлтиқ ости, чов бурмалари, тирсак ва тизза бурмалари патологик жараёнга жалб этилмайди. Янги туғилган чақалоқларда ихтиозсимон эритродермияни туғма пуфакли эпидермолиздан (эритродермиянинг йўқлиги, пуфакли тошмаларни ўзгармаган тери фонида кузатилиши, тошмаларнинг шикастланган,

ишқаланган тери соҳаларида пайдо бўлиши) ва янги туғилган чақалоқлар юкумли чилла яралари (контагиоз касаллик бўлиб, касаллик ҳароратнинг кўтарилиши ва турли катталиқдаги пуфакларнинг шишган эриоматоз фонда пайдо бўлиши билан кечади) билан фарқлаш лозим.

Соч темираткиси (lichen pilaris keratosis pilaris simplex) наслдан-наслга ўтадиган касаллик бўлиб, бу ихтиоз касаллигининг абортив шакли ҳисобланади. Касаллик белгилари болалик давридан бошлансада, хасталикнинг клиник белгилари ўсмирлик даврларида яққол намоён бўлади. Тирсак, бел, думба, сон териси соҳаларида майда, конуссимон, ўткир учли тугунчалар пайдо бўлиб, ранги нормал тери рангида, гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади. Бу тугунчалар учини мугузланган қипиқлар ташкил этиб, кенгайган фолликулалар оғзини тугунчалар қоплаб туради. Тошмалар сўрилгандан сўнг улар ўрнида билинар-билинемас чандиқлар қолади, натижада бундай соҳаларда соч фолликулалари ва ёғ безлари фаолияти тугайди.

Ихтиоз касаллигининг давоси бемор болалар ёши, касалликнинг клиник шакли, оғирлик даражасини инобатга олган ҳолда комплекс равишда олиб борилади. Хусусан Аевит дори воситаси бемор болаларга 6 ойгача-1 том/сут кунора сут билан эмизиш вақтида, 7-12 ой- 1 том/кун ҳар куни, 1-3 ёш- 1капс кунора, 3-6 ёш – 1 капс. ҳар куни, 6-14 ёш – 1 капс 1-2 капс ҳар куни 20 кун давомида. Аскорбин кислотаси 6 ойгача -0,025-0,05 маҳал 3маҳ/кун 7-12 ой- 0,05-0,075 мг х 3м/кун, 1-6 ёш – 0,075-0,1 мг х 3м/кун 7-14 ёш – 0,1-0,15 х 3 м/сут Парентерал (м/о; в/и) 6 ойгача-0,5 мл, 7-12 ой -0,75 мл, 1-3 ёш- 1-2 мл, 4-6 ёш-2-3 мл, 7-12 ёш – 3-6 мл, 7-12 ёш -3-6 мл. Рибофловин монопнуклеотид 1% ли эритмаси 6 ойгача – 0,2 мл м/о, 7-12 ой -0,3 мл 4-6 ёш – 0,5-0,7 мл 7-14 ёш – 0,8-1,0 мл. Никотин кислотаси 1% эритмаси 6 ойгача – 0,1-0,2 мл, 4-12 ой -0,2-0,3 мл, 1-3 ёш - 0,5- 0,4 мл, 4-6 ёш – 0,5-0,5 мл, 7-14 ёш – 1 мл м/о1 м/кун. Даволаниш курси 10-12 инъекция. Трентал перорал таблеткада 10 мл -2-3 маҳ/сут овқатдан сўнг, 1 ёшгача бўлган болаларда 1/3-1/2 таб, 1 ёшдан катталарга- 1 таб 2-3 маҳал/кунига 1 ой мобайнида. Метионин 1 ёшгача 0,1 г, 2 ёш-0,2 г, 3 ёшдан 4 ёшгача-0,25 гдан, 5 ёшдан- 6 ёшгача-0,3 г гача, 7 ёшдан ва ундан юқори 0,5 г дан 3 м/кунига овқатдан 30 мин олдин. Даволаш курси 10 кун олиб борилади, сўнг дам олинади ва даволаш курси қайтарилади. Солкосерил (актовегин) 1 ёшгача- 1-2 мл м/о, 1-14 ёш – 2 мл/в/и, 1 м/кунига 10 инъекция.

Маҳалий: 2% ли салицил малҳами ва ланолин креми аевит билан (1 граммга: 1 томчи) бирга суртилади.

Туғма буллёз эпидермолиз

Туғма буллёз эпидермолиз (ТБЭ) касаллиги терининг ирсий касалликлари туркумига кириб, касаллик белгилари бемор болалар туғилиши биланоқ бошланади ва биринчи бўлиб бу касаллик билан дастлаб туғриқхоналарда акушер-гениколог, микропедиаторлар ва маҳалла шароитларида эса педиаторлар тўқнашишади. Касалликни эрта даврларда аниқлаш муҳим аҳамият касб этади, эрта даволаш ва индивидуал парвариш тадбирларини ўтказиш эса касалликнинг оғир, ногиронлик, летал ҳолатларгача етиб боришини олдини олиш имконини беради.

Ҳозирги кунда ТБЭ касаллиги атамаси асосида тери ва шиллик қаватларда пуфакли тошмалар билан кечадиган касаллик назарда тутилади. Касаллик белгилари бемор болалар туғилиши билан намоён бўлиб, асосан кўп лат ейишга учрайдиган тери соҳаларида кузатилади. Ҳар хил таснифларга кўра бу касаллик 16 тадан 29 гача аутосом-доминант ёки аутосом-рецессив наслланиш билан кечадиган дерматозларни ўз ичига олади. ТБЭ касаллигининг оғир шакллари аутосом-рецессив ҳолда наслдан-наслга ўтади, ушбу касаллик билан хасталанган бемор ота-оналардан 25% га яқин ҳолатларда касал болалар туғилади. Шунинг учун ҳам бемор ота-оналар нафақат ўзларини даволанишлари учун, балки перинатал ва генетик ташхисот учун ҳам шифокорга мурожаат этишлари лозим.

ТБЭ касаллигининг кечиши этиологик нуқтаи назардан ҳар хил хромосомаларда кечадиган турли мутацион жарёнлар билан боғлиқ, деб таърифланади. Г.Н. Михеев (1999) фикрича, оддий БЭ касаллиги асосида генетик мутациялар 1,8 ва 16 хромосомаларда кечади. Юқорида таъкидланганидек, замонавий маълумотларга асосланиб ТБЭ барча шакллари – оддий, чегараланган ва дистрофик каби 3 та гуруҳга бўлиш мумкин. Касалликнинг барча шаклларида базал мембрана соҳаси даражасида ирсий, асосланган таркибли ўзгаришлар кузатилади. Замонавий адабиётларда ТБЭнинг турли шаклларида терида кузатиладиган таркибий ўзгаришлар касалликнинг оддий шаклларида пуфаклар ҳосил бўлиши, базал эпителиоцит хужайраларининг цитолизи оқибатида юз беради, ушбу

Ўзгаришлар электрон микроскопда текширилганда хужайралар цитоплазмасининг кескин шишиши ва хужайра қобиғининг ёрилиши кўринишларида намоён бўлади, деб таъкидланади. Пуфак қобиғи бўлиб ажралган эпидермис, унинг туби бўлиб эса зарарланмаган базал мембрана хизмат қилади. Касалликнинг чегараланган клиник шаклида пуфакларнинг ҳосил бўлиши базал мембрананинг оч ранг пластинкали қаватида ва тонофиалометларни қатламловчи базал эпителиоцитлар полудесмасомаларининг туғма тўлиқ ривожланмаганлиги билан тафовутланади. Пуфакларнинг тубини зич базал пластинка ташкил этади. ТБЭ дистрофик шаклида пуфаклар базал мембрана чегарасида ва дермада ҳосил бўлади, бу мустаҳкамловчи фибриллаларнинг охиригача ривожланмаганлиги билан боғлиқ. Дерма пуфакларнинг туби бўлиб хизмат қилади, шунинг оқибатида у ерда чандиқлар ҳосил бўлади. Пуфакларнинг қайси қаватда жойлашиши электрон микроскоп ва антиген хариталари - иммунофлюорисценция усуллари орқали аниқланади.

Ҳозирда кўпгина муаллифларнинг маълумотларига қараганда, ТБЭ патогенезида тўқима энзимлари ва ингибиторларининг туғма нуқсонли ҳолати ётади. Savolaine E.K. (1983) ТБЭ касаллигининг генерализацияланган шаклида терида, қон зардобиди ва фибробласт културасида галактозилгидроксилизил глюкозилтрансферазанинг етишмаслигини таъкидлайди. Малумки, колхицин препарати коллаген синтезига тасир этади, ТБЭ касаллиги билан хасталанган беморларда коллаген синтезининг 1,5-2,2 мартаба ошганлиги қайд этилади.

Ҳозирга вақтга келиб касалликнинг аниқ бир таснифи йўқ. ТПЭ касаллигини 3 та: оддий, чегарали ва дистрофик клиник тури тафовут этилади.

Оддий тарқалган пуфакли эпидермолиз касаллигининг клиник тури кўпгина халқларда 50000:1 нисбатларида учрайди. Касаллик бемор болалар туғилиши билан ёки улар ҳаётининг биринчи ойларида намоён бўлади ва касаллик билан кўпинча ўғил болалар хасталанади. Пуфакли тошмалар босим таъсири кучли бўлган ва кўп шикастланаган тери соҳаларида (тирсак, тиза, билак, тавон, бел) жойлашади. Одатда биринчи пуфакли тошмалар оёқ тавони соҳасида, кейинчалик билак соҳаларида ҳосил бўлади, памперс ва кийимларнинг кўп ишқаланадиган соҳаларида пуфакли тошмалар 20–30 дақиқа ичида ҳосил бўлади. Пуфакли тошмалар ҳосил

бўлишига мойиллик чақалоқларнинг эмаклаб юриши бошлагандан сўнг яққол намоён бўлади. Иссиқ кунларда ҳам пуфакли тошмаларнинг тошиши кучаяди. Кассаликнинг рецессияси ва прогрессияси иссиқ ҳаммомларда ва сауналарда кузатилади. Пуфакли тошмалар ярим шарсимон шакли, қаттиқ эластик қобиқли (субэпидермал), сероз ёки сероз-геморрагик таркибли суюқликка эга бўлади. Пуфакли тошмалар атрофида гиперимик ҳалқа ҳосил бўлади, уларда Никольский белгиси манфий кўринишда намоён бўлади. Пуфакли тошмалар ҳосил бўлишининг биринчи соатларида ачишиш, оғриқ каби субъектив белгилар кучли намоён бўлади. Пуфакларнинг ёрилиши беморларга енгиллик ва улар ҳажмини катталашинининг тўхташига олиб келади. Паталогик жараён бир неча кун ичида, одатда чандиксиз битади. Бу вақтда беморлар қичишишларга шикоят қилиши мумкин. Эрозияларнинг битиши пайтида эса кепакланиш ва пигментацияланиш ҳолатлари кузатилади. Қайта шикастланган соҳаларда қайтадан янги пуфаклар ҳосил бўлади. Оғиз шиллиқ қаватида пуфакли тошмалар 2-3% ҳолатларда кузатилади. Касалликни ушбу клиник шакли билан хасталанган беморлар қўл ва оёқ қафтларида гипергидроз ҳолати кузатилади. Бемор болаларда тирноқлар шикастланмайди, лекин вақт ўтган сари тирноқ пластинкаларининг ўзгариши кузатилади (қийшайиши, қалинлашиши, хиралашиши) ва қўл-оёқ қафтларининг кератози ҳолати ривожланади ва уларнинг вояга етиш даврларида эса қалинлашиши кучаяди. Қиш пайтларида ва ҳомиладорлик даврларида ремиссия ҳолати кузатилади.

Оддий пуфакли эпидермолизнинг кечки шакли билан асосан ўғил болалар касалланадилар (андротропия). Паталогик ўчоқлар кўпинча қўл ва оёқ қафтларида жойлашади. Касалликнинг авж олиш даври беморларни ўспиринлик даврларига тўғри келади, касалликни кўпроқ намоён бўлиши йилнинг ёз мавсумларида, беморларнинг спорт турлари билан шуғулланадиган даврларига тўғри келади. Кузги ва қишки йил фаслларида эса касаллик белгилари иссиқ ҳаммомлар қабул қилиниши ёки қалин иссиқ оёқ кийимларни кийишлари натижасида юзага келиши мумкин. Пуфакли тошмалар бироз геперемия ҳолати ососида ҳосил бўлиб, тезда ёрилишга, эрозияларни ҳосил қилишга ва кейинчалик эса ўз-ўзидан изсиз битиб кетишга мойил бўлади. Лекин айрим маълумотларга қараганда пуфакларни киндиксимон кўринишдаги чандиқлар билан битиб

кегиши қайд этилади. Адабиётларда касаллик кўп тошмалар тошиши билан бошланиш ҳолатларида бемор болаларнинг умумий аҳволлари қониқарли бўлиб, касаллик гипергидроз ва товон кератодемияси каби ўзгаришлар билан кечиши ҳақида маълумотлар берилган.

Оддий учуқсимон пуфакли эпидермолизнинг клиник тури бемор бола туғилиши билан бошланади. Касаллик Дюрингнинг герпетиформ дерматозига ўхшаш кўринишда кечади. Тошмалар дастлаб терининг билак ва товон соҳаларига тошади, кейинчалик эса бутун тана тери соҳаларини зарарлайди, бемор болалар умумий аҳволининг оғирлашиши (иштаҳасизлик, безовталиқ, уйқунинг бузилиши, тана ҳароратининг кўтарилиши) ҳолати кузатилади. Пуфакли тошмалар гиперемияланган тери асосида учуқсимон кўринишда жойлашиб, улар таркиби сероз ёки сероз-геморагик суюқликлардан иборат бўлади. Патологик жараён одатда қичишиш ва безовталаниш каби салбий шикоятлар билан кечади. Пуфакли тошмалар тезда ёрилиб эрозиялар ҳосил қилади, бундай эрозиялар терини катта ҳажмдаги қисмларини эгаллаши мумкин, шунинг учун ҳам бундай ҳолатларда иккиламчи инфекцияларнинг кўшилиш ҳолати кузатилади. Касалликнинг 3-6 ойларида пуфакли тошмалар ҳалқасимон, фестонсимон, марказида пегментация ҳудуди бўлиши кўринишларида намоён бўлади. Касаликни авж олиши бир неча ойлардан бир неча йилларгача давом этиши мумкин, кейинчалик эса беморлар аҳволи яхшиланади, касалликни қайталаниши камаяди, тахминан 2-3 ёшларга келиб эса касалликнинг кечиши ёз мавсумийлигига ўтади. Бемор болалар пубертат ёшида пуфакли тошмалар тошмаслиги мумкин. Лекин беморларда тирноқлар дистрофияси, товон гиперкератози, тишларнинг жойлашиш аномалияси, тиш эмали дефекти, кариес каби ўзгаришлар кузатилади.

Летал чегаравий тарқоқ пуфакли эпидермолиз ТБЭ касаллигининг энг оғир шакли бўлиб, касалликнинг ушбу тури билан кўпинча ўғил болалар хасталанадилар. Касаллик белгилари бемор болалар туғилган пайтларидан ривожланади ва жараён бутун бадан терисига енгил эрозияланган пуфаклар тошиши билан кечади. Никольский белгиси кескин мусбат кўринишда бўлади, катта эрозияли ўчоқлар узоқ вақт давомида эпителизацияланмайди, улар таркибида грануляцияланган яралар пайдо бўлиши мумкин. Бемор

болалар умумий аҳволи оғир бўлиб, анемия ҳолати кучаяди. Бундай камқонликнинг келиб чиқиши суяк илиги фаолияти етишмаслигидан, деб ҳисобланади. Бундай камқонлик ҳолати беморлар қон зардобининг темир моддасини боғловчи хусусияти камайиши натижасида келиб чиқади, деб таъкидланади. Шунга асосланиб хулоса қилинадики, трансферрин шикастланган жойлардан зардоб плазмалари билан биргаликда чиқиб кетади, шунинг учун катта ҳажм кўринишида кечаётган патологик жараёнда беморларда анемия ҳолати кузатилади, бу эса сурункали темирнинг чиқиб кетиши билан ифодаланади. Катта эрозив ўчоқлар сувсизланишига олиб келади, натижасида сув-электролитлар мувозанати бузилади ва иккиламчи инфекцияларнинг кўшилишига сабабчи бўлади. Тошмаларнинг қайта тошиши уларнинг эски жойларидан чиқиши мумкин, бундай ҳолатларда ўша ерларда терининг атрофияланиши ҳолати кузатилади. Шиллиқ қаватларда пуфаклар ҳосил бўлиши касалликнинг ушбу турига хос бўлиб, улар жуда тез эрозияланади. Пуфакли тошмалар томоқ, ҳалқум ошқозон, ўт қопи ва ҳаттоки, бронхлар шиллиқ қаватларида ҳам кузатилади. Тирноқларда ва тишларда дистрофия ҳолатлари кузатилади. Касалликнинг ушбу тури билан хасталанган бемор болалар тез орада вафот этадилар.

Хавфсиз чегаравий тарқоқ атрофик ТБЭ касалигининг бошланиши ТБЭ нинг летал тарқоқ шакли билан бир хил бошланади. Касалликнинг хавфсиз кўринишда кечиши йиллар давомида касалликнинг клиник кўриниши яхшиланишида ва атрофик жараёнларнинг камайишда (атрофик алопеция, чов, қўлтиқ ости бурмаларида), бемор болаларнинг ўсишдан орқада қолмаслигида кузатилади. Касаллик белгилари енгилроқ кечади, анемия кам ҳолларда кузатилади. Оғиз шилиқ қаватидан ташқари бўлган шиллиқ қаватлар кам ҳолатларда зарарланади. Касалликнинг бу шаклида тирноқлар дистрофияси, уларнинг тушиб кетиши хос бўлиб, беморларда тиш эмалининг гипоплазияси, эрта кариес ҳолатлари кузатилади. Кўпчилик бемор болаларда қўл кафти, оёқ кафти юзаларида кератоз ҳолати яққол намоён бўлади. Касаллик хавфсиз кечиб, касалликнинг ушбу шакли билан хасталанган беморлар катта ёшларгача узоқ умр кечирадилар.

Инверсланган атрофик чегараланган клиник шаклида касаллик аломатлари бемор болалар туғилиши билан намоён бўлиши касалликнинг бу шакли учун хос бўлиб, тошган тошмалар терининг

йирингли касаллиги тошмаларини эслатади. Тошмаларнинг ўзига хослиги улар асосан бўйин, қўлтиқ ости, чов ва перианал соҳаларда жойлашади. Бемор болалар ёши 3-5 ойликка етганда жараён ўз-ўзидан ремиссия ҳолатига ўтади. Вақт ўтган сари тошмалар кўпинча катта бурма соҳаларида жойлашади. Пуфакли тошмалар ёрилгандан сўнг улар узоқ вақт битмайдиган эрозиялар ҳосил қилади, аста-секинлик билан уларнинг ўрнини атрофияли ўзгаришлар эгаллай бошлайди. Касаллик учун хос бўлган оқ атрофик чизиклар мактаб ёшидаги бемор болаларда кузатилиб, улар катта бурмалар, тананинг ён соҳаларида, қўл ва оёқларнинг проксимал қисмларида жойлашади. Оғиз шиллик қаватлари, томоқ, қизилўнгач ва тўғри ичак соҳалари ҳам касалликка жалб этилиши мумкин. Бошқа ТБЭ билан хасталанган беморлар каби касалликнинг бу турида ҳам тишларнинг ва тирноқларнинг дистрофияси ҳолати кузатилади.

Ривожланувчи атрофик чегарали ТБЭ аломатлари билан туғма карлик ҳолати кузатилади, бу иккита патологик геннинг қўшилиши натижасида келиб чиқади ҳамда касаллик аутосом-рецессив ўтиш табиатига эга бўлади. Касаллик нисбатан хавфсиз кечади, беморлар қаригунларича яшайдилар. Беморлар катта ёшга етганларида эски тошмалар ўрнини атрофик яралар эгаллайди, касалликни қайталаниши тирноқлар дистрофияси ва онихолизис ҳолатларига олиб келади. Касалликнинг хавфли асоратларидан бири шуки, пуфакли тошмалар тил шиллиғига тошиши мумкин, бундай ҳолатларда эса кейинчалик тил сўрғичлари атрофияси вужудга келади.

Локализацияланган чегарали атрофик ТБЭ чегарали ТБЭ касаллигининг энг енгил шакли бўлиб, жараён тишлар эмали гипоплазияси ва тирноқлар дистрофияси билан кечади. Пуфакли тошмалар катта ёшларда тоша бошлайди, лекин тошмалар кам миқдорда учрайди, жараён енгил кечади, чандикланиш, мутиляция ҳолатлари кузатилмайди. Мактаб ёшидаги бемор болаларда тошмалар тизза, товон тери соҳаларида жойлашади. Касалликнинг мавсумий кўринишда кечиши яққол намоён бўлади.

Чандикланувчи чегаравий ТБЭ шаклида битиш жараёни чандикланиш билан кечиши, бармоқларнинг ўсиб кетиши ва контрактураси, бурун йўлларининг торайиши каби ҳолатлар кузатилади.

Дистрофик ТБЭ нинг клиник шакли бемор болалар туғилиши билан бошланади. Бемор болаларнинг биринчи ойларидан бошлаб

тери соҳалари тарқоқ кўринишда зарарланади, кейинчалик эса пуфакли тошмалар кўп шикастланадиган жойларда, яъни билак, товон, тизза, бўйин, бел соҳаларида жойлашади. Пуфакли тошмалар таранг кўринишда бўлиб, улар таркиби сероз ёки сероз-геморрагик суюқликдан иборат бўлади. Улар ёрилгандан сўнг эрозиялар ҳосил бўлиб, уларнинг битиши секин кечади ва ўзидан кейин атрофик чандиқлар қолдиради, кейинчалик бундай ўчоқлар ўрнида аниқ чегарали, устида миелинсимон эпидермал кисталар ҳосил бўлади. Касалликда шиллиқ қаватлар зарарланмайди, лекин барча беморларда тирноқлар зарарланиши, дистрофияси, кам ҳолларда эса уларнинг тушиб кетиши кузатилади. Бемор болаларда ақл заифлиги ҳолати кузатилмайди, лекин улар жисмоний жиҳатдан ўсишдан орқада қоладилар. Вақт ўтган сари пуфакли тошмалар пайдо бўлиши камая боради, тирноқлар дистрофияси, тирсак, тизза, болдир соҳаларидаги атрофик чандиқлар касалликни эслатиб туради.

ТБЭ нинг доминант дистрофик гиперпластик тури бемор болалар туғилиши билан бошланади, жараён кам пуфакли тошмалар кўринишида кечади. Пуфаклар регрессияга учраган жойларда гипертрофик чандиқлар ва сўгалсимон гиперкератозлар пайдо бўлади. Шиллиқ қаватлар кучли равишда ва тез-тез зарарланади. Пуфакли тошмалар иккиламчи, чандиқли стенозлар ҳосил қилади натижада томоқ, ҳиқилдоқ, халқум, кўз шохпардасининг хиралашиши, симбелфаронларга олиб келади.

ТБЭ нинг доминант дистрофик албопапулоид тури эрта болалик даврларидан бошланади ва доминант дистрофик ТБЭ нинг атрофик вариантыга ўхшаш кўринишда кечади. Бемор болалар 8-10 ёшга етганда бадан тери соҳаси, оёқ ва қўлларда думалоқ, оқ рангли, тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, қаварчиқсимон чандиқлар ҳосил бўлади, уларни катталиги 1-2 см атрофида бўлади. Уларнинг сони якка, бир неча ўнлаб бўлиши мумкин, Беморларнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиб, касалликнинг прогнози хавфсиз бўлади.

ТБЭ нинг мутиляцияланувчи тарқоқ дистрофик тури дистрофик ТБЭнинг энг оғир шакли ҳисобланиб, касаллик наслдан-наслга аутосом-рецессив йўл орқали ўтади. Пуфакли тошмалар битган жойлардан яна чиқишга мойилик ҳолати кузатилади. Тирсак, тизза букув соҳаларида катта чандиқли ўчоқлар, билак ва товон соҳаларида контрактуралар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин, синдактилия, бармоқ охирлари мутиляцияси кузатилади. Тирноқ

пластинкалари тўкилиши кузатилмайди, балки вақт ўтган сари улар тушиб кетади ва касалликка хос бўлган онихгрифоз каби дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Бошнинг сочли қисми териси атрофияси натижасида сочларнинг сийраклашиши ва дистрофияси кузатилади. Кўп касалларда тишлар зарарланади, уларда кариес, тишлар эмали дистрофияси, тишлар жойлашуви аномалияси каби ўзгаришлар кузатилади. Тахминан 20 % беморларда оғиз шиллик қаватлари зарарланади, ҳалқум, тўғри ичак соҳаларида ҳам гемаррагик суюқликли пуфаклар ҳосил бўлиши мумкин. Оғиз бўшлиғида чандиқлар ҳосил бўлиши тил ҳаракатини чеклайди, тил сўрғичлари атрофияга учрайди, микростомия кузатилади. Ҳалқум соҳасининг зарарланиши унинг йўли торайишига, овқат ўтишининг қийинлашишига олиб келади, тўғри ичакда қабзият ҳолати кузатилади, дефекация пайтида эса кескин оғриқлар кузатилади. Конъюнктиванинг зарарланиши одатда беморларнинг болалик пайтларида кузатилади, касаллик белгилари кўзнинг ачишиши ва очган пайтда оғриқ бўлиши билан кечади. Беморлар умумий аҳволи ҳолсизлик билан белгиланади, тез чарчайдилар, субфибрилитет узоқ вақт давом этади. Доимий оғриқларнинг бўлиши бемор ҳаракатини чегаралайди, мутиляция ва контрактулар беморларни кейинчалик ногиронликка олиб келади, улар ақлий ва жисмоний жиҳатдан ривожланишдан орқада қоладилар. Кўп беморларда гипохром анемия ҳолати яққол намоён бўлади. Болаликнинг биринчи йилларида шиллик қаватларда жойлашган пуфакли тошмалар қобиғи таъсири билан асфиксия ҳолати кузатилиб, кўпинча ўлим ҳолати учрайди. Аспирацион пневмония, дерматоген сепсис, 30 ёшлардан кейин эса беморларда онкологик ўсмалар ва системли амилоидозлар кузатилиши мумкин. Беморларда вақт ўтган сари терининг битиш қобиляти сусая бошлайди, айрим ўчоқли яралар бир неча ой ва йиллар давомида битмаслиги мумкин.

Мутиляцияланмайдиган тарқоқ дистрофик ТБЭ клиникаси бўйича касалликни олдингисига ўхшайди. Фарқи енгил кечади, шиллик қаватлар зарарланмайди, катта ёшга келиб касалликнинг кечиши енгиллашади, яъни касаликни қайталаниши камайиб, ҳар қайталанганда кечиши енгиллашади, аммо чандиқланиш ҳолати мутиляцияларга олиб келмайди.

Дистрофик жойлашган ТБЭ нинг бу шакли бола туғилиши билан бошланади, пуфакли тошмалар асосан шикастланаган соҳаларда

пайдо бўлади. Беморларда жараён бутун ҳаёти давомида айнан шу жойлардан пуфаклар чиқиши билан намоён бўлади.

Пуфаклар таркиби сероз ёки сероз-геморрагик суюқликдан иборат бўлиб, биринчи маротаба пайдо бўлганда улар қобиғи қаттиқ бўлади ва периферик ўсиш ҳолати кузатилади. Бир оз вақт ўтгандан кейин эса пуфаклар қобиғи юққалашади, лекин улар таркибидаги суюқликнинг сўрилиши кузатилмайди, Никольский ва Асбо-Ганзен белгилари кучсиз мусбат кўринишларда бўлади. Пуфаклардан кейин пайдо бўладиган эрозиялар узок вақт давомида сувланади ва секин битади. Касалликнинг биринчи йилларида тошмалар жуда кам тарқалган ҳам бўлиши мумкин ҳамда тез битувчан, ўзидан кейин кўринар-кўринмас атрофия ва гипопигментациялар қолдиради, лекин бу жойлардан қайта тошмалар тошиши кузатилмайди. Касалликнинг бошқача кўринишида, яъни панжанинг орқа томонида, тирсакда, тиззада тошган пуфакли тошмалар яна доимо қайтадан тошади, улар битганидан кейин эса яққол чандиқли атрофиялар кузатилади.

Кўл ва оёқ қафти соҳаларида чегараланган кератоз ҳолати кузатилиши мумкин. 100% ҳолларда гипертрофия кўринишида тирноқлар дистрофияси кузатилади, улар кулранг, яшил рангларда бўлади. Айрим тирноқ пластинкалари ўз-ўзидан тушиб кетади ва улар ўрнини эса дистрофик кўринишга эга тирноқлар эгалайди. Тишларнинг зарарланиши кузатилмайди, оғиз шиллик қаватининг зарарланиши кам ҳолларда учрайди, учраса ҳам енгил кўринишда кечади.

Локализацияланган дистрофик ТБЭ инверсион тури ўзига хос кўринишда бўлиб, тошмаларни нафақат танада, оёқ, кўлларда, балки бурмаларда (бўйин, кўлтиқ ости, чов соҳаси) ҳам жойлашиши билан ажралиб туради. Касаллик белгилари бемор болалар туғилиши билан бошланади, пуфакли тошмаларнинг ўрнида енгил атрофия ҳолати кузатилади, синдактилия ва контрактуралар эса кузатилмайди. Бурмаларда пуфакли тошмалар битгандан сўнг миллиар кўринишдаги элементларни енгил атрофия фонида кузатиш мумкин. Шиллик қаватлар зарарланмайди, лекин айрим муаллифлар тилнинг эрта зарарланиши натижасида қисқаришини, функционал микростомия ва кейинчалик эса ҳалқумнинг структураси кузатилишини қайд этадилар. Ёш ўтган сари касалликнинг кечиши енгиллашади ва беморларда узок ремиссия ҳолати кузатилади.

ТБЭ нинг яралли вегетацияланувчи дистрофик тури кам учрайди. Касалликни бу турининг фарқи шундаки, териди нафақат пуфакли тошмалар, балки яна вегетацияланувчи яралар ҳосил бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, милқлар, томоқ, орқа тешик атрофлари ва кўз шох пардалари дистрофияси каби ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Томоқнинг зарарланиши овознинг бўғилишига олиб келади, тишлар деформацияланади. Оғиз шиллиқ қавати соҳаси жуда қаттиқ зарарланиши натижасида яраланиш, чандиқланиш ва томоқ стенози каби ҳолатлар келиб чиқиши мумкин. Касалликнинг кечиши гепатоспленомегалия, анемия, иккиламчи амилоидоз ҳолатлари кўринишида кечиши мумкин.

Дистрофик ТБЭ нинг доғли тури бемор болаларда эмизиклик даврларидан бошланади, уч ойлардан кейин бошнинг сочли қисмларидан сочлар тўкила бошлайди, кейинчалик кўп бўлмаган пуфакли тошмалар ҳосил бўлади ва улар чандиқланади. Ёз ойларида беморларда кўп миқдорда пуфакли тошмалар пайдо бўлиши кузатилади. Бир вақтнинг ўзида тўрсимон дисхромия ривожланади, қўл ва оёқларнинг дистал қисмларида ва бадан тери соҳаларида депигментацияланган доғли ўчоқлар пайдо бўлади. Тирноқ пластинкалари дистрофияланади, бармоқлар учли кўринишда бўлади, акроцианоз ҳолати кузатилади. Бемор болалар ақлан заиф, жисмоний жиҳатдан ривожланмаган бўлиб, одатда узок яшамайдилар.

Энтеропатик акродерматит

Энтеропатик акродерматит (ЭА) касаллиги оғир, ирсий аутосом–рецессив касаллик бўлиб, касалликнинг илк аломатлари эрта болалик даврларидан бошланади. ЭА касаллигини биринчи бўлиб швед дерматологи Т.Brandt 1936 йилда тўрт нафар бемор мисолида терининг ўзига хос зарарланишини, овқатланиш жараёнида сўрилиш ҳолатининг бузилиши ҳамда беморлар ахволининг умумий ўзгариши билан кечишини таърифлаб берган. 1942 йилда эса норвегиялик шифокорлар N.Danbolt ва K.Closs лар касалликни “энтеропатик акродерматит” номи билан аташни таклиф қилишган. Ҳозирги кунда эса ушбу термин кенг қўлланилиб келинмоқда ва бу атама орқали тери соҳаларининг зарарланиши ва ошқозон–ичак тизими фаолиятининг бузилиши ҳолати тушунилади.

ЭА касаллиги билан хасталанган бемор болаларнинг ота-оналари кўпгина ҳолатларда касаллик белгилари кузатилганда дастлаб турар жой манзили бўйича маҳаллий шифокор-педиатр мутахассисга мурожаат қилишади. Аммо бу касаллик умумий амалиёт шифокорлари ўртасида кам ўрганилган касаллик бўлиб, беморларнинг уларга мурожаат этиш даврида касаллик манзараси тўлиқ ривожланмаган, шаклланмаган бўлиши мумкин, шу сабабли касалликнинг тўғри талқин этилиши ва ташхис қўйилиши қийинчилик туғдиради. Касаллик ўткир ичак инфекцияси, диарея, экссудатив диатез, пиодермия ва бошқа шунга ўхшаш касалликлар кўринишида кечиши мумкин, натижада касаллик ташхиси нотўғри қўйилиши натижасида касалликнинг оғир кечиши ва ўлим ҳолатлари кузатилиши мумкин.

ЭА касаллиги келиб чиқиши ҳақида бир қанча фикрлар мавжуд бўлиб, улар ичида ачитқили замбуруғ ва паразитар касалликлар каби инфекцияларнинг ўрни алоҳида ўрин тутди. Бунга сабаб тери ва шиллик қаватлардан ва ичаклардан олинган суртмаларда *Candida* авлодига мансуб бўлган замбуруғларнинг топилиши асос қилиб олинади. Айрим муаллифлар фикрича касаллик асосида ҳазм қилиш йўли ферментатив фаоллигининг пасайиши ҳолати ётади. Кейинги вақтларда касаллик асосида ирсий мойиллик ҳолати ётишини ҳамда уни аутосом-рецессив кўринишда юзага чиқиши таъкидланади. Бу фикрга асосан қон-қариндош никоҳлардан туғилган болаларда касалликнинг учраши ҳолати кўп қайд этилиши ўз исботини топган. М. Amer ва ҳаммуаллифлари (1984), томонидан ўтказилган текширувлар натижасида ЭА касаллиги билан HLA–A28 антигенлари ўртасида узвий боғлиқлик мавжудлиги аниқланиб, бундай ҳолат касалликнинг ирсий табиатга эга эканлигини акс эттиради, деб қайд этилади. Ҳозирги кунда касаллик патогенезида триптофан ва тирозин метоболизми ҳолатининг бузилиши ётади, деган фикрлар мавжуд бўлиб, бунга сабаб беморларда учрайдиган жигар дисфункцияси ҳолати, деб ҳисобланмоқда. Кўпгина олимлар эса ЭА касаллиги асосида муҳим ўринни рух микроэлементи алмашинувининг бузилиши ҳолати ва унинг организмда этишмаслиги сабаб бўлади, деб ҳисоблайдилар. Е.У. Моунаһан ва Р.М. Barnes лар (1973), ЭА касаллиги билан хасталанган беморлар қон зардобида рух моддаси миқдорининг кам бўлишини ва даволаш жараёнида ушбу микроэлемент қабул қилинганда эса беморлар

аҳволи яхшиланишини илк бор кўрсатиб берганлар. Кейинги пайтда ЭА билан хасталанган беморлар организмида рух микроэлементининг етишмаслиги асосида аутосом-рецессив кўринишда кечувчи ирсий мойиллик ҳолати ётиши ва натижада ичак абсорбцияси ҳолатининг бузилиши кузатилиши тасдиқланган. Ҳозирги кунда бу етишмасликни исботловчи ички механизм ҳолати аниқланган бўлиб, даставвал ошқозон ичак тракти шиллик қавати ферментатив фаоллигининг пасайиши кузатилади, яъни ингичка ичакда олигопептидаза ферментлари фаоллигининг етишмаслиги ёки учрамаслиги ҳолати кузатилади, бу эса ўз навбатида қонда микроэлементларнинг сўрилишига тўсқинлик қиладиган олигопептиднинг рух билан эрмайдиган комплексининг ҳосил бўлишига олиб келади. Бошқа ҳолатларда эса ошқозон ости безини цинк боғловчи факторини ишлаб чиқишига ва унинг фаоллигига жавоб берувчи патологик геннинг ирсийланишига тахмин қилинади. Рух микроэлементини боғловчи факторнинг функционал аҳамияти рухнинг ингичка ичакдан қонга сўрилиш жараёнини енгиллаштиришдан иборат. Бу факторнинг аёллар кўкрак сутида бўлмаслиги ҳолати ҳам аниқланган бўлиб, унинг амалий жиҳатдан аҳамияти жуда катта. Она сути янги туғилган чақалоқларда туғма рух боғлаш факторининг етишмаслигини таъминлаш ва ЭА клиник манзараси ривожланишига тўсқинлик қилиш хусусиятига эга. Бундай ҳолат бемор болани сунъий овқатлантиришга ўтказиш даврида касалликнинг бирламчи белгиларининг намоён бўлиши билан исботланади.

Рух микроэлементининг биологик аҳамияти шундан иборатки, у кўпчилик фермент тизимлари фаолиятида иштирок этади. Ҳозирги кунда рух микроэлементи муҳим компонент бўлиб ҳисобланган 90 дан ортиқ ферментлар мавжуд. Рух нуклеин кислота метоболизми ва оксил синтезида иштирок этади: ДНК ва РНК полимеразалар, тимидинкеназалар таркибига киради; Рибонуклеаза, НАДФ оксидазага ингибирловчи таъсир кўрсатади; макрофаглардаги АТФ азалар фаоллигини пасайтиради. Бундан ташқари рух фермент каби таъсир қилиб, РНКнинг фосфодиэстераза кўпригини бириктиради ҳамда ДНК структурасини стабиллаштириб биокимёвий жараёнларни жадаллаштириши мумкин. Биокимёвий жараёнларда рух концентрацияси қисқа диапозонида ижобий, бу диопозондан ташқарида эса салбий таъсир кўрсатади. Рух ҳужайра циклининг

барча фазаларида зарур бўлиб, плазматик ва хужайралараро мембраналарни эркин радикал оксидланишдан химоялайди, стабиллайди ҳамда фосфор-кальций алмашинувига ижобий таъсир кўрсатади, ноорганик фосфор моддаси сўрилишини ошириб, суяк тўқимаси метоболизми ва ўсишида иштирок этади. Рух гормон моддалари таъсирини оширади ва метаболизмида иштирок этади. Рух кўп миқдорда гипофизнинг олдинги бўлагидаги хромотофил хужайраларида аниқланган, шунинг учун гипофиз бошқа аъзо ва тўқималар орасида рух микроэлементини тутиши бўйича биринчи ўринда туради. Рух АКТГ га таъсир кўрсатиб, унинг фаоллик таъсирини узайтиради. Рух микроэлементи жинсий безларга ҳам ўз таъсирини кўрсатади ва гипофизнинг тропик гормонлари таъсирини фаоллаштиради. Рух ионлари инсулин синтезида ҳам иштирок этиб, улар таъсирини узайтиради ҳамда ошқозон ости безидаги в-хужайраларидан гормон ажралишига таъсир қилади. Рухни фагоцитоз жараёнини фаоллаштириш йўли билан организмнинг инфекцияларга нисбатан бўлган тўсқинлигини ошириши аниқланган. Рух етишмаслиги хужайра мембраналарининг ностабиллигига, простогландинларнинг тез айланишига олиб келади ва лимфоцитлар пролиферациясини тормозлайди. ЭА билан оғриган беморларда полиморф ядроли лимфоцит ва моноцитлар хемотоксисининг бузилиши ҳамда организмда инсулин тизими ҳолатининг пасайиши аниқланган. Рух ичак шиллик қавати регенирациясини тезлаштиради ва энтероцитлар ишқорий ботиклиги фаоллигини эса оширади.

К. Weismann ва Н. Нoyer лар (1983) фикрича рух етишмаслиги тери ва сочларнинг зарарланишига олиб келади. Рух моддасини латент етишмовчилигида терининг куруклашиши ва ғадир-будирлиги ҳолати кузатилади. Рух моддасининг ўткир етишмаслигида эса экзематоз ва пруритиноз тошмалар, себороидлар, кафт ва бармоқлар букувчи бурмаларида ясси пуфакчалар, паранихиялар, товон, панжа, аногенетал аъзолар ва юз териси экскориациялари ҳолати ривожланади. Сурункали етишмовчилигида эса теридаги ўзгаришлар пилакчали (панжа, товон, тизза, табиий ёриқлар соҳасида) ёки ёриқли экзема кўринишида, тарқоқ шакллари эса алопеция ҳамда тирноқлардаги чизиқлар кўринишида намоён бўлади. Организмда рух моддасининг етишмовчилиги хомиладор аёлларда теротоген самарани юзага чақиради, тана вазнининг

пасайишига, болаларни ўсиш ва жинсий жиҳатидан ривожланишдан орқада қолишига олиб келади. Рух етишмовчилиги катталарга нисбатан болаларда кўпроқ учрайди, бу болалар ҳаётининг биринчи уч ойларида рухнинг кам миқдорда бўлишини англатади. Агар она организмида гипоцинкемия бўлса, эрта ёшда, ҳатто эмизикли даврда ҳам ЭА бошланишига сабаб бўлиши мумкин. Аниқланишича ҳомиладор аёл ёки эмизикли она қонида рух миқдори сезиларли пасайган бўлади. Ҳомиладор аёлларда ҳомила ҳисобига цинк миқдори ўртача икки баробар пасайган бўлади, ҳомиладорликни 35 кунига келиб эса кам оксиллик парҳез ҳисобига рух танқислиги ҳолати ривожланади. Рухнинг аззо ва тўқималарда тўпланиши натижасида ҳомиладорликнинг охириги иккинчи ойида актив транспланцентар ҳаракати фаоллашишига тахмин қилинади. Ҳомиладорлик даврида рух микроэлементиға талаб сезиларли даражада ортади ва у 37 мг ни ташкил қилади. Аёллар кўкрак сути таркибида рух микроэлементи концентрацияси эмизиш вақти ва лактация даври ҳисобига ўзгаради, унинг миқдори аста-секин камаяди. Рух концентрацияси молозивада (оғиз сути) кўп миқдорда учрайди. Аёл сутида лактациянинг биринчи даврида унинг миқдори ўртача 3 гр/л. ни ташкил қилади, сўнг 1,3–1,4 гр/л. гача пасаяди. Гипогалактияда рух миқдори кескин даражада пасаяди. Бунда лактоген гармон берилганда лактациянинг кучайиши ва бу микроэлемент миқдорининг ортиши ҳолати аниқланади. Шундай қилиб, келтирилган маълумотлар организмда рух микроэлементининг аҳамияти жуда катта эканлигини, организмда ушбу модда миқдорининг танқислиги ҳолати эса ЭА патогенезининг асосий звеноси бўлишини кўрсатади.

Рух микроэлементи миқдорининг она организмида етишмаслиги сабабли она сутини қабул қилаётган болада касаллик ривожланиши ҳолати кузатилиши мумкин. Катта ёшдаги болаларда касалликнинг бошланиши ва авж олишиға қонда рух миқдорини пасайтирувчи ҳар қандай патологик омиллар сабаб бўлиши мумкин. Энтеропатик акродерматит касаллигининг кечишида иккита давр кузатилади: ремиссия ва авж олиш давлари, уларнинг ҳар бирининг кечиши, оғирлигининг, ўз вақтида ташхис қўйиш ва даво чораларининг адекватлигига боғлиқ. Бемор болалар пубертат ёшға етганда касалликнинг кечиши стабиллашади, айрим ҳолларда эса тўлиқ ремиссия ўтади. Касаллик клиникасида дерматит ҳолати табиий

тешиқлар атрофида кузатилади, жараён сурункали диарея ҳолатида кечади, кўз ва оғиз шиллиқ қаватларининг зарарланиши, соч ва тирноқларда эса дистрофик ўзгаришлар ҳамда алопеция ҳолатлари кузатилади. Айрим ҳолларда беморлар ўсиш ва ривожланишдан орқада қоладилар, уларда гипогонадизм, безовталиқ, тремор, мияча атакцияси ҳолатлари кузатилади. ЭА билан хасталанган бемор болалар турли хил инфекциялар ва замбуруғлар билан зарарланишга мойил бўладилар. Теридаги патологик жараён симметрик кўринишга эга бўлиб, асосан табиий тешиқлар атрофида, жумладан, генетал аъзолар, анал тешиги, тизза, қафт бўғимлари ва думба соҳаларида жойлашади. Тошмалар эритематоз-шишли ўчоқлар асосида жойлашган пуфакчали ва йирингчали тошмалардан иборат бўлади. Ўчоқлар нотўғри шаклга ва аниқ чегарага эга бўлади. Табиий бурмалар тери соҳаларида, генетал шиллиқ қаватлари ва оғиз бурчакларида айрим ҳолларда тўқ-пушти рангли эрозиялар ҳосил бўлади, баъзида бу эрозиялар юзаки атрофия кўринишида битиб кетиши мумкин. Эрозияли ўчоқлардан суртма олиб текширилганда, кўп ҳолларда *Candida* оиласига мансуб замбуруғлар аниқланади. Бундан ташқари хейлит, эрозияли стоматит, тил папилломатози, блефарит, блефароконъюнктивит, ташқи отит, вульвит, парокератит каби клиник кўринишлар ҳам кузатилади. ЭА нинг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири бу ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши бўлиб, унда анорексия ва диарея ҳолатлари кузатилади. Беморлар ахлати сарғимтир–яшил рангли, ҳазм бўлмаган овқат қолдиқларидан иборат ва бадбўй хидли бўлади.

Касалликнинг кечишида кўпчилик беморларда гипо ва анацидли гастрит ҳолатлари кузатилади. Тери ва сочларнинг зарарланиши касалликнинг асосий белгиси бўлиб ҳисобланади. Кўп ҳолларда терининг қуруқлашиши, сувсизланиши, қизариш, шишлар ҳосил бўлиши ва йирингчаларнинг пайдо бўлиши қайд этилади. Тирноқ пластинкалари дистрофияга учраб, лизис, яъни уқаланиб тушиш ҳолати кузатилади. Бошқа ҳолатларда эса тирноқларнинг қалинлашиши ва вертикал ҳамда горизонтал кўринишда чизиқлар ҳосил бўлиши мумкин. Айрим муаллифлар касалликда ошқозон ости безининг вазифаси ва тузилишининг бузилиши ҳолатларини қайд этадилар. Бунга мисол қилиб летал ҳолатга олиб келувчи оғир ҳолларда патологоанотомик текширувларда ошқозон ости беши фибрози ҳолатининг кузатилиши асос қилиб олинади. Айрим

холларда ЭА билан оғриган беморлар жигар аъзоси ўлчамининг катталари ва трансминаза ферменти фаолиятининг фаоллаши аниқланади, баъзан эса беморларда тана ҳароратининг эрталаб ва кечқурун 38,5–39,5°C гача кўтарилиши қайд этилади.

Касаллик ташхиси қуйида қайд этиладиган асосий ва қўшимча диагностик мезонлар асосида қўйилади:

I. Асосий диагностик мезонлар (эрта ривожланувчи):

–Туғилгандан сўнг касаллик биринчи 2–10 ойлардан аста–секин бошланади.

–Терининг аниқ чегарали, симметрик жойлашган эритематоз ёки везикуло–буллёз ўчоқли зарарланиши (оғиз атрофи, бурун, кўз атрофида, паронихи кўринишида, сўнг тизза кафт бўғимларида, йирик бўғимлар, сон ва думба соҳаларида) кузатилади.

–Блефарит, конъюнктивит, бурун йўлларида серроз–геморрагик қатқалоқларнинг қалинлашиши кузатилади

–Диарея II. Қўшимча диагностик мезонлар (кеч ривожланувчи):

–Терининг патологик зарарланиши катта эрозив ўчоқларни ҳосил қилади, қўшилишга мойил бўлади, экземага ўхшаш кўринишда бўлади, серрозли–йирингли қобиқ ва қипиқли қатқалоқлардан иборат бўлади.

–Анемия

–Гипотрофия

–Психосоматик ривожланишдан орқада қолиш

–Алопеция

–Ониходистрофия, онихолизис

ЭА касаллиги 3 хил оғирликда кечади:

1. Енгил. Терининг зарарланиши периорал ва перианал соҳаларда, қисман чов бурмалари ва мой соҳаларида пуфакча ва намланиш белгиларисиз аниқ чегарали эритемалар билан намоён бўлади. Беморларнинг умумий аҳқоли ўзгармайди, уйқу, иштаҳа ва кайфият бузилмайди. Диарея ҳолати енгил кечади ёки кузатилмайди, гипотрофия кузатилмайди, енгил даражадаги камқонлик қайд этилади.

2. Ўрта оғирликда. Терининг патологик зарарланиши тарқоқ кўринишда бўлиб, юз, ёнбош, соннинг ташқи юзаси, панжа, товон, тизза тери соҳалари зарарланади ва паранихиялар кузатилади. Блефарит, конъюнктивит, иштаҳанинг пасайиши, уйқунинг бузилиши, умумий безовталиқ ҳолатлари кузатилади. I–даражали

гипотрофия ва камқонлик кузатилади. Яққол кўринишдаги диарея ҳолати қайд этилади. Иккиламчи инфекцияларнинг кўшилиш эҳтимоли бўлади.

3. Оғир. Терининг тўлиқ зарарланиши қайд этилади. Беморларнинг умумий аҳволи сезиларли даражада бузилади, иштахасизлик, безовталиқ, юзаки уйқу, адинамия ҳолати кузатилади. II–III даражали гипотрофия, анемия қайд этилади. Электролитларнинг йўқотилиши натижасида ичак атонияси ҳисобига ич келмайди. Иккиламчи инфекцияларнинг кўшилиши кузатилади.

ЭА касаллиги болалар экземаси, йирик бурмалар кандидози, туғма чин пўрсилдоқ яра, Голлопо акродерматити каби касалликлар билан таққосланади. Болалар экземасида кучли қичишиш ҳолати кузатилади, пуфакли кўринишда тошма элементлари бўлмайди, жараён перифациал соҳаларда жойлашиб, диарея, алопеция ҳолатлари кузатилмайди, аллерген сақловчи таомлар истеъмол қилганда эса касалликнинг кучайиши ва оғирлашиши ҳолати кузатилади. Кандидозли ўчоқларда тошма элементларни усти қиртишлаб кўрилганда тез кўчувчи оқиш карашлар ҳосил бўлади, эрозиялардан суртма олиб текширилганда эса ачитқили замбуруғ аниқланади. Туғма чин пўрсилдоқ яра касаллигида жароҳатланган соҳаларда пуфакли тошмалар ҳосил бўлиб, тошма элементлари перифациал кўринишда жойлашмайди ва турғун диарея ҳолати кузатилмайди. Голлопо акродерматитида касаллик белгилари панжаларнинг тирноқ фалангалари ва товон соҳаларининг зарарланиши билан бошланади. Касаллик белгилари тарқалишга мойил бўлмайди, алопеция ва диарея ҳолатлари эса кузатилмайди.

1953 йилда С.Диллаха ЭА ни даволашда илк бор гидроксихинолиннинг голлоид унумларини қўллашни (дийодохин, энтеросептол) тавсия қилган. Бу дори воситалари қўлланганда касалликнинг кечиши сезиларли даражада яхшиланади. Ҳозирги кунда энтеросептолнинг таъсир механизми ЦСФ нинг асоси ҳисобланган пинолин кислота билан кимёвий боғлиқлигида, деб ҳисобланади. Касалликнинг ўткир кечиш даврида энтеросептолни касаллик оғирлик даражаси ва бемор боланинг индивидуал ҳолатидан келиб чиқиб кунига 0,75-1,5 г дозада тавсия қилинади. Теридаги патологик жараёнлар, диспептик ўзгаришларнинг йўқолиши ва бола умумий аҳволининг яхшиланишига қараб дори

воситасининг кунлик дозаси аста-секин 0,125–1,5 гача пасайтирилиши мумкин. Л.А. Штейнлухт фикрига кўра катта дозадаги энтеросептол ўртача 3–4 ҳафта давомида қўлланилади, сўнг эса ушлаб турувчи дозагача камайтирилади. Замонавий даво жараёнларида бу гуруҳ препаратлари яхши терапевтик самара беришига қарамай кам қўлланилади. Бунга сабаб жиддий ножўя асорат ва тасиротлар, яъни перифирик неврит, миелопатия, кўрув нервининг зарарланиши, жигар ва буйрак функциясининг бузилиши, аллергик жараёнлар каби ножўя ҳолатлар юзага келади.

Е.Мойхан 1973 йилда илк бор ЭА касаллигини даволашда рух сульфат дорисини қўллашни таклиф қилади. N.Threson, H.Reich, K.Weismanлар касалликни рух препарати билан даволаш усули энтеросептол билан даво усулидан устун эканлигини исботлаб беришган. Рух дори воситалари (аспартат, глюканат сульфат) ичида касалликни даволашда рух оксиди препарати кўпроқ қўлланилади. Ҳозирги кунда рух препаратининг оптимал дозаси ҳақида аниқ тўхтам йўқ, айрим муаллифлар 2 баробар дозада даволашни таклиф қилишса (соғлом одамга нисбатан нормада), бошқалар эса кунига 60 дан 100 мг/кг гача беришни, чақалоқларга эса хар 1 кг тана оғирлигига 1 мг дозада тавсия қилишади. П.Т. Зоиров ва ҳаммуаллифлари ЭА билан хасталанган бемор болаларни даволашда тана вазнига нисбатан 2 мг доза қўллашни, З.И.Новикова эса 6 ойгача – 0,03 г/; 6–12 ойгача – 0,03–0,045 г/; 1–3 ёшгача – 0,06–0,09г/; 3–6 ёшгача – 0,075–0,09 г/; 6 ёш ва ундан катталарда эса – 0,09–0,15 г/ белгилашни тавсия этадилар. Аммо айрим ҳолларда беморлар қон зардобиди рух миқдорининг сезиларли даражада пасайиши ҳолати кузатилмайди, лекин рух препаратларини қабул қилинганда ижобий терапевтик самара бир неча кундан сўнг кузатилади. ЭА ни асоратсиз кечиши ҳолатларида даволашда рух препаратларини қўллаш билан чегараланиш мумкин, оғир ҳолларда эса рух моддаси билан бирга умумқувватловчи (С,В витаминлари, оксил препаратлари, г–глобулин) ва ферментатив моддаларни (дигистал, интестопан, панкреатин) қўллаб комплекс даво ўтказиш керак. Иккиламчи инфекциялар қўшилганда эса кенг таъсир доирали антибиотиклар қўлланилади. Рух моддасини қабул қилишни тўхтатиш касалликнинг қайталанишга сабаб бўлади, шунинг учун ҳам ҳар қандай ҳолатларда ҳам рух препаратини қўллаш давомий бўлиши

лозим. Ушлаб турувчи дозани буюраётганда бола ёшини инобатга олиш ҳамда интеркуррент касалликлар кўшилганда эса дори воситаси дозасини ошириш керак.

Гипотрофия ва анемия ҳолатлари кузатилганда апилак ва темир препаратлари (ферроплект, молтофер сиропи, феррум–лек, активферрин, феркайл), иммунодефицит ва иккиламчи инфекциялар кўшилганда эса иммуномодулятор (иммуномодулин, тимоген) ва антибиотиклар кўшиб бериледи.

Касалликнинг маҳаллий давоси сифатида 1% ли анилин бўёқларининг сувдаги эритмалари, индефферент малҳам ва пасталар, иккиламчи инфекция кўшилиши натижасида эса антибактериал малҳамлар тавсия қилинади. Аммо теридаги жараёнларни даволашни, айниқса, болаларда айрим қийинчилик юзага келади. Тузалиш жараёни чандиқлар ҳосил бўлмасдан кечса ҳам, бироқ кўпинча эрозиялар инфекцияланиши ва секин эпителизация ҳоллари кузатилади. Чақалоқлик даврида болаларга талаб қилинадиган алоҳида эътибор маҳаллий даво учун қийинчилик туғдиради. Шунинг учун ҳам кейинги пайтларда ушбу касалликнинг маҳаллий давосини рационлаштириш мақсадида ўзида ассоциат глалурон кислотаси ва рух моддаси сақлаган Куриозин препаратини (Гедеон Рихтер, Венгрия) қўллаш янгилик бўлиб ҳисобланади. Ушбу дори воситасини маҳаллий эритма ва малҳам шаклида қўллаш таклиф этилади. Куриозин эритмаси иккиламчи инфекция белгиларисиз намланган ёки қуруқ эрозиялар юзасига кунига 2–3 маҳал суртилади. Аввалига эрозиялар юзаси натрий хлориднинг физиологик эритмаси билан тозаланади. 1 кв. см. зарарланган соҳага 1 томчи куриозин эритмаси қўлланилади. Эритма суртилгандан сўнг қуриши учун бемор болани 15–20 дақиқага йўргакланмаган ҳолда кийимсиз қолдирилади. Имконият бўлмаганда эса 1 қават стерил докали салфетка қўлланилади ва бола йўргакланади. Боғламнинг ёпишиши ҳолати кузатилмайди, лекин салфеткани хўллаш учун эритмадан кўпроқ ишлатилади. Иккиламчи инфекция белгиларисиз қуруқ эрозиялар юзасига дори воситаси кунига 2–3 маҳал юпқа қилиб суртилади. Суртма қўлланишидан олдин эрозиялар юзаси натрий хлориднинг физиологик эритмаси билан тозаланади. Дори воситасини қўллаб даволашдан ташқари ЭА билан хасталанган беморларга рух микроэлементига бой овқат маҳсулотлари тавсия этилади. Рух

микроэлементи кўп миқдорда хлорофиллга бой бўлган ўсимликларда (нўхат, пиёз, кўзиқорин, ёнғоқ), гўшт ва сут маҳсулотларида бўлади. В гуруҳ витаминларга бой маҳсулотлар ҳам кўп миқдорда рух микроэлементини сақлайди.

ЭА нинг клиник кўриниши бошланиши ва оғирлик даражаси бола туғилган муддатда она сутининг таркибидаги рух миқдорига тўғридан-тўғри боғлиқ бўлади. Бемор бола онасида, ҳомиладорлик ва эмизиклик даврида рух моддаси танқислиги қанчалик кўп кўкрак билан овқатлантириш вақти қанчалик қисқа бўлса ЭА касаллиги шунчалик эрта, ўткир клиник кўринишларда бошланади. Агар оналарда бемор бола туғилиш хавфи кузатиладиган бўлса, физиологик рух танқислиги ҳолатини олдини олиш мақсадида оналарга ҳомиладорлик ва эмизиклик давларида кўшимча рух препаратлари тавсия қилинади. Оилаларда бемор болалар туғилишини олдини олиш учун профилактик чоратадбирлар ўтказиш мақсадида яқин қон-қариндошлар орасида турмуш қуриш яхши оқибатларга олиб келмаслигини, аёл организмининг қайта тикланиши учун туғруқлар орасида 2-3 йиллик интервал бўлиши кераклигини, қонда темир моддаси танқислиги мавжудлиги туфайли туғма патологиялар хавфининг бўлиш эҳтимоли ошганлиги учун анемия ҳолатларини даволаш зарурлиги ҳақида суҳбатлар ўтказилиши лозим. Бемор болаларнинг оилавий анамнези шунини кўрсатадики, ЭА билан хасталанган болаларни туққан барча оналарда ҳомиладорлик даври камқонликнинг II-III даражаси билан кечади. Кўпчилик аёллар камқонликни саломатликнинг пасайиши, деб ҳисобламайдилар, шунинг учун бемор бола туғилишига таъсир қилувчи патологияларни аниқлаш ва олдини олиш мақсадида нафақат ҳомиладорлик даврида, балки ундан олдин ҳам аёллар саломатлигини ҳар тарафлама тўлиқ текшириш керак. Бунинг учун ота-оналарга аёл организмини соғломлаштириб олиши учун ҳомиладорликни аввалдан режалаштириш зарурлиги ҳақидаги маълумотлар етказилиши зарур. ЭА касаллиги прогнозида HLA тизимларидаги антигенларни гистологик мос келишини, церулоплазмин ва гаптоглобулин фенотипларини, бемор бола туғилиши хавфи бўлган бўлажак ота-оналар қон гуруҳларини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади ва ушбу маркерларни аниқлаш ташхис қўйиш жараёнига катта ёрдам беради.

Дарье касаллиги

Дарье (вегетацияланувчи фолликуляр дискеротоз) касаллиги наслдан-наслга аутосом – доминант йўл орқали ўтувчи дерматоз бўлиб, уни илк бор 1889 йилда Дарье таърифлаб берган. Касаллик белгилари асосан беморларда болалик даврларидан кузатилади. Касаллик патогензида А витаминининг мутаген кўринишдаги етишмаслиги ҳолати ётади, деб таърифланади. Касаллик организмда мугузланиш жараёнининг бузилиши билан кечиб, беморларда дискератоз ҳолати кузатилади. Касаллик сурункали-қайталама кўринишда кечади, жараён кечишининг оғирлашиши ҳолати асосан йилнинг ёз ойларига тўғри келади. Касалликнинг фолликуляр, чегараланган (чизикли ёки зостериформ), изоляцияланган (сўгалсимон дискеротома) ва везикуло-буллёз турлари тафовут этилади.

Дарье касаллиги белгилари тарик катталигидан нўхат катталигигача бўлган, қизғиш-сарик, тўқ жигарранг кўринишларда бўлган, тугунчали тошмаларнинг тана тери сатҳларида симметрик, айрим ҳолларда эса ассиметрик кўринишда намоён бўлиши билан кузатилади. Тугунчали тошмаларнинг асосий қисми кирсимон кулранг кўринишда бўлган шохсимон қобиғ ва юзалари мустаҳкам ўрнашган қипиқлар билан қопланган бўлади, улар кўчганда тошмалар сатҳи намланган ёки қуруқ кўринишда бўлади ва маркази гирдоб шаклида чуқурлашади. Тугунчали тошмалар аввалига тарқоқ фолликуляр кўринишда, кейинчалик эса гуруҳ-гуруҳ шаклда намоён бўлади ва улар бир-бирлари билан қўшилишиб катта ҳажмдаги плакчаларни ҳосил қилади. Бундай ўчоқлар юзаси сўгалсимон кўринишда бўлиб улар шикастланишга ва намланишга мойил бўлади ва бундай кўринишлар кўпинча себореяли экзема жараёнининг кечишини эслатади. Тери бурамалари соҳаларида жойлашган плакчали ўчоқларда пуфакчали ва пуфакли тошмалар пайдо бўлиши ва улар асосида эса кейинчалик ёриқлар ва ўсишлар кузатилиши мумкин. Беморлар бошининг сочли қисмларида кўринарли даражада бўлган кўп қатламли қипиқланиш-қазғоқланиш ҳолати кузатилади, кейинчалик эса сочларнинг тушиб кетиши кузатилади, касалликни бундай кўринишда, оғир даражада кечиши себореяли экзема касаллигини эслатади. Қўл ва оёқ қафти бармоқлари ташқи юзаларида худди ўсмирлар сўгали кўринишида бўлган кулранг папилломатоз ўсимталар қўл ва оёқ қафти ички

юзаларида эса чизиксимон ёки думалоқ-овал шаклидаги гиперкератоз ҳолати кузатилади, улар ўз навбатида майда чуқурчалар билан кетма-кетликда жойлашади. Оёқ ва қўл бармоқларида ониходистрофия ҳолати кузатилиб, улар онихогрифоз ва тирноқ ости гиперкератози кўринишларида бўлади. Оғиз ва жинсий аъзолар шиллик қаватларида оқиш-кулранг кўринишида бўлган, алоҳида-алоҳида жойлашган тугунчали тошмалар кузатилади, уларнинг кўриниши худди лейкоплакия ва лейкокератозларни эслатади. Дарье касаллиги ўпка, суякларда фиброз ва кистоз ўзгаришлари, генитал гиперплазиялар, эндокрин бузилишлар ҳамда интеллектнинг сусайиши каби ўзгаришлар билан бирга кечади. Кўз тубида дегенератив ўзгаришлар ҳамда чандиқли ретинопатиялар кузатилиши мумкин.

Гистологик эпидермал ораликларда ёриқ кўринишидаги бўшлиқлар, акантологик ҳужайралар, гиперкератоз, гипергранулёз жараёнлари кузатилади. Эпидермис мальпигий қаватида думалоқ таначалардан ташкил топган дискератотик ўчоқлар, дермада эса қон томирлар атрофида полиморф кўринишида периваскуляр инфилтратлар кузатилади.

Касалликнинг таққослов ташхиси Хейли-Хейлининг оилавий хавфсиз кечадиган пуфакли яра касаллиги тури, қизил ясси темирлатки, себореяли экзема, Левандовский-Лютцанинг верруцияланадиган дисплазияси ва Девержи касалликлари билан олиб борилади.

Касалликнинг давоси узоқ вақт давомида А, Е витаминларини қабул қилиш билан олиб борилади. А витамини кунига 100000 – 200000 МЕ 2-3 ой давомида белгиланади, 1 йилда шундай курслардан 2 марта ўтказилади. Е витамини кунига 100 мг дан овқатдан кейин 2 ой давомида тавсия этилади. Никотин кислотаси кунига 0,05 г дан 3 маҳал 3-4 ҳафта давомида белгиланади. Маҳаллий даво чоралари умумий ванналар қабул қилиниши, салицил кислотасини 2-5 % ли малҳамларини қўллаш тарзида олиб борилади. Иккиламчи инфекциялар қўшилган ҳолатда антибактериал даво чоралари қўлланилади.

СОЧ ВА ЁҒ БЕЗЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўчоқли алопеция

Соч касалликлари барча тери касалликларининг тахминан 4 %ни ташкил этади. Сочларнинг касалланиши билан кечадиган дерматологик касалликлар ичида ўчоқли алопеция (ЎА) касаллиги кенг тарқалган бўлиб 1-3 %ни, болалар ўртасида учрайдиган тери касалликларининг эса 4-8 %ни ташкил этади, умуман эса инсонлар ҳаёти давомида ушбу касалликнинг юзага келиш хавфи 1,7 %ни ташкил этади.

Ўчоқли алопеция касаллиги полиэтиологик характерга эга касаллик бўлиб, унинг вужудга келишида марказий ва вегетатив асаб тизимидаги, эндокрин тизимидаги функционал ўзгаришлар, қон томирлардаги ўзгаришлар, хужайра даражасидаги адренергик ва гормонал бузилишлар сабаб бўлади, улар эса ўз навбатида соч фолликулаларининг қон томир ва асаб толалари тузилмасида дистрофик жараёнларнинг вужудга келишига олиб келади.

Алопеция касаллигининг ривожланишида нейротрофик омилларнинг ўрни катта. Нейротрофик омиллар эпидермис хужайраларининг пролиферацияланиш жараёнини бошқаради, апоптоз ҳолатини, соч фолликулаларининг ривожланиш циклини ҳамда меланогенез жараёнини назорат қилади. Асабий ва эмоционал ҳаяжонланиш нейровегетодистониянинг ривожланишига сабабчи бўлиб, ўз навбатида ушбу касалликда соч фолликулаларида чуқур бузилишларнинг вужудга келишига олиб келади.

Касалликнинг кўпинча стресс ҳолатларидан сўнг вужудга келиши ҳолати кузатилади. Жумладан, бундай ҳолат болаларда алоҳида аҳамият касб этади. Қатор муаллифларнинг фикрларига кўра болаларда ЎА касаллигининг вужудга келишида атроф-муҳит триггерлари таъсиридан бири бўлган стресс ҳолатининг таъсири 9,5% дан 80% гачани ташкил этади. Алопеция касаллигини вужудга келтирувчи омиллар текширилиб, таҳлил этилганда кучсиз асаб тизимига эга беморларда 76,3% ҳолатларда алопеция ўчоқлари кузатилиши қайд этилган. Бошқа кучга эга беморларда эса бу

кўрсаткич кам даражада кўринарли бўлганлиги аниқланган. Олинган маълумотларга кўра кучли ва оралиқ асаб тизимига эга беморларга қараганда, кучсиз асаб тизимига эга беморларда қисқа вақт ичида алоҳида жойлашган кичик алопеция ўчоқлари кўпайиб кетиши, кейинчалик эса улар катта ҳажмларни эгаллаши қайд этилади.

ЎА касаллигининг турли клиник шакллари билан хасталанган 97,3% бемор болаларнинг асаб тизимида полиморф кўринишдаги органо-функционал ўзгаришлар бўлиши аниқланган. Ўтказилган текширувлар асосида ЎА кечишида касалликнинг оғирлик даражаси билан вегетатив-трофик ва вегетатив-қон томирлардаги ўзгаришлар даражаси ўртасида узвий боғлиқлик борлиги кузатилди, бундан ташқари касалликнинг оғирлик даражаси билан церебрал ва цереброспинал соҳаларда органик бузилишлар бўлиши ҳам қайд этилди.

ЎА билан хасталанган беморларда церебрал қон томирлар деворлари эластиклиги ҳолатининг пасайиши, дистония ҳолатининг кузатилиши ва бу вақтда гипотонус ҳолатининг ошиши қайд этилди. Веноз қон оқиш ҳолатининг бузилиши кейинчалик эса мия ичи босимининг ортишига, артериал қон томирларининг қон билан тўлишининг ўзгаришига, периферик қаршилиқнинг кучайишига олиб келади. ЎА касаллиги патогенезида организмнинг гормонал, медиатор ва модуляция вазифасини бажарадиган, пептидергик сигнал тизимини ташкил этадиган опиат тизими вазифасининг етишмаслик ҳолати ҳам қайд этилади.

ЎА касаллиги патогенезида эндокрин тизими фаолиятининг бузилиши ҳолати алоҳида ўрин тутади. Бу борада буйрак усти беши, қалқонсимон беши ва гипоталамо-гипофизар тизими вазифаларининг бузилиши алоҳида аҳамият касб этади. Гипофиз ва қалқонсимон безларида функционал ўзгаришлар бўлиши қайд этилган, гипофиз беши орқали тиреотроп гормонининг ажралиши ўзгармаган ҳолда самототроп гормони миқдорининг қон зардобиди, трийодтиронин ва тироксин метаболизми миқдорининг эса тўқималарда пасайиб кетиши таъкидланади. ЎА касаллигининг кечишида буйрак усти беши глюкокортикоид ва андроген гормонлари фаолиятининг пасайишини, гипоталамус-гипофизар тизимида ўзгаришлар бўлишини, яъни гипофиз тропик гормонлари миқдорининг (лютеинлайдиган, фолликулларни жадаллайдиган гармонлар ва пролактиннинг) пасайиши билан кечиши қайд этилади.

Периферик қонда Т-лимфоцитлар миқдорининг пасайиши ЎА касаллиги патогенезида иммунологик омилларнинг иштироки ётишидан далолат беради, бу эса ушбу хужайраларнинг касалланган ўчоқларда йиғилишига, натижада эса фолликуляр тузилмаларнинг бузилиши ҳолатига сабабчи бўлади. ЎА касаллигининг кечиши фаоллиги билан Т-лимфоцит хужайралар ўртасидаги боғлиқлик мавжуд бўлиб, касалликда қондаги табиий NK- киллер хужайралари миқдорининг пасайиши ва хужайра билан боғлиқ бўлган спонтан цитотоксик ҳолатининг ортиши кузатилади. ЎА касаллиги билан хасталанган беморларда иммунологик реактивликни ўрганилиши натижасида хужайра иммун тизими фаолиятининг пасайиши, жумладан, абсолют ва нисбий Т-лимфоцитлар миқдори, уларнинг фаоллигининг пасайиши ҳамда қон зардобиди М иммуноглобулин миқдорининг ортиши ва G иммуноглобулин миқдорининг эса пасайиши ҳолатлари қайд этилади. Ўчоқли алопеция касаллигининг кечишида соч фолликулалари атрофида яллиғланган инфилтратлар ҳосил бўлади. Улар CD8 ва CD4 лимфоцитлардан, макрофаглардан ва Лангерганс хужайраларидан иборат бўлади. Касалликни сурункали кечиши даврида эса Th1-лимфоцитларни миқдорининг ортиши кузатилади, бу хужайралар ўз навбатида соч фолликулалари атрофида инфилтратларни шакиллантиради. Т-хужайралардан иборат бундай инфилтратлар перефолликуляр ва фолликуляр антигенпрезентациялайдиган хужайралар билан қўшилишади, натижада соч пиёзчаси хужайраларини, сочнинг анаген ҳолатида ўсишини таъминланишидан махрум этадиган интерферон ишлаб чиқарилади. ЎА да иммунологик ҳолатнинг бузилиши, соч фолликулаларининг турли қисмларида IgM, C3, IgA ва IgG ларнинг жойлашиши сабабчи бўлиб хизмат қилади. Бундай ҳолат турли даражада кечаётган мураккаб патологик жараёнларда иммун кучларининг иштирок этиши натижасида бўлаётганлигидан дарак беради. Хужайра иммунитетининг камчил бўлиши, қон таркибида дисиммуноглобулинемия ҳолатининг кузатилиши ҳамда касалликнинг асосида аутоиммун компоненти ҳолати ётишидан далолат беради.

ЎА касаллиги патогенези асосида сурункали инфекциялар натижасида вужудга келадиган иммун механизмларнинг бузилиши ҳолати ётади, бу вақтда соч фолликулалари атрофида лимфоцитар хужайралардан иборат инфилтратлар пайдо бўлади, шу жумладан,

одатда қалқонсимон безга, буйрак усти безига ва ошқозон девори хужайраларига нисбатан циркуляцияланадиган антителоларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Соч фолликулалари атрофида, қон томирларда, базал мембрана остида IgA ларнинг жойлашганлиги, ўсиш қавати хужайралари цитоплазмасида, соч фолликулалари чегараларида ва қон томирларда IgG ларнинг майда доначалар кўринишида бўлиши, фибробластлар таркибида гомоген кўринишида IgG лар кузатилиши нафақат антителолар, балки иммун комплексларининг ҳосил бўлишидан далолат беради, натижада қон томирлар атрофидаги бундай тўпланмалар кейинчалик қон томирлар деворининг бузилишига, морфологик ўзгаришларга ҳамда коагуло ва реологик бузилишларга олиб келади.

ЎА билан хасталанган беморларда қоннинг реологик хусусиятлари бузилиши асосан эритроцитларнинг агрегацион хусусиятлари ошиши, қоннинг қуйилиши ва ивиши, эритроцитлар шаклининг бузилиши кабилар кўринишида намоён бўлади ҳамда қон қуйилиши ҳолатининг ошишига олиб келади.

ЎА касаллигининг вужудга келишида ўчоқли инфекцияларнинг (тишлар кариеси, синусит, гайморит, тонзиллит, ларингит, холицистит, гижжа инфекцияси ва ҳ.к.) мавжудлиги ҳолати ҳам алоҳида аҳамият касб этади. Айрим муаллифлар ЎА касаллигининг вужудга келишида инфекцион сезгирликнинг ошиши ҳолати ётади, деган фикрни билдирадилар ва унинг асосида соч толалари қисмида аутоиммун жараёнлари ривожланади, деб таъкидлайдилар.

ЎА касаллиги патогенезида микроэлементларнинг аҳамияти муҳим бўлиб, касалликнинг асосида йод, мис, калий, рух ва темир микроэлементларининг етишмаслиги ҳолатлари ётиши таъкидланади. Айрим муаллифлар фикрига кўра бундай кўринишдаги касалликнинг кечиши беморлар организмида йод микроэлементининг етишмаслиги билан боғлиқ, деб ҳисобланади.

ЎА касаллигининг гистологик кўриниши соч пиёзчаси атрофида лимфоцитар хужайраларининг тўпланиши сифатида намоён бўлади. Бундай инфилтратлар ЎА касаллигининг фаол босқичида кўринарли даражада, касалликни узоқ вақт давом этиши ҳолатларида эса кам зичликда бўлган лимфогистоцитар инфилтратлар тарзидаги кўринишларда бўлади, 90% ҳолатларда бу лимфоцитлар Т-хужайраларидан ташкил топади. Патологик жараённинг кечишида Лангерганс хужайралари ҳам иштирок этиб,

улар соч пиёзчасига ёпишиб турадиган соч матрикси ва сўрғичсимон соха орасида ҳамда перибульбар инфилтратларда касалликнинг эрта босқичида кўп миқдорда кузатилади.

Касалланган ўчоқлардан олинган биоптатларда анаген фазасининг IV босқичига ёки катаген ва телоген фазасига мос келувчи фолликулаларнинг кичрайиш ҳолати кузатилади. Бошланғич эпителийдаги телогеннинг кечки босқичидан пайдо бўладиган, – телоген циклининг узайиши бўлиши мумкин. Бундай жараён сўрғич мезинхимасидаги махсус бошқарув рецепторлари нормал фаолиятининг бузилиши натижасида бўлиши мумкин, натижада соч фолликуласининг телоген циклидан анаген циклига нормал ўтиши мумкин бўлмай қолади.

Қон томирлар деворидаги фиброз кўринишидаги склерозланишлар, эндотелий ҳужайраларининг яссиланиши, қон томирлар атрофидаги лимфогистацитар инфилтратли ўчоқлар, қон қуйилиши синдромининг ошиши каби ҳолатлар ушбу ҳудудда иммуноглобулинларнинг тўпланишига олиб келади.

ЎА касаллигининг даволанмаган шаклида апоптоз ҳолати юқори ўрин тутади, бунда соч фолликулалари некрози ҳамда қора рангли ҳужайра ҳосилаларининг пайдо бўлиши қайд этилади.

Агарда ЎА касаллиги асосида касалликка нисбатан мойиллик ҳолати ётишлиги маълум бўлса, бунда касаллик турли кўринишлардаги ташқи муҳит триггерлари билан ирсий омилларнинг биргаликдаги таъсирлари натижасида вужудга келиши назарда тутилади. Касалликнинг мультифакториал табиати асосида генларнинг аддитив таъсир этиш ҳолати ётади, бундай мойиллик ўзига хос бўлган чегара самарасига эга бўлиб, бундай чегарадан ташқарида эса меъёрий ривожланиш бўлмайди ва физиологик гомеостаз бузилиб, касаллик вужудга келади. Ўтказилган текширувлар натижасида оилаларда касалликнинг учраши ҳолати 4-24% пробандларда кузатилиши қайд этилади.

Ҳозирда амалий жиҳатдан Кулагин В.И. (1992) томонидан таклиф этилган тасниф касалликни таъриф этишда қулай ва ижро борасида тўғри натижа беради. Ушбу тасниф бўйича касалликнинг қуйидаги клиник шакллари тафовут этилади: «Alopecia areata» – кам ўчоқлар кўринишида; «Alopecia poliareata» – кўп ўчоқлар кўринишида; «Alopecia subtotalis» – субтотал шакли; «Alopecia totalis» – тотал шакли (бошда соч толаларининг бўлмаслиги) «Alopecia

subuniversalis» – бошда соч толаларининг бўлмаслиги ва жараённинг тери соҳаларининг бошқа қисмларига тарқалганлиги; «Alopecia universalis» - барча тери сатҳларида сочларнинг бўлмаслиги. Касаллик 3 босқичда: прогрессив, стационар, регенератив (репаратив–соч толаларининг тикланиши) кечади.

Ўчоқли алопеция касаллиги белгилари беморларда ўчоқларнинг бирдан пайдо бўлиши билан таърифланади. Жараёнга қош, соқол, мўйлов соҳалари ҳам жалб этилиши мумкин, оғир кечадиган ҳолатларда эса бошнинг сочли қисмининг барча соҳаларида сочларнинг бутунлай тушиб кетиши кузатилади (тотал алопеция). Кўпинча алопеция касаллиги ўчоқлари атрофида аниқ чегара бўйлаб нормал соғлом сочлар кузатилади, касалликда бошнинг сочли қисми терисининг зарарланиши ҳолати қайд этилади. Айрим ҳолатларда беморлар алопеция ўчоқлари пайдо бўлишидан олдин ўчоқлар соҳасида зўриқиш, гиперстезия ва парестезия кабиларга шикоят қиладилар. ЎА касаллиги исталган ёшда иккала жинс вакилларида пайдо бўлиб ривожланиши мумкин, лекин кўпинча касаллик билан ўсмирлар ёки ёшлар хасталанадилар. 70-80% ҳолатларда ўчоқларда сочларнинг ўз-ўзидан тўсатдан ўсиб кетиши ҳолати кузатилади, лекин касалликни яна қайтадан қайталаниши ҳам кузатилиши мумкин. Беморларнинг деярли ярмидан ортиғида кейинги 5 йиллар давомида янги ўчоқлар пайдо бўлади. Касалликнинг кечиши натижасини олдиндан айтиб бўлмайди. Алопеция ўчоқлари бирдан пайдо бўлиши ва бирдан тузалиб ҳам кетиши, яна қайтадан пайдо бўлиб, тузалиб яна қайталаниб туриши мумкин. Биринчи марта пайдо бўлган касаллик ўчоқлари ҳажми катталиши ва йиллар давомида ўзгармасдан туриши ҳам мумкин.

ЎА касаллиги клиникаси турли кўринишларда бўлиб: локал, тасмасимон (офиязис), субтотал, тотал (бошнинг сочли қисмида сочларнинг умуман бўлмаслиги), универсал (бошнинг сочли қисмида, қош, киприкларнинг бўлмаслиги ёки юнгли тукларнинг бўлмаслиги) кўринишларида кечади. Локал ёки чегараланган шакли думалоқ кўринишида бўлиб, ўчоқларда сочларнинг тўкилиши билан намоён бўлади. Ўчоқлар бошнинг тахминан 40% сатҳини эгаллаши мумкин. Тасмасимон ёки офиязис шаклидаги ўчоқлар эса асосан бошнинг энса ва чакка қисмларида жойлашиб, тасма кўринишида бўлади. Касалликнинг бу шакли силлик тери соҳасига ўтишга мойил бўлиб, прогноз нуқтаи назаридан ёмон кечади. Субтотал шакли

аввал майда ўчоқлар кўринишида бўлиб, кейинчалик уларнинг кўшилиши натижасида катта ўчоқлар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Касалликнинг тотал шакли сочларнинг бутун калла соҳаси сатҳида бўлмаслиги билан таърифланади ва бундай ҳолат киприкларнинг, қошларнинг эркакларда эса соқол-мўйловларнинг бўлмаслиги кўринишида кечади. Универсал клиник шаклида инсон бадани тери соҳаларида сочларнинг умуман бўлмаслиги кузатилади. Ўчоқли алопециянинг тирноқларнинг зарарланиши билан кечадиган шакли касалликнинг оғир кечадиган ҳолатларида кузатилади. ЎА касаллигининг клиник шакллари бир турдан иккинчисига ўтишга мойл бўлиб, бундай ҳолатларда касалликнинг кечиши ўткир тус олиши билан таърифланади.

Касалликнинг кечишида 3 та босқичнинг тафовут этилиши патологик жараённинг фаоллигини аниқлаш имконини беради. ЎА касаллигининг енгил кечишида бошнинг сочли қисмида думалок кўринишда, чегаралари аниқ бўлган ўчоқлар кузатилади. Касалликнинг фаол (прогрессиент) босқичида ўчоқларда тери сатҳи бир оз қизарган ва шишган кўринишда бўлади, ўчоқлар чегараси соҳасида “қимирлаб қолган сочлар” худуди тафовут этилади, агарда улар тортиладиган бўлса, осонлик билан юлинади, бу ҳолат чегараси 0,5-1 см дан ошмаган кўринишда бўлади. Стационар босқичида “қимирлаб қолган сочлар худуди” аниқланмайди, регрессив босқичида эса алопеция ўчоқларида майин соч юнглариининг (веллюс) ўсиши ҳолати кузатилиб, кейинчалик улар аста-секин йўғонлашиб боради ва пигментланади, яъни ранг олади.

ЎА касаллигини клиник ва патогенетик гетерогенлиги уларнинг турларида яъни оддий, атопик, прегипертензив, аралаш, аутоиммун турларида ҳам ўз аксини топади. Оддий тури асосан енгил кўринишда кечиб, ягона ўчоқлар кўринишида намоён бўлиб, ўз-ўзидан тузалиб кетишга мойил бўлади. Касалликнинг атопик тури атопик конституция асосида кечиб, асосан болалик даврларидан бошланади, касаллик узоқ вақт давом этиб, кўпинча ўтказиладиган даволаш чораларига кам берилувчан бўлиши билан ажралиб туради. Прегипертензив тури асосан ёшларда кузатилиб, қон босими касаллиги билан биргаликда кечади, айрим ҳолатларда бу турининг кечиши дебочасида вегетатив қон дистонияси, церебрал томирлар тизими фаолиятининг бузилиши, ички мия босимининг кўтарилиши каби ҳолатлар ҳам кузатилиши мумкин. Аутоиммун турининг

кечишида эса бошқа аутоиммун касалликлари, жумладан, эндокрин тизими касалликлари бўлиши қайд этилади.

ЎА касаллигида тирноқ пластинкаларида ўзига хос дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Бундай ўзгаришлар майда, нуқтасимон ботиқликлар кўринишида, яъни “ангишвана” кўринишида ёки бўйламасига синган кўринишида бўлади. Бундай ўзгаришлар тирноқлар рангининг ўзгариши билан кечади. Маълумотларга кўра тирноқлардаги ўзгаришлар касалликнинг энгил шаклларида 20% ни, оғир шаклларида эса 94% ни ташкил этади. Ўчоқлар сони кам бўлган ҳолда тирноқларнинг касалланиши кузатилиши касалликнинг прогнози ёмон бўлишидан дарак беради.

Кам ҳолатларда ЎА касаллиги билан хасталанган беморларда касаллик билан кўзнинг ҳам касалланиши ўртасида боғлиқлик борлиги кузатилади. Жумладан, кўз қорачиғининг пучайиши (эктопия), тўр пардасининг атрофияси, катаракта ва кўз туби қон томирларининг чигалланиши каби ҳолатлар бунга мисол бўлади.

Энса соҳасидаги ўчоқларда сочларнинг ўсиши ёмон бўлиб, касаллик ўчоқлари қанчалик катта бўлса, касалликнинг ниҳояси шунчалик ёмон натижа билан тугалланади. 5-10% ҳолатларда касаллик тотал ёки универсал клиник шакллар кўриниши билан кечади. Касалликнинг тотал клиник шакли 10% ҳолатлардагини тузалиб кетиши мумкин. Агарда соч тушиши ҳолати балоғат ёшига етгунга қадар бўлган давр давомида бошланган бўлса ҳамда касалликнинг эрта бошланиш даврида тирноқ пластинкаларида дистрофик ўзгаришлар кузатилса (балоғатга етгунга қадар), ремиссия ҳолатининг узоқ вақт кузатилмаслиги қайд этилса, беморларда касалликка нисбатан ирсий боғлиқлик ҳолати бўлса ёки қон-қариндошларида ушбу касаллик кузатилган бўлса, невровакуляар, аутоиммун ва атопик касалликлар кузатилса, ЎА касаллигининг кечиш прогнози ёмон, деб баҳоланади. Шунини алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, болаларда ЎА касаллиги 1 ёшгача деярли учрамайди. Асосан касаллик болаларда 4-5 ёшлик даврларда учрайди.

Касаллик ташхиси асосан касалликнинг фаол босқичида ўчоқларнинг аниқ чегаралари, уларда қизариш ва атрофида сочларнинг ундов белгиси кўринишида бўлиши каби клиник белгиларига асосланиб қўйилади. Микроскопик текширувлар натижаси ўчоқлардан юлинган сочларнинг проксимал қисмлари узилган арқон кўринишида (дистрофик сочлар) бўлади. Оқибат юнгли сочларнинг

кузатилиши ЎА касаллигининг тузалаётганлигидан дарак беради. Айрим вақтларда касалланган ўчоқлар чегарасида ундов белгиси кўринишида сочлар кузатилса, бошқа чегарасида веллюс ҳолати кузатилади. Ташхис қўйишда ва касалликнинг прогноз қилинишида тирноқлар ҳолатини инобатга олиш муҳим ҳисобланади. Тирноқ пластинкаларининг ангишвона кўринишида ботиклиги ва бўйламасига синганлиги ҳолатларига аҳамият бериш муҳим.

ЎА касаллиги билан хасталанган бемор болаларга қабул кинган анъанавий умумий ва маҳаллий даво чоралари қўлланилади. Даво чоралари ўтказилиши жараёни болалар ёши, касалликнинг клиник шакллари кечиши ҳолати, тури, оғирлик даражаси ва фаоллиги инобатга олинган ҳолда олиб борилади ва кузатилган ўзгаришлар индивидуал коррекция қилинади. Даво чоралари ўтказиш жараёни седатив (адаптол, валериана дамламаси, пион дамламаси), ангиопротекторлар (ксантинол никотинат, компламин, теоникол, пентоксифиллин, трентал), микроэлементлар (рух оксиди, мис сульфат, темир лактат, темир глицерофосфат), иммуномодуляторлар (иммуномодулин, тимален, тимоген), биоген стимуляторлар (алоэ экстракти, шишасимон тана,) ва витамин дори моддаларини (В1, В2, В6, В12, С, никотин кислотаси, А, Е) ҳамда маҳаллий дори воситалари (қалампирнинг спиртли эритмаси,) ва физиотерапия усуллари (дорсенвал, электрофорез, массаж) қўллаш орқали олиб борилади.

Монилетрикс, трихотеломания, себорея

Монилетрикс соч толасининг айланма кўринишдаги дистрофияси бўлиб, асосан аутосом-доминант йўли билан авлоддан-авлодга ўтадиган ирсий табиатга эга касалликдир. Касалликнинг бошланиши, яъни юзага чиқиши эрта болалик даврларидан бошланиб, баъзан 17 ёшгача давом этиши мумкин. Соч толаларининг дистрофик ўзгаришлари соч толаларини айланма кўринишда кенгайишининг торайиши билан алмашган кўринишда намоён бўлади. Соч толаларининг кенгайган қисмларида сочларнинг ранги нисбатан оч рангда, аксинча торайган ерларида эса соч толаларнинг ранги тим қора рангларда бўлади, бунга сабаб соч толаларининг кенгайган қисмида ҳаво сақланиши кузатилади. Бу жойларда соч толалари қуруқ, синувчан бўлади ёки соч толалари кенгайган жойларда синиб

тушиб кетади. Бошнинг сочли қисми тери юзаларида фолликуляр кератоз ҳолати кузатилади, соч толаларининг фолликуляр юзаси инфилтралланган бўлиб, марказида шохсимон пробка ёки синган соч толалари кузатилади. Шунини таъкидлаш лозимки, жараён асосан фақат бошнинг сочли қисми соҳаси билан чекланади. Аммо жараён ўзини тери соҳаларининг бошқа ерларида таркаган ҳолда ҳам намоён қилиши мумкин, масалан қўлтиқ ости, чов ва оёқ-қўл тери соҳаларида. Касалликда кузатиладиган тўқ қизил ранг кўринишидаги тугунчалар қизил фолликуляр кератоз касаллигини эслатади. Кейинчалик бу фолликулалардан соғлом соч толалари ўсиб чиқмайди. Касалликнинг кечиши катаракта ва ретинопатия каби кўз хасталиклари билан биргаликда кечиши мумкин. Монилетрикснинг олигофрения ва шизофрения касалликлари билан биргаликда кузатилиши ҳолатлари аниқланган бўлиб, касалликда тишлар ва тирноқлар дистрофияси ҳолати ҳам кузатилади.

Касаллик умр давомида кузатилиши, вақти-вақти билан ўз-ўзидан касаллик аломатлари яхшиланиши ҳолатлари, баъзи ҳолатларда спонтан равишда тузалиб кетиш ҳолатлари ҳам кузатилади.

Гистологик текширувларда соч фолликулаларида торайган қисмларни кенгайган қисмлар билан алмашланиб жойлашганлиги кузатилади.

Касаллик узок вақт давомида А ва Е витаминларини истеъмол қилиш, маҳаллий малҳамлар суртиш, рентген нурлари билан даволаш билан олиб борилади. Касалликнинг прогнози яхши.

Трихотеломания касаллиги беморларни бошнинг сочли ёки тананинг бошқа соҳаларида мавжуд соч ва тукларни катта хоҳиш билан юлишлари билан кечади. Болаларда ушбу касаллик асосан, руҳий ва асабий бузилишлар, астено-невротик ёки ақлан ривожланишдан орқада қолиш ҳолатларида кузатилади. Беморлар кўли етиб юлинган соч ва тукли соҳаларда сочларнинг сийраклашганлиги ёки бўлмаслиги ҳамда тери сатҳидан турли баландликда синган сочлар кузатилади. Касаллик ташхиси ота-оналаридан сўраб олинган анамнестик маълумотларга ва объектив кўрувлар асосида қўйилади.

Трихотеломания касаллиги гипносуггестотерапия, психотерапия кўринишида ва психотроп дори воситаларини психоневропатолог билан биргаликда тавсия этиш тарзида олиб борилади. Кўпинча беморларни сочларни юлиш хоҳишидан чеклаш мақсадида сочлар

эпилин пластири билан эпиляция қилинади. Касалликнинг прогнози яхши бўлиб, бемор болалар ёши катталашган сари сочларини юлишга бўлган хоҳишлари камайиб, йўқолиб кетади.

Себорея - ёғ безлари фаолиятининг бузилиши (гиперфункцияси) натижасида келиб чиқадиган тери касаллиги бўлиб, “себорея” сўзи “ёғ оқиши” деган маънони билдиради. Касаллик асосида тери ёғ безларининг секретор функциясини бузилиши ётади, бундай ҳолат ёғларнинг кўп миқдорда ажралиши кўринишида намоён бўлади. Касаллик белгилари кўпинча беморларнинг балоғат ёшларида юзага келади, жараён асосан бошнинг сочли қисмида, лунж соҳаларида, кўкрак ҳамда тана орқа тери соҳаларида жойлашади. Касалликка эндокрин, асаб тизимлари ва ички аъзолар касалликлари сабаб бўлади.

Себорея касаллигининг ёғли клиник шакли инсон организмида андрогенлар миқдорининг кўпайиб кетиши билан боғлиқ бўлиб, беморлар тери юзалари худди ёғ суртиб қўйилганга ўхшаб ялтираб туради. Жараён бошнинг сочли қисмларида сарғимтир-жигарранг тангачалар кўринишларида бўлиб, бундай тери асосида кўпинча себореяли экзема, ўчоқли алопеция, ҳуснбузар каби касалликлар ривожлана бошлаши мумкин. Ёғланиш жараёни сабабли, тери рН муҳитининг ўзгариши ҳисобига иккиламчи инфекцияларнинг кўшилиши, йирингли касалликларнинг ҳосил бўлиши кузатилади. Себорея касаллигининг қуруқ клиник шаклида тери ёғ безларидан кам миқдорда ёғ ажралиши ҳолати кузатилади, натижада тери юзалари қуриб, пўст ташлай бошлайди, бошнинг сочли қисмларида майда, кепаксимон тангачалар, қипиқлар пайдо бўла бошлайди, сочлар хиралашади, мўртлашади ва тўкила бошлайди, беморларни қичишиш каби салбий ҳолатлар безовта қилади.

Даво чораларига ўтказилишида витаминларни қўллаш яхши самара беради, айниқса, улар ичида А, Е, С ва В гуруҳ витамин (B_1 , B_2 , B_6 , B_{15}) дори воситалари кенг кўламда қўлланилади. Айрим ҳолларда касалликни тарқоқ кўринишда торпид кўринишдаги кечишида беморларга улар организмнинг гормонал фонини инобатга олган ҳолда гормонал дори воситалари (прегнин, тиродин ва бошқалар) тавсия қилинади. Маҳаллий даво чоралари ёғли себореяда резорцин (2-5 %), салицил кислотаси (2-3 %), борат кислотаси (2 %), олтингугурт (Видал “сути”) нинг спиртли эритмаларини қўллаш билан, қуруқ себореяда эса олтингугурт (5-10

%) ёки салицил (1,5 %) малҳамларини ҳамда таркибида А,Е ва F витаминлари сақлаган кремларни қўллаш орқали олиб борилади. Қазғоқланиш ҳолатини йўқотиш мақсадида беморларга кетоконозол (низорал) циклотерокс, цинк теротион (скин-кап) шампунларини қўллаш тавсия этилади.

Оддий ҳуснбузар

Оддий ҳуснбузар касаллиги инсонларда балоғат ёши даврларида кузатилади. Касаллик асосан эстроген ва андроген гормонлари нисбатининг ўзгариши ҳисобига, яни андрогенлар миқдорининг кўпайиши ва ёғ ажралиши жараёнининг кучайиши ҳисобига юзага келади. Аёлларга нисбатан эркакларда касаллик кўпроқ учрайди. Касалликнинг келиб чиқишида меъда-ичак аъзолари касалликлари, моддалар алмашинуви ва эндокрин тизими фаолиятининг бузилиши, гиповитаминозлар, қабзият ва бошқа омиллар сабаб бўлади. Касаллик ривожига ёғ безларининг кўп миқдорда ёғ маҳсулотини ажрата бошлаши (гиперфункция) кузатилади, бундай ҳолатларда нафақат ёғ безларидан ажралаётган секреция миқдори ошибгина қолмай, балки унинг таркиби ҳам ўзгаради. Натижада эркин ҳолатда бўлган ёғ кислоталарининг миқдори ошиб, терида ишқорий муҳит вужудга келади. Ёғларнинг чиқиш йўлларида ёғ маҳсулотининг йиғилиб қолиши ҳамда уларга стафилакокк, стрептококк, коринобактериялар ва бошқа инфекцион омилларнинг тушиши натижасида ўчоқларда яллиғланиш жараёни кўринарли даражада намоён бўлади. Яллиғланиш жараёнини кечиши бемор организмнинг индивидуал ҳолатига ва микроорганизмлар миқдorigа ҳамда уларнинг вирулентлик даражасига боғлиқ бўлади.

Оддий ҳуснбузар касаллиги қуйидагича таснифланади: Клиник кўриниши жиҳатидан яллиғланишсиз кечадиган акне (очик ва ёпик комедонлар) кўринишида; яллиғланишли акне кўринишида (папула, пустулалар, тугунлар, кисталар); яллиғланган тугунчалар кўринишида (тошмалар диаметри 5 мм.); пустулалар кўринишида (диаметри 5 мм йирингли ўзакли яллиғланган тошмалар); тугунлар (диаметри 5 мм дан катта бўлган яллиғланган тошма элементлари). Кечиши жиҳатидан қуйидагича бўлинади: енгил кечиши (бир ва бир неча тугунчали ва йирингчали камедонлар пайдо бўлиши, лекин тугунларнинг кузатилмаслиги); ўрта оғирликда кечиши (бир

нечтадан, кўп миқдоргача тугунчалар ва пустулалар ҳосил бўлади ёки бир неча тугунлар ҳосил бўлиши); оғир кечиши (кўп миқдорда тугунчалар, пустулалар, тугунлар); ўрта оғирликда кечиши (конглобатли, фульминантли, инверстли ҳуснбузар).

Касалликнинг илк аломатлари терида қаттиқлашган қизғиш тугунчалар тарзида пайдо бўлади, улар асосан йирингчалар шаклида, кейинчалик эса комедонлар кўринишида, яъни ёғ безлари чиқарув йўллари тирқишларининг бекилиб қолиши ҳолати кўринишида намоён бўлади. Кейинчалик, яллиғланиш жараёни тугунчали, пустулали ёки папула-пустулали тошмаларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Касалликнинг бундай клиник кўринишда кечишида тошмалар асосан чандиқлар ҳосил қилмай йўқолади. Тошмаларнинг бир-бирига қўшилиши ва чуқурлашиши ҳисобига инфильтрация ёки абсцессланиш ҳолатлари вужудга келади, натижада эса жараён депигментли чандиқланишларни қолдириш билан тугайди.

Касалликнинг шарсимон (*Acne conglobata*) клиник шаклида катта ҳажмли инфилтратлар ҳосил бўлиб, улар дерма қаватининг чуқур соҳаларида ва тери ости ёғ қаватларида жойлашган бўлади. Бундай тошмалар бир-бири билан қўшилишга мойил бўлиб, умумий инфилтратли ўчоқларни, яъни конглобатларни ҳосил қилади, улар марказида эса кейинчалик абсцесслар (абсцессланган ҳуснбузар) пайдо бўлади, бундай ўчоқлар ўзидан кейин чандиқлар ҳосил қилади. Абсцессланган ўчоқлар беморларнинг нафақат юз тери соҳаларида, балки кўкрак тери соҳаларида ҳам кузатилиши мумкин.

Молниенос ҳуснбузар (тез ҳосил бўлувчи ҳуснбузар) клиник шакли кам ҳолатларда учрайди ва у касалликнинг оғир кечувчи тури бўлиб, асосан балоғат ёшига етган ўғил болаларда кузатилади. Касаллик белгилари тана тери юзаларида бирдан пустила ва папулали тошмалар тарзида пайдо бўлади. Жойларда бундай тошмалар тез вақт ичида яраларга айланиб, ярали-некротик пиодермияни эслатадиган ўчоқлар ҳосил қилади. Беморлар тана ҳароратлари 38° даражагача кўтарилади, мушак ва бўғим соҳаларида оғриқлар, ҳолсизлик ҳолатлари ҳамда иштаҳанинг пасайиши каби ўзгаришлар кузатилади. Касалликнинг инверс, яъни клиник шакли аппокрин тер безларининг зарарланиши ҳисобига ҳосил бўлади. Жараён асосан қўлтиқ ости ва оралиқ соҳаларида жойлашади, ўчоқларда оғриқли инфилтратлар ҳосил бўлади, кейинчалик эса улар ёрилиб, таркибидан йирингли суюқлик ажрала бошлайди.

Хуснбузар касаллигини даволаш жараёнида беморларга углеводли ҳамда ёғли маҳсулотларни истеъмол қилиш тақиқланади. Даво чоралари комплекс равишда олиб борилади, беморларга антибиотиклар (тетрациклин гуруҳидаги дори воситалари 2 ҳафтадан 3-4 ой давомида қабул қилинади), стафилоанатоксин, стафилоантифагин, стафиловакцина, гаммаглобулин каби дори воситалари тавсия этилади. Даволаш жараёни А, Е, В2, В6, В12, В15 каби витаминлардан ҳам кенг кўламда қўллаш орқали олиб борилади. Маҳаллий даво чоралари салицил кислотасининг спиртли эритмалари, резорцин ҳамда спиртли ва эфирли лосьонларни, эритромицин, левомецетин каби дори воситалари эритмаларини суртиш орқали олиб борилади. Маҳаллий давода Зинерит лосьонини (эритромицин-рух брикмаси комплекси) қўллаш яхши даво самарасини беради.

Пушти ранг хуснбузар

Пушти хуснбузар касаллиги билан асосан 40 ёш ва ундан катта ёшдаги аёллар хасталанадилар. Касалликнинг учраши айниқса, ошқозон-ичак касалликлари билан хасталанган инсонларда кўпроқ қайд этилади. Пушти хуснбузар касаллиги патогенезида *demodex folliculorum* инфекцияси муҳим ўринни эгаллайди, лекин бу касалликни айнан шу кана келтириб чиқармайди, балки у касаллик кечишини кучайтиради, яллиғланиш жараёнини ҳамда қизариш ҳолатларининг юзага келишида омилкор бўлиб хизмат қилади.

Тошмалар асосан беморлар юз терисининг ёноқ, бурун, пешона, даҳан соҳаларида пайдо бўлади, баъзан эса кўз шиллик қаватлари ҳам зарарланади, натижада беморларда конъюнктивит, кератит ва ёруғдан кўркиш каби аломатлар намоён бўлади. Касаллик белгилари кучсиз, эритематоз доғлар ҳосил бўлиши билан бошланади, ўз навбатида беморларни аччиқ, шўр овқат маҳсулотларини ҳамда алкогольли ичимликларни истеъмол қилишлари ҳисобига яллиғланиш жараёнининг кучайиши ҳолати кузатилади. Кейинчалик эритематоз доғлар турғун кўринишда бўлиб, биров кўкимтир-қизғиш тусга киради (эритематоз босқичи), телеангиоэктазиялар пайдо бўлади. Бундай яллиғланиш ҳолати баъзи беморларда бир неча йиллар мобайнида давом этади, натижада ўчоқлар бир-бирлари билан қўшилишади, улар юзаларида кейинчалик тугунчалар, бундай тугунчалар марказида эса пустулалар ҳосил бўлади (папула-пустулёз

босқичи). Тугунчалар баъзан бир-бирлари қўшилиб патологик ўчоқлардаги тери рельефининг ўзгаришига, уларни ғадир-будур кўринишларда бўлишига олиб келади. Жараённинг кечиши буруннинг устки соҳасида жойлашган бўлса шишсимон юмшоқ консистенцияли мадда ҳосил бўлишига олиб келади, улар юзалари бинафша рангда бўлиб, юзалари сиқилганда ёғли массанинг чиқа бошлаши (ринофима ёки шишсимон бурун) кузатилади. Баъзан ўчоқлар диаскопия усули орқали текшириб кўрилганда “олма сариғи” белгисини эслатадиган сарғимтир-кўнғир ранг ҳосил қилади.

Пушти ранг ҳуснбузар касаллигининг таққослов ташхиси қизил югурикнинг дискоид клиник шакли, перорал дерматит ва оддий ҳуснбузар касалликлари билан ўтказилади. Қизил югурик касаллигида пушти ҳуснбузар касаллигидан фарқли ўлароқ, ўчоқларда турли катталиқда бўлган эритематоз доғлар кузатилади, уларнинг чегаралари аниқ бўлиб, бир оз инфилтралланган, юзаларида эса қийин кўчувчан қипиқлар ва атрофик ўчоқлар мавжуд бўлади. Пушти ранг ҳуснбузар касаллигини оддий ҳуснбузар касаллиги билан ҳам таққосланади. Оддий ҳуснбузар касаллиги асосан балоғат ёшидаги инсонларда кузатилади, асосан ёғ безларига бой бўлган тери юзаларида тугунчали тошмалар сўнг эса йирингчали тошмаларнинг ҳосил бўлиши уларнинг кучли яллиғланиши, кўп миқдорда комедонларнинг ҳосил бўлиши билан намоён бўлади, касалликнинг кечишида телеангилэктозия каби ўзгаришлар кузатилмайди. Тошмаларни нафақат юз тери соҳаларида балки кўкрак ва елка соҳаларида ҳам кузатилиши қайд этилади. Перорал дерматит касаллиги клиник кўриниши худди пушти ҳуснбузар касаллигига ўхшаш бўлиб, кўп ҳолатларда касаллик аёлларда кузатилади. Касаллик белгилари асосан юз, оғиз атрофлари, ҳамда бурун қанотлари соҳаларида жойлашади. Ўчоқларда чегараланган эритематоз доғлар кузатилиб, уларни юзаларида 1-3 мм ли тугунчалар ҳосил бўлиши ҳолати қайд этилади. Тугунчалар марказида эса кейинчалик пустикулалар ҳосил бўлиб, улар ёрилиши натижасида аввал серрозли-йирингли экссудатлар сўнг эса уларнинг юзаларида қипиқларнинг ҳосил бўлиши ҳолати кузатилади.

Касалликни даволаш жараёни овқат маҳсулотларига нисбатан бўлган парҳез талабининг бажарилиши, антибиотик дори воситаларини қўллаш билан олиб борилади. Тетрациклин дори

воситаси гуруҳига мансуб бўлган доксициклин антиотиғи кунига 100 мг дан ва узок вақт давомида тавсия этилади. Метронидазол дори воситаси эса кунига 500 мг дан 2-4 ҳафта давомида, роаккутан эса ҳар бир 1 кг тана вазни оғирлиғига 0,1 мг дан 3-4 ой давомида қўлланилади. Маҳаллий даво спиртли эритмаларни, малҳамларни қўллаш орқали олиб борилади. Ўчоқларда демодекоз канаси топилган ҳолатларда эса “Ям” малҳами, спрегал аэрозоли, 20% ли бензилбензоат малҳами ҳамда гели, 1% ли метронидазол ёки метрогил желеларини суртиш тавсия этилади. Физиомуолажа турларидан криомассаж ва электрокоагуляция усуллари қўлланилади. Ринофима каби асоратлар кузатилганда эса беморларда хирургик муолажалар ўтказилади.

ДИСХРОМИЯЛАР

Тери рангининг ўзгариши билан кечадиган касалликлар туркумига дисхромиялар, деб аталади. Дисхромиялар намоён бўлишига қараб гипоромия ва гиперхромияларга бўлинади. Гипохромияларни бирламчи ва иккиламчи ҳиллари тафовут этилади. Бирламчи гипохромиялар ахромия, деб аталади, чунки улар ҳеч қандай яллиғланишсиз пайдо бўлади. Уларга альбинизм ва витилиго (пес) касалликлари киради. Иккиламчи гипохромиялар эса асосан турли касалликларда кузатиладиган яллиғланиш жараёнларидан сўнг пайдо бўлиб, уларга ёлғон лейкодермияларни мисол қилиб келтириш мумкин.

Дисхромияда тери рангининг ўзгариши ҳолати қайд этилади, бунинг асосида эса меланогенез жараёнининг бузилиши ҳолати ётади. Тери, кўз қорачиғи ва сочларларга ранг берувчи меланин моддаси 3,4-дегидрооксифенилаланинга (ДОФО) махсус ҳужайра ферменти ДОФА-оксидазининг таъсир этиши натижасида ҳосил бўлади. Меланин моддаси тирозиндан ҳосил бўлади, у эса тирозиназа ферментининг мис микроэлементи билан бирикмаси таъсири натижасида ҳамда ультрабинафша нурлари иштирокида ДОФА га, кейинчалик эса ДОФА-оксидаза таъсирида меланин моддасига айланади.

Витилиго

Дисхромиялар ичида асосий ўринни витилиго (пес) касаллиги эгаллайди, лекин шу кунга қадар касалликнинг сабаби етарли даражада ечилмай, муаммолигича қолиб келмоқда. Ҳозиргача таклиф қилинган назариялар (нейроэндокрин, микроэлементлар ва витаминларнинг етишмаслиги, ҳазм аъзолари фаолиятининг бузилиши, меланогенез жараёнида қатнашадиган ферментлар фаоллигининг сусайиши ва ирсий назариялар) касалликнинг туб моҳиятини тушунтириб бера олмайди.

Касаллик кўпинча болалик ва ўсмирлик даврларидан бошланиб, сурункали кечади, жараён йиллаб, баъзан эса умрбод

давом этади. Витилиго касаллиги белгилари терининг маълум соҳаларида оқ доғлар (депигментацияланган) шаклида пайдо бўлади. Доғли тошмалар яллиғланмаган кўринишда бўлиб, уларнинг сони битта, иккита ёки тарқалган кўринишларда бўлади, баъзан эса жараён терининг барча соҳаларини эгаллаши мумкин. Доғли тошмалар кўпинча айлана, овалсимон, айрим ҳолатларда эса турли-туман кўринишлардаги шаклларда бўлиши мумкин. Касаллик ўчоқлари нўхат, тангалар хажмида, баъзан эса катта хажмларда бўлади, улар кейинчалик аста-секин катталашиб, бири-бири билан қўшилишга ва катта ўчоқларни ҳосил қилишга мойил бўлади. Витилиго касаллигининг доғли тошмалари беморлар терисининг барча соҳаларида кузатилади. Бундай тошмалар юз, тана, қўл, оёқ ва тананинг исталган соҳаларида жойлашган бўлади. Депигментация жараёнига учраган тери соҳаларида жойлашган сочлар сақланиб қолади, лекин улар рангининг ҳам йўқолиши ҳолати кузатилиши мумкин. Касаллик тошмалари жойлашган соҳаларида ультрабинафша нурларга нисбатан сезувчанлик ҳолатининг юқори бўлиши қайд этилади, шунинг учун ҳам касаллик ўчоқлари қизарган ва ҳатто шишган кўринишларда бўлиши мумкин. Доғли тошмалар одатда беморларни безовта қилмайди, лекин баъзи ҳолаталарда тошмалар пайдо бўлиши арафасида қичишиш, ачишиш каби салбий сезгилар пайдо бўлиши мумкин.

Витилигони кепаксимон темиртки, захм лейкодермаси ва мохов касалликларидан фарқлай билиш лозим. Кепаксимон темиртки касаллигида кузатиладиган доғли тошмалар яллиғланмаган кўринишда бўлади, тошмаларлар асосан тананинг юқори қисмларида (кўкрак, бўйин, елка, орқа, курак соҳалари) кузатилиб, уларнинг сатҳи кепаксимон ва унсимон қипиқлар билан қопланган бўлади. Балцер синамаси мусбат натижа беради. Захм лейкодермасида кузатиладиган доғли тошмалар ҳам яллиғланмаган кўринишда бўлиб, асосан кўкрак ва бўйин соҳаларида кузатилади, ўчоқларда тери рангининг бутунлай оқариб кетмаслиги, асосан гипопигментация ҳолати кузатилади. Захм касаллиги учун хос бўлган бошқа клиник белгилар кузатилиши ва серологик жараёнларнинг мусбатлиги ҳолати касалликни витилигодан ажратишга ёрдам беради. Мохов касаллиги тошмалари жойлашган соҳаларда тери

сезувчанлигининг йўқолиши ҳолати кузатилади, натижада беморларда иссиқ-совуқни, оғриқни сезмай қолишлар ва термик куйишлар кузатилади. Мохов касаллиги учун хос бўлган тошма элементларидан лепромаларнинг пайдо бўлиши, ҳамда лепромин синамаси натижасининг мусбат кўринишларда бўлиши мохов касаллигини витилиго касаллигидан ажрата билишга асос бўлади.

Витилиго касаллиги уч хил фаоллик кўринишида кечади. Касалликнинг биринчи даражали фаоллигида тошмалар кам сонли, оқ рангли, чегаралари аниқ, соғлом теридан яққол ажралиб туриши ҳолати кузатилади. Депигментланган доғли тошмалар атрофидаги тери соҳалари ҳолати ўзгармаган ёки бир оз қизарган кўринишда бўлади. Сўнгги 2-3 ойлар ичида янги доғларнинг пайдо бўлганлиги ва эски доғларнинг катталашаётганлиги ҳақида маълумотлар эса қайд этилмайди.

Иккинчи даражали фаолликда касалликнинг кечиши сутдек оқ доғлар билан бир қаторда гипопигментацияли доғларнинг пайдо бўлиши, улар чегараларининг ноаниқлиги, соғлом тери билан сезилар-сезилмас кўшилиб кетганлиги тарзида намоён бўлади. Касаллик ўчоқлари терининг турли соҳаларида турлича кўринишларда намоён бўлади, яъни баъзи бир соҳаларда депигментацияланган ўчоқларнинг пайдо бўлиши кузатилса, бошқа соҳаларда эса доғли тошмалар ҳажмининг кичраяётганлиги ҳолати кузатилади. Беморлар терисини механик тасиротларга учраши ҳолати эса ушбу соҳаларда янги доғли тошмаларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Касалланган соҳаларда соч толалари рангининг оқориши ҳолати кузатилади.

Касалликнинг учинчи даражали фаоллигида депигментацияланган витилиго ўчоқлари беморларда бир неча тери соҳаларини эгаллайди, улар де- ва гипопигментацияли доғли ўчоқлар кўринишида намоён бўлади. Доғли тошмалар бир-бири билан кўшилишга мойил бўлиб, улар турли шаклларга эга ўчоқларни ташкил этади, ўчоқлар атрофидаги соғлом тери соҳалари эса турлича кўринишларда бўлади, бундай ҳолат витилиго касаллиги ўчоқларини уч хил рангда кўринишига олиб келади., яъни депигментацияланган доғ ўчоқларининг гипопигментли ҳошия билан, гипопигментацияли доғли ўчоқларни эса гиперпигментли ҳошия билан ўралганлиги ҳолати қайд этилади. Кўпгина беморлар

доғли ўчоқлар соҳасида қичишиш, ачишиш, санчиш ва оғрикни сезиш каби нохуш ҳолатларга шикоят қиладилар.

Болаларда витилиго касаллигининг давоси улар ёшини, физиологик, рухий ҳолатларини, касалликнинг фаоллик даражаларини инобатга олган ҳолда комплекс усулда олиб борилади. Даволаш жараёни ўтказилиши билан бир вақтда бемор болалар йўлдош касалликларидан санация қилинади, овқатланиш жараёни ва бемор болаларнинг қарови талаб доираларига келтирилади.

Касалликни даволашда фурукумарин дори воситаларидан фойдаланилади, мазкур гуруҳга кирувчи бероксан, псоберан, псорален, аммифурин, меладинин, мелагенин, меланоцил каби дори воситалари махсус талаб қоидаларга биноан ичишга ва доғли тошмаларга суртиш учун тавсия этилади. Фотосенсибилизацияловчи таъсир хусусиятига эга ушбу дори воситалари ультрабинафша нурларини (УБН) қабул қилишдан икки соат олдин, бемор болалар ёшини инобатга олган ҳолда кунига 1-2 мартадан буюрилади. Бир вақтнинг ўзида витилиго ўчоқларига ушбу препаратларнинг спиртли эритмалари 1:1,1:2,1:3 нисбатларда эритилган ҳолатларда суртилади. Тахминан 2-3 соатлардан кейин эса касалланган ўчоқларга УБН билан нурлатиш эритем дозаларида кунора олиб борилади. Бундай давонинг давомийлиги 20-30 кунни ташкил этади. Нурлатишнинг дастлабки босқичларида 1-4 биодоза берилиб, кейинчалик унинг миқдори аста-секин ошириб борилади ва ниҳоят 6-8 биодозагача етказилади. Фотосенсибилизатор дори воситаларининг тавсия этилиши вақтида бемор болаларда мавжуд бўлган ошқозон ва жигар касалликларини инобатга олиш лозим. Бу дори воситаларини беморларга анацид ҳолатларда, ёш болаларга эса анацид ва гипоацид ҳолатларда бериш тавсия этилмайди. Шунингдек, 3 ёшгача бўлган бемор болаларга ушбу дори воситалари умуман қўлланилмайди.

Маълумки, меланоцит ҳамда меланосомалар фаоллиги организмда мавжуд қатор витаминларнинг миқдорига боғлиқ. Масалан, В гуруҳ витаминларнинг етишмаслиги меланогенез жараёнини сусайтиради, РР ва С каби витаминлар эса озик-овқат моддаларининг ҳазм қилинишини яхшилади, оксидланиш жараёнлари меъёрланишига ёрдам беради, шу тариқа зарарланган тери соҳаларини керакли биоактив моддалар билан таъминлайди.

Витамин дори воситаларидан пиридоксин гидрохлорид, пиридоксальфосфат, аскорбин кислотаси ва РР витаминларини касалликни даволашда қўллаш яхши самаралар беради. Ушбу дори воситаларининг тавсия этилишида бемор болаларнинг умумий ҳолати, уларнинг ёши ва уларда мавжуд бўлган йўлдош касалликларни инобатга олиш муҳим аҳамият касб этади.

Терининг меланин пигменти билан таъминланишида микроэлементларнинг роли бениҳоя катта, жумладан, меланогенез жараёнида темир, рух ва мис микроэлементларининг бевосита иштироқи бунга мисол бўла олади. Шунинг учун ҳам ушбу микроэлементларни таркибида сақловчи доривор воситалари (ферроплекс, ферроградумет, феррамид, мис сульфат, рух оксиди каби моддалар) вителиго касаллигини даволашда кенг қўлланилади ва кутилган натижаларни беради. Ҳозирги кунда эса ушбу микроэлементларни сақловчи янги дори воситаларидан купир, пирацин ҳамда таркибида витаминлар ва микроэлементлар бўлган таксофит, минолад каби дорилар воситалари муваффақиятли равишда қўлланилиб келинмоқда.

Вителиго касаллигини, айниқса, болаларда ушбу касалликни даволашда ошқозон-ичак, жигар тизими фаолияти ҳолатини ва ундаги мавжуд касалликларни инобатга олиш зарур. Бу борада пепсидил, ацидин-пепсин, табиий ошқозон шираси, панкреатин, мезим-форте, панзинорм, хилак-форте, карсил, эссенциале, гепанорм каби дори воситаларини қўллаш яхши самаралар беради. Касалликни даволашда фермент дори воситалари ҳам муваффақиятли қўлланиб келинмоқда, бунинг натижасида беморларни дори воситаларига нисбатан сезувчанлик ҳолатининг ошиши, анацид ва гипоацид ҳолатларни олдини олиш, шунингдек, вителиго касаллигининг доғли ўчоқларидаги яллиғланиш белгилари ва нохуш сезгилар билан кечиши каби ҳолатларнинг олдини олиш имкони кенгаймоқда, демак, фермент дори воситалари касалликни даволашда асосий восита вазифасини ўтайди.

Вителиго касаллиги билан хасталанган бемор болаларни комплекс даволашда гижжага қарши дориларни (декарис, комбатрин, вермокс), биологик стимуляторларни (алоэ, торфот, пирогенал) қўллаш депигментацияланган доғли ўчоқларнинг йўқолишига ёки кичрайишига олиб келади. Касаллик даво чораларисиз ҳам ўз-

ўзидан йўқолиб кетиши мумкин, аммо бундай ҳоллар жуда кам учрайди.

Пигмент сақламайдиган Блох-Сулцбергер синдроми

Пигмент сақламайдиган Блох-Сулцбергер синдроми ирсий касалликлар туркумига мансуб бўлиб, наслланиш йўли аниқланмаган дерматоз ҳисобланади. Касалликни илк бор 1925 йилда Leuchleuthner, кейинчалик эса Sulzberger лар ирсий касаллик сифатида таърифлаб берганлар. 1928 йилда эса бу касалликни Bloch системли синдром сифатида қайд этиб ўтган, шунинг учун ҳам бу касалликни номи ушбу муаллифлар номи билан ифодаланади. Касаллик билан асосан қиз болалар кўпроқ хасталанадилар, ўғил ва қиз болаларни касаллик билан хасталаниш нисбати 1:35 ни ташкил этади. Касаллик учун жавобгар бўлган ва X хромосомасида жойлашадиган мутант ген доминант кўринишида бўлиб, ўғил болалар ҳаётининг ўлим билан тугашига олиб келади, шунинг учун ҳам касаллик билан асосан қиз болалар хасталанади, деб қайд этилади. Касалликнинг келиб чиқишига ҳомиладорлик даврида вирусли касалликларнинг ўтказилиши асосий сабаб қилиб кўрсатилади.

Блох-Сулцбергер синдромининг клиник кечиши 4 та босқич, яъни пуфакли ёки пуфакчасимон, гипертрофик, пигментли ва атрофик босқичлар кўринишида кечади. Бемор бола туғилгандан сўнг биринчи кун ёки ҳафталар давомида тери соҳаларида қизариш ва шишлар кузатилиб, улар асосида кейинчалик тартибсиз равишда пуфакчали ва пуфакли тошмалар пайдо бўлади, улар қизарган, инфилтралланган ва қаварчиқли кўринишда бўлган чизиклар ва доғлар билан галма-гал жойлашган ўчоқлар кўринишида намоён бўлади. Касалликнинг бундай кўринишдаги ҳолати Дюринг дерматити, токсикодермия, буллёз эпидермолиз ва везикулопустулёз касалликларига ўхшаш бўлади. Касалликнинг гипертрофик босқичида инфилтралланган ўчоқларда гиперкеротик ўзгаришлар плакчалар кўринишида бўлиб, улар лентикуляр тугунчали тошмалар билан алмашланиб туради. Касалликнинг учинчи босқичи, яъни пигментли босқичи тери рангининг кўринарли даражада ўзгариши билан кечади. Тери соҳаларида сарғиш-жигарранг ёки тўқ-кулранг кўринишида, нотўғри шаклли, аниқ чегарали кўплаб ўчоқлар

кузатилади. Беморлар териси кўриниши худди қирғоқдан қайтаётган тўлқинни эслатади. Тошмалар асосан юз тери соҳасидан бошқа барча тери соҳаларида жойлашади, юз тери соҳалари эса тошмалардан холи бўлади. Бундан ташқари бемор болаларда соч толалари, тирноқлар ва тишларнинг дистрофияланиши ҳолатлари, бошининг сочли қисмларида эса псевдопелада кўринишида бўлган атрофик ўзгаришлар кузатилади.

Терида кузатиладиган патологик жараён бемор болалар умумий ҳолатларининг ўзгариши билан кечади. Беморларда қалтираш синдроми, спастик шоллик, тутқаноқ белгилари, кўз шох пардасининг кўчиши, катаракта ва иридоциклит каби ўзгаришлар кузатилади.

Касаллик ташхиси асосан гистологик текширувлар асосида тасдиқланади. Касалликнинг ўткир яллиғланиш билан кечадиган босқичида специфик бўлган полиморф-хужайрали инфилтрат ҳамда эпидермиснинг нотекис кўринишда бўлган акантоз ҳолати кузатилади. Гипертрофик босқичида акантоз жараёни кучли даражада намоён бўлиб, шох қавати қуюқ ва ёйилган кўринишда бўлади. Донадор қават бир қаватдан иборат бўлади, базал қават хужайраларида пигмент доначалари кузатилади. Дерманинг сўрғичсимон қисмида қон томирлар атрофида инфилтратлар, майда пигмент доначалари кузатилади, улар асосан гистоцит ва қон томирлар эндотелий хужайраларида жойлашган бўлади. Гиперпигментация босқичида эса эпидермиснинг базал қаватида меланин пигментининг кескин камайиб кетганлиги ва унинг миқдори эса дерманинг сўрғичсимон қисмида ортиб кетганлиги ҳолати кузатилади. Шунинг учун ҳам бундай ҳолат касаллик номини пигмент сақламайдиган касаллик, деб аталишига асос бўлган.

Касалликнинг дастлабки, яъни ўткир яллиғланиш билан кечадиган босқичида кальций дори воситалари, салицилатлар, глюкокортикоид дори воситалари тавсия этилади. Кейинчалик эса А,Е,В гуруҳ витаминлари, фолат кислотаси, метионин, аскорбин кислоталари белгиланади. Маҳаллий - 0,5% ли мис сульфати, 2% ли амидопирин, 10% ли тиосульфат натрий эритмаларидан иборат хўллаб-қуритгичлар, солкосерил, ируксол, виосент каби индеферент малҳамлар тавсия этилади.

ТЕРИ СИЛИ

Тери сили сил микобактерияси томонидан чақирилувчи терининг сурункали юқумли касаллиги бўлиб, касалликнинг клиник полиморфизмлиги маълум даражада организмнинг реактивлигига, умумий ҳолатига, микобактерияларнинг миқдори ва юқтириш хусусиятларига ҳамда терига кириш йўллариغا боғлиқ.

Сил касаллигини қўзғатувчиси *Mycobacterium* авлодига тегишли сил таёқчаси бўлиб ҳисобланади. Инсонлар учун касаллик қўзғатувчисининг учта тури патогенлик хусусияти жиҳатидан муҳим аҳамиятга эга, булар: инсонларга оид (*typus humania*), буқаларга оид (*typus bovinus*) ва қушларга оид (*typus avium*) турларидир. Тери сили касаллиги ўчоқларида микобактерияларнинг энг кўп инсонларга оид турида, камроғи буқаларга оид турларида ва жуда кам ҳолларда эса қушларга оид турларида аниқланади.

Тери сили касаллиги билан жароҳатланиш механизми етарли даражада ўрганилмаган. Соғлом тери соҳаси микобактерияларининг ҳаётининг фаолияти учун ноқулай муҳит ҳисобланади, лекин маълум шароитларда касалликнинг ривожланишига имкон яратади. Уларга организмнинг гормонал дисфункция ҳолати, асаб тизими патологияси, витаминлар дисбаланси, сув ва минерал моддалари алмашинувларининг бузилиши ҳолатлари, томирлар фаолиятининг бузилишлари (ичнинг қотиши, томир деворлари резистентлиги ва ўтказувчанлигининг ўзгариши), қоникарсиз ва паст даражада бўлган ижтимоий-иқтисодий, маиший яшаш шароитлари ва иқлим шароитлари (ультрабинафша нурларининг етишмаслиги), шунингдек, умумий юқумли касалликларининг (қизамиқ, қизилча, ВИЧ-инфекция) инсон организмнинг ҳимоявий реактив кучини заифлаштирувчи ва қабул қилишнинг кучайиши ҳолатлари киради.

Микобактерияларнинг ораганизмга тушиши экзоген ва эндоген йўллар орқали амалга ошади. Касаллик эндоген йўл орқали юққанда касалликни қўзғатувчиси терига шикастланган эпидермис орқали бевосита, касал инсон ёки ҳайвонлардан эса қандайдир предметлардан тушади. Шунга қарамасдан зарарланишнинг эндоген йўли анча кўпроқ учрайди. Бундай ҳолатларда касалликни

қўзғатувчиси бошқа аъзодаги ўчоқлардан тери соҳаларига гематоген ёки лимфоген йўллар орқали киради. Жараённинг тарқалиш кўлами кўшни аъзоларга (*per continuitatem*) сийдик, ахлат, балғамлар орқали аутоинокуляция бўлиш йўллари орқали ҳам амалга ошиши мумкин.

Тери соҳаларида лимфоцит хужайралари билан ўралган эпителиоид хужайралардан иборат инфекцион гранулемалар пайдо бўлади, бундай гранулемалар марказида микобактериялар казеоз, некроз ва катта лангерханс хужайралари мавжудлиги билан намоён бўлади.

Тери сили касаллиги 2 хил кўринишда яъни терининг ўчоқли сил (сил югуриги ёки люпоид сил, скрофулодерма ёки колликватив сил, терининг сўгалли сили, Базеннинг индуратив эритемаси ва тери ва шиллиқ қаватларининг ярали сили) ва терининг диссеминаланган сили (терининг лихеноид ёки миляр сили ва терининг папулонекротик сили) кўринишларида кечади.

Терининг ўчоқли сили

Сил югуриги ёки терининг люпоид сили (*Lupus vulgaris, seu tuberculosis cutis luposa*) тери силининг энг кўп учрайдиган шакли бўлиб, секин сурункали кечиши ва тўқималарнинг парчаланишга мойиллиги билан намоён бўлади. Касаллик белгилари кўпинча юзда тери соҳаларида, асосан бурунда (80 % ҳолатларда), ёноқларда, юқори лабларда, камроқ бўйин соҳаларида, танада, оёқ-қўлларда, кам ҳолатларда шиллиқ қаватларда жойлашади. Касаллик хамирсимон консистенцияли, юмшоқ, силлиқ, юзаси бироз ялтироқ, кейинчалик пўст ташловчи, сариқ-яшил тусли, жигарранг-қизил рангли, ўлчамлари тўноғич бошчасидан нўхат донасигача келадиган ҳажмларда, дермада жойлашган люпоид-бўртиқлар пайдо бўлиши билан бошланади. Тошмалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб тошади, кейинчалик эса улар ўзаро бирлашади, атрофида эса турғун-гиперемик ҳудудлар пайдо бўлади. Витропрессия усули билан (буюм ойначаси билан босиб кўрилганда) текширилганда дўмбоқча ранги сарғаяди (“олма сариғи” феномени), дўмбоқча тугмасимон зонд билан текшириб кўрилганда зонд ўз оғирлиги билан дўмбоқча таркибига чуқурлик қолдириб чўкади (Поспелов симптоми).

Дўмбоқчалар босқичма-босқич катталаша боради ва нотўғри шаклли тошмаларни ҳосил қилиб бирикади, коллаген ва эластик

толаларнинг бузилиши натижасида чандикли атрофиялар ҳосил бўлиши ҳамда фиброзланиш ҳолати кузатилади. Ҳосил бўлган чандиклар текис, оқиш, папирос қоғозини эслатадиган кўринишда бўлади. Жараённинг экссудатив кўринишларда кечишида турли шикастланишлар таъсирида дўмбоқчалар юмшоқ, четлари нотекис ва енгил қон оқувчи яраларга айланиши мумкин (яралли шакли). Шунингдек, касалликнинг шишсимон, веррукоз, лойқалантувчи каби шакллари ҳам кузатилиши мумкин.

Тери силининг чегараланган клиник шаклини таққослов ташхиси дўмбоқчали захм, моховнинг туберкулоид шакли, тери лейшманиози, актиномикоз, қизил югурикнинг дискоид шакллари билан ўтказилади. Дўмбоқчали захмда дўмбоқчали тошмалар зичлиги, улар жойлашувининг жамланганлиги (фокуслилиги), кўшилиб кетишга мойиллигининг йўқлиги, диаскопия ва зонд усуллари билан текширувлар ўтказилганда текширув натижаларининг манфийлиги, жараённинг нисбатан тез кечиши аниқланади. Моховнинг туберкулоид шаклида терининг жароҳатланган соҳасида оғриқ ва ҳароратни сезиш аломатларининг йўқлиги, тошмаларнинг полиморфлиги, тугунлар ва дўмбоқчаларнинг зич бўлган консистенцияси, кўнғир-зангсимон тус олиши, микроскоп остида кўрилганда эса Ганзен таёқчаларининг топилиши билан таърифланади. Тери лейшманиозининг туберкулоид шаклида ташхис асосан касалликнинг сўров натижалари аниқ йиғилиши, дўмбоқчали тошмаларни чандиклар атрофида ва терининг очик қисмларида жойлашиши, лейшманиома атрофида лимфангитларнинг ҳосил бўлиши ҳамда касаллик кўзгатувчисининг аниқланиши катта аҳамият касб этади.

Касалликни даволашда бир вақтнинг ўзида D_2 витамини 30000-50.000 – 100.000 ТБ дан ва фтивазидни (ёки тубазидни) 0,3-0,5 г дан кунига 3 маротаба ичишга тавсия этилади. Даво курси учун дори воситаси 100-200 г. қилиб белгиланади. Шунингдек, стрептомицин антибиотиғи ҳам инъекция тариқасида кунига 0,5-1,0 г дан белгиланади, жами даво курси учун дори воситаси 100 г. ни ташкил этади. Туберкулоз статик таъсир этиш хусусиятига эга дори воситаларидан терапевтик самара кўрсатиши бўйича улар қуйидагича гуруҳларга бўлинади: 1- анча самарали: изониазид, рифампицин; 2 – ўрта самарали: этамбутол, стрептомицин, протионамид (этионамид), пиразинамид, канамицин, флорамицин (виомицин) ва 3 – мўътадил фаол таъсир кўрсатувчи ПАСК, тибон

(тиоацетазон) каби дори воситаларига бўлинади. Маҳаллий даволаш усулининг таъсир этиш хусусияти сил касаллигининг теридаги ўчоқлари тўқимасини бузишга асосланган бўлиб, бунинг учун 10-20-50% ли пирогалл суртмаси, 30% ли резорцин қоришмаси ва суюлтирилган азот моддалари қўлланилади. Шиллиқ қават люпомаларини сут кислотасининг 50% ли эритмаси билан куйдириб даволаш мумкин. Чегараланган жароҳатлар баъзан рентген нурлари билан ҳам даволанади, ҳатто бундай ўчоқлар оператив йўл билан олиб ташланади. Беморлар узок вақт давомида диспансер кузатуви остида бўлиши лозим.

Скрофулодерма ёки коллекватив сили (*Scrofuloderma, seu tuberculosis cutis colliquativa*) болалар ва ўсмирларда касалликнинг рўйхатга олинган хиллари орасида учраш частотаси бўйича иккинчи ўринда туради. Сил бактерияларининг гематоген йўл билан терига кириши оқибатида бирламчи скрофулодерма шаклланади ва шикастланган аъзолардан инфекцияларнинг ўтиши аниқланган ҳолда иккиламчи скрофулодерма фарқланади. Тошмалар терининг чуқур қаватларида зич кўринишда жойлашади, кам оғрийди, тугунлар ҳажми тез катталашувга мойил бўлиб, уларнинг диаметри 3-5 см. гача етади ва устида ётувчи тўқималар билан зич кўринишда бириккан ҳолда намоён бўлади. Кейинчалик тугунлар совуқ абсцесслар ҳосил қилиб юмшайди ва ёрилади, бундай яралардан оқма йўли орқали қонсимон ажралма билан биргаликда некрозланган тўқималар чиқади. Тугунлар жойлашган жойларда юмшоқ, чуқур, четлари ва тубида заиф грануляциялар ва сарғиш қатламлар ҳосил бўлади. Яралар битиб кетгандан кейин эса касалликка хос бўлган “йиртилган” нотўғри шаклли чандиқлар, сўрғичсимон шаклдаги ўсимта ва уланмалари қолади. Касаллик жароҳатлари асосан бўйиннинг ён юзаларида, жағ ости ва усти соҳаларида, қўлтиқ ости ботикларида, кулоқ чиғаноғи яқинида, ўмров ости ва усти соҳаларида ҳамда бўғин соҳалари яқинида жойлашади.

Касаллик ташхиси тўғри йиғилган сўров маълумотларига, клиник симптоматикага, Пирке синамаси натижаларига, рентгенологик ва гистологик текширувларга асосланган ҳолда қўйилади. Такқослов ташхиси захм касаллигининг гуммоз шакли, актиномикознинг гуммоз шакли, Базен эритемаси ва сурункали ярали пиодермиялар билан ўтказилади.

Терининг сўгалсимон сили (*Tuberculosis verrucosa cutis*) асосан катталарда, хусусан эркакларда кўпроқ кузатилади. Касалликнинг

ушбу тури билан асосан сил касаллигининг фаол шакллари билан хасталанган беморларга хизмат қилувчи шахслар ёки сил материали билан ишловчи ходимлар касалланадилар.

Жароҳатланиш одатда панжа ва бармоқлар орқа юзаларида, камроқ ҳолларда эса оёқ таги соҳаларида жойлашади. Касаллик белгилари зич, нўхот катталигидаги кўк-қизил рангли бўртмаларнинг (жасад бўртмаси) ҳосил бўлиши билан бошланади. У ўсиб ясси зич тошмаларга айланади, уларнинг юзасида сўгалсимон ўсимталар ва кўплаб шохсимон қаватлар пайдо бўлади. Сўгалсимон тери силининг 3 та ҳудуди тафовут этилади. периферик (бинафша-қизил рангли ҳудуди), ўрта (сўгалсимон зич тепаликлар, ёрилишлар, пўстлоқлар мавжуд бўлган ҳудуди) ва марказий (терининг атрофик, нотекис, паст-баланд тубли ҳудуди кабиларга бўлинади. Сўгалсимон ўсимталар ён тарафидан босиб кўрилганда уларнинг ёриқларида йирингли томчилар пайдо бўлади. Жарён тузалгандан кейин жароҳат ўчоқлари ўрнида чандиқли атрофиялар қолади, бу соҳаларда қизил югуриқдан фарқли ўлароқ, янги элементлар ҳосил бўлмайди. Касалликнинг ташхиси касалликка хос бўлган клиник кўринишларга (ўчоқ периферияси бўйича бинафша-қизил хошия, 3 та зонанинг борлиги), жойлашиш ҳолатига, гистологик текширувлар натижаларига ва туберкулин синамасининг мусбатлигига асосланади.

Терининг сўгалсимон силининг давоси умуман тери силини даволашда қўлланиладиган анъанавий даво усуллари каби олиб борилади. Бундан ташқари маҳаллий давода касаллик ўчоқлари ўткир қошиқча билан қириб ташланади, диатермокоагуляция ва рентгенорадиотерапиялар ўтказилади.

Базеннинг индуратив эритемаси (*Erythema induratum Bazin*) билан 16-40 ёшлар оралиғида бўлган, сил касаллигининг бирор бир шакли билан оғриган аёллар хасталанади. Касалликнинг кечишига оёқларда қон айланиш жараёнининг бузилиши (акроцианоз, веналарнинг варикоз кенгайиши) натижасида вужудга келадиган тез-тез совуқ қотиш ҳолатлари сабабчи бўлади. Куз ва қиш мавсумларида асосан касаллик хуруж қилиши кузатилади.

Индуратив эритема касаллигида касаллик ўчоқлари зич, чуқур жойлашган бўлиб, секин катталашувчи тугунлар ёки ясси, кенг бўлган кўкиш-қизил инфилтратлар тарзида намоён бўлади. Тугунлар сони 2-4 тадан 10 тагача бўлиб, улар тери соҳаларида

чукур ҳолда жойлашади, бармоқлар ёрдамида пайпаслаб кўрилганда эса оғриқлар кузатилади. Ўчоқлар асосан болдир соҳаларида, кам ҳолатларда эса сон, думба, кўл соҳаларида симметрик кўринишда жойлашади. Баъзан касалликда оғиз шиллик қаватлари ва димоғларнинг жароҳатланиши кузатилади. Касаллик кечиши ўз ривожига эришгандан сўнг эса ўчоқлардаги тугунли тошмалар регрессияга учрай бошлайди, улар атрофида ҳалқасимон атрофия ва пигментацияланишлар қолади. Баъзан эса тугунлар юмшаб яраларга айланади (гетчинсон тури), бундай яралар оғриқли, суст кечувчан, юзаки бўлиб, тублари сариқ-яшил қобиғлар билан қопланган бўлади.

Даво жараёни сил касаллигини умумий даволаш каби олиб борилади. Бундан ташқари беморларга витаминларга, оқсил ва ёғ моддаларига бой овқат маҳсулотлари тавсия этилади, уларни ультрабинафша нурлари билан даволаш, гелиотерапия сеанслари белгиланади. Маҳаллий яраларга рух-желатинли бойламлар кўлланилади.

Тери ва шиллик қаватларнинг ярали сили (Tuberculosis ulcerosa cutis et mucosae) фаол сил касаллиги билан хасталанган беморларда аутоинокуляция натижасида пайдо бўлади. Одатда касаллик белгиларининг жойлашуви табиий тешиқларнинг шиллик қаватларида ва уларни ўраб турувчи тери соҳаларида (оғиз, бурун, анус) жойлашади. Тошмалар майда сарғиш-қизил дўмбоқчалар кўринишида намоён бўлади ва улар тезда яраларга айланади, “Трел донлари” кўринишини намоён этувчи, суюқ йиринг қатламли, майда абсцесслар ва сарғиш қобиғлар билан қопланган, нотекис тубли, енгил қон оқувчи, юзаки, оғриқли яралар ҳосил қилади. Яралар кескин оғриқ бўлиши билан характерланади. Бактерисокопик таҳлилда ўчоқларда микобактериялар микдори кўп бўлиши аниқланади. Иммун тизимининг заифлашиши ва анэргия ҳолати сабабли беморларда туберкулин синамалари манфий натижалар беради. Касалликнинг ташхиси клиник белгиларига, ички аъзолар тарафидан фаол сил касаллининг, трел донлари мавжудлигига, кескин оғриқлар кузатилишига ва микобактерияларнинг аниқланишига асосланади.

Касалликни ушбу турининг давоси ҳам сил касаллигида кўлланиладиган умумий даволаш чораларига асосланган ҳолда олиб борилади. Маҳаллий даво ўтказилишида асосан рентгенотерапия усули кўлланилади, яъни 7 кун давомида 200-250 Р дан 2 сеанс даво

ўтказилади, баъзан эса касалланган ўчоқлар оператив усул орқали олиб ташланади.

Терининг диссеминирланган сили

Терининг лихеноид ёки милиар сили (tuberculosis cutis lichenoides, lichen scrofulosorum) асосан сил касаллигининг ўпка, суяк, лимфа туганлари билан оғриган заиф болаларда пайдо бўлади. Жараён сарғиш-жигарранг ёки нормал тери рангида бўлган милиар папулалар шаклида намоён бўлади. Юмшоқ консистенцияли тугунчалар марказида кўпинча кичик тангача шаклида бўлган шохли ўсимталар пайдо бўлади, айрим ҳолларда эса қизил ясси темиртки касаллиги тошмаларини эслатувчи ялтироқ юзали силлик тугунчалар ҳам кузатилиши мумкин. Касаллик белгилари кўпинча тана тери соҳаларини, кам ҳолатларда эса қўл-оёқ ва юз тери соҳаларини жароҳатлайди, тошмалар симметрик ва гуруҳланишга мойил кўринишда жойлашади, беморларда салбий шикоятлар кузатилмайди. Жараён изсиз кечади, лекин қайталаниши ҳам мумкин. Касалликка ташхис қўйилишида Пирке синамаси 100 % ҳолатларда мусбат бўлади.

Ушбу тери силининг давоси силнинг бошқа шаклларида қўлланиладиган даво воситалари каби ўтказилади. Маҳаллий даво сиртдан тозаловчи суртмаларни қўллаш орқали олиб борилади.

Терининг папулонекротик сили (tuberculosis cutis papula - necrotica) одатда болалик ва ўсмирлик ёшларида кузатилади. Жараён беморларда оёқ ва қўлларнинг ёзув соҳалардаги тери юзаларида, ҳамда тана ва юз тери соҳаларида жойлашиб ривожланади. Касаллик белгилари ғуж-ғуж бўлиб жойлашган, қўнғир-бинафша рангли, катталиги 2-3 мм. гача бўлган тугунчалар кўринишида намоён бўлади, улар марказида йирингсимон некротик пўстлоқлар кузатилади. Кейинчалик эса тугунчалар ўрнида думалоқ, юзаки кўринишдаги ярачалар пайдо бўлади, улар битиб кетгандан сўнг эса бинафша ранг гардиш билан ўралган муҳрсимон чандиқлар қолади. Ўчоқлар давомийлиги, яъни эволюцияси 4-8 ҳафтани ташкил этади. Касаллик одатда қайталаниб туради, бундай қайталанишлар асосан эрта баҳор ва қиш ойларига тўғри келади. Папуло-некротик сил касаллигининг бир нечта клиник турлари тафовут этилади: Акнит (Acnitis) – ташқаридан оддий хуснбузар касаллигининг пустулёз хилини эслатувчи шакли; Фолликулитик (Folliculitis) – тана ва оёқ

териси соҳаларида фолликуляр жароҳатлар билан намоён бўлувчи чуқур пустулёз шакли; Кахексиясимон (*Acne cachecticorum*) – кратер шакли кўринишидаги яралар билан кечадиган шакли. Касаллик белгилари чечакда кузатиладиган чандиқ, папула ва пустулаларга ўхшаш бўлган кўринишда ҳам кечиши мумкин.

Касалликка хос бўлган муҳрли чандиқчаларнинг мавжудлиги, тошмаларнинг ўзига хос кўринишда жойлашиши, туберкулин синамалари натижаларининг мусбатлиги ва гистологик текширувлар натижалари ташхиснинг тўғри қўйилишига асос бўлади.

Касалликнинг ушбу клиник шаклини даволашда беморларга ичиш учун ПАСК, фтивазид, А ва Д витаминлари, фитин, темир дори воситалари тавсия этилади.

Болаларда тери силини даволашда аввало даво чоралари ички аъзолар силини ва уни келтириб чиқарувчи патогенетик омилларни бартараф этишга йўналтирилган умумий даволашдан иборат бўлиб, у биринчи даражали аҳамиятга эга бўлиши лозим. Болаларда тери силини даволаш учун стрептомицин сульфат стрептомицин, пантомицин кўринишларида қўлланилади. Стрептомицин дори воситаси болаларга кунига 2 марта м/о юборилиши тавсия этилади: 5 ёшгача – 1 кг тана вазнига 0,01-0,02 г дан; 5 ёшдан 8 ёшгача – 0,25-0,3 г дан, 8 ёшдан 14-ёшгача -0,3-0,5 г дан. Даво курси учун дори воситасининг умумий миқдори 20 дан 40 г гачани ташкил этади. Стрептомицин сил югуриги, скрофулодерма, ярали ва сўгалли тери сили каби силнинг клиник шакллари даволашда ҳам яхши самара беради. Касалликнинг турғун шаклларига қарши даво чораларини ўтказишда стрептомицин дори воситаси билан бир вақтда изоникотин кислотасининг гидразидли дериватлари шаклидаги турлари - фтивазид, тубазид, метиазидлар тавсия этилади. 1 ёшгача бўлган болаларга фтивазид дори воситаси 1 кг тана оғирлигига кунига 0,02-0,03 г дан 3 марта; 2 ёшдан 3 ёшгача кунига 0,3-0,5 г дан 3 марта; 3 ёшдан 7 ёшгача – 0,4-0,7 г дан 3 марта ва 8 дан 15 ёшгача – кунига 0,5 г дан 1 г дан 3 марта тавсия этилади. Умумий даво курси учун дори воситасининг миқдори 40 дан 250 г гачани ташкил этади.

ПАСК натрийли тузи 3 ёшгача болаларга 1 кг тана вазнига кунига 0,15-0,2 г дан 3-4 маротаба қабул қилиш учун, 3 дан 5 ёшгача – кунига 0,5-г.дан 4 маротаба, 5 ёшдан катта бемор болаларга эса кунига 6-8 г дан 4 маротаба тавсия этилади. Умумий дово курси

учун дори воситаси миқдори 200 дан 800 г гачани ташкил этади. Дори воситаси беморларга овқатдан бир соат кейин сут ёки ишқорий минерал сув билан ичиш тавсия этилади.

Д₂ витаминидан фақат касалликнинг сил югуриги турини даволаш учун (ички аъзолар фаол сили бўлмаган беморларда) фойдаланилади, чунки бу дори воситаси ўпка, суяк, лимфатик тугунлари сили жараёнини фаоллаштириш хусусиятига эга. 10 ёшгача бўлган бемор болаларга ушбу дори воситаси кунига 15.000-25.000 МЕ дан 2-3 мартаба, 16 ёшгача эса – кунига 30.000-50.000 МЕ дан 2-3 марта тавсия этилади.

Болаларда сил касаллигини даволаш жараёни беморларга тузсиз овқат маҳсулотлари, яъни парҳез овқатларни (айниқса, ярали шаклларида) белгилаш, оқсил ва витаминлар миқдорини ошириш йўли билан олиб борилади. Физиотерапевтик муолажалардан гелиотерапия ва ультрабинафша нурларидан фойдаланиш тавсия этилади. Асосий даво курси ўтказилгандан кейин касаллик қайталанишига қарши даво чоралари йилига 2 ойдан, баҳор ва куз ойларида 3 йил давомида, касалликни диссеминаланган клиник шаклларини даволаш даври эса 5 йил давомида ўтказилади. Касаллик тузалганлиги тўғрисидаги хулоса гистологик текширувлардан сўнг аниқланади, беморлар шифокор кўригидан йилига икки марта 5 йил давомида ўтишлари белгиланади, ушбу муддат тугагандан кейин эса беморлар диспансер ҳисобидан чиқарилади ва соғлом, деб хулоса қилинади.

ВАСКУЛИТЛАР

Васкулит (син. тери ангиити) – тери қон томирларининг зарарланиши билан кечадиган касаллик бўлиб, дерматозларнинг клиник ва патоморфологик симптоматикасида бошланғич ва етакчи звено бўлиб, турли хил катталиқда бўлган дермал ва гиподермал қон томирлар деворларининг носпецифик яллиғланиши ҳолати ётади.

Васкулит касаллигининг келиб чиқишида аллергик омилларни, ирсий ҳолат, дори воситалари, юқумли касалликлар, токсик ва фармакологик омилларни, статик зўриқишлар, радиация ва турли даражадаги ҳароратларнинг таъсири муҳим ўрин тутади. Касалликнинг кечишида микроциркуляция жараёнининг бузилиши, томирлар деворларининг жароҳатланиши, баъзан гемопоз ҳолатининг бузилиши натижасида қон томирлар ўтказувчанлигининг ошиб кетиши ҳолатлари кузатилади.

Васкулит касаллиги ташхисотида кўпгина ҳолларда С.Т. Павлов ва О.К.Шапошниковлар томонидан 1965 йилда тавсия этилган таснифдан фойдаланилади, буларга: ангионеврозлар, ангиопатиялар, ангиоорганопатиялар, томирларда ҳосил бўладиган шишлар киради.

Тугунли эритема

Тугунли эритема касаллиги организмнинг сил, стрептококкли, кандидозли инфекциялар таъсирига нисбатан кузатиладиган гиперергик реакцияси натижасида пайдо бўлувчи, ўткир кечувчи дерматоз бўлиб ҳисобланади. Касаллик кўпинча кўп шакли экссудатив эритема билан бирга бўлган кўринишда кечади.

Кўкрак ёшидаги ва эрта болалик ёшидаги болаларда касалликнинг намоён бўлиши кўпинча ички аъзолар, лимфа тугунлари ва суяк тизими силининг қайталаниши натижасида вужудга келади, деб ҳисобланади. Болалик ва катта ёшдаги болаларда тугунли эритема касаллигини вужудга келиши асосан стрептококкли инфекцияларга (тонзиллит, фарингит, ревматизм) нисбатан, кам ҳолатларда эса инфекцион-токсик омилларга нисбатан бўлган аллергик реакциялар кўринишида кечади. Тугунли эритема касаллиги антибиотиклар,

йод, барбитурат ва бошқа турдаги дори воситалари таъсирларига нисбатан организмнинг юқори сезувчанлиги натижасида ҳам кечади.

Касаллик ўткир кечади, бўғинларда, мушакларда ревматик оғриқлар, ҳароратни 38-40⁰ гача кўтарилиши, бош оғриши, умумий ҳолсизлик каби кўринишларда бошланади. Теридаги патологик жараён болдир ва билакларни ёзув соҳаларида симметрик кўринишда оғрийдиган тугунлар кўринишида намоён бўлади. Тугунли тошмалар ярим ясси ёки ясси шакл кўринишларда бўлиб, пайпаслаб кўрилганда оғриқ кузатилади, уларнинг сони кўп бўлмайди, катталиги ёнғиқ катталигигача, ранги тўқ қизил рангда бўлиб асосан тери ва тери ости ёғ қаватларида жойлашади. Тугунли тошмалар бир-бири билан қўшилишга ва яллиғланиб ярага айланишга мойил бўлмайди. Тугунли тошма элементлари тахминан 2-3 ҳафталардан сўнг регрессия ҳолатига ўтиб, сўрила бошлайди, тошмалар пушти, тўқ қизил ранги кўнғир-яшил ва сариқ рангларга ўтади ва охир-оқибатда улар ўрнида иккиламчи доғлар ҳосил қилиб, касаллик ўтиб кетади.

Тугунли эритема касаллигини Базеннинг индуратив эритема касаллиги билан таққосланади. Базенни индуратив эритемаси касаллиги ўткир бўлмаган кўринишда бошланиши, сурункали кечиши, патологик жараённинг узоқ ва турғун кечиши, ўчоқларда инфильтратларнинг қаттиқ ва зич бўлиши, оғриқнинг бўлмаслиги, тўқималарнинг некрозга мойиллиги, ярага айланиши ва чандикли ўзгаришлар бўлиш, ҳароратнинг кўтарилмаслиги билан таърифланади. Тошмалар кўкимтир-қизил, жигарранг ёки тўқ кулранг кўринишларда бўлади. Дори воситалари натижасида вужудга келадиган токсикодермия касаллигида кузатиладиган ўчоқларда оғриқларнинг бўлмаслиги, тошма элементларининг ўзига хос бўлмаган кўринишларда жойлашиши ва дори воситалари қабул қилинишидан сўнг бошланганлиги ушбу касалликни тугунли эритема касаллигидан фарқлашга асос бўлади.

Тугунли эритема касаллигига даво чораларини белгилашдан олдин ушбу касалликни системали характерга эга ёки фақат тери соҳаларининг зарарланиши билан кечиши ҳолатини аниқлаш керак. Агарда касаллик системали кўринишда кечса, у ҳолда беморларни стационар ҳолатида доволаш тавсия этилади. Касаллик табиати инфекцион кўринишга эга бўлса у ҳолда кенг қамровли антибиотиклар (эритромицин, мономицин, олететрин ва ҳ.о.) тавсия

этилади. Даво жараёни десенсибилизацияловчи дори воситаларини, салицилат препаратларини, витамин дори воситаларини (С, В₁, В₆, В₁₂, никотин кислотасини, рутин), безгакка қарши препаратларни, анальгетикларни қўллаш билан олиб борилади. Тарқоқ ва оғир, системали кўринишда кечадиган ҳолатларда эса гепарин препарати қўлланилади ва кортикостероид дори воситалари тавсия этилади. Маҳаллий даво воситаларининг ўтказилишида куруқ иссиқликни қўллаш, 5-10 % ли ихтиол эритмаси билан компресс қилиш, УФО ва УВЧ терапиясини қўллаш тавсия этилади.

Терининг аллергик васкулити

Терининг аллергик васкулити касаллигини (Руитер касаллиги)-нинг вужудга келиши асосида асосан шамоллаш, организмда ўчоқли инфекцияларнинг мавжудлиги ҳолатлари ҳамда оёқларда қон айланиши жараёнининг бузилиши натижасида вужудга келадиган кўлмаклик ҳолатлари ётади. Касалликнинг ушбу тури билан кўпинча қиз болалар ва аёллар хасталанади.

Патологик жараён асосан оёқларда симметрик ҳолатда жойлашади ва полиморф кўринишда, яъни доғли, тугунчали, пуфакчали, йирингчали некротик ва яралар кўринишларда бўлади. Касалликнинг кечиши дармонсизлик, чарчоқ, бош оғриғи, бўғимлар шиши ва оғриғи каби кўринишларда намоён бўлади. Касалликнинг турли клиник шакллари ичида полиморф-тугунчали тури кўпроқ учрайди. Касалликнинг бундай кўринишда кечиши эритематоз ва геморрагик доғлар, зичланган шишли ўчоқлар, таранг қобиғли пуфакчалар ва ва кўп бўлмаган думолоқ ясси тугунчалар шаклида намоён бўлади. Натижада ўчоқларда сероз-геморрагик қобиғлар, эрозиялар, яралар иккиламчи доғланишлар пайдо бўлади, бундай ҳолат касаллик клиникаси кўринишини янада мураккаблаштиради. Кам ҳолатларда эса касалликнинг тугунчали-некротик хили кузатилади, касалликнинг бундай хилининг кечиши марказида некротик яралар бор тугунчалар кўринишида кечади, кейинчалик некротик ўзгаришлар ўрнида чечак касаллигида кузатилган чандиқларга ўхшаш чандиқлар ҳосил бўлади. Касалликнинг геморрагик клиник шакли, яъни Руитер касаллигида касаллик белгилари шишган доғли тошмалар шаклида бошланади, аста-секин шишган доғли тошмалар кейинчалик геморрагик тусни олади.

Беморларда қорин соҳаларида оғриқ ва гематурия ҳолатлари кузатилади. Касалликка ташхис қўйилишида гистологик ўзгаришларни инобатга олиш муҳим ҳисобланади. Гистологик текширувлар натижасида артериола, венула ва капилляр қон томирлар деворида фибриноид некроз ва қон томирлар атрофи тўқима соҳаларида лимфоид инфильтрациялар кузатилади.

Касалликнинг давоси васкулитларнинг бошқа клиник турлари каби ўтказилади.

Шенлейн – Генох геморрагик васкулити

Шенлейн-Генох геморрагик васкулити инфекцион, токсик ва аутоиммун жараёнлар таъсири натижасида вужудга келувчи касаллик бўлиб, уни тез кечадиган, некротик клиник шакллари асосан болалар ўртасида кўпроқ учрайди. Касаллик тўсатдан бошланади, жараён полиморф кўринишидаги тошмалар тарзида намоён бўлади. Тошмалар геморрагик доғлар, петихиялар ва пурпуралар, тугунчалар, пуфакчалар, йирингчалар, пуфаклар кўринишида бўлади. Касалликнинг кечишида жараёнга оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватлари жалб этилиши мумкин. Касаллик циклик нисбатан кўринишда кечади, касаллик белгиларининг пасайиши ва кейинчалик эса қўзғалиши ва оғирлашиши кўринишида кечади, айрим ҳолатларда эса янги-янги аъзолар патологик жараёнга жалб этилиши мумкин. Беморларда полиартрит, полисерозит, гломерулонефрит, диффуз миокардит, полиневрит каби ўзгаришлар юзага келади. Касалликни фаол тарздаги кўринишида септик турдаги ҳароратнинг кўтарилиши, вақти-вақти билан қорин соҳасида, бўғин ва мушакларда оғриқлар бўлиши, беморларнинг тезда озиб кетишлари, бурунларидан қон кетиши ҳолатлари кузатилади. Тери ва шиллиқ қаватлардаги геморрагик тошмалар пуфакли, ярали ва некротик кўринишдаги экхимозларга айланади. Бундай ҳолатларда касаллик ўлим билан тугайди.

Касалликни даволашда антибиотиклар, сульфаниламид, десенсибилизациялайдиган, антигистамин дори воситалари, рутин, фолат кислотаси, гемотрансфузиялар, кортикостероидлар, артралгия ҳолатларида эса аналгетиклар қўлланилади. Вегетатив қон айланиши ҳолатини яхшилаш мақсадида андекалин, депо-падутин, продектин, солкосерил, дипрофен, комполамин, никошпан, В₁, В₆, С, К

витамиnlари қўлланилади. Касалликни оғир кўринишда кечишида эса глюкокортикоидлар тавсия этилади. Бундан ташқари касалликни оғир кўринишдаги кечишида хингамин дори воситалари (плаквенил, делагил, резохин), яллиғланишга қарши нестероид дори воситалари (напросин, реопирин, пирабутол, бруфен, волтарен, индоцид ва ҳ.к.) ҳам тавсия этилади.

Маҳаллий даво жараёни қандай касалликнинг кўринишда эканлигини инобатга олган ҳолда ўтказилади. Петихиали ва пурпурали кўринишдаги тошмалар бўлганда ацемин, дибунол, венорутон, солкосерил малҳамларидан фойдаланилади, ушбу малҳамлар қон томирлар эластиклигини ва зичлигини тиклайди. Касалликни эрозия ва ярали кўринишларда кечишида эса эпителизацияни тиклайдиган Вишневский, Микулич, солкосерил ва ируксол малҳамларидан фойдаланилади.

ЭРИТЕМАЛАР

Кўп шаклли экссудатив эритема

Кўп шаклли экссудатив эритема касаллиги асосан йил фасл-ларига боғлиқ кўринишларда кечадиган дерматоз бўлиб, касалликда тери ва шиллик қаватларининг зарарланиши кузатилади. Касаллик асосан 10 ёшдан 70 ёшгача бўлган инсонларда учрайди. Ҳозирда касалликнинг 2 та: идиопатик ва симитоматик клиник шакллари тафовут этилади. Касалликнинг келиб чиқишида инфекцияон муҳитнинг аҳамияти катта, деб баҳоланади. Жумладан, идиопатик клиник шакли вируслар таъсирида вужудга келади, деб тахмин қилинса, симитоматик клиник шакли эса сезувчанликнинг ошиши ҳисобига намоён бўлиб, касалликнинг вужудга келишига инфекцияон омиллар (микоплазма, пневмококк, стрептокок, стафилокок, сил, туляремия, мохов, бруцеллэз ва ҳ.к) ва дори воситалари (сульфоаниламидлар, антибиотиклар, фенобарбитал, антипирин ва ҳ.к) таъсир кўрсатади. Болалик даврида касалликнинг ривожланишига бўғма, кўкйўтал каби касалликларга қарши эмлашларнинг ўтказилиши, ҳамда ревматизм касаллигининг мавжудлиги омилкор сабаб бўлади. Патогенетик омиллардан яъна бири бўлиб гуморал ҳамда хужайра иммун тизими тарафидан танқислик ҳолатининг кузатилиши сабаб бўлади.

Касаллик беморларда продромал ҳолат белгиларининг, яъни мушак, суяк ва бўғимларда кучли оғриқларнинг пайдо бўлиши ҳамда тана ҳароратининг кўтарилиши (субфебрил) билан бошланади. Касалликнинг бошланғич даврига кўпинча янглишиб шамоллаш ёки ОРВИ, деб ташхис қўйилади. Беморларда юқори нафас йўллари яллиғланиши ва бурун оқиши белгилари кузатилади, 3-4 кунлардан кейин эса беморлар терисида симметрик ҳолда жойлашган ўткир яллиғланган, бир-бирига қўшилишга мойил бўлган тошмалар пайдо бўлади. Кейинчалик тошмалар марказидан сўрила бошлайди ва улар ўрнида кўкимтир- қизғиш, аниқ шаклли шишлар ҳосил бўлади. Оғиз шиллик қавати ва жинсий аъзолар соҳасида эса кўп миқдорда эрозиялар, катқалоқли яралар ҳосил

бўлади, кўз шиллик қаватлари томонидан эса яллиғланиш, шиш ва қизариш ҳолатлари кузатилади. Тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг ёзув соҳаларида, устки соҳаларида жойлашган бўлиб, тахминан 2–5 ҳафталар мобайнида сақланиб туради. Касаллик 5-20 % беморларда вақти-вақти билан қайталаниб туради.

Касаллик везикуло-буллёз, уртикар ва эритематоз полиморф тошмаларнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Касалликнинг оғир буллёз клиник шакли бир-бирига қўшилишга мойил бўлган катта ҳажмдаги пуфакларнинг яллиғланган асосда ҳосил бўлиши билан бошланади. Оғиз, бурун, кўз шиллик қаватлари ва гениталий соҳаларининг зарарланиши Стивенс-Джонсон клиник шакли, деб ва Фиссент-Рандю эрозив эктодермози, деб номланади. Касаллик бирдан ҳароратнинг кескин кўтарилиши, ҳолсизлик, бош оғриши, оғиз соҳаларида оғриқ пайдо бўлиш билан бошланади. Шу заҳотиёқ лаб, тил, шиллик қаватларида пуфакчали тошмалар пайдо бўлади. Пуфакчалар тез ёрилиб, юзаларида қонталашиб турувчи эрозияларни ҳосил қилади, сўлак оқиши ҳолатлари пайдо бўлади. Беморларда икки томонлама конъюнктивит, кератит, кейинчалик эса ринит ва бурундан қон кетиш ҳолатлари кузатилади. Баъзи ҳолатларда эса ички аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Кейинчалик жараён чуқурлашиб бориб, трахея, бронх, қизилўнгачларни зарарлайди. Конъюнктивит, кератит, ирит, иридоциклит каби асоратлар беморларни кўр бўлиб қолишларига олиб келади. Касалликнинг плевропневмония, артрит, бронхит, менингит, миокардит каби асоратлари эса ўлим билан тугаши мумкин.

Кўп шакли эксудатив эритема касаллигини токсик аллергик – эпидермал некроз, токсидермия, Дюрингни учуқсимон дерматити касаллиги, буллёз пемфигоид касалликлари билан таққосланади. Лайелля синдроми касаллигида эса пуфакли тошмалар кўплиги, осон ёрилиши, тез тарқалиши, бир-бирига билан қўшилиб кетишга мойиллиги, ҳамда Асбо – Хансен синдромининг мусбат бўлиши билан ажралиб туради.

Токсикодермияда касаллигида полиморф тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг букувчи соҳаларида юз, бадан ва кам ҳолатларда шиллик қаватларда кузатилади. Буллёз пемфигоид касаллиги болаларда кам ҳолатларда учрайди, касалликда тошмалар мономер буллёз тошмаларининг пайдо бўлиши билан ажралиб туради ҳамда базал мембрана соҳаларида иммуноглобулинларнинг тўпланиши аниқланади.

Дюрингнинг учқусимон дерматити йод ва галоген моддаларига нисбатан бўлган сезувчанлик ҳолатининг юқори бўлиши, пуфакли тошмаларда, қонда эзинофилия ҳолати кузатилиши, базал мембрана соҳасида ва дерманинг сўрғичсимон қаватларида иммуноглобулин JgA нинг тўпланиши билан кузатилади. Эпидермис қаватида хужайралараро шиш ва спонгиоз, дерма қаватида – периваскуляр полиморфхужайрали инфилтрат кузатилади. Буллёз тошма элементлари базал мембрана остида жойлашади.

Касалликни даволаш комплекс равишда олиб борилади ва кенг спекторли таъсирга эга антибиотиклар, вирусостатик дори воситалари белгиланади. Антигистамин препаратлари (тавсия, супрастин, анамрин, зодак), яллиғланишга қарши дори воситалари (салицилатлар, напросин, аналгетиклар ва кальций препаратлари), оғир ҳолатларда эса глюкокортикоидлар ва анаболик гаромонлар қўлланилади.

Маҳаллий даво ўтказилишида нам-қуритувчи боғламлар, эпителизацияни кучайтирувчи малҳамлар (ируксол, солкосирил, линевит) қўлланилади.

Касаллик прогнози оддий кечувчи шаклида яхши, оғир шаклларида, яъни Стивенс-Дисансти синдромида эса ўлим билан тугаши мумкин.

Жибернинг пушти ранг темираткаси

Жибернинг пушти ранг темиратки касаллиги эритема-сквамоз тошмали дерматозлар туркумига кирувчи тери касаллиги ҳисобланади. Касалликнинг келиб чиқишида стрептококкли ва вирусли инфекцияларнинг ўрни муҳимлиги таъкидлаб ўтилади. Касалликнинг бошланиши продромал белгилар кўринишида кечиб, бемор оила аъзоларининг бир нечтасида ҳам учрашиши қайд этилиши мумкин. Антибиотик ҳамда сульфаниламид дори воситаларининг касалликни даволашда қўлланилиши ва улар натижасида юқори самара олиниши касалликнинг инфекция табиатга эга эканлигидан далолат беради. Касаллик ривожланишида ОРВИ, ангина грипп каби касалликларнинг ўрни алоҳида таъкидланади. Бундан ташқари касалликнинг патогенетик омиллари сафига эндокрин касалликлари, сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги ҳолатини ҳамда ички аъзолардаги патологик ўзгаришларни киритиш мумкин.

Касалликнинг клиник белгилари қорин, кўкрак ва сон соҳаларида овал ёки думалоқ шаклга эга бўлган, катта ҳажмли ва аниқ чегарали марказида қипиқланувчи эритематоз ўчоқлари мавжуд бўлган, «Она» деб аталадиган пилакчали ўчоқларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Тошма элементларининг пайдо бўлишидан олдин баъзан продромал ҳолат, ҳолсизлик, бош оғриғи, артралгия, тана ҳароратини кўтарилиши каби белгилар кузатилади. Она пилакчасининг пайдо бўлганидан тахминан 3-10 кунлар вақт ўтгач тана тери соҳасининг Лангер чизиғи бўйлаб кўп миқдорда пушти-қизил рангли, овал шаклга эга ва тери сатҳидан бир оз кўтарилган доғли ва папулёз-доғли тошмалар пайдо бўла бошлайди. Тошмалар айниқса, кўп миқдорда гавданнинг ён соҳаларда, елка, орқа ва сон соҳаларида, баъзан эса бўйин ҳамда юз соҳаларида кузатилади. Пушти ранг темиратки касаллиги учун хос бўлган белгилардан бири бу овалсимон доғли тошмалар марказида қипиқланиш ҳолатини, яъни папироз қоғозини кўринишини эслатувчи белгиларнинг ҳосил бўлишидир.

Болаларда касаллик белгилари бошнинг сочли қисмида, оч пушти рангли доғлар шаклида намоён бўлиб, уларнинг юзаларида эса қипиқланиш ҳолати кузатилади. Уларда касаллик атипик ҳолда, яъни қаварчиқсимон ҳамда везикуло-буллёз клиник шаклининг кузатилиши, кучли қичишиш ва парестезия аломатлари билан кечади.

Касалликни нотўғри даволаш ва парвариш қилиш натижасида кўпинча касаллик йиринглар ҳамда экзематизациялар билан асоратланади. Бундай ҳолатларда терининг катта бурмалари соҳаларида ҳамда кийимлар ишқаланиб таъсир қиладиган соҳаларда кучли яллиғланиш ва сувчираш аломатлари кузатилади. Касалликнинг авж олиши натижасида айрим пайтда эритродермия ҳолатларида кузатилиши мумкин.

Касалликка ташхис қўйиш асосан қийинчилик туғдирмайди, «Она» пилакчасимон ўчоғининг ҳосил бўлиши, марказида қипиқланадиган розеолали доғларнинг пайдо бўлиши ва уларнинг Лангер чизиғи бўйлаб жойлашиши, продромал босқичнинг кузатилиши ва касалликнинг йил фаслларига боғлиқ ҳолда кечиши касалликка ташхис қўйишга асос бўлади. Жибернинг пушти ранг темиратки касаллигини псориаз, юзаки дерматомикозлар, иккиламчи захм ва себорея касалликлари билан таққослов ташхиси ўтказилади.

Ўчоқларда гистопатологик текширув ўтказилганда носпецифик сурункали дерматитга ўхшаш бўлган яллиғланган инфилтрат, эпидермисда спонгиоз, акантоз, паракератоз каби ўзгаришлар кузатилади.

Касалликни даволашда дастлаб, касалликнинг экссудация ҳолати билан кечишини, сурункали ўчоқли инфекцияларни, ОРВИ, бронхит, ангина ёки синусит каби касалликларнинг аниқланганлигини ҳисобга олган ҳолда ўтказилиши лозим. Даволаш антибиотиклар, сульфаниламид дори воситалари, десенсибилизацияловчи, антигистамин дори воситаларини кўллаб олиб борилиши муҳим ҳисобланади. Беморларга пантотенат кислотаси 0,01 – 0,03 г дан кунига 3 маҳал ичиш ёки кальций пантотенатни 0,03-0,1 г кунига 2-3 маҳалдан 8-10 кун давомида ичиш тавсия этилади. Касалликнинг тарқоқ шаклларида эса кўпинча вена ичига натрий тиосульфатнинг 30 % ли эритмасини 2-5 мл дан кунора 10 кун давомида куйиш тавсия этилади, аутогемотерапия ва стрептококкли вакцина кўлланилади. Маҳаллий даво сифатида кортикостероидли малҳамларни (флюцинар, лоринден, гиоксизон, дермовайт, синафлан) Унна креми билан 1:1 нисбатида аралаштириб суртиш тавсия этилади.

РЕТИКУЛЁЗ ВА ЛИПОИДОЗЛАР

Ретикулёз касаллиги асосида бирламчи ёки иккиламчи ретикулогистиоцитар пролиферация жараёнлари билан ёғ моддалари алмашинувининг бузилиши ҳолатлари ётади. Абт-Леттерер–Саве, Хенд-Шюллер-Крисчен ва Таратынов касалликлари гуруҳларини бирламчи ретикулогистиоцитар пролиферация жараёни, кейинчалик эса иккиламчи липидлар алмашинувининг бузилиши ҳолати таърифлайди. Гошева-Мимакн–Пик касаллиги билан намоён бўлувчи касалликларнинг иккинчи гуруҳи туғма табиатга эга бўлиб, эҳтимол ирсий липидлар алмашинувининг бузилишлари билан, кейинчалик эса (иккиламчи) ретикулогистиоцитар пролиферация жараёнининг ривожланиши билан таърифланади. Шунинг учун бундай касалликлар туркумини ретикулогистиоцитоз – липидоз, деб аталади.

Ҳақиқий ретикулогистиоцитоз ёки Абт-Леттерер–Саве касаллиги дастлаб 1924 й Letterer томонидан таърифланган. Бу касалликнинг синонимлари бўлиб диффуз ретикулоэндотелиоз, алейкемик ретикулёз, гистиомоноцитар хавфли ўткир ретикулёз, нолипид ретикулёзлар ҳисобланади.

Касалликнинг этиологияси ва патогенези охиригача маълум эмас. Кўпинча касаллик асосида вирус ёки бактериал инфекциялар муҳим ўрин тутаяди, деб тахмин қилинади. Чунки бемор болалар анамнезида кўпгина ҳолатларда ангина, отит, сепсис ва шунга ухшаш бошқа инфекция ўчоқлари мавжудлиги аниқланади. Касаллик патогенезида генетик мутацион омилларнинг мавжудлигига ҳам муҳим аҳамият берилади.

Касаллик одатда кўкрак ёшида бўлган болаларда тана ҳароратининг тўсатдан 40° гача бўлган кўринишда кўтарилиши билан бошланади. Бошнинг сочли қисмида, кўкрак, курак, қорин соҳаларида кўплаб гемморрагик, қипиқланадиган лихеноид папулалари ва петехиалари тошмалар пайдо бўлади. Папулалари тошмалар марказида нуктали чандиқчалар пайдо бўлиш билан бирга некроз ҳолати юзага келади, баъзан анча йирик чандиқларни қолдирадиган инфилтратив–шишсимон ҳосилалар кузатилади. Бемор болалар бармоқ тирноқларида онихия ва паронихия каби

Ўзгаришлар кузатилади. Оғиз ва вульванинг шиллик қаватларида эса тез-тез эрозияли ўзгаришлар кузатилади ва қон қуйилишлар пайдо бўлади.

Полиаденопатия ва гепатоспленомегалия каби ўзгаришлар касаллик учун хос белгилар бўлиб ҳисобланади. Баъзан беморларда отит ва мастоидит каби касалликлар кузатилади, бундай касалликларнинг кечиши даво чораларига нисбатан резистент ҳолатда бўлади, натижада беморлар бош суяги, қовурға, ўмров, курак, қўл-оёқлар, ва чаноқ суяклари жароҳатланади, жараён оғрик ва юмшоқ тўқималар шиши каби белгилар билан кечади. Рентгенограмма текширувларида ўчоқларда деструкция, остеопороз, остеолитизис, кистоз, характерли декальцификация зоналари ва периостит каби ўзгаришлар аниқланади. Бемор болаларнинг умумий аҳволи тезда ёмонлашади, иштахлари йўқолади, тери юза қопламлари оқаради, тана вазнларининг ортиши, заифлик ҳолатлари кузатилади. Периферик қон таркиби текширилганда анизо- ва пойкилоцитоз, гипохром анемия, лейкопения ёки лейкоцитоз, нейтрофилез кузатилади ва лейкоцитар формулада миелоцитларнинг чапга силжиши ҳолати намоён бўлади, бир қатор беморларда моноцитоз ҳолати аниқланади. Миелограмма текширилганда у кўмик ҳужайралари полиморфизми билан таърифланади, баъзан эса ретикулогистиоцитар элементлари микдорининг ортганлиги қайд этилади.

Абт-Леттерер-Сиве касаллигида тошма элементларининг характери ва жойлашуви себореяли дерматит касаллигининг клиник белгилар билан анча ўхшаш кўринишда бўлади, шунга қарамасдан синчковлик билан кўрилганда петихиал элементлар, аввалги лихеноид папулалар ўрнида нуқтали чандиқчалар топилади, маълумки бундай ўзгаришлар себореяли дерматит касаллигида кузатилмайди. Бемор болалар умумий ҳолатининг кўриниши, бошқа аъзо ва тизимларнинг касалликка хос кўринишларда (полиаденопатия, суяк тўқимасининг деструктив ўзгаришлари, ўпка шикастланиши, отит ва мастоидит, гепатоспленомегалия, лаборатор текширув маълумотлари) шикастланиши ҳолати себореяли дерматит касаллигининг йўқлигини кўрсатади. Касалликка охириги, аниқ ташхис қўйишда гистологик текширув маълумотлари катта ёрдам беради. Гистологик текширувлар натижасида тери ўчоқларида гистиоцитларнинг тўпланиши аниқланади. Висцерал аъзоларда

нормал структураларнинг катта, рангпар ретикулогистиоцитар хужайраларнинг пролиферантлари билан алмашинуви ҳолати амалга ошади.

Касалликни даволашда глюкокортикоид дори воситаларини буюриш патогенетик жиҳатдан асоси бўлиб ҳисобланади, чунки бу дори воситалари ретикулогистиоцитар тизим функциясини пасайтиради, гемопозни стимуллайди, модда алмашинувини нормаллаштиради ва ҳ.к. Глюкокортикоид дори воситалари узок муддат, ҳатто касалликнинг клиник белгилари йўқолгунга қадар буюрилади. Препарат дозаси (преднизалонга ҳисоб қилинганда) бемор 1 кг тана вазнига кунига 1 мг гачани ташкил қилиши керак. Препаратнинг дозасини пасайтириш босқичма-босқич бир неча ой, баъзан эса йил давомида ремиссиягача давом этади. Касаллик интерекрент касалликларни (ОРВИ, сувчечак, қизамиқ, қизилча ва ҳ.к.) кўшилиши натижасида қайталанади, бу вақтда глюкокортикоид дори воситаларининг дозасини ошириш ва 3-4 ҳафта давомида антибиотиклар буюрилиши талаб қилинади. Гамма-глобулин, гемотрансфузия, шунингдек, суяк тўқимаси шикастланган ўчоқларга рентгенотерапия муолажалари тавсия этилади. Аскорбин кислота, В гуруҳи витаминлари, айниқса, кальций препаратлари буюрилади.

Касалликни олдини олиш ҳомиладорлик даврларида аёлларни турли зарарли экзоген таъсирлардан ҳимоя қилишга асосланади. Энг аввало ҳомиладорлик даврида ҳомилага ёмон таъсир қилувчи ретикулогистоцитар хужайраларнинг кўпайиши ва ўсишини назорат қилувчи регулятор механизмларнинг бузилишига сабаб бўлувчи вирусли инфекциялар ва ионловчи нурланишлардан эҳтиёт бўлиш керак. Касалликнинг кечиши жараёнида висцерал аъзолар, суяк тизими ва бошқа тўқималарнинг шикастланиши прогностик жиҳатдан ёмон натижа, деб боҳоланади. Касалликнинг фақат тери шаклидаги кечишида глюкокортикоидлардан фойдаланиб комплекс даволаш касалликни баъзан тузалишга олиб келади. Бемор болалар доимий равишда мутахассис қарамоғида диспансер кузатувларида бўлишлари керак.

Хенд-Шюллер-Крисчен касаллиги (липид гранулематоз) тарқалган ретикулогистиоцитозни намоён этиб, у учун сурункали тўлқинсимон даврий ҳуружлар билан кечиши ушбу касалликнинг ўзига хос белгиси ҳисобланади. Касаллик бир йилдан бир неча йиларгагача давом этиши мумкин. Касаллик асосида липид

алмашинувининг бузилиши ҳолати ётади, натижада тахмин қилинишича, бирламчи ретикулёз ҳолати ривожланади. Шунингдек, касаллик патогенезида ҳужайра метаболизми бузилиши ҳолати ҳам муҳим роль ўйнайди.

Касаллик бемор болаларда кўпинча 2 дан 5 ёшгача бўлган вақт давомида бошланади. Беморларда аса-секин сирқовланиш ривожланади, бола тез чарчаб қолади, улар жуда таъсирчан бўлиб қоладилар, беморлар иштаҳаси анорексиягача пасаяди, қоринда оғриқ, кўнгил айнаши, қабзият каби белгилар пайдо бўлади. Касалликни тафовут этилишида уч хил клиник белгиларга: биринчидан бош мия, умуртқа, чанок, қовурға, қўл-оёқ суякларидоги кўплаб деструктив ўзгаришларга, иккинчидан экзофтальм ҳолатига ва учинчидан эса қандсиз диабет каби белгиларга асосланилади.

Беморлар кунига 10-12 литргача сув ичиши ва чиқариши мумкин. Уларда қусиш аломатлари пайдо бўлади, тана вазни тўлиқ озиб кетишгача пасаяди, ўсиш жараёни секинлашади, беморлар жисмоний ва рухий жиҳатдан ривожланишдан ортда қола бошлайдилар. Теридаги ўзгаришлар 1/3 беморларда аниқланади, бундай ҳолатларда беморлар тери соҳаларида қуруқ, енгил қипиқланувчи, фолликуляр, қизил, кейинчалик эса сариқ рангли папулалар, петехиал элементлар, гемморрагик пўстлоқлар, нуқтасимон чандиқчалар кузатилади.

Анемия, унча катта бўлмаган лейкоцитоз, моноцитоз каби ўзгаришлар аниқланади, баъзан қонда холестерин миқдори бирмунча ортганлиги кузатилади. Лимфа тугунлари чегараланган кўринишда ёки кўплаб тарқоқ кўринишда катталашиши кузатилиши мумкин, улар пункция қилинганда “кўпиксимон”(псевдоксантом) ҳужайралар аниқланади. Худди шундай ҳужайралар шикастланган суяк кўмигида ҳам топилади. Суяк нуқсонларини Палпатор текширув орқали бош мия суягида аниқлаш мумкин. Жағ суяклари деструктив жароҳатларида стоматит, гингивит каби яллиғланишларнинг ривожланиши, тишларнинг оғриқсиз тушиб кетиши ҳолатлари кузатилади. Беморларда тарқалган интерстициал зотилжам кўринишида ўпкаларнинг жароҳатланиши кузатилади, натижада эмфизема касаллиги пайдо бўлиши мумкин. Баъзи беморларда типик учликнинг бир ёки икки белгиси бўлмаслиги мумкин. Бу вақтларда Хенд-Шюллер–Крисчен касаллиги жараёни Абт-Латтерер-Сиве касаллиги каби маълумот беради, яъни СОЭ,

ретикуляр ва плазматик ҳужайралар фоизининг ортиши, эозинофилия, тромбоцитоз ҳолатлари кузатилиши қайд этилади.

Ҳақиқий ретикулогистоцитоз касаллигини даволашда асосан глюкокортикоид дори воситаларидан фойдаланилади. Глюкокортикоидлар 1 кг беморлар тана вазнига кунига 1-1,5 мг дан белгиланади (преднизалонга ҳисоб қилинганда). Касаллик клиникасининг яхшиланиш даражасига қараб препарат дозаси аста-секин камайтирилади. Касалликнинг қандсиз диабет кўринишида кечиши, буйрак бехоллигида адиурекрин дори воситаси кукун ёки суртма кўринишида қўлланилади. Дори кукуни 3 ёшдан катта бўлган бемор болаларга енгил нафас олиш орқали бурун бўшлиғига 0,01-0,04 г дан киритилади. Дорининг суртма кўринишидаги ҳили эса бурун ичига кунига 2-3 марта 0,1- 0,4 гача дозада суртилади. Даво муолажаси сув алмашинуви жараёни меъёрий ҳолга келгунга қадар давомий ўтказилади, ундан кейин эса 2-3 ҳафтагача танаффус қилинади. Суяклар жароҳатланганда рентгенотерапия муолажаси ўтказилади. Даво муолажалари ўтказилишида гемотрасфузия қилиш, эритроцитар массалар ва альбумин қуйиш, В гуруҳи витаминлари, аскорбин кислотаси, кальций препаратларини қўллаш ва консерватив ортопедик даволаш усуллари қўлланилади.

Касаллик прогнози Абт-Леттерер-Сиве касаллигидагига қараганда анча яхши кўринишда бўлади. Касаллик бир неча йил давом этиб тўлиқ тузалиб кетиши мумкин, аммо 20-25 % ҳолларда оқибати ўлим билан тугаши мумкин.

Эозинофил гранулема касаллиги 1913 йил рус паталогоанатоми Н.И.Таратинов томонидан илк бор таърифлаб берилган. Касаллик билан кўпинча мактабгача ёки мактаб ёшидаги болалар касалланади, лекин касаллик ҳар қандай ёшда ҳам учраши мумкин. Унинг кечиши симптомсиз ёки суякларнинг кўплаб деструктив ўзгаришлари билан кечади. Эозинофил гранулема касаллиги баъзан узоқ вақт давомида аниқланмай қолади. Касалликнинг бошланишида кўпинча калла суяги ва пастки жағ соҳаларида шиш, оғриқ ва жароҳатлар аниқланади. Рентгенограмма текширувларида суякдаги нуқсонлар думалоқ ва овал шаклларида бўлиб, тез ўсишга ва серғовак бўлишга, бирикишга мойил ҳамда суякларнинг синишга мойиллиги мавжудлигини акс эттиради. Касалликда ички аъзолар шикастланмайди, интоксикация кўринишлари кузатилмайди, тана ҳарорати субфебрил ёки нормал

кўринишларда бўлади. Периферик қон таркибида 20 % гача эозинофилия, СОЭ ортиши, гипохром анемия ва тромбоцитоз ҳолати кузатилади. Суяк кўмиги пунктатидаги гистологик текширувлар натижасида эозинофил полинуклеар ҳужайралар аниқланади.

Терининг шикастланиши кўп учрамайди ва марказда пўстлоқ билан қопланган яра-чақа гемморагик папулалари билан характерланади. Улар юзда, бошнинг сочли қисмларида, гавдада, камроқ болдирларда жойлашади ва Хенд-Шюллер-Крисчен касаллигидаги тошмаларга ўхшаш кўринишда бўлади. Болаларнинг жисмоний ривожланиши Хенд-Шюллер-Крисчен касаллигидагидан камроқ бузилган бўлади.

Дифференциал ташхис асосан Таратинов ва Хенд –Шюллер-Крисчен касалликлари билан ўтказилади, лекин бундай таққослов ташхисининг ўтказилиниши анча мураккаб бўлиб, касалликни ўз-ўзидан тузалиб кетиши, хавфсиз кечиши эозинофил гранулема касаллигига ташхис қўйиш имконини беради.

Асосан даволаш жараёни гормонал дори воситалари иштирокида олиб борилади. Суяк тўқимаси деструктив ўчоқларининг рентгентерапияси яхши самара беради. Баъзан хирургик даволашдан (кюретаж) ҳам фойдаланилади.

Болалар диссеминирланган хавфсиз ретикулёзи асосан кўкрак ёшидан 3 ёшгача бўлган вақт давомида кузатилади. Тана тери соҳаларида, кам ҳолатларда қўл-оёқларда ҳамда бошнинг сочли соҳаларида пушти-қизил, кўкимтир рангли, енгил пўст ташловчи лихеноид папулалар пайдо бўлади. Мацерацияланадиган соҳаларда, айниқса, букилувчи соҳаларда тошмалар эрозияланади ва ҳўлланади. Бемор болаларнинг умумий аҳволи бузилмайди, тана ҳарорати меъёрида бўлади, лимфа тугунлари катталашмайди, ички аъзолар ва суяк тизими томонидан ўзгаришлар аниқланмайди. Касалликнинг прогнози яхши бўлиб, ўз-ўзидан тузалиб кетади.

Бирламчи гиперхолестеринемик ксантоматоз ирсий келиб чиқувчи аутосом-доминант липидозларга киради. Касаллик белгилари беморларда болалик, баъзан эса болалар ҳаётининг биринчи йилида тирсак, тизза бўғимлари, ахилл пайлар, думба, панжа бармоқлари орқаси, камроқ ҳолатларда эса бошнинг сочли қисмларида турли ўлчамларда бўлган тугун ва тугунчали тошмалар кўринишида пайдо бўлиши билан бошланади. Бармоқ билан пайпаслаб кўрилганда бу тошмалар зич, кўзга кўринмайдиган,

яллиғланишсиз, яримшарсимон кўринишга эга сариқ ёки сарғиш-кўкимтир рангларда бўлади, жараён асосан оғриқсиз кечади. Тошма элементлари айниқса, бўғим соҳаларида гурухланишга мойил бўлади. Баъзи беморларда оғиз шиллик қаватларида, ўпка илдизларида, жигарда ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Кўп ҳолатларда жуда тез равишда юрак-қон томир тизими тарафидан бузилишлар кузатилади, бунинг натижасида беморлар ёшлик чоғидан стенокардия, миокард инфаркти, вақти-вақти билан оқсоқланиш кабилар билан азият чекадилар. Қонда эркин холестерин ва унинг эстерларининг таркиби ошиши кузатилади. Шунингдек, фосфолипидлар миқдорининг ҳам ошиши кузатилади, бу вақтда нейтрал ёғ таркиби нормал қолади. В- ва г-глобулинларнинг ортиши ҳисобига эса баъзан диспротеинемия ҳолати кузатилади.

Тери тошмаларининг типик кўриниши, зардоб химизмининг ўзига хос бўлган ўзгаришлари ташхис қўйилишида катта аҳамият касб этади. Касаллик ташхиси гистологик текширувлар натижасида тасдиқланади (тўқимада ксант билан кўп ксантом, кўпиксимон, ёғ билан тўлган ҳужайралар топилади).

Даво чоралари асосан модда алмашинувини нормаллаштиришга йўналтирилган бўлиши керак. Бутун ҳаёти давомида беморлар ҳайвонлар ёғини чекловчи (баъзан истисно билан) парҳезга амал қилишлари лозим, овқат маҳсулотлари таркибида тўйинмаган ёғ кислоталари бўлган ўсимлик ёғларидан фойдаланиш тавсия этилади. В₆, В₁₅ витаминлари, аскорбин ва никотин кислотаси, гепарин, тиреодин, атромид, феноксап, цетамифен, эсенциале, липамид, продектин каби дори воситалари белгиланади.

Касалликнинг прогнози нисбатан шубҳали бўлиб, кўпинча юрак-қон томир тизими шикастланиш даражасига боғлиқ бўлади. Болаларда бу касаллик туфайли вужудга келадиган миокард инфарктдан ўлим ҳолатлари тавсифланмаган. Беморлар доимий диспансер кузатувида бўлишлари ва оғир жисмоний зўриқишлардан озод қилиниши керак.

Ретикулогистиоцитоз – липидоз ёки Гоше касаллиги липидлар алмашинувининг ирсий бузилиши билан кечадиган бўлиб, касаллик кам ҳолларда учрайди. Касаллик лимфа тугунларида, кўмик, жигар, талоқ ҳужайраларида цереброзидларнинг тўпланиши билан характерланади. Касалликни аутосом-рецессив тарзда ўтувчи ўткир

(болалар типи) ва геннинг тўлиқсиз пенетрантланиши билан кечувчи (доминант шаклида наслдан-наслга ўтувчи) сурункали шакллари (ювенил типи) фарқланади.

Касалликни ўткир шакли билан фақат кўкрак ёшидаги болалар касалланади. Касалликнинг кечиши бемор болаларнинг жисмоний ва рухий жиҳатдан ривожланишдан ортда қолиши билан характерланади. Баъзан қорин ҳажмининг сезиларли даражада катталашishi (спленогепамегалия натижасида), нафас етишмовчилиги симптомлари (цианоз, йўтал), бўғимлар шиши ва ҳаракат натижасида найсимон суяклар соҳасида кучаювчан оғриқларнинг кузатилиши, остеопороз, декальцификация, терини ўзига хос бўлган жигарранг тусга кириши, шунингдек, юз ва панжа соҳаларида баъзан эса тананинг бошқа соҳаларида патихиал тошмалар кузатилади. Ҳамма беморларда анемия, лейкопения, тромбоцитопения ҳолатлари аниқланади. Қон таркибида липид ва холестерин миқдори ошмаган бўлади. Беморларда кўплаб неврологик симптомлар (мушаклар гипертонияси, тризм, опистотонус, қийин ютиш, ғилайлик, кўрлик, тоник ва клоник безгаклар), турли жойда эса фалажликлар кузатилади. Гоше касаллиги ташхиси думалоқ шаклли ва йирик ўлчамли, цереброзидлар билан тўла хужайралар аниқланиши асосида қўйилади. Касалликнинг кечиши тез, дистрофия ва кахексия аломатларининг ривожланиши билан намоён бўлади. Касаллик прогнози яхши эмас, ўлим ҳолатлари беморлар ҳаётининг биринчи йилларида кузатилади, кўпинча бемор болалар касаллик бошлангандан 2-6 ой ўтгандан сўнг, одатда интеркуррент касалликларнинг қўшилиши оқибатида вафот этадилар.

Касалликнинг сурункали шакли ҳар қандай ёшдаги болаларда, лекин кўпроқ 5-8 ёшлардан кейин учрайди. Қорин соҳаси эрта катталашади (спленомегалия), оёқларда спонтан тарзда оғриқлар пайдо бўлади (рентгенологик: остеопороз ёки остеосклероз) соннинг хаспсимон “шишсимон” кўринишда деформацияси вужудга келади. Юз, бўйин, кафт ва оёқ ости тери соҳалари жигарранг, жигарранг-сарик ёки бронза рангга киради, пигментация диффуз ҳолатга ўтиши ва шиллиқ қаватларни ҳам эгаллаши мумкин, бундан ташқари турли шакл кўринишларида бўлган қон қуйилиш чизиклари кузатилади. Бурун ва ичакдан қон кетиши ҳолатлари ҳам кузатилиши мумкин. Қон таркибида липидлар миқдори норма даражасида, нордон фосфат

фаоллиги ва глобулинлар миқдори эса ортган миқдорларда бўлади. Бемор болаларнинг умумий аҳволлари узоқ вақт қониқарли бўлиб қолади, лекин босқичма-босқич жисмоний ривожланишдан ортда қоладилар, касалликнинг ҳамма кўринишлари ривожланиб боради, беморларда анемизация даражаси ортади, иммунитет эса сусаяди. Касаллик прогнози бемор болалар ёшига қараб баҳоланади, бемор қанча ёш бўлса, прогнози шунчалик оғир бўлади.

Касалликнинг ушбу турини даволаш кам самара беради, чунки хужайра ичи соҳалари липидозларида алмашинувни тикловчи дори воситалари ҳозирга қадар ишлаб чиқилмаган. Яққол ифодаланган спленомегалияда спленэктомия қилинади. Айрим ҳолатларда беморларга 1 кг тана вазнига кунига 1 мг дозадан глюкокортикоид дори воситалари белгиланади, гемопоз стимуляторлари, қон трансфузиялари, плазмалар кенг қўлланилади.

Ниманн-Пик касаллиги мия, жигар, талок, буйрак усти безларида тўпланувчи фосфолипид сфингомиелин алмашинувининг кам учрайдиган наслий касаллиги бўлиб ҳисобланади. Касаллик сфингомиелиназа ферментлари фаоллигини йўқотиши билан боғлиқ, деб ҳисобланади. Касаллик аутосом – рецессив шаклда наслланади.

Касаллик билан илк ёшдаги болалар касалланади. Касаллик кечиши хавfli бўлиб, касаллик бошлангандан 2-3 йил ўтгач, ўлим билан тугайди. Иштаҳанинг йўқолиши, қусиш аломатларининг кузатилиши, тана вазнининг камайиши, гепатоспленомегалия, лимфа тугунларининг катталашishi касалликнинг биринчи белгилари бўлиб ҳисобланади. Кейинчалик эса асцит, неврологик бузилишлар ривожланади, текширувларда баъзан кўз тубида олчаранг – қизил рангли доғлар аниқланади.

Тери соҳаларида кулранг, тўқ жигарранг, сояли рангга ўхшаш бўлган (меланин миқдори ортган) тошмалар кузатилади. Баъзан бемор болаларда тошмалар эритематоз ва папулёз кўришларда бўлади. Қонда гипохром анемия, тромбоцитопения кузатилади, холестерин, сфингомиелин ва лицетинлар таркибининг ортиши кузатилади. Рентгенологик текширувларда суякларда остеопороз ва остеомаляция кўринишлари топилади. Талок, суяк кўмиги пунктатларида типик кўпиксимон Ниманн-Пик хужайраларининг аниқланиши касалликка ташхис қўйилишида муҳим аҳамият касб этади.

Даво чоралари глюкокортикостероид дори воситалари, В, РР витаминлари, аскорбин кислотаси, метионин, липокаин каби дори воситаларининг қўлланиши билан олиб борилади. Лекин касалликни

даволаш кам самара беради. Касаллик оқибати тез ўлим билан тугайди ва болалар кўпи билан 3 ёшгача яшайдилар.

Невоксантоэндотелиома (ювенил ксантогранулематоз, Мак–Донаг касаллиги) касаллик тез ёки болалар туғилгандан сўнг бир неча ойлардан кейин, баъзан эса катта ёшли болаларда пайдо бўлади. Касалликнинг этиологияси ва патогенези ҳозиргача маълум эмас. Бу дерматоз ёш гистиоцитотома, деб ҳисобланади. Касаллик дерма тубида яримшарсимон тугун ва тугунчаларнинг тўсатдан пайдо бўлиши билан характерланади, лекин улар тери сатҳидан кўтарилмайди, зич, оғриқсиз, сарғиш-жигарранг тусли бўлади. Элементлар миқдори якка сондан то 25-30 гача бўлиб, кўпинча қўл ва оёқларда, кам ҳолатларда юз, тана, бошнинг сочли қисмларида ҳам бўлиши мумкин, камдан-кам ҳолатларда эса шиллик қаватларда ҳам кузатилади.

Беморларнинг умумий аҳволи бузилмайди, болаларнинг психомотор ривожланиши азият чекмайди, касаллик яхши кечади, бир неча ойдан 2-3 йилгача муддатларда ўз-ўзидан тузалиб ҳам кетади. Тошма элементларининг аввалги ўринларида терининг юзаки атрофияси қолади. Даво чоралари асосан ўтказилмайди. Дермада рангпар, вакуолизацияланган, протоплазмага эга гистиоцитлардан ташкил топган инфилтратларда бўёққа бўялганда липидлар кўринади.

Лимфоцитома ҳамма ёшдаги болаларда учрайди. Касаллик белгилари яшил-кўкимтир ёки қизғиш рангли, юмшоқ консистенцияга эга, соғлом теридан кўтарилиб турадиган, чегараланган ягона тугунча ёки тугунчалар тўпламининг пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпинча жараён юз (ёнок, пешона, қулоқ юмшоғи) бўйин, бошнинг сочли қисмларида кам ҳолларда эса тана тери соҳаларида жойлашади. Баъзан лимфоцитома ўзаро бирикиб кетишга мойил бўлиб, инфилтратларнинг кўринишига эга бўлади. Беморларда субъектив шикоятлар бўлмайди.

Дерма соҳасида массив кўринишда бўлган инфилтрат кузатилади, улар таркиби етилган лимфоцитлар, ретикуляр ҳужайралардан ташкил топган бўлади.

Таққослов ташхиси невуслар, тери саркоидлари (ангиолопоидлар), қизиқ югурик, сил қизил югуриги билан ўтказилади.

Чегараланган, якка лимфоцитомалар электрокоагуляция ёки хирургик йўл билан олиб ташланади.

МАСТОЦИТОЗ ЁКИ ПИГМЕНТЛИ ЭШАКЕМ КАСАЛЛИГИ

Мастоцитоз ёки пигментли эшакем касаллиги илк бор 1869 йилда Nettleship томонидан таърифланган. Касалликнинг батафсил клиник симптоматикси эса 1878 йил Saugstter томонидан таърифланган ва у пигментли доғларнинг уртикар кўринишда бўртиши симптомини таъкидлаган ҳолда касалликка “пигментли эшакеми” номининг берилишини таклиф қилган, “Мастоцитоз” атамаси тизимли (системали) касаллик маъносини билдиради, бу ном орқали янги пайдо бўлган булутсимон хужайраларни (мастоцитларни) нафақат терида соҳаларида, балки паренхиматоз аъзоларда жойлашиши ҳолати ҳам тушунилади. Жараён генетик асосланган бўлганлигига қарамасдан ирсийлик тури аниқланмаган. Тери ва ички аъзолардаги тизимли мастоцитар инфльтрациялар бўлиши пигментли эшакемини ҳозирги вақтда ретикулёзлар туркумига киритилишга асос бўлади.

Пигментли эшакем касаллиги белгиларининг терида намоён бўлиши турлича, лекин кўпинча пигментли доғ ва папулёз тошмалар шаклида бўлади. Доғли тошмалар думалоқ ёки овал, чизикли, пушти, тўқ қизил, оч ёки тўқ жигарранг тусли, чегаралари аниқ бўлиб, уларнинг диаметри 3 мм дан 5-8 мм гачани ташкил этади ва улар алоҳида жойлашган бўлади, айрим жойларда улар катта қисмларга нотўғри шаклли контурлар билан бириккан бўлади. Доғлар тугунлар билан теридан бироз кўтарилган ҳолда бирикади, улар катталиги тарик донидан ясмиқ донигача, шакли думалоқ, кўпроқ овал, чўзилган чизиклар кўринишида бўлиб, ўзига хос тўқ жигаррангли кўринишларда бўлади. Тошмалар кўп миқдорда гавдада, қўл-оёқларда, баъзан эса юз соҳасида, бошнинг сочли қисмида ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида кузатилади. Беморларни кўпинча субъектив шикоятлар безовта қилмайди, лекин баъзан вақтинчалик енгил қичишиш бўлади. Бемор болалар артинганда, шунингдек, иссиқ ванна қабул қилингандан кейин тошмалар бўртади, уртикар кўринишда пушти ранг шишлар пайдо бўлади (Унна ёки Nettleship симптоми), бу ушбу дерматоз учун хос

бўлган патологик белги бўлиб ҳисобланади. Бўртиш симптоми асосида брадикинин моддасининг мастоцит, яъни булутсимон хужайраларидан озод бўлиши натижасида пайдо бўлади. Пигментли эшакемининг одатдаги кечишида беморларнинг умумий ҳолати деярли ўзгармайди. Қон таркибида эозинофилия (7% дан 14% гача), лимфоцитоз (33-18%) ва моноцитоз (9-12%) каби ўзгаришлар аниқланади. Сийдик таркибида эса баъзан гистамин миқдорининг ошганлиги аниқланади.

Пигментли эшакеми кам ҳолатларда тугунсимон тошмалар сифатида намоён бўлади (ксантелазмоидеа типи – *mastocytose multinodulare urticaria pigmentosa xanthelasmaidea*). Улар катта бўлмаган, зич, сарғиш-жигарранг, силлик, енгил инфилтратцияланувчи ёки лихенифицирланувчи юзали кўринишларга эга бўлади. Пигментли эшакемининг буллёз, инфилтратив-эритродермик, шишсимон, атрофик ва телеангиоэтик варинатлари фавкулудда кам ҳолатларда учрайди. Тумороз инфилтратлар билан диссеминирланган мастоцитоз, тугунсимон – буллёз ва эритродермик шакллари мўл-кўл мастоцитар инфилтратция ва лимфоретикуляр гиперплазия билан бирга кечади (гепатоспленомегалия, лимфадекопатия, лейкомик реакция билан анемия, шунингдек, суяк моддасининг сийраклашиши кўринишларида).

Тошма элементларининг ишқалашга уртикар кўринишда жавоб бериб бўртиши (Унна симптоми) касаллик ташхиси учун асосий белги бўлиб ҳисобланади. Таққослов ташхиси пигментация билан кузатилувчи эшакем касаллиги билан (*urtica cum pigmentation*), пигмент невуслар ва ксантомалар билан ўтказилади. Эшакем касаллигида асоратланган пигментация билан типик уртикар эффоресценциялар, кескин қичишиш бўлади, механик таъсирланганда эса иккиламчи пигмент доғли реакция кузатилмайди.

Пигмент невуслар анча тўйинган меланин ранги билан ажралиб туради, миқдор жиҳатдан анча кам, ишқалангандан кейин эса бўртмайди. Папулез ва тубероз ксантомалар ўзига хос сарғиш, тўқ сариқ тусларга, анча зич консистенцияга эга бўлиб, ишқалашларга бўртиш билан жавоб бермайди. Касалликнинг кечиши торпид, сурункали кечади, лекин бир қатор ҳолатларда (агар беморларда тизимли мастоцитар пролифератлар бўлмаса) касалликнинг спонтан тузалиш эҳтимоли бор.

Пигментли мастоцитоз асосан симптоматик давога асосланган. Касалликни даволашда антисеротонин, антибрадикинин ва антигистамин каби дори воситаларининг (фенкарол, перитол, сандостен, тавегил, диазолин, димедрол) биргаликда қўлланилиши самарали ҳисобланади. Бир қатор беморларда касаллик яхшиланишига глюкокортикоид гормонлар қўлланилиши орқали эришилади. Болаларда мастоцитознинг тугунли шаклини даволашда гистаглобулин дори воситасини қўллаш яхши натижа бериши қайд этилади. Касаллик профилактикасида беморларга жисмоний ва термик жароҳатлардан эҳтитёт бўлиш тавсия этилади.

ФАКОМОТОЗЛАР

Ўсмалар ҳамда аномалияли ривожланишлар ўртасидаги ўринни эгаллаган касалликлар гуруҳига факомотозлар, деб айтилади. Юнон-часига “факома” нор ёки лентиго маъносини билдиради. Факомотоз иборасини биринчи марта 1921 йилда голландиялик офтальмолог ван дер Хове таклиф этган. Бу гуруҳ касалликлари экто-мезодермал касалликларга мансуб бўлиб, бир вақтнинг ўзида асаб, суяк тизимлари, ички аъзолар фаолиятининг бузилиши билан кечади.

Бурнвел-Прингл (тубероз склероз) касаллиги ёғ безларининг ўсмасимон кўринишдаги аномалия ривожини бўлиб, асосан бемор болаларни туғилишидан бошлаб, кейинчалик эса 4-10 ёшлардан ривожланади, балоғат ёшига келиб эса касаллик тўлиқ шаклланади.

Касаллик белгилари асосан симметрик кўринишда юзнинг марказий қисмида, бурун соҳасида, пешона, ёноқ соҳаларида капалак шаклида жойлашади. Айрим пайтларда касаллик белгилари терининг бошқа соҳаларида, жумладан, тана, бошнинг сочли қисмларида ҳам кузатилиши мумкин. Касалликнинг кечиши бир вақтнинг ўзида асаб тизими томонидан ўзгаришлар билан кечади, беморларда эпилептик тутқаноқлар, аклий ривожланишдан орқада қолиш каби ҳолатлар кузатилади. Касалликнинг иккиламчи белгиларига люмбосокрал невуслари киради. Беморларда тирноқлар атрофлари ёки тирноқ ости соҳаларида ўсмалар, яъни фибромалар пайдо бўлади, аслини олганда бу ўсмалар коллоген тўқимасидан ташкил топган гамартомалар (яъни ўсмасимон ривожланиш аномалияси) бўлиб ҳисобланади. Беморларда тирноқлар дистрофияси, оғиз, бурун, кўз конъюнктиваси ва қизилўнгач шиллик қаватларида қаттиқ таркибли тугунча ва тугунлар кузатилади. 7 ёшгача бўлган бемор болаларда кўл бармоқлари ва тизза бўғимларининг нотўғри шаклда катталаниши, кўкрак қафаси ва умуртқа поғонасини деформацияси ҳамда юқори танглай кўринишидаги ўзгаришлар кузатилади. Деярли 50% дан ортиқ бемор болаларда кўз соҳасида ўзгаришлар кузатилади, бу ўзгаришлар асосан кўрув нервининг глиомаси кўринишида бўлади. Касаллик белгилари вақт ўтиши билан ривожланиб боради, неврологик

ўзгаришлар натижасида ҳар хил кўринишлардаги фалажликлар, сўзлаш қобилиятининг бузилишлари каби ҳолатлар кузатилади. Асосан бемор болалар тутқаноқ хуружларидан вафот этадилар.

Касаллик ташхиси тери томонидан кузатиладиган клиник белгилар, кўз тубидаги ўзгаришлар, тутқаноқ белгилари ҳамда ақлан заифлик ҳолатлари кузатилиши асосида қўйилади.

Беморлар асосан шифокор-невропотологлар томонидан тутқаноққа қарши дори воситаларини қўллаш орқали олиб борилади. Катта ўлчамдаги аденомалар жарроҳлик усули билан ёки криодиструкция усуллари ёрдамида олиб ташланади.

Реклингаузен (нейрофибраматоз) касаллиги тана тери соҳаларида жойлашадиган, кўп сонли юмшоқ ўсмалар шаклида кечадиган касаллик бўлиб, тошмалар ҳажми нўхат катталигидан тухум катталигигача, ҳатто ундан катта гигант ҳажмларда намоён бўлади. Тошмалар асосан тана, қўл-оёқ, бўйин, юз ва бошнинг сочли қисмларида жойлашиши мумкин. Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари ва патогенези ҳозиргача аниқ эмас.

Болаларда касалликнинг ўсмасимон тошмалари кузатилмайди, лекин уларда касаллик белгилари сут-қаҳва аралашмаси ранги кўринишидаги пигментли доғлар кўринишида намоён бўлади, бундай тошмаларни “жигарли доғлар” деб аталади, доғларнинг бундай деб аталишига сабаб уларнинг ранги кесилган жигар рангида бўлади. Тошган тошмалар бемор болалар туғилишидан бошлаб пайдо бўлади, уларни кўпинча янглишиб туғма холлар, деб талқин этилади. 50% нейрофиброматоз касаллиги билан хасталанган бемор болаларда кўз аъзоси томонидан ўзгаришлар кузатилади, улар кўрув нерви глиомаси, қон томирлар невриномаси, тўрсимон қаватда эса доғли тугунчалар, яъни факомалар кўринишида намоён бўлади. Юқорида қайд этилган ўзгаришлар кўрув нерви атрофиясига ва эшитув нервининг зарарланишига олиб келади, натижада кўриш ва эшитиш қобилиятининг пасайиши, ҳаттоки йўқолиши ҳолатлари кузатилади, бемор болаларда ақлан заифлик ва ривожланишдан орқада қолиш ҳолатлари қайд этилади. Уларда кўпинча депрессив ўзгаришлар, суяк ва таянч тизими тарафидан кифоз, сколиоз каби ўзгаришлар кузатилади.

Бемор болалар 10-15 ёшга етганда улар тери соҳаларида юмшоқ ўсмалар пайдо бўла бошлайди, уларнинг сони кўпайиб, ҳажми эса катталаша бошлайди. Бундан ташқари бемор болаларда ўзгаришлар

кузатилади, улар ўсувчан ёки чуқур невуслар кўринишида, ангиомиома ва липома сифатида намоён бўлади.

Болаларда нейрофиброматоз касаллигига ташхис қўйишда қуйидаги ҳолатларни инобатга олиш лозим: агар беморларда 6 ва ундан ортиқ сут-қаҳва аралашмаси рангида бўлган доғли тошмалар кузатилса, бу майда пигментли доғлар кенглиги кўндалангига 1,5 мм дан катта бўлса, кўрув нервнинг глиомаси кузатилса ва ушбу касалликни бемор қариндошларида кузатилиши ҳолати аниқланса, бу касаллик ташхисини қўйишга асос бўлади. Касалликнинг давоси асосан консерватив бўлиб, махсус даво чоралари йўқ. Мабодо катта ҳажмдаги фибромалар безовта қилса, у ҳолда улар жарроҳлик усули билан олиб ташланади.

Ҳалқасимон гранулёма касаллиги асосан болалар ўртасида учрайдиган касаллик бўлиб, касалликни илк бор 1902 йил Крокер таърифлаб берган. Ҳозирги кунга қадар касалликнинг аниқ сабаби ёритиб берилмаган. Шунга қарамасдан касаллик асосида ётадиган қатор сабаблар кўрсатиб ўтилади. Олдин касалликнинг сабаби асосида сил касаллиги ётади, деб ҳисобланиб келинган бўлса, кейинги пайтларда олиб борилган текширувлар натижасида ҳалқасимон гранулёма касаллиги асосида сил касаллиги ётмаслиги тўлиқ инкор этилди. Айрим муаллифлар касалликни ретикулёзлар вакили бўлган саркоидозларга тааллуқли, деб ҳисоблайдилар. Касаллик асосида углевод алмашинувининг бузилиши натижасида келиб чиқадиган гипергликемия ҳолати ҳам ётади деган фикрлар мавжуд. Бунинг исботи сифатида ҳалқасимон гранулёма касаллиги билан хасталанган бемор болаларни даволашда ўтказилган диабетга қарши дово чоралари юқори самара берганлиги асос қилиб олинади. Касаллик белгиларини асосан тери соҳаларининг очиқ ерларида жойлашганлиги ушбу касалликнинг келиб чиқишида куёш нурлари таъсири ҳам аҳамият касб этади, деб эътироф этилади.

Ҳалқасимон гранулёма касаллиги майда қаттиқ тугунчали тошмалар кўринишида бошланади, улар ҳалқа ва ярим ҳалқа шаклида гуруҳланишга мойил бўлиб, турли шакл ва кўринишларда намоён бўлади. Тугунчали тошмалар ранги тери рангида, оч пушти ранг ёки кулранг қизил рангларда бўлиб, марказий қисми яссиланган, чегаралари эса бироз кўтарилиб туради ва ҳалқа кўришида бўлади. Тошмалар асосан қўл ва оёқ қафтлари орқа юзаларида, бўғинлар атрофида, болаларда эса касаллик белгилари

юз, тана тери соҳаларида, думба соҳаларида кузатилади. Айрим ҳолларда болаларда гигант ҳалқали гранулёмалар кузатилади, бундай ўчоқлар думалоқ шаклда катта ҳажмларни эгаллайдиган плакчалар тарзида намоён бўлади. Касаллик белгилари бир неча ой ёки йиллар ўтгандан кейин даволанмаса ҳам ўз-ўзидан йўқолиб кетиши мумкин, тошмалар ўзидан кейин иккиламчи вақтинчалик доғлар қолдиради. Касаллик хавфсиз тугайди, асоратлар кузатилмайди.

Касалликни даволашда ўчоқлар жойлашган тери соҳаларига гидрокортизон суспензиясини кавлаб юборилади. Ўчоқларини хлорэтил билан музлатилиб, окклюзион боғламлар қўйилиши тавсия этилади. Айрим ҳолларда маҳаллий даво сифатида ўчоқларга суюлтирилган азот ёки кўмир кислотаси музи билан ишлов берилади. Даво сифатида баъзи ҳолатларда перефирик ҳалқа ҳудудида кичик қирқишларнинг ўтказилиши касалликни даволашда самара беради. Албатта бундай даволаш усуллари умумий симптоматик даво ўтказилиши билан баргаликда олиб борилиши лозим.

Липоид некробиоз касаллиги тўғрисида илк бор 1929 йил Оппенгейм ахборот берган. Касалликнинг аниқ сабаби ҳозиргача аниқланмаган. Касаллик билан асосан катта ёшдаги инсонлар хасталанадилар, касаллик кўпроқ аёлларда учрайди. Касалликнинг юзага келишида қандли диабет касаллиги муҳим ўрин тутиши қайд этилади, бунинг тасдиғи сифатида липоид некробиоз касаллиги билан хасталанган беморларнинг деярли 60% да қандли диабет касаллиги мавжудлиги қайд этилади. Касалликнинг келиб чиқишида инфекция омилларининг ўрни ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Касалликнинг клиник кўриниши болдир, сон соҳаларида, айрим ҳолларда эса кафт юзаларида ва юз соҳаларида пушти-қизил, кўкимтир ранг, думалоқ ва овал шаклидаги плакчалар сифатида намоён бўлади, ўчоқлар пайпаслаб кўрилганда сатҳлари силлиқ бўлиб, ялтираб туради. Ўчоқлар кўпинча симметрик ҳолда жойлашади, уларнинг сони унчалик кўп бўлмайди, кейинчалик плакчалар марказий қисми чўкиб, атрофияланади, айрим ҳолларда эса улар яраларга айланади. Ўчоқлар атрофи аниқ чегараланган, нотўғри контурга эга бўлиб, кўкимтир-сафсар ранг кўринишида бўлади. Ўчоқлар узоқ вақт давом этиб, кейинчалик атрофик чандиқлар ҳосил қилиб йўқолиб кетиши мумкин. Касаллик узоқ вақт давом этиб, сурункали-қайталама кўринишларда кечади.

Касаллик ташхиси гистологик текширувлар асосида қўйилади. Текширувларда коллоген толаларининг фибриноид дегенерацияланган ўчоқларида бўғдой кўринишида липид тўпламаларининг бўлиши касалликка хос бўлиб, уни тасдиқлайди.

Касалликка даво чораларининг ўтказилиши жараёнида албатта углевод алмашинувини меъёрига келтириш мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади. Липоид некробиоз касаллиги ўчоқларига маҳаллий гидрокортизон суспензияси ёки инсулин юбориш усули қўлланилади. Беморларни даволашда узок вақт давомида А, Е витаминлари, аевит препаратлари тавсия этилади. Қон томирларини кенгайтирувчи дори воситаларидан компаламин, андекалин, никошпан, теоникол, депопадутинлар берилади. Маҳаллий даволашда эса глюкокортикоид малҳамлар тавсия этилади.

ТЕРИНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Маълумки тиббиётда 2 хил турдаги – хавфсиз ва хавфли ўсма касалликлари тафовут этилади. Болаларда ушбу касалликларнинг хавфсиз турини хавфли турига нисбатан 10 баробар кўпроқ учраши қайд этилади. Шунинг учун ҳам дарсликнинг ушбу бобида асосан болаларда учрайдиган терининг хавфсиз ўсма касаллиги тўғрисидаги маълумотлар ёритиб берилади.

Терининг хавфсиз ўсма касалликлари орасида невуслар асосий ўринни эгаллайди. Невуслар асосан эмбрионал даври ривождаги камчилик сифатида шаклланиб, таркиби невос ҳужайраларидан ташкил топган бўлади. Болаларда касалликнинг таснифи морфологик кўринишларга асосланган ҳолда қон томирли, пигментли, гиперкератотик, аденоматоз, фибраматоз, цистаматоз (атераматоз) ва невоид касалликлари ва синдромларидан иборат бўлади.

Қон томирли невуслар болаларда учрайдиган терининг хавфсиз ўсмаси бўлиб, ривожланиш даражаси ва жойлашиш чуқурлиги бўйича ясси ва тубероз-кавернали гемиангиома турлари тафовут этилади. Қон томирли невусларнинг ясси тури доғ кўринишида бўлиб, телеангиоэктазияларнинг бирикишидан ҳосил бўлади. Уларнинг ҳажми турли катталиқда, ҳамда шаклларда, ранглари эса тўқ қизил рангларда бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб туради. Ясси гемиангиомаларнинг юлдузсимон тури бўғдой ҳажмидаги тугунчалар кўринишида бўлиб, тўқ олхўри рангида, атрофга қон томирлардан ташкил топган нур сингари, яъни юлдуздан таралаётган нур кўринишида намоён бўлади, асосан бу гемиангиома болаларда юз соҳасида жойлашади. Қон томирли гемиангиомаларнинг яна бир намоёндаси оловсимон невуслар ҳисобланиб, улар тангадан кафт ҳажмигача, кўкимтир-қизил рангли кўринишларда бўлиб, асосан ассиметрик ҳолда юз ва кўкрак соҳаларида жойлашган бўлади.

Тубероз-кавернали гемиангиомалар асосан қон томирларнинг ўсиб кетиши натижасида бўшлиқлар ҳосил бўлиши ва уларни тўлдириб турадиган вена қонидан ташкил топган бўлади. Асосан гемиангиоманинг бу тури қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан

икки баробар кўп учрайди. Бундай гемиангиомалар асосан юз, бошнинг сочли соҳаларида, айрим ҳолларда эса қўл-оёқларда ҳамда таналарда жойлашади. Уларнинг жойлашиши юзаки ва чуқур кўринишларда бўлади. Юзаки жойлашган гемиангиомалар тўқ-қизил рангли ёки кўкимтир-қўнғир рангли, алоҳида варикоз кўринишида кенгайган бўлиб, улар сатҳи тартибсиз жойлашган қон томирлар ва уларнинг чатишиши натижасида нотекис кўринишда бўлади. Чуқур жойлашган ҳолатларда эса гемиангиомалар жойлашган тери сатҳлари оддий рангда бўлиб, айрим телеангиоэктазиялардан иборат бўлади.

Қон томирли ангиомаларнинг давоси касалликнинг клиник шаклига, жойлашишига ва бошқа касалликлар билан биргаликда келишига қараб олиб борилади. Масалан юлдузсимон ангиомалар нуқтасимон электрокоагуляция орқали, тубероз-каверноз ангиомалар эса жарроҳлик йўли билан олиб ташланади. Ангиомаларни муз орқали, рентген ва радиоизотоп нурлари орқали даволаш усуллари ҳам қўлланилади.

Пигментли невуслар асосан болалар туғилиши билан пайдо бўлади. Улар тўқ жигарранг ёки қора ранг доғлар кўринишларида намоён бўлиб, асосан тери эпидермиси базал қаватида меланин моддасининг тўпланиши ҳисобига пайдо бўлади. Пигментли невусларнинг турли клиник шакллари бўлиб, улардан бири бу лентигодир. Лентиго бу аниқ чегараланган, турли ҳажмдаги доғлар бўлиб, улар сатҳи силлиқ ёки ғадир-будур бўлади ва тери соҳаларида тарқоқ кўринишларда жойлашади. Пигментли невусларнинг яна битта намоёндаси бўлиб зангори ранг невуслар ҳисобланади. Зангори ранг невуслар думалоқ ёки овал шаклидаги тугунчалар бўлиб, таркиби қаттиқ эластик, кўриниши аниқ, яримсферик ҳолида тери сатҳларидан кўтарилиб туради. Кўз, юқори жағ невуси ёки Ота невуси кўкимтир-қора ёки тўқ қора рангли пигментли доғ кўринишларида учламчи нервнинг биринчи ва иккинчи шохлари ҳудудида ассимметрик кўринишларда пайдо бўлади. Бу невос асосан туғма бўлиб, айрим ҳолларда эса эрта болалик ёки ўсмирлик даврларида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Жараённинг кечиши мобайнида бемор болалар кўз конъюктивасини, склераси, шох пардасининг меланинли доғланиш ҳолати кузатилади. Айрим ҳолларда лаблар, юмшоқ танглай, томоқ ва ҳалқум

соҳаларининг бир томонини тўқ жигарранг кўринишдаги доғланиши кузатилиши мумкин. Ота невоси бир умр сақланиб қолиши мумкин.

Невусларнинг гигант пигментли тури асосан эмбрионал жиҳатдан ривож топган. У нафақат пигмент доғлари кўринишида намоён бўлади, балки одатда уларнинг сатҳи сўгалсимон кўринишда ўсиб кетади, сатҳлари эса туклар билан ҳам қопланган бўлади, шунинг учун ҳам бундай невусларни гигант сочли невуслар, деб аталади. Айрим ҳолларда гигант пигментли невусли беморларда гидроцефалия, тутқаноқ ва бошқа неврологик ўзгаришлар каби туғма етишмовчиликлар кузатилади. Невусларни “қоплон” синдроми деб аталадиган турининг белгилари болаларда туғилишлари биланоқ ёки улар туғилганларидан сўнг биринчи ойларда намоён бўлади. Ушбу синдром тана тери соҳаларида пигмент доғлар, сепкиллар кўринишда намоён бўлиб, туғма юрак етишмовчилиги ва ақлан заиф ривожланиш каби ўзгаришлар билан биргаликда кечади. Натижада бемор болалар ҳам ақлан ва ҳам жисмонан ўсишдан орқада қоладилар, бемор болалар 3-5 ёшларга етганларида уларда эшитиш қобилиятининг пасайиши, ҳаттоки, умуман йўқолиб қар бўлиб қолиш ҳолати кузатилади. Бемор болалар болалик даврларида у ёки бу етишмовчиликлар натижасида вафот этадилар.

Сўрғичсимон (папилломатоз) невуслар аста-секин ўсадиган, сўрғичсимон кўринишга эга бўлиб, сатҳи ғадир-будир бўлади, жараён асосан бошнинг сочли, юз соҳаларида ва тананинг бошқа соҳаларида пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг гиперкератотик ёки сўгалсимон клиник шакли сатҳи сариқ-кулрангли ёки тўқ-қора рангли шохсимон қобиғлар билан қопланган сўрғичсимон ўсимталар кўринишида намоён бўлади. Уларнинг сатҳи ғадир-будир, бура-масимон, ёриқлардан иборат бўлади. Невусларнинг ушбу клиник тури айрим ҳолларда нерв толалари бўйлаб ассиметрик жойлашади. Жараённинг бошнинг сочли қисми соҳаларида жойлашиши натижасида веррикуоз невос сочли бўлади. Сўрғичсимон невусларнинг асосий қисми болаларда хавфсиз кечади, шунинг учун ҳам уларни болалар 1,5-ёшларга етганларда юқорида қайд этилган усуллар ёрдамида олиб ташлаш мумкин.

Аденомакистоз невуслар асосан ёғ безларининг гиперплазияси натижасида пайдо бўлади. Ёғли невос болалар туғилиши пайтиданок пайдо бўлиб, улар асосан бемор болалар бошининг сочли ва юз

соҳаларида жойлашади. Айрим ҳолларда эса невоид тузилмалар лаб ёки шиллик қаватларда майда, каттиқ, оқ-сарик рангли, бўғдой дони ҳажмида, кўпинча ўзаро кўшилган тугунчалар кўринишида намоён бўлади. Касалликни бундай кўриниши Фордайса касаллиги, деб номланади ва касаллик хавфсиз кечади. Аденоматоз невусларни даволашда кучсиз электр токлари ёрдамида куйдириш, муз билан даволаш ҳамда жарроҳлик усуллари ёрдамида олиб ташлаш усуллари қўлланилади.

Цистаматоз ёки атероматоз невуслар ёғ безларининг чиқарув йўлларида ҳосил бўлувчи невуслар бўлиб, уларнинг вакили бўлиб милиумлар ҳисобланади, милиумлар асосан якка ёки кўпчилик бўлиб пайдо бўладиган, оқ-сарик рангли, катталиги кўкнори уруғи ёки тўғноғич боши ҳажмида бўлган, қаттиқ консистенцияли тугунчалар шаклида намоён бўлади. Жараён асосан юз, кўкрак тери соҳаларида ва тананинг орқа соҳаларида жойлашади. Атеромалар ҳам ёғ безларининг кистаси ҳисобланиб, улар асосан бошнинг сочли қисмларида, кўкрак ва орқа тери соҳаларида жайлашади. Атеромалар ҳажмининг катталиги билан ажралиб туради, яъни улар нўхат ҳажмидан ўрмон ёнғоғи катталигида ва ундан ҳам катта ҳажмларда бўлиши мумкин. Улар қаттиқ эластик консистенцияга эга бўлиб тери сатҳидан кўринарли даражада кўтарилиб туради. Атеромалар асосан болаларда уларнинг ўсмирлик даврларида кўпроқ учраши ҳолати қайд этилади, уларни кечиши себорея ва хуснбузар касалликлари белгилари билан биргаликдаги кўринишларда намоён бўлади. Атеромалар асосан жарроҳлик усуллари ёрдамида даволанади.

Кератоакантомалар катталиги эпителиал ўсимталарга мансуб бўлиб, асосан катта ёшлардаги инсонларда учрайди, лекин касаллик белгиларининг учраш ҳолати болалар орасида ҳам қайд этилади. Кератоакантома белгилари юзнинг ёноқ, чакка ва бурун соҳаларида пушти-қўнғир ёки қизил-кулранг кўринишларда, қаттиқ консистенцияли, ҳажми тўғноғич боши ва нўхат катталигида, думалоқ ёки овал тугунчалар шакли кўринишлари билан намоён бўлади. Уларнинг марказий қисмлари кратер кўринишида ботиқликка эга бўлиб, улар таркиби ғовак шохсимон қипиқлардан иборат бўлади. Кератоакантомаларнинг қўл кафти, оёқ кафти соҳаларида жойлашиши уларни худди оддий сўгал билан

ўхшашликда бўлишини кўрсатади. Кератоакантомалар асосан жарроҳлик усуллари ёрдамида олиб ташланади.

Дермали кисталар болаларда учрайдиган хавфсиз эпидермал ўсмалар бўлиб, улар асосан эмбрионал даври ривождаги этишмасликлар натижасида вужудга келади. Бу кисталар асосан думалок, овал шаклларида бўлиб, юмшоқ консистенцияли, хамирсимон юмшоқликка эга, асосан тери ости ёғ қаватларида жойлашади. Кисталар болаларда асосан кўз соҳасининг ташқи ва ички бурчакларида, чакка соҳаларида, кулоқ супураси атрофида, лаб-бурун ва бурун-ёноқ бурамалари соҳаларида жойлашиши билан намоён бўлади. Дермоид кисталар таркиби асосан терининг барча соҳалари ҳисобига ҳосил бўлганлиги сабабли уларнинг таркибида рудементар кўринишда бўлган ёғ, тер безлар ва соч фолликулаларини учратиш мумкин, бу эса ўз навбатида касалликка тўғри ташхис қўйиш имконини беради. Дермоид кисталари асосан жарроҳлик усули орқали даволанади.

Бўғинолди гипертрофик невуслари болаларда қўл бармоқларида улар туғилганларидан сўнг биринчи йилларида, асосан ўғил болаларда учрайди. Қўл бармоқлари ёки кафт-бармоқ соҳаларидаги бўғинлар атрофида қаттиқ-эластик консистенцияли, қалинлашган, меъерий тери ранги ёки тўқ-қизил ва қўнғирсимон рангли кисталар кузатилади. Айрим беморларда папилломатоз ўсиб кетишлар кузатилади улар гиперкератоз кўринишида намоён бўлиб, худди сўгалларни эслатади. Касаллик торпид кечади. Бўғинолди гипертрофик невуслари давосида А ва Е витаминлари ичишга тавсия этилади. Маҳаллий 5-10% ли салицил кислоталарини таркибида сақлайдиган малҳам ҳамда Букки нурлари ва рентген даво усуллари қўлланилади.

ХЕЙЛИТЛАР

Сурункали аллергик дерматозларда кузатиладиган лаб териси ва шиллик қаватининг яллиғланиш ҳолатига хейлит, деб аталади. Касалликнинг клиник шакллари Машкилейсон А.Л. (1984) томонидан таклиф этилган тасниф орқали талқин этилади. Бунга асосан хейлитлар бирламчи ва симптоматик турларга бўлинади. Бирламчи хейлитларга эксфолиатив, glandуляр, контакт, метеорологик, актиник ва Мангоноттини аброзив хейлитлари киради. Симптоматик хейлитлар намояндаси бўлиб атопик, экзематоз, макрохейлит ва микотик хейлитлар ҳисобланади.

Эксфолиатив хейлит лаб қизил ҳошияси ўрта қисми ҳамда ички қисми соҳаси, яъни Клейн соҳасининг сурункали яллиғланиши бўлиб, унга яқин жойлашган лаб тери соҳалари эса жараёнга жалб этилмайди. Касаллик асосан қиз болалар ўртасида кўпроқ қайд этилади, беморларда кўпинча вегетоневроз, ҳароратнинг юқори бўлиши билан кечадиган хасталикларда кузатилади. Касалликни қуруқ ҳамда экссудатив кўринишларда кечадиган клиник турлари тафовут этилади. Қуруқ турида лаб қизил ҳошияси сатҳи қуруқ бўлиб, оқиш қипиқлар билан қопланган бўлади, ушбу соҳаларда ёриқларни ва улар сатҳида эса қобиғларни кузатиш мумкин. Қипиқ ва қобиғларнинг кўчиши натижасида қизил рангли, ялтираб турадиган сатҳларни кўриш мумкин. Касалликнинг экссудатив турида эса лаб қизил ҳошиясининг ўрта қисми ҳамда Клейн худудининг шишиб кетиши ва улар сатҳининг серозли ва йирингли қипиқ ва қобиғлар билан қопланиши қайд этилади. Ушбу қобиғ ва қазғоқларнинг кўчиб тушиши натижасида эса хўлланиб ва қонталашиб турадиган эрозияли ўчоқлар кузатилади. Бемор болаларни лаб соҳасида оғриқ безовта қилади. Жараён сурункали-қайталама кўринишда кечиши мумкин.

Эксфолиатив хейлит касаллигини актиник хейлит, қизил ясси темирлатки ва қизил югурик касалликларини лаб соҳаларида жойлашган ҳолатлари билан таққосланади. Бундай ҳолаталарда албатта бемор болалар касаллиги ҳақида тўғри йиғилган маълумотлар катта аҳамият касб этади. Актиник хейлит ва қизил

югурик касалликларида лаб соҳаларида чегараланган инфильтрация-ланиш ва гиперкератоз ҳолатлари кузатилади. Қизил ясси темиратки касаллигининг лаб соҳасидаги ўчоқларида эса гулсафсар, сиёхранг, ясси кўринишда бўлган лихеноид тугунчалар кузатилиб, уларда Уикхем белгиси мусбат бўлиши қайд этилади.

Касалликни даволаш антигистамин (фенкарол, супрастин, пиполфен, перитол, диазоли), гипосенсиблизацисловчи (глюконат кальций, хлорид кальций, тиосульфат натрий), витамин (B_2 , B_6 , B_{12} , B_{15}), зарурат туғилганда эса седатив (валериана, пустирник, калий бром, натрий бром, бромкамфора) ва психотроп дори воситаларини (андаксин, мепробамат, элениум, тазепам, седуксен) тавсия этиш билан олиб борилади. Маҳаллий ўткир яллиғланиш билан кечадиган ҳолатларда ўчоқларга 2% ли борий кислотаси, 1% ли резорцин эритмалари хўллаб қуриштириш мақсадида қўлланилади. Сўнг эса ўчоқларга глюкокортикоид малҳамлари ёки кремларини (гидрокортизон, преднезалон, синафлан, лоренден) суртиш тавсия этилади. Инфильтрация ва гиперкератоз кўринишида кечадиган ҳолатларда эса 1-2% ли салицил кислотаси малҳамлари сўнг эса глюкокортикоид малҳамлари ва кремларини суртиш белгиланади.

Гландуляр хейлит бу ички лаб соҳаси сўлак безларининг гиперплазияси кўринишида намоён бўлиб, болаларда балоғат ёшига ўтиш даврида кузатилади. Касалликнинг бирламчи оддий (идиопатик) ва симптоматик клиник турлари тафовут этилади. Бирламчи оддий glandуляр хейлит ички лаб соҳаси сўлак безлари гиперплазияси, гипертрофияси кўринишида кечади, натижада лаб шиллик қаватлари донатор кўринишни олади, улар сатҳи эса нотекс бўлади. Сўлак безлари чиқарув қисмлари кенгайган бўлиб, улардан сўлак ажралиб туради, ажралган сўлак аввалига сўлак безлари атрофини, кейинчалик эса ички лаб шиллик қаватини ҳамда лаб хошияси худудларини тилинишга олиб келади. Иккиламчи стрепто-стафилококкли инфекциялар қўшилиши натижасида жараён йирингли-яллиғланиш кўринишини олади, сўлак безлари катталашиб қаттиқ тугунчалар шаклини олади ва улардан сўлак билан биргаликда йиринг ажралиши кузатилади. Кейинчалик жараён бутун лаб соҳасини эгаллайди, натижада лаб соҳаси инфилтралланади, шишади, сатҳи серозли ва йирингли қобиғлар билан қопланади, қобиғлар остида эса эрозияланиш ҳолати кузатилади. Жараён экзематизация ва элефатиаз кўринишини олиши мумкин. Иккиламчи

гландуляр хейлит қизил ясси темиратки, қизил югурик ва Мелкерсон-Розентал синдромларида кузатилиши мумкин.

Гландуляр хейлит касаллигини даволашда асосан экзематизация ҳолатини бартараф этишга қаратилади, бу борада беморларга антигистамин, гипосенсибилизацияловчи, кальций дори воситалари тавсия этилади. Маҳаллий гипертрофияланган сўлак безларини босқичма-босқич электрокаугуляция усули орқали даволанади, беморларга Букки нурлари билан даволаш тавсия этилади.

Экзематоз хейлит болаларда асосан экзема, атопик дерматит, нейродермит ва эшакем касалликлари кечишида кузатилади. Касалликни ўткир ва сурункали турлари тафовут этилади. Ўткир экзематоз хейлит бутун лаб қизил ҳошияси қисмини, лаб терисининг шишиши, қизариши ва улар сатҳида майда пуфакли тошмаларнинг пайдо бўлиши билан кечади. Лаб ички соҳаларида эрозияли ўчоқлар кузатилади, улар кўпинча юпқа серозли ва қонли пардалар билан қопланган бўлади. Касалликни сурункали кўринишда кечишида эса лаб қизил ҳошия қисми ва лаб териси соҳалари инфилтралланган, шишган бўлиб, улар сатҳи серозли қобиғлар ва қипиқлар билан қопланган бўлади, чуқур кўринишда бўлган ёриқлар кузатилади. Чуқур ёриқлар кўпинча лаб бурчаклари соҳаларида сақланиб, серозли-йирингли қобиғлар билан қопланган бўлади, касалликнинг бундай кўриниши худди стрептококкли импетиго касаллигини эслатади.

Экзематоз хейлит касаллигининг клиник турларидан бири бўлиб контакт аллергик хейлит ҳисобланади. Касалликнинг бу тури асосан лаб соҳасига аллергик жиҳатидан таъсир этувчи омиллар натижасида (тиш ювиш воситалари, совунлар, лаб бўёқлари, ўсимликлар барглари) вужудга келади. Касаллик ўткир бошланиб, лаб қизил ҳошияси ва Клейн соҳасининг шишиши, қизариши кузатилади, айрим ҳолатларда майда пуфакчали тошмалар ва эрозиялар кузатилади. Лаб қизил ҳошияси худуди қипиқ ва қобиғлар билан қопланади, ёриқлар ҳам кузатилиши мумкин.

Экзематоз ва контакт аллергик хейлитларнинг давоси худди эксфолиатив хейлит касаллиги давоси каби олиб борилади.

Актиник хейлит асосан беморларда, уларни узоқ вақт давомида очик ҳавода, қуёш нурлари, қаттиқ шамол, юқори ҳарорат таъсирида бўлганларида вужудга келади. Касаллик белгилари бутун лаб қизил ҳошияси соҳасининг қуруқ бўлиши, қипиқланиши ва ёрилиши

кўринишида (макрохейлия) намоён бўлади. Бундай ҳолатларда беморларда овқатланиш, суюқлик ичиш вақтларида оғриқлар безовта қилади. Лаб соҳасидаги чуқур ёриқлар кўпинча қонаб, сатҳи қонли қобиғлар билан қопланиб туради. Касалликни даволашда асосан безгакка қарши дори воситалари (хлорохин, делагил, плаквинил), витаминлар (аскорбин кислотаси, аевит, В₂, В₁₅) тавсия этилади. Маҳаллий глюкокортикоидли малҳамлар, кремлар, ируксол ва метилурацил малҳамлари суртилади. Актиник хейлит касаллигини олдини олиш мақсадида куёш нурларидан ҳимоя қилувчи дори воситалари (“Луч”, “Щит”, “Крем от загара”) тавсия этилади.

Микотик хейлит касаллигининг асосий сабаби *Candida albicans* синфига мансуб инфекция бўлиб, касаллик асосан оғиз бўшлиғи кандидози билан биргаликда ёки мустақил равиш ҳам кечиши мумкин. Касалликнинг келиб чиқишига болаларнинг нотўғри овқатланишлари, В₂ гиповитоминози, оқсил ва углеводлар алмашинувининг бузилиши, узоқ вақт антибиотик, глюкокортикоид дори воситаларини қабул қилиши каби ҳолатлар сабаб бўлади. Касаллик белгилари лаб қизил хошияси соҳасининг бутунлай қизариши, шиши, қуриши, қипиқланиши ва юзаки ёриқларнинг пайдо бўлиши кўринишида кечади. Оғиз бурчаги соҳаларида усти оқиш, енгил кўчадиган, оғизсимон қопламалар билан қопланган эрозиялар кузатилади. Улардан олинган таркибий қисмлардан замбуруғларнинг топилиши касалликка осон ташхис қўйиш имконини беради.

Микотик хейлит касаллигининг давоси беморларга ачитқили замбуруғларга қарши дори воситаларини (нистатин, леворин), маҳаллий эса анилин бўёқларини, декамин малҳамини тавсия этиш билан олиб борилади.

II БЎЛИМ

ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Захм

Захм (Syphilis) касаллиги сурункали юқумли касаллик бўлиб, асосан касаллик жинсий алоқалар орқали юқади ва узоқ вақт давомида беморлар организмида тўлқинсимон кўринишда кечиши билан намоён бўлади. Захм касаллиги асосан жинсий йўллар орқали юққанлиги туфайли уни таносил касалликлари қаторига киритилади. Касаллик қўзғатувчиси рангсиз (оқиш) трепонемаларни (*Treponema pallidum*) 1905 йил 3 март куни илк бор Шаудин ва Гоффманлар кашф этишган. Касаллик қўзғатувчисини оқиш трепонемалар, деб аталишига сабаб, ушбу трепонемаларни анилин бўёқлари билан бўяб кўриш имкони йўқ, шунинг учун уларнинг оддий ёруғликдаги микроскоп остида коронғилаштирилган майдонда кўриш мумкин. Микроскоп остида кузатилганда оқиш трепонемалар 8-14 тагача бир хил катталиқда бўлган гажаклардан иборат бўлиб, уларни тана узунлиги 7-9 мкм ни, эни эса 0,2-0,5 мкм ни ташкил этади. Рангсиз спирохеталар ўзига хос бўлган ҳаракатланиш хусусияти эга бўлиб, бундай ҳаракатланиш бир вақтнинг ўзида олдинга ва орқага турткисимон кўринишларда, соат миллари ҳаракати кўринишларида, букилувчан, тўлқинсимон ва ўз ўқи атрофида айланадиган кўринишлардаги ҳаракатланиш хусусиятларидан иборат бўлиб, бундай ҳаракатлар бир вақтнинг ўзида бажарилади. Рангсиз трепонемаларга хос бўлган бундай ҳаракатланиш хусусиятлари уларни бошқа трепонемалардан ажратишга имкон беради.

Рангсиз трепонемалар қатъий анаэроб бўлиб, кислородли муҳитда, яъни ташқи муҳит шароитида, организмдан ташқари бўлган ҳолатларда, қуруқ сатҳли соҳаларда, ёруғлик таъсирида, юқори ҳароратлар таъсирида тезда nobуд бўладилар. Улар 60° гача қиздирилганда 15 дақиқа мобайнида, 100° гача қиздирилганда эса ўша захотиёқ nobуд бўлади. Таркибида оқиш трепонемалар бўлган суюқликлар, жиҳозлар, тиббий асбоб-ускуналар тиббий тозалагич

воситалари (фенол, сулема, формалин, симоб эритмалари ва кислоталар) таъсирида ҳам тезда нобуд бўладилар. Аксинча тирик тўқима, кислородсиз муҳит, паст ҳарорат, намлик, зах шароитлар ва қоронғулик уларнинг яшаши учун қулай муҳит бўлиб ҳисобланади. Бунга мисол тариқасида шуни қайд этиш лозимки, суюқлик таркибида рангсиз трепонемалар 12 соатгача, мурдалар танасида эса 48 соатгача, ишлов берилган (консервация қилинган) донорлар қонида эса улар 3-6 кунгача тирик сақланиб қолишлари ва патогенлик хусусиятини йўқотмасликлари мумкин. Рангсиз трепонемаларни сунъий озуқа шароитларида ўстириб кўпайтириш, ҳамда штаммларини олиш имконияти йўқлиги сабабли касалликка қарши зардобларни тайёрлашнинг ҳам имкони бўлмайди, демак захм касаллиги билан хасталанган беморларда касалликка нисбатан турғун иммунитет ҳосил бўлмайди. Бундай ҳолат инсонларни захм касаллиги билан бир неча марта касалланишларига олиб келади. Натижада захм касаллигининг кечишида фақат инфекцион иммунитет ҳосил бўлади, яъни юқтирилган захм касаллиги учун вақтинчалик иммунитет ҳосил бўлади, касалликдан тузалиб кетилгандан кейин эса ушбу иммунитет йўқолади. Буни қуйидаги ҳолатларда, яъни суперинфекция ва реинфекция ҳолатларида кузатиш мумкин. Бемор захм билан касалланиш даврида янги захм касаллигини юқтириши мумкин, бошқача қилиб айтганда эски захм билан хасталанган беморда янги юқтирилган захм белгилари қайтадан намоён бўлади, касалликнинг бундай кўринишда кечиши суперинфекция, деб аталади. Агарда захм билан хасталанган беморлар тузалиб кетганларидан кейин ҳам яна захм касаллиги билан хасталанган бўлсалар, бундай ҳолат реинфекция, деб аталади. Юқоридагиларга асосланиб шуни қайд этиш мумкинки, захм касаллиги учун турғун иммунитет ҳосил эмас экан.

Рангсиз трепонемалар асосан ўртасидан бўлиниб кўпаядилар, бироқ уларнинг жинсий йўллар орқали кўпайиши ҳолати ҳам қайд этилади. Электрон микроскоп орқали кузатилганда рангсиз спирохеталар уч қаватли қобиғ билан қопланган бўлиб, улар қобиғ, фибрилла ва цитоплазматик мембранадан иборат бўлади. Рангсиз трепонемалар ноқулай шароитларда (юқори ҳарорат, антибиотиклар таъсирида, антагонист микроорганизмлар таъсирида) цист ёки L-шакллари ҳосил қилиш хусусиятига эга бўладилар. Бундай ҳолатларда улар ўзларини вирулентлик хусусиятларини сақлаб

қолган ҳолда, вақтинчалик касаллик белгиларини намоён қилмайдилар. Бундай ҳолларда бемор организми билан спирохеталар ўртасида вақтинчалик шартли «мувозанат» ҳосил бўлади. Аммо бемор организми қаршилик кўрсатиш қобилятининг пасайиб бориши, бошқа касалликларнинг қўшилиши спирохеталарнинг қайтадан спиралсимон патоген шаклларга айланишига (реверсия деб аталади) шароит яратиб беради. Шунингдек, касаллик юққандан сўнг захм жараёни ҳеч қандай белгиларсиз узоқ муддат яширин кечиши мумкинлиги амалда исбот этилган. Шундай қилиб, захм касаллигини тўқинсимон кўринишда кечиши унинг қўзғатувчиси рангсиз трепонемаларнинг биологик хусусиятига боғлиқ экан.

Захм касаллиги ташхисини тасдиқлаш мақсадида касалликни эрта кечиш даврларида касалликка хос бўлган тошма элементларидан (қаттиқ яра, эрозияли тугунчалар, кенг кондиломалар) рангсиз спирохеталарга текширувлар ўтказилади. Бунинг учун тошма элементлари юзалари натрий хлорнинг изотоник эритмаси билан хўлланган доқалар ёрдамида бир неча марта тозаланади ёки ушбу эритмалар ёрдамида бир-икки кун давомида хўлланади. Кейинчалик текширилаётган тошма элементи юзаси платинали ҳалқача ёки куракча ёрдамида тўқима суюқлигини (райцсерум) тошма юзасига силқиб чиққунча уқаланади. Тўқима суюқлиги пайдо бўлиши билан ундан олинган суюқлик томчиси предмет ойнасига қўйилади ва унга бир ёки икки томчи физиологик эритма томизилади ҳамда қоплагичли ойнача билан ёпилиб, қоронғилаштирилган майдонда микроскоп остида кузатилади. Агарда ушбу усул ўз самарасини бермаса, у ҳолда регионар лимфа тугунлари пунктати таркиби рангсиз трепонемаларга текширилади. Текширилаётган материалда рангсиз спирохеталарнинг топилиши касалликка захм касаллиги ташхисини қўйишга асос бўлади. Бордию дастлабки лаборатория текширувларида трепонемалар топилмаса, изланиш бир неча бор такрорланади.

Захм касаллиги асосан бемор шахсдан соғлом инсонга жинсий алоқалар орқали юқади. Касалликнинг бундай юқиш йўли жинсий йўл, деб аталади. Бундан ташқари касалликни ножинсий юқиш йўллари ҳам мавжуд бўлиб, бундай йўл орқали юқиш асосан соғлом инсонларни бемор шахслар билан яқин маиший алоқаларда бўлганларида, яъни ўпишганда, умумий жиҳозлардан фойдаланил-

ганда (қошиқлар, тиш тозалагичлари, сигареталар, лаб бўёқлари) кузатилади. Касалликни ножинсий йўллар орқали юқиши ҳолатлари касбга алоқадор бўлган ҳолатларда (тиббий ходимларнинг эҳтиётсизлиги туфайли муолажа пайтида касаллик юқтиришлари) ҳам кузатилиши мумкин. Касалликни яна бир юқиш йўли бу қон орқали юқиш йўли бўлиб (гемотрансфузия), бундай ҳолат у ёки бу касаллик туфайли реципиентларга қон қуйиш эҳтиёжи туғилган ҳолатларда захм билан хасталанган беморлар қонининг хато қуйилиши натижасида кузатилади. Шунингдек, бемор ҳомиладор аёл киндик веналари орқали касалликнинг ҳомилага, кейинчалик болаларда туғма захм касаллиги шаклланига сабаб бўлади. Захм касаллиги беморлар аъзоларидан донорлик тарзида фойдаланилиши натижасида ҳам юқиши мумкин, касалликни бундай ўтиш йўли трансплантацион ўтиш йўли, деб аталади.

Захм касаллигининг юқиши албатта унинг учун қулай бўлган шарт-шароитлар мавжудлиги билан изоҳланади. Бунинг учун авваломбор тери ва шиллиқ қаватлар бутунлигининг бузилиши ҳолати, яъни кириш эшиклари бўлиши зарур. Иккинчи муҳим бўлган шарт-шароит бу албатта касаллик қўзғатувчисининг, яъни рангсиз спирохеталарнинг мавжуд бўлишидир. Ушбу шарт-шароитлар бўлмаса ёки кузатилмаса захм касаллиги юқмайди ва касаллик белгилари кузатилмайди.

Захмнинг умумий кечиши

Захм касаллиги юққанидан кейин касалликни қўзғатувчисига, унинг вирулентлик хусусиятига нисбатан бемор организми ўзига хос бўлган кўринишда жавоб реакциясини беради, бунинг натижасида касаллик белгилари айрим ҳолатларда кўринарли, яққол белгилар тарзида, айрим ҳолларда эса аксинча, кўринарсиз ёки яширин кўринишлар билан намоён бўлади. Касалликнинг бундай кўринишларда кечиши маълум қонуниятларга асосланган ҳолда бўлишини илк бор француз сифилидологи Ф. Рикор исботлаб берган. Ана шунга асосан захмнинг тўрт даври: инкубацион, бирламчи, иккиламчи ва учламчи даврлари фарқланади. Рикорнинг фикрича, юқорида санаб ўтилган даврларнинг навбатма-навбат тартиб билан алмашинуви шарт. Масалан, бирламчи захм белгилари кузатилган беморда учламчи захм белгилари намоён бўлишидан аввал албатта,

иккиламчи захм симптомлари кузатилиши шарт. Мазкур қонуният фақат орттирилган ва даволанмаган захмга тегишлидир.

Захм касаллигининг инкубацион даври рангсиз трепонемаларнинг бемор организмига тушганидан то касалликнинг илк белгиси захм яраси (бирламчи сифиломани, захм қаттиқ яраси) пайдо бўлган даврни ўз ичига олади. У ўртача 3-4 ҳафтани ташкил этади. Ушбу даврнинг узайиб кетиши ҳолатлари агар беморлар жисмоний меҳнат, спорт билан шуғуллансалар, ёш бўлсалар у ёки бу касалликлар туфайли антибиотик дори воситаларини истеъмол қилган ҳолларда кузатилади. Кекса инкубацион даврнинг қисқариб 1-2 ҳафтагача бўлиши ҳолати асосан ёки ёш беморларда улар организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти кескин пасайиб кетган пайтларда (қандли диабет, алкоголизм, ревматизм, сил касаллиги ва ҳоказо) кузатилади. Захм касаллиги инкубацион даврининг қисқариши ҳолати рангсиз трепонемаларнинг даражаси ва микдорига, чўзилиб кетиши эса организмга юборилган антибиотиклар ва бошқа трепонемоцид дори воситаларига ҳам боғлиқ бўлади. Антибактериал моддалар бемор организмига қанчалик кўп юборилган бўлса, яширин давр ҳам шунчалик чўзилади. Агар касаллик юқиш хавфи аниқланган кундан бошлаб уч ой мобайнида захмга хос бўлган захм қаттиқ яраси белгиси ҳосил бўлмаса ҳамда классик серологик жараёнлар манфийлигича қолверса, у ҳолда, текширилаётган шахс соғлом, деб ҳисобланади.

Захм касаллиги қуйидагича таснифланади: бирламчи серонегатив захм (*syphilis I seronegativa*), бирламчи серопозитив захм (*syphilis I seropositiva*), бирламчи яширин (бирламчи захм даврида даво чоралари ўтказилгандан кейинги ҳолат), иккиламчи янги захм (*syphilis II recens*), иккиламчи қайталама захм (*syphilis II recidiva*), иккиламчи яширин захм (*syphilis II latens*), учламчи фаол захм (*syphilis III activa*), учламчи яширин захм (*syphilis III latens*), яширин захм (*syphilis latens*) унинг ўзи эса эрта яширин захм (*syphilis latens praesox*) ва кеч яширин захмларга (*syphilis latens tarda*) бўлинади, эрта туғма захм (гўдаклик даврининг 2 ёшигача кузатиладиган захм касаллигининг барча кўринишларини ўз ичига олади ҳамда белгилари намоён бўлган эрта туғма захм ва белгисиз кечадиган эрта туғма захм турлари тафовут этилади), кеч туғма захм (2 ёшдан сўнг захм белгиларининг барча кўринишлари кузатилади ҳамда белгили кеч туғма захм ва яширин кеч туғма захм турлари тафовут этилади),

висцерал (ички аъзолар) захм, асаб тизими захми, орқа мия қуриши, прогрессив шоллик касалликлари тарзида тафовут этилади.

Бирламчи захм даври рангсиз трепонемаларни тери ва шиллик қаватларга кирган жойларида бирламчи захм ярасининг пайдо бўлганидан бошлаб, то иккиламчи захм даври белгилари пайдо бўлгунгача бўлган даврни ўз ичига олади. Ўртача бу даврнинг давомийлиги 6-8 ҳафтани ташкил этади. Касалликка хос бўлган серологик жараёнларни (КСР) манфий ёки мусбат кўринишларда бўлишини инобатга олган ҳолда касалликни ушбу даврининг кечишида бирламчи сероманфий (*syphilis I seronegativa*) ва бирламчи серомусбат (*syphilis I seropositiva*) босқичлари тафовут этилади. Қаттиқ яра пайдо бўлгандан сўнг тахминан 2-3 ҳафталар давомида серологик жараёнлар манфий натижалар кўрсатади, шунинг учун ҳам касалликнинг кечишини бу даврида бирламчи сероманфий захм, деб юритилади. Сўнгра эса серологик жараёнлар натижалари, жумладан, Вассерман жараёни ва унинг модификациялари (Кан, Закс Витебский, Колмер, цитохол) мусбат натижаларни беради, касалликни бундай кўринишда кечишини бирламчи серомусбат захм, деб юритилади. Касалликнинг бу даврида қаттиқ яра ҳосил бўлганда сўнг тахминан 1 ҳафталардан сўнг ярага яқин бўлган соҳа тери ости лимфа тугунларини катталашини ҳолати (яъни регионар лимфаденит) кузатилади. Захмнинг бирламчи даври охирига келиб эса қаттиқ шанкрдан узоқда жойлашган тери ости лимфа тугунларининг ҳам катталашини ҳолати кузатилади, аниқроғи регионар лимфа тугунларигина эмас, балки бир неча гуруҳ тери ости лимфа тугунлари ҳам катталашини ҳолати кузатилади. Бундай белги касаллик учун хос бўлган ҳолат бўлиб, уни полиаденит, деб аталади. Бирламчи белгилар билан кечадиган захмдан сўнг ёки ушбу давр давомида касалликка қарши даво воситалари ўтказилган бўлса, ундай ҳолатда бирламчи яширин захм даври тафовут этилади.

Агарда бирламчи захм касаллиги даволанмаса, ёки уни кечиши тафовут этилмаса, у ҳолда беморлар тери ва шиллик қаватларида тарқоқ, тартибсиз кўринишда бўлган доғли, тугунчали, баъзан эса пуфакчали ва йирингли тошмалар пайдо бўлиш ҳолати кузатилади. Бундай ҳолат эса касалликнинг иккинчи даври иккиламчи захм даври бошланганлигидан дарак беради. Бундай тошмаларнинг пайдо бўлиши илк бор кузатилганлиги учун касалликнинг ушбу давр босқичи иккиламчи янги захм, деб номланади. Мазкур тошма

элементлари тахминан 2-3 ойлар мобайнида беморлар даволанмасалар ҳам ўз-ўзида ҳеч қандай из қолдирмай йўқолиб кетади. Бу вақтга келиб қаттиқ яралар (эрозияли ёки ярали) битиб кетади, регионар ёки полиаденит ҳолатлари эса орқага қайтади, бошқача қилиб айтилганда касаллик учун хос бўлган клиник белгилар йўқолиб кетади. Касалликнинг ушбу давридаги бундай кўринишда кечиши иккиламчи яширин захм, деб номланади. Иккиламчи яширин захм тахминан 3-4 ой давом этади ва касалликка хос бўлган тошма элементларининг яна қайтадан намоён бўлиши кузатилади, захмнинг бундай кўринишда кечиши эса иккиламчи қайталама захм деб номланади. Захмнинг иккиламчи даври ўртача 2-3 йил, баъзан эса 5-6 йиллар давом этиши мумкин. Шу орада касалликнинг кечиши бир неча марта қайталаниши мумкин. Лекин бу вақтга келиб касалликка хос бўлган тошма элементлари миқдори камайиб боради, ҳажми эса катталашаверади уларнинг жойлашиши эса тери ёки шиллик қаватларнинг маълум соҳаларида гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, бунда улар турли кўринишларда (ёй, ҳалқа, тақа ва ҳоказо) намоён бўлади.

Касаллик юққандан сўнг тахминан 3-5 йил ўтгандан сўнг захм касаллигининг кейинги даври – учламчи захм даври ривожланади. Учламчи захм касаллигининг бу даврида касалликнинг фаол ва яширин босқичлари тафовут этилади. Учламчи захмга алоқадор бўлган тошма элементлари дўмбоқчалар ва тугунлар шаклида намоён бўлади ва организмнинг муҳим аъзоларини тузулишининг бузилишига, вазифасини бажара олмаслигига олиб келади. Бу вақтга келиб захм касаллиги билан хасталанган беморлар организми шу қадар заифлашиб кетадики, касалликни клиник белгилари энди на фақат тери ва шиллик қаватлар, балки ички аъзолар, асаб ва таянч тизимларининг шикастланишига, беморларни ногирон, майиб бўлиб қолишларига, ҳаттоки, ўлим ҳолатларигача олиб келади. Захм жараёнининг бир давра кечишидан иккинчисига ўтиш тезлиги организмнинг иммунобиологик қобилятига, бемор организми билан захм касаллигини кўзғатувчиси ўртасида мавжуд бўлган муносабатларга, шунингдек, қатор ташқи ва ички омилларга боғлиқ бўлади. Бу омиллар ичида албатта беморнинг ёши, турмуш ва меҳнат шароитлари, уларда кузатилган бошқа йўлдош касалликларнинг ўрни муҳим аҳамият касб этади.

Захмнинг бирламчи даври

Касаллик юққандан 3-4 ҳафта ўтгач (инкубацион даврдан сўнг) оқиш трепонема тушган жойда захм касаллигининг илк клиник белгиси, яъни захм яраси (қаттиқ яра, қаттиқ шанкр, *ulcus durum*, бирламчи сифилома) ҳосил бўлиши билан захмнинг бирламчи даври бошланади. Захмнинг бу даври ўртача 6-8 ҳафта давом этади.

Кўп ҳолларда қаттиқ яралар жинсий аъзоларда ёки унга яқин ҳудудларда учраб, касалликнинг жинсий йўл билан юққанлигини кўрсатади. Касаллик ножинсий йўл билан юққанда (лабларда, тилда, оғиз шиллик қаватларида, бодомча безларида, бўйинларда, пешонада, бармоқларда ёки оқиш спирохета тушган ҳар қандай бошқа жойдаларда) қаттиқ шанкрлар жинсий аъзолардан ташқарида жойлашади ва уларни экстрагенитал қаттиқ шанкрлар, деб аталади. Уларнинг сони кўп ҳолларда битта бўлиб, айрим ҳолларда эса иккита ва ундан ортиқ бўлиши мумкин. Яралар асосан тўғноғич катталигида ёки бир тийинлик танга катталигида бўлиб, улар яра ёки эрозиялар кўринишида бўлади. Улар думалоқ ёки овал шаклда, чегаралари аниқ, агар тери ёки шиллик пардалар бурмаларида жойлашган бўлса, тирқишсимон кўринишларда бўлади. Қаттиқ шанкр ярасининг четлари текис, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган бўлиб, тубига томон нишаб кўринишда, коса идишини эслатадиган кўринишда бўлади, ранги янги сўйилган мол гўшти рангида тўқ қизил рангда бўлиб, юзаси тўқима суяқлиги билан (серум) намланиб, худди амиркон терисини эслатадиган кўринишида ялтираб туради. Қаттиқ яра таркибидан олинган тўқима суяқлиги микроскопнинг қоронғилаштирилган майдоида текширилганда кўп миқдорда рангсиз трепонемаларни топиш мумкин бўлади. Бирламчи сифилома бармоқлар ёрдамида пайпаслаб кўрилганда, уларнинг асосида яра ҳажмидан катта бўлган тоғайсимон қаттиқликдаги оғриқсиз инфилтрат ҳолати сезилади, яранинг бундай хусусиятга эга эканлиги уни қаттиқ шанкр, деб номланишига асос бўлган. Қаттиқ шанкр кўп ҳолларда субъектив ўзгаришлар юзага келтирмайди, бунга сабаб захм инфекцияси яра ҳудудидаги нерв толаларини зарарламайди.

Болаларда захм касаллиги клиник белгиларининг кечиши (агарда касаллик уларда орттирилган бўлса) катталарникидан унча фарқ қилмаган кўринишларда бўлади. Болаларда қаттиқ шанкр

асосан бош тери соҳасида, лабда, оғизда, бодомча безлари соҳаларида жойлашади, кичик ёшдаги болаларда қаттиқ яралар жинсий аъзолар атрофида деярли учрамайди. Айрим ҳолларда болаларда бодомча безлари соҳаларида қаттиқ яралар турлича кўринишларда намоён бўлади. Бундай ҳолларда бодомча безларида қаттиқ яралар овал шаклида, тўғри чегарали, қизил тубли, сатҳи думба ёғи кўринишида бўлган парда билан қопланган кўринишларда бўлади. Бундай ҳолатларда бодомча безлари қаттиқлашган, оғриқсиз ва бемор болалар умумий аҳволлари ўзгаришсиз бўлади.

Қаттиқ шанкрнинг бир нечта хиллари мавжуд бўлиб, улар шанкр-амигдалит (қаттиқ яранинг бодомча безларида жойлашиши), хасмол-шанкр (қаттиқ шанкрнинг қўл бармоқлари соҳасида жойлашиши) ва индуратив шиш (лимфа қон томирларидаги қўлмаклик натижасида жинсий аъзоларнинг шишиш ҳолати) кўринишларида кечади.

Шанкр амигдалитнинг кечишида бодомча безларининг бир томонлама ассиметрик кўринишда қаттиқлашиши ва катталашиши ҳолати кузатилади. Жараённинг кечишида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди, ўчоқлар кескин чегараланган кўринишларда бўлиб, беморларни салбий шикоятлар (юқори ҳарорат, оғриқлар) безовта қилмайди, уларда суюқлик ва овқат истеъмоли вақтида, ютиш жараёнининг биров қийинлашиши ҳолати кузатилади ҳолос. Бундай вақтда бодомча безлари сатҳидан олинган тўқима суюқлиги таркибида кўп миқдорда касаллик қўзғатувчиси рангсиз спирохеталар топилади. Шанкр амигдалитнинг кечиши жараёнида бодомча безидаги яллиғланиш ҳолати чегараланган бўлиб, атрофдаги шиллик пардалар ўзгармайди, беморларда жағ ости лимфа тугунларининг бир томонлама катталашиши, яъни регионар аденит ҳолати кузатилади. Шанкр амигдалитнинг ўзига хос кўринишда кўринарсиз белгилар билан кечиши уни катарал ангина касаллигидан фарқ қилишга асос бўлади.

Хасмол-шанкр, яъни қаттиқ захм ярасининг қўл бармоқлари соҳаларида жойлашиши ҳолати кўпинча тиббиёт ходимлари орасида (лаборантларда, гинекологларда, стоматологларда, жарроҳларда, педиатр, ЛОР шифокорларида) учрайди. Бундай ҳолатларда ҳасмол-шанкр кўпинча беморлар қўл бармоқларининг уч қисмида, тиноқлар атрофидаги тери соҳаларида жойлашади. Жараён кечиши бармоқларнинг шишиши, уларни кўкиш-кўнғир рангга кириши ва

оғриқсиз, айрим ҳолатларда эса бир оз оғриқ билан ўтиши кўринишида бўлиб, худди стрептококкли оддий ҳасмолни эслатади. Ҳасмол-шанкрнинг кечиш жараёнида қаттиқ оғриқ, ўткир яллиғланиш ҳолати, ҳароратнинг кўтарилмаслиги ва ҳаракатнинг чегараланиш ҳолатлари кузатилмаслиги ҳамда тирсак лимфа тугунларининг катталаниши ҳолати бу касалликнинг аниқ табиатини англаб олишга ёрдам беради. Шунга қарамадан, фақат клиник белгилар асосида ҳасмол-шанкр, деб хулоса чиқариш нотўғри бўлиб ҳисобланади ва албатта бундай ҳолатларда лаборатория натижаларини инобатга олиш лозим бўлади.

Индуратив шиш ҳолати бемор аёлларда одатда катта ва кичик уятли жинсий лаблар, эркакларда жинсий олат халтачаси соҳаларида, баъзан эса лаб соҳаларида кузатилади. Индуратив шиш ҳолатининг намоён бўлишига асосий сабаб бу қаттиқ шанкр асосида мавжуд бўлган инфилтратнинг лимфа қон томирларини эзиб қўйиши оқибатида лимфа қон томирларида қон айланиши ҳолатининг бузилиши, яъни кўлмаклик ҳолати кузатилади, натижада тарқоқ инфилтрат ҳолати кузатилиб, унинг ҳисобига юқоридаги аъзоларни бир неча маротаба катталаниши ҳолати кузатилади. Шикастланган жойга қўл бармоғи билан босиб кўрилганда унинг ўрнида чуқурча ҳосил бўлмайди, беморларни оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши каби салбий шикоятлар безовта қилмайди. Индуратив шиш жараёнининг кечишида регионар лимфа тугунларининг катталаниши ҳолати кузатилади.

Юқорида қайд этилган захм қаттиқ ярасининг атипик кўри-нишлардаги кечишида касаллик тарихини аниқ йиғиш, зарарланган жойлардан оқиш трепонемаларни топиш, беморнинг жинсий шерикларини текшириш ва мусбат серологик жараёнлар натижалари беморларга захм диагнозини қўйишда ҳал қилувчи аҳамият касб этади.

Қаттиқ шанкрнинг кечиши жараёнида унинг юзасига иккиламчи инфекциялар тушиши натижасида баланит, постит, баланопостит, фимоз, парафимоз, жинсий олат гангрена ва фегеденизм ривожланиши мумкин. Қаттиқ яранинг баланит, баланопостит, фимоз, парафимоз каби асоратлари қаттиқ шанкр закар бошчасида ёки препуциал халтачанинг ички варағида жойлашганда учрайди. Бундай ҳолларда шанкр атрофи қизариб шиш пайдо бўлади, шанкр

юзасидан ажралаётган сероз суюқлик йиринглайди, бу эса ўз навбатида, оқиш трепонемани топишни қийинлаштиради.

Закар бошчасида жойлашган қаттиқ яра иккиламчи инфекциялар билан асоратланиши натижасида баланит ҳолати кузатилади, агар бундай ҳолат ўз вақтида даволанмаса, у ҳолда закар бошчасини ёпиб турган халтачанинг ички шиллиқ тарафи ҳам яллиғланиш, яъни баланопостит ҳолати кузатилади. Баланопоститда яллиғланиш жараёни кучли бўлганлиги сабабли закар бошчаси халтачасининг тешиги торайиб, закар бошчаси очилмайдиган ҳолга келиб қолади ва бундай ҳолат фимоз, деб аталади. Фимоз ҳолатида қаттиқ шанкр закар бошчасида ёки закар халтачасининг ички varaғида жойлашганлиги сабабли уни кўриб бўлмайди. Фимоз ҳолатида закар бошчасини куч билан очишга ҳаракат қилиш натижасида парафимоз ҳолати юзага келади, уни эса кейинчалик асл ҳолига қайтариш қийин бўлади. Парафимоз ҳолати қаттиқ шанкрнинг ўзига хос асоратларидан бири бўлиб, йиринг закар бошчасини сиқиб қўяди, бу эса закар бошчасида қон айланишининг бузилишига олиб келади. Ўз вақтида даво чоралари ўтказилмаса закар боши тўқимасининг чиришига сабаб бўлиши мумкин.

Қаттиқ шанкрнинг кечиши жараёнида унга иккиламчи фузоспериллёз инфекциялари тушиши натижасида гангрена ва фагеденизм каби беморлар ҳаётига хавф соладиган асоратларни кузатиш мумкин. Гангрена жараёни бошланганда қаттиқ шанкр туби ириб, унда қора рангли чирик чиқинди ҳосил бўлади, усти эса қир қора рангли қобиғ билан қопланади. Қобиғ остида қатта ярали сатҳ кузатилади, жараённинг кечиши ҳароратнинг кўтарилиши, бадан қақшаши, бош оғриши ва умумий аҳволнинг оғирлаши каби ҳолатлар билан кечади. Фагеденизм ҳолатида ириш жараёни нафақат ичкарига, балки атроф тўқима соҳаларига ҳам кенгайиб тарқалиб боради, натижада жинсий олатнинг ҳатто узилиб тушиши, қисмларга ажралиши ҳолати кузатилиши мумкин. Яралар ўрнида кўпинча хунук кўринишларда бўлган чандиқлар қолади. Қаттиқ шанкрнинг гангрена ва фагеденизм каби асоратлари асосан қатта ёшдаги, иммунитетни паст, сурункали касалликлар (қандли диабет, ревматизм, алкоголизм) билан хасталанган беморларда кузатилади.

Захм касаллигининг кечишида қаттиқ шанкрни тафовут қилиш қийинчилик туғдирмайди, аммо айрим вақтларда (айниқса, асоратланган ҳолатларда) қаттиқ шанкрларни тафовут этишининг

иложи бўлмайди, шунинг учун ҳам қаттиқ шанкрни бошқа касалликлар билан таққослай билиш лозим. Бундай касалликларга пуфакчали темиртки, кўтир эктимаси, эрозияли баланопостит, рак яралари киради.

Пуфакчали темиртки тошмалари тўп-тўп мошдек ёки ундан кичикроқ бўлган пуфакчалар шаклида пайдо бўлиб, уларнинг ёрилиши натижасида четлари аррасимон кўринишда бўлган эрозияларга айланади. Бу эрозияларнинг туби тоза бўлиб, таркибидан сероз суюқлик ажралиб туради, жараён қичишиш ва ачишиш каби салбий шикоятлар билан кечади, чов лимфа тугунларининг катталашши ҳолати кузатилмайди.

Кўтир касаллиги тошмаларини йирингли ва йирингли яра кўринишларидаги асоратлари кўтир эктимаси тарзида намоён бўлади. Бундай яралар қора кўтир қобиғ билан қопланган бўлиб, атрофидаги тери соҳаси яллиғланган кўринишда бўлади, яралар тубида қаттиқлик, яъни инфильтрация ҳолати сезилмайди. Бундан ташқари терининг бошқа соҳаларида кўтир касаллигининг клиник белгилари кузатилиши, беморларни касалликка хос бўлган тунги қичишишлар безовта қилиши, лаборатор текширувлар натижасида эса касалликни кўзғатувчиси кўтир каналарининг топилиши захм қаттиқ ярасидан тафовут этишга асос бўлади.

Эрозив баланопостит закар бошчаси ва халтачасида нотўғри шаклдаги катта-кичик эрозиялар бўлиши билан таърифланади, уларнинг тубида қаттиқлик ва атрофида яллиғланиш бўлмайди. Касаллик асосан иммун тизими заиф бўлган ва гигиена талабларига риоя қилмайдиган инсонларда кузатилади. Касаллик белгиларининг кечиши регионар лимфа тугунлари катталашмаслиги билан кечади.

Захм қаттиқ шанкрини тери раки касаллиги яралари билан таққослаш муҳим аҳамият касб этади. Тери раки яралари асосан сезиларли даражада, улар туби ва чегараларининг қаттиқлашиши, унча кўринарли бўлмаган яллиғланиш кўринишида кечиши, юзаларининг қонаб туришга мойиллиги билан ҳамда узоқ вақт даво воситаларига берилувчан бўлмаслиги билан ажралиб туради. Жараённинг кечишида бир неча ойлардан сўнг лимфа қон томирларининг жалб этилиши ҳолати кузатилади. Касалликка таққослов ташхиси қўйилишида лаборатор ҳамда гистологик текширувлар натижалари муҳим ўрин тутди.

Шундай қилиб, бирламчи захм даврининг кечишида касалликка ташхис қўйилиши нафақат касалликнинг клиник белгиларини (бирламчи сифилома, регионар аденит) тафовут этиш, балки касалликни улардаги тўқима суюқлиги таркибидан касаллик кўзгатувчиси рангсиз трепонемаларининг топилиши муҳим ўрин тутди. Касалликка тўғри ташхис қўйилишида серологик жараёнлар мусбатлигини (серонегатив, серопозитив) инобатга олиш катта аҳамият касб этади.

Бирламчи захм даврининг энг муҳим клиник белгиларидан яна бири бу захм яраси пайдо бўлганидан 7-10 кун ўтгач, унга яқин жойлашган тери ости лимфа тугунларининг (чов соҳаси, кубитал, қўлтиқ ости, бўйин ва жағ ости лимфа тугунларининг) катталашини ҳолатидир. Бундай ҳолат регионар склераденит, яъни яқин жойлашган лимфа тугунларининг катталашини, деб аталади. Асосан лимфа тугунларининг катталиги нўхат катталигидан ўрмон ёнғоғи катталигигача бўлиб, улар сатҳидаги тери юзаларининг ранги ўзгармаган кўринишда бўлади. Лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилганда улар қаттиқ консистенцияли, оғриқсиз бўлиб, бир-бири билан, ост ҳамда атроф тўқималар билан қўшилмаган кўринишларда бўлади.

Захм касаллигининг бирламчи даври учун яна бир муҳим клиник белги бу захм лимфангити, яъни лимфа қон томирларининг яллиғланиш ҳолатидир. Касалликнинг бу белгиси қаттиқ шанкр билан унга энг яқин жойлашган лимфа тугунлари орасидаги лимфа қон томирларининг арқонсимон кўринишида қаттиқлашини, теридан бўртиб туриши кўринишида намоён бўлади. Шунини таъкидлаш лозимки, юқорида қайд этилган лимфаденит ва лимфангит ҳолатлари беморларни безовта қилмайди.

Захмнинг иккиламчи даври

Захмнинг иккиламчи даври белгилари намоён бўлгунга қадар 7-10 кун олдин продормал (касаллик олди белгилари) ҳолати кузатилади. Продормал ҳолат белгилари беморларда умумий ҳолсизлик, ланжлик, бош оғриши, суяк ва мушаклардаги кечқурунлари кузатиладиган оғриқлар ва тана ҳароратининг кўтарилиши кўринишида намоён бўлади. Бошқача қилиб айтганда, касалликнинг кечиши худди грипп касаллигининг бошланиши кўринишида бўлади. Касал-

ликни продормал кечиши ҳолати асосан касалликни қўзғатувчиси рангсиз трепонемаларнинг беморлар қонида кўпайиб тарқалган вақтига тўғри келади. Продормал ҳолат тугагандан кейин эса иккиламчи захм тери ва шиллиқ қаватларда турли кўринишдаги тошмаларнинг тошиши билан бошланади. Иккиламчи захм даврининг бундай кўринишлардаги бошланиш ҳолати бемор организмнинг касалликка нисбатан умумий жавоб реакцияси натижаси бўлиб ҳисобланади. Захмнинг бу даврида иккиламчи янги, иккиламчи яширин ва иккиламчи қайталама каби босқичлар тафовут қилинади. Иккиламчи захм даври касаллик юққандан сўнг 2,5-3 ойлар ўтгандан кейин бошланади, агарда беморлар ўз вақтида даволанмасалар у ҳолда ушбу давр ўртача 2-3 йиллар давом этади.

Иккиламчи захм даврининг кечиши кўпинча доғли (розеола), тугунчали, баъзан эса пуфакча ва йирингчали тошмалар кўринишларида бўлади. Касалликнинг кечишида захм каллиги (алопецияси) ва захм пигментли тошмалари (лейкодерма) ҳам кузатилиши мумкин. Касалликнинг ушбу давридаги кечиши ҳолати нафақат тери ва шиллиқ қаватларда захмга хос бўлган тошмаларнинг пайдо бўлиши, балки ички аъзолар, суяк-таянч ва асаб тизими фаолиятининг шикастланиши кўринишида намоён бўлади.

Иккиламчи захм даври янги босқичининг кечиши давомида кузатиладиган тошмалар майда ҳажмли, кўп миқдорда бўлиб, тарқоқ ҳолда, бетартиб жойлашган бўлади, улар думалоқ овал шаклли, тўқ қизил ёки қизил рангли бўлиб, бир-бирлари билан қўшилмаган кўринишларда бўлади. Тошмаларнинг тошиши нохуш белгиларсиз кечиб, беморлар даволанмасалар ҳам улар ўз-ўзидан изсиз йўқолиб кетади. Иккиламчи янги захмнинг кечиши давомида қаттиқ яра ва унинг асоратлари ҳамда кўринарли даражада бўлган склероаденит ҳолатини кузатиш мумкин бўлади. Эрозияланган иккиламчи захм тошмалари сатҳларидан кўп миқдорда касаллик қўзғатувчиси рангсиз трепонемалар топилади, шунинг учун ҳам бундай беморлар атрофдагилар учун эпидемиологик нуқтаи назардан хавфли ҳисобланадилар. Иккиламчи янги захмнинг кечиши даврида классик серологик жараёнлар (Вассерман жараёни ва унинг модификациялари) 100% гача, иккиламчи қайталама захмда эса 96-98% гача мусбат натижалар беради. Реагинлар миқдори эса иккиламчи янги захмда жуда юқори (1:160, 1:320), иккиламчи қайталама захмда эса паст (1:30, 1:60) кўрсаткичларда бўлади. Махсус серологик жараён-

лардан иммунологик ёғдуланиш жараёни (РИФ)) иккиламчи захм даврининг барча кўринишларидаги кечишларида, беморларнинг барчасида 100 %гача мусбат кўрсаткичларда бўлади. Трепонемаларни ҳаракатсизлантиришга асосланган жараёнлар (РИБТ) эса иккиламчи янги захмнинг кечишида 40-60 %гача, қайталама захмнинг кечишида эса 70-90 %гача ҳолларда мусбат кўрсаткичларда бўлади. Захмнинг ушбу даври қайталама босқичида 50% гача бўлган ҳолатларда орқа мия суюқлигида патологик ўзгаришлар қайд этилади, лекин бундай ўзгаришлар клиник нуқтаи назардан яққол намоён бўлмайди.

Иккиламчи қайталама захмда тошмалар сони кам, ҳажми катта, ранги эса нисбатан оч рангларда, гуруҳланишга мойил бўлиб, асосан чов соҳаларида, жинсий аъзолар ва оғиз шиллиқ қаватларида ассимметрик кўринишларда жойлашади. Агарда иккиламчи янги захмнинг кечишида асосан розеолали тошмалар кузатилса, иккиламчи қайталама захмда эса асосан мономорф кўринишида тугунчали тошмалар кузатилади.

Иккиламчи янги захмнинг кечишида кузатиладиган доғли тошмалар, думалоқ ёки овал шаклларида, чегараланган, пушти қизил рангли бўлиб, улар бир-бири билан қўшилмаган, тери сатҳидан бўртиб чиқмайдиган кўринишларда бўлади, розеолалар бармоқ билан босиб кўрилганда йўқолиб, яна қайтадан пайдо бўлиш хусусиятига эга бўлади. Баъзан эса розеолали тошмалар ўзаро қўшилишиб (*roseola confluens*) ёки тери сатҳидан сезилар-сезилмас шаклда кўтарилиб туриши (*roseola elevata*) ҳам мумкин. Одатда доғли тошмалар сатҳи қипиқланмайди ва нохуш белгиларсиз кечади. Орадан тахминан 3-4 ҳафта вақт ўтгач розеолали тошмалар (агар беморлар даволанмасалар ҳам) ўз-ўзидан изсиз йўқолиб кетади. Розеолали захм тошмаларини аллергик дерматит касаллиги (токсикодермиялар) тошмалари бўлган токсик розеолалардан, Жибернинг пушти ранг темираткасида кузатиладиган розеолали тошмалардан ҳамда тошмали ва қорин тифи касаллиги тошмаларидан фарқлай билиш лозим. Токсик розеолалар сифатсиз овқат маҳсулотларини истеъмол қилинишидан сўнг бошланиб, ўткир кечади, улар тўқ қизил рангли, бир-бири билан қўшилишга мойил бўлади, жараён қичишиш, ачишиш ва безовталаниш каби салбий шикоятлар билан кечади. Касаллик тўғрисида йиғилган анамнестик маълумотлар ва серологик текширув натижалари

касаллика тўғри ташхис қўйиш имконини беради. Жибернинг пушти ранг темиратки касаллигида кузатиладиган розеолали тошмалар пушти-қизил ранг кўринишида бўлиб, улар сатҳи марказий қисмидан қипиқланиб туради, жараён қичишиш каби салбий ҳолатлар билан кечади, тошмаларни ўзига хос кўринишларда бўкса соҳаларида жойлашиши, ҳамда катта ҳажмда бўлган она плакчали ўчоқларнинг бўлиши ушбу касаллик белгиларини захм касаллигидан таққослаш имконини беради. Тошмали ва қорин тифи касалликларида кузатиладиган розеолали тошмалар сони кам миқдорда бўлиши, касалликни оғир ва кўринарли даража билан кечиши ушбу касалликни захм касаллигидан фарқлай олиш имконини беради.

Тугунчали захм тошмалари асосан иккиламчи захм даврининг қайталама босқичининг кечишида кузатилади. Тошма элементлари думалоқ овал шаклларида, аниқ чегарали кўринишларда бўлиб, пушти қизил, тўқ қизил рангларда бўлади. Касаллик тузалиб борган сайин тугунчали тошмалар сатҳи четларидан айлана ёқа кўринишида (Биетт ёқачаси) қипиқлана бошлайди. Тошмалар тўмтоқ найча (зонд) билан босиб кўрилганда оғриқни сезиш ҳолати кузатилади (Ядассон белгиси). Катталиги жихатидан тугунчали захм тошмалари милиар (супурги уруғи дони катталигида), лентикуляр (тўғноғич боши ёки нўхат катталигида), нуммуляр (тангасимон) ва плакчали (бурдасимон кўринишларда) бўлиши мумкин. Ишқаланишга, босимга мойил бўлган соҳаларда (оғиз шиллик қаватлари, жинсий аъзолар) жойлашган тугунчали захм тошмалари юзалари шилинишга мойил бўлиб ҳўлланиб туради, бундай тугунчали тошмалар сувчираган (эрозияланган) захм тугунчали тошмалари, деб аталади. Жинсий аъзолар ва анал соҳаларда жойлашган тугунчали захм тошмалари ишқаланиш ва босим таъсирида кенгайиб, ўсиб кетиши мумкин, тошмаларнинг бундай кўринишдаги кечиши кенг кондиломалар, деб аталади. Сувчираган ҳамда кенг кондиломали захм тошмалари юзаси кўп миқдорда касалликни кўзғатувчиси рангсиз трепонемаларнинг тутганлиги учун бундай беморлар атрофдагилар учун ҳамда эпидимиологик нуктаи назардан юкумли бўлиб ҳисобланадилар.

Захм тугунчали тошмаларини қичимали темиратки, қизил ясси темиратки касаллиги тошмалари билан таққослай билиш зарур. Тугунчали тошма элементларини атрофга катталишиши, бир-бири

билан қўшилишга мойил бўлиши, учлик белгиларининг кузатилиши (стеарин доғи, терминал парда, майда нуқтали қонталашиш), тошмалар сатҳининг марказий қисмини қипиқланиши ва касалликни қичишиш билан кечиши ҳолатининг кузатилиши қичимали темиратки касаллигини захм касаллигидан ажрата олишга имкон беради. Тугунчали тошмаларни полигонал ясси шаклларда бўлиши, уларга хос бўлган ялтироқлик хусусияти, марказий қисмларида киндиксимон чуқурчаларнинг бўлиши, атрофга кенгайиб плакчаларни ҳосил қилиши ва кучли даражадаги қичишиш билан кечиши қизил ясси темиратки касаллигига хос бўлиб, уларнинг бу хусусиятлари касалликни захм касаллигидан ажрата олиш имконини беради. Тугучали захм тошмаларининг қўл ва оёқ қафти соҳаларида жойлашиши ўзига хос кўринишларда намоён бўлади. Ушбу соҳаларда жойлашган тошмалар тери сатҳидан кўтарилиб турмайди, уларнинг ранги кўкимтир-қизил рангларда бўлиб, сатҳларида қаттиқ шохсимон қипиқлар тўпланиб туради, тошмалар пайпаслаб кўрилганда улар қаттиқ консистенция кўринишларида бўлади.

Иккиламчи захм даврининг кечишида йирингчали тошмалар жуда кам учрайди. Улар асосан жисмоний жихатдан кучсиз бўлган беморларда, сурункали касалликлар ёки алькоголизм билан хасталанган беморларда қайд этилади. Айрим ҳолатларда йирингли захм тошмалари бошқа захм тошмалари билан биргаликда ёки кетма-кетликда намоён бўлиши мумкин. Йирингчали захмнинг захм импетигоси, ҳуснбузарсимон захм, чечаксимон захм, захм кўз яраси ва захм рупияси каби клиник турлари тафовут этилади. Захм импетигоси тугунча устида йирингчали қобиғ кўринишида намоён бўлади. Бундай тошмалар атрофга тарқалишга, кенгайишга ва бир-бири билан қўшилишга мойил бўлмайди ҳамда салбий шикоятларсиз кечади. Ҳуснбузарсимон захм белгилари худди оддий ҳуснбузар касаллигини эслатади, лекин улар таркибида себорея белгилари, яъни комедонларнинг бўлмаслиги ҳамда тошмаларнинг себореяга хос бўлмаган тери соҳаларида жойлашиши қайд этилади. Чечаксимон йирингли захм тошмалари нўхат қатталигидаги бўлиб, улар маркази тезда қобиғ билан қопланиб, чўккан кўриниш ҳолатида бўлади, тошмалар атрофи эса кўкиш-қизил рангли инфилтралланган ҳошия билан ўралган бўлади. Бундай ҳолат чечак касаллиги белгиларига ўхшаш кўринишда бўлади, лекин чечаксимон йирингли захм тошмалари сони унча кўп бўлмайди ва уларнинг кечиши

тахминан 5-7 ҳафталаргача давом этади. Чечак касаллигини ўткир, оғир кечиши, тошмаларнинг кўп миқдорда бўлиши ва улар атрофида қизил инфилтралланган ҳошияларнинг бўлмаслиги уларни чечаксимон захм касаллиги тошмаларидан ажратиш имконини беради. Захм кўз ярасининг сони 1 ёки 2 та бўлиб, асосан болдир, тана, бошнинг сочли қисми соҳаларида кузатилади. Касаллик белгилари чуқур йиринг кўринишида бўлиб, сатҳи катта миқдордаги кулранг қобиғлар билан қопланади, уни остида эса кейинчалик силлиқ чандиқ ҳосил қиладиган яра ётади. Захм кўз яраси атрофи қизил мис рангли қаттиқ инфилтралланган ҳошия билан ўралган бўлади. Захм кўз яраси асосан болдир соҳасининг олд қисмида жойлашади. Тошмалар атрофида қизил инфилтралланган ҳошияларнинг бўлмаслиги ва серологик жараёнларнинг манфийлиги, захм кўз ярасини вульгар эктима касаллигидан тафовут этиш имконини беради. Захм рупияси йирингли тошма элементи қаватма-қават, конуссимон қобиғлар ҳосил қилиши тарзида намоён бўлиб, атрофга катталашига ва катта яра ҳосил қилишга мойил бўлади. Захм кўз яраси, рупияли захм йирингли тошмаларининг пайдо бўлиши захм касаллигининг оғир кечишидан далолат беради.

Иккиламчи захм даврининг кечишида тошмалар нафақат тери соҳаларида, балки шиллиқ қаватларда ҳам кузатилади. Иккиламчи захм тошмалари асосан оғиз шиллиқ қаватида, томоқ, ҳалқум, лабларда, катта ва кичик уятли лаблар соҳаларида жойлашади. Шиллиқ қаватларда кузатиладиган захм тошмалари доғли, тугунчали ҳамда йирингли кўринишларда намоён бўлади. Доғли ёки розеолали захм тошмаларини шиллиқ қаватларда аниқлаш кўпинча қийинлик туғдиради, лекин уларни бодомча беши ҳамда юмшоқ танглай соҳаларида жойлашиши аниқ чегарали ва кўкимтир-қизил кўринишларда бўлиб, ҳеч қандай салбий шикоятларсиз кечади. Тошмаларнинг бундай кўринишда кечиши захмнинг катарал ангинаси, деб аталади ва у стрептококкли катарал ангина билан таққосланади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий аҳволнинг ўзгариши, томоқ соҳасида оғриқ, ачишиш ва тарқоқ кўринишдаги яллиғланиш ҳолатининг кузатилмаслиги захм ангинасини стрептококкли ангинадан фарқлаш имконини беради. Захм тугунчали тошмалари тўғноғич боши катталигида шиллиқ қаватларда кузатилади. Тугунчали тошмалар асосан шиллиқ қаватларда думалоқ овал шаклларида бўлиб, чегарали аниқ тўқ қизил ранг

хошиялар билан ўралган бўлади. Улар асосан оғиз шиллиқ қаватида, бодомча безлари ва халқум соҳаларида жайлашади. Овоз бойламлари соҳаларида тугунчали захм тошмаларининг жойлашиши натижасида беморларда овознинг бўғилиб қолиши, ҳатто бутунлай йўқолиши ҳолати кузатилиши мумкин. Шиллиқ қаватлардаги тугунчали захм тошмалари асосан салбий шикоятларсиз кечади, лекин айрим вақтларда уларнинг юзалари ишқаланиш, тилиниш натижасида эрозияланади ва иккиламчи инфекцияларнинг кўшилишига сабабчи бўлади, натижада оғриқ ҳолати юзага келиши мумкин, бундай тошмалар оқиш кўринишларда бўлиб, атрофи тўқ қизил хошиялар билан ўралган бўлади. Иккиламчи тугунчали захм тошмаларини тугунчали ангина, Венсен ангинаси, бўғма касалликлари билан таққосланади. Ушбу касалликларнинг барчаси учун касалликларни ўткир ва оғир кўринишларда, клиник белгиларининг кўринарли даражада намоён бўлиши ва уларда серологик текширувлар натижаларининг манфий кўринишларда бўлиши захм касаллигидан фарқлаш имконини беради.

Иккиламчи захм даврининг кечишида захм каллиги (захм алопецияси) ҳолати ҳам кузатилиши мумкин, у майда ўчоқли, тарқоқ ва аралаш кўринишларда намоён бўлади. Касаллик белгилари бошнинг сочли соҳаларида 1-2 тийинлик ўчоқлар тарзида намоён бўлиб, мазкур соҳаларда яллиғланиш белгиларисиз соч толаларининг худди қундузни куя еган кўринишида тўкилиши ҳолати кузатилади. Худди шундай ҳолат кош ва киприклар томонидан кузатилиши мумкин, киприкларнинг тўкилиши нарвонсимон кўринишида (Пинкус белгиси), қошларнинг тўкилиши эса майда ўчоқли кўринишларда (Фурньенинг омнибус сифилиди) бўлиб, улар диагностик нуқтаи назардан диққатга сазовор ҳисобланади. Умуман олганда захм алопецияси иккиламчи захм даврининг иккиламчи қайталама босқичи кечишида кўпроқ қайд этилади ва тўкилган сочли ўчоқлар ўрни бир неча ойлар мобайнида қайтадан янги соч толалари билан қопланади.

Иккиламчи захм касаллиги кечиши учун яна битта клиник белги захм лейкодермаси хос бўлиб, бу белги асосан иккиламчи қайталама захмда қайд этилади. Захм лейкодермаси аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ учрайди. Касаллик белгилари асосан бўйин, энса, кўкрак ва қўлтиқ соҳаларида оқимтир доғлар кўринишида намоён бўлади. Доғлар чегараланган, айлана шаклларида бўлиб, ҳар хил

катталиқда бўлади. Беморлар терисининг орқа бўйин соҳасида кузатиладиган захм лейкодермаси худди бўйинга тақилган маржонни эслатадиган кўринишда намоён бўлганлиги учун уларни «Венера маржонлари» деб аталади. Захм лейкодермаси ўчоқлари бир неча ойлардан кейин, жуда секинлик билан изсиз йўқолиб кетади. Захм лейкодермасининг сабаби нейродистрофик жараёнларда кузатиладиган орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар натижаси, деб қаралади.

Шундай қилиб, иккиламчи захм касаллиги ўзига хос бўлган клиник белгиларнинг турли-туман кўринишлари билан намоён бўлади. Касалликнинг кечиши нафақат тери ва шиллик қаватларда тошмаларнинг тошиши, балки ички аъзолар, суюк-таянч, юрак-қон томир, эндокрин ва асаб тизимлари фаолиятларини бузилиши каби ўзгаришлар билан кечади. Беморларда вақти-вақти билан умумий аҳволларининг ўзгариши, иштаҳа, кайфиятнинг бузилиши, суюк ва бўғинларда кечқурунлари кузатиладиган оғриқлар, бош оғриши каби ўзгаришлар кузатилади.

Захмнинг учламчи даври

Захмнинг учламчи даври касаллик юққандан сўнг 2-3 йиллар ўтгач ривожланади. Агарда бирламчи ва иккиламчи захм даврларида беморларга даво чоралари ўтказилмаса ёки улар пала-партиш даволанса, турли сурункали касалликларга чалинган бўлса, спиртли ичимликларга ружу қилиниб, гиёҳвандлик дардига мубтало бўлган бўлса, ҳар хил жисмоний ва рухий тасиротлар, касбга алоқадор заҳарланишлар кузатилган бўлса, бундай ҳолатлар кейинчалик учламчи захм касаллигининг шаклланишига олиб келади. Учламчи захм касаллигининг ривожланишида беморлар ёши ҳам муҳим аҳамият касб этади, касалликнинг ривожланиши кўпинча кекса ёшдаги (50-60 ёш) инсонларда ва болаларда кузатилади.

Учламчи захм даври тошмалари (сифилидлар) тери ва шиллик қаватларнинг маълум соҳаларида жойлашиб, кам сонли, чегараланган кўринишларда нохуш сезгиларсиз кечади. Тошмалар пайпаслаб кўрилганда қаттиқ, чуқур жароҳатланиш ва яраларга айланиш кўринишида бўлади, шунинг учун учламчи захм жараёни кўпинчи чандикланиш билан тугайди. Шуни таъкидлаш лозимки, учламчи захм тошмалари кам юқумли ёки бутунлай юқмайдиган

бўлиб, улар таркибида оқиш спирохеталар топилмайди ёки улар жуда кам миқдорда бўлади. Ушбу даврнинг кечишида асосан ички аъзолар ва асаб тизими зарарланиши ҳолати кузатилади, шунинг учун ҳам учламчи захм ички аъзолар захми ва асаб системаси захми билан бирга кечади. Захмга хос бўлган классик серологик жараёнлар учламчи захмга йўлиққан беморларнинг 50-60% да мусбат натижалар беради. РИБТ ва РИФ жараёнларининг натижалари эса асосан бу даврнинг кечишида барча беморларда мусбат кўринишларда бўлади. Учламчи захм даврининг кечиши 3-5 йиллар давом этиб, унда учламчи фаол ва учламчи яширин захм босқичлари тафовут этилади. Учламчи захмнинг фаол босқичи дўмбоқчали (юзаки тугунли) ва тугунли (тери ости гуммаси) тошмалар тарзида намоён бўлади.

Дўмбоқчали захм тошмалари яримшарсимон, ясси шаклларда, қизил мис ва кўкимтир рангларда бўлиб, катталиги кўпинча олча данагидек, таркиби қаттиқ, аниқ чегараланган бўлади. Улар атрофида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Дўмбоқчали захм белгилари динамикаси «қурук» ва яра ҳосил бўлиши кўринишларида ривожланади. Дўмбоқчаларнинг секин-аста кичрая бориб, сўрилиб кетиши натижасида улар жойлашган ерларда тери соҳаларининг юпқалашиши (атрофия) ҳолати кузатилиб, иккиламчи вақтинчалик доғланишлар қолади. Ноқулай шароитларда вужудга келган ҳолатларда эса дўмбоқчалар йиринглаб чирийди ва яралар ҳосил қилади. Ҳосил бўлган яралар айлана ёки овал шаклларида бўлиб, қаттиқ таркибли, туби эса ўйдим-чукур кўринишда, юзаси эса шиллиқли чириган масса билан қопланиб туради. Дўмбоқчали захмнинг гуруҳ-гуруҳ, ўрмаловчи, пакана (митти) ва майдончасимон хиллари тафовут этилади. Учламчи захм даври дўмбоқчалари табиатини аниқлашда касаллик тарихи маълумотлари (беморларни захмнинг эрта даврлари белгиларини эслашлари, захм билан хасталанган беморлар билан жинсий алоқада бўлганликларини тан олишлари) ва серологик жараёнлар натижалари муҳим амалий аҳамият касб этади. Айниқса, бу борада мазкур дўмбоқчаларни захмга алоқадор эканлигини аниқлашда РИБ ва РИФ жараёнлари натижалари катта ёрдам беради.

Гуммали захм тери ости ёғ тўқимасида шаклланади. Тошма элементлари кўпинча болдирнинг олд юзаси, тўш, чов ва сон соҳаларида жойлашиб, дастлаб катталиги ўрмон ёнғоғидек ва

яримшарсимон кўринишида бўлиб, уларнинг ҳажми аста-секин катталашиб боради. Тугунлар бир-бирлари ва атроф тўқималар билан қўшилиб кетмайди, жараён оғриқсиз кўринишда кечади. Юнон ёнғоғи ёки товук тухуми ҳажмигача катталашган тугунли тошмалар устидаги тери ранги қизариб, таркиби юмшай бошлайди, кейинчалик улар марказий қисми тешилиб, ундан қуюқ сарғиш суюқлик оқа бошлайди. Вақт ўтиши билан улар гумма яраларига айланади, гумма яраларининг туби анча чуқур бўлиб, улар тубини қоплаб олган елимсимои суюқлик «гумма ўзаги» деб аталади. Гуммали захм жараёнининг кечиши охирида яра ўрнини бириктирувчи тўқима қоплайди, улар ўрнида эса ўз навбатида қаттиқ, марказга нисбатан тортилган юлдузсимон шаклли чандиқлар ҳосил бўлади. Учламчи захм даврининг кечишида кузатиладиган яна бир белги бу учламчи захм эритемалари бўлиб, уларни Фурньенинг учламчи розеоласи, деб аталади. Бу белги диаметри 6-12 см гача етадиган, ҳалқа шаклидаги оч алвон тусли доғлар бўлиб, улар сатҳи қипиқланмайди ва уларнинг кечишида нохуш сезгилар кузатилмайди. Доғлар кўпинча билак, бел, сон, думба ва жинсий аъзолар соҳаларида кузатилади. Айрим ҳолатларда фақат учламчи розеолаларнинг учраши ҳолати захмнинг учламчи даврини тасдиқловчи ягона белги бўлиб хизмат қилади.

Шундай қилиб, учламчи фаол захм ташхиси захмга алоқадор бўлган маълумотларни тўлиқ йиғилганлиги (анамнез), текширилаётган беморларда дўмбоқчали ва гуммали тошмаларнинг аниқланганлиги захмга хос бўлган махсус серологик жараёнларининг мусбат натижалари асосида қўйилади.

Яширин захм

Захм касаллиги белгисиз (симптомсиз) кўринишда кечиши яширин захм, деб аталади. Бундай ҳолатларда захм касаллигининг белгилари тери ва шиллик қаватларда, шунингдек, ички аъзолар ва асаб системасида кузатилмайди, бироқ беморда захмга хос бўлган серологик жараёнлар натижалари мусбат кўринишларда бўлади. Демак, клиник белгилари намоён бўлмай серологик жараёнларнинг мусбатлиги ҳолатига асосланиб яширин захм ташхиси қўйилади.

Яширин захмнинг учраши ҳолатининг ошиб боришига жойларда қўйиладиган серологик жараёнлар сифатининг яхши

эмаслиги ҳолати, рангсиз спирохеталарга етарли даражада ўлдирувчан таъсир этмайдиган дори воситаларининг кенг кўламда қўлланилиши, захм тўғрисида етарли маълумотларга эга бўлмаган беморлар орасида ўз-ўзини даволашга (касалликни яшириш мақсадида) уринишнинг авж олиши, номутасадди тиббиёт ходимлари томонидан захм касаллигини даволашга уриниш, сифатсиз даволаш ва шунга ўхшаш захм жараёнининг яширин кечишига олиб келувчи бошқа омиллар сабаб бўлади.

Яширин захмнинг белгисиз ўтиш муддати бир неча ойдан бир неча йилгача чўзилади. Шунингдек, захм белгилари дастлаб юзага чиқиб, маълум муддатдан сўнг йўқолиши мумкин. Шунинг учун бирламчи ва иккиламчи яширин захм фарқланади. Бирламчи яширин захм, деганда рангпар трепонемалар тушгандан сўнг захмнинг ҳеч қандай белгилари кўринмасдан, фақатгина серологик реакцияларнинг мусбат натижалари асосида диагноз қўйилган яширин захмни тушуниш лозим. Захм белгиларидан баъзилари дастлаб юзага чиқиб, маълум муддат ичида йўқолиб кетгандан сўнг аниқланган яширин захм иккиламчи яширин захм, деб аталади. Касалликларнинг Ҳалқаро таснифига биноан, яширин захм эрта ва кеч яширин захмларга бўлинади. Шунингдек, аниқланмаган яширин захм фарқланади. Эрта яширин захм касаллик юққанидан то 2 йилгача бўлган даврни (бу тахминан бирламчи серопозитив захмнинг кечишидан то иккиламчи қайталама захм ва унинг кечишигача бўлган даврни) ўз ичига олади. Бу давр ўрта ҳисобда касаллик юққандан сўнг икки йилгача бўлган муддатни ташкил этади. Агарда бу муддат 2 йилдан ортиқ вақт давомига тўғри келса, у ҳолда яширин захмнинг кечишини кеч яширин, деб баҳоланади.

Эрта яширин захмни аниқлашда қуйидаги маълумотлар асқотади: а) касаллик тарихини чуқур ўрганиш, жумладан, охириги бир-икки йил ичида жинсий аъзолар соҳасида яра-чақалар пайдо бўлган-бўлмаганлигини аниқлаш. Шунингдек, терида ҳар хил тошмалар пайдо бўлганлигини сўраб билиш. «Грипп», «қулоқ-томоқ оғриғи» ва шунга ўхшаш асл табиати аниқланмаган касалликларга қарши антибиотиклар қўлланилганлигини сўраб билиш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Теридаги бемор эслаган яра-чақалар ва тошмалар, сочнинг тўкилиши, турли-туман ноаниқ касалликлар захм белгиларидан бўлиши мумкин. Антибиотиклар эса бу белгиларнинг тез кунда йўқолиб кетишига олиб келади, яъни манифест захмнинг

яширин захмга ўтишига сабаб бўлади. Бундай маълумотларни йиғиш яширин захм диагностикасини енгиллаштиради; б) беморнинг жинсий шеригини текширувдан ўтказиш. Кўпчилик ҳолларда эрта яширин захм тахмин қилинаётган беморларнинг жинсий шериклари текширувдан ўтказилганда, уларда манифест (симптомли) захмнинг эрта белгилари аниқланади. Бу далил текшириляётган беморга эрта яширин захм, деб ташхис қўйишга ёрдам беради; в) захм белгиларининг қолдиқларини аниқлаш. Маълумки, бирламчи захм белгилари йўқола бориши жараёнида қаттиқ яра ўрнида чандиқ ёки терининг қаттиқлашганлиги ҳолатини аниқлаш мумкин. Шунингдек, катталашган лимфа тугунларидан баъзилари кичрайиб улгурмаган бўлиши эҳтимол кузатилади. Ана шу чандиқ ва пайпасланаётган лимфа тугунларини захмнинг қолдиқ белгилари, деб тахмин қилиш ва шу далилга асосланиб тегишли текширувлар ўтказиш ташхиснинг қўйилишини осонлаштиради; г) реакинлар миқдорини аниқлаш. Маълумки, яширин захмнинг эрта даврида қондаги спирохеталар миқдори юқори бўлади. Бу ҳол антитаначалар (реакинлар) миқдорининг максимал даражага чиқишига олиб келади. Демак, беморлар қонидаги реакинлар (тўқима антитаначалари) миқдорини аниқлаш (улар миқдори 1:120, 1:160, 1:320 ни ташкил этади) яширин захмнинг қайси даврда эканлигини билишга ёрдам беради; д) трепонемалар реакциясини аниқлаш. Маълумки, захм билан хасталанган беморларни даволаш бошланган вақтда уларнинг ҳарорати кўтарилиб, суяк ва бўғимлар қакшайди. Баъзан безгак тутиб, кўнгил айнийди, қайт қилиши мумкин. Шунингдек, уларнинг терисида тошмалар (доғлар) пайдо бўлиши мумкин. Герксгеймер – Лукашевич –Яриш жараёни, деб аталувчи бу ҳолат яширин захмнинг эрта давридан далолат беради. Агар трепонемалар реакцияси терида оз миқдорда бўлса-да тошмалар (доғлар) пайдо бўлишига олиб келса, бундай беморларга эрта яширин захм, деб диагноз қўйилмайди. Чунки бу ҳол умуман яширин захм ҳисобланмайди. Тери ва шиллик қаватларда пайдо бўлган тошмалар манифестли (симптомли) захмдан дарак беради. Аниқроғи, бу доғлар иккиламчи захм белгилари бўлиб ҳисобланади; е) эрта яширин захмда Вассерман жараёни ва иммунологик ёғдуланиш жараёнлари (ИЁЖ) ўта мусбат (4+) натижалар беради. Бироқ ТҲЧЖ (трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси) барча беморларда ижобий натижалар беравермайди, яъни трепонемалар

ҳаракатини чеклаш даражаси 40-70% гача мусбат бўлиши мумкин ёки манфий натижалар беради; ё) яширин захм даврини даволаш жараёнида аниқлаш. Яширин захмда қондаги реактинлар миқдори даволаш курсининг охиридаёқ кескин пасайиб кетади. Даволаш курси тугамасдан ИЁЖ бутунлай манфий натижалар беради. Бундай ҳолат захм жараёни ҳали ёш эканлигидан (бирламчи ёки иккиламчи давр), яъни эрта яширин захмдан дарак беради; ж) эрта яширин захмда орқа мия суюқлигини (ликвор) текшириш мусбат натижалар бермайди. Борди-ю орқа мия суюқлигида маълум бир ўзгаришлар аниқланса, бу ўзгаришлар захмга қарши даволаш жараёнида қисқа муддат ичида йўқолади. Юқорида санаб ўтилган маълумотларни йиғиш ва аниқлаш эрта яширин захм жараёни қайси муддатда кечаётганлигини аниқлашга ёрдам беради. Бу эса тегишли даво чораларини қўллашга ва аниқ клиник-серологик назорат олиб боришга ёрдам беради.

Кеч яширин захм касаллиги билан хасталанган беморлар кўпинча тасодифан ҳолатларда аниқланади. Бундай беморлар шифохоналарда даволанаётган беморларни, профилактик тиббий кўрикдан ўтаётган шахсларни, ишга жойлашиш вақтида, ҳарбий хизматга чақириш вақтида тиббий кўриклардан ўтиш вақтида ва донорлик қонини топшириш пайтларида улар қонини захмга текшириш вақтида аниқланади. Кеч яширин захм ташхисининг қўйилишида қуйидаги маълумотларга асосланади: а) касаллик тарихининг ўзига хос хусусиятлари. Бундай беморлар захмга қачон чалинганликларини билмайдилар, ҳатто касаллик муддатини тахмин қила олмасликлари мумкин. Шу сабабли бундай беморлар захмга дучор бўлмаганликларини исботлашга ҳаракат қиладилар. Дарҳақиқат, мазкур беморларда захм белгилари кузатилмайди. Камдан-кам ҳолларда бемор захм дардига 3-4 йил аввал мубтало бўлганлигини, аммо бу тахминий фикр эканлигини билдиради. Чунки ўша пайтларда терида кузатилган яра-чақалар ёки доғлар ҳақиқатан ҳам захмга тегишли бўлганлигини исботлаш жуда мушкул бўлади; б) кеч яширин захмда Вассерман жараёнини қўйиш йўли билан аниқландиган реактинлар миқдори (Боас бўйича) кам бўлади (1:5, 1:10, 1:20 гача тенг). Бу далил қондаги спирохеталар миқдорининг камлигидан далолат беради. ИЁЖ ва ТҲЧЖ натижалари барча беморларда ўта мусбат бўлади; в) трепонемалар реакцияси кузатилмайди. Бу ҳол қондаги трепонемалар

микдорининг жуда камлигидан, яъни ҳақиқатан ҳам кеч яширин захм жараёни кечаётганлигидан гувоҳлик беради; г) орқа мия суюқлигида маълум ўзгаришлар кузатилади, жумладан, кеч захм менингити белгилари намоён бўлади.

Кеч яширин захм диагнозини қўйиш мураккаб ва масъулиятли вазифа бўлиб, ТҲЧЖ ва ИЁЖ ларнинг мусбат натижаларини инобатга олмасдан туриб бундай ташхисни қўйиш хато ҳисобланади. Кеч яширин захм ташхиси тахмин қилинган беморлар бошқа мутахассислар (терапевт, невропатолог, окулист, оториноларинголог, рентгенолог ва бошқалар) текширувларидан албатта ўтишлари лозим. Мазкур мутахассислар томонидан захмга алоқадор у ёки бу ўзгаришлар борлигини аниқланиши яширин захм диагнозининг ўзгаришига олиб келади. Бундай беморларда аниқланган захм белгиларининг турига қараб (асаб захми ёки ички аъзолар захми) манифест захми ташхиси қўйилади.

Кеч яширин захм ташхиси беморларда даволаш жараёнида тасдиқланиши лозим. Гап шундаки, классик серологик жараёнлар даволаш курсларининг охиридагина манфий натижалар беради, баъзан даволаш курсининг тугаганига қарамасдан КСР мусбатлигича қолиши мумкин. Кеч яширин захм, деб ташхис қўйилган беморларнинг жинсий шерикларида ҳам одатда захмнинг кеч яширин тури аниқланади. Жинсий шерикларнинг маълум қисмида эса захмнинг белгилари умуман топилмайди. Бундай шахслар соғлом ҳисобланиб, уларга огоҳлантирувчи даво чоралари ўтказилмайди. Шунини таъкидлаш лозимки, кеч яширин захмига қарши даво чораларини ўтказиш аниқланган серомусбат реакцияларни манфийлаштиришга қаратилган эмас. Бундай беморларни даволашда мутахассислар ички аъзолар захми ва асаб системаси захми ривожланишининг олдини олишни ўз олдиларига мақсад қилиб қўядилар.

Агар на шифокор ва на бемор захм касаллигини кимдан, қачон, қандай шароитларда юққанлигини билмасалар, яъни аниқлай олмасалар, ундай ҳолларда захмга аниқланмаган яширин захм ташхиси қўйилади. Бундай ташхис илгари захмнинг тури аниқланмасдан туриб даволаш бошланган беморларга ҳам қўйилади. Чунки сифатсиз даво натижасида захм белгилари йўқолади, бироқ организмда спирохеталар қолганлиги туфайли серологик реакциялар мусбат натижалар беради. Бундай ҳолларда спирохеталар қачон,

кимдан ва қандай шароитда юққанлигини аниқлаш имкони бўлмайди. Шу сабабли ҳам аниқланмаган яширин захм бошқача қилиб айтганда кўринмас захм ҳам деб аталади. Аниқланмаган яширин захм ташхиси қўйиш жуда масъулиятли вазифадир. Бундай ташхисни қўйишдан аввал серологик жараёнлар сохта мусбат натижалар бериши мумкинлигини ҳам доим ёдда тутиш лозим. КСР жумладан, Вассерман жараёни натижаларининг захмга алоқадор эмаслигини аниқлаш мақсадида ТҲЧЖ (трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси) қўлланилади. Агар текшириляётган шахсда КСР билан бир қаторда ТҲЧЖ ва ИЁЖ жараёнлари мусбат натижалар берса, у ҳолда мазкур жараёнлар натижаларини захмга алоқадор, деб ҳисоблаш лозим, яъни бундай шахсларга яширин захм ташхиси қўйилади.

Захмда қўлланиладиган серологик жараёнлар

Захм жараёнини аниқлаш мақсадида бир қанча серологик реакциялар қўйилади. Яширин кечаётган ёки кеч ривожланган захм ташхисотида текшириляётган бемор шахслар қон зардобини серологик кўрикдан ўтказишда бу жараёнлар муҳим амалий аҳамият касб этади. Рангсиз трепонемалар мураккаб антиген тузилишга эга эканлиги туфайли беморлар қонида бир неча хил антитаналар ҳосил бўлади. Ана шу антитаналар захмнинг турли даврларида турлича намоён бўлади. Бу ҳол амалиётда бир вақтнинг ўзида бир неча хил серологик жараёнларни қўйишни тақозо этади.

Вассерман жараёни (ВЖ) бу комплементни боғлаб олиш хусусиятига асосланган жараён бўлиб, унда ёғларга қарши таначалар (реагинлар) аниқланади. Замонавий иммунология, жумладан, серология фанининг тушунтириши бўйича ВЖ да рангсиз трепонемаларнинг ўзига қарши пайдо бўладиган антитаналар эмас, балки захмга дучор бўлган макроорганизмнинг ёғларига қарши ҳосил бўладиган антитаналар аниқланар экан, яъни бунда ёғлар гаптен (ярим антиген) вазифасини бажаради. Бундан шуни хулоса қилиш мумкинки, ВЖ етарли даражада сезувчан жараён эмас экан. Шунинг учун ҳам у бирламчи захмнинг дастлабки кунларида манфий кўрсаткичларда бўлади. Шунингдек, ВЖ кўрсаткичлари учламчи фаол захмда, асаб тизими захмида ва туғма захмда ҳам манфий натижалар бериши мумкин. ВЖ нинг яна бир камчилиги

шундан иборатки, у кам спецификлик хусусиятига эга. Захм касаллигига чалинмаган инсонларда ҳам ВЖ сохта мусбат (носпецифик) кўрсаткичларни бериши мумкин. Масалан, мохов, безгак, хавфли ўсма ва бир қатор бошқа касалликларда ҳамда ҳомиладор аёлларда, гиёҳвандларда, спиртли ичимликлар истеъмол қилинганидан сўнг ва бошқа ҳолатларда ҳам ВЖ сохта мусбат натижалар кўрсатади. ВЖ нинг сохта мусбат реакциясида реактинлар миқдори кам (1:5, 1:20) бўлиб, уларнинг жавоби мусбат (3+), кам мусбат (2+) ва шубҳали мусбат (+) кўринишларида бўлади.

Ҳақиқий захм жараёни кузатилган беморларда ВЖ ўта мусбат (4+) жавоб беради. Оммавий серологик текширувлар пайтида 0,1-0,15% ҳолларда ВЖ ўзига хос бўлмаган мусбат натижалар беради. ВЖ нинг камчиликларини тузатиш мақсадида, айниқса, унинг сезувчанлигини ошириш учун мазкур жараён турли модификацияларда олиб борилади, масалан жараён совуқ муҳит шароитида (Колмер жараёни), бир пайтнинг ўзида чўкма жараёнлар кўринишида (Кан ва Закс-Витебский жараёнлари) олиб борилади. Чўкма жараёнларнинг иммунологик моҳияти ВЖ дан фарқ қилмайди, Кан ва Закс-Витебский жараёнлари қўйилганда антигенларнинг куюқ эритмалари тайёрланади. Шу сабабли антигенлар ва реактинларнинг ўзаро жараёнларга киришиши оқибатида кўзга кўринадиган даражада чўкмалар ҳосил бўлади. Чўкмаларнинг ҳосил бўлиш даражасига қараб уларнинг жавоби (4+),(3+),(2+),(1+) белгилари билан ифода этилади.

Юқорида қайд этилиб ўтилган серологик жараёнлар биргаликда олинганда классик серологик жараёнлар (КСР), деб аталади. Вассерман, Кан ва Закс-Витебский жараёнларининг бир вақтда қўйилиши сохта-мусбат натижаларни олдини олишга ва серологик жараёнлар оқибатида йўл қўйиладиган ташхисий хатоларнинг камайишига олиб келади.

Трепонемалар ҳаракатини чеклаш жараёни ёки РХЧЖ (ТРИ-Трепонема pallidum immobilization) жараёни текшириладиган беморлар қон зардобидаги трепонемалар ҳаракатини тўхтатишга (трепонемаларга қарши ҳосил бўлган махсус антитаналар ёки иммобилизинлар анаэроб шароитда комплекментлар ёрдамида захм кўзғатувчилар ҳаракатини чеклашга) асосланган. Иммобилизинлар таъсирида ҳаракатланиш хусусиятини йўқотган рангсиз трепонемалар микроскоп остида саналиб, уларнинг нисбий сони

фоизларда ифода этилади. Агар иммобилизация даражаси 51 дан 100% гача бўлса, жараён мусбат ҳисобланади, 31 дан 50% гача - кам мусбат, 21 дан 30% гача - тахминий мусбат, 0 дан 20% гача – манфий, деб ҳисобланади. РХЧЖ нинг ижобий жавоби бошқа серологик жараёнларнинг жавобларидан кечроқ кузатилади, шунинг учун ҳам РХЧЖ жараёни захм касаллигининг юқумли турларига ташхис қўйишларида кўпинча қўлланилмайди. Бироқ шуни таъкидлаш лозимки, захмнинг иккиламчи даврининг кечишида 85-100% ҳолларда РИБТ жараёнида ижобий натижалар кузатилади. Жумладан, иккиламчи янги захмда - 85%, иккиламчи қайталама захмда - 100%, айниқса, учламчи фаол захм, ички аъзолар захми ва туғма захмларнинг кечишида РИБТ кўрсаткичлари 98-100% ҳолларда мусбат натижалар беради. Бу ҳол КСР манфий натижалар берган беморларда РИБТ нинг қийматини янада оширади. Захм диагностикасида қўлланиладиган серологик жараёнлар ичида РХЧЖ жараёни юқори жараён бўлиб ҳисобланади. Аммо бу жараён ҳам носпецифик мусбат жавоблар бериши мумкин. Кўпинча текширилаётган қон зардоби таркибидаги трепонемоцид таъсир этувчи дори воситалари (пенициллин, тетрациклин, эритромицин) бўлганда носпецифик иммобилизация ҳолати кузатилиши мумкин. Бундай мураккаб ҳолларда қон зардобидаги IgM га мансуб антитаначаларни аниқлаш касалликнинг аниқ табиатини аниқлашга ёрдам беради. IgM - FTA - ABC деб номланган ана шу текширув усули (тест) текширилаётган организмда захм бор-йўқлигини ишончли даражада аниқлаб беради.

Иммунологик ёғдуланиш жараёни ИЁЖ (FTA - test Fluorescent treponemal antibody) текширилаётган бемор қонида ёғдуланиш хусусиятига эга бўлган антитрепонемал қарши таначалар аниқлашга асосланган. Бундай антитаналар люминесцент микроскоп ёрдамида аниқланади. Агар зардоб таркибида антитрепонемал антитаналар бўлса, трепонемалар ёғдуланади, ана шу ёғдуланган спирохеталарнинг микдорига қараб жараённинг жавоби (1+) дан (4+) гача ифодаланади.

Демак, стандарт серологик жараёнлар беморларга захм деб қўйилган клиник ташхисни тасдиқлаш, захмга қарши ўтказилган даво чоралари натижаларини аниқлаш ва назорат этиш, захмдан тузалганлик тўғрисидаги мезонларни аниқлаш учун қўйилади. Специфик трепонемал серологик жараёнлар (ТPI ва FTA ва

бошқалар) эса КСР жавобининг ўзига хослигини аниқлаш мақсадида захмнинг кеч даврлари ташхисотида кузатилиши мумкин бўлган мураккаб ҳолатлар ечимини ечишда, айниқса, захмнинг яширин даврлар ташхисотида, жумладан, аниқланмаган яширин захмда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Оммавий профилактик тиббий текширувлар ўтказилганда серологик жараёнларнинг тез, яъни экспресс усули жуда қўл келади, чунки мазкур усул орқали жараёнлар натижалари қисқа вақт ичида олинса-да жараёнларнинг хусусийлик даражаси стандарт серологик жараёнлар билан текширилиши лозим. Экспресс усулнинг мусбат жавоби КСР нинг мусбат жавоби билан тасдиқлангандан кейингина захмга алоқадор, деб баҳоланади.

ТУҒМА ЗАХМ

Захм касаллиги нафақат беморлар саломатлигига путур етказди (уларни майиб-мажруҳ бўлиб қолишларига, турли ногиронликларга дучор бўлишларига, ҳаттоки ўлимларига ҳам сабабчи бўлади), балки уларнинг зурриётини ҳам захарлайди, яъни туғма захмнинг вужудга келишига олиб келади. Туғма захм касаллиги захм касаллиги билан хасталанган бемор ҳомиладор аёллардан туғилган болаларда кузатилади. Касаллик белгилари бемор ҳомиладор аёлдан ҳомилага йўлдош қон айланиши йўли орқали ўтади. Ҳомиладорлик даврининг 3,5-4 ойларида, ҳомила қон айланиши жараёни бошлангандан кейин, касалликни қўзғатувчиси рангсиз трепонемалар киндик веналари орқали эмбол ҳолатида ёки лимфа бўшлиқлари орқали ҳомилага ўтади. Натижада йўлдошнинг асосан она тарафи захм инфекцияси таъсирига кўпроқ дучор бўлади, бундай ҳолда йўлдош қон томирлари тарафидан эндо-, мезо- ва периартрит каби ўзгаришлар юзага келади, натижада қон томирлар йўли беркилиб қолади (облитерацияланади), уларда қон айланиш жараёнининг бузилиши, қўлмаклик юзага келади ва охир-оқибатда йўлдош азоси паренхимаси катталашади, унинг тузилиши ўзгаради, ғадир-будур кўринишни олади.

Натижада йўлдош ҳажмини катталиги (нормал ҳолатларда ҳомила ҳажмига нисбатан 5:1, 6:1 нисбатларда бўлади) ҳомила ҳажмига нисбатан 3:1 ёки 2:1 нисбатларда бўлади, бундай шароитларда йўлдош ўз ҳаётийлигини йўқотади ва кўчиб тушади, яъни эрта ҳомила тушиши ҳолати кузатилади.

Болаларда кузатиладиган туғма захм белгиларининг ривожланиш даражаси бемор оналарнинг қачон захм касаллигини юқтирганликларига боғлиқ бўлади. Бемор онада кечаётган захм жараёнини дастлабки 3 йили ҳомила учун жуда хавfli ҳисобланади, бироқ, касаллик юққандан 5-10 йил ўтгандан кейин туғилган болаларда ҳам туғма захм белгилари кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда касалликдан 10 ва ундан кўпроқ йиллар ўтгандан сўнг ҳомиладор бўлган бемор аёллардан туғилган болаларда туғма захм белгилари кузатилмайди, аммо уларда бир неча йиллардан сўнг (болалик ва ўсмирлик даври, етуклик ёши) касаллик белгилари намоён бўлиши мумкин.

Туғма захмнинг кечиши бемор аёл захмнинг қайси даврида ҳомиладор бўлганлигига боғлиқ, захмнинг бирламчи ва иккиламчи даврларида ҳомиладорликни ўтказган аёлларнинг аксариятидан туғилган болаларда туғма захм белгилари кузатилади. Айниқса, иккиламчи янги захмга дучор бўлган ҳомиладор аёллардан туғилган болаларнинг барчасида туғма захм белгилари намоён бўлади. Захмнинг учламчи даврида ҳомиладор бўлган аёллардан туғилган болаларда туғма захм белгилари кузатилмаслиги мумкин, чунки рангсиз трепонемалар сонининг кескин камайиб кетиши, она организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилияти кучайиши ҳомилани захм инфекцияси ҳужумидан сақлаб қолиши мумкин ёки бундай болаларда кеч туғма захм белгилари ривожланади.

Захм касаллиги билан хасталанган бемор ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши турли натижалар билан якун топади. Бундай ҳолатларда бола ташлаш, муддатидан олдин касал бола туғиш, ой-куни тўлган касал бола туғиш ёки соғлом бола туғишлар кузатилади. Ҳомиладорлик даврида ва унғача яхши даволанган аёллардан соғлом болалар туғилади.

Касалликларнинг 1975 йилда қайта кўриб чиқилган ҳалқаро таснифига биноан туғма захмнинг қуйидаги клиник турлари тафовут этилади: 1. Эрта туғма захм (гўдаклик даврининг 2 ёшигача кузатиладиган барча кўринишларини ўз ичига олади): а) белгилари намоён бўладиган эрта туғма захм; б) белгисиз кечадиган эрта туғма захм. 2. Кеч туғма захм (2 ёшдан сўнг кузатиладиган туғма захмнинг барча кўринишлари): а) белгили кеч туғма захм; б) яширин кеч туғма захм.

Эрта туғма захм

Эрта туғма захм белгилари асосан гўдак ҳаётининг дастлабки икки ойлари давомида намоён бўлади, натижада бундай гўдаклар кўп яшамайдилар ёки улар ҳаётларининг биринчи соатлари ёки кунларидаёқ нобуд бўладилар. Туғма захм белгилари билан туғилган гўдакларнинг жуссалари жуда кичик, тери соҳалари куруқ ва бужмайган кўринишларда бўлиб, уларда тери ости ёғ қавати кузатилмайди. Бемор гўдак болалар қўл ва оёқлари озғин, калта, бурмалар билан қопланган бўлиб, юзлари заъфарон, нигоҳлари қари кишиларни эслатадиган кўринишларда бўлади. Бемор гўдаклар бош мия суяклари ҳажми уларнинг танасига нисбатан анча катта бўлиб, тери остидан кенгайган вена қон томирларининг бўртиб чиққанлиги ҳолати кузатилади. Бош мия суяги ҳажмининг катта бўлиш ҳолати бу мия бўшлиқларида суюқлик тўпланганлиги сабабли юзага келади. Касаллик туфайли ички аъзолар томонидан юз берадиган ўзгаришлар бемор гўдакларнинг нобуд бўлишига олиб келади. Эрта туғма захм белгилари бемор болаларда захм чилла яраси, тарқоқ ҳолдаги тугунчали маддаланиш, захм тумови кўринишларида ҳамда тугунчали, розеолали тошмаларнинг тошиши ва сочларнинг тўкилиши каби белгилар билан кечади.

Захм чилла яраси ёки пуфаклари (*pemphigus syphiliticus*) гўдаклар ҳаётининг дастлабки кунлари ва ҳафталаридаёқ пайдо бўлади ва шаклланади, пуфаклар катталиги нўхат, олча, баъзан гилосдек бўлиб, улар таркиби сероз, қон аралаш, айрим ҳолатларда эса йирингли суюқликлар билан тўлган бўлади. Пуфаклар қобиғлари қаттиқ, атрофлари қизил ҳошияли, қийин ёрилувчан бўлади, кейинчалик улар куриб, қатқалоқларни ҳосил қилади, айрим ҳолларда пуфаклар қобиғи йиртилиб улар таркибидаги яллиғланиш суюқлиги чиқади. Захм пуфакчалари асосан бемор болаларнинг қўл ёки оёқ қафти юзаларида жойлашади ва улар таркибидаги суюқликларда кўп миқдорда касаллик қўзғатувчиси бўлган рангсиз трепонемалар топилади. Захм пуфакли яраларини стафилококкли йирингли касалликларда пайдо бўладиган эпидемик пуфакли чилла яралардан фарқлай билиш лозим. Туғма захм пуфакли тошмалари остида қаттиқ маддаланиш ҳолати кузатилади, улар қобиғи мустаҳкам бўлиб осонликча ёрилмайди, пуфаклар бир-бири билан қўшилиб кетишга мойил бўлмайди. Баъзан эса пуфаклар пайдо

бўлгунга қадар яллиғланган кўринишдаги доғли ва тугунчали тошмалар ҳосил бўлади. Эпидемик чилла яра тошмалари эса баданнинг турли тери соҳаларида (орқа, курак, кўл-оёқлар) тарқалган кўринишда бўлади, тошмалар қобиғлари юпқа, тез ёрилувчан бўлиб, бир-бири билан қўшилиб кетишга, атрофга тезда тарқалишга мойил бўлади, пуфаклар таркибида эса кўп микдорда стафилакокклар топилади.

Гохзингернинг тарқалган тугунчали маддаланиши захм касаллиги билан хасталанган бемор бола ҳаётининг 8-10 ҳафталарида пайдо бўлади. Жараён аввалига кўл ва оёқ қафти юзаларида тарқоқ кўринишдаги яллиғланган доғлар (эритема) шаклида бошланади, секин-аста улар инфильтрацияланиб маддалана бошлайди, бундай маддаланган ўчоқлар терининг юз соҳаси, оғиз атрофи, энса соҳаларида вужудга келади. Зарарланган соҳаларда маддалаш жараёни кучайиб, терини таранглаштиради, ўчоқлар тўқ қизил ёки кўкимтир қизил тусга кириб, усти ялтирай бошлайди. Айниқса, юз соҳаларида лабларнинг қалинлашиши, шишиши, катталашиб таранглашиши ҳолати кузатилади. Шиш, қаттиқлашиш ҳолати бемор болаларни она сутини эмиш жараёнини қийинлаштиради, улар безовталанадилар, кўп йиғлайдилар натижада оғиз атрофида шуъласимон кўринишда бўлган чуқур ёриқлар ҳосил бўлади. Яллиғланиш жараёнининг тугаши натижасида бу ёриқлар ўрнида нурсимон кўринишларда бўлган чандиқлар (Робинсон-Фурнье чандиқлари) ҳосил бўлади. Агар шундай маддаланган ўчоқлар қош, киприк ва бошнинг сочли соҳаларида жойлашган бўлса ундай ҳолатларда қошлар, киприклар ва сочларнинг тўкилиши кузатилади.

Бемор болаларда тугунчали тошмалар ҳам пайдо бўлиши ҳолати кузатилади, тошмалар асосан кўл, оёқ, думба, юз, катта бурмалар соҳаларида учрайди. Бурмалар соҳасида жойлашган тугунчали тошмаларнинг юзалари ишқаланиш натижасида намланиши-эрозияланиши мумкин. Эрта туғма захм касаллигида розеолали тошмалар жуда кам ҳолатларда кузатилади, улар чегараланган, пушти-жигар рангларда бўлиб, кўринишлари пигментли доғларни эслатади, улар кўпинча юз, тана ва оёқ қафти соҳаларида намоён бўлиши мумкин.

Захм тумови ёки бурун шиллиқ қаватининг ялпи яллиғланиши ҳолати бемор болалар ҳаётининг биринчи соатлари ва кунларида, уларнинг туғруқхонадаги пайтларидаёқ намоён бўлади ва жараён 3

босқич кўринишида, яъни эритематоз, секретор ва яралар пайдо бўлиши босқичи кўринишларида кечади. Захм тумовининг бирламчи босқичи-эритематоз босқичида бурун шиллиқ қаватининг бироз қалинлашиши (гипертрофияси) – шишиши ҳолати кузатилади ва бундай ҳолат бемор болалар умумий аҳволига таъсир этмайди. Иккинчи секретор босқич – бурун шиллиқ қаватининг кўринарли даражада шишиши ва кўп миқдорда йирингли ажратмаларнинг оқиши ҳолати билан кузатилади. Натижада бемор гўдак болаларда бурун билан нафас олиш жараёни қийинлашади, улар оғиз билан нафас олишга мажбур бўладилар, тез-тез безовталанадилар, йиғлай бошлайдилар, бундай ҳолат кейинчалик бемор болаларнинг кўкракни эма олмай қолишларига, озиб кетишларига олиб келади. Захм тумовининг учинчи босқичи яралар пайдо бўлиши босқичида бурун тоғай ва суяк қисми томонидан деструктив ўзгаришлар кузатилади, натижада буруннинг чўкиши ҳолати кузатилади, у эгар ёки эчки бурни кўринишини олади. Бурун шиллиқ қаватидан оқиб чиқаётган ажратмалар таркибида кўплаб миқдорда захм касаллигининг кўзгатувчиси – рангсиз трепонемалар топилади.

Эрта туғма захмнинг кечишида 80% ҳолатларда суякларда ўзгаришлар кузатилади, улар захм остеохондрити, периостити ва остеопериостити каби кўринишларда намоён бўлади. Эрта туғма захмда найсимон суякларда кузатиладиган ўзгаришлар захм остеохондритлари учун хос бўлиб, уларга қўйиладиган ташхис асосан рентгенологик текширувлар асосида қўйилади. Захм касаллиги туфайли вужудга келадиган найсимон суяклардаги ўзгаришлар асосан уларнинг метафизар қисмида оҳакланиш жараёнининг бузилиши натижасида (уларнинг кенглиги 2-3 мм гача етади) вужудга келади, бундай ҳолатларда беморларга I ва II даражадаги остеохондрит ташхиси қўйилади. Кейинчалик жараённинг авж олиши ва ривожини метафизар соҳада оҳакланиш жараёнининг бутунлай йўқолишига (уларнинг кенглиги 4-5 мм гача етади), суяк тузулмасини грануляцион тўқима билан алмашишига олиб келади, натижада ички метафизар синишларнинг вужудга келишига сабабчи бўлади, бундай ҳолат Парронинг ёлғон шоллиги белгиси, деб аталади. Парронинг ёлғон шоллиги белгиси бор бемор болалар кўллари баданларига, оёқларини эса тоз-сон ва тизза соҳаларини буклаган ҳолда қимирламай қоладилар, сабаби уларнинг ҳаракат қилиши метафизар соҳаларда каттик оғриқларнинг юзага

келишига олиб келади. Шунни такидлаш лозимки, ёлғон шоллик ҳолати кузатиладиган ҳолатларда асаб тизими ўтказувчанлиги сақланиб қолади, шоллик белгиси эса метафизар соҳада вужудга келадиган оғриқ ҳисобига юзага келади. Захм остеохондрити нафақат найсимон суяклар томонидан, балки бошқа суякларда, жумладан, қовурға, курак, чаноқ ва бош суякларда ҳам кузатилади. Натижада думбасимон калла, олимпия пешонаси, фалангит ва дактилит каби ўзгаришлар кузатилади.

Туғма захмнинг кечишида сезги аъзолари ичида кўпинча кўз захм касаллиги таъсирига учрайди, натижада беморлар кўзининг шохли ва қонли пардаларини яллиғланиши ҳолати, яъни хореоретинитлар кузатилади. Беморлар кўз тубида сарғиш рангли нуқтасимон доғланишлар кузатилади, улар “туз ва мурч” аралашмаси кўринишида намоён бўлиб, кўриш қобилиятига таъсир ўтказмайди.

Туғма захм жараёнининг кечиши ички аъзоларда (жигар, қора талок, ўпка, буйрак) тарқоқ кўринишларда бўлган склеротик ўзгаришларга олиб келади. Бемор болалар туғилишлари билан узок яшамайдилар, уларда кузатиладиган интерстициал зотилжам касаллиги ўлим ҳолатига олиб келади. Асаб тизими тарафидан менингит, менингоэнцефалит, бош мия сувланиши каби ўзгаришлар кузатилади, натижада бемор болаларда турли кўринишларда бўлган шолликлар, тутқоноқлар, тортилишлар, безовталаниш ва қусиш аломатлари кузатилади.

Кеч туғма захм

Кеч туғма захм белгилари асосан 2-15 ёшларда бўлган бемор болаларда учрайди. Касалликнинг кечиши худди орттирилган учламчи захм клиник белгиларига ўхшаш кўринишда кечади, яъни бемор болалар тери ва шиллик қаватларида кеч туғма захм белгилари худди орттирилган учламчи захм белгилари сингари дўмбоқчали ва гуммали тошмалар тарзида кечади. Суякларда гуммали периостит, остеопериостит ва остеомиелит кўринишидаги жараёнлар кузатилади. Ички аъзолар томонидан ҳам турли кўринишларда бўлган ўзгаришлар, жумладан, жигар ва талок аъзоларининг катталашиши, эндокардит ва аорта қон томири аневризмаси, бош миянинг зарарланиши (менингит, менингоневрит, менингомиелит), орқа мия қуриши ва ривожланган фалажлик

ҳолатлари кузатилиши мумкин. Бироқ кеч туғма захмга хос шундай белгилар борки, улар орттирилган учламчи захм касаллигининг кечишида умуман бўлмайди. Кеч туғма захмнинг бундай белгилари 3 та гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳ белгилари ишончли белгилар бўлиб, уларни кузатилиши касаллик учун хос белги, деб баҳоланади. Иккинчи гуруҳ белгилар бу шубҳали ёки беқарор белгилар, деб аталади, уларни туғма захм касаллигига хос белги эканлиги серологик, ликворологик теширувлар асосида тасдиқлангандагина касаллик учун хос белги, деб баҳоланади. Учинчи гуруҳ белгилар дистрофик ўзгаришлар (стигмалар) бўлиб, улар турли касалликлар белгилари сифатида ҳам учрайди, шунинг учун ҳам уларнинг бир нечасини бир вақтда биргаликда учраши ҳолати кузатилганда ҳамда захмга ўтказилган текширувлар натижаларининг мусбатлиги асосланган ҳолда захмга хос белги, деб ҳисобланади.

Кеч туғма захм учун хос бўлган ишончли белгилар Гетчинсон учлиги сифатида намоён бўлиб, паренхиматоз кератит, захм карлиги ва Гетчинсон тишлари кўринишида кечади. Паренхиматоз кератит (кўз мугуз қаватининг зарарланиши) кўз мугуз қаватининг хираланиши, ёруғликка қарай олмаслик, кўз ёшининг оқиши ва кўриш қобилиятининг пасайиши ҳолатлари кўринишларида кечади. Кўпинча паренхиматоз кератит бир тараф кўзда бошланади, кейинчалик эса иккинчи кўзга ўтади, вақт ўтиши билан беморларда кўриш қобилиятининг пасайиши, ҳатто кўр бўлиб қолиш ҳолати кузатилади. Кўз мугуз қаватининг зарарланиши ирит, иридоциклит хориоретинит кўринишлардаги ўзгаришлар билан биргаликда кечиши мумкин. Гетчинсон тишлари бу юқориги ўрта кесув тишлари гипоплазияси ҳолатида намоён бўлади. Тишларнинг эркин кесув қирраси яримойсимон шаклда бўлиб, ўроқ кўринишини эслатади. Тишларнинг танаси, яъни милкка кириб турадиган қисми кенгайган ва қалинлашган бўлиб, сандон шаклида бўлади. Захм карлиги (лабиринтит) эшитув чиғаноғининг инфилтралланган кўринишдаги яллиғланиши ва эшитув асаб толасининг дегенерацияси натижасида вужудга келади. Бундай пайтларда беморларда кулоқларда шанғиллаш, бош айланиши, эшитув қобилияти пасайиб бориши ва охир-оқибатда эса кар бўлиб қолиш ҳолатлари кузатилади. Одатда карлик ҳолати тўсатдан бошланади, агарда 4 ёшгача бўлган бемор болаларда карлик ҳолати ривожланган бўлса у ҳолда нафақат карлик, балки кар ва соқовлик ҳолати вужудга

келади. Юқорида қайд этилган кеч туғма захмнинг ишончли белгиларининг барчаси касалликнинг кечиши даврида бир вақтнинг ўзида учрамайди, кўпинча Гетчинсон учлигининг фақат битта белгиси, баъзан эса иккита белгиси кузатилади.

Кеч туғма захм касаллигининг беқарор (шартсиз бўлган) белгилари қиличсимон болдир, Робинсон-Фурньенинг шўъласимон чандиқлари, думбасимон калла, эгарсимон бурун, куртаксимон тишлар тарзида намоён бўлади. Бироқ бу белгилар кеч туғма захм ташхисини тасдиқлай олмаса ҳам, лекин унинг қўйилишига тахмин қилишга асос бўлади. Беқарор белгилардан қиличсимон болдир белгиси эрта захмда кузатиладиган остеохондрит оқибати бўлиб, унинг кўриниши қилич кўринишида олд томонга қараб эгилган бўлади, унинг кечишида кечкурунлари оғриқлар кузатилади. Кеч туғма захмга хос бўлган асосий клиник белгилар бўлиб, Австидийский белгиси, «олимпия» пешонаси, калта жимжилоқ, қаттиқ танглайнинг баланд жойлашиши, ханжарсимон ўсимтанинг бўлмаслиги, Карабелли дўмбоқчалари, ғилайлик ва бошқа белгилар ҳисобланади.

Кеч туғма захмга ташхис қўйишда махсус серологик жараёнларнинг мусбат кўринишдаги жавоблари муҳим рол ўйнайди, айниқса, бу борада анамнестик маълумотлар олиш қийин бўлган ҳолларда ТҲЧЖ ва ИЁЖ ларнинг жавоблари ҳал қилувчи аҳамият касб этади. Кеч туғма захмнинг кечишида КСЖ лари 70-92% ҳолларда ва махсус серологик жараёнлар деярли барча ҳолларда мусбат натижалар беради. Шундай қилиб, кеч туғма захм ташхисини қўйиш жуда масъулиятли вазифа бўлиб, трепонемалар ҳаракатини чеклаш ва иммунологик ёғдуланиш жараёнларининг қўйилиши ва улар натижаларининг мусбат кўринишларда бўлиши касалликка ташхис қўйилиши ҳолатини енгиллаштиради.

Туғма захмга қарши курашиш умуман захм касаллигига қарши курашиш билан чамбарчас боғлиқдир. Ҳомиладор аёллар орасида захм касаллигининг ўз вақтида аниқланиши ва даво чораларининг ўтказилиши, туғма захмнинг вужудга келиши ҳолатини олдини олишнинг асосий йўли бўлиб ҳисобланади. Даволаш муассасаларига, аёллар маслаҳатхоналарига мурожаат этадиган, умумий кўриклардан ўтадиган аёлларда захм касаллигининг яширин ва аниқланмаган турларини аниқлаш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шунингдек, аҳолининг захм касаллигини юқтириш хавфи юқори

бўлган табақаларини (официантлар, хайдовчилар, меҳмонхона ходимлари) мунтазам равишда клиник ҳамда серологик текширувлардан ўтказилиб турилиши ҳолати ҳам захмга учраган беморларнинг фаол равишда аниқланишига имконият яратади. Болалар муассасалари (ясли, боғча ва болалар уйлари) ишчи-ходимларини, озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш, пишириш, сотиш билан шуғулланадиган ходимларни (ошпазлар, озиқ-овқат дўколари сотувчилари, кандолатчилик ширкатлари ишчилари) режа асосида клиник ва серологик текширувлардан мунтазам равишда ўтказилиб турилиши ҳам захмга йўлиққан беморларнинг ўз вақтида аниқланишига олиб келади.

Туғма захмнинг олдини олишда аёллар маслаҳатхоналарининг аҳамияти бениҳоя катта бўлиб, соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғига биноан аёллар маслаҳатхонасига мурожаат этувчи барча ҳомиладор аёллар, ҳомиладорлик даврида камида икки марта (ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи яримларида) захмга текширилишлари лозим, жумладан, улардан Вассерман жараёнига қон олиниши лозим. Жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиши билан кечадиган касалликлар бўйича даволанаётган бемор аёллар ҳамда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш мақсадида (аборт) врачга мурожаат этган аёлларнинг қони ҳам захмга текширилиши лозим. Бундан ташқари захм ташхиси билан даволанаётган ҳамда клиник ва серологик кузатувларда турадиган аёлларнинг барчаси ҳақидаги маълумотлар тегишли аёллар маслаҳатхоналарига берилиши керак. Бу тадбир улар ҳомиладор бўлган тақдирда тегишли текширувлар ўтказилишига ва профилактик даво чораларини олиб боришга имкон беради. Захм касаллиги аниқланган ҳомиладор аёллар тиббий ҳужжатлари улар яшаб турган жойилари бўйича туғруқхонага юборилиши керак.

Захмга текширилаётган ҳомиладор аёлларда Вассерман жараёни ва бошқа классик серологик жараёнларнинг мусбат кўрсаткичларда бўлиши ҳолати уларда захм касаллиги бор, деган хулосани чиқариш учун кифоя қилмайди. Бундай ҳолларда Вассерман жараёнига сохта мусбат жавоб олиш эҳтимоли борлигини ҳисобга олиш лозим. Бундан ташқари ҳомиладор аёл тукқандан кейин 10-15 кун ичида ҳам Вассерман жараёни сохта мусбат жавоб бериши мумкинлигини инобатга олиш лозим, шунинг учун бундай аёлларда тукқанларидан сўнг 2-3 ҳафта ўтгач такроран серологик текширувлар ўтказилиши

лозим. Мана шу даврлардан кейин ўтказилган серологик жараёнларнинг мусбат натижалари уларни захм касаллигига хос эканлигини кўрсатади. Қолаверса, КСЖ ларнинг хослик даражаси ТХЧЖ ёрдамида аниқланиши лозим. Қўлланмага биноан КСЖ нинг мусбат жавоби билан бирга ТХЧЖ ва ИЁЖ ларнинг мусбат натижалари ҳомиладор аёлларга захм ташхиси қўйишга асос бўлади.

Захмга дучор бўлган аёллардан туғилган барча болалар ҳам синчковлик билан клиник ва серологик текширувлардан ўтказилиши лозим. Тери ва шиллик қаватларида ҳамда ички аъзолар томонидан захм белгилари топилмаганлиги, рентгенологик текширувларда ўзгаришлар аниқланмаганлиги, серологик жараёнлар натижаларининг манфийлиги янги туғилган гўдаклар уларни соғломлигидан гувоҳлик беради.

Соғлом туғилган болаларда профилактик даво курсларини ўтказиш туғма захмнинг кеч белгилари пайдо бўлиш хавфининг олдини олади. Юқорида санаб ўтилган ҳамма профилактик даво чоралари туғма захм ривожланишини олдини олади.

Захм касаллигини даволаш

Захм билан хасталанган беморларда ўтказиладиган даво чоралари касалликни қўзғатувчиси рангсиз трепонемаларни нобуд қилишга қаратилган. Шунинг учун ҳам бундай даво усулларини амалга ошириш учун қўлланиладиган дори воситалари махсус дори воситалари, деб аталади. Захмга учраган беморлар организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини ошириш ва серологик жараёнлар жавобининг манфий бўлишини тезлаштириш мақсадида ўзига хос бўлмаган даво усуллари ҳам қўлланилади. Демак, захмга қарши махсус даво усулларининг ўтказилиши билан бир вақтда ўзига хос бўлмаган даво усуллари ўтказилиши юқори самарали натижалар олиш имконини беради. Огоҳлантирувчи (превентив) даво усули захмга йўлиққан беморлар билан жинсий ёки яқин маиший алоқаларда бўлган шахсларда ўтказилади (бунда асосан антибиотик дори воситалари қўлланилади). Касалликни олдини оладиган ёки профилактик даво усуллари эса захм билан хасталанган бемор аёллардан туғилган болаларда ёки захм касаллиги билан хасталанган ҳомиладор аёллар учун ўтказилади (асосан пенициллин дори воситаси билан). Захм касаллигининг кеч даврларида кузатиладиган

диагностик ноаниқликларда асосан синов даво усули қўлланилади. Захм касаллигини махсус даволашда антибиотик, висмут ва йод дори воситаларидан фойдаланилади.

Захм касаллигини махсус даволашда антибиотик дори воситаларидан пенициллин, бициллин-1, бициллин-3, бициллин-5 лар, экмоновоциллин, эритромицин, тетрациклин, олететринлар кенг миқёсда қўлланилади. Агарда антибиотик пенициллин дори воситасининг ҳар бир мл бемор қонидаги миқдори 0,03 дан юқори бўлса, бу миқдор захмни даволашга қодир, деб ҳисобланади, яъни трепонемотид таъсир этиш қобилиятига эга бўлади. Пенициллин дори воситаси таъсир этиш муддати узайтирилган бошқа дори воситаларига нисбатан беморлар томонидан яхши қабул қилинади, у камдан-кам ҳолларда асоратлар қолдиради. Шунга қарамадан беморларнинг касаллик тарихида пенициллинга нисбатан кўнгилсиз воқеалар бўлган-бўлмаганлигини аниқлаб, белгилаб қўйиш лозим. Пенициллин дори воситасини дастлабки юборишдан 30 дақиқа аввал ҳар эҳтимолга қарши гистаминга қарши дориларидан бирортасини (димедрол, диазолин, супрастин) ичиш учун бериш лозим. Бундай ҳолат таъсир муддати узайтирилган антибиотикларни (бициллин-1, бициллин-3, бициллин-5, экмоновоциллин) юборишдан аввал ҳар сафар қўлланилиши лозим.

Захм касаллигини даволашда пенициллин дори воситасининг сувда эрийдиган турлари бўлган бензилпенициллиннинг натрийли ва калийли тузлари қўлланилади. Бу дори воситалари беморларга ҳар 3 соатда мушак орасига юборилади, чунки дорининг шифобахш миқдорини бир меъёрда сақлаб туриш лозим, акс ҳолда дори воситасининг қондаги миқдори камайиб кетиб, уни трепонемаларни ўлдириш қобилияти сусаяди, оқибатда даволаш жараёни муваффақиятсиз чиқади. Пенициллин дори воситасини узоқ вақт давом этадиган аналоглари беморларга икки босқичли усуллар ёрдамида юборилади. Бициллин-3 (бензилпенициллиннинг натрийли ёки калийли тузи), шунингдек, новокаин ва дибензилэтилендиамин тузларидан иборат аралашмаси бўлиб, дори воситаси мушак орасига икки босқичли усул орқали ҳар 4 кунда бир марта юборилади. Икки босқичли усулнинг моҳияти шундан иборатки, юборилаётган дори воситасини қон томирлари ичига тушиб қолмаслиги учун дастлаб игнанинг ўзи санчилади (1-босқич), игнадан қон чиқмаётганлигига ишонч ҳосил қилингандан кейин, унга шприц кийгизилади ва шун-

дан сўнг эса дори воситаси аста-секин, эҳтиётлик билан юборилади (2-босқич). Бициллин-1 (бензилпенициллиннинг дибензилэтилендиамин тузи) ва бициллин-5 (бензилпенициллиннинг 80% ли дибензилэтилендиамин тузи) ва 20 %ли новокаин тузлари аралашмаси бўлиб, мазкур дори воситалари мушак орасига ҳар 5 кунда 1 марта икки босқичли усул билан юборилади. Пенициллин ва уларнинг аноалогларини қўллаш оқибатида рўй берадиган ҳар хил асоратлар кузатилганда эритромицин антибиотиғи ишлатилади. Эритромициннинг захм касаллиғига нисбатан шифобахш таъсир кучи пенициллинникига нисбатан паст ҳисобланади, шунинг учун ҳам бу дори воситаси якка ҳолда захмни даволашда қўлланилмайди. Дори воситаси ҳар 6 соатда (кунига 4 марта) 0,5 г дан овқатдан кейин беморларга ичиш учун тавсия этилади. Пенициллин ва эритромицин дори воситаларига нисбатан сезувчанлик ошган пайтларда беморларга олететрин, тетрациклин дори воситалари тавсия этилади ва бу антибиотиклар беморларга 0,5 г дан кунига 4 маҳалдан берилади.

Захм билан хасталанган беморларни даволаш жараёнида антибиотикларнинг дастлаб юборилиши вақтида уларда тана ҳароратининг кўтарилиш жараёни (Геркесгеймер жараёни), кўнгил айнаши, бош оғриғи, тана ва суякларда оғриқлар, умумий ҳолсизлик каби белгилар кузатилади, бундай ҳолат 6-8 соат давом этиб, кейин ўз-ўзидан ўтиб кетади. Бундай ҳолат беморларни антибиотик дори воситалари билан даволашни давом эттиришга тўсқинлик қилмайди. Пенициллин, айниқса, таъсир муддати узайтирилган пенициллин препаратлари билан даволашда аллергияга алоқадор турли-туман асоратлар кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда пенициллин билан даволаш тўхтатилиб, дарҳол гистаминга қарши дори моддалари ва кальций препаратларини қўллаш лозим. Агарда захм касаллиғи билан хасталанган беморларда бир вақтнинг ўзида аллергия касалликлар (бронхиал астма, эшакем), ички секреция безларининг касалликлари, ўткир ошқозон-ичак касалликлари, ривожланган сил жараёни, қон касалликлари, юрак-томирлар системасининг оғир турлари қайд этилса ундай ҳолатларда беморларга антибиотик дори воситалари тавсия этилмайди.

Захм касаллигини махсус даволашда висмут дори воситалари қўллаш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Ушбу дори воситаларининг вакиллари сифатида бийохинол, бисмоверол, пентабисмоллар

қўлланилади. Бийохинол дори воситаси шафтоли мойида эритилган висмут, йод ва хинин аралашмаси бўлиб, таркибида 25% висмут, 56% йод ва 19% хинин моддаси бўлади. Дори воситаси мушак орасига, думбанинг юқори ташқи чорак қисмига узун игна ёрдамида икки босқичли усул ёрдамида юборилади, дори воситасини мушак орасига юборишдан аввал у иссиқ сувда иситилиб, яхшилаб чайқатилади. Висмут препарати ҳар куни 1 мл ҳисобида, кунора 2 мл дан ёки ҳафтасига 2 марта 3 мл дан юборилади, даво курсининг миқдори 40-50 мл ни ташкил этади. Шунинг таъкидлаш лозимки, агарда ҳар 1 мл бийохинол дори воситасининг таркибида 0,02 г соф висмут бўлса, у ҳолда даво курси довомида беморлар 1 г гача соф висмут қабул қиладилар. Бисмоверол дори воситаси бу моновисмутин кислотанинг висмутли тузини шафтоли мойидаги аралашмаси бўлиб, 1 мл аралашмасида 0,05 г соф висмут бўлади. Дори воситаси ҳафтасига 1 марта 1,5 мл дан мушак орасига юборилади, даво курси довомида беморларга 10-20 мл препарат юборилади. Пентабисмол дори воситаси таркибида 47,9% соф висмут бўлган сувда эрийдиган аралашма бўлиб, унинг ҳар 1 мл эритмаси таркибида 0,01 г соф висмут бўлади. Дори воситаси беморларга кунора 2 мл дан мушак орасига юборилади, даво курсининг миқдори 40-50 мл ни ташкил этади.

Агарда захм касаллиги билан хасталанган беморларда оғиз шиллик қаватлари, буйрак жигар, сил, қанд касалликлари кузатиладиган бўлса, ундай ҳолларда висмут дори воситалари қўлланилмайди ва бундай ҳолатлар даволашга монелик қиладиган ҳолатлар, деб ҳисобланади. Висмут дори воситаларининг қўлланилиши сабабли милкларда, айниқса, унинг чеккаларида висмут метали тузлари йиғилиши, натижасида ушбу соҳаларда кўкимтир кулранг хошиялар (висмут хошиялари) ҳосил бўлади. Милк соҳаларининг висмут натижасида зарарланиши висмут гингивитлари, деб аталади. Оғиз бўшлиғи томонидан висмут препаратлари таъсирида висмутли стоматитлар ҳам учраши ҳолати қайд этилади. Висмут дори воситаларининг қўлланилиши натижасида беморларда буйракларнинг зарарланиши ҳолати, яъни нефропатия ҳолатлари ҳам кузатилади. Бундай ҳолатларда сийдик таркибида оксиллар пайдо бўлиши ва альбуминурия ҳолати, баъзан эса цилиндрурия ҳолати ҳам кузатилади. Сийдик таркибида висмут хужайраларининг нефропатиянинг захмга алоқадор эканлигини исботловчи далил

бўлиб топилиши (донадор цитоплазмали эпителий хужайралари) ҳисобланади.

Захми даволашда йод дори воситаларидан (натрий йод, калий йод ва кальций йод) ҳам кенг қўлланилади. Йод препаратлари асосан учламчи захм даврида, ички аъзолар, асаб тизими захми ва кеч туғма захмларда қўлланилади. Йод дори воситалари серологик жараёнларнинг натижаларини тез манфийлаштиришга, дўмбоқчали ва тугунли тошмаларни, шунингдек, катта хажмдаги бошқа яллиғланган маддали ўчоқларни сўрилишининг тезлашишига, тунги суякларда кузатиладиган тунги оғриқларни пасайтиришга сабабчи бўлади. Бундан ташқари висмут дори воситалари билан даволанаётган беморларда висмут тузларини организмдан тез чиқариб юбориш (элиминация дейилади) мақсадида ҳам йод препаратлари (даволаш курслари ўртасида, яъни танаффуслар пайтларида) қўлланилади. Йод дори воситаларининг намояндалари бўлмиш калий йод ва натрий йодларнинг 3-4-5%ли эритмалари беморларга 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал овқатдан кейин сут билан ичишга тавсия этилади. Кальций йод препарати эса 1-2 донадан кунига 3 маҳал овқатдан сўнг 1-1,5 ой мобайнида тавсия этилади. Шундай қилиб, захм билан хасталанган беморларга ҳар даво курси давомида 60-80 г соф йод моддаси берилади. Агарда захм касаллиги билан хасталанган беморларда йод моддаларига сезувчанлик ҳолатининг ошиши ва аллергия ҳолатлари кузатилса, уларда ривожланган ўпка сили, буйрак касалликлари (нефрит ва нефрозлар), қайта тикланмайдиган юрак-томирлар тизими касалликлари, қон яратадиган аъзолар касалликлари кузатилса ундай ҳолатларда йод дори воситалари беморларга тавсия этилмайди ва бундай ҳолатлар йод препаратларини қўллашга монелик қилувчи ҳолатлар, деб баҳоланади. Йод препаратлари қўлланилиши натижасида конъюнктивит, ринит, бронхит, ошқозон-ичак йўллариининг касалликлари, йод хуснбузари, йододерма каби асоратлар кузатилиши мумкин. Юқорида санаб ўтилган ҳолатларда йод билан даволашни вақтинча тўхтатиш лозим.

Захмга учраган беморларни даволашда қуйидаги даво усуллари қўлланилади. Бирламчи серонегатив, бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм ва огоҳлантирувчи даво чоралари ўтказилаётганда, пенициллин дори воситаси 400 000 дан ҳар 3 соатда мушак орасига 14 кун мобайнида юборилади, жами даво

курси 44,8 млн ни ташкил этади. Иккиламчи қайталанган ва эрта яширин захм билан касалланган беморларга эса пенициллин 400 000 дан суткасига 8 марта мушак орасига 28 кун давомида юборилади, жами даво курси 89,6 млн. ни ташкил этади.

Кеч яширин захмда (орттирилган ва туғма захмда) дастлаб бийохинол (2 мл дан кунора, 12-14 мл га етгунча) мушак орасига юборилади. Сўнгра пенициллин (200 000 дан ҳар 3 соатда мушак орасига юборилади, жами даво курси 40 млн.ни ташкил этади) билан даволанади. Даво охирида бийохинол препаратининг миқдори 40-50 мл га етказилади. Орадан 1,5-2 ой ўтгач пенициллин-висмут даво курси такрорланади. Бундай беморларни даволаш тугади, деб ҳисоблаш учун висмут препаратлари билан яна икки даво курси ўтказилиши лозим. Ҳар гал висмут дорисининг тури ўзгартирилиб (гоҳ бисмоверол, гоҳ пентобисмол) турилиши ва даво курслари ўртасида 1,5-2 ой давомида танаффус қилиниши керак. Учламчи захм билан оғриган беморларни даволаш кеч яширин захмда бўлганидек олиб борилади. Бунда дастлаб юбориладиган бийохинол дори воситаси миқдори 20 мл гача етказилиши лозим.

Эрта туғма захмга (белгили ва яширин) чалинган бемор болалар фақатгина пенициллин билан 30 кун давомида узлуксиз даволанадилар. Пенициллин дори воситаси 0-6 ойгача бўлган, захм билан хасталанган бемор болаларга ҳар 1 кг тана оғирлигига 100000 дан ҳисобланган ҳолда, ҳар 4 соат давомида мушак орасига 50000-100000 дан юборилади. 6 ойдан 1 ёшгача бўлган бемор болаларга ҳар 1 кг тана оғирлигига 75000 дан ҳар 4 соат давомида мушак орасига 100000-150000 дан юборилади. 1 ёшдан 2 ёшгача бўлган бемор болаларга эса ҳар 1 кг тана оғирлигига 50000 дан ҳар 4 соат давомида мушак орасига 100000-200000 дан юборилади. Масалан, тана оғирлиги 6 кг бўлган 4 ойлик гўдакни даволаш учун пенициллин эритмаси суткасига 600 000 дан (100 000 дан ҳар 4 соатда) 30 кун давомида (жами 18 млн.) юборилиши керак. Пенициллин билан касалликни олдини оладиган даво (профилактик) 2 ҳафта давомида ўтказилади, бу вақтда препаратнинг кундалик миқдори 1 кг тана оғирлигига 100 000 ни ташкил этади. Масалан, оғирлиги 5 кг бўлган бир ойлик чақалоққа кунига 500 000 дан, жами 7 млн. миқдорида пенициллин юборилади. Огоҳлантирувчи (превентив) даво кўпинча 3 ёшгача бўлган болаларда ўтказилиб, пенициллиннинг даво миқдори гўдакнинг ёшига қараб, 1 ёшгача

бўлган болаларга 1 кг тана вазнига нисбатан 500 000 дан, 1-5 ёшгача 400 000 ТБ, 6-10 ёшга – 300 000, 11–15 ёшга – 200 000 , 15 ёшдан катта ўсмирларга 100 000 ни ташкил этади.

Захм касаллигига учраган беморларни даволашда махсус даво усуллари билан бир қаторда ўзига хос бўлмаган даво усуллари ҳам қўлланилади. Асосан бундай усуллар ёрдамида захмни даволаш унинг кеч даврларида (иккиламчи қайталама, эрта яширин захм, кеч яширин захм, учламчи захм, ички аъзолар ва асаб системасининг захми) яхши самара беради. Захм касаллигини ўзига хос даволашда усуллар билан бўлмаган пироген (пирогенал, продигиозан), биоген стимулятор (алоэ, ФиБС, шишасимон тана, спленин), витамин (тиамин, пиридоксин, витамин С, витамин В12), иммун дорилари (декарис, натрий нуклеинат, метилурацил), давога мослашишни жадаллаштирувчи (адаптоген) дори воситалари (пантокрин, элеутерококк) кенг қўлланилади. Захмни серорезистент ҳолатида кечишида, серологик қайталаниш ҳолатларида, орқа мия суюқлигида чуқур ўзгаришлар кузатилганда ўзига хос бўлмаган даво чораларини кенг қўламда қўллаш кутилган натижалар беради. Ҳозирги пайтда захм касаллиги муваффақиятли даволаниб келинмоқда, натижада унинг оғир турлари (кўриш нервининг атрофияси, орқа мия сукхтаси, ривожланган фалажлик) кам ҳолатларда кузатилмоқда. Туғма захм касаллигининг учраш ҳолатлари ҳам камайиб бормоқда, касалликнинг эрта даврларида ўтказилган даво чоралари натижасида касалликнинг бутунлай тузалиб кетиши кузатилмоқда.

Захмга қарши даволанган беморларда касаллик белгиларининг йўқолиши, серологик жараёнлар жавобининг манфийлашиши, беморларни захм касаллигидан халос бўлди дегани эмас, чунки захм белгилари маълум муддатдан сўнг яна қайта пайдо бўлиши, серологик жараёнлар натижалари қайта мусбат кўрсаткичлар бериши мумкин. Шунинг учун захм билан хасталанган беморларда даволанганлик тўғрисидаги мезонни аниқлаш муҳим аҳамият касб этади. Бунинг учун захм касаллиги бўйича даволанган беморлар узоқ муддат мобайнида диспансер назоратида бўладилар, бундай диспансер кузатувлари 1 йилдан 5 йилгача бўлган даврни ўз ичига олади. (Бирламчи серонегатив захм билан хасталанган ва даволанган беморлар 1 йил давомида, бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм билан хасталанган ва даволанган беморлар 3 йил давомида).

Иккиламчи қайталанган, яширин ва учламчи захм, шунингдек, захмнинг бошқа кеч турлари билан хасталанган ва даволанган беморлар 5 йил давомида диспансер назоратида бўладилар. Захм касаллиги билан хасталанган беморларда классик серологик жараёнларнинг барчаси манфий жавоблар кўрсатмагунча, улар ҳар ойда 1 марта клиник ва серологик назоратдан ўтказилиб турадилар. Шундан сўнг, 1- йил давомида ҳар чоракда, диспансер назоратининг 2- ва 3- йилларида эса ҳар олти ойда бир марта клиник-серологик текширувдан ўтказилади. Назоратнинг кейинги йилларида эса беморлар йилига бир марта клиник ва серологик текширувлардан ўтиб туришлари шарт. Агарда захм касаллиги билан хасталанган беморларга ўтказилган даво туфайли, бутун кузатув мобайнида захмнинг бирор белгилари пайдо бўлмаса, махсус даво ўтказилгандан сўнг ҳомиладор бўлган аёллардан туғилган болаларда захмнинг ҳам клиник, ҳам серологик белгилари кузатилмаса у ҳолда бундай беморлар захм инфекциясидан ҳоли бўлган ва соғлом, деб баҳоланади.

Аммо баъзи беморларда ўтказилаётган даво чораларига қарамасдан классик серологик жараёнлар мусбат жавоб бериши мумкин. Узлуксиз усул билан даволангандан сўнг бир йилдан ортиқ бўлган муддат мобайнида КСР жараёнлари натижаларининг ўта мусбат қолиш ҳолларига серорезистентлик захм, дейилади. Захм билан касалланган беморларида серорезистентлик ҳоллари кузатилганда кўшимча даво курслари буюрилади. Бундай ҳолларда кўпинча, иккиламчи қайталама захмга учраган беморларда ўтказиладиган даво чоралари такрорланади. Серорезистент захмда антибиотиклар ва висмут препаратлари йиғиндисини ўз ичига олган 3 даво курси ўтказилса ҳам бўлади. Серорезистент захмга қарши танланган даво усулларидан қатъий назар, бу махсус давони носпецифик даво усуллари билан қўшиб ўтказилгани маъқул.

Захм хасталиги билан даволанган беморларда даволанганлик тўғрисидаги мезонни аниқлаш лозим. Ўтказилган даво чораларининг сифати (қўлланилган усулнинг тўғрилиги, дори миқдорининг етарли даражада бўлиши, препаратларни алмаштириб туриш тартиби, даво курслари орасидаги муддат ва бошқалар), тери ва шиллик қаватларда захмга алоқадор белгиларнинг йўқлиги, ички аъзо ва системаларда кузатиладиган специфик ўзгаришларнинг ҳозирги ҳолати, рентгенологик текширув натижалари, лаборатория (клиник,

серологик, ликворологик) текширувларининг натижалари ана шундай мезон бўлиб ҳисобланади. Шу сабабли орттирилган ва туғма захм билан хасталанган беморлар ҳисобдан чиқарилишларидан аввал, улар синчковлик билан ҳар томонлама текширувдан ўтказилишлари лозим. Бу борада педиатр, терапевт, невропатолог, окулист, кардиолог, отоларинголог, гинеколог каби мутахасисларнинг ҳам текширув натижалари муҳим аҳамият касб этади. Агарда клиник, серологик кузатувлар даврида захмнинг янги белгилари кузатилмаса, ички аъзолар, асаб ва суяк-таянч тизимлари тарафларидан махсус ўзгаришлар аниқланмаса, серологик ва ликворологик жараёнлар текширувларида манфий натижалар кузатилса, бундай ҳолатларда захм касаллиги билан хасталанган беморлар соғлом, деб тан олинади ва ҳисобдан чиқариладилар.

СЎЗАК

Сўзак касаллиги юқумли таносил касаллиги бўлиб, сўзак сўзи юнонча «Gonorrhoea» деб аталади, бу ерда gono-уруғ, rhoea-эса оқиш маъноларини англатади. Касалликда асосан сийдик-таносил аъзоларининг зарарланиши, баъзан эса тўғри ичак, кўз, оғиз шиллик қаватларининг ҳам зарарланиши ҳолатлари кузатилади. Сўзак касаллигини қўзғатувчиси бўлган гонококкларни 1879 йилда немис олими А. Нейссер кашф этган. Сўзак касаллиги таносил касалликлари ичида энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунё бўйича йилига 200-250 млн. аҳоли ушбу хасталик билан касалланар экан.

Сўзак касаллигини қўзғатувчиси гонококк-диплококклар (юнонча diplos- жуфт демақдир) ловия шакли кўринишида жуфт-жуфт бўлиб жойлашадилар, уларнинг ботиқ томонлари бир-бирига қараб туради, катталиги энига 0,7-0,8 мк, буйига-1,25 мк ҳажмида бўлади. Гонококклар ҳаракатсиз кўринишдаги микроорганизмлар бўлиб, одатда споралар ҳосил қилмайди, улар инсон организмидан ташқаридаги шароитларга чидамсиз бўлади, лекин қуримаган қалин йирингли оқмалар таркибида, вакуум ҳосил қилиб музлатилган шароитларда ва нам ички кийимларда, сочиқларда бир суткадан ортиқ вақт давомида ўз ҳаётлигини сақланиб қолишлари мумкин. Гонококклар 40-45°C дан юқори ҳарорат ва дезинфекцияловчи эритмалар (1:100 нисбатдаги кумуш нитрат эритмаси, йод ва спиртлар) таъсирида тезда нобуд бўладилар. Гонококкларнинг ташқи қобиғи, цитоплазмаси ва мембранаси уч қаватдан иборат бўлиб, цитоплазмада кўплаб рибосома доначалари, ядро киритмалари жойлашган бўлади. Гонококклар одатда ўзларининг яшаб кўпайишлари учун маълум бир озиқали муҳитларни танлайди, шу сабабли ҳам улар оддий муҳитларда ўсмайди. Уларнинг ўсишлари учун оқсил моддаси албатта бўлиши зарур, масалан, аэроб шароитларида 36-37°C да асцит бульйони ва асцит улар учун энг яхши озиқали муҳит бўлиб ҳисобланади. Гонококклар асосан цилиндрсимон эпителий хужайралари билан қопланган шиллик қаватли муҳитларда яшайди ва уларни зарарлайди. Шу сабабли

сўзак жараёни сийдик чиқарув йўллари, бачадон бўйни, йўғон ичак пастки қисмлари, қиз болаларда қин, қин олди соҳалари, янги туғилган чақалоқларда эса кўз конъюнктиваси ва мугуз қаватларининг яллиғланишига (гонобленнорея) олиб келади.

Касалликнинг асосий юқиш йўли жинсий йўл бўлиб ҳисобланади. Касалликни юқиш йўлларида яна бири бу яқин турмиш тарзи алоқалари натижасида бўлиб, касаллик беморлар фойдаланган буюм ва жиҳозлар орқали (чойшаб, сочиқ, ювиниш воситалари ва бошқалар) ҳам юқади. Болаларга сўзак касаллиги катталардан улар билан бирга ётганларида, умумий ҳожатхоналардан, ванналардан ва ювиниш анжомларидан фойдаланганларида (агар шу жойларда сўзак касаллигининг йирингли оқмалари ва томчилари бўлса) ҳам юқиши мумкин. Болаларга сўзак касаллиги уларнинг туғилиш вақтларида бемор оналаридан туғилиш йўллари орқали юқиши мумкин, бу вақтда сўзак инфекцияси асосан туғиладиган болалар кўз шиллиқ қаватларига тушиб касалликни (гонобленнорея) юзага келтириши мумкин. Баъзан гонококкли инфекциянинг бутун организмга тарқалиш ҳолатлари ҳам (гонококкли сепсис) кузатилади.

Эркакларда сўзак касаллигининг 3 хил клиник турлари, яъни янги сўзак (ўткир, ўртача ўткир, торпид), сурункали сўзак ва яширин (латент) сўзаклар тафовут этилади. Агар касал бўлиш муддати 2 ойдан ошмаган бўлса, янги сўзак деб аталади. Янги сўзак кечиши бўйича ўткир, ўртача ўткир ва торпид хилларига бўлинади. Агарда касалликни шаклланганлигига 2 ойдан ортиқ вақт ўтган бўлса, у ҳолда сурункали сўзак, деб аталади. Бунда сўзак жараёнининг кечиши чуқурлашади, жараён ўчоқли тус олади, ҳамда касалликнинг асоратлари кузатилади. Касалликни клиник белгилари кўпинча сурункали кўринишларда бўлиб, ахён-ахёнда кўзиб туради, жараён узоқ йиллар давом этиши мумкин. Касалликнинг яна бир клиник тури мавжуд бўлиб, уни яширин сўзак ёки гонококкларни ташувчанлик, деб аталади.

Сўзак касаллигида асосий патологик жараён, одатда касаллик кўзгатувчиси гонококкларни бирламчи кирган жойларидан бошланади. Шунга асосан, сийдик таносил аъзолари (генитал), экстрагенитал ва метастатик сўзаклар тафовут этилади. Метастатик сўзак генитал ва эстрагенитал сўзак касалликлари асоратлари бўлиб ҳисобланади. Гонококклар аксарият сийдик-таносил аъзолари

шиллик қаватларининг цилиндрик эпителийларини (уретра, бачадон бўйни, кўз шиллик қавати, тўғри ичак) зарарлайди. Гонококклар тушган ерда улар ўша зоҳотёк ҳужайра ворсинкаларига маҳкам ёпишиб оладилар, 3-4 кундан кейин улар субэпителиал бириктирувчи тўқималарга етиб борадилар ва яллиғланиш жараёнини юзага келтирадилар. Гонококклар тушган жойларга лейкоцит, лимфоцит ва плазматик ҳужайралар миграцияси бошланади ва уретрадан йирингли суюқлик ажралишига сабаб бўлади. Баъзан микроорганизмлар тухум ортиғига тушиб уни яллиғлантиради. Кўзғатувчи лимфоген йўл билан ҳам ўтиши мумкин. Жараённи гематоген йўл орқали диссеминацияланиши ахён-ахёнда қайд этилади. Бемор организмнинг иммун ҳамда бактериоцид ҳимоя функцияси сусайганида эса гонококкли сепсис жараёни руй бериши мумкин. Аёлларда гонококклар аввал сийдик чиқариш каналини, бачадон бўйнини, сўнгра эса бачадон ва бачадон найларини, ҳамда тухумдонларни зарарлайди. Гонококклар ажратадиган гонотоксинлар туфайли беморларда бош оғриши, иштаҳанинг йўқолиши, камқонлик ҳолатлари кузатилади, беморларда бўғимлар, асаб тизими ҳамда бошқа аъзоларнинг ҳам зарарланиши ҳолатлари кузатилади.

Сўзак касаллиги юққандан сўнг тахминан 3-5 кунлардан кейин хасталик ўткир сўзак уретрити кўринишида кечади. Сийдик чиқарув каналининг олд қисмида, ташқи чиқарув тешигининг шишиши, қизариши, қичишиши каби ҳолатлар кузатилади, уретрадан келаётган йиринг канал оғзида қотиб қолиши натижасида сийиш жараёнининг қийинлашиши ҳолати кузатилади. Беморлар сийиш вақтида оғриқ, ачишиш ҳолати, эрекция вақтида эса оғриқларнинг кучайишига шикоят қиладилар. Сийдик чиқарув каналидан кўп миқдорда сарғиш рангли йиринглар ажрала бошлайди, ғовак тана ушлаб кўрилганда унинг қаттиклашганлиги, босиб кўрилганда эса оғриқни сезиш ҳолатлари кузатилади. Яллиғланиш жараёнининг кучайиши оқибатида ажралаётган йирингли суюқлик қон аралаш бўлиб, сарғимтир жигарранг тусга киради. Ўткир сўзакнинг кечиши жараёнида юқорида қайд этилган жараёнлардан ташқари ҳароратнинг кўтарилиши, иштаҳанинг пасайиши, умумий қувватсизлик ҳолатлари ҳам кузатилади. Сўзак касаллигини кечиши жараёнида уретра каналининг олд қисми зарарланганми ёки уни орқа қисми ҳам жараёнга жалб этилинганми, ана шу ҳолатни аниқлаш мақсадида икки ликобчали синама ўтказилади. Бунинг учун

беморларни аввал биринчи ликобчага, кейин эса иккинчи ликобчага сийдирилади. Агарда уретра каналининг фақат олд қисми зарарланган бўлса, у ҳолда йирингли масса сийиш вақтида сийдик оқими билан ювилиб биринчи ликобчага тушади ва у лойқаланган кўринишда бўлади, иккинчи ликобчадаги сийдикнинг кўриниши эса тиниқ ҳолда қолаверади. Агарда уретра каналининг орқа қисми ҳам зарарланган бўлса, у ҳолда иккала ликобчалардаги сийдикнинг кўриниши лойқаланган бўлади (тотал уретрит).

Агарда сўзак касаллигига даво чоралари ўтказилмаган бўлса, у ҳолда касалликнинг учинчи ҳафталарига келиб беморлар салбий шикоятлари, яллиғланиш аломатлари, уретра каналидан йирингли ажралмалар ўз-ўзидан камаяди. Тахминан касалликнинг 3-4 ҳафталари охирларига келиб, яллиғланиш жараёни уретра каналининг олд қисмидан унинг орқа қисмига ўтади, оқибатда тотал сўзак уретрити авж олади. Натижада беморлар тез-тез сиядилар, сийганларида оғриқни сезадилар, сийдик таркиби қон аралаш тус олади (терминал гематурия).

Сўзак касаллигини торпид кўринишдаги кечишида, уретра каналининг олд қисми зарарланганда сийдик чиқарув канали атрофида шиш, қизариш ҳолатлари унчалик намоён бўлмайди, ажралаётган оқма миқдори кам, шилимшиқ, йирингли бўлиб, унинг ажралиши асосан фақат эрталабки пайтларда кузатилади ҳолос. Беморлар кўпинча сийишларидан олдин шу соҳаларда ачишиш, қичишиш каби ҳолатларга шикоят қиладилар. Сийдик чиқарув канали орқа қисмининг ҳам яллиғланганлиги ҳолатини икки ликобчали синама орқали аниқланади, бу вақтда ҳар иккала ликобчалардаги сийдик лойқаланган кўринишларда булади. Янги сўзакнинг кечиши нафақат ўткир сўзак уретрити, торпид сўзак уретритлари кўринишларида, балки ўртача ўткир уретрити кўринишларида ҳам кечади, бундай ҳолатларда касаллик белгилари юқорида айтилган ҳар иккала сўзак уретрити кечишининг оралиғида бўлган кўринишларида кечади.

Сўзак касаллиги билан хасталанган беморлар ўз вақтида даволанмасалар ёки пала-партиш даволансалар, шунингдек, парҳез ва даво режимларига риоя қилмасалар у ҳолда касалликнинг кечиши ўткир сўзак кўринишидан сурункали сўзак кўринишига ўтади. Шунини таъкидлаш лозимки, сурункали сўзак ўзининг субъектив ва объектив белгилари билан худди торпид сўзакка ўхшаб кетади. Сурункали

сўзакка чалинган беморларнинг 60% да касаллик кам ифодаланган белгилар билан кечади. Баъзан эса сурункали сўзак касаллиги кўзғалиб туради, бундай ҳолат айниқса, беморлар аччиқ, шўр таомлар истеъмол қилганларида, спиртли ичимликлар ичганларида ва жинсий алоқада пайтида кузатилади. Жараён кўзғалганда касалликнинг клиник кўринишлари худди ўткир ёки ўртача ўткир сўзак кечишларига ўхшаб кетади. Касалликнинг сурункали кечган ҳолларида экссудатив яллиғланишларга пролифератив ўзгаришлар ҳам қўшилади, натижада шиллиқ қаватлар остидаги инфилтратлар ўчоқ-ўчоқ бўлиб жойлашади. У жойлардаги лимфоид ва плазматик хужайралар билан бирга фибробластлар пайдо бўлади. Баъзан юмшоқ инфилтратли, баъзан эса қўшма тўқимали қаттиқ инфилтратлар вужудга келади.

Сўзак касаллигининг кечиши оқибатида кўпинча эркакларда касаллик асоратлари қолиши ҳолатлари кузатилади. Эркакларда сўзак касаллиги оқибатида уретра ёнидаги йўлчаларнинг яллиғланиши (парауретрит), закар бошчаси ва жинсий олат қалпоғи ички юзасининг яллиғланиши (баланопостит), купер безларининг зарарланиши (куперит), простата безининг яллиғланиши (простатит), мойк ортиғининг касалланиши (эпидидимит), уруғ пуфакчасининг зарарланиши (везикулит), сийдик пуфагининг яллиғланиши (цистит), мойкларнинг зарарланиши (орхит) буйрак ва буйрак жомларининг йирингли яллиғланиши (пиелонефрит) каби асоратлар кузатилиши мумкин.

Сўзакнинг экстрагенитал асоратлари асосан метастаз йўли билан ривожланади ҳамда сўзакли сепсис, эндокардит, бўғимларнинг зарарланиши, асаб тизими ва терининг зарарланиши кўринишларида намоён бўлади. Янги сўзак касаллигида асоратлар кам ҳолларда кузатилади, сурункали сўзакда эса деярли барча ҳолларда у ёки бу турдаги асоратлар пайдо бўлади. Сўзак касаллиги асоратларини аниқлаш нафақат диагностик аҳамиятга эга бўлади, балки касаллик табиатини билиш, даволаш режасининг тўғри тузилишига ҳам имконият яратиб беради. Сўзак асоратлари кўпинча гонококкларнинг ўзидан вужудга келади, шу билан бир қаторда қўшилиб келадиган юқумли микроорганизмлар ва бошқа аллергик жараёнлар ҳам сўзак асоратларининг қисқа муддат ичида шаклланишига ва хилма-хил бўлишига сабабчи бўлиши мумкин.

Энг кўп учрайдиган сўзак асоратларидан бири бўлиб простата безининг яллиғланиши – простатитлар ҳисобланади. Простата безининг зарарланиши одатда орқа уретрага ўтган гонококкларнинг без чиқарув йўлларига тушиши оқибатида шаклланади. Баъзан гонококклар лимфоген ва гематоген йўллар билан ҳам простата безига ўтиши мумкин. Сўзак простатитининг клиник белгилари худди уретра каналининг орқа қисми яллиғланганидек кўринишларда намоён бўлади, яъни беморлар аҳволи ёмонлашиб, дармонлари қурийди, иштахалари пасаяди, чов соҳаси оралиғида оғриқ, ичнинг дам бўлиши, қабзият ҳолатлари кузатилади. Беморлар тана ҳароратлари 38-39°C гача кўтарилади, кечалари тез-тез захар танг қилиб, икки ликобчали синамада сийдикнинг ҳар иккала қисмида лойқаланиш, чўкмаларида йиринг бўлиши ҳолати кузатилади. Касалликнинг кечиш даражасига қараб, ўткир ва сурункали простатитлар тафовут этилади. Касалликнинг табиати ва безнинг яллиғланиш даражасига қараб эса катарал, фолликуляр ва паренхиматоз простатитлар тафовут қилинади. Катарал простатитда яллиғланиш ўчоғи асосан без бўлмачаларининг чиқарув йўллари соҳаларида кузатилади. Простата бези пайпаслаб кўрилганда патологик ўзгаришлар деярли сезилмайди. Фақатгина без суюқлиги микроскоп остида текширилганда катта миқдорда лейкоцитлар борлиги аниқланади ва лецитин доначаларининг камайганлиги маълум бўлади. Фолликуляр простатитда эса без соҳасида билқиллайдиган оғриқли ўсмалар ёки чегараланган тугунларни пайпаслаб кўриш мумкин бўлади. Беморлар оралиқ соҳасида оғриқни сезиш, уруғ отилиш муддатининг тезлашганлиги, жинсий олатнинг суст таранглашиши, жинсий қониқиш сезгисининг пасайганлиги каби ҳолатларга шикоят қиладилар. Паренхиматоз простатитнинг кечишида эса юқорида санаб ўтилган жараёнлар кучайиши ва беморлар шикоятларининг кўпайиши кузатилади. Беморлар сийганларида ачишиш, қичишиш, уретрадан шиллик-йирингли суюқликнинг ахён-ахёнда келиши ҳолатлари кузатилади ва улар кайфиятининг бузилиши ҳолатлари кузатилади. Жинсий ожизлик белгиларининг кўпайиши беморларга уйқу бермайди. Без суюқлигида кўп миқдорда лейкоцитлар топилиши билан бирга лецитин доначаларининг кескин камайиб кетганлиги ҳолати ҳам аниқланади. Простатитнинг сўзакка алоқадор эканлигини исботлаш учун уретрал суюқликдан тайёрланган суртмаларда гонококкларни

топиш лозим, агарда бактериоскопик усуллар фойда бермаса, у ҳолда културал текширув усуллари ёрдам беради.

Аёллар сўзаги ўзининг клиник кўриниши ва кечиши жиҳатидан эркакларникидан биров фарқ қилади, бу ҳолат эркак ва аёллар сийдик-таносил аъзоларининг тузилишидаги тафовутларга боғлиқ бўлади. Аёллар сўзаги 75-80% ҳолатларда субъектив шикоятларсиз асимптом кўринишларда кечади. Уларда сўзак инфекцияси уретра, бартолин безлари, бачадон бўйни, шунингдек, тўғри ичакнинг бир йўла шикастланиши кўринишларида кечади.

Қиз болалар сўзаги

Қиз болаларда сўзак касаллигининг учраш ҳолати асосан 2-8 ёшларда кузатилади. Қиз болалар сўзак касаллигини ушбу касаллик билан хасталанган бемор оналаридан, қариндошларидан ёки ўзларига қарайдиган аёллардан, одатда ножинсий йўллар орқали юқтириб оладилар. Шахсий ва умумий санитария қоидалари бузилганда, шунингдек, сўзак касаллиги билан хасталанган беморлар билан бир ўринда ётилганда, йирингли ажралмалар билан ифлосланган ванналар, хожатхона анжомлари, артиниш сочиқлари орқали ҳам касаллик юқиши мумкин. Касалликни қиз болаларга бундай йўллар орқали юқиши 85-95% ҳолатларда кузатилади. Сўзак касаллиги билан хасталанган бемор қиз болалар асосий қисмининг касалликни юқтириш манбалари бўлиб уларнинг оналари ҳисобланади. Қиз болаларнинг 80-93% да сўзак касаллиги ўткир кечади. Аёллар сўзаги кечишидан фарқли ўлароқ, қиз болаларда касаллик асосан, сийдик-таносил аъзоларининг кўп қаватли ясси эпителийи билан қопланган соҳалари зарарланади. Бачадон ва ортиқларининг зарарланиши эса одатда кузатилмайди. Касалликнинг инкубацион даври қисқа, тахминан 3 кун давом этади, яллиғланиш жараёни кўп ўчоқли бўлиб, беморларнинг деярли 100% да қин ва қин даҳлизи, 85% да уретра канали, 50-82% да тўғри ичакнинг қуйи қисмлари шиллиқ қаватларининг зарарланиши ҳолати кузатилади.

Сўзак касаллиги жинсий аъзолар ва орқа чиқарув тешиги соҳаларида кузатиладиган оғриқ, ачишиш, қичишиш каби белгилар билан бошланиб, бемор қизларнинг умумий ҳароратлари кўтарилди, тез-тез сийиш, сийган вақтларида ачишиш ҳолатлари

безовта қилади. Кичик жинсий лаблар терисида, қин даҳлизи, қиннинг девори, сийдик чиқариш найчаси ва тўғри ичакнинг пастки қисмларида яллиғланиш белгилари кузатилади. Бундан ташқари катта уятли лаблар ва оралик терисида ҳам қизариш, шишиш каби белгилар намоён бўлади. Жинсий ёриқдан оққан йирингли суюқлик жинсий лаблар соҳасида қуриши натижасида сарғимтир-жигар ранг қатқалоқлар ҳосил бўлади. Қин даҳлизида майда эрозиялар пайдо бўлиши мумкин. Баъзан ўткир яллиғланиш жараёни оқибатида қиннинг девори, уретранинг оғзида полипоз ўсимталарнинг ривожланганлигини кўриш мумкин.

Вульвовагинитга дучор бўлган қиз болаларнинг барчасида уретрит белгилари кузатилади, яъни уретра каналининг ташқи чиқарув тешиги қизариши, шишиши ва кенгайиши ҳолати кузатилади. Сийдик йўлининг пастки девори босиб кўрилганда ундан йирингли суюқлик ажралиши ҳолати қайд этилади. Қиз болалар тез-тез сийдик ажратиб турадилар, баъзан улар сийдикни тутиб тура олмайдилар. Сўзак 3-7 ёшли қиз болаларда бартолинит ва эндоцервицит каби асоратларни бериши мумкин, бундай ҳолларда бу безларнинг катталашганлигини, чиқарув йўллари соҳасида эса қизил нуқталарни яққол кўриш мумкин. Бачадон бўйни қизарган ва шишган кўринишларда бўлиб, унинг оғзидан йирингли суюқлик ажралиб туради, атрофида эса майда-майда эрозиялар кузатилади. Қиз болаларда сўзак касаллиги диагнозини қўйиш учун йирингли оқмалардан олинган суртмаларда албатта гонококклар топилиши лозим.

Сўзак касаллигига ташхис қўйилишида бактериоскопик ва бактериологик усуллар ҳал қилувчи роль ўйнайди. Бактериоскопик текширув усул орқали ташхис қўйилишида беморларни сийдик чиқарув йўлидан ажралаётган йирингли суюқликдан суртма тайёрлаб, уни Грамм усулида бўялади (гонококклар грамманфий тарзда бўялади) ва микроскоп остида текширилади, сўзак қўзғатувчиси диплококкларнинг топилиши касаллик ташхисини тасдиқлайди. Шунингдек, гонококкларнинг ҳужайра ичида жойлашганлиги, уларни жуфт-жуфт, ловиясимон шаклларда бўлиши ва бошқа белгилари орқали касалликнинг асл табиати аниқланади. Худди шундай текширувлар бактериологик усуллар ёрдамида ҳам олиб борилади, сунъий озуқа шароитларида ўзига хос кўринишларда сўзак касаллиги қўзғатувчиси колонияларининг пайдо бўлиши ҳолати касаллик ташхисини тасдиқлаб беради.

Сўзак касаллигини даволаш махсус ишлаб чиқилган услубий қўлланма асосида олиб борилади. Мазкур қўлланмага асосан касалликни даволашда антибиотиклар, сульфаниламидлар, специфик ва носпецифик иммун дори воситалари, шунингдек, маҳаллий даво чоралари қўлланилади. Антибиотик дори воситаларидан пенициллин тузлари, левомецетин, тетрациклин, эритромицин, мономицин ва канамицинлар ишлатилади. Кўпинча пенициллин ва унинг узайтирилган таъсир этиш хусусиятига эга ҳосилалари қўлланилади. Бензилпенициллинлар 300 000 ТБ дан ҳар 4 соатда мушак орасига, Бициллин -1,3,5, лар 1 200 000 ТБ дан ҳар 48 соатда мушак орасига юборилади, жами даво курсининг ҳажми 3 000 000 млн. ТБ ташкил этади. Кейинги йилларда сўзакни даволашда цефалоспорин дори воситаларидан цепорин, цефамизин, кефзол, цефуроксим, цефолексин кабилардан ҳам фойдаланилмоқда. Сульфаниламид дори воситаларидан сульфомонометоксин, сульфадиметоксин, сульфатон ва бисептол-480 кабилар ҳам кенг қўлланилади. Иммунологик даво чоралари ўтказилаётганда гоновакцина, пирогенал, продигиозан, аутоқон ва витаминлардан фойдаланилади. Янги ўткир, ўртача ўткир асоратсиз сўзак касалликларини даволашда фақат антибиотик дори воситаларидан фойдалинади. Янги торпид ва сурункали асоратсиз кечадиган сўзак билан хасталанган беморларни даволашда дастлаб иммун даво воситалари, сўнгра эса антибиотиклар тавсия этилади, бу вақтда антибиотиклардан пенициллин гуруҳи қўлланилади, жами даво курси 4,2-6 млн. ТБ қилиб белгиланади. Янги ва сурункали сўзак қолдирадиган асоратларни даволашда ҳам дастлаб иммун даво воситалари, сўнгра эса антибиотиклар қўлланилади. Аммо сўзакнинг бундай мураккаблашган турларида антибиотикларни танлашдан олдин уларга нисбатан гонококкларнинг сезувчанлиги ҳолатини аниқлаш лозим. Шу билан бирга сўзак асоратларининг турига қараб у ёки бу хил маҳаллий даво чоралари ҳам (уретрани ювиш, простата безини уқалаш, мойк халтаси-ёрғоққа суспензорий кийгизиш ва ҳоказо) ўтказилади. Сульфаниламид дори воситалари асосан сурункали асоратлар қолдирадиган сўзак касаллиги билан хасталанган беморларда антибиотикларга нисбатан чидамлилик ҳолати бўлганда ёки нохуш белгилар кузатилганда қўлланилади. Яширин сўзакда даво навбат билан иммун дори воситалари ва антибиотиклар билан ўтказилади, бундай ҳолларда бир вақтнинг ўзида икки турдаги антибиотикларни қўллаш мумкин.

Болаларда сўзак касаллигини даволаётганда, даво чоралари касалхона шароитларида олиб борилиши лозим. Қиз болаларнинг янги, асоратсиз сўзаги касаллигида антибиотик (пенициллин 500 000 ТБ дан) ҳар 3 соатда мушак орасига юборилади, жами даво курси 2 млн. ТБ ни ташкил этади. Янги асоратли ва сурункали сўзак касалликларини даволашда пенициллин дори воситасининг умумий миқдори 4 млн. ТБ гача, эритромицин дори воситасининг миқдори эса 6-8 млн. гача етказилади. Бироқ керакли натижа олиш мақсадида антибактериал давога қадар иммун даво чоралари (4 ёшдан катта бўлган қиз болаларда) ўтказилади. Қин ва тўғри ичак соҳалари 1-2-3% протаргол ёки колларгол эритмалари билан ювилади, бачадон бўйни соҳасига ихтиол малҳамининг 5-10%ли глицеринли эритмаси суртилади.

Сўзакка қарши даво чоралари ўтказилгандан 7-10 кун ўтгач, беморларда даволанганлик ҳақидаги мезонлар аниқланади, буни аниқлаш учун провокация (касалликни сунъий қўзғатиш) усулларидан фойдаланилади. Касалликни сунъий қўзғатишнинг биологик (мушак орасига гоновакцинани юбориш, катта ёшдаги беморларга 0,5 млрд., болаларга эса 200 млн.- 300 млн. микроб таначалари миқдорида), кимёвий (1-3% кумуш нитрат эритмаси маҳаллий қўлланилади), алиментар (ўткир ва шўр таомлар истеъмол қилиш), механик (уретрага бужлар киритиш), физик (турли иситувчи муолажалар ўтказиш) усуллари қўлланилади. Қўшма провокация усуллари ўтказилгандан сўнг 24, 48, 72 соат ўтгач, беморлардан 3 марта суртмалар тайёрланиб, бактериоскопик текширувлардан ўтказилади. Шунингдек, сунъий озуқа шароитларида экиб ўстириш усуллари ҳам қўлланилади, простата безининг суюқлиги ҳолати текширилади ва уретроскопия қилинади. Агар суртмаларда, озикли муҳитларда, жинсий безлар суюқлигида ва сийдик йўлларида касаллик белгилари кузатилмаса, уларда шунингдек, гонококклар топилмаса, текширилатган беморлар соғлом, деб топилади ва улар бутунлай даволанган, деб ҳисобланадилар.

Сўзаксиз вульвовагинитлар

Вагинитлар ичида гонококксиз вагинитлар 96 %ни ташкил этади. Вагинитнинг бундай хиллари билан асосан 2 ёшдан 8 ёшгача бўлган қиз болалар улар генитал аъзолари тузилишининг ўзига хослиги туфайли (катта ва кичик уятли лабларни яхши ривожлан-

маганлиги, шиллик қаватларнинг текис бўлмаслиги ва кучсиз ишқорий табиатга эга бўлганлиги сабабли) кўпроқ касалланадилар. Е.Н.Туранованинг таснифи бўйича гонококксиз вульвовагинитлар инфекцион вагинитлар (бактериальные, трихомонадали, микотик, вирусли) ва инфекциясиз вагинитларга (анемия, юрак-қон томир касалликлари, моддалар алмашинуви, авитамиоз, неврозлар билан биргаликда кечадиган вагинитлар, гижжа инвазияси симптоми вагинитлари, термик, кимёвий ва механик тасиротлардан сўнг бўладиган вагинитлар, қинда бўладиган ўсмалар юзасидан вужудга келадиган вагинитлар)га бўлинади.

Инфекцион вагинитлар бактерияли, трихомонадли, микотик ва вирусли бўлиб, уларни кўзғатувчилари стрептококклар, стафилококклар, диплококклар, ичак таёқчаси, пневмококклар, Леффлер таёқчаси, шартли-патоген флоралар бўлиб ҳисобланади. Инфекцион вагинитларни вужудга келишига дисбактериоз ҳолатлари, глюкокортикоид дори воситалари билан узоқ вақт давомида даволаниш, нотўғри овқатланиш, гиповитаминоз ҳолатлари ва бошқа омиллар асосий ўрин тутаяди. Кўп миқдорда йирингли ажратмалар натижа-сида вужудга келадиган шиллик қаватлардаги қизариш ва шиш ҳолатлари айрим ҳолатларда аногенетал тери соҳаларининг яллиғланиш жараёнига жалб этилишига олиб келаяди. Гонококкли вагинитлардан фарқли ўлароқ, гококксиз вагинитларда уретра канали яллиғланиш жараёнига камроқ жалб этилади, жараённинг кечиши ўткир тарзда намоён бўлмайди, уларнинг кечиши циклик кўринишда бўлиб, қайталанишга мойил бўлади. Касалликни келтириб чиқарадиган сабабларига кўра касалликнинг клиник кўриниши ўзига хос кўринишларда намоён бўлади, масалан, скарлатина касаллигида кузатиладиган вагинитларда шиллик қаватлар тарқоқ қизарган ва шишган кўринишларда бўлиб, суяқ йирингли ажратмалар билан қопланган бўлади. Бундан ташқари шиллик қават юзаларида пайпаслаб кўрилганида оғрийдиган эрозиялар ва яралар пайдо бўлади. Дизентерия касаллигини кўзғалиш даврида узоқ вақт қайталаниш билан кечадиган дизентерияли вагинитлар кузатилади. Трихомонадали вагинитни кўзғатувчиси бўлиб қин трихомонадаси *trichomonas vaginalis* ҳисобланади. Янги туғилган қиз бола чақалоқлар туғилиш пайтида оналаридан, каттароқ ёшларда эса агар улар оналари билан бирга бир ўринда ётсалар касалликни юқтиришлари мумкин. Шахсий

гигиена жиҳозлари умумий тарзда ишлатилганда ҳам касаллик юқиб қолиши мумкин. Касалликнинг клиник кўриниши бошқа гонококксиз вагинитларга жуда ўхшаш бўлади, яъни ташқи жинсий аъзолар соҳасида тарқоқ кўринишда қизариш, шиш, кўп миқдорда кўпиксимон, оқиш ёки яшил-сарик рангли ажратмалар кузатилади, беморларни сийиш пайтларида қичишиш, ачишиш каби салбий ҳолатлар безовта қилади. Жараёнга бачадон бўйни ва уретра канали жалб этилиши мумкин. Касалликни ташхиси суртмаларда трихомонадаларнинг топилиши билан тасдиқланади. Трихомонадали вагинит касаллиги давоси метронидазол дори воситасини қўллаш орқали амалга оширилади: дори воситаси 7 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга кунига 0,25 г дан (2 марта қабулга), 10 ёшдан 15 ёшгача – кунига 0,5 г дан 5-7 кун давомида тавсия этилади. Метронидазолни 0,75% ли гель кўринишдаги воситаси қин орасига кунига 1 маҳалдан кечқурунлари 5 кун давомида юборилади.

Микотик вагинитлар *Candida* синифига мансуб бўлган ачитқили замбуруғлар томонидан чақирилади. Касалликни вужудга келишига турли хил ўткир юқумли касалликлар, камқонлик, қандли диабет ва сурункали касалликлар сабаб бўлади. Касаллик белгилари қин ва қин олди соҳаларининг қизариши, кўп бўлмаган миқдорда ажратмалар ажралиши ҳамда шиллик қаватларда осон кўчадиган оқ рангли пардаларнинг пайдо бўлиши кўринишида кечади. Беморларни кўринарли даражада бўлган қичишиш безовта қилади. Шиллик қаватлардан олинган суртмаларни микроскопик текширишлар натижасида *Candida albicans* замбуруғлари топилади. Микотик вагинит касаллигида эса флукунозол дори воситаси болаларга 1 кг тана оғирлигига 1-2 мг дан 1 марта юборилади, маҳаллий эса клотримазол креми интравагинал кечқурунлари 7 кун давомида суртилади.

Вирусли вагинитлар асосан грипп ва қизамиқ касалликларидан сўнг кузатилади. Микроскопик текширувлар натижасида маълум бир кўринишда бўлган флора кузатилмайди, аммо касалликни клиник кўриниши сўзакли вульвовагинитни эслатади, жараён серозли-йирингли ажратмалар ажралиши ва кўпинча уретранинг патологик жараёнга жалб этилиши билан кечади. Герпетик вагинитлар асосан 2 турда бўлган оддий герпес вируслари таъсири натижасида вужудга келади. Клиник белгилари шиллик

қаватларнинг ўчоқли кўринишда қизариши ҳамда эрозия ва яраларнинг ҳосил бўлиши кўринишида кечади. Герпетик вагинитларда эса ацикловир дори воситаси 2 ёшгача бўлган болаларга катталарга белгиланадиган дори воситасини S қисми нисбатида тавсия этилади, 2 ёшдан кейин эса куни 200 мг дан 5 маҳал 5 кун давомида тавсия этилади. Маҳаллий эса 5% ли ацикловир малҳами ёки глицирризин кислотаси кунига 5 маҳалдан 5 кун давомида пуркалади.

Микоплазмали вагинитларни микоплазмалар чақиради. Микоплазмалар шартли-патоген табиатли флорага эга бўлиб, асосан ҳужайра ичида кўпайиб, цитопатоген таъсир кўрсатади ва ўткир ҳамда сурункали касалликларни чақиради. Улар ичида *Mycoplasma hominis*, *M. pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*лар кўпроқ патогенлик таъсир этиш хусусиятига эга. Касалликнинг клиник кўриниши оз миқдордаги ажратмаларнинг ажралиши, дизуритик белгиларнинг кузатилиши ва уретра лабини қизариши, терминал ҳалқа кузатилиши, қин шиллиқ қаватининг қизариши, цервикал каналдан эса шиллиқ ажратмаларнинг ажралиши кўринишида кечади.

Инфекцион вагинитларнинг давоси этиологик омилларга қаратилган бўлиб, антибиотикларни қўллашдан ҳамда бир вақтнинг ўзида маҳаллий даволарни ўтказилишидан иборат бўлади. Бу борада албатта йўлдош касалликларни даволаш ва организмни ҳимоя қилиш хусусиятини кўтариш муҳим аҳамият касб этади. Болалаларни болалар муассасаларига қабул қилинаётганда улар хар тарафлама текширувлардан ўтказилишлари лозим. Қиз болаларни бемор оналари билан контактда бўлишларини олдини олиш лозим. Қиз болалар алоҳида ётишлари, улар алоҳида ўзларининг сочиқлари, мочалкалари, тувакларига эга бўлишлари керак. Тавсия бўйича уларда сурункали ўчоқли инфекцияларни санация қилиш, гижжаларни ҳайдаш, йўлдош касалликларини эса даволаш лозим.

Ноинфекцион вагинитлар қиз болаларда қин ва қин олди соҳаларининг кучсиз қизариши, оз миқдордаги шиллиқ-сероз кўринишида бўлган кул-ранг ажратмаларнинг ажралиши билан намоён бўлади, микроскопик текширувлар ўтказганилганда эса банал микрофлора, эпителий ҳужайралари ва лейкоцитлар аниқланади.

Гижжали вагинитлар асосан энтеробиозлар таъсирида келиб чиқиб, шиллиқ қаватларнинг яллиғланишига ва кучли қичишиш

ҳолатларига олиб келади. Бу вақтда гижжалар тўғри ичакдан ўрмалаб келиб қин микрофлораси таркибига киради ва яллиғланиш жараёнини кучайтиради. Шу билан бирга перианал тери соҳалари ҳам яллиғланади, натижада кучли, айниқса, кечқурунлари кузатиладиган кучли қичишишлар кузатилади, охир-оқибатда бемор болалар ёмон ухлайдилар, безовталанадилар, хархаша қиладилар, уларда невротик ҳолатлар вужудга келади. Бундай ҳолларда 6-7 кун давомида бемор болалар ухлашларидан олдин тозаловчи клизмалар қилинади. Декарис (левамизол) дори воситаси бемор тана оғирлигига нисбатан 2,5 мг дан чизма асосида тавсия этилади. Шахсий гигиена қоидаларига эътибор берилиши назорат қилинади.

Термик, кимёвий ва механик таъсирлар натижасида вужудга келадиган вагинитлар асосан иссиқ муолажалар, қайноқ ванналар қабул қилинганда, ўткир таъсир этувчи дори воситалари ишлатилаганда, қин ичига ҳар хил бегона жисмларни киргизилганда вужудга келиб, касаллик белгилари узоқ вақт давомида йирингли ёки шиллиқли кўринишдаги қўланса ҳидли ажратмалар тарзида намоён бўлади.

Ноинфекцион вагинитларнинг олдини олиш уларни келтириб чиқарадиган сабабларини аниқлаш ва уларни ўз вақтида даволашдан иборат бўлади. Бу борада бемор болаларга қўлланиладиган муолажаларда эритмалар ҳароратини, уларнинг концентрациясини доимо назорат қилиш лозим бўлади.

ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ

Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) асосан жинсий йўл билан юқадиган, сурункали кечадиган, инфекциян табиатга эга касаллик бўлиб, касалликнинг ўзига хос томони шундаки, вақт ўтиши билан беморларда иммун кучларининг пасайиши ва иммун танқислиги ҳолати вужудга келади, натижада касалликнинг клиник кўринишлари босқичма-босқич намоён бўлади. Илк бор беморларда ОИТС ташхиси қўйилганига 30 йилдан ортиқ вақт ўтганлигига қарамасдан (1981) бугунги кунга келиб касаллик бутун дунё мамлакатлари ҳудудига кириб борди, инсонларни миллатидан, динидан, иркидан қатъий назар ушбу касаллик билан хасталанишга мажбур этмоқда, натижада ОИТС билан касалланган беморлар сони йилдан-йилга ортиб бормоқда. Статистик маълумотларга асосан 2011 йилга келиб бу касалликка чалинган инсонлар сони 34 млн. дан ортиб кетди, улардан 3,4 млн. ни 15 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. 2010 йилда дунё бўйича 2,4 млн. инсон ОИВ ни юктириб олганлиги ва буларнинг 250000 дан зиёдини болалар ташкил этиши қайд этилди. Ҳозирда ҳар куни ер шари бўйича 7000 инсон касалликни юктириб олмоқда ва бу кўрсаткич йилдан-йилга ортиб бормоқда. Касалликнинг асосан Африка, мустақил давлатлар ҳамдўстлиги, Араб мамлакатлари аҳолиси орасида тез кўпайиб бораётганлиги қайд этилмоқда. Афсуски, беморлар сонининг ортиши бизнинг республикамизни ҳам четлаб ўтаётгани йўқ. 2011 йил маълумотларига кўра республикамизда ОИВ юққан беморлар сони 22529 тага етди, буларнинг деярли 20% ни болалар ташкил этди. 2011 йилнинг 11 ойи давомида 3315 та янги беморлар аниқлангани қайд этилди. Бугунги кунга келиб дунё бўйича 21 миллиондан ортиқ аҳоли касаллик туфайли ҳаётдан кўз юмдилар. Ҳар йили дунё бўйича 3000 бола ОИТС нинг қурбони бўлмоқда. Шунини таъкидлаш лозимки, ҳозирги кунга келиб, касалликка олиб келувчи сабаб ва касалликнинг табиати яхши ўрганилганлигига қарамасдан, касалликнинг давоси шу кунга қадар топилмай қолмоқда. Олиб борилган кенг кўламдаги профилактик чоратadbирлар натижасида охириги 3-4 йил ичида касалликнинг АҚШ ва

ғарб мамлакатларида камайиши, аксинча Африка, Ўрта Осиё ва МДХ мамлакатлари худудида эса беморлар сонининг кескин кўпайиши ҳолатлари кузатилмоқда.

Кўзгатувчиси. 1981-1982 йилларда АҚШда Роберт Галло, Францияда Люк Монтанъелар томонидан ОИТС ни кўзгатувчиси бўлган ретровирус кашф этилди. Янги кашф этилган вирусга америкаликлар HTLV-III (Human T-lymphotropic virus: одам Т-лимфотроп вируси), францияликлар LAV (Lymphadenopathy associated virus: лимфоаденопатияга алоқадор вирус) деб ном беришди. 1986 йилда эса ОИТС ни кўзгатувчи вирусга умумлаштирилган HIV (human immunodeficiency virus), яъни одам иммуннодефицит вируси (ОИВ), деб ном берилди. Ўтган вақт мобайнида бутун дунё олимлари томонидан бу касалликни ўрганиш учун катта илмий ишлар олиб борилди ва олиб борилмоқда. Бу илмий изланишлар натижасида касаллик кўзгатувчисининг хусусиятлари, юқиш йўллари, касалликнинг патогенези аниқланди, нисбатан самарали даволаш услублари амалиётга тақдим қилинди, энг муҳими касалликни олдини олишнинг самарали чоралари ишлаб чиқилди.

Ҳозирги пайтда орттирилган иммун танқислиги синдроми касаллиги вирусининг 2 хил ирсий турлари HIV-I, HIV-II борлиги аниқланган. HIV-I бутун дунёдаги, шу жумладан, бизнинг мамлакатимизда ҳам тарқалган ОИТС нинг асосий кўзгатувчиси бўлиб, HIV-II вируси эса ғарбий Африка мамлакатларида кенг тарқалган ОИТС нинг кўзгатувчиси бўлиб ҳисобланади. ОИВ одам организмидан ташқарида тезда nobуд бўлади, шунинг учун ҳам касаллик маиший алоқалар вақтида юкмайди. Маълумки, ретровируслар ДНК ни РНК қолипиди (матрица) синтез қила олиш хусусиятига эга, ретровирус номи ҳам шундан келиб чиққан. ОИТС касаллигини тарқатувчи ретровирус шарсимон шаклга эга бўлиб, диаметри 100 - 140 танометрга тенг.

ОИВ бактерицид эритмалар таъсирида, айниқса, формалдегиднинг 0,5% ли эритмаси, лизолнинг 0,5% ли, хлорамин, эфир, ацетонларнинг 3% ли натрий, гипохлориднинг 0,2% ли эритмаларида ва 70% ли спирт таъсирида тезда nobуд бўлади. Турли-туман буюмлар таркибидаги ОИВ юқори ҳарорат таъсирида (57°C дан юқори) ҳам nobуд бўлади, аммо ретровирус қуритилган ҳолда 22°C да 4-6 кун мобайнида ўзининг вирулентлик хусусиятини

сақлаб қолиши мумкин. Шунингдек, ОИТС кўзғатувчиси радиоактив нурланишлар ва ультрабинафша нурларига бирмунча чидамли бўлади. Демак, беморларга ишлатилган асбоб- ускуналарни тегишли дезинфекция қилувчи эритмалар билан ишлов берилганда ёки қайнатиб ювилганда ОИВ дан тўлиқ тозаланади.

Юқиш йўллари. ОИТС касаллиги жинсий алоқалар, парэнтерал, гемотрансфузион ва бемор хомиладор оналардан йўлдош орқали хомилага (вертикал йўл) юқади. Ҳозирги кунда бутун дунё бўйича бу хасталикка чалинган беморларнинг 3/4 қисми касалликни жинсий йўли орқали юқтириб олганлиги қайд этилади. Демак, бу йўл касалликни юқтириб олишда асосий йўл бўлиб ҳисобланади. Илмий маълумотларга қараганда ОИТС касаллиги билан хасталанган беморлар организмидан ажралиб чиқаётган ҳар қандай суюқликда касаллик кўзғатувчиси топилган (сўлакда, терда, кўз ёшида, она сутида, спермада, қин суюқлигида), лекин бу суюқликлар таркибида ретровирусларнинг миқдори бир хилда бўлмайди. Энг кўп вирус тутувчи суюқлик сперма суюқлиги, сўнг эса аёллар қин суюқлиги бўлиб ҳисобланади. Бу суюқликлар таркибидаги вируслар жинсий алоқалар вақтида эркаклардан аёлларга ва аёллардан эркакларга ўтади. Ҳозирги кунда эса касаллик ҳар қандай жинсий алоқалар вақтида юқиши ва касаллик беморлар жинсини танламаслиги исботланган.

Турли тиббий муолажалар вақтида касаллик кўзғатувчи вирусини юқтириб олиш йўли парэнтерал йўл, деб аталади, бу йул билан касалликнинг юқиши 11-17% ни ташкил этиб, уларнинг кўпчилигини асосан наркоманлар ташкил этади. Бундай кўрсаткич турли мамлакатларда турлича кўринишларда бўлиб, бизнинг республикамизда эса бу кўрсаткич 70% атрофида бўлиши қайд этилади. Агар ОИВ ни юқтирган беморга ишлатилган шприцлар, катетерлар, инфузия системалари ва бошқа асбоб-ускуналарга тегишли ишловлар берилмаса ёки санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмасдан такроран қўлланилса, ундай ҳолатларда соғлом инсонларга ретровируси юқиши мумкин. Шунинг учун ҳам бугунги кунга келиб республикамиз даволаш муассасалари ва дорихоналари етарлича миқдорда бир марталик шприц, инфузион системалар ва катетерлар билан таъминланганлигини қайд этиб ўтиш мумкин. Республикамизда касалликнинг юқишига наркоманлар орасида

шприцларни бир неча мартадан тегишли ишлов берилмасдан ишлатилиши асосий сабаб бўлиб ҳисобланади.

Қон ва қон препаратлари орқали касалликнинг юқиши ҳолати гемотрансфузион йўл, деб аталади, ушбу йул билан касалликнинг юқиши ўртача 3-5% беморларда кузатилади. Бу йўл билан асосан гемофилия касаллиги билан хасталанган беморлар навбатдаги қонни олаётган вақтларида юктириб оладилар. Шунинг учун ҳам бугунги кунда бутун дунё соғлиқни сақлаш уюшмасининг таклифига биноан ва ЎзР ССВ нинг буйруғига асосан инсонларга тўғридан-тўғри қон қуйилиши ҳолати тақиқланган. Фақат айрим ҳолатларда, махсус кўрсатмаларга мувофиқ, консервация қилинган, тегишли текширув босқичларидан ўтган донорлик қонларини қуйишга рухсат берилади.

Касалликни бемор ҳомиладор оналардан йўлдош орқали ҳомилага ўтиш йўли (вертикал йул) ҳам қайд этилади. Бутун дунё соғлиқни сақлаш уюшмасининг статистика маълумотларига қараганда ҳозирги кунда болаларда қайд этиладиган ОИТС нинг 1% туғма йўл, яъни вертикал йўл орқали юқиши қайд этилади. Шунини таъкидлаш лозимки, ҳомиладор бемор аёллар ҳомиладорлик даврида тегишли антиретровирус даво чораларини олиб юрган бўлсалар, бундай ҳолатларда, улардан туғиладиган болаларнинг соғлом бўлиш эҳтимоли 90% ортиши исботланган. Бундан кўриниб турибдики, туғруқ ёшидаги аёлларни ҳомиладор бўлишларидан олдин ёки ҳомиладорликни илк даврларидан ОИВ га текшириш катта амалий профилактик аҳамиятга эга бўлади.

Орттирилган иммун танқислиги синдроми касаллигига кўпинча аҳолининг айрим табақалари дучор бўладилар, аҳолининг бундай табақалари ОИТС га мойил бўлган гуруҳлар, деб аталади. Жинсий шерикларини тез-тез ўзгартириб турадиган шахслар (гомосексуал ва гетеросексуал эркак ва аёллар), бесоқолбоз (гемосексуал) эркаклар (75%), гиёҳвандлар (11-17%), гемофилия касаллигига дучор бўлган беморлар (1-5%), турли сабабларга кўра қон қуйиладиган беморлар ва бошқа тоифадаги шахслар (1,4-20,2%) ҳамда ОИТС билан хасталанган беморлардан ва ОИВ юкқан аёллардан туғилган болалар гуруҳлари касалликка мойил бўлган гуруҳлар, деб аталади.

Патогенези. Касалликни қўзғатувчи вирус қайси йул билан юқмасин, у албатта сўрилиб периферик қон тизимига ўтади, натижада Т-хелпер хужайралар сонининг камайишига ва иммун тизимининг аста-секин пасайиб боришига сабаб бўлади. Ҳозирги

кунда ОИВ беморлар организмдаги CD4- рецепторлар тутувчи хужайраларни зарарлай олиши ҳолати исботланган. Организмдаги бундай рецепторларни асосан Т-лимфоцитлардан Т-хелперлар хужайралари ва асаб тизими хужайралари тутади. ОИВ Т-хелпер хужайралар цитоплазмасига кириб, хужайра ядросининг хромосом аппаратига тизилган ҳолда ўз РНК сини жойлаштиради. Натижада РНК дан ДНК синтез бўлиши ҳолати кузатилади, бунинг асосида эса вирус оксиллари (таначалари) синтез қилинади. Маълумотларга қараганда бир кунда Т-хелпер хужайралари ядросида жойлашган вируслар сони миллион мартадан ортиқ миқдорда бўлинар (репликация) экан. Бу дегани касалликни кўзғатувчи вируслар ўзига ўхшаш бўлган миллион дона янги вирусларнинг пайдо бўлишига ва уларни ташқарига чиқиб, бошқа Т-хелпер хужайраларни ва асаб хужайраларининг зарарланишига сабаб бўлади. Бу жараён хужайралар нобуд бўлгунга қадар давом этади. Агар соғлом Т-хелпер хужайралар қон таркибида бир неча ойлар давомида яшайдиган бўлса, ОИВ билан зарарланган ҳолатларда эса улар бир неча ҳафталар ичида нобуд бўлади. Патологик жараённинг шиддат билан кечиши оқибатида парчаланаётган Т-хелпер хужайралар сони янги ҳосил бўлаётган Т-хелперлардан бир неча юз баробар кўп бўлганлиги учун организмда Т-хелпер хужайралар сони камайиб боради ва иммунодефицит ҳолати юзага келади. Чунки Т-хелпер хужайралар организмда патоген микроорганизмларни, ўзгарган хужайраларни, бегона оксилларни фарқ қила оладиган ва бундай хабарларни тегишли Т- ва В- лимфоцитларга узатиб хужайра ва гуморал иммун тизимини таъминлаб турадиган ягона хужайра бўлиб ҳисобланади. Т-хелпер хужайралар сонининг камайиб кетиши ҳолати эса хужайра ва гуморал иммун тизими фаолиятининг издан чиқишига ва ниҳоят иммун тизими танқислиги ҳолатига олиб келади. Бунинг натижасида организмда микроорганизмлар (патоген, шартли патоген, сапрофит) сони мислсиз даражада ҳеч қандай тўсиқларсиз кўпая бошлайди ва оқибатда турли сурункали кечадиган, даво чораларига қийин бериладиган, тез-тез хуруж қилиб турадиган вирусли, бактериал, замбуруғли касалликларнинг ривожланишига олиб келади. Бундан ташқари хужайралар устидан иммунологик назоратнинг камайиши ҳолати митоз вақтида пайдо бўлиши мумкин бўлган атипик хужайраларни сақланиб қолишига ва уларнинг кўпайиб турли ўсма касалликларининг ривожланишига

йўл очиб беради. Маълум бўлишича меъерий ҳолатларда бир дақиқа давомида инсон организмидаги митоз жараёнида 10 мингтагача атипик хужайралар пайдо булар экан, лекин иммун тизими тўғри фаолият кўрсатиб ишлаб турса, бу хужайраларни парчалаб, улардан организмни тозалаб туради. Бундай хужайралар устидан иммунологик кузатувнинг ОИТС да камайиши ҳолати болаларда, ёш йигит-қизларда турли ўсма касалликларининг кўпайишига олиб келади. Бундай жараён бир неча ойлар баъзида эса йиллар мобайнида давом этади, беморлар эса бу вақт ичида ўзларини соғлом ҳис қиладилар, касаллик белгилари кўринарли бўлмаганлиги учун улар даволаш муассасаларига мурожаат қилмайдилар, шунинг учун бу беморлар атрофдагилар учун касаллик манбаи бўлиб хизмат қиладилар. Бундан кўриниб турибдики, ОИВ юктириб олган беморларни эрта аниқлаш ва антиретровирусли даво чораларини бошлаш касалликнинг профилактикасида катта аҳамият касб этади.

Клиник кечиш босқичлари. ОИТС касаллигининг ўзига хос аниқ махсус белгилари йўқ. Касалликнинг клиник кечиши кўпинча босқичма-босқич кўринишда ўтади, яъни касалликни кўзғалиш ва сусайиш даврлари навбатма-навбат алмашилиб, беморлар ахволи оғирлашиб боради. Касаллик юққандан кейин яширин, яъни инкубацион даврининг кечиши ҳолати кузатилади, бу давр тахминан 4-6 ҳафталар давом этади. Шундан сўнг Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) томонидан таклиф этилган касалликнинг 5 босқичи кўринишида намоён бўлади. Касалликнинг биринчи босқичи бошланғич босқич, деб аталади ва ушбу босқич ўрта ҳисобда 3-14 кун давом этади, касалликни бу босқичдаги клиник белгилар худди юқумли моноклеоз касаллиги белгиларини эслатади, яъни беморда тана ҳароратини субфибрил даражада кўтарилиши, бош оғриши, мушакларда ва бўғимларда оғриқларнинг бўлиши ҳамда енгил ич кетиш ҳолатлари кузатилади. Тери соҳаларида оч пушти рангли, юмалок ёки овал шаклида бўлган, катталиги жимжалок тирноғидек келадиган доғли тошмаларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Бу белгилар беморлар даволанмасалар ҳам ўз-ўзидан йўқолиб кетади ва касалликнинг иккинчи босқичи бошланади.

Касалликнинг иккинчини босқичи белгисиз босқич, деб аталади ва унинг кечиши 5 ойдан 5-6 йилгача давом этиши мумкин. Бу босқичда беморларни касалликнинг ҳеч қандай клиник белгилари

безовта килмайди, беморлар ўзларини соғлом ҳис қиладилар, шифокорларга муурожаат қилишмайди. Эпидемиологик нуқтаи назардан беморлар атрофдагилар учун хавф туғдирмасаларда, лекин ўз жинсий жуфтлари учун хавфли ҳисобланадилар ҳамда узок йиллар мобайнида касаллик манбаи бўлиб қоладилар. Шунинг учун ҳам касалликни бу босқичида бўлган фоҳишалар ва гемосексуалистлар атрофдагилар учун эпидемиологик жихатидан ўта хавфли бўлиб ҳисобланадилар. Касалликнинг бу босқичида беморлар организми касалликни қўзғатувчиси бўлган вирусларга қарши антителолар ҳосил қилади, уларнинг қондаги миқдори маълум бир даражага етганда (аноним сўровлар, профлактик ва донор текширувлари ҳамда беморлар жинсий жуфтлари сифатида текширувлар вақтида) тегишли лаборатория текширувлари орқали касалликни аниқлаш имкони бўлади.

Касалликнинг учинчи босқичи тарқалган лимфаденопатия босқичи, деб аталади. Бу босқичнинг кечиши бир неча ойлардан то уч йилгача давом этади ва периферик тери ости лимфа тугунларининг катталашиши билан намоён бўлади. ОИВ касаллигига хос бўлган лимфаденопатия ҳолати бел соҳасидан юқорида жойлашган лимфа безларининг катталашиши бўлиб ҳисобланади. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг кўрсатмасига биноан агарда бел соҳасидан юқорида жойлашган икки ва ундан ортиқ лимфа тугунларининг (қўлтиқ ости, тирсақ, жағ ости, бўйин орти, бўйин олди, энса соҳалари) катталашиши кузатилса ва улар сабабсиз пайдо бўлган бўлса (сурункали сил, гаймарит, отит, тонзиллит ва бошқа инфекцион касалликлар сабабларисиз) ҳамда улар 2 ойдан ошиқ бўлган муддат давомида сақланиб турса, у ҳолда бундай белгиларни ОИВ белгиси сифатида қабул қилинади ва беморларни тегишли текширувдан ўтказилиши (қон иммунограммаси, ИФА) шарт, деб ҳулоса қилинади.

Касалликнинг тўртинчи босқичи ОИТС га алоқадор бўлган белгилар босқичи деб аталади, бу босқичнинг кечиши ҳам 3 йилгача давом этиши мумкин. Бу босқичга келиб ОИВ ни юқтириб олган беморларда иммун тизими қудрати сезиларли даражада тушиб кетади, шунинг учун ҳам беморларда иммун танқислиги ҳолати вужудга келади ва энди унинг асосида клиник белгилар намоён бўла бошлайди. Беморлар ўзларида ҳолсизликни сеза бошлайдилар, вақт ўтиши билан бундай ҳолат кучайиб боради, улар кўп терлайдилар,

мушак ва бўғим соҳаларида оғриқлар кузатилади, вақти-вақти билан беморларда йўтал хуруж қилади, ич кетиши ҳолати кузатилади, улар озиб кетадилар, беморлар тез-тез турли-туман вирусли, бактериал, замбуруғли касалликлар билан (кандидоз, сўгаллар, оддий учук, белбоғсимон учук, юқумли моллюскалар, эпидермофития, руброфития, чуқур сурункали кечадиган ярали пиодермитлар) хасталана бошлайдилар. Тери соҳаларида ва шиллиқ қаватларида турли ўсма касалликларининг ривожланиши ҳолати кузатилади, ички аъзолар томонидан кузатиладиган патологик ўзгаришлар йиғиндиси натижасида беморлар аҳволи оғирлаша бошлайди.

Касалликнинг охириги бешинчи босқичи орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) касалликнинг охириги марраси бўлиб ҳисобланади ва у асосан ўлим билан тугайди. Бу даврга келиб иммунологик кўрсаткичлар кескин даражада пасайиб кетади, илгари пайдо бўлган ва ривожланган касалликлар белгилари зўрайиб, беморларни ҳолдан тойдиради, улар организмида касалликдан зарарланмаган бирорта аъзолари қолмайди, натижада беморлар аҳволи оғирлашади, уларда кузатиладиган касалликнинг клиник белгилари ранг-баранглиги билан ажралиб туради, яъни бир қолип кўринишида бўлмайди.

Клиник турлари. ОИТС касаллигининг клиник белгиларини шартли равишда тўрт гуруҳга, яъни ўпка, неврологик, ошқозон-ичак ва иситма билан ўтадиган турларга бўлиб ўрганилади.

Касалликни ўпка турида беморларни зотилжам касаллигининг клиник белгилари кўпроқ безовта қилади, уларнинг тана ҳарорати 38-42⁰С даражага кўтарилиб, йўтал, нафас қисиши, кўкрак соҳасида оғриқлар безовта қилади, вақт ўтиши билан беморлар тезда озиб кетадилар, уларнинг умумий аҳволлари оғирлаша бошлайди. Баъзи беморларда қисқа муддатли аҳволлари яхшиланиши ҳолати кузатилади, лекин касалликнинг навбатдаги кўзғалиши олдингисидан кўра оғирроқ ўтади. Ҳозирги кунда беморларда ўпка яллиғланишига олиб келиши мумкин булган 170 дан ортиқ микроорганизмлар аниқланган бўлиб, улардан 65-70% ни пневмоцистлар ташкил этади, шунинг учун ҳам касалликнинг бу турини «Пневмоцистли пневмония» деб аталади. Баъзи ҳолларда ўпканинг яллиғланиши ҳолати Капоши саркомасининг ўпка тури билан биргаликда кечади.

ОИВ касаллигининг ҳар қандай босқичларида ҳам асаб тизими томонидан у ёки бу даражада ўзгаришларни кузатиш мумкин, касалликни ОИТС босқичида эса бу ўзгаришлар янада кучайган ҳолда намоён бўлади, баъзида эса беморларни ўлим ҳолатига олиб келадиган асосий сабаблар бўлиб ҳисобланади. Бунга сабаб ОИВ асаб ҳужайраларини тўғидан-тўғри зарарлайди, шунинг учун ҳам беморлардан олинган биопсия тўқималари текшириб кўрилганда 90-95% ҳолларда асаб ҳужайраларида у ёки бу даражадаги ўзгаришлар аниқланади. ОИВ тўғридан-тўғри мия асаб тўқималарининг морфологиясига салбий таъсири кўрсатиши натижасида 60% га яқин беморларда деменция ҳолати белгиларини кузатиш мумкин бўлади. Деменция ҳолати кузатилган беморларда бош мия томография қилиб кўрилганда мия тўқималарининг тарқалган кўринишдаги атрофияси аниқланади. Беморларда асаб тизимининг зарарланиши клиник белгилари ранг-баранг кўринишларда (менингит, энцефалит, энцефалопатия, миелопатия, миянинг ўчоқли зарарланиши, парез, орқа миянинг зарарланиши ҳисобига атаксия, полимиозит) намоён бўлади. Бу ўзгаришларнинг келиб чиқишига турли оппортунистик инфекциялар (токсоплазмоз, криптококкоз, гистоплазмоз, микобактериоз, герпетик ёки цитомегаловирус) ҳам сабабчи бўлиши мумкин.

Касалликнинг ошқозон-ичак турида беморларни асосан тез-тез қайталаниб турувчи ва клиник жиҳатдан кучайиб борувчи ич кетиши (диарея) ҳолати безовта қилади, натижада беморлар қисқа муддат ичида озиб кетадилар, уларда интоксикация ва сувсизланиш белгилари кундан-кунга ортиб боради. Ич кетиш ҳолати сувсимон бўлиб, кунига 8-10 ва ундан кўп марта такрорланиб туради, натижада шу йўл билан беморлар кунига 10-15 литргача суюқлик йўқотадилар. Баъзида беморлар ахлати йирингли, шилимшиқ ва қон аралашган бўлиб, ундан қўланса ҳид келиб туради. Касалликнинг кечиши давомида ошқозон ва ичакларда яралар пайдо бўлиши, ошқозон-ичак йўлларида қон кетиши кузатилади, гепатит, холецистит каби ҳолатларнинг ривожланиши қайд этилади, беморларни ичаклар бўйлаб кучли сиқиб оғришлар безовта қилади. Диарея ҳолатининг келиб чиқишига ичакда бўладиган мислсиз дисбактериози ҳолати (кокцидиялар, лямблиялар, шигеллалар, салмонеллалар, микобактерия ҳисобидан) сабабчи бўлади, бундай ўзгаришлар турли ичак ўсма касалликлари, асосан Капоши саркомаси ҳисобига янада оғирлашиши мумкин.

ОИТС ни истма турининг кечишида беморларни узоқ вақт давом этадиган тана ҳароратининг кўтарилиши ҳолати безовта қилади. Беморлар тана ҳарорати 37-42⁰С гача кўтарилади, натижада уларда тинканинг қуриши, озиб кетиш ҳолатлари кузатилади. Бу белгилар вақт ўтган сари оғирлашиб боради. Ҳозирги кунда беморларда узоқ давом этадиган иситманинг кўтарилиши сабаби маълум эмас, лекин бунга атипик ҳужайраларнинг парчаланиши сабаб бўлиши мумкин, деган фикрлар мавжуд, чунки ОИТС беморлари организмда етарлича атипик ҳужайралар мавжуд бўлиб, уларнинг парчаланиши жараёнида кўплаб пироген моддалари ажралиб чиқади, бу эса ўз навбатида беморлар тана ҳароратини муттасил равишда гипертермия ҳолатида ушлаб туриши мумкин.

Юқорида қайд этилган ОИТС касаллигининг босқичма-босқич кечиши шартли бўлиб, ҳар бир беморда индивидуал ўтиши мумкин. Айрим беморларда касалликнинг баъзи босқичлари тушиб қолиши ёки касаллик тўғридан-тўғри охириги босқич, яъни ОИТС босқичидан ҳам бошланиши мумкин. ОИТС ни клиник шакллари ҳам шартли бўлиб кўпчилик беморларда бу белгилар биргаликда келади ва беморлар умумий аҳволларини янада оғирлаштиради.

ОИВ беморларнинг ёши, турли ички ва ташқи омиллар таъсиридан, яшаш шароитларидан келиб чиққан ҳолда турлича кечиши мумкин. Касалликни юқтириб олган бемор болалар ўртача 8-9 йил умр кўришади. Болаларда ОИВ касаллиги уч хил тезлик кўринишларида, яъни ўрта тезликда, секин ва жуда тез кўринишларда кечиши билан ажралиб туради. Касалликни ўрта тезликда кечиши 60-75% бемор болаларда кузатилади. Касалликнинг бундай кечишида бемор болаларда касалликнинг клиник белгилари секин-аста ойлар, йиллар мобайнида зўрайиб боради ва беморлар ўртача 5-6 йил умр кўришлари мумкин. Иккинчи гуруҳга 5-10% бемор болалар кириб, уларда касаллик жуда секинлик билан ривожланади, натижада бундай бемор болалар бир неча ўн йиллаб умр кўришади. Учинчи гуруҳ бемор болаларда касалликнинг клиник кўринишлари жуда тез ривожланиб, бир неча ойлар ичида уларнинг ҳаёти ўлим билан тугайди, бундай бемор болалар умумий беморларнинг 20% ни ташкил қилади.

ОИТС да тери ва шиллик қаватларнинг зарарланиши. Юқорида қайд этиб ўтилганидек ОИВ касаллиги секинлик билан беморлар организмнинг барча тўқима ва аъзоларини зарарлайди ва

бу турли-туман касалликнинг клиник белгилари кўринишида намоён булади. Касаллик тери ва шиллик қаватларда ҳам ўзига хос ўзгаришларга олиб келиши мумкин, лекин бу ўзгаришлар ҳозирга қадар атрофлича тўлиқ ўрганилмаган. Браун-Фалко (1994) маълумотларига караганда ОИВ касаллигининг дастлабки босқичларида беморларда ўртача 2,5 та дерматологик белгиларни учратиш мумкин, касалликнинг кечки босқичларида эса бу кўрсаткич 3,7 тага ортади. Касалликни дастлабки босқичларида касаллик белгилари тери соҳаларида вақти-вақти билан кўпайиб, йўқолиб туради, лекин касаллик кечиш муддатининг ортиб бориши билан унинг белгилари кучайиб боради, тарқоқ тус олади натижада касалликнинг охириги босқичи ОИТС босқичида эса жараён кескин авж олиб, тери касалликларини атипик кўринишларда, оғир кечишига сабаб бўлади. Баъзи ҳолларда эса бу касалликлар беморларни ўлимга олиб келадиган асосий сабаб бўлиши ҳам мумкин.

ОИВ юқтириб олган инсонларда тери ва шиллик қаватларда кузатиладиган ўзгаришлар турлича кўринишларда намоён бўлади. ИТВ касаллигига дучор бўлган беморларда, айниқса, унинг охириги даврларида тери ва шиллик қаватларда турли-туман ўсма касалликлари белгилари (Капоши саркомаси, лимфомалар, карциномалар, Бэркие ўсмаси) пайдо бўлади. Ушбу ўсма касалликлари белгилари сон жиҳатидан турли-туман бўлиб, уларнинг клиник турлари касалликнинг оғир-енгиллигини белгилайди. Улар орасида Капоши саркомаси касаллиги алоҳида ўрин тутади. Маълумки, ёши кексайган, организмнинг иммун тизими қуввати пасайган инсонларда Капоши саркомаси илгари ҳам учраб турган, бироқ ИТВ касаллигига дучор бўлган беморларда мазкур дарднинг ўзига хос кўринишда кечиши маълум бўлди. ИТВ билан хасталанган беморларда Капоши саркомаси асосан ёшларда, ҳали 30-35 га кирмаган беморларда кузатилади, касаллик белгилари беморлар танасининг барча жойларида, кўпинча қўл-оёқ, жинсий аъзолар ва ички аъзоларни зарарлайди, тугунли тошмалар сони кўп, қаттиқ консистенцияларда бўлиб, тезда яраларга айланади, ўсмалар оғиз ва қорин бўшлиқларида ҳам учраши мумкин, жараён оғир кечади, нур билан даволаш усуллари беморлар аҳволини оғирлаштиради, жараён тез орада асосан лимфа тугунларига ва ички аъзоларга тарқалишга мойил бўлади, касаллик белгилари болаларда, ҳатто гўдакларда ҳам

учрайди ва оқибатда ўлим билан тугайди, тери соҳаларидаги тошмалар ярим шар шаклларида, қизғиш-жигарранг ёки қизғиш-сиёҳранг, қаттиқ-эластик тугунча, дўмбоқча ва тугунлар кўринишида бўлади улар асосан тананинг устки ярмида кўпроқ жойлашадилар. Тошмаларнинг оғиз шиллиқ қаватларида учраши 30% дан ортик беморларда кузатилади, асосан улар юмшоқ танглай, баъзан эса тил ва милк соҳаларида жойлашади.

ОИВ юққан беморларда терининг турли юқумли касалликлари, жумладан, терининг вирусли касалликлари (оддий учуқ, белбоғсимон учуқ, сўгаллар, юқумли моллюскалар, шиллиқ қаватлар папилломалари, Капоши экземаси), терининг сурункали йирингли касалликлари (фолликулитлар, фурункулёз, карбонкул, сурункали ярали пиодермиялар) ҳамда терининг замбуруғли касалликларининг (кандидозлар, аспергиллез, криптококкоз, токсоплазмоз) учраши ҳолатлари қайд этилади. Ушбу гуруҳ касалликларини ОИВ беморларда ўзига хос кўринишларда кечиши ҳолати кузатилади. ОИВ касаллигининг кечишида терининг носпецифик касалликлари бўлмиш эмлашдан сўнг пайдо бўладиган экзема касаллиги, тери қичишиши, атопик дерматит, эшакем ва қичима касалликларининг учраши ҳолатлари ҳам қайд этилади. ОИВ юққан беморларда юқорида санаб ўтилган касалликлар кўп учрайди ва улар ўзига хос кўринишларда кечади (тарқоқ, катта ҳжмларда ўчоқлар кўринишларида, чуқур, асоратли, давомий ва салбий шикоятларнинг кўринарли бўлиши, даволаш чораларига қийин берилувчан, торпид кўринишларда) ва уларга хос бўлган белгиларига қараб ОИТС га шубҳа қилинади ва тегишли текширувлар ўтказилади.

ОИВ юқтирган беморларда оддий учуқ касаллигининг учраши ҳолати 33% дан ортик ҳолатларда кузатилиб, асосан касаллик белгилари табиий тешиklar соҳаларидан ташқари (оғиз, бурун тешиklари атрофи, аногенетал соҳалари) кўл, оёқ, елка тери соҳаларида, бошнинг сочли қисмларида, оғиз шиллиқ қаватларида кўплаб пайдо бўлади ва касалликнинг пуфакчали тошмалари қизариб шишган тери сатҳларида жойлашади. Тошмалар тўда-тўда пуфакчалар кўринишларида бўлиб, мош, нўхат баъзида эса ундан ҳам катта ҳажмларда бўлиши мумкин. Ўчоқларда жараён кўп ҳолларда иккиламчи инфекциялар билан асоратланади, оқибатда касалликнинг янада тарқоқ ва оғир ўтишига сабаб булади. Пуфакчали тошмалар ёрилган жойларда эрозиялар, сўнг яралар

пайдо бўлиб, улар оғриқлар билан кечади. Эрозиялар юзасидан муҳр услубида суртма таёрлаб микроскоп остида кўрилганида Тцанк ҳужайраларини топиш мумкин. Оғиз атрофидаги эрозияли ва ярали юзалар бир-бири билан қўшилиб катта юзаларни ҳосил қилади ва улар қалин, серозли-йирингли қора қўтир қобиғлар билан қопланади. Худди шундай тошмалар аногенетал соҳаларда ҳам учрайди, эрозиялар, яралар туби ва четлари нотекис ва оғриқли бўлади. Баъзи беморларда ички аъзоларнинг вирусли зарарланиши ҳолатини ҳам кузатиш мумкин. Ушбу касалликни даволаш кутилган натижалар бермайди, касаллик ойлаб давом этиши мумкин ва қисқа муддатлар ичида сабабсиз яна қайталанади, баъзида эса касаллик умуман ремиссия ҳолатисиз кечади.

ОИВ юқтирган беморларда белбоғсимон учуқ касаллиги даставвал биргина нерв сигментини, кейинчалик эса бир нечта нерв сигментларининг зарарланиши кўринишида кечади. Бундай ҳолатларда жараёнга кундан-кун янги сегментлар қўшилиб, зарарланган тери соҳалари ҳажми кенгайиб боради, натижада касаллик кучли оғриқлар кўринишида кечади. Кўпинча беморларда белбоғсимон учуқ касаллигининг қайталаниши ҳолати қайд этилади, иммун тизими сезиларли даражада пасайиб кетган беморларда эса касалликнинг некротик ёки бошқа асоратланган кўринишлардаги клиник шакллари ривожланиб боради, охир-оқибатда эса бунда ҳолат беморлар ўлимига ҳам сабаб бўлади. Белбоғсимон учуқ касаллигини беморларда қайталаниш кўринишида кечиши касалликни охирги ОИТС босқичига ўтганлигидан далолат беради.

ОИВ ни юқтирган беморларда сўғал касаллиги тошмалари бутун бадан тери соҳалари бўйлаб тарқоқ кўринишларда, асосан қўл, оёқ бармоқлари тери юзаларида, юз соҳаларида кўп миқдорда ва зич ҳолатларда жойлашади. Тугунчали тошмалар ҳажми мош ва нўхат катталигида ва ундан ҳам катта ҳажмда бўлиб, улар бир-бирлари билан қўшилишга мойил бўладилар. Оғиз ва анагенетал соҳаларда эса ўткир учли гипертрофик папулалар кўринишида намоён бўлади ва кўп ҳолатларда улар иккиламчи инфекциялар билан асоратланадилар, натижада беморларда ноқулайлик ҳисси (дискамфорт) юзага келади. Бундай ҳолларда тошмалар жарроҳлик йўллари орқали олиб ташланади, ёки паст частотали электр токлари ёрдамида (электрокагуляция) куйдирилиб даволанади.

Юкумли моллюска касаллиги ОИВ касаллигининг белгиси сифатида катталарда кўпроқ анагенитал соҳаларда жойлашади. Вақт ўтиши билан папулалари тошмалар ҳажми катталаша бошлайди ва бир-бирлари билан қўшилиб каттта ўчоқларни ҳосил қилади. Улар қандай йўл билан олиб ташланмасин қайтадан янги тошмалар тарзида пайдо бўлаверади ва кўпинча йирингли асоратлар қолдиради.

Цитомегаловирус ОИВ касаллигида ички аъзолар ва тўқималарни зарарлайдиган асосий инфекциялардан бири бўлиб ҳисобланади. Бу инфекция тери ва шиллиқ қаватларда камдан-кам ҳолатларда ўзгаришларни келтириб чакиради, агарда ушбу соҳаларда ўзгаришлар кузатилса, у ҳолда улар петихия, пурпура ва везикуло-буллёз каби тошмалар сифатида намоён бўлади. Тошмаларнинг тошиш жойлари, сони, тарқоқлиги турлича кўринишларда бўлиши мумкин. Цитомегаловирус инфекцияси орқали тери соҳаларининг зарарланиши ва уни ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар билан, шу жумладан, диарея ҳолати билан бирга кечиши касалликнинг хавфли кўринишларда кечишидан далолат беради.

ОИВ юқтирган беморларда терининг замбуруғли касалликлари кечиши ҳолатини билиш ва талқин этиш катта аҳамият касб этади. ОИВ касаллиги билан хасталанган беморларда асосан кандидоз, эпидермофития, руброфития ва ранг-баранг темиртки каби терининг замбуруғли касалликлари бошқа замбуруғли касалликларга нисбатан кўп учрайди. Касалликнинг кечки босқичларида барча юқорида қайд этилган дерматомикозлар атрофга тез тарқалишга, бир-бирлари билан қўшилишиб турли шакллардаги катта ўчоқларни ҳосил қилишга мойил бўлиши билан ажралиб туради. Баъзи беморларда бир пайтнинг ўзида бир нечта замбуруғли касалликларнинг биргаликда учраши ҳолати кузатилиши мумкин. Бундай ҳолатларда кўпинча тирноқларнинг ҳам зарарланиши қайд қилинади. Бундай беморларни даволаш жараёнида системли фунгицид дори воситаларининг қўлланилиши ҳар доим ҳам ижобий натижалар бермайди.

Руброфития касаллигининг кечиши одатда учрамайдиган тарзда, яъни кўп шаклли экссудатив эритема, себореяли дерматит ёки оёқ ҳамда қўл қафтлари кератодермиялари кўринишларида намоён бўлиши мумкин. Руброфития касаллигини силлиқ тери соҳалари бўйлаб тезда тарқалиши ҳолати ва намоён бўлиши кўпинча

себореяли дерматит касаллигини эслатади. Касалликка ташхис қўйилишида касаллик белгиларининг оёқ панжалари соҳаларидан бошланганлиги ва юқорига қараб тарқалганлиги ҳолатига этибор бериш лозим. Якуний клиник ташхис албатта тегишли лаборатория таҳлиллари ўтказилганидан кейин қўйилади.

Ранг-баранг темирлатки касаллигининг доғли тошмалари ОИВ юқтирган беморларда уларни бутун бадан тери соҳалари бўйлаб кенг тарқалган кўринишларда бўлади. Тошмаларнинг нафақат бўйин, кўкрак тери соҳаларида, балки оёқ тери соҳаларида ҳам учраши ҳолати қайд этилади, уларнинг катталиги 5 тийинлик танга ҳажмидек ёки ундан ҳам катта бўлиб, бир-бирлари билан қўшилишга мойил бўлиши ҳолати кузатилади, ўчоқларда енгил яллиғланиш белгилари пайдо бўлади, комплекс даво чоралари ўтказилиши узок вақт давом этади. Касаллик кўп ҳолларда қайта хуруж қилади. Бундай ҳолатларда ОИВ ни ўтказиб юбормаслик учун периферик лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилади, агарда уларни катталашганлиги аниқланса, ундай ҳолатларда беморлар қони ИФА ёрдамида ОИВ га текширилади.

Тери ва ва шиллик қаватлар кандидози касаллиги ОИВ юқтириб олган беморларда жадаллик билан ривожланади, касалликни кўпроқ эркак жинсига мансуб ёшлар орасида учраши ҳолати қайд этилади. Касаллик ўчоқларининг кўпинча оғиз шиллик қаватлари, аногенитал соҳаларда учраши ҳолати кузатилади, улар бир-бирлари билан қўшилишга, узок вақт мобайнида битмайдиган эрозия ва яраларга айланишга мойил бўлади, ўчоқларда кучли оғриқлар пайдо бўлади. Оғиз шиллик қавати соҳаларидан жараён томоқ ва қизилўнгач шиллик қаватларигача тарқалиб, беморларда ютиниш ҳолатини қийинлаштиради ва кўкрак орти соҳаларида оғриқлар пайдо бўлишига сабабчи бўлади. Кўп беморларда оғиз атрофида, чов соҳаларида ва тирноқларда кандидозли касалликка хос бўлган ўзгаришлар кузатилади, баъзида эса бундай ўзгаришлар ички аъзолар (висцерал) кандидози билан бирга учрайди. Касалликнинг бундай кўринишларда кечиши кўпгина беморларда тана ҳароратининг субфибрил кўринишларда кўтарилишига, енгил диспепсия ҳолатларига олиб келади, натижада беморларда озиб кетиш ҳолати кузатилади.

ОИВ юқтирган беморларда бактериал касалликлар асосан тери ва шиллик қаватларнинг стафилакоккли ва стрептакоккли касаллик-

лари кўринишида кечиб, улар фолликулитлар, фрункуллар, карбонкуллар, флегмоналар, абцесслар ва сурункали ярали пиодермитлар кўринишида намоён бўлади. Вақт ўтиши билан ушбу касалликлар белгиларини тери соҳалари бўйлаб тарқалиши, чуқурлашиши ҳолати кузатилади, натижада беморларнинг умумий аҳволи оғирлашиб боради. Бундай ҳолатларда пиодермия касаллигининг аралаш, чуқур клиник шаклларининг ривожланиши ҳолати кузатилади. Беморларда периферик лимфа тугунлари катталашади, доимий субфебрил ҳарорат кузатилади, иштаҳанинг пасайиши, озиб кетиш, яъни кахексия ҳолатлари ривожланади, беморларда психосоматик ўзгаришлар пайдо бўлади. Тавсия этилган комплекс даво чоралари (антибиотиклар, иммуностимуляторлар, поливитамиинлар, қон ва қон препаратлари, специфик иммуностимуляторлар) узоқ вақтдан сўнг вақтинчалик натижалар беради. Бир неча ойлардан кейин касалликни яна қайта хуруж қилиши ҳолатлари кузатилади, охиросида беморлар ҳаёти ўлим билан тугайди.

ОИВ юқтирган беморларга жинсий алоқалар орқали юқадиган касалликлар (ЖАОЮК) юққанида, бу касалликларнинг кечишида ўзига хос хусусиятлар кузатилади. Ушбу касалликлар орасида захм касаллигининг ўзига хос ўрни бор. Жумладан, захм касаллиги юққанда касаллик инкубацион даврининг икки ҳафтагача қисқариши, қаттиқ шанкрнинг кўпинча ярали кўринишларда намоён бўлиши, ҳажмининг катта бўлиши, сонининг бир нечтагача бўлиши, иккиламчи инфекциялар билан асоратланиши ҳолатлари кузатилади. Бундан ташқари қаттиқ шанкрнинг битиши ҳолатининг бир неча ойларгача чўзилиб кетиши кузатилади ёки яра битиб улгурмасданок иккиламчи захм даври белгилари пайдо бўлади. Захмнинг иккиламчи даври ОИВ юқтирган беморларда кўплаб катта ҳажмдаги папулалари ва пустулалари тошмаларнинг пайдо бўлиши тарзида намоён бўлади, жараён қўл ва оёқ қафтлари соҳаларини кўпроқ зарарланиши билан кечади, баъзи беморларда эса захм кератодермиялари ҳам ривожланиши ҳолати кузатилади. Аногенитал соҳаларда кўпинча тошмалар бир-бирлари қўшилишга мойил бўлиб, кенг кондилломаларни ҳосил қиладилар. Қўлтиқ ости ва қўл қафти соҳаларида гиперпигментланган доғли тошмалар кузатилади. Беморларга захмга қарши тўлиқ даво чоралари белгиланганлигига қарамасдан кучайиб бораётган иммун тизими танқислиги сабабли беморларда қисқа

вақтда ичида асаб тизими захми (нейрозахм) белгилари юзага келади.

Терининг паразитар касалликлари ичида ОИВ юқтирган беморларда, асосан кўтир касаллигининг учраши ҳолати кўпроқ қайд этилади. Бундай беморларда кўтир касаллиги атипик кўринишларда кечади, яъни касаллик тошмалари кўп сонли, катта ҳажмларда бўлиб, асосан тери бурмалари, тизза, тирсак соҳалари юзаларида қалин, қора қутир қобиғлар билан қопланган папулалари ва пустулалари тошмаларнинг жойлашиши билан намоён бўлади. Тошмалар кун сайин кўпайиб боради ва улар иккиламчи инфекциялар билан асоратланадилар, жараён беморларда қаттиқ қичишиш ҳолати билан кечади.

ОИВ инфекциясини касалликнинг турли босқичларида аниқлаш осон вазифа эмас, шунинг учун ҳам шифокорлар касалликнинг ҳар бир босқичини клиник ва лаборатор диностик белгиларидан хабардор бўлишлари лозим. Касаллик бугунги кунга келиб кишилик жамиятининг ҳар бир бўғимига кириб бораётганлиги натижасида йилдан-йилга беморлар сонининг ортиб бориши ҳолати давом этмоқда. Бундан ташқари касалликнинг клиник белгиларини ранг-баранглиги ва бир қолипга тушмаслиги ҳолати бундай беморларни турли соҳа шифокор мутахассисларига мурожаат қилишларига олиб келади, шунинг учун ҳам ҳар бир шифокор қаерда ва қандай йўналишда ишлашидан қатъий назар ОИТС ҳақида етарлича назарий ва амалий билимларга эга бўлиши шарт.

ОИВ инфекцияси ташхисоти дастури 3 та асосий бўлимни, яъни касалликнинг тарихи, касалликнинг клиник белгилари таҳлили ва текшириш услубларини ўз ичига олади. Касаллик тарихи бўлими ўрганилаётганда шубҳа қилинаётган беморларни журъат гуруҳига мансублиги (фоҳиша, бесоқолбоз, гиёҳванд, гемофилия касаллигининг мавжудлиги, ҳар хил инсонлар билан тартибсиз жинсий алоқаларда бўлиш, ОИВ кенг тарқалган мамлакатларда узок муддатли сафарларда бўлганлиги, турли сабаблар билан қон ёки қон препаратларини қабул қилганлиги) ҳолатлари назарда тутилади ва таҳлил этилади. Касалликнинг клиник белгиларини таҳлил қилиш бўлимида эса касаллик қандай кўринишларда намоён бўлмасин, уларнинг барчасида ОИВ га шубҳа туғдирувчи ўзига хос бўлган умумлаштирувчи томонлари мавжуд бўлади. Буларга касаллик белгиларининг кучайиб бориши, беморлар умумий аҳволларининг

оғирлашуви, турли касаллик белгиларининг биргаликда келиши, даво чораларининг самара бермаслиги ҳолатлари киради. Мутахассис шифокор узоқ муддат давом этиб келаётган лимфоаденопатия ҳолатига, сабабсиз давом этиб келаётган тана ҳароратининг кўтарилишига, беморларни кундан-кунга озиб боришларига, уларда сурункали ич кетиши ҳолатлари, оғир зотилжам касалликларининг кузатилишига, оғирлашиб борувчи марказий асаб тизими касалликларининг кузатилишига ва ёш йигит-қизларда турли ўсма касалликларининг (жумладан, Капоши саркомаси) нинг учраши ҳолатларига катта эътибор қаратишлари лозим ва бундай беморлар албатта ОИВ га текширилиши керак.

Ташхисоти. Текшириш услублари бўлимида ОИВ касаллиги ташхисининг тасдиқланиши барча ижтимоий касалликлар сингари лаборатория текширувлари орқали амалга оширилади. Шу мақсадда касалликнинг турли босқичларида қуйидаги текширувлар амалга оширилади:

а) қон иммунограммаси текшируви. Бунда ёрдамчи лимфоцит хужайралар (хелперлар) сони кескин камайиб кетади, бироқ лимфоцитларнинг умумий сони меъёрий чегарада бўлиши мумкин. Лимфоцитлар умумий сонининг камайиши (лимфоцитопения) касалликнинг муддати ортиши билан кузатилади. Бунда лимфоцитларнинг 1 мл қондаги сони 500 тагача камайиши мумкин (бундай ҳолат соғлом кишиларда 1200-1700 донача бўлади). Маълумки, Т-хелперлар сонининг Т-супрессорларга нисбати меъёрда (иммунитетни тартибга солувчи кўрсаткич) 1,8-2,4 га тенг бўлиб, ОИВ юқтириб олган беморларда эса бу кўрсаткич аста-секин 0,2-0,4 гача тушиб қолади.

б). ОИВ га оммавий текширувларда иммунофермент анализи (ИФА) усули кенг қўлланилиб, етарли даражада сезгир серологик таҳлил усули ҳисобланади (1 мл қон таркибида бир молекула қарши танача бўлганда ҳам ушбу жараён мусбат натижа беради). Иммунофермент усули ОИТС га чалинган беморларнинг 82% да ижобий, 16% да тахминий, 2% ида манфий натижалар беради, шунга қарамасдан бу усул барча шубҳа қилинган беморларда ўтказилади ва мусбат натижалар чиққан ҳолатларда эса кейинги текшириш усуллари ўтказилади.

в) иммуноблотинг усули ОИВ юқтирган беморлар ва ОИТС беморлари учун ўта хос (специфик) бўлган текшириш усули бўлиб

ҳисобланади, бу текшириш усули натижаларининг мусбат чиқиши, текширилаётган шахсда ОИВ борлигидан далолат беради. ИФА жараёни мусбат натижалар берган шахсларгагина қўйилади, чунки уни оммавий текширувларда қўллаш жуда қимматга тушади ва фақатгина махсус лабораторияларда, марказлаштирилган ҳолатларда, кўрсатмаларга биноан ўтказилади;

г) кўп занжирли текшириш усули (ПЦР-полимеразная цепная реакция) ҳам ОИВ учун хос жараён ҳисобланиб, касаллик ташхисини вирус ДНКси даражасида тасдиқлайди. Ушбу жараён ҳам кўрсатмаларга биноан махсус лабораторияларда қўйилади.

д) вирус идентификацияси усули ОИТС марказида ўтказилади ва беморлар қонидан ёки организмдан ажралаётган бошқа суюқликлардан ОИВ ни топишга қаратилган текшириш усули бўлиб ҳисобланади.

Ретровирусларга нисбатан ҳосил бўладиган қарши таначалар касаллик юкқандан сўнг асосан 6-8 ҳафта ўтгач қонда пайдо бўлади, лекин бу жараён 3-6 ойларгача чўзилиши мумкин. Шу сабабли шубҳа қилинаётган шахсларда ИФА усули манфий натижалар берса ҳам касаллик юкмаган, деган хулосага келиш хато ҳисобланади, яъни бундай ҳолатларда қарши таначалар етарли миқдорда ҳосил бўлиб улгурмаган бўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам ИФА усулини 2 марта 3 ой фарқ билан қўллаш лозим. Ҳозирги пайтда республикамизда иш олиб бораётган барча ОИТС лабораторияларида аҳоли орасида ВИЧ касаллигини аниқлаш учун ИФА усули қўлланилади. Айниқса, захмга дучор бўлган ҳомиладор аёллар, қон берувчи донорлар, гиёҳвандлар, силга учраган беморлар, таносил касаллигига чалинган беморлар ва алоҳида ижтимоий табақага кирувчи шахсларга тушунтириш ишларини олиб бориб, ОИВ га уларнинг розилиги билан текширилиши лозим.

Давоси. Ҳозирги кунда бу касалликни самарали даволаш усуллари йўқ. Касалликка қарши олиб бориладиган даво чоралари қанча эрта бошланса, у шунча самарали бўлади, яъни беморлар ўн йиллаб яшаш имконига эга бўлади, бундан ташқари шундай беморлар орқали касаллик тарқалиши ҳолатининг олди олинади. Қўлланилаётган даво чоралари касалликни бир босқичидан иккинчисига ўтиш муддатини анча сусайтиради. ОИВ юқтирган ёки ОИТС беморларини замонавий даволаш ва кўриладиган чораларни шартли равишда этиологик (касалликни кўзғатувчисига қарши),

патогенетик (бузилган иммунитетни коррекция қилишга қаратилган чоралар) ва симптоматик (оппортунист инфекцияларга ва неопластик жароёнларга қаратилан) гуруҳларга бўлиш мумкин. Биринчи гуруҳга асосан вирусларга қарши замонавий антибиотикларнинг қўлланилиши (рибаверин, ацикловир, азидотимидин, фоскарнет, интерферон ва унинг индукторлари) киради. Антибиотиклар касаллик босқичи, клиник шаклини ҳисобга олган ҳолда ОИТС маркази томонидан ишлаб чиқилган махсус схемалар бўйича беморларга берилади. Иккинчи гуруҳга турли иммуномодуляторлар ва иммуностимуляторлар (левомизол, изопринозин, тимозин, тимопентин, импрег, индометацин, циклоспорин А, интерферон ва унинг индукторлари, тактивин, тимоцитлар, суяк кўмиги, тимус фрагментлари ва ҳ.о.) киради. Симптоматик даво оппортунист инфекцияларнинг турига мос равишда, кенг таъсир қилувчи антибиотиклар, антимикотиклар, цитостатикларни бошқа услублар билан биргаликда ўтказилади. Комплекс олиб бориладиган даво натижаларида касалликнинг клиник белгилари камаяди, беморларнинг умумий аҳволларида сезиларли ижобий силжишлар кузатилади.

Демак, бугунги кунда ОИТС ни мукамал даволаш чоралари йўқ экан, унинг олдини олиш чораларини кучайтириш зарур. Бу мақсадда барча ўрта ва олий таълим муассасалари ўқув режаларига жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар, уларнинг оқибати ва олдини олиш йўллари ҳақида ўқув соатлари ажратилиши, касаллик ҳақидаги маълумотларни умумий тарғибот воситалари (телевидение, радио, рўзномалар) орқали тушунтириб бериш ва олиб бориш лозим, бу йўналишда тиббий ёрдам кўламини ошириш касалликка вақтида тўғри ташхис қўйиш ва аниқлаш мақсадида аноним текшириш муассасалари сонини ва иш сифатини ошириш ҳамда тўғри турмуш тарзини тарғиб қилиш лозим. Юқорида кўрсатилган омилларни мамлакат миқёсида мукамал равишда амалга ошириш нафақат ОИТС касаллиги, балки барча жинсий алоқалар орқали юқадиган касалликлар сонининг кескин камайишига олиб келади.

БОЛАЛАРДА ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА УЛАР БИЛАН КУРАШИШ БОРАСИДАГИ ТАШКИЛИЙ ИШЛАР

Мамлакатимизда болалар соғлиғини сақлаш ва тарбиялаш давлат даражасидаги асосий вазифа қилиб белгилаб қўйилган. Соғломлаштириш тадбирларининг ўтказилишида диспансер хизмати муҳим ўринни эгаллайди. Болалар дерматовенерологи томонидан бемор болаларга кўрсатиладиган ёрдам уларнинг ёшига мос равишда анатомио-физиологик ҳолатларини инобатга олган ҳолда белгилаб берилади. Бемор болаларга кўрсатиладиган тиббий хизмат асосан болалар маслаҳатхоналарида, поликлиника ёки тери-таносил диспансерлари шароитларида кўрсатилади. Болалар дерматовенерологлари томонидан кўрсатиладиган даволаш ва профилактик чоралар акушер-гинеколог, педиатр, инфекционист, диетолог ва бошқа мутахассис шифокорлар ёрдамида комплекс ҳолда олиб борилади.

Диспансер шароитида тери касалликлари билан хасталанган бемор болаларга кўрсатиладиган ташкилий ва даволаш-профилактик чоралар қуйидагилардан иборат бўлади: бемор болаларни ҳар тарафлама клиник-лаборатор усуллар орқали теширувлардан ўтказиш; йўлдош касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва уларни даволаш мақсадида бошқа мутахассис тиббий ходимларни жалб этиш; замонавий даво усулларининг ўтказилиши билан бир вақтда уларга қўшимча равишда физиотерапия, диетотерапия, санатор-курорт даволаш усулларини қўллаш; бемор болаларни маиший яшаш шароитларини нафақат уй, балки мактабгача бўлган муассасаларда ва мактабларда ўрганиш лозим; клиник жиҳатидан касалликдан тузалган бемор болаларга диспансер шароитларида уларни қайталанишига қарши даво чораларини, профилактик ва реабилитация тадбирларини амалга ошириш лозим. Болалар дерматологи томонидан диспансеризация қилиниши лозим бўлган бемор болалар биринчи ойларида бошлаб ўтказиладиган профилактик кўрувлар вақтида аниқланади, бу билан эса касалликларнинг сурункали кечиши ҳолатларининг олди олинади.

Шу мақсадда тери-таносил диспансерлари, аёллар маслаҳатхоналари ва болалар консултациялар тизими асосида умумлаштирилган диспансеризация усули олиб борилади. Оналар ва болалар саломатлигини сақлаш муассасалари билан тери-таносил касалликлари диспансерлари ўртасида узвий боғлиқликда олиб бориладиган ишлар нафақат атопик дерматит, псориаз, экзема каби сурункали дерматозларни олдини олишда ва даволашда, балки ирсий тери касалликларини ҳам олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

Диспансер шароитида болалар дерматовенерологларининг яна муҳим вазифаларидан бири юқумли тери касалликлари ва венерик касалликлари билан курашиш ҳисобланади. Беморларни рўйхатга олиш албатта шошилиш ахборот варағини тўлдириш орқали амалга оширилади. Албатта статистик рўйхатга микроспория, трихофития, фавус, кўтир, чақолоқлик даври пиодермияси, тери силининг барча турлари, бирламчи захм (серонегатив, серопозитив, яширин), иккиламчи захм (янги, рецидив, латент), учламчи захм (фаол ва яширин), кўкрак эмиш даври туғма захми, эрта ва кеч туғма захм, висцерал захм, асаб тизими захми (эрта нейрозахм, орқа мия қуриши ва прогрессив шоллик ҳолатларини аниқлаш билан), янги ва сурункали сўзак, ОИТС касаллиги билан хасталанган бемор болалар олиниши лозим. Аввал диспансер рўйхатида бўлган, сурункали дерматозлар билан хасталанган беморлар тўлиқ тузалганларидан сўнг ва 3 йилдан кам бўлмаган вақт давомида даводан сўнг ижбый натижали кузатувларидан кейин рўйхатдан чиқариладилар. Захм касаллиги билан хасталанган бемор болалар даводан сўнг 2 йилдан 5 йилгача, туғма захм касаллиги билан хасталанган бемор болалар эса 10-15 йил вақт давомида клиник-серологик назоратда бўладилар. Микроспория, трихофития ва фавус касаллиги бўйича даволанган бемор болалар клиник ва лаборатор назоратда 2 ойдан 6 ойгача вақт давомида бўладилар. Касалликларнинг тури қандай бўлишидан қатъий назар касалхонада бемор болаларни даволаш бепул амалга оширилади. Диспансер шароитида асосий эътиборни болалар ва ўсмир болалар ўртасида санитария ва гигиена қоидаларини тушунтириш ишларига, маънавий-тозаллик тарбия ишларига, ота ва оналар ҳамда болалар муассасалари хизматчиларини гигиена қоидаларига ўқитиш ишларига қаратилади. Болаларда тери ва таносил касалликлари учраши ҳолати билан курашишда нафақат

дерматолог ва венерологлар, балки бошқа тиббий ходимлар, жумладан, педиатр ва акушер-гинеколог мутахассислар асосий ўрин тутадилар. Умумий амалий тиббиёт тизимидаги шифокорларни сўзак ва захм касалликларини аниқлаш ва олдини олиш ишига жалб этиш мақсадида методик йиғилишлар, семинарлар, сайёр маърузалар ўқиш, конференциялар ўтказиш каби тадбирлар ўтказилади. Туман тери-таносил касалликларида фаолият кўрсатувчи болалар дерматовенерологлари иши шаҳар ва вилоят тери-таносил диспансерлари томонидан назорат қилиб турилади ва улар ўз навбатида республика тери-таносил касалликлари илмий-амалий ва даволаш марказлари билан ҳамкорликда иш олиб борадилар.

Диспансер ишининг самарали олиб борилиши, болаларни даволаш бўйича амалиётга тиббиёт ютуқларининг жорий этилиши, доимий равишда педиатрия, акушерлик ва гинекология ҳамда дерматовенерология соҳалари бўйича мавжуд уюшмалар ўртасида доимий ижодий ишларнинг олиб борилиши болаларда учрайдиган тери ва таносил касалликларини даволаш самарадорлигини юқори даражага кўтаришга олиб келади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Адхам Ваисов. Тери ва таносил касалликлари (Дарслик) Тошкент, 2004. – 316 б.
2. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология (Атлас) Ташкент, 2008. – 346 с.
3. Ахмедов К.Р. Белые пятна на кожи (Научно-популярное издание) Ташкент, Изд-во «Fan va tehnologiya». 2012. – 408 с.
4. Беренбейн Б.А., Студницин А.А. и др. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Москва, 1989. – 672 с.
5. Арифов С.С., Абидова З.М. Терининг замбуруғли касалликлари. (Монография). Тошкент, 2004. – 135.
6. Вопросы детской дерматологии (Сб. научн. трудов. под ред. Ф.А. Зверковой). Ленинград, 1990. – 102.
7. Кожа (строение, функция, общая патология и терапия) Москва, 1982. – 238 с.
8. Кубанова А.А. Кожные болезни (Иллюстрированный справочник) ГЭОТАР МЕДИЦИНА Москва. 1999. – 184 с.
9. Машкиллейсон А.Л. Частная дерматология. Москва, 1965. – 522 с.
10. Мордовцев В.Н., Мордовцева В.В., Мордовцева В.В. Наследственные болезни и пороки развития кожи. Москва, Наука, 2004. – 174 с.
11. Монахов К.Н., Монахова А.П., Монахова Л.А., Якубовский А.В. Справочник семейного врача. Кожные и венерические болезни. Москва-Санкт-Петербург. 2005. – 160 с.
12. Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей: Учебник. Москва, Медицина, 1990. – 624 с.
13. Попхристов П. Кожные болезни в детском возрасте. София, 1963. – 823 с.
14. Сиразитдинова В.Ф., Джагарян А.Д., Маннанов А.М. Герпесвирускке инфекции у детей. (Монография). Ташкент, 2014. – 160.
15. Сифилис: от висмута до экстенциллина (монография для врачей). / Под редакцией проф. А.Ш. Ваисова. Ташкент, 2012. – 244 с.

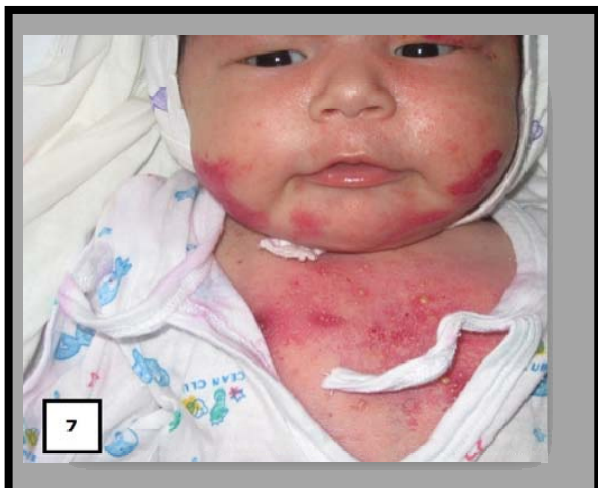
16. Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни: Учебник. Москва, Медицина. 1995. – 464 с.
17. Студеникин М.Я., Соколова Т.С. Аллергические болезни у детей. Москва, 1986. – 286 с.
18. Студницин А.А., Стоянов Б.Г., Шарапова Г.Я. Кожные болезни у детей. Москва, 1971. – 376.
19. Шадыев Х.К., Сиразитдинова В.Ф., Дмитриев Г.А. Инфекции, передаваемые половым путем у детей. Москва, 2011. – 392 с.
20. Штейнлухт Л.А., Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей грудного возраста. Ленинград, 1979. – 174.
21. Burden A. D.: Management of psoriasis in childhood. Clin Exp Dermatol. 1999; 24 : 341-345 p.
22. Epidermolysis Bullosa: Basic and clinical aspects. / Ed A.N. Lin, D.M. Carter. N.Y.: Springer. 1992. – 302 p.
23. Hurwitz S.: Clinical Pediatric Dermatology, pp. 105—117, 2nd ed. Saunders, Philadelphia (1993)
24. Meinking T. L., Taplin D.: Infestations. In: Schachner L. A., Hansen R. C. (eds.) Pediatric Dermatology, 2nd ed., pp. 1347—1367. Churchill Livingstone, New York (1995)
25. Textbook of pediatric dermatology. / Ed. R. Ruis-Maldonado, L.C. Parish, J.M. Beare. Philadelphia: Grune & Stratton, 1989. – 863 p.
26. Rajka G. Atopic dermatitis. London. Saundere. 1975. IX. – 165 p.

МАВЗУЛАР БЎЙИЧА ФОТОСУРАТЛАР

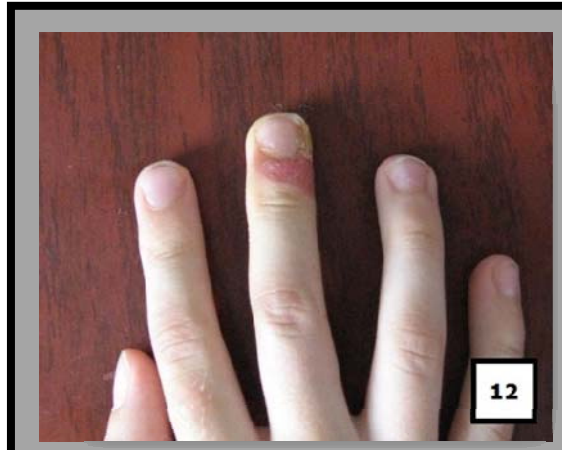


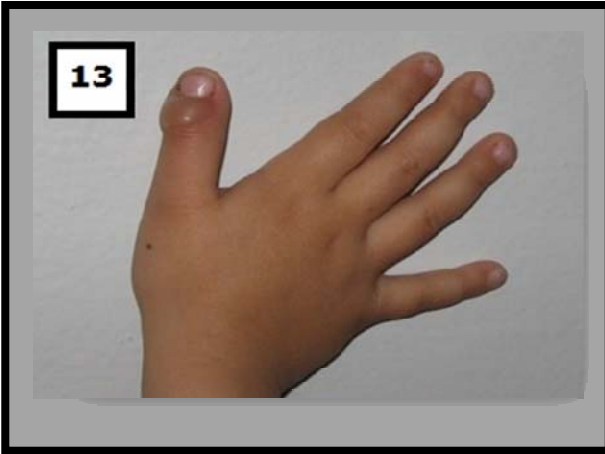
1,2,3,4-суратлар: 76-91 бетлар. Мавзу: Янги туғилган чақалоқларнинг тери касалликлари (себореяли дерматит, ёғли кисталар, Лейнер-Муссунинг десквматив эритродермияси).





5,6,7,8-суратлар: 94-100 бетлар. Мавзу: Стафилококкли пиодермиялар (фурункул, фурункулёз, везикулопустулез, стафилококкли буллёз импетиго).





9,10,11,12,13,14-суратлар: 101-103 бетлар. Мавзу: Стрептококкли пиодермиялар (стрептококкли импетиго, ангуляр стоматит, юзаки ҳасмол).



15, 16-суратлар: 104-105 бетлар. Мавзу: Аралаш пиодермиялар (сурункали-яралли ва сурункали-яралли вегетацияланувчи пиодермия).





17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 -суратлар: 109-112 бетлар. Мавзу: Дерматитлар (таъсиротли аллергияк дерматит, токсидермия, сульфаниламид эритемаси, Лайелл синдроми).



25, 26, 27, 28 -суратлар: 113-117 бетлар. Мавзу: Экзема (микробли экзема, нуммуляр экзема, дисгидротик ва варикоз экзема).





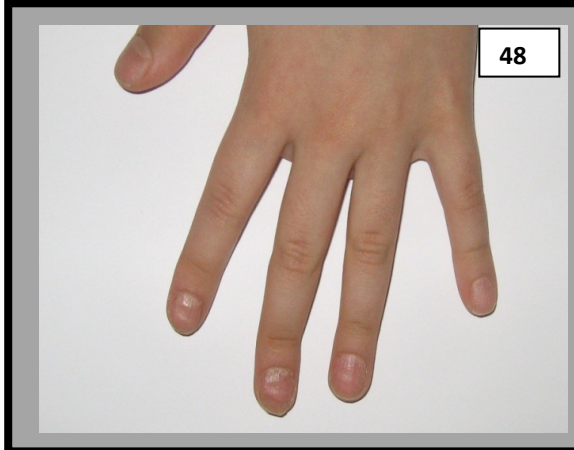
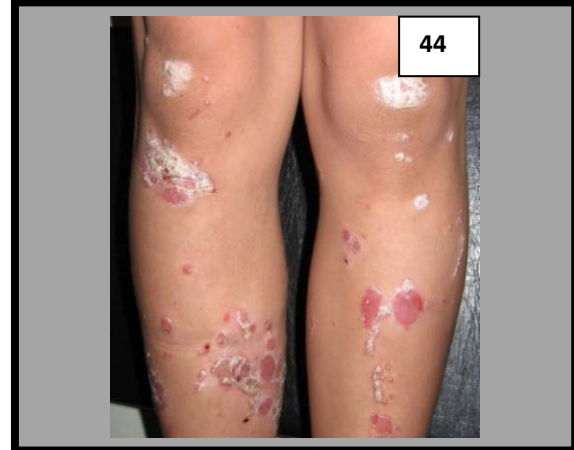
29, 30, 31, 32 -суратлар: 122-124 бетлар.
Мавзу: Эшакеми (ўткир эшакеми, уртикар дермографизм).





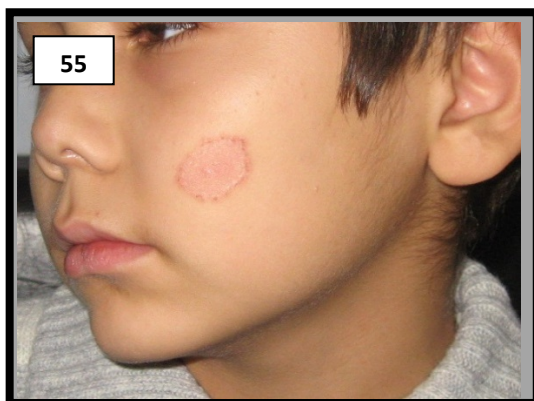
33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 -суратлар: 127-135 бетлар. Мавзу:Атопик дерматит (экссудатив, эритематоз-сквамоз, лихеноид, пруригиноз клиник шакллари).







41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52 -суратлар: 137-152 бетлар.
Мавзу: Псориаз, Қизил ясси темиратки.





53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 -суратлар:
153-2176 бетлар. Мавзу:Терининг замбуруғли касалликлари (ранг-баранг темиртки, микроспория, мадали-йирингловчи трихофития, чов эпидермофитияси, оёқ кафти микози, бурмалар кандидози, сурункали таркоқ гранулематоз кандидози).

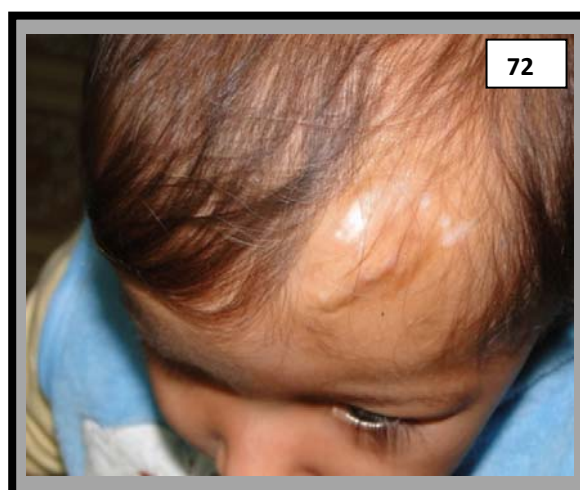


**63, 64 -суратлар: 178-182 бетлар.
Мавзу:Терининг паразитар касалликлари (Кўтир).**





65, 66, 67, 68, 69, 70 -суратлар: 194-202 бетлар. Мавзу: терининг вирусли касалликлари (генитал учук, белбоғсимон учук, юкумли моллюск, сўгаллар, ўткир учли кондиломалар).



71, 72 -суратлар: 203-213 бетлар. Мавзу:Склеродермия.



73, 74 -суратлар: 217-226 бетлар. Мавзу:Терининг пуфакли касалликлари (учуксимон Дюринг дерматити).





75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82 -суратлар: 227-254 бетлар. Мавзу: Генодерматозлар (ихтиоз, энтеропатик акродерматит, туғма буллёз эпидермолиз).



83, 84-суратлар: 255-263 бетлар. Мавзу: Ўчоқли алопеция.



85, 86-суратлар: 277-271 бетлар. Мавзу: Витилиго.



87, 88, 89, 90-суратлар: 331-336 бетлар. Мавзу:Захм (бирламчи сифилома, регионар лимфаденит).



91, 92-суратлар: 371-380 бетлар. Мавзу: Сўзак

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Гипоаллергик пархез қуйидаги қайси тери касаллик-ларида тавсия этилади:

- А. Захмда.
- Б. Пуфакли дерматозларда.
- В. Склеродермияда.
- Г. Экземада, атопик дерматитда.
- Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

2. Чеклаш синдроми (синдром отмены) тўғрисида дарак берувчи омиллар:

- А. Анарексия.
- Б. Холсизлик.
- В. Гипотония.
- Г. Миалгия.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

3. Гиперкератоз – бу эпидермиснинг қайси қаватининг қалинлашиши?

- А. Ялтироқ қаватни.
- Б. Базал қаватни.
- В. Тиканаксимон қаватни.
- Г. Донадор қаватни.
- Д. Мугуз қаватни.

4. Эпидермис гипертрофияси қайси қаватнинг қалинлашиши билан кечади?

- А. Мугуз қаватни.
- Б. Донадор қаватни.
- В. Базал қаватни.
- Г. Тиканаксимон қаватни.
- Д. Базал қаватдан ташқари ҳамма қаватларни.

5. Глюкокортикоид гормонларни маҳаллий қўлланганда қандай асоратлар кузатилмайди?

- А. Тери атрофияси.
- Б. Пиодермия.
- В. Келоид чандик.

Г. Гиперкератоз.

Д. Тўғри жавоб йўқ.

6. Қаварчиқ ҳосил бўлишида қандай ҳолат кузатилади?

А. Дерманинг инфилтрацияси.

Б. Дермани сўрғичсимон қаватининг шишиши.

В. Қон томирларининг кенгайиши.

Г. Акантоз.

Д. Тўғри жавоб Б ва В.

7. Морфологик тошмаларга баҳо беришда нималарга аҳамият берилади?

А. Ранги ва ўлчамига.

Б. Шакли ва конфигурациясига.

В. Консистенциясига.

Г. Сатҳи, чегараси, таркибий қисми ва қопламига.

Д. Барча жавоблар тўғри.

8. Дискератоз - бу:

А. Айрим ҳужайралар мугузланишининг бузилиши.

Б. Ҳужайра гуруҳлари мугузланишининг бузилиши.

В. Бутун эпителий қаватининг мугузланишини бузилиши.

Г. Ҳар қандай ҳолатларда меъёрий мугузланишдан четга чиқилиши.

Д. Тўғри жавоблар А ва Б.

9. Акантолиз бу:

А. Тикансимон қаватнинг ҳужайралараро кўприкларининг бузилиши.

Б. Сероз суюқликнинг йиғилиши.

В. Дерма оралиғида ҳосил бўлувчи пуфаклар.

Г. Ҳужайралараро боғларни йўқотган ва пуфак суклигида сузиб юрган эпидермал ҳужайраларнинг дегенератив ўзгариши.

Д. Барча жавоблар тўғри.

10. Гранулёз бу қайси қаватнинг қалинлашиши?

А. Ялтироқ қаватни.

Б. Тикансимон қаватни.

В. Донадор қаватни.

Г. Базал қаватни.

Д. Мугуз қаватни.

11. Бирламчи бўшлиқли тошма элементларига кирди:

А. Доғ.

- Б. Тугунча.
- В. Думбоқча.
- Г. Қаварчиқ.
- Д. Тугун.

12. Лихинификация қуйидагича таърифланади – бу терининг:

- А. Қаттиқлашиши
- Б. Рангининг ўзгариши
- В. Терининг қалинлашиши
- Г. Тери тузилиши кўринишини кучайиши
- Д. Ҳамма жавоблар тўғри

13. Апокрин тер безлар қуйидаги кўринишдаги тузилишга эга:

- А. Найсимон.
- Б. Альвеолар.
- В. Аралаш.
- Г. Безнинг тузилиши унинг жойлашишига боғлиқ.
- Д. Безнинг тузилиши унинг жойлашишига боғлиқ эмас.

14. Дерма қаватлари бўлиб ҳисобланади:

- А. Базал қават.
- Б. Сўрғичсимон қават.
- В. Ялтироқ қават.
- Г. Тўрсимон қават.
- Д. Тўғри жавоблар Б ва Г лар.

15. Терининг бактериоцидлик фаолиятини қуйидагилар таъминлайди:

- А. Терини ўз мугуз қаватини тозалаши ҳисобига.
- Б. Терини стерилизациялаш хусусияти ҳисобига.
- В. Тери юзасининг кислотали муҳити ҳисобига.
- Г. Тери ёғ ва тер безлари секретининг йуналиши ҳисобига.
- Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

16. Базал қават ҳужайраларига кирмайди, қуйидагилардан ташқари:

- А. Гистиоцитлар.
- Б. Меланоцитлар.
- В. Лангерганс ҳужайралари.
- Г. Эпидермацитлар.
- Д. Кератиноцитлар.

17. Қаварчиқ ҳосил бўлишида қандай ҳолат кузатилади?

- А. Дерма инфильтрацияси.
- Б. Дерма сўрғичсимон қаватининг шишиши.
- В. Қон томирларни торайиши.
- Г. Акантоз.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

18. Морфологик тошмаларга баҳо беришда нималарга аҳамият бериш лозим?

- А. Рангига ва ўлчамига.
- Б. Шакли ва конфигурациясига.
- В. Консистенциясига.
- Г. Сатҳи, чегараси, таркибий қисми ва қопламига.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

19. Спонгиоз бу:

- А. Хужайралараро бўшлиққа суяқликни йиғилиши.
- Б. Эпителиал хужайраларни силжиши.
- В. Хужайралараро кўприкчаларнинг чўзилиши ва хужайралараро боғларнинг бузилиши.
- Г. Микровезикулаларни ҳосил бўлиши.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

20. Фақат эпидермис бутунлигининг бузилишидан сўнг ҳосил бўлувчи иккиламчи тошмалар:

- А. Эрозия.
- Б. Яра.
- В. Юзаки ёриқ.
- Г. Чандиқ.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

21. Акантолиз бу:

- А. Тикансимон қаватнинг хужайралараро кўприкларининг бузилиши.
- Б. Сероз суяқликнинг йиғилиши.
- В. Дерма оралиғида пуфакларнинг пайдо бўлиши.
- Г. Хужайралараро боғларни йўқотган ва пуфак суяқлигида сузиб юрган эпидермал хужайраларнинг дегенератив ўзгариши.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

22. Гранулез бу терининг қайси қаватининг қалинлашиши ҳисобланади?

- А. Эпидермисни.

Б. Тикансимон қаватни.

В. Донадор қаватни.

Г. Базал қаватни.

Д. Мугуз қаватни.

23. Бирламчи бўшлиқли морфологик тошма элементларига

киради:

А. Доғ.

Б. Тугунча ва тугун.

В. Думбоқча.

Г. Қаварчиқ.

Д. Барча жавоблар тўғри.

24. Лихенификация қуйидагича таърифланади – бу

терининг:

А. Қаттиклашиши.

Б. Пигментацияланиши.

В. Терининг калинлишиши.

Г. Тери расмини кўринишини кучайиши.

Д. Барча жавоблар тўғри.

25. Тери қандай моддалар алмашинувида иштирок этади?

А. Углевод, ёғ ва оксил моддаларини.

Б. Меланин моддасини.

В. Витаминларни.

Г. Сув ва тузларни.

Д. Барча юқорида қайд этилган ҳолатларда.

26. Апокрин тер безлар қуйидаги кўринишдаги тузилишга

эга:

А. Найсимон.

Б. Альвеолар.

В. Аралаш.

Г. Безнинг тузилиши унинг жойлашишига боғлиқ.

Д. Безнинг тузилиши унинг жойлашишига боғлиқ эмас.

27. Малҳамлар нима мақсадда қўлланилади:

А. Тери юзаларини кимёвий, механик тасиротлардан ҳимоялаш мақсадида.

Б. Терини юмшатиш ва қичишишни камайтириш мақсадида.

В. Дори воситалар ўтказиб бериш мақсадида.

Г. Тери юзаларини иккиламчи қопламалардан тозалаш мақсадида.

Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

28. Дерма қаватининг қисми бўлиб ҳисобланади:

А. Базал қават.

Б. Сўрғичсимон қават.

В. Гиподерма.

Г. Тканаксимон қават.

Д. Тўғри жавоблар йўқ.

29. Терининг бактериоцидлик фаолиятини қуйидагилар таъминлайди:

А. Терининг ўз мугуз қаватини тозалаши ҳисобига.

Б. Терининг стерилизациялаш хусусияти ҳисобига.

В. Тери юзасининг кислотали жараёни ҳисобига.

Г. Терининг ёғ ва тер безлари ажратмалари ҳисобига.

Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

30. Базал қават ҳужайраларига кирмайди, қуйидагилардан ташқари:

А. Кератиноцитлар (эпидермацитлар).

Б. Меланоцитлар.

В. Лангерганс ҳужайралари.

Г. Меркель ҳужайралари.

Д. Гистиоцитлар.

31. Терининг ташқи қавати:

А. Эпидермис.

Б. Дерма.

В. Эктодерма.

Г. Гиподерма.

Д. Мезодерма.

32. Эпидермиснинг қайси қаватида ҳужайралар ядросиз?:

А. Шохсимон қаватида.

Б. Базал қаватида.

В. Сўрғичсимон қаватида.

Г. Тикансимон қаватида.

Д. Донадор қаватида.

33. Намланган тери юзаларига қуйидаги маҳаллий муолажалар ўтказилади:

А. Малҳамлар.

Б. Намлаш усули.

В. Упалар.

- Г. Кремлар.
- Д. Анилин бўёклари.

34. Тери ортиқларига киради:

- А. Меланоцитлар.
- Б. Кератиноцитлар.
- В. Тирноқлар.
- Г. Ёғ безлари.
- Д. Тер безлари.

35. Мальпиги қаватига киради:

- А. Тикансимон қават.
- Б. Донадор қават.
- В. Шохсимон қават.
- Г. Базал қават.
- Д. Ялтироқ қават.

36. Эпидермиснинг ўсувчи қаватлари:

- А. Тикансимон қават.
- Б. Ялтироқ қават.
- В. Донадор қават.
- Г. Базал қават.
- Д. Барча саналган қаватлар.

37. Псориазнинг прогрессив босқичида қайси дори воситалари тавсия қилинмайди?

- А. Антигистамин дори воситалари.
- Б. В12 витамини ва уфо.
- В. Натрий гипосульфити.
- Г. Маҳаллий гормонал малҳамлари.
- Д. Фермент дори воситалари.

38. Қизия ясси темирткида касаллигида касалликка хос бўлган тошмалардан ташқари қайси тошма элементлари кузатилмайди?

- А. Қизил-бинафша рангли, ясси, полигонал кўринишда бўлган тугунчали тошмалар.
- Б. Кўпроқ юз тери соҳасида қаварчиқли тошмалар.
- В. Юзаси ялтироқ кўринишига эга бўлган тугунчали тошмалар.
- Г. Сатҳида уикхем тўри мавжуд бўлган тугунчали тошмалар.
- Д. Киндиксимон ботиқликка эга тугунчали тошмалар.

39. Атопик дерматит касаллигининг кечишида қуйидагилар тафовут этилади:

- А. Беморлар вазни

- Б. Икки босқичда кечиш жараёнининг фаоллигига боғлиқлиги.
- В. Ёшга қараб уч босқичда, эволюцион динамикада кечиши.
- Г. Асоратланишига қараб тўрт босқичга бўлиниши.
- Д. Босқичма-босқич кўринишида кечиши кузатилмайди.

40. Контакт аллергия дерматитдан оддий дерматит нимаси билан фарқланади?

А. Маҳаллий таъсирлангандан терининг ўткир яллиғланиши билан.

Б. Маҳаллий таъсирлангандан жойдан ташқари тери соҳасининг ҳам ўткир яллиғланиши.

В. Аниқ чегараси билан.

Г. Ноаниқ чегараси билан.

Д. Тўғри жавоб А ва В лар.

41. Оддий контакт дерматитга қуйидагилардан ташқари хос эмас:

А. Аниқ чегараланиш.

Б. Фақат тасирланган тери соҳаларининг яллиғланиши.

В. Оғриши.

Г. Гиперимияланиши.

Д. Шишиши.

42. Витилиго касаллигини комплекс даволашда қўлланилмайди:

А. Фотосенсибилизацияловчи даво.

Б. Оқ симоб суртмасини тери юзаларига суртиш.

В. Психоэмоционал ҳолат ва вегетатив нерв системасининг бузилишини меъёрлашга қаратилган даво.

Г. Терига таъсир этувчи физик ва кимёвий салбий омилларни бартараф этишга қаратилган даво.

Д. Аутоаллергия жараённинг кучайишига қаратилган даво.

43. Микробли экзема касаллигини хўлланган ва пуфакчали кўринишда кечишида қуйидаги маҳаллий даво воситаларининг қўлланиши мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади:

А. Нитрофунгин.

Б. 1 %ли резорцин хўллаб қуритгичи, 0,25 % рух-сульфат эритмаси.

В. 10 %ли олтингугуртнинг вазелинли малҳами.

Г. Кетанол малҳами.

Д. Формалин малҳами.

44. Атопик дерматит касаллиги патогенезида қуйидагилардан ташқари аҳамиятга эга эмас:

А. В-адренэргик рецепторлар блокадаси, мембранодеструктив жараёнлар.

Б. Иммунодефицит ҳолати.

В. Озиқ - овқат маҳсулотларига нисбатан аллергия.

Г. С3-комплемент компоненти ингибиторига нисбатан туғма дефектларнинг мавжудлиги.

Д. Микроб антигенларига нисбатан аллергия.

45. Даръенинг фолликуляр дискератозида зарарланади:

А. Бош, юз, бадан юқори қисми себореяли ҳудудлари.

Б. Қўл ва оёқ кафти юзалари.

В. Қўлтиқ, чов, бурун лаб учбурчаги бурмалари соҳалари.

Г. Тирноқлар (ониходистрофия, тирноқ ости гиперкератози).

Д. Сочлар (тўкилиши ва полиозис).

46. Псориазнинг стационар босқичида қуйидагилардан ташқари кузатилмайди?

А. Тошмалар сатҳининг бутунлай кулранг оқиш қипиқлар билан қопланиши.

Б. Тошмалар атрофида вороновнинг «псевдострофик» ва пильнова ҳалқаларининг кузатилиши.

В. Янги тошмалар ҳосил бўлмаслиги.

Г. Тошмаларнинг атрофга қараб катталашмаслиги.

Д. Тошмаларнинг тўқ қизил рангда бўлиши.

47. Себореяли дерматит касаллиги ўчоқларида қуйидаги ҳолатлар кузатилмайди:

А. Қипиқланиш, қазғоқланиш.

Б. Лихенификацияланиш.

В. Пигментацияланиш.

Г. Тугунли тошмалар.

Д. Билак ва тизза букламалари соҳаларининг зарарланиши.

48. Наслдан – наслга ўтувчи дерматозларга кирмайди:

А. Эпидемик чилла яра.

Б. Туғма буллёз эпидермолиз.

В. Хавфсиз кечадиган оилавий хейли-хейли пўрсилдоғи.

Г. Пуфакли ихтиозсимон эритродермия.

Д. Базен чечаги.

49. Капоши саркомасини даволашда қўлланилмайди:

А. Веноз етишмовчилигини олдини олувчи дори воситаларини қўллаш, дапсон, қўрғошин дори воситалари.

Б. Комплекс химиотерапия жараёнида проспидин дори воситаси.
В. Комплекс химиотерапияда винкрестин, винбластин дори воситалари

Г. Леакардин

Д. Реаферон

50. Ҳалқасимон гранулема касаллигини таърафлашга тўғри келмайди:

А. Салбий шикоятлар бўлмайди.

Б. Тошмалар ҳалқасимон кўринишда жойлашади.

В. Тошмалар бирдан йўқ бўлиб кетиши мумкин.

Г. Сурункали инфекциян ўчоқлар билан алоқадор бўлади.

Д. Ўзидан сўнг чандиқли ўзгаришлар қолдиради.

51. Псориаз касаллигининг регрессив босқичига тааллуқли бўлмаган белгиларни кўрсатинг:

А. Изоморф реакциясининг кузатилиши.

Б. Тошмалар атрофида воронов «псевдоатрофик» ҳалқасининг кузатилиши.

В. Тошма элементларини атрофга қараб катталашини.

Г. Янги тошмаларнинг қайта пайдо бўлиши.

Д. Тошма элементларининг рангсизланиши.

52. Пуфакли дерматозларнинг қайси бирида глютен моддасига нисбатан сезувчанлик ҳолати ортиши кузатилади?

А. Ҳомиладорлар герпесиди.

Б. Дюрингни герпетиформ дерматитиди.

В. Орттирилган буллёз эпидермолизди.

Г. Эритоз пўрсилдоқди.

Д. Стивенс-Джонсен синдромиди.

53. Дерматомиозит касаллигида мушаклардаги ўзгаришларга кирмайди.

А. Мушаклар атрофияси.

Б. Фиброзли миозит ҳолати.

В. Фиброз контрактуралар.

Г. Кальцинозлар.

Д. Амилоидозлар.

54. Системли склеродермиядан дарак берувчи белгилар:

А. Иштаҳанинг бузилиши ва тана вазнининг тушиб кетиши.

Б. Тез ҳолдан тойиш ва холсизлик.

В. Йирик ва майда бўғимларда вақти-вақти билан оғриқнинг кузатилиши, мушакларни кечки пайтларда зирқираб оғриши.

Г. Барча тавоблар тўғри.

Д. Тўғри жавоб йўқ.

55. Атопик дерматит касаллигининг кечишида қуйидаги босқичлар тафовут этилади:

А. Мавсумий кечиш босқичи.

Б. Икки босқичда кечиш жараёнининг фаолликка боғлиқлиги.

В. Ёшга қараб уч босқичда эволюцион динамикада кечиши.

Г. Асоратланишига кўра тўрт босқичга бўлиниши.

Д. Босқичма-босқич кўринишида кечиши кузатилмайди.

56. Контакт аллергик бўлмаган дерматит нимаси билан таърифланади?

А. Маҳаллий таъсирлантирилганда терининг сурункали кўринишдаги яллиғланиши билан.

Б. Маҳаллий таъсирлантирилган жойдан ташқари тери соҳасининг ҳам ўткир яллиғланиши билан.

В. Аниқ чегараси билан.

Г. Ноаниқ чегараси билан.

Д. Тўғри жавоб А ва В лар.

57. Оддий контакт дерматитга қуйидагилардан ташқари хос эмас:

А. Аниқ чегараланиш.

Б. Фақат тасиротланган тери соҳаларини яллиғланиши.

В. Қаварчиқланиши.

Г. Гиперемияланиши.

Д. Оғриқни сезмаслик ҳолати.

58. Витилиго касаллигини комплекс даволашда қўлланилади:

А. Фотосенсибилизацияловчи даво.

Б. Аутоаллергик жараённи кучайишига қаратилган даво.

В. Психоэмоционал ҳолат ва вегетатив нерв системасининг бузилиши тузатишга қаратилган даво.

Г. Терига таъсир этувчи физик ва кимёвий салбий омилларни бартараф этишга қаратилган даво.

Д. Оқ симоб суртмасини тери юзаларига суртиш.

59. Псориазнинг стационар босқичида қуйидагилар кузатилади?

А. Тошмалар сатҳининг бутунлай кулранг оқиш қипиқлар билан қопланиши.

Б. Тошмалар атрофида Воронованинг «псевдоатрофик» ва Пильнова ҳалқаларининг кузатилиши.

В. Янги тошмалар ҳосил бўлмаслиги.

Г. Тошмаларни атрофга қараб катталашмаслиги.

Д. Тошмаларни тўқ қизил ранг кўринишларда бўлиш.

60. Буллёз дерматозларнинг қайси бирида беморларда глютен моддасига нисбатан сезувчанлик ҳолати ортиши кузатилади?

А. Ҳомиладорлар герпесиди.

Б. Дюрингнинг герпетиформ дерматитиди.

В. Туғма буллёз эпидермолизда.

Г. Эритематоз пурсилдоқда.

Д. Стивенс-джонсен синдромида.

61. Эпидермиснинг донадор қаватида жойлашган акантолиз ҳисобига қайси тери касаллиги аникланади?

А. Ҳомиладорлар герпесиди.

Б. Баргсимон пурсилдоқда.

В. Ортирилган буллёз эпидермолизда.

Г. Пренибитал буллёз эпидермолизда.

Д. Левер буллёз касаллигида.

62. Токсикодермияга таъриф беринг:

А. Терининг ўткир яллиғланиш жараёни.

Б. Жараёни кенг, эритродермия кўринишгача тарқалиши.

В. Беморлар умумий ҳолатининг ёмонлашиши.

Г. Аллерген тасироти баргараф қилинганда регресс босқичини кузатилиши.

Д. Барча жавоблар тўғри.

63. «Архипелаг оролчалари» симптоми кузатиладиган дерматозни кўрсатинг:

А. Псориаз.

Б. Экзема.

В. Мохов.

Г. Лейшманиоз.

Д. Қўтир.

64. Аллергик дерматит касаллигига таълуқли касалликни айтинг:

- А. Қизил югурик.
- Б. Токсикодермия.
- В. Дерматомикозлар.
- Г. Псориаз.
- Д. Дюрингнинг учуқсимон дерматити.

65. Тери юзаларида қаварчиқли тошмалар тошиши билан кузатиладиган тери касаллигини аниқланг:

- А. Эшакем.
- Б. Атопик дерматит.
- В. Дюриннинг учуқсимон дерматити.
- Г. Артифициал дерматит.
- Д. Псориаз.

66. Оқ дермаграфизм кузатиладиган терининг аллергик касаллигини аниқланг:

- А. Диффуз нейродермит.
- Б. Экзема.
- В. Ўткир эшакеми.
- Г. Псориаз.
- Д. Қизил ясси темираткиси.

67. Атопик дерматит касаллигини даволашда қуйидаги дори воситалари қўлланилмайди:

- А. Антигистамин дори воситалари.
- Б. Дезинтоксикацион дори воситалари.
- В. Цитостатиклар.
- Г. Седатив дори воситалари.
- Д. Овқат ҳазм қилиш ферментлари.

68. Псориатик учликда қандай гистоморфологик ўзгаришлар кузатилади:

- А. Гиперкератоз, паракератоз, акантоз, папилломатоз.
- Б. Акантолизис, акантоз, папилломатоз.
- В. Гранулез, паракератоз, папилломатоз.
- Г. Спонгиоз, балонирующая дегенерация, акантоз.
- Д. Паракератоз, акантоз, спонгиоз.

69. Тугунчалар юзасига ёғ суртилгандан ўргимчак инига ўхшаш манзаранинг кузатилиши қайси симптомга хос:

- А. Уикхем симптоми.

- Б. Никольский симптоми.
- В. Бенъе- Мещерский симптоми.
- Г. Горчаков – Арди симптоми.
- Д. Асбо – Ганзен симптоми.

70. Микробли экземанинг клиник шакли бўлиб ҳисобланади:

- А. Варикозли.
- Б. Тез ярага айланувчи.
- В. Сикозли.
- Г. Эритематозли.
- Д. Нумуляр.

71. Экземанинг клиник шакллари бўлиб ҳисобланади:

- А. Артифициал.
- Б. Себореяли.
- В. Микробли.
- Г. Пуфакли.
- Д. Болалар.

72. Лайелла синдромини даволашда қуйидаги дори воситаларидан фойдаланилади:

- А. Антибиотиклар.
- Б. Дезинтоксикацион дори воситалари.
- В. Сийдик ҳайдовчи дори воситалари.
- Г. Безгакка қарши дори воситалари.
- Д. Гармонлар.

73. Аллергик касалликларни даволашда қуйидаги дори воситалари қўлланилади:

- А. Антигистамин.
- Б. Антибиотиклар.
- В. Десенсибилизаторлар.
- Г. Безгакка қарши дори воситалари.
- Д. Седатив дори воситалари.

74. Болалар қичимаси касалликларида асосан қуйидаги тошмалар кузатилади:

- А. Папула.
- Б. Везикула.
- В. Серопапула.
- Г. Тугун.
- Д. Думбокча.

75. Атопик дерматит касаллигининг асосий диагностик мезонлари бўлиб ҳисобланади:

- А. Ирсий мойиллик.
- Б. Қичишиш.
- В. Тошмаларнинг ўзига хос жойлашуви.
- Г. Пустулаларнинг пайдо бўлиши.
- Д. Жараённинг чандиқланиш билан тугаши.

76. Псориазнинг қуйдаги атипик клиник шакллари фарқланади:

- А. Эритродермик.
- Б. Артропатик.
- В. Пустулёз.
- Г. Экзематоз.
- Д. Сикозиформ.

77. Изоморф реакция қуйдаги касалликларда кузатилади:

- А. Қизил ясси темиратки.
- Б. Ранг-баранг темиратки.
- В. Витилиго.
- Г. Белбоғсимон темиратки.
- Д. Псориаз.

78. Псориазда тошмалар кўпроқ жойлашадиган соҳалар:

- А. Бошнинг сочли қисмида.
- Б. Кўл ва оёқнинг буқувчи соҳаларида.
- В. Тана бўйлаб.
- Г. Кўл ва оёқнинг ёзув соҳаларида.
- Д. Шиллик қаватларда.

79. Дюрингнинг учуқсимон дерматити билан касалланган беморларни текширилганда аниқланади:

А. Пуфак тубидан ва сероз суюқлигидан муҳрлаш йўли билан суртма олиб текширилганда эозинофилия аниқланади.

Б. Дермо-эпидермаль соҳада иммуноглобулин а тўпланиши.

В. Пуфакларни субэпидермаль жойлашиши.

Г. Эпидермисни тиканаксимон қаватида иммуноглобулин g тўпланиши.

Д. Пуфак сероз суюқлигида аконталитик ҳужайраларнинг аниқланиши.

80. Дюрингнинг учуқсимон дерматити учун хос эмас:

А. Эрозиялар атрофга кенгайишга ва қўшилишга мойил.

Б. Никольский симптоми мусбат.

В. Пуфакчалар эритематоз – шишган асосда жойлашди ҳамда интенсив қичишиш кузатилади.

Г. Юмшоқ қобиғли пуфаклар.

Д. Таранг қобиғли пуфакчалар.

81. Дюрингни учуксимон дерматитининг комплекс давосида ишлатилади:

А. Десенсеблизацияловчи дори воситалари.

Б. Антигистамин дори воситалари.

В. Цефалоспоринлар.

Г. Сульфон, сульфаниламид, антиоксидант дори воситалари.

Д. Фунгицид дори воситалари.

82. Тошмаларни аногенитал соҳада, қўл ва оёқларнинг дистал юзаларида жойлашиши, диарея қайси касаллик учун хос:

А. Энтеропатик акродерматит.

Б. Атопик дерматит.

В. Нейродерматит.

Г. Экзема.

Д. Туғма буллез эпидермолиз.

83. Никольский симптомининг манфийлиги туғма буллез эпидермолизнинг қайси клиник шакли учун хос:

А. ТБЭ оддий клиник шакли

Б. ТБЭ летал чегараланган клиник шакли

В. ТБЭ дистрофик локал клиник шакли

Г. ТБЭ мутиляцияланувчи клиник шакли

Д. ТБЭ полидиспластик клиник шакли

84. Дюрингнинг учуксимон дерматитида қандай тошмалар кузатилади:

А. Полиморф тошмалар (эритем асосида папуло-везикулез тошма элементлари).

Б. Мономорф тошма элементлари.

В. Везикулез тошма элементлари.

Г. Папулез тошма элементлари.

Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

85. Оддий пўрсилдоқнинг бирламчи клиник белгилари кўпроқ кузатилади:

А. Оғиз шиллик қаватида.

Б. Бошнинг сочли соҳасида.

- В. Йирик бурмаларда.
- Г. Тана юзаси бўйлаб.
- Д. Барча юқорида кўрсатилган соҳаларда.

86. Никольский симптоми мусбатлиги қайси касаллик учун

хос:

- А. Вульгар пўрсилдоқ.
- Б. Атопик дерматит.
- В. Себореяли дерматит.
- Г. Буллёз стрептодермия.
- Д. Ноакантолитик пўрсилдоқ.

87. LE-қандай ҳужайра:

А. тиканаксимон ҳужайра қавати ҳужайралараро кўприкчалар орқали боғланган.

Б. Атипик ретикуляр ҳужайра.

В. Ўзида фагоцитар ядро сақловчи нейтрофил лейкоцит.

Г. Эндотелиал ҳужайра вакуолизациялашган цитоплазма билан бирга.

Д. Ўзида меланин тутувчи йирик полиморф ҳужайра.

88. Дерматомиозитларни даволашда қўлланиладиган асосий

воситалар:

- А. Антибиотиклар.
- Б. Иммуномодуляторлар.
- В. Кортикостероидлар.
- Г. Ангиопротекторлар.
- Д. Ферментлар.

89. Системали склеродермиянинг бошланғич босқичи учун

характерли эмас:

А. Диффуз шиш ва тери қопламасининг қалинлашиши.

Б. Ниқобсимон юз.

В. Невралгия, парестезия.

Г. Кўкимтир хошияси булган қаттиқлашган бурдали тошманинг ҳосил бўлиши.

Д. Висцеропатия.

90. Қизил югурикнинг дискоид клиник шаклининг патогномоник симптоми бўлиб ҳисобланади:

А. Инфильтратив эритема.

Б. Фолликуляр гиперкератоз.

В. Чандикли атрофия.

Г. Кўп шаклли экссудатив эритема.

Д. Яллиғланган тери юзаларида майда везикулаларнинг пайдо бўлиши.

91. Дерматомиозитнинг қуйидаги клиник босқичлари тафовут қилинади:

А. Продромал.

Б. Манифест.

В. Дистрофик.

Г. Ўткир.

Д. Ярим ўткир.

92. Склеродермияни даволашда қуйидаги дори воситалари қўлланилади:

А. Лидаза.

Б. Шишасимон танача.

В. Пенициллин.

Г. ДДС.

Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

93. ВИЧ инфекциясининг юқмайдиган йўлини кўрсатинг:

А. Трансфузион йўл билан.

Б. Трансмиссив йўл билан.

В. Касал онадан болага.

Г. Инъекцион йўл билан.

Д. Жинсий йўл билан.

94. ОИТС касаллиги билан биргаликда кузатилиши мумкин:

А. Ички азоларнинг оппортунистик инфекциялари.

Б. Нерв тизими зарарланиши.

В. Саркома капоши касаллиги.

Г. Тилнинг сочли лейкоплакияси.

Д. Барча жавоблар тўғри.

95. Стрептококкли импетиго учун хос бўлмаган жавобни аниқланг:

А. Тери юзасида фликтеналарнинг ҳосил бўлиши.

Б. Сарғимтир қатқалоқларнинг пайдо бўлиши.

В. Тез тарқалиши.

Г. Яллиғланган тугунлар.

Д. Фликтеналар атрофиясининг ҳосил бўлиши.

96. Стрептококкли импетигода маҳаллий даво сифатида тавсия қилинмайди:

- А. Анилин бўёқлар суртмаси қўллаш.
- Б. Стероид гармонли суртмаларни қўллаш.
- В. Фликтеналарни очиш.
- Г. Антибиотикли қоришмаларни қўллаш.
- Д. Антибиотикли малҳамлар қўллаш.

97. Оддий пуфакли темиртки касаллигига хос бўлмаган жавобни кўрсатинг.

- А. Эритема.
- Б. Шиш.
- В. Пуфакчалар гуруҳи.
- Г. Тугунлар.
- Д. Эрозия.

98. Оддий пуфакли темиртки касаллиги клиникаси учун хос эмас:

- А. Доғли ва қаварчиқли тошмалар.
- Б. Пуфакчали тошмалар.
- В. Тошмалар атрофида гиперемик ҳалқаларнинг ҳосил бўлиши.
- Г. Чегараланган гуруҳли тошмаларнинг кузатилиши.
- Д. Қайталанишга мойиллик.

99. Белбоғсимон темиртки касаллигида физиотерапевтик даво қўлланилиши лозим бўлган ҳолатни кўрсатинг:

- А. Касалликнинг бошида.
- Б. Ўткир босқичида.
- В. Тузалиб кетгандан сўнг.
- Г. Неврологик асоратлар кузатилганда.
- Д. Ундай ҳолат бўлмайди.

100. Оддий учуқ ва белбоғсимон темиртки касаллигида қўлланиладиган вирусга қарши дори воситаларини кўрсатинг:

- А. Интерферон.
- Б. Бонафтон ва метисазон.
- В. Герпетик вакцина.
- Г. Заверакс.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

101. Вирусларга қарши дори воситаларига кирмайди:

- А. Триоксазин.
- Б. Метисазон.

- В. Оксалин.
- Г. Ацикловир.
- Д. Бонафтон.

102. Белбоғсимон темиратки касаллиги учун хос бўлмаган белгини кўрсатинг:

- А. Кучли оғриқнинг кузатилиши.
- Б. Умумий аҳволнинг оғирлашиши.
- В. Доимо бутун тана бўйлаб диссеминацияланган тошмалар мавжудлиги.
- Г. Тошмаларнинг ғуч-ғуч бўлиб, ассиметрик кўринишда жойлашиши.
- Д. Рецидивларнинг кузатилмаслиги.

103. Белбоғсимон темиратки касаллиги учун хос бўлмаган клиник вариант:

- А. Везикулёз.
- Б. Буллёз.
- В. Интертригенизацияланган.
- Г. Гангреноз.
- Д. Уртикар.

104. Сил югуруги касаллигига хос:

- А. Яра чандикланишининг марказдан бошланиши.
- Б. Яра чандикланишининг перифериядан бошланиши.
- В. Чандикнинг шиллик, майин ва рангсиз бўлиши.
- Г. Чандикнинг дағал, кўпол ва ғадир-будур бўлиш ва рангининг ўзгариши.
- Д. Тўғри жавоб Ава В.

105. Липомани тўмтоқ зонд билан босиб кўрилганда қандай ҳолат кузатилади?

- А. Кучли оғриқ ҳосил бўлиши.
- Б. Оғриқнинг кузатилмаслиги.
- В. Оғриқ ўчоқларининг катта- кичиклигига боғлиқ бўлиши.
- Г. Оғриқни жараённинг босқичига боғлиқ бўлиш.
- Д. Қон кетиши ҳолатининг кузатилиши.

106. Сил югуринининг дифференциал диагнози қуйидаги қайси касалликлар билан утказилади?

- А. Думбокчали захм билан.
- Б. Кичик тугунчали саркаидоз билан.
- В. Туберкулоид мохов билан.

Г. Туберкулоид лейшманиоз билан.

Д. Барча жавоблар тўғри.

107. «Шер» ниқоби белгиси учун хос булмаган ҳолат:

А. Тери ва тери ости ёғ қаватининг чуқур инфилтрати.

Б. Юзда чуқур бурмаларнинг ҳосил бўлиши.

В. Бурун, лаб, қулоқ, супраларининг кўринарли даражада кипикланиши.

Г. Қулоқ супраси ва бурун қанотларининг атрофияси.

Д. Қошларнинг тўкилиши.

108. Мохов кўзғатувчиси илк бор лаборатория шароитида қандай аниқланган?

А. Бурун шиллик қаватидан олинган суртмадан.

Б. Инфилтрат юзасидан олинган суртмадан.

В. Инфилтратнинг функционал материалидан.

Г. Гистологик препаратлардан.

Д. Қон текширувидан.

109. Моховсимон моховда кузатилади:

А. Дўмбоқчали тошмалар.

Б. Сезувчанлик ҳолатининг бузилиши.

В. Тошмаларнинг яраларга айланиши.

Г. Тугунли тошмалар.

Д. Барча жавоблар тўғри.

110. Қўтир касаллиги учун хос бўлган тошмаларни кўрсатинг:

А. Чандиқлар.

Б. Петехиялар.

В. Тугунчали ва пуфакчали тошмалар.

Г. Қаварчиқлар.

Д. Полигонал кўринишидаги тугунчалар.

111. Шанкрли пиодермияда ўтказилиши лозим бўлмаган тадбирни белгиланг:

А. Яра юзасидан рангсиз трепонемага текширув ўтказиш.

Б. РИБТ.

В. РИФ.

Г. КСР.

Д. Барча жавоблар тўғри.

112. Стафилакоккли импетиго учун хос.

А. Тери соҳасида майда, марказидан соч чиқувчи пустулаларнинг ҳосил бўлиши.

- Б. Пустуланинг атрофида гиперемик ҳалқанинг мавжудлиги.
- В. Тўғри жавоб йўқ.
- Г. Кучсиз оғриқнинг кузатилиши.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

113. Фурункулёзни даволашда қўлланилмайди:

- А. Флуцинар малҳами.
- Б. Тоза дегот.
- В. Антибиотикли малҳамлар.
- Г. Фукорцин эритмаси.
- Д. Анилин бўёқлари.

114. Гидраденит касаллигида кузатиладиган яллиғланиш жараёни қандай безларни қамраб олади?

- А. Апокрин тер безларини.
- Б. Эккрин тер безларини.
- В. Ёғ тер безлари.
- Г. Барча жавоблар тўғри.
- Д. Тўғри жавоблар йўқ.

115. Фурункулнинг инфльтрация босқичида қўлланилади:

- А. Анилин бўёқлари билан боғлаш.
- Б. «Кўк лампа» билан иситиш.
- В. Тоза ихтиол билан боғлаш.
- Г. Вишневский малҳами билан боғлаш.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

116. Ёрилган фурункулда қўлланилади:

- А. УВЧ.
- Б. Анилин бўёқлари билан боғлаш.
- В. Тоза ихтиол билан боғлаш.
- Г. Гипертоник эритма билан боғлаш.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

117. Фурункулёз касаллигида қўлланиладиган текшириш усули:

- А. Қонда қанд миқдори аниқланади.
- Б. Қонда билирубин миқдори аниқланади.
- В. Сийдик таркибида креатинин миқдори аниқланади.
- Г. Ахлат таркиби гелментларга текширилади.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

118. Карбункул касаллигида қўлланилади:

- А. Антибиотиклар.

- Б. Риванол эритмаси билан боғлаш.
- В. Иссиқлик муолажасини қўллаш.
- Г. Тоза ихтиол малҳами билан боғлаш.
- Д. Тўғри жавоб а ва г.

119. Псевдофурункулёзда яллиғланиш жараёни қандай соҳаларни қамраб олади?

- А. Эккрин тери безларини.
- Б. Апокрин тери безларини.
- В. Соч фолликуларини.
- Г. Ҳамма жавоблар тўғри.

120. Стрептококкли бичилишда маҳаллий беморларга нима буюрилади?

- А. Ҳар кунги ҳамом.
- Б. Фунгицид малҳамлари.
- В. Спиртли боғламлар.
- Г. Кортикостероид малҳамлари.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

121. Эпидемик чилла яра қандай даволанади?

- А. Антибиотиклар ёрдамида.
- Б. Тоза ихтиол билан.
- В. Спиртли эритмалар билан.
- Г. УВЧ.
- Д. УФО.

122. Болаларда учрайдиган кўп миқдордаги абцесслар қандай даволанади?

- А. Дерматологик компресслар қўлланилади.
- Б. Абцесслар очилади.
- В. Анилин бўёқлар билан ишлов берилади.
- Г. Маҳаллий оксалин малҳами қўлланилади.
- Д. Тўғри жавоблар Б ва В.

123. Тери лейшманиози касаллигининг кеч яраланувчи клиник шаклининг инкубацион даври қанча вақтни ташкил этади?

- А. 10-20 кун.
- Б. 1-1,5 ой.
- В. 2-3 ой.
- Г. 3 ойдан 1 йилгача.
- Д. 2 йилдан кўп.

124. Тери лейшманиозининг кеч яраланувчи турида лимфангитлар:

- А. Тарқалган бўлади.
- Б. Регионар кўринишда бўлади.
- В. Кўп миқдорда учрайди.
- Г. Кузатилмайди.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

125. Кеч яраланувчи тери лейшманиозида ўчоқлардаги яранинг кўриниши қуйидагича бўлади:

- А. Яранинг чети ва туби қора струп билан қопланган бўлади.
- Б. Четлари қайрилган, туби эса тоза бўлади.
- В. Яра четлари валиксимон кўринишда, туби эса қатқалоқлар билан қопланган бўлади.
- Г. Хамма жавоб тўғри.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

126. Демодекоз касаллигини даволаш жараёнида қўлланилмайди:

- А. Яллиғланишга қарши дори воситалари.
- Б. Гармонал малҳамлари.
- В. Антипаразитар дори воситалари.
- Г. Фунгицид дори воситалари.
- Д. Мавжуд бўлган касалликларни даволаш.

127. Стрептококкли имептиго учун хос бўлмаган жавобни аниқланг

- А. Тери юзасида фликтеналарни ҳосил бўлиши.
- Б. Сарғимтир қатқалоқларнинг пайдо бўлиши.
- В. Жараённинг тез тарқалиши.
- Г. Яллиғланган тугунлар бўлиши.
- Д. Фиктеналар ҳосил бўлиши.

128. Оддий пуфакли темиртки касаллиги клиникаси учун хос эмас:

- А. Доғ ва қаварчиқлар.
- Б. Пуфакчалар.
- В. Тошмалар атрофида гиперемик ҳалқанинг ҳосил бўлиши.
- Г. Чегараланган соҳада гуруҳли тошмаларни кузатилиши.
- Д. Қайталанишга мойилликни ҳолатининг бўлиши.

129. Белбоғсимон темиртки учун хос:

- А. Эритема.

- Б. Шиш.
- В. Яра.
- Г. Некроз.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

130. Вирусларга қарши қўлланиладиган дори воситаларига кирмайди:

- А. Триоксазин.
- Б. Метисазон.
- В. Оксалин.
- Г. Госсипол.
- Д. Бонафтон.

131. Белбоғсимон темирлатки касаллиги учун хос бўлмаган белгини кўрсатинг.

- А. Кучли оғриқнинг кузатилиши.
- Б. Умумий аҳволнинг оғирлашиши.
- В. Бутун тана бўйлаб диссеминацияланган тошмаларнинг жойлашиши.
- Г. Тошмаларнинг ғуж-ғуж бўлиб жойлашиши.
- Д. Касаллик қайталаниш эҳтимолининг бўлиши.

132. Мохов касаллигини қўзғатувчиси қайси соҳаларда аниқланмайди?

- А. Бурун шиллиқ қаватидан олинган суртмадан.
- Б. Инфилтрат юзасидан олинган суртмаларда.
- В. Инфилтратнинг функционал материалидан.
- Г. Гистологик препаратлар таркибидан.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

133. Силсимон моховда асосан шикастланадиган соҳаларни белгилаңг.

- А. Тери.
- Б. Ошқозон-ичак тизими.
- В. Нафас олиш тизими.
- Г. Харокат- таянч тизими.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

134. Қўтир учун хос бўлган тошмаларни белгилаңг.

- А. Лентикуляр тугунчалар.
- Б. Геморрагиялар.
- В. Пуфакчали ва тугунчали тошмалар.
- Г. Қаварчиқли тошмалар.

Д. Полигонал папулалар.

135. Шанкрли пиодермия нимадан бошланади?

А. Доғли тошмалардан.

Б. Пуфакчалардан.

В. Пустулалардан.

Г. Эрозиялардан.

Д. Тугунлардан.

136. Гидраденит касаллигида кузатиладиган яллиғланиш жараёни қандай безларни қамраб олади?

А. Апокрин тер безларини.

Б. Эккрин тер безларини.

В. Терининг ёғ безларини.

Г. Барча жавоблар тўғри.

Д. Тўғри жавоблар йўқ.

137. Фурункулнинг инфльтрация босқичида қўлланилади.

А. Анилин бўёқлари билан боғлаш.

Б. «Кўк лампа» билан иситиш.

В. Тоза ихтиол билан боғлаш.

Г. Вишневский малҳами билан боғлаш.

Д. Барча жавоблар тўғри.

138. Стрептококкли бичилиш касаллигида беморларга нима буюрилмайди?

А. Ҳар кунги хамом.

Б. Кортикостероидлар.

В. Анилин бўёқлари билан ишлов бериш.

Г. Антибиотикли малҳамларни қўллаш.

Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

139. Эпидемик чилла яра қандай даволанади?

А. Антибиотиклар ёрдамида.

Б. Тоза ихтиол малҳами билан.

В. Дипроспан дори воситаси билан.

Г. УВЧ билан.

Д. УФО билан.

140. Тери лейшманиози кеч яраланувчан турининг инкубацион даври:

А. 10-20 кун.

Б. 1-1,5 ой.

В. 2-3 ой.

Г. 3 ойдан 1 йилгача.

Д. 10 йилдан ортиқ.

141. Кеч яраланувчи тери лейшманиозида яраланиш ҳолати қуйидаги кўринишда бўлади:

А. Юзаки.

Б. Чукур.

В. Чегараси юмолоқ, овал шаклида.

Г. Чегараси нотекис.

Д. А ва Г жавоблар тўғри.

142. Демодекоз касаллигининг давосига кирмайди:

А. Яллиғланишга қарши дори воситалари.

Б. Гармонал малҳамлар.

В. Антипаразитар дори воситалари.

Г. Сенсibiliзация ҳолатини яхшиловчи дори воситалари.

Д. Тўғри жавоб йўқ.

143. Қўтир касаллигининг қўзғатувчиси бўлиб ҳисобланади:

А. *Mollitor hominis*.

Б. *Epidermophyton pedium*.

В. *Acarus scabiei*.

Г. *Leishmania tropica*.

Д. *Malasessia furfur*.

144. Қўтирда қуйидаги белги кузатилади:

А. Пильнов белгиси.

Б. Бенъе белгиси.

В. Уикхем белгиси.

Г. Горчаков-Арди белгиси.

Д. Ауспитц белгиси.

145. Касалликнинг қайси шакли белбоғсимон темираткининг клиник шаклларига кирмайди:

А. Буллез.

Б. Геморрагик.

В. Гангреноз.

Г. Тез-тез қайталаниб турувчи.

Д. Абортив.

146. Лейшманиоз қўзғатувчиси:

А. Кох таёқчаси.

Б. Ганзена таёқчаси.

В. Боровский таначаси.

Г. Оқиш трепонема.

Д. Коринобактерия.

147. Мохов қуйидаги касаллик гуруҳига киради:

А. Дерматофития.

Б. Генодерматоз.

В. Инфекцион дерматоз.

Г. Вирус дерматози.

Д. Паразитар дерматоз.

148. Моховнинг белгилари:

А. Тугун, дўмбоқча, доғ.

Б. Зарарланган соҳада тер ажралишининг кучайиши.

В. Пуфаклар.

Г. Менингоэнцефалит.

Д. Эктропион.

149. Фолликулит қачон чуқур ҳисобланади:

А. Соч фолликуласининг тепаси зарарланганда.

Б. Соч фолликуласини 2/3 қисми зарарланса.

В. Соч фолликуласининг кириш қисми.

Г. Соч фолликуласининг пиёзчаси.

Д. Соч фолликуласининг атрофдаги тўқимаси.

150. Гидраденит – қуйидаги соҳани йирингли яллиғланиши:

А. Эккрин тер безларининг.

Б. Апокрин тер безларининг.

В. Соч фолликуласининг.

Г. Ёғ безларининг.

Д. Тирноқ думбоқчасининг.

151. Эккрин тер безлари оғиз қисмининг стафилококкли яллиғланиши:

А. Остиофолликулит.

Б. Сохтачипқон (псевдофурункулез).

В. Гидраденит.

Г. Ҳуснбузар.

Д. Везикулопустулез.

152. Стрептодермиялар гуруҳига киради:

А. Буллёз импетиго.

Б. Юзаки хасмол.

В. Оддий темиратки.

Г. Везикулопустулёз.

Д. Сохта чипқон (псевдофурункулез).

153. Гидраденит кузатиладиган соҳа:

А. Қўлтиқ ости.

Б. Сўрғичлар атрофи (кўкрак безлари).

В. Бошнинг сочли қисми.

Г. Анус атроф соҳалари.

Д. Кулоқ супраси.

154. Стафилодермиялар гуруҳларига киради:

А. Оддий темиртки.

Б. Фурункулез.

В. Гидраденит.

Г. Буллёз импетиго.

Д. Карбункул.

155. Қуйидагилардан қайси бири терининг вирусли касаллиги бўлиб ҳисобланади:

А. Ўткир учли кондилломалар.

Б. Юқумли моллюска.

В. Мохов.

Г. Оддий учук.

Д. Қўтир.

156. Қўтир касаллиги учун терида қуйидаги тошмаларнинг мавжудлиги хос:

А. Чандиқ.

Б. Тугунча.

В. Пуфакча.

Г. Пуфак.

Д. Эксориациялар.

157. Битлашнинг клиник шакллариغا мансуб:

А. Бош бити.

Б. Бўйин бити.

В. Кийим бити.

Г. Қовуқ бити.

Д. Қўлтиқ ости бити.

158. Лейшманиознинг қишлоқ типи хусусиятлари:

А. Манбаи бемор инсон.

Б. Қисқа инкубацион давр (1-4 ҳафта).

В. Дўмбоқчанинг кенг тарқалиши.

Г. Узок инкубацион давр (1 йилгача).

Д. 3-6 ойида давомида тузалиш.

159. Қайси касалликларда терида гипопигментация кузатилади:

- А. Иккиламчи захм.
- Б. Ранг-баранг темиратки.
- В. Витилиго.
- Г. Эшакем.
- Д. Қўтир.

160. Шахар типии лейшманиози учун хос хусусиятлар:

- А. Узоқ яширин давр (2-3 ойдан 1-2 йилгача).
- Б. Йирингли лимфаденит.
- В. Йирингли полиаденит.
- Г. Секин ривожланиш.
- Д. 1 йил ва ундан узоқ вақтда тузалиш.

161. Бошнинг сочли қисми микроспорияси қандай шароитларда даволанади?

- А. Амбулатор.
- Б. Касалхонада.
- В. Ота- онанинг хоҳиши бўйича уй шароитида.
- Г. Даволанмайди.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

162. Бошнинг сочли қисми микроспорияси касаллиги билан хасталанган бемор бола даволанганда сўнг қанча вақт ўтгач мактабга ўқишга чиқиши мумкин?

- А. Текширув натижаси 1 марта манфий чиққандан сўнг.
- Б. Текширув натижаси 2 марта манфий чиққандан сўнг.
- В. Текширув натижаси 3 марта манфий чиққандан сўнг.
- Г. Текширув натижаси 6 марта манфий чиққандан сўнг.
- Д. Даво тугатиши билан.

163. Кандидозга қарши қўлланиладиган маҳаллий даво воситасини белгилаңг:

- А. Лакокортен малҳами.
- Б. Оксалин малҳами.
- В. Леворин малҳами.
- Г. Бонафтон, оксалин ёки теброфен малҳами.
- Д. Клотримазол малҳами.

164. Зарарланган соч толаси трихофитиясининг микроскопик кўринишини таърифлаңг:

- А. Эндотрикс.

- Б. Эктотрикс.
- В. Занжирсимон спораларнинг жойлашиши.
- Г. Спораларнинг турли хил ҳолатда жойлашиши.
- Д. Тўғри жавоб Б ва В лар.

165. Микозларнинг маҳаллий давосига кирмайди:

- А. Микосептин.
- Б. Ламизил.
- В. Микозалон.
- Г. Преднизолон.
- Д. Клотримазол.

166. Ранг-баранг темиратикига хос бўлган белгиларни кўрсатинг:

- А. Касалликни сурункали кечиши.
- Б. Доғли тошмаларнинг кузатилиши.
- В. Яширин қипиқланиш ҳолатининг кузатилиши.
- Г. Тошмаларни турли рангларда бўлиши.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

167. Бошнинг сочли қисми трихофитияси учун хос бўлган белгилар:

- А. Соч толаларининг илдизида қора муфтанинг ҳосил бўлиши.
- Б. Соч толаларининг илдизида оқ муфтанинг ҳосил бўлиши.
- В. Ўчоклар чегарасининг текис бўлиши.
- Г. Сочлар танасининг ингичкалашиб кетиши.
- Д. Сочлар рангининг ўзгариши.

168. Микроспория касаллигини юқиш йўллари кўрсатинг:

- А. Боғчаларда.
- Б. Мушук ва кучуклар билан контактда бўлгандан сўнг.
- В. Сартарошхоналарда.
- Г. Мактабларда.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

169. Микроспория касаллигида сочларнинг зарарланишига нима хос эмас?

- А. Сочларини 1-3 мм баландликда синиши.
- Б. Соч толаларининг 5-8 мм баландликда синиши.
- В. Соч толаларнинг илдизида оқиш муфтанинг ҳосил бўлиши.
- Г. Вуд лампаси билан ёритилганда яшил ранг кўринишида товланиши.

Д. Кўплаб майда ўчоқларнинг ҳосил бўлиши.

170. Фавуснинг скутулар кўриниши учун хос бўлмаган белгини кўрсатинг:

- А. Фавусли шитоклар.
- Б. Чандиқли атрофия.
- В. Эритемани кузатилиши.
- Г. Сочларининг тўкилиши.
- Д. Сочларнинг синиши.

171. Микоз касаллигини умумий даволашда қўлланилмайди:

- А. Цефазолин.
- Б. Гризеофульвин.
- В. Нистатин.
- Г. Леворин.
- Д. Амфотерицин В.

172. Кандидознинг клиник кўринишларини белгиланг:

- А. Шиллиқ қаватлар кандидози.
- Б. Тери бурмалари кандидози.
- В. Ички аъзолар кандидози.
- Г. Сурункали кенг тарқалган грануламатоз кандидози.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

173. Зоофил замбуруғлар тури орқали чақирилади:

- А. Микроспория.
- Б. Юзаки трихофития.
- В. Чуқур трихофития.
- Г. Ранг-баранг темиратики.
- Д. Тўғри жавоб А ва В лар.

174. 5 ёшли болада бош соҳаси трихофитияси аниқланган.

Касалликни юқиш ўчоғи бўлиб нима ҳисобланади?

- А. Уй қора моллари.
- Б. Ёши катта аёллар.
- В. Ёши катта эркаклар.
- Г. Мушуклар.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

175. Инфилтрацияланувчан - йирингли трихофития касаллиги учун хос бўлган клиник белгиларни кўрсатинг:

- А. Инфилтрация ва шиш.
- Б. Фоликуляр абсцесслар.

- В. Йирингли қатқалоклар.
- Г. Оғриқнинг кузатилиши.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

176. Сурункали тарқалган грануламатоз кандидози касаллигида қайси дори воситаси қўлланилмайди?

- А. Сибазон.
- Б. Низорал.
- В. Нистатин ва леворин.
- Г. Амфотерицин В.
- Д. Дюфликан.

177. Трихомикозларни чақирувчи антропофил замбуруғларига кирмайди:

- А. Зангдор микроспориум.
- Б. Шонлейн трихофитони.
- В. Ментагрифутис трихофитони.
- Г. Танзуранс трихофитони.
- Д. Виолацеум трихофитони.

178. 4 ёшли болада микроспориум аниқланганда қандай профилактик чора-тадбирлар ўтказилмайди

А. Боланинг кийимлари, ўйинчоқлари, чойшаблари дезинфекция қилинади.

Б. Бола ҳар куни чўмилтириб турилади.

В. Болалар боғчасида камерали дезинфекция ўтказилади ва нам дезинфекцияловчи воситалар билан тозаланади.

Г. Болалар боғчасида профилактик кўрув ўтказилади.

Д. Болалар боғчасида профилактик даво чоралари ўтказилади.

179. Оёқ-кафт микози турига кирмайди:

- А. Дисгидротик.
- Б. Панжалараро.
- В. Сквамоз.
- Г. Юзаки.
- Д. Интертригиноз.

180. Бошнинг сочли қисми трихофитияси касаллигида трихофитиянинг зоофил турини унинг антропофил туридан микроскоп остидаги фарқи

- А. Эндотрикс кўринишида спораларнинг кузатилиши.
- Б. Эктотрикс кўринишида спораларнинг мавжудлиги.
- В. Соч толаларида мицелияларнинг кузатилиши.
- Г. Тўғри жавоб А ва Б.

Д. Тўғри жавоб йўқ.

181. Қизил трихофитон билан чақириладиган микозларнинг клиник кўринишларига кирмайди:

- А. Гиперкератотик ўзгаришлар.
- Б. Гранулематоз ва буллёз.
- В. Интертригеноз.
- Г. Катта бурмаларнинг шикастланиши.
- Д. Тирноқларнинг зарарланиши.

182. Дерматомикозларга кирмайди:

- А. Актиномикоз.
- Б. Фавус.
- В. Трихофития.
- Г. Микроспория.
- Д. Руброфития.

183. Вуд чироғи ёрдамида текширилганда ёғдуланиш хусусиятига эга дерматофитларга нималар киради?

- А. Соч толасини зарарлайдиган дерматофитларнинг барчаси.
- Б. Микроспориялар.
- В. Трихофитиялар.
- Г. Ит микроспоруми.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

184. Қора моллардан юктириш мумкин бўлган замбуруғлар:

- А. Трхофитон рубрум.
- Б. Шонлейн трихофитони.
- В. Трихофитон веррикозум.
- Г. Микроспорум гипсеум.
- Д. Трхофитон ментографитес.

185. Бошнинг сочли қисми замбуруғли касалликларидан қайси бирида соч толаларининг 5-8 мм баланликда синиши ҳолати кузатилади?

- А. Юзаки трихофитияда.
- Б. Микросполияда.
- В. Фавусда.
- Г. Йирингли- инфилтратив трихофитияда.
- Д. Алопецияда.

186. Ранг-баранг темиратики касаллигига хос бўлган белгиларни кўрсатинг

- А. Сурункали кечиши.

- Б. Доғли тошмаларнинг кузатилиши.
- В. Қипиқланишни кузатилиши.
- Г. Тарқоқ кўринишда бўлиши.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

187. Терининг замбуруғли касалликларини келтириб чиқарувчи омилларга кирмайди:

- А. Трихофитонлар.
- Б. Эпидермофитонлар
- В. Ганзен таёқчалари
- Г. Ачитқисимон замбуруғлар
- Д. Микроспорумлар

188. 5 ёшли бола бош соҳаси трихофитияси касаллиги билан хасталанган, касалликни юқиш ўчоғи бўлиб нима ҳисобланган?

- А. Бошқа бемор болалар.
- Б. Ёши катта аёллар.
- В. Ёши катта эркаклар.
- Г. Мушуклар.
- Д. Барча жавоблар нотўғри.

189. Сурункали тарқалган кандидозда қайси дори воситалари қўлланилади?

- А. Дифлюкан.
- Б. Низорал.
- В. Нистатин ва леворин малҳамлари.
- Г. Амфотерицин В.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

190. Кандидозларнинг қандай клиник шакллари мавжуд?

- А. Катта бурмалар кандадози.
- Б. Кичик бурмалар кандидози.
- В. Шиллик қаватлар кандидози.
- Г. Тирноқ атрофи соҳаси ва тирноқлар кандидози.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

191. Фавуснинг клиник шакилларига кирмайди:

- А. Скутуляр.
- Б. Гангреноз ва флегманозли.
- В. Сквамозли.
- Г. Импетигинозли.
- Д. Птеригоидли.

192. Оёқ – қафт юзаси микозининг турига кирмайди:

- А. Дисгидротик.

- Б. Панжалараро.
- В. Сквამоз.
- Г. Юзаки.
- Д. Интертригиноз.

193. Трихомикозларга кирмайди:

- А. Актиномикозлар.
- Б. Фавус.
- В. Трихофитиялар.
- Г. Микроспориялар.
- Д. Зангдар микроспорум чақирадиган микроспориялар.

194. Антропофил замбуруғлар чақирадиган касалликларга кирмайди:

- А. Микроспориялар.
- Б. Юзаки трихофитиялар.
- В. Чукур трихофитиялар.
- Г. Фавус.
- Д. Рубромикоз.

195. 5-8 мм тери сатҳидан баланликда сочларининг синиши кузатилади:

- А. Юзаки трихофитияда.
- Б. Микросполияда.
- В. Фавусда.
- Г. Йирингли-инфильтратив трихофитияда.
- Д. Аллопецияда.

196. Замбуруғларни бактриоскопик текширув ўтказиш учун олинган материал нима ёрдамида ишлов берилади:

- А. Спирт.
- Б. Изотоник эритма.
- В. Кислота.
- Г. Грамм бўйича бўялади.
- Д. Ишқор.

197. Терининг қандай замбуруғли касаллиги учун сочнинг 5-8 мм баландликда синиши хос:

- А. Трихофития.
- Б. Микроспория.
- В. Эритразма.
- Г. Кандидоз.
- Д. Рубромикоз

198. Кандида замбуруғлари зарарламайдиган соҳа:

- А. Сочлар.
- Б. Тери юзалари.
- В. Тирноқлар.
- Г. Ички аъзолар.
- Д. Шиллиқ қаватлар.

199. Ранг-баранг темиратки касаллигига ташхис қўйишда қуйидаги диагностика усуллари қўлланилади:

- А. Бальцернинг йодли синамаси.
- Б. Ядасон синамаси.
- В. Минор синамаси.
- Г. Бенъе симптоми.
- Д. Люминесцент чироқларидан фойдаланиш.

200. Фақат антропофил йўл билан юқувчи замбуруғли касалликларини кўрсатинг:

- А. Микроспория.
- Б. Трихофитиянинг инфилтратив-йирингли клиник шакли.
- В. Юзаки трихофития.
- Г. Сурункали трихофития.
- Д. Фавус.

201. Зоантропофил йўл билан юқувчи замбуруғли касалликларни кўрсатинг:

- А. Юзаки трихофития.
- Б. Микроспория.
- В. Бошнинг сочли қисмининг инфилтратив-йирингли трихофитияси.

- Г. Силлиқ терининг инфилтратив-йирингли клиник шакли.
- Д. Ранг - баранг темиратки.

202. Захм склероденитида нима кузатилади?

- А. Тери сатҳларининг қуриб шохланиши.
- Б. Тери ости лимфа тугунлари катталашиси.
- В. Тери ости ёғ қаватининг шиши.
- Г. Мушакларнинг қаттиқлашиши.
- Д. Ўзгаришларнинг бўлмаслиги.

203. Шанкр амигдалит, деб нимага айтилади?

- А. Бодомча безининг эрозияси.
- Б. Бодомча безини йирингли яраси.
- В. Бодомча бези бир тарафлама катталашиси, оғриқсиз бўлиши.

Г. Бодомча безининг кичиклашиши.

Д. Ўзгаришларнинг бўлмаслиги.

204. Иккиламчи янги захмда тошмалар қандай кўринишларда жойлашади?

А. Тошмаларни чегараланган кўринишда жойлашиши.

Б. Тарқоқ кўринишда тартибсиз жойлашиши.

В. Симметрик кўринишда жойлашиши.

Г. Тошмаларнинг кузатилмаслиги.

Д. Гуруҳ-гуруҳ бўлиб чекланган ҳолда жойлашиши.

205. Эрта туғма захм учун хос бўлган патогномик белгиларни кўрсатинг:

А. Терида дўмбоғли тошмаларни ҳосил бўлиши.

Б. Лабиринтли карлик.

В. Тери соҳасида тугунли тошмалар ҳосил бўлиши.

Г. Ханжарсимон болдир.

Д. Дюбуа белгиси.

206. Кеч туғма захм учун хос бўлган патогномик сомptomларини белгиланг:

А. Бош мия суяги тузилишининг ўзгариши.

Б. Тишларини бочка шаклида кўриниши.

В. Гетчинсон тишлари.

Г. Тишларни бир-биридан узоқ масофада жойлашиши.

Д. Бўри танглайи.

207. Аёл киши иккиламчи янги захмни ўтказган, тўлиқ даволанган. Аёл назоратдан олингандан кейин бир йилдан сўнг ҳомиладор бўлган. Лозим бўлган чора- тадбирлар нималардан иборат?

А. Даво чоралари ўтказилмайди, чунки давони тўлиқ олиб бўлган.

Б. Даво чоралари ўтказилмайди, чунки аёл назоратда турмаган.

В. Клинико- серологик назоратда бўлиши лозим.

Г. Профилактик чора- тадбирларни кўриш лозим эмас.

Д. Даво чоралари олиб борилиши лозим.

208. Захм касаллигида қўлланиладиган сезувчалиги юқори бўлган серологик тестни белгиланг.

А. РИФ 200.

Б. РИФ- абс.

В. Колмер реакцияси.

Г. RW.

Д. Манту реакцияси.

209. Захм инкубацион даврининг узайиши қачон кузатилади?

А. Инфекцион касалликлар билан бирга келганда.

Б. Қаттиқ шанкр биполяр кўринишда жойлашганда.

В. Йўлдош касалликларни антибиотик дори воситалари билан даволаганда.

Г. Йўлдош касалликларни сульфаниламид дори воситалари билан даволаганда.

Д. Вирусларга қарши дори воситалар билан даволанганда.

210. Эрта туғма захм учун хос бўлган патогномик симптомлар:

А. Тери соҳаларидаги йирингли тошмалар.

Б. Захм чилла яраси.

В. Захм алопецияси.

Г. Захм эритемаси.

Д. Гаше белгиси.

211. Бирламчи захмда регионар склероденит белгиси қаттиқ шанкр пайдо бўлганидан сўнг қанча вақтдан кейин пайдо бўлади?

А. 3-5 кун.

Б. 5-8 кун.

В. 8-10 кун.

Г. 10-12кун.

Д. 15-20 кун.

212. Захмнинг иккиламчи даври ўртача қанча вақт ўтгандан сўнг бошланади?

А. 1-2 ҳафта.

Б. 2-3 ой.

В. 4-5 ой.

Г. 5-6 ой.

Д. 3-4 ҳафта.

213. Эрта туғма захмда асосан қайси аъзо зарарланади?

А. Ошқозон.

Б. Жигар.

В. Буйрак.

Г. Мия.

Д. Қора талок.

214. Қаттиқ шанкрнинг типик турларига кирмайди

Е. а) қов соҳаси шанкри

А. Индуратив шиш.

Б. Шанкр хасмол.

В. Шанкр амигдалит.

Г. Индуратив шиш.

215. Шанкр- панариций нима?

А. Бармоқдаги эрозия ёки яра.

Б. Бармоқ фалангасининг дефектсиз шишиб кетиши.

В. Бармоқ фалангасининг дефектсиз яллиғланиб шишиб кетиши.

Г. Бармоқлар контрактураси.

Д. Бармоқнинг синиши.

216. Эрта туғма захм остеохондрити белгилари қачон юзага чиқади?

А. Бемор бола ҳаётининг 2-3 ойларида.

Б. Бемор бола ҳаётининг 5-6 ҳафталаарида.

В. Ҳомиладорликнинг 5-6 ойларида.

Г. Бемор бола ҳаётининг 6-7 ойларида.

Д. Ҳомиладорликнинг 3-4 ҳафталаарида.

217. Оқиш трепонема узунлиги неччига тенг?

А. 1-2 мкм.

Б. 4-14 мкм.

В. 20-25 мкм.

Г. 30-33 мкм.

Д. 40-45 мкм.

218. Захм касаллиги билан хасталанган бемор билан жинсий алоқада бўлингандан сўнг қанча вақт ўтгач қаттиқ яра пайдо бўлади?

А. 1 ҳафта.

Б. 2 ҳафта.

В. 3-4 ҳафта.

Г. 6-7 ҳафта.

Д. 8-9 ҳафта.

219. Учламчи захм чандиқлари қандай кўринишга эга бўлади?

А. Тортилган.

Б. Юлдузсимон.

В. Юзаки.

Г. Ясси.

Д. Атрофик.

220. РИБТ жараёни қайси мақсадларда қўлланилади?

А. Бирламчи захм ташхисини аниқлашда.

Б. Иккиламчи янги захм ташхисини аниқлашда.

В. Яширин захм ташхисини аниқлаш мақсадида.

Г. Даво чораларини белгилаш мақсадида.

Д. Беморни руйхатга олиш мақсадида.

221. Бирламчи сифиломадан сўнг регионар лимфа тугунларининг катталашиши қанча вақт ўтгандан кейин кузатилади?

А. 1-2 кундан сўнг.

Б. 5-7 кундан сўнг.

В. 9-12 кундан сўнг.

Г. 13-16 кундан сўнг.

Д. 21-25 кундан сўнг.

222. Қаттиқ шанкр асоратларига кирмайди:

А. Фимоз.

Б. Парафимоз.

В. Гангренизация.

Г. Лимфаденит.

Д. Фагединизация.

223. Захмнинг эритематоз ангинаси учун хос:

А. Чегаралари аниқ эритема.

Б. Чегаралари ноаниқ эритема.

В. Бодомчи безларининг шишиши.

Г. Томоқда ўткир оғриқнинг кузатилиши.

Д. Юқори ҳароратнинг бўлиши.

224. Захмнинг иккиламчи даври бошланиши қача вақтдан сўнг кузатилади?

А. Касаллик юққандан сўнг 2-3 ой ўтгач.

Б. Касаллик юққандан сўнг 4-5 ой ўтгач.

В. Касаллик юққандан сўнг 6-7 ой ўтгач.

Г. Касаллик юққандан сўнг 8-9 ой ўтгач.

Д. Касаллик юққандан сўнг 2-3 ҳафта ўтгач.

225. Шанкр амигдалит, деб нимага айтилади?

А. Бодомча безининг эрозияси.

- Б. Бодомча безининг яраси.
- В. Бодомча безининг инфльтрацияси.
- Г. Бодомча безининг перфорацияланиши.
- Д. Бодомча безининг атрофияланиши.

226. Кеч туғма захм учун хос бўлган патогномик белгиларни кўрсатинг

- А. Захм чилла яраси.
- Б. Тишларнинг бочка шаклида кўриниши.
- В. Гетчинсон тишлари.
- Г. Захм ринити.
- Д. Гохзенгернинг тарқоқ ҳолдаги тугунчали инфльтрацияси.

227. Кеч яширин захм учун хос бўлган белгиларни кўрсатинг.

- А. Қаттиқ шанкр.
- Б. Захм белгиларининг кузатилмаслиги.
- В. Регионар аденит.
- Г. Гуммали захм тошмалари.
- Д. Дўмбоқчали захм тошмалари.

228. Пирогенал дори воситасини қўллаш қачон тавсия этилмайди?

- А. Ҳомиладорлик даврида.
- Б. Псориаз касаллигида.
- В. Ошқозон яраси касаллигида.
- Г. Экзема касаллигида.
- Д. Пиодермия касаллигида.

229. Иккиламчи захм учун хос эмас:

- А. Ўткир яллиғланиш ҳолати.
- Б. Оёқ ва кафт соҳаларининг зарарланиши.
- В. Яллиғланиш ҳолатининг кузатилмаслиги.
- Г. Полиаденит ҳолати.
- Д. Тошмаларда қичишиш ҳолатининг бўлмаслиги.

230. Эрта туғма захмнинг патогномик белгиларини кўрсатинг:

- А. Баданда турли хил тошмаларни тошиши.
- Б. Баданда папулёз тошмаларни тошиши.
- В. Захм ринити.
- Г. Захм аллопецияси.
- Д. Гетченсон тишлари.

231. Эрта туғма захм белгилари асосан неча ёшда намоён бўлади?

- А. 0 ёшдан-2 ёшгача.
- Б. 2 ёшдан- 3 ёшгача.
- В. 3 ёшдан-4 ёшгача.
- Г. 4 ёшдан- 5 ёшгача.
- Д. 6 ёшдан-7 ёшгача.

232. Кеч туғма захми патогномик белгиси бўлиб ҳисобланади:

- А. Қаттиқ танглай гуммаси.
- Б. Паренхиматоз кератит.
- В. Дўмбоқчали тошмалар тошиши.
- Г. Розеолали тошмалар тошиши.
- Д. Захм ринити.

233. Эрта туғма захмга хос бўлган патогномик белгини кўрсатинг:

- А. Тугунли тошмалар.
- Б. Доғли тошмалар.
- В. Гохзингернинг диффуз тугунчали инфилтрацияси.
- Г. Диффуз аллопеция.
- Д. Махсус паронихия.

234. Эрта туғма захм касаллиги билан хасталанган бемор болаларда захм остеохондрити белгилари қачон намоён бўлади?

- А. Бемор бола ҳаётнинг биринчи 3 ойларида.
- Б. 5-6 ойларида.
- В. 6-7 ойларида.
- Г. 8-9 ойларида.
- Д. 10-12 ойларида.

235. Оқиш трепонема қачон топилган?

- А. 1890 й.
- Б. 1895 й.
- В. 1905 й.
- Г. 1910 й.
- Д. 1900 й.

236. Захм касаллиги билан хасталанган бемор билан жинсий алоқа қилингандан кейин қанча вақт ўтгандан сўнг захм қаттиқ яраси пайдо бўлади?

- А. 1 ҳафтадан сўнг.

- Б. 2 ҳафтадан сўнг.
- В. 3-4 ҳафтадан сўнг.
- Г. 6-7 ҳафтадан сўнг.
- Д. 8-9 ҳафтадан сўнг.

237. Эрта туғма захми текшириш мақсадида бола ҳаёти-нинг 3 ойлик даврида узун найсимон суяклар рентгенографияси ўтказиладими?

- А. Ҳа.
- Б. Йўқ.
- В. Врач тавсиясига кўра кейинроқ ўтказилади.
- Г. Бемор бола ота-онаси розилигига қараб ўтказилади.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

238. Бемор иккиламчи қайталама захмга гумон қилинапти, КСР кучсиз мусбат кўринишида, беморга касалликни тасдиқлаш мақсадида яна қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши керак?

- А. Колмер жараёни.
- Б. Цитохол жараёни.
- В. РИБТ.
- Г. Микрореакция.
- Д. RW ни кардиолипин антигени билан.

239. РИБТ жараёни асосан қайси мақсадларда қўлланилади?

- А. Бирламчи захм ташхисини аниқлашда.
- Б. Иккиламчи янги захм ташхисини аниқлашда.
- В. Яширин захм ташхисини аниқлашда.
- Г. Давони назорат қилиш мақсадида.
- Д. Беморни руйхатга олиш мақсадида.

240. Эрта туғма захмда тери соҳаларида қуйидаги тошмалар кузатилади.

- А. Чегараланган инфилтрация ўчоқлари.
- Б. Ангионевротик шишлар.
- В. Қаварчиқли тошмалар.
- Г. Гуммали тошмалар.
- Д. Дўмбокчали тошмалар.

241. Бирламчи сифиломадан сўнг регионар лимфотугунла-рининг катталашиши қанча вақт ўтгандан кейин кузатилади?

- А. 1-2 кундан сўнг.
- Б. 5-7 кундан сўнг.

В. 10-12 кундан сўнг.

Г. 15-16 кундан сўнг.

Д. 21 кундан сўнг.

242. Қаттиқ шанкр асоратларига кирмайди:

А. Фимоз.

Б. Парафимоз.

В. Гангренизация.

Г. Лимфаденит.

Д. Фагединизация.

243. Бирламчи захмда яширин даври узаяди:

А. Инфекция кўшилиши.

Б. Вирусга қарши препаратларни қабул қилиш.

В. Антибиотикларни қабул қилиш.

Г. Сурункали инфекцион касалликларнинг кўшилиши.

Д. Ҳаммаси.

244. Қачон захмда регионар лимфаденит кузатилади:

А. Қаттиқ шанкр ривожлангунча.

Б. Қаттиқ шанкр билан биргаликда ривожланади.

В. Қаттиқ шанкрдан сўнг 1 ҳафтадан кейин ривожланади.

Г. Қаттиқ шанкрдан сўнг 1 ойдан сўнг ривожланади.

Д. Ривожланиши қаттиқ шанкрга боғлиқ эмас.

245. Захмда Вассерман реакцияси қачон мусбат бўлади:

А. Заралангандан кейин 5-7 куни.

Б. Қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан сўнг 2-3 ҳафтадан сўнг.

В. Қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан сўнг 5-6 ҳафтадан сўнг.

Г. Қаттиқ шанкрдан 1 ҳафтадан сўнг.

Д. Зарарлангандан сўнг бирдан бошланади.

246. Иккиламчи янги захмдаги терида намоён бўлувчи

тошмалар:

А. Пуфак.

Б. Қаварчик.

В. Қобик.

Г. Розеола, папула.

Д. Яра.

247. Иккиламчи қайталама захмдаги терида намоён бўлувчи

тошмалар:

А. Қаттиқ шанкр.

Б. Тугун.

- В. Дўмбокча.
- Г. Юмшоқ шанкр.
- Д. Товон папулалар, розеола, лейкодерма.

248. Иккиламчи захмнинг кечиш даври:

- А. 1 ой.
- Б. 1 йил.
- В. 10 йил.
- Г. 2-3 йил.
- Д. 7 йил.

249. Сифилитик остеохондрит қайси ёшгача учрайди:

- А. 6 ойгача.
- Б. 3 ойгача.
- В. 1 ёшгача.
- Г. 2 ёшгача.
- Д. 3 ёшгача.

250. Эрта туғма захмнинг асосий белгиларини аниқланг:

- А. Қиличсимон болдир.
- Б. Гетчинсон тишлари.
- В. Захм чилла яраси.
- Г. Вулгар пўрсилдоқ пуфакли яра.
- Д. Юқумли чилла яраси.

251. Эрта туғма захмнинг лаборатор мезонларидан бири бўлиб ҳисобланади:

- А. Пуфак суюқлигида спирохетларнинг топилиши.
- Б. Пуфак суюқлигида стафилококларнинг топилиши.
- В. Пуфак суюқлигида стрептококлар топилиши.
- Г. Пуфак суюқлигида гонококлар топилиши.
- Д. Пуфак суюқлигида лейшманинг топилиши.

252. Бирламчи захмда қандай даво ўтказилади:

- А. Носпецифик.
- Б. Синама.
- В. Превентив.
- Г. Специфик.
- Д. Профилактик.

253. Пенициллиннинг дюронт препаратлари қуйидаги усулда юборилади:

- А. Бир лаҳзалик усул билан мушак орасига.
- Б. Бир лаҳзалик усул билан вена ичига.

- В. Бир лаҳзалик усул билан тери остига.
- Г. Икки лаҳзалик усул билан мушак орасига.
- Д. Икки лаҳзалик усул билан тери остига.

254. Профилактик мақсадда ҳомиладорлик даврида ҳомиладор аёлларнинг серологик текшируви ўтказилади:

- А. Бир марта.
- Б. Икки марта.
- В. Уч марта.
- Г. Тўрт марта.
- Д. Беш марта.

255. Атипик қаттиқ шанкрга киради:

- А. Шанкр-панариций.
- Б. Шанкр-амигдалит.
- В. Индуратив шиш.
- Г. Эрозив шанкр.
- Д. Ярали шанкр.

256. Қаттиқ яра асоратлари бўлиб ҳисобланади:

- А. Баланит, баланопостит.
- Б. Фимоз, парафимоз.
- В. Фагеденизм.
- Г. Индуратив шиш.
- Д. Регионарсклераденит.

257. Бирламчи захмнинг клиник шакллари:

- А. Бирламчи серонегатив.
- Б. Бирламчи янги захм.
- В. Бирламчи серопозитив захм.
- Г. Бирламчи фаол захм.
- Д. Бирламчи яширин захм.

258. Захм тугунчаларнинг турлари:

- А. Сербар кандиломалар.
- Б. Псориазсимон.
- В. Лентикуляр.
- Г. Учқусимон.
- Д. Ўткир учли кондилломалар.

259. Иккиламчи захмга хос булган розеолалар:

- А. Киндиксимон ботиқли.
- Б. Қўшилмаган.
- В. Йирик.

Г. Тўқ буялган.

Д. Кўп миқдорда.

260. Гуммаларнинг асосий жойлашган соҳалари:

А. Қўл.

Б. Қаттиқ танглай.

В. Бурун тоғайлари.

Г. Болдир.

Д. Тиш.

261. Туғма захмда қандай ҳолларда профилактик даво ўтказилади:

А. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида, специфик даво чораларини олган ҳомиладор аёлларда ўтказилади.

Б. Захм билан оғриган, специфик даволанган лекин профилактик даво олмаган аёллардан туғилган болаларда ўтказилади.

В. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида специфик даводан сўнг туғгунича ўтказилади.

Г. Захм беморлари билан маиший алоқада бўлган шахсларда.

Д. Захм беморлари билан жинсий алоқада бўлган шахсларда.

262. Эрта туғма захмнинг клиник белгилари:

А. Робинсон-фурнье чандиқлари.

Б. Гохзингернинг диффуз тугунчали маддаланиши.

В. Қўл ва оёқ қафтларидаги пуфаклар асосида маддаланишнинг кузатилиши.

Г. Гетчинсон учлиги.

Д. Ринит.

263. Кеч туғма захмнинг ишончли белгилари:

А. Гетчинсон тишлари.

Б. Қиличсимон болдир.

В. Паренхиматоз кератит.

Г. Эгарсимон бурун.

Д. Захм лабиринтит.

264. Захмда превентив даво кимга ўтказилади:

А. Захмнинг специфик давосини олган шахсларга.

Б. Яширин захм билан касалланган беморларга, 2 йилгача муддатда.

В. Захм билан касалланган бемор билан маиший мулоқотда бўлган шахсларга, 2 ойгача бўлган муддатда.

Г. Захм билан касалланган бемор билан жинсий мулоқотда бўлган шахсларга, 2 ойгача бўлган муддатда.

Д. Захм билан касалланган бемор билан маиший ва жинсий мулоқотда бўлган шахсларга, 2 ойгача бўлган муддатда.

265. Беморда венеролог томонидан захм ташхиси тасдиқлангандан сўнг қандай муолажалар ўтказилади:

А. Маиший алоқада бўлган шахсларни текшириш.

Б. Узоқ қариндошларни текшириш.

В. Жинсий алоқада бўлган шахсларни текшириш.

Г. Қўни-қўшнилари текшириш.

Д. Касаллик манбаини аниқлаш.

266. Захмни пенициллин препаратлари билан даволаш қўйидагиларни эътиборга олиб тавсия этилади:

А. Спирохеталар пенициллинга сезгир.

Б. Гематоэнцефалитик тўсиқдан ўта олмайди.

В. Гематоэнцефалитик тўсиқдан ўта олади.

Г. Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан захмни даволаш учун текширилган ва тасдиқланган.

Д. Аллергик реакцияларни чақирмайди.

267. Сўзак касаллигини қўзғатувчиси қайси гуруҳларга мансуб?

А. Граммманфий диплококкларга.

Б. Грамммусбат диплококкларга.

В. Грамм ўзгарувчан диплококкларга.

Г. Граммманфий коккобациллаларга.

Д. Грамммусбат коккобациллаларга.

268. Тотал уретроскопия қандай ҳолларда ўтказилмайди?

А. Сурункали простатитда.

Б. Ўткир простатитда.

В. Литтеритларда.

Г. Сурункали уретритларда.

Д. Импотенцияда.

269. Ўткир ва ўткир ости сўзакда қандай даво чоралари тавсия этилади?

А. Гоновакцина.

Б. Маҳаллий даво.

В. Антибиотиклар.

Г. Трихопол.

Д. Пирогенал.

270. Гоновакцинани болаларда неча ёшдан бошлаб қўллаш мумкин?

А. 1 ёшдан ошганда.

- Б. 2 ёшдан ошганда.
- В. 3 ёшдан ошганда.
- Г. 4 ойдан ошганда.
- Д. 5 ойдан ошганда.

271. Қиз болаларда трихомонадалар билан чақирилган вульвовагинитга хос бўлган клиник белгиларини кўрсатинг?

- А. Пешоб ажралишининг камайиши.
- Б. Ташқи жинси аъзолар соҳасида кучли оғриқлар бўлиши.
- В. Ажралмаларнинг кузатилмаслиги.
- Г. Ташқи жинсий аъзолар атрофияси.
- Д. Оғизсимон ажралмаларнинг бўлиши.

272. Аёлларда сўзак касаллигида бактериологик текширувлар учун қайси соҳалардан суртмалар олинади?

- А. Уретрадан.
- Б. Парауретрал ва бартолиев безларидан.
- В. Тўғри ичакдан.
- Г. Қиндан.
- Д. Цервикал каналдан.

273. Гонобленнорея белгиларига кирмайдиган ҳолатларни кўрсатинг.

- А. Кўзнинг атрофияланиши.
- Б. Экзофтальм.
- В. Кўздан йиринг оқиши, ёруғликдан кўрқиш.
- Г. Конъюнктивани гиперемияси.
- Д. кўз мугуз каватида яраларнинг пайдо бўлиши.

274. Сўзак касаллигида маҳаллий даво қачон қўлланилади?

- А. Антибиотикларга сезувчанлик ҳолати юқори бўлганда.
- Б. Рецидивлар кузатилганда.
- В. Сўзакни торпид кўринишида кечганида.
- Г. Касалликни сурункали-қайталама кечишида.
- Д. Барча жавоблар тўғри.

275. 3 ёшли қиз болага клиник кўрув ва микроскопик текширувлар асосида сўзак этиологияли ўткир вульвовагинит ташхиси куйилди. Ташхисни асослаш учун қандай чоратаъдбирларни ўтказиш лозим?

- А. Суртмалар микроскопияси асосида бактериологик текширувларни Грамм усулида ўтказиш.
- Б. Текширув ўтказиш шарт эмас.
- В. Вагиноскопия қилинади.
- Г. Суртмани сахоролитик хусусиятини аниқлаш.

Д. Ота- онасини сузак касаллигига текшириш.

276. Қиз болаларда ўткир сўзак касаллигига хос бўлган шикоятларни ва клиник белгиларни кўрсатинг?

А. Оғриқ билан кузатилувчи пешобнинг ажралиши.

Б. Жинсий аъзолар соҳасида кучли қичишиш ҳолатининг бўлиши.

В. Йирингли ажралмаларнинг кузатилиши.

Г. Ташқи жинсий аъзолар соҳаси гиперемияси.

Д. Барча жавоблар тўғри.

277. Ачитқисимон замбуруғлар билан чақирилган уретритларни қандай дори воситалари ёрдамида даволанади?

А. Канамицин.

Б. Цепорин.

В. Полимиксин.

Г. Пенициллин.

Д. Нистатин.

278. Ҳомиладор аёл сўзак касаллиги билан хасталанган. Бемор аёлга қандай дори воситаси қўлланилмайди?

А. Бензилпенициллин.

Б. Эритромицин.

В. Левомецетин.

Г. Тетрациклин.

Д. Сульфаниламидлар.

279. Сўзак билан касаллинган қиз болага даводан сўнг қанча вақт ўтгандан сўнг боғчага қатнашишга рухсат этилади?

А. Даво тугаши билан дарҳол.

Б. Даводан кейин 1 ой ўтгач.

В. Давони тугатиб, текширувлар ўтказилгач.

Г. Иккита стаканли синамадан сўнг.

Д. Битта провокация ва битта экиб текширилгандан сўнг.

280. 2 ёшли қиз болага ўткир сўзакли вульвовагинит ташхиси билан даво ўтказилди, беморга провокация учун қандай усул қўлланилади?

А. Кимиёвий.

Б. Алиментар.

В. Биологик.

Г. Механик.

Д. Термик.

281. Туғруқдан сўнг сўзак касаллигида уретранинг маҳаллий давоси қайси даврда бошланади?

- А. Туғруқдан сўнг дарҳол.
- Б. Туғруқдан 3 кун ўтгач.
- В. Туғруқдан 5 кун ўтгач.
- Г. Туғруқдан 7-10 кун ўтгач.
- Д. Туғруқдан 15-20 кун ўтгач.

282. Онада сурункали сўзак, эндоцервицит, проктит ташхиси қўйилган. Оилада унинг 3 та боласи (3 ёшли киз бола, иккита 4 ва 9 ёшли ўғил болалар) бор. Оилада яна кимлар текширувлардан ўтказилиши лозим?

- А. Ҳамма болаларни.
- Б. 3 ёшли қиз боласини.
- В. 9 ёш ўғил боласини.
- Г. 4 ёшли ўғил боласини.
- Д. Болаларни текширувлардан ўтказиш шарт эмас.

283. Уретритлар маҳаллий давосида қўлланилмайди:

- А. Инстилляциялар.
- Б. Микроклизмалар.
- В. Бужлар.
- Г. Тампонадалар.
- Д. Массажлар.

284. Янги туғилган чакалокқларда гонобленорея ҳолати профилактикаси қандай ўтказилади?

А. Оқ симоб эритмасини бола туғилиши билан кўзига томизилади.

Б. 1% ли танин эритмасини бола туғилгандан сўнг кўзига томизилади.

В. 2% ли резорцин эритмасини бола туғилиши билан кўзига томизилади.

Г. Фурациллин эритмасини бола туғилиши билан кўзига томизилади.

Д. 30% ли сулфацил натрий эритмасини бола туғилиши билан кўзига томизилади.

285. Сўзак касаллигининг асосий юқиш йўллари:

- А. Маиший.
- Б. Ҳаво-томчи орқали.
- В. Трансфузион.

Г. Жинсий.

Д. Алиментар.

286. Ўткир сўзак уретритини махсус даволаш усулини аниқланг:

А. Витаминлар.

Б. Антиоксидантлар.

В. Гормонлар.

Г. Антибиотиклар.

Д. Противопротозой препаратлари

287. Сўзак қўзғатувчиси:

А. Гонококк.

Б. Спирохета.

В. Стрептококк.

Г. Стафилококк.

Д. Ичак таёқчаси.

288. Трихомониазни асосий юқиш йўли:

А. Маиший.

Б. Ҳаво-томчи.

В. Трансфузион.

Г. Жинсий.

Д. Алиментар.

289. Ўткир хламидияли уретритнинг давоси ўтказилади:

А. Сульфаниламидлар билан.

Б. Пенциллин билан.

В. Цефалоспоринларни IV чи авлоди билан.

Г. Макролидлар билан

Д. Цефалоспоринларни III чи авлоди билан

290. ОИТС қўзғатувчисини аниқланг:

А. Ретровирус.

Б. Хламидия.

В. Микоплазма.

Г. Вирус.

Д. Нейротроп вируси.

291. ОИТС га хос Капоши саркомасида учрайдиган клиник белгилари(нотўғри жавобни топинг):

А. Қўшилишга мойил бўлган кулранг тугунчаларнинг пайдо бўлиши.

Б. Саркома билан биргаликда ички аъзоларда ўзгаришларнинг кечиши.

В. Белдан юқоридаги лимфотугунларнинг катталаниши.

Г. Ички аъзолар шикастланиши.

Д. Белдан пастдаги лимфотугунлар катталаниши.

292. ОИТС касаллигига мойил гуруҳларига киради (ноўғри жавобни топинг):

А. Наркоманлар.

Б. Фоҳишалар.

В. Гомосексуалистлар.

Г. Гемофилия касаллиги билан касалланган беморлар.

Д. Спортсменлар.

293. Гонококкли уретритларни даволаш усулларини аниқланг:

А. Микроклизмалар.

Б. Криотерапия.

В. Инстилляция.

Г. Антибитикотерапия.

Д. Гонококкли вакцина.

294. Уретритлар маҳалий давосига киради:

А. Микроклизмалар.

Б. Криотерапия.

В. Инстилляциялар.

Г. Бужда массаж ўтказиш.

Д. Томпонада.

295. ОИТС нинг клиник турларини аниқланг:

А. Системали.

Б. Паренхематоз.

В. Неврологик-асаб.

Г. Ошқозон-ичак.

Д. Иситмали.

296. ИТВ (ВИЧ) инфекциясининг юқиш йўллари :

А. Вертикал.

Б. Жинсий.

В. Гемотрансфузия орқали.

Г. Она сути орқали.

Д. Ҳашоратлар чақиши орқали.

297. ОИТС касаллигига оид (ассоциированный) касалликларни аниқланг:

- А. Капоши саркомаси.
- Б. Терининг замбуруғли касалликлари.
- В. Терининг вирусли касалликлари.
- Г. Атопик дерматити.
- Д. Псориаз.

298. Пиодермияни қайси тури болаларда учрамайди?

А. Везикулопустулёз пиококкли пемфигоид бола ҳаётининг дастлабки ойларида.

Б. Кўплаб жойлашган абсцесслар (псевдофурункулез) бола ҳаётининг 3-7 ойлларида.

В. Кулоқ супраси орқасида, бурмаларда интертригиноз импетигонинг бўлиши, бола ҳаётининг 3 ойликларида 8-10 ойликларида.

Г. Стрептококкли импетиго боланинг ҳаётининг 6 ойликларида.

Д. Бола ҳаётининг дастлабки йилларида тез-тез фурункулларнинг пайдо бўлиши.

299. Болаларда бичилиш қайси ҳолларда кузатилмайди?

- А. Атопик дерматитда.
- Б. Гўдақлар себореяли дерматитида.
- В. Болага яхши қаров бўлмаганда.
- Г. Адипонекрозда.
- Д. Тўғри жавоб йўқ.

300. Атопик дерматит касаллигини илк белгилари болаларда қачон юзага чиқади?

- А. Бемор бола туғилиши билан.
- Б. Бола ҳаётининг 2-3-ойларидан сўнг.
- В. Бола ҳаётининг 1 ёшлигидан сўнг.
- Г. Болани мактабгача ёшда бўлганлигида.
- Д. Ҳамма ёшларда бир хилда юзага чиқади.

301. Строфулус билан хасталанган бемор болаларда қандай текширув усуллари керак эмас?

- А. Гижжага ва лямблияга нажас текшируви.
- Б. Биокимёвий гепатограмма.
- В. Плетезмограмма.
- Г. С-ректив оксилага қон таҳлили.
- Д. Дисбактериозга нажас текшируви.

302. Янги туғилган чақалоқлар склеремаси ҳолатига характерли эмас:

- А. Умумий аҳволи оғирлиги.
- Б. Тана ҳароратининг пастлиги.
- В. Нафаснинг секинлашганлиги.
- Г. Ҳароратни баландлиги, безовталаниш, тахикардия.
- Д. Брадикардия.

303. Сеттон невоси бу:

- А. Переневоид лейкодерма.
- Б. Анемик невос.
- В. Яллиғланишдан сўнги иккиламчи ахромия.
- Г. Ҳаворанг невос.
- Д. Силлиқ невос.

304. Янги туғилган чақалоқларда кузатиладиган милиум, гнейс, себореяли дерматит, сут безларини бўртиши ва физиологик сариқликларда тавсия этиладиган кўрсатмалар:

- А. Гепатопротекторлар.
- Б. Сульфаниламид дори воситалари.
- В. Хлоралгидрат.
- Г. Кофеин.
- Д. Преднизолон.

305. Мастоцитоз билан оғриган бемор болаларга қайси дори воситалари мумкин эмас(чунки улар пуфаклар пайдо бўлишига сабабчи бўлиши мумкин)?

- А. Кодеин (йўталга қарши), седатив микстура (кодеин билан).
- Б. Мембрана стабилизаторлари.
- В. Антигистамин дорилар.
- Г. Пантотенат кальций.
- Д. Резерпин.

306. Оддий аллергик эшакеми касаллигида қайси дори воситаларини қўллаш мумкин эмас?

- А. В1 витаминини.
- Б. Мембрана стабилизаторини.
- В. Антигистамин дори воситаларини.
- Г. Рутин.
- Д. Кальций каналлари блокаторлари.

307. Болаларда терининг йирингли касалликларини кўпроқ чақиради:

- А. Гноерод кокклар(стафилококклар, стрептококклар).

- Б. Пневмококклар.
- В. Сил таёқчалари.
- Г. Ичак таёқчалари.
- Д. Вулгар протейлар.

308. Атопик дерматит касаллиги диагнозини қўйишда аниқланадиган кўрсаткични белгиланг?

- А. Тери патоморфологияси ўтказиш.
- Б. Қон зардобида Ig M ни аниқлаш.
- В. Фагоцитар активликни аниқлаш.
- Г. Иммунорегулятор индексни аниқлаш.
- Д. Ташхис учун лаборатор тахлилларини ўтказиш шарт эмас.

309. Атопик дерматит касаллигига ташхис қўйилишида ойлавий маълумотлар нега керак?

А. Агар бемор қариндошлар орасида бу касаллик билан хасталанмаганлар булса, атопик дерматит касаллиги ташхисини инкор этиш.

- Б. Бемор генетик ҳолатига баҳо бериш.
- В. Атопик дерматит касаллигини атопик шаклини аниқлаш.
- Г. Клиник тахминни аниқлаш.
- Д. Атроф-мухит омиларининг тутган ўрнини аниқлаш.

310. Галопа–Сименснн дистрофик буллёз эпидермолизи билан хасталанган бемор боланинг онаси қуйида келтирилганларнинг қайси бирини бажариши шарт эмас?

А. Мебелларни шундай жойлаштириш керакки, бола уларнинг қирраларига урилиши керак эмас.

- Б. Оёқ кийимларига юмшоқ патаклар қўйиш.
- В. Овқат маҳсулотларини яхшлаб юмшатиб бериш.
- Г. Бола кейим кийиши жараёнида терини ноқулай тасиротлардан сақлаш.

Д. Ҳар куни иссиқ ванналар қабул қилиш.

311. Янги туғилган чақалоқларда учрайдиган қайси касалликлар стафилакокклар иштироки билан боғлиқ?

- А. Ирсий пурсилдок.
- Б. Юқумли чилла яра.
- В. Захм чилла яраси.
- Г. Вакцина шакли пустулёз.
- Д. Криста-сименс синдроми.

312. Юқумли чилла яра бу:

- А. Папула-эрозияли стрептодермия.

Б. Пиококкли пемфигус.
В. Перипорит, остиоперипорит стафилакокклар чақируви инфекция.

Г. Пуфакчали темиратки.

Д. Остиофоликуллит.

313. Лейнер касаллиги патогенезида иштирок этмайди:

А. Иммунологик бузилишлар.

Б. Қонда опсоник зардобининг пасайтириш.

В. С 5-чи компонентнинг етишмаслиги.

Г. Рух моддасини етишмаслиги.

Д. Фагоцитоз ҳолатининг бузилиши.

314. Болаларда учрайдиган пигментли эшакеми касаллиги бу:

А. Болалар қичимаси.

Б. Мастоцидозни I – тури.

В. Ирсий эшекемини с3 комплемент ингибиторининг етишмаслиги.

Г. Холинергик эшакеми.

Д. Уртикар ўткир эшакеми геморрагик компонентининг кучайиши.

315. Болалар неонатал даврида буллёз дерматозлардан қайси бирлари учрамайди?

А. Пигмент ушламаслик.

Б. Пемфигоид левера.

В. Транзитор пустулёз, меланоз.

Г. Сифилитик пўрсилдоқ яра.

Д. Янги туғилган чақалоқларда буллёз шаклдаги токсик эритема.

316. Пиодермиянинг қайси тури гўдаклик даврида учрамайди?

А. Везикулопустулез.

Б. Псевдофурункулез.

В. Интертригиноз импетиго.

Г. Стрептококкли импетиго.

Д. Гидроаденитлар.

317. Болаларда бичилиш касаллиги қайси ҳолларда кузатилмайди?

А. Атопик дерматитда.

Б. Гўдаклар себореяли дерматитида.

- В. Болаларга яхши қаров бўлмаганлигида.
- Г. Адипонекрозда.
- Д. Қўпол тагликларни қўллаш натижасида.

318. Атопик дерматит касаллигининг илк белгилари қачон юзага чиқади?

- А. Бола туғилиши билан.
- Б. Бола туғилгандан сўнг 2- 3- ойликларида.
- В. 1 ёшдан сўнг.
- Г. Мактабгача бўлган ёшда.
- Д. Ҳамма ёшда бир хил учрайди.

319. Янги туғилган чақалоқлар склеремаси ҳолатига хос эмас:

- А. Умумий аҳволи оғирлашиши.
- Б. Тана ҳароратининг паст бўлиши.
- В. Нафас олиш жараёнининг секинлашиши.
- Г. Тана ҳароратининг баландлиги, безовталаниш, тахикардия ҳолати.
- Д. Брадикардия ҳолатининг кузатилиши.

320. Атопик дерматит касаллиги билан бирга келмайдиган касалликни кўрсатинг.

- А. Капоши саркомаси.
- Б. Поллиноз.
- В. Бронхиал астма.
- Г. Ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги.
- Д. Невростения.

321. Мастоцитоз касаллиги билан хасталанган бемор болаларга қайси дори воситаларини тавсия этиш мумкин эмас?

- А. Кодеин дори воситасини.
- Б. Мембрана стабилизаторларини.
- В. Антигистамин дори воситаларини.
- Г. Пантотенат кальцийни.
- Д. Резерпинни.

322. Атопик дерматит касаллигида эндоген инфекция манбаи бўлиши мумкин бўлган ҳолатни кўрсатинг.

- А. Тери.
- Б. Асаб тизими.
- В. Сийдик ҳайдовчи ва жинсий аъзолар.
- Г. Нафас олиш аъзолари.

Д. Барча жавоблар тўғри.

323. Болаларда учрайдиган йирингли касалликларни кўпроқ чақиради.

А. Гноерод кокклар (стафилококклар, стрептококклар).

Б. Пневмококклар.

В. Кўк таёқчалари.

Г. Ичак таёқчаси.

Д. Вульгар протейлар.

324. Янги туғилган чақалоқларда қайси касалликлар стафилакокклар ёрдамида чақирилади?

А. Туғма пуфакли эпидермолиз.

Б. Юқумли чилла яра.

В. Захм чилла яраси.

Г. Вакцинаформали пустулёз.

Д. Криста-сименс синдроми.

325. Юқумли чилла яра бу:

А. Перипорит, остиоперипорит стафилакокклар чакирувчи инфекция.

Б. Туғма пуфакли эпидермолиз.

В. Папула-эрозияли стрептодермия.

Г. Пуфакчали темиратки.

Д. Остиофоликуллит.

326. Болаларга гармонал малҳам дори воситалари узоқ вақт давомида қўлланилганда келиб чиқадиган ўзгаришларга кирмайди:

А. Анаболик жараёнларнинг кучайиши.

Б. Терининг аутофлора фаоллигида ўзгаришларнинг бўлиши.

В. Иммунореактивлик ҳолати пасайиши.

Г. Тери юзаларида пиококкли ва микотик ўзгаришли ўчоқларнинг пайдо бўлиши.

Д. Буйрак усти беги глюкокортикостероидларни ишлаб чиқариш вазифасининг пасайиши.

327. Болаларда учраши мумкин бўлган аутосом- рециссив генодерматозларга кирди:

А. Риттернинг эксфолиатив дерматити.

Б. Миллиар кристаллик.

В. Пигментли эшакемининг буллёз шакли.

Г. Энтеропатик акродерматит.

Д. Лайела синдроми.

328. Янги туғилган чақалоқларда туғма ихтиоз касаллиги асоратланмайди:

- А. Пневмония.
- Б. Сепсис.
- В. Гипотрофия.
- Г. Тери ости ёғ қавати абсцесси.
- Д. Анафилактик шок.

329. Пигмент ушламаслик (Брок-Сульсбергер) синдроми-нинг кечишида кетма- кетликка хос эмас:

- А. Эритематоз- везикулёз тшмалар.
- Б. Гипертрофик ҳолат.
- В. Пигментланиш.
- Г. Дисхромия босқичли депигментация.
- Д. Ўсмалар.

330. Адипонекрознинг шаклланиш сабаби:

- А. Туғилиш пайтида етказилган жароҳат.
- Б. Гўдакни хаддан ташқари ўраб-чирмаш.
- В. Киндик жароҳати ўз вақтида битмаслиги.
- Г. Қон зардоби компленти тақчиллиги.
- Д. Терининг кўп миқдорда ёғ моддаларини ажратиб чиқариши.

331. Лейнернинг кўчиб тушувчи эритродермиясида муҳим патогенетик аҳамиятга молик бўлган ҳолат:

- А. Қонда иммуноглобулинлар миқдорининг ошиши.
- Б. Она сути таркибида ва гўдак қонида биотин миқдорининг камайиши.
- В. Сепсис ҳолати.
- Г. Мис моддаси алмашинувининг бузилиши.
- Д. Қонда темир миқдорининг ошиши.

332. «Лануго» бу нима:

- А. Бирламчи ҳомила сочлари.
- Б. Дистрофик сочлар.
- В. Телаген сочлар.
- Г. Депигмент сочлар.
- Д. Ҳамма жавоблар тўғри.

333. Бичилиш жойлашади:

- А. Йирик бурмаларда.
- Б. Бошнинг сочли соҳасида.

- В. Юз соҳасида.
- Г. Қўл ва оёқ кафт юзаларида.
- Д. Киндик соҳасида.

334. Лейнер – Муссуни дескваматив эритродермияси қайси ёшда учрайди:

- А. Янги туғилган чақалоқларда.
- Б. 1 - 3-ёшда.
- В. 3 - 7 ёшда.
- Г. Пубертат даврда.
- Д. Қарияларда.

335. Таглик (пеленочный) дерматитига олиб келувчи сабаблар, тўғри жавобларни кўрсатинг:

- А. Ацидозда сийдик таркибида аммиак миқдорининг ошиши.
- Б. Ишқорий реакцияда ахлатда аммиак миқдорининг ортиши.
- В. Таркибида синтетик моддалар, хлор, кучли ишқорлар сақловчи кир ювиш воситалари билан тагликларни ювиш.
- Г. Тилларанг стафилакокк.
- Д. Тез-тез чўмилтириш.

336. Янги туғилган чақалоқларда қайси ҳолатлар гормональ криз билан боғлиқ:

- А. Янги туғилган чақалоқлар ҳуснбузари.
- Б. Омфалит.
- В. Гнейс.
- Г. Сут безларининг қаттиқлашиши.
- Д. Атопик дерматит.

337. Ўз-ўзидан сўрилмайдиган физиологик ҳолат бўлиб ҳисобланмайди:

- А. Янги туғилган чақалоқлар сариқлиги.
- Б. Телеангиэктазия, муғул доғлари.
- В. Бичилиш.
- Г. Себореяли дерматит.
- Д. Склерема.

338. Энтеропатик акродерматит учун хос симптом:

- А. Перианаль дерматит.
- Б. Диарея.
- В. Алопеция.
- Г. Ақлий ривожланишдан орқада қолиш.
- Д. Фолликуляр гиперкератоз.

339. Вульгар ихтиозни клиник шакли учун хос:

- А. Қурук тангачаларнинг пайдо бўлиши.
- Б. Фолликуляр гиперкератознинг бўлмаслиги.
- В. Тери ва сочларнинг қуруклиги.
- Г. Кулранг тусдаги йирик пластинкасимон қипиқланиш.
- Д. Қўл-оёқ қафти гиперкератози.

340. Эпидермис қаватларининг тузилиш кетма-кетлигини

аниқланг:

- А. Базал.
- Б. Ялтироқ.
- В. Донадор.
- Г. Шохсимон.
- Д. Тикансимон.

341. Чуқур пустуланинг кечиш босқичлари кетма-кетлигини

аниқланг:

- А. Пустула.
- Б. Йирингли қора қўтир.
- В. Чандиқ.
- Г. Яра.
- Д. Инфилтрат.

342. Экзематоз жараённинг кечиш босқичлари кетма-

кетлигини аниқланг:

- А. Везикулёз.
- Б. Эритематоз.
- В. Папулёз.
- Г. Сувланиш босқичи.
- Д. Қатқалоқларнинг пайдо бўлиш босқичи.

343. Лайелла синдромининг босқичлари кетма-кетлигини

аниқланг:

- А. Тузалиш.
- Б. Эруптив.
- В. Терминал.
- Г. Бошланғич.

344. Токсикодермиянинг кечиш кетма-кетлигини аниқланг:

- А. Аллергенларнинг организмга кириши.
- Б. Сенсibiliзациянинг пайдо бўлиши.
- В. Яллиғланган тошмаларнинг пайдо бўлиши.
- Г. Антиген антитело комплекси ҳосил бўлиши.

Д. Биологик актив моддаларнинг ажралиши.

345. Атопик дерматит касаллигининг экссудатив клиник шакли тошмалари кетма-кетлигини аниқланг:

- А. Папула.
- Б. Везикула.
- В. Эритема.
- Г. Қора қўтир.
- Д. Қипиқланиш.

346. Атопик дерматит касаллигининг клиник турлари классификацияси бўйича кетма-кетлигини аниқланг:

- А. Лихеноид.
- Б. Эритематоз-сквамоз.
- В. Пруригиноз.
- Г. Экссудатив.
- Д. Эритематозли-сквамозли клиник шаклининг лихенизация билан кечиши.

347. Болалар қичимаси касаллигининг клиника ва тошмаларнинг пайдо бўлиш ва сўрилиши жиҳатидан кетма-кетлигини аниқланг:

- А. Озиқ-овқат сенсibiliзацияси.
- Б. Пигментация.
- В. Геморрагик қатқалоқли эрозия.
- Г. Серопапуланинг пайдо бўлиши.

348. Буллёз импетиго касаллигини маҳаллий даволаш кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Антибактериал малҳамини суриш.
- Б. Спирт эритмаси билан ишлов бериш.
- В. Йирингчаларни ёриш.
- Г. Метилен кўкини суриш.

349. Чипқон касаллигининг босқичлари кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Тузалиш.
- Б. Эксудация.
- В. Мадаланиш.

350. Юқумли чилла яра касаллигининг ривожланиш босқичлари кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Эрозив тошмаларнинг пайдо бўлиши.
- Б. Сероз-йирингли қатқалоқларнинг пайдо бўлиши.

В. Қатқалокларнинг кўчиб тушиши ва вақтинчалик доғларнинг пайдо бўлиши.

Г. Эритеманинг ҳосил бўлиши.

Д. Юмшоқ қобикли пуфакларнинг пайдо бўлиши.

351. Йирик бурмалар эпидермофитиясида ҳосил бўлувчи тошмалар кетма-кетлигини аниқланг:

А. Эрозия.

Б. Пуфакчалар.

В. Эритема.

Г. Қатқалоклар.

Д. Пигментация.

352. Бошнинг сочли қисмининг инфильтратив-йирингли клиник шаклини маҳаллий даволашда қўлланиладиган дори воситалари қўлланилиши кетма-кетлигини аниқланг:

А. 20 % ихтиол малҳамларини боғлаш.

Б. Сочларни эпиляция қилиш.

В. 2 % ли йодли эритма ёрдамида ишлов бериш.

Г. Боғловни ечиш.

353. Белбоғсимон темиртки касаллигида тошмалар ҳосил бўлиши кетма-кетлигини белгиланг:

А. Пуфакча.

Б. Эритема.

В. Иккиламчи пигментация.

Г. Қатқалок.

Д. Эрозия.

354. Қўтир клиник белгилари ривожланишининг кетма-кетлигини белгиланг:

А. Жуфт-жуфт жойлашган тугунча-пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши.

Б. Майший алоқа орқали зарарланиш.

В. Тирналган ва шилинган соҳаларнинг пайдо бўлиши.

Г. Қора-қўтирларнинг пайдо бўлиши.

Д. Қўтир канаси йўллариининг ҳосил бўлиши.

355. Псориастик учлик кетма-кетлигини аниқланг:

А. «Қонли шудринг».

Б. «Стеарин доғи».

В. «Терминал парда».

356. Псориаз тугунчалар эволюциясини кўрсатинг:

А. Ўткир яллиғланиш характериға эға бўлган майда тугунчалар.

Б. Бир-бирига қўшилган тугунчалар-пилакчалар кўриниши.
В. Лентикуляр папулалар юзалари кумуш ва оқ рангдаги кипиклар билан қопланган.

Г. Вороновнинг псевдоатрофик ҳошияси.

Д. Гипопигментли доғлар.

357. Псориаз касаллигининг кечишида босқичлар кетма-кетлигини аниқланг:

А. Стационар.

Б. Прогрессив.

В. Регрессив.

358. Лейшманиоз касаллигида тошмаларнинг ривожланиш эволюциясини белгиланг:

А. Чандиқ.

Б. Дўмбоқча.

В. Яра.

Г. Грануляция.

359. Мохов касаллигида тошмаларнинг ривожланиш кетма-кетлигини кўрсатинг.

А. Инфильтрациялашган доғ.

Б. Яраланиш.

В. Лепромалар, лепридлар.

Г. Чегараси аниқ бўлмаган қизғиш доғ.

360. Қишлоқ типи лейшманиозининг юқиш йўллари кетма-кетлигини айтинг:

А. Одам.

Б. Кемирувчилар.

В. Чивин.

361. Қизил югуринининг дискоид шакли клиник кечиши кетма-кетлиги:

А. Инфильтратланган эритеманинг шаклланиши.

Б. Эритемани устида шохсимон қипиқнинг пайдо бўлиши.

В. Плакча марказида чандиқли атрофиянинг пайдо бўлиши.

362. Диффуз склеродермия ривожланиш босқичи:

А. Атрофия босқичи.

Б. Шиш босқичи.

В. Қаттиқлашиш босқичи.

363. Бенъе-Мещерский симптоми кетма-кетлигини ўтказиш:

А. Қирганда оғриқ бўлиши.

- Б. Буюм ойначасини кўлга олиш.
- В. Буюм ойначаси ёрдамида кириш.

364. Янги туғилган чақалоқларда физиологик сарикликнинг ривожланиш кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Йўлдош қон айланишидан ўпка қон айланишига ўтиши.
- Б. Феталь гемоглобин парчаланишининг кучайиши.
- В. Феталь гемоглобин парчаланишининг кучайиши.
- Г. Глюкоронилтрансфераза ферменти активлигининг пасайиши.
- Д. Тери юзалари сарғайиши.

365. Бичилишда маҳаллий даволаш кетма-кетлигини кўрсатинг (сувланишда):

- А. Атрофдаги терини дезинфицияловчи эритмалар билан ишлов бериш.
- Б. Намлаш усулини кўллаш.
- В. Анилин буёқлари билан ўчоқ юзаларига ишлов бериш.
- Г. Рух малҳамини кўллаш.
- Д. Стериль ўсимлик ёғи билан артиш.

366. ЭА патогенези босқичларидаги кетма-кетликни белги-ланг:

- А. Туғма рух боғловчи омилнинг етишмовчилиги.
- Б. Цинк етишмовчилиги ҳолати.
- В. Рух ўзлаштирилишининг бузилиши.
- Г. Дерматит, алопеция, диарея.

367. ТБЭ пуфак пайдо бўлиш механизми кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Пуфак.
- Б. Акантолизис.
- В. Механик травма.

368. Терининг ирсий касалликларини даволаш ва назорат қилиш кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Иккиламчи профилактика.
- Б. Амбулатор даво.
- В. Стационар даво.
- Г. Реабилитацион даво.

369. Оддий пўрсилдоқда тошмалар кетма-кетлигини кўрсатинг:

- А. Эрозия.

- Б. Пуфак.
- В. Қатқалок.
- Г. Пигментация.

370. Дюрингнинг учуксимон дерматитида Ядассон синамасини ўтказиш кетма-кетлигини кўрсатинг:

А. 50% ли калий йодид 3-4 қаватли докали салфеткага суртилади.

Б. 50% ли калий йодид малҳами суртилган салфетка елка соҳасидаги соғлом терига ёпиштирилади.

В. 50% ли калий йодид малҳами шпатель ёрдамида суртилади.

Г. Синама мусбат бўлганда 24-48 соатдан сўнг аппликация соҳасида тошма элементлари пайдо бўлади.

371. Никольский синамасини ўтказиш кетма-кетлигини кўрсатинг:

А. Пинцет ёрдамида эпидермис қолдиғи ушлаб соғлом терига томон тортилади.

Б. Никольский синамаси мусбат бўлганда эрозиядан ташқари соғлом тери соҳасида ҳам эпидермисни кўчиши кузатилади.

В. Ёрилган пуфакни эпидермис қолдиғи билан топилади.

372. Захмнинг клиник шаклларининг кетма-кетлигини кўрсатинг:

А. Бирламчи серонегатив захм.

Б. Иккиламчи захм.

В. Учламчи захм.

Г. Бирламчи серопозитив захм.

Д. Вецирал захм.

373. Бирламчи захмда кузатилади (кетма-кетлигини кўрсатинг):

А. Регионар склераденит

Б. Қаттиқ шанкр пайда бўлиши

В. Вассерман реакцияси манфий

Г. Вассермана реакцияси мусбат

Д. Полиаденит

374. Иккиламчи захмда кузатилади (кетма-кетлигини кўрсатинг):

А. Чарчаш, адинамия, бош оғриғи, тана температурасининг кўтарилиши.

Б. Тана бўйлаб разеолоз тошмалар тошиши, кўшилишга мойил эмас.

В. Пигментли сифилид ва алопеция пайдо бўлади.

Г. Тана бўйлаб папулёз тошмалар пайдо бўлади,қўшилишга мойил эмас .

Д. Ички органларнинг зарарланиши .

375. Захмнинг иккиламчи шиклида даврлар кетма-кетлигини белгиланг:

А. Қайталанувчи.

Б. Латент.

В. Янги.

376. Учламчи захмда гумма тошмасининг ривожланиш кетма-кетлигини тўғри белгиланг:

А. Юлдузсимон чандиқ.

Б. Яра.

В. Кўкимтир-қизил тугун.

Г. Гуммоз ўзакнинг ажралиши.

377. Иккиламчи қайталама захмда тошмалар учраш даражаси кетма-кетлигини белгиланг (кўпдан кам томонга):

А. Доғли сифилидлар.

Б. Папулез сифилидлар.

В. Сифилитик лейкодерма.

Г. Пустулез сифилидлар.

Д. Диффуз алопеция.

378. Захм ринити босқичининг кетма- кетлиги:

А. Катарал.

Б. Ярали-деструктив.

В. Секретор.

379. Диффуз тугунчали маддаланиш кечиши кетма-кетлигини белгиланг:

А. Чандиқлар ҳосил бўлиши.

Б. Оғиз атрофида маддаланишнинг кузатилиши.

В. Нурсимон чуқур ёриқларнинг ҳосил бўлиши.

Г. Эритеманинг ҳосил бўлиши.

380. Парро сохта фалажи ривожланишидаги ўзгаришларнинг тўғри кетма-кетлигини белгиланг:

А. Суяклар метафизда оқиш спирохеталарнинг тўпланиши.

Б. Метафизда моддалар алмашинувининг бузилиши.

В. Суяк тўқимасининг грануляцияон тўқимага алмашиниши.

Г. Метафиз соҳасида суяклар мустаҳкамлигининг камайиши.

Д. Суякнинг бўғим ичи синиши.

381. Захм билан касалланган беморларни даволаш тартиби кетма-кетлигини белгиланг:

А. Беморларнинг клиник ва серологик назорати.

Б. Мулоқотда бўлган шахсларни аниқлаш.

В. Специфик давони олиб бориш.

Г. Ташхисни қўйиш.

Д. Назоратдан ўчириш.

382. Гонобленореяга шубҳа қилинганда текшириш кетма-кетлигини аниқланг:

А. Боланинг кўз юзаларидан суртма олиниб, бактериологик экма ўтказиш.

Б. Онанинг гениталия соҳасидан суртма олиниб бактериологик экма ўтказиш.

В. Боланинг кўз шиллиқ қаватини текшириш.

383. ОИТС касаллигининг кечиш босқичлари кетма-кетлигини айтинг:

А. Белгисиз.

Б. Бошланғич.

В. Лимфоаденопатия.

Г. ОИТС.

Д. ОИТС ассоциацияланган комплекс.

384. ИТВ (ВИЧ) нинг ривожланиш кетма-кетлигини аниқланг:

А. Иммунодефицит ҳолати клиникаси.

Б. ИРИ кўрсаткичининг пасайиши.

В. ОИТС вирусининг одам организмига кириши.

Г. Вируснинг қонга тушиши ва хелперлар ядросига ўтиши.

Д. Вируснинг репликацияси ва хелперлар парчаланиши.

385. ОИТС касаллигининг текширув усуллари кетма-кетлигини аниқланг:

А. Қоннинг иммунограммаси.

Б. ИФА.

В. Иммуноблотинг усули.

Г. Вирус идентификацияси.

386. Тери қаватлари мос келишини аниқланг:

А. Дерма қаватлари:

В. Эпидермис қаватлари:

- а) донадор қават
- б) тұрсимон қавқат
- в) сұрғичсимон қават
- г) базал қават
- А. А-б,в Б-а,г.
- Б. А-б,г Б-а,в.
- В. А-а,в Б-б,г.
- Г. А-б,а Б-в,г.
- Д. А-г,в Б-а,б.

387. Тошмаларнинг мос келишини аниқланг:

- А. Экссудатив тошмалар:
- В. Инфильтратив тошмалар:
- а) доғ
- б) пуфакча
- в) пустула
- г) тугунча
- д) дўмбок
- е) қаварчик
- А. А-б,г,е В-а,в,д.
- Б. А-а,в,е В-б,г,д.
- В. А-б,в,е В-а,г,д.
- Г. А-б,в,д В-а,г,е.
- Д. А-д,в,е В-а,г,б.

388. Тошма элемент турларининг мос келишини аниқланг:

- А. Доғли:
- В. Тугунчали:
- а). петехия
- б). пурпура
- в). лентикула
- г). миляр
- д). вибецес
- е). гипертрофик
- А. А-б,б,д В-а,г,е.
- Б. А-е,б,д В-а,г,б.
- В. А-б,г,д В-а,в,е.
- Г. А-б,б,а В-д,г,е.
- Д. А-б,б,е В-а,г,д.

389. Бир-бирига мослигини аниқланг:

А. Микробли экзема.

В. Себореяли экзема.

а) ўчоқлар аниқ чегарали

б) ўчоқлар чегаралари аниқ эмас

в) ўчоқлар бошнинг сочли қисми бошланади

г) ўчоқлар кўпинча кўл ва оёқ соҳаларида жойлашади

д) асосий тошмалари йирингчали ва намланиш билан кечади.

е) себореяли қатқалоқлар, куруқ ҳолда кечади.

А. А-б,г,д В-а,в,е.

Б. А-а,в,д В-б,г,е.

В. А-а,г,е В-б,в,д.

Г. А-в,г,д В-б,а,е.

Д. А-а,г,д В-б,в,е.

390. Бир-бирига мослигини аниқланг:

А. Себореяли экзема:

В. Себореяли дерматит:

а) касалликнинг бошланиши 2-3 ҳафталик давридан

б) касалликнинг бошланиши 2-3 ойлик давридан

в) думба соҳасидан

г) бошнинг сочли қисмидан

д) диспепсик аломатлар кузатилади.

е) диспепсик аломатлар кузатилмайди.

А. А-а,г,е В-б,в,д.

Б. А-б,г,е В-а,в,д.

В. А-б,в,е В-а,г,д.

Г. А-б,г,д В-а,в,е.

Д. А-б,г,а В-е,в,д.

391. Касаллик белгиларининг бир-бирига мослигини аниқланг:

А. Оддий дерматит.

В. Контакт аллергик дерматит.

а) шартсиз таассуротлар натижасида ҳосил бўлади.

б) шартли таассуротлар натижасида ҳосил бўлади.

в) ўчоқлар аниқ чегарали.

г) ўчоқлар чегаралари аниқ эмас.

д) беморни қичишиш безовта қилади.

е) териға тасирот тўхташи билан яллиғланиш камая бошлайди.

- А. А-а,в,е В-б,г,д.
- Б. А-б,в,е В-а,г,д.
- В. А-а,г,е В-б,в,д.
- Г. А-а,в,д В-б,г,е.
- Д. А-а,в,г В-б,е,д.

392. Бир-бирига мослигини аниқланг:

А. Атопик дерматит касаллигининг асосий диагностик мезонлари:

В. Атопик дерматит касаллигининг қўшимча диагностик мезонлари

- а) инфраорбитал чизиклари.
- б) оқ дермаграфизм.
- в) фаслга боғлиқлиги.
- г) оилавий анамнез.
- д) бўйин олд қисмидаги чизиклари.
- е) ўчоқларнинг типик морфологияси ва жойлашуви.

- А. А-а,г,е В-в,б,д.
- Б. А-в,б,е В-а,г,д.
- В. А-в,г,е В-а,б,д.
- Г. А-в,г,д В-а,б,е.
- Д. А-в,г,е В-а,б,д.

393. Бир-бирига мослигини аниқланг:

А. Атопик дерматитнинг лихеноид клиник шакли.

В. Болалар қичимаси.

- а) тери эластиклигининг пасайиши.
- б) серопапула.
- в) гиперкератоз.
- г) қаварчиқ.
- д) гиперпигментация.
- е) везикула.

- А. А-а,в,д В-б,г,е.
- Б. А-б,в,д В-а,г,е.
- В. А-а,г,д В-б,в,е.
- Г. А-а,в,е В-б,г,д.
- Д. А-а,б,д В-в,г,е.

394. Бир-бирига мослигини аниқланг:

А. Атопик дерматитнинг экссудатив клиник шакли

В. Ўткир экзема.

- а) ирсий мойиллик.
 - б) ирсий мойилликнинг бўлмаслиги.
 - в) сурункали-қайталама кечиши.
 - г) асосан ўткир сувланиш билан кечиши.
- А. А-б,в В-а,г.
 Б. А-г,в В-б,а.
 В. А-а,б В-в,г.
 Г. А-а,в В-б,г.
 Д. А-а,г В-б,в.

395. Мослигини аниқланг:

- А. Стрептодермитлар:
 Б. Стафилодермитлар:
- а) фолликулалар зарарланади.
 - в) фолликулалар зарарланмайди.
 - с) жараён ён атрофга тез тарқалади.
 - д) жараён чуқур жойлашади.
 - е) кўпроқ болалар зарарланади.
 - ж) кўпроқ катталар зарарланади.
- А. А-в,с,е Б-а,д,ж.
 Б. А-а,с,е Б-в,д,ж.
 В. А-в,д,е Б-а,с,ж.
 Г. А-в,с,ж Б-а,д,е.
 Д. А-в,ж,е Б-а,д,с.

396. Этиологик омилини ҳисобга олган ҳолда мос келишини

кўрсатинг:

- А. Стафилококкли пиодермитлар:
 Б. Стрептококкли пиодермитлар:
 В. Аралаш пиодермитлар:
- а) фолликулитлар.
 - в) вульгар импетиго.
 - с) сикоз.
 - д) сурункали ярали пиодермия.
 - е) турниол (юзаки хасмол).
 - ж) оддий темиртки.
- А. А-е,с Б-а,ж В-д,в.
 Б. А-а,е Б-с,ж В-д,в.
 В. А-а,с Б-е,в В-д,ж.
 Г. А-а,д Б-е,ж В-с,в.

Д. А-а,с Б-е,ж В-д,в.

397. Чипқон касаллигининг босқичларини ҳисобга олган холда маҳаллий даволашнинг кетма-кетлигини кўрсатинг:

А. Инфилтратив:

Б. Экссудатив :

а) Ёриш.

б) Вишневский линементини қўллаш.

в) гипертоник эритма ёрдамида дренаж қўйиш.

г) йод ёрдамида ишлов бериш.

А. А-а,г Б-б,в.

Б. А-б,г Б-а,в.

В. А-б,в Б-а,г.

Г. А-в,г Б-а,б.

Д. А-б,а Б-г,в.

398. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Кератомикозлар.

Б. Дерматомикозлар:

а) трихофития.

б) микроспория.

в) эритразма.

г) ранг-баранг темиратка.

д) тугунли трихоспория.

е) рубромикоз.

А. А-е,г,д Б-а,б,в.

Б. А-в,г,е Б-а,б,д.

В. А-в,б,д Б-а,г,е.

Г. А-в,г,д Б-а,б,е.

Д. А-а,г,д Б-в,б,е.

399. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Эритразма.

Б. Йирик бурмалар эпидермофитияси

а) яллиғланиш кучли.

б) яллиғланиш кам.

в) экссудация кузатилиши мумкин.

г) экссудатив тошмалар йўқ.

д) қичишиш кучли.

е) қичишиш кам.

А. А-в,г,е Б-а,б,д.

Б. А-д,г,е Б-а,в,б.

В. А-б,в,е Б-а,г,д.

Г. А-б,г,е Б-а,в,д.

Д. А-б,г,а Б-е,в,д.

400. Замбуруғли касалликлар люминесцент диагностикаси

учун хосликни аниқланг:

А. Ранг-баранг темиртки.

Б. Эритразма.

В. Микроспория.

Г. Рубромикоз.

а) яшил ёғдуланиш

б) кўнғир- жигаранг ёғдуланиш

в) қизил ёғдуланиш

г) ранг таркатмайди

А. А-б Б-в В-а Г-г.

Б. А-в Б-б В-а Г-г.

В. А-а Б-в В-б Г-г.

Г. А-г Б-в В-а Г-б.

Д. А-б Б-г В-а Г-в.

401. Касаллик кўзғатувчиларининг касалликларга мос

келишини белгиланг:

А. Фильтрловчи дерматотроп вирус

Б. Кана

В. Рарова оиласига мансуб вирус

Г. Бит

Д. нейротроп вирус

а) педикулез

б) белбоғсимон темиртки

в) кўтир

г) оддий учук

д) сўгаллар

А. А-в Б-г В-д Г-а Д-д.

Б. А-д Б-в В-г Г-а Д-д.

В. А-г Б-в В-д Г-а Д-б.

Г. А-а Б-в В-д Г-г Д-д.

Д. А-д Б-в В-д Г-а Д-г.

402. Белгиларнинг касалликларга мос келишини белгиланг:

А. Белбоғсимон темиртки.

Б. Қўтир.

В. Оддий учуқ.

а) тугунча-пуфакчали тошмалар жуфт-жуфт кўринишда жойлашади.

б) гуруҳ-гуруҳ кўринишидаги пуфакчалар табиий тешиқлар атрофида жойлашади.

в) тошмалар нерв сегменти бўйлаб жойлашади.

А. А-в Б-а В-б.

Б. А-а Б-в В-б.

В. А-б Б-а В-в.

Г. А-в Б-б В-а.

Д. А-д Б-а В-б.

403. Дори воситалари ва даво чораларининг касалликларга мос келишини белгиланг:

А. Битлаш.

Б. Оддий учуқ.

В. Юқумли моллюск.

Г. Қўтир.

Д. Ўткир учли кондилломалар.

а) Демьянович усули

б) пинцет билан сузмасимон суюқликни механик равишда олиб ташлаш ва йоднинг 5% ли спиртли эритмасини суртиш

в) Антибит шампуни

г) Зовиракс малҳами

д) Солкодерм эритмаси

А. А-г Б-в В-б Г-а Д-д.

Б. А-б Б-г В-в Г-а Д-д.

В. А-а Б-г В-б Г-в Д-д.

Г. А-д Б-г В-б Г-а Д-в.

Д. А-в Б-г В-б Г-а Д-д.

404. Псориастик феноменлар билан гистоморфологик белгиларнинг бир-бирига мослигини аниқланг:

А. “Стеарин доғи” феномени.

В. “Терминал парда” феномени.

С. “Конли шудринг” феномени.

а) гиперкератоз

в) папилломатоз

с) акантоз

А. А-а В-с С-в.

Б. А-с В-а С-в.

В. А-в В-с С-а.

Г. А-а В-в С-с.

Д. А-а В-г С-в.

405. Псориаз босқичларига белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Псориазнинг прогрессив босқичи.

В. Псориаз стационар босқичи.

С. Псориазнинг регрессив босқичи.

а) Вороновнинг псевдоатрофик ҳошияси

в) тугунчалар юзаси кумушранг –оқ қипиклар билан қопланган

с) Янги тугунчали тошмаларнинг тошиши

А. А-в В-с С-а.

Б. А-а В-в С-с.

В. А-г В-в С-а.

Г. А-с В-в С-а.

Д. А-с В-д С-а.

406. Кассаликларга белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Псориаз.

В. Қизил ясси темиратки.

а) кўл ва оёқларнинг букувчи соҳаларининг елка - болдир буғимларининг юзаларида жойлашган

в) кўл ва оёқларнинг ёзувчи соҳаларида

с) тугунчалар кумуш ва оқ рангдаги қипиклар билан қопланган

д) тугунчалар марказида киндиксимон ботиқ мавжуд

е) Уикхем симптоми“+”

ж) Ауспитц учлиги симп “+”

А. А-а,с,ж В-в,д,е.

Б. А-д,с,ж В-а,в,е.

В. А-в,с,ж В-а,д,е.

Г. А-е,с,ж В-а,д,в.

Д. А-в,а,ж В-с,д,е.

407. Мослигини аниқланг:

А. Боровский касаллиги.

Б. Мохов.

В. Сил.

1) лепрома

- 2) лейшманиома
- 3) люпома
- А. А-3 Б-1 В-2.
- Б. А-1 Б-2 В-3.
- В. А-2 Б-3 В-1.
- Г. А-2 Б-4 В-3.
- Д. А-2 Б-1 В-3.

408. Мослигини аниқланг:

- А. Лейшманиознинг қишлоқ тури.
- Б. Лейшманиознинг шаҳар тури.

- 1) қисқа яширин давр
- 2) узоқ яширин давр
- 3) кўзгатувчиси *Leishmania tropica major*
- 4) кўзгатувчиси *Leishmania tropica minor*
- А. А-2,3 Б-1,4.
- Б. А-1,3 Б-2,4.
- В. А-4,3 Б-2,1.
- Г. А-1,2 Б-3,4.
- Д. А-1,4 Б-2,3.

409. Мосликни аниқланг:

- А. Витилиго.
- В. Мохов.
- 1) сезувчанликнинг бузилиши
- 2) сезувчанликнинг бузилмаслиги
- 3) гистамин синамаси мусбат
- 4) гистамин синамаси манфий
- 5) тер ажралиши бузилмаган
- 6) тер ажралиши бузилган
- А. А-2,3,5 Б-1,4,6.
- Б. А-1,3,5 Б-2,4,6.
- В. А-4,3,5 Б-2,4,6.
- Г. А-6,3,5 Б-1,4,2.
- Д. А-2,4,5 Б-1,3,6.

410. Қизил югурикнинг дискоид клиник шакли клиник манзараси мослигини аниқланг:

- А. Чандикли атрофия зонаси.
- Б. Гиперкератоз.
- В. Қизариш.

- а) марказга яқин
- б) марказда
- в) периферия бўйлаб
- А. А-б Б-а В-в.
- Б. А-а Б-б В-в.
- В. А-в Б-а В-в.
- Г. А-в Б-а В-б.
- Д. А-в Б-а В-д.

411. Склеродермия касаллигида клиник босқичлари мослигини аниқланг:

- А. Бошланғич босқичи.
- Б. Қаттиқлашиш босқичи.
- В. Атрофия босқичи.
- а) тери юзалари каттиқлашади, бурмаларга олиниши кийин бўлиб, сарғиш тус олади ва юзаларидаги сочлар тўкилади

б) думалоқ шаклидаги плакча қизил-кўкиш рангда тери шишган, қаватсимон консистенцияга эга

- в) тери пергамент кўринишида, сиёхранг ҳалқа йўқолади
- А. А-а Б-б В-в.
- Б. А-в Б-а В-б.
- В. А-б Б-в В-а.
- Г. А-б Б-г В-в.
- Д. А-б Б-а В-в.

412. Мослигини аниқланг:

- А. Склеродермия.
- Б. Қизил югурик.
- а) пиллакчалар думалоқ шаклда ва пушти рангда, усти қалинлашган кўкиш ҳалкали

б) Артралгия, астено-вегетатив белгилар, субфибрилитет, анемия, ЭЧТ ошиши, лейкопения

- А. А-б Б-а.
- Б. А-а В-б.
- В. А-а Б-б.
- Г. А-г Б-б.
- Д. А-а Б-г.

413. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

- А. Адипонекроз.

В. Сохта чипқон.

- а) инфильтрат юзасидаги тери ўзгаришсиз
- в) ўчоқ юзасида яллиғланиш белгилари мавжуд
- с) маҳаллий ҳарорат ошиши кузатилади
- д) ажралган суюқлик стерил
- е) ажралаётган суюқликдан стафилакокклар аниқланади
- г). маҳаллий ҳарорат ошиши кузатилмайди

А. А-в,д,г В-а,с,е.

Б. А-с,д,г В-в,а,е.

В. А-е,д,г В-в,с,а.

Г. А-а,д,г В-в,с,е.

Д. А-а,в,г В-д,с,е.

414. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Себореяли экзема.

В. Себореяли дерматит.

- а) терини зарарланиши думба соҳасидан бошланади
- в) терининг зарарланиши бошнинг сочли соҳасидан бошланади
- с) янги туғилган чақалоқлар ҳаётининг биринчи ойларида
- е) касаллик қусиш ва ич кетиш белгилари билан кечади
- ж) кучли қичишишга шикоят қилади

А. А-а,д,ж В-в,с,е.

Б. А-в,д,ж В-а,с,е.

В. А-с,д,ж В-а,в,е.

Г. А-е,д,ж В-а,с,в.

Д. А-в,д,а В-ж,с,е.

415. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Склерема.

В. Склеродема.

- а) кўл ва оёқ қафтлари, ёрғоқ зарарланади
- в) кураклар, сон ва думба соҳалари симметрик равишда зарарланади
- с) қаттиқлашган-шишган асосни босиб кўрилганда узок муддат боттиқлик сақланиб туради
- д) қаттиқлашган терини босиб кўрилганда боттиқлик бўлмайди

А. А-в,д В-а,с.

Б. А-а,д В-в,с.

В. А-с,д В-а,в.

Г. А-в,а В-д,с.

Д. А-в,с В-а,д.

416. Белгилар мослигини аниқланг:

А) Буллёз эпидермолиз.

В) Захм чилла яраси.

а) пуфаклар жароҳатга мойил бўлган соҳаларда жойлашиши

в) пуфаклар қўл-оёқ кафтида жойлашади

с) пуфаклар таркиби стерил

д) пуфаклар таркибидаги суюқликда оқ трепонема аниқланади

е) пуфаклар таркиби сероз-геморрагик

ж) серологик реакциялар мусбат

А. А-в,с,е В-а,д,ж.

Б. А-д,с,е В-в,а,ж.

В. А-а,с,е В-в,д,ж.

Г. А-ж,с,е В-в,д,а.

Д. А-а,в,е В-с,д,ж.

417. Белгилар мослигини аниқланг:

А. Энтеропатик акродерматит.

В. Буллёз эпидермолиз.

а) перианаль дерматит

в) пуфаклар жароҳатга мойил бўлган соҳаларда жойлашиши

с) пуфаклар таркиби сероз-геморрагик

д) алопеция

е) эритематоз ва везикуло-буллёз тошмалар

ж) битган эрозиялар ўрнида атрофик чандик қолади

А. А-а,д,е В-в,с,ж.

Б. А-в,д,е В-а,с,ж.

В. А-с,д,е В-в,а,ж.

Г. А-ж,д,е В-в,с,а.

Д. А-а,д,в В-е,с,ж.

418. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Чандикли эритематоз:

В. Сенер-Ашер синдроми:

а) Бенъе-Мещерский симптоми “+”

в) фолликуляр гиперкератоз кузатилади

с) қат-қат жойлашган сарғимтир қатқалоқларнинг бўлиши

д) пуфак сероз суюқлигида аконталитик хужайраларнинг

аниқланиши

А. А-с,в В-а,д.

Б. А-а,в В-с,д.

В. А-д,в В-с,а.

Г. А-а,с В-в,д.

Д. А-а,д В-с,в.

419. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Дюринг учуксимон дерматити.

В. Оддий пўрсилдоқ.

а) мономорф пуфакли тошма элементлари.

в) чин полиморфизм.

с) Никольский ва Асбо-Ганзен симптоми мусбат.

д) пуфак тубидан ва сероз суюқлигидан мухирлаш йули билан суртма олиб текширилганда эозинофилия аниқланади.

е) пуфак сероз суюқлигида аконталитик хужайраларни аниқланиши.

ж) дермо-эпидермаль соҳада иммуноглобулин А тўпланиши.

А. А-а,д,ж В-в,с,е.

Б. А-с,д,ж В-а,в,е.

В. А-е,д,ж В-а,с,в.

Г. А-в,д,ж В-а,с,е.

Д. А-в,с,ж В-а,д,е.

420. Белгиларнинг мослигини аниқланг:

А. Себореяли экзема.

В. Себореяли пўрсилдоқ.

а) Никольский симптоми мусбат

в) Никольский симптоми манфий

с) гистоморфологияси – акантолизис

д) гистоморфологияси – акантоз, паракератоз

А. А-в,д В-а,с

Б. А-а,д В-в,с

В. А-с,д В-а,в

Г. А-в,а В-д,с

Д. А-в,с В-а,д

421. Мослигини кўрсатинг:

А. Бирламчи серонегатив захм.

Б. Бирламчи серопозитив захм.

а) регионар аденит

б) полиаденит

в) мусбат РВ

г) манфий РВ

А. А-б,г Б-а,в.

Б. А-в,г Б-б,а.

В. А-а,б Б-г,в.

Г. А-а,в Б-б,г.

Д. А-а,г Б-б,в.

422. Захмда қайси факторлар яширин даврининг узайишига олиб келади. Мослигини аниқланг:

А. Қисқариши.

Б. Узайиши.

а) антибиотик қабул қилиш

б) иммунитетни пасайиши

в) алкоголизм

г) иммуномодуляторни қабул қилиш

А. А-а,в Б-б,г.

Б. А-б,в Б-а,г.

В. А-г,в Б-а,б.

Г. А-б,а Б-в,г.

Д. А-б,г Б-а,в.

423. Мослигини аниқланг:

А. Иккиламчи янги захм.

Б. Иккиламчи қайталама захм.

1) тошмаларнинг чегарали бўлиши

2) тошмалар қўшилишга хос эмас

3) қаттиқ шанкр қолдиқлари

4) тошмалар кам миқдорда

5) тошмалар қўшилишга мойил

б) майда ва кўп тошмалар

А. А-4,3,6 Б-1,2,5.

Б. А-2,3,5 Б-1,4,6.

В. А-2,4,6 Б-1,3,5.

Г. А-2,3,6 Б-1,4,5.

Д. А-1,3,6 Б-2,4,5.

424. Мослигини аниқланг:

А. Иккиламчи захм.

Б. Учламчи захм.

1) дўмбоқча

2) полиаденит

- 3) сохта лейкодерма
- 4) яра ва чандиқлар
- 5) тугун

б) диффуз алопеция

А. А-2,3,6 Б-1,4,5.

Б. А-1,3,6 Б-2,4,5.

В. А-2,4,6 Б-1,3,5.

Г. А-2,3,5 Б-1,4,6.

Д. А-2,5,6 Б-1,4,3.

425. Мослигини аниқланг:

А. Эрта яширин захм.

Б. Кеч яширин захм.

1) касаллик юққанига 2 йилдан ошмаган

2) касаллик юққанига 2 йилдан ошган

3) реагинлар титри баланд (1:120, 1:360) ута мусбат КСР

4) КСР кўрсаткичлари кескин мусбат бўлганда, реагинлар титрининг пастлиги (1:5, 1:10, 1:20)

5) пенициллин терапиясининг бошланишида қайталаниш реакцияси кузатилади

б) пенициллин терапиясининг бошланишида қайталаниш реакцияси кузатилмайди

А. А-2,3,5 Б-1,4,6.

Б. А-1,4,5 Б-3,2,6.

В. А-1,3,5 Б-3,4,6.

Г. А-2,3,5 Б-3,4,6.

Д. А-1,3,5 Б-3,2,6.

426. Белгилар мослигини аниқланг:

А. Юкумли чилла яраси.

В. Захм чилла яраси.

а) кўл ва оёқ кафтининг зарарланиши хос эмас.

в) кўл ва оёқ кафтининг зарарланиши хос.

с) пуфак суюқлигида стафилококклар топилиши.

д) пуфак суюқлигида трепонемаларни топилиши.

е) Никольский симптоми мусбат.

ж) серологик реакциялар мусбат.

А. А-а,с,е В-в,д,ж.

Б. А-в,с,е В-а,д,ж.

В. А-д,с,е В-в,а,ж.

Г. А-ж,с,е В-в,д,а.

Д. А-а,д,е В-в,с,ж.

427. Белгилар мослигини аниқланг:

А. Эрта туғма захм.

В. Кеч туғма захм.

а) захм чилла яраси.

в) захм ринити.

с) Гохзингернинг диффуз тугунчали маддаланиши.

д) Гетчинсон учлиги.

е) эгарсимон бурун.

ж) қиличсимон болдир.

А. А-а,е,с В-д,в,ж.

Б. А-ж,в,с В-д,е,а.

В. А-е,в,с В-д,а,ж.

Г. А-а,в,с В-д,е,ж.

Д. А-д,в,с В-а,е,ж.

428. Белгилар мослигини аниқланг:

А. Кеч туғма захмнинг беқарор белгилари.

В. Кеч туғма захмнинг ишончли белгилари.

а) Гетчинсон тишлари

в) олимпия пешонаси

с) қиличсимон болдир

д) Робинсон-Фурнье чандиқлари

е) паренхиматоз кератит

ж) захм лабиринтити

А. А-в,е,д В-а,с,ж.

Б. А-ж,с,д В-а,е,в.

В. А-е,с,д В-а,в,ж.

Г. А-а,с,д В-в,е,ж.

Д. А-в,с,д В-а,е,ж.

429. Даволаш турларининг мослигини аниқланг:

А. Специфик даво.

Б. Синама даво.

В. Профилактик даво.

Г. Превентив даво.

а) хомиладор аёлларга специфик даводан сўнг ўтказилади

б) захм шубҳа қилинган шахсларга ўтказилади

в) касаллик ташхиси аниқ бўлган беморларга

г) бемор билан мулоқотда бўлиб, 2 ойгача касаллик тасдиқланмаган шахсларга

А. А-б Б-в В-а Г-г.

Б. А-в Б-б В-а Г-г.

В. А-в Б-б В-а Г-г.

Г. А-а Б-б В-в Г-г.

Д. А-г Б-б В-а Г-в.

430. Захмнинг турли даврларига даволаниш давомийлиги мослигини аниқланг:

А. Пенициллин билан даволаш, 14 кун давомида.

Б. Пенициллин билан даволаш, 28 кун давомида.

а) захмнинг эрта даврлари

б) захмнинг кеч даврлари

А. А-б Б-г.

Б. А-г Б-а.

В. А-б В-а.

Г. А-а Б-б.

Д. А-б Б-а.

431. Сўзак инфекциясининг асорати, белгиларнинг бирига мослигини аниқланг:

А. Эркакларда.

Б. Аёлларда.

а) барталанит

б) простатит

в) орхит

г) сальпингоофарит

д) эндометрит

е) везикулит

А. А-а,в,е Б-б,г,д.

Б. А-б,в,е Б-а,г,д.

В. А-г,в,е Б-а,б,д.

Г. А-д,в,е Б-а,г,б.

Д. А-б,г,е Б-а,в,д.

432. Касалликларнинг бирига мослигини аниқланг:

А. Капоши саркомаси.

В. ОИТС касаллигига оид бўлган Капоши саркомаси.

а) касаллик ёшларда кузатилади.

б) касаллик қарияларда кузатилади.

- в) касаллик оғир кечади.
 - г) касаллик нисбатан енгил кечади.
 - д) полиаденит (белдан юқоридаги).
 - е) полиаденит кузатилмайди.
- А. А-б,г,е В-а,в,д.
 - Б. А-а,г,е В-б,в,д.
 - В. А-в,г,е В-а,б,д.
 - Г. А-д,г,е В-а,в,б.
 - Д. А-б,в,е В-а,г,д

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Терининг тузилиши

Вазиятли масала №1.

Педиатр кўригига мурожаат қилган бемор бола бошининг сочли қисмида ва юз терисида сариқ–яшил ранг қатқалоқли тошмалар кузатилади.

1. Бу тошмалар қайси тошма элементларидан сўнг пайдо бўлган?
2. Бу тошмалар қатқалоқлари қандай характерга эга?
3. Бундан ташқари қатқалоқларнинг қандай турлари тафовут этилади?

Вазиятли масала №2.

Бемор боланинг сон тери соҳасида кўп микдорда, катталиги 0,2 дан 0,4 см диаметрда бўлган, думалоқ шаклли эрозиялар кузатилади. Улар таркибидан сероз суюқлик ажралади.

1. Эрозия қайси тошмалар қаторига киради?
2. Эрозияга таъриф беринг.
3. Эрозия қандай қилиб орқага қайтади?

Вазиятли масала №3.

Бемор терисидан гистологик текшириш мақсадида биопсия олинганда беморда паракератоз ҳолати аникланди.

1. Терининг бу ҳолатига таъриф беринг.
2. Терида қандай морфологик элемент ҳосил бўлган?

Вазиятли масала №4.

14 ёшли беморда тез-тез бирламчи бўшлиқсиз экссудатив тошма элементлари пайдо бўлиб, йўқолиб туради.

1. Тошма элементини номини айтинг.
2. Тошма элементига таъриф беринг.
3. Қайси тери кассалликларида бундай тошма элементлари ҳосил бўлади?

Терининг ўлка касалликлари

Вазиятли масала №5.

Шифокор қабулига Нукус шаҳрида яшайдиган 43 ёшли бемор мурожаат қилди. Кўрув вақтида беморнинг пешона, қош-қовоқ, ёнок

ва қўлларининг букувчи соҳаларида маддалар ва тугунли тошмалар кузатилмоқда. Юз мимикаси бузилган. Қошларининг латерал қисмлари тўкилган. Лаборатор текширилганда бурун шиллик қаватидан Ганзен таёкчалари топилган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Сизнинг тактикангиз?
3. Профилактика йўллари?

Вазиятли масала №6.

Бемор юз ва бўйин соҳаларидаги тошмаларга шикоят қилиб шифокорга мурожаат қилди. Анамнезида: бемор 1 ой олдин Туркманистонда бўлган. Курув вақтида: бир нечта яралар кузатилмоқда. Яраларнинг четлари нотекис, туби грануляцион қобиг билан қопланган, донадор кўринишга эга, яра тубидан кўп миқдорда йирингли ажралмалар чиқмоқда. Яралар атрофида лимфангит ҳолати кузатилмоқда.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қандай текширув усулларини ўтказиш лозим?

Вазиятли масала №7.

Бемор Б., 20 ёшда, шифокорга юз, кўкрак, қўл ва оёқларининг ёзув соҳаларига оқ доғлар тошишига шикоят қилиб келди. Дастлабки тошмалар 2 йил аввал беморнинг қаттиқ кўрқувидан сўнг пайдо бўлган. Обьектив кўрилганда: ўчоқларда ҳар-хил ҳажм ва шаклга эга бўлган, аниқ чегарали, оқ сут рангидаги депигментланган доғлар кузатилиб, улар атрофи эса гиперпигментланган хошия билан ўралган. Доғлар тошмалар соҳасида тери консистенцияси, унинг намлиги ва сезгирлиги соғлом тери соҳаларига нисбатан ўзгармаган кўринишда.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ниманинг ҳисобига депигментли доғлар пайдо бўлган?
3. Бу касалликда асосан қайси микроэлементлар етишмовчилиги кузатилади?
4. Сизнинг даволаш тактикангиз?

Аллергик дерматитлар

Вазиятли масала №8

Ўпка яллиғланиши касаллиги сабабли бемор болага пенициллин антибиотиғи укол тарзида буюрилган. Кечга бориб бутун бадан тери юзаси бўйлаб эритематоз тошмалар пайдо бўлган, жараён ачишиш

ва қичишиш билан кечган. Тошмаларнинг кўпайиб, тарқалиши ҳолати кузатилган. Дермографизм турғун қизил ранг кўринишда бўлиб, беморни субъектив кучли қичишиш безовта қилган.

1. Беморга клиник ташхис куйинг.
2. Даво тактикангизни белгиланг.

Вазиятли масала №9

Она чақалоғи билан шифокор қабулига мурожаат қилди. Боланинг думба, чов бурмаларида аниқ чегараланган қизариш ҳолати кузатилади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
2. Касалликнинг келиб чиқиш сабаби нима?
3. Сизнинг даво тактикангиз қандай?

Вазиятли масала №10

Шифокор қабулига 43 ёшли бемор юз соҳасида оғриққа, ачишиш, шиш, қичишиш каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Касаллик белгилари 2 соат олдин кўзга, конъюнктивит касаллиги туфайли альбуцид эритмаси томизлгандан сўнг бошланган. Объектив: жараён тарқоқ ҳолда юз, кўз атрофи тери соҳаларида жойлашганлиги билан намоён бўлмоқда, ўчоқларда эритема асосида кўп миқдорда папуло-везикулали тошмалар кузатилади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
2. Қайси клиник белгиларга асосланиб ташхис қўйдингиз?
3. Даво чораларини белгиланг.

Атопик дерматит. Нейродермит

Вазиятли масала №11

Шифокорга 10 ёшли қиз бола кучли қичишиш ва уйқунинг бузилишига шикоят билан мурожаат қилган, онасининг сўзига кўра касаллик боланинг 1 ёшлигидан бошланган. Касаллик сурункали-қайталама кечган, асосан куз ва қиш ойларида касалликнинг кўзғалиши ҳолати қайд этилган. Объектив кўрувда: патологик жараён юз, бўйин, кўкрак, қорин, бел, тизза ва тирсак бўғимларининг букувчи юзаларида жойлашган бўлиб, тугунчали тошмалар, қаткалоқлар, эксориациялар ва лихенификация кўринишида намоён бўлади. Дермографизм: тери оқ, барқарор кўринишида. Юз терисининг рангпарлиги, орбиталарни кўқариши, инфраорбитал бурамаларнинг мавжудлиги. Кафт юзаларида носпецифик дерматит ҳолатининг кузатилиши қайд этилади.

1. Касалликни тўлиқ клиник ташхисини, даврини ва клиник шаклини аниқланг.

2. Даво чораларини белгиланг.

Вазиятли масала №12

Шифокор қабулига 40 ёшли аёл бўйиннинг орқа соҳаларида тери юзаларининг қалинлашиши ва қичишиши каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Касаллик аломатлари тахминан 3 йил аввал қаттиқ сиқилиш эвазига пайдо бўлган. Кўрилганда: бўйиннинг орқа соҳаларида яғирланиш ўчоқлари кузатилади, уларнинг юзаларида миляр тугунчалар кузатилиши қайд этилади. Кучли қичишиш эвазига тугунчалар юзалари шилинган ва геморрагик қатқалоқлар билан қопланган. Субъектив: шикояти кучли қичишишга. Дермографизм: оқ, турғун кўринишда.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Даво чораларини белгиланг.

Болалар қичимаси. Эшакем

Вазиятли масала №13

Врач кўрувига 36 ёшдаги аёл бутун тери юзаларида тошмалар тошишига, қўл, кўкрак ва бўйин соҳаларида шишларнинг пайдо бўлиши, нафас олиш жараёнини қийинлашуви каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Тошмалар 2 соат аввал ари чакқан захотиёк пайдо бўлган. Клиник жиҳатидан касаллик белгилари бутун тери бўйлаб каварчиқли тошмаларнинг тошиши билан намоён бўлган. Дермографизм: қизил, турғун, уртикар кўринишда. Субъектив: кучли қичишишга шикоят қилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Биринчи тиббий ёрдам тактикаси нимадан иборат?

3. Даво тактикангиз нимадан иборат?

Вазиятли масала №14

Шифокор қабулига 3 ёшли фарзанди билан она қўл ва оёқларнинг ташқи юзаларида тошмалар тошишига ва кучли қичишиш каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Касаллик аломатлари бронхопневмония ташхиси сабабли беморга антибиотиклар тавсия этилганлиги туфайли (ичак дисбактериоз ҳисобига) пайдо бўлган. Кўрилганда: қўл ва оёқларнинг ташқи юзаларида тугунчали, пуфакчали тошмалар кузатилади, баъзи тугунчалар юзаларида пуфакчаларнинг бўлиши қайд этилади. Пуфакчалар таркиби серозли суюқликдан

иборат. Жойларда кучли қичишишлар эвазига экскориациялар ва эрозиялар пайдо бўлган. Субъектив: беморни кучли қичишиш ҳолати безовта қилади. Дермографизм: оқ, нотурғун.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даво чораларини белгиланг.

Терининг йирингли кассаликлари. Оддий хуснбузар.

Вазиятли масала № 15.

Туғруқхонада 3 кунлик чақалоқда танаси бўйлаб майда пуфакчали тошмалар пайдо бўлган. Пуфакчалар таркибидаги суюқлик серозли-йирингли бўлиб, атрофлари қизарган кўринишда. Қўл ва оёқ кафт юзаларида эса тошмалар кузатилмайди. Тана ҳарорати 37,8 С ташкил этади.

1. Беморга ташхис кўйинг.
2. Қайси касаллик билан таққослов ташхисини ўтказиш мумкин?
3. Касалликни кўзгатувчиси нима.
4. Даволаш тактикасини белгиланг.

Вазиятли масала № 16.

3 ойлик боланинг елка, думба ва энса соҳаларида кўп миқдорда тугунли ва тугунчали тошмалар кузатилади. Тошмалар каттик консистенцияли, чегаралари аниқ, катталиги нўхат катталигидек бўлиб, айримлари юмшоқ, марказида флюктуация ҳолати кузатилади. Тана ҳарорати субфебрил.

1. Беморга ташхис кўйинг.
2. Қайси касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш мумкин?
3. Сизнинг даволаш тактикангиз қандай?

Вазиятли масала № 17.

Бир ҳафта олдин 4 ёшли боланинг юз ва қўл тери соҳаларида йирингчали тошмалар пайдо бўлган, тошмалар сони барган сари кўпая борган. Объектив кўрувда: юз, елка ва қўл бармоқлари соҳаларида пуфакчали тошмалар кузатилади, улар таркиби серозли-йирингли суюқликдан иборат бўлиб, атрофида яллиғланган хошиялар қайд этилади. Пуфакчали тошмаларнинг ёрилиши натижасида эрозиялар ҳосил бўлган, айримларининг қуриши ҳисобига эса «асалсимон қатқалоқлари» белгиси кузатилади.

1. Беморга ташхис кўйинг.

2. Касаллик пиодермияларнинг қайси клиник турига мансуб?
3. Касалликда кузатиладиган тошма элементлари қандай номланади.?

4. Сизнинг даволаш тактикангиз қандай?

Вазиятли масала №18

9 ёшли боланинг чап бурун, оғиз бурмалари соҳаларида катталиги 2х3см диаметрда бўлган тугунли тошма кузатилади. Шу соҳалар тери юзалари қизарган, тошмалар марказида йирингли таркиб кузатилади. Бемор ўзини 2 кун давомида хасталанган, деб таъкидламоқда.

1. Беморга ташхис қўйинг.
2. Касалликни кечиши қайси босқичда?
3. Даволаш чорасини белгиланг.

Вазиятли масала № 19.

Шифокор қабулига 23 ёшли бемор мурожаат қилди. Шикоятлари: бурун лаб учбурчаги соҳасида ачишиш ва қичишиш безовта қилади. Анамнезда: хасталаниши 2 ой олдин бошланган, жараён аввал юқори лаб соҳасидан марказида сочлар кузатиладиган йирингчалар шаклида бошланган, кейинчалик эса йирингчали тошмалар тезда қуриб қобиклана бошлаган. Борган сари зарарланган ўчоқлар ҳажми катталашиб борган. Шифокорга мурожаат этилганда беморга дезинфекцияловчи эритмалар ва малҳамлар тавсия этилган, лекин даво чоралари самара бермаган. Беморда йўлдош касалликлардан сурункали ринит, холецистит касалликлари қайд этилади. Объектив кўрувда: бурун лаб соҳаси учбурчагида кизариш, йирингчалар ҳамда йирингли сариқ рангли қатқалоқлар кузатилади. Беморни салбий шикоятлари вақти-вақти билан қичишиш, безовталанишдан шикоят қилади.

1. Сизнинг клиник ташхисингиз?
2. Ташхис қўйишда қандай текширувлардан фойданилади?
3. Даво ва профилактика чораларини белгиланг.

Терининг ирсий касалликлари

Вазиятли масала №20.

Шифокор кўрувида 5-ёшли қиз бола танасининг қўл ва оёқ соҳаларида пуфакли тошмаларнинг пайдо бўлиши, уларни чандиқлар ҳосил қилиб битиши, тирноқларининг қалинланиши, гипергидроз ҳолати ва тишларининг дистрофиясига шикоят қилади. Объектив кўрувда: қўл ва оёқ кафтларида гиперкератоз ҳолати,

тирсак ва тиззаларнинг букув соҳаларида эса серозли таркибга эга пуфакли тошмалар кузатилади. Никольский белгиси текширилганда сохта мусбат натижа кузатилади. Анамнезда: ота ва онаси яқин қариндош эканлиги қайд этилган.

1. Сизнинг клиник ташхисингиз?
2. Даво тактикангиз қандай?
3. Профилактика чораларини белгиланг.

Вазиятли масала №21.

Бемор Р. 10 ёшда, шифокор кўрувига терининг қуриши, қипиқланиши, баҳор ва куз ойларида эса қазғоқ ва қобиқларнинг ҳосил бўлиши юзасидан мурожаат қилди. Беморга вульгар ихтиоз ташхиси қўйилди.

1. Сизнинг даволаш тактикангиз?

Вазиятли масала №22.

5 ойлик бола энтеропатик акродерматит ташхиси билан даво чораларини олмоқда.

1. Сизнинг даволаш тактикангиз?

Вазиятли масала №23.

Бола туғилгандан сўнг терининг қуриши, қалин қобиқларни ҳосил бўлиши, айрим соҳаларда эса чуқур ёриқлар ҳосил бўлиши, оғиз атрофлари соҳаларининг эса торайиши ҳолати кузатилмоқда

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Вазиятли масала №24.

Шифокор хузурида 3 ёшли бола кўрилмоқда. Онасининг сўзига кўра 5 ой олдин боланинг орқа чиқарув тешиги атрофида, чов соҳаларида, қўл бармоқлирида тошмалар пайдо бўлган. Охириги вақтларда соч, киприк ва қошларнинг тўкилиши ҳолати кузатилган. Кўрувда: чов соҳасида шиш, инфильтрация, пушти рангли тери юзаларида эса эрозияли ўчоқлар кузатилмоқда. Сочлар, киприклар ва қошлар сийраклашган, бола гипотрофик кўринишда. Анамнезида: бемор ота-онаси қон-қариндош эканлиги қайд этилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даволаш тактикангиз?

Вазиятли масала №25.

9 ёшли бемор бола даволаниш учун касалхонага ётқизилди. Анамнезда: куз ва қиш ойларида бемор қўл ва оёқларининг ташқи юзаларида ва қорин соҳаларида қипиқлар ва қора қўтирлар пайдо

бўлиши аниқланди. Кўрувда: беморнинг тери соҳалари курук. Салбий шикоятлари йўқ.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Вазиятли масала №26

2 ойлик болага она сути берилиши тўхтатилгандан сўнг табиий тешиқлар атрофларида (оғиз, анус атрофи соҳаларида) қизариш ва эрозияларнинг пайдо бўлиши кузатилган. Анамнезда: бемор ота ва онасининг қон-қариндош эканлиги аниқланди.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Қандай текширувлар ўтказилиниши лозим?

Вазиятли масала №27.

1 ҳафтали бемор болани шифокор кўрувига олиб келинганда, болада гипотрофиянинг 2 даражали ҳолати кузатилмоқда, Курувда: бемор бола тери юзалари қалин қатқалоқлар билан қопланган, жойларда чуқур ёриқлар кузатилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?

Вазиятли масала №28.

2 ёшли Г. исмли ўғил болани шифокор кўригига лат ейиш туфайли пуфакли тошмаларнинг пайдо бўлиши шикояти билан олиб келинган: Кўрилганда: бемор бола бошининг сочли қисмда, думба, товон, тирсак, тизза соҳаларида ва оғиз шиллиқ қавати ва жинсий соҳаларда турли хил катталиқда бўлган, таркиби сероз суюқлиги билан тўлган пуфакли тошмалар кузатилади. Никольский симптоми манфий кўринишда. Тишлар, сочлар ва тирноқлар ўзгармаган. Субъектив: қичишиш ва ачишиш. Анамнезида: бемор ота ва онаси қариндош.

1. Сизнинг ташхисингиз?

Вазиятли масала №29.

Касалхонага 9 ойлик бемор болани табиий тешиқлар атрофида тошмалар тошиши муносабати билан олиб келинди. Бемор бола онасининг сўзига кўра касаллик аломатлари 1 ой аввал болани кўкрак эмизишдан чиқарилгандан сўнг бошланганлиги таъкидланади. Кўрилганда: Оғиз ва анус атрофи соҳаларида гиперемияланиш асосида эрозиялар, пуфакчали, пуфакли тошмалар ва енгил кипиқланишлар кузатилади. Болада кунига 5-6 маротаба ич кетиш аломатлари кузатилиши эвазига тана вазини йўқотилиши ҳамда соч ва қошларнинг тўкилиши ҳолатлари кузатилмоқда. Анамнезда: бемор ота ва онаси қон-қариндош.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Қандай текширувлар ўтказилиши лозим?

Терининг замбуругли касалликлари

Вазиятли масала №30.

Болалар боғчасига қатновчи 3 ёшли болага бошнинг сочли қисми микроспорияси ташхиси қўйилди. Касаллик ўчоқларидан микроспориум канис топилди.

1. Сизнинг тактикангиз, тутган йўлингиз?
2. Қандай эпидемиологик ишларни олиб бориш керак?

Вазиятли масала №31.

5 ёшли бемор болани шифокор кўригига олиб келинганда биллак соҳаси тери юзаларида аниқ чегарали, катталиги 1x1 ва 2x2 см да бўлган 2 та касаллик ўчоқлари аниқланди. Кузатилганда: ўчоқлар эритематоз доғлар кўринишида бўлиб, чегаралари бир оз кўтарилган ҳалқасимон шаклда, марказларида эса енгил қипиқланиш ҳолати кузатилади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз қандай?
2. Ташхисни қандай йўл билан тасдиқлайсиз?

Вазиятли масала №32

Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси касаллиги билан хасталанган 7 ёшли бемор бола бир неча кун давомида гризеофулвин дори воситасини истеъмол қилган натижада бемор болада бош оғриғи, кўнгил айнаши, ич кетиши аломатлари ҳамда қоннинг умумий таҳлилида лейкопения, эозинофилия, лимфопения каби ўзгаришлар кузатилди.

1. Сизнинг тактикангиз?

Вазиятли масала №33

Боғча болаларини кузатуви вақтида бир болада бошининг сочли қисми соҳасида сочларнинг тўкилган ўчоқлари аниқланди. Кўрувда: касаллик ўчоғида соч толаларининг турли хил баландликларда синиши ҳолати қайд этилади. Соч толаларини микроскопик текширилганда улар ичида касаллик кўзгатувчи замбуруғ *Achorion Shonlein* топилди.

1. Беморга қандай ташхис қўясиз?
2. Бемор ва унинг атрофидагиларга нисбатан қандай йўл тутасиз?
3. Касаллик манбаи бўлиб нима ҳисобланади?

Вазиятли масала №34.

38 ёшли бемор шифокор кўригига кўйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди. Уни бадан ҳароратининг 37,6 С кўтарилиши, бош оғриғига, ҳолсизлик ва бошнинг сочли қисмида йирингли тугунларнинг пайдо бўлиши безовта қилади. Анамнезда: бемор бир неча йиллар давомида подачи бўлиб ишлаб келган, қора моллар билан доимий равишда контакта бўлган. Молларнинг баъзи бирларида тери соҳаларида юнглари тўкилган ўчоқлар қайд этилади. Ветеренар-шифокор томонидан касалланган моллар кўрилиб, уларга темирлатки ташхиси қўйилган. Кўрилганда: бемор бошининг сочли қисмларида аниқ чегарага эга бўлган, йирингли қатқалоқлар билан қопланган бир нечта касаллик ўчоқлари қайд этилади. Йирингли қатқалоқлар олиб ташланганда эса ҳар бир соч фолликулаларидан йирингларнинг ажралиб туриши ҳолати кузатилади. Ўчоқлар кўриниши «асалари уяси» (Керион Цельси) белгиси кўринишида бўлиб, жағ ости лимфа тугунлари катталашиви ва салбий оғриқли бўлиши ҳолати кузатилади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Тўғри ташхис қўйиш борасида сизнинг тутган йўлингиз?
3. Қандай касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказасиз?

Вазиятли масала №35.

26 ёшли бемор дерматолог кўригига кўйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: оёқ қафти ва бармоқлари орасига тошмалар тошишади ва қичишади. Микроскопик текширувлар натижасида ўчоқлардан касалликни кўзгатувчи замбуруғ *Epidermophyton mentagrophites interdigitale varum* топилди. Анамнезда: касаллик белгилари 2 ҳафта аввал бемор бассейнда чўмилганидан сўнг пайдо бўлган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Сизни тутган тактикангиз?
3. Қандай касалликлар билан таққослов ташхиси ўтказиш лозим?

Терининг вирусли ва паразитар касалликлари

Вазиятли масала №36.

14 ёшли қиз болада дисменорея ҳолати кузатилади. Хайз цикли бошланиши вақтида чап томонлама катта уятли жинсий лаблар соҳасида эритематоз ҳолати асосида гуруҳ-гуруҳ, бир-бирига яқин

жойлашган, қўшилишга мойил бўлган, катталиги 0,2-0,2 см диаметрча бўлган, таркиби серозли суюқликдан иборат пуфакчали тошмалар пайдо бўлган. Субъектив: шикоятлари қичишишга ва ачишишга.

1. Клиник ташхисни қўйинг.

2. Қайси касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?

3. Касалликни қўзғатувчисини айтинг.

4. Сизнинг даво тактикангиз?

Вазиятли масала №37.

Оилада 2 фарзанд. Фарзанднинг кенжаси сувчечак билан касалланган, 7 кундан сўнг эса фарзанднинг каттасида чап томонлама қовурғалараро нерв йўллари бўйлаб дам-бадам кузатиладиган оғриқлар пайдо бўлган. Кейинчалик эса ушбу соҳада гиперимияланган асосда катталиги 0,5 х0,5 см келадиган, гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган, пуфакчали тошмалар пайдо бўлган. Пуфакчали тошмалар қобиқлари таранглашган, киндиксимон ботиклик кўринишида бўлиб, таркиби лойқаланган кўринишда. Беморда ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби ҳолатлар кузатилади.

1. Клиник ташхис қўйинг.

2. Касаллик кузгатувчисини айтинг.

3. Даво чораларини белгиланг.

Вазиятли масала №38.

Бемор боланинг юз соҳасида катталиги мошдай келадиган, юзаси ялтироқ, маркази ботик кўринишда бўлган тугунчали тошмалар кузатилади. Тугунчали тошмалар анатомик пинцент билан сиқиб кўрилганда, ичидан сузмага ўхшаш таркиб ажралиб чиқмоқда.

1. Касалликка ташхис қўйинг.

2. Даво чораларини белгиланг.

Вазиятли масала №39.

Шифокор қабулига 11 ёшли қизчанинг юз соҳасида кузатилаётган шиш ва оғриқлар туфайли олиб келишди. Анамнезда: тана ҳароратининг кўтарилиши билан биргаликда бош оғриғи, юз териси соҳасида эса қизариш ва шиш ҳолатлари кузатилган. 2-3 кун ўтгач эса ўша соҳаларда оғрувучан пуфакчали тошмалар пайдо бўлган. Бемор қизда илгарилари тез-тез юқори нафас йўллари касалликлари қайд этилиб турилган. Кўрилганда: юз териси

соҳасининг ўнг томонлама гиперимияланганлиги, шишганлиги ҳолати кузатилади. Шундай ҳолат асосида, таркибида сероз суюқликдан иборат, гуруҳ-гуруҳ, зич жойлашган пуфакчали тошмалар қайд этилади. Баъзи соҳаларида эса пуфакчали тошмалар бир-бирига қўшилишиб катта ўчоқларни ҳосил қилган. Пуфакчали тошмаларнинг эса ярми ёрилиб, эрозияларни ҳосил қилади. Беморнинг ўнг кўз қовоқлари шишган. Юз тери соҳасининг чап томонлама зарарланиши камроқ кузатилади. Субъектив: қаттиқ оғриқ ва ачишиш кузатилади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

2. Қайси касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?

3. Сизнинг даво тактикангиз қандай?

Вазиятли масала №40.

Шифокор қабулига 9 ойлик фарзанди билан ота-она мурожаат этдилар. Бемор онасининг сўзига кўра фарзандининг қўл бармоқлари оралиғида, қорин ва товон соҳаларида тошмаларнинг пайдо бўлиши, ҳамда уларни тунги қичишиш билан кечиши ҳолати қайд этилади. Объектив: юқорида қайд этилган соҳаларда жуфт-жуфт жойлашган, майда, тугунчали ва пуфакчали тошмалар кузатилади. Бундан ташқари жойларда тирналиш излари ҳам кузатилади. Бемор онасида ҳам худди шундай тошмалар борлиги қайд этилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Қайси касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?

3. Сизнинг тактикангиз?

Вазиятли масала №41.

Бемор П. 39 ёш, касаллик белгилари 1 ҳафта олдин бошланган. Бемор қўл ва бадан тери юзаларида тошмалар тошишига ва қичишишга шикоят қилади. Бемор «пруриго» ташхиси билан консультацияга юборилган. Объектив: билакларнинг букув соҳалари ва тирсак бўғимларини ёзув соҳаларида папула ва везикулали тошмаларнинг кўпроқ жойлашганлиги ҳолатини кўриш мумкин. Бундан ташқари қўлтиқ ости, кўкрак кафаси ён юзаларида, думба ва соннинг ички юзаларида ҳам тошмалар жойлашганлиги қайд этилади. Кўпинча тугунчали тошмалар марказида геморрагик қатқалоқлар кузатилади. Жинсий олат соҳасида ҳам худди шундай

тошмалар кузатилади, улар жойлашган соҳалар пушти қизғиш рангда бўлиб, бироз шиш ҳолати қайд этилади. Қорин ва думба соҳаларида жуфт-жуфт нуктасимон жойлашган геморрагик қатқалоқларни кўриш мумкин.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида қандай текширувларни ўтказиш лозим?

3. Касаллик учун хос бўлган патогномик белгиларни кўрсатинг.

4. Сизнинг тактикангиз?

5. Даволаш режасини белгиланг

Вазиятли масала №42.

Шифокор қабулига 30 ёшли аёл тошмаларни тошиши ва қичиши билан мурожаат қилди. Анамнезда: тошмалар 4 кун олдин пайдо бўлган, жараён қичиши билан кечган, қичишиш аломатининг асосан тунда кучайиши ҳолати қайд этилган. Объектив: бармоқлар орасида, қорин, сон ва жинсий аъзолар соҳасида жуфт-жуфт жойлашган папула-везикулали тошмалар ташкил этади. Қўл тирсақларининг ташқи қисмида майда, нуктали қора кўтир тангачалар кузатилмоқда.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида қандай текширувлар ўтказиш лозим?

Псориаз. Қизил ясси темиртки

Амалий масала №43.

Бемор қўл ва оёқлари ёзув юзаларида, тарқоқ, тўқ пушти рангда бўлган папулали тошмалар кузатилади, тошмалар катталиги 1x1 см диметрда, юзалари оқиш қипиқлар билан қопланган бўлиб, улар тугунчаларнинг ўрта қисмини эгаллаган. Баъзи тугунчали тошмалар атрофида қизил рангли гардиш кузатилади. Субъектив: қичишиш кузатилади. Тошмалар қиртишлаб кўрилганда ялтирок сатх, нам юза ва кейинчалик эса нўхтасимон қон чиқиши ҳолати кузатилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Қўйган ташхисингизни асослаб беринг.

Амалий масала №44.

Бемор 12 ёшда, 3 йилдан бери псориаз касаллиги билан хасталаниб келади. Касаллик асосан қиш фаслларида қайталанади. Охирги кўзғалиши 1 ой аввал бошланган бўлиб, амбулатор равишда

даволаниб келади. Кўрувда: тошмалар тарқоқ бўлиб, 5x10 см гача катталиқда бўлган пилакчалардан иборат, улар тўқ пушти рангда, юзаларида қипиқланиш ҳолати кузатилади. «Псориастик учлик» синамаси манфий. Тошмалар 1 ойдан бери ўзгаришсиз сақланмоқда.

1. Псориаз шаклининг ва турини аниқланг.
2. Даво тактикасини белгиланг.

Амалий масала №45.

Бемор 27 ёшда. Қўл ва оёқларининг буқув соҳаларида тошмалар тошишига шикоят қилади. Обектив: жойларда мономорф тугунчали тошмалар кузатилиб, улар ясси, полигонал шаклга эга ва юзалари ялтироқ кўринишларда. Оғиз бўшлиғи ва катта уятли лабларнинг ички юзаларида бир оз кўтарилган, оқиш рангдаги тошмалар кузатилади. Субъектив: тошмалар бор соҳаларда кучли қичишиш, шиллиқ қаватлардаги тошмаларда эса ачишиш ҳолатлари кузатилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даво тактикаси қандай?

Қизил югурик. Склеродермия. Дерматомиозит

Вазиятли масала №46.

8 ёшдаги беморнинг пешона соҳасида чизиксимон, катталиги 5x1 см да бўлган, фил суяги рангидаги, қуруқлашган, дарахтсимон кўринишида, қаттиқлашган, тери манзараси яссиллашган паталогик касаллик ўчоғи кузатилади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Беморни текшириш режасини кўрсатинг.

Вазиятли масала №47.

Шифокор кўрувига 44 ёшдаги, агросаноат бирлашмаси ишчиси Ю. исмли аёл зарарланган ўчоқларда ачишишга ва игнасимон санчиш билан мурожаат қилди. Юз соҳасида ўчоқлар «капалак» белгиси кўринишида наоён бўлади. Анамнезда: бемор касалликнинг ривожланишини вақти-вақти билан совуқ қотиш ва узоқ вақт қуёш нурлари остида бўлганлиги билан боғлайди. Сурункали ангина хасталиги туфайли бир неча марта сульфаниламид дори воситаларини қабул қилган. Тошмалар уч ой аввал юз соҳасида пайдо бўлган, жараён аста-секин зўрайиб борган. Шу кунга қадар бемор текширувлардан ўтмаган, яллиғланишга қарши малҳамларни қўллаб даволанган холос. Обектив: юзнинг

ёнок ва бурун усти соҳаларида «капалак» шакли кўринишида эритемали ўчоқ кузатилади. Ўчоқ шунингдек, даҳан ва лаб соҳаларида ҳам жойлашган бўлиб, аниқ чегарали кўринишга эга. Тошмалар қизил-пушти рангда бўлиб, усти қалин мугуз қатқалоқлар билан қопланган. Тошмалар соч фолликулларига боғлиқ бўлиб (фолликуляр гиперкератоз), ўчоқлар мадда ва пилакчалардан иборат. Ўчоқлар атрофида телеангиэктазия, марказида эса чандикланиш аломатлари кузатилади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Якуний ташхис қўйиш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказилиши лозим?

Вазиятли масала №48.

Шифокор кўригига 38 ёшдаги Ж. исмли ўқитувчи бемор аёл қорин соҳасидаги касаллик ўчоқлари, терининг совуқлиги ва таранглашишига шикоят билан мурожаат қилди. Анамнезда: касалликни бошланишини бемор совуқ қотиши ва тез-тез ангина билан касалланганлиги билан боғлайди. Навбатдаги совуқ қотишдан сўнг уч ҳафта ўтгач, қорин соҳасида кўкимтир-қизил рангдаги айлана шаклида пилакчали ўчоқлар пайдо бўлган. Зарарланган ўчоқ шишган ва хамирсимон қаттикликда бўлиб, бир неча ҳафтадан сўнг ушбу ўчоқ дарахтсимон кўринишда қаттиқлашиб, оч сиёҳ рангга кирган. Бемор даволанмаган. Йўлдош касалликлари – қалқонсимон без касаллиги туфайли шифокор-эндокринолог, сурункали тонзиллит касаллиги туфайли эса ЛОР-шифокори ҳисобида туради. Объектив: қорин соҳасида кафт ҳажми катталигида бўлган, силлиқ, ялтироқ, қаттиқлашган касаллик ўчоғи кузатилади. Ўчоқ ранги сарғимтир-пушти рангда бўлиб, атрофида ўзига хос бинафша ранг ҳалқа мавжуд, шакли нотўғри-овал шаклда, маркази эса бироз чуқурлашган. Пайпаслаб кўрилганда ўчоқ дарахтсимон кўринишда қаттиқлашган, остидаги тўқималарга зич ёпишган, бурмаларга йиғилмайди, кўриниш манзараси силлиқлашган, соч толалари кузатилмайди.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Дерматозни қайси касалликлар билан таққослаш лозим?

Вазиятли масала №49.

45 ёшдаги Д. исмли бемор шифокор-дерматолог томонидан кўрилганда унга «қизил югурик» ташхиси қўйилган. Бемор барча текширувлардан тўлиқ ўтган ва касаллик ташхиси тасдиқланган.

1. Беморга қандай текширувлар ўтказиш лозим?
2. Даво чораларини белгилашда сизнинг тактикангиз?

Вазиятли масала №50.

Бемор М., 14 ёшда, шифокорга пешона ва бошнинг сочли қисмларида тери қаттиқлашишига шикоят қилган. Об'ектив: юқорида қайд этилган соҳаларда чизиксимон шаклдаги, фил суяги рангида, бурмалар ҳосил қилмайдиган, қаттиқлашган ўчоқ кузатилади. Онанинг сўзига кўра касаллик бир йил аввал бошланган, бемор ҳеч қаерда текширилмаган ва даволанмаган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Вазиятли масала №51.

23 ёшли бемор мушакларида кучайиб борувчи ҳолсизликка, жумладан, қўл ва оёқларнинг проксимал қисмларида мушакларининг зарарланишига шикоят қилиб шифохонага мурожаат қилган. Ён-атрофидагиларнинг ёрдамисиз ўрнидан тура олмайди. Ютиниши қийинлашган. Об'ектив: периорбитал соҳаларда шиш ва кўз қовоқларининг сиёхранг кўриниши эритемаси кузатилади. Терининг қуёш нурларига таъсирчанлиги кучайган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Беморга теширувларни белгилашдаги сизнинг тактикангиз?

Янги туғилган чақалоқлар тери касалликлари

Вазиятли масала №52.

Туғруқхонада беш кунлик чақалоқда елка, думба соҳаларида ҳажми 1-3 см ли тугунли тошмалар пайдо бўлган. Пайпаслаб кўрилганда тугунли тошмалар қаттиқлашган, устидаги тери юзалари оч пушти рангда. Атроф тери юзалари ўзгаришсиз. Туғруқ жараёни асбоб-анжомлар ёрдамида ўтказилган ва жараён оғир кечган. Бола 4500 гр. вазнда туғилган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қандай касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?
3. Қандай муолажаларни ўтказиш керак?

Вазиятли масала №53.

Бемор бола 3 ҳафталик, ота-онаси теридаги қаттиқлашишга шикоят қилиб олиб келишган. Анамнезида: бола чала туғилган, қаттиқлашишлар бола ҳаётининг 2-ҳафтасида совуқ қотишидан сўнг пайдо бўлган. Об'ектив: қорин ва қўл соҳаларида тери

қаттиқлашган, хамирсимон кўринишда, шишган, таранглашган. Бармоқ билан босиб кўрилганда из қолдиради. Ўчоқлар чегараси – оч жигаррангда.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Қандай касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?

3. Қандай муолажаларни ўтказиш керак?

Вазиятли масала №54.

Шифокор кўригига 6 ойлик чақалоқ билан онаси мурожаат этди. Шикоятлари: тери бурма соҳаларидаги қизаришлар. Касаллик 2 кун аввал бошланган. Бу белгилар билан бир вақтда беморда тез-тез ич кетиши ҳолати кузатилади. Объектив: бўйин, қўлтиқ ости, чов, сон ва бошқа бурмали соҳаларида сувланиш жараёни кучли намоён бўлиб, гиперемия ҳолати кузатилади, бошнинг сочли қисмида эса ёғли қатқалоқлар қайд этилади. Субъектив: бемор шикоятлари оғриққа, ачишишга. Бемор паратрофик кўринишда.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Қандай касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?

3. Қандай муолажаларни ўтказиш лозим?

Чин акантолитик пўрсилдоқ.

Дюрингнинг учуксимон дерматити

Вазиятли масала №55.

Шифокор дерматовенеролог ҳузурига 50 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: кўкрак, қорин, бел, қўл ва оёқ соҳаларига тошмалар тошиши, кучсиз қичишиш ва ачишиш. Анамнезда: тошмалар 2 ҳафта аввал пуфакли тошмалар кўринишида тошиб, сўнг эса ўз-ўзидан ёрилган ва битмаган эрозияли ўчоқлар пайдо бўлган, бундай ўчоқлар атрофида янги тошмаларнинг кузатилиши қайд этилган. Объектив: теридаги патологик жараён ярим ўткир яллиғланиш кўринишида бўлиб, уларни жойлашиши тарқоқ ва симметрик кўринишга эга. Асосий тошма элементлари пуфаклар, эрозиялар геморрагик қатқалоқлар бўлиб хизмат қилади. Пуфакли тошмалар қобиғлари юпқа, тез ёрилувчан, таркиби сероз ёки сероз-геморрагик суюқликлар билан тўлган. Эрозиялар чегаралари эса аниқ бўлиб, оч-қизғиш тубли кўринишларда намоён бўлади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қандай лаборатор текширув усулларини ўтказиш лозим?
3. Қайси клиник усуллар ташхисни асослайди?

Вазиятли масала №56.

17 ёшли беморнинг юз, ёноқ тери соҳаларида қичишиш ва ачишиш аъломатлари билан кечувчи тошмалар пайдо бўлган. Тошмалар аста-секин бошнинг сочли қисми, бўйин, кўкрак соҳаларига тарқалган. Объектив: теридаги ўчоқлар қалин, сарғимтир қатқалоқлар билан қопланган, баъзи соҳаларда оч-қизғиш тубли эрозиялар кузатилади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қандай касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?
3. Қайси белгилар ва текширув усуллари сизнинг қўйган ташхисингизни асослайди?

Вазиятли масала №57.

7 ёшли бемор бола кўкрак, қорин, курак, бел, қўл-оёқ соҳаларига тошмалар тошишига шикоят қилиб шифокорга мурожаат этган. Тери юзаларидаги касаллик белгилари полиморф экссудатив кўринишда, гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган пуфакли, пуфакчали, қаварчиқли тошмалардан иборат. Пуфакли ва пуфакчали тошмалар қобиғи қалин бўлиб, таркибида серозли суюқликлар кузатилади. Субъектив: ўчоқларда оғриқ ва кучсиз қичишиш безовта қилади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қайси белгилар ва лаборатор текширувлар сиз қўйган ташхисни асослайди?
3. Даволаш тактикангиз?

Захм. Захмнинг умумий кечиши, серодиагностикаси.

Бирламчи захм

Вазиятли масала №58.

Бемор 30 ёшда, тана вазни 60 кг ни ташкил этади. Икки ҳафта илгари пастки лабининг қизил ҳошияси соҳасида жимжилоқ тирноғи катталигидек келадиган, янги-сўйилган гўшт ранги кўринишида бўлган эрозияли яра ҳосил бўлган. Пайпаслаб кўрилганда эрозия тубида қаттиқ мадда қайд этилади. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, қаттиқ-эластик консистенцияга эга. Вассерман жараёни манфий.

1. Тахминий ташхисни қўйинг.
2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида, қўшимча қандай чораларни қўллаш лозим?
3. Даво чораларини белгиланг.

Вазиятли масала №59.

Маслаҳат поликлиникаси жарроҳи қабулига 16 яшар А. исмли бемор жинсий аъзолар соҳасида кучли оғриққа ва сийиш вақтида кийналаётганлиги сабабли мурожаат қилди. Анамнезда: 45 кун аввал номаълум аёл билан жинсий алоқада бўлганлиги, 10 кун аввал эса закар халтачасининг ички юзасида яра пайдо бўлганлиги аниқланди. Кўрувда: закар бошчаси ва халтачасининг териси қизарган ва шишган. Закар халтачаси тешиги торайган ва шунинг ҳисобига бемор сийишга қийналмоқда. Чов соҳасидаги лимфа тугунлари ёнғоқ ҳажмигача катталашган, оғриқсиз, атрофдаги тўқималар билан қўшилмаган.

1. Тахминий ташхисингиз?
2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида, қўшимча қандай чораларни қўллаш лозим?
3. Жарроҳнинг кейинги тактикаси қандай?

Вазиятли масала №60.

ЛОР шифокори қабулига 25 ёшли аёл мурожаат қилди. Бемор кўрилганда: бодомча безининг бир томонлама пушти ранг кўринишида катталашганли ҳолати кузатилади, яллиғланиш ҳолати кузатилмайди, ўчоқлар чегараси аниқ, бемор ютинган вақтида оғриқ кузатилмайди. Бодомча беги шпател билан пайпаслаб кўрилганда қаттиқлик аъломати сезилади. Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари ловиядан то ёнғоқ ҳажмигача катталашган, ҳаракатчан, атроф тўқималари билан бирикмаган ва оғриқсиз кўринишда.

1. Тахминий ташхисни қўйинг.
2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида қўшимча қандай текширувларни ўтказиш лозим?
3. ЛОР шифокорининг кейинги тактикаси қандай?

Иккиламчи, учламчи ва яширин захм

Вазиятли масала №61.

Педиатр кўрувида бемор бола бошининг сочли қисми ва юз териси соҳаларида сариқ-яшил тусли қатқалоқли ўчоқлар кузатилади.

1. Ўчоқлар қандай тошмалар ҳисобига ҳосил бўлган?

2. Қатқалоқлар қандай хусусиятга эга?
3. Яна қандай қатқалоқлар кузатилиши мумкин?

Вазиятли масала №62.

Боланинг сон териси соҳасида диаметри 0,2 см дан 0,4 см гача ўлчамда бўлган кўплаб юмалоқ чегарали эрозиялар кузатилади.

1. Эрозиялар қандай тошма элементларига киради?
2. Эрозияга таъриф беринг.
3. Эрозиялар қандай битади?

Вазиятли масала №63.

Беморнинг тери биоптатида гистологик паракератоз аниқланди.

1. Паракератозда теридаги кузатиладиган ўзгаришларини таърифлаб беринг.

2. Бундай ҳолда терида қандай морфологик элементлар юзага келади?

Вазиятли масала №64.

14 ёшли бемор бола терисида даврий равишда бирламчи бўшлиқли экссудатив тошмаларнинг тошиши кузатилади. Тошмаларнинг бир-бири билан бирлашиши ва уларнинг тезда сўрилиб кетиши хусусияти хос.

1. Тошма элементи номини айтинг.
2. Қуйидаги тошма элементини таърифлаб беринг.
3. Қуйидаги тошма элементи яна терининг қандай касалликларида кузатилади?

Туғма захм. Захмни даволаш ва профилактикаси

Вазиятли масала №65.

2 ҳафтали янги туғилган чақалоқ текширилганда кафт ва товон соҳаларида инфилтратланган асосда яримшарсимон кўринишга эга, таркибида аввал тиниқ, сўнг эса лойқа ранг кўринишда суюқлик тутган пуфакли тошмалар кузатилади. Пуфакли тошмалар алоҳида жойлашган бўлиб, бир-бири билан қўшилишга мойил эмас, тошмалар ёрилиши натижасида тез қонашга мойил бўлган эрозив ўчоқлар ҳосил қилмоқда. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли.

1. Қандай касаллик ҳақида фикр юритиш мумкин?
2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида қандай текширувлар ўтказилиши керак?
3. Қандай касалликлар билан таққослаш зарур?

Вазиятли масала №66.

Офтальмолог кўригига шифокор-дерматовенеролог томонидан 16 ёшли қиз бола паренхиматоз кератит ташхиси билан жўнатилди. Текширувлар натижасида беморда қиличсимион болдир белгиси аниқланган.

1. Сиз қандай касаллик ҳақида уйлайсиз?
2. Ташхисни асослаш мақсадида қандай қўшимча текширувларни ўтказиш зарур?
3. Сизнинг клиник ташхисингиз?
4. Қандай касалликлар билан таққослов ташхиси ўтказилади?

Вазиятли масала №67.

Ҳомиладорликнинг 27-28 ҳафталаарида бўлган аёл захм касаллигини юқтирган. Ҳомила натижаси қандай бўлишини таърифланг.

1. Бола соғлом туғилади.
2. Эрта бола тушиши ҳолати кузатилади.
3. Кеч бола тушиши ҳолати кузатилади.
4. Бола эрта туғма захм аломатлари билан туғилади.
5. Бола туғма захм клиник белгиларисиз туғилади.

Вазиятли масала №68.

Аёл кишининг ёши 25 да, вазни 45 кг. Ҳомиладорлигидан 16 ҳафта олдин захм касаллиги билан хасталанган, ҳозирда диспансер назорати остида турибди.

1. Ҳомиладор аёлга ҳомиладорлик даврида даво ўтказилиши лозимми?
2. Қандай даво чоралари ўтказилади?
3. Даволаш схемаси қандай тарзда ўтказилиши керак?

Вазиятли масала №69.

Захм касаллиги билан хасталанган бемор билан жинсий алоқада бўлгандан сўнг 2 ҳафта вақт ўтди.

1. Жинсий алоқада бўлган шахсга нисбатан шифокор ёндашуви қандай бўлиши лозим?
2. Даволаш схемаси қандай олиб борилади?

Вазиятли масала №70.

5 ойлик Г. исмли бола. Кеч туғма захм бўйича даволанаяпти.

1. Пенициллин микдорини ҳисобланг.
2. Даво давомийлиги қанча вақтни ташкил этади?

Сўзак. Қиз болалар сўзаги. Гонобленорея. Даво ва профилактикаси

Вазиятли масала №71.

Туғруқхонада янги туғилган чақалоқнинг чап кўзи шиллик қаватларидан 2 кун давомида серозли-йирингли оқмалар ажралиши кузатилган, эртасига йиринг ажралиши кўпайган ҳамда ўнг кўзда ҳам худди шундай ўзгаришлар пайдо бўлган. Кўрик маҳалида бемор бола қовоқлари шишган, кўз скелераси қизарган, томирлари кенгайган, кўз олмасини ён соҳалари босиб кўрилганда йирингли оқмалар чиқиши кузатилади. Бола инжиқ, безовталанган, уйқуси бузилган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида қандай текширув усулларини ўтказиш керак?
3. Касаллик кўзғатувчисини айтинг.
4. Сизнинг даво тактикангиз?

Вазиятли масала №72.

Шифокор қабулига 32 ёшли уйланган эркак шахс мурожаат этди. Бемор сийганда ачишиш ва оғриқларга шикоят қилади. Бемор ўзини 3-4 кундан бери касал, деб ҳисоблайди. Касаллик белгилари илк бор эрталаб сийганда ачишиш ҳамда уретрадан йирингли ажралмалар ажралиши ва сийишдан олдин оғриқ пайдо бўлиши билан намоён бўлган. Бемор мустақил ҳолда ўзига марганцовкадан ванночка қилган, шу сабабли уретрадан ажралмаларнинг ажралиши камайган, лекин эрталаб оз миқдорда йирингли ажралмаларни ажралиб турганлиги сабабли шифокор-венерологга мурожаат қилган. Бемор сўзига кўра 15 кун аввал маст ҳолатда бегона аёл билан жинсий алоқада бўлган. Бошқа жинсий алоқаларни инкор этади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Қандай текширувлар ўтказилиши лозим ва қайси инфекциялар юзасидан?
3. Провакация усулидан фойдаланиш зарурми?
4. Қуйидаги ҳолатда шифокор-венерологнинг иш ҳажми қандай?

Вазиятли масала №73

Венеролог кўригига 19 ёшли қиз бола жинсий азоларидан ажралаётган йирингли ажралмалар ва сийиш вақтида кузатиладиган оғриқлар билан мурожаат қилди. Касаллик аломатлари 2 кун аввал пайдо бўлган. Бемор ўз касаллигини 10 кун аввал жинсий жиҳатидан зўрланганлиги билан боғлайди. Кўрик вақтида уретра даҳлизи

соҳаси гиперемияланган, шишган, яшил- сарғимтир йирингли ажралма кузатилмоқда, худди шундай ажралмалар цервикал каналдан ҳам ажралаётганлиги қайд этилмоқда. Лимфа тугунлари катталашмаган, тана ҳарорати меъёрида. Бемор турмиш қурмаган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Беморга нисбатан текширувлар режасини тузинг.
3. Даво тактикасини белгиланг.

Гонококксиз уретритлар

Вазиятли масала №74

Шифокор-терапевтга 35 ёшли эркак киши тизза бўғимларидаги шишга, оғриққа, кўзидан оз миқдорда серозли ажралмалар оқишига, ёруғликка қаролмаслик ва ёруғликдан кўрқиш каби шикоятлар билан мурожаат қилди. Бемор сўзига кўра шифокорга мурожаат қилишдан бир ҳафта олдин сийдик йулларидан ажралмалар ажралиши ва тез-тез сийиш ҳолатлари кузатилган .

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
2. Ташхиснинг тасдиқланиши учун қандай текширувларни ўтказиш керак?
3. Шифокор тактикаси қандай бўлиши лозим?

Вазиятли масала № 75

29 ёшли аёлда ҳимояланмаган жинсий алоқадан сўнг 7 кун ўтгач ноҳуш ҳидли, сарғимтир-яшил, кўпиксимон ажралмалар ажралиши, қичишиш, ачишиш каби ҳолатлар кузатилди.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
2. Қайдай касалликлар билан таққослов ташхисини ўтказиш лозим?
3. Даво тактиканингиз қандай?

Вазиятли масала № 76

Гинеколог қабулига 42 ёшли аёл жинсий аъзолар соҳасидан ажралмаларнинг ажралиши, қичишиши юзасидан мурожаат қилди. Вагиноскопияда: шиллик қаватларда гиперемия, оқ гард билан қопланганлиги, ушоқсимон, сузмасимон кўринишдаги ажралмаларни ажралиши ҳолати кузатилади. Микроскопик текширувларда эса кўп миқдорда ғуж-ғуж бўлиб жойлашган, юмалоқ кўринишдаги ачитқисимон ҳужайралар ва псевдомицелиялар кузатилади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Даво тактикасини белгиланг.

Орттирилган иммун танқислиги синдроми

Вазиятли масала №77

Шифокор қабулига 35 ёшли бемор ҳолсизлик, суякларда оғриқ, йўтал, болдирнинг олд тери соҳаси юзаларида тошмаларни пайдо бўлиши шикоятлар билан мурожаат қилди. Кўрув маҳалида: беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, озгин, қўлтиқ ости, тирсак, бўйин, чов соҳаси лимфа тугунлари ёнғоқ катталигигача катталашган, ҳаракатчан, оғриқсиз. Ўпкада дағал нафас олиш кузатилади. Иккала болдирнинг олдинги юзаларида тугунчали тошмалар тошган бўлиб, уларнинг катталиги 10-15 тийинлик тангадек бўлиб, юзалари силлиқ кўринишларда, баъзи тошмалар бир-бири билан қўшилишиб кўкимтир-қизғиш пиллакчаларни ҳосил қилади.

1. Дастлабки ташхисни қўйинг.
2. Ташхисни асослаш мақсадида қандай текширувларни ўқазин керак?

Вазиятли масала №78

Бемор 38 ёшда, охириги 3 ой ичида крупоз зотилжами ташхиси билан касалхонанинг пульмонология бўлимида ётиб даволанган. Антибиотикларни қўллаб даволангандан сўнг ҳам ўпкадаги ўзгаришлар кучайиб борган, тана ҳарорати эса субфебриль кўрсаткичларда бўлиб келган. Бемор тобора ҳолсизланиб бормоқда, озиб кетмоқда, полиаденит ҳолати кузатилмоқда. Қонда лейкопения қайд этилади.

1. Қандай ташхис ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Касалликни аниқлаш усуллари кўрсатинг.

Вазиятли масала №79

Бемор Ж. 45 ёшда, ҳолсизликка ва ич кетишига шикоят қилади. Кўрув маҳалида бемор озгин, полиаденит ҳолати кузатилмоқда. Ичак йўллари бўйлаб оғриқ ва вақти-вақти билан тана ҳароратининг кўтарилиб туриши қайд этилмоқда.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни аниқлаш усуллари?

Вазиятли масала №80

Бемор В. 60 ёшда, шифокорга қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: қўл ва оёқ соҳаларига тошмалар тошиши ва оғриқларга. Кўрув маҳалида: қўл ва оёқ кафтлари бармоқлари

ораларида ранги қизғиш-кўкимтир бўлган думбоқчали тошмалар кузатилади. Қон иммунограммасида - ИРИ кўрсаткичининг пасайиш ҳолати кузатилади (СД4/СД8=0,6)

1. Дастлабки ташхис қандай?
2. Сизнинг тактикангиз нималардан иборат?

ТЕСТ САВОЛЛАРИ ЖАВОБЛАРИ ЭТАЛОНИ

№	Жавоб	№	Жавоб	№	Жавоб	№	Жавоб
1.	Г	2.	Д	3.	Д	4.	Д
5.	Г	6.	Д	7.	Д	8.	Д
9.	Д	10.	В	11.	Г	12.	Д
13.	А	14.	Д	15.	Д	16.	А
17.	Б	18.	Д	19.	Д	20.	Д
21.	Д	22.	В	23.	Д	24.	Д
25.	Д	26.	А	27.	Д	28.	Б
29.	Д	30.	Д	31.	А	32.	А
33.	Б	34.	В, Б, Г	35.	А, Б, Г	36.	А, В, Г
37.	Б	38.	Б	39.	В	40.	Д
41.	В	42.	Б	43.	Б	44.	Б
45.	Б	46.	Б	47.	Г	48.	А
49.	А	50.	Д	51.	А	52.	Д
53.	Г	54.	Д	55.	В	56.	В
57.	Д	58.	А, Б, В, Г	59.	А, В, Г, Д	60.	В
61.	Д	62.	Д	63.	Б	64.	Б
65.	А	66.	А	67.	В	68.	А
69.	А	70.	А, В, Д	71.	Б, В, Д	72.	Б, В, Д
73.	А, В, Д	74.	А, Б, В	75.	А, Б, В	76.	А, Б, В
77.	А, В, Д	78.	А, В, Г	79.	А, Б, В	80.	А, Б, Г
81.	А, Б, Г	82.	А	83.	А	84.	А
85.	А	86.	А	87.	А	88.	В
89.	Д	90.	А, Б, В	91.	А, Б, В	92.	А, Б, В
93.	Б	94.	Д	95.	Г	96.	Б
97.	Г	98.	А	99.	Г	100.	Д
101.	А	102.	В	103.	Д	104.	Д
105.	Б	106.	Д	107.	В	108.	Г
109.	Д	110.	В	111.	Д	112.	Д
113.	А	114.	А	115.	В	116.	Г
117.	А	118.	Д	119.	А	120.	А
121.	А	122.	Д	123.	Г	124.	Б
125.	В	126.	Б	127.	Г	128.	А
129.	Д	130.	А	131.	В	132.	Б
133.	А	134.	В	135.	Б	136.	А
137.	В	138.	А	139.	А	140.	Г
141.	Д	142.	Б	143.	В	144.	Г
145.	Г	146.	В	147.	В	148.	А
149.	Б	150.	Б	151.	Д	152.	А, Б, В
153.	А, Б, В	154.	Б, В, Д	155.	А, Б, Г	156.	Б, В, Д
157.	А, В, Г	158.	Б, В, Д	159.	А, Б, В	160.	А, Г, Д
161.	Б	162.	В	163.	В	164.	Д

165.	Г	166.	Д	167.	а	168.	Д
169.	а	170.	В	171.	а	172.	Д
173.	д	174.	Г	175.	Д	176.	а
177.	б	178.	б	179.	б	180.	б
181.	б	182.	а	183.	Г	184.	б
185.	б	186.	Д	187.	В	188.	Г
189.	д	190.	д	191.	б	192.	б
193.	а	194.	б	195.	б	196.	Д
197.	б	198.	а	199.	а, Г, Д	200.	В, Г, Д
201.	б, В, Г	202.	б	203.	В	204.	В
205.	б	206.	б	207.	В	208.	б
209.	В	210.	б	211.	б	212.	б
213.	б	214.	а	215.	а	216.	а
217.	б	218.	В	219.	а	220.	В
221.	б	222.	Г	223.	а	224.	б
225.	В	226.	В	227.	б	228.	а
229.	а	230.	В	231.	а	232.	б
233.	В	234.	а	235.	В	236.	В
237.	а	238.	В	239.	В	240.	Д
241.	б	242.	Г	243.	В	244.	В
245.	б	246.	Г	247.	Д	248.	Г
249.	б	250.	В	251.	а	252.	Г
253.	Г	254.	б	255.	а, б, В	256.	а, б, В
257.	а, В, Д	258.	а, б, В	259.	б, Г, Д	260.	б, В, Г
261.	а, б, В	262.	б, В, Д	263.	а, В, Д	264.	В, Г, Д
265.	а, В, Д	266.	а, В, Г	267.	а	268.	б
269.	В	270.	В	271.	Д	272.	Г
273.	б	274.	Д	275.	а	276.	Д
277.	д	278.	Г	279.	б	280.	а
281.	а	282.	а	283.	б	284.	Д
285.	Г	286.	Г	287.	а	288.	Г
289.	Г	290.	а	291.	Д	292.	Д
293.	В, Г, Д	294.	В, Г, Д	295.	В, Г, Д	296.	а, б, В
297.	а, б, В	298.	Д	299.	Г	300.	б
301.	В	302.	Г	303.	а	304.	а
305.	а	306.	а	307.	а	308.	Г
309.	б	310.	б	311.	б	312.	В
313.	Г	314.	б	315.	б	316.	Д
317.	Г	318.	б	319.	Г	320.	а
321.	а	322.	Г	323.	а	324.	б
325.	а	326.	а	327.	Г	328.	Д
329.	Д	330.	а	331.	В	332.	а
333.	а	334.	а	335.	а, б, В	336.	а, В, Г
337.	В, Г, Д	338.	а, б, В	339.	а, б, В	340.	а, Д, В, б, Г
341.	Д, а, Г, б, В	342.	б, В, а, Г, Д	343.	Д, Г, б, В, а	344.	а, б, Д, Г, а
345.	В, а, б, Г, Д	346.	Г, б, Д, а, В	347.	а, Г, В, б	348.	б, В, Г, а
349.	В, б, а	350.	Г, Д, а, б	351.	В, б, а, Г, Д	352.	Г, б, В, а
353.	б, а, Д, Г, В	354.	б, а, Д, В, Г	355.	б, В, а	356.	а, В, б, Г, Д

357.	а, в	358.	б, в, г, а	359.	г, а, в, б	360.	б, в, а
361.	а, б, в	362.	б, в, а	363.	б, в, а	364.	а, б, г, в, д
365.	а, б, в, г, д	366.	а, в, б, г	367.	в, б, а	368.	в, б, г, а
369.	б, а, в, г	370.	в, а, б, г	371.	в, а, б	372.	а, г, б, в, д
373.	б, а, в, г, д	374.	а, б, г, д, в	375.	в, б, а	376.	в, б, г, а
377.	а, б, д, в, г	378.	а, в, б	379.	г, б, в, а	380.	а, б, в, г, д
381.	г, в, б, а, д	382.	а, б, в	383.	б, а, в, д, г	384.	в, г, д, б, а
385.	а, б, в, г	386.	а	387.	в	388.	а
389.	д	390.	б	391.	а	392.	в
393.	а	394.	г	395.	а	396.	д
397.	б	398.	г	399.	г	400.	а
401.	в	402.	а	403.	д	404.	а
405.	г	406.	в	407.	д	408.	б
409.	а	410.	а	411.	д	412.	в
413.	г	414.	в	415.	а	416.	в
417.	а	418.	б	419.	г	420.	а
421.	д	422.	б	423.	г	424.	а
425.	в	426.	а	427.	г	428.	д
429.	б	430.	д	431.	в	432.	а

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР ЖАВОБЛАРИ ЭТАЛОНИ

№	Терининг тузилиши
Вазиятли масала №1.	1.Бу қатқалоклар бирламчи экссудатив тошмаларнинг қуриши натижасида пайдо бўлади. 2. Бу сариқ-яшил рангли қатқалоклар йирингчаларнинг ёрилиб қуриши ҳисобига пайдо бўлади. 3.Бундан ташқари қатқалоклар геморрагик, серозли ва аралаш кўринишларида (серозли-йирингли, йирингли-геморрагик) ҳам бўлиши мумкин.
Вазиятли масала № 2.	1. Эрозия иккиламчи тошма элементларига қаторига киради. 2. Эрозия – бу терининг юзаки дефекти бўлиб, жойлашиши бўйича эпидермисни базал қаватигача етиб бориши мумкин. 3. Эрозия ўзидан сўнг чандиқ қолдирмайди, у қобик ҳосил қилади, қобик қуриб тушгандан сўнг эса вактинчалик гипо ёки гиперпигментация қолдиради.
Вазиятли масала № 3.	1. Паракератоз-бу эпидермисни шоҳ қаватида мугузланишнинг ошиб кетишидир. 2.Паракератоз натижасида терида қипикланиш ҳолати кузатилади.
Вазиятли масала № 4.	1.Қаварчиқ–urtica. 2.Қаварчиқ – бирламчи экссудатив тошма элементи бўлиб, у дерманинг сўрғичсимон қавати шишиши ҳисобига пайдо бўлади. 3.Қаварчиқ эшакем, болалар қичимаси, кўтир, экссудатив эритема кассаликларида кузатилади.
Терининг ўлка касалликлари	
Вазиятли масала № 5.	1. Моховнинг моховсимон тури. 2. Беморни бошқалардан ажратилади ва даволаниш учун махсус даволаш масканларига-моховхоналарга юборилади. Бемор билан узоқ вақт мобайнида яқин маиший алоқада бўлган шахслар текширилади ва лепрамин синамаси ўтказилади. 3. Аҳолини моддий, маиший яшаш шароитини юқори даражага кўтариш ва санитар ҳолатини яхшилаш лозим.
Вазиятли масала № 6.	1.Тери лейшманиозининг қишлоқ ёки ўткир яллиғланадиган клиник тури. 2.Зарарланган ўчоқлардан Боровский таначаларига текшириш ўтказиш лозим.
Вазиятли масала № 7	1. Витилиго, тарқалган клиник шакли. 2.Депигментли доғлар меланин пигментини синтезининг бузилишини ёки етишмаслиги ҳисобига пайдо бўлган. 3. Темир, мис ва рух микроэлементлари етишмаслиги кузатилади Беморга гепатопротектор, витамин, иммуномодулятор дори воситалари, про- ва эубиотиклар, микроэлемент ва моддалар алмашувини яхшилайдиган препаратлар тавсия этилади.

	Маҳаллий фуранокумарин дори воситаларининг спиртли эритмалари суртилиб, УБН қўлланилади.
Аллергик дерматит	
Вазиятли масала № 8	1. Токсидермия. 2. Беморга ётоқ режими тавсия этилади. Пенициллин дори воситаси тўхтатилиб, ўрнига бошқа гуруҳга мансуб антибиотик буюрилади. Антигистамин, десенсибилизируловчи (супрастин, тавегил, кальция глюконат), сийдик ҳайдовчи дори воситалари (лазикс) ва гемодез тавсия этилади. Жараённинг кечиши оғирлашган ҳолатда эса гормонал дори воситаси буюрилади. Маҳаллий: кортикостероид малҳамлар (Лоринден С, флуцинар, целестодерм В) суртилиши амалга оширилади.
Вазиятли масала № 9	1. Контакт аллергик дерматит («пеленочный дерматит») 2. Пелиёнкаларга, подгузникларга нисбатан чақалоқнинг сенсбилизацияси ошганлиги. 3. Антигистамин и десенсибилизацияловчи дори воситалари тавсия этилади. маҳаллий: кортикостероид малҳамлар суртилади.
Вазиятли масала № 10	1. Контакт аллергик дерматит. 2. Беморга касаллик ташхиси бемор шикоятлари, anamnesis morbi ҳамда клиник белгиларига асосланган ҳолда қўйилади. Альбуцид эритмасини кўзга томизишни тўхтатиш. Антигистамин, десенсибилизацияловчи (супрастин, тавегил, кальция глюконат), сийдик ҳайдовчи дори воситаларини (лазикс) ва гемодез, буюрилади. Жараён кечиши оғирлашган ҳолатда эса гормонал даво буюрилади. маҳаллий: кортикостероид малҳамларини (Лоринден С, флуцинар, целестодерм В) суртиш тавсия этилади.
Атопик дерматит. Нейродермит.	
Вазиятли масала № 11	1. Атопик дерматит. Болалик даври. Лихеноид клиник шакли. 2. Парҳез. 2% Супрастин эритмаси 1,0 мл дан м/о ҳар куни 2 маҳал, гемодез эритмаси 200,0 мл дан в/и томчилатиб куйиш № 2 марта, 30% тиосульфат натрий эритмаси 6,0 мл дан в/и ҳар куни 1 маҳалдан, фаол кўмир дори воситаси ичишга 1(0,25) таб. дан кунига 3 маҳалдан, пустирни димламаси S чой қошиғидан кунига 3 маҳал. Маҳаллий: 3% ксероформ малҳами + целестодерм V малҳами кунига 2 маҳалдан суртилади.
Вазиятли масала № 12	1. Чегараланган нейродермит. 2. Парҳез. Диазолин 1 (0,05) донадан кунига 2 маҳалдан, 5% тиосульфат натрий эритмаси 1 ч/қ дан кунига 3 маҳалдан ичишга, адаптол 1 т дан 3 маҳалдан кунига ичишга, В1 ва В6 витаминларини 1 мл дан м/и м/о кунора жами № 10 тадан. Маҳаллий: Лоринден А малҳамини кунига 2 маҳалдан суртилади.
Болалар қичимаси. Эшакем	
Вазиятли масала № 13	1. Ўткир эшакем. Квинке шиши 2. Преднизолон 30 мг дан м/о га; димедрол 1% - 2,0 мл дан м/о га; кальция хлорид 10% - 10,0 мл дан в/и; фуросемид – 2,0 мл дан

	<p>м/о юбориш буюрилади. Маҳаллий: ари чаққан жойга 0,5% новокаин эритмаси билан ишлов берилади.</p> <p>Антигистамин, десенсибилизацияловчи дори воситаларни (супрастин, тавегил, кальций глюконат тавсия этилади) ҳамда гемодез тавсия этилади..</p>
Вазиятли масала № 14	<p>1. Болалар қичимаси.</p> <p>2. Пархез. Диазолин 1 (0,05) донадан кунига 2 маҳал, 5% тиосульфат натрий эритмаси 1 ч/қ дан кунига 3 маҳал, фаол кўмир 1 (0,25) донадан кунига 1 маҳал кечқуринлари, пустирник димламаси 3 томчидан кунига 3 маҳалдан, хилак-форте 20 томчидан кунига 3 маҳалдан. Маҳаллий: целестодерм V малхамини кунига 2 маҳалдан суртилади.</p>
Терининг йирингли кассалликлари. Оддий хуснбузар.	
Вазиятли масала № 15	<p>1. Янги туғилган чақолоқлар эпидемик чилла яраси.</p> <p>2. Таққослов ташхисининг захм чилла яраси, туғма буллёз эпидермолиз касалликлари билан ўтказилади.</p> <p>3. Кўзғатувчиси – тилларанг стафилококк.</p> <p>4. Бемор бола изоляция қилинади, сўнг эса антибактериал умумий даво чоралари ўтказилади ва маҳаллий антисептик дори воситалари билан ишлов берилади</p>
Вазиятли масала № 16	<p>1. Фингер псевдофурункулёзи.</p> <p>2. Таққослов ташхисини фурункулёз ва фолликулит касалликлари билан ўтказилади.</p> <p>3. Бемор бола изоляция қилинади, сўнг эса антибактериал умумий даво ўтказилади ва маҳаллий антисептик дори воситалари билан ишлов берилади.</p>
Вазиятли масала № 17	<p>1. Стрептококкли импетиго.</p> <p>2. Касаллик пиодармияларни стрептококкли турига киради.</p> <p>3. Тошма элементи фликтена деб номланади.</p> <p>4. Бемор бола изоляция қилинади, сўнг эса антибактериал умумий даво ўтказилади</p>
Вазиятли масала № 18	<p>1. Фурункул.</p> <p>2. Фурункулни инфилтратив босқичидан йирингли босқичга ўтиш ҳолати.</p> <p>Беморга кенг қамровли антибиотиклардан иборат даво чоралари белгиланади, жараённи қайталанишини олдини олиш мақсадида антистафилококкли гамма-глобулин, антистафилококкли анатоксинлар буюрилади. маҳаллий: ихтиолни нонли малхами буюрилади.</p>
Вазиятли масала № 19	<p>1. Сикоз.</p> <p>2. Бактериоскопик ва бактериологик текширувлар ўтказилади.</p> <p>3. Беморга кенг қамровли антибиотиклардан иборат даво чоралари белгиланади, маҳаллий эса антибактериал малхамлар, антисептик эритмалар ёрдамида ишлов берилади. Касаллик қайталанишини олдини олиш мақсадида беморга аутогемотерапия</p>

	ва антистафилококкли гамма-глобулин, антистафилококкли анатоксинлар тавсия этилади.
Терининг ирсий касалликлари	
Вазиятли масала №20.	1.Туғма оддий пуфакли эпидермолиз, тарқоқ клиник шакли. 2.Актовиген м/о, в/и, аевит, аскорбин кислотаси, апилак рибофлавин мононуклеотид м/о ва ичишга. Маҳаллий: фурациллин, натрий хлорнинг изотоник эритмалари, метилин кўки ва Кастилляни суюқликлари, Куриозин гели ёрдамида ишлов беришлар. 3.Касалликни олдини олиш мақсадида генетик маслаҳатхоналардан ва “Оила ва никоҳ” хоналаридан ирсий касалликлар тўғрисидаги керакли тавсияларни олиш. Ҳомиладорлик даврида аёллар тўғри овқатланишлари ва вақт-вақти билан поливитаминларни истеъмол қилиб туришлари лозим.
Вазиятли масала № 21	1. Актовиген м/о, в/и, аевит, аскорбин кислотаси, апилак рибофлавин мононуклеотид м/о ва ичишга. Маҳаллий: фурациллин, натрий хлорнинг изотоник эритмалари, метилин кўки ва Кастилляни суюқликлари, Куриозин гели ёрдамида ишлов бериш ва б.
Вазиятли масала № 22	1.Рух оксидини 0,02 дан овқатланишдан 20 дақиқа олдин сут билан биргаликда ичиш тавсия этилади, клиник натижаларга тўлиқ эришилгандан кейин дори воситасининг дозаси камайтирилади. Аевит 1 томчидан кунора ичишга 3 ҳафта давомида, аскорбин кистотаси 1 ой давомида, В1 витамини м/о га № 10 та, панкреатин, бифидум бактеринлар 3 ҳафта давомида ичишга.
Вазиятли масала № 23	Туғма ихтиоз.
Вазиятли масала № 24	1.Вулгар ихтиоз. 2. Актовегин м/о № 10 та инъекция, аевит 1 томчидан кун ора 3 ҳафта давомида ичишга, аскобин кистотасини 1 ой давомида, В1 витамини м/о га № 10 та, никотин к-таси м/о га № 12 та, трентал 1 ой, метионин 10 кундан иборат 3 та даво курси. Маҳаллий: 2% салицил малҳами, ланолин креми А витамини билан суртишга.
Вазиятли масала № 25	1.Вулгар ихтиоз
Вазиятли масала № 26	1. Энтеропатик акродерматит. 2. Бемор қони рух микроэлементига теширилади
Вазиятли масала № 27	1.Туғма ихтиоз

Вазиятли масала № 28	1.Оддий, тарқалган туғма пуфакли эпидермолиз.
Вазиятли масала № 29	1.Энтеропатик акродерматит. 2.Рух оксиди дори воситаси 0,02 дан овқатланишда 20 дақиқа олдин сут билан биргаликда ичиш тавсия этилади, клиник натижаларга тўлиқ эришилгандан кейин дори воситасини дозаси камайтирилади. Аевит 1 томчидан 3 ҳафта давомида кун ора ичишга, аскорбин кистотасини 1 ой давомида, В1 витамини м/о га № 10 та, панкреатин, бифидум бактеринни 3 ҳафта давомида ичишга тавсия этилади.
Терининг замбуругли касалликлари	
Вазиятли масала №30.	1.Бемор бола изоляция қилинади. Унга махсус даво чораларини ўтказиш мақсадида шифохонанинг микологик бўлимга ётқизилади. 2.Касаллик тарқалишининг олдини олиш мақсадида бемор бола, оила аъзолари ва у билан контакта бўлган боғчадаги бошқа болалар текширувлардан ўтказилади. Касаллик белгилари аниқланган болалар лаборатор шароитида текширувлардан ўтказилади ва стационар шароитида даволанади.
Вазиятли масала №31	1.Силлиқ терининг юзаки трихофитияси. 2.Ташхисни тасдиқлаш мақсадида ўчоғлар юзасидаги қипиқлардан касалликни қўзғатувчисига текширув ўтказиш ва касалликни қўзғатувчи замбуругни топиш зарур.
Вазиятли масала №32	1. Гризеофульвин дори воситасини ичиш вақтинчалик тўхтатилади ёки унинг дозаси камайтирилади. Сўнг эса беморга дезинтоксикацияланадиган даво чоралари (гепатопротекторлар, В гуруҳ витаминлари) тавсия этилади.
Вазиятли масала №33	1. Бошнинг сочли қисми фавуси. 2.Беморни касалхонанинг микология бўлимига ётқизилади ва гризеофульвин форте дори воситаси билан даволанади. маҳаллий: замбуругга қарши қўлланиладиган малҳамлар ёрдамида даво ўтказилиниши тавсия этилади. Касаллик тўғрисидаги ахборотномани зудлик билан турар жой СЭС га бериш лозим, бемор билан контакта бўлган шахслар эса текширувлардан ўтказилиши лозим. 3.Касаллик манбаи бўлиб бемор шахс ҳисобланади. Касалликнинг юқиши тўғридан-тўғри бемор одамдан ёки бемор истеъмолида бўлган анжомлар орқали амалга ошади.
Вазиятли масала №34	1. Трихофитиянинг инфилтратив- йирингли клиник шакли. 2. Жароҳатланган тери юзаларидан қиринди олиниб микроскопик текширувлар ўтказилади. 3.Касалликни трихофитиянинг бошқа клиник шакллари, терининг йирингли касалликлари ва микроспориянинг инфилтратив- йирингли клиник шакли билан таққосланади.

Вазиятли масала № 35	<p>1. Оёқ кафти юзаси эпидермафитияси.</p> <p>2. Клиник белгиларни ҳисобга олган ҳолда қандай клиник шакли эканлигини (сквамоз, интертригиноз, дисгидротик) аниқлаб олиш керак ва замбуруғга қарши даво чораларини ўтказиш зарур.</p> <p>3. Таққослов ташхисини экземанинг интертригиноз клиник шакли ва катта бурамалар кандидози касалликлари билан ўтказилиши керак.</p>
Терининг вирусли ва паразитар касалликлари	
Вазиятли масала № 36	<p>1. Генитал герпес.</p> <p>2. Шунга ўхшаш тошмалар билан кечадиган бирламчи ва иккиламчи захм тошмалари, кандидозли тошмалар, Дюрингни герпетиформ дерматити тошмалари билан таққослов ташхиси ўтказилади.</p> <p>3. Оддий учук вируси.</p> <p>4. Беморга вирусга қарши дори воситалари (заверакс, неовир, ацикловир, ремантадин), витаминлар, иммунстимуляторлари тавсия этилади. маҳаллий: вирусга қарши малҳамлар, лейкоцитар интерферон, анилин бўёқлари билан ишлов берилади.</p>
Вазиятли масала №37.	<p>1. Белбоғсимон (ёки ўраб олувчи) учук.</p> <p>2. Нейротроп филтрловчи вирус.</p> <p>3. Беморга вирусга қарши дори воситалари (заверакс, неовир, ацикловир, ремантадин), витаминлар, иммунстимуляторлар тавсия этилади. маҳаллий: вирусга қарши малҳамлар, лейкоцитар интерферон, анилин бўёқлари қўлланилади.</p>
Вазиятли масала №38.	<p>1. Юкумли моллюск.</p> <p>2. Умумий даво сифатида витаминлар, иммунстимулятор дори воситалари буюрилади. Маҳаллий: тугунчали тошмалар анатомик пинцепт билан сиқиб ташланади, ёки ўткир учли Фолькман қошиқчаси билан қириб олинади ва уларнинг ўрнига 2-3% ли йод димламаси суртилади.</p>
Вазиятли масала № 39	<p>1. Юз нерв соҳасини ўраб олувчи темиртки.</p> <p>2. Оддий учуксимон темиртки билан таққослов ташхиси ўтказилади.</p> <p>3. Беморга умумий вирусга қарши дори воситалари (заверакс, неовир, ацикловир, ремантадин), витаминлар, иммуномодуляторлар тавсия этилади. Маҳаллий: лейкоцитар интерферон, анилин бўёқлари, вирусга қарши малҳамлар буюрилади</p>
Вазиятли масала №40.	<p>1. Қўтир.</p> <p>2. Болалар кичимаси, аллергодерматитлар билан таққослов ташхиси ўтказилади.</p> <p>3. Зудлик билан туман СЭС га хабарнома жўнатиш лозим. Беморни махсус шифохонага даволаниш учун юбориш ҳамда эпидемиологик чора-тадбирларни ўтказиш лозим.</p>

Вазиятли масала №41.	<p>1. Қўтир.</p> <p>2. Тошмалардан ва кана йўлларида қўтир канасини аниқлаш учун микроскопик текширувлар ўтказиш лозим.</p> <p>3. Горчаков-Арди симптоми: қўл тирсакларининг ташқи соҳаларида нукта кўринишида бўлган қора қўтир ва тангачаларнинг учраши.</p> <p>4. Туман СЭС га зудлик билан хабарнома жўнатиш лозим, даволаниш учун эса беморни махсус шифохонага юбориш, касаллик тарқалишини олдини олиш чора-тадбирларини ўтказиш керак.</p> <p>5. Беморга 33 % ли олтингугурт малҳами ёки 20% ли бензил-бензоатнинг сувли-совунли эмульсиясини 4-5 кун давомида кунига 2 маҳалдан суртиш тавсия этилади. Бемор кийимлари ва ўрин-кўрпалари дезинфекция қилиниши керак.</p>
Вазиятли масала № 42	<p>1. Қўтир.</p> <p>2. Тошмалардан ва кана йўлларида қўтир канасини аниқлаш учун микроскопик текширувлар ўтказиш лозим.</p>
Псориаз. Қизил ясси темиртки	
Вазиятли масала № 43	<p>1. Псориаз, прогрессив босқичи.</p> <p>2. Беморда мономорф тугунчали тошмалар кузатилиб, уларнинг юзалари оқиш кипиқлар билан копланган, атрофида эса қизил гардишлар кузатилади. Қиртишлаб кўрилганда «псориастик учлик» белгилари мусбат кўринишда.</p>
Вазиятли масала № 44	<p>1. Псориаз, стационар босқичи. Куз-қишқи тури.</p> <p>2. Антигистамин, седатив, гипосенсибилизацияловчи, витамин дори воситалари тавсия этилади. Маҳаллий: кератолитик, стероид малҳамлар суриш ва УБН қўллаш буюрилади</p>
Вазиятли масала №45.	<p>1. Қизил ясси темиртки, прогрессив босқичи.</p> <p>2. Умумий даво: антигистамин, гипосенсибилизацияловчи, иммун, тинчлантирувчи, витамин дори воситалари, баъзи ҳолларда эса антибиотиклар тавсия этилади. Маҳаллий: индиферент ва кортикостероид малҳамлар буюрилади.</p>
Қизил югурик. Склеродермия. Дерматомиозит	
Вазиятли масала № 46	<p>1. Склеродермия. Чизикли клиник шакли.</p> <p>2. Бемор шикоятлари, анамнестик маълумотлари, объектив кўрувлар ва дерматологик текширувлар ўтказилади.</p>
Вазиятли масала № 47	<p>1. Чандикланувчи эритематознинг дискоид клиник шакли.</p> <p>2. Қон таҳлилини ўтказиш лозим (анемия, лейкопения, лимфопения, гипергаммаглобулинемия, юқори ЭЧТ, ЛЕ-хужайраларининг топилиши).</p>
Вазиятли масала №48.	<p>1. Ўчоқли склеродермия, пиллакчали клиник шакли.</p> <p>2. Тарқоқ склеродермия, дерматомиозит ва Рейно касалликлари билан таққослов ташхисини ўтказиш мумкин.</p>
Вазиятли масала №49.	<p>1. Ташхис қўйиш мақсадида беморда қон таҳлилларини ўтказиш лозим (анемия, лейкопения, лимфопения, гипергаммаглобулинемия, юқори ЭЧТ, ЛЕ-хужайраларига текширувлар).</p>

	2.Касалликни даволашда безгакка қарши, стероид, яллиғланишга қарши витамин дори воситалари тавсия этилади. Маҳаллий: глюкокортикоид малҳамлар ва кремлари қўлланилади.
Вазиятли масала № 50	1. Ўчоқли склеродермия, чизикли клиник шакли.
Вазиятли масала № 51	1. Дерматомиозит. 2.Қон зардоби ферментлари фаоллигини, С-реактив оқсил концентрациясини, креатин-кинин коэффиценти ўзгаришларини аниқлаш лозим. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ нинг тезлашиши, гипергаммаглобулинемияни аниқлаш.
Янги туғилган чақалоқларнинг тери касалликлари	
Вазиятли масала № 52	1.Адипонекроз. 2.Склерема, склередема,ТОЁК абсцесси. 3.Даво чоралари ўтказилмайди.
Вазиятли масала № 53	1.Склередема. 2.Адипонекроз,склерема. 3.Бемор болага аста-секинлик билан иситиш муолажаларини ўтказиш лозим, гемотрансфузия, гамма-глобулин тавсия этиш, аевит, антибиотик ва преднизолон дори воситалари тавсия этилади.
Вазиятли масала № 54	1.Себореяли.дерматит. 2. Лейнернинг дескваматив эритродермияси, туғма ихтиоз билан. 3. Антибиотиклар, плазма, альбумин, витаминлар, фермент дори воситалари ва эубиотиклар тавсия этилади. маҳаллий: анилин бўёқлари, гормонал ва антибактериал дори воситалари буюрилади.
Чин акантолитик пўрсилдоқ. Дюрингни учуксимон дерматити	
Вазиятли масала № 55	1.Чин.пўрсилдоқ. 2. Эрозиялар тубидан «мухрли-суртмаларни» олиб, акантолитик Тцанк хужайраларини аниқлаш, иммунофлюоресценция усули орқали G- иммуноглобулин миқдори ортишини аниқлаш, гистологик акантолизи ҳолатига баҳо бериш лозим. 3. Никольский, Асбо-Гансен, Шеклаков белгиларини аниқлаш.
Вазиятли масала № 56.	1.Себореяли пўрсилдоқ (Сенир-Ашер синдроми). 2.Дискоидли қизил югурик, себореяли экзема. 3.Акантолитик хужайраларни топилиши, Никольский белгиси мусбат кўринишда бўлиши.
Вазиятли масала № 57.	1.Учуксимон Дюринг дерматити. 2.Қонда эозинофилия, пуфаклар таркибидаги суюқликда эозинофилларнинг аниқланиши, мусбат Ядассон синамаси, қонда иммуноглобулин А миқдорининг ошиши. 3. Тизм бўйича сульфон дори воситалари (ДДС, дапсон, авлосульфон, сульфетрон) буюрилади.
Захм. Захмнинг умумий кечиши, серодиагностикаси. Бирламчи захм.	
Вазиятли масала № 58	1.Бирламчи серонегатив захм. 2.Эрозия ажралмасидан, қоронғилаштирилган майдонда бактериоскопик усулда оқ трепонемага текшириш. 3.Ташхис тасдиқланган ҳолда беморга пенициллин антибиотигини 400000 ТБ дан ҳар 3 соатда м/о белгиланади. Даво курсига жами 44800000 ТБ антибиотик белгиланади.

Вазиятли масала № 59	1. Бирламчи захм. Фимоз. 2. Эрозия ажралмасидан, бактериоскопик усул орқали оқ трепонеманинг борлигини аниқлаш. Қонни КСР га текшириш. 3. Беморни шифокор-венеролог кўриги ва маслахатига юбориш.
Вазиятли масала № 60	1. Бирламчи захм даври. Атипик шанкр амигдалит. 2. Бодомча беzi ажралмасидан оқ трепонемага текширув ўтказиш. Қонни КСР га текшириш. 3. Беморни Венеролог кўриги ва маслахатига юбориш.
Вазиятли масала № 61	1.Бирламчи йирингчали тошма элементларини экссудатли таркибининг куриши оқибатида ўчоқлар юзага келган. 2.Тошмалар йирингчали тошма элементларини йирингли таркибини куриши оқибатида сарғиш-яшил ранг тусини олган. 3.Қатқалоқлар, шунингдек, сероз, геморрагик ва аралаш (серозл-йирингли, йирингли ҳамда геморрагик) кўринишларда ҳам бўлиши мумкин.
Иккиламчи, учламчи ва яширин захм	
Вазиятли масала № 62	1.Эрозиялар бу иккиламчи тошма элементларидир. 2.Эрозия-бу терининг юзаки нуқсони бўлиб, эпидермиснинг базал қаватигача зарарлайди. 3.Эрозиялар чандиксиз битади. Орқага қайтиш даврида эрозиялар юзаси қатқалоқлар билан қопланади, сўнг эса улар куриб тушиб кетади ва улар ўрнида вақтинчалик гипо- ёки гиперпигментациялар қолади.
Вазиятли масала № 63.	1.Паракератоз – бу эпидермис мугуз қавати шоҳланишининг ошиши,бунда мугуз қавт таркибида ядро тутувчи, парчаланмаган кератиноцитлар аниқланади. 2. Паракератозда бемор терисида қипиқланиш ҳолати юзага келади.
Вазиятли масала № 64.	1. Қаварчик – urtica. 2. Қаварчик – бу дерма сўргичсимон қаватининг ўткир шиши натижасидир. 3. Қаварчик эшакем,болалар кичимаси,кўтир, мономорфли экссудатив эритема касалликлари учун хос тошмадир.
Туғма захм. Захми даволаш ва профилактикаси	
Вазиятли масала № 65.	1. Эрта туғма захм. Захм чилла яраси. 2. Пуфаклар таркибидан оқиш трепонемаларга текшириш, қонда РВ ва РИФ реакцияларини ўтказиш. 3. Таққослов ташхисини янги туғилган чақолоқлар юқумли чилла яраси касаллиги билан ўтказилади.
Вазиятли масала № 66.	1.Кеч туғма захм, рахит, пероиостит, кератит. 2.Қонни РВ, РИФ, РИТ, ПЦР ларга текшириш, кўз шиллик қаватидан оқиш трепонемаларни топиш, болдир суягини рентгенография қилиш, кўз тубини текшириш. 3.Кеч туғма захм 4.Фогтя-Коянаги –Харада синдроми ва суякларда рахитга хос ўзгаришлар билан таққослов ўтказилади.

Вазиятли масала № 67.	Бола эрта туғма захм белгилари билан туғилади, баъзан белгилар бола хаётининг 2-3 ойларида намоён бўлади.
Вазиятли масала № 68.	1.Ха. 2. Профилактик даво чоралари ўтказилади. 3.Сувда эрувчи пенициллин дори воситасини 400 000 тб дан кунига 8 маротабадан м/о 14 кун давомида юборилади.
Вазиятли масала № 69.	1. Огоҳлантирувчи даво чораси ўтказилиши зарур. 2. Қуйдаги даволаш схемаларини биттасидан фойдаланилади: - пенициллиннинг натрий ёки калий тузларини – 400 000 тб кунига 8 маротаба (хар 3 соатда) м/о га 14 кун давомида юборилади, жами даво курси 44 800 000 тб ни ташкил этади; - пенициллиннинг новокаинли тузи 600 000 тб кунига 2 маротаба (хар 12 соатда) м/о га 14 кун давомида юборилади, жами даво курси 16 800 000 тб ни ташкил этади. - экстенциллин ёки ретарпен антибиотигини 2400.000 т/б дан м/о га 1 марта икки босқичли усул орқали юборилади.
Вазиятли масала № 70.	1.Пенициллиннинг (натрий ва калий тузлари) кунлик миқдори 1 кг тана вазнига нисбатан 100 000 тб дан деб ҳисобланади ва пенициллиннинг сувда эрувчанлигини 6 та бир хил қисмга бўлинади, пенициллиннинг новокаинли тузи эса 2 қисмга бўлинади. 2. Даво чоралари давомийлиги 4 ҳафтани ташкил этади.
Сўзак. Қиз болалар сўзаги. Гонобленорея.	
Вазиятли масала № 71.	1. Гонобленорея. 2. а). Кўздан ажралаётган серозли- йирингли суюқликдан суртма олиб, Грамм усулида бўяш ва бактериоскопик текширувлар ўтказиш лозим. б). Онасини уретра, цервикал канали ва қинидан суртмалар олиб тайёрлаб, бактериоскопик текширувлар ўтказилади. 3. Хужайра ичи диплококклари (яъни гонококклар). 4. Шифокор-венеролог билан маслаҳатлашган ҳолда бемор болани тери-таносил касалликлари диспансерига ўтказиш лозим.
Вазиятли масала № 72.	1. Сўзак, трихоманиаз, кандидоз, хламидия, микоплазма ва носпецифик уретритлар ҳақида ўйлаш мумкин. 2. а). Уретрадан ажралаётган серозли-йирингли суюқликдан суртма олиб, Грамм усулида бўяш ва бактериоскопик текширувлар ўтказиш. б). ПЦР ёрдамида барча жинсий йўл билан юқадиган инфекцияларга текшириш. 3. Уретрадан чиқаётган ажралма миқдори кам бўлганлиги сабабли алиментар провакацияни ўтказиш зарур. 4. Беморни ЖАОЮК га текшириш. Барча оила аъзоларини текшириш. Жинсий шеригини топиш ва текшириш зарур.
Вазиятли масала № 73.	1. Сўзак, трихоманиаз, кандидоз, хламидия, микоплазма, кандидоз ва носпецифик уретритлар ҳақида ўйлаш мумкин. 2. Уретра деворидан, вагина ва цервикал каналдан суртмалар олиб, бактероскопия усулида текширувлар ўтказиш.

	3. Касаллик манбаи аниқланмаганлиги сабабли беморга специфик даво ўтказилгандан сўнг, захмга қарши огоҳлантирувчи даво ҳам ўтказиш зарур.
Гонококксиз уретритлар	
Вазиятли масала № 74.	1. Рейтер касаллиги. 2. Цитологик текширувлар, серологик текширув усуллари (ИФА, РНИФ). 3. Ташхисни тасдиқлаш мақсадида бемор шифокор- дерматовенерологга кўрув учун юборилиши лозим.
Вазиятли масала № 75.	1. Вульвовагинит трихомониаз этиологияли. 2. Бошқа таносил касалликлари билан (сўзак, хламидиоз, уреоплазмоз, кандидоз; носпецифик яллиғланишли инфекциялар, гормонал бузилишлар) таққослов ташхиси ўтказилади. 3. Этиотроп даво (метронидазол, тинидазол буюрилади ва стимуляцияловчи препаратлар ҳамда маҳаллий даво) тавсия этилади.
Вазиятли масала № 76.	1. Кандидозли вульвовагинит. 2. Ачитқили замбуруғларга қарши қўлланиладиган дори воситалари (нистатин, леворин, флунол, фунгикейр, клотримазоллар) буюрилади.
Орттирилган иммун танқислиги синдроми	
Вазиятли масала № 77.	1. ИТВ (ВИЧ)-инфекцияси, тарқалган лимфаденопатия босқичи, Капоши саркомаси. 2. Имунофермент текшируви, иммуноблотинг текшируви, полимераза занжир реакцияси текшируви, иммунограмма, умумий қон текшируви, кўкрак қафаси рентгенограммаси каби текширувлар ўтказилиши керак.
Вазиятли масала № 78.	1. ИТВ(ВИЧ)-инфекцияси, ўпка тури, пневмоцистли зотилжам.. 2. ИТВ(ВИЧ)-инфекциясига тўлиқ комплекс текширувлар (имунофермент анализ, иммуноблотинг, полимераза занжир реакцияси, иммунограмма, балғам таркибини бактериологик текшируви) ўтказилади.
Вазиятли масала № 79.	1. ИТВ(ВИЧ)-инфекцияси, тарқалган лимфаденопатия босқичи, ошқозон-ичак тури. 2. ИТВ(ВИЧ)-инфекциясига тўлиқ комплекс текширувлар (имунофермент анализ, иммуноблотинг, полимераза занжир реакцияси, иммунограмма, балғам таркибини бактериологик текшируви) ўтказилади
Вазиятли масала № 80.	1. ИТВ(ВИЧ)-инфекцияси, Капоши саркомаси. 2. ИТВ(ВИЧ)-инфекциясига тўлиқ комплекс текширувлар (имунофермент анализ, иммуноблотинг, полимераза занжир реакцияси, иммунограмма) онколог кўриги ҳамда биопсия текшируви ўтказилади

МУНДАРИЖА

Сўз боши.....	3
Қисқарма сўзлар рўйхати.....	5
I БЎЛИМ. ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ	6
Дерматовенерология фанининг.....	6
ривожланиш тарихи	6
Ўзбек дерматовенерологиясининг тарихи	9
Болалар дерматовенерологиясининг тарихи.....	12
УМУМИЙ ҚИСМ.....	14
Меъёр терининг тузилиши (прф Турсунов Э.Т.).....	14
Терининг эмбриогенези	14
Тери анатомияси ва гистологияси	18
Терининг физиологик вазифалари	27
Терининг патогистологик ўзгаришлари	33
Болалар терисининг ўзига хос хусусиятлари.....	34
Тери касалликларининг умумий_симптоматикаси	36
Бирламчи морфологик тошмалар.....	37
Иккиламчи морфологик тошмалар	40
Тери касалликларига ташхис қўйилишида_қўлланиладиган махсус диагностик усуллар.....	43
Тери касалликларини даволаш усуллари	52
Умумий даволаш усуллари.....	52
Маҳаллий даволаш усуллари.....	64
МАХСУС ҚИСМ	76
Янги туғилган чақалоқлар тери_касалликлари.....	76
Терининг йирингли касалликлари.....	92
Умумий маълумотлар	92
Стафилококкли пиодермиялар.....	94
Стрептококкли пиодермиялар.....	101
Аралаш пиодермиялар	104
Терининг йирингли касалликларини даволаш.....	106

Терининг аллергик касалликлари.....	109
Дерматитлар	109
Экзема	113
Нейродермит	118
Эшакем	122
Болалар қичимаси	125
Атопик дерматит.....	127
Терининг пролифератив касалликлари.....	137
Псориаз	137
Қизил ясси темиратки	147
Парапсориаз	150
ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	153
Умумий маълумотлар.....	153
Кератомикозлар	155
Дерматофитиялар	158
Кандидозлар	170
ТЕРИНИНГ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ	177
Қўтир.....	178
Битлаш	181
Тери лейшманиози.....	183
Мохов.....	188
ТЕРИНИНГ ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ. (доц. Ходжаева С.М.,	
асс. Сиразитдинова В.Ф.)	194
Оддий учуқ	194
Белбоғсимон учуқ.....	197
Юқумли моллюскалар.....	199
Сўгаллар	200
Ўткир учли кондилломалар	201
ТЕРИНИНГ БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА КАСАЛЛИКЛАРИ... 203	
Қизил югурик.....	203
Чегараланган склеродермия.....	207
Дерматомиозит.....	213
ТЕРИНИНГ ПУФАКЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	217
Чин ёки акантолитик пўрсилдоқ пуфакли яра	217
Дюрингнинг учуқсимон дерматити	223
ГЕНОДЕРМАТОЗЛАР	227

Ихтиоз	227
Туғма буллёз эпидермолиз	233
Энтеропатик акродерматит.....	242
Дарье касаллиги.....	253
СОЧ ВА ЁҒ БЕЗЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.....	255
Ўчоқли алопеция	255
Монилетрикс, трихотеломания, себорея	263
Оддий ҳуснбузар	266
Пушти ранг ҳуснбузар	268
ДИСХРОМИЯЛАР	271
Витилиго	271
Пигмент сақламайдиган Блох-Сульцбергер синдроми	276
ТЕРИ СИЛИ	278
Терининг ўчоқли сили	279
Терининг диссеминирланган сили.....	284
ВАСКУЛИТЛАР.....	287
Тугунли эритема	287
Терининг аллергик васкулити	289
Шенлейн – Генох геморрагик васкулити	290
ЭРИТЕМАЛАР	292
Кўп шаклли экссудатив эритема.....	292
Жибернинг пушти ранг темираткиси	294
РЕТИКУЛЁЗ ВА ЛИПОИДОЗЛАР	297
МАСТОЦИТОЗ ЁКИ ПИГМЕНТЛИ ЭШАКЕМ КАСАЛЛИГИ. 307	
ФАКОМАТОЗЛАР.....	310
ТЕРИНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИ	315
ХЕЙЛИТЛАР	320
II БЎЛИМ. ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ	324
Захм. (проф. Шодиев Х.Қ., доц. Ахмедов Қ.Р.)	324
Захмнинг умумий кечиши	327
Захмнинг бирламчи даври	331
Захмнинг иккиламчи даври	336
Захмнинг учламчи даври	343
Яширин захм.....	345

Захмда қўлланиладиган серологик жараёнлар.....	350
ТУҒМА ЗАХМ.....	353
Эрта туғма захм	355
Кеч туғма захм	358
Захм касаллигини даволаш	362
СЎЗАК	371
Қиз болалар сўзаги	377
Сўзаксиз вульвовагинитлар	380
ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС). (проф. Абдуллаев М.И.)	385
БОЛАЛАРДА ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА УЛАР БИЛАН КУРАШИШ БОРАСИДАГИ ТАШКИЛИЙ ИШЛАР	405
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	408
Мавзулар бўйича фотосуратлар	410
Тест саволлари	425
Вазиятли масалалар	513
Тест саволлари жавоблари эталони	538

Қайдлар учун

Қайдлар учун

А.М. МАННАНОВ, Қ.Н. ХАЙТОВ

БОЛАЛАР ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Дарслик

Муҳаррир Н. Артиқова
Бадий муҳаррир М. Одилов
Компьютерда саҳифаловчи У. Раҳматов

Нашр. лиц. АІ № 174.
Босишга рухсат 27.06.2016-йилда берилди.
Бичими 60x84 ¹/₁₆. Offset қоғози №2. «Times» гарнитураси.
Шартли б.т. 33,75. Нашр ҳисоб т. 35.
Адади 300 дона. 23-buyurtma.

“IQTISOD-MOLIYA” нашриёти
100084, Тошкент, Кичик ҳалқа йўли. 7.

“HUMOYUNBEK-ISTIQLOL MO‘JIZASI”
босмахонасида чоп этилди.
100000, Тошкент, Амир Темур 60^{«А»}.