

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT
INSTITUTI**

**TERINING PUFAKLI KASALLIKLARI (CHIN AKANTOLITIK
PEMFIGUS, UCHUQSIMON DYURING DERMATITI)
ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI. QIYOSIY TASHXISOTI.
DAVOLASH USULLARI
O'quv uslubiy Qo'llanma**

BUXORO -2014

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

"TASDIQLAYMAN"

O`zR SSV Fan va o'quv yurtlari

BoSh boShqarmasi boShlig'i

_____ O`.S.Ismailov

2014 yil «____» _____

№ bao'nnoma

"KELISHILGAN"

O`z.R.SSV Respublika tibbiy

ta`limni rivojlantiriSh

markazi direktori

_____ M.H.Alimova

№ bao'nnoma

**TERINING PUFAKLI KASALLIKLARI (CHIN AKANTOLITIK PEMFIGUS,
UCHUQSIMON DYuRING DERMATITI)
ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI. QIYOSIY TASHXISOTI.
DAVOLASH USULLARI**

Oliy tibbiy ta'lim muassasalari davolash va tibbiy pedagogika fakul'tetlari IV-VI kurs
talabalari uchun o'quv uslubiy qo'llanma

Бухоро-2014

Muallif:

I.B.SHukurov - Buxoro tibbiyot instituti yuqumli kasalliklar, ftiziatrriya va teritanosil kasalliklari kafedresi assistenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

Mavlyanova SH. Z. - O`zbekiston Respublikasi Sog`liqni saqlash vazirligi Respublika Dermatologiya va Venerologiya ilmiy-amaliy tibbiy markazining ilmiy loyihalar raxbari, t.f.d.

Jarilkasinova G. J.- Buxoro tibbiyot instituti UASH tayyorlash kafedresi kafedra mudiri, t.f.n.

O`quv uslubiy qo`llanma kafedra yig`ilishida ko`rib chiqilgan va muhokama qilingan (2013yil dekabr 5-son bayonnoma)

O`quv uslubiy qo`llanma Buxoro tibbiyot instituti terapevtik fanlararo muammolar komissiyasi tomonidan ko`rib chiqilgan va muhokamaga qo`yilgan (2014 yil yanvar 6-son bayonnoma).

O`quv uslubiy qo`llanma Buxoro tibbiyot instituti Ilmiy Kengashi yig`ilishida tasdiqlangan va chop etishga tavsiya etilgan (2014 yil 26 fevral 6-son bayonnoma).

Ilmiy kotib, t.f.n

B.B. Muazzamov.

ANNOTATSIYA

Teri kasalliklari ichida terining pufakli kasalliklari bilan og'rikan bemorlar salmoqli o'rinni egallaydi. Keyingi yillarda terining pufakli kasalliklari bilan shikastlangan bemorlar soni oshib bormoqda, ayniqsa bu kasalliklarning yoshlar orasida, mehnatga layoqatli shaxslar orasida uchrashi tez-tez kuzatilmoqda. Terining pufakli kasalliklari ko'pincha 20-40 yoshdagilarda uchraydi. SHundan kelib chiqib, umumiy amaliyot shifokori hozirgi kunda o'z ishiga yaxshi tayyorlangan, kasalliklarni tashxislash, davolash, qaytalanishlarni oldini olishni bilishi shart.

Teri kasalliklari ichida terining pufakli kasalligi keng tarqalib borayotganligini, ayniqsa kasallikning yoshlar orasida uchrashini inobatga olgan holda, bakalavr darajasidagi barcha vrachlar ushbu xastaliklar bo'yicha chuqur nazariy, amaliy bilim va malakaga ega bo'lishi shart.

Taqdim etilayotgan uslubiy qo'llanma 4-6 kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalarining amaliy mashg'uloti uchun mo'ljallangan. Bu uslubiy qo'llanma darsga tayyorlanish bilan bir qatorda, o'z-o'zini nazorat qilish uchun mo'ljallangan dastur asosida tayyorlangan, mavzularning dolzarbligini, maqsadini, bilish uchun zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalar, mustaqil tayyorlanish uchun vazifalar, kam uchraydigan, dars o'tish jarayonida yo'q bo'lishi mumkin bo'lgan ayrim nozologik turlardan masalalar kiritilgan.

Biz o'ylaymizki, ushbu uslubiy qo'llanma 4-6 kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalarining terining pufakli kasalliklari mavzusini o'zlashtirishlarida o'z natijasini ko'rsatadi.

Mavzu nomi: Terining pufakli kasalliklari (CHin akantolitik pemfigus. Uchuqsimon Dyuring dermatiti.)

Ta`lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -4 soat	Talabalar soni : 9-10ta
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1.Psoriaz etiopatogenezi, klinik kechishi. 2. Kasallikning klinik shakllari, teri va shilli? kavatlarining shikastlanishi. 3. Qiyosiy tashxis. 4. Psoriazni zamonaviy davolash printsiplari.
O`quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta`limiy:</b> talabalarga psoriaz kasalligi haqida batafsil ma`lumot berish, etiopatogenetik mexanizmlarini klinik kechish xususiyatlarini, klinik shakllarini, tashxis qo'yish mezonlarini o'rgatish.Psoriazning klinik shakllari va klinik davrlarini inobatga olgan holda davolash tadbirlarini va to'g'ri davolash usullarini qo'llay bilishni o'rgatish. Kasallikning qaytalanishini oldini olish choralari, UASH taktikasini o'rganish. Tarbiyaviy: mavzuga oid hayotiy misollar orqali talabalar ongiga xalq salomatligini yaxshilash, aholini tibbiy saviyasini oshirishda o'z hissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish. Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar, dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishga erishish.

Ta`lim berish usullari	Interfaol usul, multimediya.
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, guruhlarga bo'lib.
Ta`lim berish vositalari	O`quv-uslubiy ishlanma ,elektron darsliklar, Psoriaz kasalligiga oid videofil'm, mul'timediya, baner plakat ma`ruza matni, rangli atlas, proektor, kom'pyuter, tarqatma vositalar.
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jihatdan jihozlangan auditoriya.
Monitoring va baholash.	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

Amaliy mashg'ulotning texnologik kartasi.		
Ish bosqichlari va vaqti.	Faoliyatning mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchi
Tayyorgarlik Bosqichi 5 daqiqa	1. Auditoriya tozaligini nazorat qilish. 2. Talabalarni mashg'ulotga tayyorgarligini tekshish. 3. Davomatni nazorat qilish.	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashg'ulotga tayyor bo'lish.
1.O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi (10 daqiqa)	Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. Mavzu uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. Fanni o'rganishda foydalaniladigan	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashg'ulotga tayyor bo'lish..

	adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
Asosiy bosqich 40 daqiqa	Mavzuga oid bo'lgan boshlang'ich bilim darajasini aniqlash:og'zaki savol, test, masala. Interfaol usul mohiyatini tushuntirish. Interfaol usulda mavzuning nazariy qismi Tahlili.	Savollarga javob beradilar. qatnashadilar. Yozadilar.
Asosiy bosqich 50 daqiqa	Mavzuning amaliy qismi bo'yicha mul'timediya, slaydlar va vidiorolik namoyishi.	Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich 50 daqiqa	Amaliy qism bo'yicha bilim darajasini interfaol o'yin yordamida baholash. Amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish (laboratoriya).	Eshitadilar. Yozadilar. Bajaradilar.
Asosiy bosqich 30 daqiqa	Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish.	Bemor ko'rigi, kasallik tarixi haqida ma'lumotlarni yozib olish.
Asosiy bosqich 10 daqiqa	Mavzular asosida berilgan	Eshitadilar va savollarga javob

	ma`lumotlarni umumlashtirish va xulosalash, faol ishtirokchi talabalarni rahbatlantirish va baholash. Mavzu bo'yicha yechilmay qolgan savollar tahlili.	beradilar. Fikr bildiradilar
Yakuniy bosqich (10daqiq)	1. Yakunlovchi xulosa qiladi. 2. Mustaqil ish beradi 3. Uyga vazifa beradi.	Tinglaydi. Yozib oladi. Yozib oladi
Jami 240 daqiqa		

Mavzuning asosiy savollari.

1. Pufakli dermatozlarga ta`rif bering. Pufakli dermatozlar klassifikatsiyasi.
2. Akantolitik pemfigus etiologiyasi. Akantolitik pemfigus patogenezi.
3. Akantolitik pemfigus turlari. Akantolitik pemfigus klinik ko'rinishlari.
4. Akantolitik pemfigus klinikasi. Qiyosiy tashxisi.
5. Vegetatsiyalanuvchi pemfigus klinikasi. Qiyosiy tashxisi.
6. Vulgar pemfigus klinikasi. Qiyosiy tashxisi.
7. Bargsimon pemfigus klinikasi. Qiyosiy tashxisi.
8. Seboreyali pemfigus klinikasi. Qiyosiy tashxisi.
9. Akantolitik pemfigus diagnostikasida laboratoriya ma`lumotlari.
10. Tsank hujayralariga ta`rif bering.
11. Akantolitik pemfigus qiyosiy tashxisi.
12. Akantolitik pemfigus davolash printsiplari.
13. Dyuring dermatitiga ta`rif bering.
14. Dyuring dermatiti etiopatogenezi.
15. Dyuring dermatiti klinikasi va laboratoriya tekshirish usullari.
16. Dyuring dermatiti qiyosiy tashxisi.

17. Dyuring dermatitini davolash. Davolash printsiplari.

Mavzuni chuqur o'zlashtirish uchun quyidagi fanlar bilan bog'lamasdan maqsadga erishib bo'lmaydi.

gistologiya-terining gistologik tizimini o'rganish;

patologik anatomiya - pufakli dermatozlarda a'zodagi patologoanatomik o'zgarishlar; patofiziologiya- pufakli dermatozlarda a'zo va to'qimalarda hosil bo'luvchi patologik o'zgarishlar, yallig'lanish bosqichlari, immunologik va allergik javoblar mexanizmi, suv-elektrolitlar almashinuvining buzilishlari;

ichki kasalliklar propedevtikasi - bemorni ko'rikdan o'tkazish yo'llari, a'zo va sistemallarning normal va patologik ko'rinishi, klinik, biokimyoviy laboratoriya tekshiruv asoslari;

Farmakologiya-pufakli dermatozlar kasalliklarini davolashda qo'llaniladigan dori vositalar farmakodinamikasi va farmakokinetikasi;

Mavzu bayoni

Terining pufakli kasalliklari (CHin akantolitik pemfigus. Uchuqsimon Dyuring dermatiti.)

CHin akantolitik pemfigus

Etiologiyasi va patogenez: Po'rsildoq yaraning kelib chiqishini tushuntiruvchi bir necha nazariyalar mavjud : ulardan asosan, immunologik, virusli, endokrin, nevrogen, endokrin, moddalar almashinuvi nazariyalari muhim o'rin tutadi. Zamonaviy tekshiruv usullari yordamida o'tkazilgan immuno-flyurestsent tekshiruvlar kasallikning kelib chiqishida organizmda rivojlanuvchi autoimmun nazariyalarininã ahamiyati kattaligidan dalolat beradi. Xususan po'rsildoq pufakli yara kasalligi bilan xastalangan bemorlar qon zardobida kasallikning faol bo'lgan davrida, pufak suyug'ligida va zararlangan terida epidermis tikansimon qavat xujayralari oralig'idagi ko'prikchalar (desmosomalar)ga qarshi antitanachalar miqdorining yuqoriligi va bu antitanachalarning JgG sinfiga mansubligi aniqlangan. Antitanachalar miqdori kasallik holatiga to'g'ridan-to'g'ri bog'liq bo'lib, kasallik avj

olgan bosqichda ularning miqdori va aksincha susaygan, ya'ni remissiya davrida past miqdorda yoki umuman aniqlanmaydi.

Ba'zi olimlar pemfigus virusli kasalliklar guruhiga mansub degan fikrdalar. Pufak ichidagi suyuqlikni oq sichqon va quyonga shuningdek tovuq embrioniga yuborilsa, ularda pufak hosil bo'lishi, qon zardobi va pufak suyuqligida virusga o'xshash zarrachalar borligi aniqlangan.

Nevrogen nazariya tarafdori T.V. Nikolskiy kasallik asosida trofonevroz yotadi deb tushuntiradi. turli xil ruxiy holat, emotsional hayajonlanish va nevrologik kasalliklar ham pemfigusga sabab bo'lishi mumkin. Bemorning orqa va bosh miya, hamda orqa miya gangliyalari hujayralarida degenerativ o'zgarishlar bo'lishi nevrogen konsepsiyani yana bir bor tasdiqlaydi.

Bemorlarda oqsil uglevod va suv, minerallar almashinuvining buzilishi aniqlangan, pemfigusning vujudga kelishi bu modda almashinuvi bilan bog'liq degan nazariyaning yaratilishiga olib keldi. Bunday bemorlar siydigida xloridlar miqdori kamaygan bo'lishi, ular organizmda ushlanib qoladi. Organizmdagi mineral moddalar almashinuvi buyrak usti bezining po'stloq qavatida ishlab chiqariladigan mineralokortikoidlar tomonidan nazorat qilinishi ma'lum, shu sababli pemfigus bilan og'rigan bemorlarda faqat mineralokortikoidlargina emas, balki glyukokortikoidlar sintezi ham buzilib, ular juda kam miqdorda ishlab chiqariladi. SHuning uchun ham bunday bemorlarni steroidli gormonlar bilan davolash yaxshi natija beradi. Pemfigus ko'pincha homiladorlik davrida ham kuzatiladi. Bu davr tugagach, kasallik yo'qolib ketadi. Pemfigusda endokrin bezlar faoliyatining buzulishi hollari qayd qilinadi.

Kasallik kechishida barcha patologik o'zgarishlar terida epidermisning tikansimon qavatida "akantolizis" gistologik o'zgarishning yuzaga kelishiga olib keladi. Akantolizis bu epidermis tikanaksimon qavati hujayralari orasidagi ko'prikchalar (desmosomalar) ning sementlovchi moddasini yemirilishi oqibatida, o'zaro bog'liqlikning buzilishi. Terida akantoliz yuzaga kelishida proteolitik fermentlarning ahamiyati katta. Pemfigus va boshqa pufakli kasallik bilan og'rigan bemorlarning qon zardobi yuqori proteolitik fermentlar aktivligining oshishi epidermisda akantoliz jarayonini yuzaga keltirishi mumkin.

Akantolizis jarayoni oqibatida pufakli toshmalar hosil bo'lib, ularning tarkibidagi suyuqlikda alohida -alohida sirkulyatsiya qiluvchi, shakli o'zgargan akantolitik hujayralar mavjud bo'ladi. Akantolitik hujayralar birinchi bor 1948 yilda A. Tsank tomonidan pufaklar yorilishi oqibatida hosil bo'lgan eroziyalardan muxrli surtmalar usuli bilan surtma olish va uni Romanovski-Gimza usuli yordamida bo'yash orqali aniqlangan. Akantolitik Tsank hujayralarining aniqlanishi kasallikning asosiy tashxis me'zonlaridan bo'lib xizmat qiladi. Tsank hujayralarining o'ziga xos morfologik belgilari quyidagilaridan iborat.

1. Epidermisning normal hujayralariga nisbatan kichkina, yadrosi esa bir necha marta katta.
2. katta yadroda 2-3 ta yirikroq yadrochaga ega bo'ladi.
3. Romanovski usulida bo'alganda uning yadrosi va tsitoplazmasi to'q ko'k, ular oralig'i aylana shaklida och havo rangga bo'yaladi.
4. Hujayralar ko'pincha bir necha yadro tutadi.

Akantolizis jarayoni po'rsildoq pufakli yarada kuzatiluvchi Nikolskiy belgisining asosida yotadi. Ushbu klinik belgida, yorilgan pufak atrofida hosil bo'lgan qobiq pintset bilan tortilganda epidermisning ko'rinarli sog'lom bo'lgan sohalarida ham ko'chishi kuzatiladi. Nikolskiy belgisining o'ziga xos shakllari bo'lib, Asbo Gansen va SHeklov (nok) belgilari xizmat qiladi. Asbo-Gansen belgisida yorilmagan pufak qobig'ining markaziy qismiga barmoq bilan bosilganda, pufak chegaralarining kengayishi va hajmining kattalashishi, SHeklov belgisida esa bemor tana holatining o'zgarishi oqibatida pufak ichidagi suyuqlik bosimi ostida pufakning noksimon shaklga kirishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallik klinik belgilarining namoyon bo'lishiga qarab 4 xil klinik shaklga bo'linadi. Vulgar(oddiy), vegetatsiyalanuvchi, yaproqsimon (qat-qat), seboreyali (eritematoz) klinik shakllar. Akantolitik pemfigus asosan 35-60 yoshdagi ayollarda uchraydi.

Vulgar (oddiy) pemfigus

Pemphig vulgaris

Po'rsildoq yaraning bu turi qolgan klinik shakllariga nisbatan 75% qollarda kuzatiladi. Kasallik asosan, og'iz va tomoq shilliq pardalari zararlanishi bilan boshlanadi, ya'ni dastlabki pufaklar oqiz bo'shlig'idan boshlanadi. Kasallikka badan terisi, qo'l -oyoqlar, chov va qo'ltiq osti chuqurchalari, yuz tashqi jinsiy organlar qo'shiladi. Bunda o'zgarmagan terida birdaniga avvaliga tarang bo'lgan, keyin tezda sustlashib qoladigan qar xil kattalikdagi pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklar mayda yoki yirik (ba'zan diametri 10 smgacha) qajmda, shakli aylana, oval, notekis yoki noksimon tarkibidagi suyuqligidagi avval seroz, keyinchalik gemorragik yoki ikkilamchi infektsiya qo'shilishi oqibatida yiringliga aylanadi. Pufaklar qobiqi 1-2 kun oraliqida yorilib, och qizqish rangli eroziyalarni qosil qiladi. Eroziyalar atrofida yangi pufaklar hosil bo'lishi va ularning chegaralarini kengayishi oqibatida keng qamrovli zararlanish o'choqlari yuzaga keladi. Keyinchalik eroziyali toshma elementlari seroz-gemorragik yoki yiringli qatqaloqlar bilan qoplanadi. Kasallik uzoq vaqt davomida torpid ravishda kechishi mumkin. Remissiyalar retsivlar bilan almashinib turadi. Oddiy pemfigus yaxshi sifatli kechganda bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Yomon oqibatli kechishida esa bemorlarning tez vaqt ichida ozib ketishi, kasallikning ikkilamchi infektsiya bilan asoratlanishi, septik tana haroratining ko'tarilishi, buyrak va o'pka tomonidan asoratlar kuzatiladi. Umumiy qon tahlilida yuqori ECHT, eozinofiliya, natriy va xlor ionlari miqdorining oshishi, umumiy oqsil ayniqsa gamma va immunoglobulinlar miqdorining kamayishi aniqlanadi. Bemorlarda subyektiv shikoyatlar yo'q, ba'zan biroz qichish bo'lishi mumkin. Ko'psonli eroziyalar og'izda, labda tashqi jinsiy organlarda joylashadi, og'riq kuzatilishi mumkin.

-Nikolskiy simptomi musbat bo'ladi, ya'ni pensit bilan pufak qoldiqlarini olmoqchi bo'lsak sog'lom teri epidermisi ham u bilan birga ko'chadi.

-Pufaklar va eroziyalar o'rtasidagi teriga tegilsa, shikastlansa epidermisning ko'chishi kuzatiladi. -Zararlangan o'choqdan uzoq joydagi sog'lom terini osongina jarohatlanishi ham kuzatiladi.

Asbo- Ganzen va SHeklov belgilari ham kuzatiladi.

Terining gistopatologiyasi:

Oddiy pemfigusda akantoliz jarayoni tufayli epidermis ichida pufaklar hosil bo'lishi, ularning bazal membranasining ustida joylashishi, dermada esa shish va perivaskulyar yallig'lanish infiltratsiyasi belgilari aniqlanadi.

Bevosita immunoflyuorensiya tekshiruv usuli o'tkazilganda, epidermisning hujayralararo oralig'ida katta miqdordagi JgG- to'planganligi kuzatiladi.

Oddiy po'rsildoq yarani quyidagi kasalliklar bilan taqqoslov tashxisi o'tkaziladi.

1. Leverning bullyoz pemfigoidi oddiy pemfigusdan eng avvalo klinik kechishi bilan farq qiladi, ya'ni Lever pemfigoidi birmuncha yaxshiroq kechadi. Pufaklar tarang katta bo'ladi, asosan terida joylashadi, shilliq qavatlar 34% hollardagina jarohatlanadi. Pufaklar simmetrik emas, epidermis ostida joylashadi. Nikolskiy simptomi manfiy, Tsank hujayralari pufak tubidan olingan surtmalarda topilmaydi.

2. Uchuqsimon Dyuring dermatitidan farqli tomonlari. Dyuring dermatiti turli yoshda uchraydi, polimorf ekssudativ toshma elementlari eritematoz teri yuzasida paydo bo'lib, guruh-guruh simmetrik joylashadi. Bemorlarda kuchli teri qichishi kuzatiladi. SHilliq pardalarda juda kam 10% hollarda uchrashi mumkin. Nikolskiy belgisi manfiy bo'ladi. Bemorlar qon tahlilida eozinofiliya 20-30% , pufak suyuqligida doimiy kuzatiladi. Yadasson sinamasi (kaliy yodidning 50% malhamiga yuqori sezuvchanlik) musbat bo'ladi. Pufak tubidan olingan surtmalarda Tsank hujayralari topilmaydi. Pufaklar epidermis ostida joylashadi. JgA derma-epidermal sohada yoki so'qichsimon qavatda joylashadi.

3. ko'p shaklli ekssudativ eritema oddiy pemfigusdan o'tkir klinik kechishi bilan polimorf toshmalar toshishi bilan, toshmalar asosan qo'l-oyoqning yozuvchi yuzalarida joylashuvi bilan farqlanadi. Pufaklar bilan bir vaqtda qavarchiq va tugunchali toshmalar kuzatilib, ularning markazida, qush ko'zini eslatuvchi botiq mavjud bo'ladi. Nikolskiy belgisi manfiy pufaklar epidermis ostida joylashadi, muhirsimon

surtmalarda akantolitik hujayralar topilmaydi.

4. toksin epidermal nekroliz ya'ni Layell sindromi oddiy pemfigusdan og'irroq kechishi bilan, bemorning umumiy ahvoli tezda yomonlashuvi bilan farqlanadi.

Layell sindromida bemorning dori preparatlarini qo'llaganligi asosiy ahamiyatga ega. Toshmalar polimorfizmi va jarayonning o'tkir rivojlanishi bilan ajralib turadi. ya'ni yuqori tana harorati, bemor ahvolining yomonlashuvi kuzatiladi. Nikolskiy belgisi musbat, pufak tubidan olingan surtmalarda akantolitik hujayralar aniqlanadi.

Vegetatsiyalanuvchi pemfigus

Pemphigus vegetalis

Vegetatsiyalanuvchi pemfigus ham oddiy pemfigusga o'xshab og'iz shilliq pardasidan boshlanadi va tezda pufaklar tabiiy teshiklar atrofiga, kindik sohasi, tabiiy burmalar sohasiga (qo'ltiq osti, sut bezlari osti, chov burmalari)da, jinsiy a'zolar terisida va og'iz shilliq qavatlarining silliq teriga o'tish sohalarda joylashadi. Pufaklar yorilib o'rinda katta eroziyalar kuzatiladi, 4-6 kun ichida shu sohalarda badbo'y hidli vegetatsiyalar rivojlanadi. Eroziyalar bir-biriga qo'shilishi oqibatida diametri 10-15 sm hajmga yetuvchi vegetatsiyalanuvchi pilakchalar yuzaga kelib, ularning atrofida yiringchali toshmalar kuzatiladi. Patologik jarayon uzoq davom etgan hollarda vegetatsiyalar ustidagi ekssudat qalin qatqaloqlar hosil qilib so'galsimon ko'rinishga kiradi. Bemorlarni sub'ektiv shikoyatlaridan og'riq va achishishlar bezovta qiladi. Og'riq ta'sirida harakat cheklanadi. Bemorlarda ko'pincha kaxeksiya avj olib ba'zilar o'lim bilan tugaydi. Zararlanish o'choqlariga yaqin bo'lgan sohalarda Nikolskiy belgisi musbat, eroziyalar tubi va pufaklar ichidagi suyuqlikda akantolitik hujayralar aniqlanadi.

Vegetatsiyalanuvchi po'rsildoq yara kasalligini boshqa teri kasalliklar bilan taqqoslov tashxisoti.

1. Vulgar pemfigusda vegetatsiyalanuvchidan farqi toshmalar og'iz shilliq qavatlari va tana terisida tarqalgan holda joylashadi. Eroziya tubida vegetatsiyaning bo'lmasligi, Nikolskiy belgisining zararlangan sohalardan ancha uzoqda ya'ni jarohatlanmagan terida ham musbat bo'lishi. Gistologik tekshiruvlarda pufaklar bazal qavat ustida joylashib, akantoz, papillomatoz kuchli ifodalangan bo'lib, epidermis ichi eozinofilli abstsesslar bo'lmaydi.

2. ikkilamchi retsidiv zaxmdagi keng kandilomalar pufaklarning bo'lmasligi, Nikolkiy simptomi manfiy bo'lishi, akantolitik hujayralar bo'lmasligi bilan farq

qiladi. Bundan tashqari zaxmdagi serologik reaksiyalar keng kandilomalarda musbat bo'ladi va yuzasidan oq treponemalar topilmaydi.

Yaproqsimon (qat-qat) pemfigus.

Boshlang'ich klinik belgilari ekzema, seboeyali dermatit, tosikodermiyadagi eritematoz-skvamoz o'zgarishlarga o'xshash. Kasallik avval teridagi qizarishli – yallig'langan asosda, yupqa qobiqli yuzaki joylashgan pufaklar paydo bo'lishi bilan boshlanib, qobiqlar yorilishi oqibatida, och qizqish rangli eroziyalar yuzaga keladi, tez orada ekssudat qobiq qoldiqlari bilan birgalikla qalin qatqaloq hosil qiladi. qatqaloq ostida patologik jarayon davom etib yangi qatqaloqlar qavati paydo bo'ladi, oqibatda pufaklar usti qat-qat joylashgan qalamasimon qatloqlar bilan qoplanadi. Patologik jarayon eritrodermiya ko'rinishida tarqalishiga moyil bo'lib, yuz soqasi boshning sochli qismi, tirnoqlarning zararlanishi ham kuzatiladi. Nikolskiy belgisi keskin musbat bo'ladi. SHilliq qavatlar deyarli zararlanmaydi. Bemorlarda sub`ektiv og'riq achishish va qichishish kabi belgilar kuzatiladi, pufak surtmalarida akantolitik hujayralar aniqlanadi. Jarayonning tarqalganligi uchun bemorning umumiy ahvoli yomonlashib tana harorati ko'tariladi, ikkilamchi infektsiya qo'shilib, kaxeksiya rivojlanadi. Bemorlar steroidlar bilan davolanmasa tezda nobud bo'ladi.

Gistologik o'zgarishlari. Akantoliz kuchli rivojlangan, epidermik ichi pufakchalari donador yoki muguz qavat ostida joylashadi. Eski o'choqlarda degenerativ o'zgarishlar yotadi.

Taqqoslash tashxisoti.

1. Ikkilamchi eritrodermiya ekzema yoki psoriasis kasalliklari asorati sifatida yuzaga kelib yaproqsimon pemfigusdan farqi terida infiltratsiya kuchli ifodalangan bo'lib retsdivlanuvchi pufaklar bo'lmaydi, Nikolskiy simptomi manfiy, akantolitik hujayralar yo'q.
2. Toksik epidermal nekroliz Layell. Yaproqsimon pemfigusdan farqi o'tkir boshlanib yashin tezligida kechadi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi (yuqori harorat, qaltirash, komatoz shok holati kuzatiladi). Bundan tashqari Layell sindromida anamnezda dori preparatlari qo'llanilmaganligini aniqlash mumkin. Layell sindromi II-III darajali kuyish klinikasini eslatadi. Ya`ni 2-3 kun ichida

giperemiyalangan teri yuzasida katta pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklar tezda yorilib eroziyalı sohalar paydo bo'ladi. Eroziyalar usti nekrotik yoki seroz- qonli po'sloqlar bilan qoplanadi.

Vulgar pemfigus vegetatsiyalanuvchidan pufaklar tarang bo'lishi, qayta pufaklar paydo bo'lmasligi bilan va terining diffuz eksfoliativ zararlanishi bilan hamda pufaklarning tikansimon qavat ichida joylashuvi bilan farq qiladi. Bundan tashqari vulgar pemfigus og'irroq kechadi (davolanmasa) yaproqsimon pemfigus esa uzoq vaqt yillab kechishi mumkin.

Seboreyali (eritematoz) pemfigus

Senir-Asher sindromi. (Pemphigus seborrhoeicus, seu erythematosus) Seboreyali pemfigus vulgar va qat-qat turlariga o'tishi mumkin. Dermatoz ko'pincha xavfsiz kechadi. Kasallik asosan yuz terisi sohalaridan boshlanib so'ngra boshning sochli qismi, bo'yin, ko'krak va kuraklarga, qo'llarga tarqaladi. Keyinchalik esa tanaga tarqalishi mumkin. Yuzning yonoqlar va burun usti terisi soqalarida eritematoz shishli asosda joylashgan qipiq va qatqaloqli toshmalar ("kapalak" belgisi) qizil yuguruk kasalligini, boshning sochli qismidagi toshmalar seboreyali ekzemani, ko'krak va kuraklar soqalaridagi pufaklar atrofi qizarishli hoshiya bilan o'ralgan bo'lib, eroziyalarning qalin seroz yiringli qatqaloqlar bilan qoplanganligi yaproqsimon po'rsildoq klinik belgilarini eslatadi. Pufaklar yupqa qobiqli bo'lib, tezda yoriladi, shuning uchun ham ularning paydo bo'lganligini hech kim sezmaydi. Yuz sohasidagi jarayon bir necha oydan 5-7 yilgacha bo'lishi mumkin. boshning sochli qismida toshmalar seboreyali dermatitni eslatadi, ammo chegaralangan zararlangan o'choqlar mavjud bo'lib, qo'l, zich po'stloqlar bilan qoplangan bo'ladi, keyinchalik bu sohalarda alopesiya va chandiqli atrofiyalar rivojlanadi. Pufaklar yorilgan sohalarda Nikolskiy belgisi musbat, qatqaloqlar ostidagi eroziyalardan olingan surtmalarda akantolitik hujayralar aniqlanadi. Og'iz va jinsiy a'zolar shilliq qavatlari kamdan-kam hollarda zararlanadi. Seboreyali po'rsildoq kasalligiga qichishish, achishish va og'riq belgilari xos, seboreyali pemfigusdagi gistopatologik o'zgarishlar yaproqsimon pemfigusga o'xshab ketadi.

Taqqoslov tashxisoti.

Eritematoz seboreyali po'rsildoq yarani quyidagi kasalliklar bilan taqqoslov tashxisoti o'tkaziladi. qizil yuguruk yuz soqasidagi "kapalak" belgisi va eritematoz - skvamoz toshmali bilan Senir -Asher sindromini eslatadi. Ayniqsa jarayon boshning sochli qismida chegaralangan holatda bo'lib, alapetsiya va chandiqli atrofiya rivojlansa, kasallikni qiyosiy taqqoslash qiyin bo'ladi. Seboreyali pemfigusda jarohatlar yorilgan pufaklar natijasida paydo bo'ladi. Seboreyali pemfigus uchun mavsumiylik xos emas. qizil yuguruk uchun mavsumiylik (bahor va yoz) xos. qizil yugurukda Nikolskiy simptomi manfiy, gistologik tekshiruvlarda esa akantolitik hujayralar va muguz qavat osti yoriqlar, pufaklar bo'lmaydi.

Seboreyali ekzema klinik ko'rinishi eritematoz pemfigusga o'xshasa ham, og'iz shilliq qavatlarining shikastlanmasligi, Nikolskiy belgisi manfiy bo'lishi va akantolitik hujayralarning bo'lmasligi bilan farq qiladi. Gistologik tekshirishlarda ekzemada akantoliz va muguz qavat osti pufaklar bo'lmaydi.

Davolash

Akantolitik pemfigusning klinik shakllari kelib chiqishiga ko'ra bir xil sabablarga ega, shuning uchun davolash bir xil yo'nalishda ketadi. Kasallik aniqlangandan so'ng davo choralarini erta boshlash muhim ahamiyatga ega. Hozir pufakli kasalliklarni davolashda asosan kortikosteroidlardan foydalaniladi. Kortikosteroidlar miqdori bemorning umumiy ahvolidan kelib chiqqan holda belgilanadi. Steroid gormonlar yuqori dozalarda tavsiya qilishdan boshlanadi (prednizolon yoki metilprednizolon 40-60 mgdan, triamtsinolon 32-48 mgdan deksametazon 4-6 mgdan kuniga). Bolalarda bu miqdor yoshiga qarab kamaytiriladi. Masalan 5-15 yoshgacha bo'lgan bolalarga kunlik miqdori prednizolon uchun 10-20 mg, triamtsinolon 8-12 mg va deksametazon 2-3 mg. Bolalarga ba'zan buyrak usti bezini stimulyatsiyasini kuchaytirish uchun AKTG 10-20 ED kuniga tavsiya qilinadi.

Odatda steroid gormonlar qabul qilinayotganda bemorning ahvoli ancha yengillashadi, terida yangi toshmalar toshishi to'xtab, eroziyalar o'rni bita boshlaydi. SHu vaqtdan boshlab berilayotgan dori miqdorini asta-sekin kamaytirilib boriladi. Steroid gormonlar dozasi saqlab turuvchi miqdorgacha kamaytiriladi, bu davrda

bemorning ahvoli bir maromga kelib, kasallikning zo'rayishi (retsidivi) kuzatilmaydi. Saqlab turuvchi miqdor masalan, prednizolon uchun 15-20 mg. Bemor bu dozani kasalxonadan chiqqandan keyin uzoq vaqtgacha qabul qilishi zarur. Bir necha yildan so'ng kortikosteroidlar bilan davolash to'xtatilishi mumkin. Bunda shifokor bemorning umumiy ahvoli va kasallik qaytalamasligini inobatga olmog'i lozim. Mikroelementlar miqdorini saqlab turishi uchun kalsiy glyukanat, panangin, kaliy orotat dori vositalari qo'llaniladi. Kortikosteroidlar natijasida yuzaga keladigan nojo'ya oqibatlarini oldini olish maqsadida bir vaqtning o'zida sitostatiklar tavsiya qilinadi: metotreksat, azotioprin, sandimmun, prospidin va boshqalar. Bemorlarga yana anabolik gormonlar - metandrostenolon, nerobolil, metilandrostendiol, vitaminlar (askorbin kislota, rutin, askorutin, riboflavin, kaltsiy pantotenat, folat kislota) ham tavsiya etiladi. Ikkilamchi infektsiyani oldini olish maqsadida antibiotiklar qabul qilinadi.

Bemorning ahvoli og'ir bo'lsa simptomatik terapiya o'tkaziladi: gemotransfuziya (15-20 ml tomchilab venaga yuboriladi), plazma, gemodez, reopoliglyukin, jigar preparatlari (geparin LUB 52 ,Essel forte, vitagepankreatin) va boshqa foydali eritmalarni yuborish tavsiya etiladi. Bemorlar oziqa moddalarida uglevodlar, osh tuzi cheklanib, oqsil, vitamin va mikroelementlarga boy bo'lgan taomlar beriladi.

Mahalliy davo

Ikkilamchi infektsiya bilan murakkablanishining oldini olish maqsadida shilingan teriga dezinfektsiyalovchi eritma (kaliy permanganat, kastellani suyuqligi) yoki malham surtish lozim. Sirtidan kortikosteroidli malhamlar surtish davo samarasini yanada oshiradi. Kortikosteroidli malhamlardan lorinden, gioksizon, dermazolon, selestoderm, advantan, betnovayt, dermovayt tavsiya etiladi.

Pemfigus og'iz bo'shlig'ida bo'lsa, stomatolog ko'rigidan o'tkazish va og'izni furatsillin

(1: 5000), metilin ko'ki, rivanol eritmasi bilan chayib turish zarur.

Uchuqsimon Dyuring dermatiti

Dyuringning gerpetiform dermatiti (Dermatitis herpetiformis Duhring).

Kasallik birinchi bor 1884 yil filodelfiyalik dermatolog Duhring tomonidan ta'riflangan. Kasallik o'tkir yallig'langan polimorf toshmalar toshishi, teri qichishi bilan xarakterlanadi. Kasallik surunkali qaytalama tarzda kechib bahor va yoz fasllarida qo'zg'aladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik kelib chiqishida turli nazariyalar mavjud bo'lib, ulardan asosiylari quyidagilar: allergik nazariya - ushbu nazariyaga ko'ra bemorlarda yod, brom mikroelementlariga nisbatan yuqori sezuvchanlik holati kuzatilib, qonda eozinofiliya va qon zardobida gistaminni parchalovchi omil faolligining pasayishi qayd etilgan.

-Infeksion - allergik nazariyaga ko'ra esa kasallik ko'p hollarda turli yuqumli kasalliklar: gripp, skarlatina, zotiljam va suvchechakdan so'ng rivojlanadi.

-Nevrogen nazariyasi tarafdorlari kasallikning paydo bo'lishini nerv sistemasi faoliyatining buzilish bilan bog'liq deb hisoblaydilar. SHu bilan birga bemorlarning markaziy va periferik nerv sistemalarida turli patologik o'zgarishlar kuzatiladi.

-Endokrin nazariyaga ko'ra gerpetiform dermatit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi, ayollarda homiladorlik va undan keyingi davrda ham dermatozning tez-tez uchrashi, ba'zan kasallikning hayz sikli bilan bog'liqligi aniqlangan .

-Autoimmun nazariyasi - bemorlar qon zardobida turli xildagi immunoglobulinlar JgG, JgA, JgM va JE aniqlangan, hamda immunoflyuorestsentsiya usuli bilan tekshirilganda terining epidermis bazal membranasi ostida, so'rqichsimon qavatning ustida JgAga qarshi ishlab chiqarilgan auto-antitanachalar to'planishi kuzatilgan.

Klinikasi.

Kasallik boshlanishidan avval bemorlarda prodromal o'zgarishlar: subfebril tana harorati ko'tarilishi, artralgiyalar kuzatiladi. Kasallik o'tkir boshlanib, eritematoz dog'li asosida guruq-guruq holda joylashgan ekssudativ toshma elementlari: pufaklar, pufakchalar, yiringchalar, tuguncha-pufakchalar, qavarchiqlar yuzaga keladi. Kasallik klinik manzarasi xususan, toshmalarining to'p-to'p bo'lib turishi bu kasallikni oddiy pufakli temiratki, (gerpes)ga qiyoslab uni gerpetiform dermatit deb atashga sabab bo'lgan. Dermatoz ko'pincha 25-50 yoshlar atrofidagi kishilarda uchraydi, ba'zan

bolalar yoki keksalarda ham uchraydi. Kasallik o'zining polimorf toshmalari bilan ajralib turadi. Toshmalarning simmetrik to'p-to'p joylashishi, surunkali, retsidiv bilan kechishi xos. Kasallik kuchli qichishish, achishish ba`zan og'riq bilan kechadi. Bemorning badani, oyoq va qo'llarining yozuvchi sohalarida eritematoz tugunchalar, qavarchiqlar, ular ostida esa pufakcha va yiringchalar paydo bo'lishi bilan birga davom etadi. Ba`zan pufaklar ham yuzaga kelib, ular tashqi ko'rinishidan pemfigusni eslatadi. Pufak, pufakcha va yiringchalar ichida gemorragik suyuqlik bo'lishi ham mumkin. Keyinchalik toshmalar qotishi natijasida eroziyalar, qora qo'tir po'stloqlar va boshqalar vujudga keladi. SHilliq qavatlarning zararlanishi juda kam (10%)ni tashkil qiladi. Nikolskiy simptomi manfiy bo'ladi. Bemorlar qonida hamda pufaklar suyuqligida eozinofiliya kuzatiladi, immunoflyuorestsentsiya yo'li bilan esa bazal membranada immunoglobulin borligi aniqlanadi. Kasallik uzoq davom etib, vaqti-vaqti bilan qo'zib turadi. Gerpetiform dermatitning katta va kichik pufakli turlari farqlanadi. Katta pufakli turlari tanada, qo'l va oyoqlarning yozuvchi yuzalarida joylashadi. Kichik pufakli turlarida pufakchalar kattaligi moshday yoki no'xatday bo'lib, ular asosan yuz, chov va qo'ltiq osti sohalarida joylashadi. Bemorning umumiy ahvoli engil, o'rta yoki og'ir bo'lishi mumkin. Og'irroq kechgan hollarda bemorning madori qurib, asabiylashadi, organizmda suv va tuz almashinuvi keskin buziladi. Dermatoz ikkilamchi infeksiya bilan murakkablanishi mumkin. Kasallik diagnostikasida dermatozning yodga bo'lgan sezuvchanligini hisobga olish kerak. Yodning 50% li malhami teriga surtiladi yoki 3-4 % kaliy yoki natriyli yod eritmasi ichiriladi (Yadasson sinamasi). Yodli eritmasi ichirilganda kasallik juda qo'zib ketishi, malham surtilganda esa 24-48 soatdan keyin teri qizarib, yangi toshmalar bo'lishi mumkin. Lekin kasallik zo'riqqan davrida bunday diagnostika usulidan foydalanish yaramaydi, aks holda yomon oqibatlar ro'y berishi mumkin.

Gistopatologiyasi.

Epidermis ostida pufaklar va ular ichidagi suyuqliklarda eozinofiliya kuzatiladi. Dermada asosan eozinofillardan iborat infiltrat bo'ladi. Tsank hujayralari topilmaydi.

Taqqoslash tashxisoti.

Gerpetiformli Dyuring dermatiti ko'p shaklli ekssudativ eritema, toksikodermiyaning pufakli shakli, akantolitik pemfigus, tug'ma pufakli epidermoliz kasalliklari bilan qiyosiy tashxislanadi.

Ko'p shaklli ekssudativ eritemada gerpetiform dermatitdan farqli to'q qizil rangdagi dog'lar mavjud bo'lib, ularning markaziy qismida kidiksimon botiqlar kuzatiladi, toshmalar guruqlashgan holda joylashmaydi, sub'ektiv belgilar kam namoyon bo'ldi, pufaklar tarkibidagi suyuqlikda eozinofilllar aniqlanmaydi. Yaddason sinamasi manfiy natijalar beradi. Toksikodermiyaning pufakli shaklida bemorlarning umumiy ahvoli og'irlashadi, pufaklar ichidagi suyuqlikda eozinofilllar topilmaydi. Anamnezida kasallik rivojlanishi dori vositalarini qabul qilishga bog'liq bo'ladi.

Davolash:

Kasallikni davolashda diaminodifenil- sulfon (DDS) guruhi preparatlari eng yaxshi samara beradi. Bu guruh preparatlariga quyidagilar kiradi: avlosulfon, dapson, sulfetron. DDS 0,1 g dan kuniga 2 mahal ichish buyuriladi. Dorini 5 kun davomida ichiladi va 3 kun dam beriladi. Sulfanilamidlar berilganda yaxshi natija olinadi. Kasallik og'ir kechganida DDS kortekosteroidli dorilar bilan birga ishlatiladi. SHuningdek, organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi, desensibilizatsiyalovchi, antigistamin dorilar, vitaminlar va ikkilamchi infektsiya bilan asoratlangan hollarda antibiotiklar tavsiya etiladi.

Oshqozon - ichak traktida yuzaga kelgan o'zgarishlarni e'tiborga olib, oziqa ratsionida o'simlik oqsillari, ayniqsa bug'doy va boshqa boshloqlilarni cheklash tavsiya etiladi. Mahalliy davo choralarida anilin bo'yoqlari, glyukortikoid (lorinden, flyutsinar, sinaflan, sinalar, selestoderm, dermovayt) va antibiotikli (eritromitsin, streptomitsid, levomekol) malhamlari buyuriladi. Kasallikning oqibati yaxshi bo'lib, ba'zan o'z-o'zidan remissiya holatiga o'tishi va klinik sog'ayish kuzatiladi.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan interfaol usullar texnologiyasi

"Stol o'rtasida ruchka"

Mavzu: Pufak simptomi bilan kechuvchi kasalliklarni aytib, tayanch belgilari bilan izohlash.

Guruh talabalarini raqamlar bilan belgilanadi. har bir talaba o'zi yaxshi bilgan bittadan kasallikni tanlab qog'ozga yozadi. Ruchkani stol o'rtasiga qo'yib, qog'ozni keyingi talabaga uzatiladi. Barcha talabalar o'z kasalliklarini yozgandan so'ng navbat bilan fikrlarini bayon qiladilar.

Masalan: Talaba akantolitik pemfigusni tanladi. U quyidagicha tayanch belgilarni izohlaydi: kasallik kelib chiqishidagi nazariyalar, kasallikning patogenezi, klinik turlari, kasallikda kuzatiladigan asosiy simptomlarga ta'rif berish: Nikolskiy, Asbo-Ganzen, Sheklakov simptomlari, ichki organlardagi o'zgarishlar, periferik qondagi o'zgarishlar va kasallik oqibatlar.

"Uch bosqichli intervyu"

Maqsad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda unga to'g'ri psixologik yondoshishini o'rgatish.

Asosiy tamoyillar:

Guruh 2-3 kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabalarga tashxis yashirin yetkaziladi. Har bir guruh bemorlar bilan maslahatni 10-15 daqiqa olib boradi. Ekspert ishtirokchilarning faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

- 1) nima to'g'ri bajarildi ?
- 2) nima noto'g'ri bajarildi ?
- 3) qanday bajarilishi kerak edi ?

Afzalliklari:

Dars mavzusi bo'yicha bemorlar bo'lmagan holatlarda ushbu usulni keng qo'llash mumkin. Usul rol o'yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtirokchi - ekspert bilan to'ldirilgan va bir vaqtning o'zida 2-3 klinik variantlar muhokama qilinadi. Bu mashqulot mazmunini boyitadi, o'quv jarayonini jonlantiradi va talabaning bilim darajasini chuqurroq baholashga imkon yaratadi.

Misol: Pedagog har bir kichik guruhga bemor, shifokor va ekspert roliga 3 talabani tanlab oladi. O'qituvchi bemorning laborator va asbobiy tekshiruvlari natijalarini oldindan tayyorlaydi va shifokor rolini o'ynayotgan talaba talabiga muvofiq uni ta'minlab turadi.

Bemor 35 yoshli ayol. SHikoyatlari: og'iz bo'shligida pufaklar paydo bo'lganligiga, tezda pufaklarning ko'krak, qo'l sohalarida ham o'zgarmagan terida birdaniga paydo bo'lishiga, biroz qichishga, holsizlik, og'iz bo'shligida biroz og'riqqa.

Anamnezidan bemor o'zini 15 kundan beri kasal hisoblaydi. Sababini aniq bilmaydi. Dastlab pufaklar og'iz bo'shligida paydo bo'lgan, 10 kun o'tgandan keyin birdaniga ko'krak, qo'l-oyoqlar sohasiga ko'chgan. Pufaklar 1-2 sm atrofida bo'lib avvaliga tarang bo'lgan keyin tezda sustlashib yorila boshlagan.

Ko'rik vaqtidagi holati:

Ahvoli o'rtacha og'irlikda, tana harorati 37 ° S, terisida bullyoz toshmalar aniqlanadi. Yurak tonlari bo'g'iqlikda puls - 90 ta ritmik, qon bosimi 100/60 mm sim ust. Nafas olishi me'yoriy o'pkasida kuchaygan vezikulyar nafas. Jigar, taloq kattalashmagan.

Bemorning terisidagi holatni baholash: bemor terisidagi patologik holat o'tkir yallig'lanishga xos xususiyat bilan kechmoqda. Asosan, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida 1-2ta, ko'krak sohasi, qo'l-oyoqlar sohasida joylashgan bo'lib elementlardan o'zgarmagan teri fonida tarang va sustlashgan bullyoz toshmalarni ko'rish mumkin. Ba'zi pufaklar yorilib o'rnida bir-biriga qo'shilgan eroziyalar aniqlanadi. Ba'zi joylarda pufak o'rnida giperpigment dog'lar aniqlanadi. Nikolskiy, Asbo-Ganzen simptomlari musbat.

Umumiy qon tahlilida Hb - 100g/l, eozinofiliya, ECHT -22, natriy, xlor ionlari oshgan, umumiy oqsil kamaygan. Pufak tubidan olingan surtmalarda Tsank hujayralari aniqlanadi.

"Vrach" bemor so'zidan yiqqan barcha ma'lumotlarga e'tibor berishi, klinik belgilarni chuqurroq kuzatishi, Nikolskiy, Asbo-Ganzen simptomlarini bevosita amalda bajarib

musbatligiga ishonch hosil qilib bemorni dermatologiya bo'limiga yo'llashi lozim.

"Ekspert" vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e'tibor berishi lozim:

- bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi?
- kasallik tarixi to'g'ri yiqildimi?

- bemorni ko'rikdan o'tkazganda toshmalarga e'tibor berilib, vulgar pemfigus deb to'g'ri tashxis qo'yildimi?
- bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maqsadida shifoxonaga yo'lladimi?
- davolashda nimalarga e'tibor berish va davo sxemasini tuzishga yondashildimi?
- kasallikning klinik turi aniqlandimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

- o'z holatini qanchalik darajada ta'rifladi?
- kasallik tarixini aniq ayta oldimi?
- kasallik belgilarini aniq ta'riflab berdimi?

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi e'tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtirokchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to'xtalib mashg'ulotga yakun yasaydi.

"Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik"

Maqsad: Talabalarga ushbu muammo bo'yicha bilimlarini tez, aniq, to'laqon aniqlashni o'rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Guruh talabalari bilim darajasiga mos holda ikki kichik guruhga bo'linadi. O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar konvertlarga solingan bo'lib, raqamlanadi. har bir guruh sardori navbat bilan raqam aytib savolni tanlaydi. Savol o'qilgandan so'ng uch minut ichida guruh talabalari javob tayyorlasa, qo'lidagi belgini ko'tarib bildiradi. Javob to'liq bo'lmasa, ikkinchi guruh talabalari to'ldiradi.

Mashqulotning mavzusi: Vezikulobulyoz toshmalar bilan kechuvchi kasalliklar.

O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro'yxati:

1. Vezikula-bulyoz toshmalarga ta'rif berish.
2. Quyidagi kasalliklarning tayanch belgilari:
 - 2.1. Akantolitik
 - 2.2. Vulgar pemfigus
 - 2.3. Vegetatsiyalanuvchi pemfigus
 - 2.4. Seboreyali pemfigus
 - 2.5. Bargsimon pemfigus

3. Lever pemfigoidi
4. Dyuring dermatiti
5. Akantolitik pemfigusda Tsank hujayralarini aniqlash usuli.

Vaziyatli masalalar

1-masala.

45 yoshli ayolning ko'krak va qorin sohalari o'zgarmagan terisida seroz suyuqlik bilan to'lgan pufaklar paydo bo'lgan. Nikolskiy simptomi musbat. Anamnezidan shu ma'lum bo'ldiki, pufaklar birinchi marta og'iz bo'shliqi shilliq pardasida paydo bo'lgan va tezda yorilib og'riqli o'choqlar yuzaga kelgan. Bemor uzoq vaqt stomatologda "aftoz stomatit" tashxisi bilan davolanib yurgan.

1. Faraziy tashxis qo'ying.
2. Tashxisni aniqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini rejalash lozim.
3. Qanday kasalliklar bilan taqqolash kerak.

2-masala.

Bemor 56 yoshda. Yuz, boshning sochli qismi, ko'krak yuqori qismi va orqa kurak sohasida eritematoz yuzada zich joylashgan yog'li po'stchalar joylashgan. Ularni olib tashlansa, tagidan namli eroziyalar aniqlanadi. Patologik o'choqlardan olingan surtmalarda akantolitik hujayralar topilgan. qon taqlilida Hb-90 g/l, leykotsit -6,0 ECHT-21, eozinofiliya 20% gacha.

1. Tashxis qo'ying.
2. Kasallikning klinik turini ko'rsating.
3. Davolash sxemasini tuzing.

3-masala.

Bemor 40 yoshda. qo'l-oyoqlari terisida to'p-to'p bo'lib joylashgan simmetrik papulalar, qavarchiqlar, eroziyalar, po'stchalar aniqlanadi. Bemorni kuchli teri qichishi bezovta qilmoqda. Nikolskiy simptomi aniqlanmadi. qon tahlilida va pufak suyuqligida eozinofiliya kuzatiladi.

1. Tashxis qo'ying?
2. Qanday kasalliklar bilan taqqoslash kerak?
3. Davolash rejasini tuzing?

4-masala.

Bemor V. 35 yoshda. Og'iz bo'shliqi yuqori tanglay sohasida ichi seroz suyuqlik bilan to'lgan ikkita katta pufak paydo bo'lgan. Bemor kasalligi anamnezidan shu narsa ma'lum bo'ldiki, o'zini ikki yildan beri kasal hisoblaydi va gormon qabul qilib kelmoqda. Oxirgi bir oy ichida gormon qabul qilish vrach ruxsatisiz to'xtatilgan.

1. Tashxis qo'yish uchun yana qanday tekshirishlar o'tkazish kerak?
2. Bu kasallikka xos qanday klinik simptomlarni bilasiz?
3. Kasallik asorati va oqibatlarini aytib bering?

5-masala.

Bemor J. 66 yoshda. qabulxonaga quyidagi shikoyatlar bilan keldi: qo'l-oyoqlari va tana sohasida to'p-to'p guruq joylashgan toshmalar toshishiga, kuchli teri qichishi va umumiy holsizlikka. Anamnezidan bemor 10 kundan beri kasal. Kasallik qo'l-oyoqlar sohasida kuchli qichishli pufakchalar paydo bo'lishi bilan boshlangan. Bemor o'zicha bu yaralarga 5 % li yodli eritmani surtgan. Kasallik battar avj olib toshmalar ko'payib ketgan. Ko'rgandagi holati: umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, tana harorati 37,5 ° S, holati notinch, terisida giperemiyalangan yuzada qo'l-oyoqlar, ko'krak sohalarida guruq-guruq simmetrik joylashgan pufak, pufakcha, qavarchiq, eroziya papula, po'stchalarni ko'rish mumkin. Nikolskiy, Asbo- Ganzen simptomlari aniqlanmadi. ECHT - 24 g/soatni tashkil qiladi.

Tashxis qo'ying.

1. Bu kasallik etiopatogenetik omilini aniqlang.
2. Davolash rejasini tuzing.

Test savollari

1. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik turlarini ko'rsating
 - A) bargsimon, sebozeyali
 - B) sebozeyali, intertriginos
 - V) Stivens-Djonson sindromi
 - G) chaqaloqlarning chilla yarasi
 - D) halqasimon, vulgar

2. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik ko'rinishlarini ko'rsating
 - A) Sener Asher sindromi
 - B) Reyno sindromi
 - V) Stivens-Djonson sindromi
 - G) Layell sindromi
 - D) Tiberj - Veysenbax sindromi

3. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik turlarini ko'rsating
 - A) vegetatsiyalanuvchi
 - B) bullyoz toksikodermiya
 - V) bullyoz impetigo
 - G) bullyoz epidermoliz
 - D) halqasimon

4. Akantoliz qaysi simptomning morfologik asosi bo'lib hisoblanadi?
 - A) Nikolskiy simptomi
 - B) Pospelov simptomi
 - V) Gorchakov simptomi
 - G) Asbo-Ganzen simptomi
 - D) Auspitts simptomi

5. Nikolskiy simptomi qaysi dermatozlarning patognomik belgisi hisoblanadi?
 - A) Layell sindromi
 - B) Dyuring dermatiti
 - V) Lever pemfigoidi
 - G) Stivens-Djonson sindromi
 - D) Ikkilamchi eritrodermiya

6. Vulgar pemfigusning asosiy morfologik elementi:

- A) intraepitelial pufak
- B) subepidermal pufak
- V) subkorneal pufak
- G) fliktena
- D) vezikula

7. Akantolitik pufak hosil qilmaydigan dermatozlarga kiradi:

- A) Dyuring dermatiti
- B) Ritter kasalligi
- V) Layell sindromi
- G) Senir Asher sindromi
- D) Vulgar pemfigus

8. Vulgar pemfigus odatda boshlanadi:

- A) og'iz bo'shlig'i shilliq pardalaridan
- B) boshning sochli qismidan
- V) tabiiy burmalar sohasidan
- G) qo'l-oyoqlar barmoqlari orasidan
- D) genetal a`zolari sohasidan

9. Seboreyali pemfigusni qaysi dermatozlar bilan taqqoslash mumkin?

- A) chandiqli eritematoz
- B) ko'p shaklli ekssudativ eritema
- V) zaxm pemfigusi
- G) intertriginoz psoriaz
- D) mikrobli ekzema

10. Vegetatsiyalanuvchi pemfigusga xos bo'lmagan lokalizatsiyasi

- A) tabiiy burmalar sohasida
- B) seboriyali sohalarda

- V) qo'l-oyoqlar kaftlarida
- G) tizza va tirsak sohalarida
- D) yuqori tanglay sohasida

11. Akantolitik pemfigusni davolashda qanday dori preparatlaridan foydalanamiz?

- A) kortekosteroidlardan
- B) DDS preparatlaridan
- V) aromatik retinoidlardan
- G) immunomodulyatorlardan
- D) antibiotiklardan

12. Vulgar pemfigusni qaysi dermatozlar bilan taqqoslov tashxisi o'tkaziladi?

- A) Layell sindromi
- B) qizil yuguruk
- V) seboreyali ekzema
- G) intertriginoz psoriaz

D) netrodermit

13. Akantolitik pemfigusda asosiy laborator ko'rsatkich bo'lib hisoblanadi

- A) limfotsitoz
- B) pufak tubi surtmasidan Tsank hujayralarini aniqlash
- V) eozinofiliya
- G) Borovskiy tanachalarini surtmada aniqlash
- D) ЭСНТ oshishi

14. Dyuringning gerpetiform dermatiti - bu:

- A) surunkali infeksiyon dermatoz
- B) kollagenoz
- V) mikoz
- G) endemik parazitar dermatoz
- D) surunkali retsedivlanuvchi dermatoz

15. Gerpetiform Dyuring dermatozida qaysi faktorlar patogenetik ahamiyatga ega?

- A) yod preparatlariga nisbatan sezuvchanlikning oshishi
- B) malabsorbsiya sindromi
- V) fermentopatiya
- G) kapillyarlar konstitutsial tuzilishining buzilishi
- D) uglevodlarga nisbatan sezuvchanlikning oshishi

16. Dyuring dermatitiga qanday sub`ektiv sezgilar xos?

- A) kuchli qichish
- B) kechqurungi kuchayuvchi qichishlar
- V) terining tortishish sezgisi
- G) paresteziya sezgisi
- D) sub`ektiv sezgilar kuzatilmaydi

17. Dyuring dermatitida qaysi laborator ko`rsatkichlar asosiy ahamiyatga ega?

- A) Эозинofiliya qonda 20% gacha, Tsank hujayralarining pufak suyuqligida bo`lmasligi
- B) Эозинofiliya qonda 20% gacha, Tsank hujayralarining pufak suyuqligida aniqlanishi
- V) Limfotsitoz
- G) ЭCHT oshishi
- D) Эозинofiliya qonda 3-4% bo`lishi

18. Gerpetiform Dyuring dermatit tashxisotida qanday testlardan foydalaniladi?

- A) Yadassonning yodli sinamasi
- B) Minor sinamasi
- V) 3 stakanli Yadasson sinamasi
- G) Baltserning yodli sinamasi
- D) Mantu sinamasi

19. Dyuring dermatitini davolashda qo'llaniladi:

- A) diaminodifenilsulfon preparatlari
- B) grizeofulvin
- V) monomitsin
- G) metotriksat
- D) Aromatik retinoidlar

20. Gormonlar bilan uzoq vaqt davolanish asoratlariga kiradi

- A) Itsenko-Kusheng sindrom
- B) qandli diabet kasalligi
- V) o'rganib qolish, immunitetning susayishi
- G) gipertoniya va oshqozon-ichak yara kasalliklari
- D) hammasi to'g'ri

21. Gerpetiform Dyuring dermatitni quyidagi dermatozlardan qiyosiy tashxis o'tkaziladi:

- A) akantolitik pemfigus
- B) qizil yugurik
- V) seboreyali ekzema
- G) strepdodermiyalar
- D) intertriginoz kandidoz

22. Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi qanday klinik turlar bilan kechadi?

- A Layell sindromi
- B toksik bullez epidermoliz
- V Stivens-Djonson sindromi
- G bargsimon
- D vegetatsiyalanuvchi

1GD, 2 AGD, 3AV, 4AGD, 5VGD

23. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik turlarini belgilang:

A vulgar po'rsildoq yara

B Layell sindromi

V Xeyli-Xeyli oilaviy po'rsildoq yarasi

G Lever pemfigoidi

D Senir-Asher sindromi

1AD, 2ABG, 3VG, 4GD, 5BG

24. Dyuring dermatiti qaysi kasalliklar qatoriga kirmaydi?

A virusli dermatozlarga

B pufakli dermatozlarga

V piodermiyalarga

G genodermatozlarga

D mikozlarga

1AVGD, 2BVD, 3VGD, 4ABVD, 5ABD

25. Dyuring dermatitiga xos bo'lgan belgini belgilang:

A pufakli suyuklikning eozinofiliyasi

B kuchli kichinish

V mayda o'choqli alopetsiyasi

G sklerodaktiliya

D dementsiya

1AB, 2AG, 3ABD, 4BG, 5GD

26. Dyuring dermatiti bilan kasal bo'lgan bemorlarda yod preparatlariga bo'lgan yuqori ta'sirchanlik qanday aniqlanadi?

A 50% kaliy yodid malhami bilan Yadasson sinamasi

B uch stakanli Yadasson sinamasi

V 5% yod nastoykasi bilan Balser sinamasi

G 3-5% kaliy yodid eritmasi bilan

D Munro sinamasi

1AG, 2AVG, 3VG, 4GD, 5AV

27.Dyuring dermatitiga xos bo'lgan belgilarni aniqlang:

A polimorf toshmalar

B yodga bo'lgan yuqori sezuvchanlik

V Tsank hujayralari, Nikolskiy belgisi musbat

G atrofiya, follikulyar giperkeratoz

D qondagi eozinofiliya

1ABD, 2AB, 3BD, 4 AG, 5VD

Amaliy ko'nikma.

Akantolitik (tsank) hujayralarni tekshirish.

Po'rsildoq yara va Dyuringning gerpetiform dermatozining solishtirma tashxisi uchun ishlatiladi. Yangi pufak tubi yuzasidan skalpel yoki qaynatish orqali sterillangan o'quvchi rezinkasini yengil bosish bilan material olinadi va yog'sizlangan steril buyum oynasiga qo'yiladi.

1. 1 minut davomida materialni metil spirti yordamida fiksatsiya qilinadi, xona haroratida quritiladi va Romanovski Gimza bilan bo'yaladi.

2.

Preparatni

3. Akantolitik hujayralar normal epitelial hujayralardan kamroq yumaloq shaklda, yadrosi katta bo'lib, intensiv binafsha rangga yoki siyoq-ko'k rangga bo'yaladi va sal kam butun hujayrani egallaydi.

Pufakli dermatozlar mavzusi bo'yicha baholash mezon.

86-100	a'lo	Pufakli dermatozlar mavzusi bo'yicha yaxshi tasavvurga ega, mohiyatini tushuntiradi. Mustaqil mushohada yurita oladi. Amalda qo'llab, mavzu bo'yicha ijodiy erkin	3- daraja bilim va ko'nikmalar darajasi.
--------	------	--	--

		fikr yuritib xulosa va qaror qabul qiladi.	
71-85	yaxshi	Pufakli dermatozlar mavzusi bo'yicha yaxshi tasavvurga ega. Mavzularni va uning qismlarini o'zlashtirgan, aytib beradi, mohiyatini tushuntirib bera oladi. Amalda qo'llab biladi, mavzuning har bir bo'limlari yuzasidan mustaqil mushohada yuritadi.	2- daraja o'quv qobiliyati darajasi
55-70	qoniqarli	Pufakli dermatozlar mavzusi bo'yicha yaxshi tasavvurga ega. Mavzuni bir qismini to'liq yoki hamma qismidan qisqacha tushunchalarga ega, mohiyatini tushuntira oladi	1- daraja tasavvur etish darajasi
0-54	qoniqarsiz	Pufakli dermatozlar mavzusi bo'yicha umuman tasavvurga ega emas. Mavzuni bilmaydi, tayyorlanib kelmagan, savollarga javob berolmaydi.	0- daraja mutloq tasavvur yo'qlik darajasi.

GLOSSARIY

Anamnez -bemorning hayot sharoiti va kasallik tarixi haqida so'rab to'planadigan ma'lumotlar.

Birlamchi morfologik elementlar- ekzogen yoki endogen ta'sirotda javoban terida paydo bo'ladi Ikkilamchi morfologik elementlar- birlamchi elementlar asosida

rivojlangan elementlar

Giperpigmentasiya- Pigmentli dog'lar epidermisning bazal qavatida melaninning ko'p hosil bo'lishi (Gipopigmentasiya- yoki taqchilligi) tufayli paydo bo'ladi.

Эритема-2 sm va undan katta va ular eritema deyiladi

Rozeola-qon tomirli dog'.

Экхимоз-qon tomirli dog'.

Tuguncha-(papula)- teri damidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element.

Tuguncha turlari-miliar (1-1,5 mm to'g'nog'ich boshidek), nummuluar (10-15 tiyinlik tangadek), lentikulyar (yasmiqdek keladigan 2-3 mm).

Papulovezikulalar- papulalar bilan pufakchalar

papula-pustulalar -papulalar bilan moddalar

nekrotik jarayon bilan birga keladi-papulonekrotik.

Tugun- bo'shliqsiz elementlar qatoriga kirib, teri damidan ancha ko'tarilib turadi, o'tkir bo'lmagan yallig'lanish bilan kechadi, infiltrativ tabiatga ega

Madda (pustula)-teri damidan ko'tarilib turadigan va ichida yiring bo'ladigan bo'shliqli element.

qavarchiq- o'tkir yallig'lanish tabiatida bo'lib, teri damidan bir oz ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz

Lexenifikatsiya (lichenificatio)-terining dag'allashuvi

Экскориатиya-tirnoq izlari

Vegetatsiya-epidermisning patologik o'sishi

Purpura-qon tomirli dog'lar.

Ptixiya -qon tomirli dog'lar.

Flektena-yuz yiriningcha.

Bulla-katta pufak.

Eroziua - teri epidermis qavatining yuza nuqsoni, odatda pufakcha, pufak yoki yuza moddalar yorilganidan keyin paydo bo'ladi.

Polimorfizm-ko'p shakllilik.

Monomorf-bir xil toshma.

Tangacha-- muguz qavatning ko'chib tushadigan yadrosiz hujayralari.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Arifov S.S, Əshboev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T.,1997
2. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M. 1989
3. Skripkin Yu.K. Kojnie i venericheskie bolezni. Uchebnik dlya meditsinskix
4. institutov. M.,1979.
5. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnim i venericheskim boleznyam.
6. M.Meditsina, 1993.
7. Pavlov ST., SHaposhnikov O.K.. Samtsov V.I., Il'in I.I. Kojnie i
8. venericheskie bolezni.
9. \Vladimirov V.V., Zudin V.I. Kojnie i venericheskie bolezni. Atlas.
- 10.Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.
- 11.SHadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar.,T.1993.
- 12.Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Differentsial'naya diagnostika kojnix
- 13.zabolevaniy. M.Med.,1989
- 14.Internet ma`lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.mediashliera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm; www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html; www.cc.emory.edu//WHSCl//medweb.dermatology.html; wwwl.Mosbycom//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html; www.skindex.com; www.amaassn/org//journals//standing//derm//dermhome.htm; www.crawford.com//epo//mmwz//world.html.