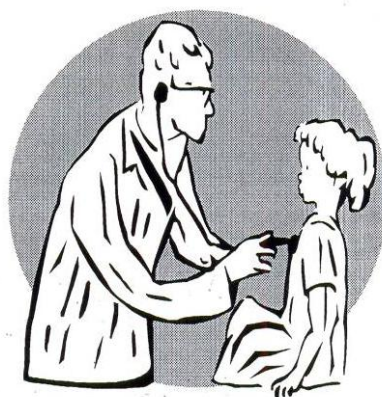


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОЎЛИШНИ
САЎЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРЎАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Ўғув – услубий ўқланма



Тошкент – 2006

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACI COЃЛИЃНИ
САЃЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРЃАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўз. Р. ССВ Кадрлар
ва ўқув юртлари бош
бошқармаси бошлиғи
проф. Ш.Э. Атаханов
2006 й «19» апрел
№ 4 баённома

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Ѓўув – услубий Ѓўлланма

Тошкент – 2006

Тузувчилар:

Рустамов М.Р. – 1 сон госпитал педиатрия
кафедрасининг мудири
т.ф.д. профессор

Язданов А.М. - кафедра доценти

Махмудова Ф.В. – кафедра ассистент

Шамсиева Э.Р. – кафедра ассистент

Гарифулина Л.М. – кафедра ассистент

Таъризчилар:

Маматкулов Х.М. – факультет педиатрия
кафедрасининг мудири
т.ф.д. профессор

Ахматов О.А. – 2 сон госпитал педиатрия
кафедрасининг доценти
т.ф.д.

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Дерматомиозит – алоҳида касаллик сифатида қайд қилинганлигига 100 йилдан ортиқ вақт ўтди. Касалликни катталар ва болаларда кечишини қуйидаги олимлар ўзларининг ишларида диққат билан ўрганганлар (Wagner 1863, Nepp 1887, Unverricht 1887), болаларда эса (Schultze 1894-1895, Janicke 1895, Koster 1898, Oppenheim 1899). Патологик жараён тери ва мушаклар ҳамда кўпгина орган ва тизимларга кузатилганлиги туфайли касаллик турли номлар билан аталади - полимиозит, геморрагик миозит, нейромиозит, дерматомукомиозит, аденодерматомиозит ва бошқалар.

Дерматомиозит термини тиббиётга биринчи бўлиб Unverricht томонидан 1891 йилда киритилган. Болаларда дерматомиозит оғир касаллик бўлиб тери ва мушакларнинг тизимли зарарланиши билан кечади, кўпинча ички органлар паталогияси ҳам аниқланади. Касалликнинг клиник манзараси полиморф, тўлқинсимон ва тез ривожланиб бориши билан намоён бўлади. Тўғималар ва томирларда кузатиладиган гиперергик жараёнлар, улардаги ферментатив ва оксил алмашувининг бузилиши касалликнинг фаоллик даражасига боғлиқ бўлади. Дерматомиозит болалар ўлими ёки ногиронлигига олиб келиши мумкин, бунга сабаб ривожланиб боровчи тарқалган кальциноз ва авж оловчи пай-мушак контрактураси ҳисобланади.

Этиологияси ва патогенези – ҳозирги вақтгача тўлалигича аниқланманган. Охирги адабиётлардаги маълумотларга қараганда касаллик ривожланишида яширин вирусли инфекция муҳим ўрин тутади, эҳтимол у эмбрионал даврда йўлдош орқали қонилага утади ва бу вирусга қарши иммун ҳимоя механизмлари болаларда такомиллашмаган бўлади. Дерматомиозитнинг ривожланишида вируслардан ташқари ирсий мойиллик, организмнинг реактивлигини издан чиқиши, иммун ва аутоиммун жараёнларнинг бузулиши ҳам

катта аҳамият касб этади. Беморлар анамнезида экссудатив диатез, аллергия реакциялар (эшак еми, Квинке шиши, аллергия ринит, конъюнктивит), ички ва ташқи муҳитнинг ноқулай омиллари (инсоляция, совқотиш, профилактик эмлашлар, дори воситалари, қон қуйиш ва бошқалар) аниқланиши бу фикрни тасдиқлайди. Булар касалликнинг ривожланишида преморбид фон бўлиб хизмат қилади ва организмни бириктирувчи тўқимасининг ноадекват жавоб реакциясига олиб келади (Ю.Ф. Домбровский, Л.А. Исаева, 1962).

Дерматомиозит генезида патологик иммун комплекслар: антиген-антитело-комплимент ҳосил бўлиши катта аҳамият касб этади. Улар таъсирида кўпинча микроциркулятор томирлар эндотелияси ва тўқималарнинг зараланади.

Касаллик ривожланишида организмнинг реактивлиги, иммун ва аутоиммун реакциялар муҳим ўрин тутди. Патогенезнинг таркибий қисми бўлган тарқалган ангиопатия белгилари ёш болаларда катталарга нисбатан кўпроқ аниқланади. Гемодинамик ўзгаришлар микроциркуляциянинг бузилиши ва томирлар зарарланиши фонида кечади. Қон-томирлар ўтказувчанлиги ошади, капилляритлар, васкулитлар, васкуляр лимфоид - макрофагал инфильтрация кузатилади ва улар охир-охибат қон томирлар деворининг склерози ривожланишига олиб келади. Оғир некробиотик жараёнлар орган ва тўқималарнинг шикастланишига, функционал ва органик ўзгаришларга олиб келади. Касаллик миозит ривожланиши билан намаён бўлади. Ички ва ташқи муҳитнинг бир қанча омиллари касаллик ривожланишига мойиллик яратади. Буларга ўткир респиратор касалликлар, болалар ўткир юқмалар касалликлари, ўчоқли инфекцияларнинг қайталаниши, жисмоний ва руҳий юкламалар, совқотиш ёки исиб кетиш, инсоляция таъсир қилиши киради. Бир қатор кузатишларга кўра дерматомиозит профилактик эмлашлар, гамма – глобулин, антибиотиклар ва бошқа бир қанча доривор моддалар қўллашдан кейин ҳам ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси. Дерматомиозит 3 ёшдан катта болаларда кўпроқ учрайди. Дерматомиозит 1/3 беморларда ўткир, яшин тезлигида ўтади. Болалар тана ҳарорати юқори даражага кўтарилади, мушаклар заифлашиши ва уларда оғриқ синдроми кузатилади. Баъзи беморларда кучли ва доимий оғриқ, айримларида эса кучли бўлмаган ва фақат ҳаракатланган вақтда оғриқ пайдо бўлади. Тери ва шиллик пардаларни зарарланиши: бинафша ранг эритема, капилляритлар, мармарсимон тери ва бошқалар аниқланади.

Касаллик ўткир бошланганида - илк симптом ўчоқли ёки тарқалган тери шиши бўлиши мумкин. Тери ва тери ости ёғ ўатлами зарарланиши мушак - бўғим синдроми ва висцерал симптомлар билан бирга кечади. Касалликни ўтувчи белгилари билан бир қаторда яллиғланиш белгилари яўўол намоён бўлади ва бемор ақволи тезда оғирлашади.

Ўткир ости кечишида қарорат одатда субфебрил бўлади, терининг кучли бўлмаган зарарланиши кузатилади, мушакларнинг заифлашиши узоқ ваўт давом этади. Тери ва тери ости ёғ ўатламининг енгил шиши 2 – 3 ҳафта сақланади. Ўткир бошланиши билан бир вақтда ёки кейин юзага келадиган тери – мушак зарарланиши комплекси доимий ва асосий симптом ҳисобланади.

Тери ва тери ости ўатлами зарарланиши – тананинг турли жойларида пайдо бўладиган шишлар ва бинафша ранг эритемалар ривожланиши билан қарактерланади.

Тўқ бинафша рангли эритеманинг дерматомиозитга ҳослиги учун уни адабиётда «Бинафша касаллиги» деб қам аташганлар (Гланцман, Фанкони ва бошқалар, 1960 йил). Бинафша ранг эритема ва шиш параорбитал соҳани ўраб олади. Адабиётда касалликнинг бу белгиси «Кўз ойнак», «Дерматомиозит кўз ойнаги» деб ҳам аталади. Эритема бўйин, пешона, қулоқ чиғаноўларига ҳам тарўалиши мумкин. Баъзан терида худди қизил югирикдаги «Капалак» ёки «Карнавал ниўоби» дек

ўзгаришлар ҳам кузатилади. Тўқ бинафша ранг шиш баъзан бошнинг сочли қисмида, бўйинда, елкада, қўлларнинг проксимал қисмида пайдо бўлади. Симметрик эритематоз, бинафша рангли тошмалар қўл фалангаларининг ёзувчи юзаларида ўқпроў аниўланади.

Шиллиў пардаларнинг зарарланиши – деярли ҳамма касалларда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси, юқори нафас йўллари ва конъюнктива зарарланиши кузатилади.

Бўғим синдроми - дерматомиозитда полиартрит ёки полиартралгия кузатилиши мумкин. Одатда тизза, болдир – товон ва фалангалараро бўғимлар симметрик зарарланади. Бўғим капсулаларида кальцинатлар пайдо бўлиши мумкин.

Мушакларнинг зарарланиши – мушакларнинг зарарланиши дерматомиозитга хос белги саналади. Мушаклар симметрик равишда ва тарқалган тарзда зарарланади, жумладан мимика, кўз, ютқун мушаклари ва чайнов мушаклари. Мушакларда заифланиш баъзан қисман ёки бутунлай ҳаракатнинг бузилишига олиб келади. Бунинг натижасида ютиш (еган овқати бурундан қайтиб чиқиши), гапиришнинг бузилиши, манқалик ёки афония кузатилади. Кўкрак қафасининг нафас экскурссияси сусаяди. Пальпация вақтида мушакларда оғриқ ва уларни консистенциясини қаттиқланиши аниқланади. Гипотрофия ва кальциноз, мушак - пай контрактураси ногиронликни асосий сабаби қисобланади. Мушакларнинг электромиограммадаги ўзгаришлари касалликнинг оғирлик даражасига боғлиў бўлади.

Нафас органларининг зарарланиши - дерматомиозитда нафас етишмовчилиги нафас мушаклари, диафрагма, ўпка ва плевранинг зарарланиши билан боғлиў бўлади. Нафас ва ютўун мушакларининг зарарланиши сўлак ва овқат махсулотларининг аспирацияси ва натижада аспирацион бронхопневмониянинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Ўпка синдроми кўп ҳолларда қуруқ ва экссудатив плеврит билан қўшилиб кечади. Ренгенологик текширганда ўткир ўпка васкулити ёки тарқалган йирингли плеврит кузатилади.

Юракнинг зарарланиши – беморларда юракнинг зарарланиши ўчоқли ёки диффуз миокардит, ва миокардиодистрофия кўринишида бўлади. Касалликнинг актив даврида эндокардит ривожланиши мумкин, одатда у яширин кечади ва органик нуқсонларга сабаб бўлади. Перикардитнинг клиник симптомлари ҳам яширин кечиши мумкин. Баъзан коронарит ва миокард инфаркти ривожланиши кузатилади. Юрак - ўсон томир етишмовчилиги дерматомиозит учун хос эмас, бироқ у айрим беморларнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

Асаб тизимининг зарарланиши – энцефалит, менингоэнцефалит, бош миянинг пўстлоғ ости ва пўстлоқ қисми (хореясимон гиперкинезлар, эпилепсия ва бошқалар), нервларининг (кўзни қаракатлантирувчи нервлар, кўрув, уч шохли нерв) зарарланиш симптомлари, сезгининг бузилиши тарзида бўлади. Гиперестезия, гипоестезия ва парестезия, вегетатив асаб тизими томонидан астеноневротик реакциялар аниқланади.

Кўз тубининг ўзгариши – хилма-хил бўлади. Тўр парда артерияларининг симметрик торайиши ва деворининг нотекис қалинлашиши, баъзан веналарнинг биров ёки яққол кенгайиши кузатилади. Кўрув нерв контурлари хиралашади. Кўз тубидаги ўзгаришлар одатда ривожланувчи ва қайтмас бўлиб, кўрув нервини атрофиясига олиб келиши мумкин.

Ошқозон – ичак трактининг зарарланиши – болаларда дерматомиозитни оғир клиник кўриниши асосан эзофагит, гастродуоденит, энтероколит, шиллиқ қаватларни катарал яллиғланиши, эрозив - ярали жараёнлар, ошқозон ичак тракти деворининг перфорацияси шаклида бўлиши мумкин. Қоринда оғриқ, вегетатив бошқарувнинг бузилиши, спастик ва атоник ҳолатлар: қорин дамлаши, ич кетиши, баъзан ахлатни тутолмаслик кузатилиши мумкин.

Кўпинча буйраклар паталогик жараёндан четда қолади. Протенурия, баъзан микрогематурия ва цилиндурия буйраклар фаолияти сақланган ҳолда кузатилиши мумкин. Жуда кам ҳолларда

миоглобинурия билан кечадиган буйрак етишмовчилиги бўлиши мумкин.

Кўп ҳолларда беморлар ҳароратининг кўтарилиши субфебрил ҳолда бўлади. Умумий дистрофия, тишларнинг зарарланиши, оссалгия, остеопароз, юқори фаолликдаги дерматомиозит кузатилади. қон таҳлилида нормахром анемия, кучли бўлмаган лейкоцитоз, баъзан лекопения, ЭЧТ ошганлиги аниқланади. Қон зардобиди ферментлар (креатининфосфокиназа, лакотдегидрогеназа, аспарат ва аланинаминотрансфераза, альдалаза) ва креатининнинг миқдори ошади. Қонда шунингдек альфа₂, гамма-глобулин фракциялари, иммуноглобулинлар ҳам бир оз ошган бўлади, асосан G синфи ҳисобида.

Кечиши: - Паталогик жараён активлигига қараб касалликнинг 3та даражаси фарқланади.

III - юқори фаоллик даражасида ҳарорат фебрил ҳолатгача ошади. Теридаги ўзгаришлар яққол намоён бўлади, ўчоқли ёки тарқалган шишлар, бўғимларда оғриқ, мушакларнинг тарқалган зарарланиши кузатилади. Оғриқ синдроми билан бир қаторда яққол дизартрия, афония, дисфагия, кўкрак қафаси нафас экскурсиясининг чегараланиши аниқланади. Ҳар хил висцерал бузилишлар, ЭМГ да тебраниш амплитудасининг пасайиши ёки бирданига «биоэлектрик тинчлик» қайд қилинади. Қонда ферментлар, қонда ва сийдикда креатинин миқдори (3 – 5 марта) ошади, ЭЧР тезлашади.

II – фаоллик даражасида (ўртача) ҳарорат нормал ёки субфебрил бўлади. Тери ва мушаклардаги ўзгаришлар унча оғир бўлмайди. Тўғималарда шишлар кам ва ўчоқли характерга эга бўлади. Мушаклар заифлиги, миальгия, ҳаракат активлигини чегараланиши, дизартрия - нутқнинг бузилиши, ўтувчи дисфагия, артральгия кузатилиши мумкин. Қон зардобиди ферментлар активлиги ошади. Қон ва сийдикда креатинин миқдори ошади.

I – фаоллик даражасида тана ҳарорати мўътадил бўлади. Терида бинафша рангли эритема кузатилади, қўл ва оёқнинг дистал қисмларида мушаклар заифлиги аниқланади. Беморларда учоқли миокардит, вегетатив бузилишлар кузатилади. Лаборатор кўрсаткичларда ўзгаришлар бўлмайди.

Ўткир кечиши – касаллик юқори активликда бошланади ва тез ривожланади (3 – 6 ҳафта).

Ўткир ости кечиши – касаллик ўртача активликда ва бир оз секин (2 ойдан – 1,5 йил) ривожланади.

Бирламчи сурункали кечиши – паст активликда, асосан тери ва мушаклар зарарланиши билан ҳарактерланади (касаллик бошланишининг 4 йилидан бошлаб).

Ташхис – болалар дерматомиозитининг ташхис мезонлари асосий ва қўшимчага бўлинади. Асосий ташхис мезонлари: параорбитал соқада бинафша ранг эритема, баъзан шиш билан, («дерматомиозит кўз ойнаги»), бўғимлар ёзувчи юзалари терисининг зарарланиши, тана мушакларининг симметрик зарарланиши (заифланиш, оғриқ, шиш, гипотрофия), дисфагия, дисфония. Қўшимча белгилари: тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, анорексия, тана массасининг камайиши, пойкилодермия, тери ости ёғ клетчаткасининг тарқалган шиши, томирлар димланиши, некроз, шиллик пардалар зарарланиши, пай – мушак контрактуралари, артральгия, миокардит, эндокардит марказий ва периферик нерв системасининг зарарланиши, аспирацион бронхопневмония, плеврит. Дерматомиозит активлигини аниқлашда лактатдегидрогеназа, креатининфосфокиназа, аминотрансфераза, альдалаза, гиперкреатининурия, ЭЧТнинг ошиши, диспротинемия, ЭМГ, тери ва мушакни морфологик текширишлари тасдиқлайди.

Қиёсий ташхис – дерматомиозит бир қатор бириктирувчи тўғиманинг тарқалган касалликлари билан таққосланади. Юздаги эритема, иситманинг бўлиши, бўғимларнинг зарарланиши қизил тизимли югурук касаллигини инкор қилишни таққоза қилади. Теридаги

ўзгаришлар, бинафша рангли эритема, миозитлар дерматомиозит учун ҳарактерли. Қизил югурук миозити кортикостероидлар билан даволанганда тез ўтади. Қизил югурикнинг ўзига хос ўзгаришлари: панцитопения, қонда LE – хужайралари ва АНФ аниқланиши. Дерматомиозитда ферментлар активлиги ошади ва гиперкреатининурия кузатилади.

Баъзан дерматомиозитнинг эрта белгилари (атральгия, полиартрит, юракнинг зарарланиши, ҳароратнинг кўтарилиши) бирламчи ревматизм ёки ревматоид артритга ўхшайди, лекин бинафша ранг эритема ва мушакларнинг зарарланиши (заифлиги, оғриқ, шиш) касалликни фарқлашга ёрдам беради.

Юқори ҳарорат, бош айланиши, қайт қилиш, кўнгил айланиши, кўз ҳаракатининг бузилиши, энса мушакларининг таранглиги, бульбар паралич белгилари, ўткир дерматомиозитни миyaning ўткир юкумли яллиғланиш касалликлари: энцефалит, менингит, менингоэнцефалитлар билан таққослашни талаб қилади. Буларни фарқ қилишга клиник, лаборатор маълумотлар, орға мия суюқлигини текшириш, ЭМГ, тери ва мушакларни морфологик текширишлар муҳим аҳамият касб этади.

Даволаш: - индивидуал бўлиши керак. Боланинг ёши, касаллик кечишининг фаоллиги ҳисобга олинади. Асосий даволаш препаратлари кортикостероидлар ҳисобланади ва кўпинча преднизалон қўлланилади. Преднизолон дозаси бола аҳволининг оғирлиги ва жараённинг фаоллик даражасига боғлиқ бўлади. Биринчи фаоллик даражасида преднизалон ўртача 0,5мг/кг, II фаоллик даражасида 1,0 мг/кг, III фаоллик даражасида 1,5 мг/кг тана оғирлигига берилади. Оғир кечаётган дерматомиозитда преднизолон 5,0 мг/кг ва ундан ортиқроқ миқдорда қўлланилади. Ютиш акти бузилган ҳолларда преднизалонни мушак орасига ёки вена ичига юборилиши мумкин. Шунинг эса сақлаш керакки парентерал йўл билан юборилган гормонлар тез ва қисқа таъсир қилади. Бундай ҳолларда уларнинг суткалик миқдори оширилади. Глюкокортикоидларни қўллаш муддати 1 – 2 ойга тенг. Актив

паталогик жараёнларда преднизалоннинг миқдори клиник, лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларига қараб камайтирилади.

Интеркурент касалликлар, стресс ҳолатлар, баҳор ва ёз фаслларида глюкокортикоидлар дозаси секин камайтирилади. Ушлаб турувчи дозаси 2,5мг дан то 20 мг гача бўлади. Ривожланиб боровчи ва стероидларга сезувчан дерматомиозитларда кортикостероидларни узок қўллаш мумкин эмас (айниқса юқори дозаларда), бундай ҳолларда актив иммунодепрессив даволаш олиб борилади. Жумладан, цитостатик препаратлар буюрилади. Метотрексат – фолат кислота антагонисти 1 суткада 2,5 – 7,5 мг миқдорда 2 – 3 ой давомида, циклофосфамид 1-3 мг/сут 2-3 ой давомида берилади. Асосий касалликка трофик бузилишлар ва иккиламчи инфекциялар қўшилганда цитостатик препаратлар миқдори чегараланади.

4 – аминохинол препаратлари жараён активлиги паст бўлганда қўлланилади: делагил, хлорахин 0,125 – 0,5 грамм ёки плаквенил 0,2 - 0,8 грамм бола ёшини ҳисобга олган ҳолда буюрилади. Яллиғланишга қарши воситалар: ацетил салицилат кислота, пиразолон препаратлари (бутадион, реопирин, индометацин, индоцид, бруфен) буюрилади. Касалликни фаол даврида, яққол ифодаланган дисфагия ва дизартрияда, шунингдек миопатик синдромда патогенетик воситаларга антихолинэстераза препаратлари (прозерин, оксазил, местинон) қўшилади. Бу препаратлар бемор ёшига қараб овқатдан 20 минут олдин буюрилади. Даволаш муддати 3 – 4 ҳафта, даво курсини 20 – 25 кундан сўнг қайтариш мумкин.

Антибиотиклар (кенг спектрли антибиотиклар нистатин билан биргаликда), витаминлар - В₁, В₂, В₆, В₁₂, рутин, антигистамин, гипотензив препаратлари, юрак гликозидлари, транквилизаторлар ва бошқа препаратлар берилади.

Оқибати - Дерматомиозит ногиронлик ва ўлимга олиб келиши мумкин. Ногиронлик, тарқалган мушаклар гипотрофияси, кальцинозлар, баъзан пай - мушак контрактураси билан боғлиқ бўлади. ўлимнинг

сабаби бўлиб: 1- қринда нафас етишмовчилиги туради. Бу нафас мушакларининг зарарланиши билан боғлиқ, 2 - қринда ошқозон ичак тракти томонидан ярали – эрозив жараёнлар туради, улар қон қетиш ва перфорацияга сабаб бўлади.

қлимнинг яна бир сабаби инфекциянинг қўшилиши, яъни сепсиснинг ривожланиши бўлади. қлим касаллиқни 1 – 2 йилида юз беради.

ТЕСТЛАР

1. Дерматомиозит касаллигида юзага келадиган гистологиик ўзгаришлар туғри кўрсатилган ўаторни белгиланг.
 - А) Мушакларда кундаланг таргилликининг йўшлиши, некроз, дегенерация, атрофия, фиброз.
 - Б) Мушакларда кўндаланг таргиллик саўланган, дегенерация, атрофия, фиброз.
 - В) Мушакларда фаўат кўндаланг таргиллик йўсолган, бошўа ўзгаришлар йўў.
 - Г) Мушакларда хеч ўандай ўзгаришлар кузатилмайди.
 - Д) каммаси тўўри
2. «Ойнак» симптоми кайси коллагеноз учун хос?
 - А) Системали кизил югурик.
 - Б) Дерматомиозит.
 - В) Ревматоидли артрит.
 - Г) Системали склеродермия.
 - Д) Ревматизм
3. Электрмиограммададаги ўзгаришлар: «мушаклар эркин турганда нормал фаолликга эга бўлиши, ўисўарганда эса фаоллигининг пасайиши» ўайси коллагенозга хос?
 - А) Системали кизил югурик.
 - Б) Дерматомиозит.
 - В) Ревматоидли артрит.
 - Г) Тугунли периартрит.
 - Д) Склеродермия
4. Дерматомиозит касаллигини даволашда ўайси гурух дорилари самарали кўсобланади.
 - А) Антибиотиклар
 - Б) Кортикостероидлар
 - В) Анаболик гармонлар
 - Г) 8- оксихинолинлар
 - Д) Витаминалар
5. «Кўз ойнак» симптоми коллагеноз касалликларининг ўайси бири учун хос.
 - А) Системали ўизил югурик.

- Б) Ревматоидли артрит.
- В) Дерматомиозит
- Г) Системали склеродермия.
- Д) Каммаси тугри

6. Дерматомиозит қайси жинс вакилларида нисбатан кўп учрайди.

- А) Аёлларда эркекларга нисбатан 3 марта кўп.
- Б) Эркекларда аёлларга нисбатан 1,5 марта кўп.
- В) Эркек ва аёлларда тенг учрайди.
- Г) Аёлларда эркекларга нисбатан 2 марта кўп.
- Д) Каммаси тенг

7. Дерматомиозит касаллигида теридаги тошмалар қарактери.

- А) Буллёз
- Б) Везикула
- В) Эритема.
- Г) Папула
- Д) Пустула

8. Дерматомиозитда кузатиладиган теридаги ўзгаришлар системали ўзгаришларнинг тери формасидан нима билан фарқ қилади ?

- А) Турфун бўлади.
- Б) Доимий бўлмайди.
- В) Фарқ қилмайди.
- Г) Кипикланган бўлади
- Д) Турфун бўлмайди

9. Дерматомиозит бу :

- А) Коллагеноз касаллик бўлиб кўндаланг таргил мушакларнинг, терининг ва ўсмаган ички органларнинг зарарланиши билан кечади.
- Б) Коллагеноз касаллик бўлиб кўндаланг таргил мушаклар ва бўғимларнинг зарарланиши билан кечади.
- В) Аутоиммун касаллик бўлиб суяклар ва шиллиқ ўсмаганларнинг зарарланиши билан кечади.
- Г) Аутоиммун касаллик бўлиб тери ва ички органларнинг зарарланиши билан кечади.
- Д) Аутоиммун касаллик бўлиб шиллиқ ўсмаганларнинг зарарланиши билан кечади.

10. Дерматомиозит касаллиги сабаби нима?

- А) Стресс
- Б) Аллергия
- В) Инсоляция
- Г) Экологик ғзғаришлар
- Д) Хаммаси

11. Дерматомиозитда асосий патологик жараён ғайси системада кузатилади ?

- А) Буғимлар тизимида
- Б) Асаб ва сезги тизимида
- В) Сийдик ажратиш тизимида
- Г) Мушак тизимида
- Д) Хаммаси тугри

12. Дерматомиозитда кальцинозни даволаш учун ғайси дорини кўллаймиз:

- А) Преднизолон
- Б) Этилдиамин тетрасирка кислотанинг динатрийли тузи (Na_2 -Э.Д.Т.А)
- В) Комплaмин
- Г) Антихолинэстераза препаратлари
- Д) Кордиамин

13. Дерматомиозитни даволашда нима тавсия этилмайди ?

- А) Лидазали ионофарез
- Б) Витаминотерапия
- В) Гормонотерапия
- Г) ғуёшда кўп вағт булиш
- Д) Физотерапевтик муолажалар

1-масала.

Бемор Шаршиева Л., 9 ёш. 3 кундан бери тана қарорати 37,9 С гача қўтарилган. Шикоятлари қўлларида оғриқ, ҳолсизлик, нафас олишини ўйинлашуви ва иштахасининг йўқлигига. Беморнинг умумий ҳолати қўнғирликда. Тери ва тери ости ёғи ўзгариши бўлмаган, тизза ва тирсак бўғимларининг ўзувчи соҳасида симметрик эритемалар ва атрофик чандишлар мавжуд. Юзи бўлмаган, периорбитал соҳада яқин қўнғир ташланадиган эритемалар мавжуд. Мушаклар пальпация қилинганда оғриқ сезилади, мушаклар тонуси ошган ва уларнинг гипотрофияси кузатилади. Нафас олиши бурун орғали эркин. Нафас олиши қийинлашган. Ўпкасида ўсув хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари қўнғирлашган. Пульси ритмик, 72 та уриш 1 дақиқада. Оғриқдаги шилиш пардалар ўзгариш. Ўрни дам, пальпацияда биров оғриқли, жигар ва талоғи катталашмаган. Ахлат чиқиши ўйин, сийиши мунтазам.

Лаборатор тақлиллари: Нв - 79 г/л, ЭҚТ - 20 мм\с, лейкоцитоз, АлАТ, АсАТ ошган. Сизнинг ташхисингиз? Даволаш курси тугагандан сўнг ўйин дорини ўқлаш мумкин эмас?

2- масала.

Бемор Саидова Г., 12 ёшда, ўйдаги шикоятлар билан мурожат қилди: ҳолсизликга, иштахасининг пастлигига, овқат еганда ютинишнинг ўйинлигига, овозининг манжаланишга, йўталишга, юрагида биров санчиш борлигига. Умумий ҳолати ўнғарили, юзи ва танасининг ранги мармарсимон, ўқ бармоқлари ва қўлларида эритемалар мавжуд. Қўз атрофи бўлмаган, мушаклар тонуси пасайган, ўқининг проксимал ўсмида оғриқ сезилади. Нафас олиш бурун орғали эркин. Ўпкасида ўсув хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўғир, юрак қўққисиди систолик шовғин эшитилади. Тилини оғридан ўйинчилиқ билан чиқаради. Ўрни дам, оғриқсиз. Жигар ва талоғи катталашмаган. Сийиши ва ахлати мунтазам. Лаборатор тақлиллари: Нв - 79 г/л, ЭҚТ -20 мм\с лейкоцитоз, АлАТ, АсАТ ошган. Ташхисингиз?

3-масала.

Бемор Комилова Н., 10 ёш. Қасалхонага ўйдаги шикоятлар билан мурожат қилди: 1 йилдан бери қасал. Шикоятлари ҳолсизлик, дармонсизлик, жисмоний иш қилганда тез қарашга, қочини қўп тўқилишига, овозини манжалашишига ва ютинишини ўйинлашувига.

Қўриқда беморнинг умумий ҳолати ўнғарили. Териси ўсув, мармарсимон, бир-икки жойда эритема мавжуд. Қўз атрофи бўлмаган, ўзгариш. Мушаклар тонуси

пасайган, пальпацияда оғришли, қаракати шийинлашган. Бурун оршали чуғур нафас олиш шийинлашган. Юрак тонлари буғишлашаган. Оғиз шиллиш пардалари шизарган. Ўрни юмшош, оғришсиз. Жигар ва талоғи катталашмаган. Ахлат ва сийдик чиғариши мунтазам. Лаборатор тақлиллари: Нв - 79 г\л, лейкоцитоз, ЭЧТ - 20 мм\с, АлАТ, АсАТ ошган.

Сизнинг ташхисингиз? Кортикостероидларнинг дозаси?

4-масала.

Бемор Исломов И., 9,5ёш. Шикояти буғимларда оғриш ва қаракатнинг чегараланганлиги, тана қароратини кўтарилиши, оёш ва ўлларда дармонсизлик ва терисидаги тошмаларга. Анамнездан касаллик ёзда оромгоҳда дам олганида ўёшда куп юрганидан сўнг бошланган. Умумий ахволи ўрта оғирликда, тана қарорати -37,8. Тери ўопламлари оғимтир, юзида ва буғимлар атрофида бинафша рангли эритема мавжуд. Умумий дистрофия белгилари кузатилади. Бўғимлар деформациясиз. Ўпкада ўаттиш нафас эшитилади. Юрак тонлари аниш, юрак чуғишида систолик шовшин эшитилади. Ўрни юмшош, оғришсиз. Жигари +1,5 +2,0см, талоғи катталашмаган. Ўн тахлили: Нв-100,0 г/л, лейко. – 12×10^9 , нейтроф: т-5 %, с – 60 %, лимф - 30,0%, м-4,0%, ЭЧТ-15мм/соат. Биохимик текширувлар: ўлдиш азот -0,45г/л, умумий ошсил - 81,7г/л, ДФА-0,290ед, серомукоид-1,81г/л, протомбин -96%, LE хужайралар топилмаган.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш тактикангиз?

ЖАВОБЛАР

ТЕСТЛАР

1. - А
2. - Б
3. - Б
4. - Б.
5. - В
- 6.- А
- 7.- В
8. - А
- 9.- А
- 10.- Д
- 11.- Д
- 12.- Б
- 13 - Г

МАСАЛА

1. - Дерматомиозит, фткир кечиши, фаоллик даражаси, III – даража.
- Бициллин
2. - Дерматомиозит, фткир ости кечиши, I – даража
3. - Дерматомиозит
- преднизолон 1,0 мг/кг
4. - Дерматомиозит
- Делагил 8-10 мг/кг

АДАБИЁТЛАР

1. Исаева Л.А., Жвания М.А. Дерматомиозит у детей. М. 1980.
2. Соловьева А.П. Поражение респираторной системы при дерматомиозите. // Терапевтический архив. – 1979. № 7. – С. 88-91.
3. Соловьев А.П. Дерматомиозит. – М. 1980.
4. Шабалов Н.П. Детские болезни. – М. 2000.