

**ТИББИЁТ ОЛИЙ БИЛИМГОҲЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ**

Х. К. ШОДИЕВ, Д. Р. АХМЕДОВ

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

Тошкент
Ибн Сино номидаги
нашриётматбаа бирлашмаси
1993

Тақризчи—ВОИСОВ АДҲАМ ШАВКАТОВИЧ—Тошкент 1тиббиёт олий билимгоҳининг тери ва таносил касалликлари кафедрасининг мудир, тиббиёт фанлари доктори, професор

Тошкент болалар тиббиёти олийгоҳининг болалар дерматологияси кафедрасининг жамоаси мазкур қўлланмашга чоп этилишига ҳомийлик қилган Сугдиёна савдо ишлаб чиқариш бирлашмасига ўз миннатдорчилигини билдиради.

Шодиев Х. Қ., Аҳмедов Қ. Р.

Ш 74 Тери ва таносил касалликлари: Тиббиёт олий ўқув юрт. талабалари учун ўқув қўлланма.— Т.: Ибн Сино номидаги нашриётматбаа бирлашмаси, 1993.— 248 б.— (Тиббиёт олий билимгоҳлари учун ўқув адабиёти).

1. Автордош.

Шодиев Х. Қ., Аҳмедов Қ. Р. Кожные и венерические болезни.

Мазкур ўқув қўлланмаси тиббиёт олий билимгоҳларининг педиатрия куллийти талабаларига, болалар дерматологияси бўйича малакасини ошираётган врачларга, шунингдек педиатрдерматологларга мўлжалланган.

55.8я73

III 4108170000—060 эълон қилинмаган
354 (04) 93

ISBN 5 – 638 – 00848 – 9

© Х.Қ.Шодиев, Қ.Р. Аҳмедова,
1993

СЎЗ БОШИ

Дерматовенерологиядан ўзбек тилида ёзилган дарслик ёки ўқув қўлланмасининг йўқлиги ва рус тилидаги дарсликларни ўқишда талабаларнинг қийналишлари ва бу дарсликларда тери касалликларининг ўлкамизга хос хусусиятлари ёритилмаганлиги мазкур ўқув қўлланмасини ёзишга ундади.

Қўлланма тиббиёт олий билимгоҳларининг педиатрия куллиёти талабалари учун кафедра ходимдари томонидан тузилган дастур асосида ўн тўрт машғулотга бўлиб ёзилган. Бу дастур Тошкент болалар тиббиёт олий билимгоҳининг ўқувуслужий бўлимида муҳокама қилиниб, илмий кенгашида тасдиқланган. Ҳар бир машғулот олти қисмдан иборат бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади: машғулот мавзуси, мавзунинг қисқача мазмуни, машғулотнинг мақсади, уйга вазифа, адабиётлар, талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси. Мавзуларнинг қисқача мазмунида касалликларнинг сабаблари, ривожланиш жараёнининг, клиник белгилари ва даволаш соҳасидаги замонавий маълумотлар қисқача тарзда берилди. Ҳозирги вақтда ўзбек тилида ёзилган дарслик ва қўлланмаларда баъзап тушуниш қийин бўлган жумлалар учраб турибди. Ўзбек тилидаги терминлар гоҳо масаланинг моҳиятини тўлиқ очиб бераётгани йўқ. Ана шундай камчилликларни четлаб ўтиш матрасида биз дерматозларни таърифлаётганда содда ва аниқ терминлар ва иборалардан фойдаландик. Қўлланмага баҳо бериш ва ўз таклифмулоҳазаларини билдириш китобхонга ҳавола албатта. Аммо китобхоннинг аксариятини талабалар ташкил этишини ҳисобга олиш, уларнинг турли вилоятлардан келганлигини эътироф этиш қўлланмани содда тилда ёзишга ундади. Шунингдек, дерматозларнинг номларини келтиришда уларни халқимиз орасида қўлланилаётган номлар билан аташга ҳаракат қилдик. Масалан, экземани гуш, псориазни қўбўс, тери лейшманиозини пашшахўрда, импетиғони ширинча, эктимапи кўзяра, фоллжкулитни сизлогич деб аташга, яъни қадимий туркий атамаларни қўллашга жазм этдик.

Қўлланмада машғулот мақсадининг алоҳида таъкидланиши талаба зиммасига аниқ вазифа юклайди. Бу вазифаларни тўғри бажариш учун уйга вазифа бўлими ёрдам беради, шушндек, ўзўзини назорат этишга шароит яратади. Адабиётларнинг кўпчилиги асосан рус тилида бўлганлиги туфайли мазкур китобларнинг номлари ҳам рус тилида берилди. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси олий тиббий педагогика ва Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ўқувуслужий подораси талабларига жавоб беради деган умид билдирамиз.

Маълумки, тери ва таносил касалликлари диагностикасида қўлланиладиган махсус лаборатория текширув усуллари дерматовенерология бўйича ёзилган дарсликларда қисқа ёзилган, баъзи дарсликларда бу керакли бўлган умуман ёритилмаган. Шу сабабли ўлкамизда кўп учрайдиган тери ва таносил касалликларининг лаборатория диагностикасини қисқача таърифлашга қарор қилдик, Бу иловада биз фақат талабалар эҳтиёжини қондириш билан чегараланмасдан, балки диспансерлар ва махсус касалхоналар лабораторияларида ишлаётган маҳаллий миллатга мансуб лаборантларимиз талабаларини ҳам қондиришга ҳаракат қилдик.

Тери касалликлари диагностикасида қўлланилаётган клиник текширув усуллари эндигина мустақил ишлай бошлаган ёш шифокорларимизга ҳам асқотади деган умиддамиз. Чунки ўзбек тилида дерматологик клиник текширув усуллари баён этилган адабиётлар йўқ.

Врачдерматолог ўзининг иш фаолиятида кўпгина жумбоқларга ёки ечими чигал масалаларга дуч келади. Бундай масалалар айниқса таносил касалликларига дучор бўлган бйморлар билан ишлайдиган врачларимиз фаолиятида кўп кузатилади. Мазкур ўқув қўлланмаеи ёрдамида биз ёш мутахассисларни диагностик чигалларнинг осонроқ ечишига ёрдамлашмоқчи бўлдик. Долаверса, ўқув дастурига биноан олийгоҳларимиз талабаларидан клиник масалаларни ечиш талаб этилади.

Ўзбек тили давлат тили деб эълон қилинган, асосий ҳужжат ҳисобланган касаллик тарихини барча даволаш муассасаларида ўзбек тилида баён этиш талаб қилина бошлади. Касаллик варақаларини ўзбек тилида ёзишда пайдо бўлган қийинчиликлар билан бир қаторда дерматологик беморларда асосий касаллик баёнини ўзбек тилида ёзиш ўзига хос қийинчиликлар тугдирди. Ҳанузгача кўпгина касалхоналарда касаллик тарихини бу масъулиятли қисми палапартиш, сифатсиз ёзилмоқда. Шифокорларимиз дуч келадиган мазкур қийинчиликни енгиш мақсадида асосий касалликнинг баёнидан намуналар бердик. Бунда биз республикамызда кўп учрайдиган ва врачларимизни ҳар куни қайта ва қайта ёзишга ундайдиган дерматозларни танладик.

Хуллас, қўлингиздаги дерматовенерологиядан қисқача ўқув қўлланмаси кўпгина кўрсатма, талаб ва мулоҳазалар асосида ёзилди. Қўлланмаинг ўзига хос услубда ёзилганлиги, анъанавий усуллардан четга чиқилганлиги туфайли қатор камчиликлари бўлса, ажаб эмас. Биз қўлланмага доир ҳар қандай таклиф ва танцидий мулоҳазаларни бажонидил қабул қиламиз.

1-МАШҒУЛОТ

1. Машғулотнинг мавзуси. Дерматовенерология тўғрисида умумий тушунча. Терининг умумий тузилиши ва вазибалари. Тери тошмалари. Заҳм, касалликнинг умумий кечиши.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни. Дерматовенерология иккита алоҳида соҳани (дерматология ва венерология) ўз ичига олади.

Дерматовенерология тери ва тери касалликлари ҳақидаги фандир. У терининг нормал ва патологик тузилишини, вазибаларини ўрганади. Шунингдек турлитуман касалликларда кузатиладиган клиник манзарани ва алоҳида тери касалликларини (дерматозларни) ўрганади. Дерматология асосан икки қисмдан: умумий ва махсус қисмлардан иборат.

Умумий дерматология терининг анатомияси, физиологияси, патогистологиясини ўрганади. Тери касалликларини келтириб чиқарадиган сабаблар ва уларнинг ривожланиш жараёни тўғрисида маълумотлар беради. Тери касалликлари диагностикасида ҳал қилувчи аҳамияти бўлган морфологик элементларга атрофлича таъриф беради. Шунингдек дерматозларни умумий ва маҳаллий даволаш, уларнинг олдини олиш чоралари тўғрисида керакли маълумотлар беради.

Махсус дерматология муайян тери касалликларининг (касалликларнинг классификацияси (таснифи) бўйича) этиологияси, патогенези, симптоматологияси, диагностикаси, даволаш усуллари ва олдини олиш бўйича барча маълумотларни беради. Мазкур фан бирор касалликка таъриф бераётганда терининг алоҳида аъзо эканлигини эътироф этади ва уни организмнинг бошқа аъзолари билан ҳамбарчас боғланган деб тушунади. Бундан принципда ёндошиш дерматозларнинг табиатини тўғри тушунишга ва самарали даво усулларини ишлаб чиқишга ёрдам беради. Махсус дерматология тери касалликларини турлитуман соҳаларга бўлиб ўрганади: дерматомикозлар, дерматозоонозлар, аллергия дерматозлар, пиодермитлар, генодерматозлар ва бошқалар.

Венерология таносил касалликлари ҳақидаги фандир. Кўпинча жинсий яқинлик қилиш пайтида ўтадиган юқумли касалликлар таносил касалликлари деб ном олган. Умуман «венерология» сўзи латинча «venus (Венера)» сўзидан олинган бўлиб, севги маъбудаси демакдир. Бу ибора таносил касалликларининг асл моҳиятини очиқ бера олмайди.

Таносил касалликларининг барчаси юқумлидир, яъни уларнинг махсус касаллик пайдо қилувчи микроорганизмлари мавжуд. Ҳозиргача таносил касалликлари қаторига заҳм, сўзак, юмшоқ яра, чов лимфогранулематози киритиларди. Бугунга келиб бу гуруҳга мансуб дардлар жинсий алоқа пайтида юқадиган касалликлар деган ном олди. Охириги ўнўн беш йил ичида жинсий алоқа пайтида юқадиган касалликлар сони бирмунча ошди:

микоплазмоз, хламидиоз, донованоз, жинсий аъзолар герпеси учури, ўткир учли кондилома, юқумли моллюск, трихомониаз, амёбиаз, лямблиоз, ачитки замбуруглар келтириб чиқарадиган вульвовагинит, човнртнг битлаши, кўтир ва бошқалар шулар цаторига киради. Ижтимоий нуцтаи назардан мазкур касалликларнинг барчаси таносил касалликларидир.

Мазкур ўқув қўлланмасида жинсий яқинлик қилиш пайтида ўтадиган касалликлардан кўп тарқалганлари ва диққатга сазоворлари: захм ва сўзак муҳокама қилинади. Шунингдек орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (СПИД) тўғрисида қисқача маълумотлар берилди.

ТЕРИНИИГ УМУМИЙ ТУЗИЛИШИ

Тери одам танасини ташқи томондан қоплаб турадиган аъзо ҳисобланади. У мураккаб тузилишга эга. Катта ёшдаги одам терисининг умумий юзаси 1,5—1,6 м²ни ташкил этади. Терининг қалинлиги (тори ости ёғ каватидан ташқари) 0,5—1 мм дир. Тери одам танасининг баъзи соҳаларида (огиз, бурун, орка чиқарув тешиги, сийдик йўли ва қип) астасекин шиллиқ каватга айланади. Терининг ранги қуйидагиларга: тана сатҳининг у ёки бу соҳасидаги тўқималарнинг турига, қон томирлари билан таъминланиш даражасига, теридаги иахсус ранг берувчи модда — меланиннинг миқдорига боғлиқ. Тери сатҳида турлитуман шаклга эга бўлган майдончалар ва пушталарни кузатиш мумкин. Бу майдонча ва пушталар терининг у ёки бу соҳасида катта ёки кичик, узун ёки қисқа бўлсада маълум бир йўналишда тортилгандир. Бу манзара қўл ва оёқ қафтларида яхши ва сезиларли кузатилади. Айниқса қўл қафти ва оёқ қафтидаги ёнмаён йўналишга эга бўлган дўмбодча ва пушталар ҳар хил шаклда бўлиб, ҳар кимда ҳар хил бўлади. Шу туфайли икки марта такрорланмайдиган бу чизикчалар ва пўналишлар баъзи одамларни танишда, яъни бирбиридан ажратишда муҳим белги ҳисобланади (dactiloscopia).

Одам танасининг деярли барча соҳаларида тери соч билан қоплангандир. Фақатгина терининг айрим жойларидан (қўл қафти, оёқ қафти, лабнинг қизил хоншясидан, закар бошчасидан, катта ва кичик жинсий лабларнинг ички юзасидан) соч чиқмайди.

Тери икки асосий каватдан иборат: устки кават (epidermis) ва асл тери (dermis, cutis propria). Тузилиш жиҳатдан бирбиридан тубдан фарқ қиладиган терининг бу икки қавати бирбири билан чамбарчас боғлангандир. Терининг асл қавати ҳисобланган дерманинг остида теря ости кават (hypoderma, tela adiposa)) жойлашган.

Терининг устки қавати (тери пўсти) эпителий тўқимасидан ташкил топгандир. Эпидермис тери сатҳининг турли соҳаларида турлича ривожланган бўлиб, шу туфайли мазкур қаватнинг қалинлиги турличадир. Дўл қафти ва оёқ қафтида жуда қалин, юқори қовокнинг терисида ва жинсий олатнинг қалпоғида эса жуда юпқа. Тери пўсти хужайралари эпидермоцитлар деб аталади. Мазкур хужайраларнинг асосий қисми кератин моддасини ишлаб чиқаради, яънц терининг пўст ташлашида иштирок этади, шу сабабли кератиноцитлар деб аталади. Эпидермисда бошқа вазифаларни бажарувчи хужайралар ҳам бор. Масалан, терига ранг берувчи меланин моддасини ишлаб чиқарувчи меланоцитлар деб аталувчи хужайралар; сезиш вазифасини бажарувчи Меркель хужайралари, фагоцитоз хусусиятига эга бўлган Лангерганс хужайралари ва бошқалар.

Эпидермис — тери пўсти. Тери пўсти (эпидермис) 5 қаватдан иборат. Агар бу қаватларни пастдан юқорига қараб санайдиган бўлсак, энг остки қават — асосий, ўсувчи қават (Stratum basale) ҳисобланади. Бу қават бир қатор тизилган цилиндрсимон (призматик) хужайралардан иборат. Бу хужайраларни бирбиридан қисқа, кўзга кўринмас ёриқсимон бўшлиқлар ажратиб туради. Бу хужайраларнинг тухумсимон шаклдаги ядролари хроматин моддасига бойдир. Шу туфайли уларнинг ядролари бошқа қаватларда жойлашган хужайраларнинг ядроларидан тўқроқ бўялади ва микроскопда явдол кўзга ташланиб туради. Асосий (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 бўлган.

Кератиноцитлар протоплазмасининг юқори қисмида, ядро остида меланин дончалари жойлашган оқ танли одамларда меланин дончалари фақат базал қават ҳужайраларининг протоплазмаси таркибида кузатилади. Терисп бугдой ранг кишиларда эса бу модда тиканли қават ҳужайраларида ҳам бўлади. Қора танлилар териси меланин моддасига жуда бой. Бу ирққа мансуб одамлар терисининг ҳатто дондор қават ҳужайраларида ҳам меланин дончалари кузатилади. Оқ танли кишилар терисининг баъзи соҳаларида (кўкрак безлари, мойқалтаси — ёргоқнинг териси, ташқи чиқарув тешиги атрофида) меланин дончалари тиканли қават ҳужайраларида ҳам учраши мумкин.

Асосий қават кератиноцитлари орасида меланоцитлар жойлашган. Эпидермис таркибидаги меланоцит ҳужайралари биринчи марта 1917 йилда В. Bloch томонидан кашф этилган. Бу ўсиқчасимон ҳужайраларнинг протоплазмаси меланин дончалари билан тўлган. Меланоцитлар ўз ўсиқчалари (тармоқлари) ёрдамида ёнида жойлашган кератиноцитлар 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-дигидрооксифенилаланин (ДОФА)дан ҳосил бўлар экан. Умуман олганда меланин тирозиндан ҳосил бўлади, яъни тирозин (аминокислота) мис билан боғланган тирозиназа таъсири остида ультрабинафша нурлар ёрдамида астасекин ДОФАга айланади. ДОФА эса ўз навбатида ДОФА — оксидаза таъсирида меланинга ўтади. Бу жараёндан куйидаги шаклда тушунтириш мумкин:

Меланин пигментининг ҳосил бўлиш жараёни гипофиз безида ҳосил бўладиган, миладин моддаси ишлаб чиқарилишига ундайдиган модда (гормон) билан идора этилади. Шунингдек, меланин ишлаб чиқариш адреналин, норадреналин, калконишон без ва жинсий безлар гормонлари таъсирида идора этилади. Меланин моддасининг кўп ёки кам ҳосил бўлиши куёш нурлари активлигига ҳам боғлиқ. Ана шу туфайли куёшли мамлакатларда яшовчи хадиларнинг териси қорамтир бўлади, шимолий хадкларнинг териси оқ бўлади. Баъзи кимёвий моддалар, масалан, фурукумарин 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 қўяди. Меланин моддасининг ҳосил бўлишида кўпгина витаминлар, жумладан аскорбин кислота муҳим роль ўйнайди.

Ўсувчи қаватда жойлашган Меркель ҳужайралари сон жиҳатидан кератиноцитлардан анча кам бўлсада, улардан анчагина йирик. Бу ҳужайраларнинг цитоплазмаси жуда тиниқ ва бунда осмиофил дончалари мавжуд. Меркель (ҳужайраларига миелин моддаси бўлмафн нерв толалари жипс ҳолда уланган. Шу сабабли тери пўсти сезиш хусусиятига ҳам эгадир.

Тери пўстининг базал қавати устида жойлашган навбатдаги қавати тиканли қават (Stratum spinosum) деб аталади. Бунда 3—8 қатор нотўғри ва кўп қиррали кератиноцит ҳужайралари мавжуд. Тиканли қават кератиноцитлари бирбиридан ҳужайралараро ёриқ ва ариқчалар билан ажралиб туради. Бироқ мазкур ҳужайралар сертармоқ ва шохланган бўлиб, ана шу «тиканли» шохлар ёнмаён жойлашган ҳужайралар протоплазмаси ичига кириб кетгандир. Шу йўл билан ҳужайралар жипслиги таъминланади. Бу қаватнинг тиканли деб ном олишининг сабаби ана шунда. Тиканли қават ҳужайралари бирбирлари билан десмосомалар ёрдамида ҳам узвий боғланган. Десмосомалар икки қўшни ҳужайра элементларидан ташкил топган бўлиб, ҳар бир десмосома ўзига рўпара жойлашган иккинчи ҳужайра қобигининг қаттиқлашган қисмини мужассамлаштирган. Тиканли қават ҳужайралари тери пўсти юзасига яқинлашган сари ўз шаклини ўзгартириб, ясилашиб

боради, яъни тиканли даватнинг пастки қаторларида жойлашган хужайралар кубсимон шаклда бўлса, унинг устки қаторларида эса ясси эпителий шаклида учрайди. Тиканли қават хужайраларининг ядролари юмалоқ ёки пуфаксимон бўлиб, хроматин моддасига бой эмас. Шунинг учун мазкур қават хужайра ядролари бўёқларни ўзига кам олади, бўяганда оч, ранглар бўялади. Хужайра цитоплазмасида кузатиладиган тоиофибрил: (деб аталувчи шохсимон ўсимталар ҳеч қачон бир хужайрадан иккинчисига ўтмайди, улар цитоплазма қобирида тугалланади.

Тиканли қават кератиноцитлари орасида Лангерганс хужайралари ҳам жойлашган. Бу хужайраларнинг ядроси оддий бўёқлар билан ёмон бўялади, улар бир қанча шохларга бўлинадиган сертармоқ хужайралар ҳисобланади. Таркибида меланин пигменти пўк. Лангерганс хужайралари узоқ йиллар давомида нерв хужайраларининг махсус тури деб ҳисобланган. Чунки улар олтин бўёқлар билан жуда яхши бўялади, хужайраларнинг бу хусусияти нерв хужайраларига кўпроқ хосдир. Баъзилар Лангерганс хужайраларини собик пигмент хужайралари ҳам деб ҳисоблашади. Кейинги текширув ва кузатувларнинг кўрсатишича, бу хужайралар хужайралар фагоцитозида фаол иштирок этар экан. Ҳозир Лангерганс хужайраларининг тери иммунитетидagi роли тўғрисида маълумотлар кўпайиб бормоқда.

Донадор қават (*Stratum granulosum*) тиканли қаватнинг энг юқори қаторида жойлашган хужайралар бўлиб, шакл жиҳатидан астасекин яссилашиб сезиларсиз 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 (кўл қафти, оёқ қафти) 3—4 қаторни ташкил этади. Бу хужайралар бирбирлари билан жипс жойлашган, уларнинг ядролари тиканли қават хужайра ядроларига нисбатан кичикдир. Донадор қават хужайралари цитоплазмаси таркибидд кератогиалин доналари мавшуддир, улар анилин бўёқлари билан жуда яхши бўялади. Шу туфайли микроскопда аниқ кўринади (донадор қават номини ана шундан олган). Кератогиалин доначалари ўз таркибига кўра дезоксирибонуклеин кислотага (ДНК) жуда яқиндир. Донадор қават хужайралари протоплазмасида тонофибриллар деярли учраманди. Терининг баъзи соҳаларида (юз териси, бурмалар) донадор қават кўпинча кузатилмайди.

Тери пўстининг уч қават (асосий, тиканли ва донадор қаватлар) биргаликда ўсувчи ёки муаллифн номи билан Мальпигий (*Malpighi*) қавати деб номланади. Ҳозирги даврда Мальпигий қавати деганда базал ва тиканли қаватлар тушунилади.

Ялтироқ қават (*Stratum lucidum*) донадор назат устида жойлашган, у тери пўстининг 4 қавати ҳисобланади. Бу қават ядросиз бир хил тузилишга эга бўлган кератиноцит хужайраларидан, аникроги элеидин моддасидан тузилган. Мазкур даватда элеидин оксил моддасидан ташкари, глироген ва ёр моддалари (олеин кислота, липоидлар) ҳам бор. Элеидин қавати оддий бўяш усуллари билан бўялганда ялтироқ, тиниқ шпшасимон чизик ҳолида кўринади, ялтироқ ёки шишасимон қават номи ана шундан олинган.

Шох қават ёки мугуз қават (*Stratum corneum*) тери пўстининг энг устки қаватидир. Бу қават ташки муҳит билан бовосита алоқа қилади, шу сабабли доимо ҳар хил омиллар таъсирида фаоллик кўрсатади. Мугуз қават кўл ва оёқларнинг ички юзасида, қорин соҳаси, одам тавасининг ён юзаларида, айникса ташки жинсий аъзолар терисида жуда юқадир. Кўл қафти, оёқ қафтида эса анчайин қалин, яъни жуда ривожланган. Шох қават хужайраларининг сони ташки таъсиротларнинг кўп ёки камлигига ҳам боғлиқ. Терига таъсир этувчи омиллар қанчалик кўп бўлса, мугуз қават шунчалик қалинлашади. Бу ҳол физиологик гиперкератоз деб аталади. Мугуз қават юпка ва ядросиз шох хужайралар йиғиндисидан иборат. Мугузли пўстлар бирбири билан жипс жойлашган. Шох тангачалар кератин деб аталувчи мугузли (шох) моддадан иборат. Кератин — альбуминга ўхшаш оксил модда бўлиб, олтингугуртга бойдир, лекин таркибида сув кам.

Ася тери — *dermis, corium*. Асл тери кўшувчи (бириктирувчи) тўкимадан иборат.

Бириктирувчи тўқима толалари орасида коллаген, эластик ва аргирофил толалар, шунингдек силлиқ мушак толалари мавжуд. Шунингдек мазкур тўюша толалари орасидаги махсус бир тузилишга эга бўлмаган аморф фалик моддалар жойлашган. Бундай моддаларнинг диққатга сазовори гликозоаминогликандяр. Бошқача қилиб ГАГ (гиалурон ва хондроитинсульфат кислота) дейилади. Асл тери хужайралари турлитуман бўлиб, улар фиброцитлар, гистиоцитлар, меланофаглар, фибробластлар, лимфоцитлардан иборат. Шунингдек плазматик хужайралар, ретикуляр ва эндотелиал хужайралар, лейкоцитлардан тузилган. Мана шу хужайралар ва толаларни бирбири билан бириктириб умумий ягона тўқима ҳосил қилишда аморф оралик моддаларнинг аҳамияти катта. Асл терида шартли равишда икки қават фарқланади:

а) юзаки — сўрричсимон қават (*Stratum papillare*), б) чуқур — тўрсимон қават (*Stratum reticulare*).

Дерма маълум соҳаларда тери пўстига кириб кетган, бу ҳол микроскопда сўргични эслатади. Терининг физиологик гиперкератоз кузатиладиган соҳаларида сўргичлар яхши ривожланган, тери бурмаларида эса сўргичлар унчалик яхши кўринмайди. Сўргичсимон қаватда майин ва эластик, аргирофил толалар кўпров; жойлашган. Бу ерда мукополисахаридлар ҳам тўрсимон қаватга нисбатан кўп микдорда. Аксинча, тўрсимон қаватда етук ривожланган фибробластлар, коллаген толалари кўпроқ жойлашган. Коллаген толалар тўпламп, улар орасидаги эластик толалар, турлитуман хужайралар қон томирлари (капиллярлар) бутун бир чигал тўрни эслатади, тўрсимон қават номи ана шундан олинган.

Тери пўсти (эпидермис) ва асл тери (дерма)нинг орасида кўзга кўринарқўринмас юпца парда жойлашган. Бу парда асосий мембрана (*membrana basilaris*) дейилади. Базал парда диққат билан кузатилганда, унда ўсувчи қават хужайраларининг бармоқсимон ўсимталари ва аргирофил толалардан иборат чигал тўрни кўриш мумкин. Ана шу ўсимталар ва толалар йиғиндиси махсус пардани, яъни базал мембранани ҳосил қилади. Кейинги йилларда асосий пардага кўп эътибор берилмоқда. Тери пўсти хужайраларнинг, хусусан базал қават хужайраларини озик моддалар билан таъминлаш ҳам ана шу асосий парда орқали амалга оширилади. Базал парда гисто кимёвий тузилиши жиҳатдан хондроитинсульфат кислота, шунингдек липидлар ва мукополисахаридлардан тузилган. Терида кузатиладиган у ёки бу касалликларнинг шаклланиши асосий парданинг биологик ҳолатига ҳам боғлиқ.

Тери ости ёғ қавати (*hypoderma*). Тери ости ёғ қавати турлича ривожланган. Қорин ва думба соҳасида уларнинг қалинлиги бир неча сантиметрга етади. Ёр тўқималари ўзининг майинлиги билан терини ташқи таъсиротлардан ҳимоя қилади. Мазкур қават асл тери билан узвий боғлангандир. 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 ёр хужайралари билан тўлгадир. Ёғ хужайралари шарсимон шаклга эга, уларнинг тухумсимон ядролари хужайра цитоплазмасининг четида жойлашган.

Янги тугилган чақалоқлар ва богча ёшигача бўлган болаларнинг тери ости ет қавати юмшоқлиги ва ёр бўлакчаларининг кўплиги билан катталарникидан фарқ қилади. Гиподерма орпрлпгининг тана оғирлигига нисбати болаларда катталарникига нисбатан 5 марта кўпдир. Болаларда ёғ хужайраларининг цитоплазмаси кўпиксимон оппоқ бўлиб, ядроси катта бўлади. Ёғ хужайралари таркибидаги стеарин ва пальмитин ёғ кислоталарининг микдори катталарникидан кўп, оленн ёғ кислотасининг микдори эса камдир.

Тери безлари. Тери ёғ ва тер безларига бойдир. Ёғ безлари (*glandulae sebaceae*) терининг барча соҳаларида жойлашган, фақат қўл кафти ва оёқ кафтида йўқ. Ёғ безлари ва соч толаси ёнмаён жойлашгандир, уларнинг ёғ чиқарув тешиги соч толасининг танасида очилади. Терининг маълум соҳаларидагина (лабда, закар бошчасида, кичик жинсий лабларда, кўкрак безларининг сўргичларида) ёғ безларининг алоҳида ташки

чиқарув тешиги бўлиб, тери юзасига очилади. Битта соч толасининг атрофида 6—8 тагача ёғ безлари жойлашган бўлиши мумкин. Ёр безлари морфологик тузилиши жиҳатидан оддий альвеоляр безлар қаторига киради. Безларнинг танаси бириктирувчи тўкимали қаватдан иборат, уларнинг энг ташқи қобиғи бир қатор тузилган призматик эпителийдан ташкил топган. Альвеоляр хужайраларнинг марказий қисми ёғ билан тўлган. Ёғ безларининг ташқи чиқарув йўллари кўп қаватли эпителий хужайралари билан қопланган.

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 кучлироадир. Шу сабабли уларда турлитуман яллиғланиш жараёнлари кўпроқ кузатилади. Боланинг ёши катталашган сари ёғ безларининг фаолияти сусая боради, маълум бир қисми бужмайиб ўз ишини бутунлай тўхтатади.

Тер безлари (*glandula sudoriferae*) Нинг сони 3,5 миллионгача етади. Одам терисининг барча соҳалари тер безлари билан тўлган. Жинсий олат бошчасида, кичик жинсий лабларнинг ташқи юзасидагина тер безлари учрамайди.

Икки хил тер безлари фарқланади: эккрин ва апокрин тер безлари. Тер безларининг кўп қисми эккрин безлари ҳисобланади, яъни бу безларнинг хужайралари ўз фаолиятлари натижасида нобуд бўлмайди. Апокрин безлари хужайраларининг маълум қисми тер ишлаб чиқаргач, нобуд бўлади. Апокрин безлари ҳажми жиҳатдан эккрин безларидан каттадир. Шунингдек уларнинг тер чиқарув йўллари худди ёғ безлари сингари соч толасининг танасига очилади. Апокрин безлари маълум соҳаларда: қўлтида, орқа чиқарув тешиги атрофида, кўкрак безларининг сўргичлари атрофида, катта жинсий лабларнинг терисида жойлашган. Уларнинг иш фаолияти жинсий безлар фаолияти билан борлиқдир. Шу туфайли уларнинг фаолияти балогатга етиш даврида бошланади. Жинсий алоқа пайтида тер ишлаб чиқариш хусусияти кучаяди. Тер безлари асл терининг энг пастки қатламларида, тери ости ёғ қаватининг яқинида жойлашган. Шу сабабли уларнинг тер чиқарув йўллари узун бўлиб, асл тери ва тери пўсти орқали ўтади.

Сочлар. Сочлар (*pilus*) турлитуман бўлиб, бола ҳали она қорнидаги пайтидаёқ ўсиб чиқади. Бу бирламчи сочлар *lanugo* деб аталади. Бирламчи сочлар бола туғилмасданок ёки тугилгандан сўнг кўп ўтмасдан тушиб кетади. Сўнгра иккиламчи, яъни доимий сочлар чиқади, доимий сочлар икки турга бўлинади: узун ва майин сочлар. Узун сочлар қўлтиқ остида, қов соҳасида, ташқи жинсий аъзолар терисида, юз терисида чиқади, бошнинг сочли қисмида, қўл ва оёқларда кўп ўсади. Майин сочлар балогатга етиш даврида ўса бошлайди. Тери куйидаги вазифаларни бажаради:

- а) химоя вазифаси — турлитуман таъсиротлардан сақлайди;
- б) иссиқликни идора этишда қатнашади;
- в) чиқарув вазифаси (тер ва ёғни тери сатҳига чиқаради. Йод, бром ва бошқа захарли моддаларни ташқарига чиқаради);
- г) ташқи сезгиларни (оғриқ, ҳарорат, босим ва ҳоказо) бош мияга етказиши;
- д) сингиш (шимиш) вазифаси, яъни турлитуман кимёвий моддаларнинг тери орқали сўрилишини амалга оширади;
- е) нафас олишда қатнашади;
- ё) моддалар (кератин, меланин, минерал тузлар, витамин В, А, С) алмашинувида иштирок этади.

ТЕРИНИНГ ТОШМА ЭЛЕМЕНТЛАРИ

Дерматозлар ва таносил касалликларни диагностикаси тери ва шиллиқ қаватларда кузатиладиган турлитуман ўзгаришлар натижасида ҳосил бўладиган тошмалар (морфологик элементлар)га асосланади. Мазкур топшалар дерматовенерологиянинг алифбосидир, бу алифбодаги ҳар бир ҳарф морфологик элементлардир. Тошмаларнинг

тури, сопи, характери, жойлашиш тартиби, кўп учрайдиган соҳалари у ёки бу дерматологик ташхис қўйишни тақозо қилади. Касалликлар диагностикасида жами ўн саккиз элемент (саккизта бирламчи ва ўнта иккиламчи) иштирок этади. Касаллик келтириб чиқарувчи агент (сабаб) ларнинг таъсири натижасида юзага чиқадиган теридаги бирламчи ўзгаршплар бирламчи тошмалар деб аталади. Шу сабаблр бирламчи тошмаларгина касалликнинг турини, табиатини аниқлаш имконини беради. Бирламчи тошмалар терида бирламчи пайдо бўлиши билан бирга иккиламчи тошмаларнинг шаклланишига сабабчи бўлади. Иккиламчи тошмалар бирламчи тошмалар пайдо бўлгандан сўнг, уларнинг ривожланиши (эволюцияси) оқибатида ҳосил бўлади. Шундай экан, иккиламчи элементлар касалликнинг кечиш жараёнини (зўрайиши ёки сусайишини) кўрсатади.

Бирламчи элементларга қуйидагилар киради:

1. **Доғ** (macula) — тери рангининг ўзгариши, бунда терининг қаттиқюмшоклиги ва сатҳи ўзгармайди. Доғлар яллиғланган (розеола, эритема) ва яллиғланмаган (пес доғлари, норлар, сепкил) бўлиши мумкин.

2. **Тугунча** (papula) — ҳўжайраларнинг бўлиниб кўпайиши натижасида ҳосил бўладиган қаттиқ тошма. Катталиги жиҳатидан милиар, лентикуляр, нуммуляр ва ясси бўлади.

3. **Дўмбоқча** (tuberculur) — яллирлапиш маддасининг шаклланишидан ҳосил бўлган тошма. Тошманинг сўрилиши оқибатида чандик ёки доғ қолади.

4. **Тугун** (nodus) — терининг чуқур қаватларида ҳосил бўладиган ўсмасимон қаттиқ элемент. Тери сатҳидан ҳамма ҳолларда бўртиб чиқавермайди.

5. **Кавариш** (urtica) — тери сатҳидан бўртиб, кавариб чиқадиган четараланган тошма. Юзаси текис ва силлиқ, қичишиш билан кечади.

6. **Пуфак** (bulla) — эпидермис ва унинг тагида суюқлик тўпланиши натижасида ҳосил бўладиган бўшликли элемент. Пуфак мугуз қават остида (субкорнеал), тиканли Кават багрида (интраэпидермал) ва асл терида (субэпидермал) жойлашиши мумкин. Кичиги нўхатдай, каттаси тухумдай келади.

7. **Пуфакча** (vesicula) — таркибида сероз ёки қонли суюқлик сақлайдиган кичик бўшликли тошма. Энг катта пуфакча тарикдек бўлади. Пуфакча асосан яллиғланган доғлар сатҳида тошади.

8. **(pustula)** таркибида йирпнг сақлайдиган бўшликли элемент бўшлиги эпидермисда ҳосил бўлади. Жойлашиш тарзига қараб юзаки, чуқур ва фоллркуляр икркнгчалар фаркланади.

Тери тошмалари фацат бир турдаги бирламчи элементлардан тузилган бўлиши мумкин. Бунга мономорф тошма (масалан, қўъбусдаги тугунчалар) дейилади. Тошмалар турлитуман бирламчи элементлардан иборат бўлса, полиморф тошма деб аталади. Масалан, гушда эритема, тугунча, пуфакча ва йирингча кузатилади. Агар тошма таркибида бирламчи элемент билан бирга бир неча иккиламчи элементлар кузатилса, сохта полиморфизм деб аташ лозим. Пуфакли эпидермолиздд пуфаклар билан калок, шилиниш ва пигментли доғларнинг учраши буша мисол бўлади.

Иккиламчи тошма элементларига қуйидагидар киради:

1. **Пигментли доғлар** (pigmentatio) — гиперпигментли ва гипопигментли бўлади. Гиперпигментли доғлар кўшгача бирламчи (тугунча, пуфакча, пуфак, йирингча) ва иккиламчи (ёриқ, эрозия) тошмаларнинг ўрнида меланин пигменти тўпланиши натижасида ҳосил бўлади. Гипопигментли доғлар эса қитикланувчи доитр ва хугунчаларнинг сўрилиши натижасида пайдо бўлади. Бундай доғлар сохта лейкодерма деб аталади (кепаксимон темираткида, қўъбусда).

2. **Қитиқ** (squama) — тери сатҳидан кўчиб тушадиган ғоваклашган мугуз қаватнинг тангачасимон ҳўжайраларидир. Ранги оқимтир, сарғиш, кулранг, жигар ранг бўлиши мумкин. Катталигига қараб унсимон, кепаксимон, тангачасимон ва баргсимон бўлади.

3. Қалок (crusta) — бўшликли элементлар пардасининг ва улардан ажралиб чиққан суяқликнинг қуриши натижасида ҳосил бўлади. Бирламчи тошманинг характериға қараб сероз, йирингли, геморрагик қалоклар фарқланади. Шу сабабли уларнинг ранги сариқ, яшил, қизил, қора бўлиши мумкин.

4. Бичилиш, нуқсон (erosio) — терининг юзаки нуқсони. Асосан пуфак, пуфакча ва йиринг пардаллирининг йиртилиши натижасида уларнинг ўрнида ҳосил бўлади. Эрозияларда нуқсон чуқурлиги эпидермисдан пастга ўтмайди, ана шу сабабли чандиксиз битади.

5. Ёриқ (rhagas) — терининг чизиксимон нуқсони. Кўпинча тери эластиклигининг йўқолиши натижасида ҳосил бўлиб, бурмалар соҳасида кўпроқ кузатилади. Ёриқ чуқурлиги эпидермис қалинлигида (fissura) ва дермагача кириб бориши мумкин. Шунинг учун юзаки ёриқлар исиз, чуқурлари эса чандикланиш йўли билан битади.

6. Тирналиш, шилиниш (excoriatio) — тирналиш, қашиниш ва бошқа жароҳатлар оқибатида тери бутунлигининг бузилиши. Терининг тирналган жохлари юзаки (эпидермисда) ва чуқур (дермада) бўлиши мумкин.

7. Яра (ulcus) — теридаги чуқур нуқсон. Баъзи нуқсон чуқурлиги тери ости ёғ қавати, мушак қавати ва ҳатто суяқларгача етиб бориши мумкин. Улар бирламчи элементлар (дўмбоқча, тугун, чуқур йиринг) тўқималарининг чириши натижасида ҳосил бўлади. Яралар барча ҳолларда чандикланиш йўли билан битади.

8. Чандик (cicatrix) — бириктирувчи тўқима элементларидан иборат тузилма. Чандик теридаги чуқур нуқсонларнинг битиши натижасида шаклланади. Чандикнинг ҳосил бўлиши ўша соҳада жойланган тер ва ёғ безлари, соч толаси, томирлар ва эластик толаларнинг нобуд бўлиши билан кечади. Гипертрофик ва атрофик чандиклар фарқланади.

9. Яғирлик (lichenificatio) — тери кўриниши кучайган ўчоқ, бунда тери қалинлашади, каттиқлашади, қурийди ва гиперпигментацияга учрайди. Кўпинча бурмалар соҳасида (тирсак, тизза, чов, бўйин) кузатилиб, қичишиш билан кечади.

10. Ўсиш, ривожланиш, куртакланиш (vegetationes) — терининг сўргичсимон қалинлашиши. Кўпинча яллиғланиш оқибатида дерманинг сўргичсимон ва эпидермие тиканли қаватининг ўсиши натижасида шаклланади. Улар асосан тугунча ва яра соҳаларида пайдо бўлиб қонаши ва шилиниши мумкин.

ЗАХМ

Захм юқумли касаллик бўлиб, уин рангпар трепонемалар келтириб чиқаради (1905 й.). Оқиш трепонемалар. (*Treponema pallidum*) асосан жинсий йўл билан юққанлиги туфайли таносил касалликлари қаторига киради. Захм Оврупода «сифилис» деб аталади. Сифлис трепонемалар микроскоп остида спиралсимон ип шаклида кўринади. Унинг 8 тадан 13 тагача ўрамлари бўлиб, бу ўрамларнинг шакли, узунлиги ва қалинлиги бир хилдир. Спирохеталар ўзига хос ҳаракатланиш хусусиятига эга. Улар илгарилама, турткисимон, маятниксимон, тўлқинсимон ҳаракатланади, шунингдек ўз ўқи атрофида ҳам айланма ҳаракат қилади. Бу ҳаракатлар маълум тартиб билан биртекида амалга оширилади (вальсга ўхшаш ҳаракат). Оқиш трепонемаларга хос юқорида баён этилган шакл ва хусусиятлар уларни сапрофит трепонемалардан ажратишда амалий ёрдам беради. Кўпинча оғиз бўшлигида яшовчи сапрофит спирохеталар (*Sp. microdentium*, *buccalis* ва бошқалар) кўпол шаклга эга бўлиб, ўрамларининг сони кам, йўғон ва нотекис бўлади. Шунингдек сапрофитлар кўпинча тез ва тартибсиз урчиқсимон ҳаракат қилади (буни твистсимон ҳаракат дейилади).

Оқиш трепонемалар ташқи муҳитда, организмдан ташқарида, тез нобуд бўлади. Айниқса бнологик суяқликларнинг сувсизланиши уларни қисқа муддат ичида қирилиб

кетишига сабаб бўлади. Таркибида окиш трепонемалар бўлган суюқликлар 60°гача қиздирилганда 15 дақиқа мобайнида, 100°гача қиздирилганда ўша захотиёқ нобуд бўлади. Турлитуман кимёвий моддалар (фенол, маргимуш, симоб эритмалари ва кислоталар) таъсирида ҳам тезда нобуд бўлади. Бироқ рангпар трепонемалар паст ҳароратга нисбатан чндамли бўлади. Жумладан, намли муҳитда 12 соатгача яшаши мумкин. Алоҳида ишлов берилган (консервация деб аталади) донорлар қонида захм қўзгатувчилари 3—6 кунгача тирик сақланиб қолиши ва патогенлик хусусиятини йўқотмаслиги мумкин.

Ранглар трепонемаларни озик муҳитларда экиб ўстириш учун мураккаб шароит (махсус озик муҳитлар, анаэроб шароит) талаб қилинади. Шунингдек махсус озик муҳитларда экиб ўстирилган спирохеталар ўзларининг морфологик ва патогенлик хусусиятларини йўқотади.

Ранглар трепонемалар электрон микроскоп остида (Н. М. Овчинников, В. В. Делекторский) илонни ёки ёмрир чувалчангини эслатади. Шунингдек уларнинг уч қаватли қобиғи борлиги аниқланган. Айниқса уларнинг тапқки қавати жуда ривожланган бўлиб, антибиотикларнинг ҳужайра цитоплазмасига ўтишига тўсқинлик қилади. Трепонемалар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Ноқулай шароитларда (юқори ҳарорат, антибиотиклар таъсири, антагонист микроорганизмлар) киста ҳосил қилиб, ўзини химоя қилиш хусусиятига эга, ёки L—шаклига, ёриқсимон ва ипсимон шаклларга кириши мумкин. Бундай нотипик шаклларда улар узок муддат, йиллар давомида сақланиши мумкин. Бундай ҳолларда бемор организми билан спирохеталар ўртасида вақтинчалик шартли «мувозанат» ҳосил бўлади. Аммо бемор организми қаршилиқ кўрсатиш қобилятининг пасайиб бориши, бошқа касалликларнинг кўшилиши спирохеталарнинг қайтадан спиралсимон патоген шаклларга айланишига (реверсия деб аталади) шароит яратиб беради. Шунингдек касаллик юққандан сўнг захм жараёни ҳеч қандай белгиларсиз узок муддат яширин кечиши мумкинлиги амалда исбот этилган.

Маълумки, ранглар трепонемаларнинг киста шакллари ҳам антигенлик хусусиятига эгадир. Демак, уларга нисбатан ҳосил бўлган қарши таначалар серологик реакцияларнинг мусбат натижалар беришига олиб келади. Бу тадбир яширин кечаётган захмни аниқлашга ёрдам беради.

Лаборатория текширув усули. Текшириладиган биологик суютушк ва захм тошмаларидаги спирохеталарни қидириб топиш коронзгилаштирилган кўриш майдонида амалга оширилади. Бу Тиндал феноменига асосланган. Рангпар трепонемалар анилин бўёқларни ўзига ёмон қабул қилади, баъзан бу бўёқлар билан умуман бўялмайди. Захм қўзгатувчиларнинг ранглар ёки одиш трепонемалар деб аталиши бежиз эмас. Бундан ташқари, спирохеталар бўялганда улар нобуд бўлиб, муҳим фарқловчи белги, яъни ўзига хос ҳаракат турларини кузатиш имкони бўлмайди. Бу ҳол патоген спирохеталардан сапрофит спирохеталарни ажратиш имкошютидан маҳрум этади. Шу сабабли захм қўзгатувчилари тирик ҳолатларда текширилади. Бунинг учун микроскопнинг конденсорига крра коғоз дўйилиб, кўриш майдони қоронгиллаштирилади ва ён томондан ёруғлик нури берилади. Текшириш учун захм тошмаларидан бирикки томчи тўқима суюқлиги (серум деб аталади) олиниб, предмет (буюм) ойнасига томизилади, сўнгра бирикки томчк физиологик эритма томизилиб спирохеталарнинг ҳаракатланishi учун қулай шароит яратилади. Текшириладиган суюқлик коплантч опнача билан еппло мпкроскоп столчасига қўйилади. Тегишли ёруғлик ва катталаштирувчи ускуналар ёрдамида кўриш майдони топилгач, спирохеталарни қидира бошланади. Қоронги кўриш майдонда рангпар трепонемалар кумуш рангда жилваланади. Бордию дастлабки лаборатория текширувларида трепонемалар топилмаса, изланиш бир неча бор такрорланади.

Такрорий текширувлар пайтида текшириладиган тошмалар юзаси изотоник эритма ёрдамида 24 соат давомида намланиб турилади. Текшириладиган тошмаларда захм қўзгатувчилари топилмаса, лимфа тугунларининг пунктати — тўқима суюқлиги текширилади.

Захмнинг юқиш йўллари. Касаллик қуйидаги йўллар билан бемордан соғлом кишига ўтади:

1. Жинсий йул — жинсий алоқа пайтида зарарланиш. Бунга жинсий аъзолар иштирок этадиган яқинликнинг барча турлари киради. Бемор жинсий аъзоларида жойлашган тошмаларда рангпар трепонемалар кўп миқдорда бўлади.

2. Ножинсий йўл:

а) жинсий аъзолар иштирокисиз яқинлик қилиш

(ўпишиш, тўшакда бирга ётиш);

б) кон орқали юқиш (захмга чалинган беморларнинг кони қуйилганда);

в) касбга алоқадор зарарланиш (тпббий ходимларнинг эҳтиётсизлиги туфайли муолажа пайтида касаллик юқтиришлари);

г) маиший йўл билан юқиш (турмуш анжомларидан умумий фойдаланиш патижасида).

Захм касаллигининг юқиш шароитлари. Захмга учратан беморлар билан яқинлик қилиш касаллик юқтириш деган сўз эмас, Захм қўзгатувчиларини соғлом кишига ўтиши учун қуйидаги шартлар мавжуд бўлиши лозим:

1) тери ва шиллик қаватлар бутунлигининг бузилиши. Захм касаллиги бор беморлар билан жинсий ва бошқа турдаги алоқа бўлганда терининг бутунлиги бузилиши мумкин. Шунингдек, тери ва шиллик қаватларда турлитуман ярачақаларнинг бўлиши захм қўзгатувчиларининг терининг чуқур қаватларига кириб бориш учун шароит яратади. Рангпар трепонемалар соғлом теридан ўта олмайди.

2) «янги» организмга ўтган спирохеталар миқдорининг кўплиги. Маълумки, тери орқали ўтган рангпар трепонемалар организмнинг фагоцитар қаршилигига учрайди. Агар юққан спирохеталар миқдори кам бўлса, уларнинг барчаси макрофаглар томонидан нобуд этилади. Кўп миқдорда ўтган спирохеталарни химоячи хужайралар эплай олмайди, оқибатда улар қонга ўтиб кўпая бошлайди.

3) спирохеталар вирулентлик даражасининг юқори бўлиши. Фагоцитлар «жанги»да патогенлик даражаси юқори бўлган спирохеталаргина голиб чиқади. Турлитуман антибиотиклар таъсирида заифлашган трепонемалар миқдори кўплигига қарамадан макрофаглар томонидан кириб юборилади. Даволанаётган захмли беморлар билан жинсий яқинлик қилинганда касалликнинг кўпинча юқмаслик сабаби ҳам ана шунда.

4) макроорганизм иммунобиологик ҳолатининг кеския пасайиши, Турлитуман касалликлар бемор организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини пасайтириб юборади, жумладан, фагоцитлар активлигини сусайтиради. Бу ҳол организмни касаллик юқтиришга мойил қилиб қўяди.

Захмдан даволанган беморларда орттирилган иммунитет вужудга келмайди, шунингдек уларда туғма иммунитет ҳам ривожланмайди. Захм касаллиги икки, ҳатто уч марта қайта юқиши (реинфекция дейилади) мумкин.

Захм организмда мавжуд бўлган даврда вақтинчалик иммунитет ҳосил бўлади. Захм билан касалланган беморлар касалликнинг маълум даврларида қўшимча зарарланишлари, яъни бемор организмга трепонемаларнинг янги штаммлари тушиши мумкин (суперинфекция деб аталади). Қўшимча касаллик юққанда пандо бўладиган захм белгилари бемор организмда кетаётган захм жараёни қайси даврга тўрри келганлигига боғлиқ. Масалан, қўшимча зарарланиш захмнинг яширин даврига ёқ бирламчи захмнинг дастлабки кунларига тўрри келса, навбатманавбат янги қаттиқ яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади. (ulcera indurata succenturata). Иккиламчи яширин захм даврида қўшимча спирохеталар юкса, бемор териоидида иккиламчи захм белгилари (тугунча ва дор) пайдо бўлишига олиб келади. Шу сабабли венерологнинг иш фаолиятида суперинфекцияни реинфекциядан, шунингдек, суперинфекцияни касалликнинг қайталанишидан ажратиш қийин бўлади.

ЗАХМНИНГ УМУМИЙ КЕЧИШИ

Захм юкумли касалликлар каторига киради. Барча юкумли касалликлар сингари захмнинг кечиши маълум даврларга бўлиниб циклик ўзгаришлар билан намоён бўлади. Орттирилган ва даволанмаган захмнинг кечишда даврларнинг алмашилиб туриши кузатилади. Захм маълум бир давришг бошқа давр билан алмашилишп маълум конуниятлар асосида боради, буни францу* сифилидологи Ф. Рикор исботлаб берган. Ана шунга биноан захмнинг тўрт даври: инкубацион (яширин), бирламчи, иккиламчи ва учламчи даврлари фаркланади. Рикориинг фикрича, юқорида санаб ўтилган даврларнинг навбатманавбат тартиб билан алмашинуви шартдир. Масалан, бирламчи захм белгилари кузатилган беморда учламчи захм белгилари намоён бўлишидан аввал албатта, иккиламчш захм симптомлари кузатилиши шарт. Мазкур конуният фақат орттирилган ва даволанмаган захмга тегишлидир.

Захмнинг инкубацион (яширпн) даври рангпар трепонемалар организмга тушганидан то цаттиқ яра шакллангунча бўлган даврни ўз ичига олади. Бу давр ўрта ҳисобда бир ойни ташкил этади. Энг қисқа яширин давр 2 ҳафтадир, бу ҳол организмнинг каршилиқ кўрсатиш қобилияти кескин пасайиб кетган беморларда (камқонлик, орир юкумли касалликлар, сил, қанд касаллиги, жарроҳлик муолажаларидан сўнг ва ҳоказо) кузатилади. Яширия даврнинг қисқариши трепонемаларнинг вирулентлик даражаси ва микдориға ҳам боглиқ. Яширин даврнинг чўзилиб кетиши организмга юборилган антибиотиклар ва бошда* трепоемоцид дориларға боглиқ. Антибактериалмоддалар бемор организмга канчалиқ кўп юборилган бўлса, яширин давр ҳам шунчалиқ чўзилади.

Амалий сифплидологияда яширпн даврнинг максимал узайиш муддати уч ой деб қабул килинган. Агар касаллик юқиш хавфи аниқланган кундан уч ой мобайнида каттшу яра ҳосил бўлмаса ва классик серологик реакциялар манфийлигича цолса, текшириляётган шахс СОРЛОМ ҳисобланади.

Бирламчи захм (*sypphilis primaria*) ўрта ҳисобда 6—8 ҳафта давом этади. Бу даврда тери ва шиллиқ цаватларнинг маълум соҳаларида, кўпинча жинсин аъзолар соҳасида каттик яра ҳосил бўлади, шунингдек лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади. Даттик яра (бирламчи сифилома) ҳосил бўлгандан сўнг 2—3 ҳафта мобайнида КСР (ВР, КР, ЗВР) манфий натижалар беради. Бу давр бирламчи сероманфин захм (*sypphilis I seronegativa*) деб юритилади.

Сўнгра серологик реакциялар, жумладан Вассерман реакцияси мусбат натижалар беради, бу даврга бирламчи серомусбат захм (*sypphilis I seropositiva*) дейилади. Захмнинг бирламчи даврининг сероманфий (пегатив) ва серомусбат (позитив) захмларға бўлиниши фақатгина Вассерман реакциясининг натижасига богаик. Зеро бирламчи захмнинг бу иккала даврида цаттиқ шанкр ва лимфаденитдан бошқа белгилар кузатилмайди. Кўпинча каттик шанкр пайдо бўлгандан сўнг 1 ҳафта ўтарўтмас ўша соҳадаги лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади (регионар лимфаденит деб аталади). Захмнинг бирламчи даври охириға келкб каттик шанкрдан узокда жойлашган лимфа тугунларини ҳам пайпаслаш имконт яратилади. Аникроги, регионал лимфа тугунларигина эмас, балки бир неча гуруҳ лимфа тугунлари ҳам пайпаслана бошлайди. Бу ҳол полиаденит дейилади. Бирламчи манифест (белгили) захмдан сўнг бирламчи яширин захм келади. Кўпчилик ҳолларда касаллик ҳеч қандай яширин даврсиз иккиламчи захмға ўтади. Тери ва шиллиқ к.аватларда турлитуман тошмалар (кўпинча доғлар ва тугунчалар, баъзан йирингча ва пуфакчаларнинг) пайдо бўлиши захмнинг иккиламчп даври (*sypphilis secundaria*) бошланганидан гувоҳлик беради. Иккиламчи захм белгилари дастлаб намоён бўлганда унга иккиламчи янги захм (*sypphilis II recens*) номи берплади. Мазкур белгилар кўпи билан 2—3 ой мобайнида ҳеч қандай даво чораларисиз йўколади, бунда хат.то и:з ҳам қолдирмайди. Бу давр иккиламчи яширин захм" (*sypphilis II latens*) деб номланади. Юқорида қанд этилган тошмаларнинг такрорий намоён бўлишп (аиникса, тугунчалар ва

доғларнинг) иккиламчи қапталанган захм (*syphilis II recidiva*) деб юритилади.

Захмнинг иккиламчи даври 2—3 йил, баъзан 5—6 йил давом этади. Шу орада тошмалар бир неча марта қайталаниши мумкин. Бунда тошмалар микдори камайиб боради, ҳажми эса катталашаверади. Терининг маълум соҳаларида тўпланиб гуруҳ бўлиб жойлашади, бунда ҳар хил шакллар (ёй, ҳалка, така ва ҳоказо) пайдо бўлади.

Захмнинг учламчи даври (*syphilis tertiaria*) касалляк юққандан сўнг, камида 3—5 йил ўтгандан сўнг ривожланади, баъзан (даво чоралари ўтказилмаганлигига қарамасдан) узок йиллардан сўнг шаклланади. Учламчи захмга алоқадор тошмалар (тугунчалар ва дўмбоқчалар) факатгина тери ва шиллиқ қаватларда жойлашибгина қолмасдан, балки ички аъзоларда, асаб системаси, суяк ва бўғимлари ҳам зарарлайди. Учламчи захм белгилари тери ва шиллиқ қаватларни четлаб ўтиб, бироқ ички аъзоларда ва асаб системасида кўриниш мудшин. Захмнинг дастлабки (эрта) давларида даволанмаган барча беморларда учламчи захм белгиларининг пайдо бўлиши шарт эмас (бу ҳол тегишли мавзуларда баён этилади). Захм жараёнининг бир даврдан иккинчисига ўтиш тезлиги организмнинг иммунобиологик қобилятига, жумладан, ҳужайраларнинг аҳволига, уларни захм қўзғатувчиси билан ўзаро муносабатига, шунингдек қатор ташди ва ички омилларга боғлиқ. Бу омиллар ичда беморнинг ёши, турмуш ва меҳнат шароитлари, беморда кузатилган бошқа касалликлар муҳим роль ўйнайди.

Биз юқорида ортирилган ва даволанмаган захмнинг кечишида захм давларининг навбат билан биридан иккинчисига ўтиши шарт эканлигига таъкидлаган эдик. Бироқ охирги қарийб 20 йиллик кузатувлар (М. В. Мплич, 1968) захм жараёнидаги давлар алмашинуви ҳамма вақт ҳам маълум қонуният асосида кечмаслигини кўрсатди. Қатор беморларда захм касаллиги юққандан сўнг белгисиз (симптомсиз) кечиши мумкин ва бундай белгисиз кечиш узок йиллар давом этиши мумкин. Кейинги йилларда сифилидология бўлимида захмнинг кечиккан турлари билан даволанаётган беморларнинг кўпчилиги (70—90%) ўз касалликлари тарихини ҳикоя жилаётганларида, ёшлигида захм билан оғирланганликларини таъкидламоқдалар. Улар тери ва шиллиқ қаватларида умр бўйи ҳеч қандай тошмалар кузатмаганлигини исботлашга уринмоқдалар. Бу ҳол захмнинг узок йиллар мобайнида симптомсиз кечиши мумкинлигини кўрсатмоқда. Кейинги йилларда очилган кашфиётлар, серология фанида аниқланган янгиликлар бу фикрни тасдиқламоқда. Маълумки, спирохеталар «янги организмга» ўтгандан сўнг ўзига қулай шартшароитлар топа олмаса, атипик шаклларни қабул қилади. Жумладан, циста ҳосил қилади, ёки L-формага айланади, ёхуд ёриқсимон, ипсимон кўринишларга ўтади. Бу нотипик кўринишга эга бўлган спирохеталар ўз активлигини йўқотиб, манифест (белгили) захм қўзғатишга қодир бўлмаслиги маълум бўлди. Шу сабабли захм яширин кеча бошлайди. Бу жараён узок йиллар давом этиши мумкин. Турлитуман сабабларга кўра трепонемотид дорилар қабул қилиш, жумладан антибиотиклар билан даволаниш «ноқулай Дитухит» муддатининг қўзилишига, яъни захмнинг яширин кечиш муддатининг узайишига олиб келади. Бундай ҳолларда захмнинг юқумли, эрта даври белгилари кузатилмайди. Ниҳоят, йиллар ўтиши билан организмнинг занфлашиши натижасида захмнинг бирор даври белгилари рўёбга чиқади.

Захм қўзғатувчилари «янги организмга» тушгандан сўнг захм жараёни умуман вужудга келмаслиги мумкин. Агар рангпар трепонемалар кам микдорда бўлиб, вирулентлик даражаси паст бўлса, шунингдек трепонемотид дорилар таъсирига бирданига дучор бўлса, захм жараёни ривожланмаслиги мумкин.

3. Машгулотнинг мақсади.

Талабалар дерматовенерология фанп тўғрисида умумий маълумотларга эга бўлишлари, терининг тузилиши ва вазифаларини тўғри баён қилишлари лозим. Улартерида кузатиладиган тошмалар — бирламчи ва иккиламчи элементларни ёд билдиришлари, уларнинг диагностик моҳиятини аниқлашлари лозим. Шунингдек захм тўғрисида керакли маълумотларни ва касалликнинг умумий кечишини билишлари лозим.

Талабалар куйидагиларни яхши ўзлаштириб олишлари лозим:

- а) тери пўсти ва асл терининг қаватлари;
- б) бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар;
- в) рангпар трепонемаларни қороотилаштирилган майдонда кўриш усули;
- г) захм тошмаларидан тўқима суюқлигини олиш усуля.

4. Уйга вазифа.

- 1) терининг ранги нималарга боғлиқ?
- 2) Мальпиги қавати тузилишини тушунтиринг.
- 3) бирламчи тошмалар иккиламчи тошмалардан қандай фаркланади?
- 4) захм касаллиги юқиши учун қандай шартшароит аарур?
- 5) орттирилган маннфест захмнинг одатдаги кечишини тушунтиринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. М. 1983. 512, 2129, 376383бетлар.

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М. 1985, 536, 253273бетлар.

П. В. Кожевников. Общая дерматология. Л. 1970. 69114бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

2. Захмининг умумий кечиши билан таништиш (чизмалар, расмлар, слайдлар асосида).

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Морфологик элементлар билан таништиш;	а) беморлар терисидан кузатиладиган у ёки бу тошмаларни кўриб чиқиш; б) кузатилган тошмалар характерида дафтарга ёзиб олиш; в) элементлар тошиши билан кузатиладиган нохуш белгиларни (кичишиш, ачишиш ва ҳ. к.) беморлардан сўраб олиш;	а) тери касалликларида учрайдиган тошмаларни ўзлаштириш
2. Захмининг умумий кечиши билан таништиш (чизмалар, расмлар, слайдлар)	г) орттирилган захмнинг умумий кечиши схемасини дафтарга чизиш;	б) орттирилган захмнинг кечиш турларини ўзлаштириш.

2-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Бирламчи ва иккиламчи захм.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Захмининг бирламчи даври.

Касаллик юққандан 3—4 ҳафта ўтгач оқиш трепонема тушган жойда каттик шанкр ҳосил бўлиши билан захмнинг бирламчи даври бошланади. Агар касаллик одатдагича ўтайдиган бўлса, захмнинг бу даври 6—8 ҳафта давом этади. Серологик реакцияларнинг

(СР) манфий ёки мусбат эканлигига қараб бирламчи серонегатив (СРманфий) ва бирламчи серопозитив (СРмусбат) захмга бўлиади.

Энди касалликнинг яширин даври, қаттиқ шанкр, упинг атипик формалари, асоратлар, регионар буоон, бирламчи серонегатив ва серопозитив захм тўрриспда батафсил тўхталиб ўтамиз.

Касалликнинг яширин даври ўрта ҳисобда 3—4 ҳафта давом этади, лекин бу давр 9—10 кунгача қисқаришга ёки 3—6 ойгача узайиши ҳам мумки. Инкубацион даврнинг қисқариши цуйидаги ҳолларда кузатилади: гипозитаминоз, ички аъзолар сили, сурункали алкайоллизм, ревматизм, ошқозоничак касалликлари ҳамда орттирилган иммунитет етишмовчилиги синдроми (СПИД). Кейинги йилларда инкубацион даврнинг 6 ойгача чўзилиш ҳоллари кўп қайд этилмоқда. Бу ўзгаришларнинг асосии сабабларидан бири аҳоли томонидан антибиотикларни палапартиш кўп қўлланилиши ҳисобланади. Бу ҳол инкубацион давр муддатини чўзиб юборади. Шунингдек сўзак ва захм билан бир вақтнинг ўзида касалланиш, сўзакка қўлланилган антибиотиклар микдори захмнинг яширин даврида ҳам оқиш трепонбмаларни йўқ қила олмайди, бу микдор фақат яширин даврни бир неча ойга чўзади ҳолос.

Қаттиқ яра (ulcus durum) ёки бирламчи сифилома. Инкубация даври тугагандан кейин оқиш трепонема тушган жойда қаттиқ шанкр ҳосил бўлади. Қаттиқ; шанкр кўп ҳолларда жинсий аъзолар терисид ва унга яқин жойларда учраб, касалликнинг жинсий йўл билан нуқтаилигини кўрсатади. Касаллик ножинсий йўл билан ҳоқанда қаттиқ шанкр жинсий органларда ташқарида жойлашади ва экстрагенитал қаттиқ шанкр деб аталади, яъни оғиз шиллиқ пардасида, бодомча безларда, лаб терисид, бармоқларда ёки оқиш спирохета тушган ҳар қапдай бошқа жойда учраши мумкин. Қаттиқ шанкрнинг бошқа тошмалардан фарқи қўлуви ўзига хос белгилари бор. Бу тошма яра ёки эрозия кўринишида бўлиб, овал ёки думалоқ шаклда, агар тери ёки шиллиқ пардалар бурмаларида жойлашган, бўлса, тирқжсимон кўринишда бўлади. Бирламчи сифиломанинг четлари текис бўлиб, тубига томон нишаб бўлиб боради, юзаси текис, силлиқ, янги гўшт рангида бўлиб, ялтираб туради. Вак/г ўтити билан сарғайиб, юзасидан озгина сероз суюклик—губор (тўкима суюклиги—серум) чиқиб туради ва микроскопнинг к,оронгилатилган майдонида кўрилганда жуда кўп оққш спирохеталарни топиш мумкин. Бирламчи сифилома пайпаслаб кўрилса, асосида тоғайсимон қаттиқлик (инфилтрат) сезилади, шунинг учун ҳам қаттиқ шанкр деб аталади. Ярали шанкрларда бу инфилтрат яққол сезилиб туради. Ёқаттиқ шанкрнинг қатталиги тўғноғич бошидан тортиб (митти шанкр), 5 тийиялик қақадек (баҳайбат шанкр) бўлиши мумки. Қаттиқ шанкр кўп ҳолларда субъектив ўзгаришлар юзага келтирмайди. Илгарилари захм қаттиқ шанкрнинг яққа чиқиши билан ифодалайди (80—90%). Кейинги йилларда эса икки ва ундан ортик шанкрли беморлар сони (34—45,7%) кўпайиб бормоқда. Бундан ташқари, ярали шанкрлар сони ҳамда уларнинг йирЕнгли асоратлари кўп учрамоқда. Қаттиқ шанкрнинг эркакларда оққа чиқарув тешиги атрофида, аёлларда эса оғиз шиллиқ пардаларида жойлашиш ҳоллари тезтез кузатилмоқда.

Оддий шанкрлар ўрнида баъзида атипик шанкрлар учрайди ва улар цуйидаги кўринишларда бўлиш мумкин: 1) жинсий органларнинг қаттиқлашган шиши; 2) ҳасмолшанкр; 3) шанкр амигдалит—бодомча бездарининг шанкри.

Қаттиқлашган шиш — одатда қатта ва қаттиқ жинсий лаблар, жинсий олат ҳалтачаси соҳасида (лимфа томирларига бой жойларда) учрайди ва тарқов; инфилтрат ҳисобига бу аъзолар бир неча марта қатталашади. Шикастланган жойга қўл билан босиб кўрилса, ўрнида чуқурча қолмайди. Шиш соҳасидаги тери ўзгармайди, баъзи ҳолларда эса кўкимтирбинафша рангида бўлиб, касаллик айтирли безовта қилмайди. Чов лимфа тугунлари қатталашади.

Ҳасмодшанкр кўпинча шифокорларда (лаборантларда, пшекологларда, стоматологларда, жарроҳларда) учрайди. Ҳасмолшанкр қўл жимжилота шпшиши, кўкишгунгурт рангли бўлиш ва орри; билан ўтиши билан оддий ҳасмолни эслатади,

лекин қаттиқ инфилтратнинг борлиги, ўткир яллирланишнинг бўлмаслиги ҳамда тирсак лимфа тугунларининг катталашишн ҳасмолнинг аниқ табиати аниқ олишга ёрдам беради. Шунга қарамадан, фақат клиник белгилари асосида ҳасмолшанкр деб ҳулоса чиқариш нотўғри ҳисобланади.

Шанкрамигдалит — бодомча безининг катталашиши ва қаттиқлашиши билан таърифланади. Агар бодомча беи устида эрозия ёки яра бўлса, унда шанкрамигдалит эмас, балки бодомча беида жойлашган бирламчи сифилома деб ҳисобланади. Бодомча беидаги яллиғланиш чегараланган бўлиб, атрофдаги шиллик пардалар ўзгармайдн, жаг ости лимфа тугунлари катталашади, склерадепст бир томонлама жойлашади ва ютинганда огрик севилмайди, бадан харорати ўзгармайди. Буларнинг ҳаммаси шанкрамигдалитни катарал ангинадан фарқ қилишга хизмат қилади.

Уччала ҳолда ҳам касаллик тарихини сурқштириш, зарарланган жойлардан оқиш трепонемани топиш, беморнинг жинсий шерикларини текшириш ва мусбат серологик реакциялар диагноз қўйишда ҳал қилувчи роль ўйнайди.

Қаттиқ шанкр юзасига иккиламчи инфекциянинг тушиши натижасида унинг асоратлари — баланит, баланопостит, фимоз, парафимоз, жинсий олат гангренаи ва фегеденизацияси 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 сероси суюқлик йирингланади, бу эса ўз навбатида оқиш трепонемани топишни қийинлаштиради.

Баланит — закар бошчасининг яллиғланиши бўлиб, ўз ваътида даволанмаса, закар бошчасини ёпиб турган халтачани ҳам яллиғлантиради, яъни баланопоститга айланади. Баланопоститда яллизеланиш кучли бўлганидан закар бошчаси халтачасининг тешиги торайиб, закар бошчаси очилмайдиган бўлиб қолади. Бу ҳолат фимоз деб аталиб, қаттиқ шанкр закар бошчасида ёки закар халтачасининг ички варағида жойлашганда уни кўрпб бўлмайди. Фимоз ҳолатида закар бошчасини куч билан очишга ҳаракат қилиш парафимозга олиб келади. Парафимоз қаттиқ шацқршиг ўзига хос асоратларидан бўлиб, йиринг закар бошчасини ситиб қўяди, бу эса закар бошчасида Қон айланпшининг бузилишига олпб келади. Вақтида даво чоралари кўрилмаса, унинг чиришига сгбаб бўлиши мумкин.

Жиисий олат гангренаи ва фагеденизми — қаттиқ шанкрнинг жиддий асоратларидан бўлиб, фузоспериллез инфекция тушишп ҳисобига юзага келади. Гангрена бошланганда шанкр туби ирпб, унда кора рангли чирик чиқинди хоспл бўлади. Фагеденизацияда эса ириш қаттиқ шанкрдан ҳам ичкарига, ҳам атрофга тарқалиб боради. Иатижада жинсий олат қисмларга ажралади. Бу асоратлар бемор хароратининг кўтарилиши, бош огриши, бадан увишиши ва бошқа заҳарланиш аломатлари билан ўтади. Яра битгандан кешга ўрнида хунук чандиқ қолади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, қаттиқ шанкр асоратлари оқиш трепонемани топишни бирмунча дийинлаштиради. Текшириш олдидан қаттиқ шанкр юзаси натрий хлориднинг изотоник эритмасида ҳўлланган пахта бўлакчаси бплан тозланади (пахтани намлашда дезинфекция қиладиган эритмалардан фойдалапиш мумкин эмас). Агар асоратлар фимоз ёки парафимоз кўринишида бўлса, яллиғланишни камайитириш ва шуняг натижасида закар халтачасини очиш мақсадида сульфаниламид препаратлари ичишга берилиб, жинсий олат натрий хлориднинг илиқ изотоник эритмасида ювилади. Парафимоз доридармонлар қўлланплганда каитмаса, у ҳолда жарроҳлпк йўли билан ҳатна (суннат) қилинади.

Бирламчи захмнинг иккинчи энг муҳим белгиои — регионар склераденитдир. Даттиқ шанкр пайдо бўлгандан 7—10 кун ўтгач, унга энг яқин жойлашган лимфа тугуни катталашади. Лимфа тугунларининг катталиги нўхатдан тортиб ўрмон ёнроғигача бўлиши мумкин. Захм лимфаденитига қуйидаги белгилар хосдир:

1. Лимфа тугуни устидаги ва атрофдаги терининг ранги ўзгармайди, огрид билан

кечмайди.

2. Лимфа тугунлари ҳаракатчан, босиб кўрилганда жуда қаттиқ, бирбири билан ҳам, атрофдаги тўқималар билан ҳам қўшилмайди.

3. Лимфаденит анча вақт сақланиб туради ва жуда секинлик билан йўқолади.

Агар қаттиқ шанкр йўғон ичакда ёки бачадон бўйинчасида жойлашган бўлса, регионар склераденит цорин бўшлирининг пастки қазатида жойлашган бўлади, шу сабабли уни пайпаслаб бўлмайди, бу эса диагноз қўйишда бир оз қийинчилик туғдириши мумкин.

Бирламчи захмнинг яна бир белгиси лимфангит бўлиб, қаттиқ шанкр билан энг яқин ётган лимфа тугуни орасида арқонсимон кўринишда бўртиб туради. Лимфаденит ҳам, лимфангит ҳам беморларни безовта қилмайди.

Қаттиқ шанкрни қуйидаги касалликлардан фарқлаш керак: пуфакчали темирлатки, Қўтир эқтимаси, эрозияли баланопостит, рак яраси.

Пуфакчали темирлатки жинсий аъзолар ва орқа чиқарув тешиги атрофида жойлашган эрозияли қаттиқ шанкрдан фарқланади. Пуфакчали темирлаткида тўптўп мошдек ёки ундан кичикроқ пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ёрилиб четлари арқасимон шаклдаги эрозияларга айланади. Бу эрозияларнинг туби тоза бўлиб, сероз суюқлик чикиб туради ва ачишади. Чов лимфа тугунлари катталашмайди.

Қўтир эқтимаси — йирингли яра ва қўтпр касаллигининг асорати сифатида намоён бўлади. Яра йирингли қорақўтир билан қопяниб, атрофидаги тери яллиғланади, яра тубида қаттиқлик сезилмайди. Бундан ташқари, беморни тунги қичишиш безовта қилади.

Эрозив **баланопостит** закар бошчаси ва халтачасида нотўғри шаклдаги қаттакич эрозиялар бўлиши билан таърифланади, уларнинг тубида қаттақлик ва атрофида яллиғланиш бўлмайди. Регионар лимфа тугунлари катталапшайди.

Рак яраси аста-секин ривожланиб бориши билан характерланади. Яранинг четларп қалин, гўё агдаршшб чивдавдек кўринади, яра туби нотекис бўлиб, *Қон* аралашган суюқлик ажралиб туради, лимфа тугуилари пайпаслаб кўрилганда в;ўлга қаттиқлик уннайди, атрофдаги тўқималар билан қўшилиб кетган бўлади.

Барча ҳолларда ҳам бу касалликларни қаттиқ шанкрдан фарқлаш лаборатория усули билан аниқланади. Тошмалардан ажралиб чиқаётган тўқима суюқлигидан трепонемани топиш беморда захм борлигини исботлайди. Врачшг навбатдаги вазифаси захм ўз ривожланишининг қайси даврида турганлигини аниқлашда иборатдир. Бунинг учун беморнинг билак томирқан қон олиниб, Вассерман реакцияси қўйилади. Агар *цоя* қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан сўнг биринчи 3—4 ҳафтада олинган бўлса, Вассерман реакцияси манфий (бирламчи серонегатив захм), агар *Қон* 3—4 ҳафтадан кейин олинган бўлса, мусбат (бирламчи серопозитив захм) бўлиши мумкин.

Юқорида кўрсатилган лаборатория хулосалари асосида касаллик тасдшушнгандан кейин даво чоралари бошланади.

ЗАХМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИ

Одатда қатти[^] яра пайдо бўлгандан сўнг 6—7 ҳафта, ёки касаллик юқдандан сўнг 9—10 ҳафта ўтгач бошланади. Бу давр кўпинча касалликнинг дастлабки (продромал) белгилари кўринишида бошланади. Тери ва пгаллик давлатларда тошмалар тошишидан 7—10 кун аввал кузатиладиган бу ҳолат беморларда турлича кўринишда кечади. Беморлар кўпинча дармонсизлик, иш қобилятиинг пасайиши, бош оғрири, суяк, бўғим ва мушакларда оғри[^] бўлишидан ҳамда бадан ҳароратининг кўтарилишидан (38—39°C гача) шикоят қиладилар. Бу ҳолат ҳамма беморларда ҳар хил кўринишда ўтиб, асосан касаллик кўзгатувчй окиш трепонемалар конда ёппасига таркалган даврига тўғри келади.

Иккиламчи захм тери ва шилливи; қаватларда турли кўринишдаги тошмаларнинг тошиши билаи бошланади, бу бемор организмнинг касалликка умумий жавоб реакдиясидир. Захмнинг бу даврида иккиламчи янги, иккиламчи яширин ва иккиламчи

кайталама захмлар тафовуг қилинади. Иккиламчи захм касаллик ювдандан 2,5—3 ой, айрим ҳолларда 4 ойдан кейин бошлапади ва ўз вақтида даволанмаса 2—3 йилга чўзилади.

Иккиламчи захм тери сатҳи ва шиллик каватларида тошмалар тошиши билан бошланади. Топшалар думалоқ шаклда бўлиб, бетартиб, бирбири билан қўшилмаган, тўқ қизил ёки қизил бўлади. Тошмалар ноҳуш белгиларсиз кечади, беморлар даволанмаса ҳам ўз ўзидан изсиз йўқолиб кетади. Касаллик қўзратувчи трепонемалар тошмалар сатҳида кўп миқдорда бўлади, шунинг учун ҳам беморлар бу даврда атрофдаги кишилар учун хавфли ҳисобланадилар.

Классик серологик реакциялар иккиламчи янги захмда 100% иккиламчи кайталама захмда 96—98% мусбат натижаалар беради. Реагиилар миқдори янги йахмда; жуда юқори (1:160, 1:320), дайталанган захмда эса паст (1:30, 1:60) бўлади. РИФ (иммунологик ёрдулантп реакцияси) иккиламчи захмда беморларнинг барчасида мусбат натижалар беради. РИТ (трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси) эса иккиламчи янги захмда 50%, қайталанган захмда 80—100% ҳолларда мусбат натижалар беради.

Захмнинг иккиламчи даврида қуйидаги тошмалар: кўнрок доғлар (розеола, лейкодерма) ва тугунчалар, баъзан йирингча ва пуфакчалар кузатилади. Шунингдек сочнинг тўкилиши, шиллиқ каватлар ва пчки аъзоларнинг зарарланиши юзага келади. Мазкур даврда суяк ва бўғимлар ҳам шикастланади. Иккиламчи захм доғлари яллиғланган, чегараланган, пупти рангли бўлиб, босиб кўрилганда йўқолади. Кўпинча айланма ёки овал шаклда, баъзан шаклсиз бўлиб, бирбири билан қўшилмайди, тери сатҳидан бўртиб чиқмайди. Баъзан розеоалар кўшилиши (*roseola confluens*) ёки тери сатҳидан сезиларсезилмас кўтарилиб чиқиши (*roseola elevata*) мумкин. Одатда доғлар қипикланмайди, ноҳуш белгилар билан кечмайди. Орадан 3—4 ҳафта ўтгач розеоалар изсиз йўқолиб кетади. Қайталанган розеоалар катталиги, раяги, гуруҳлашишга мойиллиги билан бирламчи розеоалардан фарқ қилади. Баъзан улар ҳалқа ёки ёй шаклини олади.

Тугунчалар кўпинча иккиламчи қайталанган захмда учрайди. Улар қаттиқ, бўшлиқсиз, тери сатҳидан бўртиб чиқиб туради. Дастлаб пушти ранг, сўнгра қизил, мис қизил, кўкимтир қизил тус олади. Тўмтоқ найча (зонд) билан босиб кўрилганда беморлар орриқни сезади (Ядассон белгиси). Касаллик тузалиб борган оайин тугунчалар қипикланади ва тугунча сатҳида (юзасида) айлана ёца. (Биетт ёқачаси) шаклини олади. Катталиги жиҳатидан тугунчалар милиар (кунжут донидек), лентикуляр (тариқ, нўхатдек), тангасимон (нуммуляр) ва ясси (бурдасимон) бўлиши мумкин. Тугунчаларнинг барча тури қўъбусда (псориазда) ҳам кузатилади. Бироқ қўъбус тугунчалари балиқ тангачаларидек қипиклар билан қошланади. Шунингдек, стеарип дори, псориастик парда, қонли шудринг симптомлари уни захм тугунчаларидан фарқлашда ёрдам беради. Захмда тери бурмаларида жойлашган тугунчалар терлаш натижасида, иссиқлик ва ишқаланиш таъсирида сувчирайди, тугунчаларни коплаб турган шох кавати говакланиб бўкади, натижада тугунча сатҳига сероз суюқлик сизиб чиқа бошлайди. Бу суюқликнинг таркибда оқш спирохеталар кўйлаб топилади. Шилинган тугунчалар (*syphilis papulosa erosiva*) мана шундай ҳосил бўлади. Захм пиллакчалари ва тангачасимон тугунчаларнинг ишқаланиб сувчираши натижасида сербар коидиломалар ҳосил бўлади. Улар кўпинча жинсий аъзолар соҳасида, орқа чиқарув тешига атрофида кузатилади, ташки кўриниши билан улар ўсмаларни эслатади. Сувчираган тугунчалар ва сербар коидиломалар иккиламчи қайталанган захмда кўп учрайди.

Иккиламчи янги захмнинг иккиламчи қайталанган захмдан қуйидаги белгилар асосида фарқлаш мумкин (1жадвал).

Захм йирингчалари жуда кам учрайди. Улар алоҳида ёки бошқа сифилидлар билан бирга учраши мумкин. Йирингчали сифилиднинг қуйидаги клиник турлари мавжуд:

- 1) хуснбузарсимон сифилид;
- 2) чечаксимон сифилид;
- 3) захм ширинчаси;

4) захм кўз яраси; 3) захм рупияси.

Захмнинг иккиламчи даврида соч тўкилиши анча кўп кузатилади. Айниқса сочнинг (кичик ўчоқли)

1 ж а д в а л

Иккиламчи янги ва қайталама захмларни бирбиридан клиник фарклар

Касаллик белгилари	Иккинчи янги захмда	Иккиламчи қайталама захмда
1. Тошмалар сони ва жойлашиш характери	Кўп сонли, симметрик жойлашган	Кам сонли, айримсоҳаларда
2. Тошмалар катталиги ва ранги	Майда, баъзан жуда майда ва қизил, пушти раиғ	Катта, баъзан апча катта ва оч қизил, оқимтир пушти
3. Тошмаларнинг жойлашиши	Бетартиб	Гурухлашишга мойил ёки гурухлашган
4. Қаттиқ яранинг борйўқлиги	Бор ёкж ўрнида янги чандиқ кузатилади	Кузатилмайди ёки ўрнида чандиқ кузатилади
5. Полиаденит	Кузатилади	Бўлмайди, баъзан кузатилади.
6. Алопсия	Жуда кам ҳолларда кузатилади, аксарият ҳолларда кузатилмайди	Кўпгина боморларда кузатилади
7. Лейкодерма	Кузатилмайди	Кўпича кузатилади

тўкилиши кўп учрайдиган белгидир. Бошнинг чакка ва энса соҳасидаги терида катталиги 1—2 тийинлик 4а;адек келадиган ўчоқлар учраб, мазкур соҳаларнинг териси ўзгармайди, яллирланиш белгилари кузатилмайди. Юзнинг сочили қисмида, *қош* ва киприклар соҳасида ҳам соч кўп тўқнади. Киприкларнинг нарвбнсьмоқ тўкилиши (Пинкус белгиси), қошнинг майда ўчоқли тўкилиши (Фурньенинг омнибус сифилиди) диагностик иуктаи назардан дивдатга сазовордир. Сочнинг ёппасига тўкилиши ёки аралаш тўкилиши ҳам кузатилади. Умуман сочнинг тўкилиш иккиламчи қайталанган захмда кўп учраб, иккиламчи янги захмда эса, опдасоида учрайди. Соч тўкилгаж жойлар ўрни бир неча ой мобайнида янги сочлар билан қопланади.

Захм лейкодермаси фақат иккиламчи¹ қажталанган захмда кузатилади. Аёлларда эркакда^га йёсбатан"кўп, учрайди. Асосан бўйин, энса, кўкрак, ва' кўдтик;соҳ,алар'йда оқимтир доғлар пайдо бўлади. Дошар чегараланган айлана шаклида бўлиб, ҳар хил катталиқка эга. Айниқса бўйиннинг орқа қисмида кузатиладиган лейкодерма бўйинга тақиладиган маржонни эслатади («Венера маржонлари»). Доғлар бир неча ой туриб қолади, жуда секинлик билан йўқолади. Лейкодерманинг пайдо бўлиш сабабини баъзи олимлар нейродистрофик жараёи (орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар) деб ҳисоблашса, иккипчилари буйрак усти безидаги ўзгаришлар билан боғлайдилар.

Иккиламчи захмда ички аъзолардан жигар, буйрак, ошқозон кўп зарарланади. Шунингдек, захм миокардити, ҚУРУЧ плеврит, кўз ва кулоқнинг зарарланиши кузатилади. Суяклар огрийди, огрик кечалари зўраяди. Периостит, остеопериостит кузатилиши мумкин. Беморнинг ҳарорати кўтарилиб, артралгия ривожланади.

3. Машгулотнинг мақсади.

Талабалар захмда бирламчи ва иккиламчи даврларнинг кечишини, жумдадан кузатиладиган тошмалар характершга билишлари лозим. Цаттиқ яранинг турларини ва асоратлариня билишлари, захм лимфаденитини сўзлаб боришлари зарур. Иккиламчи тошмаларни таърифлаш, иккиламчи янги ва қайталапгаи захмларнинг бирбиридан фаркини, шунингдек серологик реакцияларнинг диагностик аҳамиятшш тўрри тушунишлари лозим. Талабалар куйидагиларни ўзлаштириб олишлари лозим:

- а) захм тугунчаларини Қўъбус тугунчаларидан фарқлаш;
- б) захм лимфаденитини оддий лимфаденитдан фарқлаш;
- в) захм тошмаларидан рангпар спирохеталарга тўқима суюқлигини олшп;
- г) захм топшаларига ишлов бериш.

4. Уйга вазафа:

1. Қаттиқ ярага таъриф беринг.
2. Қаттиқ яранинг нотипик турларини ўхшаш касаллжклардан фарцпни айтиб беринг.
3. Захмнинг иккиламчн даврини таърифланг.
4. Иккиламчи янги тошмалар билан иккиламчи қайталанган тошмаларнинг фаркини айтинг.
5. Бирламчи ва иккиламчи захмпипг серологик фарқи нимада?

АДАБИЁТЛАР

С. Т. Павлов «« бошқалар. Кожные и венерические болезни. М. 1985. 274—294бетлар.

Ю. К. Скрипкии ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. Л. 1983. 38

Венерические болезни (0. К. Шапошников тахрири остида). М, 1991. 42—102бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

ЗМАШГУЛОТ

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Гуруҳ билан «иргадикда видеосуратлар билан танишиш.	а) бирламчи захм белгилари тасвирланган иаохли видеосуратлорни кўриш; б) иккиламчи захм белгилари тасвирланган изоҳли видеосуратларни кўриш;.	а) бирламчи захм диагностикасини ўзлаштириш; б) иккиламчи захм диагностикасини ўзлаштириш;
2. Назоратчи видеосуратлар билан танишиш (ўқитувчи иштирокида).	в) керакли маълумотларни дафтарга ёзиб олиш; г) товушсиз видеосуратларни кўриб, касалликка ташхис қўйиш.	а) захмиинг эрта даврларига ташхис қўйишни ўрганиш.

1. Машгудот мавзуси. Захмнинг учламчи дўмбоқчалари ва тугунлари). Яширин захм (эрта ва кеч яширин захм). Захмда қўлланиладиган серологик реакциялар.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Учламчи захм Захмпинг учламчи даври касаллик ювдандап сўнг 3—5 йил ўтгач ривожланади. Захм белгилари эрасак ва аёлларда доярли бир хил тарзда кузатилади.

Учламчи захмнинг ривожланишида қуйидаги омиллар муҳим роль ўйнайди:

1) касалликнинг бирламчи ва жиккиламчи давларида даво чораларининг ўтказилмаслиги ёки палапартиш даволаниш;

турлитуман сурункали касалликларга чалиниш ёки мазкур касалликлар билан захм юкданга қадар касалланиш (сил, безгак, бод, камқонлик ва бошқалар); спиртли ичимликларга ружу қўйиш ёки гиёҳвандлик дардига мубтало бўлиш;

касбга алоқадор заҳарлапшлар (сапоат ва кпшлок хўжаланган қўлланиладиган заҳарли бўёқлар, rain: берувчи моддалар, минерал ўғитлар, гербицидлар ва ҳоказолар). Шунингдек, меҳнат ва маиший шароитларнинг ноқулайлиги, сифатсиз ва нотўғри овқатланиш, ҳар хил руҳий таъсиротлар ва қўнгилсиз воқеалар ҳам учламчи захмнинг шаклланишига сабаб бўлади.

Беморнинг ёши, турлитуман жароҳатларнинг ҳам аҳамияти катта. Қўпчилик ҳолларда учламчи захм ёши 45—50 ёшдан ошган беморларда ривожланади.

Учламчи захм қуйидагилар билан таърифланади:

а) учламчи давр тошмалари (сифилидлар) тери ва шиллик қаватларнинг маълум соҳаларида жойлашган бўлиб, кўпинча чегараланган бўлади;

б) тошмалар микдори кўп бўлмайди: тугунлар (nodus) биттаиккита, дўмбоқчалар (tuberculum) эса ўнга етади ва бундан ошади;

в) учламчи захм белгилари одатда ноҳуш сезгилар билан кечмайди, шу туфайли беморда шикоятлар бўлмайди;

г) тошмалар ушлаб қўрилганда каттиқ, тери чуқур жароҳатланади, ярага айланиши мумкин. Шу сабабли захм жараёни чандикланиш билан тугайди;

д) учламчи захм тошмалари кам юқумли ёки бутунлай юқмайдиган бўлади. Тошмалар таркибида оқибат спирохеталар топилмайди ёки улар жуда кам миқдорда бўлади;

е) захмнинг учламчи даврида ички аъзолар ва асаб сио томаси зарарланади. Шу сабабли учламчи захм ички аъзолар захми ва асаб системасининг захми билан бирга кечади;

ё) классик серологик реакциялар учламчи ривожланишга захмга йўлиққан беморларнинг 60—70% ида, учламчи яширин захмни бўморларнинг эса 50% ида мусбат натижалар беради. РИТ (ТХЧР) ва РИФ (ИЁР)нинг жавоби барча беморларда мусбат бўлади. Учламчи ривожланган захмда беморларнинг тери ва шиллиқ қаватларида асосан икки хил тошмалар кузатилади:

1. Дўмбоқчалар, яъни юзаки тугунли сифилид.

2. Тугунлар, яъни тери ости гуммаси.

Дўмбоқчали сифилид (syphilis tuberculosa) яримшарсимон ёки ясси шаклда бўлиб, ранги мис қизил ва қўқимтир бўлади. Катталиги кўпинча олча данагидек, каттиқ ва аниқ чегараланган. Атрофида ўткир яллирланиш белгилари кузатилмайди. Захм дўмбоқчалари «шуруц» ва яра ҳосил бўлиш пўллари билан ривожланади. Дўмбоқчаларнинг секип кпчрая бориб сўрилиб, кетиши «қуруқ» йўл ҳисобланади. Бундай ҳолда дўмбоқча сўрилиб кетган жойда терининг юйқалашиши (атрофия) кузатилади ва вақтинча иккиламчи доғ қолади.

Ноқулай шароитларда дўмбоқчалар йиринглаб чириydi, натижада яра ҳосил бўлади. Яралар айлана ёки овал шаклида, каттиқ, туби ўйдимчуқур ва шиллиқли чириган масса билан қопланиб туради.

Дўмбоқчали сифилиднинг қуйидаги клиник турларга тафовут қилинади: 1) гуруҳгуруҳ бўлиб жойлашадиган дўмбоқчали сифилид;

- 2) ўрмаловчи дўмбокчали сифилид;
- 3) пакана (митти) дўмбокчали сифилид;
- 4) майдончасимон дўмбокчали сифилид.

Захм дўмбокчаларнинг табиатини апиқлашда касяллик тарихи (беморларнинг захмнинг эрта даври белгиларини эслашлари, захм беморлари билан жинсий алоқада бўлганликларини тан олишлари) ва серологик реакциялар муҳим амалий аҳамиятга эга. Айниқса РИТ (ТХЧР) ва РИФ (ИЁР) мазкур дўмбокчаларни захмга алоқадор эканлигини аниқлашда катта ёрдам беради.

Захм гуммаси (*syphilis nodosa* sen *gumma subcutaneum*) тери ости ёғ тўқимасида шаклланади. Болдирнинг олдинги юзасида, тўш ва човсон соҳаларида кул учрайди. Дастлаб катталиги ўрмоп ёнрогидек ва яримшарсимон бўлиб, астасекин катталаша боради. Тугунчалар бирбири билан, атрофдаги тўқималар бидан кўшилиб кетмайди, огримайди. Юнон ёнгоги ёки товуц тухумидек катталашгач устидаги тери қизаради, тугуннинг марказин қисми юмшайди. Босганда билқиллаб, териси юпкалашган гумма тешилади. Ҳосил бўлган тешиқдап сарғиш қуюқ суюқлик оқа бошлайди. Гумма яраларининг туби анчайин чуқур, тубини коплаб олган елимсимон суюқлик «гумма ўзаги» деб ном олган. Захм жараёнишнинг охирида яра ўрнини бириктирувчи тўқима коплайди. Ҳосил бўлган чандиқ каттиқ, марказга нисбатан тортқилган юлдузсимон шаклини олади.

Учламчи захмнинг терида кузатиладиган яна бир белгиси учламчи эритемадир. Бу белги Фурцёеннинг учламчи розеоласи ҳам деб аталади. Бундай розеолалар жуда кам учрайди. Диаметри 6—12 см гача етадиган ҳалка шаклидаги бу оч тусли алвоп дор қипикланмайди, ноҳуш сезгилар беморни безовта қилмайди. Доғлар кўпинча сон, думба, бел, биллак ва жинский аъзолар соҳасида кузатилади. Ўчламчи розеола кам учрасада, баъзан захмнинг учламчи давриги аниқлашда яққалогона белги бўлиб хизмат қилади.

Учламчи ривожланган захм ташхиси қуйидаги маълумотлар асосида қўйилади: а) захмга алоқадор касаллик тарихи; б) текшириладиган беморларда дўмбокчалар ёки гумма борлигининг аниқланиши; в) специфик серологик реакцияларнинг мусбат натижалари.

Учламчи яширин захм ташхисини қўйиш учун специфик серологик реакцияларнинг мусбат натижаларидаги ташқари, беморнинг учламчи захм белгиларини бошдап кечирганлиги тўғрисида ишончли маълумотлар бўлиши лозим.

Яширин захм (*syphilis latens*). Захм касаллиги белгисиз (симптомсиз) кечиши мумкин. Бунда захм касаллигининг белгилари тери ва шиллиқ қаватларда, шунингдек, ички аъзолар ва асаб системасида кўрипмайди. Яширин захм фақат серологик реакциялар ёрдамида аниқланади. Серологик реакциялар рангпар спирохеталарга нисбатан мусбат натижалар берган, аммо тери ва бошга аъзоларда захм белгилари бўлмаган беморларга яширин захм деб диагноз қўйилади.

Кейинги йилларда сорликни сақлаш вазирлигининг буйруғига биноан профилактик тиббий кўрикдан ўтаётган барча кишилар, аёллар маслаҳатхонасида кўрикдан ўтаётган ҳомиладор аёллар ва шифохоналарда даволанаётган беморларнинг қони захмга текшириляпти. Натижада серологик реакциялар рангпар спирохеталарга нисбатан мусбат натижалар бераётган шахслар топиляпти. Шу сабабли яширин захм беморларининг сони ошиб бораёпти. Яширин захмнинг кўпайишига яна қуйидагилар ҳам сабаб бўляпти:

- 1) жойларда қўйиладиган серологик реакциялар сифатининг яхшиланиши;
- 2) антибиотиклар ва спирохеталарни ўлдирадиган бошқа дориларнинг кенг қўламда қўлланилиши;
- 3) захм тўғрисида етарли маълумоти бўлмаган беморлар орасида ўз ўзини даволашга уринишнинг авж олиши (касалликни яшириш мақсадида); псмотасаддн тиббиёт ходмлари томонидан захмни сифатсиз даволаш ва шунга ўхшаш захм жараёни нинг яширин кечишига олиб келувчи бошқа омиллар.

Яширин захмнинг белгисиз ўтиш муддати бир неча ойдан бир йилгача

чўзилади. Шунингдек захм белгилари дастлаб гозага маълум муддатдан сўнг нўқолиши мумкин. Шу туфайли бирламчи ва иккиламчи яширип захм фаркланади. Бирламчи яширин захм деганда рангиар трепонемалар тушгандан сўнг захмпинг ҳеч қандай белгилари кўринмасдан, фақатгина серологик реакцияларнинг мусбат натижалари асосида диагноз кўйилган яшприп захми тушувиш лозим. Захм белгиларида баъзилари дастлаб юзага чиқиб, маълум муддат ичида йўқолиб кетгандан сўнг аниқлаиған яширип захм иккиламчи яширин захм деб аталади.

Касалликларнинг Халқаро классификациясига таснига биноан, яширин захм эрта ва кеч яширин захмга бўлинади. Шунингдек, аниқланмаган яширип захм (фаркланади).

Эрта яширин захм (*syphilis latens praecox*). Яширин захмнинг мазкур тури бирламчи серомусбат захмда то иккиламчи кайталанган захмгача бўлган даврга тўғри келади. Бу давр эрта ҳисобда касаллик юққапдан сўнг икки ишлагача бўлган муддатни ташкил этади. Эрта яширин захми аниқлашда қуйидаги маълумотлар асосида:

а) касаллик тарихи чуқур ўрганиш, жумладан, охириг бприкки йтти ичида жипсий аъзолар соҳасида ярачакалар пайдо бўлган бўлмаганлигини аниқлаш. Шунингдек, терида ҳар хил тошмалар пайдо бўлганлигини сўраб билити. «Грипп», қулок томоқ огриги» ва тунісі ўхшаш асл табиати аниқланмаган касалликларга қарши антибиотиклар қўлланилганлигини сўраб билиш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Теридаги бемор эслаган ярачакалар ва тошмалар, сочнинг тўкилиши, турлитумам ноаниқ касалликлар захм белгиларида бўлиши мумкин. Антибиотиклар эса бу белгиларнинг тез кунда йўқолиб кетишига олиб келади, яъни манифест захмнинг яширин захмга ўтишига сабаб бўлади. Бундай маълумотларни йиғиға яширин захм диагностикани енгилаштиради.

б) беморнинг жинсий шерипши текширувда ўтказиш. Кўпчилик ҳолларда эрта яширин захм таҳмип килпнаётган беморларнинг жипсий шериклари текширувдан ўтказилганда, уларда манифест (симптомли) захмнинг эрта белгилари аниқланиб келаяпти. Бу далил текширилаятган беморга эрта яширин захм деб диагноз қўйишга ёрдам беради.

в) захм белгиларининг қолдикларини аниқлаш. Маълумки, бирламчи захм белгилари йўқола бориши жараонида қаттиқ яра (*ulcus durum*) ўрнида қандид ёмш терининг қаттиқлашганини аниқлаш мумкин. Шунингдек қатталашган лимфа тугунларидан баъзилари қичрайиб улгурмаган бўлиши эҳтимол. Ана шу қандиқ ва лайпасланаётган лимфа тугунларни захмнинг қолдик белгилар деб таҳмип қилиш ва шу далилга асосланиб тегишли текширувлар ўтказиш диагностикани осонлаштиради;

г) реактилар микдориини аниқлаш. Маълумки, яширин захмнинг эрта даврида қондаги спирохеталар микдори юқорп бўлади. Бу ҳол анти (қарши) таначалар микдориғашг максимал даражага қўққшига олиб келади. Демак, беморлар қонидаги реактилар (тўқима антитапачалари) микдорини аниқлаш (улар микдорп 1:120, 1:160, 1:320 нп ташкил этади) яғирин захмнинг қайсп даврда қашшиғишт билишга ёрдам беради;

д) трепонемалар реакциясини аниқлаш. Маълумки, захм беморларни даволаш бошланган пайтда уларнинг ҳарорати қўтарилиб, суяк ва бўғимлар қачқайди. Баъзан безгак тутпб, қўнғил айнийди, қайт қилиши мумкин. Шунингдек, уларнинг терисида тошмалар (доғлар) пайдо бўлиғаи мумкин. Герксгеймер реакцияси деб аталувчи бу ҳолат яғирип захмпинг эрта давридан қололат беради. Агар трепонемалар реакцияси терида оз микдорда бўлсада тошмалар (доғлар) пайдо бўдишга олиб келса, бундай беморларга эрта яширин захм деб диагноз қўйилмаидк. Чунки бу ҳол умуман яширин захм ҳисобланмаиди. Терн ва шиллик қаватларда пайдо бўлган тошмалар манифест (симптомли) захмдан қарак беради. Аниқроғи, бу доғлар иккиламчи захм белгиларидир;

е) эрта яширин захмда ВР (Вассерман реакцияси) ва ИЁР — иммунологик ёғдуланиш реакцияси ўта мусбат (4 +) натижалар беради. Бироқ ТХҚР (трепонемалар

ҳаракатшга чеклаш реакцияси) барча беиор.арда 1пт;обпи натпжалар беравермайдн, яъни трепонсмалар ҳаракатини чоклат даражаси 40—70% гача бўлиши мумкин ёки маффи натпжалар берадп;

ё) яширип захм даврини даволаш жараёнида аяқлаш. Ягаирпи захмда копдаги реапшлар миддорп даволага курсишнг охиридаёк кескин пасайиб котади. Даволаш охирламасдапоқ бутунлай манфиз натижалар беради. Бу ҳолат захм жараёни ҳали ёш экаплпгқдан (бирламчи ёки пккпламчи давр), яъни эрта яширин захмзан дарак боради;

ж) эрта яптарип захмда орка мия суюклигинп (лиевор) текшириш мусбат натижалар бермайди. Бордию орка мия суюклигпда маълум бир ўзгаришлар апиқлапса, бу ўзгаришлар захмга каршп даволаш жараёнида киска муддат ичида йўқолади.

Юкорида санаб ўтилгап маълумотларни йиғиш ва аниқлаш эрта яширин захм жараёни қайси муддатда кечаётганлигини аниқлашга ёрдам беради. Бу эса тегишли даво чораларипи қўллашга ва аиик клиниксерологик олиб боришга срдм беради.

Кеч яшнрин захм (syphilis latens tarda). Кеч яширия захмлп беморлар кўпинча тасодифап аниқланади. БундаГг беморларпи топишда шпфоҳоналарда даволанаотган беморлар конини захмга текшириш тадбири срдм беради. Шунингдек, профпактпк тиббип кўриқдан ўтаётган шахсларпп г,а кон бсрувчи кгагаплар — донорлар конинн захмга текптприпт яширии кечастгап захмии апиқлашда жуда катта амалий аҳамиятга эга.

Кеч яширин захм диагнозини цўйиш учуц қуйидагп маълумотларни йиғиш зарур:

а) касаллик тарихининг ўзига хос хусусиятлари. Бундаи беморлар захмга қачон чалингапликларини билмайдилар. ҳатто касаллик муддатини тахмин кила олмасликларп мумкин. Шу сабабли бундай беморлар захмга дучор бўлмагапликларнни исботлашга ҳаракат киладилар. Дарҳащпк.ат, мазкур бсморларда захм белгилари кузатилмайдп. Камданкам ҳолларда бемор захм дардига 3—4 йил аввал мубтало бўлгашшиши, аммо бу тахмшшп фнкр эқйплттгини билдиради. Чунки ўгаа пайтларда тсрида кузатилган ярачақалар ёки доғлар ҳақиқатан ҳам захмга тегишли бўлганлигини исботлаш жуда мушиулдир;

б) кеч яширин захмда Вассерман реакцияспни кўйпш йўли билан аииклаиадиган реагиплар мицдорп (Боас бўйича) кам бўлади (1:5, 1:10, 1:20 гача тенг). Бу далил цопдаги спирохеталар микдорининг камлигидан далолат берадп. РГ1Ф ва РИТ ижоби)! патижалар берган барча беморларда уларнинг патижаси ўта мусбат бўлади;

в) тропонемалар реакциясп кузатилмайди. Бу ҳол зқондаги трепонемалар микдорпнинг жуда камлигидан, яъни хақиқатан ҳам кеч яширпп захм жараёнидап гувоҳлик беради;

г) орка мпя суюр^лигида маълум ўзгарпшлар кузатнлади, жудгладап кеч захм менипгити белгплари намоёп бўлади. Мазкур биологик суюклик билан кўйиладиган Вассорман ва Лаиғ реакцияларп кўп ҳолларда мусбат наткжалар боради.

Кеч япптрип захм диагноспни кўйиш мураккаб ва масъулпятли вазифадиp. ТҲЧР ва мусбат натижаларни олмасдан туриб бундай диапшзии кўйит хато ҳисобланади. Кеч яширин захм тахмин килингап беморлар терапевт, невропатолог, окулист, оториноларинголог, рснттеполог ва бошка ихтисосликдаги врачларнинг текширувидан албатта ўтишлари лозим. Мазкур мутахассислар томонидан захмга алоқадор у ёки бу ўзгаришлар борлигининг аниқлаиши яширин захм диагнозининг ўзгаришига олиб келади. Бундай беморларга аниқланган захм белгиларининг турига караб (асаб захми ёки ичкк аъзолар захми) манифест захм диагнози кўйилади.

Кеч япшрин захм диагнозя даволаш жараёнида тасдиқланиши лозим. Гап шундаки, классик серологик реакциялар даволаш курсларининг охиридагина манфий латижалар беради. Баъзан даволаш курсининг тугаганига карамасдан КСР мусбатлигича қолиши мумки. Кеч яширип захм деб диагноз кўиндган беморларнинг жинсий шорикларнда ҳам одатда захмшшг коч яишрин тури аниқланади. Жинсин шерикларнинг маълум кисмида эса захмнинг бедгилари умуман толшшайди. Бундай шахслар соглом ҳисобланиб,

огохлайтирувчи даво чоралари ўтказилмайди.

Шуни таъкидлаш лозимки, кеч яширин захмга қарши даво чораларини ўтказиши аниқланган серомусбат реакцияларни манфийлаштиришга қаратилган эмасдир. Бундай беморларни даволаш ички аъзолар захми ва асаб системаси захми ривожланишини олдини олиши ўз олдига мақсад қилиб қўяди.

Аниқланмаган яширин захм (syphilis ignorata). Агар иа врач, на бемор захм касаллигишга кимдан, қачон, қандайдан шароитда юққанлиги билмас, яъни аниқлай олмас, бундай ҳолларда аниқланмаган яширин захм диагнози қўйилади. Бундай диагноз илгари захмнинг тури аниқланмасдан туриб даволаш бошлаган беморларга ҳам қўйилади. Чунки сифатсиз даво натижасида захм белгилари юқолади. Бироқ организмда спирохеталар қолганлиги тусъайли серологик реакциялар мусбат натижалар беради. Бундай ҳолларда спирохеталар қачон, кимдан ва қандайдан шароитда юққанлигини аниқлаш имкони бўлмайди. Шу сабабли аниқланмаган яширин захм қилиб қўринмас захм ҳам деб аталади.

Аниқланмаган яширин захм диагнози жуда масъулиятли диагноздир. Бундай диагнозн қўйишда аввал серологик реакциялар сохта мусбат натижалар бериши мумкинлигини ҳар доим ёдда тутиш лозим. КСР, жуқладил, Вассерман реакцияси натижаларини захмга алоқадор; ёки алоқадор эмаслигини аниқлаш мақсадида ТХЧР (трепонемалар ҳаракатини теклаш реакцияси) қўлланилади. Агар текширилаётган шахсда КСР билан бир қаторда ТХЧР ва ИЁР мусбат натижалар берса, мазкур реакциялар натижаларини захмга алоқадор деб ҳисоблаш лозим, яъни бундай шахсларга яширин захм диагнози қўйилади. Серологик реакциялар ичида ТХЧР энг специфик реакция ҳисобланиши бежиз эмас.

Қонини йилларда венология ва серология фақларини ривожланиши, жумладан, яширин захмнинг эрта ва кеч турларга бўлиниши аниқланмаган яширил захм беморлар соғлиғини кескин камайиб қолгани олиб қўлади.

ЗАХМДА ҚўЛЛАНИЛАДИГАН СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР

Захм жараёнини аниқлаш мақсадида бир қанча серологик реакциялар қўйилади. Яширин кечаётган ёки кеч ривожланган захм диагностикасида текширилаётган шахслар қон зардобини серологик қўриқдан ўтказишда бу реакциялар муҳим амалий аҳамият касб этади. Рангпар трепонемалар мураккаб антиген тузилишга эга эканлиги туфайли, беморлар қонида бир неча хил антитаналар ҳосил бўлади. Аим шу антитаналар захмнинг турли даврларида турлича намоён бўлади. Бу ҳол амалий венерологияда бир вақтнинг ўзида бир неча хил серологик реакциялар қўйишни тақозо этади.

Серологик реакцияларнинг қуйидаги турлари тафовъ қилинади:

1) Вассерман реакцияси — мазкур реакция комплекмент боғлаб олиш реакциясига асосланган. Вунда антилипидли қарши таначалар (реактинлар деб аталади) аниқланади. Замонавий иммунология, жумладан, серология фанининг тушунтиришича, Вассерман реакциясида рангпар трепонемаларнинг ўзига қарши пайдо бўладиган антитаналар эмас, балки захмга дучор бўлган макроорганизмнинг липидларига қарши ҳосил бўлган антитаналар аниқланадиган экан, яъни липидлар гаптен (ярим антиген-антиген) ролни бажаради. Бундай ҳолатда шуки, Вассерман реакцияси старли даражада сезувчан эмас. Шунинг учун, ВР бирламчи захмнинг дастлабки қуиларда маънавий натижа беради. Шунингдек, уяамчи ривожланган захм, асаб системасининг захми ва қўч тугма захмда ҳам лафвий натижалар беркши мумкин. ВРнинг яна бмр қанчилиги — ушшг кам спецификдигидир. Захмга қалинмаган шахсларда ҳам ВР сохта вдулбат (носпецифик) натижалар беркши мумкин. Маоалан, мохов ва безгак касаллигида. хавфли ўсмаларда ва бмр қатор бошқа касалликларда ҳам, шунингдек қомилдор аёлларда, гисхандтарда, епиртли ичимликлар истеъмол қилингандан сўйиг ва бошқа ҳолатларда ҳам ВРнинг сохтамусбат натижалари қузилади. ВРнинг сохтамусбат жавоб берган ҳолларида реактивлар микдори кам (1:5,

1:20) бўлиб, уларшиг жавоби мусбат (3+), кам мусбат (2+) бўлади ва иккиланувчи (+) жавоб берадн.

Ҳаюгаий захм жараёни кузатилган беморларда ВР ўта муебат (4+) жавоб беради. Оммавий серологик текширувлар найтида 0,1—0,15% ҳолларда ВР посспецифш» мусбат натижалар беради. ВРнинг камчиликларини тузатиш мақсадида, айниқса унинг сезувчанлигини ошириш учун мазкур реакция совуқ мухитда (Колмер реакцияси деб аталади) қўйилади. Шунингдек ВР билан бир пайтда чўкма реакцпалари (Кан ва Закс—Витебский реакциялари) қўйалапилади. Чўкма реакцияларипинг иммунологик мохияти ВР дан фарқ қилмайдн. Кан ва Закс—Витебский реакцияларши қўйганда антигенларшиг куюк эритмаларн тайёрланади. Шу сабабли антигенлар ва реактивларнинг ўзаро реакцияга кириптиши оқибатида кўзга кўринадиган даражада чўкма ҳосил бўлади. Чўкма галарнинг ҳосил бўлиш даражасига бироан уларниг жавобн 4+, 3+, 2+, 1+ билан ифода этилади (худди Вассерман реакциясидек).

Юқорида санаб ўтилган серологик реакциялар биргаликда классик серологик реакциялар (КСР) дейилади. Вассерман, Кан ва Закс—Витебский реакцияларнинг бир вақтда қўйилиши сохта—мусбат натижалар серологик реакцияларнинг оқибатида йўл қўйиладиган диагностик хатоларнинг камайишига олиб келади;

2) трепонемалар ҳаракатини чйклаш реакцияси (TR1 — *Treponema pallidum* immunobilization) ёки РИТ. Мазкур реакция текшириладиган кон зардобидаги трепонемалар ҳаракатини тўхтатишга асосланган, яъни трепонемаларга қарши ҳосил бўлган махсус антитаналар (иммобилизинлар дейилади) анаэроб шароитда комплементлар ёрпамида захм қўзғатувчилари ҳаракатини чеклар экан. Иммобилизинлар таъсирида ҳаракатланиш хусусиятини йўқотган трепонемалар микроскоп остида саналиб, уларниш' нисбий сони фоизларда ифода этилади. Агар иммобилизация даражаси 51 дан 100% гача бўлса, реакция мусбат ҳисобланади, 31 дан 50% гача — кам мусбат, 21 дан 30% гача — тахминий мусбат, 0 дан 20% гача — манфий ҳисобланади. Трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакциясининг ижобий жавоби бошқа серологик реакцияларниш даавобларидан кечроқ кузатилади. Шу сабабли ТХЧР захмнинг юқумли турларига диагноз қўишда дўлланилмайди. Бироқ шуни таъкидлаш лозимки, оахминг иккиламча даврида 85—100% ҳолларда ТХЧРшиг пжобий натижалар кузатилади. Иккиламчи янги захмда — 85%, дайталанган захмда — 100%. Айниқса, учламчи захм, ич!;и аъзолар захми ва тукма захмда ТХЧР 98—100% ҳолларда мусбат натижалар берадн. Бу ҳол КСР манфий натижалар берган беморларда ТХЧРнинг тшмматии янада ошлради. Захм диагностикасида қўлланиладиган серологик реакциялар ичида гокори специфик реакция ТХЧР ҳисобланади. Аммо бу реакция ҳам носпецифик мусбат жавоблар бериши мумкин. Кўпинча хекшириладиган кон зардобда трепонемалар дори моддалари (пенициллин, тетрациклин, эритромицин) бўлганда носпецифик иммобилизация ҳолати кузатилиши мумкин. Бундай муреккаб ҳолларда кон зардобидаги IgMга маъсуб антитаналарни аниқлаш, касалликнинг анпк табиатини аниқлашга ёрдам боради. IgM — FT A — ABC деб нсшланган ана шу текшкрив усули (тест) текшириладиган организмда захм борйўклигини ишончли даражада аниқлаб беради,

3) иммунологик ёғдуланиш реакцияси (FTA — test Fluorescent treponemal antibody) ёки РИФ. Бу реакция текшириладиган конда ёғдуланиш хусусиятига эга бўлган аятитрепонемал картп талачаларни аниқлашга асосланган. Бундай антитаналар люмпнесцент микроскоп ёрдамида аниқланади. Агар зардоб таркибда аятитрепонемал антитаналар бор бўлса, трепонемалар ёғдулланади, ана шу ёғдуланган спирохеталарнинг микдорига нисбатан реакциянинг жавоби 1+ дан 4+ гача ифодалападн.

Стандарт серологик реакциялар (Вассерман ва чўкма реакциялари) куйидаги мақсадларда қўлланилади: захм деб қўйилган клиник диагнозни тасдиқлаш учун; захмга қарши Даво чоралари натижаларини аниқлаш ва пилорат этиш учун; захмдан тузалганлик мезонини аниқлаш учун.

Специфик трепонемал серологик реакциялар (TPS ва FTA ва бошқалар) эса КСР

жазобнннг спецификлигини аяиклаш мақсадида ва захмнинг кеч давларлар дпапхтикасида кузатилиши мумкин бўлгац мураккао ҳоллар ечимини ечишда кўллаиилади, Айшшса захмнинг яишрцл давлари диатностикаси, жумладан анпкланмагая яютзри.н аахмда ҳал қилувчи аҳамиятга эгадпр.

Оммавий профилактик тпббий текишривлар ўтгазплаётгаида серологик реакцияларнинг тез (экспресс) усули Жуда кўл келади. Мазкур усулда реакция жавоби киска вақт ичида олинсада спецификлик даражасп стандарт серологик реакциялар билан текширшшши лозим. Экспресс усулнинг мусбат жавоби КСРшшг мусбат :к?вобж билан тасднқлангандан кейингина захмга алоқадор деб ҳисобланади.

3. Машгулотнинг мақсади.

Талабалар учламчи захмшшг рнвожланишида ҳал қнлувчи роль ўйнаидигац омиллар тўғрисида маълумотга эга бўлишлари, касалликнинг барча клиник белгиларини билишлари лозим. Яширин захмли беморларнинг кўпайиш сабаблари ва ягаирин захм классификацияси (таснкфи)нн айтиб беришлари лозим. Шуниягдда, эрта ва кеч яширин захмларни бирбиридан фарқлашда керак бўладиган маълумотларни сўзлаб беришлари, яширин аниқланмаган захмнинг моҳиятини тушунишлари лозим. Талабалар цуйидагиларни ўзлаштириб олишлари лозим:

- а) классик серологик реакцияларни захмнинг эрта давлари диагностикасида кўллай билишлари;
- б) сохта мусбат реакцияларни специфик мусбат реакциялардан ажрата олишлари;
- в) специфик серологик реакцияларни захмнинг кзч давлари диагностикасида кўллай билишлари лозим.

4. Уйга вазифа:

- 1) учламчи ривожланган захм белгиларшш санаб бсринг;
- 2) эрта ва кеч яширин захм диагностикасида аскогадиган клиниклаборатория маълумотларипи сўзлаб беринг;
- 3) аниқланмаган яширин захм деганда нимани тушунаси?
- 4) орттирилган захминг кечишида серологик речкцияларнинг тутган ўрнини сўзлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

М. В. Милич. Эволюция сифилиса. М. 1987. 47—62бетлар. Венерические болезни. О. К. Шапошников таҳрири остида. М. 1991. 122—130бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида дашлаш режаси.

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Архивдан олинган учламчи захм беморларининг касаллик тарихи билан танишиш.	а) архив маълумотлари асосида қисқача саллик тарихини ёзиш; б) серологик динамикасини кўчириш;	а) учламчи ахмга учраган беморларнинг касаллик тарихини ўрганиш;
2. Яширин захм билан огриган беморлар билан ишлаш.	в) беморлардан анамнез йиғиш; г) беморларни гинчковчик билан объектив текширувдан ўтказинг;	б) яширин захм диагностикасининг ўзлаштириш;

3. Тиббий хужжат маълумотларини билан муҳокама қилиш.	д) касаллик маълумотлари асосида қўйилган ташхисларни тўғрилотувишини ўрганиш.	тарихи кўйишни ўрганиш.	в) беморларга ташхис
---	---	----------------------------	-------------------------

4-МАШҲУЛОТ

1. Машрулот мавзуси. Тугма захм (қисқача тугаунча,, классификацияси (таснифи), клиник белгилари, диагностикаси, олдин олиш).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

ТУГМА ЗАХМ

Захмга дучор бўлган аёллардан тугилган болаларда кузагагилади. Бунда рангпар трепонемалар ҳомила йўлдоши (плацентар кон айланиш нўли билан) орқали гўдак организмга ўтади. Тугма захмга чалинган болаларнинг оналари сиичковлик билан текширилса, уларда захм касаллигининг аниқланиши мукаммал. Онаси захмга чалинмаган кишиларда тугма захм ривожланмайди.

Болаларда кузатиладиган тугма захм белгиларининг ривожланиш даражаси она қачон касаллик юктанганлигига боғлиқ. Онада кечаётган захм жараёнининг дастлабки 3 йили ҳомила учуи жуда хавфлидир. Бирок касаллик юккандан 5—10 йил кейин тугилган болаларда ҳам тугма захм белгилари кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда касалликдан 10 ва ундап кўпроқ йил ўтгандан сўнг ҳомиладор бўлган аёллардан тугилган болаларда туша захм белгилари кузатилмайди. Бундай болаларда бир неча йиллардан сўнг (болалик ва ўсмирлик даври. ступник сши) касаллик белгилари намоён бўлиши мумкин.

Тугаа захмнинг кечиши бемор аёлнинг захмнинг қайси даврида ҳомиладор бўлганлигига боғлиқ. одхмнинг бирламчи ва иккиламчи давларини ўтказган ҳомиладор аёлларнинг аксариятидап тугилган болаларда тугма :»ахм белгилари кузатилади. Айниқса, иккиламчи янги захмга дучор бўлган ҳомиладор аёллардан тугилган болаларнинг барчаеида тугма захм белгилари намоён бўлади. Захмнинг учламчи даврида ҳомиладор бўлган аёллардан тугилган болаларда туша захм белгилари кузатилмаслиги мумкин. Чуики, оқиш спирохеталар сонининг кескин камайиб кетиши, она организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилияти кучайиши ҳомиланинг захм инфекцияси ҳужумидан саклаб қолиши мумкин, ёки бундай болаларда кеч тугаа захм ривожланади.

Тугма захмга чалинган ҳомиладор аёллардан бемор бола туғилиши мумкин. Аммо бундай воқеалар жуда кам учрайди.

Захм билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик турлича натижалар: бола ташлаш, муддатидан олди касал бола туғиш, ой куни тўлган касал бола туғиш ёки соғлом бола туғиши билан тугаши мумкин. Даволанмаган ҳомиладор аёлларнинг соғлом бола туғиш камдаякам учоайдиган воқеа ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида ва унча яхши даволаниб юрган аёллардан соғлом болалар туғилади. Шу сабабли ҳомиладорлиқнинг орта муддатларида захмни аниқлаш ва даволаш тугма захмнинг олдини олиди.

Касалликларнинг 1975 йилда қайта кўриб чыкилган халқаро таснифига биноап тугма захмнинг куйидаги клиник турлари фаркланади:

1. Эрта тугма захм (гўдаклик даврининг 2 ёшигача кузатиладиган барча кўринишларини ўз ичига олади);

- белгилари намоён бўлган эрта тугма захм;
- белгисиз кечадиган эрта тугма захм.

2. Кеч тугма захм (2 ёшдан сўнг кузатиладиган тугма захмнинг барча кўринишлари):

- а) белгили кеч тугма захм;
- б) яширин кеч тугма захм.

ЭРТА ТУГМА ЗАХМ (SYPHILIS CONGENITA PRAECOX)

Белгилари асосан гўдак ҳаётининг дастлабки икки ойи давомида намоён бўлади. Тугма захмнинг аник белгилари билан тугилган гўдаклар кўп яшамайди. Улар хдёлларининг бирипчи соатлари ёки кунларидаёқ нобуд бўладилар. Бундай гўдакларнинг жуссаси жуда кпчик, териси куруқ ва бужмайган, тери ости ёғ қавати йўмайди. Беморларнинг қўл ва оёқлари жуда озган, бучмалар билан қопланган, юзлари заъфарон, карп тагагани .)слатади. Бош суяги танасига писбатан авча катча, irsri» остидан кенгайган кўк томирлар (вена) бўртиб чиқиб туради. Мия бўшлиқларида суюқлик тўплаганлиги (истиско) туфайли бош суяги ўз шаклини ўзгартиради. Ички аъзоларда юз берадиган ўзтаришлар Se>;ор гўдаюшнг нобуд бўлишшш тезлаштиради. Яшашта лаёқатли beviop болаларнинг тери ва шиллик қаватларида қуйидаги ўзгаришлар юзага келади: захм чилла яраси (пуфаклари), каттиқлашган тарқалган мадда (пнфилтрат), захм тумови (ринит), папулалар, розсолалар, сочининг тўқялиши ва ҳ. к. Захм пуфакчалари (pemphigus syphiliticus) гўдак ҳаётининг дастлабки кунлари ва ҳафтасидаёқ пайдо бўлади ва шаклланади. Пуфаклар катталиги нўхат, олча, баъзан гилосдек бўлиб, улар тўқ кизил суюқлиги; oiaí шфинг билан тўлган. Пуфаклар тшшқ сероа суюқлик ёки йиринг билан тўлган, баъзан қон аралаш бўлади. Пуфаклар куриб қаткалоқ ҳосил қилади ёки пуфакча пардаси йиртилиб яллиглантил с.уюқлиги чикади. Ма;vур пуфакчаларнинг қўл ёки оёқ 1:афтларида жо!ь лаплаилиги диапюстик белги бўлиб ХКСТВИНТ қилади. Пуф:н; суюқлиги таркибида кўп микдорпа окшп спирохетлар топилади. Захм пуфакларини стафилококкаар пайдо !;пладиган пуфакли (такумли) ярадан фарт\лаш лозим. Захм пуфаклари остидан каттик мадда наипасланади, пуфак қобиғи мустаҳкам бўлиб озоиликча ёрилмайди. Пуфаклар бирбири билан қўшилиб кетмайди. Баъзан пуфаклар пайдо бўлгунга. к.адар яллигланган доғлар ва тугуачалар курикишидаги тошмалар ҳосил бўлади. Юкумли (пуфакли) яра тошмалари эса баданнинг иўп соҳаларига (орка, курак, кўлоёқлар, юз) тарқалади, пуфак пардаси юпца бўлади, осонгина орплади. Пуфаклар тезда бирбири билан қўшилиб кетади, атрофида яллиглапган ҳошия тсузатпмайди. Пуфак суюқлигида стафилококклар кўп бўлади.

1ънттжкланган тарқалган мадда (Гохзингер, 1898) — infiltratio induratus бола ҳаётининг 8—10 ҳафталарида г.айдо бўлади. Қўл ва оёқ қафтида ҳосил бўлган таркор яллитгланган доғлар (оритема) астасекин каттиклаш; боради. Бундай каттиклашган ўчоқлар юзда, огкз атро фидд, энса соҳасида ҳам вужудга келади. Зарарланган соҳалардаги маддалаш кўпайиб, терини таранглаштиради, тўқ кизил ёки кўкимтир қизил тусга кириб усш ллтирай бошлайди. Аиникса, юздаги лаб қалинлашади, шишади, катталашиб, тараяглашади. Шяшнинг каттрклашидш ^оланинг эмишини қийинлаштиради. Натижада гўдакларнинг кўп йиглаши оқибатида шуъласимон ёриклар ҳосил •бўлади. Ниҳоят, яллигланиш жараёни тугаб, бу туъластюп ёриклар иурсимон чандиқланиш билан тугайди (Робинсон—Фурнье белгиси). Бу белги узок киллардан .кеин хам тугма захм ташхиси кўйишга ёрдам боради.

Гохзингернинг каттиқлашган маддалари кузатиладиган даврда, бола ҳаётининг 4—8 ҳафталарида тугунчали <папула) тошмалар ҳам пайдо бўлади. Тугунчалар қўл ва оёқларда, думба, юз, катта бурмалар (чов, сон) соҳасида кўп учрайди. Баъзан тугунчалар кеч (3 ойдан кейин) пайдо бўлшп мумкин. Бурмалар соҳасда жойлашган тугунчалар ишқаланиш оқибатида накланади, ярага айланади. Кўпинча йирингли кокклар тушнб, йиришта (пустулаларга) айланади. Сўнгра улар куриб қалоқ ҳосил

килади.

Розеолалар эрта тугма захмда жуда кам кузатжлади. Улар чегараланган пуштижигар рангда бўлиб, иигментли „погларни эслатади. Розеолалар кўпинча юз, така ва оёқ кафтида кузатилиб, кам миқдорда бўладн.

Кўпчилик касал болаларда сочнииг тўкилишн кузатилади. Аиница, қаттиклашган мадда бошнгинг сочли к.псмида, к.ош ва киприклар соҳасида жойлашганда соч кўгфгк тўкилади. Сочлар тарқоқ холда хар ерх&р ердан •('ки ўчоқсимон тўкилиши мумкин.

Захм тумови (rhinitis syphilitica) касал бола хаётининг бириичи ойида, баъзан тугрукхоиадагилик пайтидаёқ намоён бўлади. Ринит бурун бўшлиги шиллиг; каватпптшг ялпи яллнғланишидир. Тумов 3 босқичда кечади:

1. Қуруқ боскич — шиллик каватнинг цалиилангашн (гипертрофия);
2. Катарал босқич — йирингли ва кри аралаш суюқ йиринг ажралиши;
3. Яралар пайдо бўлиш босқичи — шиллик каватда :фозия ва яраларнинг хосил бўлиши, кои аралашган бадбўй йириг чиқиши.

Бу жараёи бвмор бояаларни огиз орқали нафас олишга мажбур қилади. Эмаётган пайтда бола тезтео тўхтаб, нафас олиб яна эмишда давом этади. Бурун бўшлигидан ажралиб чиқаётган яллигланиш суюқлигида кўп миқдорда рангпар трепоисмалар топилиши диагностикани осонлашгиради. Тумовнинг узок муддат давом этшпи буруц суяктогай қисмининг емирилишига, натижада буруннинг чўкишига (эгарсимон бурун) олиб келади. Рннит баъ:и беморларда томоқнинг зарарланишига сабаб бўладп. Буидай холларда товуш бўгилиб, беморлар хирилла5 ирладилар, баъзан товуш бутуилай чиқмай қолади.

Лилта захмнинг диккатга сазовор яна бир белгиси ост«ох(/ндритдир (osteoclonodritis syphilitica). Оотеохондрпт суякларда кузатиладиган захм белгиларидан энг кўа учрайдигаштдир. Ҳомиладорликнинг бешиичи оиларидаёқ узун найспмон суякларнинг эпифизи ва диафизи орасида жойлашган тогаи тўқимасининг кон билан таъкинлапиши кучаяди. Бу ҳол мазкур соҳада рангпар сиирохеталарнинг хаддан ташқари кўпайишига ва ииц илиб қолишша имкоиният яратади. Шаклланган специфик яллигл.чпиш тогай тўдимасииинг суяк тўқимасига ўтишнга, кальций тузлариинг тўялаишига халал беради. 1!атижада метафиз соҳасида суякларнинг қотиши секинлашадп, баъзап бугунлай тўхтаиди (остеомалаяция).

Остеохондрит аслида рллигланиш эмас, балки кальду;й ҲССЕИ бўлишишшг, яъии суякланиш жараёнининг бузидишиднр. Остеохондрит цовурга, курак, чаноц ва бош суякларда ҳам кузатилад".. Бунда елка ва болдир суяиларини рентгенологик текширувдан ўтказиш кифия. Остеохондрнт рентгенологик белгидир, унинг 3 босқачи (Iarj\лаиадп. Остеохондритпииг 3боскичида тўдималартшнг смирплишк окибатида эт олувчи (грануляцион) тўкима хосу.тп бўльди. Бу тўкима тогаи каватининг остида, диафи.ч якинида жойлашдбл турли таъсиротлар остида ииуртилипш мумкин. Натижада суякнинг эпифиз қисми ;i,уафиз кмсмидан ажралиб кетади. Маиа шу тарика суякларпииг мвтафизар (ёпик) синиши содир бўлади. Бу ҳол сохта фалажлик ҳолатини келтириб чиқаради, яъип суякнинг синиши натижасида пайдо бўлган кучли огрик ўша қўл ёки оёқда ҳаракатни бутунлай тўхтатиб қўяди. Ўша соҳани кимирлатиш беморнинг огрик зўрлигидан яишшриб иш?лашига сабаб бўлади. Буидай беморларда чери ва м>такларнинг сезувчанлиги ва ўтказувчаялиги саклапган бўлади. Мазкур белгиларнинг барчаси фалажликlinitr сохта эканлигини аииклашда ёрдам боради. Бу ҳол J.larpo>1инг сохта фалажи деб аталади.

Ўрта тугма захмда периостит ва остеопериостит кўп кузатнлади, остсоскдероз ва остеонароз оса камдани кам учрайди.

Ички аъзолардан жигар ва талокнинг катталашганлиги эрта тугма захмда кўп учрайдпган белгплардан хисоблаяди. Шунингдек буйракнинг зарарланиши, моякнинг катталашганлиги, периферик лимфа тугунларининг пайпасланиши кузатилиши мумкин.

Эрта тугма захм ташхиси қуйидаги маълумотлап асоснда кўйилади: J. Тугма захм

тахмин килинаётган болаларнинг отаоналарида захм белгиларининг кузатилиши ёқп уларнинг захмга карши даволашганлиги аниқлаш. Тери, шиллик каватлар, суяклар ва ички аъзоларда эрта тугма захмга алоқадор белгиларнинг кузатилиши.

3. Зарарланган тўқима ва аъзоларда оқш стшрохеталарнинг топилиши.

4. Стандарт (ВР, КР, ЗВР) ва специфик (ИЁР, ТХЧР) серологик реакцияларининг мусбат натижалар бериши. Захмга дучор бўлган аёллардан турилган болаларда сорологик реакцияларнинг мусбат натижалар оеришда карамасдан захм клипик белгиларининг топилмаслиги япппп тугма захм диагнознни қўйишга асос бўла олади.

КЕЧ ТУГМА ЗАХМ. (SYPHILIS CONGENITA TARDA)

Белгилари қўшимча 7—15 ёшдаги болалар ва ўсмирларда, баъзан мактаб ёшигача бўлган болаларда, ҳатто катта ёшдаги (20—30 ва 50 ёшдаги) кишиларда ҳам кузатиладп. Касаллик белгилари орттирилган захмнинг даврини эслатади. Беморларнинг териси ва шиллик. каватларида дўмбоқчалар ва гуммалар ҳосил бўлади. Суякларда гуммали периостит, остеопериостит ва остео.мислит кузатилади. Шунингдек, ншгар ва талоқнинг катталашши, эндокардит ва аорта апевризмаси, бош миянинг зарарлаиши (менингит, менингоэнцефалит, менингомиелит), ҳатто *орқа* мия сухтаси ва ривожланган фалажлик кузатилиши мумкин. Бирок, кеч тугма захмга ҳос шундай белгилар борки, улар орттирилган (учламчи) захмда бўлмайди. Кеч тугма захмга ҳос ишончли белгилар Гетчинсон учлигида (триадасида) ўз ифодасини тсшган, бу белгилар захминг тугма эканлиги исботлайди:

1. Кўз мугуз каватининг зарарланиши (паренхиматоз кератит). Кўз мугуз (тоҳ) кавати хиралашади, ёш оқади, беморлар ёруғликка қарай олмайди. Кўзнинг қўриш қобиляти астасекин пасайиб бемор йеур бўлиб қолади. Дастлаб бир кўз, 6 — 10 ой ўтгач иккинчи кўз ҳам касалланади. Кўзнинг бошқа қаватлари ҳам зарарланади: конъюнктивит, прпт, хориоретинит, қўриш иервининг атрофияси. Паренхиматоз кератитга дучор бўлган беморларда кўзнинг қўриш қобиляти тикланмайди.

2. Гетчинсон тишлари — бунда юқориги ўрта кесувчи тишлар гипоплазияга учрайди. Тишларнинг эркин кесувчи қирраси яримойсимон шаклни олиб, ўрокни эслатади. Тишларнинг танаси кенгайган ва қалинлашган, милкка кириб турган к.исми ингичка, шу сабабли сандонсимон ёки хумсимон шаклни олади.

3. Захм қарлиги (эшитув чиганогининг зарарланиши, лабиринтит). Бунда кулоқ шангиллайди, бош айланади, эшитув қобиляти пасайиб, қар бўлиб қолишга олиб келишимумкин. Қарлик ичкп кулоқда (лабиринг) шакланган яллигланиш жараёни (лабиринтит) ва геморрагик оқибатида, шунингдек эшитув первининг дистрофияси натижасида келиб чиқади. Одатда қарлик тўсатдан бошланади. Айниқса, 4 ёшгача бўлган болаларда ривожланган қарлик нутқни бузади ва гунгликка олиб келади.

Паренхиматоз кератит ва захм лабиринтитида специфик даво чоралари наф бермади, зарарланган тўқималарда рангпар спирохеталар ҳам топилмайди. Қу ҳол мазкур дардларни аллергия табиатга эга, деб тахмин қилишга сабаб бўлаяпти. Ҳозирги пайтда захмда кўз ва қулоқнинг зарарланиш махсус аллергия реакция оқибатидир, деб тушунтирувчи олимлар сони ошиб бораёпти. Паренхиматоз кератитда глюкокортикоидларнинг наф беркни бу фикрни тасдиқламакда.

Юқорида саналган кеч тугма захмнинг учта ишончли белгилари бир вақтнинг ўзида учрамайди. Қўшимча ГетЧЕП1СОН учлигининг бптта белгиси, баъзан иккитасп кузатилади.

Кеч тугма захм тахисини қўйишда қуйидаги беқарср (шарт бўлмаган) белгилар ҳам ёрдам беради: қиличсимон болдир, қиличсимон билак, Робинсон-Фурнье белгиси, думбасимон бош, эгарсимон бурун, хумсимоп тишлар.

Бирок бу белгилар кеч тугма захм диагнозини тасдиқлай олмасда, балки тахмин

қилишга асос бўладп. Бекаг;ср белгилардан қдличсимон болдирни эрта захмда кузатпадиган остеохондрит оқибатидир, доган фикрлар бор. Шушшгдек, Робинсон—Фурнье чандиклари каттиқлашган мадда натижасида ҳосил бўлпшинп эслатиб ўтмоқчимиз. Мана шу сабабларга кўра баъзи муаллифлар қиличмшон болдпр ва РобинсонФурнье чандикларини тугма захмнинг ишопчили белгилари қаторқга киритмоқдалар.

Кеч тугма захмга хос бўлган асосий клиник белгиларни беқарор белгилар билан таққослашда куйидаги дистрофик белгиларнинг борйўқлигини аниқлаш диагностикани енгиллаштиради: Австидийский белгиси. «олимпн» пешонаси, қалта жимжилоқ, каттик танглайинг баланд жойлашиши, ҳайжарсимон ўсимтанинг йўқлигп, Карабелли дўмбоқчаларп, ғилайлик ва бошқа белгилар.

Кеч тугма захм диагностикасида специфик серологик реакциялариинг жавоби муҳим роль ўйнайди. Аиникса •anamnestик маълумотлар олиш кнйип бўлган ҳолларда (беморларнинг отаонаспни текширувдаи ўтказиш имқоиияти бўлмаганда) ТХЧР ва ИЁРнинг жавоби ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Кеч тугма захмда КСР 70—92% ҳолларда ва специфик реакциялар деярли барча ҳолларда мусбат натижалар беради. Кеч тугма захм диагнозшш т^ўйиш жуда масъулиятли вазйфадир. Чунки захмнинг бу турида оқиш снирохеталарни топиш имқони даярли бўлмайди. Ишончили белгилар қаторига қирувчи Гетчинсон учлиги ўз табиати жихатидан ҳамма ҳолларда захмга алоқадор бўлавермайди. Ана шу туфайли треионемалар ҳаракатини чеклаш ва иммунологик ёғдуланиш реакцияларининг мусбат патижалари тугаа захм диагностикасини енгиллаштиради.

Тугма захмга қарши кураш умуман захм касаллигига қарши кураш билан чамбарчас боглиқдир. Аёллар ора'Сипа захмнинг ўз вақтида аниқланиши ва даво қилшгаши тутма захминг олдини олишнинг энг асосий йулпдир. Даволаш муассасаларига, аёллар маслаҳатхоналарига муро/қаат этадиган ва умумий кўриқдан ўтаётган аёлларда захмпинг яширин ва аниқланмаган турларини аниқлатп ҳам муҳнм профилактик аҳамият касб этади. Шушшгдек аҳолининг захм юктириш хавфи юқори бўлган табақаларқни (официаптлар, ҳайдовчилар, меҳмонхона х.идпмлард) муптазам клиниксерологик текширувдан ўтказиш захмга учраган беморларнинг фаол равишда аниқланишига имқоният яратади. Болалар муассасалари (ясли, бог^лча ва гўдақлар уйлари) ва озиковқат маҳсулотларини тайорлаш, пишириш, сотиш билан боглик ва а.моқадор ходимларни (ошпаллар, озидовқат дўқоидаряшшг сотуьчилари, қ.андолатлик ншркатларининг ишчилари) илияик ва серологик текширувлардап ўтказиш ҳам захмга йўлиқцап беморларнинг ўз вақтида аниқлаишига олиб қслади.

Тугма захмнинг олдини олишда аёллар маслаҳатхоналарннинг аҳамршти бениҳоя катта. СОРЛИКНП сақлаш г.аоирлигининг буйругига биноан аёллар маслаҳатхонасига мурожаат этувчи барча ҳомиладор аёллар камида икки марта (ҳомиладирликнинг биринчи ва иккинчи ярмида) захмга текширилиши, жумладан, улардан Вассерман реакциясига қои олиниши лозим. Жинсий аъзоларннг сурункали яллиғланиш касалликларидан даволанабтган бемор аёллар ва ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш мақсадида врачга мурожаат этган аёлларнинг қои ҳам захмга текширилади. Булардан ташқари, захмга қарши даъолаиаетган ва захм ташҳиси билаи клипик ва серологнк кузатувда турган аёлларнинг барчаси ҳадидаги маълумотлар тегишли аёллар маслаҳатхоналарига берилиши керак. Бу тадбир улар ҳомиладор бўлган тақдирда тегишли текширувлар ўтказишга ва профилактик даво чораларни кўришга ёрдам беради. Захмга қалинган аёлларга ҳомиладорликни тўхтатиш имқопияти борилади. Бироқ бу муолажа ҳомиладор аёлда кузатилган захмнинг юқумли белгилари бартараф этилгандан сўнг амалга оширилади. Захм билан огриган аёлда ҳомиладорлик аню;лангач, ушбу аёлнинг тиббий ҳужжати яшаб турган жойи бўйича туғрудхонага юборилиши керак.

Агар аёллар маслаҳатхонасида захмга ТСГИШЛРГ текгаирувлар ўтказилган бўлмаса, бу турруқхоналарда ҳомиладорларни ўз вақтида (туғишдан аввал) клиник ва серологик текширувлардан синчковлик билан ўтказиш лозим. Захмга текширилаётган ; ҳомиладор

аёлларда Вассерман ва бошқа классик серологик реакцияларнинг згусбат жавоблари текширилаётган аёлда захм бор, деган хулоса чиқариш учун кифоя қилмайди. Бундай ҳолларда Вассерман реакциясига сохта мусбат жавоб олиш эҳтимоли борлягини ҳисобга олишимиз лозим. Бундан ташқари, ҳоиладор аёл тукқандан кейин 10—15 куп ичида ҳам j IP сохта мусбат жавоб бериши мумкинлигини ёдда са.цлаш лозим. Шу сабабли бундай аёллар тукканларидаи 11—3 ҳафта ўтгач такрорий серологик текширувлар ўтказилиши лозим. Мана шу даврлардан кейин ўтказилган серологик реакцияларнинг мусбат жавобигина упииг спецификлигини кўрсатади. Цолаверса, КСРяииг сноцификлик даражаси трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси ёрдамида аниқланиши лозим. Кўлланмага биноан ЕСРвинг мусбат жавоби билан бнрга ТХЧР ва ИЁРлартишнг мусбат натижалари асосида хомиладор аёлларга яширин захм ташҳиси в;ўйилади.

КСРлар кам мусбат жавоб берган ҳолларда ТХЧР ву ИЁРларининг мусбат натижалари текширилабтган аёлга яшприн захм ташҳиси қўйишга асос бўлаяи.

Захмга дучор бўлган аёллардан туғилган барча болалар ҳам синчковлик билан клиник ва серологик текширузлардан ўтказилиши керак. Тери ва шиллиқ каватларида ҳамда ички аъзоларида захм белгилари топилмаган, шувингдек рентгенологик текширувларда ўзгаришлар аниқланмаган болаларда серологик реакцияларшшг манфия жавоби тугилган гўдакнинг соғломлигидан гувоҳлик беради. Рентгенологик текширувлар кўпи билан 3 ой мобайнида ўтказилишп шарт. СОРЛОМ тугилган болаларда профилактик даво курсиии ўтказиш туғма захмнинг кеч бейтилари пайдо бўлиш хавфининг олдини оладя. Юкорида санаб ўтилган ҳамма профилактик даво чораларп тугмэ захм рнвожланишинпнг олдини олади.

3. Машгулотшгаг максади.

Талабалар туғма захмнинг туб моҳиятини тупгупиб олқшлари, клиник турларини билишлари, эрта ва кеч тугма захмнинг барча белгиларини сўзлаб беришлари лозим. Эрта тузема захмда кузатиладиган симптом ва синдромларни ўхшаш касалликлардан ажрата олишлари кэрак. Эрта ва кеч захм диагностикаси, туғма захмда серологик реакциялар динамикасини билишлари лозим. Шунингдек туғма захмнииг олдини олиш борасида ашгк тасаввурга эга бўлишлари зарур.

Талабалар куйидагиларни ўэлаштирган бўлишлари лозпм:

а) тугма захмнинг классификацияси (тасиифи):

б) тугма захм билан касалланган беморлардан рангвар трепонемаларга материал олиш методпкаси;

в) эрта тугма захм диагностикасп.

4. Уйга вазифа:

Тугма захмнинг шакллапиш сабабларини тушуитиринг. Тугма захм классификацияси нимага асосланган? Робипсон—Фурнье чандиқларининг ҳосил бўлигя механизмини тушунтиринг.

Парронинг сохта фалажлиги шша сабабдан кузатилади? Циличсимон болдирнинг шаклланиш сабаби нимада?

АДАБИЁТЛАР

10. К. Скрипкин ва бошцалар. «Руководство по детской дерматовенерологии». 1983. 399—433бетлар.

«Венерические болезни» (0. К. Шапошников таҳрири остида). М. 1991, 216—246бетлар.

Ю. К. Скрипкин, «Кожные и венерические болезни», М. 1980, 471—487бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Архивдан олинган касаллик тарихи асосида туғмд захмга учраган беморлар билан танишиш (мустикал)	а) керакли маълумотларни дафтарга ёзиб олиш; б) мазкур бемор туғрисидаги маълумотларни дарслик маълумотлари билан такқослаган.	а) тугма захмга учраган беморлар касалдци тарихи (махсус бўлим)ни ёзишни ўрганиш; б) беморларга ташхис қўйишни ўрганиш.
2. «Вестник дерматологии и велерологии» онномасидагн тугма захм ҳақидаги мақолалар билан танишиш (гуруҳ билан бирга).	в) мақола билди тинишиш мобайнида керакли маълумотларни ёзиб олиш; г) дерматологик статусни қўчириб олиш.	в) олинган маълумотлар асосида талабалар қўйган ташхиснинг туғрилигини текшириш.

5МАШГУЛОТ

1. Машгулот мавзуси. Захми даволаш (специфик, носпецифик, огоҳлантирувчи, олдини оладиган ва сидов даволар. Захмда қўлланиладиган дори воситаяари).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Захмга чалинган беморларни даволаш 1937 иилда тасдиқланган қўлланмага биноан амалга оширилади. Мазкур қўлланма тиббиёт олий билимгоҳларининг теританосил касалликлари кафедраларида ва илмийтадқиқот ияститутларида даво усуллари соддалаштириш мақсаднда кейинги йилларда тўпланган тажрибалар асосида ишлаб чиқилган ва тавсия этилган.

Даволашнинг қуйидаги усуллари жорий этилган: 1. Захм билан касалланган беморларда специфик даво қўлланилади, даво касаллики кўзгатуиши отиш спирохеталарни побуд килишга қаратилгандир. Шу мақсадни амалга ошириш учун қўлланиладиган дорилар специфик дорилар дейилади.

2. Носпецифик даво. Захмга учраган беморлар органнзмининг қаршилиқ кўрсаткиш кобилиятини ошириш ва серологик реакциялар жавобининг шифий бўлишини тезлаштириш мақсадида қўлланилади. Бундай дорилар носпецифик препаратлар дейилади.

3. Огоҳлантирувчи (превентив) даво захмга йўлиқдан беморлар билан жинсий ёки яқин маиғай муносабатда бўлган шахсларда ўтказилади (бунда антибиотиклар ишлатилади).

4. Касаллиқнинг олдини оладиган (профилактик) даво. Захм билан касалланган беморлардан тугилган болаларда ва захми бошдан ксчирган хомилдор аёлларда қўлланилади (пенициллин билан).

5. Синов даво. Захмининг кеч давларида кузатиладиган диагностик ноаниқлик пайтларида ўтказилар (кўпинча висмут препаратлари, баъзан антибиотиклар қўлланилади).

Захм касаллигини даволашда қуйидаги специфик дор« воситалари қўлланишга рухсат этилган: пенициллин препаратлари, эритромицин, тетрациклин, олететрэгт, висмут ва]"юд препаратлари.

Ненициллин препаратлари. Кўп йиллик клистик кузатувлар ва илмий тадқиқотлар патижасида пенициллинлар i уруҳининг захм инфекциясида шифобахт таъсир кўрсатиши

тасдиқлангай,. Пенициллин препаратлари захмга карши ёлриз ўзи ёки висмут препаратлари билан биргалчқда қўллаяилиши мумкин. Агар пенициллиннинг ҳар бир мл кондаги микдори 0,03 ТБ дан ошса, бу микдор 3;>хмни даволашга қодир деб ҳисобланади.

Вепзилпенициллин таъсир этиш муддати узайтирилган ботка препаратларга нисбатан беморлар томонидан яхши қабул қилинади, у камданкам ҳолларда асоратлар қолдиради. Шунга қарамадан беморнинг касаллик тарихида пенициллинга нисбатан қўнгилсиз воқеалар бўлганбўлмаганчилигини апиқлаш лозим. Пенициллинни ластлабки юборишдан 30 дақиқа аввал ҳар эҳтимолга қарши гистаминга қарши дорилардан бирортасини (димёдрол, диазолпн. супрастин) бериш лозим. Шунингдек, гистаминга қарши дорилар пенициллиннинг таъсир муддати узайтирилган препаратларини юборишдан аввал ҳар сафар қўллаши/шиш лозим.

Пенициллин препаратларининг қуйидагиларя захмни даволашда қўлланилади:

1. Бензилпенициллин—бензилпенициллин кислотанинг сувда эрийдиган натрийли ва калийли тузи. (1увдаги эритмаси ҳар 3 соатда тунги танаффусларсил мушак орасига юборилади (дорининг захмининг турига боғлиқ). Пенициллиннинг қондаги шифобахш микдорини бир меъёрда сақлаб туриш учун дори ҳар 3 соатда юборилиши шарт. Акс ҳолда дорининг қондаги микдори каманиб кетиб, пенициллиннинг трепонемаларни ўлдириш қобилияти сусаяди, оқибатда даволаш муваффақиятсиз чиқади.

2. Бициллин3 — бензилпенициллиннинг натрийли ёки калийли тузи, шунингдек новокаин ва дибензилэтилендиамин тузларидан иборат аравашмаси. Мушак орасига икки лаҳзали усуя билан ҳар 4 кунда бир марта юборилади.

3. Бициллин1 (бензилпенициллиннинг дибензилутилондиамин тузи) ва бициллин5 (бензилпенициллиннинг 80% дибензилэтилендиамин тузи) ва 20% ли новокаин тузлари (аралашмаси). Мазкур препаратлар мушак орасига ҳар 5 кунда 1 марта икки лаҳзали усул билан юборилади. Юбориладиган дорм модда қон томирлари ичига тушиб қолмаслиги учун дастлаб игнанинг ўзи санчилиши лозим. Игжадан қон чиқмаётганлигига ишонч ҳосил қилингандан кейин, унга шприц қийғизиш лозим. Сўнгра дори модда астасекин ва эҳтиётлик билан юбориладж.

4. Уритромицин — трепонемаларни ҳаяок қялшн хусусиятига эга бўлган антибиотик. Пенициллин препаратларини қўллаш оқибатида рўй берадйагп ҳар хил асоратлар қузатишганда ишлатиладя. Эритромициннинг захмга нисбатан шифобахш қучи пенициллинникига нисбатан пастдир. Шу туфайли олдин ўзн захмни даволашда қўлланилмайдя, яъни эритромицин билан даволаш курси тугагач, висмут тузлари юборилади. Эритромицин ҳар (5 соатда (сўтқасига 4 марта) 0,5 г дан овқатдан қенин ичига учун берилади.

5. Тетрациклин ва олететрин. Бу дори моддаларини пенициллин ва эритромицинга сезувчанлиги ошган беморларда қўлланилади. Бунда висмут асоратлари тетрациклин ва олететринлар бидан бяр вақтнинг ўзида қўлланилади. Мазкур антибиотиклар 0,5 г дан сутқасига 4 маҳал бералади.

Агар висмут препаратлари билан даволашга мопеликлар бўлса, даво факат антибиотиклар билан олиб борилади. Захмни даволашда давонинг носпецифик усуллари ижобий натижалар беради (пирогенал, витаминлар, биологик қувватни оширувчи моддалар).

Антибиотиклар билан даволашда қузатиладйган асоратлар қуйидагилар:

Даволанаётган беморларда тана ҳароратининг қўтарилиш реакцияси (Герксгеймер реакцияси). Бу асорат қўн ҳолларда қузатилади (қўнгил озиши, бош оғриғи, касаллик белгиларининг яққол намоён бўлиши ва доказо). Бундан қўнгилсиз ҳодисалар узоғи билан бир қуя далел этиб, кейин йўқолади. Шу туфайли даво чораларини давом эттиришга тўсқинлик қилмайди.

Пенициллин, айниқса таъсир муддати узайтирилган пенициллин препаратлари билан даволашда аллергияга алоқадор турлитуман асоратлар қузатилиши мумкин. Бунда торида пайдо бўладиган тошмалар эшакем ёки аллергик дерматит (токсидермия)

кўринишида учрайди. Бундай ҳолларда пенициллин билан даволаш тўхтатилиб, дарҳол гистспшига ь;арши моддалар ва кальций препараичтрини кўллаш лозим. Шупингдек, қон томирларга тодтчплаб физпологик эритма ёки гемодез юбориш яхши натижалар берапи.

Антибиотиклар таъсирида кузатиладиган энг оғяр ва жиддви асорат организмнинг химоясиз туртки ҳолати (аиафЕлактик шок) ҳисобланади. Бу ҳолат қон боснмяшшг кескин пасайиб кетшли билан таърифланади, бемор ҳушядан кетиб, қалтирок тутати, териси қонсизланиб,^ , даблари кўкаради. Бундай ҳолларда зудлик билан қон 1'олгнрларпи торайтирадиган ва Қон босимини ошнрадигап дорилар (адрепалин, норадреналин, эфедрин, кофеин), тунингдек преднизолон эритмаси, димедрол кабп аллоргияга қарши моддалар томир ичига юборилиши лозим. Эритромицин эса кўпинча аллергик тошмалар пайдо қилади. беморнинг кўнглп айниб, ичи кетиши мумкин.

Пенициллин гуруҳи ва захмии даволашда кўлланиладиган бош!;,а антибиотикларни кўллашга монеликлар:

— аллергик касалликлар (бронхиал астма, эшакем), ички секреция безларининг касалликлари, ўткир ошқозоничак касалликлари, ривожланган сил жараёни, қон касалликлари, юрактомирлар системасининг огир касалликлари;

тетрациклин ва олететрин ҳомиладор аёлларга, 5 ёшгача бўлган болаларга берилмайди. Бундаи тагакарл. мъълум бомор организмга у ёки бу дори моддаларининг иидивидуал монелик қилиши мумкинлиги ҳисоога олиниши лозим.

Висмут препаратлари. Цўлланмага биноан захмни даЕояашда қуйидаги висмут дорилари кўлланилади:

1. Бийсхинол (Biiochinolum) — шафтоли мойида эрнтилган висмут, йод ва хинин аралашмаси. Таркибида 25% висмут, 56% йод ва 19% хинии бор. Мушак орасига, думбанинг юқори ташки чорак дисмига узун игна срдаида икки лахзали усул билан юбориладн. 1 мл бийохинолнинг таркибида 0,02 г соф висмут бор. Бийохинол ва бошқа висмут препаратларини мушак орасига юборишдан аввал иссиқ сувда иситилиб, яхшилаб чайкатилади. Ҳар куни 1 мл ҳиообида, кун ора 2 мл дан еки хафтасига 2 марта 3 мл дан юборилади. Даволаш нурсининг миқдори 40—50 мл.

2. Бисмоверол (Bismoverolum). Моновисмутин laic.ioiанянг висмутля тузини шафтоли мойидаги аралашмаси.

1 мл аралашмада 0,05 г соф висмут бор. Ҳафтасига

2 марта, 1,5 мл дан юборилади, бир курс давомида 16—20 мл юборилади.

3. Пентабисмол (Pentabismolum). Таркибида 47,9% соф висмут бўлган сувда эрийдиган аралашма. Ҳар 1 мл эритма таркибида 0,01 г соф висмут бор. Кун ора 2 мл дан мушак орасига юборплади, даво курси 40—50 мл ни ташкил этади.

Огиз шиллик каватининг касалликлари, буйрак ва жигар касалликлари, сил, қанд касаллиги висмут препаратлари билан даволашга монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади.

Ввсмут препаратлари билан даволаш қуйидаш асоратларни келтириб чиқариши мумкин:

1. Милкларда, айницса унпнг чеккаларида внсмут тузларининг йиЕилиши, бунда кўкимтир кул ранг ҳошиялар ҳосил бўлади. (висмут ҳошиялари дейилади). Милкларининг зарарланиши гингивнт деб аталади.

2. Стоматит — огиз бўшлигининг зарарланиши. Кам учрасада, беморни узок ваг;т бвзовта кнйиши мумкин.

3. Буйрадаив^!* 'зарарланиши (нефропатия) — бунда сийдик таркибида оксиллар пайдо бўладн (альбуминурия), баъзан цилиндрлар кўринади (дилиндрурия). Нефропатиянинг захмга алокадор эканлигини исботловчи далил сийдикда висмут хужайраларининг (донадор цитоплазмали эпителинн хужайралари) пайдо бў^лишидир.

Йод препаратларидан натрий йод, калий йод ва ций йод (сайодин) лар кснг кўлланилади. Бу дори моддалари асосан учламчи захм, ички аъзолар захми, сезги органлари захми ва кеч туғма захмда кўп кўлланилади. Бундан ташқари, ҳарорат

кўтарилиши реакцияси (Герксгеймер реакцияси)нинг олдини олиш мақсадида захмнинг эрта турларида ҳам қўлланиляпти. Бундай мақсадларда йод препаратлари специфик дори моддаларини кулладан аввал берилади (айниқса пенициллин препаратларини юборишдан олдин). Висмут препаратлари бшичг даволанаётган беморларга ана шу висмут тузларши организмдан тез чиқариб юбориш (элиминация дейидади) мр.қсадида ҳам қўлланилади. Бунда йод препаратлари даполаш курслари ўртасида, яъни танаффус пайтларида берлади. Йод серологик реакциялар натижаларининг тез манфийлаптишига ҳам ёрдам беради. Йод пренаратлари дўмбокча ва тугунчаларни, шунингдек катга ҳажмдаги бошқа яллголаниш маддаларининг сўрилитюш тезлангшради, тунги суяк огрикларини пасайтиради.

Калий йод ва натрий йоднинг 3—4—5% эригмалари 1 ош когаикдан 3 маҳал овкатдан кейин сут билан ичилади. Кальций йодид эса 1—2 таблеткадан 3 маҳал овкатдан сўнг 1 —1,5 ой мобайнида ичилади. Ҳао 1?урсда fiO—PO г соф йод берилади.

Йод препаратларини қўллашга монолик қилувчи касаллкдар:

1. Йод препаратларига иисбатап сезувчаплттинг ошигаи ва аллергия ҳолатлари.

2. Ривожланган ўпка сили.

3. Буйрак касалликлари (нефритлар ва нефрозлар),

4. Кайта тикланмайдиган ўзгаришлар билаи кьчаётган юрактомирлар системасининг касаллиилари.

5. яратадиган органлар касалликлари.

Йод препаратлари қуйидаги кўнгилсиз ҳолатл&рни келтириб чиқариши мумкин;

— конъюнктивитлар (кўзнинг конъюнктивал иардасининг ялтирланиши), ринит (бурун бўшлиги шиллиқ каватининг ялтирланиши), бронхит (ўпка нафас нўлларишгаг ялтирланиши), ошқозоничак йўллариининг касалликлари, йод тошмалари (йод хуснбузарлари), ўсмалар (йододерма).

Юқорида санаб ўтилган йодизм белгилари пайдо бўлганда йод билап даволашни вақтинча тўхтатиш лозим. Захмга учраган беморлар цуйидаги усуллар билаи паволанадилар:

Бирламчи серонегатив, бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм ва огоҳлантирувчи даво ўтказилаётганда пепициллин эритмасини 400 000 ТБ дан ҳар 3 соатда 14 кун мобайнида юборилади. Жами 44,8 млн ТБ.

Иккиламчи қайталанган ва эрта яшприн захм билан касалланган беморларга 400 000 ТБ дан суткасига 8 марта 28 кун давомида пенициллин юборилади. Жами 89,6 млн ТБ.

Коч яширин захмда (орттирилган ва туғма) дастлаб бийохинол (2 мл дан кун ора, 12—14 мл га етгунжа) юборилади. Сўнгга пенициллин (200 000 ТБ дан ҳаг> 3 соатда, жами 40 млн ТБ)билан даволанади. Даво охирида бийохинол миқдори 40—50 мл га етказилади. Орадан 1,5—2 ой утгач пенициллинвисмут даво курси такрорланади. Бундай беморларни даволаш тугади деб ҳисоблапт учун висмут препаратлари билан яна икки даво курси ўтказилиши лозим. Ҳар гал висмут доржсининг тури ўзгартирилиб (гоҳ бмсмоверол, гоҳ пентобисмол) турилиши ва даво курслари ўртасида 1,5—2 ой танаффус цилипиши керак.

Учламчи захм билан огриган беморларни даволаш кеч яширвн захмда бўлганидек олиб борилади. Бунда дастлаб юбориладиган бийохинол миқдори 20 мл га стказилишп лозим.

Эрта тугма захм (белгили ва яширин)га чалинган бемор болалар фақатгина пенициллин билан 30 кун давомида узлуксиз даволанади. Дорини бир марталик ва суткалик миқдори 2жадвалда кўрсатилган.

12ж а д в а л

Эрта тугма захмга учраган болаларни даволаш

Гўдакнинг ёши	Дорининг ҳар бир кг тапа оғирлигига тўғри келадиган суткалик миқдори	Дорини юбсрплиш миқдори (ҳар 4 соатда)
5 ойгага	100 000 ТБ/кг 5 ойдан 1 ёшгача	50000—100000 ТБ дан 100000—
75 000 ТБ/кг 1 ёшдап 2 ёшгача	50 000 ТБ/кг	150000 ТБ дан 100 000200 000 ТБ дан

Масалан, орирлиги 6 кг бўлган 4 ойлик гўдакни даволаш учун пенициллин эритмаси суткасига 600 000 ТБдан (100 000 ТБ дан ҳар 4 соатда) 30 кун давомида (жами 18 млн ТБ) юборилиши керак.

Пенициллин эритмаси билан олдини оладипш (ирофилактик) даво 2 ҳафта давомида ўтказилади. Буида дорининг суткалик миқдорн 100 000 ТБ/кг ни ташкил этади. Масалан, оғирлиги 5 кг бўлган бир онлик чакалоққа кунига 500 000 ТБ, жами 7 млн ТБ пенициллин юборилади. Оюхлаптирувчи (нрентив) даво кўпинча 3 ёшгача бўлган болаларда ўтказилиб, иенициллиннинг даво мпкдорп гўдакнипг ёшига караб турлича:

1 ёшгача бўлган болаларга 500 000 ТБ/кг;

15 400000 ТБ/кг; 610 ёшга—300 000 ТБ/кг;

1115 ёшга 200 000 ТБ/кг;

ёши 15 дан ошган ўсмирларга 100000 ТБ/кг ни ташкил этади.

Захмга учраган беморларни даволашда қўлланиладиган носпецифик даво усуллари кўпинча унинг кеч даврларида (кеч яширин захм, учламчи захм, ички аъзолар г.а асаб системасипииг захми) яхши самаралар беради. Иккиломчи қайталанган ва эрта яширин захмтарда ҳам носпецифик доридармонлар бериш мақсадга муъофикдир. Бунда кўпрок куйидаги носпецифик ирепаратлар яшлатнлади:

1. Пироген моддалар (ппрогенал, продигиозан);

2. Биоген стимуляторлар (алоэ, ФиБС, шшпасимон тана, спленип);

3. Витаминлар (тиамин, пирпдоксин, витамин С, витамин 612); i. Иоспецифик пммун дорилар (декарис, натрий пуклеинат, метилурацил); 5. Кошш ультрабинафша нурлар билан нурлаб юбориш (реинфузия); мослашишни тезлаштирувчп (адайтигон) ирепаратлар (пантокрин, элеутерококк ва оошкалар).

Серорезкстент захмда, серологик қайталаниш ҳолларида, орца мия суюқлигида чуқур ўзгаришлар кузатилгаида иоспецифик давони кенг кўламда қўллап:, айникса иириген даво кутилган натижалар беради.

Хозврги пайтда захм касаллиги муваффақнтлп давслаимовда. Захмнинг энг оғир туряари (кўрша нервиинг атрофияси, орқа мия сухтаси, ривожланг^п фалажлик) кам кузатилмокда. Тугма захм ҳам камайиб борапiii. Залмнинг эрта даврларида даво чораларини бошлага касалликнипг бутуплан тузалпб кетишига г«ров бўла олади.

Захмга қаршц даволанган беморларда касялт; болгнларlгпзнг йўколиши, серологик реакциялар жаг.обтгтнийг мапфшк^ашишм бемер захмдан ҳоли бўлдл, дегам сў» э.мас. оахл белгилари маълум муддатдан сўнг яжа паждо бўлшлн, серологик реакциялар қайта мусбат ждвеб бериян! мумкин. Шу сабабли захмдан даволангаипик мезоне даво олган беморларни узок муддат мобайнида кузатиб борилга!зда аниқланади. Диспансер ҳисобига олипгаи беморлар бир йилдан 5 йилгача кузатилади:

бирламчи серонегав^яв захмга учраган богорлар —

бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм — 3 йил. — мккиламчи қайталанган, яширин ва учламчи захм, шунингдек захмнинг бошқа кеч турлари — 5 йил.

Эрта ва кеч турма захмга қарши даволапгап бемо.рлар ва олдини оладиган (профилактик) даво олган болалар 5 ииллик муваффақиятлн клпник ва серолг.гик кузатувдан сўнг ҳисобдан чиқарилади.

Б>гда захм билан оғриган беморларда классик ссроЯ01ИК реакцияларнинг барчаси манфий жавоб б'3]шпгуйча улар ҳар сйда клиник ва серологик назоратдаи >тказиб турилади. Шуидаи сўнг бир йил мобайнида ҳар чоракдн, кузат.увниЕг иккинчи ва учинчи йилларида эса ҳар олти ойда бир марта клиниксерологик текширувдан ўтказилади. Назоратнинг кейинги йилларида беморлар йилига бир марта j,7ii!ЕаК ва серологик текшпрувлардан утсб туришлари. шарт. Клиник ва серологик кузатувларнинг барча даг.р ва босничлари бемор қайси туман ёки вилолт.и ягпаб турган бўлса, ўша жойдаги диспансерда ўтказилади. Гап шундаки, даволаш бошқа шаҳарлрда жойлашган диспанс^рларда ўтказилган бўлиши мумкин.

Замонавий даволаш усуллари ёрдамида сифатли ва вак.шла ўтказилган даво захмга учраган бе .юрлорнинг бутунлай соғайиб кетишларнга олиб келадж. Даволаидав бсморларнЕ куйидагилар асоспда захм инфог<циясидав ҳоли бўлгав деб ҳисоблаш мумкин:

1) цахмнинг барча даврларида, хусусан уяинг бирламчи ва иккиламчи даврларида бошлягая ва сьфатли ўтказилган даво туфайли мазкур беморларда бутун кузатув мобайнттда захмнинг бирор белгилари пайдо бўлмаслиги;

2) захмнинг янги белгилари фақат қайта (такрорий) юқиш оқибатида пайдо бўлганда;

3) спеиифик даво ўтказилгандан еўнг хоииладор бў;лан аёллардан туғилган болаларда зачмгтин! ҳам клинжк, ҳам серологик белгилари к\матилмаслиги, бу ўринда ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ўтказилган сифатли даво натижасида ҳам соғлом болалар тугилаётганлигини таъкидлаш лозим; захмга қарши сифатлн даволанган, аммо бошқо бахтсиз ҳодисадар натижаеида ўлган кишилар ёриб кўрилганда уларнинг ички аъзоларида захмниг бирор специфик белгилари тошшмагашигя.

Аммо Оаъзи беморларда ўтказилаётган давэ чораларига қарамасдан классик серологик реакциялар мусбах жавоб берпши мумкин. Узлуксиз усул билан дяволангандан сунг бир йилдан ортиқ бўлган муддат мобаанида КСР патяжаларининг ўта мусбат қолиш ҳолларига серочцдамлик захм дейилади. Шунингдек сурункали ус;ул билап даво ўтказилаётган ва даволашнинг охирги курси бошлаттган беморларда КСРнинг мусбат жавоблар бернш ҳоллари ҳам серочидамлилиқ деб тушунилади. Захм беморларида серочидамлик ҳоллари кузатилганда кўшимча даво курслари буюрилади. Бундай ҳолларда кўпинча иккиламчи қайталама захмга учраган беморлардн ўтказилацягап даво такрорланади. Серочидамли захмда антибиотиклар ва висмут препаратлари йириндисини ўз ичига олган 3 курс даво ўтказилса ҳам бўлади. Серочидамлжк захмга қарши танланган даво усулларида қатъи назар, су спедифик даво носпецифик даво усуллари билан қўшиб ўтказилганп маъқул. Захмнинг кеч даврларида (пчки аъ.юлар па асаб системаси захмларининг бар^а турларида) ўткааилган даво чораларига қарамасдан КСРнинг мусбат ;каъоб бериш ҳоллари серочидамлик деб тушунилмайди. Шу сабабли кўшимча даво курслари буюрилмайдн. Баумнинг бундай кеч турларида касаллпкпияг, клиишх белгиларининг йўқолиши давонинг асосиї гузалгаилик мезони ҳисобланади.

Захмга қарши даволанган беморларда қуиЕдагилар даволанганлик мезони бўлиб хизмат қилади:

а) ўтказилган даво чораларининг сифати (қўлланилган усулзшнг тўғрилиги, дори микдорининг етарлп дара;када бўлиши, препаратларни алмаштириб туряш тартиби, даво курслари орасидаги муддат ва бошқалар);

б) тери г.а шиллиқ қаватларда захмга алоцадор белгиларниЕг йўқлиги;

в) итки 8130 ва системаларда кузатиладиган сиецнфик ўзгарншларнинг ҳозирги ҳолати;

г) ронтгснологик текширув натижалари;

д) лаборатория (клиник, серологик, ликворологтгк) гекнттфуиларнинг натижалари.

Шу сабабли орттирилган ва тугма захм бўлиб ўтган беморлар ҳисобдан чиқарилишидан аввал, улар сипчовлик билан ҳар томонлама текширувдан ўтказилиши керак. Айниқса, педиатр ва терапевт (беморнинг ёшига қараб), невропатолог, окулист, отоларинголог, гигиеник (аёл ва кизларда), рентгенологларнинг клиник текширувлари Натижаси жуда муҳим. Шунингдек қон ва орқа миёна суюқлиги олиниб, барча серологик реакциялар (КСР, ТХЧР, ИЁР) қўйилиши лозим. Рентгенологик кузатув ўтказилди,

КЛИНЕК, серологик кузатувлар даврида захмнинг янги белгилар кузатилмаган, барча аъзолари ва системаларида ривожланаётган специфик ўзгаришлар аниқланмаган, серологик реакциялар манфий натижалар берган беморлар (захмнинг кеч давлари бундан исқисно) ссаялом деб тан олинади ва ҳисобдан чиқарилади.

Захмнинг юдумли турлари. билан касалланган ўтган одамларга болалар муассасаларида ва умумий овқатланиш муассасаларида сифатли даво натижасида касалланган барча клиник белгиларни йўқолгандан сўнг ишлагага рухсат берилади.

3. Машгудотнинг мақсади.

Талабалар захмни даволашда асосий ҳужжат—қўлланманинг чўб моҳиятини аниқлашлари, даволаш усуллари, захмда дўлланиладиган дори моддаларининг турларини ва хоссаларини билишлари лозим. Шунингдек, захмни даволашда қўйилладиган талаблар, беморларнинг даволанганлик мезонини аниқлаш ва уларни ҳисобдан қўйиш қондаларини сўзлаб беришлари лозим. Улар куйидагиларни ўзлашхирган бўлишлари керак:

а) пенициллиннинг дўрант препаратлари ва вигаут дориларни икки лаҳзали усул билан юбориш;

б) дори моддаларини қўллаш оқибатида намоён бўладиган нохуш ҳодисалар, жумладан алергик тошмаларни аниқлаш;

в) қўлланмага таяниб захмнинг у ёки бу турларини даволаш режаларини тузишлари, препаратларнинг сузқалик ва даво мивдорини математик йўл билан ҳисоблай олишлари лозим.

4. Уйга вакифи:

Спешофик дориларнинг таъсир механизмини тушунтириш, Еисмут препаратларини қўллашга монелик қилувчи ҳолатлар ва касалликларни санаб бериш. Болаларда тугма захм қандай даволанади? Касалликдан даволанганлик мезони қандай аниқлаш?

АДАБИЁТЛАР

С. Т. Нялов ва бошқалар. «Кожные ж венерические болезни», М. 1988. 321—332бетлар.

«Венерические болезни (0. К. Шапшиков таҳрири остида), М. 1991. 26§—273, «Инструкция по лечению и профилактике сифилиса», М. 1988.

5. Талабаларни ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Захм доморларга даво режаоли тузиш (берилган масаллар асосида)	а) масалада қўйилган мақсад асосида дори моддаларини таъсирини тузиш;	а) захмга учраган беморларни даволашни ўрганиш;
.	б) режага киритилган дори моддаларга монелик беришнинг аниқлаш;	
	в) специфик дориларнинг даво	

	курсн миқдорни ҳисоблаш;	
2. Заҳмга алоқадор (превентив, профилактик) даво усуллари муҳокама қилиш (берилгац масалалар асосида).	г) масала шартига бидоан захмга қарши ДАВО усуллари танлаш ва изоҳлаш.	б) saxMia алоқадор дадо усуллари кулланши ўрганлиш.

6 МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Орттирилган иммунитет танқисдиги синдроми. 2. Мапзуннинг қисқача мазмуни.

ОИТС тескари транскрипция (кўчириб олиш) жараёни таъминлайдиган ретровируслар томонида қўзғатилади. Мазкур вируслар Тлимфоцитларга эътайин таъсир этади, уларнинг ирсий аппарати издап чиқаради. Натижада уларнинг хужайра ҳалок бўлгунга қадар вирус оксиялари ва бўлакчаларини ишлаб чиқаришга мажбур отади. Ҳосил бўлган янги вирус таначалари бошқа хужайралар ичига кириб олиб, уларни ҳам янги вирусларга таъсир қилдиришга мажбур этади. Шу йўсинда соат ва кун сайин кондаги вируслар сони ошиб бориб, лимфоцитлар, асосан Тлимфоцитлар сони тобора камайиб бораверади. Хужайралар иммунитетига жавобгар ҳисобланган Тлимфоцитларнинг камайиб бориши организмнинг иммуннологик қобилиятининг сусайиб боришига сабаб бўлади. Ана шу тарика бедюрлар органишида тегилишган иммунитет танқислиги ҳолати юзага келади. Бунда организмнинг қаршилиги кўрсатиш қобилияти кунданкунга пасайиб боради, оқибатда турлитуман касалликларнинг пайдо бўлишига шароит яратилади. Ҳамма натижада ривожланаётган, табиатан турлитуман бўлган патологик жараёнлар одам организмнинг нобуд бўлишига олиб келади.

Қисқача тарихий маълумот. Касалликка ортхиритган иммунитет танқислиги синдроми (Acquired immunodeficiency syndrome) деган ном 1982 йилда берилган. Ўша даврда уни бесоқолбозлар (гомосексуалистлар) касаллиги деб ҳисоблашар эди. Тез орада бу касалликнинг гуноҳдорларида, асосан гомофилияга дучор бўлган беморларда кўп учраган маълум бўлди. Кейинчалик касалликнинг бемор оналардан болаларга ўтказиш орқали ўтиши аниқланди. Ўйинган маълумотларнинг барчаси мазкур дарднинг ўз ўтказувчиси бўлиши керак, деб тахмин қилишга асос бўлди. Кўнфиния мамлакатларида ОИТСнинг келтириб чиқиш сабабларини аниқлашга кўришилди. Жумладан, Америкада Роберт Галло, Францияда Люк Монтанье раҳбарлигида олиб борилган илмий тадқиқот ва кузатишлар қилинган самараларни берди. Уларнинг 1982—1984 йилларда ўтказган кузатувларида ОИТС нинг вирус касаллиги эканлиги аниқланди, касалликни ретровируслар қўзғатиши исботланди. Янги кашф этилган вирусларга HTLV—I, HTLV—II, HTLV—III (Human T-lymphotropic virus) ва LAV (Lymphadenopathy associated virus) деб қўйилган номлар қўйилди. Ниҳоят, 1986 йилда ОИТСни қўзғатувчи вирусга HIV (human immunodeficiency virus) деган ном берилди. Биз уни иммунитет танқислиги келтириб чиқарадиган вирус деб таржима қилдик. Шунингдек тиббий адабиётда қўлайлиги яратиш мақсадида қисқача қилиб ИТВ (иммунитет танқислиги вируси) деб атадик.

Қўйилган сабаблари. Ҳозирги пайтда иммунитет танқислиги вирусининг камида 2 хил ирсий турлари HIVI, HIVII — II борлиги аниқланди. ИТВ бактериялар эритмалар таъсирида тез нобуд бўлади. Айниқса формальдегид 0,5% эритмасы, лизол 0,5%, хлорамин, эфир. ацетонларнинг 3%, натрий гипохлориднинг 0,2% эритмаларида ва 70% спиртда тез юқумсизланади. ИТВ ниинг юқумлилик хусусияти ҳомиладорликка қарши махсус модда — сперминцид таъсирида йўқолади. Сперминцид жумлада ИТВнинг тескари транскриптаза ферментини активлигини ҳам сусайтиради. Турлитуман буюмлар таркибидаги ИТВ ни юқори ҳарорат

(57° дан юқори) $x_{ам}$ бутувлай нобуд бўлади. Аммо ретровирус курилган ҳолда 22°C да 4—6 кун мобайнида ўзининг юқумлилик даражасини сақлаб қолиши мумкин. Шунингдек ОИТС кўзгатувчилари радиоактив нурланишлар ва ультрабиопан нурларига бирмунча чидамли.

ИТВ беморларнинг биологик тўдималари ва суюқликлари таркибида кўп микробдорда топилган. Айниқса дон таркибидаги вируслар ҳал қилувчи роль ўйнайди. Қон касаллик манбаигина эмас, у касаллик кўзгатувчисини бошқа шахсларга ташувчи вазифасини ҳам бажаради. Аммо касалликнинг асосий сабабчиси эркакларнинг уруғ суюқлиги (сигерма)дир. Шу билан бирга аёлларнинг жинсини сугудлиги (қин ва бачадон бўйнидан ажраладиган суюқлик) таркибида ИТВ патоген ҳолда сақланади. Гетеросексуалистлар орасида ОИТСнинг кенг тарқалаётганлиги сабабини мана шу ҳол билан тушунтириш мумкин. Бешинчи биологик суюқликлар (сўлак, кўз ёшлари, тер, аёллар сўти, ордин мия суюқлиги) таркибида ретровируслар маълум миқдорда топилган. Аммо бу суюқликларнинг микробдори қанча бўлганлиги ва уларнинг таркибида вируслар сони ҳам қанча топилганлиги сабабли уларнинг касаллик юзатириш хавфи паст. Фақат она сўти орқали касаллик болага ўтиши мумкин (агар она ўзоқ муддат давомияда амизаётган бўлса). ИТВ оғондаги моноцитларда, лимфа тутунларида, ўпка тўқимасида, сўяк илигида, гаунингдек асаб системаси тўқималарида ҳам топилган.

ОИТСнинг юдиш йўллари. Касаллик қуйидаги йўллари билан бошқа шахсларга ўтиши мумкин: V/ 1 Жинсий йўл — тизилтуман усулдаги жинсий алоқа лаятида эркаклар ёки аёллар суюқлиги таркибидаги ретровируслар жинсий шерик организмга ўтади.

2. Тиббий муолажа пайтида юзиш. — ретровируслар тўшган игна, шприц ва бошда асбоблардан юзиш, мазкур

асбобларни такрорий қўллаш натижасида, санитариягигиена Еокдаларига риоя қилмаслик оқибатида юзага келади.

3. Бемор оналардан болаларга ўтиш. Бу асосан йўлдош орқали қиндик томири воситасида содир бўлади.

Шунингдек таркибида ретровируслар бўлган қонни қўйиш ёки ўша қондан тайёрланган Қон преиаратлари ишлатилганда ИТВ бошқа шахсларга ўтади. Мазкур касалликнинг гемофилия дардига дучор бўлган беморлар орасида учраши ҳам ана шундан.

ОИТСга дучор бўлган беморларнинг 3/4 қисминини гомосексуал кетлар ташкил этади. Бу ҳолнинг асосий сабаблари қуйидагилар:

1. Ўз жинсидаги шахслар билан жинсий алоқада бўлиш эркаклар орасида аёлларга нисбатан кенг тарқалгандир. Бесоклобозларда жинсий яқинлик қилиш сони ҳам юқори ва улар ўз жинсий шерикларини тезтез алмаштириб турадилар.

2. Гомосексуалистларнинг асосий қисми энг йирик шаҳарларда жойлашгандир. Бу НьюЙорк, Париж, Рим, ЛосАнжелес ва бошқа шаҳарлар, Мазкур шаҳарлардаги аҳолининг ниҳоятда кўплиги гомосексуал жинсий алоқа сонининг кўпайишига сабаб бўлади, бу ҳол ретровируслар юдиш эҳтимолини оширади.

3. Тўғри ичакнинг шиллик; қавати бир қатор тизилган эпителий хужайраларидан иборат. Шу сабабли гомосексуал алоқа пайтида тўғри ичак шиллик; қавати осоягина шикастланади ва ИТВнинг қонга ўтиши учун кенг ўл очилади,

4. Тўғри ичакка қуйиладиган уруғ суюқлиги — сперманинг ўзи ҳам иммунодепрессив хусусиятга эга. Жинсий яқинлик пайтида тўғри ичак орқали қонга вируслар билан бирга сперма ҳам сўрилади. Бу ҳол қон таркибидан антиспермал антитаначаларнинг ҳосил бўлишига олиб келади. Мазкур антитаналар организмнинг иммунобиологик имунобилитиға таъжир этиб, имунитетнинг пасайишиға сабаб бўлади.

5. Гомосексуал жинсий алоқа пайтида пассив шерикдан ташқари актив шерик ҳам здарланиши мумкин. Пассив шерикнинг тўғри ичагидан чиққан қон таркибидаги ретровируслар жинсий олат терисининг бутунлиги бузилган актив. шерикка ўтиши мумкин (кўпинча гомосексуал жинсий алоқа пайтида жинсий олат терисининг бутунлиги бузилади).

6. Бесоқолбозларнинг кўпчилиги гнѣхвандлчрдир. Ҳозирги вақтга гиѣхвандлар жинсий қониқиш (оргазм)ни кучайтириш мақсадида кўпинча амилнитрит ва бутилнитрит каби миорелаксантларни қабул қилишади. Нитритлар орқа чиқар^в тешиги мушакларини юмшатиб, жиней олатнинг чуъ;урроқ киришини таъминлайди ва шу сабабли шиллиқ қаватнинг кўпроқ қисми шикастланишига олиб келади.

7. Ёсоту лбозларда кўп учрайдиган Қўшилиб келадиган (ҳамроҳ) касалликлар (колит, дизентерия, гепатит В, жинсий аъзолар герпеси, шунингдек захм) ИТВ нинг циска муддат ичида ривожланишига шароит яратиб борази.

Ғарбда бесоқолбозликшшг кўпайиш сабабларини тушунтқувчи бир неча назариялар ва фикрлар (ирсий назария, руҳий заифлик гипотезаси, жинсий горлгонлар ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши, болаларнинг асосан она томонидан тарбияланиши ва бошқалар) мавжуд. Аммо буллай фикрлар ҳозирги замонда бу масалага равшаншк кирита олмайди ва кўпгина жумбоқларни ечишга ожюлик кклади. Рўқач қилиб кўрсатилган далиллар ва ишлар деярли барча мамлакатларда мавжуд бўлишига қарамадан бесоқолбозлик ислом мамлакатларида кам учратЗди.

ОИТС ја мойил бўлган гуруҳлар. Орттирилган шшунитет танқислиги синдроми аҳолининг қуйидаги табақаларида кўйроқ учрайди:

1. Бесок.олбозлар — улар ОИТС га чалинган беморларнинг қаршю 75%ини ташкил этади (бунинг слбабларн юцорида атрофлича тушунтирилди).

2. Гиѣхвандлар — уларнинг сони турли мамлакатларда турлича (1J—17%), уларнинг кўпчилиги бесоқолбозлардир.

3. Гемофилияга дучор бўлган беморлар. Бу касаллик бцдан асоеан эркаклар касалланадилар. Бундал боморларда цоииинг ивишида иштирок этадиган VIII—IX омиллар етишмайди. Янги ва табиий қондан таиорланадигап концентрат (керакли омиллар йириндиси) тайерлаш учун 1000—5000 донорнинг қони керак бўлади. Бу ҳол ИТВяи.чг юцжш хавфини оширади. Бундай беморлар 1—4%нн ташкил этади.

4. Турли v*^ сабабларга кўра қон қуйиладиган беморлар ва бошқа тоифадаги шахслар. Қон ва қон преиаратлари оладигап кишилар орасида ОИТС ҳоллэри қойипгп йилларда кўпайиб бормовда. Улар ОИТСга ду:"ор бўлгаи. бйморларнинг 1,4—20,2%ини ташкил этади.

5. Жинсий шерикларини тезтез ўзгартириб турадтлн готеросоксуплистлар. Касаллик айниқса «уқалаъч хона» ларига ва ^словотхоналарга катнайдиғап эркаклар ва фоҳишалар ораг/ида кўпаймоқда. Беморларнинг кўлчилигини аёллар ташкил этмоқда (29—50%). Арат» гомосексуализм эркаклар орасида ОИТСнинг кенг i'арК.ајппиғига олиб келган бўлса, гетеросексуал жинсий алоқалар ва кенг кўламда қон қуйилиш ҳоллари касалликнинг аёллар орасыда кўпаишига сабаб бўлмоқда.

0. Юкорида санаб ўтилган аҳоли табақаларидага турилган, айниқса ОИТС га чалинган беморлардан ва ИТВ юққап шахслардан ту^илган болалар. Бунда касаллкк кўшшча ҳомвла йўлдош орқали гўдакка ўтади Шунипгдсес ҳоиила туғруқ йўлларидаи ўтаётганида (туғшц пайтида) кип ва оачадон бўйнидаги ретровируслардаи ;трарланнши мумкин. Бемор оналар сутини эмган болалорНiiуг ОiFTC Оилан касалланиши юдорида айтиб ўтилган

ОИТС да тери ва шиллиқ қаватларнинг зарарланишн

ЛТВ касаллптнда терининг зарарланиши атро^бличд ўрганилмаган. Warner L. C. ва Fisher B. K. (1938.), Ю. А. Ашмарин (1988 й.) теридаги ўзгаришларни куикдагича таърифлайди:

1. Терининг ўсмалардан зарарланиши. ИТВ касаллигига дучор бўлган беморларда, айниқса унипг охиргп даврларида т уфлитуман ўсмалар пайдо бўладл (Каиогаи саркомаси, лимфомалар, карциномалар, Бэркнр ўсмаси ва бошқалар). Бу ўсмалар сон жихатдан турлптуман бўлиб, чларнинг турлари касалликнинг оирисяиоллппиш

белгилайди. Улар орасида Капоши саркомаси гмюхпда ўрин тутади. Меълумки, ёши кексайган, оргазпл.мипимг ИММУНОЛОГПК қуввати пасайган кишиларда Калошн слркомасн учраб туради. Бироқ ИТВ касаллигига учраган баморларда мазкур дарднинг ўзига хос кечишп маълум бўлди:

- а) ёшларда, ҳали 30—35 га кирмаган кишиларда кузатилади;
- б) тананинг барча жойларида кузатилиб, кўпинча қўлоёк, жинсий аъзолар ва ички органларни зарарлайди;
- в) тугунлар сонп кўп бўлиб, улар каттиқ, тезда ярага айланади. Ўсмалар ОРИЗ бўшлигида, қорин бўшлигида учраши мумкин,
- г) отиёр кечади, нур билан даволаш беморнинг актюляни оғирл атитирадт';
- д) жуда тез метастаз беради, кўпчанча лимфа тугунлари ва ички аъзоларга метастаз беради;
- е) болаларда, ҳапо гўдакларда кўп учрайди, тездд ўлимга олиб келади.

2. Терлнинг ю.думли касалликлари:

а) терининг вирусли касалликлари: оддий учук, белборсимон учук, сўталлар, шиллиқ қаватлардаги ўсмачалар, вирусли iуиц;

б) терининг йирингли касалликлари: фолликулит. чипкон, стрептодермия, сурункали пиодермиялар, оцма яра, хуснбузар ва ҳоказо; вў Iepitinnir намГуругли касалликлари: кандидозлар, аснергиллез, криптококкоз, токсоплазмоз ва хрказолар.

3. Търишшг носпецифик касалликлари: а) эмлашдан гайцо бўлган гуш; б) терининг кичиитп; в) сиборсялп дорматит; г) эшакем; д) кичим.к

Касаллшшинг эрта даврларида терининг турли сохаларнда тошмалар пайдо бўлади. Мазкур тошмалар бетоблик белгилари билан кечади, яъни ҳолсизлик, бош оғриғн, кўпгил айнаши, суякларнинг қакшаши, тана ҳароратининг кўтарилиши куаатилади. Баъзан қалтирок тутиб, беморнинг умумий аҳволи ошрлашади ва у ётиб қолади. Юкорида санаб ўтилган белгилар қизамик, ич терлама, қизилча, тошмали тфлама каби касалликларни эслатади. Касалликнинг 2—3ҳафтасида тошмалар (розеола) катталашиб, эритемага (яллигланган доғларга) айланади. Бунда уларнинг ҳажми бир тишшлик чақадай ва ундан ҳам катта бўлиб, ўша сохалардаги тери қичшпади, қизийди. Бу дорлар кўпинча юз терисида, сўнгра тана сатҳида жойлашган бўлади. Касалликнинг ривожланиш жараёнида дерматит — терининг ўткир яллнғланиши гушга айланиши мумкин.

Клинпкаеп. IМВ касаллигининг ўзига хоо аниқ специфик белгилари йўқ. Касаллик кўпинча босқичмабосқич ўтади. Бунда касалликнинг кўзиш ва сусайшп даврлари павбатманувбат алмашиб, беморнинг аҳзоли оғчрлангио боради. IКаҳон соғлиқни сақлаш ташкллпгаинг таклифига биноан касалликнинг 5 босқичини тафовут этиш қабул қилинган.

1босқичи. Дастлабки босқич — бу босқичда юқумли моноклеознинг белгилари намоён бўлади. Ўрта ҳисобда 3—14 кун давом этиб, сўнгра барча белгилар йўқолиб кетади. Терида асосан оч пушти рангли доғлар кузатилади. Улар айлана ва овал шаклида, катталиги тарикдек келади.

2босқичи. Белгисиз босқич — бунда касаллпкка хос бирор белги кузатилмайди. Бу босқич фақат лаборатория усули билан аникланади. Мазкур босқич 5 ойдан 5—6 йилгача давом этиши мумкин.

3босқичи. Тарқалган лимфаденопатия босқичи — бунда бир неча лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади. Агар камида икки гуруҳ лимфа тугунларининг катталашиши кузатилса, бу симптом ОИТСга алоқадор деб ҳисобланади. Бунда катталашган лимфа тугунлари белнинг юқори соҳасида жойлашган бўлиши лозим.

4босқичи. ОИТСга алоқадор белгилар йириндиси. Ҳолсизлик, терлаш, калхираш, йўтал, мушак ва бўғимларнинг оғриши, ориқлаб кетиш, ич кетиши, турлитуман инфекцион касалликлар, ўсмалар ва ички аъзоларда кузатиладиган ўзгаришлар йигиндиси бемор аҳволини оғирлаштирадп. Тери ва шиллиқ қаватларда турлитуман: доғча, тугунча, тугун, қаварчиқ ва ҳоказолар кузатилади. У ёки бу турдаги дерматозлар (экзема, эшакем), кандидоз, оддий учу^, камарсимон учук, шунга ўхшаган бошқа дерматозлар шаклланади.

5босқичи. Орттирилган иммунитет танқислиги босқичи — бунда барча иммунологик кўрсаткичлар кескин пасайиб кетади. Бу даврдан аввал пайдо бўлган симптомлар зўрайиб, беморни ҳолдан тойдиради. ОИТС босқичида унинг 4 тури фарқланади:

а) ўпка тури; б) неврологик тур; в) ошқозоничак тур; г) иситма билан ўтадиган тури;

ОИТСда кузатиладиган турли симптомлар бирор турдаги белгиларнинг ривожланиши, шунингдек бир вақтнинг узида бир неча турдаги ўзгаришларнинг чуқурлашиши ҳаётини муҳим аъзоларнинг ишдан чиқишига олиб келади. Организм иммунологик қобилятининг кескин пасайиши, жумладан, Тлимфоцитлар сонининг 1000—100 тагача тушиши уни ривожланаётган турли хил патологик жараёнларга қарши кураша олмайдиган килпб қўяди. Бу ҳол беморларнинг ўлимига олиб келади. Бошқача қилиб айтганда, ОИТС босқичи ВИЧ (ИТВ) касаллигининг охириги босқичи бўлиб, бу бемор тақдирини ҳал қилади. Тери ва пшлц даватларидаги юкррида санаб ўтилган ўзгаришлар зўрайиб, бемор терисига ўзига хос тус бйради. Айниқса Капоши саркомаси ва бошқа ўсмаларнинг ёмон сифатли (хавфли) кечиши метастазлар сонининг ўшишига олиб келади.

Касалликнинг аниқ табиатини аниқлашда, уларни терд ва юцумли касалликлардан фарқлашда лаборатория текширув усуллари ёрдам беради. Иммунологик анализлардан лимфоцитлар турларини санаш ва таққослаш усули гоёт амалий аҳамиятга эга. Бунда ёрдамчи лимфоцитлар хелперлар сони камайиб кетади, бирои; лимфоцитларнинг умумий сони камаймаган бўлиши мумкин. Лимфоцитлар умумий сонининг камайиши (лимфоцитопения) касалликнинг кейинги давларида кузатилади. Бунда лимфоцитларнинг 1 мл қондаги оони 500 тагача тушиши мумкин (СОРЛОМ кишиларда 1200—1700 донa). Маълумки, нормада хелперларнинг супрессорларга нисбати—1,5:1,8 га тенгдир, ВИЧ касаллигида бу рақам 1 дан пастга тушиб Тх кетади. Соғлом гетеросексуалистларда ~ 1575, соғлом гомосексуалистларда эса Сурункали ҳар хил тери касалликлари (гуш, гулафшон, қичима, эшакем ва ҳоказолар) бўлган беморлар ВИЧ касаллигига чалинса, уларнинг эски тери касалликлари қўзийди. Бунинг устигаустак янги шаклланган тошмалар диагностикани мураккаблаштиради. Бирок касаллик тарихини мукамал ўрганиш, ОИТС га тегишли белгиларни топиш ва диагностика мақсадларида фойдаланиш, шунингдек иммунобиологик ва вирусологик лаборатория текширувларини ўтказиш Касалликнинг аниқ табиатини аниқлашга ёрдам беради.

Оммавий текширувларда кенг қўлланиладиган ИФА усули — иммунофермент анализ деб аталади. Мазкур усул анча сезувчан бўлиб, ҳатто 1 мл қон таркибида бир молекула қарши танача бўлган тақдирда ҳам ушшг борлигини сезади. Бирок, иммунофермент усули ОИТС га чалинган беморларнинг 82% ида ижобий, 16% ида эса тахмишш натижалар беради ва 2% ида ВИЧ касаллиги борлигини анққлай олмайди (манфий натижалар беради). Иммунофермент усулидан афзалроғи иммуноблотинг усули дейилади. Иммуноблотинг усули ИФА мусбат натижалар берган шахсларгапша қўйилади, чунки уни оммавий текширувларда қўллаш қимматга тушади.

Ретровирусларга нисбатан ҳосил бўладиган қарши таначалар касаллик юққандан сўнг 6—8 ҳафта ўтгач қонда пайдо бўлади. Шунингдек, ВИЧ га қарши таначаларнинг ҳосил бўлиши 3—6 ойгача чўзилиши мумкин. Шу сабабли текшириляётган шахсда ИФА усули манфий натижалар берса, касаллик юқмаган деган хулосага келиш хато ҳисобланади, яъни бу ҳолда қарши таначалар етарли миқдорда ҳосил бўлиб улгурмаган бўлиши мумкин. ТТТунинг учун ИФА усулини 2 марта қўллаш лозим. Ҳрзирги пайтда фаол иш олиб бораётган барча ОИТС лабораториялари аҳоли орасида ВИЧ касаллигини аниқлаш мақсадида ИФА усулини кенг қўлламоқда. Айниқса, захмга дучор бўлган ҳоиладор аёллар, қон берувчи донорлар, гиёҳвандлар, силга учраган беморлар, таносил касаллигига дучор бўлганлар ва алоҳида ижтимоий табақага кирувчи шахслар ВИЧ касаллигига синчковлик билан текширилиши лозим. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг

махсус кўрсатмасига мувофиқ, юқорида санаб ўтилган шахслар В гоаатитини кўзгатувчи вирусга (HBSAg) ҳам текширишши лозим.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар касалликнинг сабаблари, ривожланиш жараёни, жумладан ретровируслар тўғрисида тушунчага эга бўлишлари, ОИТСга кўпроқ чалинадиган аҳоли табақаларини, яъни «мойил бўлган гуруҳлар»ни бирмабир санаб беришлари ва мазкур табақаларга таъриф бериб, уларнинг моҳиятини тушунтиришлари лозим. Шунингдек касалликнинг юқиш йўллари ва ОИТС ретровируслари қаидап биологик суюқликларда мавжуд бўлиши мумкинлигини билишлари лозим. Бундан ташқари, мазкур касалликда тери ва шиллик қаватларнинг зарарланишини, яъни дерматологик белгиларни мукаммал эгаллашлари, касалликнинг клиник босқичлари, кечиши ва лаборатория диагностикасини пухта билишлари лозим.

4. Уйга вазифа:

- а) ОИТС ретровирусларига таъриф беринг;
- б) ретровируслар қандай тўқималар ва биологик суюқликларда топилган;
- в) касалликнинг юқиш йўллари тушунтириш;
- г) ОИТС га мойиллиги бўлган гуруҳларни санаб беринг;
- д) тери ва шиллик қаватларда кузатиладиган қандай белгиларни ОИТСга хос деб ҳисоблаш мумкин?
- е) касалликнинг кечишида тафовут этиладиган босқичларни санаб, уларни таърифланг;
- с) оммавин текширувларда қўлланиладиган лаборатория усуллари сўзлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

«Венерические болезни» (О. К. Шапошников таҳрири остида) М., 1991, 486—506бетлар.

Ахмедов Ц, Р. «СПИД нима?». Тошкент «Медицина», 1990.

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. ОИТСга алоқадор рангли суратлар билан танишиш;	а) талабалар ОИТС кўзгатувчи вируслар ва уларнинг хусусиятлари тасвирланган суратлар билан танишадилар;	а) ОИТС микробиологияси ва патогенезини ўзлаштириш;
2. Рангли слайдлар билан танишиш.	б) касаллик патогенезига ва клиник белгиларига алоқадор слайдларни	б) мойил бўлган гуруҳлар моҳиятини аниқлаш;

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
	кўриб, улар тўғрисида аниқ тасаввурга эга бўладилар;	
	в) беморларнинг умумий аҳволи, тери симптомлари тасвирланган видеосуратларни ўрганадилар;	в) ОИТС га дерматологик ташхис қўйишнинг ўзлаштириш.
	г) керакли маълумотларни ўз дафтарларига ёзиб оладилар;	
	д) товушсиз видеосуратларни кўриб, беморга дастлабки	

ташхис қўйишни ўрганадилар.

;

7МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Сўзак (сабаблари, Ю1рш йўллари, клиник белгилари, диагностикаси, даволаш, олдини олиш).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Сўзак сийдиктаносил аъзолари касаллигидир. Касалликнинг кўзғатувчи гонококкларни Олмониялик олим Нейссер 1879 йилда кашф этган. Гонококклар Грам усулида манфий бўяладиган диплококклардир. Улар ловия шаклида бўлиб, узунлиги 1,25 мкм, эни 0,75 мкм ни ташкил этади. Гопококклар фақат о(дам организмини зарарлайди, таркибида оксил моддаси бўлган сунъий озик муҳитларда яхши ривожланади. Касаллик катта ёшдаги кишиларга жинсий алоқа пайтида юқади. Болаларга ножинсий йўл билан: касалликка чалинган отаоналаридан ва уйрўзгор буюмлари орқали юқади.

Гонококклар цилиндрсимон эпителий хужайралари билан қопланган шиллик қаватларда яшайди ва уларни зарарлайди. Шу сабабли одатдаги сўзак н?араёни цуйндаги аъзоларнпнг яллитланишига олиб келади: сийдик чидарув йўлж (уретрит), бачадон бўйни (эндоцервицит), йўрон ичакнинг пастки қисми (проктит), қиз болаларда қин (вагинит) ва янги тугилган чакалоқларда кўзнинг конъюнктивал ва мугуз цаватлари (бленнорея). Бошқа сийдиктаносил аъзоларининг ва экстрагенитал органларнинг гонококклардан зарарланиши с5'закнинг асорати ҳисобланади.

Сўзакда бемор организмга тушган гонококклар қон зардобиди махсус қарши таначалар (комплемент боғлаб олувчи, бирбирига ёпишиб чўкмага тушувчи ва бошқа турдаги антитаналар) ҳосил бўлишига олиб келади. Бу антитаналар оксилларнинг 6—8 турига мансубдир. Бироқ ҳосил бўлган иммун таначаларнинг ҳимоя кучи жуда паст бўлади. Улар беморларни организмга цайта тушган гонококклардан ҳимоя қила олмайди. Шу сабабли сўзакдан даволанган беморларга касаллик цайта юкиши мумкин (реинфекция). Сўзак билан касалланган беморларда кузатиладиган фагоцитоз асосан кўп ядроли нейтрофиллар томонидан олиб борилади. Аммо бундай фагоцитоз тугалланмаган ҳисобланади (эндоцитобиоз). Сўзакнинг ке|чиши, касалликнинг огир ёки енгил ўтиши бемор организмнинг иммунобиологик ҳолатига боғлиқ. Сўзак сепсисининг кўпинча организми заифлашиб қолганбеморларда кузатилиши фикримизнинг далилидир.

Амалий венерологияда сўзакнинг дуйидаги клиник турларини фарқлаш қабул қилинган:

1. Янги сўзак (касаллпк муддати 2 ойдан кўпга чўзилган бўлмаса);
а) ўтқир сўзак — касаллик белгилари ўта ривожланган;
б) ўртача ўтқир сўзак — касаллик белгилари ривожланган;
в) торггад, сезиларсезилмас сўзак — касаллик белгилари кам ёки аҳёнаҳёнда намоён бўлади.

2. Сурункали сўзак (касаллик шаклланганига 2 ойдан кўп вақт ўтган). Бунда сўзак жараёни чуқурлашади, ўчоки тус олади, сўзак асоратлари кузатилади. Касалликнинг клиник белгилари кўпинча суст бўлади, баъзан у кўзиб туради. Йиллаб давом этиши мумкин.

3. Яширин сўзак ёки гонококк ташувчанлик. Сўзакнинг бу турида касаллик белгилари кузатилмайди. Аммо бемор организмда, айниқса унинг сийдиктаносил аъзоларида гонококклар мавжуд бўлиб, улар лаборатория усулларидагина аниқланади. Гонококклар ташувчи одамлар кўпчилик ҳолларда ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар. Улар касаллик юктириш манбаи ҳисобланади. Гонококк ташувчанлик

диагнози одатда тасодифан қўйилади, яъни текширилаётган шахсда бактериоскопик ва бактериологик усуллар ёрдамида сўзак кокклари топилгандан сўнг уларнинг касаллжк манбаи эканлиги исботланади.

Уретритлар. Сийдик чиқарув йўлининг яллигланиши уретрит деб аталади. Уретритлар одатда касаллик юққанидан сўнг 3—5 кун ўтгач ривожланади. Баъзан 1 кундан ва, аксинча, 15 кундан кейин ҳам касаллик белгилари папдо бўлиши мумкин. Дастлаб беморларни уретранинг ачишиши ёки қичишши безовта қилади. Сўнггра уретра оғзида шиллшуш ёки ншлликйирингли суюқлик пайдо бўлади. Сийднк чиқарув каналининг ташци чиқарув тешигп шишадп, атрофи кизаради. Уретрадан келаётган йиринг канал оғзида қотиб қолиб, сийишни қийинлаштирпши мумкин.

Касаллик ривожлана боргач жинсий олат танасида огриц пайдо бўлади. Пайпаслаб кўрилганда уретранинг сим арқондек қотганини сезамиз, огриқ кучаяди. Сийдик чиқариш йўлидаги яллигланиш жараёни дастлаб уретранинг олдинги қисмида, кейин орқа қисмида ривожланади. Мазкур жараённи топографик жиҳатдан аниклаш мақсадида икки стаканли синов усули қўлланилади. Беморга навбат билан биринчи ва иккинчи стаканларга сийиш буюрпади. Бунда биринчи стаканга қуйиладиган сийдик окими узилмаслиги лозим. Олдинги уретритда фақат биринчи стакандаги сийдик лойкаланади. Иккпнчи стакандаги сийдик эса тиниқ ва тоза бўлади.

Агар сўзак жараёни орқа уретрани ҳам зарарлаган бўлса, иккала стакандаги сийдик ҳам лойқаланиб, унда ипирипир пшлар сузиб юрганни ёки қуйқашшг чўкмага тушаётганини кўрамиз (тотал уретрит). Диагностик хатога йўл қўймаслик учун бемор камида 200—300 мл миқдорда сийиши лозим. Шунингдек, сийдик бошқа сабабларга кўра (масалан, сийдиктош касаллнги) ҳам лойқаланиши мумкинлигини ҳисобга олиш зарур. Айниқса, буйрак ва сийдик пуфаги касалликларига хос бўлган ўзгаришлар сийдик таркибида турлитуман тузлар, бактерия ва йирингли массаларнинг (пиурия) тўпланишига олиб келади. Агар сийдик фосфорли тузлар ҳисобига лойқаланган бўлса, унга хлорид кислотани томизиш сийдикннг тиниқлашишига сабаб бўлади. Уратлар (сийдик кислотанинг тузлари) ҳисобига лойқаланган сийдпк уни қиздприш йўли билан аниқланади.

Юқорида таърифланган белгиларнинг рнвожлациб! даражасига қараб, уретритларнинг ўткир, ўртача ўткир ва торпид турлари фаркланади.

Сўзак диагностикасида, жумладан уретритларнинг сўзакка алоқадорлигини аниклашда бактериоскопик ва бактериологик усуллар ҳал дилувчи роль ўйиайди. Сийдик чиқариш йўлидан ажралаётган йирингли суюқликдан суртма тайёрлаб, уни Грам усулида бўяш лозим. Бўягк натижаларнга қараб (гонококклар грамманфий бўялади) сўзак кўзгатувчилари диплококклардан фаркланади. Шунингдек'гонококкларнинг хужайра ичида жойлашганлигж (эндоцитопаразит), жуфт учраши, ловиясимон шаклп ва бошқа белгилари уретритларнинг ася табиатини аниклашда ёрдам беради.

Эркаларда сўзак уретрити қуйидаги асоратлар колдиради:

1. Парауретрнт — уретра ёнидаги йўлчаларнинг яллигланиши;
2. Баланопостит — закар бошчаси ва жинсий олаг калпоғп ички юзасининг яллиғланиши;
3. Куперит — Купер безларининг зарарланиши;
4. Простатит — простата безининг яллигланиши;
5. Эпидидимит — мояк ортигининг касалланиши;
6. Везикулит — уруг пуфакчасининг зарарланиши;
7. Цистит — сийдик пуфагининг яллигланиши;
8. Орхит — моякнинг зарарланиши;
9. Пиелонефрит — буйрак ва буйрак жоминпнг йирингли яллигланиши ва бошқа асоратлар.

Простатит кўпчилик ҳолларда жинсий ожизликка олиб келса, орхит бола кўрмасликка (фарзандсизликка) сабаб бўлади.

Сўзакнинг экстрагенитал асоратлари асосан метастаа йўли билан ривожланади: сўзакли сепсис, эндокардит, бўғимларнинг зарарланиши, асаб системаси ва терининг зарарланиши. Янги сўзакда асоратлар жуда кам кузатилади, сурункали сўзакда эса деярли барча ҳолларда у ёки бу турдаги асоратлар пайдо бўлади. Сўзак асоратларини аниқлаш нафақат диагностик аҳамиятга эга. Уларнинг табиатини билиш даволаш режасининг тўғри тузилишига имконият яратиб беради. Сўзак асоратлари кўпинча гонококкларнинг ўзидан вужудга келади. Шуби~ лан бир қаторда қўшилиб келадиган юқумли микроорганизмлар ва бошқа аллергик жараёнлар ҳам сўзак асоратларининг қисқа муддат ичида шаклланишига ва хилмахил бўлишига сабабчи бўлиши мумкин.

Энг кўп учрайдиган сўзак асоратларидан (45—50%) простатитга тўхталиб ўтамиз. Простата бешишг специфик зарарланиши одатда орқа уретрага ўтган гонококкларнинг без чиқарув йўлларига тушиши натижасида шаклланади. Баъзан гонококклар лимфоген ва гематоген йўллар билан ҳам безга ўтиши мумкин. Касалликнинг кечишига қараб, ўткир ва сурункали простатитлар фарқ қилинади. Ўткир простатит кам қайд этилади. Сурункал простатит касалликнинг ўткир тури сифатсиз даволанганда ёки бутунлай даволанмаганда ривожланади. Шунингдек, сурункали простатит бирламчи (ўткир формасиз) шаклланиши мумкин. Касалликнинг табиати ва безнинг яллиғланиш даражасига қараб катарал, фолликуляр ва паренхиматоз простатитлар тафовут қилинади.

Катарал простатитда яллиғланиш ўчоги асосан без бўлмачаларининг чиқарув йўллари соҳасида кузатилади. Простата беши пайпаслаб кўрилганда патологик ўзгаришлар деярли сезилмайди. Фақатгина без суюқлиги микроскопда 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. Беморларнинг шикоятларидан оралик соҳасида оғриқ сезиш, уруғ отилиш муддатининг тезлашганлиги, жинсий олатнинг суст таранглашиши, жинсий қониқиш 'сезгисивинг пасайганлиги диққатни жалб этади.

Паренхиматоз простатитда юқорида санаб ўтилган шикоятлар кучаяди. Сийганда ачишиш, қичнишиш, уретрадан шиллиқйирингли суюқликнинг аҳёнаҳёнда келиши бемор кайфиятини бузади. Жинсий ожизлик белгиларининг кўпайиши уларга уйқу бермайди. Без суюқлигида кўп мвЕқдорда лейкоцитлар топилиши билан бирга лецитин доначаларининг кескин камайиб кетганлиги аниқланади. Простатитнинг сўзакка алоқадор эканлигини исботлаш учун уретрал суюқликдан тайёрланган суртмаларда, гонококкларни топиш лозим. Бактйриоскопик усуллар фойда бермаган беморларда экиб ўстириш усули ёрдам беради.

ҚИЗ БОЛАЛАР СЎЗАГИ

Қиз болаларда сўзак касаллиги кўпинча вульвовагинит ва уретрит кўринишида намоён бўлади. Бачадон ва бачадон ортиқларининг зарарланиши деярлж кузатиямайди. Гонококклар кўзштадиган вульвовагинит қизлар жинсий аъзоларида кузатиладиган юқумли касалликларнинг 4% ини ташкил этади.

Қизларни сўзакка нисбатан мойиллиги улар организмнинг ўзига хос анатомик, физиологик, биокимёвий ва гормонал хусусиятлари билан тушунтирилади. Айниқса қин суюқлигининг ишқорий муҳити, қин деворининг кўп қаватли ясси эпителийдан тузилмаганлиги ва гонококкларнинг антагонисти ҳисобланган Дедерлейн таёқчаларининг ривожланмаганлиги қин шиллиқ қаватининг яллиғланишига сабаб бўлади.

Сўзакдан даволанмаган ёки сифатсиз даволанган қизларда сўзак жараёни жинсий балогатга етиш давригача чўзилиши мумкин. Жинсий балогат (пубертат давр)га етган қиз болалар организмда кузатиладиган ўзгаришлар натижасида организмнинг ўзўзидан даволаниш ҳолати кузатилади. Бунга қин шиллиқ қаватида кузатиладиган гистологик ўзгаришлар, қин суюқлигининг физик ва кимёвий хоссалари, бошқа иммунологик

ўзгаришлар сабаб бўлади.

Сўзакнинг инкубацион даври қиз болаларда ўртача 5 — 7 кунни ташкил этади. Касаллик жинсий аъзолар ва орқа чиқарув тешиги соҳаларида кузатиладиган огрик, ачишиш, қичишиш каби белгилар билан бошланиб, бемор қизнинг умумий ҳарорати кўтарилади, тезтез сийиш, сийганда ачишиш сезгиси безовта қилади. Кичик жинсий лаблар терисида, қин даҳлизи, қиннинг девори, сийдик чиқариш найчаси ва тўғри ичакнинг пастки қисмларида яллигланиш белгилари кузатилади. Бундан ташқари, катта уятли лаблар ва оралнк терисида ҳам қизариш, шишиш каби белгилар намоён бўлади. Жинсий ёривдан оққан йирингли суюқлик жинсий лаблар соҳасида цуриши натижасида саргимтиржигар ранг қаткалоқлар ҳосил бўлади. Цин даҳлизида майда эрозиялар пайдо бўлиши мумкин. Баъзан ўткир яллигланиш жараёни оқибатида қиннинг девори, уретранинг оғзида полипоз ўсимталарнинг ривожланганлигини кўриш мумкин.

Вульвовагинитга дучор бўлган қизларнинг барчасида уретрит белгилари кузатилади: уретранинг ташқи чиқарув тешиги қизарган, шишган ва кенгайган; сийдик йўлининг пастки девори босиб кўрилганда ундан йирингли суюқлик ажралади. Қиз болалар тезтез сийдик ажратиб туради, баъзан сийдигини тутиб тура олмайдилар. Сўзак 3—7 ёшли қизларда бартолинит ва эндоцервицит каби асоратлар бериши мумкин. Бундай ҳолларда бу безларнинг катталашганлигини, чиқарув йўллари соҳасида эса қизил нуқталарни (macula gonorrheica) яққол кўриш мумкин. Бачадон бўйни ^изарган ва шишган. Унинг оғзидан (canalis cervicalis) йиринг суюқлиги ажралиб туради, атрофида эса майдамайда эрозиялар кузатилади. Циз болаларда сўзак диагнозини кўйиш учун Грам усулида ва метилен кўки билан бўялган суртмаларда албатта гонококкларни топиш лозим.

Сўзакни даволаш махсус услубий қўлланма асосида олиб борилади. Мазкур қўлланмага асосан касалликни даволашда антибиотиклар, сульфатшламидлар, специфик ва носпецифик иммунологик дорилар, шунингдек маҳаллий даво препаратлари қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллин тузларн, левомецетин, тетрациклинлар, эритромицин, мономицин ва канамицинлар ишлатилади. Кейинги йилларда сўзакни даволашда цефалоспоринларнинг (цепорин, цефамизин, кефзол, цефуроксим, цефолексин) самарадорлиги текширилди.

Сульфаниламидлардан сульфамометоксин, сульфадиметоксин, сульфатон ва бисептол480 қўлланилади.

Иммунологик даво ўтказилаётганда гоновакцина, пирогенал, продигиозан, аутокон ва витаминлардан кенг фойдаданилади.

Янги ўткир, ўртача ўткир асоратсиз сўзак фақат антибиотиклар билан даволанади. Кўпинча пенициллин ва унинг таъсири узайтирилган ҳосилалари 1^ўлланилади. Бензилпенициллин 300 000 ТБ дан ҳар 4 соатда, бициллинлар 1 200 000 ТБ дан ҳар 48 соатда юборилади, жами 3 млн ТБ.

. Янги торпид ва сурункали асоратсиз сўзакларни даволашда дастлаб иммун даво, сўнгра антибиотиклар билан даво ўтказилади. (пенициллин гуруҳи даво курсига 4,2млн ТБ).

Янги ва сурункали асорат ҳолдирган сўзакларни даволаётганда ҳам дастлаб иммун даво ва сўнгра антибиотиклар қўлланилади. Аммо сўзакнинг бундап мураккаблашган турларида антибиотикларни танлашдан олдин уларга нисбатан гонококкларнинг сезувчанлиги аниқланади. Шу билан бирга асоратнинг турига қараб у ёки бу хил маҳаллий даво ўтказилади (уретрани ювиш, простата безини укалалаш, мойк халтасига (ёрюкда) суспензорий кийгизиш ва ҳоказо). Сульфаниламидлар асосан сурункали асорат қолдирган сўзак билан касалланган беморларда антибиотикларга нисбатан чидамлилиқ ҳолати ёки ноҳуш белгилар кузатилганда ишлатилади.

Яширин сўзакда навбат билан иммун даво ва антибиотиклар билан даво ўтказилади. Бундай ҳолларда бир вақтнинг ўзида икки турдаги антибиотикни қўллаш мумкин (уларнинг гонококкларга нисбатан сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда).

Болалар сўзагини даволаётганда даво чоралари стационар (касалхона) шароитида

олиб борилиши лозим. Цизларнинг янги асоратсиз сўзаги пенициллин (500 000 ТБ дан ҳар 3 соатда юборилади, жами 2 млн ТБ) билан даволанади. Янги асоратли ва сурункали сўзакда пенициллин миқдори 4 млн ТБ гача, эритромицин 6—8 млн гача отказилади. Бирок керакли натижа олиш мақсадида антибактериал давога қадар иммун даво (ёши 4 дан ошган қизларда) ўтказилади. Цин ва тўғри ичак 1 — 2—3% протаргол ёки колларгол зритмаси билан ювиладп. Бачадон бўшгага ихтиолнинг 5—10% глицеринли эртмаси суртилади.

Сўзакка қаршидаво ўтказилгандан 7 — 10 кун ўтгач, беморларда даволанганлик мезони аниқланади. Буни аниқлаш учун қўшма провокация (касалликни сунъий кўзғатиш) усулларида фойдаланилади. Касалликни сунъий кўзғатишнинг қуйидаги турлари мавжуд:

- 1) биологик усул — мушак орасига гоновакцина юбориш, катта ёшдаги кишиларга 0,5 млрд, болаларга 200 млн — 300 млн микроб таиачалари;
- 2) кимёвий усул — 1 — 3% кумуш нитрат эритмаси маҳаллий қўлланилади;
- 3) алиментар усул — ўткир ва юёр таомлар истеъмол қилиш;
- 4) механик усул — уретрага буж киритиш;
- 5) физик усул — турли иситувчи муолажалар ўтказиш.

Қўшма провокация усуллари ўтказилгандан сўнг 24, 48, 72 соат ўтгач 3 марта суртма тайёрланжб, бактериоскопик текширувдан ўтказилади. Шунингдек, экиб ўстириш йўли қўлланилади, простата безининг суюклиги текширилади ва уретроскопия қилинади.

Агар суртмаларда, озиқли муҳитларда, жинсип безлар суюклигида ва сийдик йўлларида касаллик белгилари кузатилмаса, шунингдек гонококклар топилмаса, текширилатган бемор соғлом, яъни бутунлай даволанган деб ҳисобланади.

3. Машигулотишг мақсади.

Талабалар гонококкларнинг микробиологияси ва иммунологик хусусиятлари тўғрисида тушунчага эга бўлишлари, юқиш йўллари ва классификацияси (таснифи)ни билишлари, касалликнинг клиник белгиларини сўзлаб беришлари, асоратларини бирмабир санаб чиқишлари ва даволаш принципларини тушуниб олишлари лозим. Шунингдек, қуйидагиларни ўзлаштириб олишлари лозим:

- а) яллигланиш суюклигидан суртма тайёрлаш;
- б) гонококкларни диплококклардан фарқлаш;
- в) қизлар сўзагининг диагностикаси.

4. Уйга вааифа:

- а) гонококклар қандай аъзоларни кўп зарарлайди? Сабабини тушунтиринг;
- б) сўзак бипаи бир неча марта касалпаниш мумкинми?
- в) сўзак классификациясининг замирида нима ётади?
- г) қизлар сўзагининг моҳияти тушунтиринг;
- д) касалликни сунъий кўзғатишнинг қандай усуллари биласиз? Амалий аҳамиятини тушунтиринг;
- е) касалликдан тузалганлик мезони қандай аниқланади?

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. «Руководство по детской дерматовенерологии» Л., 1983.

«Венерические болезни» (0. Шапошников таҳрири остида). М., 1991. 289—324, Инструкция по лечению и профилактике гонореи М. 1988.

Н. М. Овчинников ва бошқалар. Лабораторная диагностика заболеваний передающихся половым путем. М. 1987. 30—44бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмун	Ишнинг мақсади
1. Шаҳар таносил касалликлари диспансерига бориш;	а) сўзак билан оғриган бэ(морл'а(рг;а дерматологик статус (бўлим) ёзпш;	а) сўзак бўлган беморларга касаллик тарихни ёзишни ўрганиш;
а) сўзакка дучор бўлган беморлар билан танишиш;	•1) кузатилган биологик суюқликлардан суртма тайёрлаш;	б) сўзакнинг лаборатория диагностикасини ўрадаштириш;
б) захмга учраган бйморлар билан танишиш;	в) микроскоп остида гонококкларни диплококклардан ажратиш;	в) захм бўлган беморларга касаллик тарихини ёзишни ўрганиш;
	г) беморлардан олинган маълумотлар асосида дерматологик қисмни ёзиш;	г) захмнинг лаборатория диагностикасини ўрганиш;
	д) микроскоп остида рангпар спирохеталарни аниқлаш;	
в) серологик лаборатория билан танишиш.	е) серологик реакциялар техникаси билан танишиш.	д) захм оеродиагностикасини ўзлаштириш.

Э с л а т м а: Еттинчп маршрут таносил касалликларж бўйича ўтказилган охириги мавзу бўлганлиги ва институт дерматологик клиникасида венерологик беморлар бўлмаганлиги сабабли талабалар шаҳар теританооил касалликлари диспансерига борганларпда аниги вақтда сўзак ва захм бўлган беморлар билан ҳам танишадплар. Шунингдек, серологик реакциялар қўйиш техникаси бўйича маълум тасаввурга эга бўлиб қайтадилар.

8 МАШҒУЛОТ

1. Машгулотнинг мавзуси. Пиодермитлар (терининг йирингли касалликлари).
2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Терининг йирингли касалликлари (пиодермитлар). Катталар ва болаларнинг тери касалликлари ичида энг кўп тарқалгани пиодермитлардир, улар дерматозларнинг 25—60%ини ташкил этади. Маълумки, одам терисида деярли барча ҳолларда стафилококклар мавжуд бўладж. Стрептококклар кўпчилик кишиларнинг терисида, айниқса тери бурмаларида топилади. Ана шу йирингли кокклар (пиококклар) цўзгатадиган терининг йирингли яллигланиши пиодермитлар деб аталади.

Пиодермитларнинг пайдо бўлиши ва ривожланиши ташқи (экзоген) ва ички (эндоген) омилларга боғлиқ. Ташқи омилларга терининг ифлосланиши, ҳар хил кўзга кўринмас таъсиротлар (майда шикастлар), терининг ишқаланиши ва шилинпши, терининг совуқ олишж ёки ҳаддан ташқари исиб кетиши мисол бўла олади. Айниқса катта ёшдаги кишиларга хос касбга алоқадор ифлосланишлар: бензин, керосин, ёғловчи суюқликлар, оҳак, бўёқ ва локлар пиодермияга энг кўп сабаб бўладиган омиллардир. Ёш болаларни ҳаддан ташдари ўрабчирмаш ёки совуқ олдириш, ювинтириш коидаларига риоя қилмаслик. энди тугилган чақалоқларда эса киндик яраси, терлаш, тер ва ёр безлари фаолиятининг бузилиши шундай касалликларга сабаб бўлади.

Пиодермиянинг ривожланишида маълум аҳамият касб этадиган ички омиллардан

қуйидагиларни кўрсатиб ўтиш мумкин: гиповитаминоэлар (А, С), ошқозоничак фаолиятининг издан чиқиши, модда алмашинувининг бузилиши, стероид препаратлар ва иммунодепрессантларни узоқ муддат қабул қилиш ва ҳоказолар. Йирингли коккларга нисбатан иммунитет қисқа муддатли бўлади ва кўпинча унинг тўсқариси — аллергия реакциялар рўйбга чиқади.

Пиодермитларнинг ягона, кўпчилик эътироф этадиган таснифи йўқ. Кўпинча уларни қўзғатувчи сабабларига қараб, стафилодермияларга (стафилококклар ёзғатадиган тури) ва стрептодермияларга (стрептококклар қўзғатадиган тури) бўладилар. Болаларда стрептодермиялар стафилококкларга нисбатан кўпроқ учрайди. Фақат янги тугилган чақалоқлардагина аксарият ҳолларда стафилодермиялар кузатилади.

Стрептодермиялар қўзғатадиган пиодермиялар терининг юзаки қаватларини зарарлайди. Аммо, бу юзаки жойлашган тошма элементлари тез тарқалувчан бўлади ва пирингли жойлар тез катталашига мойил бўлади. Стрептодермияларнинг асосий клиник белгиси сероз йирингли суюқлик билан тўлган пуфакдир. Бунда пуфак пардаои жуда юпка ва тез йиртилувчан бўлади, четларп осилиб туради. Бундай тошма элементи фликтена деб аталади. Стрептодермияларда кузатиладиган йирингли пуфак ва пуфакчалар тери сатҳи бўйлаб тез тарқалишга мойил бўлганлиги сабабли халқ орасида сачратқп деган ном билан юритилади. Сачратқида пуфак ва пиринглар эпидермис бағрида жойлашади. Ана шу сабаблп ўткир яллирланиш белгилари кам ривожланган бўлади. Унинг баъзи турларида эса (масалан, хушки, яъни оддп темиртки) яллиғланиш белгилари деярли кўринмайди. Стрептодермияларда тошма элементлари сўрилиб йўқолгач, ўрнида вақтинчалик пигментли доғ қолади.

Стафилодермияларда кузатиладиган яллиғланиш ўчоқлари кўпинча соч толалари, тер ва ёр безларининг атрофида жойлашади. Яллиғланиш йирингли ва йиртгаглинекротик табиатга эга бўлиб, чуқур ўзгаришлар билан кечади. Асосий тошма элементи йиринг ва* йирингчалардир. Улар ярим айлана шаклида бўлиб, пуфак пардаси қалин, ичи қуюқ ва саргимтиряшил рангли йиринг билан тўлган. Стафилодермияларда кузатиладиган тошма элементлари терида чуқур ўрнашади. Улар дерманинг пастки қатламларп ёки тери ости ёғ қаватпда жойлашган ҳолларда чандик ёки чандикли атрофия кузатилади. Баъзан стафилодермиялар терининг юзаки қаватларини зарарлантириши билан чекланиши мумкин. Бунда тери ортиқларининг зарарланиши кузатилмайди. Масалан, энди турилган чақалоқларда кузатиладиган стафилодермияларда касаллик юзаки пуфаклар пайдо бўлиши билан ўтади. Тер безлари ва соч толалари зарарланади. Бундан сохта чипқон ва везикулопустулёзлар пастисно. Стафилодермиялар бемор организмнинг умумий ҳолатига ҳам таъсир этиб, умумий ҳароратнинг кўтарилиши, эма олмаслик, ҳолсизлик каби белгилар ҳам явдол намоён бўлади. Кўпинча сепсис билан асоратланади.

Стафилодермиялар ичида кўп тарқалгани сизлорич (фолликулит), чипқон (фурункул) ва сув чипқон (гидраденит)дир. Шунингдек хўппоз (карбункул) ва йирингли хуснбузар (сикоз) ҳам учраб туради. Ёш болаларда эса сув чипқон (перипорит), юкумли яра (чақалоқ болаларнинг эпидемик пуфак яраси), сохта чипқон (псевдофурункулез), баргсимон кўчадиган дерматит (эксфолиатив дерматит) каби турлари кўп кузатилади.

Сизлогич. Соч толаси қинининг йирингли яллирлапиши фолликулит дейилади. Дастлаб терида пушти ёки кизил тугунча пайдо бўлиб, у тезда йиригча (пустула) га айланади. Одатда йирингчанинг ўртасида соч толаси кўриниб туради. Орадан 3—4 кун ўтгач йирингча қуриб, усти қатқалоқ билан қопланади, сўнгра у (crusta) дичишиб кўчиб тушади ва ўрнида шилиниш (erosio) пайдо бўлади. Маълумки, ёш безларининг чиқарув тешиги сочнинг толасига очилади. Шу сабабли соч толасишишг йирингли яллиғланиши ёш безлари чиқарув йўлининг ҳам қилинишига олиб келади. Бу ҳол остеофолликулит дейилади.

Чипқон. Соч толаси ва унинг атрофидаги бириктирувчи тўқимашшг йиринглинекротик яллиғланиши фурункул, яъни чипқон дейилади. Одатда чипқон фолликулит ёки остеофолликулитдан бошланади. Бу жараён ривожланиб, атрофдаги

тўқима йиринглайди, сўнгра бнриктирувчи тўқима элементларининг нобуд бўлиши натижасида некротик чиқиндн ҳосил бўлади. Бунда терида кузатилган остеофолликулитнинг атрофи кизариб гаишади, кучли огриқ пайдо бўлади. Мадда тўплаиши натижасида дизарган тери кўкаради ёки тўқ қизил ранг олади. Сўнгра ҳосил бўлган тугуннинг ўртаси юмшаб билқиллай бошлайди, ниҳоят тешилиб йирингли мадда ажралиб чиқа бошлайди, шундан сўнг огриқ камаяди. Шу йўсинда яра ҳосил бўлиб, бу жараён енгил чандиклапиш билан тугайди.

Сув чипқон. Апокрин тер безларининг йирингли яллирланиши гидраденит дейилади. Дастлаб тери остида катталиги нўхатдек келадиган ориқли тугунлар (ёки тугун) пайдо бўлади. Сўнгра тугун катталашиб ҳажми ёнғокдек бўлади. Тугун устидаги тери яллирланиб юпкалашади, ранги қизил, тўқ қизил, кўкимтир қизил ва ниҳоят ёрилади. Ундан ноҳуш ҳидли йиринг кўп мжқдорда ажралиб чнкади. Баъзан сув чипқон ёрилмаслиги мумкин. Вактида бошланган даво натижасида тугун юмшаб кичрая бошлайди ва сўрилиб кетади.. Гидраденит эркак ва аёлларда балогат ёшига етгандан сўнг кузатилиб, кўпинча қўлтиқ остида, орқа чиқарув тешиги атрофида, катта уятли лаблар соҳасида учрайди.

Юкумли яра. Мазкур яра чақалок ҳаётининг 3—4 кунларида, яън тугруқхонада пайтидаёқ бошланади. Касаллик асосан тилла ранг стафилококклар томонидан кўзғатилиб, уларнинг юкумлилик даражаси юқоридир. Тугруқхоналарнинг яхши иситилмаслиги ёки елвизакка йўл қўйилиши, шунингдек тиббий ходимларнинг санитариягигиена қоидаларини бузишлари, шахсий гигиенага риоя қишмасликлари оқибатида касаллик ривожланади. Бу дардни «эпидемик пуфак яраси» ҳам дейилади. Бу касалликда дастлаб югсқа пардали пуфаклар (фликтена дейилади) пайдо бўлади. Пуфак бўшлигида аввал сероз суюқлиги, сўнгра йиринг ҳосил бўлади. Пуфак атрофидаги тери кизаради, баъзан шишади. Орадан бир неча кун ўтгач пуфак пардаси ёрилиб яллигланиш суюқлиги чиқиб кетади ва ўрнида нам эрозия (шилиниш) қолади. Шилиниш эпителий тўқимаси билан қопланиб, яра битиб кетади, жараён мана шу йўсинда тугайди. Юкумли яраинг ширинчадан фарқи шуки, «эпидемик яра»да пуфак пардасининг қуриши натижасида қатқалсқ ҳосил бўлмайди. Парда нам давридаёқ кўчиб тушиб кетади. Тошма кўпинча терининг корин, елка, қўлоёқлар соҳасида ва тери бурмаларида жойлашади. Сон жпҳатидан бириккита, баъзан бутун баданга таркалиб кетадиган кўп сонли бўлиши мумкин.

Агар юкумли ярага дучор бўлган гўдакларга пневмония (зотилжам), отит каби касалликлар қўншлса, йирингли яллигланиш зўрайиб бичилишга айланиш мумкин. Баъзан йирингли сепсис шаклланади. Юкумли ярани захм ярасидан фарқ қилиш лозим. Захмда пуфаклар қўл кафти ва оёқ кафтида кўпроқ жойлашган бўлади. Пуфакнинг остидаги мадда даттик; бўлади. Шунингдек беморда турма захмнинг бошқа белгилари ҳам кузатилади. Пуфак суюқлигидан эса рангпар трепонемалар топилади.

Сохта чипқонлар (псевдофурункулез). Касаллик гўдак ҳаётининг биринчи 3—4 ойларида кўпроқ кузатилади. Касаллик эккрин тер безларининг йирингли яллирланиши билан ўтади. Бунда ёг безлари ва соч толаси зарарланмайди, ана шунинг учун ҳам «сохта чипқон» дейилади. Тошмалар бошнинг энса соҳасида, бўйин териси, қўлоёдлар ва думба соҳасида кўпроқ жойлашади. Пайдо бўладиган тери юсти тугунларининг катталиги ўрмон ёнғогидек бўлиб, ранги тўқ қизил, баъзан кўкимтир қизғиш тус олади. Сўнгра тугунларнинг ўртаси юмшаб, тешилади ва ундан йиринг оқа бошлайди. Асл чипқондан яна бир фарқи шуки, уларда некротик «ўзак» кузатилмайди. Сохта чипқонни перипоритлар (везикулопустулез)дан ҳам фарқлаш лозим. Бу касалликда тер безларининг чиқарув тешигигина йирингли яллигланади, шу сабабли енгилроқ кечади.

Сохта чипқон жиддий касалликдир. Бунда гўдак болаларнинг ҳарорати 38—39°С гача кўтарилади, беморнинг иштаҳаси йўқолади, ориқлай бошлайди, диспепсия кузатилади, гипотрофия шаклланади. Гўдакнинг жигар ва талови катталашishi мумкин. Қонда анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошади ва соатига 30—40 мм га етади. Сийдикда оксил,

лейкоцитлар, эритроцитлар ва цилиндрлар топилади. Қисқаси сепсис ҳолати кузатилади, шу сабабли тез даво чоралари ўтказишни талаб қилади.

Ёш болалар сув чипқони (перипоритлар) чакалоқ ҳаётининг 3\5 кунларида ривожланади. Касаллик белгилари бошни^г сочли қисмида, бурмалар соҳасида, дўл ва оёқларда пайдо бўлиб, асосан йирингчалардан иборат бўладп. Элементлар атрофидаги терида яллиғланиш белгилари кўзга ташланади. Йиринглар кўп сонли, улар кетмакет пайдо бўлади. Янгилари пайдо бўлиши билан бир қаторда эскплари куриб қотаверади. Қатқалоқлар остида бир вақтнинг ўзида эпителийланиш жараёни кузатилади. Гистологик жиҳатдан сув чипқонда эккрин тер безларининг отзида яллирланиш кузатилганлиги туфайли бу касаллик перипорит ҳам дейилади. Мазкур дерматоз асоратспз кечганда ўрта ҳисобда 3 — 10 кун давом этади, умуми^п ҳароратнинг унча юқори бўлмаган кўтарплиш (субфебрилитет) билан ўтади. Баъзи болаларда оғир кечиши мумкин. Бундай ҳолларда тер безларининг атрофини мадда бойлайди, безнинг барча^г исмлари зарарланиб, йири^гли ўчоқлар шаклланади. Жараён ҳам чуқур тўкималарда, ҳам тери сатҳи бўйлаб тарқалиши мумкин. Стафилококклар гематоген ва лимфоген йўллар билан тарқалиб, ички аъзоларни, суяк системасини зарарлайди. Натия^гда септикопиемия ҳолати ривожланади. Сув чипқон пневмония, отит ва камқонлик (нормохром ва ги^гохром) каби асоратлар қолдиради. Перипоритлар янги тугилган чакалоқларда кузатиладиган стафилодермияларнинг энг кўп учрайдиганидир. Барча стафилодермияларга нисбатан 33% ни ташкил этади.

Баргсимон кўчадиган дерматит прагалик педиатр Риттер фон Риттерсгайн томонидан 1878 йилда тасвирлангани учун Риттер дерматити ҳам дейи^гади. Терининг зарарланган соҳаларида тилла ранг стафилококклар топилади, бу кокклар 33% ҳолларда қонда ҳам аниқланган. Юкумли яра билан Риттер дерматити ўртасида узвий боғланиш бор. Баъзи олимлар Риттйр касаллиги юкумли пуфаксимон яранинг кейинги босқичи деб ҳисоблашади. Касалликнинг дастлабки белгилари пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланади, сўнгра пуфаклар ёрилиб, каттакатта эрозия ўчоқлари пайдо бўладя. Улар бири бири билан кўшилиб, маълум бир соҳани эгаллайди. Тери кучсиз механик таъсиротлар натмжасида кўчиб туша бошлайди. Кўчжб тушаётган тери пилакчалари баргни эслатгани учун у баргсимон кўчадиган дерматит номини олган. Тугруқхоналарда юкумли яра эпидемпк тус олган иайтларда Риттер дерматитига эиг запф чакалоқлар чалиниб қоладилар. Чакалоқнинг ёши билан касалликнинг кечиши ўртасида маълум боғланиш бор: дерматам чакалоқ ҳаётининг 3—5 кунларида бошланса оғир ўтади. Ҳаётининг 3 ҳафтасида Риттер касаллигига чалинган чакалоқларда эса у энгил ўтади.

Мазкур дерматозда кузатиладиган кўн сонли эрозия ўчоқлари, терининг ўткир қизаришп, кўчиб тушаётган тери соҳаларидаги тери пўстлари четларининг қайрилиб ва осилиб туриши, терининг кўкимтирқизғиш рангли бўлиб «пишиб қолгандек» кўриниши худди қайноц сувга пишиб қолган чакалскқ терисини эслатади. Бола терисининг зарарланган соҳаларига беҳосдан тегпб кетиш ҳам тершшнг баргсимон кўчпшига сабаб бўлади (Никольскийнинг мусбат белгиси). Бувдац беморларда киндик яраси битмаган, балки яллигланган (омфалит дейплади) бўлади.

Баргсимон кўчиб тушадиган дерматитга чалпнган чакалоқларшшг умумий аҳволи оғир, исптмаси 39—40°С гача чидади. Уларшшг кўпчнлигида интоксикация белгилари ривожланади, кейпнчалик сепсис ҳолати кузатилади. Ошқозоничак системасининг фаолияти издан чиқади, тана оғирлиги қиска муддат ичида камайиб боради. Қондаги ўзгаришлар: лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гипохром камқонлик, ЭЧТ ошиши, гипопротеинемия, гипохолестеринемия ва бошқа белгилар касал чакалов; аҳволининг оғирлашаётганидан дарак беради. Баъзи болаларда пиелонефрит ривожланиши мумкин. Риттер дерматитида куйидаги асоратлар: шиллик қаватлар кандидози, пневмошш, тери остида йнрингли ўчоқлар пайдо бўлишп, отит, йирпнгли конъюнктивит ва бошдалар кўп кузатилади. Касалликнинг оғир ва асоратлар билан кечпши чакалоқнинг нобуд бўлишига олиб келади.

Стрептодермияларнинг энг кўп учрайдиган ва диққатга сазовор турлари пшринча (импетиго), кўзюра (эктима), хушки (куруц стрептодермия) ва сарамас (рожа) хисобланади.

Стрептококкли импетиго (ширинча) терининг энг кўп тарқалган йирингли касалликлари қаторига киради. Бу касалликда терида аввал яллиғланган дог (эритема) пандо бўлади, сунгра юмшоқ, пуфак (фликтена) ривожланади. Пуфакшиг атрофи цизариб, хажми катталашиб •боради. Пуфак очилиб, суюклиги чикқач кўкимтир саргиш катқалок ҳосил бўлади. Цатқалод кўчиб тушиб тери •битади, бунда атрофия &ки чандик ҳосил бўлмайди. Тошмалар кўпинча очик соҳаларида (юз, кўл) учрайди. Баъзан пуфаклар юзни бутунлай қоплаб олади, йиринглисероз суюклик оқиб туради. «Ширинча» номи ана шундан келиб чикқан.

Кўзюра (вульгар эктима) стрептодермияларнинг яра ҳосил қиладиган туридир. Аввал пуфак ва йирингча пайдо бўлади. Бироқ, бу икки тошма чуқур жойлашган •бўлади. Кўзюрада кузатиладиган пуфаклар (фликтена) тери пўсти остида жойлашган бўлиб, яллиғланиш жараёни бутун дермани эгаллаб олади. Пуфаклар ва йирингларни қоплайдиган цатқалод очилгандан сўнг чуқур яра ҳосил бўлади. Бу яранинг туби тери ости ёг қаватигача «тади, «кўзюра» деб аталиш сабаби ҳам ана шундан. Ярашиг шакли айлана ёки овалсимон, четлари маддалаган, тубидан шиллиқлийиринг ажралиб туради, баъзан конайди. Кўзюранинг чипкондан фарқи яра чуқур жойлашган бўлишга 5қарамасдан деярли огримайди, ичида ўзаги йўқ. Ширинчадан фарқи шуки, касаллик секин ривожланади, яранинг туби йирингдан тозалангач чандикланади. Ширинча эса ўткир кечади, яра ва чандиклар ҳосил бўлмайди. Кўзюра захм яраси (захм экимаси)дан ҳам фарқ қилиниши зарур. Захмда яраларнинг чети қаттиқ, асосида тўпланган мадда ҳам қаттиқ. Колаверса захмга хос бошка белгилар ва серологик реакцияларнинг жавоби уни кўзюрадан фарқлашда ёрдам беради.

Хушки (оддий темиртки). Стрептодермиянинг курук клиник кўринишидир. Бунда пуфак ва йиринглар пайдо бўлмайди, тошма намланмайди. Касаллик мактабгача ва мактаб ёшдаги болаларда кўп учрайди. Бунда юзнинг ёноқ соҳасида, пастки жаг терисида яллиғланмайдиган доғлар пайдо бўлади. Бундай доғлар баданда, кўл ва оёқларда ҳам кузатилади. Доғлар айлана ва овал шаклида бўлиб, катталиги нўхатдек, бир тийинлик чакадек, баъзан ундан ҳам катта бўлиши мумкин. Четлари чегараланган, оқимтир, қизгимтир рангли, ёки кул ранг. Доғларнинг барчаси майда кипиклар билан қопланган. Айнқса териси ^орамтир болаларда оқариб кўринади. Кўпинча баҳорда ва кузда пайдо бўлиб, даволанмаса ҳам йўқолиб кетади, бироқ яна пайдо бўлади. Кипиклар билан қопланган ва яллиғланмайдиган бу доғлар кепаксимои темирткини эслатади. Аммо Бальцер синовининг манфий жавоби ва замбуруғларнинг йўқлиги касалликнинг аниқ табиатини аниқлашда ёрдам беради. Даволанган хушки песни эслатади. Чунки кишн^лардан тозаланган бу oi^ домар беморларни ва отаоиларини жуда ташвишга солади. Бироқ касалликнинг фаслга алоқадор кечиши, ўзига хос жойяашиши уни песдан фарълашда ёрдам беради.

Терининг йирингли касалликларни (стрепто ва стафилодермияларни) даволашда антимикроб дорилар: антибиотиклар, сульфаниламидлар кенг ^ўлланилади. Антибиотиклардан пенциллин гуруҳи, тетрациклин гуруҳи кўпроц наф беради. Таъсир муддати узайтирилган сульфаниламидлардан сульфадиметоксин, сульфомонометоксинлар йирингли тошмаларнинг тезроқ сўрилиб кетиши учун ёрдам беради. Юдумли яра, сохта чипцоя каби сепсисга сабаб бўлувчи пиодермитларни даволашда қон ёки унинг зардобини қуйиш, шунингдек полиглюкин, гемодез каби суюқликларнинг томчилаб :куйилиши интоксикацияни пасайтиради. Сурункали давом этиб, қайталаниб турадиган пиодермитларда специфик иммун даво яхши натижалар беради. Улар (стафилококкли вакцина, анатоксин ва антифагин) махсус к;оида асосида тери остига юборилади. Пиодермитларнинг (айниқса чипқон, сув чипқон) кечиккан турларида жарроҳлик усулларины в;ўллаш асқотади.

Терининг йирингли касалликларши маҳаллий даволашда терида кузатиладиган

жараёвнинг табиатига ва пиодермитнинг турига қараб даволашга турлича талаблар қўйилиши лозим. Жумладан, сувланиб, йирингли сўюқликлар билан намланган ҳолларида яллиғланиш ўчоқларини бактерияцид суюқликлар (резорцин, риванол, Алибур суюқлиги, калий перманганат) билан ювиб тозалаш зарур. Сўнгра антибиотикли малҳамлар суртиш мумкин. Пуфаклар жойлашган соҳаларда эса дастлаб пуфаклар кесилиб, яллиғланиш суюқлиги чиқарилади. Кейин Кастеллани эритмаси ёки метилен қўки эритмаси билан ишлов берилади. Ҳали кесилмаган тугунлар ва маддалар ихтиол, нафталан малҳамлари ёрдамида юмшатилиб мадданинг сўрилиши учун имконият яратилади. Терининг сезувчанлиги ошиши билан кечадиган пиодермитларда таркибда антибиотиклар сақланадиган стероид малҳамларни (гиоксизон, лоринден С) қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Янги тугилган чақалоқларда кузатиладиган пиодермияларни даволаш муҳим ва масъулиятли вазифадир. Шифокорпедиатрлар ўз меҳнат фаолиятида, айниқса Утрептодермиялар ва етафиаодермияларнинг турли туман асоратланган хилларини учратадилар. Пиодермияларнинг бундай оғир формалари даво чораларини ўша заҳотиёқ бошлашга ундайди. Энди тугилган чақалоқларда пиодермияларни (айниқса стафилодермияларни) даволаш комплекс олаб борилиши лозим. Касалликни қўзғатувчи микроорганизмларга қарши курашиш билан бирга чақалоқ организмнинг қаршилиқ қўрсатиш қобилиятини оширувчи препаратларни буюриш ўлим хавфининг олди олиди. Шунингдек функционал ўзгаришларга қарши кураш ва модда алмашинувида кузатиладиган нуксонларни тўлдириш касаллик ва унинг асоратларини тезда бартараф этишга ёрдам беради. Пиодермияларга дучор бўлган чақалоқларни она сути билан боқиш (оналарини эса оксил, углевод, ёғ, витаминлар ва микроэлементларга бой озиқовқат маҳсулотлари билан боқиш) даволашнинг асосий талабларидан бири ҳисобланади.

Беморларга антибиотиклар буюрилганда касаллик қўзғатган микроорганизм турлари ва аниқланган штаммларининг антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш муҳим амалий аҳамият касб этади. Кейинги йилларда пенициллин ва тетрациклин гуруҳларига нисбатан чидамлилиги юқори бўлган стафилококклар штаммлари кўпайиб бормоқда. Аммо, оғир ва асоратлар билан кечадиган пиодермияларда бактериологик текширув натижаларини кутмасдан ўша заҳотиёқ ярим синтетик пенициллинлар гуруҳини (мэтициллин, оксациллин, диклоксациллин) қўллаш лозим. Бу тadbир чақалоқ аҳволини енгилаштириш билан бирга ривожланаётган сепсиснинг олдини олиди. Жумладан, Риттер дерматитида пенициллинларнинг юборилиши «эпидермалитик» токсинлар ҳосил бўлиши тўхтатади. Чақалоқларга антибиотиклар мушак орасига, лозим бўлса томир ичига юборилиши лозим.

Умумий таъсирга эга бўлган, организмнинг қаршилиқ қўрсатиш қобилиятини оширувчи доривоситаларидан гаммаглобулин, стафилококка қарши гаммаглобулинилар ва полиглобулинлар яхши наф беради. Улар даво курси Аюбайнида 2—3 марта юборилиши лозим. Стафилококка қарши плазма юбориш (хар 1 кг тана оғирлигига 5—8 мл дан 3 — 5 марта 2—3 кунлик танаффус билан) ҚОЕдаги стафилококкларнинг қилишига олиб келади. Токсикоз ҳолатига қарши курашда 5—20% ли глюкоза гемодез, альбумин, плазма, полиглобулин каби суюқликларни қўтилган натижаларни беради. Маълумки, антибиотикларни узок муддатга қўллаш, шунингдек ичакларнинг стафилококклардан зарарланиши дисбактериоз ҳолатини келтириб чиқариши мумкин. Бу ҳол сохта чипқон ва Риттер дерматитига дучор бўлган ёш болаларда кўпроқ кузатилади. Бифидумбактерин, лактобактерин каби ферментли препаратлар эса ана шу дисбактериозни 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 курси 2 ҳафтани ташкил этади.

Маҳаллий даво индивидуал олиб борилиши лозим. Перипоритларда йирингли пуфаклар тоза игна ёрдамида очилиб, сўнгра анилини бўёқлари билан ишлов берилади. Айниқса Кастеллани суюқлиги, метилен қўки каби эритмалар кенг қўлланилади. Ўчоқлар

курий бошлагач, рух оксиднинг тальк аралашмаси (5 —10%) упу кўринишида сепилади. Сохта чипқон элементлари эса скальпел ёрдамида мунтазам равишда цирқиб олинади. Очилган чипқон ўчоқларига спиртли дезинфекцияловчи эритмаларни суртиш эпителийланиш жараёнини тезлаштиради.

Физиотерапевтик усуллардан ультраукори частотали электр майдони билан даволаш (5—8 даво сеанси) йирингли ўчоқларнинг сўрилишига сабаб бўлади. Касаллик тузалиш арафасида ультрабинафгаа нурлари билан нурлантириш (15—20 сеанс) йирингли ўчоқларшгаг асоратсиз битишига ва чадалоқ организми умумий ҳолатининг яхшиланишига олиб келади.

Юкумли яра аниқланган чақалоқлар бошқа болалардан 'ажгратилиб, алоҳида хоналарга жойлаштирилмют) лозим. Тугруқхоналарда юкумли пуфаксимон яранинг эпидемик тарқалиши мазкур турруқхонанинг вақтинчалик ёпиб қўйилишига сабаб бўлади.

3. Машғулотнинг мақсади.

Пиодермитларнинг сабаблари, уларнинг ривожланишида ташки ва ички омилларнинг ахамияти, клиник турларини санаб бериш талабалар олдига қўйиладиган биринчи вазифади. Талабалар чипқонни ҳўппоз ва сохта чипқондан, йирингли ҳуснбузарни оддий ҳуснбузардан, юкумли ярани ' захм ярасидан, ширинчани кўзйарадан ажрата олишлари лозим. Шу билан бир каторда стафилодермиялар ва стрептодермияларнинг даволаш йўллари айтиб бера олишлари керак. Улар қуйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари лозим:

- а) эмизикли болаларда кузатиладиган пиодермияларни аниқлаш ва даволаш;
- б) пиодермитларнинг жиддий асоратлари кузатилганда зудлик билан тиббий ёрдам кўрсатиш чораларини билиш; в! пиодермитларнинг барча турларда маҳаллий даво ўтказишни ўрганган бўлишлари; г) болалар богчалари ва мактабларда йирингли касалликларнинг олдини олпш чораларини ўзлаштирган бўлишлари лозим.

4. Уйга вазифа: — чипқоннинг фолликулитдан фарқини антиб беринг.

нега гидраденит чақалоқларда кузатилмайди?

юкумли ярани захм ярасидан ажратиб турадиган белгиларни айтиб беринг.

стрептококклар кўзгатадиган эг;тима нега «кўзйара» деб аталади?

пиодермитларнинг кайси турларида жарроҳлик даво усуллари цўлланилади?

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Болалар дерматовеиерологиясидан қўлланма. Л. 1983.

Ю. К. Скрипкин. Тери ва тапоснл касаллпкларп. М., 1970. 124—162бетлар.

5. Талабаларюшг ўз устида ишлаш режаси.

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Итнинг мацсди
1 Пиодермитлар бтглап даволанаётган болаларнинг касаллик тарпхини ўрганиш;	а) анамнез ва эпидемиологик анамнез йигиш; Г) дастлабви: ташхис асосида мазкур касалликни дарсликдан мукамал ўрганиш; в) ттлодермияларга хос бўлган тошмалар билан танишиш; г) топшадарнп фарқ- лаш асосида пиодермиянинг туринп аниқлаш.	а) дастлабки ташхис кўппш, ўхшаш касаликлардан фарқлаш:

2. Бемор болалар ва уларшг ка саллик тарихиш! ГУРУХ билан бир га муҳокама ки лиш.

а) беморнинг дастлабки ташхисини муҳокама килшп;

б) тошмалардинг ту р:ига аниқлпк киритиш;

в) беморга даво ре?ка сипп тузиб, упи муҳо кама йўлн билан тас цик.лаш.

а) беморга диагноз кўйиш;

б) тузилган даво режаларини тўғринотўғрилигини текшириш;

в) талабаларнинг пиодермитлар соҳасидаги билимларжпи отнириш.

9 МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Дерматитлар. Терининг аллергия касалликлари (гуш, пейродермит, кичима, эшакем). 2 Мавзунинг қисқача мазмуни.

Дерматитлар. Терининг эпидермис ва дерма қаватларининг яллирланиши дерматит деб аталади. Дерматитлар ташки ва ички манбаларнинг салбий таъсири натижасида шаклланади. Ташқи таъсирловчи манбалар шартли ва шартсиз бўлиши мумкин. Шартсиз (облигат) манбалар териға маълум куч билан, аниқ вақт ичида таъсир этганда терининг яллигланиши юзага келади. Ўткир кислоталар ва ишкорларшгсг териға томиши натижасида ҳосил бўлган эпидермис ва дерма қаватларининг ўткир яллигланиши бунга мисол бўла олади. Бу ҳял дерматитлар оддий дерматитлар деб аталади. Шартли (факультатив) таъсирловчи манбалар эса қатор патогенетик шароитлар мавжуд бўлган тақдирдагина тери яллиганишини келтириб чи^аради Шу туфайли буидай дерматитлар мазкур таъсирловчи моддага нисбатан организмнинг сезувчанлиги ошган шахслардагина пайдо бўлади. Демак, шартли таъсирловчилар бир марта таъсир этганда терининг яллигланиши кузатилмайди. Чункк тери сезувчанлигининг ошиш ҳодисаси ҳали шаклланиб улгурмаган бўлади. «Вьетнам бальзами» ни бир неча марта териға суртиш натижасида ҳосил бўлган тери яллигланиши бунга мисолдир. Бу хил дерматитлар аллергия дерматитлар деб аталади.

Агар оддий дерматитларнинг ҳосил бўлишига ташки манбалар сабаб бўлса, аллергия дерматитларнинг шаклланишида эса ички манбаларнинг аҳамияти катта.

Жумладан, овқат ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари (гепатит, гастрит, энтероколит ва бошқалар) аллергия дерматитларнинг ривожланишини тезлаштириб юборади. Мазкур касалликларга ҳали дучор бўлмаган беморларда, айниқса ёш болаларда ичаклардаги сўрилиш жараёнининг сусайиши (malabsorbcion syndrome) муҳим патогенетик роль ўйнайди.

Шунингдек, асаб системаси ва ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, модда алмашинувидаги ўзгаришлар ва иммунологик бузилишлар ҳам маълум аҳамият касб этади.

Амалий дерматологияда оддий ва аллергия дерматитлар тушунчаси кенг қўлланилади.

Оддий дерматитлар. Оддий (артифициал) дерматитларда териниГ^зарарланигаи фақатгина ташқи таъсиротлар таъсир этган жойдагина кузатилади. Буяда яллигланишга сабаб бўлган омилларнинг таъсир даражасига караб зарарланган соҳа терисида қизарпш ва птиш пайдо бўлиши (эритематоз дерматит) ёки тери қизарган н^ойда пуфак ва пуфа!хчалар юзага келиши мумкин (буллёз дерматит). Шунингдек, яллигланиш жараёни яра пайдо бўлиши ва терининг нобуд бўлиши (некроз) билан кечиши мумкин (некротргк дерматит). Бошқача қилиб айтганда, оддий дерматитда яллигланиш жараёни одатда ўткир ўтади. Бирок ёш болаларда оддий дерматитлар

кийимкечак ва пойабзалнинг, шунингдек паст ва юкорй ҳароратнинг узоқ вақт давомида таъсир этиши натижасида ҳам шаклланади Бундай оддий дерматитлар сурункали кечади. Сурункали давом этадиган оддий дерматитларда ҳам терининг қизариши, шишиши ва сувчираши, пуфак, пуфакча, шилиниш ва эрозия каби белгилар пайдо бўлади. Аник йиғилган анамнез, жумладан, териға таъсир этган омилларни аниқлаш уни аллергик сурункали дерматитлардан ажратишда ёрдам беради.

Аллергик дерматитлар. Бундай дерматитларнинг клиник белгилари асл полиморфизм билан таърифланади. Бунда терининг яллиғланиш реакцисы яллиғланган дор (эритема), пуфакчалар, тугунчалар ва сувчираган соҳалар шаклланиши билан ўтади. Терининг яллитланишига сабаб булган омилнинг туриға қараб тоншаларнинг тури ва табиати турлича бўлиши мумкин. Масалан, овқат маҳсулотларининг сенсбилизацияси натижасида шаклланган аллергик дерматитларда кўпинча пушти рангли эритемалар ва пуфакчалар пайдо бўлса, доривор моддалардан пайдо бўлган аллергик дерматитларда эса йириккиртк пуфаклар ва геморрагик доғлар кўй кузатилади.

Умуман олганда аллергик дерматитларнинг икки тури тафовут отилади: контакт аллергик дерматитлар (КАД) ва токсик аллергик дерматитлар (ТАД). Контакт аллергик дерматитлар аллергенларнинг териға бевосита таъсир этиши натижасида юзага чикади. Бунда терининг сезувчанлигини ошпрувчи моддалар бевосита терининг аллергик яллиғланишига олиб келади. Токсик аллергик дерматитлар аллергенларнинг бемор организмға нафас олиш ва хазм йўллари орқали таъсири натижасида, шунингдек, турлитуман кимёвий моддаларни томир ичига ва мушак орасига юбориш оқибатида шаклланади. Токсик аллергик дерматитлар токсидермиялар деб ҳам аталади. Сабаб ТАД да организмға теридап бошка йўл билан киритиладиган модда нафақатсенсбилизация, балки интоксикация (заҳарланиш) ҳам келтириб чиқаради. Маълумки, сенсбилизация пайдо қиладиган модда организмға икки ва ундан ортиқ марта киритилиши лозим. Демак, бемор анамнезида юборилгани тахмин қилинган аллергик моддани сурабсуриштириш касаллик табиатини аниқлашга ёрдам беради. Аллергик дерматит ташхиси аллергик синовлар кўйиш йўли билан таоидқланиши мумкин.

Оддий дерматитларни даволашда дастлаб яллиғланишга сабаб бўлган омилнинг таъсирини тўхтатиш лозим. Сўнгра яллиғланишга қарши ташқий маҳаллий даво чоралари қўлланилади. Бунда яллиғланиш белгилари ҳисобга олиниши даркор: пуфакларни очиб яллиғланиш суюқлигини чиқариб юбориш; бактерицид эритмалар (калий перманганат, риванол) билан ювиш; рух, ихтиол ва шунга ўхшаш бошка антисептик малҳамлар суртиш; терининг сувчираган соҳаларини кумуш нитрат ски танин эритмаси билан намлаш; стероид малҳамлар қўллаш; Кастеллани суюқлигини суртиш ва хоказо.

Аллергик дерматитларни даволашда ҳам сенсбилизацияга сабаб бўлган аллергенни аниқлаб, уни бекор қилиш даволашдаги биринчи талаб хисобланади. Чуқур интоксикация билан кечаётган токсидермияларда ошқозон ва ичакларни ювиш, сийдик ҳайдовчи моддаларни қўллаш муҳим аҳамиятга эга. Шундан сўнг, сезувчанликни сусайттирадиган ва яллиғланишга қарши доридармонлар қўлланилади:

а) антигистамин моддалар (димедрол, тавегил, задитен);

б) кальций препаратлари (кальций хлорид, кальций глюконат);

в) витаминлар (аскорбин кислота, рутин). Маҳаллий даволашда қўлланиладиган дорилар ичида кортикостероид малҳамлар (преднизолон, фторокорт, лоринден ва хоказо) яхши наф беради. Аллергик дерматитларнинг оғир формаларида натрий пгасульфит ёки Рингер эритмасини томир ичига юбориш, глюкокортикоидларни қўллаш беморларни кўнгилсиз оқибатлардан сақлаб қолади.

ГУШ (ЭКЗЕМА)

Экзема сўзи грекча «eczeo» сўзидан олинган бўлиб, «қайнаш» деган маънони

англатади. Касалликнинг ўткир ва кўзиган даврларида зарарланган тери соҳасида тўпланган манда пуфакчалар қайнаб турган сув пуфакларини эслатади.

Гуш турлитуман этиологик ва патогенетик омилларнинг мураккаб мажмуаси оқибатида шаклланади. Касалликнинг ривожланишида антигенантитана реакцияси ҳал қилувчи роль ўйнаши сабабли гуш аллергия дерматозлар каторига киритилган. Кўпинча педиатрлар гўдакларда кузатиладиган экземани «экссудатив диатез» дейишади Бу нотўғри, зеро М. С. Масловнинг «экссудатив диатез касаллик эмас, балки организмнинг ўзига хос аномал ҳолати» деб таъкидлашини унутмаслигимиз лозим. Ёш болаларда гуш ирсий мойиллик туфайли, яъни аномал ҳолат замирида шаклланади.

Гушнинг қуйидаги клиник турлари тафовут этилади: асл (идиопатик) гуш, себореяли гуш, микробли гуш. Катта ёшдаги кишиларда эса касбга алоқадор гуш ҳам фарқ қилинади.

Асл гуш. Одатда гўдакларнинг 3—6 ойлигидаёқ бошланиб, бунда кўшшча терининг юз қисми (ёноқ соҳаси) зарарланади. Шишиб қизарган тери соҳасида пайдо бўлган тугунчалар, пуфакчалар ва чақалар тери остида мадда тўпланишига олиб келади. Терининг устки юзаси эса сувлашиб туради Бошнинг соч қисмида пайдо бўлган пуфакчалар тезда йирингчага айланади. Гуш жараёни вақт ўтиши билан танага тарқалади, айниқса цўя ва оёқларни зарарлайди. Шу туфайли катта ёшдаги кишиларда. асл гуш икки кўл ва икки оёқда симметрик жойлашган бўлиб, юз терисида деярли кузатилмайди.

Себореяли гуш. Экземанинг мазкур тури тананинг юқори қисмида, кўнинча бошнинг сочли қисми, кулоқ териси ва унинг атрофида, юз териси, кўкрак ва елка соҳасида жойлашади. Зарарланган терининг ташқи кўриниши себорея касаллигини эслатади. Шу сабабли кўпгина олимлар себореяли гуш деганда себорея билан гушнинг бирга учрашини туп!унишади. Бироқ гушнинг бу турида бемор болаларнинг аксариятида терининг сувланиб туриши ва микровезикулалар кузатилмайди ва шу билан асл гушдан фарв; қилади.

Микробли гуш. Гушнинг бу турида касалликнинг ривожланишида стафилококклар ва стрептококклар патогенетик роль ўйнайди. Бундай беморлар организмда сенсibiliзация микроорганизмлар томонидан юзага келади, яъни бемор организмда кузатиладиган микробли сенсibiliзация нммунологик танқислик замирида, жумладан фагоцитоз жараёнининг етарли эмаслиги оқибатида ривожланади.' Касаллик белгилари дастлаб йирингли тошмалар атрофида пайдо бўлиб, сўнгра бошқа соҳаларга таршшади. Бироқ улар маълум чегарага эга бўлиб, ЛОкал жойлашади, баъзан тангасимон бўлади, уларга асимметрия ҳолатида жойлашиш хос.

Гушнинг барча турларида қуйидаги босқичлар кузатиладя: эритемали — тугунчали — пуфакчали — йирингчали — сувчираш — қатқалоқли — кипицлп — тикланиш боскнчларп. Юцорнда саналгал бооқичларнинг навбатманавбат ўтиши шарт эмас. Касалликнинг турига ва даво чоргларига боғлиқ ҳолда у ёки бу босқичлар кузатилмаслиги мумкнн'упи ривожланюпи жараёнида сурункали тус олади. Йил фаслларига боглиқ ҳолда тезтез кўзиб туради. Масалан. асл гуш кўпинча бахор фаслида кўзиса, микробли гуш кузда кўп цўзийди. Гуш жараёнини чуқурлаштирадиган ва кўэишига олиб келадиган омиллар (жумладан, аллергиялар) турлитумандир. Кўшшча гуш жараёнининг шаклланишига озиқовқат моддалари ва дорилар сабаб бўлади. Касалликнинг авж олишига эса майший ва касбга алоқадор омиллар сабаб бўлади. Демак, гушда кузатиладиган сенсibiliзация турлитумандир. Бу ҳол касалликнд даволашни мураккаблаштиради, амалда сенсibiliзация пайдо қилган барча аллергияларни йўқотиб бўлмайди ва шу сабабли гушнинг кечиши сурункали тус олади ва тезтез қайталаниб туради.

I ушни даволаш комплекс ҳолда олиб борилиши лозим: гистаминга қаршипрепаратлар, кальций тузлари, витаминлар, тинчлантирувчи моддалар, сийдик хайдовчилар ва оромгоҳларда даволаш усуллари.

Гистаминга қарши дорилар (димедрол, фенкарол, бикарфен, тавегил, сандостеп ва хоказолар) гистамин, брадикипин ва серотония каби медиаторларнинг биологик

таъсирини сусайтиради ва шу йўл билан уларнинг наф бериш даражасини оширади. Мазкур дориларнинг миқдори ва ишлатиш муддати беморнинг ёшига қараб танланади ва мунозам равишда қўлланилади. Аммо бундай дориларни ишлатиш 10 кундан ошиб кетмаслиги керак.

Гўдақлар ва ёш болаларни даволашда кальций тузлари (хлорид, глюконат, глицерофосфат, пантотенат, лактат) кўп қўлланилади. Улар томирлар деворининг ўтказувчанлигини пасайтиради, яллиғланиш суюқлиги тўпланишининг олдини олади. Айниқса гушнинг сувчираган босқичида кўп фойда беради. Кальций тузларини симпатикотопияча, ок дермографизмда, қабзиятга мойиллик бўлганда бериб бўлмайди.

Тинчлантирувчи моддалар — бром препаратлари, барбитуратлар, шунингдек, триоксазин, злениум, седуксен каби ухлатувчи дорилар гушда кузатиладиган нохуш белгиларни (қичиш, ачиш) пасайтириш билан бирга беморларнинг кайфиятини яхшилади. Мазкур дорилар 10 кун берилади. Уларнинг узок муддат қўлланилиши гўдақларни ақлий қобилятини сусайтиради ва калтафаҳмликам олиб келади.

Витаминлардан пиридоксин, аскорбин кислота кўп ишлатилади. Сийдик хайдовчилар (фуросемид, лазикс) касалликнинг ўткир босқичларида яллиғланиш суюқлигини камайтириш мақсадида берилади. Йирингли кокклар билан оғирлашадиган пайтларда антибиотиклар (пенициллин, тетрациклин, эритромицин) қўлланилади.

Гушни маҳаллий даволаш босқичмабосқич олиб борилиши лозим. Дастлаб намлаш усуллар (риванол, кумуш нитрат эритмаси, танин билан), сўнгра ўткир яллиғланиш белгиларини йўқотадиган юзаки таъсир этувчи малҳамлар (стероидлар, рух пастаси) қўлланилади. Ниҳоят, зарарланган тери соҳасидаги мадданинг сўрилишини тезлаштирувчи дориларни (ихтиол, нафталан, олтингугурт малҳамлари) ишлатиш лозим. Гуш касаллиги сурункали кечадиган ва қайталаниб турадиган беморлар «фомгохларда (Пятигорск, Иссиқкўл, Чорток, Тошкент минерал суви) даволанишлари лозим. Бунда ультрабинафш нурлар, фонофорез, иарафин ва озокерит кўйиб иаф беради.

Нейродермит тушунчаси фанга 1891 йилда француз олимлари Брок ва Жаке томонидан киритилган. Улар ушбу дерматозни кучли қичишиш билан ўтадиган тери неврози деб тушунганлар. Хорижий адабиётларда нейродермит термини атопик дерматит сўзи билан алмаштирилди. Улар бу билан мазкур аллергик дерматознинг 'туғилм эканлигини таъкидладилар. Рус 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 нейродерматозларнинг патогенезида аллергенантитана реакцияси муҳим роль ўйнайди.

Болаларда кузатиладиган нейродермит асосан чилла (экссудатив дптез) замирида ривожланади. Шунингдек гуш жараёни ҳам нейродермитга айланиши мумкин. Маълумки, чилла ирсий аномалия ҳолати ҳисобланиб, бунинг замирида бир неча турдаги касалликлар шаклланиш мумкин. Нейродермит ҳам отаоналарида аллергик касалликлар кузатилган болаларда кўпроқ учрайди. Нейродермит ривожланишида нотўрри овқатланиш (болани бир томонлама ёки сифатсиз боқиш, сунъий овқатлантириш), модда алмашинувининг бузилиш касалликлари, пчки аъзолар ва ички секреция безлари фаолиятининг издан чиқиши каби омиллар муҳим аҳамиятга эга. Бу ўзгаришлар касалликнинг шаклланишигагина эмас, балки унинг узок муддат кечишига, оғирлашишига олиб келади. Атрофмухит таъсири, ундаги нокулай омиллар, захарланишлар, сув ва ҳаво таркибидаги салбий ўзгаришлар, шунингдек бошқа экологик омиллар ҳам касалликни кучайтиради. Йил фаслларига қараб унинг тезтез қўзиб туришига сабаб бўлади.

Олий нерв фаолиятининг бузилиши ҳам этиологик ва патогенетик аҳамиятга эга. Нейродермитга дучор бўлган болаларнинг отаоналарида, уларнинг маълум қисмида турли нейроген ўзгаришлар, асаб системаси касалликлари, локал қўзғалиш ва сусайиш жараёнлари ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши аниқланган. Касалликнинг сурункали

кечиши, кучли қичишиш хуружлари билан ўтиши, уйқусизлик каби нохуш ҳолатлар ўз навбатида бемор боланинг асаб системасини ишдан чиқаради. Бу нейроген ўзгаришлар нейродермит жараёнини чуқурлаштириб, касалликнинг кечишини оғирлаштиради. Демак, ҳосил бўлган узлуксиз ҳалқа, ҳам ирсий, ҳам орттирилган омиллар йигиндисидан ташкил топган. Нейродермит номи (тери неврози) мана шу боисдан келиб чивдан.

Нейродермитнинг аллергик табиатга эга эканлигини тасдиқлайдиган маълумотлар қуйидагилардан иборат:

1. Касаллик кўпинча чилла замирида шаклланиб, болаларда гуш касаллигидан кейин ривожланади.

2. Нейродермитнинг чегараланган турларида аллергик тошмалар ва қичишиш асосий ўчоқдан бошқа соҳалум қисмида турли дорилар ва антибиотикларга, шунингларда ҳам кузатилиши мумкин.

3. Мазкур дерматозга чалинган беморларнинг маъдек озиқовкат маҳсулотларига нисбатан сеисбилизация ҳолати кузатилади.

4. Нейродермит кўпинча бошқа аллергик касалликлар: аллергик диққинафас (астма), ринит, эшакем билан бирга кечади.

5. Турли иммунологик ва аллергик кўрсаткичлар. (Кумбс, Кунс реакциялари, ПГАР, аллергик синовлар) нейродермитга дучор бўлган беморларда ўта мусбат натижалар беради.

Хулоса қилиб айтганда, нейродермит марказий нерв системасининг функционал ўзгаришлари, эндокрин безлар фаолиятидаги бузилишлар ва аллергия ҳолати билан ўтадиган касаллик бўлиб, бу ўзгаришларга ирсии ва орттирилган омиллар сабаб бўлади.

Нейродермитнинг асосий белгиси ягирланишдир (lichenificatio). Ягирланиш ўткир яллигланиш белгиларисиз ўтадиган ортематоз доғлар сатҳида шаклланади. Бирламчи тошма элементларидан эпидермал тугунчалар кузатилади. Бу палулалар ташқи кўриниши жиҳатидан соғ.дом теридан унчалик фарк қилмайди. Улар бирбирп билан қўшилиши натргжасида тери бир оз маддалайди, зарарланган соҳаларда пигментация кузатилади. Цаттиқ дичиолиш эса кўплаб тирналишлар ҳосил бўлишига олиб келади. Зарарланган соҳалардаги тери қуруқ, унинг юза сатҳи астасекин кўчиб туша бошлайди. Табиий бурмалар соҳасида ривожланган мадда ҳосил бўлиш жараёни териди йўлйўл ёриқлар пайдо бўлишига сабабчи бўлади. Ягирланиш ўчоқлари кўпинча тирсак бурмасида, тиззаяинг орқасида (тақимда), юз териси, бўйин, қўл ва оёқларнинг букилувчи юзасида жойлашади. Зарарланган соҳаларда қичишиш пайдо бўлиб, вақти вақти билан зўрайиб туради, терп дермографизми ок, сочмушак рефлeksi ривожланган. Нейродермитга чалинган беморларда гипокортицизм белгилари ҳам сезиларли даражада аниқлалади. Бу белгилардан қуйидагилар: гиперпигментация, гипотония, адинамия, аллергик реакциялар, ошқозон ширасининг суст ажралиши, гипогликемия, диурезнинг камайиши, ориқлаш, дармонсизлик кўп учрайди.

Клиник нуқтаи назардан нейродермитнинг тарқалган ва чегараланган турлари тафовут этилади. Тарқалган нейродермитда тошма элементлари терининг бир неча соҳаларида (юз, бошнинг сочли қисми, тана, қўл ва оёқлар) кузатилади. Бундай болаларнинг териси жуда қуруқ, лихенизация ўчоқлари бир неча, ок дермографизм жуда ривожланган ва гипокортицизм белгилари явдол кузатилади. Тарқалган нейродермит белгилари кўпинча ёзда сусайиб, киш фаслида кучаяди. Турли аллергик касалликлар билан бирга кечади. Терининг зарарланган соҳаларида пиодермия тошмалари, ҳатто гуш (экзема) элементлари тезтез учраб туради. Баъзан бир оз ривожланган сувчираш ва кизариш каби белгилар ҳам кузатилиши мумкин.

Чегараланган нейродермитда лихенизация ўчоги кўпинча битта ва маълум соҳаларда жойлашади. Айниқса бўйивнинг орқа юзаси, энса соҳаси, соннинг ички юзаларида, думба оралиги бурмасида, шунингдек жинсий аъзолар терисида, катта бўғамларнинг букилувчи соҳаларида кўпроқ кузатилади. Касаллик кўпинча қаттиқ қичишиш билан ўтади. Қичишиш локал характерга эга бўлиб, кечки пайтлари ва тунда

зўраяди Дастлаб терининг кичийдиган соҳаларида тошма элементлари кузатилмайди. Цашиниш натижасида қичишадиган соҳаларда астасекин тугунчалар ҳосил бўлади. Тугунчалар деярли барча ҳолларда қаттиқ, баъзан қаттиқроқ бўлиши мумкин. Папулаларнинг усти кепаксимон қипиқлар билан қопданган. Касалликнинг ривожланиш жараёнида папулалар бирбири билан қўшилиб, турли шакл ва ҳажмдаги пилакчалар ҳосил қилади. Нейродермит пилакчалари оч пушти рангдан то қорамтир қизгиш ранггача бўлиб, юзаси ясси ва кўпинча айлана ва овал шаклни олади. Пилакчалар ҳосил бўлиш жараёни зўрайиши натижасида терм манзараси кучаяди, яъни касаллик ўчоғининг сатҳи нотекис ва ғадирбудур бўлиб, тери пушталари явдол кўзга ташлана бошлайди, тери сарғиш тус олади. Яғирланиш (лихенизация) мана шу йўсинда шаклланади Чегараланган нейродермит одатдагича кечаётган терининг зарарланган соҳасида уч зонани кўриш мумкин:

- 1) марказий зона— яғирланиш шаклланган жой;
- 2) ўрта зона— тугунчалар тўплана бошлаган жой;
- 3) ташқи зона — тери гиперпигментацияга учрагач жой.

Мазкур клиник белгиларнинг кузатилиши беморга ташхис қўйишни осонлаштиради. Чегараланган нейродермитнинг цўзиган даврида ўткир яғирланиш белгилари ривожланмаган эритематоз доғ кузатилиб, бунда папулёз тошмаларнинг гуруҳлаштириши, терининг қўчиб тушиши, қичишишнинг зўрайиши диагностикага ёрдам беради.

Нейродермитни даволаш комплекс ҳолда олиб борилиши лозим. Бунда марказий нерв системаси фаолиятини нормаллаштирувчи дорилар: бром препаратлари, тинчлантирувчи воситалар, транквилизаторлар яхши наф беради. Триоксазин, элениум, седуксен, мепротан, мепробоматлар кенг қўлланилади.

Антигистамин дориларни (димедрол, пипольфен, дипразин, супрастин, диазолин, задитен) навбат билан ва танлаб қўллаш қичишишни камайтириш билан бирга аллергия тошмаларнинг олдини олади, шунингдек бошқа қўшилиб келган аллергия касалликларнинг кечишини енгиллаштиради Витаминларнинг В гуруҳи, никотин кислота, А ва Е витаминлари кўпроқ наф қилади. Улар яғирланиш ўчоқларининг сўрилишини тезлаштириш билан бирга маълум даражада сенсibiliзацияни пасайтиради.

Юқорида санаб ўтилган дорилар кам наф берган ҳолларда глюкокортикоидлар қўлланилади. Кўпинча преднизолон, унинг унумлари маълум схема асосида берилади. Нейродермитни даволашда гипноз, электр ёрдамида ухлатиш ва турли тинчлантирувчи муоаяжалар ўтказиш муҳимдир. Айниқса электр уйқуни гипноз билан бирга қўллаш ва шу муоалажа жараёнида глюкокортикоид гормонларни кам миқдорда бериш қичишишнинг сезиларли камайтишига олиб келади Бемор болалар тинчланиб, касаллик элементларининг сўрилиши тезлашади.

Сероводородли ва кремнийли сувларда чўмилиш, буйрак усти беги соҳаларига диатермия қўллаш, очиқ ҳавода сайр қилиш даволаш самарадорлигини оширади. Турли шифобахш ўсимликлар қўшилган сувда чўмилиб, сўнгра териға озиқлантирувчи кремлар суртиш териси қуруқ беморларға жуда фойдали бўлади.

Маҳаллий қўлланиладиган дорилардан нафталаи, қатрон, олтингугурт, ихтиол ва АСД суюқлигидан тайёрланган малҳамлар суртилади. Аллергия тошма элементларига кортикостероид малҳамлардан синалар, целестодерм, локакортен, лоринден ва преднизолонлар яхши наф беради. Йиринглаган соҳаларға анилин бўёқлари, оксикорт, гиоксизон суртган маъкул.

Эшакем (urticaria) терида кузатиладиган аллергия касалликларнинг типик вакилидир. Кўпгина олимларнинг фикриға қараганда эшакем токсикоаллергия дерматоз ҳисобланади. Эшакемнинг ривожланишида озиқовқат маҳсулотларидан келиб чиқадиган аллергия муҳим роль ўйнайди. Шунингдек чегараланган йирингли инфекция ўчоқлари (тонзиллит, отит, гайморит, пиелонефрит), гижжаларнинг бир неча турларидан зарарланиш, овқат ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари (гепатит, гастрит, энтерит, колит) эшакем ҳосил бўлишиға сабаб бўлади. Доридармонларни палапартиш қўллаш,

айниқса кўп миқдорда антибиотиклар, иситмани пасайтирадиган препаратлар қабул қилиш ҳам эшакемга олиб келаяпти.

Эшакемнинг патогенезида антигенантитана реакцияси муҳим роль ўйнайди. Организмнинг сезиятез типдаги сезувчанлигининг ошишига турли аллергенлар (микробли, озиқовқат, дори моддалари, гижжалар ва бир хужайралилар) сабаб бўлади. Бу экзоген ва эндоген аллергенлар қон ва тўқималарда кўп миқдорда гистамин ҳосил бўлишига олиб келади. Ортиқча миқдорда ҳосил бўлган гистамин тўқималарга токсик таъсир этади, жумладан қон^г томирлари ва капиллярларини кенгайтиради, томирлар ўтказувчанлигини оширади ва ниҳоят аллергик яллиғланиш келтириб чиқаради. Эшакемда кузатиладиган бўртма, яъни қаварчиқ (urtica) нинг ҳосил бўлиш негизида ана шу гистамин реакцияси этади. Эшакем жараёниинг кўпайишига ва сурункали тус олишига бошқа биологик актив моддалар (серотонин, ацетилхолин, брадикинин) ҳам ёрдам беради. Булар гистаминнинг таъсир кучини оширади, аллергия ҳолатининг астасекин ривожланишига сабаб бўлади.

Эшакемни келтириб чиқарувчи омиллар ичида вегетатив нерв системасининг аҳамиятини, унинг маркази бўлмиш гипоталамус фаолиятини алоҳида таъкидлаш зарур. Эшакемнинг холинергик тури бунга мисол бўлади, Холинергик эшакемда ацетилхолин худди гистаминдек томир ва капиллярлар реакциясини юзага чиқариб, аллергик яллиғланишни шакллантиради. Сурункали эшакем ривожланишига сабабчи бўладиган омилларга ҳомиладор аёлларда кузатиладиган токсикоз ҳолати ҳам киради. Шунингдек турли хил хавфли ўсмалар, қон касалликларида ҳам эшакем кузатилади. Сурункали эшакем совуққа ёки қуёш нурларига сезувчанликнинг ошиши натижасида ҳам ривожланади. Эшакемни келтириб чиқарадиган сабабларининг туридан қатъи назар барчасида организмнинг ирсий хусусиятларини, атопик ҳолатларни, тўқималар мос келиши бош системасининг (HLA соҳаси) ролини ёдда тутмоқ даркор.

Болаларда кузатиладиган эшакемнинг тўрт туринд фарқ қилиш лозим: ўткир, Квинкенинг чегараланган шиши, сурункали қайталама ва чидамли тугунчасимон сурункали эшакемлар.

Ўткир эшакемда бўртма (қаварчиқ)лар беҳосдан жуда қисқа муддат ичида қавариб, бўртиб чиқади. Тошма тошиши умумий ҳароратнинг кўтарилиши, ошқозоничак фаолиятининг бузилиши ва турли невротик белгилар билан кечади. Қаварчиқ терини ҳар қандай соҳасида пайдо бўлиб, тез муддат ичида изсиз йўқолиб кетади. Қаварчиқнинг йўқолиши бошқа нохуш белгиларнинг сусайиши билан кечади. Қаварчиқнинг бу турида доридармонлар яхши наф беради.

Квинке шиши чегараланган, аммо ҳажм жиҳатидан катта бўртмалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Шу сабабли баҳайбат эшакем номини олган. Баҳайбат эшакемда ҳам турли бошқа белгилар кузатилиб, ўткир эшакем белгилари билан ҳам кечиши мумкин. Квинке шиши юз териси, бурунтомоқ соҳаси ва жинсий аъзоларда кўп учрайди. Бунда тери таранглашган, босиб кўрилганда қаттиқ, оғрийди, бир оз қичиши ва ачишиши мумкин. Баҳайбат эшакемнинг кекирдак ёки томоқ соҳасида жойлангиши жуда хавфлидир, бу тезда асфиксия, яъни бўғилишга олиб келади.

Сурункали қайталама эшакем бир неча йиллар давом этади. Тошмалар гоҳ кўзиб, гоҳ йўқолиб, беморни ҳолдан тойдиради. Касаллик кўзиганда субфебрил ҳарорат, ошқозоничак фаолиятида бузилишлар, артралгия, бош оғриғи, дармонсизлик каби нохуш белгилар кузатилади.

Чидамли тугунчасимон эшакем одатда сурункали дичимадан сўнг пайдо бўлади, аниқроғи қаварчиқли эшакем тугунчали эшакемга ўтади. Бунда пайдо бўлган тугунчалар яллиғланиш белгилари билан кечади. Улар кўпинча қаттиқ, баъзан юмшоқроқ бўлади. Тугунчалар қаварчиқнинг ўрнида пайдо бўлиб, бўртманинг шакли ва ҳажмини такрорлайди.

Болалар қичимаси (строфулюс). Қичималар гуруҳига кирувчи ва ўзига хос хусусиятлари билан улардан ажралиб турувчи дерматоз. Касаллик чиллага дучор бўлган

болаларда кузатилади. Кўпинча улар ҳаётининг биринчи йилларидаёқ намоён бўлади. Цичима ривожланишида озиковқат маҳсулотларидан келиб чиққан аллергия асосий роль ўйнайди. Сенсibiliзация ҳолати кўпинча сигир сути, балиқлар, цитрус мевалари, кўзиқорин, қулупнай, ертут, турли ширинликларга нисбатан ривожланади. Эмлашда қўлланиладиган зардоблар, антибиотиклар, сульфаниламидларни қўллаш натижасида шаклланган сенсibiliзация ҳам қичимага олиб келиши мумкин. Строфулюс ривожланишида х.азм қилиш аъзоларининг касалликлари ёки улар фаолиятининг бузилиши ҳам муҳим патогенетик аҳамиятга эга. Бу ҳолатлар оқибатида ривожланган аутоинтоксикация ва аутосенсibiliзациялар строфулюсни шакллантиради.

Касалликнинг дастлабки белгиси қаварчивдир. Бўртмалар тана терисида, думба соҳасида, қўлоёқларнинг ташқи юзаларида жойлашади. Бўртманинг ўртасида тугунча пайдо бўлади. Тугунча тарик катталигида, қаттиқ, кучли қичишиш билан кечади (папулёз строфулюс дейилади). Строфулюснинг бошқа клиник тури борки, бунда тугунчалар учиди пуфакча ҳосил бўлади (тугунчали пуфакчали қичима дежилади). Тугунчаларнинг учиди пуфак пайдо бўлиши мумкин (пуфакли цичима). Цичишиш оқибатида қашланган қичишиш излари кўпинча геморрагик қатқалоқлар билан қопланади. Цичима сурункали кечади. Овқатланишнинг бузилиш, турли касалликларда антибиотиклар ва бошқа препаратларни узоқ муддат қўлланиш бу касалликнинг тезтез қайталаниб туришига сабаб бўлади. Кейинчалик строфулюс нейродермитга ўтади, ўсмир ёшдаги болаларда эса катталар қичимасига айланади. Строфулюсни эшакемдан фарқлашда дермографизм усули ёрдам беради. Цичимага чалинган бемор терисида қаттиқ таёкчанинг юргизилиши оқимтир чизик пайдо бўлишига олиб келади (оқ дермографизм). Эшакемда эса тўмтоқ таёкча юргизилган жойларда тори қазариб, бўртиб чиқади, қичишиш пайдо бўлади (эшакем дермографизми деб аталади). Шунингдек строфулюсга чалинган беморларда тоvon ва қорин рефлeksi камайган, териси қуруқ. Лимфаденопатия кузатилади. Қонда зозинофилия, лимфоцитоз ва ЭЧТ ошади.

Эшакем ва қичимани даволашда парҳезнинг муҳим аҳамияти бор. Бунда гипоаллерген парҳез буюрилади. Антигистамин дорилардан тавегил, задитен, фенкороллар яхши фойда килади. Овқат хазм қилиш аъзоларининг ишини яхшилаш мақсадида рибофлавин, кальций пантотенат, витаминлардан аскорбин ва никотин кислоталари, шунингдек пиридоксинлар қўлланылади. Томирлар ўтказувчанлигини сусайтириш ва капиллярлар ишини нормаллаштириш учун эшакемда кальций препаратлари (кальций глюконат, кальций хлорид, кальций глицерофосфат) ва аскорутинлар берилади. Строфулюсда терининг қуруқлиги ва оқ дермографизм туфайли кальций препаратлари тавсия этилмайди. Қичимада тинчлантирувчи дори" лар ва транквилизаторларнинг нафи кўпроқ тегади.

Сурункали эшакемда ва оғир кечадиган строфулюсда кортикостероидлар билан анаболик стерондларни бирга қўллаш яхши самаралар беради.

Маҳаллий қўлланиладиган дориларнинг нафи камроқ бўлади. Кўпинча эшакемда ментол суви суртиш билан кифоя қилинади, холос. Қичимада эса нафталан ва рух малх.амлари (2—3%), стероид малхамлар (преднизолон, флуцанар, фторокорт) суртилади. Физиотерапевтик усуллар (диатермия, фонофорез, ультрабинафша нурлар) қичимада қутилган яхши натижалар беради. 3. Машгулотнинг мақсади.

Талабалар тери аллергия касалликлари (аллергия дерматитлар, гуш, нейродермит, эшакем, қичима) тўғрисида умумий тушунчага эга бўлишлари лозим. Айниқса дерматитлар ва гушнинг сабаблари, ривожланиш жараёни, эндоген омилларнинг аҳамияти, касалликнинг клиник турларини сўзлаб беришлари талаб қилинади. Шунингдек улар мазкур касалликларда кузатиладиган тошмаларни босқичмабосқич санаб беришлари, ўхшаш касалликлардан ажрата билишлари лозим. Талабалар қуйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари лозим:

- а) аллергия дерматозларда учрайдиган элементлар ва уларни фарқлаш;
- б) касаллик даврини аниқлаш;

в) маҳаллий даво усулларида намлаш ва суюқ уп суртишни билиб олиш.

4. Уйга вазифа:

— асл полиморфизмнинг сохта полиморфизмдан фарқини тушунтиринг.

— токсидермия қандай маълумотлар асосида аллергик дерматитлардан фарқланади?

гуш жараёни босқичларини санаб беринг.

— аллергодерматозларни мах.аллий даволашни босқичмабосқич сўзлаб беринг.

болалар қичимаси билан эшакемнинг фарқини айтинг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М. 1979,. 299—322, 333—349 бетлар.

Аллергические болезни у детей. М. Я. Студеникин таҳрири остида. М., 1986, 170—179бетлар.

Лечение кожных болезней. А. М. Машкиллейсон таҳрири остида. М. 1990, 262—294бетлар.

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. Л. 1983, 225—255бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	1	Ишнинг мақсади
1.Аллергик касалликларга дучор бўлган беморлар билан иш олиб бориш;	касаллик тарихини ёзқш; аллергик натижаларни ўқиш;	синов тўлғаишни	тиббий ҳужжатларни ўрганиш;
	аллергик тошмаларни аниқлаш; тошмаларга тиббий аниқлага; тошмаларга	сенсibiliзацияга бўлган аллергенларни аниқлаш; дастлабки қўйишни ўрганпш;	сабаб ташхис
2. Касаллик тарихи ишлов бериш. ўрганилган беморларни гуруҳ билан муҳокама қилиш.	касаллик тарихия а) сўзлаб бериш; тошмаларни кўрсатиш бирбиридан фарқлаш; иккиламчи тошмалар асосида касалликининг кечишини ўрганиш..	олган билимларини тўғрилигини текшириш ва исботлаш; клиник ташхис қўйишни ўрганиш.	

10МАШҒУЛОТ

1. Машгулот мавзуси. Терининг замбуруғли касалликлари (Дерматомикозлар).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Терининг замбуруғли касалликлари. Патоген замбуруғлар томонидан пайдо бўладиган тери касалликлари дерматомикозлар деб аталади. Дерматомикозларнинг шаклланиши замбуруғларнинг касаллик кўзгатиш даражасига ва макроорганизмнинг иммунобиологик хусусиятларига боғлиқ, яъни теришшг замбуруғлардан зарарланиши одамнинг ёшига, жинсига ва эндокрин безларнинг ҳолатига боғлиқ. Бунда эпидермис ва

дерма қаватининг •сўрилиш хусусиятининг кучайиши, кўп терлаш, терининг ўзига хос кимёвий таркиби муҳим роль ўйнайди. Айниқса мактаб ёшигача бўлган болаларда соч ва эпидермис" хужайралари таркибида кератиннинг етишмаслиги, тери сувёғ ҳимоя қавати рН ининг кам ишқорли ёки мўътадил даврга ўтиши замбуруғларнинг активлашишига ва вирулентлик даражасининг кучайишига олиб келади. Шу сабабли сурункали ва юқумли касалликлар натижасида заифлашган гўдакларда дерматомикозлар тез ривожланади.

Тери замбуруғли касалликларининг ягона классификацияси (таснифи) йўвдир. Ҳозирги даврда Марказий дерматология ва венерология илмийтадқиқот институти ходимлари томонидан таклиф қилинган классификация кенг қўлланилмоқда. Бунга биноан дерматомикозлар. 4 гуруҳга бўлинади:

1. Кератомикозлар — бу турдаги замбуруғлар асосан эпидермиснинг муғуз қаватини зарарлайди. Мазкур гуруҳга кепаксимон темиртки ва тугунли трихоспория киради.

2. Дерматофитиялар буларга эпидермофития, рубромикоз, трихофития, микроспория ва кал (фавус) киради. Одам терисини зарарлайдиган патоген замбуруғлар дерматофитлар деб аталади. Бу гуруҳга кирадиган замбуруғлар тери пўстини, асл терини ва тери ортиқларини (соч ва тирноқларни) зарарлайди.

3. Кандидозлар — ачитки замбуруғлар (*Candida albicans*) кўзгатадиган касалликлар. Улар тери ва шиллиқ қаватларни, шунингдек ички аъзоларни зарарлайди. Бу ҲУРУҲга юзаки кандидоз, сурункали тарқалган кандидоз, ички аъзоларнинг системали кандидози киради.

4. Чуқур мжкозлар — булар тери ва шиллиқ қаватлардан ташқари ички аъзоларда чуқур йирингли ва некротик ўзгаришлар пайдо қилади. Бунга бластомикоз, гистоплазмоз, хромомикоз, актномикоз, кокцидиопоз киради.

Кепаксимон ёки рангбаранг темиртки, меъда. Касалликнинг кўзгатувчиси *Phytosporum orbiculare* дир. Микознинг бу турида фақат эпидермиснинг шох қавати зарарланади, шунинг учун яллигланиш белгилари кузатилмайди. Терида яллигланмаган жигар рангли доғлар пайдо бўлиб, уларнинг ранги тўқ, оч, қизғиш ва кул ранг тус олиши мумкин. «Рангбаранг темиртки» номи ана шундан келиб чивдан. Доғларнинг устки юзаси одатда кепаксимон қипиқлар билан қопланган бўлади. Шусабабли кепаксимон темиртки дейилади. Тошмалар кўкрак, бўйин, елканинг юқори қисми ва кураклар ўртасида жойлашади. Меъданинг келиб чиқишига кўп терлаш ва сунъий матолардан тикилган кийимлар кийиш сабаб бўлади. Касаллик ойлаб ва йиллаб давом этади. Баҳор ва куз фасллари пайдо бўлиб, қишнинг совуғида ва ёзнинг жазирамасида йўқолиб кетади. Офтобда тобланган ёки маҳаллий даво олган беморларда қипиқлар кузатилмайди ва доғларнинг ранги оқариб депигментация пайдо бўлади (сохта лейкодерма). Бу хол пес (витилиго) касаллигини эслатади. Бироқ йод билан синаш усули (Бальцер синови) меъдани песдан ажратишда ёрдам беради, яъни говаклашган шох қават хужайралари йоднинг спиртли эритмаси суртилганда бўёқларни ўзига кўп қабул қилади, шу сабабли зарарланган тери соҳаларида тўқ доғлар пайдо бўлади. Даволанган қипидли темиртки захм лейкодермасига ҳам ўхшаб кетади» Бироқ «тирноқ билан уриш» синамасининг (Бенье белгиси) мусбат натижаси зарарланган жойда яширин қипиқланиш жараёни кетаётганлигини кўрсатади.

Меъдани даволаётганда замбуруғларга қарши дорилар қўлланилади: 2 — 5% салицил кислотанинг с^иртли эритмаси, 10—20% олтингурут малҳами, нитрофунгин, Ан"Дриасян суюқлиги ва бопгқалар. Фунгицид эритмалар бжлан фунгицид малҳамларни навбатманавбат қўллаш яхши самаралар беради.

Эпидермофития. Касаллик балоғатга етиш даврида, эккрин ва апокрин тер безлари фаолиятининг ошиши ййтижасида ривожланади. Шунингдек *Eptidermophyton floccosum*, *Epidermophyton Interdigitale* замбуруғларининг вирулентлиги иссиқ ва нам муҳитда кучаяди. Шунинг учун эпидермофития иссиқ ўлкаларда йилнинг ждйқ фаслларида кўп кузатилади. Катта бурмаларнинг"эпидермофитвйси, чов эпидермофитияси ва оёқ

кафтининг эпидермофитияси фарқ қилинади. Энг диққатга сазовори *оёц* кафти эпидермофитияси (*Epidermophytia pedum*) дир. Бу касаллш; асосан оёт; кафтида, кафтнинг гумбазида ва бармодлар орасида кузатилади. Касаллик беморлардан соғлом кишиларга ҳаммомларда ва сув ҳавзаларида чўмилганда юқади. Шунингдек бошқа одамнинг оёк кийими, пайпок ва пайтаваларидан фойдаланилганда ўтади. Унинг уч клиник тури мавжуд:

а) кўчиб тушадиган (пўст ташлайдиган) сквамоз тури. . Бунда оёк кафти ва бармоқлар орасидаги тери каттакатта палахсалар гааклдаа кўчиб туша бошлайди, баъзан ёриқлар пайдо бўлади. Цичишиш безовта қилади; б) оёц бармоқлари орасида жойлагаадиган турп (интритригиноз). Бунда бармоқлар орасидаги бурмалар юпкалашади, кизаради, ёриладп ва қичийди. Тери пўстининг кўчиши натижасида шилиниш (*erosio*) ўчоқлари пайдо бўлади, ачишади. Бу ҳол учинчи ва тўртинчи бармоқ бурмалари терисида яккол кузатилади. Сўнгра касаллик жараёни оёкнянг кафтига таркалади. Окибатда беморлар юрганида огриқ пайдо бўлади; в) сувчирайдиган (дисгидротик) тури. Эпидермофитиянинг мазкур турида калин пардалн пуфакчалар кузатилади. Улар оёк кафтининг гумбазида ва товон соҳасида жойлашиб, баъзан гуруҳланса, баъзида таркок ҳолда бўлади. Сўнгра пуфакчалар қурийди, ватцалок ҳосил бўлади. Улар кўчиб тушиши натижасида шилиниш ўчоқлари кузатилади. Бирбирпга тезда кўгаилиб кетадиган эрозиялар маълум соҳани эгаллаб намланган (сувчираган) майдонча ҳосил қиладп. Окибатда яллигланган соҳадаги маддаяар сўршгаб жараён тўхтай бошлайди.

Оёк кафти эпидермофитиясида қўл кафти ва бармоқлари соҳасида ҳам пуфакчали, догли тошмалар кузатилади. Бу ҳол замбуруғли сенсibiliзация окибатида шаклланади ва эпидермофитидлар деб юритилади. Шунинг учун бармоқларида пайдо бўлган тошмаларига шикоят қиладиган беморларнинг барчасини оёк кафтини текширувдан ўтказиш лозим.

Оёк кафти эпидермофитиясини даволашда фунгицид дорилар ишлатилади. Унинг сувчираб турадиган ва бармоқлар орасида жойлашган турларида дастлаб пуфакчалар очилиб яллиғланиш суюқлиги чиқарилади. Сўнгра шилиниш ўчоқларртга фунгицид зритмалар (Кастелланж суюқлиги, 2—3% йод эритмаси) билан ишлов берилади. Сувчираган майдон риванол, кумуш нитрат эритмаси каби бактерицид эритмалар билан намланади. Эпидермофитиянинг кўчиб тушадиган туридаги тошмаларда фунгицид малҳамлар (микосептин, канестеи, олтингугурт ва салицил кислотадан тайёрланган малҳамлар) кўпроқ наф: беради. Агар замбурурли ўчоқлар йиринглаган ёки йирингли кокклардан зарарланган бўлса, *оёц* кафти калий перманганат эритмаси билан яхшилаб ювилади, сўнгра жонсизланган эт, осилиб ётган тери бурмачалари қирқиб олинади. Терининг қичишадиган, қизариб шишган соҳаларига миказалон, дермазолон, лоринден С каби малҳамлар суртилади. Эпидермофитиялар кузатилган беморларда гистаминга қарши дорилар ва кальций препаратларини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Трихофития. Дерматофитиялар қаторига кирадиган мазкур касаллик *Trichophyton* турига мансуб замбуруғлар томонидан келиб чиқади. Трихофитияда бошнинг оочли қисми ва силлиқ тери зарар кўради. Унинг куйидаги клиник хиллари кўп учрайди:

1. Силлиқ терининг юзаки трихофитияси — болаларда кўп учрайди. Терида анид чегараланган айлана ёки овалсимон ^изариб шишган доғлар пайдо бўлади. Бу доғларнинг юзаси тезда қипиқланиб кўчиб туша бошлайди. Доғлар устида пуфакчалар ва катқалоклар кузатилади,. улар ҳалқасимон жойлашади. Ҳалқасимон тошмалар ичида янги ҳалқалар пкйдо бўлиши мумкин.

2. Бош сочли цисмйнинг юзаки трихофитияси — терида айлана ёки овал ўчодлар кузатилади. Диққат билан кузатилганда ўчоқлардаги сочнинг синиб тушаётганлиги ва тўкилаётганлиги кўринади. Сочлар тери сатҳидан 2—3 мм юцорида синади. Зарарланган соҳадаги тери сал кизарган ва шишган бўлиши мумкин. Трихофития, ўсмирлар балогатга етган даврда ўзўзидан тузалиб кетади.

3. Бош сочли қисмининг сурункали трихофитияси — асосан аёлларда кузатилади.

Баъзан болалигида трихофитияга чалинган *цжз* болаларда касаллик тузалмаслиги мумкин. Шу сабабли трихофития бир неча ўн йиллаб сақланади, бунда унинг клиник белгилари жуда кам ривожланганлиги сабабли диагноз вақтида қўйилмаслиги мумкин. Терида сезиларсезилмас, маълум бир шаклга эга бўлмаган соч тўкилган ўчоқчалар кузатилади. Бунда сочнинг ёри сатҳидан синганлиги аниқланади. Шу сабабу ўчоқларда цора нукталар кузатилади. Касаллик: яай қора нуктали трихофития дейилади.

4. Силлиқ терининг сурункали трихофитияси — терида қипиқли яллиғланган доғлар пайдо бўлади. Бу доғ — лардаги қипиқлар ва яллиғланиш белгилари суст ривожланган бўлади. Уларнинг юзасида майда қизил тугунчалар пайдо бўлиб, гурухланишга мойил бўлади. Тошмали ўчоқлар болдир, думба, билак соҳаларида кўп учрайди.

5. Соч қисмининг маддалийирпнглаштан трихофитияси терида яллиғланган мадда тўпланиб, ўсмасимон шаклда бўлади. Чегараланган мадда огриқли ва қаттиқ бўлиб, унинг юзасида йирингчалар ва синган сочлар кўриниб туради. Замбуругли ўчод астасекин катталашиб >боради, ҳажми товукнинг тухумидек бўлиши мумкин.

Сўнтра уларнинг юзаси йиринглигеморрагик қатқалоқлар билан қопланади. Цатцалоқлар кўчиб /гушганда уларнинг ўрнида асалари уяларига ўхшаш кичик тешикчалар пайдо бўлади. Мазкур тешикчалардан йиринг томчилаб чиқади, йиринг билан бирга зарарланган соч толаси ҳам чиқши мумкин.

Микроспория. Кўпинча болалар касалланади. Катта «шдаги кишилар орасида жуда кам учрайди, улардаги микроспория фақат силлиқ терини зарарлайди, бошнинг сочли қисми ва тирноқларда деярли кузатилмайди.

Микроспорияни кўпинча *Microsporum ferrugineum* (антропофил) ва *Microsporum lanosum* (зоофил) лар қўзгатади. Болаларда кузатиладиган микроспориининг икки клиник тури мавжуд:

1. Бош сочли қисми микроспорияси. Касаллик белгилари уни пайдо қилган замбуругишг турига боғлиқ. Агар касаллик зоофил замбуруглар томонидан юзага келган бўлса, бошда 1 — 2 та ўчоқ ҳосил бўлади. Улар айлана ёки овал шаклида бўлиб зарарланган тери соҳасидаги барча сочлар синади. Синганда ҳам тери сатҳидан 5—8 мм баландликда синади. Сочлар осонликча юлинади. Микроспория ўчоқларидаги тери қалин унсимон қипиқлар билан қопланади. Агар касаллик антропофил замбуруглардан келиб чиққан бўлса, микроспорияюшг клиник манзараси юзаки трихофитияга жуда ўхшаб кетади. Бироқ сочларнинг юқоридан синиши, ўчоқдаги барча сочларнинг зарарланмаганлиги ва уларнинг одимтир ранги касаллик аниқ табиатининг аниқлашда ёрдам беради. Айниқса Вуд чирош ёрдамида қўлланиладиган люминесцент усул жуда асқотади. Бунда зарарланган ўчоқлар яшил ёғдуланади. Диагноз ноаниқ пайтларда эса зкиб ўстириш усули ёрдам беради.

2. Силлиқ терининг микроспорияси — клияик ва микроскопик жиҳатдан юзаки трихофитиядан фарқлаб бўлмайди. Фақатгина эпидемиологик маълумотлар (текширилаётган беморнинг микроспория ташхиси аниқ қўйилган болалар муассасасидан эканлиги) ва бактериологик текширувлар (озиқ муҳитларда *Microsporum* га ҳос манзаранинг кузатилиши) диагностикага ёрдам беради.

Дерматофитийларни даволаш маҳаллий ва умумий олиб борилади. Умумий даво дорилари ичида гризеофульвин кенг қўлланилмоқда. Гризеофульвин фунгистатик таъсир этадиган антибиотикдир, у таблетка кўринишида 0,125 дан чиқарилади. Дори овқат ёки балиқ ёғи билан ичилади. Гризеофульвин билан қуйидагича даволанади: трихофитияда ҳар 1 кг тана оғирлитита 15 мг дан, микроспорияда эса 22 мг дан буюрилади. Бу мивдор лабораториядан биринчи манфий жавоб олгунга дадар қўлланилади. Сўнгра кунора 2 ҳафта давомида берилади. Шундан сўнг ҳафтасига 2 марта берилади. Гризеофульвин билан даволаш лабораториядан 3 марта манфий жавоб олингунча давом этади. Лаборатория текширувлари ҳафтасига ўтказиб турилиши лозим. Гризеофульвиннинг

қонда витаминларни парчалаши, шунингдек аллергия реакциялар келтириб чиқариши аниқланган. Шу сабабли мазкур дори билан даволаётганда турлитуман витаминлар ва антигистамин препаратлар буюриш мақсадга мувофиқдир.

Маҳаллий даво умумий даво билан биргаликда олибборилади. Дастлаб зарарланган тери соҳалари бактерицид суюқликлар билан тозаланади, терининг сочили қисми устарада олинади. Сўнг $2\text{—}5\%$ йодли спиртли зритмаси (эрталаб) ва $10\text{—}20\%$ ли олтингугурт малҳами (кечкурун) суртилади. Мазкур маҳаллий даво усули. 1 ҳафта давомида такрорланади. Ҳафта охирида замбуругли ўчоқлар совунлаб, илиқ сувда ювилиб тозаланади ва лаборатория текширувида ўтказилади. Иккинчи ҳафта давомида яна йод ва малҳам суртиш такрорланади, сўнг лабораторияда замбуруғлар қидирилади. Ана шу йўсинда 3 марта манфий жавоб олинганча маҳаллий даводавом этаверади. Шундагина бемор атрофдагилар учун хавфсиз ҳисобланиб, шифохонадан чиқарилади.

Кандидозлар. Бу гуруҳга мансуб микозларни ачитқисимон замбуруғлар туркумига кировчи *Candida albicans* кўзгатади. Улар споралар ҳосил қилмайди ва сохта мицелийларга эга. Ачитқисимон замбуруғлар табиатда кенг тарқалган, мева ва сабзавотлар таркибда катта миқдорда топилади. Шунингдек соғлом терида ва ошқозоничак йўлининг шиллик қаватида ҳам кўп миқдорда безарар яшайди. Турли экзоген ва эндоген шароитлар мавжуд, бўлгандагина бу замбуруғлар патогенлик хусусиятини намоён этиб, кандидоз касаллигининг шаклланишита сабаб бўлади.

Кандидозлар ривожланишида қуйидаги экзоген омиллар муҳим роль ўйнади:

1) атроф муҳитнинг намлик даражаси ва ҳарорат. Жамликнинг ошиши, ҳароратнинг кўтарилиши сувлипид мантиясининг ўзгаришига, юқалажишга олиб келади. 1-ў ҳол терёғ қатлами ўтказувчанлигини ошириб ачитқисимон замбуруғларнинг тери бағрига киришига қулай шароитлар яратиб беради;

2) тери ва шиллик қаватлар бутунлигининг бузилиши. Ҳар хил жароҳатлар, механик таъсиротлар, тор кийим кийиш, гўдак болаларни ортиқча ўрабчирмаш ва башқа ташқи омиллар тери ва шиллик қаватлар бутунлигининг бузилишига, натнжада замбуруғларнинг қайтақайта тушиб, сенсibiliзация ҳолати юзага келтиришига сабаб бўлади. Тери гигиенасининг бузилиши (терининг ифлосланиши) эса микотик жараёни чуқурлаштиради;

3) озиқланишнинг бузилиши, яъни бир томонлама овқатланиш, овқат режимининг бузилиши, ачитқи замбуруғларига бой овқатларнинг ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиниши ҳам ачитқисимон замбуруғларнинг ўз патогенлик хусусиятини намоён этишига сабаб бўлади.

Кандидозлар ривожланишида эндоген омилларнинг аҳамияти виҳоятда катта:

1) моддалар алмашинувиининг бузилиши (қанд касаллиги, ёғ босиш, диспротеинемия);

2) қои касаллиги (камқонлпк, оедонлик);

3) нейрозндокрин системаси фаолиятининг бузилиши (кўп терлаш, Йценко-Кўшинг синдроми, микседема, тиреотоксикоз);

4) гиповитаминозлар (айниқса рибофлавин ва пиридоксин етишмаслиги);

5) дисбактериоз ҳолатлари.

Эмадиган гўдак болаларда кузатиладигая кандидозлар ривожланишда қондаги фунгистаза активлигининг камайиши муҳим роль ўйнайди. *IMasKyp* фермент ачитқи замбуруғлари ҳаёт фаолиятини кескин сусайтиради. Шунингдек болаларда сўлак ажралиш жараёнининг етишмовчилиги, айнақса сўлак таркибидаги лизоцимнинг замбуруғларга қарши активлигининг пасайиши шиллик қаватлар кандидозининг ривожланишида ҳал қилувчи роль ўйнайди. Антибиотиклар, глюкокортикоидлар ва иммунодепрессив препаратларнинг кенг қўламда қўлланиши болалар ўртасида кандидозлар кўпайишига сабаб бўлаяпти, жумладан ички аъзолар кандидози кўпроқ учраёпти.

Кандидозлар асосан икки гуруҳга: юзаки ва висцерал кандидозларга бўлинади. Шунингдек болаларда кузатиладиган сурункали тарқалган кандидоз ва кандидамикидлар

ҳам фарқ дилинади.

Юзаки кандидозлар. (тери ва шиллиқ каватлар кандидози, кандидозли онихиялар ва паронихиялар) кўпинча тери бурмалари соҳасидан бошланади. Бунда дастлаб пайдо бўлган эритематоз доғлар сатҳида пуфакчалар, кулранг тугунчалар, йирингчалар ҳосил бўлади. Бурмалар иккала юзасининг бирбирига ишқаланиши натижасида бу экссудатив тошма элементлари ёрилиб, уларнинг ўрнида эрозия кузатилади. Кандидоз эрозияларнинг юзаси кўпинча силлиқ, ялтирок, оқимтир парда билан қопланган бўлади. Юзаки кандидозларнинг мана шу тури интертригиноз кандидоз дейилади. Яллиғланиш ўчоқларининг бурмалар атрофидаги силлиқ тери бўйлаб тарқалиши эса силлиқ тери кандидози деб аталади. Силлиқ терида кузатиладиган тошмалар характерга қараб эритематоз ва везикулёз турлари тафовут этилади. Эритематоз турида терининг яллиғланган ўчоқларида нам эрозиялар, қипшуш ва 1;аткалоқлар кўпроқ кузатилади.

Кандидомикозларнинг везикулёз турида эса пардаси шалвираган кўп сонли майда пуфакчалар, тугунчалар, каеалликшг асосий белгилари ҳисобланади.

Шиллиқ каватлар кандидоз я^нги тугнлган гўдаклар ва кўкрак ёшидаги гўдак болаларга хос. Асосан огиз шиллиқ каватлари кўпроқ; зарарланади. Бунда тарқалган эритема 'Тил, милк, юмшоқ ва қаттиқ танглай соҳаларидагц ўчоқли эритемаларнинг кўшилиши натижасида ҳосил оўлади. Яллиғланган деярли барча соҳалар устини оқимтир кулранг парда қоплаб олиб, улар жуда осон кўчади, пардалар кўчириб ташланганда улар ўрнида сербар ва нам эрозия ўчоқлари кўзга ташланади. Мазкур ўчоқлар огрик билан кечади, ютинганда, сўрилганда тил ҳаракатини қийинлаштиради. Онгз бурчаклари кандидоз ва кандидозли хейлитлар ҳам юзаки кандидозлар гуруҳига киради. Улар алоҳида учраши мумкин ёки ЮЕИЗ шилляқ пардаси кандидози билан бирга кечиши мумкин. Бу хасталик лаблар ёрилиши, қизил хошиянинг устки қисмини кўчиб тушиши билан кечади. Огиз бурчаклари серозийрингли қатқалоқлар билан қопланади •ёки оқимтир парча остида ёриклар кузатилиши билан кечади. Лаблар бирбири билан жипслашадиган соҳада терининг якдол қизариши кузатилади (Клейн чизиги). Бу жойда нуқтасимон эрозиялар ҳам ҳосил бўлиб, уларнинг атрофида кўча бошлаган эпителийдан ташкил топган хошия кўриниб туради.

Жинсий аъзоларышнг ачит^исимон замбуруглардан зарарланиш ҳоллари ҳам кўп учраб туради. Бунга кандидозли вульвовагинит, баланит ва баланопоститлар мисол бўлади. Киз болаларда кузатиладиган вульвит ва вульвовагиит сийдик йўлянинг зарарланиши билан кечади. Ўгил болаларда учрайдиган баланит ва баланопоститлар ҳам аксарият ҳолларда уретритлар билан бирга кузатилади.

Қиз болаларда қин даҳлизи ва қин қизаради, шишади. Ачишиш, қичишиш, огрик каби ноҳуш сезгилар болаларни безовта қилади. Мазкур соҳалардаги эрозиялар шиллиқ каватларнинг барча қисмларини эгаллайди, сийдик чикариш огрик билан ўтади. Закар бошчаси ва закар қалпоқчаси яллиғланганда кузатиладиган эритематоз ўчоқлар серозли, серозгеморрагик суюқликлар билан қопланади. Уларнинг «уриши натижасида ҳосил бўладиган қатқалоқлар, қипиқлар ҳам ачишиш ва огриц каби сезгилар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Тирноқлар ва тирноқлар атрофидаги терининг кандидозли зарарланиши ёш болаларда жуда кам учрайди.

Кандидамикидлар — ачитқисимон замбуруглар билан сенсбилизацияланган болалар организмида кузатиладиган иккиламчи аллергик тошмалардир. Кандидамикидлар ривожланишига кандидозларни нотўғри даволаш сабаб бўладн. Шунингдек, глюкокортикоидлар билан бир вақтшг ўзида ҳам маҳаллий ва умумий даволаш, антибиотикларни палапартиш қўллаш, терини қитиқловчи маҳаллий дориларни нотўғри қўллаш ҳам аллергик тошмалар пайдо бўлишига олиб келади. Кандидамикидлар терида эритематоз доғлар пайдо бўлиши билан бошланади, аиа шу соҳаларда пуфакчалар, тугунчалар ҳосил бўлади. Эритемаларнинг камайиши улар сатҳида кўчиб тушаётган қипиқланиш жараёни ривожлапишига олиб келади. Бундай беморларда умумий ҳарорат кўтарилади, уларни дармонсизлик, бош огриғи, кўнгил айнаиши каби ноҳуш белгилар

безовта қилади. Асосий ўчоқлардаги яллиғланиш белгилари кучаяди. Кандидозларга учраган асосий ўчоқларни тўғри ва сифатли даволаш кандидамикидларнинг ўзўзидан йўқолиб кетишига сабаб бўлади.

Болаларда кузатиладиган сурункали тарқалган кандидоз илк гўдаклик давридаёқ шаклланиб, дастлабки белгилари кўйинча оғиз бўшлиғида намоён бўлади. Ана шу шиллик қават кандидозини нотўғри даволаш, жумладан антибиотиклар, сульфаниламидлар ва гормонлар қўллаш унинг сурункали тарқалган тус олишига сабаб бўлади. Юз терисида, бошнинг сочили қисми, бадан териси ва қўлоёқларда кўп сонли эритематоз доғлар пайдо бўлади. Доғлар айлана шаклида, четлари нотекис, жуда :цизарган ва шишган, уларнинг юзасида қипиқлар бўлади. Мазкур доғлар сўғалсимон ўсишга мойил бўлиб, кўпинча серозийринглиц ва ифлосаянган қипиқлар билан қопланади. Бу ҳол оғиз бурчакларида яққол кўзга ташланади. Терининг барча соҳаларида тугунсимон гадирбудур ўсмалар шаклланади. Тирноқ остида ва тирноқлар ўрнида тошмалар куртакланиши авж олади. Натижада тирноқлар шаклини ўзгартириб, қалинлашади, синувчан, мўрт бўлади. Тарқалган кандидознинг кечиши сурункали тус олинб, беморнинг умумий ахволи оғирлашади. Камқонлик, ҳарорат кўтарилиши, найсимон суяклар остеопорози, қайталанувчи бронхит, ўпка яллиғланиши, ич кетиши кабил хасталиклар қўшилади. Касалликни ўз вақтида апицлаб, ачитқисимон замбўруғларга қарши даво ўтказиш юқорида санаб ўтилган ноҳуш белгилар ва ҳодисаларни бартараф этади. Бироқ силлик терида чандикли атрофия, бошнинг сочили қисмида соч тўкилиши узок вақт сақланиб қолади.

Кандидозларни даволашда барча патогенетик омилларни ҳисобга олинш лозим. Тегишли текширувлар натижасида аниқланган патогенетик омилларга (айниқса эндоген сабаблар) қарши чораларни кўриш даволаш самарадорлигини оширади. Кандидозга чалинган болаларни сабзавот, ҳўл мева ва витаминларга бой маҳсулотлар билан бокиш даволаш коидаларининг муҳим шартларидан биридир.

Шиллик қават ва силлик тери кандидозлари хусусан маҳаллий доридармонлар билан даволанади. Тетраборат натрийшга 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, нитрофурилешинг 0,05—1% ли эритмалари, шунингдек нистатин, леворин, амфотерицин, микогептин ва канестенларни суртиш яхши наф беради. Оғиз шиллик қавати, бодомча безлари ва томоқ зарарланганда декамин қанди ва леворин таблеткаларини тил тагига ташлаб, сўриш буюрилади. Болаларда тери ва шиллик қаватларни ювиб тозалаш ва ингация (пуркаш) қилиш мақсадида леворин аэрозол кўринишида қўлланилади. Бундай даво чоралари кунига 2—3 мартадан 10—15 кун давомида ўтказилади. Вульвовагинитни даволашда қинга леворин таблеткасини юбориш мақсадга мувофиқдир. Бундан ташқари, кумуш нитрат ва натрий гидрокарбонатларнинг 2% ли эритмаси билан кин, қин даҳлизи артилади, сўнгра леворин ёки нистатин эритмалари ёрдамида ювилади.

Кандидозлар ўткир яллиғланиш белгилари (сувлашган эрозия ўчоқлари) билан кечганда дастлаб танин ёки кумуш нитрат эритмалари билан намланиб, сўнгра фукарцин ёки Кастеллани суюқликлари суртилади. Бу тадбирлар ёрдамида ўткир яллиғланиш белгилари йўдолгач ачитқисимон замбуруғларнинг ўзига қарши даво ўтказилади.

Сурункали кандидозлар давоси комплекс олиб борилади. Леворин, нистатин препаратлари билан бир каторда имун даволаш (гаммаглобулин, кандсдовакцина, қон қуйиш), витаминлар ва микроэлементлар (мис, рух, темир) қўлланилади. Микогептин, амфотерицин, амфоглюкаминлар даво самарадорлигини кучайтиради. Кандидамикидларда антигистамин препаратлар ва кальций тузлари қўлланилади.

3. Машгулотнинг мақсади.

Талабалар терининг замбуруғли касалликлари (дерматомикозлар) тўғрисида тушунчага эга бўлишлари, уларнинг таснифини билишлари лозим. Шунингдек кўп

тарқалган микозларнинг клиник белгиларини ўхшаш касалликлардан ажрата олишлари лозим. Дерматомикозларни даволаш, жумладан гризеофульвин препаратини қўллага коидасини ва маҳаллий даво доридармонлари ҳақида сўзлаб беришларни талаб этилади. Болалар богчаларида ва мактабларда замбуруғли касалликларнинг олдини олиш чораларини билишлари керак. Улар куйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари лозим;

- а) йод билан сийиш (Бальцер) диагностик усули;
- б) оёқ қафти эпидермофитиясининг турлари;
- в) зарарланган тери ва сочни лаборатория текширувига олиш техникаси;
- г) люмиесцент усул билан микроспорияни трихофитиядан ажратиш.

4. Уйга вазифа:

- кератомикозларда ўткир яллигланиш жараёни нега кузатилмайди?
- дерматофитияларни «қайчиланган темиртки» дейишнинг сабаби нимада? оёқ қафти эпидермофитиясининг иссиқ ёки ҳаво намлиги юкори ўлкаларда кўп учраши сабабини тушунтиринг.

бош соч кисмининг трихофитияси ва микроспориясининг клиник фарқини сўзлаб беринг.

- кандидозларга таъриф беринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М., 1979. 162—193, 198—203бетлар.

Лечение кожных болезней. А. Л. Машкиллейсон таҳрири остида. М. 1990. 220—230бетлар.

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М. 1985 80—105бетлар.

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. М. 1983. 116—156бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номы	Ишнинг мазмуны	Ишнинг маъсади
1. Замбуруғли кагалликларга дучор бўлган беморларни курация қилиш (кузатиш);	а) анамнез ва оғшдемиологик анамнез йиғиш; б) аарарланган тери соҳасини ёзма равишда таърифлаш; в) муолажа хонасида беморларга ёрдам бериш. а) талабаларни касаллик тарихи билан талиштириш;	а) касаллик қўзғатган манбани аниқлаш; б) махсус дерматологик қисмни ёзишни ўрганиш; в) специфик муолажа усуллариини ўрганиш; а) баҳслашув йўли билан беморнинг клиник ташхисини аниқлаш;
2. Касаллик тарихи ёзилган бемор болаларни муҳокама қилиш.	б) Вуд чироги ёрдамида беморларни люминесцент текширувдан ўтказиш; в) лаборатория текшируви натижаларини таҳлил қилиш; г) гризеофульвиннинг даво бўладиган микдорини аниқлаш (беморнинг гавда оғирлиги ва ёши асосида).	б) тўғри даво режасини тузишга замин тапёрлаш.

11 МАШҒУЛОТ

1. Машгулот мавзуси. Терининг тугунчали касалликлари (қўъбус, қизил ясси темиртки).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Дўъбус (псориаз). Синонимлари: гулафшон, тангачали темиртки, қипикли темиртки.

Псориаз ер юзида кўп тарқалган касалликлардан биридир, ер куррасининг 2% аҳолиси Қўъбусга чалинган.

Болалар дерматозлари йчида даволаш муассасаларига ётқизиладиган бемор болаларнинг 8% ини ташкил этади. Сўнгги йилларда мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар орасида қўъбус кўпайиб борапти. Ҳатто чақалоқ ёшидаги ва янги тушган гўдакларда ҳам исормаз кузатиляпти.

Псориаз организмнинг умумий касаллигидир. Бунда барча аъзолар ва системаларда маълум функционал ва морфологик ўзгаришлар кузатилади. Ички аъзолардаги ўзгаришлар даражаси Касалликнинг босқичига, кечишига ва турига боишқдир. Аппикса, ўткир кечадиган ва тарқалган қишққсимон темирткида асаб системаси ва эндокрин безлар фаолиятининг бузилишлари, моддалар алмашинувининг бузилиши ва шшунологик ўзгаришлар аниқланяпти.

Ўтказилган гистокимёвий ва олектрон мпкроскопик. текширувлар исориазга дучор бўлган болалар организмда ўзига хос ўзгаришларни аниқлади. Болаларда эксудация жараёни кучли ривожланган, ҳужа!фалар альтерацияси яққол кўзга ташланади. Эгшдермис ҳужайраларида кузатиладиган гликоген ва нуклеопротеидлар миқдорининг ошиши катта ёшдаги кишиларга тавдослаганда кам ривожланган. Коллаген толаларнинг ўзгаришлари эса касалликнинг ўтроқ (стационар) босқичнда нисбатан сезиларли ривожланган. Шунингдек, кератоз жараёни бошқа қўъбус жараёнларидан устунроқ кечади. Дўъбус ривожланишида организмнинг ирсий мойиллиги ва генетик омилларининг роли ниҳоятда катта. Касалликнинг бир неча авлодларда ўрганилиши, бир оилада бир неча кишининг қўъбусга чалинган холларни қўъбуснинг ирсий табиатини тасдиқламоқда. Ршсалликнинг наслданнаслга ўтиш турни аниқланган эмас. Қўъбус шаклланишида ирсикн омиллар билан бирга атроф муҳитнинг таъсири ҳам маълум роль ўйнайди. Обхавонинг ўзгариши, йил фаслларига қараб касалликнинг қўзиши ёки сусайиши ушбу касалликнинг кечишида муҳим патогенетик ва клиник аҳамият касб этади. Ёзнинг иссиқ кунлари беморлар терисидаги тошмаларнинг бутунлай сўрилиб кетишига олиб келса, иккинчи гуруҳдаги беморларда қуёшли кунларнинг бошланиши қўъбуснинг қўзишига сабаб бўлади. Тангачасмон темирткига чалинган болаларда оқсил алмашинувишнинг бузилиши (гиопротеинемия, гипергаммаглобулинемия, альбуминглобулин коэффицентининг камайиши), липидлар алмашинувига алоқадор турлитуман ўзгаришлар, қондаги эркин аминокислоталарнинг кўпайиши ва бошқа биокимёвий кўрсаткичлар мазкур бемор болалар организмда метаболизм жараёнларининг патогенетик ролидан гувоҳлик беради.

Дерматознинг қўзишига турли юкумли касалликлар (грипп, ЎВИ¹, сувчечак, юкумли паротит), шунингдек пневмония, нефрит, геитит каби хасталиклар сабаб бўлади. Бундан ташқари, йирингли отит, сурункали тонзиллит, гайморит, фронтит, тиш кариеси кабрг сурункали кечадиган чегараланган йиринг ўчоқлари ҳам қўъбуснинг зўрайишига ва турли асоратлар келтириб чиқаришига сабаб бўлади. Болаларда тезтез учраб турадиган л;ўрқиш, турли рухий кечинмалар псориазнинг нафақат ёзишида, балки шаклланишида ҳам пойдевор бўлиб хизмат цилади.

Юқорида саналган нейроген, эндокрин, вирус ва ирсий назариялар, модда алмашинувидаги ўзгаришлар, инфекцион ва инфекциоллергик назариялар турли танқидларга бардош бера олмади. Кейинги йилларда таклиф этилган мультифакториал (кўп сабабли) назария эса касалликнинг туб моҳиятини очиб бера олмаяпти.

Кўпгина болаларда қўъбус бошнинг сочили қисмидан бошланади. Бунда терининг маддаланиши, унинг устида цияиклар ва қатқалоқлар тўпланиши кузатилади. Цазғокланиш деб ҳисобланган бу ҳодиса бемор гўдакларнинг отаонасини барча ҳолларда ҳам педиатрдерматолог ҳузурига бошлаб келавермайди. Ёш болаларда, айниқса эмадиган болаларда касалликнинг бошланиши ўзига хос клиник хусусиятларга эга. Дастлаб тери бурмаларида четлари аник; чегараланган қизгиш рангли яллигланиш ўчоқлари ҳосил бўлади. Ўчоқлар четида кузатиладиган шох қаватиинг кўчиб тушиши ва ишқаланиш излари бичилиш, кандидоз ёки экзематидларни эслатади. Псориатик элементлар эса юз териси, жинсий аъзолар соҳасида ва табиий бурмалар соҳасида пайдо бўлади.

Касалликнинг асосий тошма элементи тугунча (papula) ҳисобланиб, унинг катталиги тарикдек ёки мошдек келади. Тугунчалар атрофидаги тери бир оз қизарган, яъни ўткир яллирланиш ҳошияси билан ўралган бўлади. Сўнгра тугунчалар астасекин катталашиб боради. Катталиги ловиядек, ўрикнинг данагидек келадиган папулалар бирбири билан қўшилишга мойил бўлади. Мактаб ёшидаги болаларда ва ўсмирларда псориатик тошмалар асосан симметрик жойлашиб, кўпинча қўл ва оёқларнинг ташқи сатҳини эгаллайди. Улар асосан айлана, овал шаклида, тери сатҳидан бўртиб чиқади. Касаллик ривожланиб бориши билан уларнинг ранги *оч* қизил, пушти, оч пушти тус олади. Тугунчаларнинг устки юзасини астасекин тангачасимон, кепаксимон қипиқлар қоилайди. Бундай қипиқлар оқиш, кул ранг ва кумушсимон оқ рангга эга бўлади. Папулёз тошмалар қорин, елка, бел ва кўкрак соҳаларини ҳам эгаллаши мумкин. Тугунлар тирсак, тизза ва қорин соҳаларида бирбири билан қўшилиб, маълум соҳаларни қамраб олади.

Касаллик ўз ривожланиш жараёнининг маълум даврини ўтгач тошма элементларининг кўпайиши ва ҳажм жиҳатидан катталашиши тўхтайди. Тугунчалар устини ойпоқ кумушсимон тангачалар қоплаб олади, атроф т^аридаги яллиғланиш белгиларни йўқолади. Псориатик тошмаларнинг камайиши ва сўрилиши уларнинг марказий қисмидан бошланади. Бундай ҳолларда ҳалқасимон, ярим ҳалқасимон тугунчалар кузатилиб, улар жугрофия харитасини эслатиши мумкин.

Қўъбус мономорф касалликдир. Унда р^азузатиладиган тугунчалар ўзига хос белгиларга эга. Бу ҳол псориатик учликда ўз ифодасини топган. Псориатик учликка қуйидаги белгилар киради:

а) стеарин доғи белгиси. Бу симптомнинг асосий сабаби гиперкератоздир. Шунингдек паракератоз ҳам қиртишлаш пайтида мугуз ҳужайраларининг тўхтовсиз кўчиб тушишига олиб келади; б) қўъбус пардаси белгиси. Тугунча сатҳи бўйлаб қиртишлаш давом эттирилганда му^гУЗ ҳужайралари қатлами остида юпқагина парда пайдо бўлади. Бу эпидермис ва дерма ўртасидаги базад мембранадир. Шунинг учун бу белги яна оралиц пардаси белгиси деб ҳам аталади; в) қонли шудринг белгиси. Қиртишлаш оқибатида кўчирилган базал мембрана остидаги дерманинг сўргичсимон қаватида жойлашган капиллярлардан қон кета бошлайди. Қонли шудринг белгисининг асосий сабаби папилломатоздир — дерма сўргичсимон қаватининг ўсиши. Диртишлаб бутунлиги бузилган ва ўзига хос тузилишга эга бўлган сўртчлардан қон бирдан эмас, балки нуктасимон кетади. Шу туфайли бу белги бошқача, нуктасимон қонаш белгиси ҳам дейилади. Юқорида саналган бу учала белги псориатик папулаларни бошқа касалликларда кузатиладиган тугунчалардан фарқ қилишда ёрдам беради. Аммо, эмадиган ёшдаги бемор болаларда бу учлик суст ривожланган. Шунингдек, қўъбус тугунчалари табиий бурмалар (қўлтиқ остида, човсон бурмасида) соҳасида жойлашган ҳолларда стеарин доғи белгиси кузатилмайди. Умуман қўъбусни кўпчилик ҳолларда захм тугунчалари ва қизил ясси темирлатки тугунчаларидан фарқлашга тўрри келади.

Қўъбус сурункали кечадиган ва тезтез а^йталанио турадиган касалликдир.

Болаларда дерматоз кўпинчг кишда кўзийди (55,4% ҳолларда), ёз фаслида камроқ (26%), куз ва баҳорда ундан камроқ ҳолларда кўзийди. 1лўбус жараёни бир неча йиллаб кечиши натижасида йилнинг бир неча фаслларида ҳам кўзийдиган бўлиб қолади. Унинг аралаш тури 49% ҳолларда кузатилади. Даволаш ва олдини олиш нудтаи назаридан кўббуснинг 5 тури: кишки, баҳорги, ёзги, кузги ва аралаш турлари тафовут этилади. Касалликнинг кўзиш фасллари аниқлаш, унинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқишга ва қайталанишига қарти даво режасини тузишга ёрдам беради.

Кипицсмон темирткининг кечишида унинг уч ооскичи фарқ қилинади: кўзиган, сусайган ва ўтроқ босқичлари.

Кўзиган (ривожланган), яъни прогрессив босқичда янги тошма олементлари пайдо бўлади. Улар кўпинча милиар ва лентикуляр папулалар кўринишида бўлиб, ранги кизил, яллиЕланган. Тошма атрофидаги терида ўткир яллигланиш хошияси кузатилади. Терининг сорлом соҳаларига ўткир буюм билан таъсир этиш (масалан, игна санчиш) янги тугунча пайдо бўлишига олиб келади (Кебнер белгиси— мусбат). Янги тошмаларнинг ҳосил бўлиши Қичишеш билан кечади.

Сусайган (қайта ривожланаётган), яъни регрессив босқичда псориатик тугукчаларнинг сўрилиши ва кўчиб тушиши кузатилади. Шу сабабли папулаларнинг ранги оч: оч кизил, пупгти, оч пушти. Улар атрофидаги терида ўткир яллигланиш белгилари кузатилмайди. Кебнер белгиси манфий. Папулалар устида кумушсимон қигшқлар кузатилади. Цичишиш аҳёнаҳёнда безовта қилади ёки умуман йўқолиб кетади. Сўрилиб тугаган тугунчалар ўрнида иккиламчи гиперпигментли ёки гипопигментли дорлар кузатилади (пигментация даражаси ўтказилган давонинг турига ва малҳамларга боғлиқ). Кўпинча иккиламчи лейкодерма кузатилади.

Ўтроқ (ривожланишдан тўхтаган), яъни стационар босқичда янги тугунчалар пайдо бўлмайди, эскилари эса сўрилишдан тўхтайди. Кўпинча кумушсимон кипиклар билан қопланган ҳажми катта тугунчалар ва «навбатчй пилакчалар» кузатилади. Шунингдек бу даврда ривожланишдан тўхтаган папулалар атрофида мугуз қават ҳисобига ҳосил бўлган бурмачаларни (Вороновнинг сохта атрофик бурмалари) ҳам кўриш мумкин. Касалликнинг ривожланиши тугунчалар пайдо бўладиган барча даврларда тўхташи мумкин. Жумладан, эндигина пайдо бўлган милиар тугунчалар сўрилиб улгурмасданоқ псориатик жараён ўтрсж. босқичга ўтиши мумкин. Шу сабабли стационар босқичда катта ҳажмдаги иапулалар билан бирга жуда майда тугунчалар ҳам кузатилиши мумкин. Утроқ босқич узоқ муддат, баъзан бир неча ойлаб давом этиши мумкин. Бу ҳол катта ёшдаги кишиларда кўп учраб, ёш болаларга унчалик хос эмас.

Юқорида тасвирланган одатдаги гулафшондан ташқари, унинг қудидаги турлари ҳам маълум: сувли гулафшон, кўлоёқ кафти гулафшони, томчисимон кўббус, Кўббус артрити, кўббус эритродермияси ва бошқалар. Ёш болаларда томчисимон кўббус кўп учрайди.

Гулафшонга дучор бўлган болаларни даволашда улар организмтШ синчковлик билан текшириш, тахмин қилинган патогенетик омилларни аниқлаш муҳим амалий аҳамиятга эга. Айниқса чегараланган йирингли яллигланиш ўчоқларини (тонзиллит, гайморит, отит) топиш ва даволаш, турлитуман шамоллаш касалликлари, гижжаларни йўқотиш касалликка даво қилишнинг гаровидир. Катта ёшдаги кишиларда эса даво парҳез буюришдан бошланиши лозим. Углевод ва ёғарни чегаралаш, оксилли овқатларни буюриш жуда фойда беради. Кейинги йилларда очлик билан даволаш ҳам кенг ва муваффақиятли қўлланилмоқда.

Псориазни доридармонлар билан даволашда касалликнинг даврлари ҳисобга олиниши лозим. Дарднинг ривожланган (кўзиган) даврида сезувчанликни пасайтирадиган дорилар (натрий гипосульфит, задитен, тавегил, димебон ичиш ва юбориш) кўпроқ фойда қилади. Бемор болага эса кальций тузлари (кальций глюконат, кальций пантотенат ва ҳоказо) нинг нафи кўп тегади. Касалликнинг тарқалган ва огир турларида стероид препаратлар (преднизолон, пресоцил, дексазон) берилиши лозим. Беморларга маҳаллий

даво буюрилганда касалланган терига кучсиз таъсир этадиган ёки бефарк ҳисобланган малҳамлар ёзиш мақсадга мувофиқдир (Унна креми, борат малҳами, болалар креми).

Гулафшоннинг сусайган даврида сўрилиш жараёнини ^езлаштирадиган дорилар (А, Е, РР витаминлари, пирогенал, продигозан) буюриш кўп наф кўлади. Ана шулар қаторида тинчлантирувчи дорилар (мепробомат, тазепам, седуксен), антигистамин препаратлар бериш даво натижасини яхшилайдди. Маҳаллий даво кучайтирилиши лозим: олтингугурт, салицилат кислота, нафталан ва ихтиолдан тайёрланган малҳамлар. Уларнинг миқдори ҳам астасекинлик билан: 2—5—10—20% ва ундан ҳам кўпроқ қилиб ошириб борилади. Глюкокортикоид малҳамларнинг барчаси (преднизолон, фторокорт, флюцинар, лоржиден, целестодерм) ни қўлласа бўлади.

Касалликнинг ётов; (стационар) даврида витаминлар, антигистамин дорилар, кальций препаратларидан ташқари цитостатиклар (метотрексат, проспидин) ва кортикостероидлар қутган натижаларни олишга ёрдам беради. Узун тўлқинли ультрабинафша нурларни фотосенсибилизацияловчи дорилар билан қўшиб (PUVA) қўллаш ҳам кўп фойда қилади.

Псориазни сусайган ва ётоқ даврларида оромгоҳда даволаш усуллари қўллаш (куёш нурлари, ^денгиз ва қўлларда чўмилиш, сероводород ҳовузларида ётиш) ^даволаш натижаларини оширади ва касалликнинг қайталаниш муддатини чўзади.

Қизил ясси темиртки. Касалликнинг сабаби анжқланган эмас. Таклиф қилинган назариялар ва тахминлар (микроблар, вируслар, нейроген, модда алмашинувининг бузилиши, ирсий мойиллик) амалда ўзини оқлай олмади.

Қизил ясси темиртки клиник жиҳатдан мономорф тери касалликлари қаторига киради. Бунда тери ва шиялик қаватларда тугунчалар (папула) ҳосил бўлиб, улар ўзига хос бўлгиларга эга. Ясси тугунчаларнинг юзаси силлик; ялтироқ оч пушти ранга эга. Дастлаб уларнинг ҳажми игнанинг бошчасидек келади, сўнгра катталашиб тарив; нўхат, ловия ва тангадек бўлиши мумкин. Кўпчилик тугунчаларнинг ўртасида тугмасимон чуқурча кузатилади. Тугунчалар бирбири билан Қўшилиб, бурдалар ҳосил қилиши мумкин. Уларнинг юзаси тўрни (Уиккем белгиси) эслатади. Мазкур манзара зарарланган тери соҳасига ўсимлик ёғи суртилганда ва ошз бўшлиида яққол кўринади. Тошмалар елка ва билакларнинг ички юзасида, думғаза, тизза ва жинсий аъзолар соҳасида кўн учрайди. Касаллик ўткир бошлансада сурункали кечади, баъзан бир неча йиллаб давом этади. Қизил ясси темирткининг кечишида ривожланган (тугунчаларнинг ҳосил бўлиши), ётоқ (жараённинг тўхташи) ва сусайган (тугунчаларнинг сўрилиши) даврлар фарк қилинади.

Қизил ясси темирткинж гулафшон ва захм тугунчаларидан фарқлаш даркор. Гулафшонда тугунчалар юзасининг қипик; билан қопланганлиги ва псориастик учлик уни мазкур касалликдан ажратишда ёрдам беради. Захмда эса тугунчаларнинг ўзига хос жойлашиш, Биет ёқаси, Уиккем белгисининг кузатилмаслиги, серологик реакцияларнинг мусбат жавоблари уни темирткидан фарқлаб туради. Қизил ясси темирткига хос яна бир белги — қичишишдир. Касалликнинг барча даврларида беморларни қичишиш безовта қилади, баъзан жуда кучли қичишиш пайдо бўлиб, беморлар ўз баданини тимдалаб ташлайдилар. Бу белги захм ва гулафшонга хос эмас.

Қизил ясси темирткини даволашда антибиотиклар жуда наф беради. Айниқса тетрациклин гуруҳи (жами 7 —10 млн ТБ) яхшн таъсир қилади. Шунингдек, тинчлантирувчи дориларнинг (бром, валериана, триоксазин, сибазон) фойдаси катта. Витаминлардан никотинат кислота, пиридоксин кўп қўлланилади. Антигистамин препаратларнинг (супрастин, фенкарол) аҳамияти катта.

Кейинги йилларда гипноз, игна билан даволаш кенг тарқалди. Касалликнинг сурункали кечадиган ва огир турларида кортикал стероидлар (иреднизон, пресоцил, кенокорт, дексазон) махсус цоида асосида қўлланилади. Даво чоралари ўтказилаётганда сурункали кечадиган микробли ўчоқларни тоғшб, улардан организмни тозалаш даво натижаларини кучайтиради.

Маҳаллий даво: қичишиш зўрайган пайтларда глюкокортикоад малҳамлар

(целестодерм, лоринден, оксикорт) буюрнш мақсадга мувофиқ. Касаллик сусайганда сўрилиш жараёни тезлаштирувчи малҳамлар (нафталан, ихтиол, олтингугурт ва ҳоказо) суртиш керак. Терининг зарарланган соҳаларида гидрокортизон билан фонофорез ўтказиш, УВЧ билан даволаган маъқул. Сўгалли турларида совуқ билан даволаш, Букки нурларини қўллаш лозим. 3. Машгулотнинг мақсади.

Талабалар гулафшон ва қизил ясси темиртки касалликларининг сабабларини ва моҳияти тўғрисида тушунчага эга бўлишлари лозим. Жумладан, касалликнинг табиатини тушунтирувчи назариялар билан таниш бўлишлари лозим. Мазкур дерматозларнинг асосий клиник белгилари ва давлари, шунингдек, уларни бирбиридан фарқловчи симптомларни бйрмабир санаб беришлари лозим. Талабалардан псориаз ва қизил ясси темирткини захмнинг иккиламчи давридан фарқ қилиш ҳам талаб қилинади. Шунингдек улар тугунчали касалликларни даволашда кенг қўлланиладиган дориларни ва ишлатиш усуляарини билишлари лозим. Талабалар куйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари керак:

а) гулафшон бўйича — псориазик тугунчаларни таърифлаш. кириб кўриш усули ёрдамида «стеарин доиг», псориазик «парда», «қонли шудринг» симптомларини аниқлашлари;

б) қизил ясси темиртки бўйича — темиртки тугунчаларини захм ва псориаз тугунчаларидан фарқ қилишлари, Уиккем турини аниқлай олишлари, шунингдек маҳаллий даво усулларини қўллаш билишлари лозим.

4. Уйга вазифа:

псориазни кандай дерматозлардан фарқ қилиш лозим?

қандай белгилар асосида касаллик даври аниқланади?

касалликнинг даврига қараб даволаш режасини тузиб беринг.

— нега огиз бўшлигида Уиккем белгиси яққол кўринади?

— қизил ясси темирткини даволашда антигистамин препаратларни самара бериш сабабини тушунтиринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М. 1979. 351—362. 362—366бетлар.

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. Л. 1983. 200—206, 209—215бетлар.

5. Талабаларгошг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуци	Ишнинг мадсади
1. Тугунчали дерматозлар (гулафшон, қизил ясси темиртки) билан даволанаётган беморларга касаллик тарихини тўлдириш (ҳар ким ўзича тўлдиради) ;	а) беморларнинг анамнезида ҳамроҳ касалликларга эътибор бериш ва уларнинг патогенетик аҳамиятнини талқин қилиш; б) псориазик триадани аниқлаш. в) Уиккем белгисини аниқлаш; г) беморлар терисига тегишли малҳамларни суртиш.	а) беморга дастлабки таъхис қўйиш; б) диагностик алгоритмдан фойдаланиб касаллик даврини аниқлаш;

2. Беморларни гуруҳ билан бирга муҳокама қилиш.	а) анамнестик маълумотлар билан ўзаро танишиш б) ноаниқ морфологик элементларни аниқлаш ва уларни ўхшаш тошмалардан фарқлаш; в) олингаи янги маълумотларни дафтарга ёзиб олиш.	а) нотаниш беморлар касаллик тари.\ини кўриш; б) ўзаро суҳбат ёрдамида ноаниқ масалаларни ечиш; в) талабаларни мазкур дерматозлар бўйича билим савия
---	--	--

12-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Дерматозоонозлар (терининг паразитар касалликлари): Қўтир. Битлаш. Пашшахўрда (тери лейшманиози).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Ҳайвон паразитлари томонидан қўзғатиладиган тери касалликлари дерматозоонозлар деб аталади. Ҳайвон паразитларидан битлар, бурга, тахтакана, қўтир канаси, чивин ва пашшалар, шунингдек лейшманиялар туркумига кирувчи паразитлар терини зарарлаб, турли патологик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Педиатрдерматологларнинг иш фаолиятида қўтир ва битлаш муҳим ўрин тутди. Улар атроф муҳитда, одамлар ва ҳайвонлар орасида кенг тарқалиб, аҳолининг барча табақаларини зарарламоқда. Мазкур майда жониворлар дерматозоонозларга чалинган беморлар билан бевосита алодада бўлиши натижасида соғлом киши териси ичига кириб олади ва махсус яшаш давлари қонуниятларига мувофиқ паразитлик қилади. Кана ва битлар беморларнинг кийим ва тўшакларидан бошқа одамлар фойдаланганда, шунингдек уларни буюм ва асбобларини ишлатганда ҳам соғлом кишига ўтади.

Ҳозирги пайтда мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда шахсий гигиена қоидаларига мунтазам риоя қилмаслик, болалар муассасаларида тиббий профилактик кўриқларнинг сифатсиз ўтказилиши, баъзи жойларда эса умуман ўтказилмаслиги болалар орасида дерматозоонозларнинг кенг тарқалишига сабаб бўлмоқда. Бундан ташқари, болалар боғчалари, мактаблар, маҳалла ва қўшлоқларда, айниқса аҳоли зич жойлашган уйларда профилактик дезинфекция ишларининг етарли даражада йўлга қўйилмаганлиги, турар жойларда ахлатларни ўз вақтида олиб кетмаслик ва ниҳоят, чивин, пашша ва каламушларни кўпайиб кетаётганлиги ҳам дерматозоонозларнинг аҳоли орасида кўпайишига шароит яратмоқда.

Кана ва битларнинг ёппасига кенг қўламда тарқалишида экологик ва иқлим омилларининг ҳам роли катта, деган тахминлар ҳам бор. Маълум муҳит шароити бу паразитларнинг биологик активлигига таъсир этиб, уларнинг кўпайишига сабаб бўлар эмиш.

Пашшахўрда. Синоними: Боровский касаллиги, тери лейшманиози, ёмон жароҳат, пендинка. Касаллик қўзғатувчиси *Leishmania tropica* 1898 йилда П. Ф. Боровский томонидан Тошкентда топишган. Пашшахўрда сурункали кечадиган терининг зараркунанда касаллиги ҳисобланиб, тропик ва субтропик ўлкаларда кўп учрайди. Жумладан, Ўзбекистоннинг Сурхондарё ва Дашқадарё вилоятларининг жанубий туманларида, Бухоро вилоятининг чўл мавзеларида ва Фарғона водийсида кўпроқ кузатилади.

Лейшманиялар тухумсимон шаклда бўлиб, узунлиги 2—5 мкм, эни 1,5—4 мкм ни ташкил этади. Протоплазмасида иккита ядроси бор, бири катта — овал (тухум) симон, иккинчиси кичик — таёқчасимондир. Шу сабабли Боровский таначалари ҳам дейилади. Зараркунанда қонда ва касалланган тери моддаси таркибида кўп микдорда топилади. Шунинг учун тўқима суюқлигидан суртма тайёрланади ва Романовский Гимза усули билан

бўялади. Бунда лейшманияларнинг протоплазмаси ҳаворанг, катта ядроси қизилбинафша, кичик ядроси эса тўқ бинафша ранг билан бўялади. Зараркунданининг бир неча турлари маълум. Шулардан кўп учрайдигани ва диагностик аҳамиятга эга бўлганлари *Leishmania tropica major* ва *Leishmania tropica minor* лардир. Каттаси ҳайвонлар организмиде, кичиги ҳам ҳайвон, ҳам одамлар организмиде яғпайди.

Лейшманиялар исқаботпар (москит) ларни (пашшанинг бир тури) чақиши натижасиде одамга ўтади. Касаллик манбаи бемор киши ва чўл ҳайвонлари (кемирувчилар)дир. Бемор одамни ёки ҳайвонни чаққан, яъни қонини сўрган исқаботпарлар ўз навбатида соғлом кишиларни чақади ва чақиш пайтида ўз сўлақлари орқали Боровский таначаларини юқтиради. Шу сабабли пашшалар Касалликнингташувчиси ҳисобланади, «пашшаҳўрда» номи ана шундан келиб чиққан. Бу жараёни чизма шаклида қуйидагича тасвирлаш мумкин:

Пағлшаҳўрда касаллиги қўзғатувчиларининг биологик хусусиятлари ва юқиш йўллариға қараб икки тури тафовут этилади: 1) зооноз, қишлоқ, ўткир, тез яраға айланадиган тури; 2) антропозооноз, шаҳар, сурункали, кеч чақаланадиган тури. Зооноз лейшманиозлар қуйидагилар билан таърифланади. Касаллик қўзғатувчиси *Leishmania tropica major* ҳисобланади, касаллик ўчоғи ёввойи кемирувчилар, жумладан касалланган юмронқозиқлардир. Инкубацион даври қисқа (10—40 кун), пашша чаққан жойда ҳосил бўлган тугун 2—3 хафтадан сўнг чуқур яраға айланади. Яранинг четлари ва туби нотекис, йирингли суюдлик ва некротик масса билан қопланган. Яранинг тубида хамирсимон мадда пайпасланади, атрофида эса лимфангит (сариг қон (лимфа) томирларининг яллиғланиши) кузатилади. Болаларда қўшшча пашшаҳўрда ярасиға иккиламчи йирингли қокқлар тушиб, яллирланиш жараёнини чуқурлаштиради. Шусабабли уларда огриқ кучли бўлади. Оқибатда яра йиринг ва некротик массадан тозаланиб, ўртасидан чандиқлана бошлайди. Касалликнинг 5—6ойларида чандиқланиш жараёни тугайди.

Антропоноз лейшманиознинг хусусиятлари қуйидагича: касалликни *Leishmania tropica minor* қўзғатади, касаллик манбаи бемор кишилардир. Инкубацион даври 8 ойдан 1 йилгача, тугун пайдо бўлгандан яраға айлангунча 3—4 ой вақт ўтади, яъни кеч яраға айланади. Ҳосил бўлган яраларнинг юзаси катта бўлишиға қарамасдан унчалик чуқур жойлашмайди. Кўпинча яралар йиринглигеморрагик қобиклар билан қопланади, қобиклар кўчирилганда қонайдиган яралар кўринади. Яранинг битиши натижасиде пайдо бўладиган чандиқ юзаки ва юпка бўлади.

Болаларда пашшаҳўрданинг учинчи тури, яъни туберкулоид тури ҳам фарқланади, Бошқача қилиб, металеишманиоз, дўмбоқчали лейшманиоз, люпоид лейшманиоз ҳам дейилади. Тери лейшманиозининг туберкулоид тури кам учрайди (6—8% ҳолларда). Катта ёшдағи кишиларға нисбатан болалар ва ўсмирлар орасиде кўп учрайди. Пашшаҳўрданинг мазкур тури асосан юз терисиде кузатилади. Дастлаб майда тугунчалар пайдо бўлади. Улар қаттибуюқ ёки хамирсимон қаттиқликка эға бўлиб, пашшаҳўрда яраларидан қолган чандиқлар атрофида пайдо бўлади, Улар кўпинча яра ёки чандиқни ҳалқасимон, ярим ҳалқасимон шаклда ўраб олади, сарғишқорамтир рангли, атрофидағи териде ўткир яллирланиш белгилари кузатилмайди. Шунға ўхшаган дўмбоқчалар чандиқнинг ўзиде ҳосил бўлиши мумкин, аксарият ҳолларда юзаки, лопқа чандиқлар сатҳиде кузатилади. Мазкур элементлар тери силида кузатиладиган дўмбоқчаларға жуда ўхшаб кетади. Ҳатто *lupus vulgaris* дек «олма мағзи» белгиси ҳам кузатилади (Бабаянц сохта люпомалари). Пашшаҳўрданинг бу тури ана шундан туберкулоид номини олган. Бироқ тери силида кузатиладиган дўмбоқчалардан фарқи уларнинг узок вақт сақланишидир, яъни металеишманиоз дўмбоқчалари бир неча йил, баъзан 15—20 йилгача сақланиши мумкин. Бу люпомалар осонликча яраға айланмайди. Қўшилиб келадиган касалликлар (қизамиқ, кўкйўтал, грипп)гина мазкур дўмбоқчаларнинг ривожланишини ва яраға айланишини тезлаштириши мумкин.

Металеишманаоз ривожланишини куёш нурларининг таъсири билан боғлашади,

касалликнинг юз терисида кўпроқ жойлашиши сабабини ҳам куёш таъсири билан тушунтиришади. Металейшманиоз дўмбоқчалари тўлиқ етилмаган лейшманиомалардир. Айрим муаллифларнинг фикрича, улар макроорганизм қаршилиқ кўрсатиши натижасида типик лейшманиомага айланмаган ва сурункали тус олган тури ҳисобланади.

Лейшманиознинг барча турларида касалликка даво қилингандан сўнг доимий иммунитет қолади. Пашшахўрда сурункали кечадиган йирингли яралардан, захм гуммасидан ва тери силидан фарқ қилиниши лозим. Пашшахўрда ташхиси анамнестик, эпидемиологик, клиник маълумотлар асосида қўйилиб, бактериоскопик усул (Боровский таначаларининг тўқима суюқлигида топилиши) билан тасдиқланади. Диагноз ноаниқ бўлган ҳолларда Монтенегро синови ёрдам беради, яъни лейшманин билан терига қўйилган аллергик синов мусбат натижа беради.

Пашшахўрдани даволашда антибиотиклар (мономицин, метациклин) кенг қўлланилади. Мономицин ҳар кг тана[^] оғирлигига 20 000—25 000 ТБ ҳисобида кунига 2 мартадан мушак орасига 10—12 кун давомида юборилади. Мономицин ичишга берилиши ҳам мумкин (ҳар кг тана оғирлигига 50 000 ТБ ҳисобида). Кейинги йилларда метациклин муваффақиятли қўлланилмоқда. Дори 0,3 г дан кунига 2 марта 10—12 кун давомида ичирилади. Агар яра 1 — 2 та бўлса, акрихиннинг 1% эритмаси новокаин билан аралаштирилиб яра атрофига юборилади. Шунингдек яраларга 5% ли мономицин малҳами ёки 3% ли метациклин малҳами буюрилади.

Пашшахўрданинг олдини олишда кўриқ ва чўлларни ўзлаштириш, жумладан кемирувчиларга қарши кураш муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек пашшага қарши кураш (диметилфталатни қўллаш) ва ундан сақланиш (пашшахоналар тутиш) касалликнинг камайишига сабаб бўлади.

Кўтир (scabies). Касалликни қўтаф каналари *и*ўзгатади. Кўтир каналарининг икки тури маълум: а) антропофил каналар — фақат одам терисида зараркунандалик қилади; б) зооантропофил каналар — ҳам одам, ҳам ҳайвонларда учрайди. Болаларда кузатиладиган *Кўтир*нинг кўпинча антропофил каналар (*acarus hominis*) қўзғатади. Каналарнинг эркаги кичик (узунлиги 0,2 мм), урроҳисн катта (узунлиги 0,4 мм) бўлади. Эркак каналар ургочисини уруглантиргандан (копуляция) сўнг ҳалок бўлади. Ургочи каналар эпидермис шох қаватининг ичига кириб олиб тухум қўяди. Каналарнинг тери пўсти ичидаги ҳаракати натижасида «кўтир йўллари» ҳосил бўлади, уларнинг узунлиги 5—10 мм ни ташкил этади. Битта кана 50 тагача тухум қўяди. Бир ҳафтадан сўнг каналар тухумдан очиб чиқиб, зараркунандалик қила бошлайди. Уй каналари 1,5[^]2 ой яшайди.

Касаллик соғлом болаларга кўтирга чалинган бемор болалар билан бевосита бирга бўлиши, ўйнаши натижасида юқади. Шунингдек касалларнинг кийими, тўшаги ва ўйинчоқларидан фойдаланилганда ҳам кўтир каналари ўтиши мумкин. Бунинг сабаби шуки, каналарнинг ургочиси буюмларда ўз ҳаётини 5—10 кун давомида сақлаб қолади.

Кўтирнинг инкубацион даври ўрта ҳисобда 3—12 кунни ташкил этади. Агар касал боладан соғломига каналарнинг ўзи эмас, балки тухумлари ўтган бўлса, касалликнинг инкубацион даври 1 —1,5 ойгача чўзилиши мумкин. Шундан сўнг терида жуфтжуфт жойлашган тугунчапуфакчали тошмалар пайдо бўлади. Мазкур жуфт элементларнинг ўртасида кўтир йўллари жойлашган, яъни тошмаларнинг бири (пуфакча) кананинг кирган жойи бўлса, иккинчиси (тугунча) чикқан жойидир. Тугунча ва пуфакчанинг ўрнида қаварчиқ ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Бу ҳол кўкрак эмадиган болаларда кўпроқ кузатилади. Тошмалар *и*ўя ва оёқларнинг ички юзасида, бармоқлар орасида, бел ва қорин соҳасида, шунингдек жинсий олат терисида жойлашади. Кўтирда қаттиқ кичишиш кузатилиб, кичишиш тунги пайтларда зўраяди. Дўтирнинг қуйидаги клиник турлари фарқланади: 1) тарқалган кўтир — бунда тугунчапуфакчали тошмалар ва [^]ашииниш излари (*excoriatio*) бутун баданга ва қўлоёқларга тарқалиб кетади, қашиниш кучли бўлади; пиококкларнинг тушиши натижасида стрептодермия ва стафилодермия белгилари кузатиладя; 2) чегараланган кўтир — бунда жуфт тошмалар терининг маълум соҳаларидагина, айниқса бармоқ ораларида ёки жинсий олаг терисида кузатилади; 3)

белгисиз кўтир — бунда пуфакча, тугунча ва қавариқ каби кўтирга хос элементлар кузатилмайди. Бемор фақат қичишишдан шикоят қилади^ бу сезгининг тунги пайтларда зўрайишни таъкидлайдилар Кўп микдордаги тирналган жойлар кузатилади. Беморлар ўз анамнезида кўтирга чалинган кишиларга бевосита яқин бўлганликларини таъкидлайдилар.

Кўтир ташхиси анамнестик, эпидемиологик, клиник маълумотлар асосида қўйилади, кўтир йўллари ва каналарининг топилиши билан тасдиқланади.

Кўтирда асосан маҳаллий даво усуллари қўлланилади:

1. Бензил бензоат билан даволаш. Мазкур дорининг 20% совунли эритмаси катталар учун, болаларга 10% эритмаси суртилади. Дори терининг барча соҳаларига (бошдан ташқари) 10 минут давомида суртилади. 10 мннут танаффусдан сўнг дори суртиш такрорланади (10 минут мобайнида). Эртаси куни шу муолажа қайтарилади. Давотугагандан 3 кун ўтгач хаммомга тушиш ёки чўмилиш мумкин, Шундан сўнг ички кийимлар ва чойшаблар алмаштирилади.

2. Демьянович усули. Бунда тиосульфат натрийнинг 60% эритмаси (1сонли эритма) ва хлорид кислотанинг 6% эритмаси (2сонли эритма) ишлатилади. Дастлаб 1сонли эритма бутун баданга 10 минут мобайнида суртилади, сўнг 5 минут танаффус қилиниб, яна 10 минут давомида 1сонли эритма суртилади. Нам""тери куригач 2соғали эритма билан 10 минут терига ишлов берилади> ва няхоят 5 минутлик танаффусдан сўнг 2сонли эритмани суртиш такрорланади. Шундан сўнг беморнинг ички кийимлари алмаштирилади. Эртаси кун мазкур даво усули такрорланади. Болаларда натрий тиосульфатнинг 40% эритмаси ва хлорид кислотанинг 4% эритмаси қўллашилади.

3. Олтингугурт малҳами билан даволаш. Малҳам 5 кун давомида кунига 2 мартадан суртилади. Катталарга 33%, болаларга 10—20%, эмадиган чақалоқларга 5% ли малҳам буюрилади.

Кўтирга қаршималҳамларни қўллашдан аввал беморларни чўмилтириш лозим. Шу йўл билан кўтир каналариининг тери сатҳидан ювилиб тушиши таъминланади, Каналардан ташқари тери йирингли микроорганизмлардан ҳам тозаланади. Агар ^ўтир бўлган беморларда пиодермитларнинг белгилари кузатилса, дастлаб бактерицид дорилар билан даволанади, сўнг ғана қанага дарши даво ўт.казилади.

Кўтирга қарши курашда аҳоли ўртасида тиббий профилактик кўриклар ўтказиш яхши самаралар беради. Айниқса мактабларда, болалар богчаларида муайян кўриклар ўтказиш кўтирнинг камайишига олиб келади.

Битлаш (Pediculosis). Одам терисида битларнинг уч тури кузатилади: бош; кийим ва қов битлари. Бош битлари бошнинг сочли қисмида, кийим битлари кийимбош ва тўшакларда, ^ов битлари эса қов, оралик, орь;а чиқарув тешиги, қўлтиқ соҳаларида жойлашади. Санитариягигиена қоидаларига риоя қилмаслик, жумладан кийимбошларни вақтида ювиб тозаласлик, ҳаддан ташқари лфлослик битлашга олиб келади. Тозаликка риоя қиладиган оилаларга бит мактаб ва богчаларга қатнайдиган болалар томонидан келтирилади. Шу сабабли болалар богчаларида ҳар куни сифатли кўрикни ташкил этиш битлашнинг олдини олади.

Битларнинг чақиши натижасида терида дерматит ривожланади. Шунингдек битнинг сўлагидаги токсин (заҳар) бадан терисида яллиғланган доғлар, қаварчиқ ва тугунчаларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бит жойлашган тери соҳалари қичийди, тирналган излар ҳосил бўлади, сўнг ғана улар ўрнида геморрагик қобиклар пайдо бўлиб, бу жараён долраниш (пигментация) билан тугайди.

Битлашни даволашда кероеин, симоб малҳамлари ва бензил бензоат кўп ишлатилади. Бош битлаганда соч керосин билан ювилади. Нобуд бўлган битлар ва уларнинг тухумларидан сочни ёглаб тараши йўли билан тозаланади. Кийим ва қов битларида эса кийим ва тўшаклар қайнатилиб, дазмолланади. Шу билан бирга битлаган соҳалардаги сочлар устара билан қирилиб, 5—10% оқ ёки сариқ симоб малҳами суртилади. Нитифор ва 25% бензил бензоат эритмаси ҳам яхши самара беради.

3. Машгулотнинг мақсади

Талабалар терининг паразитар касалликларини кўзгатувчилар тўғрисида тушунчага эга бўлишлари, уларнинг асосий клиник белгиларини билишлари ва ўхшаш касалликлардан ажрата олишлари лозим. Шунингдек пашшахўрда, кўтир ва битлашнинг даволаш усуллари ва олдини олиш чораларини билишлари лозим. Бунинг учун улар куйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари шарт:

а) пашшахўрда касаллиги бўйича — лейшманияларнинг табиати, кемирувчиларни таърифлаш. касаллик впидемиологияси, пашшахўрданинг зооноз ва антропоноз турларининг симптоматологияси ва бирбиридан фарқ қилиш, даволашда қўлланиладиган дори моддалари, пашшахўрдага қарши кураш;

б) кўтир бўйича кўтир канасини таърифлаш, касаллик диагностикаси, замонавий даво усуллари, болалар муассасаларида дўтирнинг олдини олиш;

в) битлаш битларнинг турларига таъриф бериш, даволаш.

4. Уйга вазифа.

пашшахўрданинг кишлоқ тури нима учун кузда кўп учрайди? Сабабини тушунтиринг.

- терида кузатиладиган қандай яралар пашшахўрда ярасига ўхшайди?
- қандай белгиларига асосланиб кўтирни қичимадан фарқлаш мумкин
- бош, кийим ва қов битларининг юкиш йўлларида фарқ борми?

АДАБИЁТЛАР

11. Б. ГофманКадошиников, Д. Ф. Петров. Виология умумий генетика билан. М., 1967. 384—888бетлар.

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Болалар дерматовенерологиясидан қўлланма. Л., 1983, 156—159, 186—189бетлар.

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М., 1985, 105—109, 127—131бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1	2	3
1. Касалхонада ётган паразитар касалликларга Аусор бўлган беморлар билан ишлаш:	а) беморлардан қисқача анамнез, жумладан эпидемиологик анамнез йиғиш; б) пашшахўрда яраларини ўрганиш, периферик лимфа тугунларни пайпаслаш; в) кўтир жуфт-жуфт тошмаларини аниқлаш; г) битларнинг турлитуман турларини кидириш; д) тиббий хужжатларни тўлдириш (089 урақамли форма);	а) касалликка дастлабки ташхис қўйиш, ўхшаш касалликлардан фарқлаш; б) тиббий хужжатларни тўлдириш; тўлдиришни ўрганиш;
1	2	3.

2. Беморларни гуруҳ билан бирга муҳокама қилиш.	а) талабалар ўзлари кузатиб борган беморларининг касаллик тарихини қисқача айтиб берадилар; б) мазкур касалликка хос тошмаларга таъриф бериб, беморларда топилган тошмаларни бошқа талабаларга кўрсатиш; в) беморга буюрилган индивидуал давони ҳамма ўз дафтарига ёзиб олади.	а) баҳслашув йўли билан ўз фикрини ўтказиш, ҳақлигини исботлаш; б) нотаниш бўлган тошмалар билан танишиш; в) талабалар клиник фикрлаш қобилиятини ривожлантириш.
---	---	---

13МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Терининг пуфакли касалликлари (пўрсилдок, учуксимон дерматоз). Бириктирувчи тўқикима касалликлари (қизил югурук, склеродермия).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Пўрсилдок, пуфакли яра (Pemphigus). Касалликнинг асл моҳияти аниқланмаган. Пуфакли яранинг ҳосил бўлишини тушунтирувчи бир канча назариялар таклиф этилган; модда алмашинувининг бузилиши, ферментатив, эндокрин, 'нейроген, вирус, захарланиш. Ҳозирги пайтда аутоиммун назария кўпроқ эътироф қилиняпти. Мазкур назарияга мувофиқ аутоиммун ўзгаришлар хужайралараро моддаларга нисбатан антитаналар ҳосил бўлишига ва оқибатда антигенантитана иммун комплекси шаклланишига олиб келар экан. Бу комплекс хужайраларни бирбири билан жипслаштириб турадиган десмосомаларнинг ажралишига ва хужайралараро шиш пайдо бўлишига сабаб бўлар экан. Бу жараён акантолиз дейилади. Акантолиз оқибатида тери пўсти ичида пуфаклар (интраэпидермал) ҳосил бўлади.

Пўрсилдок клиник жиҳатдан тери ва шиллик, цаватларда пуфакли яралар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Дастлаб пуфаклар ониз бўшлигида ва томоқда пайдо бўлиб, бир неча ой давом этиши мумкин. Сўнгра терида, кўкрак ва орқа терисида тиник рангли пуфаклар пайдо бўлади, натижада оғриқ безовта қлади. Пуфак пардаси йиртилиб ичидан сероз суюқлиги чиққандан сўнг ўрнида эрозия қолади. Агар эрозия четида осилиб турган тери пўсти пинцет билан ушланиб юдорига кўтарилса, эпидермис дермадан ажрала бошлайди (Никольский белгиси). Агар бутунлиги бузилмаган пуфакнинг устига босилса пуфак пўсти ерилмайди, аксинча, яллиғланиш суюқлиги тери пўсти қаватлари ичига ўтиб кетади ва пуфак бўшаб қолади (АсбоГанзен белгиси). Касаллик сурункали давом этади. Пуфакли тояшалар вақтивакти билан тошиб туради.

Ҳар гал тошмаларнинг пайдо бўлиши ҳароратнинг кўтарилиши билан кечади, беморнинг аҳволи Охирлашади. Пуфакларнинг бирбири билан қўшилпши натюкасида уларнинг ҳажми катталашади. Ҳосил бўладиган оғршуш эрозиялар бутун бир соҳани эгаллаши мумкин. Пўрсилдоқнинг қуйидаги клиник турлари мавжуд:

1. Оддий пўрсилдоқ *Pemphigus vulgaris* пуфакли: яраларнинг бошда турларидан ўзининг хавфли кечиши билан фарқ қилади. Пўрсилдоқлар ичида энг кўп (75% ҳолларда) учрайди. Касалликнинг дастлабки белгилари ОРКЗ бўшлиридан бошланади, бунда оғиз шиллик пардасида турли шаклдаги ва ҳажмдаги пуфаклар кузатилади. Пуфак пардасининг йиртилиши натижасида ҳосил бўладиган эрозиялар бирбири билан қўшилиб нотўғри шаклдаги яллиғланиш ўчодлари шаклланишига олиб келади. Эрозияли ўчоқлар оғриқ билан кечиб, оғриқ астасекин зўраяди. Пайдо бўлган эрозиялар секии битади, яъни

эпителийланиш жараёни суст боради. Болаларда одатдаги пўрсилдод кўпинча оғаз бўшлиғи, тоэджқ ва жинсий аъзолар шиллиқ пардаси, шунингдек тана терисининг зарарланиши билан кечади.

Пўрсилдоқнинг енгил ва оғир турлари фарқ қилинади. Касалликнинг енгил турида эрозия ўчоқлари қисқа муддат ичида битади, даво чоралари сезиларли даражада наф беради. Айниқса, глюкокортикоидлар билаи даволаш яғи пўрсилдоқларнинг пайдо бўлишини дарҳол тўхтатади. Пуфакли яранинг оғир тури болаларда кам учрайди. Бунда болаларнинг гавда оғирлиғи камайиб, тез ориқлайди, аксарият ҳолларда иккиламчи йирингли инфекция билан асоратланади. Бемор боланинг умумий ҳарорати жуда юқори бўлиб, тошмаларнинг ҳар гал найдо бўлиши безгак хуружи билан кечади. Юрак, буйрак ва ўпка каби муҳим аъзоларда чуқур асоратлар қолдиради. Қонда ЭЧТ нинг опшнш, эозинофилия, натрий ва хлоридлар миедорининг юқори бўлиши кузатилади. Оцсиллар миқдори, айниқса гаммаглобулин ва иммуноглобулинлар камаяди. Эпидермис ҳужайралараро моддасига қарши пайдо бўладиган антитаналар миқдорининг кўпайиши акантолиз жараёнини чуқурлаштиради. Бу ҳол Кипрльский ва АсбоГанзен симптомлариинг осонлик билан пайдо бўлишига сабаб бўлади.

2. Усувчи (шоҳланувчи) пўрсилдоқ *Pemphigus vegetans* нинг бошланиш даврида пайдо бўладиган пуфаклар одатдаги пўрсилдоқни эслатади. Бу даврда пуфаклар терининг соғлом соҳаларида пайдо бўлиб, қисқа вақт ичида ёрилади, ҳосил бўладиган эрозия ўчоқлари кулранг парда билан қопланади. Ана шу эрозиялар юзасида сўреичсимон ўсимталар ривожланади. Ўсувчи пўрсилдоқ кўпинча катта бурмалар (қўлтиц ости, чов, кўкрак безларининг остида) соҳасидаги терида кузатилади. Мазејр бурмалар териси кўп терлаши ва ишқаланиши сабабли шоҳланиш (куртакланиш) жараёни қисқа давр пчида терининг маълум соҳаларини эгаллайди. Оғриқ, ачишиш ва қичишиш каби нохуш сезгиларни келтириб чиқаради. Касалликнинг кўзиган даврида Никольский белгиси мусбат, енгил даврида эса акантолиз клиник белгилар билан кечмаслиги мумкин.

3. Япроцсимон (баргеимон) пўрсилдоқ. Пўреилдоқни *pemphigus foliaceus* тури болаларда унинг бошқа турларига нисбатан кўпроқ учрайди. Бунда тез ва осон ёриладиган бўшашган пуфаклар терининг яллигланган соҳаларида эритематоз доғлар устида пайдо бўлади. Пуфакчалар ўзининг ривожланиш жараёнининг ниҳоясига етмасданок қурий бошлайди. Натижада баргсимон ва тангачасимон қатқалоқлар қатлами шаклланади. Ана шу қатқалоқлар остида яллигланиш суюқлиги тўпланиб, зарарланган ўчоқлар қатламага тайёрланган хамирни эслатади. Япроқсимон пўрсилдоқ терининг бошқа соҳаларига тарқалишга мойил бўлади. Юз териси, бошнинг сочли қисми ва тирноқлар пўрсилдоқнинг бошқа турларига нисбатан кўп зарарланади. Шиллқ қаватга камданкам ҳолларда шикаст етади. Никольский белгиси касалликнинг деярли барча даврларида мусбат. Бемор болаларни қичишиш, оғриқ, ачишиш безовта қилади. Болаларда катта кишиларга нисбатан оғир кечади, оқибати ҳам жиддийроқ.

4. Қизил югуруксимон пўрсилдоқ — *Pemphigus erythematosis* ёки СенирАшер синдроми дейилади. Пуфакли яранинг бу турида аниқ ва яққол кўринадиган пуфаклар бўлмайди. Касаллик юз терисидан бошланиб, бошнинг сочли қисми, кўкрак, қўл ва оёқларга тарқалади. Терининг зарарланган соҳаларида маддаланишга мойил эритемалар кузатилади. Уларнинг устки юзаси қаттам бўлиб жойлашган қатқалоқ ва кипиқлар билан қопланган бўлади. Ёноқ ва бурун соҳаларида жойлашган эритематоз доғлар капалак шаклини эслатади. Кузатиладиган пуфаклар атрофидаги тери кизаради, сезиларсевилмас гаишиб чиқади ва шу туфайли яллуланиш ҳошияси ривожланади. Юз ва бошнинг сочли қисмида ку. затиладиган эритематоз доғлар қизил югурукни эслатади. Бироқ қатқалоқлар кўчирилганда нам эрозия ўчоқларининг аниқланиши мазкур касалликнинг пўрсилдоққа алоқадор эканлигидан гувоҳлик беради. Босмасуртмаларда акантолитик ҳужайраларнинг тоғшлиши эса касалликнинг аниқ табиатини очиб беради. Пуфаклар атрофидаги терида Никольский белгиси мусбат. Қизил югуруксимон пўрсилдоқ

оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватларида деярли учрамайди. Бундай ташқари, пўрсилдоқнинг бу турига қичишиш, ачишиш ва оғриқ каби белгилар хос.

Акантолитик пўрсилдоқларнинг у ёки бу турларипи даволаш бирбиридаи деярли фарқ қилмайди. Даво чораларини эрта ва ўз вақтида қўллаш муҳимдир. Глюкокортикоидлар асосий даво препарати ҳисобланади. Бунда гормоннинг максимал миқдорини танлаш жуда муҳим бўлиб, давонинг кейинги босқичлари ва олинадиган самара ана шу танланган дозага боғлиқдир. Гормонал препаратлардан преднизолон, презоцил, урбазон, дексаметазонлар кенг қўлланилади. Преднизолоннинг суткалик миқдори ўртача 10—20 мг ни (5—15 ёшли болаларга) ташкил этади. Қолганглюкокортикоидлар миқдори преднизолонга нисбатан белгиланади Триамцинолон кўи ..асоратлар қолдириши мумкинлиги сабабли тавсия этилмайди. Глюкокортикоидларнинг катаболитик таъсирини ҳисобга олган ҳолда беморларга анаболик стероидларни буюриш мақсадга мувофиқдир. Нерабол, ретаболил каби анаболик гормонлар боланинг ҳар бир кг оғирлигига 0,0001—0,0002 г дан юборилади.

Глюкокортикоид гормонлар билан даволаш натижасида ривожланадиган микроэлементлар (калий, кальций, марганец) етишмаслиги кальций глюконат, панангин, калий оротат ва бошқа микроэлементли препаратлар билан тўлдирилади.

Пўрсилдоққа чалинган беморларга иммуностимуляторлар метилурацил, пентоксил, натрий нуклеинат ва антибиотиклар (пенициллин гуруҳи, ярим синтетик антибиотиклар) буюриш глюкокортикоидларнинг иммунодепрессив таъсирини ва йирингли касалликлар ривожланиш хавфининг олдини олади. Кон ва қои зардобипи қуйиш, оксилга бой суюқликлар буюриш мазкур гўдак—ларда ривожланаётган гипопроотеинемиянинг олдини олади. Витаминлардан аевит, кальций пантотенат, рибофлавин эса эрозия ўчоқларида битиш жараёнини тезлаштиради. Маҳаллий дорилардан анилин бўёқлар, стероид, малҳамлар (локакортен, глюкокортизон, лоринден С) ва бактерицид суюқликлар яхши наф беради. Пўрсилдоққа чалинган беморларнинг овқати оксиллар, витаминлар ва микроэлементларга бой бўлиши лозим.

Учуксимон дерматоз (Дюринг касаллиги). Касалликнинг аниқ сабаби аниқланган эмас. Касаллик табиатини аллерген, вирус, аутоиммун назариялар билан тушунтиришга уринишлар давом этмовда. Дерматознинг бевосита ривожланишига ҳазм аъзоларининг (ошқозон, ичак, жигар) касалликлари, аскаридоз, хавфли ўсмалар сабаб бўлиши мумкин. Йод ва бромга нисбатан сезувчанликнинг ошганлиги аниқ исботланган.

Касаллик ўткир бошланади. Айниқса болаларда дастлаб диспепсия, артралгия, субфебрилитет кузатилади. Сўнгра пуфак, пуфакча, йирингча, тугунчали пуфакча, қаварчиқ (полиморфизм) шаклланади. Тошмаларнинг тошиши кучли қичипиш билан ўтади, оррийди. Мактаб ёшигача бўлган болаларда пуфакларнинг ҳажми катта бўлиб, пўрсилдоқни эслатади. Катта бурмалар соҳасида пуфаклар гуруҳгуруҳ бўлиб жойлашади, учуни эслатади ва ишқаланиш оқибатида нам эрозиялар ҳосил бўлади» Касаллик сурункали кечади, йиллаб (20—30 йил) давом этади. Ез фаслида қўзийди, кишда ва кузда тузалади. Аёлларга нисбатан эркалар кўп касалланадилар. Дюринг касаллиги болаларнинг жинсий балогатга етиш даврида ўзўзидан тузалиб кетиши мумкин.

Касаллик ташхиси қуйидаги маълумотлар асосида қўйилади: учуксимон, гуруҳланган полиморф тошмалар кузатилиши, пуфак суюқлигида эозинофилларнинг кўп миқдорда топилиши, Ядассон синовининг (50% ли калий йод малҳами билан) мусбат натижа бериши. ТТТунингдек 5% ли калий йод эритмаси ичирилганда касаллик қўзийди (янги тошмалар пайдо бўлади, вичипиш; зўраяди). Дюринг касаллигида пуфакли ярадан фарқли ўлароқ, Никольский ва АсбоГанзен симптомлари манфий натижа беради. Шу билан бирга пуфак суюқлигж таркибида акантолитик ҳужайралар топилмайди.

Учуксимон дерматозни даволашда ДДС (диаминодифенилсульфон) кенг қўлланилади. Бу дори таблетка ҳолида 0,05—0,1 дан кунига 2 марта 5—7 кун давомида берилади. Бирикки кунлик танаффусдан сўнг мазкур даво такрорланади. Агар бундай даво кам наф бера, глюкокортикоидлар бериш лозим. Дюринг касаллигига дучор бўлган

болаларни даволашда гаммаглобулин яхши самара беради. Дори 1,5—3 мл дан кунора, жами 4—6 марта юборилади.

Витаминлардан кальций пантотенат, пиридоксин, рибофлавинлар фойда килади. Маҳаллий дорилардан фторокорт, флуцинар, локакортен каби малҳамлар суртилади. Эрозия ўчоқларига анилин бўёқлар (метилен кўки, Кастеллани суюқлиги) билан ишлов берилади.

Беморлар синчковлик билан ўрганилиб, кўшилиб келадиган касалликларни топиш зарур. Аниқланган касалликларга нисбатан даво чораларини ўтказиш даволаш самарадорлигини оширади.

Қизил югурук (Erythematosis). Бириктирувчи тўқима касалликлари ичида дерматологик жиҳатдан энг дивдатга сазовори дизил югурукдир.

Ҳозирги пайтда қизил югурук аутоаллергик касаллик ҳисобланади. Бемор организмида ўз оқсилларига нисбатан аутоиммунологик комплексларнинг ҳосил бўлиши, LE хужайраларнинг шаклланиши мазкур иазариянинг яратилишига сабаб бўлди.

1949 йилда Хазерик томонидан «ядрога қарши омил» деб аталувчи оқсилнинг кашф этилиши фанда бурилиш ясади. Бу модда соғлом хужайраларнинг ядросига салбий таъсир этиб, уни парчалар ва хужайрадан ташқарига улоқтириб ташлар экан. Парчаланган ядро бўлаклари бошқа макрофаглар томонидан ҳазм қилиниб, икки ва кўп ядроли хужайраларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлар экан. Бундай хужайралар LE (lupus erythematosis) хужайралари номини олди. Текшириладиган бемор қонида қизил югурук хужайраларининг аниқланиши муҳим диагностик аҳамиятга эга.

Қизил югурукка чалинган беморларда эстерогенлар мивдори ошиб кетиши маълум бўлди. Организмнинг аллергия ҳолати ва фотосенсибилизация даражаси эстрогенлар миқдорига боглиқ экан. Касалликнинг қизлар ва ёш аёлларда кўп учраши сабаби ҳам мана шундан. Аёллар эркалардан 8 марта кўп касалланадилар. Қизил югурук ривожланишида яллигланиш ўчоқлари (тонзиллит, гайморит), антибиотиклар ва сульфаниламидларни тартибсиз ва кўп қдбул қилиш, турли нурланишлар муҳим аҳамиятга эга. Касаллик шаклланишида ирсий мойиллик аутосомдоминант тури бўдэича ўтказилар экан. .Л Ҳозиргача қизил югурукнинг ягона классификацияси &u. Касалликнинг сурункали, тарқалган ва ўткир турлари тафовут этиладн. Цпзил югурукнинг чегараланган (дискоид, сурункали) ва тарқалган (диссеминация) турларида асосан тери зарарланади. Терида учта муҳим белги кузатилади: эритема, гиперкератоз, атрофия. Кўпинча юз терисида, бошнинг сочили қисмида, кўкракда бир ёки бир неча яллигланган доғлар (эрттема) пайдо бўлади. Мазкур доғ икки ёноқ соҳасида яққол кўриниб, буруннинг устида бирбири билан туташади (капалак симптоми). Сўнгра яллигланган доғлар маддаланади, теридан бўртиб чиқади ва тери мугуз қавати қалинлаша бошлайди (гиперкератоз). Ҳосил бўлган бурдаларнинг усти қалин, дийин кўчиб тушадиган қипиқлар ва қатқалоқлар бплан қопланади. Ципиқларни кўчиришга уриниш кучдж огрикқа сабаб бўлади (БеньеМешерский белгиси). Кўчирилган қипиқлар остида ўткир учли тиканли ўсмаларни («аёллар пошнаси» белгиси) кўриш мумкин. Маълум давр ўтгач қалин қипиқлар билан қопланган доғлар сўрила бошлайди. Бунда ўчоқларнинг ўртасидаги тери юпқалаша бошлайди ва натижада чандикли атрофия шаклланади. Шунинг учун Ю. К. Скрипкин қизил югурукнинг сурункали турларини чандикли эритематоз деб аташни таклиф этган. Зарарланган ўчоқлар терининг бир неча соҳаларида кузатилиши тарқалган қизил.; югурук диагнозини цўйишга асос бўлади.

Ўткир (системали) қизил югурукда касаллик белгилари бир вақтнинг ўзида ҳам тертт, ҳам ички аъзоларда кузатилади. Баъзи беморларнинг терисида умуман ўзгаришлар топилмасдан касалликнинг умумий белгилари ва ички аъзоларнинг зарарланиши биринчи ўринга чиқиши мумкин. Умумий белгилардан қуйидагилар кўп кузатилади: ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, уйқусизлик, шунингдек мушак, суяк ва бўғимларда огрик, иситма ва бошқа белгилар. Ички аъзолардан буйрак кўп зарарланади: сийдикда оқсил, цилиндр ва эритроцитлар иайдо бўладя. Баъзан қизил югурик нефрити уремияга олиб келиб, ўлимга

сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек юрак (эндокардит, миокардит, перикардит), ўпка (бронхопневмония, плеврит) ва лимфа тугунлар ва ҳам кўп зарарланади. Қонда анемия, лейкопения кузатилади. Ўткир қизил югурук диагнозини тасдиқлашда LE хужайраларининг топилиши муҳим диагностик аҳамиятга эга. Касалликнинг оқибати ёмон. Ўткир қизил югурукдан бутунлай тузалиб кетганлар жуда кам. Қизил югурукни даволашда безгакка қарши дорилар, глюкокортикоидлар, цитостатиклар, витаминлар ва касаллик белгиларига қарши дорилар ишлатилади. Касалликнинг сурункали турларида делагил, резохин, длаквенил кўп наф беради. Улар 7—10 кун мобайнида 1 таблеткадан 2—3 маҳал берилиб, бундай даво курслари 2—3 марта такрорланади. Витаминлардан никотин кислота, пиридоксиннинг нафи катта. Қизил югурукнинг ўткир турларида давони кортикостероидлар (айниқса преднизолон, кунига 60—80 мг гача) сиз тасаввур этиб бўлмайди. Болаларга преднизолон 5—10 мг, урбазон 4—8 мг, дексаметазон 0,5—2 мг дан клиник самаралар олгунча берилиб, кейин уларнинг миқдори камайтириб борилади. Гормонлар билан даво кам натижалар бергудек бўлса, цитостатик (метотрексат, азатиоприн) дорилар билан бир вақтда берилади. Ўткир қизил югурукда стрептомицин ва сульфаниламидлар бериш тақиқланади. Қўшилиб келган касалликларни аниқлаш ва уларни даволаш лозим.

Склеродермия. Бириктирувчи тўқима касалликларп гкаторига киради. Sclerodermia сўзи «қаттиқ тери» деган маънони англатади. Кейинги йилларда касаллик кўп сабабли (мультифакториал) ҳисобланиб, унинг наслданнаслга ўтиши турлитуман генлар ёрдамида амалга оширилади, деб тахмин қилинмоқда. Склеродермиянинг қуйидаги клиник турлари фарқланади:

- 1) тарқалган формалари (жумладан системали склеродермия);
- 2) чегараланган формалари (жумладан бурдасимон склеродермия).

Системали склеродермия кўпинча турли жароҳатлар ва касалликлардан сўнг бошланади. Дастлаб продромал белгилар, сўнггра Рейно синдромига хос белгилар (томирларнинг торайиши, цианоз, совқотиш, парестезия) кузатилади. Астасекин тери қаттиқлаша боради. Бармоқ терисининг қотиши тана ва оёқлар терисига ўтади. Атеросклероз, склеродактилия, контрактуралар каби белгилар шаклланади. Юз терисишг қаттиқлашиши «ниқобсимон юз»ни эслатади. Шиш, қаттиқлашиш ва атрофияларнинг топилиши касалликини аниқлашга ёрдам беради.

Бурдасимон склеродермия терида цизариб шишган доғлар пайдо бўлиши билан бошланади. Доғларнинг катталиги тангадек, қўлнинг кафтидек бўлиши мумкин. Яллиғланган доғлар катталашган сари қаттиқлаша боради.

Сўнггра дорларнинг ранги оқариб, оқ пушти, фил суяги ранги ва кул ранг тус >олиши мумкин. Доғларнинг атрофида сакланиб қолган кўкимтирқизгиш гардиш (аргувон далқа) чегараланган склеродермия ташхисинг қўйишда диагностик белги бўлиб хизмат қилади. Оқибат натижада қаттиқлашган тери соҳаси ялтирай бошлайди, сочлар чиқмайди, бурма ҳосил қилиб бўлмайди. Склетюдермия ўчоқларида сезувчанлик пасаяди, тер ва ёғ ажралиши тўхтади. Хуллас, тери атрофияси шаклланади. Уч асосий белги: шиш, қаттиқлашиш ва атрофия диагноз қўйишда амалий ёрдам беради.

Склеродермиянинг барча турларини даволашда антибиотиклар (айниқса пенициллин, даволаш курси 5060 млн ТБ) ишлатилади. Витаминлардан А, Е, G лар жуда наф беради. Никотин кислотани махсус ^оида асо сида томирга юбориб даволаш усули муваффақиятли. цўлланилмовда. Гиалуронидаза препаратлари (лидаза, ронидаза, шишасимон тана) склеродермиянинг чегараланган турларида яхши натижалар бермоқда. Балчиқ ва парафин билан даволаш, ультратовуш, шунингдек; лидаза, гидрокортисон, калий йодидлар билан электрофорез ва фонофорез қилиш терининг цотган соҳаларинг юмшатишда кутилган самаралар бермоқда.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар терининг пуфакли касалликлари ва коллагенозларнинг этиологияси ва патогенези ҳақида т/шунчага эга бўлишлари, уларнинг классификациясин» сўзлаб

беришлари лозим. Терининг пуфакли касалликларидан пўрсилдоқ ва Дюринг касаллигининг клиник белгиларини ва уларни бирбиридан ажрата билишлари. лозим. Қизил югурук ва склеродермиянинг клиник манзаралари, уларга хос белгилар, жумладан тери тошмаларини таърифлашлари лозим Талабалар куйидагиларни ўзлаштиришлари керак:

- а) пуфак суюклигидан босма (кўчирма) суртма тайёрлаш техникаси;
- б) Никольсюш ва АсбоГанзен симптомларини текшириш;
- в) Ядассон синовини ўтказиш;
- г) БенъеМешерский белгисини аниқлаш;
- д) малҳам боғлам қўйиш техникаси.

4. Уйга вазифа:

1. Пўрсилдоқнинг клиник турларини санаб беринг ва уларни таърифланг.
2. Нега учуксимон дерматози бор беморларга 5% л.т калий йод эритмасини ичириш касалликнинг қўзишига олиб келади?
3. «Қизил югурук ҳужайралари» ҳосил бўлиш жараёнини тушунтиринг.
4. Нега қизил югурук кизлар ва аёлларда эркакларга яисбатан кўп учрайди.
5. Склеродермиянинг клиник белгиларини сўзлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М., 1980 366—379, 282—298 бетлар.

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни :М., 1985, 191—211 бетлар.

И. А. Торсуев ва бошқалар. Пузмрчатше дерматози. М., 1979, 9—113, 152—195 бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Пуфакли дерматозлар ва коллагенозлар билан даволанаётган беморлар билан ашлаш;	а) касалликнинг қисқача тарихини ўрганиш; б) у ёки бу дерматозларга хос симптомларни аниқлаш; в) беморларга даволаш режасини тузиш; г) муолажа хонасида ишлаш.	а) тиббий ҳужжат бўлимларини ёзишни ўрганиш; б) дерматологик ҳолатни ёзиш қоидасини ўрганиш; в) малҳамли боғлам қўйишни ўрганиш.
2. Беморларни турух билан муҳокама қилиш.	а) дастлабки ташхисни қўйиш учун керак бўлган маълумотлар йиғиш б) специфик дерматологик белгиларни бирбирига кўрсатиш; в) капий йод малҳами билан қўйиладиган диагностик синовни кўрсатиш.	а) беморга дастлабки ташхис қўйишни ўрганиш; б) дерматологик диагностик синов усулларини ўрганиш.

14-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Тиббий косметология, умумий тушунчалар. Оддий хуснбузар, кизил хуснбузар, пес. Касаллик тарихини ҳимоя қилиш.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Қадим замонлардан буён турли халқлар ва элатларда косметик (пардоз) воситаларга ва усулларга катта аҳамият бериб келинган. Чунончи, Мисрда эрамизгача бўлган 2000йилда таркибида мускус сингари хушбўй ва шифобахш моддалар сақлайдиган турли хил мойлар косметика мақсадларида ишлатилган. Кўҳна Ассирияда аёллар ўз баданларига, эркаклар эса сочларига турлитуман хушбўй моддалар суртишни билганлар. XVI—XVIII асрларда юз терисини хушрўй, мулойим қиладиган ва оқартирадиган упу, хина, малҳам, доривор гиёҳлар каби косметик воситаларни ишлатиш кенг расм бўлган.

Кейинчалик косметика пардозлик санъати бўлибгина қолмай, балки муҳим тиббий йўналишлардан бирига айланган ва у тери, сочлар, тирноқларни гигиеник парваришlash усуллари ишлаб чиққан. Замонавий косметика ҳозир одамда учрайдиган ривожланиш нуқсонлари ёқж турмушда орттирилган касалликларни даволаш масалалари билан ҳам шуғулланиб келаяпти.

Сўнгги йилларда аҳолининг маданий ва моддий савиясининг ўсиши натижасида тиббий косметология жадал суръатлар билан ривожланмоқда. Инсон саломатлигини сақлаш деганда унинг тана ва юз териси, сочи ва тирноқларининг ҳам СОРЛОМ, ораста ва чиройли бўлишини таъминлаш тушунилади. Ҳозирги вақтда косметика фанининг тобора ривожланиб бораётганлиги аввало ана шу мақсадларни ҳам кўзда тутди.

Косметика грекча «kosmetica» сўзидан олинган бўлиб, «безаш», «тузатиш» санъати деган маънони англатади. Одатда, косметик нуқсон деганда кишининг ташқи кўршишларни бузиб турган у ёки бу ўзгаришлар тушунилади. Бу нуқсонлар унинг кайфиятига, кишилар билан бўлган ўзаро муносабатларига таъсир этади ва шу тарика инсоннинг жамият билан ижтимоий алоқасини белгилайди. Шусабабли «тиббий косметика» сўзи «эстетик медицина» деб номланган замонавий тушунча билан узвий боғлангандир. Кўпгина олимлар ва мутахассислар иу икки тушунчанинг бирбиридан фарқи йўқ деб ҳқсоблайдилар. Зеро, тиббий косметикани кишининг ташқи кўринишларни безаш, яъни косметик нуқсонларини даволаш билан шуғулланадиган фан дейиш тўрри бўлади. Демак, косметология инсон гўзаллиги тўғрисида гамхўрлик қиладиган фандир.

Косметик нуқсонларни бартараф қиладиган усуллар ва препаратларни ишлаб чиқариш ва тайёрлашда тиббий талаблар билан бир қаторда давр ва расмрусум талабларини ҳам ҳисобга олиш лозим. Аксарият ҳолларда киши ўзи яшаб турган давр ва муҳитдаги расмрусумлар ва одатларга бўйсунди. Ҳолбуки шундай экан, у гўзаллик ёки гўзаллик нуқсони тушунчаларини ва бошқа эстетик ҳиссиётларни ўзи яшаб турган ана шу давр маданиятига мос келадиган ҳолда тасаввур этади. Гўзаллик бахш этувчи косметик воситалар ҳам ана шу тасаввурдаги гўзалликни таъминлай олиши лозим. Тузатувчи усуллар эса мана шу даврда нуқсон ҳисобланган ўзгаришларни йўқотишга қаратилиши лозим.

Ҳозирги кунда содир бўлаётган илмийтехника тараққиёти, жумладан кимё саноатининг ривожланиши косметологик препаратларга бўлган талабни ўзгартирмовди. Авваллари «гўзаллик қурбонеиз бўлмайди» дейишар эди. Энди эса ишлаб чиқарилаётган косметик препаратлар гўзаллик бахш этиши билан бирга улар одам организмига, айниқса терига зарар етказмайдиган бўлиши лозим. Косметик моддаларни қўллаш натижасида кузатилаётган турлитуман касалликлар, аллергия тошмалар ва нохуш сезгилар мазкур талабнинг шаклланишига сабаб бўлди. «Косметика» сўзи ҳам «тиббий косметика» номи билан алмаштирилди ва А. Воина таклифига биноан алоҳида фан сифатида тан олинди.

Косметология фани ўз навбатида турли тармоқларга (даволовчи косметика, жарроҳлик косметикаси, гўзаллик косметикаси, қуёш косметикаси, болалар косметикаси,

эркаклар косметикаси) бўлинди. Косметика саноати тобора ривожланиб борапти. Бирок кимёвий йўл билан синтез қилинаётган косметик моддаларга нисбатан талаб анчагина камайди. Шифобахш ўсимликлардан олинаётган табиий биоактив моддаларга бой пардоз воситаларига талаб кучайди. Қисқаси, фитокосметика жадал суръатлар билан ривожланиб келяпти.

Тиббий косметикада кенг қўлланиладиган косметологик препаратлар қуйидагилардир:

1. А витаминли крем (Vitamin Acrem) " кератиноцит ҳужайралар пролиферациясини кучайтиради, камедонларнинг битиншни тезлаштиради. Ҳуснбузарнинг барча турларида қўлланилади ва териси қуруқ кишиларга ҳам тавсия этилади.

2. Паноксил 5% ва 10% — антибактериал таъсир этади, тери сатҳида жойлашган липидлар таркибидаги эркин ёғ кислоталарининг миқдорини камайтиради ва шу сабабли теридаги яллимтниш жараёнининг олдини олади, янги тошмалар пайдо бўлишини тўхтатади.

3. Селсум (2,5% ли суспензия) — себореянинг барча турларида қўлланилади. Цазгоқни сезиларли даражада камайтиради.

4. Сулсен пастаси (pastae Sulseni) — ёғли себореяларда, қўъбусда қўлланилади. Айниқса бошнинг сочли қисми зарарланганда кўпроқ наф беради, қичишишни камайтиради.

5. Себорен (шампунь) — ёйиш ва қуруқ себореяларда, шунингдек тангчасимон темираткини маҳаллий даволашда қўлланилади.

6. Сулсен совуни — себореяларда қазғоқни йўқотиш мақсадида ва қичишишни камайтириш учун қўлланилади.

7. «Лада» креми (Ladacrem) — таркибида эстрадиол, олтингугурт, витаминлардан А ва Е, шунингдек гексахлорофенлар бор. Сув ва ёғ аралаштирилган эмульсия кўринишида тайёрланган. Оддий ҳуснбузарнинг тугунчали ва йирингчали турларида, қизил ҳуснбузарнинг барча турларида, жумладан ринофимада ҳам қўлланилади.

8. Сульфакон 2 % — кукун, оддий ҳуснбузарнинг барча турларида ула сифатида ишлатилади.

9. «Алантаин» лосьони таркибида алантаин бор. Алантаин табиий биоактив модда бўлиб, шифобахш ўсимликнинг сувли экстрактидир. Ёрли себореяларда ва терини таранглаштириш мақсадида қўлланилади.

10. «Арома» — юз териси учун сув — таркибида табиий органик кислоталар бор. Юз терисини тозалаш, тиниклаштириш мақсадида ёғли себореяларда қўлланилади.

11. «Пеяофикс» — шампунь, себореянинг барча турларида қўлланилади, яхши кўпикланади. Терини, ундаги ёғли қалпоқлардан обдон тозалайди.

12. «Перла» шампуни — таркибида олтингугурт ва витамин F бор. Цазғовда қарши қўлланилади, сочнинг табиий кўринишини сақлайди.

13. «Камелия» шампуни — ёғли себореяларда бошнинг сочли қисмини ёғсизлантириш мақсадида қўлланилади.

14. Тухумли шампунь таркибида тухум сариғи бор. Соч ўсишини тезлаштиради, қазғоқ ҳосил бўлиш жараёнини секинлаштиради. Сочни тўкилаётган ёшларда тўкилишни тўхтатади, маълум даражада соч чиқишини таъминлайди.

15. «Алантаин» шампуни — алантаинга бой ўсимликлар экстрактдан тайёрланиб, сочнинг ёғланиш даражасини нормаллаштиради.

16. «Мираж» шампуни — таркибида аминокислоталар йиғиндиси ва витамин F бор. Тана териси ва сочни ювишда қўлланилади. Себореянинг барча кўринишларини даволашга мўлжалланган.

17. Индометацин малҳами (ung. Indometacini) 2% — таркибида парааминобензоат кислота ва хлорокинди фосфат бор. Ушбу малҳам ёғ кўринишидаги

сувдаги эмульсиядир, терини куёш нурларишшг салбий таъсирларидан сақлайди. Куёшда тобланаётганда ва цуёшли кунларда очиқ ҳавода сайр дилганда қўлланилади.

18. «Апликорт F» лосьони — таркибида преднизолон, эстрадиол, олтингугурт ва бош^а биоактив моддалар бор. Андоген соч тўкилишида бошга суртиш учун мўлжалланган.

19. «Алоресизан» таркибида салицилат кислота, аминокислоталар йюиндиси, токоферол, триэтанолламин, изопропанол ва ҳоказолар бор. Андроген ва себореяли соч тўкилишида соч чиқшши таъминлайди.

20. «Пит» таркиби эфир ёгааршшг комплексидан иборат табиий препарат. Андроген соч тўкилиши ва сабаби аниқланмаган соч тўкилишининг барча турларида терига суртиш учун мўлжалланган.

21. «Биолактин» — таркибида витамин F, холестерин, лецитин каби биологик моддалар бор. Сочларни ёгли ҳаммом қилишда қўлланилади.

22. «Стимулин» — таркибида витамин B₂, парааминобензоат кислота ва тирноқлар таркибига кирувчи тиаминлар сақлайди. Тирноқлар дистрофиясида ва қуруқ сочларга суртиш учун чиқарилган.

23. «Тоник» лосьони — антибактериал таъсирга эга, шифобахш ўсимликлардан тайёрланган табиий препарат. Себореяларда ва оддий ҳуснбузарларда қўлланилади.

24. «Сирень» креми — таркиби одам сочларини гидролиз қилиш йўли билан олинган 16 турдаги аминокислоталардан иборат. Соч ўсишии тезлаштиради, қуруқ ва мўрт сочлар эластиклигини таъминлайди.

25. «Ахромин» крем, таркибида куёшдан сақловчи модда ва аскорбинат кислота билан бойитилган гидрохинон бор. Гиперхромияларнинг барча турларида (бирламчи ва иккиламчи) доЕларни йўқотиш мақсадида ва терининг зарарланган соҳаларини одартиришда қўлланилади.

26. «Эрато» — ҚУРУҚ териларга кундузи суртиладиган крем. Таркиби табиий ёғларга ва витаминларга бой, тери эластиклигини тиклайди, тўқималарнинг тикланиш жараёнларини тезлаштиради. Турли касалликларни маҳаллий даволаш натижасида ҳосил бўлган пккиламчп пигментли доғларни йўқотиш муддатини тезлаштиради.

27. «Мелан», «Весенний», «Молочай», «Чистотел», «Луч», «Шит», «От загара» — фотодерматозлар, фотодерматит, қизил югурук ва бошқа куёш нурлари салбий таъсир этадиган касалликларда даводан сўнг профилактик мақсадларда қўлланиладиган кремлар.

28. Йндометацин — куёшдан сақловчи крем, индометацин малхами каби хусусиятларга эга.

29. «Дианабол» — таркибида витамин F, эстроген ва кальций пантотенат сақлайдиган крем. Тери атрофиясида ва ажинлари йўқотишда қўлланилади

30. «Витамин» креми — витамин F га бой, таъсирланиш белгиларини йўқотадиган ва битиш жараёнини тезлаштирадиган крем.

31. «Роял» кремжелеси — кўпинча териси қуруқ кишиларга мўлжалланган. Айниқса кўз атрофидаги ажинларни камайтиради, QF безларининг фаолиятига ижобий таъсир этади.

32. Крем «Лада» таркибида тери намлигини сақлайдиган модда бор. Ёари ва терисини ажин босган кишиларга кўпроқ тавсия этилади. Организмни сувсизланишга олиб келадиган касалликлардан эндигона тузалган шахсларга ҳам тавсия этилади.

33. «Вита» креми — таркибида A ва E витаминлар бор, терининг барча турларида қўллаш мумкин. Терига намлик ва эластиклик беради.

Цуйида биз тиббий косметикада кенг қўлланиладигаж доривор моддалар рецептурасидан намуналар келтираимиз:

Бу икки рецепт оддий ҳуснбузарда, унинг себорея ривожланган турларида ҳам қўлланилади. Терининг ҳолатига караб у ёки бу турини ишлатиш лозим.

Ушбу дори моддалари қизил ҳуснбузарда, жумладан огиз атрофида ривожланган

дерматит ва ринофима кўринишида ўтадиган турларида ҳам яхши самаралар беради. Сигнатурадан сўнг маҳаллий қўлланилади, деб кўрсатилиши шарт.

Қуйидаги кольдкремлар қизил хуснбузарнинг одатдаги кечадиган турларида сезжарли фойда беради:

«Ям» малҳами терини кучли китиклаш хусусиятига эга бўлиб, суртилганда қисқа муддат ичида ўткир яллирланиш белгиларини юзага келтириши мумкин. МГунинг учун малҳам дастлаб 15 дақиқага суртилади, сўнггра ўсимлик ёғи ёрдамида артиб ташланади ва ўрнига кольдкрем суртилади. Агар кольдкрем суртилгандан сўнг 5 дақиқа ичида терининг ачишиши тўхтаса, эртасига малҳам 30 дақиқага қолдирилади. Ана шу тарика малҳамни суртиш муддати бир неча соатгача ошириб борилади. Даво охирида тери томирлари «уқаланади» (совуқ ва иссиқ сув билан ёки"муз ва эфир билан).

Аёлларда кузатиладиган ёгли себореяда эстрогенларни қуйидагича қўллаш наф беради:

Бу иккала рецепт себореяшшг турпи кўринишларида, жумладан себореяли гушда ҳам кутилган натижаларни беради.

Андроген соч тўкилишида эса пилифортин тьрепаратини қўллаш аскотади. Қуйида пилифортин эритмаси ва эмуяьсияскнинг таркиби билан таништирамиз:

M.D.S. Андроген соч тўкилишида 1 дражедап кунига 3 маҳал ичилади.

Дисхромияларда кўпинча қуйидаги дори моддала} маҳаллий қўллашшади:

M.D.S. Ахромияларда терига ранг бериш учун маҳаллий қўлланилади.

Фотодерматозларда куёш нурларининг таъсирини ўзига сингдириб, терини ультрабинафша нурлардан сацлаш хусусиятига ага бўлган рецситуралардан намуналар:

Охирги кольдкрем куёш нурларидан сақловчи восита сифатмда ва фотодерматозларда яллигланиш белгиларини йўқотиш учун қўлланиладж.

Косметологик нуқсонлар ичида энг кўп учрайдиган• ларн оддий ва қизил хуснбузар, шунингдек пес (vitiligo) хисобланади.

Оддий хуснбузар (Acne vulgaris). Касаллик жинсий балогатга етиш даврида шаклланади (кўпинча 12—13 ёшларда). Бу даврда зстроген ва андроген моддалар ўртасидаги микдорий мувозапат (баланс) бузилади. Аниқрош, андрогенлар микдори ошиб кетади. Бу эса ёғ безларининг кўи микдорда ажралиб чиқишига олиб келади. Оддий хуснбузарнинг асосий кўзгатувчилари патоген стафилококклар ва хуснбузар коринебактериялари (Corynebacterium acne) дир. Мазкур микроорганизмлар лнпаза ферментини ишлаб чиқариб, тери ёғи таркибига кирувчи триглицеридларни эркин ёғ кислоталаригача парчалайди. Хосил бўлган эркин ёғ кислоталари терида ўткир яллиғланиш жараёни ривожланишига олиб келадж. Хаддан ташкари ажралиб чиқаётган ва кимёвий таркибж ўзгарган тери ёғи яллиғланиш жараёнининг янада чуқурлашишига сабабчи бўлади. Оддий хуснбузар ривожланишида қуйидаги патогенетик омплларнинг роли катта: ошқозоничак йўли фаолиятининг бузилиши, гиповитамянозлар, модда алмашинувининг ўзгаришж, овқатлапишдаги нуқсонлар ва ирсий омилларнинг таъснри. Касалликнпнг клиник манзараси юз тернсида, кўкракнпнг юқори кисмида ва елка соҳасида тугунча ва йир"нгчалар пайдо бўлиши бялан таърифданади. Дастла<1 найдо бўладиган тугунчалар тезда сарржш ёки окнмтир йнрингчаларга айланади. Сунгра топтмалар маддаланиб чуқурлашади, оқибатда сезиларли чандикланади. Оддий хуснбузарни захм пустуяаларидан ва тугунчали тери силидан фарқ қилиш лозим. Захм йирингчаларида ўткир яллиғланиш кузатилмайди ва серологик реакциялар мусбат натижалар беради. Тери силида эса себорея ҳолати куза!тилмайди, тошмаларнинг ўртаси ўйилиб қуруқ некроз кузатилади. Ҳосил бўлган чандик ҳам жуда юпқа бўлиб тамаки ҚОЕОЗИНИ эслатади.

Оддий хуснбузарни даволашда антибиотиклар (тетрациклин, олететрин, эритромицин) кўп қўлланилади. Носпецифик иммунологик даволаш (стафилоанатоксин, стафилоантифагин, стрептовакцина, гшрогенал ва бошқалар) яхши самара беради. Бундай даво шнфобахш витаминлар А, Е, В₂> В₆ билан бирга буюрилади. Оддий хуснбузарни

даволаётганда сабабчи патогенетик омилларни аниқлаш ва уларни бартараф этиш даволаш самарадорлигини оширади.

Маҳаллий даво кўпинча спиртли эритмалар (олтингугурт, резорцин, салицилат кислота, левомецетин) ёрдамида ўтказилади. Ўсмирларга 0,15—0,2% фолликулин ёки синэстролнинг спиртли эритмаси, шунингдек улардан тайёрланган малҳамлар наф беради. Шунингдек криотерапия (музлатиш йўли билан даволаш), витаминли малҳамларни юзга чаплаш, мева ва сабзавотлардан иборат пархез буюришнинг фойдаси катта.

Қизил хуснбузар (*Acne rosacea*). Кейинги йилларда мазкур дерматоз қон томирларининг наслга алоқадор неврози деб тушунтирилмоқда. Кўпинча ёши 40—50 дан ошган аёлларда кузатилади. Қизил хуснбузарнинг ривожланишига климакс даври, дисменорея ва ҳомиладорликка қарши гормонал препаратларнинг қўлланиши сабаб бўлмоқда. Ошқозонпчак касалликлари (гастрит, колит), қабзият, гиповитаминоз ходисалари муҳим патогенетик роль ўйнайди. Совуқ очиқ ҳавода ёки жуда иссиқ Цехларда ишлаш кўпгина беморларда қизил хуснбузарнинг ривожланишини тезлаштиради. Кўпгина беморларда қизил хуснбузарнинг ривожланишига ёғ каналари (*Demodex folliculorum*) сабабчи бўлади. Бу ёғ каналари чувалчангсжмон шаклга эга бўлиб, ёғ безларида сапрофит ҳолида яшайди (ёғ канаси номи ана ўшандан олинган) Улар терида кузатиладиган йирингчалар таркибида осонгина тоғшлади (микроскоп остида).

Касалликнинг дастлабки белгиси бурун терисининг Қизаришқдир. Дастлаб буруннинг учи ёғланиб қизаради, сўнгра ёноқ териси ва нешонанинг ўрта қисми қизаради (*rosacea*). Айниқса иссиқ овқат истеъмол қилинганда, буғ и кўтарилиб турган чой ёки кофе ичилганда, шунингдек тандирда нон ёйилганда ва ўчоққа олов ёқилганда юзшиш қизариши кучаяди (эритроз). Оқибатда юз терисида доимий эритема пайдо бўлади, тери капиллярлари кенгаяди (телеангиэктазия). Қизарган тери соҳасида тугунчалар, йирингчалар пайдо бўлади. Хуснбузар мана шу йўсинда шаклланади. Баъзан касаллик кўзга ўтиши мумкин, бунда конъюнктивит ва кератит пайдо бўлади. Касаллик сурункали давом этади. Айрым беморларда бурун соҳасидаги кўк қон томирлар кенгайиб, *цони* тўйиланиши натижасида ёғ безлари ва тери ости ёғ кавати гипертрофияга учрайди. Шу сабабли бурун териси *гиперемия*ланади, юзаси ўсмасимон шаклни олиб, сатҳи ғадирбудур бўлиб қолади. Тери ранги кўкариб телеангиэктазия зўраяди, ёғ безларининг чиқарув тешиклари катталашиб очилиб қолади. Бу манзара ринофима деб аталади. Ринофима қизил хуснбузарнинг гипертрофик тури деб тушунтирилади.

Қизил хуснбузарни даволашда дерматоз шаклланишига олиб келган барча омиллар ҳисобга олиниши лозим. Оқат ҳазм қилпш аъзолари касалликларини даволаш, жумладан қабзиятни йўқотиш, енгил ҳазм бўладиган *диета* буюриш, шушндек қайноқ ва ўткир таомлар истеъмол этишнц ман этиш даволаш гарови ҳисобланади. Акишиотиклардан тетрациклин, метициллин, цефторин, олеандомицинларнинг нафи кўпроқ тегади. Силга қаршидорилардан *фтивазид* яхши самара беради.

Маҳаллий даво теридаги яллигланиш белгиларининг табпатаига боғлиқ. Тери қизариб, тугун ва йиринглар кўпайган даврда таркибида антибиотиклар бўлган стероид малҳамлар (лоринден С, глюкокортизон), сўнгра шафтоля мойи, рух ва нафталанлардан иборат малҳамлар суртиш мақсадга мувофиқдир. Яллигланиш белгилари камайгач ихтиол скн олтингугуртли суртма дорилар буюрилади. Даволашнинг охириги босқичида, айниқса ёғ каналари тояилган ҳолларда терига Демьянович усули билан ишлов берилади. Бунда каналарнинг қирилиб кетиши таъминланади. «ЯМ» малҳами ҳам ана шундай хусусиятта эга. Баъзан калий йод эритмаси билан электрофорез қилпшга ҳам тўрри келади. Ринофимани даволашда музлатиш усули (криодеструкция), электр токи ёрдамида куйдириш усули (диатермокоагуляция) яхши натижа беради. Агар мазкур усулларнинг нафи тегмаса, ўспш тўқималар жарроҳдик йўли билан қирқилади. Пес (*Vitis Siga*). Амалий косметологияда оддий ва қизил хуснбузарлар фақатгина гўзаллик нуқсони деб *қаралса*, *пес* ижтимоий нуқсон ҳисобланади. Бунинг сабаби *пес* касаллиги оилавий кўнгилсизликларга, нрткоҳларнинг бузилиб кетишига олиб келмоқда.

Касалликнинг сабаби аникланган эмас. Таклиф килинган бир канча назариялар (нейроэндокрин, микроэлементлар ва витаминларнинг етишмаслиги, хазм аъзоларининг бузилиш, меланогенезда қатнашадиган ферментлар фаоллигининг сусайиши ва генетик назариялар) Касалликнинг туб моҳиятини тушунтириб бера олмади. Пес терининг бпропор соҳасида меланин пигментининг бўлмаслиги билан таърифланади. Касаллик кўпинча болалар ва ўсмирлик даврида бошланади, сурункали кечадн, пиллаб, баъзан умрбод давом этади.

Бунда терининг маълум соҳаларида *оқ* доғлар (депигментация) пайдо бўлади. Доғлар яллирланмайдиган доғлар қаторига кириб, уларнинг сони биттаиккита ёки тардалган, баъзан терининг ҳамма соҳаларини эгаллайди. Доғларнинг шакли ҳам турлитуман: айлана, овалсимон шаклда, баъзан маълум шаклга эга бўлмаслиги мумкин. Хажмк нўхатдек, бир сўмлик тангадек, баъзан жуда катта бўлади. Кичик дорлар астасеккга бирбири билан қўшлпб налакчалар ҳосил бўлади. Пес доғлар терининг барча соҳаларнда кузатилади. Дастлаб кўл ва оёқларда, тананинг бошқа очик жойларда пайдо бўлади. Депигментацияга учраган тери соҳаларида жойлашган сочлар сақланиб қолади, аммо улар ҳам ўз рангини йўқотади. Витилиго дорларининг ультрабинафша нурларга нясбатан сезувчанлиги ошган бўладн, шу туфайли очик доғлар ооҳасидаги тери кизарган ва хатто шишган бўлиш мумкин. Доғлар одатда безовта қилмайдж, баъзи беморларда доғлар найдо бўлиш даврида ва баҳор фаслида кичишиш ёки ачишиш кабн нохуш сезгилар пайдо бўлигаи мумкин.

Песни кепаксимон темиртки, захм лейкодермаеп ва моховдан фарқлаш лозим. Кепаксимон темиртки доғлар хам яллиғланмаган бўлади. Аммо улар сракат тананинг юқори қисмида (кўкрак, бўйин, елка, орка, курак соҳалари) кузатилиб, доғларнинг *устт* кепаксимон ва унсимон кипиклар билан копланган бўлади. Бальцер синовн песда манфий натижа беради. Захм лежквдермасн, яънн яллиғланмайдиган доғдар фақат кўкрак, бўйин соҳасида кузатжлиб, терн бутунлай оқаржб кетмайди, Захмда қўшшча гипопигментация кузатнлади. Шунингдек захмга хос бошқа белгнлар хам кузатнлжб, пеедан ажратишга ёрдам беради. Песда КСР ларннинг жавоби манфий. Моховда кузатиладиган доғлар соҳасида тери сезувчанлиги йўқолган бўлади, беморлар иссиқсовукни, оғриқни ва бошқа нохуш сезгиларни сезмайдилар. Зарарланган тери соҳаларида атрофия хам кузатилади. Лепромин синовн ва лепромаларнинг пайдо бўлиши доғларнинг песга алоқадор эмаслигини аниқлашга ёрдам беради.

Касалликни даволашда пес жараёнининг активлигияи аниқлаш аҳамиятга эга. Песга чалинган беморлар терисидаги жараён 3 даражага бўлинади: даража: кам сонли пес ўчоқлари оппоқ, чегаралари аниқ, соғлом теридан яодол ажралиб туради. Депигментация доғларининг атрофидаги тери ўзгармаган ёки бир оз кизарган. Беморнинг анамнезида янги доғларнинг сўнгги 2—3 ой ичида пайдо бўлганлиги ёки эски дорларнинг катталашаётганлиги тўғрисида маълумотлар йўқ. 2 даража: сутдек оқ доғлар билан бир қаторда гипопигментацияли доғлар хам кузатилиб, бу доғларнинг чегаралари ноаниқ, соғлом тери билан сезиларсезилмас қўшилиб кетган. Касаллик ўчоқлари терининг турли соҳаларида турлича, яъни бир соҳада депигментация ўчоқларининг пайдо бўлиши кузатилса, бошқа соҳада доғларнинг кичраяётганлиги кузатилади. Терининг механик таъсиротларга дучор бўлган соҳаларида янги доғлар пайдо бўлади. Зарарланган соҳаларда соч толалари оқаради.

3 даража: пес ўчоқлари терининг бир неча соҳаларини эгаллаган, улар де ва гипопигментацияли доғлардан иборат. Доғлар бирбири билан қўшилишга мойил, турли шаклларга кирган доғлар атрофидаги соғлом тери турлича кўринишга эга, жумладан песнинг кўриниши уч рангда кузатилишц хам мумкин. Яъни депигментацияли доғ гипопигментацияли хошия билан, гипопигментли доғ эса пшерпигментли хошия билан ўралади. Кўпчилик беморлар доғлар соҳасидаги дичипшш, санчиш, ачишиш ва оғриқ каби нохуш сезгилардан шикоят қиладилар.

Песга учраган беморларни комплекс усуллар билан даволаш яхши самаралар

беради. Дўлланиладяган усулларни қуйидагича гуруҳлаш мақсадга мувофиқдир:

1. Фурукумарин дорилар билан даволаш. Мазкур гуруҳга кирувчи бероксан, псоберан, псорален, аммифуриин каби дорилар махсус қоидаларга биноан ичишга ва доғларга суртиш учун берилади. Фотосенсибилизацияловчи хусусияти бўлган ушбу дори моддаларининг таблеткалари ультрабинафша нурлари (УБН) билан нурлашдан икки соат олдин ичирилади. Дорини истеъмол этгандан 30 дақиқа олдин беморга алмагель ичиш тавсия этилади. Бу тадбир фурукумарин ирепаратларишгаг ошқозон шиллиқ цаватини таъсирлантириш каби нохуш асоратининг олдини оладн.

УБН билан нурлаш болаларда кун ора ўтказилди, одатда даво курси мобайнида 60 марта нурлатилади.

Нурлатишнинг дастлабки босқичларида 1—4 биодоза берилиб, нур мивдори астасекин ошириб бориладя ва ниҳоят уни 6—8 биодозагача етказиш мумкин. Фотосенсибилизаторларни қўдлагаида ошқозон кислоталигнни ҳисобга олжш лозии. Бу дориларни анацид ҳолатларда, ёш болаяарда эса анацид ва гипоацид ҳолатларда бвриш тавсия этилмандж. Шунингдвк 3 ёшгача бўлгам беморларга фурукумарин дорилрн қўлланилмайдн. Кейжнги ймларда меладинин, мелагенин каби фотосемсийилизацияловчи дерялар ҳам самарали қўлланилмоқда.

Фурукумарин препаратлари бжлан даволанаётганда нес жараёнк активлигинж хнсоб^а олиш лозим. Касалликнинг бяркжчи даражалл активлиги бўлган беморларга мазкур доржлар ичиш ва суртиш учун бериладж. Иккжнчи даражалж активлжги аниқланган беморларга эса фвтосенсибиджзаторлар фақат нчиш учун бержляши л®зм. Нес жараёия учинчи даражада бўлган беморларга фурукумаринлар қўллаш турли асоратларга олиб келадж. Шу туфайли мазкур дорилар билан даволаш мақсадга мувофик эмас.

2. Витаминлар бнлан даволаш. Маълумкн, медажоцитлар ва меланосомлар активлигн организмдагж кдтор витаминларнинг миқдорига боглик. Масалан, В гуруҳжга мансуб вжта(минларнинг етншмаслиги меланег»нвзни сусайтирадн Бундап ташқари, РР ва С каби виташшлар озиковкат моддаларининг ҳазм қилинишинж яхижлайди, оксидланиш жараёнлари нормаллашишига ёрдам беради. Шу тарика зарарланган тери соҳаларжяж керакли биоактив мо^далар билан таъминлайди. Витамнжлардан пиридоксян гидрохлорид, пиридоксаль фосфат, аскорбин кислота ва внтамин РР яхши самаралар б«ради. Ушбу витаминларнинг у ёки бу турлари танлажаётганда организмнинг умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар ва беморнинг шу витамжнларга эҳтиежи ҳжсбга олинади.

3. Микроэлементлар билан даволаш. Тери нўстининг меланин пигменти билан таъминланишида микроэлементларннг роли бениҳоя катта. Меланогвнезда темир, рух ва мис бевосита иштирок этади. Шу сабабли бу ноорганик моддаларнинг доривор препаратлари (ферроплекс, ферроградумет, феррамид, мис сульфат, рух оксиди кабп моддалар) кутилган натижалар бераяпти. Шунингдек купир, гшрацин препаратлари синовдан ўтказиляпти. Ҳознрги кунда таркибида витаминлар ва микрозлеиентлар бўлган таксофит, минолад каби дорплар ҳам музаффақиятли қўлланиляпти.

4. Овқат ҳазм қилиш жараёини яхшилайдиган моддалар билан даволаш. Бу турдаги дориларга пепсидил, ацидинпепсив, табиий ошқозон шираси, панкреатин, мезимфорте, панзинорм, карсил, эсеенциале каби моддалар киради. Кейинги йилларда фермент препаратлари барча ўлка ва республикалар шифохоналарида муваффақиятли қўлланилмоқда. Айниқса фурукумарин препаратларини қўллаш мумкин бўлмаган беморларда (дорига нисбатан сезувчанликнинг ошиши, анацид ва гипоацид ҳолатлар, шунингдек нес доғларигошг яллиитниш белгилари ва нохуш сезгилар билан кечиши) фермент препаратлари даволашяинг асосий воситаси вазпфасини ўтамоқда. Жигар, ошқозоничак касалликлари билан :кечаётган нес жараёини даволашда фермент препаратларининг самарадорлиги бениҳоя каттадир. Мазкур дорилар ҳам бошқа турдаги препаратлар сингари беморнинг ёши, ички аъзоларининг ҳолати ва

пес ўчоқларининг активлик даражасини ҳисобга олган ҳолда берилади.

Даволаш комплексига гижжага қарши дориларни (декарис, комбатрин, вермокс) қўшиш, шунингдек биологик стимуляторларни (аяоэ, торфот, пирогенал}. цўялаш. деиигментация доғларишшг йўқолишига ёки кичраишига олио келади. Песни игна билап даволашга уршшб кўрилмоқда. Кортикостероидлар билан даволаш, жумладан пес доғлари атрофига гидрокортизон юбориш усули ўзини оқламади.

Пес доғлари даво чораларисиз ўзўзидан йўқолиб кетиши мумкин. Амью бундай ҳоллар жуда кам учрайди.

3. Машғудотнинг мақсади.

Талабалар косметология фани, унинг асосий йўналишлари тўррибйда тушунчага эга бўлишлари лозим. Оддий ва кизил хуснбузаршшг келиб чиқиш сабаблари, уларнинг ривожланишда муҳим аҳамияти бўлган омилларни билжшлари лозим. Хуснбузарлар ва песнинг асосий клинжк белгиларни, мазкур дерматозларда кузатиладиган тошмаларни таърифлаб беришлари ва уларнм ўхш*ю касалликлардан ажрата билишларн лозим. Шунжнгдвк хуснбузарларни умумий ва маҳаллжй даволашни сўзлаб беришлари керак. Пес касаллигини даволашда қўлланиладиган дори моддаларини таърифлаш билан бирга, даволаш коидаларини ҳикоя қилиб беришлари лозям. Шунингдек талабалар қуйидагиларии ўзлаштиришлари керак: оддий ва кизил хуснбузарга дастлабки ташхис қўйиш учун керак бўлган маълумотлар; хуснбузарларни босқичмабосқич маҳаллий даволаш;

песни дифференциал диагностика қилиш;

витилигони даволаш принциплари. 4. Уйга вазифа:

1) нега оддий хуснбузар пубертат давр бошлангандан кейин ривожланади?
2) кизил хуснбузарнинг ёши кекоайган аёлларда кўп учпаш сабабини тушунтиринг.

3) ринофима нима?

4) песни даволашда мис препаратларини муваффақиятли қўлланиш сабабини патогенетик изоҳлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. ft". Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М., 1980, 400—405. 409—411бетлар.

0. Фержтек, Косметика и дерматология. М., 1990, 167—181.

215—226бетлар.

f

Х. Қ. Шодиев ва бошқалар. Комплексное лечение бпльннх витилиго {Методические рекомендации). М., 1990, 167—181, 215—226бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1	2	3
1. Хуснбузарлар ва песга чалинган беморлар билан бўлимда мустақил ишлаш.	а) беморлардан анамнез йириш; б) тошмаларни сипчпклаб ўргапига; в) беморларга малҳам суртиш; г) беморларда биологик дозани аниқлаш.	а) касаллик тарихини ёзишяп ўрганиш; б) хуснбузар тошмадаларини бирбярідан фарқлаш; в) маҳаллнй даво усуллариини ўзлаштириш; г) терини ультрабинафша нурларга нисбатан сезувчан

		лигини аниқлаш.
2. Гуруҳ бўлган ўрганилган беморларни муҳокама қилиш.	а) касаллик тарихини талабаларга навбатнавабат таништириш; б) аниқланган тошмалар билан таништириш; в) тузилган даволаш режаси билан таништириш.	а) мазкур касалликлар соҳасида назарий билимларни ошириш ва фикрлашга ундаш; б) тери тошмалари соҳасида амалий билимларни ошириш; в) беморларни даволашни ўрганиш.

6. Касаллик тарихини ҳимоя қилиш.

Касаллик тарихини ҳимоя қилиш гуруҳнинг барча талабалари иштирокида амалга оширилади. Бунда талабалар бемор билан ишлаш жараёнида йиғган маълумотларини касаллик тарихи баёнида ифода этиб, махсус келишилган тарзда навбатманавбат сўзлаб беришлари лозим. Икки талабага бжр беиорни топшириш мақсадга мувофиқ эмас. Талабалар ўзларига ажратилган кунлар ва соатларда касаллик тарихида баён этилиши лозим бўлган қисмларни аниқ ва содда тил билан ёзишлари лозим.

- 1) бемор бола туғилишидаги умумий маълумотлар;
- 2) асосий касалликнинг ривожланиш тарихи;
- 3) беморнинг ҳаёт тарихи;
- 4) объектив текширув маълумотлари;
- 5) асосий касалликнинг баёни;
- 6) дастлабки ташхис;
- 7) лаборатория текширувлари маълумотлари;
- 8) фарқловчи ташхис;
- 9) клиник ташхис ва уни асослаш;
- 10) даво режаси ва уни амалга ошириш;
- 11) кундаликлар (даво ватнажалари ва касалликнинг кечиши туғилишидаги маълумотлар);
- 12) якуний маълумотлар;
- 13) назарий қисм;
- 14) рецептура.

Талаба юқорнда баён этилган маълумотларни сўзлаб бераётганида бошқа барча талабалар уни диққат билан эшитишлари лозим. Бу талаб, бир томондан, уларга мазкур бемор тарихи билан танишиш имконини берса, иккинчи томондан, уларнинг мазкур беморнинг ташхиси, даволаш режаси ва бошқа масалалар бўйича муҳокамада қатнашишлари учун замин тайёрлайди. Талабалар ўзлари олиб борган беморлар касаллик тарихининг барча қисмларини, айниқса касалликнинг ривожланиш тарихи, асосий касалликнинг баёни ва даво режасини ёддан билишлари лозим. Мазкур вазифа талабаларнинг беморлар билан ишлаш жараёнида олган билимларини мукамал ўзлаштиришларига, шунингдек эркин баҳслашув жараёнида фаол иштирок этишларига имконият яратиб беради.

Кўпчилик ҳолларда вақтни тежаш мақсадида талабалардан «касаллик тарихи»нинг у ёки бу қисмларини сўзлаб беришлари сўралади. Жумладан беморнинг клиник ташхисини асослаб бериш ва даво режасини мақсадга мувофиқлигини исботлаш талаб этилади. Баҳс диагностика мавзусида кетганда улардан мазкур касалликда қўлланиладиган дерматологик текширув усулларини амалда қўллашни ва кўрсатишни сўраш мақсадга мувофиқдир.

Даво режасига кнржтилган дори моддаларини мазкур беморни даволашда

қўлланишни асослаб бериш ва шу препаратларни таъсир механизмини сўраш машғулот ўтказиш сифатини яхшилайти. Ҳар бир конкрет ҳимоя охирида ана шу бемор ва касаллик тўррисидаги фикрларни бошқа талабалардан сўраш маршрулотнинг самарадорлигини оширади.

Талабаларга якуний баҳо уларнинг назарий билимлари, ўзлаштирган амалий қўшшмалари ва ёзган касаллик тарихининг сифати асосида қўйпладп.

ЎЛКАМИЗДА КЎП УЧРАЙДИГАН ДЕРМАТОЗЛАР АГОГИЙ КАСАЛЛИК БАЁНЛАРИДАН КЎЧИРМАЛАР

1 илова

Атопик дерматит (чилла гуши ёки ирсиятга алоқадор тарзоц нейродермит) билан хасталанган Г. исмли гўдак касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ (STATUS LOCALIS)

Теридаги тошма элементлари тарқалган тус олган. Патологик жараённинг асосий қисми юз, бўйин, тана, қўлоёқларнинг букиладиган юзаларида жойлашган. У айнпқса билан ва чоз бурмалари, тиззаларнинг сстида жуда ривожланган.

Тошмалардан ярирланиш кўзга яққол ташланиб турибди. Ягирлаган соҳалар хусусан майда тугунчалардан иборат бўлиб, тери рангидан унчалик фарқ килмайди. Уларнинг остида озмоз маддаланиш ва эритематоз доғлар сезилиб турибди. Зарарланган соҳалардаги тери гиперпигментацияга учраган ва қорамтир кул ранг тус олган. Лихенизация (ягирланиш) ўчоқларининг кўп қисмида сарриш, жигар ранг кипиқлар кузатилмоқда. Ципиқларнинг кўпи тангачасимон ва кепаксимон, ялтироқ. Куриш натижасида қигшқларшшг четлари кўтарила бошлаган, остпда сувланган ва намлик юза кўриниб турибди.

Юз терисида ва қўл панжалари соҳасида саршшжигар ранг суюқлиги бўлган майда пуфакчалар кузатиляпти. Уларнинг кўп қисми сероз ва серозшгоингли қатқалоқчалар билан қоплана бошлаган. Кўпгина соҳаларда (қўл, оёқ, бел) майда тирналиш жзларн (экскориация) бор, улар қисман чизиқсимон кора қатқалоқлар билан қопланган бўлса, қисман сурилган Кастеллани суюқлиги таъсирида куйиб, бита бошлаган.

Бемор терисининг барча соҳалари курук, устки қисмж кўчиб туша бошлаган. Терн дермографизми оқ ва сақланувчан. Сочмушак рефлексн («ғоз терпсп») жуда ривожланган.

Субъектив сезгилардан қичишшш туну кун безовта цилади, қичишиш жуда кучли, беморнинг уйкуси йўц, асаблари таранглашган, жаҳлдор.

Дастлабки ташхис — атопик дерматит.

Йирингли пуфак яра билан оғриган Б. исмли гўдак касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ (STATUS LOCALIS)

Терида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Тошмалар қорин терисида, орда ва елка соҳаярида, қўл ва оёқларнинг терисида, шунингдек бел ва чов бурмаларида жойлашган.

Бирламчи тошма элементларининг кўп қисмини пуфаклар, қисман йиринг ташкил этиб, уларнинг пардаси юпка ва тез йиртилувчанлиги билан ажралиб турабди. Юпка пардали пуфаклар — фликтеналарнинг кўп қисми қорин ва цўл терисида жойлашган бўлиб, уларнинг ичи сероз суюқлик билан тўлган, баъзи пуфакчаларда эса серозийрингли

суяқлик кузатиляпти. Уларнинг катталлиги нўхатдек, баъзилари ўрикнинг данагидек келади. Пуфаклар тубида юмшоқ мадда пайиасланди. Орқа ва елка соҳасида жойлашган пуфаклар сон жиҳатидан кам бўлсада, йирингли суяқлик билан тўлган.

Осқ терисида ва чов бурмаларида пуфаклардан ташқари йирингчалар кузатилмоқда. Уларнинг пардаси ҳам юпқа, баъзи жойларда четлари осилқб турибди. Барча соҳаларда жойлашган пуфаклар атрофидаги тери қизарган, сезиларсезилмас шишган. Қўл ва оёқ қафти терисида тошмалар йўқ.

Иккиламчи тошма элементларидан эрозиялар ва пигментли доғлар кузатиляпти. Эрозиялар асосан пуфакчалар пардасининг йиртилиши натижасида ҳосил бўлган. Уларнинг кўпчилиги дўл панжалари ва болдир соҳасида жойлашган, Цорин ооҳасида эрозиялар битиши туфайли иккиламчи доғлар, жумладан пигментация ҳодисаси кузатиляпти. Цурий бошлаган пуфаклар ва йпринглар устида қатқалоқлар кўринмайди.

Субъектив ёқимсиз сезгилардан оғриқ, ачишиш безовта қиляпти.

Дастлабки ташхис йирингли пемфигоид (юкумли пуфакли яра), тарқалган тури, кўзиган даври.

Чин гуш билан отриган Б. исмли бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатиляётган тошмалар тарқалган ва симметрик: тус олган. Улар иккаяа қўл панжаси ва билакларининг жастки қисмларда жойлашган.

Бирламчи тошма элементларидан пуфакчалар, яллирланган доғлар, тугунчалар ва йирингчалар кузатиляпти. Пуфакчалар сони кўп бўлиб, кўпннча микровезикулалар кўринишида. Уларнинг асосий қисми қўл панжаларининг ташқи сатҳида ва билаклар терисининг ён юзаларида жойлашган. Эритематоз доғлар пуфакчали тошмалар кузатиляётган соҳалардан ва уларнинг атрофидан жой олган. Доғларда яллиғланиш белгилари яққол намоён бўлиб, асосан тўққизил тусдадир.

Катталиги таривдек келадиган пуштиқизгиш тугунчалар сони бир неча ўнлаб саналади, улар қўл панжаларининг барча сатҳларида кузатиляпти. Пуфакчаларнинг бир қисми йирингчаларга айланыпти, уларнинг кичиги тарикдек, каттаси мошдек келади, бўшлиғи нимяшил йиринг билан тўлган. Микровезикулёз тошма элементлари тўплами мазкур соҳаларнинг сувланишига сабаб бўляпти. Патологик жараён ўчоқлариининг маддаланиши суст ривожланмоқда.

Иккиламчи тошма элементларидан қатқалоқлар, шилиниш (эрозиялар) ва қипиқлар кузатиляпти. Сарғиш рангли сероз қатқалоқлар билан асосан билак соҳасидаги пуфаклар цопланган. Кўп йирингчаларнинг устида эса йирингли ва йиринглигеморрагик қатқалоқлар мавжуд. Қўл панжаларида жойлашган баъзи пуфакчаларнинг ёрилиши натижасида эрозиялар сони кўпайиб турибди. Баъзи яллиғланган доғларнинг усти тангачасимон ва кепаксимоп қипиқлар билан қопланган.

Нохуш сезгилардан кичишиш безовта қиляпти. Тери бир маромда, кечаю кундуз кичишиб турибди.

Дастлабки ташхис — чин (идиопатик) гуш, кўзиган даври, тарқалган тури.

Қизил югурукка чалинган С. исмли бемор касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Теридаги патологик жараён чегараланган тус олган. Твшмалар пешона ва юз терисининг иккала қисмида симметрик жойлашган.

Бирламчи тошма элементларидаи эритематоз доғлар кузатиляпти. Бу яллиғланган

доғлар айлана, овал ва нотўғриовал шаклларда бўлиб, ёноқ соҳасида жойлашганлари бирбирлари билан туташа бошлаган. Пешона терисидаги, айниқса икки кош (қаншар) оралигидаги эритемалар алоҳида н^ойлашган. Эритематоз доғлар соҳасидаги тери бир оз қизарган, маддаланган. Деярли барча доғларнинг сатҳи мугузли, тангачасимон қипиқлар билан қопланган. Ана шу соҳаларда тери сезиларли қалинлашган. Эритемалар устида жойлашган қипиқларни кўчиришга уриниш натижасида уларнинг осонлик билан кўчмаслиғи маълум бўлди. Баъзи кўчган қипиқлар остида ч^оир тиканни эслатувчи ўткир учли қаттиқ ўсимталар кўзга ташланди. Бенъе—Мешерский ва «аёллар пошnasi» белгилари мусбат.

Пешона соҳасида жойлашган эритематоз доғлар марказида чандикли атрофия кузатиляпти. Ёноқ соҳасидаги эритемалар атрофидаги тери қорайган, иккиламчи пигментли доғлар уларни ўраб турибди. Юз терисининг деярли барча қисмларида кузатиляётган қипиқлар ва қатқалоқлар атрофида юзаки қон томжларининг кенгайиши натижасида ҳосил бўлган до^олар —• телеангиэктазиялар яққол кўзга ташланиб турибди. Мазкур доғлар витропрессия пайтида йўқолиб, с^иугра яна пайдо бўлди.

Лабнинг қизил ҳошияси сезиларсезилмас яллиғланган, маддаланган. Синчиклаб кўрилганда (лупа ёрдамида) эритематоз доғнинг устки қисмида енгил кўчиш кузатияди, саёз ёриқлар ҳам бор.

Бемор терисининг бошқа соҳаларидан тошма элементлари тоғгалмади. Қолган соҳалар териси силлик; ва майин, ўз эластиклигини йўқотмаган.

Нохуш сезгилардан беморни огрик ва ачишиш оезовта қилади.

Дастлабки ташхис — сурункали қизил югурук, чегаралангая тури.

Энтеропатик акродерматитга дучор бўлган У. исмли қиз бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатиляётган патологик жараён тарқалган характерга эга. Зарарланган ўчоқлар думба ва оралиқ соҳаларида, жнсжн лаблар ва уларнинг атрофида, шунингдек қўл ва оёқ панжаларининг терисида жойлашган. Мазкур соҳалардагж патологжк ўчоқлар терининг СОРЛОМ соҳаларидаж ажжк чвгараларн билан ажралиб турибди. Ўчоқларнинг четж турлж шаклда, кўп қисми симметрик жойлашган.

Енрламчи топша «лементл»?»дан яллиғланган дорилар, пуфаклар, йирингчалар ва тугунчалар кузатиляпти. Ўткир яллиғланиш белгилари билан кечаётган соҳалардаги пуфаклар айланаовалсимон, ҳажми мош ва нўхатдек келади. Биттаиккита пуфакчаларнинг катталиги бир тийинлик чакадек ва кўпгина пуфаклар серозийирингли суюқлик билан тўлган. Йирингчаларнинг аксарияти қўл ва оёқ панжалари соҳасида жойлашган, улар атрофидаги тери қизариб, шишган. Тугунчаларда ҳам яллиғланиш алсшатларн бор, рангги қизил, пушти, атрофидаги терида эритема ривожланган. Буллёз тошмалар тўплами ва улар пардасининг бузилиши каттакатта эрозия ўчоқларини ҳосил қиляпти. Шилинган (эрозияланган) соҳаларнинг туби чуқурлашиб, ярага айланган.

Қўл панжаларининг дистал учлари йўғонлашган, тирнсклар остида гиперкератоз кузатиляпти. Аксарият тирноқлар эластиклигини йўқотган, хиралашган, мўрт ва тез синувчан, баъзилари ушалиб тушыпти.

Бошдаги сочларнинг тўкиляётганлиги явдол кўзга ташланиб турибди. Баъзи соч толаларининг синиб тушаётганлиги маълум бўлди. Ўнг дошидаги сочлар деярли тўкилиб бўлган, фақат биттаиккита соч толалари кўриниб турнбди. Кўз ба кўз атрофидаги терида Слефарпт ва дерматоконъюнктивит ривожланыпти. Ошз бўппғининг шиллик каватларида яллиғланиш аломатлари бор. Тил эса оқимтир парда билан қопланган. Юз лабида эндицина ривон^оланаётган хейлит кузатиляпти.

Гўдакнинг нотинчлнigidан субъектив нохуш сезгилар уни безовта қилаётганлигини англаш қийин эмас.

Дастлабки ташхис — энтеропатик акродерматит (Брант—Данбольт—Глосс

синдроми).

Эшакемга чалинган С. исмли бемор касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЕНИ

Теришшг зарарланган соҳаларида кузатилаётган патологпг: н;араён тарқалган тус олган. Ўткир яллигланиш белгилари билан кечаётган тошма элементлари иккала кўл ва оёк соҳаларида, шунингдек қорин терисида симметрик жойлашган.

Кўп сонли тошмаларнинг барчаси қаварчжқдан иборат бўлиб, уларнинг кўпчилиги нотўрри овал шаклда, баъзилари айланасимондир. Цаварчиқларнинг энг кжчигн ўрик данагидек, каттаси зллнк тийишшк тангадек қолади. Ранги кўпинча Қизриш ва тўқ кизил, қжсман пушти ранг Тошмаларнинг юзаси яссилашган, ўртаси оқимтиркуланг. Баъзи қаварчиқларнинг ўртаси кагтиқлашган, чинниоқ рангга эга. Қорин терисида кузатилаётган ва ёнмаён жойлашган қаварчшуиарнинг бпрбирлари билан кўшила бошлаётганлиги кўзга ташланиб турибди. Огиз бўшлирининг шиллиб; каватида тўртбешта, нотўғри, овал шаклдаги қаварчиқлар жойлашган. Юз лаблари қалинлашган.

Тошмалар билан қопланган соҳаларда тери кизарган, ялтирок тусли, бир оз таранглашган, паппаслаб кўрилганда кўлга каттицроқ уннайди.

Терининг соглом соҳаларяда, унинг асабтомпр анпаратинп механик таъсиротларга жавоб реакциясини текшириш беморда эшакем дермографизми пайдо бўлганлигини кўрсатди. Кучли қичишиш билан кечган, қаварчиъри бу кизришокимтир йўл 12—13 дақикалардан сўнг йўқола бошлади.

Субъектив сезгилардан қичишиш, ачишиш, ютинишнипг оғриқ билан кечиши беморни безовта кжляпти.

Дастлабки ташхис — сурункали эшакем, кўзиган даври, тарқалган тури.

Трихофитияга чалинган С. исмли бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Теридаги патологик жараён чегараланган тус олган ва бошнинг сочли цисмида жойлашган. Касаллик ўчоқларининг каттаси айлана шаклида, диаметри 2—2,5 см келади, четлари анин чегараланган, СОРЛОМ теридан яккол ажралиб турибди, улар бошнинг тепа ҳисмпда жойлашган. Иккиучта кичик ўчоқлар зса аъ^ланаовалсимон, боптнинг чакка қисмида Нчойлашган, ҳажмн бнрикки тийинлик катталиқда. Ўчоқлар чегараси ноаник, бирбирига кўшилиб кетишга мойиллиги еезилиб турибди.

Ўчоқлар синчковлик билан кузатилганда соч толаларининг аксарияти тери сатҳидан 2—4 мм масофадан синганлиги ва кундасимон куланг тусда зканлнги маълум бўлди. Баъзи соч толаларининг тери сатҳидан синганлиги аниқланди. Патологик ўчоқлар атрофидаги тери бир оз маддалаган, кизарган. Ана шу яллирланиш соҳаларида терж устки қаватларининг кўчиб тушаётганлиги маълум бўлдн.

Кузатнлаётган нккиламчи тошма элементларидан киниҚлар асйсан синган соч ўчоқлари ва уларнинг атрофида жойлашган. Ципиқларнинг кўп қисми кепаксимон ва қисман унсимон бўлиб, маълум масофадан ҳам яккол кузатиляпти. Силлиқ терида бошқа топша элементлари кўринмайди. Тирноқлар зарарланган эмас.

Терининг зарарланган соҳалари Вуд чироги билан ёритилганда патологик ўчоқлар ўз манзарасини, жумладан тусини ўзгартирмади.

Вақтивакти билан безовта қилаётган озмоз қичншиш сезгисини қайд қилиб ўтиш лозни.

Дастлабки ташхис • бош сочли қисмининг юзаки трихофитияси.

Кўъбус билан огриган Г. исмли ўспирин бола касаллик тарихининг асосий

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терининг зарарланган соҳаларида кузатилаётган патологик /караён тарт\алган тус олган. Тошмалар симметрик жойлашиб, уларнинг кўп қисми қўл ва оёқларнинг ташқи юзасидан, шунингдек қорин ва бел соҳаларининг терисидан жой олган.

Тошмалар хусусан тугунчалардан иборат. Улар сонсаноксиз, айлана ва овал шаклда. Кичиги тарикдек, каттаси бир типинлик чакадек келади. Тугунчаларнинг кўп қисми қизаришпушти ранг, баъзилар тўқ қизил тус олган, юзаси нотекис ва хира, ёрунда ялтжрамайди. Тирсак ва қорин соҳаларида биттаиккита яллиғланган доғлар ҳам мавжуд. Бу пушти ранг доғларнотўрри айлана шаклида бўлиб, мошловиядек келади. Кўп тугунчалар атрофида тери қизарган, сезиларсезилмас шишган, яъни изоморф реакция кузатилмоқда.

Иккиламчи тошма элементларидан фақат кипиклар мавжуд, улар асосан терининг тирсак ва тизза соҳаларида кўпроқ кузатилмоқда. Ципикларнинг талай қисми тангачасимон бўлиб, қисман кепаксимон, ҳаммаси кумуш рангли. Бундай кипиклар билан асосан ҳажми каттароқ тугунчалар қопланган.

Танлаб кўришланган тугунчада Қўбус учлиги (стеарпн дори, оралик парда, қонли шудринг) белгилари мусбат натижалар берди.

Субъектив сезгилардан беморни қисқа муддатли, унчалнк кучли бўлмаган қичишиш безовта қишмоқда. Ўзгаришлар гоҳ кундузи, гоҳи тунда пайдо бўлиб, бемор уйкусига таъвир этганича йўқ.

Дастлабни ташхис қилишда кўбиксимон темжратки (қўбус), тарқалган жикли. ривожланган беморда.

Учқусимон дерматозга чалинган Д. исмли бемор^ бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма.

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Теридаги патологик жараён тарқалган тус олган. Тошма элементлари ОРИЗ атрофида, иккала елка соҳасида, қорин, чов ва соннинг ички юзларида жойлашган.

Бирламчи тошмалардан пуфак, пуфакча, йиринг ва қаварчиқлар кузатилмоқда. Мазкур элементлар ОРИЗ атрофида ва елка соҳаларида тарқоқ жойлашган. Қорин терисида, соннинг ички сатҳларида ва чов соҳаларида тўптўп бўлиб жойлашган бўлиб, атроф теридаги кам сонли тошмаларнинг ҳам гуруҳланишга мойиллиги сезилиб турибди. Пуфаклар сон жиҳатидан пуфакчалардан кўпроқ, айланаовал шаклда, уларнинг пардаси мустаҳкам, сероз суюқлиги кўриниб турибди. Тўпланган пуфакли тошмаларнинг пуфак пардаси йиртилиши натижасида чо» ва сон соҳаларида нам сувлашган ўчоқлар ҳосил бўлган. Никольский ва субэпидермал перифокал кўчиш белгилари манфий.

Терининг барча зарарланган соҳаларида ўткир яллиғланиш белгилари (қизариш, шишиш, маддаланиш) кўзга яққол ташланмоқда. Эритематоз доғлар сатҳида маҳаллий ҳарорат кўтарилмаган, бир тусли кизғиш, шаклсиз^

Терининг сочили қисмларида соч тўкилиши ёки синиши белгилари кўринмайди. Бармоқлар ва тирноқларда патологик ўзгаришлар йўқ.

Субъектив ноҳуш сезгилардан қичишиш ва оғриқ безовта қилмоқда. Юз ва чов соҳаларидаги тошмалар асосан орриқ билан, қорин ва елка терисида жойлашганлари эса кўпинча қичишиш билан кечмоқда.

Калий йодиднинг 50% ли малҳами билан ўтказилган териаллергик синамаси мусбат натижа берди. Пуфак суюқлиги Тцанк усулида текширилганда катта миқдорда эозинофиллар топилди, акантолитик ҳужайралар эса топилмади.

Дастлабки ташхис — учқусимон дерматоз (Дюринг касаллиги).

Кепаксимон темираткига чалинган К. исмли ўсмир бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган тошма элементлари тарқалган ва симметрик тус олган. Тошмаларнинг кўп қисми кўкрак соҳасининг юқори қисмида, елка ва биёлақларининг барча сатҳларида жойлашган. Элементлар қисман бўшганинг ён юзларида ва энс соҳасида ҳам кузатилмоқда.

Бирламчи тошмалардан асосан яллиғланган доғлар кузатилмоқда. Бу доғлар айлана, овал ва нотўғри шаклларга эга бўлиб, ранги турличадир: сариқ, жигар ранг, пуштин. кул ранг ва оқимтир. Мазкур рангбаранг доғлар юзасида ва уларнинг атрофида яллиғланиш белгилари йўқ. Бетартпб жойлашган дорлар кўкрак ва елкаларнинг устқп юзларида бирбири билан қўшилиб, нотўғри шаклли тузилмалар ҳосил қилган. Мазкур кўп шаклли дорларнинг четлари аниқ, соғлом теридан ажратиш тўғриси эмас.

Иккиламчи тошмалардан қипиқлар кузатилмоқда. Қипиқларнинг кўп қисми кепаксимон, баъзи соҳаларда унсимон бўлиб, бу қипиқлар аксарият доғлар устини қоплаган. Эвса ва бўйиннинг орқа юзасида жойлашган доғлар оқимтиркулранг, оқ, уларнинг устида қипиқлар кўринмайди. Бундай сохта лўйодермалар юзаси тирноқ билан уриб кўрилганда юзасидан унсимон қипиқлар тўқила бошлади.

Под билан ўтказилган Бальцер синамаси мусбат натижалар берди. Циртишлаш усули ёрдамида депигментацияга учраган доғлар юзасида яширин қипиқланиш кетаётганлиги аниқланди.

Бўйин соҳасидаги доғлар Вуд люминесцент чироғи билан ёритилганда тўқ Нхигар ранг ва сариқ "тусда ёғдуланди.

Дастлабки ташхис — кепаксимон (рангбаранг) темиратки.

Пушти темиратки билан оғриган А. исмли бемор бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЙНИ

Теридаги тошма элементлари тарқалган характерга эга. Тошмалар бемор терисининг деярли барча соҳаларини (кўл, оёқ, қорин, кўкрак, бел, юз) эгаллаган.

Бирламчи тошма элементларидан яллиғланган доғлар, каварчқлар ва йирингчалар кузатилмоқда. Тошмаларнинг асосий қисмини пушти доғлар ташкил этган. Эритематоз доғлар қорин ва кўкрак терисининг ён юзларида, орқа соҳасида, сон, болдир ва бўйин теривида кўп жойлашган. Аксарият дорларда ўткир яллиғланиш белгилари жуда ривожланган бўлиб, улар пушти, қизил пушти, қизил тус олган. Доғларнинг бир қисми сарғиш пушти ва оч пушти рашта эга. Кўпчилик доғлар овалсимон, баъзилари нотўғри овал шаклда, чегаралари иоаник, соғлом тери билан астасекин қўшилиб кетган. Уларнинг периферик қисмларида яллиғланиш белгилари тарқок, тери бир. оз шишган, биттаиккита яллиғланган тугунчалар билан ўралган. Кўпчилик доғларнинг марказида қипиқларнинг ўзига хос қатлами кузатилмоқда («эзилган иапироз цогози» белгиси). Юз терисида бир неча каварчқлар кузатишмоқда. Улар ҳам пушти ранг, овалсимон, четлари иотакис, тери сатҳидан сезиларли даражада кўтарилиб турибди. Иккала биёлақ терисининг ички юзларида пуштулар ҳам бор. Катталиги тарик ва мошдек, атрофидаги терп кизарган, усти йирингли катқалоқлар билан қонланган.

Чап сон терисининг ички юзасида катталиги эллик тийинлик тангадек келадиган овалсимон пушти доғ кузатилмоқда. Мазкур дорнинг юзаси, айниқса марказий қисми кўчиб тушиши натижасида қипиқлар билан қопланган.

Иккиламчи тошма элементлари (қипиқлар ва қатқалоқлар)нинг асосий қисми қорин, биёлақ ва курак терисида кузатилмоқда. Қипиқлар фақат пушти доғлар устида эмас,

балки елка ва корин терисида ҳам кепаксимон кўчиб турибди, билак ва корин терисида жўйлашган қаткалоқлар эса тирналиш изларининг устини қоплаб турибди.

Лимфа тугунларидан билак, елка ва кўлтик соҳасида жўйлашгани мошдап нўхатгача бўлган катталикда пайпасланди. Улар огриқли, бирбири ва атрофидаги тери билан қўпилиб кетишга мойил.

Нохуш белгиларидан еигил кичиш безовта килаянги.

Дастлабки ташхис — Жибернинг пушти темирткиси.

Пўрсилдоқлар чўлингил, С. исмли бемор бола касаллик тарихида асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Тошма элементлари юз терисида, қорин ва кўкрак соҳаларида жўклашган.

Бирламчи тошма элементларидан пуфаклар кўриниб турибди. Юз терисидаги пуфакларнинг катталиги ўрикнинг дакагидек, кўкрак ва қорин соҳасида эса учбеш тийинлик қақдек келади. Пуфакларнинг кўп қисми айланаовал шаклда, баъзилари нотўғри овалсимон бўлиб, уларнинг пардаси нозик ва тез йиртилишчанлиги маълум бўлди. Пуфаклар асосан сероз суюқлиги билан, баъзилари серозийрингли суюқлик билан тўлган. Тошмалар атрофидаги тери ўзгармаган, ранги табиғи, яллиғланиш белгилари кўринмайди.

Иккиламчи тошма элементларидан шилиниш (эрозиялар) кузатилмоқда. Эрозиялар юз терисида айланаовал шаклга эга бўлиб, бетартиб жўйлашган, бирбиридан ажралган ҳолда кўринмоқда. Кўкрак соҳасида жўйлашган эрозия жуда катта, айниқса улар бирбири билан қўпилиб маълум соҳани эгаллаган, катталиги 4х7х8 см гача келади. Қорин терисида жўйлашган эрозия ўчоқлари ҳам бетартиб жўйлашган бўлиб, бирбири билан қўпила бошлаган.

АсбоХансен ва Никольский симптомлари мусбат.

Эндигина пуфак пардаси йиртилган эрозияларнинг нам юзасидан тайёрланган босмасуртмаларда бир неча акантолитик ҳужайралар (Тцанк бўйича) топилди.

Дастлабки ташхис — одатдаги пўрсилдоқ пуфакли яра

Сўзакка чалинган С. исмли беморнинг касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Сийдиктаносил аъзоларининг териси ва шиллик қаватларида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Кичик жинсий лаблар, кин даҳлизи, қин, сийдик йўли ва орқа чиқарув тешиги соҳаларида яллиғланиш белгилари кузатилмоқда.

Катта ва кичик жинсий лаблар терисининг ташқи юзаси бир оз қизарган ва шишган, ички юзасида эса ўткир яллиғланиш белгилари яққол кўзга ташланиб турибди. Жинсий лаблар териси табиғий ёриқдан оққан йирингли суюқлик қуриши натижасида ҳоёл бўлган сарғишяшил қаткалоқлар қатлами билан қопланган.

Қин даҳлизи қипқизил, сезиларли шишган. Даҳлиз шиллик қаватининг барча соҳалари майда эрозия ўчоқлари билан тўлган. Шилиниш ўчоқларининг ўртасида яшил йиринг томчилари бор. Қин даҳлизининг пастки сатҳида йиринг тўпланган ўчоқ кузатилмоқда. Қин пардасида ҳам ўткир яллиғланиш аломатлари явдол кўриниб турибди. Қин деворлари қизариб шишган, йирингли суюқлик оқиши ва қисман қотиши натижасида қалинлашган, шу сабабли қин йўли торайган. Қин тубида йирингли сероз суюқлик катта миедорда тўпланган.

Сийдик чиқариш найчаси бошидан охиригача яллиғланган, босиб кўрилганда қаттиқ огриди. Найчанинг пастки деворига босиш ундан йирингли суюқликнинг чиқишига олиб келди, шунингдек бир оз сийдик ажралиб чиқди.

Оралик соҳаси ва орқа чиқарув тешигишшг атрофидаги тержда кизариш, шишшш каби белгилардан ташкари терининг маддалаганлиги ва ўша ўчоқлардан сувланиш кузатилди. Яллигланиш ўчоқларининг атрофида қипиқланиш кўринди, тери оч пушти ёки яшилсимонсарғиш тус олган.

Цин даҳлизи, қин ва сийдик чиқариш каналмдаги йирингли суюкликлардан тайёрланган суртмаларда Нейссер гонококклари кўп микдорда топилди.

Дастлабки ташхис янги сўзак, сўзак вульвовагинити, сўзакли уретрит.

Бирламчи захм билан отриган беморнинг касаллик тарихи асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилган патологик жараён чегараланган тус олган.

Тошма элементи яра кўринишида бўлиб, юа пастки лабининг чап ярмида жойлашган, айлана шаклда, қизғиш ранг, катталжгн нўхатдек келади. Яранинг четлари чегараланган, соғлом теридан аниқ ажралиб туржбди ва тери сатҳдан бяр оз кўтарилган. Унинг тубж текнс, ялтирок, сезиларсезилмас тeros суюқлнги билан қопланган. Яра тубида, унинг марказида майда геморрагиялар кузатилмоқда. Яра атрофндаги тери ва шиллиқ қават табиинм рангда, ўткир, яллигланиш белгиларн кўринмайди. Огиз бўшлигининг шиллиқ қаватида патол«гик ўзгаришлар ва тошмалар йўқ. Аммо шиллиқ қават, ашшқса юқори ва қаттиқ танглай шиллиқ қаватлари калинлашган. Тил бяр оз катталашган, ундаги сўрричлар бирмунжа ривожланган.

Периферик лимфа тугунларидан жар остж ва қулоқ олдн безлари катталашган. Жағ ости тугунларн нўхатдек, қулоқ олди соҳасида жойлашганлари эса мошдек келади. Пайпасланаётган лимфа безлари огрикөжз, жуда ҳаракатчан, атроф тўқима билан чатишмаган. Шунингдек, катталашган тугунлар устидаги ва атрофидаги терида патологик ўзгаришлар сезилмайди.

Бемор танасини ва қўл оёқларини цоплаган терининг барча соҳаларида тошма элементлари ва уларнинг излари топилмадн.

Ўтказилган дастлабки лаборатория текширувлари натижасида ярадан ажратиб олинган тўқима суюқлигидан рангпар трепонемаларнинг катта микдори топилди.

Классик серологик реакциялар манфий натижалар бердн.

Дастлабки ташхис — бирламчи сероманфии захм.

Иккиламчи янги захм аниқланган В. исмли ўсмир қизнинг касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАШИ

Терида кузатилаётган тошма элементлари таркалган •тус олган. Ўлар қорин ва кўкракнинг ён сағҳларида, кулнинг барча соҳаларида, соннинг ички юзасида жойлашган. Бирламчи тошма элементларидан яллигланган доғлар кузатилмоқда. Доғларнинг кичиги мошдек, каттаси нўхатдек келади. Ранги кўкимтирқизил ва қизшш, кўпчилиги айлана шаклида. Босиб кўрилганда йўқолиб, сўнгра яна пайдо бўлди. Цичишиш, огрик каби нохуш сезгилар бемор кизни безовта қилмаяпти. Розеолалар атрофидаги тери оқимтир сарғиш. Цорин терисининг пастки соҳалари ва соннинг ички юзасида бўртмасимон яллигланган до.ғлар кузатилмоқда. Бу қаварчиқли тошмаларнинг кўп кисми овал шаклда, тери саҳҳидан сезиларли бўртиб чивдан, кизриш пушти рангли, нохуш сезгиларспз. Тери дермографжзми қизил ва вақтмнчалик.

Катта жинсий лабларнинг юқориги туташган соҳасида айлана шаклидаги яра кузатилмоқда. Яранинг ҳажми бир тииинлик чақадек, четлари бир оз кўтарилган, тўқ кизил рангли. Яра туби силлиқ ва ялтирок. Ундан сероз суюқлиги ажралиб турнбди. Пайпаслаб р;ўрнлганда яра остида. каттиқ мадда тўпланганлиги маълум бўлди. Оғриксиз,

бошқа ноҳуш сезгилар йўқ. Яра атрофидаги терпда яллиғланиш белгилари йўқ.

Периферик лимфа тугунларидап чов соҳасидаги безлар пккп томонлама катталашган, ҳажми гилос данагидек. Тизза ости безлари олча данагидек пайпасланди. Безларниг барчаси каттиқ, ҳаракатчан. Тугунлар устини қоплаган тери ва атроф тўқималар ўзгармаган.

Терж ва шиллик қаватларнинг бошқа соҳаларда тошма элементларп ёки бошқа ўзгаришлар куватилмади.

Ярадан ажралиб чиқаётган тўқима суюклиги билан ўтказилган дастлабқд лаооратория текшируви натижасида кўп микдордаги рангпар трепонемалар топилди.

Дастлабқи ташхис — иккиламчи янги захм (захм розеолалари, ярали шанкр, полиаденит).

Кеч тутма захм аниқланган 24 ёшли бемор циз касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЕНИ

Беморда кузатилаётган патологик жараён тарқалган ва турли манзарали табиатга эга.

Тошма элементларидан дўмбоқчалар кузатилмоқда, улар ўнг елка ва иккала курак соҳаларида жойлашган. Дўмбоқчаларнинг кўп қисми олча данагидек, айлана ва овал шаклларда. Корамтирқизил ва /кигаррангқизгиш дўмбоқчаларнинг юзаси силлиқ, текис. Фақат ўнг курак соҳасида жойлашган баъзи дўмбоқчалар дипик аралаш қаткалоқлар билан қопланган. Тўптўп бўлиб жойлашган бу тошмалар бпрбири билан қўшилмаган, пайпаслаб қўрилганда қаттиқлиги маълум бўлди. Ўнг елка соҳасидаги терида айлана шаклига эга бўлган ва катталиги мошдек келадиган иккиламчи пигментли дорлар ҳам бор.

Ўнг кўз мугуз пардаси хиралашган, бир оз кулранг тус олган. Конъюнктивал гават кизавган, шишгааг.

Тизза бўғимларининг ҳажми катталашган, бир оз шишган. Бўғим соҳасидаги тери патологик ўзгармаган. Босиб қўрилганда оғриқ ва бошқа ноҳуш сезгилар пайдо бўлмади. Бўрим ҳаракати чегараланмаган. Бемор бемалол юради, қийналмасдан ўтириб туради.

Авсптидийский ва Дюбуа белгилари мусбат.

Тери ва шиллик қаватларда бошқа тошма элементлари ва патологик ўзгаришлар йўқ. Жумладан, оғиз шиллик қавати, таиглай ва тишларнинг ҳояти жойида. Суякмушак системаснда сезиларли клиник ўзгаришлар аниқланмади.

КСР (ВР, КР, ЗВР) нинг барчаси манфий натижалар берди. ИЁР ўта мусбат. ТХЧР трепонемалар ҳаракати 90% чекланган.

Клиник ташхис кеч тутма захм, белгилари ривожланган тури (яаренхиматоз кератит, специфик гонит, дўмбоқчали сифилд). Эслатма:

4: ркулист кўриги — паренхиматоз кератит. 2. Терапевт кўржги — специфик гонит.

3. Невропатолог, отоларинголог ва стоматологлар томонидан захмга алоқадор ўзгаришлар аниқланмади.

4. Найсимон суяклар ва бош суягининг рентгенологик текширувлари патологик ўзгаришлар топа олмади.

Эрта тутма захмга чалинган Б. исмли 2 ойлик гўдак касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Асосан юз териси, пешона, бошнинг сочли қисми, цўд кафти ва оёқ кафти зарарланган.

Бирламчи тошма элементларидан тугунчалар ва эритематоз доғлар кузатилди.

Тугунчалар тарик ва мош катталигида, мискнзил рангли, тарқоқ жойлашган. Уларнинг кўп қисми юз терисида, айниқса энса соҳасида, қисман бошнинг сочли қисмларжда кузатилмоқда. Баъзи тугунчалар қжияқ билан копланган. Юз терисида кузатилаётган эскм папулаларнинг ўрнида қорамтир пигментли доғлар ҳам бор.

Қўл кафтада, оёқ кафти терисида ва қжсман ённинг сочли днсмида тарқоқ жойлашган терининг маддалаган ўчоқлари мавжуд. Бу инфильтрация ўчоқларида кизариш ва шиш каби яллиғланиш белгиларни сезиларли ривожланган. Зарарланган ўчоқлар босилганда каттиқ, тери эластиклиги йўқолган. Айниқса кафт *а товон еоҳаларидаги тери қуруқ, силлив;, ялтироқ. Мазкур соҳаларнинг териси ёрила бошлаган. Бошнинг еочли қисмида жойлашган мадда ҳосил қиладиган ўчоқлар сарғиш жигар ранг тус олиб, нотўрри шаклга эга. Улар устини копланган тери ҳам қуруқ, унда сувлашиш, йиржнглашжш каби ўткир яллиғланиш белгилари кўринмайди. Булардан ташқари, зарарланган соҳалардаги соч тўкила бошлаган, маълум қисми синиб тушган, синган соч толалари ўткир тикандек тик ҳолда кўриниб турнбдж. Кошдаги сочлар ҳам сийраклашган.

Периферик лимфа тугунлари пайпаслаимади. Бошқа турдаги тошма элементлари аниқланмади.

Терининг мадда бойлаган ўчоқларидан олинган тўқима суяқлиги таркибида рангпар трегюнемалар топилмади.

КСР (ВР, КР, ЗВР)ларнинг барчаси ўта мусбат, ИЁР 4(+), ТХЧР • трешшемалар ҳаракати* 80% чекланган.

Клиник ташхис — эрта туғма захм, клиник белгилари ривожланган тури (Гохзингернинг тугунчали каттиқлашган териси).

Эслатма:

Офтальмолог кўригига биноан (кўз тубида кузатилган «туз ва ^аламиир» белгиси асосида) хориоретинит аниқланди.

Недиатр ва невропатологларнинг кўригида бошқа специфик ўзгаришлар ани^ланмади. Найсимон суяклар рентгенографиясида гўдакнинг катта болдир суякларида 2даражали остеохондрит борлиги маълум бўлди.

2 Илова

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЦЎЛЛАНИЛАДИГАН МАХСУС КЛИНИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

1. Терини қаватмақават қириб текшириш усули.

Мазкур қиртишлаш усули эпидермиода содир бўлаётган ўзюаришларни, айниқса тери тошмаларида кузатиладиган қипикланиш жараёни характериани аниқлашга ёрдам беради. Масалан, паракератоз жараёнида тери пўсти қаватлари ғовак, гиперкератозда эса каттиқ бўлади. ТТТунингдек, эпидермис баррида кичик, яширин пуфакчалар бўлиши мумкин. Асл терининг сўргичсимон қаватида жойлашган капиллярларнинг мўртлик даражасини ҳам қириб текшириш йўли билан аниқлаш мумкин. Бу усулга биноан текширилаётган элемент (кўпинча тугунча) скальиел ёки буюм шишаси ёрдамида қаватмақават қириб борилади.

Мазкур усул псориазни параспориаз(дан ажратишда жуда қўл келади. Текширилаётган тугунчада эпидермис қаватлари навбат билан қириб борилганда стеарин доғи, чегара нардаси ва қонли шудринг симптомлари намоён бўлиши мазкур тугуннинг псориазга алоқадор эканлигини кўрсатади. Аксинча, параспориазда бу белгилар ўрнида бошқа белги — яширин қипикланиш белгиси иамоён бўлади.

Қизил югуруқ (эритематоз) да тошмалар (фолликуляр гиперкератоз) устини коплаб олган қипикларни қиртишлаш кучли орриода (Беяе симптоми) сабаб бўлади ва шу тариди беморнинг ташхиси аниқланади.

Захм тугунчаларини псориадик тугунчалардан фаркларда ҳам киртишлар усули ёрдам беради. Захмда стеарин ДОРИ белгиси намён бўлсада, чегара пардаси ва нуқтасимон қонаш белгилари кузатилмайди. Бу фарқ уни кўбусдан фаркларга имкон беради.

2. ДермоГрафизм усули Дермографизмни тери нервтомир аппаратининг ташқи таъсиротларга жавоб реакцияси деб тушунмоқ керак. Дермографизм терининг функциоал ҳолатини, жумладан кўзгалиш хусусиятнин акс эттиради. Терининг жавоб реакцияси нерв системасининг алоҳида олинган аъзоси терига нисбатан муносабатини кўрсатсада, дермографизмда кузатиладиган жаноб реакциясининг махаллий характерга эга эканлигини англаш лозим.

Дермографизм тўмтоқ нарсa билан, масалан чўи зиинатель билан аникланади. Тўмтоқ таёдча ёки бармоқ билан аниқласа ҳам бўлади. Ҳозир дермограф део аталувчи асбоб ҳам мавжуд. СОРЛОМ терида, унинг маълум соҳаси бўйлаб юриялган шпатель ўрнида 15 сек дан сўнг қизил чизик пайдо бўлади, 15—45 сек ичида ҳосил бўлган чизик. атрофида эритема ҳосил бўлади. Орадан 1—1,5 дақиқа ўтгандан сўнг чизик ўртаси каваради ва нзҳоят 2—3 дақиқадан кейин изсыз йўқолиб кетади. Бу ҳолат нормал дермографизмдан далолат беради. Кўпинча дермографизм териинг қорин соҳашда, билакнинг ички юзасида, сон, орқа, кураклар остида текшириб кўрилади.

Дермографизм тери касалликларини бирбиркдан ажратишда ёрдам беради, зеро касалликларнинг табиатига қараб теря ташқи таъсиротларга турлича жавоб беради;.. Масалан, гуш ва кўбусда дермографизм қизил бўлиб, бунда эритема яққол намён бўлади. Тери сатҳи бўйлаб юргизилган шпатель ўрнида оқ чизик ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда эритема ва каварчик кузатилмайди. Бу турдаги терининг яавоб реакцияси оқ дермографизм дейилади, у нейродермит, кнчима, кўтир касалликларида ва эритродермияларда кузатилади.

Дермографизмнинг махсус тури эшакем дермографизмидир. Бунда тери сатҳида юргизилган ҳар қандай тўмтоқ нарсa ўрнида тезда бўртиб чиқадиган кенг, равон қизил йўл ҳосил бўлади. Мазкур эритема тезда кавариб, каварчивда айланади. Эшакем дермографизми эшакем касаллигида (urticaria) кузатилади.

3. Мушаксоч рефлексн («ғоз териси»). Тери сатҳи бўйлаб соvvis, буюм (предмет) юритилганда тери бўкпб, соч тикка бўлади. Орадан 5—10 дақиқа ўтгач, яна ўз ҳолга кайтади. Бу ҳолат СОРЛОМ терида кузатклади.

Тери касалликларида мушаксоч рефлексн пайдо бўлмаслиги мумкин. Масалан, ихтиозларда, қичкма (Гебра) касаллигида вегетатив нерв системаси симпатик бўлимининг иннервацияси бузилиши натижаснда бу рефлекс кузатилмайди. «Fos териси» дерматозларининг у ёки бу турига аниқлик киритишдагина эмас, балки уларни ўхшаш касалликлардан ажратишда ҳам ёрдам беради. Масалан, қичима касалликларининг энг тарқалган тури яепродермитда (Брок) пилomotor рефлексн юқори бўлади, яъни совук нарсa таъсирида ҳосил бўлган'«ғоз теркси» уаоқ сакланиб қолади.

4. Шиша билан босиб кўриш. усули (витропрессия ёки диаскопия). Витропрессия, яъни французча vitrage — дераза ойнаси, лотинча pressare босиш, сиқиш деган маънони билдиради. Бунда терининг зарарланган соҳаси <Буюм ойнаси, соат ойнаси ёки шиша шпатель билан босиб кўрилади. Мазкур усул ёрдамида қон кетиши натижаснда ҳосил бўлган доғларни кои томирларнинг кенгайиши натижасида ҳосил бўлган доғлардан ажратиш мумкин.

Маъяумки. қон тўиланиши натижасида пайдо бўлган доғ ойна билан босиб кўрилса ҳам йўқолиб кетмайди. Аксинча, қон капиллярларининг кенгайиши натижасида ҳоил бўлган доғ шиша билан босилганда оқарадн, яъни рангсизланад (т^онсизланиш натижасида). Масалан, захм розеолалари (доғлари) босилганда йўқолади. ШейнлейнI'енох синдромнда кузатиладиган геморрагик доғлар соат ойнаси бялан босилганда ҳам йўқолмадп.

Шунингдек, терп силида кузатиладяган тўд ^изил рангли дўмбоқча (люпома) лар

ойна билан босилганда сарғиш доғ пайдо бўлади (олма мағзи симптоми),

5. Терининг совуққа сезувчанлигини аниқлаш усули. Асосан эшакем касаллиги диагностикасида цўлланилади. Эшакемнинг совудан келиб чицадиган турида бу синов мусбат натижа беради. Сон, елка ёки думба соҳасига муз парчаси қўйилганда соглом болалар терисишиг муз қўйилган жойи оқаради, атрофи қизариб эритема шаклланади. Орадан 15—30 сек ўтарўтмас эритема ўзўздан йўқолади. Совуқдан ривожланган эшакемга дучор бўлган беморлар терисида эса муз қўйилган жойда қаварчқ ҳосил бўлади, атрофда сохтақаварчиқ (ясевдоподия) кузатилади.

6. Аллергик синов усуллари. Турлитуман моддаларни тери орасига юбориш, чаплаш, томизиш ва томизиб тнлиш тахмин қилинган касалликлар ташхисини аниқлашда қўлланилади. Чунончи:

а) мохов касаллигида лепромин бжлан синов ўтказилади. Бу усул моховни бошқа ўхшаш касалликлардан фарқлаш билан бир қаторда касаллик турини аниқлашда ҳам қўлланилади. Моховнинг туберкулоид турида лепромия синови мусбат натижа беради. Лепромини лепроманн кайпатьяб тайёрланган сувли экстрактдир, у 0,1 мл миқдорда тери орасига юборилади. Кўпинча 24—48—72 соатдан сўнг лепромин юборилган соҳа қизариб, тугунча ҳосил бўлади (эрта реакция) ёки 10—14 кундан сўнг лепромин юборилган жойда катталиги 1 ёки 2 тийинлик чақадек келадиган тугун ҳосил бўлади (кеч реакция).

б) тери силида туберкулин билан синов (Пирке, Манту реакциялари) нинг диагностик аҳамияти катта. Туберкулин синови терида томизиб тилиш ёки тери орасига юбориш йўллари билан амалга оширилади. Туберкулин синовининг турлари, ўтказиш усуллари махсус адабиётларда кенг ёритилган.

в) Дюринг дерматитида калий йодиднинг 50% ли малҳами билан ўтказиладиган синов (Ядассон бўйича). Бу пўрсилдоқ ва бошқа пуфакли дерматитлардан фарқдашда муҳим диагностик роль ўйнайди. Бунда малҳам чапланиши лозим бўлган тери соҳаси (кўпинча билакнинг ички юзаси) спиртэфир эритмалари билан тозаланади. Сўнггра малҳамнинг озгина миқдори чапланиб, бир неча қаватдан иборат мармар парчаси (катталига 2х2 см) билан қопланади. Устидан мумланган ҚОРОЗ ёпилади ва бинт ёрдамида боғланади, баъзи муаллифлар доқа парчаси устидан компресс клеёнкани ёпиб, ёпишқоқ пластир билан мустаҳкамлашни таклиф этадилар. Бу мақсадга мувофиқ эмас, чунки клеёнка ва ёпишқоқ пластир тери сезувчанлигини ошириши ва дерматит ривожланишига сабаб бўлиш мумкин. Бу ҳам синов натижасига салбий таъсир этиб, диагностик хатога йўл қўйилишига олиб келади. Синов жавоби 24—48—72 соат мобайнида ривожланган эритемага (мусбат жавоб) қараб ўқилади.

Ҳозир терининг аллергик касалликлари диагностикасида турлитуман алергенлар билан ўтказиладиган синов усуллари деярли цўлланилмаяпти: Алергенлар билан ўтказиладиган синов теридаги яллиғланиш жараёнининг чуқурлашишига, тери сезувчанлигининг ошишига, организмда сенсбилизациянинг кучайишига ва ниҳоят бемор ахволининг оғирлашишига олиб келмоқда. Шусабабли аллергик дерматозлар диагностикасининг билвосита усуллари (Кумбс реакцияси, лизоцимлар активлигини ва комплементлар миқдорини аниқлаш, Т ва В лимфоцитлар сонини санаш ва ҳоказо) кеиғ қўлланилмоқда.

7. Терининг тошма **кўринишидаги** жавоб реакцияси (изоморф реакция). Баъзи тери каоалликларида ташқи таъсиротлар остида клиник соглом терида тошмалар кузатилиши мумкин. Бу ҳол патологик терини айнан шу касалликка хос жавоб реакцияси ҳисобланади. Мазкур ҳолат изоморф реакция деб аталади.

Бемор организмнинг ташқи таъсиротларга жавоб реакцияси тери таъсирлангандан сўнг ўша лаҳзадаёқ намоён оўлнши ёки бир неча соатдан кейин кўриниши мумкин, ёхуд тошмалар бир неча кундан кейин пайдо бўлиш мумкин. Тошмалар пайдо бўлиш тезлиги бемор организмнинг сенсбилизация даражасига, жумладан^ тери сезувчанлигининг қай даражада ошганлигига боғлиқ.

Болаларда кузатиладиган гуш ва нейродермитда ишқаланиш, тирналиш, қуёш

нурлари таъсирида терининг мана шу омиллар таъсир этган соҳаларида янги тошмалар пайдо бўлишига олиб келяши мумкин. Шунингдек, эски тошмалар атрофида янги гардиш пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай тошмалар кўпинча ўша заҳотиёқ ҳоил бўлади. Эшакем касаллигида кузатиладиган эшакем дермографизми ҳам бунга мисол бўлади. Бунда терининг соғлом сатҳида юритилган таёқча ўрнида ўша заҳотиёқ қаварчиқли йўл пайдо бўлади. Аксинча, псориаз, қизил кеся темирлатки касалликларида ташқи таъсиротлар бир неча соат ёки кундан сўнг янги тошмалар (тугунчалар.) пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Изоморф реакция сунъий йўл билан ҳосил қилиниши мумкин. Масалан, кўзбўйсининг ривожланиш босқичини ўтроқ (стационар) босқичдан фарқлаш мақсадида бемор терисининг соғлом сатҳига ўткир буюм (масалан, игна) санчилади. Мазкур соҳада янги туғунчалар пайдо бўлиши касаллигининг ривожланиш (прогрессия) босқичи кечаётганлигини кўрсатади.

8, Мугуз қаватни ойдинлаштириш усули. Эпидермис бағрида шаклландиган баъзи патологик ўзгаришлар тери юзасидан кўринмаслиги ёки хира кўриниши мумкин. Масалан, терм пўстинияг донадор қаватининг нотекис патологик ўсиши (гранулёз) натижасида шаклландиган ўзига хос (тўрсимон ёки ўргимчак уяси шаклидаги) манзара барча беморларда ҳам яққол кўринавермайди. Фчқят кизил ясси темирлатки касаллигига хос бўлган бу клиньяк белги фанда Уикхем «тўри» деб ном олган. Мана шу сўшптомня аниқлаш мақсадда зарарланган тери сатҳига ёғ суртилиб (вазелин мойи, пахта ва кунгабоқар мойлари), касалликшгаг клиник млнзараси ойдинлатптирилади. Уикхем сямктомияни кўпроқ оғиз бўшлиғидан (мугуз қаватининг йўқлиғидан) излаш сабаби ҳам ана шундан. Мой суртган кўрув маядоияни мугуз қапат сатҳидаги кўшнлардан ва тез орада кўчиб тушадиган мугуз хужайраларидан тозаланишига олиб келади. Шу тарика мугуз қават юқалашади ва шишасимон қават остидаги ўзгаришларни кузатиш осонлашади.

9. Йод ёки анилин бўёқлар билан синов (Бельцер усули). Маълумки, рангбаранг темирлатки касаллигида терининг зарарланган соҳаларидаги мугуз қават ғозак бўлади. Шу сабабли касаллик ўчоқларни кепакенкоп ёки унсимон қипиқлар билан қопланади. Ана шу рангбаранг доғлар йод ёки бошқа анилин бўёқлар билан бўялганда зарарланган тери бўёқни ўзига кўпроқ тортиб (спигдириб) олади. Шу туфайли доғлар соғлом терига нисбатан тўқроқ бўялади. Бу ҳол мусбат Бальцер синовини ҳисобланиб, рангбаранг темирлатки борлигидан гувоҳлик биради.

10. Ёғдуланиш усули. Бу усул лшминецент чнрод ёрдамида зарарланган тери соҳаларини ёритишга ёрдамчи. Бунда зарарланган тери ўчоқлари зарарланиш табиатига қараб, турлича ёғдуланади. Масалаи, бошнинг сочи қисми микроспориясида касалланган сочлар Вуд чироғи билан ёритилганда замбуругли ўчоқлар яғил тусда ёғдуланади.

Шунингдек кепаксимон темирлатки касаллигида рангбаранг доғлар люминесцент (Вуд) чироқ ёрдамида ёритилганда улар тўқ яғил ранга ёки сарғиш қизил тусга киради.

11. Тер ажралиш даражасини аниқлаш усули. Тер безлари фаолияти аниқлайдиган бир неча усуллар (қопчаларга тер томчиларини йиғиш, тер безларининг чиқарув йўлларида микропипеткалар ўрнатиш, гигрометр, калориметрик усуллар ва бошқалар) таклиф этилган. 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 ҳулоса чиқариш мумкин: терининг танлаб олинган соҳасига 10% ли канакунжут мойи қўшилган йоднинг 1,5% ли эртмаси суртилади. Мойланган тери сатҳи қуригач, крахмал қуқуни билан уланади. Натижада тер безларидан ажралаётган тер томчилари кўнғир ранга бўялади. Ҳосил бўлган цора нукталарнинг жойлашган ўрни ва сонига қараб ипглаб турган тер тезлари тўғрисида маълум ҳу"оссага }елинади.

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН МАХСУС ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Дерматомикозлар диагностикаси

1. Кепаксимон (рангбаранг) темиртки касаллигиний кўзгатувчи замбурурни (*Pityrosporum orbiculare*) аниқлаш учун терининг зарарланган соҳаларида жойлашган, ципиклар билан қопланган рангбаранг доғлардан қирма олинади. Дастлаб материал олинadиган доғлар танланади. Бунда маҳаллий дорилар суртилмаган ва янги пайдо бўлган доғни танлаш мақсадга мувофиқдир. Буюм ойнаси доғ ёнига қия ҳолда қўйилиб, скальпел ёрдамида доғни қоплаб турган қипиклар ойна устига қириб олинади. Дирма устига 1 — 2 томчи 30% ли ўювчи калий ёки натрий эритмаси томизилади, алангада қайнашга етмай қиздирилади. Сўнгра қоплагич ойна билан ёпилиб, микроскопни буюм столчаси устига қўйилади. Аввал кичик (8+), сўнгра катта (40|) объективда кўрилади. Микроскопда калта ва йўғоп, учлари қайрилган мицелийлар, шунингдек майда, юмалоқ, узум шингилини эслатадиган споралар тўпламини кўриш мумкин.

2. Оёқ қафти микозига ташхис қўйиш учун уни кўзгатувчи замбуруглар (*Trichophyton interdigitale*, *Tr. rubrum*) ни топиш зарур. Бунинг учун бемор ўтқазилиб, оети махсус столга қўйилади. Скальпел билан дастлаб товон гумбазининг териси қириб олинади. Сўнгра бармоқ ораларидаги бурмалар қирилади. Ҳар сафар қирма буюм шишасининг ўртасига туширилиб, 30% ли ўювчи калий эритмаси томизилади, алангада қиздирилгач, қоплагич ойи билан ёпилади. Пуфаклардан материал тайёрлаш учун пуфак қобиғи (пардаси) қирқиб олинйиши лозим. Пренарат иуфак пардасидан тайёрланиб, 30% ли ишқор билан ишлов берилади. Текширувнинг қолган жараёни қирма препарат тайёрлаш кабидир.

Тирноқларни патоген замбурурларга текширганда (онихомикозларда) дастлаб бемор оёқларини содали илиқ сувга солиб ивитиш зарур. Сўнгра зарарланган тирноқлар юзаси қириб тозаланади. Тирноқлар қайчи билан навбатманавбат қирқиб олинйиб, ҳар қайсиси алоҳида қогозга ўралади. Бунда тирноқларнинг қайси бармовдан олинганлигига қараб, белги (рақам) цўйиб чиқилади. Кейин барча қогоз ўрамлари ййгилади, қогоз қопчага солинади ва лабораторияга жўнатилади. Лабораторияда ҳар цайси тирноц алоҳида пробиркаларга солиниб, махсус ишлов берилгандан еўнг микроскоп остига қўйилади.

Пуфак қобишдан, тирноцлардан ва қирқиб тайёрланган препаратларнинг барчасида касаллик иайдо килувчц замбуругларнинг кўш контурли споралари занжир шаклида кўринади. Бўниилардан тузилган мицелий иплари зса узилган мунчоқни эслатади. Баъзи залжирлар юмалоқ споралардан иборат бўлса, баъзилари тўгри бўрчакли споралардан тузилган бўлади. Сохта (псевдо) мицелийларни аийқлаш мақсадида препарат алангада қиздирилади, бу чора сохта мицелийларнинг йўқолиб кетипшга (парчаланишига) сабаб бўлади.

3. Трихофитияда текширув учун материал силлиитеридаи қириб олинади, тирноқларни қирқиб тайёрланади. Шупингдек, зарарланган сочлар ковлаб ёки тирнаб олинади. Трихофитиянинг турига қараб сочлар атрофидаги қипиц ва қатқалоқлар ҳам текширув материали ҳисобланади, сочларнинг илдизи қини билан кўшиб олинади. Силлиқ теридаги майин туклар скарификатор ёрдамида ёнидан тилиб олинади. Зарарланган оочларпи пинцет билан тортиб юлиб олиш мақсадга мувофиқ эмас. Текширувнииг койинги босцичлари бошқа микозлардаги сингари бўлади (ишқор билан шллаш, қиздирйга, цоплагич ойиа ёпиш).

Терининг юзаки қаватларини яллиглантирадиган замбуругларда (*Tr. violaceum*, *Tr. crafertiforme*) споралар ва мицелийлар сочнинг ичида жойлашган бўлади (*Tr. endotrix*). Шу сабабли микроскоп остида спорали тизмалардан иборат соч халтачасини кўриш мумкин.

Зарарланган сочларнинг ичи овал, айлана ва тўртбурчак шаклдаги споралар тасмаси билан тўлганлиги кузатилади. Баъзан сочларнинг ичи спораларга тикилиб кетиб, уларнинг шакли ўзгариши мумкин.

Терининг чуқур қаватлариви зарарлайдиган, яъни умладан маддали йиринглаш жараёнини келтириб чиқарадиган замбурумтр (*Tr. mentagraphytes*, *Tr. vemcosuin*) нинг споралари сочнинг ташқарисида жойлашган бўлади (*Tr. ectotrix*). Баъзи замбуруғларнинг (*Tr. mentagraphytes*) споралари кичик бўлиб, кўпинча майда уй ҳайвоиларида учрайди. *Tr. verricosum* нинг споралари эса катта бўлиб, йирик уй ҳайвонларида кузатилади. Микроскоп остида спора ва мицелийлар тизмаси соч атрофини ёпиқ шаклида ўраб турганлигини кўриш мумкин. Бунда баъзан катта, баъзан кичик споралар тўплами кузатилади (замбуруғнинг турига қараб). Эктотрикс типига мансуб замбуруғларни микроспория замбуруғларидан ажратиш лозим. Трихофития замбуруғларига ҳос спораларнинг тасмасимон жойлашиши, шунингдек соч ичида бириккита ингичка мицелий нпларшнинг кузатилиши уларни микроспориядан фарқлашда ёрдам беради.

4. Микроспория касаллигини пайдо қилувчи замбуруғларни топиш учун препарат зарарланган сочдан ва силлиц тери қирмасидан тайёрланади. Микроспорияда тирноқлар зарарланмаслиги сабабли тирноқларда препарат тайорланмайди. Зарарланган соч ва қирма ўткир ишқор билан ишланиб, қиздирилгандан сўнг қолагич ойна билан ёпилиб, микроскоп остига қўйилади. Бунда касалликка сабаб бўладиган замбуруғлар (*M. ferrugineum*, *M. lanosum*) спораларининг сочпи ўраб олиб, гурухгурух бўлиб тўпланганлиги кўрилади. Улар тасма шаклида тизилмайди, мицелий иплари ҳам кўринмайди (шу билан трихофитияда фарқ қилинади). Сочлар одатда кул ранг тус олиб, уларнинг қобиғи орилганлиги дарҳол кўзга ташланади.

Дерматозоопозлар диагностикаси

1. Қўтир. Касалликни қўтир каналари (*Sarcoptes scabiei*) кўзгатиб, улар тери пўстининг мугуз ва мальпигий қаватлари орасида жойлашган бўлади, терининг юпка соҳаларида осонликча топилади. Каналарни янги қўтир тошмалари кўп жойлашган соҳаларда қидириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бунда жуфт жойлашган қўтир тошмаларининг ёппқ учиде кузатиладиган пуфакча ва кана йўли кавлаб олинади (Женяер ёкп найзасимон игна ёрдамида). Кўпинча тошмалар кавланаётганда игна ичида кананинг ўзиви кўриш мумкин. Микроскоп ёрдамида қўтир қасасини қидириш учун кавлаб олинган материал буюм ойнасига қўйилади. Физиологик эритма томизилиб, қолагич ойна билан ёпилади, 40[×] ли объективда кўрилади. Қўтир канасини топиш учун кана йўлини қосиб олса ҳам бўлади. Кўпинча кана йўлининг охирида ҳосил бўладиган пуфакча таркибида нана (урғочиси) осонликча топилади. Қўтир канаси микроскоп остида тошбақа шаклида кўринади, одатда жигар ранг, олди ва орқасида икки жуфддан жуда қисқа оёқлари кўринади.

2. Юз қасаси (демседекос). Юз қанаси *Demodex folliculorum*, яъни чувалчангсимон қаса одамда кўпинча қазил ҳуснбузар пайдо бўлишига олиб келади. Улар ёғ безлари таркибида сапрофит ҳолида ҳам яшайди. Шу сабабли без қана деб ҳам аталади.

Демодекос қанасини топиш учун эндицина ҳосил бўлган тошма элементларидан материал тайёрлаш зарур. Зарарланган терида жойлашган тугунча ёки йирингча найзасимон ёки Женнер игнаси ёрдамида кавлаб олинади. Олинган тўқимали суюқлик буюм ойнасига бир текисда суртилади, қолагич ойна билан ёпилади. Дастлаб кичик (8[×]), сўнгра катта (40[×]) объективда кўрилади. Бунда каналар чўзинчоқ, чувалчангсимон шаклда кўринади. Уларнинг бош, тана, қўкрак ва қорин қисмлари бирбирига қўшилиб кетган бўлиб, 4 жуфт қисқа оёқлари кўзга явдол ташланиб туради.

3. Пашшажўрда (тери лейшманиози). Текпшрив учун материал пашшажўрда яраларидан ажралиб чиқётган суюқликдан тайёрланади. Беморнинг касалликнинг қайси даврида келганига қараб, турлитуман йўллар билан материал тайёрлаш мумкин. Касалликнинг ривожланган даврида, яъни чуқур ва кенг яралар ҳосил бўлган пайтда яра еатхи физиологик эритма билан артиб тозаланади. Сўнгра яра четвади ўсувчи

(грануляцион) тўқима пинцет билан юлиб олинад ва ундан суртма тайёрланади.

Агар бемор яралар бита бошлаган даврда мурожаат этса, ёпилаётган яралар Жепнер игнаси ёки скальпел билан чуқур қилиб тешилади, сўнгра ўсаётган (грануляцион) тўқимадан қирчиб олиниб, суртма тайёрланади.

Суртмалар хона ҳароратида қуригилади, 96° этил спиртида фиксация қилинади (қотжилади). Сўнгра Романовский усулида 50—60 минут мобайнида бўйлади. Кейин сувда ювилади, қуригилади, микроскопнинг эмерсион объектида текширилади. Пашшаҳўрда — қўзгатувчиси лейшманиялар, яъни Боровский таначаларининг цитоплазмаси ҳаво рангга, ядро ва ядрочаси қизил ёки пушти рангга бўйлади, улар хужайра марказидан четроқда жойлашади. Лейшмавиялар одатда моноцитлар ичида ружгуж бўлиб жойлашган бўлади, баъзан лейкоцитлар ичида ҳам учраши мумкин.

Пуфак суюқлигини цитологик текшириш усули

Терининг пуфакли касалликлари диагностикасида ҳал қилувчи роль ўйнайди. Пўрсилдокни • ҳақиқий акантолитик пуфакли ярани бошқа пуфакли дерматозлардан фарқлашда пуфак суюқлигидан акантолитик хужайраларни (Тцанк бўйича) топиш усули амалий аҳамиятга эга Бунинг учун текширилаётган пуфак суюқлигидан босмасуртма тайёрланади. Романовский Гимза усулида бўялган босмасуртмааларда акантолитик хужайраларнинг топилиши беморнинг пўрсилдовда дучор бўлганидан гувоҳлик беради. Босмасуртма қуйидагича тайёрланади: дастлаб оддий ўчиргичдан қирқиб тайёрланган кубиклар қайнатилиб, стерилизация ўшшнади, сўнгра зарарланган тери соҳасидаги эрозиялардан янгиси танлаб олинад, эрозия ва унинг атрофи дока билан артиб тозаланadi. Ўчиргични қисқич билан қаттиқ қисиб эрозия юзасига босиб олинад ва ўша заҳотиёқ буюм ойначасига босиб суртма тайёрланади. Суртмаларни 4— 5 та тайёрлаш лозим. Сабаби, акантолитик хужайралар тез топилавермайди, Бундай ҳолларда суртмалар навбат билан қўздан кечирилади. Акантолитик хужайралар микроскоп остида айлана ёки овал шаклда қўринади. Ядроси жуда йирик, цитоплазманинг 3/4 қисмини эгаллайди. Романовский усули билан бўялганда уларнинг ядроси *тўқ* кўк рангга, цитоплазмаси эса ҳаво рангга бўйлади.

Босмасуртмаларда акантолитик хужайраларнинг топилмаслиги ва улар ўрнида эозинофилларнинг кузатилиши текширилаётган пуфак Дюринг дерматозига тегишли эканлигидан гувоҳлик беради.

Қизил югурук диагностикаси

Бунда LE ҳужайраларини топиш муҳим амалий аҳамиятга эга. Бу мақсадга етилиш учун олдиқдан тайёрланган натрий оксалат эритмасига 10 мл бемор қони дуилади. Қон натрий оксалат билан пробиркада яхшилаб аралаштирилади, сўнгра 1 соат мобайнида хона ҳароратида қолдирилади. Кейин пробиркага 8—10 та шиша мунчок ташланади, оғзи резина тиқин билан бёкитилади ва 30 дақиқа мобайнида юқоридап пастга, пастдан юқорига чайқатилади. Ана шуидан сўнг пробирка зардоб ҳосил бўлгунча хонада қолдирилади. Зардоб пипеткада тортиб олиниб центрифугаланади, ҳосил бўлган чўкмадан бир неча суртма тайёрланади, спирт билан қотирилгач Романовский усулида 15—20 минут бўйлади. Бўялган препаратлар лейкоцитларнинг гавжум жойини топиш учун кичик объективда қўрилади, кейин иммерсион объективда қўрилади. Бунда дизил югурук хужайралари қизил ёки қизилбинафша рангга, лейкоцит ядроси эса тўд бинафша рангга бўйлади.

ЗАХМ ДИАГНОСТИКАСИ

Захм қўзгатувчи оқиш спирохеталар (*Treponema pallidum*) бўялганда уларнинг маълум бир қисмигина бўйлади, бўялганда ҳам ёмон бўйлади. Шу сабабли улардан табиий, нам препарат тайорланиб, қоронгилаштирилган қўриш майдонида қўрилади. Захм қўзгатувчиларидан тирик, жонли (натив) препарат тайёрлаш спирохеталар ҳаракатини кузатиш имконини беради. Бу мақсадни амалга ошириш учун микроскопнинг Аббе

конденсорни махсус қоронги кўриш майдоши таъмилайдиган конденсор (кардиоид ёки параболоид) лар билан алмаштирилади.

Оқиш трейоиемаларни қоронги кўриш майдонида текшириш Тиндал феноменига (беўхшов ходиса) асосланган: агар қоронги хонага тор тиркиш орқали ёруғлик нуруни киритеак, табиий ёруғликда кўринмайдиган майда заррачалар ёгдуланиб яадоқ кўзга кўринади. Микроскопни қоронрилаштирилган кўриш майдони ҳам объективга тўғридантўғри тушмайдиган, синган ёруғлик нури билан ёритилади. Бу ҳол табшгий ёруғликда кўринмаган трепонемаларшшг ҳам микроскоп кўриш майдонида кўриншпига сабаб бўлади. Оқаш сиирохеталар нурни жуда кам даражада синдиради. Шу туфайли кумуш рангли ўрамларнинг ёгдуланиши яққол кўзга ташланади.

Нам ва жонли препарат қуйидагича тайёрланади: текширилиши керак бўлган элемент (эрозия, яра, нам тугунча) юзасидан бир томчи тўқима суюқлиги олиниб, буюм шишасига томизилади. Тўқима сукнушги (серум) ни олиш учун текшириладиган элемент юзаси физиологик эрптма ёрдамида арпб тозаланади. Агар яралар устида қатқалок, ўлгаи тўдима ва чиқиндилар бўлса, пинцет ёрдамида олиб ташланади ва физиологик эритма билан артилади. Одатда оқиш спирохеталар чуқурроқда, бириктирувчи тўқима оралиғида, лимфа ва қон томирлари атрофида йигилади. Шу сабабли тўқима суюқлиги бир неча усуллар (сиқиб чиқариш, тирнаш, куйдирпш) билан олинади. Бордию мазкур усул ёрдамида спирохеталар топилавермаса, текшириладиган элемент физиологик эритма билан бир неча соат давомида намланади.

Буюм шшсасига томизилган бир томчи тўқима суюқлиги (серум) бир томчи патрий хлориднинг изотоник эритмаси билан аралаштирилади ва 1\оилагч ойна бжлан қопланади. Сўнгра кондоасор юзига бир томчи иммерсион мой ёки дистилланган сув томпилади, препарат худди шу томчига тегизиб ўрнатилади. Рангпар сиирохеталар 10х40 катталикда кўздан кечирилади. Бунда микроскоп кўзгуси ОИ • 19 ёритгич билан ёритилади. Захм кўзгатувчиси оқиш спирохеталар микроскоп' нинг кўриш майдонида ўзипинг спецпфик ҳаракатлари (маятниксимон, тўлқинсимон, тебранма, ўз ўця. атрофидаги ҳаракати) билан сапрофит спирохеталарда фарқланади. Шунингдек, уларнинг ингичка ва бир текис жойлашган ўрамлари қоронғида ялтираб, спирал шаклида кўринади.

Бошқа турдаги спирохеталар (*S. buccalis*, *S. dentinum*) эса ўзларининг дашл бурмалари, ҳар хил турдаги ҳаракатлари билан ажралиб туради. Бундан ташқари, улар гоҳо тўхтаб, гоҳо кескин ҳаракатланади ва ҳаракатлари давомида ўз шаклини ўзгартириб туради.

Бордию текшириладиган элементлар тарвибида рангпар трепонемаларни топиб бўлмаса (бу ҳол тошмалар тузаластган, битаётган даврда кузатилади), лимфа тугунлари пункция (санчиш) қилиниб, безнинг тўқима суюқлиги олинади ва микроскоп остида текширилади.

СЎЗАК ДИАГНОСТИКАСИ

Сўзак пайдо қилувчи гонококкларни (*Neisseria gonorrhoeae*) аниқлашда сифатли суртма тайёрлаш муҳим амалий аҳамиятга эга. Эркаларда суртма олиш учун сийднк чиқарув найчасининг ташқи чиқарув тешиги физиологик эритма сингдирилган доқа парчаси билан артилади. Сўнгра икки қўлга иккита буюм шишаси олиниб, ўнг қўлдагисининг чети йирингли ажралма чиқиб турган жойга тегизилади. Ана шу бир чети йирингли суюқликка булгаган ўнг буюм шишаси чап буюм шишаси юзаси бўйлаб юргязилади, яъни бир текис қилиб суртилади. Тайёрланган суртманинг жуда юица бўлиши ма^садга мувофиқдир. Агар уретрадан тўқима суюқлиги эркиц ажралиб чицаотган бўлмаса (торпид, сурункали уретритларда) жинсий олатни сиқиб, қўлни олдинга силжитиш йўли билан ажралма чиқарилади.

Аоллар жинсий аъзоларидан асосан уретра ва бачадон бўйнидан суртма тайёрланади. Бунинг учун уретра ва цервикал пайчанинг ташқи тетиклари физиологик

эритма билан ҳўлланган дока билан артилади. Сўнгра металл қовузлок, повсимон найча ёки Фолькман қошиги (бу асбоблар юкумсизлантирилган бўлиши шарт) ёрдамида тўқима суюқлиги олипиб, буюм ойнасига суртилади. Суртмалар айланма ҳаракат дилиш йўли билан овалсимон шаклда тайёрланади.

Қиз болаларда суртма олишда Куско кўзгуси қўллаш ман этилади. Тарновсимон найча ёки Фолькман қошицчаси ифбат пардаси ҳалцасидан эҳтиёткорлик билан ўтказилиб, қин туби ва бачадон бўйнидан навбат билан ажралма олинади. Айланма ҳаракат қилиб, буюм шишасига суртилади. Аёл ва қизларни уретра, бачадон бўйни га цпн гумбази каби аъзоларидан суртма тайёрлаётганда Ҳар бир аъзога алоҳида асбоб қўллаш талаб этилади.

Акс ҳолда диагностик хатога йўл қўйилиши мумкин. Масалан, уретрада гонококклардан ифлосланган асбоб билан цервикал йўлдаи суртма олиш бачадон бўйни суртмасида гонококкларнинг топилишига сабаб бўлиши мумкии. Бундац ташдари, текширилаётган суртмалар таркибида бошқа касаллик кўзгатувчилари (трихомоиадалар, ачитқи замбуруглари ва бошқалар) ҳам бўлиши мумкинлигини назарда тутиш лозим. Гонококклар барча анилин бўёклари билан бўялади. Грам усулининг муҳим фарқловчидиагностик аҳамияти шундаки, у суртмаларни ана шу усулда бўяшни тақозо этади. Бунда улар Грам манфий бўялади. Суртмалар микроскопшиг 7х90 катталигида кўздан кечирилади. Бунда кўриш майдонида кузатилаётган лейкоцитлар, гонококкларнинг лейкоцитлар ичида жойлашганлиги, катталиги бир хил кофе доначалари ёки ловиясимон жуфт коккларнинг мавжудлиги уларни бошқа диплококклардан фарқ қилишда ордам беради.

ВЕИЕРОЛОГИЯДАН МАСАЛАЛАР

1 масала.

Болалар поликлиникасининг жарроҳига ўнг чов соҳаоида «шиш» иайдо бўлганлиги сабабли, 14 ёшли ўспирин мурожаат этди. Беморни текширган врач чов соҳаскда ўнг томонда бир неча лимфа тугунларининг катталашганини аниқлади. Тугунларнинг кичиги нўхатдек, каттаси мусичанинг тухумидек келарди. Улар қаттиқ, ҳаракатчан, босиб кўрилганда оғримас эди. Мазкур лимфаденитни даволаш мақсадида жарроҳ беморни физиотерапия бўлимига юборди (иссиқлик муолажалирини ўтказиш учун).

1. Жарроҳишиг хатоси пимада?
2. Цандаи касалликлар тўғрисида мулоҳаза қилиш керак эди?

2 масала.

Жарроҳга 15 ёшли ўспирин бола жинсий олати оғриётганлигига шикоят қилиб келди. Текширув натижасида жинсий олат териси қизариб, шишганлиги, закар бошчаси халтасининг ОЕЗИ торайганлиги аниқланди. Унда олат бошчаси кўриниб турар, аммо сероз суюқлиги тўпланиши натижасида ривожланган мадда закар бошчаси халтасининг огзини очишга имкон бермас эди. Чов лимфа тугунлари иккала томонда ҳам катталашган, қаттиқ, босидганда бир оз оғриқ безовта қилади, Анамнестик маълумотлар йириш натижасида беморни 40 кун аввал номаълум аёл билан жинсий алоқада бўлганлиги маълум бўлди.

Жарроҳ беморни венерологга йўллашга қарор қилди.

1. Венерологни мазкур беморга нисбатан тутган тактикаси дандай бўлмоги лозим?
2. Захм ташхисини тасдиқлаш ёки инкор этиш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?

3масала.

Урологга 3 яшар болани олиб келишди. Бемор боланинг закар бошчаси ва танаси терисида бир неча «яра»лар аниқланди, сийганда оғриқ безовта қиларди. Синчковлик

билан кўрилганда тошмаларнинг кўп цисми йирингчалар, баъзилари эрозиялар эканлиги маълум бўлди. Улар жуфтжуфт бўлиб жойлашган, атрофи қизарган эди. Болани қичишиш безовта қилиб, тунги пайтда қичишиш зўраяр экан.

1. Сизни дастлабки ташхисингиз?
2. Касаллик табиатини аниқлаш учун нима талаб этилади?

4 масала.

Юкумли касалликлар бўлимига 14 ёшли қиз бола ич терлама касаллиги билан ётқизилди. Беморнинг қорин, елка ва билак соҳаларида катталиги тарикдек келадиган майда доғлар борлиги маълум бўлди. Доғлар оч пушти ранг, баъзилари ҚИЗЕИШ, айланаовал шаклда, босилганда йўқолади. Тери сатҳидан бўртиб чиқмаган, нохуш белгилар безовта қилмайди. Касалнинг тана ҳарорати 38,3°, қорни огрийди, боши айланади, кўнгли беҳузур бўлиб, ҳолсизланиб ётиб қолди.

1. Иккиламчи захм розеолаларини ич терлама тошмасидан қандай фарқлаш мумкин?
2. Аниқ клиник ташхис қўйиш учун врач қандай текширувлар ўтказиши лозим?

5 масала.

«Дорилардан келиб чиққан аллергия» ташхиси билан 9 ёшли ўғил бола травматология бўлимидан аллергология бўлимига ўтказилди. Боланинг цўли синган, кўп қон йўдотган, шу туфайли 2 ойдан ортиқ даволанган эди. Травматологнинг фикрича, икки ҳафта давомида мумиё билан ўтказилган даво болада аллергик тошма берган. Травматолог фикрини тасдиқлаган аллерголог беморга «Аллергик дерматит» диагнозини қўйди, уни антигистамин ва стероид препаратлар билан бир ҳафта даволади. Аммо, боланинг бадапида пайдо бўлган доғлар ва тугунчалар кўпайиб, ёш ва оёқларини ҳам эгаллади. Шундан сўнг дерматовенеролог маслаҳатга чақирилди. Тоғишли анамнестик ва қўшма маълумотлар йиғган мутахассис бемор болага иккиламчи янги захм деб дастлабки ташхис қўйди.

1. Венероёғ қандай маълумотлар йиғди?
2. Мазкур ташхисни таъдшугаш учун қандай лаборатория маълумотлари зарур?

6 масала.

Торн касалликлар дмпансерига иккиламчи янги захм ташхиси қўйилган Г. исмли беморнинг жинсий ҳамроҳи сифатида Т. исмли жувон таклиф этилди. Т. 2 ом аввал Г. билан бир марта жинсий яқинлик қилганлиги тасдиқлади. Бироқ, клиник ва серологик текширувлар жувонда захм оолгилари йўқлигини аниқлади.

1. Т. пидг саломатлиги тўғрисида сизнинг фикрингиз?
2. Т. га писбатаи врачнинг павбатдаги муносибати қандай бўлиши лозим?

7 масала.

«Чилла яра» ташхис билан болалар бўлимига ётқизилган 9 ҳафталик нимжон гўдакнинг юзи, бошнинг сочли қисми ва энса соҳаси тарқалган ортема билан цопланган эди. Бошнинг сочли қисмида тўпланган мадда асосан бошлаган, устки юзаси қуриб тапгаси Гон қипиқлар билан ёнилиб борарди. Бош терисидаги сочнинг сийракланганлиги ва тўкилиб туша бошяётганининг гувоҳи бўлган бўлим бошлини гўдакка «гипотрофия» ташхисини ҳам қўшиб қўйди. Гўдак ҳаётининг 10 ҳафтасида энса соҳасидаги тери қизариб, шишиб, сувлаша бошлади. Маслаҳатга чақирилган аллерголог гўдакни кўздан кечирганда, унинг лаблари қалинлашганлигини, оғиз бурчаклари ёрила бошлаганини аниқлади. У «овқатдан аллергия» диагнозини қўйиб, гўдакнинг ўзига эса гистаминга қарши дорилар буюрди. Бироқ, терида ривожланаётган жараён кучая борди. Шу сабабли маслаҳатга дерматолог чақирилди. Бемор бола териси кўздан кечирилиб, онаси билан суҳбат ўтказган врач ўша захотиёк, «эрта тугма захм» деган ташхис қўйди.

1. Цандай белгилар ва маълумотлар асосида венеролог тугма захм ташхисини кўйди?
2. Подиатр ва аллергологларнинг хатоларини сўзлаб беринг.

8 масала.

Тиббий кўриқдан ўтаётган Н. исмли аёлни текширган гинеколог куйидагиларни аниқлади: бачадон бўйнидан йирингли суюқлик ажралиб турибди, киннинг туби ссроз оқимтир суюқлик билан тўлган. Уретранинг оғзи кенгайган, қизарган. Унинг пастки деворига босилганда йирингли суюқлик пайдо бўлди. Бачадон бўйнининг ўнг тарафида диаметри 1 см келадиган эрозия мавжуд. Эрозия қипқизил, туби ялтироқ, четлари бир оз кўтарилган, босиб кўрилганда огримайди.

Н. билан суҳбатлашган гинеколог, унинг бир ой илгари нотаниш киши билан жипсий алоқада бўлганлигини аниқлади. Н. ўзини соғлом ҳисоблайди.

1. Цандай касаллик тўғрисида фикр юритиш лозим?
2. Касалликни аниқлаш учун қандай чоралар кўриш лозим?

9 масала.

Стоматолог қабулида бўлган беморнинг қаттиқ таглайда яра аниқланди. Яра бир дона, катталиги нўхатдек, овқатланганда оғриб, таом ўтиши қийинлашган эди. Ёриқсимон шаклга эга бўлган бу яранинг уса некротик парда билан қоплаган, туби чуқурлашиб, тешилишига оз қолган эди.

Беморнинг гапига қараганда яра бир неча ойдан буёқ мавжуд, Еттисаккиз йил аввал ич терлама бўлган экан.

1. Қандай касалликлар тўғрисида фикр юритиш мумкин?
2. Захм бориқлигини аниқлаб бўладими?

10 масала.

Рухий касалликлар шифохонасига ётқизилган ва ёшлигида захм ўтказган Д. исмли беморга ривожланган фалажлик деган ташхис қўйилди. Унинг рафиқаси клиник тоқширувдан ўтказилганда захм белгилари топилмади. Бироқ, серологик реакцияларнинг барчаси мусбат натижалар берди. Рентгенологик текширувда аорта бош томирининг ёйи кенгайганлиги (аневризма) аниқланди.

1. Д. нинг рафиқасига қўйган ташхисингизни айтинг.
2. Цандай эпидемиологик чоралар кўрмоқчисиз?

11 масала.

Болалар касалхонасига келтирилган 2 ойлик гўдакда куйидаги ўзгаришлар аниқланди: ўпканинг иккала қисми ҳам яллиғланган, ўзи нимжон, териси қуриб бўймайган, бурни битиб қолганидан қийналиб нафас олмоқда, қорни жуда катта, жигар ва талоғи катталашган. Цўлнинг кафти ва оёқ кафти териси қизариб шишган, мадда тўпланиб, каттидлашган, ялтироқ.

1. Гўдакка дастлабки ташхис дўйдингизми?
2. Бемор болада барча клиник белгиларга изоҳ беринг.

12 масала.

Окулист 14 ёшли қиз болани «паренхиматоз кератит» ташхиси билан венерологга йўллади. Диспансердаги текширувлар қизнинг елкасидан янги чандиқлар топди, оғиз атрофида нурсимон чандиқлар аниқланди. Цизнинг ханжарсимон ўсимтаси йўқ; экан.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
2. Бемор қизнинг касаллигини аниқлаш учун алгоритмик текширув режасини тузинг.

13 масала.

У. исмли 31 ёшли беморни дерматолог маслаҳатига юборган онколог унга «Капоши с.аркомаси» ташхисини қўйди. Мазкур касалликнинг ёшларда учрамаслигини билган дерматолог беморни атрофлича текширди: лимфаденопатия, лейкопения ва оғаз бўшлигида ярага айланган тугун аниқланди. Бемор икки ой мобайнида сабабсиз иситмалаган экан.

1. Беморга дастлабки ташхис қўйинг.
2. Касалликнинг аниқ табиатини аниқлаш учун нималар қилиш керак?

14 масала

Ички касалликлар бўлимига астма (диқинафас) касаллиги билан ётқизилган беморда КСРлар мусбат натижалар берди. Шу сабабли ўтказилган қўшимча серологик текширув натижаси қуйидагича: ИЁР— (4+), ТХ.ЧР — трепонемалар ҳаракатини чеклаш даражаси 90%. Курак соҳасининг пастида бир хил катталиқдаги бир гуруҳ чандиқлар ва пигментли доғлар аниқланди. Терапевт ва невропатолог кўриклари захмга алоқадор белгиларни топа олмади.

1. Беморнинг ташхиси нима? Уни исботлаб, изоҳ беринг.
2. Қандай эпидемиологик чоралар зарур?

15 масала.

Икки ҳафта давомида сабабсиз ичи кетган (диарея) Г. исмли бемор баданини яра босиб кетди. Антибиотиклар билан ўтказилган даво наф бермади. Дардга янги дардлар (кандидоз, оёқ қафти этшдермофитиясй) келиб Чўшилди. Чорасиз қолган дерматолог бўлим бошлиғини маслаҳатга чақирди. Бемор билан суҳбатлашиб, унинг палапартиш жинсий ҳаёт кечириб келганлигини аниқлаган тажрибали шифокор дарҳол лимфоцитларнинг миқдорини ва ўзаро нисбатини аниқлашни буюрди.

1. Бўлим бошлиғи лабораториядан қандай жавоб кутаяпти?
2. Г. га аниқ; клиник ташхис қўйиш учун яна қандай маълумотлар керак?

16 масала.

А. исмли 22 ёшдаги йигит 1991 йил 8 сентябрда тери касалликлари диспансерига мойяк халтасининг терисига яра чикданлиги туфайли мурожаат этди. Беморнинг анамнезидан унинг 24 августда К. исмли номаълум аёл билан жинсий алоқада бўлганлиги маълум бўлди.

А. икки йил аввал уйланган, боласи йўқ. Ҳозирги пайтгача турмуш ўртоғи билан яшайди, таносил касалликлари ҳақида тушунчага эга эмас. Уч кун аввал охириги марта жинсий алоқада бўлган. Кейинги тўрт ҳафта ичида дори моддалари, жумладан антибиотиклар қабул қилмаган.

Болалигида Боткин касаллигини ўтказган, баъзан жигари безовта қилиб туради. Уч ой илгари ошқозон яраси туфайли жарроҳлик муолажасини ўтказган.

Объектив текширув маълумотлари: мойяк халтасининг чап ярмида айлана шаклида эрозия кузатилиб, катталиги бир тийинлик қақадек келади. Эрозия нохуш белгиларсиз, гўшткизил рангли. Яра тубидан оз миқдорда сероз суюқлик ажралиб турибди, шу сабабли ялтироқ. Эрозия остида қаттиқ мадда пайпасланди. Лимфа тугунларидан қуйидагилари пайпасланди: чап томондаги чов тугуни ўршнинг данагидек, ўнг томондагиси — нўхатдек. Улар қаттиқ, ҳаракатчан, нохуш белгиларсиз. Тугунлар устидаги терида яллиглапиш белгилари кузатилмайди. Тери ва шиллиқ қаватларнинг бошқа соҳаларида тошмалар йўқ.

Саволлар: 1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

2. Аниқ клиник ташхис қўйиш учун қандай анамнестик, клиник, лаборатория маълумотлари зарур (олинадиган маълумотларнинг турига қараб, ташхисни

изоҳланг) ?

3. Цаттиқ яра суюқлигида оқиш трепонемалар топилмаса, сизнинг хулосангиз?

17 масала.

Г. исмли 19 ёшли кизни тмш огриги стоматологга етаклаб келди. Огиз бўшлнши синчковлик билан текширган врач чап бодомча беи соҳасида «яра» борлигини кўриб қолди. Беи қоплаб турган шиллиқ қаватнинг пгалинганлипи Г. билмас оди, чунки тошма уни беовта дилмас зди. Мазкур жараёни оддий стоматитларга ўхшамаслигини сезган стоматолог кизпи венерологга юборишга қарор қилди.

Тори каоаллиқдари диспансерида бодомча беининг яраси атрофлича ўрганилди, ундан акфалиб чиқаётган суюқликда рапнар спирохеталар тонклдининг апампезидан цуидагилар маълум булди: турмушга чиқмаган, отаонаси билан яшайди, Б. исмли йигит билан мунтазам жинсий яқинлик қилиб туради (унга турмушга чиқишга ҳозирланаётган экан). Боғақа шахслар билан жинсий алоқада бўлмаган.

Объектив текширув маълумотлари: чап бодомча беининг шиллиқ даватида овал шаклида битта яра жойлашган, катталиги ловиядек, туби чуқур ва ялтироқ, ранги қизғиш. Яранинг асосида қаттиқ мадда бор. Бўйин, жағ ости, қўлтиқ ва билак лимфа тугунлари катталашган (нўхатдан ўрик данагигача).

КСР (ВР, КР, ЗВР) натижалари ўта мусбат. Ўша куниёқ беморга бирламчи серопозитив захм ташхиси қўйилди ва даволаш бошланди. 400 000 ТБ пенициллин эритмаси юборилгандан 2 соат ўтгач, беморнинг тана ҳарорати кўтарила бошлади, боши оғриб, кўнгли нохуш бўлди. Сўйгра қалтироқ тутди, иситмаси 39° гача кўтарилди. Цорин терисининг ён сатҳларида майда яллигланган доғлар пайдо бўлди. Эртаси куни тошма елка ва билак соҳаларига тошди.

Саволлар: 1. Бодомча беидаги ярашнинг табиатини аниқланг ва изоҳланг.

2. Пенициллин юборилгандан сўнг намоён бўлган нохуш белгиларга клиник баҳо беринг.

3. Бемор ташхисини муҳокама қилиб, тўғрилотурилигини сўзлаб беринг.

18 масала.

Тери касалликлари диспансерида мурожаат зтгая В. исмли беморнинг ўнг болдир соҳасида катта яраси борлиги маълум бўлди. В. катта бир шифохонанинг жарроҳлик бўлимида 26 кун даволаиған экан. Унга дастлаб трофик яра, сўнгра окма яра ташхислари қўйилган. Ўтйазилган барча даво чоралари (витаминлар, биоген стимуляторлар, иммуномодуляторлар) бемор В. га наф килмади, ўз ҳоҳйиш билан бўлимдан чиқиб кетди. Қўшнисининг маслаҳатига кўра В. табида даволанди (мумпедан тайёрланган малҳам билан). Кўп ўтмай яра бита бошлади, анча кичрайди. Аммо 3 кул аввал В. Чгарвондан йиқилиб, лат еди, шу сабабля яра очлиб оғрик, пайдо бўлди. Бу ҳол уни бизнинг стационаримизга бошлаб келди.

Объектив текпшруз маълумотлари: ўнг болдирнинг пастки учдан бпр қисмида, унинг ташқи юзасида 50 тйинлик тангадек келадиган яра жойлашган. Яра айланаовал шаклида, кўкимтирқизғиш тусли, атрофида мадда тўпланган, озгина шишган. Яранинг туби чуқур, ўлик тўқимадан иборат чиқинди бплан қоплаиған, ўртасида олимсимон ёпишқоқ суюқлик ажралиб турибди.

Ажралаётган яра суюқлигидан оқиш спирохеталар топилмади. КСР (ВР, КР, ЗВР) манфий натижалар берди.

Бемор ҳаётининг захмга алоқадор томоилари ўрғанилди. унинг 18 йил аввал захмга дучор бўлганлиги аниқланди. Ўшанда В. чала даволанган эди. Беморнинг рафикаси С. клиник текширувдан ўтказилганда, ундаи захм белгилари топилмади. ВР мусбат, чўкма реакциялари манфий чиқди.

Саволлар: 1. Болдир суяги соҳасидаги ярага тўлиқ таъриф беринг, унинг табиати тўғрисида сизнинг хулосангиз?

2. В. га аниқ клиник таъхис қўйиш учун қандай маълумотлар зарур?
3. В. нинг рафиқаси Г. га тўғри таъхис қўйиш учун врач қандай текширувлар ўтказиши лозим?

19 масала.

Иккиламчи янги захмга дучор бўлган ва яхши даволанмаган Т. исмли гўдакда захм белгилари топилмади. Педиатр томонидан ўтказилган текширувлар боланинг ички аъзоларида специфик ўзгаришлар йўқлигини исботлади. Серологик реакциялар қуйидаги натижаларни берди: ВР (4+), ' (4+), (4+); ИЁР 200 (4+), ТХЧР трепопемалар ҳаракатини чеклаш даражаси 70%. Шундан сўнг найспмон суяклар рентгенологик текширувдан ўтказилди ва қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: катта болдир суякларнинг метафиз г^псмпдз да линлиги 4 мм келадиган ёруғ оцимтир йўл (чизид) мавжуд. Мазкур чизикнинг тишли қирралари суякниШ¹ эпифиз қисмига қараб турибди. Бошқа суякларда патологик ўзгаришлар топилмади.

Т. нинг отаси эрта яширин захм диагнози билан даволанган. Ҳозирги кунда клиниксерологик кузатиш ўтказилмоқда. Гўдакнинг иккита акаси (4 ёш ва 7 ёш) бор. Улар бирга яшайдилар.

Саволлар: 1. Бемор Т. га клиник таъхис дўйинг.

2. Катта болдир суягида топилган ўзгаришни қандай таърифлайсиз?

3. Бошқа оила аъзоларига нисбатан врачнинг муносабати қандай бўлиши лозим?

20 масала.

Х. исмли 62 ёшли аёл тиббиёт олий билимгоҳи касалхонасининг ички касалликлар бўлимига хафақон таъхиси билан ётқизилди. Қоидага мувофиқ КСР га олинган қон қуйидаги натижаларни берди: ВР— (3 +), (3+), (4+); КР— (2+), ЗВР— (3+). Шу сабабли маслаҳатга чақиридган венеролог беморнинг тери ва шиллиқ қаватларида захмга алоқадор белгиларни топа олмади. Такрорий серологик текширувлар қуйидаги >кавобни берди: ВР (3+), (3+), (4+); КР(3+), ЗВР(3+), шунингдек ИЁР 200 (4+), ТХЧРҳаракатни чеклаш даражаси — 65%.

Бемор Х. нинг умр йўлдоши О. клиник ва лаборатория текширувларидан ўтказилганда, унда захм белгилари аниқланмади.

Эрхотин О. ва Х. лар бутун умрлари мобайнида соғлом турмуш кечирганликларини бир неча бор таъкидладилар.

Х. етти марта ҳомиладор бўлган, еттита фарзанди бор. Аёлнинг гапига қараганда, у Зболасини туғатганида кўп қон йўқотган экан. Ана шу сабабли, унга тугруқхонада ^он қуйилган. Шундан сўнг ҳозирги даврга қадар Х. га қон ва қон препаратлари қуйилмаган. Хафақон касаллиги туфайли туман ва вилоят шифохоналарида бир неча бор даволанган.

Бемор Х. терапевтнинг қайта кўригидан ташқари невропатолог, хирург, гинеколог, окулистлар томонидан атрофлича текширилди. Рентгенологик текширув ўтказилди. Унинг барча аъзолари ва системаларида захмга алоқадор бирор ўзгариш топилмади.

Саволлар: 1. Бемор Х. нинг касаллиги тўғрисида қандай хулосага келдингиз? 2. Х. да яширин захм тахмин қилинадиган бўлса, нега О. да захм белгиларай намоён бўлмади? Ўз фикрингизни айтинг. 3. Серологик текширувлар жавобини муҳокама қилинг.

21 масала

Жисмли бемор 44 ёшда, муҳандис. Тери касалликлари диспансерига мойя халтасининг териси ва оралиқ соҳасида догаар ва яралар пайдо бўлганлиги сабабли мурожаат этди. Унинг гапига қараганда бир ҳафта аквал мойя халтасида бир неча доғлар ва пуфаклар пайдо бўлган, 2—3 кун ўтарўтмас ярага айланган, сўйгра оралиқ соҳасига тарқалган.

Беморнинг анамнезидек қуйидагилар маълум бўлди: у икки ойдан буён касал,

сабабсиз иситма бсзовта қилади. Дастлаб грип бўлиб ётган, бунда тана ҳарорати 38—39°C га чиққан, ОРИЗ ва лабларини учук босган, ҳолсизланиш, бога оғриш қийнаган, доридармолар фойда қилмаган; сўнгга йўтал бсзовта қилиб, ўткир бронхит ташхиси билан 3 ҳафтадан кўроқ касалхонада ётиб даволанган. Шундан сўнг нўтал ўтиб кетган, аммо иситма давом этаверган. Оғзидаги учуклар йўқолиб, яна пайдо бўлган. Царипдошларшпшг маслаҳати билан давони халқ табobati усуллари билан давом эттиришга қарор қилган. Бироқ сабабсиз бошлапган иситма сабабсиз тушди. Ишга чиқишга ҳозирланиб турган Ж. да яра кўпайиб кетди.

Бемор Ж. итшг хотини ва 20 ёшли боласи борляги маълум бўлди. Охирга 10 он давомида ўзгалар билан жинсий алоқада бўлматан. Ул ой аввал иш юзасидан Москвага қилган оафарида помаълум аёл билан 2 марта жинсий яқинлик қилган.

Қон ва қон препаратларини умуман қабул қилмаган.

Объектив текширув маълумотлари: жинсий аъзолар соҳасида (мойак халтаси, оралик, орка чиқарув тешиги) ўндан ортии; яра мавжуд. Кичиги нўхатдек, катталари бир тийинлик чақадек келади. Яраларнинг кўп қисми айланаовал шаклида, атрофи халқасимон қизарган, туби нотекис ва йирингсимон суюқлик билан қопланган, улардан иохуш ҳид ажралиб турибди. Кўпчилик яраларнинг тубидаги ва атрофидаги тўқима жуда юмшоқ, босилганда кучли орриқ пайдо бўлади. Баъзи яраларнинг тубида қаттиқ мадда пайпасланди. Периферик лимфа тугунлари (бўйин ва қўлтиқ соҳаларида кабутар тухумидек, ўмров ости безларяда ўрик данагидек, чов соҳасида ловиядек) катталашган, ҳаракатчан, қаттиқ ва безлар уетидаги терй яллирланмаган.

Яралардан ажралиб чиқаётган тўқима суюқлиги таркибида окиш спирохеталар топилмади. Мазкур суюқликдан тайёрланган суртмада Дюкрей стрептобациллаларй йўқ, экан.

Серологик текширув натижалари қуйидагича: Вассерман реакцияси ўта мусбат, чўкма реакциялари манфий, ИЁР — 200 манфий, ТХЧР трепопемалар ҳаракати 10% чекланган.

Қоннинг умумклиник текширув натижалари: эритроцитлар — 4,2 млн, гемоглобин — 90, лейкоцитлар 6200, тромбоцитлар — 230 000.

1. Масала шартида берилган маълумотларни изоҳланг.
2. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
3. Касалликни аниқлаш учун қандай анамнестик, клиник ва лаборатория маълумотлари зарур?

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА КУЛЛАНАДИГАН ДОРИ МОДДАЛАРИНИНГ ҚИСҚАЧА РЕЦЕПТУРАСИ

А. Сувли эритмалар.

1. Rp: Sol. Natrii chloridi 5% 200,0 D.S.
2. Rp: Jchtyoli 10% 200,0 D.S.
3. Rp: Cupri sulfatis 0,1 Zinci sulfatis 0,4 Aq. destill. 100,0 M. D. S.
4. Rp: Sol. Argenti nitratis 0,25% 200,0 D.S.
5. Rp: Sol. Tannini 1% 200,0 D.S.
6. Rp: Lig. Burovi 50,0 D.S.
7. Rp: Sol. Acidi borici 3% 400,0 D.S.
8. Rp: Aluminis 4,0 Acidi borici 6,0 Aq. destill. 200,0 M. D. S.
9. Rp: Sol. Natrii tetraboratis 3% 100,0 D.S.
10. Rp: Aq. plumbi 200,0 D.S.
11. Rp: Sol. Resorcini 2% 400,0 D.S.
12. Rp. Sol. Aethacridini lactatis 0,1% 100,0 D.S.
13. Rp. Sol. Furacilini 0,02% 100,0 D.S.

14. Rp. Sol. Phenoli 1% 200,0 D.S.

Ушбу эритмалар ўткир яллиғланиш белгилари (сувлашиш, пияираш, шиш, ачишиш, қичишиш) билан кечаётган дерматозларни намлаш усули билан даволашда қўлланилади. Терининг зарарланган соҳаларида кузатиладиган яллиғланиш жараёни кечаётганда қўлланиладиган дори моддаларининг таъсири озаки бўлшга лозим. Қўрсатилган рецептуралардаги дориларрецептура™ S дан кейин «махаллий қўллаш учун» ёки «намлаш учун» деб ёзиб қўйилиши лозим.

15. Rp. Sol. Hydrargyri dichloridi 0,1% 100,0

16 Rp: Sol Hydrargyri oxycyanidi 1: 3000 DS

17. Rp: Sol. Zinci sulfatis 0.25% 10,0 D.S.

18 Rp: Sol. Hydragenii peroxydi dilutae 100,0 D.S.

19 Rp: Perhydroli 100,0 D.S.

20. Rp: Sol. Acidi hydrochlorici 4% 500,0 D.S.

21 Rp Sol. Natrii thiosulfatis 40% 500,0 D.S.

22 Rp: Sol. Kalii permanganatis 0,02% 200,0 D.S.

23 Rp: Sol. Ammonii caustici 30,0 D.S. 24. Rp: Sol. DimethylsulfoxvHi 90% 100,0 D S 05 RJJ: Griseofulvini 5,0

Sol. Dimethylsulfoxydi 90% ad 100,0 M. D. S.

26 Rp: Dimexidi 70,0 Aq. destill. 30,0 M. D. S.

Мазкур эритмалар ҳам маҳаллий қўлланилади. Зарарланган соҳаларда кузатиладиган қатқалоқлар (йирингли, геморрагик. сероз), турли катталиқдаги кипиклар, ифлосланган тангачали қатламлар, пуфак қобиклари ва қўчиб тушаётган тери пХ*сти парчаларни мана шу эритмалар ёрдамида "артиб тозаланади" Бу тадбирлар, бир томондан, тозаланган ўпоқларда эпителинланиш жараёни тезлаштиради. Иккинчи томондан, антибактериал таъсир; тео, йирингли тошмалар пайдо бўлишининг олдини олади, шунингдек пиодермияларни даволашда кенг қўлланилади. Бундан ташқари. з лорид кислота, натрий тиосульфат, гризеофульвин са оош; а эритмалар паразитар ва замбуругли касалликларни даволаш мақсадида терига суртилади. Шунинг учун S. дан сўнг «суртиш учун» деб ёзилиши лозим.

27. Rp: Sol. Argenti nitratis 1% 100,0 D.S.

28. Rp: Sol. Protargoli 3% 1000 D.S.

Бу эритмалар сўзак, трихомоноз, гонококк сдз, уретритлар ва бошқа еиюднктаносил касалликларини маҳаллий даволаш мақсадида сийдик чиқариш каналига юборилади (шгстиляция дейилади), шунингдек кин, қин дахлизи. бачадон бўйнипи ювишда қўллапилади.

29. Rp: Sol. Lugoli 30,0 D.S.

30. Rp: Levorini natri 200000 ED p. t. d N20 S.

Қўллашдан аввал 10 мл. дистилланган сувда эритилади.

31. Rp: Fuchsini basic! spirituosu concentrati 10,0 Sol Phenoli 5% 95,0 Acidi borici 1,0 Acetoni puri Resorcini 10,0 M.D.S. Кастеллани суюқлиги

Оғиз шиллиқ пардасининг кандидозларида, турли хил пиодермиялар¹ ва дерматомикозларда. замбуруғлар ва йирингли қокклар билан асоратланган барча дерматозларда. иедиатрдерматологнинг кўп қиррали фаолиятида кенг қўлланилади. (S. дан сўнг «махаллий қўлланилади» деб ёзиш тавсия этилади).

Кастеллани суюқлиги қуйидагича тапёрланади: дастлаб фуксинни 96° ли спиртга қўшиш йўли билан тўйипган эритма тайёрланади. Ана шу янги тайёрланган эритмага фенол қўшиб, яхшилаб аралаштирилади (узук вақт чайқатилади!), сўнгра филтрланади.

Филтрдан ўтказилган суюқликка борат кислота кўшиб, эритма чайкатиш йўли билан обдон аралаштирилади. Икки соатдан сўнг ацетон кўшилади, чайқатилади. Ниҳоят, яна икки соат ўтгач резорцин кўшиб чайкатилади. Қоронрилаштирилган жойда

Б. Спиртли эритмалар.

32. Rp: Sol. Acidi borici spirituosae 2% 100,0

D.S. 33 Rp: Menthol! 0,5

Spiritus aethylici 90% 50,0 M. D. S.

34. Rp: Acidi borici Dimedroli aa 2,0 Mentholi 3,0

Spiritus aethylici 90° ad 100,0 M. D. S.

35. Rp: Sol. Acidi salicylic! spirituosae 2% 100,0 D.S.

36. Rp: Resorcini 2,0 Spiritus aethylici 70% 100,0 M. D. S.

37. Rp: Thymoli 0,5 Spiritus aethylici 70% 50, 0 M. D. S.

38. Rp: Thymoli 1,0 Resorcini 5,0

Spiritus aethylici 70% ad 100,0 M. D. S.

39. Rp: Aetheris medicinalis Spiritus aethylici 70%~aa 50,0 M. D. S.

40. Rp: Sol. Diaethylstilboestrolis oleosae 0,5% 5,0 Aetheris medicinalis Spiritus aethylici 70% aa 50,0 M. D. S.

Бу спиртли эритмалар ҳуснбузарларни турли клиник формаларини даволашда, шунингдек болаларда кузатиладиган дерматозлар йиринглп асоратлар берганда, вирусли дерматозларни даволашда ва соч касалликларида тошмаларга суртиш учун Қўлланилади.

41 R.p: Methyleni Coerulei 1,0

Spiritus aethylici 70% 50,0 M. D. S.

42. Rp: Viridis nitentis 1,0

Spiritus aethylici 70% 50,0 M. D. S.

43. Rp: Sol. Jodi spirituosae 5% 30,0 D.S.

44. Rp: Jodi

Kali! iodati aa 1,0

Acidi salicylici 2,0

Natrii tetraboratis 10,0

Gluceroni 20,0

Spiritus aethylici 70% ad 100,0 M. D. S.

45. Rp: Picis liquidae Betulae

Aetheris medicinalis

Spiritus">thylici 70% aa~30,0 M. D. \$?.»'

Ииодермияларнинг барча турларида, болаларда кузатиладиган турли сурункали дерматозларда, жумладан пуфакли дерматозларда қўлланилади. Одатда тошмаларга ишлов бериш терининг зарарланган ўчоқларига малҳамлар суртишдан аввая амалга оширилади. Баъзиларини эса алоҳида, бошқа дори моддаларини қўлламасдан ҳам ишлатиш мумкин. Масалан, йод эрнтмаси дерматомикозларни даволашда микозли ўчодларга суртилади. В. Упалар.

Amyli Tritici Talci aT"20,0 M, f. pulv. D.S.

47. Rp:..AGi(linis'ustī"

Talci aa 50 0 M. f. pulv. D.S.

47. Rp: Acidi borici 5,0 Zinc! oxydati Talci a!T25,0 M. f. pulv. D.S.

48. Rp: Cupri sulfatis 0..5

Talci 50,0 M. f. pulv D.S.

49. Rp: Norsulfasoli 5,0

Zinci oxydati Talci aa 25,0 M. f. pulv D.S.

50. Rp: Sulfapyridazini 5,0

Amyli tritici Talci Ta 25,0 M. f. pulv D.S.

51. Rp: Sulfamonomethoxini 5,0
 Amyli tritici
 Zinci oxydati aa 25,0 M. f. pulv D.S.
 52. Rp: Sulfadimethoxini 5,0
 Talci 50,0 M. D. S.

Упалар терининг намланган ва маддалашган сохаларида Оугланиш жараёнини тезлаштиради, қизиб турган сохаларни совутади. АйиннаКса яллиғланган теридаги ачишиш ва қичишишни камайтириб, бемор болаларни тинчлантиради. Тери бурмалари соҳасига қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Терини сувлашган, бичилган, шилинган сохаларига крахмал қўшилган упаларни дўллаш мумкин эмас. Чупки буғдойдан тайёрле^виган крахмал микроорганизмлар учун озиқ муҳит ҳисобланиб, j ^йрнивг ривожланишига, шу сабабли турли нохуш асоратлар пайдо бўлишига олиб келади.

Г. Чайкатиладиган аралашмалар.

53. Rp: Zinci oxydati Ta^ila 15,0 Gl\erini 20,0 , Aq" destill. 50 ml.

M. D. э. Rp: Jchthyoli 5,0 Zinci oxydati

Talci aa 15,0 (glyceruu ^v,o

Aq destill. 50 ml. M. D. S.

55. Rp: Zinci oxydi

Talci aa 15,0 Glycerini 20,0 Sol. Phenoli 5% 50 ml. M. D. S.

56. Rp: Suliuris praecipitati 5,0

Zincii oxydi Talci aa 15,0 Glycerini 20,0

Aq. destill. 50 ml. M. D. S.

57. Rp: Sulfuris_pjaecipitati

Glycerini aa 10,0 Spiritus camphorati 20 ml. Sol. Acidi borici 3% ad 100 ml. M. D. S.

58. Rp: Sulfuris praecipitati

Zinci oxydi

Talci aa 35,0

Glycerini 50,0

Spiritus aethylici 70% 50 ml

Aq. destill. ad 200 ml.

M. D. S.

59. Rp: Sol. Folliculini oleosae 0,1% 5 ml

Sol. Dimoestrololi oleosae 0,6% aa 5,0

Acidi salicylici 2,0

Sulfuris praecipitati 10,0

Glycerini 20,0

Aetheris medicinalis

Spiritus aethylici 70%~aa 50 ml M. D. S.

Чайкатиладиган бу аралашмалар (хўл упалар) кукунсимоет дори моддаларининг турли ўсимлик мойлари (пахта, шафтоли,. канакунжут) билан аралашмасидир. Улар терининг юзаки катламларигагина таъсир этиб, яллиғланиш аломатларини йўқотишга ёрдам беради. Агар терига жуда юзаки таъсир этиш лозим оўлса, кукунсимон дори ва суюқлик тенг миқдорда олингани маъмуя. Чайкатиладиган аралашма таркибига олтингугурт, дерматол ёки ментол қўшиш даволаш самарадорлигипи оширади. Дўллаш олтидан эритма обдан чайкатилиши лозим. Сўнгра пахта оўлакчаси ёрдамида терининг зарарланган сох_аларига суртилади. Дўл упани терининг катцалок ва қипиклар билан қопланган сохаларига, бошниинг сочли қисмига, сувлашган ўчоқларга суртиш тавсия этилмайди, шунингдек терпси қуруқ болаларга ҳам буюрилмайди. Хўл упа колдиклари ўсимлик мойи шимдирилгав пахта билан артиб олииади.

Д. Пасталар.

Маҳаллий кўлланиладиган дори моддалар ичида таркибда индифферент кукунлар ва мойлар тенг мивдорда бўлган тури насталардир. Пасталар чайқатиладиган аралашмаларга нисбатан териға чуқурроқ таъсир этиб, эълитиш ўчоқларидаги моддаларнинг тезроқ чиқарилишига сабаб бўлади. Уларнинг қолдиқлари терида сингдирилган пахта билан суртиб олинади. Терида сувлашиб ётган ўчоқларига ва бош терисига паста суртилмайди.

60. Rp: Pastae Zinci 30,0 D.S.

61. Rp: Zinci oxydi

Amyli tritici aa 5,0 Vaselini 10,0 m. f. pasta D. S.

62. Rp: Pastae Zinci salicylatae 30,0 D. S.

63. Rp: Acidi salicylic! 2,0

Zinci oxydi Amyli tritici aa 25,0 i Vaselini 48,0

M.f. pasta D.S. (Лассар пастаси)

64. Rp: Acidi borici 1,0

Naphthalani 1,5 Pastae Zinci 30,0 M. D. S.

65. Rp: Ampli tritici

Zinci oxydi aa 5,0

Naphthalani 10,0

M. f. pasta

D.S. (рухнафталан пастаси)

66. Rp: Tannini 5,0

Pastae Zinci 50,0 M. D. S.

67. Rp: Picis liquidae Betulae 3,0

Pastae Zinci 30,0 M. D. S.

68. Rp: Picis liquidae Betulae 0,6

Naphthalani 1,5 Pastae Zinci 30,0 M. D. S. =69. Rp: Sulfuris praecipitati

Picis liquidae Betulae aa 3,0 Pasta Zinci 30,0 M. D. S.

70. Rp: Dimedroli 1,0

Pastae Zinci 20,0 M. D. S.

71. Rp: Podophyllini 0,05

Pastae Zinci 50,0 M. D. S.

72. Rp: Anaesthesini 3,0

Pastae Zinci 30,0 M. D. S.

73. R: Methyluracili 2,0 Zinci oxydi

Talr.i

Lanolini Vaselini aa 5,0 M. i. pasta

74. Rp: Acidi paraaminobenzoici 3,0

Zinci oxydi

Talci

Lanolini [Naphthalani aa 15,0

M. f. pasta

D. S.

75. Rp: Natni paraaminosalicylatis 3,0

Pastae Zinci 30,0 M. D. S.

76. Rp: A S D

Amyli tritici

Talci aa 10,0 :Naphthalani 20,0 .M. f. pasta .D. S.

JE. Малҳамлар.

Тери касаликларини маҳаллий даволашда кўлланиладиган дорилар ичида энг тарқалгани малҳамлардир.

77. Rp: Sulfuris praecipitati 3,0

Vaselinei 30,0
 M. f. ung.
 D. S. "78. Rp: Sulfuris praecipitati
 Resorcini aa 1,5
 Vaselinei 30,0
 M. f. ung. D. S.
 79. Rp: Ung. Naphthalani 30,0 D. S.
 80. Rp: Jchthyoli 20,0
 Vaselinei 80,0
 M. f. ung.
 D. S. •81. Rp: Picis liquidae Betulae 3,0
 Vaselinei 30,0
 M. f. ung.
 D. S. ,82. Rp: Picis liquidae Betulae
 Sulfuris depurati aa 15,0
 Calcii carbonatis praecipitati
 Saponis viridis
 Naphthalani aa 30,0
 Aq. destill. 4 ml.
 M. f. ung.
 D. S. '83. Rp: A S D 2,0
 Naphthalani 30,0
 M. f. ung.
 D. S. 84. Rp: Dimedroli 1.5
 .Lanolini
 YaseHni aa 15,0
 M. f. ung.
 D. S. "85. Rp: Ung. Anaesthesini 5% 30,0
 D. S. 86. Rp: Acidi borici 1,5
 Naphthalani 3,0
 Vaselinei ad 30,0 M. f. ung. D. S.
 88. Rp: Ung. Tebropheni 3% 30,0 D. S.
 89. Rp: Ung. Amycazoli 5% 30,0
 D. S. 90 Rp: Ung. Undecinum 25,0
 D. S. 91. Rp: Mycoseptin 30,0
 D. S. 92 Rp: Ung. Nystatini 25,0 D. S.
 93. Rp: Acidi salicylici 0,6
 Vaselinei 30,0 M. f. ung. D. S.
 94. Rp: Resorcini 3,0
 Vaselinei ad 30,0 M. f. ung. D. S.
 95. Rp: Ung. Banaphtoni 0,5% 30,0 D. S.
 96 Rp: Sulfapyridazini 3,0 Vaselinei 30,0 M. f. unq. D. S.
 97. Rp: Norsulfasoli 3,0
 Lanolini Vaselinei aa 15,0 M. f. ung. D. S.
 98. Rp: Sulfadimethoxini 3,0
 Vaselinei 30,0 M. f. ung. D. S.
 99. Rp: Erythromycini 1,5
 Vaselinei 30,0 M. f. ung. D. S.
 100. Rp: Und. Heliomycini 50,0 D. S.
 101. Rp: Kalii iodidi
 Lanolini aa 10,0
 M. f. ung. D. S.

Малҳамлар ҳайвонот ва ўсимлик мойлари, шунингдек минерал мойларда тайёрланганлиги сабабли терида суртилганда иссиқлик чиқариш жараёнини пасайтиради, терини киздиради. Теридан ажралаётган суг, малҳам қатлами остида қолиб, дори моддаларининг тери бағрида сўрилишига имкон яратади. Малҳамлар битта ва бир неча шифобахш моддалардан тайёрланиши мумкин.

Малҳамлар тайёрланадиган асос безарар бўлиши лозим. Баъзи малҳам тайёрланадиган мойлар терини таъсирлаши, ядлантириши мумкин. Табиий ва нейтрал асосга эга бўлган малҳамлар теридаги патологик жараён таъсирида бузилмайди ва теридан яхши сўрилиб дори моддалари самарадорлигини оширади. Малҳамларни сурункали ва ярим ўткир дерматозларда қўллаш мувофиқ. Ўткир яллиғлаиш белгилари билан кечадиган ва сувлашган тери соҳаларига малҳам суртиш мумкин эмас. Малҳамлар ўзининг шифобахш таъсирига қараб сўрилиш жараёнини тезлаштирувчи (20% нафталан малҳами), юмшатувчи (2% цитроц малҳами), кўчириб туширувчи (3% олтингугурт малҳами), битиш жараёнини тезлаштирувчи (6% цигерол), қичишишни пасайтирувчи (5% «шостезин малҳами) ва бошқа турларга бўлиади. Малҳамлардан жортикостероид малҳамлар кенг қўлланилади.

100. Rp: Ung. Hydrocortisoni 1% 10,0 D. S.

110. Rp: Ung. Prednisoloni 0,5% 5,0 D. S.

111. Rp: Mycasoloni 30,0 D. S.

112. Rp: Depersalon 10,0 D. t. d №3 S. Малҳам.

113. Rp: Phtorocort 15,0 D. t. d № 20 S. Малҳам

114. Rp: Synalar 15,0 D. t. d № 2 S. Малҳам. П5. Rp: Locacorten 15,0

D. S. Малҳам 1

16 Rp: Ung. synaflani 0,025% 10,0 D. t. d № 2 S. Малҳам

117. Rp: Celestoderm 15,0 D. S.

Қуйидаги кортикостероид малҳамларнинг таркибида антибактериал моддалар бўлиб, дерматозлар пиококкли элементлар билан асоратланганда ҳам бу малҳамлар яхши етижалар беради.

118. Rp: Ung. "Oxyzonum" 15,0 D. S.

119. Rp: Oxycort 15,0 D. S. Малҳам

120. Rp: Oxycort—aerasoli 75,0 D. t. d. № 2

S. Терида пуркаш учун

121. Rp: Aerasoli "Oxycyclasolum" 80,0

D. S. Терида сепиш учун 121. Rp: Geocorton 30,0 D.S. Малҳам

121. Rp: synalar—№ 15,0

D. t. d. № 2 .3. Малҳам

122. Rp: Locacorten—vioform 30,0 D. S. Малҳам

123. Rp: Lorinden C 15,0 D. t. d №2 S. Малҳам

124. Rp: Locasalen 30,0 D. t. d №1 S. Малҳам

125. Rp: Flucinar 15,0 D. t. d. № 2 D. S. Малҳам

Таркибида фунгицид модда сақлайдиган кортикостероидлар, улар микотик табиатга эга бўлган дерматозларни даволашга имкон беради.

126. Rp: Dermosolon 5,0

D. t. d. № 2 S. Малҳам

127. Rp: Lorinden C 15,

D. t. d. № 2 S. Мал..ам

Сурункали пиодермиялар, генодерматозлар, пуфакли дерматозлар ва тери бутуплигининг бўзилиши билан кечадиган турли хил тери касалликларида битиш

(эпителийланиш) жараёнини тезлаштирувчи малҳамлар, мойлар ва суюкликлар ҳам муҳим клиник аҳамиятта эга.

128. Rp: Sued Aloes 100,0 D. S.

129. Rp: Linimenti Aloes 50,0 D. S.

130. Rp: Ung. Kalanchoes 30,0 D. S.

131. Rp: Ol. Hippophaeae 100,0 D. S.

132. Rp: Methyluracili 3,0 Vaselini 30,0 M. f. ung. D. S.

133. Rp: Argent! nitratis 0,3

Vinilini 3,0 Ol. Persicorum 10,0 Lanplini 20,0 M. f. ung. D. S.

134. Rp: Cygeroli 50,0 D. S.

135. Rp: Cygeroli 5,0 Lanolini Vaselini aa 15,0 M. f. ung. D. S.

Тери ва таносил касалликларини маҳаллий цаволашда кўп ишлатиладиган доридармонлар қаторига яна қуйидагилар киради:

136. Rp: Beneylii benzoatis medicinalis 100,0 D. S.

D.S. Қўтир ва қизил хуснбузарни даволашда 10—20% ли совунли эритмаси ишлатилади.

137. Rp: Ung. Xeroformi 5% 100,0 D. S.

Сурункали дерматозлар, пиодермиялар ва асоратли аллергия дерматозларда кенг қўлланилади.

138. Rp: Picis liquidae

Xeroformii aa 3,0 Ol. Ricini ad 100,0 M.D.S.

Қўъбус, КПЗИЛ исси темиртки ва бошқа Т5^ггунчали дерматозларда сўрилиш жараёнини тезлаштириш мақсадида қўлланилади.

139. Rp: Zinci oxydati 20,0

Ol. Persicorum 80,0 M.D.S.

Болаларда кузатиладиган бир қанча сурункали дерматозларда қипикли ва каткалоқли қатламларни томшатиш, илгари суртилган малҳамлардан терининг зарарланган ўчоқлапини тозалаш мақсадида кўп ишлатилади.

140. Rp: Linimenti Synthomycini 10% 100,0 D. S.

Турли йирингли каоалликларда, дерматомпкозларда ва Оошца. сурункали дерматозларда антибактериал малҳам сифатида қўлланилади.

141. Rp: Protargoli 3,0 Glycerini 30,0

"M.D.S. Гонококкли ва гонококксиз уретритларда кенг қўлланилади, сийдик чиқариш йўлига юборилади.

142. Rp: Solcoseryl 20,0 D. t. d №2

S. Малҳам сурункали пиодермияларда битиш жараёнини тезлаштириш мақсадида қўлланилади.

МУНДАРИЖА

Сўз боши
(1машгулот)
Терининг умумий тузилиши
Терининг тошма элементлари
Захм
Захмнинг умумий кечиши
Бирламчи захм
(2 машгулот)
Захмнинг иккиламчи даври
Захмнинг учламчи даври (3машгулот;
Яширин захм
Захмда қўлланиладиган серологик реакциялар
Турма захм (4 машгулот,
Эрта туғма захм
Кеч туғма захм
Захмии даволаш
Специфик дори воситалари
Носпецифик даво усуллари
Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (биашгулот)
ОИТСда тери ва шиллиқ қаватларнинг зарарланиши
Сўзак (1машрулот)
Уретритлар
Қиз болалар сўзаги
Пиодермитлар (8машгулот)
Стафилодермиялар
Стрептодермиялар
Дерматитлар (9машгулот)
Гуш (экзема)
Эшакем
Болалар кичимаси
Терининг замбуругли касалликлари (Юмашгулот)
Кепаксимон темиртки
Эпидермофитид
Трихофития

Микроспория
Кандидозлар
Қўбус (псориаз) (Имашгулог
Қизил ясси темиртки
Пашшаҳўрда (12машЕулот)
Қўтир
Битлаш
Пўрсилдок пуфакли яра (13машгулот)
Учуксимон дерматоз
Кизил югурук
Склеродермия
Тиббий косметология (14машгулот)
Оддий ҳуснбузар
Қизил хуснбузар
Пес
Ўлкамизда кўп учрайдиган дерматозлар Асосий касаллик баённларидан
кўчирмалар
Тери ва таноеил касалликлари диагностикасида қўлланиладиган махсус
лаборатория текширув усуллари
Тери касалликлари диагностикасида қўлланиладиган ваҳеуе лаборатория
текширув усуллари
Венерологиядан масалалар
Дерматовенерологиядан тест синови учун савол ва масалалардан
намуналар
Тери ва таносил касалликларини даволашда қўлланадиган дори
моддаларининг қисқача рецептураси
Ўкув адабиёти

ШОДИЕВ ҲАКИМ К.АЮМОВИЧ
тиббиёт фанлари доктори, профессор,

АҲМЕДОВ КАҲРАМОН РАҲИМОВИЧ,
тиббиёт фанлари номзоди, додент

ТЕРИ ВА ТАИОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ибн Сино номидаги нашриётматбаа бирлашмаси, Тошкент Навоий кўчаси, 30:

Мухарририят мудири Б. Мансуров

Мухаррир А. Камолов

Бадий муҳаррир М. Зргашева

Техник муҳаррир В. Мсшчерякоиа

Мусахҳих С. Абдунабиева

Босмахонага 13.07.93. да берилди. Босишга 18.11.93 да рухсат этипд' Бичими 84x108¹,_ю Газета цоғози Адабий гарнитура. Юкори босма Шар' ли босма табод 13,02. Нашр. босма табок.14,1'. Шартлж бўёқоттиски 13,2: Жами 10000 нусха. 228 ракамли буюртма. Баҳоси шартнома асосид 62— 93 рацамли шартнома.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот кўмитаси Тошкент китобжТ) нал
фабрикаси, Юнубод даҳаси, Муродов кў.часи, 1.