

**Тиббиёт олий билимгоҳлари
талабалари учун**

**ЎҚУВ
АДАБИЁТИ**

Х.К. ШОДИЕВ, Қ.Н. АҲМЕДОВ

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

TOSHKENT -2010

ТИББИЁТ ОЛИМ БИЛИМГОХЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ЎҚУВ АДАБИЁТИ

Х.К. Шодиев, Қ.Р. Ахмедов

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

Тошкент
Ибн Сино номидаги
Нашриёт-матбаа бирлашмаси
2010

Тақризчи - **ВОИСОВ АДХАМ ШАВКАТОВИЧ** – Тошкент 1 – тиббиёт билимгоҳининг тери ва таносил касалликлари кафедрасининг мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Тошкент болалар тиббиёти олийгоҳининг болалар дерматология кафедрасининг жамоаси мазкур қўлланманинг чоп этилишига ҳомийлик қилган Суғдиёна савдо ишлаб чиқариш бирлашмасига ўз миннатдорчилигини билдиради.

Шодиев Х.К., Ахмедов Қ.Н.

Ш 74 Тери ва таносил касалликлари: Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун ўқув қўлланма. – Т.: Ибн Сино номидаги нашриёт–матбаа бирлашмаси, 1993. 248 б. – (Тиббиёт олий билимгоҳлари учун ўқув адабиёти).

1. Автордош.

Шодиев Х.К., Ахмедов Қ.Н. Кожные и венерические болезни.

Мазкур ўқув қўлланмаси тиббиёт олий билимдошларининг педиатрия қўллиёти талабаларига, болалар дерматологияси бўйича малакасини ошираётган врачларга, шунингдек педиатр-дерматологларига мўлжалланган.

Ш 4108170000 – 059

354(04) – 93

эълон қилинмаган

ISBN 5 – 638 – 00848 – 9

Шодиев Х.К., Ахмедов Қ.Н, 2010

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 куллийети талабалари учун кафедра ходимлари томонидан тузилган дастур асосида ўн тўрт машғулотга бўлиб ёзилган. Бу дастур Тошкент болалар тиббиёт олий билимгоҳининг ўқув-услубий 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 жараёни, клиник белгилари ва даволаш соҳасидаги замонавий маълумотлар қисқача тарзда берилди. Ҳозирги вақтда ўзбек тилида ёзилган дарслик ва қўлланмаларда баъзан тушуниш қийин бўлган жумлалар учраб турибди. Ўзбек тилидаги терминлар гоҳо масаланинг моҳиятини тўлиқ очиб бераётгани йўқ. Ана шундай камчиликларни четлаб ўтиш мақсадида биз дерматозларни таърифлаётганда содда ва аниқ терминлар ва иборалардан фойдаландик. Қўлланмага баҳо бериш ва ўз таклиф-мулоҳазаларини 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 қўъбус, тери лейшманиозини пашшахўрда, импетиғони ширинча, эктимани кўзюра, фолликулитни 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, шунингдек, ўз-ўзини 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 ўқув-услубий идораси талабларига жавоб беради деган умид билдирамыз.

Маълумки, тери ва таносил касалликлари диагностикасида қўлланиладиган махсус лаборатория текширув усуллари дерматовенерология бўйича ёзилган дарсликларда қисқа ёзилган, баъзи дарсликларда бу керакли бўлим 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 талабларини 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.

Врач-дерматолог ўзининг иш фаолиятида кўпгина жумбоқларга ёки ечими чигал масалаларга дуч келади. Бундай масалалар айниқса таносил касалликларига дучор бўлган беморлар билан ишлайдиган врачларимиз фаолиятида кўп кузатилади. Мазкур ўқув қўлланмаси ёрдамида биз ёш мутахассисларни диагностик чигалларни осонроқ ечишига ёрдамлашмоқчи бўлдик. Қолаверса, 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 туғдирди. Ҳанузгача кўпгина касалхоналарда касаллик тарихининг бу масъулиятли қисми пала-партиш, 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. Қўлланманинг ўзига хос услубда ёзилганлиги, анъанавий усуллардан четга чиқилганлиги туфайли қатор камчиликлари бўлса, ажаб эмас. Биз қўлланмага доир ҳар қандай таклиф ва танқидий мулоҳазаларни бажонидил қабул қиламиз.

1-МАШҒУЛОТ

1. Машғулотнинг мавзуси. Дерматовенерология тўғрисида умумий тушунча. Терининг умумий тузилиши ва вазифалари. Тери тошмалари. Захм, 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, вазифаларини ўрганади. Шунингдек турли-туман касалликларда кузатиладиган клиник манзараси 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 чамбарчас боғланган деб тушунади. Бундай принципда ёндошиш дерматозларнинг табиатини тўғри тушунишга ва самарали даво усулларини ишлаб чиқишга ёрдам беради. Махсус дерматология тери касалликларини турли-туман 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 очиб бера олмайди.

Таносил касалликларининг барчаси юқумлидир, яъни уларнинг махсус касаллик пайдо қилувчи микроорганизмлари мавжуд. Ҳозиргача таносил касалликлари қаторига захм, сўзак, юмшоқ яра, чов лимфогранулематози киритиларди. Бугунга келиб бу гуруҳга мансуб дардлар жинсий алоқа пайтида юқадиган касалликлар деган ном олди. Охирги ўн-ўн беш йил ичида жинсий алоқа пайтида юқадиган касалликлар сони бирмунча ошди: микоплазмоз, хламидиоз, донованоз, жинсий аъзолар герпеси (учуғи), ўткир учли кондилома, юқумли моллюск, трихомониаз, амёбиаз, лямблиоз, ачитқи замбуруғлар келтириб чиқарадиган вульвовагинит, човнинг битлаши, кўтир ва бошқалар шулар қаторига киради. Ижтимоий нуктаи 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.

ТЕРИНИНГ 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 м² ни ташкил этади. Терининг қалинлиги (тери ости ёғ қаватидан ташқари) 0,5-1 мм дир. Тери одам танасининг баъзи соҳаларида (оғиз, бурун, орқа чиқарув тешиги, сийдик йўли ва қин) аста-секин шиллик қаватга айланади. Терининг ранги қуйидагиларга: тана сатҳининг у ёки бу соҳасидаги тўқималарнинг турига, қон томирлари билан таъминланиш даражасига, теридаги махсус ранг берувчи модда - меланиннинг миқдорига боғлиқ. Тери сатҳида турли-туман шаклга эга бўлган майдончалар ва пушталарни кузатиш мумкин. Бу майдонча ва пушталар терининг у ёки бу соҳасида катта ёки кичик, узун ёки қисқа бўлса-да маълум бир йўналишда тортилгандир. Бу манзара қўл ва оёқ қафтларида яхши ва се-зиларли кузатилади. Айниқса қўл қафти ва оёқ қафтидаги ёнма-ён йўналишга эга бўлган дўмбоқча ва пушталар ҳар хил шаклда бўлиб, ҳар кимда ҳар хил бўлади. Шу туфайли икки марта такрорланмайдиган бу чизиқчалар ва йўналишлар баъзи одамларни танишда, яъни бир-биридан ажратишда муҳим белги ҳисобланади.

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

Тери икки асосий қаватдан иборат: устки қават (epidermis) ва асл тери (dermis, cutis propria). Тузилиш жиҳатдан бир-биридан тубдан фарқ қиладиган терининг бу икки қавати бир-бири билан чамбарчас боғлангандир. Терининг асл қавати ҳисобланган дерманинг остида тери ости қават (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. Қўл қафти ва оёқ қафтида жуда қалин, юқори қовоқнинг терисида ва жинсий олатнинг қалпоғида эса жуда юпқа. Тери пўсти хужайралари эпидермоцитлар деб аталади. Мазкур хужайраларнинг асосий қисми кератин моддасини ишлаб чиқаради, яъни 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 бир-биридан қисқа, кўзга кўринмас ёриксимон бўшлиқлар ажратиб туради. Бу хужайраларнинг тухумсимон шаклдаги ядролари хроматин моддасига бойдир. Шу туфайли уларнинг ядролари бошқа қаватларда жойлашган хужайраларнинг ядроларидан тўқроқ бўялади ва микроскопда яққол кўзга ташланиб туради. Асосий (базал) қават ўсувчи қават деган номни бежиз олмаган. Чунки эпидермиснинг устки қаватларида жойлашган хужайралар ўсувчи қават ҳосиласидир, яъни тери пўстини ташкил этувчи хужайралар базал қават хужайраларининг бўлиниб кўпайиши (митоз) натижасида ҳосил бўлган.

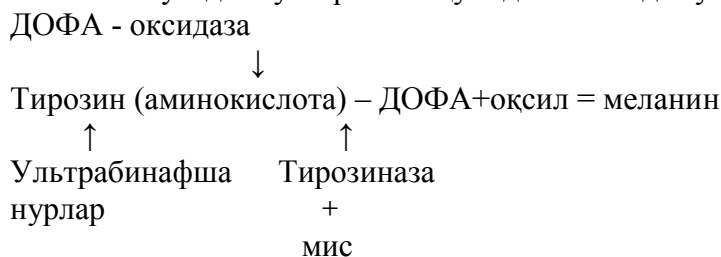
Кератиноцитлар протоплазмасининг юқори қисмида, ядро остида меланин доначалари жойлашган. Оқ танли одамларда меланин доначалари фақат базал қават хужайраларининг протоплазмаси таркибида кузатилади. Териси бугдой ранг кишиларда эса бу модда тиканли қават хужайраларида ҳам бўлади. Қора танлилар териси меланин моддасига жуда бой. Бу ирққа мансуб одамлар терисининг ҳатто донатор қават хужайраларида ҳам меланин доначалари кузатилади. Оқ танли кишилар терисининг баъзи соҳаларида (кўкрак безлари, мойк халтаси - ёрғоқнинг териси, ташқи чиқарув тешиги атрофида) меланин доначалари тиканли қават хужайраларида ҳам учраши мумкин.

Асосий қават кератиноцитлари орасида меланоцитлар жойлашган. Эпидермис таркибидаги меланоцит хужайралари биринчи марта 1917 йилда В. Bloch томонидан кашф

этилган. Бу ўсиқчасимон хужайраларнинг протоплазмаси меланин доначалари билан тўлган. Меланоцитлар ўз ўсиқчалари (тармоқлари) ёрдамида ёнида жойлашган кератиноцитлар билан боғланиб туради. Аслида териға ранг берувчи модда – меланин пигменти меланоцитлар ичида ҳосил бўлиб, ўз тармоқлари орқали меланинни кератиноцитларға 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 аста-секин ДОФАга айланади. ДОФА эса ўз навбатида ДОФА - оксидаза таъсирида меланинға ўтади. Бу жараёни куйидаги шаклда тушунтириш мумкин:



Меланин пигментининг ҳосил бўлиш жараёни гипофиз безида ҳосил бўладиган, меланин моддаси ишлаб чиқарилишига ундайдиган модда (гормон) билан идора этилади. Шунингдек, меланин ишлаб чиқариш адреналин, норадреналин, қалқонсимон без ва жинсий безлар гормонлари таъсирида идора этилади. Меланин моддасининг кўп ёки кам ҳосил бўлиши қуёш нурлари активлигига ҳам боғлиқ. Ана шу туфайли қуёшли мамлакатларда яшовчи халқларнинг териси қорамтир бўлади, шимолий халқларнинг 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 хужайралари сон жиҳатидан кератиноцитлардан анча кам бўлса-да, улардан анчагина йирик. Бу хужайраларнинг цитоплазмаси жуда тиниқ ва бунда осмиофил доначалари мавжуд. Меркель хужайраларига миелин моддаси бўлмаган 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 хужайралари

мавжуд. Тиканли қават кератиноцитлари бир-биридан ҳужайралараро ёриқ ва ариқчалар билан ажралиб туради. Бироқ мазкур ҳужайралар сертармоқ ва шохланган бўлиб, ана шу «тиканли» шохлар ёнма-ён жойлашган ҳужайралар протоплазмаси ичига кириб кетгандир. Шу йўл билан ҳужайралар жипслиги таъминланади. Бу қаватнинг тиканли деб ном олишининг сабаби ана шунда. Тиканли қават ҳужайралари бир-бирлари билан десмосомалар ёрдамида ҳам узвий боғланган. Десмосомалар икки қўшни ҳужайра элементларидан ташкил топган бўлиб, ҳар бир десмосома ўзига рўпара жойлашган иккинчи ҳужайра қобиғининг қаттиқлашган қисмини мужассамлаштирган. Тиканли қават ҳужайралари тери пўсти юзасига яқинлашган сари ўз шаклини ўзгартириб, яссилашиб боради, яъни тиканли қаватнинг пастки қаторларида жойлашган ҳужайралар кубсимон шаклда бўлса, унинг устки қаторларида эса ясси эпителий шаклида учрайди. Тиканли қават ҳужайраларининг ядролари юмалоқ ёки пуфаксимон бўлиб, хроматин моддасига бой эмас. Шунинг учун мазкур қават ҳужайра ядролари бўёқларни ўзига кам олади, бўяганда оч, рангпар бўялади. Ҳужайра цитоплазмасида кузатиладиган тонофибрил деб аталувчи шохсимон ўсимталар ҳеч қачон бир ҳужайрадан иккинчисига ўтмайди, улар цитоплазма қобиғида тугалланади.

Тиканли қават кератиноцитлари орасида Лангерганс ҳужайралари ҳам жойлашган. Бу ҳужайраларнинг ядроси оддий бўёқлар билан ёмон бўялади, улар бир қанча шохларга бўлинадиган сертармоқ ҳужайралар ҳисобланади. Таркибида меланин пигменти йўқ. Лангерганс ҳужайралари узоқ йиллар давомида нерв ҳужайраларининг махсус тури деб ҳисобланган. Чунки улар олтин бўёқлар билан жуда яхши бўялади, ҳужайраларнинг бу хусусияти нерв ҳужайраларига кўпроқ хосдир. Баъзилар Лангерганс ҳужайраларини собик пигмент ҳужайралари ҳам деб ҳисоблашади. Кейинги текширув ва кузатувларнинг кўрсатишича, бу ҳужайралар ҳужайралар фагоцитозиди фаол иштирок этар экан. Ҳозир Лангерганс ҳужайраларининг тери иммунитетидидаги роли тўғрисида маълумотлар кўпайиб бормокда.

Донадор қават (*Stratum granulosum*) тиканли қаватнинг энг юқори қаторида жойлашган ҳужайралар бўлиб, шакл жиҳатидан аста-секин яссилашиб сезиларсиз донадор қаватга ўтиб кетадики, бу икки қават ўртасидидаги чегарани ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлавермайди. Умуман донадор қават 1-2 қатор ясси – ромбсимон эпителий ҳужайраларидан иборат, терининг баъзи соҳаларида (қўл қафти, оёқ қафти) 3-4 қаторни ташкил этади. Бу ҳужайралар бир-бирлари билан жипс жойлашган, уларнинг ядролари тиканли қават ҳужайра ядроларига нисбатан кичикдир. Донадор қават ҳужайралари цитоплазмаси таркибида кератогиалин доналари мавжуддир, 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 ҳужайралари протоплазмасида тонофибриллалар деярли учрамайди. Терининг баъзи соҳаларида (юз териси, бурмалар) донадор қават кўпинча кузатилмайди.

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

Ялтироқ қават (*Stratum lucidum*) донадор қават устида жойлашган, у тери пўстининг 4-қавати ҳисобланади. Бу қават ядросиз бир хил тузилишга эга бўлган кератиноцит ҳужайраларидан, аникроғи элеидин моддасидан тузилган. Мазкур қаватда элеидин оксил моддасидан ташқари, гликоген ва ёғ моддалари (олеин кислота, липоидлар) ҳам бор. Элеидин қавати оддий бўяш усуллари билан бўялганда ялтироқ, тиниқ шишасимон 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 ташқи муҳит билан бевосита алоқа қилади, шу сабабли доимо ҳар хил омиллар таъсирида фаоллик кўрсатади. Мугуз қават қўл ва оёқларнинг ички юзасида, қорин соҳаси, одам танасининг ён юзаларида, айниқса ташқи жинсий аъзолар терисида жуда юпкадир. Қўл қафти, оёқ қафтида эса анчайин қалин, яъни жуда ривожланган. Шох қават ҳужайраларининг сони ташқи таъсиротларнинг кўп ёки камлигига ҳам боғлиқ. Терида таъсир этувчи омиллар

қанчалик кўп бўлса, мугуз қават шунчалик қалинлашади. Бу ҳол физиологик гиперкератоз деб аталади. Мугуз қават юпқа ва ядросиз шох ҳужайралар йиғиндисидан иборат. Мугузли пўстлар бир-бири билан жипс жойлашган. Шох тангачалар кератин деб аталувчи мугузли (шох) моддадан иборат. Кератин – альбуминга ўхшаш оксил модда бўлиб, олтингугуртга бойдир, лекин таркибида сув кам.

Асл тери – dermis, corium. Асл тери қўшувчи (бириктирувчи) тўқимадан иборат. Бирктирувчи тўқима толалари орасида коллаген, эластик ва аргирофил толалар, шунингдек силлиқ мушак толалари мавжуд. Шунингдек мазкур тўқима толалари орасидаги махсус бир тузилишга эга бўлмаган аморф оралик моддалар жойлашган. Бундай моддаларнинг диққатга сазовори гликозоаминогликандир. Бошқача қилиб ГАГ (гиалурон ва хондроитинсульфат кислота) дейилади. Асл тери ҳужайралари турли-туман бўлиб, улар фиброцитлар, гистиоцитлар, меланофаглар, фибробластлар, лимфоцитлардан иборат. Шунингдек плазматик ҳужайралар, ретикуляр ва эндотелиал ҳужайралар, лейкоцитлардан тузилган. Мана шу ҳужайралар ва толаларни бир-бири билан бириктириб умумий ягона тўқима ҳосил қилишда аморф оралик моддаларнинг аҳамияти катта. Асл терида шартли равишда икки қават фарқланади:

а) юзаки – сўрғичсимон қават (Stratum papillare),

б) чуқур - тўрсимон қават (Stratum reticulare).

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

Тери пўсти (эпидермис) ва асл тери (дерма)нинг орасида кўзга кўринар-кўринмас юпқа парда жойлашган. Бу парда асосий мембрана (membrana basilaris) дейилади. Базал парда диққат билан кузатилганда, унда ўсувчи қават ҳужайраларининг бармоксимон 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 ҳужайраларини, хусусан базал қават ҳужайраларини озиқ моддалар билан таъминлаш ҳам ана шу асосий парда орқали амалга оширилади. Базал парда гисто-кимёвий тузилиши жиҳатдан хондроитин-сульфат кислота, шунингдек липидлар ва мукополисахаридлардан тузилган. Терида кузатиладиган у ёки бу касалликларнинг шаклланиши асосий парданинг биологик ҳолатига ҳам боғлиқ.

Тери ости ёғ қавати (hypoderma). Тери ости ёғ қавати турлича ривожланган. Қорин ва думба соҳасида уларнинг қалинлиги бир неча сантиметрга етади. Ёғ 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 ёғ ҳужайралари билан тўлгандир. Ёғ ҳужайралари шарсимон шаклга эга, уларнинг тухумсимон ядролари ҳужайра цитоплазмасининг четида жойлашган. Янги туғилган чақалоқлар ва боғча ёшигача бўлган болаларнинг тери ости ёғ қавати юмшоқлиги ва ёғ бўлакчаларининг кўплиги билан катталарникидан фарқ қилади. Гиподерма оғирлигининг тана оғирлигига нисбати болаларда катталарникига нисбатан 5 марта кўпдир. Болаларда ёғ ҳужайраларининг цитоплазмаси кўпиксимон оппоқ бўлиб, ядроси катта бўлади. Ёғ ҳужайралари таркибидаги стеарин ва пальмитин ёғ кислоталарининг миқдори катталарникидан кўп, олеин ёғ кислотасининг миқдори эса камдир.

Тери безлари. Тери ёғ ва тер безларига бойдир. Ёғ безлари (glandulae sebaceae) терининг барча соҳаларида жойлашган, фақат қўл қафти ва оёқ қафтида йўқ. Ёғ безлари ва соч толаси ёнма-ён жойлашгандир, уларнинг ёғ чиқарув тешиги соч толасининг танасига

очилади. Терининг маълум соҳаларидагина (лабда, закар бошчасида, кичик жинсий лабларда, кўкрак безларининг сўргичларида) ёғ безларининг алоҳида ташқи чиқарув тешиги бўлиб, тери юзасига очилади. Битта соч толасининг атрофида 6-8 тагача ёғ безлари жойлашган бўлиши мумкин. Ёғ безлари морфологик тузилиши жиҳатидан оддий альвеоляр безлар қаторига киради. Безларнинг танаси бириктирувчи тўқимали қаватдан иборат, уларнинг энг ташқи қобиғи бир қатор тузилган призматик эпителийдан ташкил топган. Альвеоляр ҳужайраларнинг марказий қисми ёғ билан тўлган. Ёғ безларининг ташқи чиқарув йўллари кўп қаватли эпителий ҳужайралари 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 кучлироқдир. Шу сабабли уларда турли-туман 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 ҳужайралари ўз фаолиятлари натижасида нобуд бўлмайди. Апокрин безлари ҳужайраларининг 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: қўлтиқда, орқа чиқарув тешиги атрофида, кўкрак безларининг сўргичлари атрофида, катта жинсий лабларнинг терисида жойлашган. Уларнинг иш фаолияти жинсий безлар фаолияти билан боғлиқдир. Шу туфайли уларнинг фаолияти балоғатга 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) турли-туман бўлиб, бола ҳали она қорнидаги пайтидаёқ ўсиб чиқади. Бу бирламчи сочлар деб аталади. Бирламчи сочлар бола туғилмасданок ёки туғилгандан сўнг кўп ўтмасдан тушиб кетади. Сўнгра иккиламчи, яъни доимий сочлар чиқади. Доимий сочлар икки турга бўлинади: узун ва майин сочлар. Узун сочлар қўлтиқ остида, қов соҳасида, ташқи жинсий аъзолар терисида, юз терисида чиқади, бошнинг сочли қисмида, қўл ва оёқларда кўп ўсади. Майин сочлар балоғатга етиш даврида ўса бошлайди.

Тери қуйидаги вазифаларни бажаради:

- а) ҳимоя вазифаси - турли-туман таъсиротлардан сақлаш;
- 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 турли-туман 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 касалликлари диагностикаси тери ва шиллиқ қаватларда кузатиладиган турли-туман ўзгаришлар натижасида ҳосил бўладиган тошмалар (морфологик элементлар) га асосланади. Мазкур тошмалар дерматовенерологиянинг алифбосидир, бу алифбодаги ҳар бир ҳарф морфологик элементлардир. Тошмаларнинг тури, сони, характери, жойлашиш тартиби, кўп учрайдиган соҳалари у ёки бу дерматологик ташхис

кўйишни 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 ўзгаришлар бирламчи тошмалар деб аталади. Шу сабабли 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 бўлган-дан 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 қаттиқ-юмшоқлиги 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, лентикюляр, нуммуляр ва ясси бўлади.
3. **Дўмбоқча** (tuberculum) - яллиғланиш маддасининг шаклланишидан ҳосил бўлган тошма. Тошманинг сўрилиши оқибатида чандиқ ёки доғ қолади.
4. **Тугун** (nodus) - терининг чуқур қаватларида ҳосил бўладиган ўсмасимон қаттиқ элемент. Тери сатҳидан ҳамма ҳолларда бўртиб чиқавермайди.
5. **Қаварчиқ** (urtica) - тери сатҳидан бўртиб, қавариб чиқадиган чегараланган тошма. Юзаси текис ва силлиқ, қичишиш билан кечади.
6. **Пуфак** (bulla) - эпидермис ва унинг тагида суюқлик тўпланиши натижасида ҳосил бўладиган бўшлиқли элемент. Пуфак мугуз қават остида (субкорнеал), тиканли қават бағрида (интраэпидермал) ва асл терида (субэпидермал) жойлашиши мумкин. Кичиги нўхатдай, каттаси тухумдай келади.
7. **Пуфакча** (vesicula) - таркибида сероз ёки қонли суюқлик сақлайдиган кичик бўшлиқли тошма. Энг катта пуфакча тарикдек бўлади. Пуфакча асосан яллиғланган доғлар сатҳида тошади.
8. **Йирингча** (pustula) - таркибида йиринг сақлайдиган бўшлиқли элемент. Йирингча бўшлиғи эпидермисда ҳосил бўлади. Жойлашиш тарзига қараб юзаки, чуқур ва фолликуляр йирингчалар фарқланади.

Тери тошмалари фақат бир турдаги бирламчи элементлардан тузилган бўлиши мумкин. Бунга мономорф тошма (масалан, қўъбусдаги тугунчалар) дейилади. Тошмалар турли-туман 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 эпидермолизда пуфаклар билан қалок, шилиниш ва пигментли доғларнинг учраши бунга мисол бўлади.

Иккиламчи тошма элементларига қуйидагилар киради:

1. **Пигментли доғлар** (pigmentatio) – гиперпигментли ва гипопигментли бўлади. Гиперпигментли доғлар кўпинча бирламчи (тугунча, пуфакча, пуфак, йирингча) ва иккиламчи (ёрик, эрозия) тошмаларнинг ўрнида меланин пигменти тўпланиши натижасида ҳосил бўлади. Гипопигментли доғлар эса қипикланувчи доғлар ва тугунчаларнинг сўрилиши натижасида пайдо бўлади. Бундай доғлар сохта лейкодерма деб аталади (кепаксимон темираткида, қўъбусда).
2. **Қипик** (squama) – тери сатҳидан кўчиб тушадиган, ғоваклашган мугуз қаватнинг тангачасимон ҳужайраларидир. Ранги оқимтир, сарғиш, кулранг, жигарранг бўлиши мумкин. Катталигига қараб унсимон, кепаксимон, тангачасимон ва баргсимон бўлади.
3. **Қалок** (crusta) – бўшлиқли элементлар пардасининг ва улардан ажралиб чиққан суюқликнинг қуриши натижасида ҳосил бўлади. Бирламчи тошманинг характериға қараб сероз, йирингли, геморрагик қалоклар фарқланади. Шу сабабли уларнинг ранги сарик, яшил, қизил, қора бўлиши мумкин.

4. Бичилиш, нуқсон (erosio) – терининг юзаки нуқсони. Асосан пуфак, пуфакча ва йиринг пардаларининг 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 иссиз, чуқурлари эса чандикланиш йўли билан битади.

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

7. Яра (ulcus) – теридаги чуқур нуқсон. Баъзан нуқсон чуқурлиги тери ости ёғ қавати, мушак қавати ва ҳатто суякларгача 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 жойлашган 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, қаттиқлашади, қуриydi 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 эпидермис тиканли қаватининг ўсиши натижасида шаклланади. Улар асосан тугунча ва яра соҳаларида пайдо бўлиб, қонаши ва шилиниши мумкин.

ЗАХМ

Захм юкумли касаллик бўлиб, уни рангпар трепонемалар келтириб чиқаради (1905й.). Оқиш трепонемалар (*Treponema pallidum*) асосан жинсий йўл билан юққанлиги туфайли таносил касалликлари қаторига киради. Захм Оврупода «сифилис» деб аталади. Оқиш 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 бир текисда амалга оширилади (вальсга ўхшаш ҳаракат). Оқиш трепонемаларга хос юқорида баён этилган шакл ва хусусиятлар уларни сапрофит трепонемалардан ажратишда амалий ёрдам беради. Кўпинча оғиз бўшлиғида 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 урчуқсимон ҳаракат қилади (буни твистсимон ҳаракат дейилади).

Оқиш трепонемалар ташқи муҳитда, организмдан ташқарида, тез нобуд бўлади. Айниқса биологик суюқликларнинг сувсизланиши уларни қисқа муддат ичида қирилиб кетишига сабаб бўлади. Таркибида оқиш трепонемалар бўлган суюқликлар 60° гача қиздирилганда 15 дақиқа мобайнида, 100° гача қиздирилганда ўша заҳотиёқ нобуд бўлади. Турли-туман кимёвий моддалар (фенол, маргимуш, симоб эритмалари ва кислоталар) таъсирида ҳам тезда нобуд бўлади. Бироқ рангпар трепонемалар паст ҳароратга нисбатан чидамли бўлади. Жумладан, намли муҳитда 12 соатгача яшаши мумкин. Алоҳида ишлов берилган (консервация деб аталади) донорлар қонида захм кўзғатувчилари 3-6 кунгача тирик сақланиб қолиши ва патогенлик хусусиятини йўқотмаслиги мумкин.

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

Рангпар трепонемалар электрон микроскоп остида (Н. М. Овчинников, В. В. Делекторский) илонни ёки ёмғир чувалчангини эслатади. Шунингдек уларнинг уч қаватли қобиғи борлиги аниқланган. Айниқса уларнинг ташқи қавати жуда ривожланган бўлиб, антибиотикларнинг ҳужайра цитоплазмасига ўтишига тўсқинлик қилади. Трепонемалар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Ноқулай шароитларда (юқори ҳарорат, антибиотиклар таъсири, антагонист микроорганизмлар) циста ҳосил қилиб, ўзини ҳимоя қилиш хусусиятига эга, ёки L-шаклига, ёриқсимон ва ипсимон шаклларга кириши мумкин. Бундай нотипик шаклларда улар узоқ 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 узоқ муддат яширин кечиши мумкинлиги амалда исбот этилган.

Маълумки, рангпар трепонемаларнинг циста 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 суюқлик ва захм тошмаларидаги спирохеталарни қидириб топиш қоронғилаштирилган кўриш майдонида амалга оширилади. Бу Тиндал феноменига асосланган. Рангпар трепонемалар анилин бўёқларни ўзига ёмон қабул қилади, баъзан бу бўёқлар билан умуман бўялмайди. Захм қўзғатувчиларининг рангпар ёки оқиб трепонемалар деб аталиши бежиз эмас. Бундан ташқари, спирохеталар бўялганда улар нобуд бўлиб, муҳим фарқловчи белги, яъни ўзига ҳос ҳаракат турларини кузатиш имкони бўлмайди. Бу ҳол патоген спирохеталардан сапрофит спирохеталарни ажратиш имкониятидан маҳрум этади. Шу сабабли захм қўзғатувчилари тирик ҳолатларда текширилади. Бунинг учун микроскопнинг конденсо-рига қора қоғоз қўйилиб, кўриш майдони қоронғилаштирилади ва ён томондан ёруғлик нури берилади. Текшириш учун захм тошмаларидан бир-икки томчи тўқима суюқлиги (серум деб аталади) олиниб, предмет (буюм) ойнасига томизилади, сўнгра бир-икки томчи физиологик эритма томизилиб спирохеталарнинг ҳаракатланиши учун қулай шароит яратилади. Текшириладиган суюқлик қоғлағич ойнача билан ёпилиб микроскоп стол-часига қўйилади. Тегишли ёруғлик ва катталаштирувчи ускуналар ёрдамида кўриш майдони топилгач, спирохеталарни қидира бошланади. Қоронғи кўриш майдонида рангпар трепонемалар кумуш рангда жилваланади. Борди-ю 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 қўзғатувчилари топилмаса, лимфа тугунларининг пунктати – тўқима суюқлиги текширилади.

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

1. Жинсий йўл - жинсий алоқа пайтида зарарланиш. Бунга жинсий аъзолар иштирок этадиган яқинликнинг барча турлари киради. Бемор жинсий аъзоларида жойлашган тошмаларда рангпар трепонемалар кўп микдорда бўлади.

2. Ножинсий йўл:

а) жинсий аъзолар иштирокисиз яқинлик қилиш

(ўпишиш, тўшақда бирга ётиш);

б) қон орқали юқиш (захмга чалинган беморларнинг қони қуйилганда);

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

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

Захм касаллигининг юқиш шароитлари. Захмга учраган беморлар билан яқинлик қилиш касаллик юқтириш деган сўз эмас. Захм қўзғатувчиларини соғлом кишига ўтиши учун қуйидаги шартлар мавжуд бўлиши лозим;

1) тери ва шиллиқ қаватлар бутунлигининг бузилиши. Захм касаллиги бор беморлар билан жинсий ва бошқа турдаги алоқа бўлганда терининг бутунлиги бузилиши мумкин. Шунингдек, тери ва шиллиқ қаватларда турли-туман яра-чақаларнинг бўлиши захм қўзғатувчиларининг терининг чуқур қаватларига кириб бориши учун шароит яратади. Рангпар трепонемалар соғлом теридан ўта олмайди.

2) «янги» организмга ўтган спирохеталар микдорининг кўплиги. Маълумки, тери орқали ўтган рангпар трепонемалар организмнинг фагоцитар қаршилигига учрайди. Агар юққан спирохеталар микдори кам бўлса, уларнинг барчаси макрофаглар томонидан nobуд этилади. Кўп микдорда 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 ғолиб чиқади. Турли-туман антибиотиклар таъсирида заифлашган трепонемалар микдори кўплигига қарамасдан макрофаглар томонидан қириб юборилади. Даволанаётган захмли беморлар билан жинсий яқинлик қилинганда касалликнинг кўпинча юқмаслик сабаби ҳам ана шунда.

4) макроорганизм иммунобиологик ҳолатининг кескин пасайиши. Турли касалликлар бемор организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилятини пасайтириб юборади, жумладан, фагоцитлар активлигини сусайтиради. Бу ҳол организмни касаллик юқтиришга мойил қилиб кўяди.

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 пайдо бўладиган захм белгилари бемор организмда кетаётган захм жараёни қайси даврга тўғри келганлигига боғлиқ. Масалан, қўшимча зарарланиш захмнинг яширин даврига бирламчи захмнинг дастлабки кунларига навбатма-навбат янги қаттиқ яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади. (*ulcera indurata succenturata*). Иккиламчи яширин захм даврида қўшимча спирохеталар тушса, бемор терисида иккиламчи захм белгилари (тугунча ва доғ) пайдо бўлишига олиб келади. Шу сабабли венерологнинг иш фаолиятида суперинфекцияни реинфекциядан, шунингдек, суперинфекцияни касалликнинг қайталанишидан ажратиш қийин бўлади.

ЗАХМНИНГ УМУМИЙ КЕЧИШИ

Захм юқумли касалликлар қаторига киради. Барча юқумли касалликлар сингари захмнинг кечиши даврларга бўлиниб циклик ўзгаришлар билан бўлади. Орттирилган ва даволанмаган захмнинг кечишида даврларнинг алмашилиб туриши кузатилади. Захм маълум бир даврининг бошқа давр билан алмашилиши маълум қонуниятлар асосида боради, буни француз сифилидологи Ф. Рикор исботлаб берган. Ана шунга биноан захмнинг тўрт даври: инкубацион, бирламчи, иккиламчи ва учламчи даврлари фарқланади. Рикорнинг фикрича, юқорида санаб ўтилган даврларнинг навбатма-навбат тартиб билан алмашинуви шартдир. Масалан, бирламчи захм белгилари кузатилган беморда учламчи захм белгилари намоён бўлишидан аввал албатта иккиламчи захм симптомлари кузатилиши шарт. Мазкур қонуният фақат орттирилган ва даволанмаган захмга тегишлидир.

Захмнинг инкубацион (яширин) даври рангпар трепонемалар организмга тушганидан то аниқлангунча бўлган даврни ўз ичига олади, у ўрта ҳисобда бир ойни ташкил этади. Энг қисқа яширин давр 2 ҳафтадир, бу ҳол организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобиляти кескин пасайиб кетган беморларда (оғир юқумли касалликлар, сил, қанд касаллиги, жарроҳлик

муолажаларидан сўнг ва ҳоказо) кузатилади. Яширин даврнинг қисқариши трепонемаларнинг даражаси ва микдорига ҳам боғлиқ. Яширин давр чўзилиб кетиши организмга юборилган антибиотиклар ва бошқа трепонемоцид дориларга боғлиқ. Антибактериал моддалар бемор организмга қанчалик кўп юборилган бўлса, яширин давр ҳам шунчалик чўзилади.

Амалий сифилидологияда яширин даврнинг максимал узайиш муддати уч ой деб қабул қилинган. Агар касаллик юқиш хавфи аниқланган кундан уч ой мобайнида қаттиқ яра ҳосил бўлмаса ва классик серологик реакциялар манфийлигича қолса, текширилаётган шахс соғлом ҳисобланади.

Бирламчи захм (syphilis primaria) ўрта ҳисобда 6-8 ҳафта давом этади. Бу даврда тери ва шиллиқ қаватларнинг маълум соҳаларида, кўпинча жинсий аъзолар соҳасида қаттиқ яра ҳосил бўлади, шунингдек лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади. Қаттиқ яра (бирламчи сифилома) ҳосил бўлгандан сўнг 2-3 ҳафта мобайнида КСР (ВР, КР, ЗВР) манфий натижалар беради. Бу давр бирламчи сероманфий захм (syphilis 1 seronegativa) деб юритилади.

Сўнгга серологик реакциялар, жумладан Вассерман реакцияси мусбат натижалар беради, бу даврга бирламчи серомусбат захм (syphilis 1 seropositiva) дейилади. Захмнинг бирламчи даврининг сероманфий (негатив) ва серомусбат (позитив) захмларга бўлиниши фақатгина Вассерман реакциясининг натижасига боғлиқ. Зеро бирламчи захмнинг бу иккала даврида қаттиқ шанкр ва лимфаденитдан бошқа белгилар кузатилмайди. Кўпинча қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан сўнг 1 ҳафта ўтар-ўтмас ўша соҳадаги лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади (регионар лимфаденит деб аталади). Захмнинг бирламчи даври охирига келиб қаттиқ шанкрдан узоқда жойлашган лимфа тугунларини ҳам пайпаслаш имкони яратилади. Аниқроғи, регионар 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 захмга ўтади. Тери ва шиллиқ қаватларда турли-туман тошмалар (кўпинча доғлар ва тугунчалар, баъзан йирингча ва пуфакчаларнинг) пайдо бўлиши **захмнинг иккиламчи даври** (syphilis secundaria) бошланганидан гувоҳлик беради. Иккиламчи захм белгилари дастлаб намоён бўлганда унга иккиламчи янги захм (syphilis II recens) номи берилади. Мазкур белгилар кўпи билан 2-3 ой мобайнида ҳеч қандай даво чораларисиз йўқолади, бунда ҳатто из ҳам қолдирмайди. Бу давр иккиламчи яширин захм (syphilis II latens) деб номланади. Юқорида қайд этилган тошмаларнинг такрорий намоён бўлиши (айниқса, тугунчалар ва доғларнинг) иккиламчи қайталанган 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, ҳалқа, тақа ва ҳоказо) пайдо бўлади.

Захмнинг учламчи даври (syphilis tertiaria) касаллик юққандан сўнг, камида 3-5 йил ўтгандан сўнг ривожланади, баъзан (даво чоралари ўтказилмаганлигига қарамасдан) узоқ йиллардан сўнг шаклланади. Учламчи захмга алоқадор тошмалар (тугунчалар ва дўмбоқчалар) фақатгина тери ва шиллиқ қаватларда жойлашибгина қолмасдан, балки ички аъзоларда, асаб системаси, суяк ва бўғимларни ҳам зарарлайди. Учламчи захм белгилари тери ва шиллиқ қаватларни четлаб ўтиб, биринчи навбатда ички аъзоларда ва асаб системасида кўриниши мумкин. Захмнинг дастлабки (эрта) даврларида 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 ташқи ва ички омилларга боғлиқ. Бу омиллар ичида беморнинг ёши, турмуш ва меҳнат шароитлари, беморда кузатилган бошқа касалликлар муҳим роль ўйнайди.

Биз юқорида орттирилган ва даволанмаган захмнинг кечишида захм даврларининг навбат билан биридан иккинчисига ўтиши шарт эканлигини таъкидлаган эдик. Бироқ охириг қарийб 20 йиллик кузатувлар (М. В. Милич, 1968) захм жараёнидаги даврлар алмашинуви ҳамма вақт ҳам маълум қонуният асосида кечмаслигини кўрсатди. Қатор беморларда захм касаллиги юққандан сўнг белгисиз (симптомсиз) кечиши мумкин ва бундай белгисиз кечиш узоқ йиллар давом этиши мумкин. Кейинги йилларда сифилидология бўлимларида захмнинг кечиккан турлари билан даволанаётган беморларнинг кўпчилиги (70-90%) ўз касалликлари тарихини ҳикоя қилаётганларида, ёшлигида захм билан оғримаганликларини таъкидламоқдалар. Улар тери ва шиллиқ қаватларида умр бўйи ҳеч қандай тошмалар кузатмаганлигини исботлашга уринмоқдалар. Бу ҳол захмнинг узоқ йиллар мобайнида симптомсиз кечиши мумкинлигини кўрсатмоқда. Кейинги йилларда очилган кашфиётлар, серологик фанида аниқланган янгиликлар бу фикрни тасдиқламоқда. Маълумки, спирохеталар «янги организмга» ўтгандан сўнг ўзига қулай шарт-шароитлар топа олмаса, атипик шакллари 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 узоқ йиллар давом этиши мумкин. Турли-туман сабабларга кўра трепонемоцид дорилар қабул қилиш, жумладан антибиотиклар билан даволаниш «ноқулай муҳит» муддатининг чўзилишига, яъни захмнинг яширин кечиш муддатининг узайишига олиб келади. Бундай ҳолларда захмнинг юқумли, эрта даври белгилари кузатилмайди. Ниҳоят, йиллар ўтиши билан организмнинг заифлашиши натижасида захмнинг бирор даври белгилари рўёбга чиқади.

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

3. Маънотнинг мақсади.

Талабалар дерматовенерология фани тўғрисида умумий маълумотларга эга бўлишлари, терининг тузилиши ва вазифаларини тўғри баён қилишлари лозим. Улар терида кузатиладиган тошмалар – бирламчи ва иккиламчи элементларни ёд билишлари, уларнинг диагностик моҳиятини англашлари лозим. Шунингдек захм тўғрисида керакли маълумотларни ва касалликнинг умумий кечишини билишлари лозим. Талабалар қуйидагиларни яхши ўзлаштириб олишлари лозим:

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

4. Уйга вазифа.

- 1) Терининг ранги нималарга боғлиқ?
- 2) Мальпиги қавати тузилишини тушунтиринг.
- 3) Бирламчи тошмалар иккиламчи тошмалардан қандай фарқланади?
- 4) Захм касаллиги юқиши учун қандай шарт-шароит зарур?
- 5) Орттирилган манифест захмнинг одатдаги кечишини тушунтиринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. М. 1983. 5-12, 21-29, 376-383-бетлар.

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М. 1985, 5-36, 253-273-бетлар.

П. В. Кожевников. Общая дерматология. Л. 1970. 69-114-бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Морфологик элементлар билан танишиш;	а) беморлар терисида кузатиладиган у ёки бу тошмаларни кўриб чиқиш; б) кузатилган тошмалар характери-ни дафтарга ёзиб олиш;	а) тери касалликларида учрайдиган тошмаларни ўзлаштириш; б) орттирилган захмнинг кечиши ва турларини ўзлаштириш.
2. Захмнинг умумий кечиши билан танишиш (чизмалар, расмлар, слайдлар асосида):	а) элементлар тошиши билан кузатиладиган нохуш белгиларни (қичишиш, ачишиш ва х.к.) беморлардан сўраб суриштириш; г) орттирилган захмнинг умумий кечиш схемасини дафтарга чизиш;	

2-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Бирламчи ва иккиламчи захм.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Захмнинг бирламчи даври.

Касаллик юққандан 3-4 ҳафта ўтгач оқиш трепонема тушган жойда қаттиқ шанкр ҳосил бўлиши билан захмнинг бирламчи даври бошланади. Агар касаллик одатдагича ўтадиган бўлса, захмнинг бу даври 6-8 ҳафта давом этади. Серологик реакцияларнинг (СР) манфий ёки мусбат эканлигига қараб бирламчи серонегатив (СР-манфий) ва бирламчи серопозитив (СР-мусбат) захмга бўлинади.

Энди касалликнинг яширин даври, қаттиқ шанкр, унинг атипик формалари, асоратлари, регионар бубон, бирламчи серонегатив ва серопозитив захм тўғрисида батафсил тўхталиб ўтамиз.

Касалликнинг яширин даври ўрта ҳисобда 3-4 ҳафта давом этади, лекин бу давр 9-10 кунгача қисқариши ёки 3-6 ойгача узайиши ҳам мумкин. Инкубацион даврнинг қисқариши қуйидаги ҳолларда кузатилади: гиповитаминоз, ички аъзолар сили, сурункали алкоголизм, ревматизм, ошқозон-ичак касалликлари ҳамда орттирилган иммунитет етишмовчилиги синдроми (СПИД). Кейинги йилларда инкубацион даврнинг 6 ойгача чўзилиш ҳоллари кўп қайд этилмоқда. Бу ўзгаришларнинг асосий сабабларидан бири аҳоли томонидан антибиотикларни пала-партиш кўп қўлланилиши ҳисобланади. Бу ҳол инкубацион давр муддатини чўзиб юборади. Шунингдек сўзак ва захм билан бир вақтнинг ўзида касалланиш, сўзакка қўлланадиган антибиотиклар миқдори захмнинг яширин даврида ҳам оқиш трепонемаларни йўқ қила олмайди, бу миқдор фақат яширин даврни бир неча ойга чўзади холос.

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 терисида ва унга яқин жойларда учраб, касалликнинг жинсий йўл билан юққанлигини кўрсатади. Касаллик ножинсий йўл билан юққанда қаттиқ шанкр жинсий органлардан ташқарида жойлашади ва экстрагенитал қаттиқ шанкр деб аталади, яъни оғиз шиллиқ пардасида, бодомча безларида, лаб терисида, бармоқларда ёки оқиш спирохета тушган ҳар қандай бошқа жойда учраши мумкин. Қаттиқ шанкрнинг бошқа тошмалардан фарқ қилувчи ўзига хос белгилари бор. Бу тошма яра ёки эрозия кўринишида бўлиб, овал ёки думалоқ шаклда, агар тери ёки шиллиқ пардалар бурмаларида жойлашган бўлса, тирқишсимон кўринишда бўлади. Бирламчи сифиломанинг четлари текис бўлиб, тубига томон нишаб бўлиб боради, юзаси текис, силлик, янги гўшт рангида бўлиб, ялтираб туради, вақт ўтиши билан сар-ғайиб, юзасидан озгина сероз суюқлик-ғубор (тўкима суюқлиги – серум) чикиб туради ва микроскопнинг қоронғилатилган майдонида кўрилганда жуда кўп оқиш спирохеталарни топиш мумкин. Бирламчи сифилома пайпаслаб кўрилса, асосида тоғайсимон қаттиқлик (инфильтрат) сезилади, шунинг учун ҳам қаттиқ шанкр деб аталади. Ярали шанкрларда бу инфильтрат яққол сезилиб туради. Қаттиқ

шанкрнинг катталиги туғноғич бошидан тортиб (митти шанкр), 5 тийинлик чақадек (бахайбат шанкр) бўлиши мумкин. Қаттиқ шанкр кўп ҳолларда субъектив ўзгаришлар юзага келтирмайди. Илгарилари захм қаттиқ шанкрнинг якка чиқиши билан ифодаланарди. (80-90%). Кейинги йилларда эса икки ва ундан ортиқ шанкрли беморлар сони (34-45,7%) кўпайиб бормоқда. Бундан ташқари, ярали шанкрлар сони ҳамда уларнинг йирингли асоратлари кўп учрамоқда. Қаттиқ шанкрнинг эркакларда орқа чиқарув тешиги атрофида, аёлларда эса оғиз шиллиқ пардаларида жойлашиш ҳоллари тез-тез кузатилмоқда.

Оддий шанкрлар ўрнида баъзида атипик шанкрлар учрайди ва улар куйидаги кўринишларда бўлиши мумкин: 1) жинсий органларнинг қаттиқлашган шиши; 2) ҳасмол-шанкр; 3) шанкр-амигдалит – бодомча безларининг шанкри.

Қаттиқлашган шиш – одатда катта ва кичик жинсий лаблар, жинсий олат халтачаси соҳасида (лимфа томирларига бой жойларда) учрайди ва тарқоқ инфильтрат ҳисобига бу аъзолар бир неча марта катталашади. Шикастланган жойга қўл билан босиб кўрилса, ўрнида чуқурча қолмайди. Шиш соҳасидаги тери ўзгармайди, баъзи ҳолларда эса кўкимтир-бинафша рангида бўлиб, касаллик айтарли безовта қилмайди. Чов лимфа тугунлари катталашади.

Ҳасмол-шанкр кўпинча шифокорларда (лаборантларда, гинекологларда, стоматологларда, жарроҳларда) учрайди. Ҳасмол-шанкр қўл жимжилоғи шишиши, кўкиш-гунгурт рангли бўлиши ва оғриқ билан ўтиши билан оддий ҳасмолни эслатади, лекин қаттиқ инфильтратнинг борлиги, ўткир яллиғланишнинг бўлмаслиги ҳамда тирсак лимфа тугунларининг катталашishi ҳасмолнинг аниқ табиатини англаб олишга ёрдам беради. Шунга қарамасдан, фақат клиник белгилари асосида ҳасмол-шанкр деб хулоса чиқариш нотўғри ҳисобланади.

Шанкр-амигдалит – бодомча безининг катталашishi ва қаттиқлашishi билан таърифланади. Агар бодомча беzi устида эрозия ёки яра бўлса, унда шанкр-амигдалит эмас, балки бодомча беziда жойлашган бирламчи сифилома деб ҳисобланади. Бодомча беziдаги яллиғланиш чегараланган бўлиб, атрофдаги шиллиқ пардалар ўзгармайди, жағ ости лимфа тугунлари катталашади, склерадениит бир томонлама жойлашади ва ютинганда оғриқ сезилмайди, бадан ҳарорати ўзгармайди. Буларнинг ҳаммаси шанкр-амигдалитни катарал ангинадан фарқ қилишга хизмат қилади.

Уччала ҳолда ҳам касаллик тарихини суриштириш, 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 гангренази 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 сероз суюқлик йирингланади, бу эса ўз навбатида оқиш трепонемани топишни қийинлаштиради.

Баланит – закар бошчасининг яллиғланиши бўлиб, ўз вақтида даволанмаса, закар бошчасини ёпиб турган халтачани ҳам яллиғлантиради, яъни **баланопоститга** айланади. Баланопоститда яллиғланиш 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 кўриб бўлмайди. Фимоз ҳолатида закар бошчасини куч билан очишга ҳаракат қилиш парафимозга олиб келади. Парафимоз қаттиқ шанкрнинг ўзига хос асоратларидан бўлиб, йиринг закар бошчасини сиқиб қўяди, бу эса закар бошчасида қон айланишининг бузилишига олиб келади. Вақтида даво чоралари кўрилмаса, унинг чиришига сабаб бўлиши мумкин.

Жинсий олат гангренази ва фагеденизми – қаттиқ шанкрнинг жиддий асоратларидан бўлиб, фузоспериллёз инфекция тушиши ҳисобига юзага келади. Гангрена бошланганда шанкр туби ириб, унда қора рангли чирик чиқинди ҳосил бўлади. Фагеденизацияда эса ириш қаттиқ шанкрдан ҳам ичкарига, ҳам атрофга тарқалиб боради. Натижада жинсий олат

қисмларга ажралади. Бу асоратлар бемор ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, бадан увишиши ва бошқа заҳарланиш аломатлари билан ўтади. Яра битгандан кейин ўрнида хунук чандиқ қолади.

Юқорида айтиб ўтганимиздек, қаттиқ шанкр асоратлари оқиш трепонемани топишни бирмунча қийинлаштиради. Текшириш олдидан қаттиқ шанкр юзаси натрий хлориднинг изотоник эритмасида ҳўлланган пахта бўлакчаси билан тозаланади (пахтани намлашда дезинфекция қиладиган эритмалардан фойдаланиш мумкин эмас). Агар асоратлар фимоз ёки парафимоз кўринишида бўлса, яллиғланишни камайтириш ва шунинг натижасида закар бошчасини очиш мақсадида сульфаниламид препаратлари ичишга берилиб, жинсий олат натрий хлориднинг илиқ изотоник эритмасида ювилади. Парафимоз дори-дармон қўлланилганда қайтмаса, у ҳолда жарроҳлик билан ҳатна (суннат) қилинади. Бирламчи заҳмнинг иккинчи энг муҳим белгиси - **регионар склераденидир**. Қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан 7-10 кун ўтгач, унга энг яқин жойлашган лимфа тугуни катталашади. Лимфа тугунларининг катталиги нўхатдан тортиб ўрмон ёнғоғигача бўлиши мумкин. Заҳм лимфаденитига қуйидаги белгилар хосдир:

1. Лимфа тугуни устидаги ва атрофдаги терининг ранги ўзгармайди, оғриқ билан кечмайди.
2. Лимфа тугунлари ҳаракатчан, босиб кўрилганда жуда қаттиқ бир-бири билан ҳам, атрофдаги тўқималар билан ҳам қўшилмайди.
3. Лимфаденид анча вақт сақланиб туради ва жуда секинлик билан йўқолади.

Агар қаттиқ шанкр йўғон ичакда ёки бачадон бўйинчасида жойлашган бўлса, регионар склераденид қорин бўшлиғининг пастки қаватида жойлашган бўлади, шу сабабли уни пайпаслаб бўлмайди, бу эса диагноз қўйишда бир оз қийинчилик туғдириши мумкин.

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

Қаттиқ шанкрни қуйидаги касалликлардан фарқлаш керак: пуфакчали темиртки, қўтир эктимаси, эрозияли баланопостит, рак яраси.

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

Қўтир эктимаси – йирингли яра ва қўтир касаллигининг асорати сифатида намоён бўлади. Яра йирингли қора қўтир билан қопланиб, атрофидаги тери яллиғланади, яра тубида қаттиқлик сезилмайди. Бундан ташқари, беморни тунги кичишиш безовта қиладди.

Эрозив баланопостит закар бошчаси ва халтачасида нотўғри шаклдаги катта-кичик эрозиялар бўлиши билан таърифланади, уларнинг тубида қаттиқлик ва атрофида яллиғланиш бўлмайди. Регионар лимфа тугунлари катталашмайди.

Рак яраси аста-секин ривожланиб бориши билан характерланади. Яранинг четлари қалин, гўё ағдарилиб чиққандек кўринади, яра туби нотекис бўлиб, қон аралашган суюқлик ажралиб туради, лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилганда қўлга қаттиқлик уннайди, атрофдаги тўқималар билан бирикиб кетган бўлади.

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

Юқорида кўрсатилган лаборатория ҳулосалари асосида касаллик тасдиқлангандан кейин даво чоралари бошланади.

ЗАХМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИ

Одатда қаттиқ яра пайдо бўлгандан сўнг 6-7 ҳафта, ёки касаллик юққандан сўнг 9-10 ҳафта ўтгач бошланади. Бу давр кўпинча касалликнинг дастлабки (продромал) белгилари кўринишида бошланади. Тери ва шиллиқ қаватларда тошмалар тошишидан 7-10 кун аввал кузатиладиган бу ҳолат беморларда турлича кўринишда кечади. Беморлар кўпинча дармонсизлик, иш қобилятининг пасайиши, бош оғриғи, суяк, бўғим ва мушакларда оғрик бўлишидан ҳамда бадан ҳароратининг кўтарилишидан ($38-39^{\circ}\text{C}$ гача) шикоят қиладилар. Бу ҳолат ҳамма беморларда ҳар хил кўринишда ўтиб, асосан касаллик қўзғатувчи оқиш трепонемалар қонда ёппасига тарқалган даврига тўғри келади.

Иккиламчи захм тери ва шиллиқ қаватларда турли кўринишдаги тошмаларнинг тошиши билан бошланади, бу бемор организмнинг касалликка умумий жавоб реакциясидир захмнинг бу даврида иккиламчи янги, иккиламчи яширин ва иккиламчи қайталама захмлар тафовут қилинади. Иккиламчи захм касаллик юққандан 2,5-3 ой, айрим ҳолларда 1 ойдан кейин бошланади ва ўз вақтида даволанмаса 2-3 йилга чўзилади.

Иккиламчи захм тери сатҳи ва шиллиқ қаватларида тошмалар тошиши билан бошланади. Тошмалар думалоқ шаклда бўлиб, бетартиб, бир-бири билан қўшилмаган, тўқ қизил ёки қизил бўлади. Тошмалар нохуш белгиларсиз кечади, беморлар даволанмаса ҳам ўз-ўзидан изсиз йўқолиб кетади. Касаллик қўзғатувчи трепонемалар тошмалар сатҳида кўп миқдорда бўлади, шунинг учун беморлар бу даврда атрофдаги кишилар учун хавфли ҳисобланадилар.

Классик серологик реакциялар иккиламчи янги захмда 100% иккиламчи қайталама захмда 96-98% мусбат натижалар беради. Реагинлар миқдори янги захмда жуда юқори (1:160, 1:320), қайталанган захмда эса паст (1:30, 1:60) бўлади. РИФ (иммунологик ёғдуланиш реакцияси) иккиламчи захмли 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: кўпроқ доғлар (розеола, лейкодерма) ва тугунчалар. баъзан йирингча ва пуфакчалар кузатилади. Шунингдек сочнинг тўкилиши, шиллиқ қаватлар ва ички аъзоларнинг зарарланиши юзага келади. Мазкур даврда суяк ва бўғимлар ҳам шикастланади. Иккиламчи захм доғлари яллиғланган, чегараланган, пушти рангли бўлиб, босиб кўрилганда йўқолади. Кўпинча айланма ёки овал шаклда баъзан шаклсиз бўлиб, бир-бири билан қўшилмайди, тери сатҳидан бўртиб чиқмайди. Баъзан розеолалар қўшилиб (*roseola confluens*) ёки тери сатҳидан сезилар сезилмас кўтарилиб чиқиши (*roseola elevata*) мумкин. Одатда доғлар қипиқланмайди, нохуш белгилар билан кечмайди. Орадан 3-4 ҳафта ўтгач розеолалар изсиз йўқолиб кетади. Қайталанган розеолалар катталиги, ранги, гуруҳлашишга мойиллиги билан бирламчи розеолалардан 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, тўқ қизил, кўкимтир қизил тус олади. Тўмтоқ найча (зонд) билан босиб кўрилганда беморлар оғрикни сезадилар (Ядассон белгиси). Касаллик тузалиб борган сайин тугунчалар қипиқланади ва тугунча сатҳида (юзасида) айлана ёқа (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 қипиқлар билан қопланади. Шунингдек, стеарин доғи, псориастик парда, қонли шудринг симптомлари уни захм тугунчаларидан фарқлашда ёрдам беради. Захмда тери бурмаларида жойлашган тугунчалар терлаш натижасида, иссиқлик ва ишқаланиш таъсирида сувчирайди, тугунчаларни қоплаб турган шох қавати ғовакланиб бўқади, натижада тугун сатҳига сероз суюқлик сизиб чиқа бошлайди. Бу суюқликнинг таркибида оқиш спирохеталар кўплаб топилади. Шилинган тугунчалар (*syphilis papulosa erosiva*) мана шундай ҳосил бўлади. Захм пиллакчалари ва тангачасимон тугунчаларнинг ишқаланиб сувчираши натижасида сербар кондилomalар

ҳосил бўлади. Улар кўпинча жинсий аъзолар соҳасида, орқа чиқарув тешиги атрофида кузатилади, ташқи кўриниши билан улар ўсмаларни эслатади. Сувчираган тугунчалар ва сербар кондиломалар иккиламчи қайталанган захмда кўп учрайди.

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

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

- 1) ҳуснбузарсимон сифилид;
- 2) чечаксимон сифилид;
- 3) захм ширинчаси;
- 4) захм кўз яраси;
- 5) захм рупияси.

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

1-жадвал

Иккиламчи янги ва қайталама захмларни бир-биридан клиник фарқлаш

Касаллик белгилари	Иккиламчи янги захмда	Иккиламчи қайталама захмда
1. Тошмалар сони ва жойлашиш характери	1. Кўп сонли, симметрик жойлашган	1. Кам сонли, айрим соҳаларда
2. Тошмалар катталиги ва ранги	2. Майда, баъзан жуда майда ва қизил, пушти ранг	2. Катта, баъзан анча катта ва оч қизил, оқимтир пушти
3. Тошмаларнинг жойлашиши	3. Бетартиб	3. Гуруҳлашишга мойил ёки гуруҳлашган
4. Каттиқ яранинг бор-йўқлиги	4. Бор ёки ўрнида янги чандиқ кузатилади	4. Кузатилмайди ёки ўрнида чандиқ кузатилади
5. Полиаденит	5. Кузатилади	5. Бўлмайди, баъзан кузатилади.
6. Алопеция	6. Жуда кам ҳолларда кузатилади, аксарият ҳолларда кузатилмайди	6. Кўпгина беморларда кузатилади
7. Лейкодерма	7. Кузатилмайди	7. Кўпинча кузатилади

Бошнинг чакка ва энса соҳасидаги терида катталиги 1-2 тийинлик чакадек келадиган ўчоқлар учраб, мазкур соҳаларнинг териси ўзгармайди, яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Юзнинг сочли қисмида, қош ва киприклар соҳасида ҳам соч кўп тўкилади. Киприкларнинг нарвонсимон тўкилиши (Пинкус белгиси), қошнинг майда ўчоқли тўкилиши (Фурньенинг омнибус сифилиди) диагностик нуқтаи назардан диққатга сазовордир. Сочнинг ёппасига тўкилиши ёки аралаш тўкилиши ҳам кузатилади. Умуман сочнинг тўкилиши иккиламчи қайталанган захмда кўп учраб, иккиламчи янги захмда эса онда-сонда учрайди. Соч тўкилган ўчоқлар ўрни бир неча ой мобайнида янги сочлар билан қопланади.

Захм лейкодермаси фақат иккиламчи қайталанган захмда кузатилади. Аёлларда эркакларга нисбатан кўп учрайди. Асосан бўйин, энса, кўкрак ва қўлтиқ соҳаларида оқимтир доғлар пайдо бўлади. Доғлар чегараланган, айлана шаклида бўлиб, ҳар хил катталиққа 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 жараён (орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар) деб ҳисоблашса, иккинчилари буйрак усти безидаги ўзгаришлар билан боғлайдилар.

Иккиламчи захмда ички аъзолардан жигар, буйрак, ошқозон кўп зарарланади. Шунингдек, захм миокардити, қуруқ плеврит, кўз ва қулоқнинг зарарланиши кузатилади. Суяклар оғрийди, оғриқ кечалари зўраяди. Периостит, остеопериостит кузатилиши мумкин. Беморнинг ҳарорати кўтарилиб, артралгия ривожланади.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар захмда бирламчи ва иккиламчи даврларнинг кечишини, жумладан кузатиладиган тошмалар характери билишлари лозим. Каттиқ яранинг турларини ва асоратларини билишлари, захм лимфаденитини сўзлаб беришлари зарур. Иккиламчи тошмаларни таърифлаш, иккиламчи янги ва қайталаган захмларнинг бир-биридан фарқини, шунингдек серологик реакцияларнинг диагностик аҳамиятини тўғри тушунишлари лозим. Талабалар қуйидагиларни ўзлаштириб олишлари лозим:

- а) захм тугунчаларини кўзбўйс тугунчаларидан фарқлаш;
- б) захм лимфаденитини оддий лимфаденитдан фарқлаш;
- в) захм тошмалардан рангпар спирохеталарга тўқима суюқлигини олиш;
- г) захм тошмаларига ишлов бериш.

Уйга вазифа:

1. Каттиқ ярага таъриф беринг.
2. Каттиқ яранинг атипик турларини ўхшаш касалликлардан фарқини айтиб беринг.
3. Захмнинг иккиламчи даврини таърифланг.
4. Иккиламчи янги тошмалар билан иккиламчи қайталанган тошмаларнинг фарқини айтинг.
5. Бирламчи ва иккиламчи захмнинг серологик фарқи нимада?

АДАБИЁТЛАР

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М. 1985. 274-294-бетлар.

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. Л. 1983. 383-394-бетлар.

Венерические болезни (О. К. Шапошников тахрири остида). М. 1991. 42-102-бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Гуруҳ билан биргаликда видео-суратлар билан танишиш.	а) бирламчи захм белгилари тасвирланган изоҳли видеосурат-ларни кўриш; б) иккиламчи захм белгилари тасвирланган изоҳли видеосурат-ларни 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 таъхис қўйиш.	а) захмнинг эрта давларига таъхис қўйишни ўрганиш.

3-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Захмнинг учламчи даври (захм дўмбоқчалари ва тугунлари).

Яширин захм (эрта ва кеч яширин захм). Захмда қўлланиладиган серологик реакциялар.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Учламчи захм.

Захмнинг учламчи даври касаллик юққандан сўнг 3-5 йил ўтгач ривожланади. Захм белгилари эркак ва аёлларда деярли бир хил тарзда кузатилади.

Учламчи захмнинг ривожланишида қуйидаги омиллар муҳим роль ўйнайди:

- 1) касалликнинг бирламчи ва иккиламчи давларида даво чораларининг ўтказилмаслиги ёки пала-партиш даволаниш;
- 2) турли-туман сурункали касалликларга чалиниш ёки мазкур касалликлар билан захм юққанга қадар касал (сил, безгак, бод, камқонлик ва бошқалар);
- 3) спиртли ичимликларга ружу қилиш ёки гиёҳвандлик дардига мубтало бўлиш;
- 4) касбга алоқадор заҳарланишлар (саноат ва қишлоқ хўжалигида қўлланиладиган заҳарли бўёқлар, ранг берувчи моддалар, минерал ўғитлар, гербицидлар ва ҳоказолар). Меҳнат

шароитларининг ноқулайлиги, сифатсиз ва нотўғри овқатланиш, ҳар хил руҳий таъсиротлар ва кўнгилсиз воқеалар ҳам учламчи захмнинг шаклланишига сабаб бўлади.

Беморнинг ёши, турли-туман жароҳатларининг ҳам аҳамияти катта. Кўпчилик ҳолларда учламчи захм ёши 45-50 ёшдан ошган беморларда ривожланади.

Учламчи захм қуйидагилар билан таърифланади:

- а) учламчи давр тошмалари (сифилидлар) тери ва шиллиқ қаватларнинг маълум соҳаларида жойлашган бўлиб, кўпинча чегараланган бўлади;
- б) тошмалар миқдори кўп бўлмайди: тугунлар (nodus) битта-иккита, 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 кўрилганда қаттиқ, 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 оқиш спирохеталар топилмайди ёки улар жуда кам миқдорда бўлади;
- е) захмнинг учламчи даврида ички аъзолар ва асаб системаси зарарланади. Шу сабабли учламчи захм ички аъзолар захми ва асаб системасининг захми билан бирга кечади;
- ё) классик серологик реакциялар учламчи ривожланган захмга йўлиққан беморларнинг 60-70% ида, учламчи яширин захмли беморларнинг 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 кўкимтир бўлади. Катталиги кўпинча олча данагидек, қаттиқ ва аниқ чегараланган. Атрофида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Захм дўмбоқчалари «қуруқ» ва яра ҳосил бўлиш йўллари билан ривожланади. Дўмбоқчаларнинг секин кичрая бориб сўрилиб, кетиши «қуруқ» йўл ҳисобланади. Бундай ҳолда дўмбоқча сўрилиб кетган жойда терининг юқалашиши (атрофия) кузатилади ва вақтинча иккиламчи доғ қолади.

Ноқулай шароитларда дўмбоқчалар йиринглаб чирийди, натижада яра ҳосил бўлади. Яралар айлана ёки овал шаклида, қаттиқ, туби ўйдим-чуқур ва шиллиқли чириган масса билан қопланиб туради.

Дўмбоқчали сифилиднинг қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- 1) гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашадиган дўмбоқчали сифилид;
- 2) ўрмаловчи дўмбоқчали сифилид;
- 3) пакана (митти) дўмбоқчали сифилид;
- 4) майдончасимон дўмбоқчали сифилид.

Захм дўмбоқчаларининг табиатини аниқлашда касаллик 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 дўмбоқчаларни захмга алоқадор эканлигини аниқлашда катта ёрдам беради.

Захм гуммаси (syphilis nodosa seu gumma subcutaneum) тери ости ёғ тўқимасида шаклланади. Болдирнинг олдинги юзасида, тўш ва чов-сон соҳаларида кўп учрайди. Дастлаб катталиги ўрмон ёнғоғидек ва яримшарсимон бўлиб, аста-секин катталаша боради. Тугунчалар бир-бири билан, атрофдаги тўқималар билан қўшилиб кетмайди, оғримайди. Юнон ёнғоғи ёки товук тухумидек катталашгач устидаги тери қизаради, тугуннинг марказий қисми юмшайди. Босганда билкиллаб, териси юқалашган гумма тешилади. Ҳосил бўлган тешиқдан сарғиш қуюқ суюқлик оқа бошлайди. Гумма яраларининг туби анчайин чуқур, тубини қоплаб олган елимсимои суюқлик «гумма ўзаги» деб ном олган. Захм жараёнининг охирида яра ўрнини бириктирувчи тўқима қоплайди. Ҳосил бўлган чандик қаттиқ, марказга нисбатан тортилган юлдузсимон шаклини олади.

Учламчи захмнинг терида кузатиладиган яна бир белгиси учламчи эритемадир. Бу белги Фурньенинг учламчи розеоласи ҳам деб аталади. Бундай розеолалар жуда кам учрайди. Диаметри 6-12см гача етадиган халқа шаклидаги бу оч тусли алвон доғ қипиқланмайди, нохуш сезгилар беморни безовта қилмайди. Доғлар кўпинча сон, думба, бел, биллак ва жинсий аъзолар соҳасида кузатилади. Учламчи розеола ҳам учрасада, баъзан захмнинг учламчи даврини яккаю-ягона белги бўлиб хизмат қилади.

Учламчи ривожланган захм ташхиси қуйидаги маълумотлар асосида қўйилади: а) захмга алоқадор касаллик тарихи; б) текширилаётган беморларда дўмбоқчалар ёки гумма борлигининг аниқланиши; в) специфик серологик реакцияларнинг мусбат натижалари. Учламчи яширин захм ташхисини қўйиш учун специфик серологик реакцияларнинг мусбат натижаларидан ташқари, беморнинг учламчи захм белгиларини бошдан кечирганлиги тўғрисида ишончли маълумотлар бўлиши лозим.

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

Кейинги йилларда Соғлиқни 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 бораляпти. 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);
- 4) номутасадди тиббиёт ходимлари томонидан захмни сифатсиз даволаш ва шунга ўхшаш захм жараёнининг яширин кечишига олиб келувчи бошқа омиллар.

Яширин захмнинг белгисиз ўтиш муддати бир неча ойдан бир неча йилгача чўзилади. Шунингдек захм белгилари дастлаб юзага чиқиб, маълум муддатдан сўнг йўқолиши мумкин. Шу туфайли бирламчи ва иккиламчи яширин захм фарқланади. Бирламчи яширин захм деганда рангпар трепонемалар тушгандан сўнг захмнинг ҳеч қандай белгилари кўринмасдан, фақатгина серологик реакцияларнинг мусбат натижалари асосида диагноз қўйилган яширин захмни тушуниш лозим. Захм белгиларидан баъзилари дастлаб юзага чиқиб, маълум муддат ичида йўқолиб кетгандан сўнг аниқланган яширин захм иккиламчи яширин захм деб аталади. Касалликларнинг Халқаро классификациясига (таснифи)га биноан, яширин захм эрта ва кеч яширин захмга бўлинади. Шунингдек, аниқланмаган яширин захм фарқланади.

Эрта яширин захм (syphilis latens praecox). Яширин захмнинг мазкур тури бирламчи серомусбат захмдан то иккиламчи қайталанган захмгача бўлган даврга тўғри келади. Бу давр ўрта ҳисобда касаллик юққандан сўнг икки йилгача бўлган муддатни ташкил этади. Эрта яширин захмни аниқлашда қуйидаги маълумотлар асқотади:

- а) касаллик тарихини чуқур ўрганиш, жумладан, охириги бир-икки йил ичида жинсий аъзолар соҳасида яра-чақалар пайдо бўлган-бўлмаганлигини аниқлаш. Шунингдек, терида ҳар хил тошмалар пайдо бўлганлигини сўраб билиш. «Грипп», «кулоқ-томоқ оғриғи» ва шунга ўхшаш асл табиати аниқланмаган касалликларга қарши антибиотиклар қўлланилганлигини сўраб билиш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Теридаги бемор эслаган яра чақалар ва тошмалар, сочнинг тўкилиши, турли-туман ноаниқ касалликлар захм белгиларидан бўлиши мумкин. Антибиотиклар эса бу белгиларнинг тез кунда йўқолиб кетишига олиб

келади, яъни манифест захмнинг яширин захмга ўтишига сабаб бўлади. Бундай маълумотларни йиғиш яширин захм диагностикасини енгиллаштиради.

б) беморнинг жинсий шеригини текширувдан ўтказиш. Кўпчилик ҳолларда эрта яширин захм тахмин қилинаётган беморларнинг жинсий шериклари текширувдан ўтказилганда, уларда манифест (симптомли) захмнинг эрта белгилари аниқланиб келаяпти. Бу далил текширилаётган беморга эрта яширин захм деб диагноз қўйишга ёрдам беради.

в) захм белгиларининг қолдиқларини аниқлаш. Маълумки, бирламчи захм белгилари йўқола бориши жараёнида яра (*ulcus durum*) ўрнида чандиқ ёки терининг қаттиқлашганини аниқлаш мумкин. Шунингдек катталашган лимфа тугунларидан баъзилари кичрайиб улгурмаган бўлиши эҳтимол. Ана шу чандиқ ва пайпасланаётган лимфа тугунларини захмнинг қолдиқ белгилари деб тахмин қилиш ва шу далилга асосланиб тегишли текширувлар ўтказиш диагностикани осонлаштиради;

г) реакинлар микдорини аниқлаш. Маълумки, яширин захмнинг эрта даврида қондаги спирохеталар микдори юқори бўлади. Бу ҳол анти (қарши) таначалар микдорининг максимал даражага чиқишига олиб келади. Демак, беморлар қонидаги реакинлар (тўқима антитаначалари) микдорини аниқлаш (улар микдори 1:120, 1:160, 1:320 ни ташкил этади) яширин захмнинг қайси даврда эканлигини билишга ёрдам беради;

д) трепонемалар реакциясини аниқлаш. Маълумки, захмли беморларни даволаш бошланган вақтда уларнинг ҳарорати кўтарилиб, суяк ва бўғимлар қакшайди. Баъзан безгак тутиб, кўнгил айнийди, қайт қилиши мумкин. Шунингдек, уларнинг терисида тошмалар (доғлар) пайдо бўлиши мумкин, Герксгеймер реакцияси деб аталувчи бу ҳолат яширин захмнинг эрта давридан далолат беради. Агар трепонемалар реакцияси терида оз микдорда бўлса-да тошмалар (доғлар) пайдо бўлишига олиб келса, бундай беморларга эрта яширин захм деб диагноз қўйилмайди. Чунки бу ҳол умуман яширин захм ҳисобланмайди. Тери ва шиллиқ қаватларда пайдо бўлган тошмалар манифест (симптомли) захмдан дарак 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 ТХЧР (трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси) барча беморларда ижобий натижалар беравермайди, яъни трепонемалар ҳаракатини чеклаш даражаси 40-70% гача бўлиши мумкин ёки манфий натижалар беради;

ё) яширин захм даврини даволаш жараёнида аниқлаш. Яширин захмда қондаги реакинлар микдори даволаш курсининг охиридаёқ кескин пасайиб кетади. Даволаш курси тугамасдан ИЁР бутунлай манфий натижалар беради. Бу ҳолат захм жараёни хали ёш эканлигидан (бирламчи ёки иккиламчи давр), яъни эрта яширин захмдан дарак беради;

ж) эрта яширин захмда орқа мия суюқлигини (ликвор) текшириш мусбат натижалар бермайди. Борди-ю орқа мия суюқлигида маълум бир ўзгаришлар аниқланса, бу ўзгаришлар захмга қарши даволаш жараёнида қисқа муддат ичида йўқолади.

Юқорида санаб ўтилган маълумотларни йиғиш ва аниқлаш эрта яширин захм жараёни қайси муддатда кечаётганлигини аниқлашга ёрдам беради. Бу эса тегишли даво чораларини қўллашга ва аниқ клиник-серологик назорат олиб боришга ёрдам беради.

Кеч яширин захм (*syphilis latens tarda*). Кеч яширин захмли беморлар кўпинча тасодифан аниқланади. Бундай беморларни топишда шифохоналарда даволанаётган беморлар қонини захмга текшириш тадбири ёрдам беради. Шунингдек, профилактик тиббий кўрикдан ўтаётган шахсларни ва қон берувчи кишилар – донорлар қонини захмга текшириш яширин кечаётган захмли аниқлашда жуда амалий аҳамиятга эга. Яширин захм диагнозини қўйиш учун қуйидаги маълумотларни йиғиш зарур:

а) касаллик тарихининг ўзига хос хусусиятлари. Бундай беморлар захмга қачон чалинганликларини билмайдилар, ҳатто касаллик муддатини тахмин қила олмасликлари мумкин. Шу сабабли бундай беморлар захмга дучор бўлмаганликларини исботлашга ҳаракат қиладилар. Дарҳақиқат, мазкур беморларда захм белгилари кузатилмайди. Камдан-кам ҳолларда бемор захм дардига 3-4 йил аввал мубтало бўлганлигини, аммо бу тахминий фикр эканлигини

билдиради. Чунки ўша пайтларда терида кузатилган яра-чақалар ёки доғлар ҳақиқатан ҳам захмга тегишли бўлганлигини исботлаш жуда мушкулдир;

б) кеч яширин захмда Вассерман реакциясини қўйиш йўли билан аниқланадиган реактинлар миқдори (Боас бўйича) кам бўлади (1:5, 1:10, 1:20 гача тенг). Бу далил қондаги спирохеталар миқдорининг камлигидан далолат беради. РИФ ва РИТ ижобий натижалар берган барча беморларда уларнинг натижаси ўта мусбат бўлади;

в) трепонемалар реакцияси кузатилмайди. Бу ҳол қондаги трепонемалар миқдорининг жуда камлигидан, яъни ҳақиқатан ҳам кеч яширин захм жараёнидан гувоҳлик беради;

г) орқа мия суюқлигида маълум ўзгаришлар кузатилади, жумладан кеч захм менингити белгилари намоён бўлади. Мазкур биологик суюқлик билан қўйиладиган Вассерман ва Ланг реакциялари кўп ҳолларда мусбат натижалар беради.

Кеч яширин захм диагнозини қўйиш мураккаб ва масъулиятли вазифадир. ТҲЧР ва ИЁРнинг мусбат натижаларини олмасдан туриб бундай диагнозни қўйиш хато ҳисобланади. Кеч яширин захм тахмин қилинган беморлар терапевт, невропатолог, окулист, оториноларинголог, рентгенолог ва бошқа ихтисосликдаги врачларнинг текширувидан албатта ўтишлари лозим. Мазкур мутахассислар томонидан захмга алоқадор у ёки бу ўзгаришлар борлигининг аниқланиши яширин захм диагнозининг ўзгаришига олиб келади. Бундай беморларга аниқланган захм белгиларининг турига қараб (асаб захми ёки ички аъзолар захми) манифест захм диагнози қўйилади.

Кеч яширин захм диагнози даволаш жараёнида тасдиқланиши лозим. Гап шундаки, классик серологик реакциялар даволаш курсларининг охиридагина манфий натижалар беради. Баъзан даволаш курсининг тугаганига қарамасдан КСР мусбатлигича қолиши мумкин. Кеч яширин захм деб диагноз қўйилган беморларнинг жинсий шерикларида ҳам одатда захмнинг кеч яширин тури аниқланади. Жинсий шерикларнинг маълум қисмида эса захмнинг белгилари умуман топилмайди. Бундай шахслар соғлом ҳисобланиб, огоҳлантирувчи даво чоралари ўтказилмайди.

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

Аниқланмаган яширин захм (syphilis ignorata). Агар на врач, на бемор захм касаллигининг кимдан, қачон, қандай шароитда юққанлигини билмаса, яъни аниқлай олмаса, бундай ҳолларда аниқланмаган яширин захм диагнози қўйилади. Бундай диагноз илгари захмнинг тури аниқланмасдан туриб даволаш бошланган беморларга ҳам қўйилади. Чунки сифатсиз даво натижасида захм белгилари йўқолади. Бироқ организмда спирохеталар қолганлиги туфайли серологик реакциялар мусбат натижалар беради. Бундай ҳолларда спирохеталар қачон, кимдан ва қандай шароитда юққанлигини аниқлаш имкони бўлмайди. Шу сабабли аниқланмаган яширин бошқача қилиб кўринмас захм ҳам деб аталади.

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

Кейинги йилларда венерология ва серология фанларининг ривожланиши, жумладан, яширин захмнинг эрта ва кеч турларга бўлиниши аниқланмаган яширин захмли беморлар сонининг кескин камайиб кетишига олиб келмоқда.

ЗАХМДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР

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

Серологик реакцияларнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади:

1) Вассерман реакцияси - мазкур реакция комплемент боғлаб олиш реакциясига асосланган. Бунда антилипидли қарши таначалар (реагинлар 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 аниқланар экан, яъни липидлар гаптен (ярим антиген) ролини бажаради. Бундан хулоса шуки, Вассерман реакцияси етарли даражада сезувчан эмас. Шунинг учун, ВР бирламчи захмнинг дастлабки кунларида манфий натижа беради. Шунингдек, учламчи ривожланган захм асаб системасининг захми ва туғма захмда ҳам манфий натижалар бериши мумкин. ВРнинг яна бир камчилиги - унинг кам спецификлигидир. Захмга чалинмаган шахсларда ҳам ВР сохта мусбат (носпецифик) бериши мумкин. Масалан, мохов ва безгак касаллиги, хавфли ўсмаларда ва бир қатор бошқа касалликларда ҳам, шунингдек ҳомиладор аёлларда, гиёҳвандларда, спиртли ичимликлар истеъмол қилингандан сўнг ва бошқа ҳолатларда ҳам ВРнинг сохта-мусбат натижалари кузатилади. ВРнинг сохта-мусбат жавоб берган ҳолларида реагинлар миқдори кам (1:5, 1:20) бўлиб, уларнинг жавоби мусбат (3+), кам мусбат (2+) бўлади ва иккиланувчи (+) жавоб беради.

Ҳақиқий захм жараёни кузатилган беморларда ВР ўта мусбат (4+) жавоб беради. Оммавий серологик текширувлар пайтида 0,1-0,15% ҳолларда ВР неспецифик мусбат натижалар беради. ВРнинг камчиликларини тузатиш мақсадида, айниқса унинг сезувчанлигини ошириш учун мазкур реакция совуқ муҳитда (Колмер реакцияси деб аталади) қўйилади. Шунингдек ВР билан бир пайтда чўкма реакциялари (Кан ва Закс-Витебский реакция-лари) қўлланилади. Чўкма реакцияларининг иммунологик моҳияти ВР дан фарқ қилмайди Кан ва Закс-Витебский реакцияларини қўйганда антигенларнинг куюк эритмалари тайёрланади. Шу сабабли антигенлар ва реагинларнинг ўзаро реакцияга киришиши оқибатида кўзга кўринадиган даражада чўкма ҳосил бўлади. Чўкмаларнинг ҳосил бўлиш даражасига биноан уларнинг жавоби 4+, 3+, 2+, 1+ билан ифода этилади (худди Вассерман реакциясидек).

Юкорида санаб ўтилган серологик реакциялар биргаликда классик серологик реакциялар (КСР) дейилади. Вассерман, Кан ва Закс-Витебский реакцияларининг бир вақтда қўйилиши сохта-мусбат натижали серологик реакцияларининг оқибатида йўл қўйиладиган диагностик хатоларнинг камайишига олиб келади;

2) трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси (ТРИ- Treponema pallidum immobilization) ёки РИТ. Мазкур реакция текшириладиган қон зардобидagi трепонемалар ҳаракатини тўхтатишга асосланган, яъни трепонемаларга қарши ҳосил бўлган махсус антитаналар (иммобилизинлар дейилади) анаэроб шароитда комплементлар ёрдамида захм кўзгатувчилари ҳаракатини чеклар экан. Иммобилизинлар таъсирида ҳаракатланиш хусусиятини йўқотган трепонемалар микроскоп остида саналиб, уларнинг 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 реакцияларнинг жавобларидан кечроқ кузатилади. Шу сабабли ТХЧР захмнинг юқумли турларига диагноз қўйишда қўлланилмайди. Бироқ шуни таъкидлаш лозимки, захмнинг иккиламчи даврида 85-100% ҳолларда ТХЧРнинг ижобий натижалари кузатилади. Иккиламчи янги захмда - 85%, қайталанган захмда - 100%. Айниқса,

учламчи захм, ички аъзолар захми ва туғма захмда ТХЧР 98-100% ҳолларда мусбат натижалар беради. Бу ҳол КСР манфий натижалар берган беморларда ТХЧРнинг қийматини янада оширади. Захм диагностикасида қўлланиладиган серологик реакциялар ичида юқори специфик реакция ТХЧР ҳисобланади. Аммо бу реакция ҳам носпецифик мусбат жавоблар бериши мумкин. Кўпинча текшириладиган қон зардобда трепонемоцид дори моддалари (пенициллин, тетрациклин, эритромицин) бўлганда носпецифик иммобилизация ҳолати кузатилиши мумкин. Бундай мураккаб ҳолларда қон зардобдаги IgM га мансуб антитаначаларни аниқлаш, касалликнинг аниқ табиатини аниқлашга ёрдам беради. IgM - FTA - ABC деб номланган ана шу текширув усули (тест) текшириладиган организмда захм бор-йўқлигини ишончли даражада аниқлаб беради.

3) иммунологик ёғдуланиш реакцияси (FTA - test Fluorescent treponemal antibody) ёки РИФ. Бу реакция текшириладиган қонда ёғдуланиш хусусиятига эга бўлган антитрепонемал қарши таначалари аниқлашга асосланган. Бундай антитаналар люминесцент микроскоп ёрдамида аниқланади. Агар зардоб таркибида антитрепонемал антитаналар бор бўлса, трепонемалар ёғдуланади, ана шу ёғдуланган спирохеталарнинг миқдорига қараб реакциянинг жавоби 1+ дан 4+ гача ифодаланади.

Стандарт серологик реакциялар (Вассерман ва чўкма реакциялари) қуйидаги мақсадларда қўлланилади: захм деб қўйилган клиник диагнозни тасдиқлаш учун; захмга қарши даво чоралари натижаларини аниқлаш ва назорат этиш учун; захмдан тузалганлик мезонини аниқлаш учун. Специфик трепонемал серологик реакциялар (ТPI ва FTA ва бошқалар) эса КСР жавобининг спецификлигини аниқлаш мақсадида ва захмнинг кеч даврлари, диагностикасида кузатилиши мумкин бўлган мураккаб ҳоллар ечимини ечишда қўлланилади. Айниқса захмнинг яширин даврлари диагностикаси, жумладан аниқланмаган яширин захмда ҳал қилувчи аҳамиятга эгадир.

Оммавий профилактик тиббий текширувлар ўтказилганда серологик реакцияларнинг тез (экспресс) усули жуда қўл келади. Мазкур усулда реакция жавоби қисқа вақт ичида олинса-да спецификлик даражаси стандарт серологик реакциялар билан текширилиши лозим. Экспресс усулнинг мусбат жавоби КСРнинг мусбат жавоби билан тасдиқлангандан кейингина захмга алоқадор деб ҳисобланади.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар учламчи захмнинг ривожланишида ҳал қилувчи роль ўйнайдиган омиллар тўғрисида маълумотга эга бўлишлари, касалликнинг барча клиник белгиларини билишлари лозим. Яширин захмли беморларнинг кўпайиш сабаблари ва яширин захм классификациясини айтиб беришлари лозим. Шунингдек, эрта ва кеч яширин захмларни бири-биридан фарқлашда керак бўладиган маълумотларни сўзлаб беришлари, яширин аниқланмаган захмнинг моҳиятини тушунишлари лозим. Талабалар қуйидагиларни ўзлаштириб олишлари лозим:

- а) классик серологик реакцияларни захмнинг эрта даврлари диагностикасида қўллай билишлари;
- б) сохта мусбат реакцияларни специфик мусбат реакциялардан ажрата олишлари;
- в) специфик серологик реакцияларни захмнинг кеч даврлари диагностикасида қўллай билишлари лозим.

4. Ўйга вазифа:

- 1) учламчи ривожланган захм белгиларини санаб беринг;
- 2) эрта ва кеч яширин захм диагностикасида асқотадиган клиник-лаборатория маълумотларини сўзлаб беринг;
- 3) аниқланмаган яширин захм деганда нимани тушунасиш?
- 4) орттирилган захмнинг кечишида серологик реакцияларнинг тутган ўрнини сўзлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М. 1985. 294-303, 3Ц6-321-бетлар.
 М. В. Милич. Эволюция сифилиса. М. 1987. 47-62-бетлар.
 Венерические болезни. О. К. Шапошников таҳрири остида. М. 1991. 122-130-бетлар

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси.

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Архивдан олинган учламчи захм беморларининг касаллик тарихи билан танишиш.	а) архив маълумотлари асосида қисқача касаллик тарихини ёзиш; б) серологик реакциялар динамикасини кўчириш;	а) учламчи захмга учраган беморларнинг касаллик тарихини ўрганиш;
2. Яширин захм билан оғриган беморлар билан ишлаш.	в) беморлардан анамнез йиғиш; г) беморларни синчковлик билан объектив текширувдан ўтказиш;	б) яширин захм диагностикасини ўзлаштириш;
3. Тиббий ҳужжат маълумотларини гуруҳ билан муҳокама қилиш.	д) касаллик тарихи маълумотлари асосида қўйилган ташхисларни тўғри-нотўғрилигини ўрганиш.	в) беморларга ташхис қўйишни ўрганиш.

4-МАШҒУЛОТ

- 1. Машғулот мавзуси.** Туғма захм (қисқача тушунча, классификацияси (таснифи), клиник белгилари, диагностикаси, олдини олиш).
- 2. Мавзунинг қисқача мазмуни.**

ТУҒМА ЗАХМ

Захмга дучор бўлган аёллардан туғилган болаларда кузатилади. Бунда рангпар трепонемалар ҳомила йўлдоши (плацентар қон айланиш йўли билан) орқали гўдак организмига ўтади. Туғма захмга чалинган болаларнинг оналари синчковлик билан текширилса, уларда захм касаллигининг аниқланиши муқаррар. Онаси захмга чалинмаган кишиларда туғма захм ривожланмайди.

Болаларда кузатиладиган туғма захм белгиларининг ривожланиш даражаси она қачон касаллик юқтирганлигига боғлиқ. Онада кечаётган захм жараёнинг дастлабки 3 йили ҳомила учун жуда хавфлидир. Бироқ, касаллик юққандан 5-10 йил кейин туғилган болаларда ҳам туғма захм белгилари кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда касалликдан 10 ва ундан кўпроқ йил ўтгандан сўнг ҳомиладор бўлган аёллардан туғилган болаларда туғма захм белгилари кузатилмайди. Бундай болаларда бир неча йиллардан сўнг (болалик ва ўсмирлик даври, етуклик ёши) касаллик белгилари намоён бўлиши мумкин.

Туғма захмнинг кечиши бемор аёлнинг захмнинг қайси даврида ҳомиладор бўлганлигига боғлиқ. Захмнинг бирламчи ва иккиламчи даврларида ўтказган ҳомиладор аёлларнинг аксариятидан туғилган болаларда туғма захм белгилари кузатилади. Айниқса, иккиламчи янги захмга дучор бўлган ҳомиладор аёллардан туғилган болаларнинг барчасида туғма захм белгилари намоён бўлади. Захмнинг учламчи даврида ҳомиладор бўлган аёллардан туғилган болаларда туғма захм белгилари кузатилмаслиги мумкин. Чунки, оқиш спирохеталар сонининг кескин камайиб кетиши, она организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти кучайиши ҳомиланинг захм инфекцияси ҳужумидан сақлаб қолиши мумкин, ёки бундай болаларда кеч туғма захм ривожланади.

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

Захм билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик турлича натижалар: бола ташлаш, муддатидан олдин касал бола туғиш, ой куни тўлган касал бола туғиш ёки соғлом бола туғилиши билан тугаши мумкин. Даволанмаган ҳомиладор аёлларнинг соғлом бола туғиши камдан-кам учрайдиган воқеа ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида ва унча яхши

даволаниб юрган аёллардан соғлом болалар туғилади. Шу сабабли ҳомиладорликнинг эрта муддатларида захми аниқлаш ва даволаш туғма захмининг олдини олади.

Касалликларнинг 1975 йилда қайта кўриб чиқилган халқаро таснифига биноан туғма захмининг қуйидаги клиник турлари фарқланади:

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

а) белгилари намоён бўлган эрта туғма захм;

б) белгисиз кечадиган эрта туғма захм.

2. Кеч туғма захм (2 ёшдан сўнг кузатиладиган туғма захмининг барча кўринишлари):

а) белгилари кеч туғма захм;

б) яширин кеч туғма захм.

ЭРТА ТУҒМА ЗАХМ (SYPHILIS CONGENITA PRAECOX)

Белгилари асосан гўдак ҳаётининг дастлабки икки ойи давомида намоён бўлади. Туғма захмининг аниқ белгилари билан туғилган гўдаклар кўп яшамайди. Улар ҳаётларининг биринчи соатлари ёки кунларидаёқ нобуд бўладилар. Бундай гўдакларнинг жуссаси жуда кичик, териси қуруқ ва бужмайган, тери ости ёғ қавати бўлмайди. Беморларнинг қўл ва оёқлари жуда озғин, бурмалар билан қопланган, юзлари заъфарон, қари кишини эслатади. Бош суяги танасига нисбатан анча катта, тери остидан кенгайган кўк томирлар (вена) бўртиб чиқиб туради. Мия бўшлиқларида суюқлик тўпланганлиги (истиско) туфайли бош суяги ўз шаклини ўзгартиради. Ички аъзоларда юз берадиган ўзгаришлар бемор гўдакнинг нобуд бўлишини тезлаштиради. Яшашга лаёқатли бемор болаларнинг тери ва шиллик қаватларида қуйидаги ўзгаришлар юзага келади: захм чилла яраси (пуфаклари), қаттиқлашган тарқалган мадда (инфилтрат), захм тумови (ринит), папулалар, розеолалар, сочнинг тўкилиши ва ҳ.к. Захм пуфакчалари (pemphigus syphiliticus) гўдак ҳаётининг дастлабки кунлари ва ҳафтасидаёқ пайдо бўлади ва шаклланади. Пуфакларнинг катталиги нўхат, олча, баъзан гилосдек бўлиб, улар тўқ қизил суюқлик ёки йиринг билан тўлган. Пуфаклар тиниқ сероз суюқлик ёки йиринг билан тўлган, баъзан қон аралаш бўлади. Пуфаклар қуриб қатқалок ҳосил қилади ёки пуфакча пардаси йиртилиб яллиғланиш суюқлиги чиқади. Мазкур пуфакчаларнинг, қўл ёки оёқ қафтларида жойлашганлиги диагностик белги бўлиб хизмат қилади. Пуфак суюқлиги таркибида кўп миқдорда оқш спирохеталар топилади. Захм пуфакларини стафилококклар пайдо қиладиган пуфакли (юқумли) ярадан фарқлаш лозим. Захм пуфаклари остида қаттиқ мадда пайпасланади, пуфак қобиғи мустақкам бўлиб осонликча ёрилмайди. Пуфаклар бир-бири билан қўшилиб кетмайди. Баъзан пуфаклар пайдо бўлгунга қадар яллиғланган доғлар ва тугунчалар кўринишидаги тошмалар ҳосил бўлади. Юқумли (пуфакли) яра тошмалари эса баданнинг кўп соҳаларига (орқа, курак, қўл-оёқлар, юзга тарқалади, пуфак пардаси юпка бўлади, осонгина ёрилади. Пуфаклар тезда бир-бири билан қўшилиб кетади, атрофида яллиғланган ҳошия кузатилмайди. Пуфак суюқлигида стафилококклар кўп бўлади.

Қаттиқлашган тарқалган мадда (Гохзингер, 1808) - *infiltratio induratus* бола ҳаётининг 8-10 ҳафталарида пайдо бўлади. Қўл ва оёқ қафтида ҳосил бўлган тарқок яллиғланган доғлар (эритема) аста-секин қаттиқлаша боради. Бундай қаттиқлашган ўчоқлар юзда, оғиз атрофида, энса соҳасида ҳам вужудга келади. Зарарланган соҳалардаги маддалаш кўпайиб, терини таранглаштиради, тўқ қизил ёки кўкимтир қизил тусга кириб, усти ялтирай бошлайди. Айниқса, юздаги лаб қалинлашади, шишади, қатталашиб, таранглашади. Шишнинг қаттиқлашиши боланинг эмишини қийинлаштиради. Натижада гўдакларнинг кўп йиғлаши оқибатида шуъласимон ёриқлар ҳосил бўлади. Ниҳоят, яллиғланиш жараёни тугаб, бу шуъласимон ёриқлар нурсимон чандиқлашиш билан тугайди (Робинсон-Фурнье белгиси). Бу белги узоқ йиллардан кейин ҳам туғма захм ташхиси қўйишга ёрдам беради.

Гохзингернинг қаттиқлашган 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 бўлиши мумкин. Бурмалар соҳасида жойлашган тугунчалар ишқаланиш оқибатида намланади, ярага айланади. Кўпинча йирингли кокклар тушиб, йирингча (пустулаларга) айланади. Сўнгра улар куриб қалоқ ҳосил қилади.

Розеолалар эрта туғма захмда жуда кам кузатилади. Улар чегараланган пушти-жигар рангда бўлиб, пигментли доғларни эслатади. Розеолалар кўпинча юз, тана ва оёқ кафтида кузатилиб, кам миқдорда бўлади. Кўпчилик касал болаларда сочининг тўкилиши кузатилади. Айниқса, қаттиқлашган мадда бошнинг сочли қисмида, қош ва киприклар соҳасида жойлашганда соч кўпроқ тўкилади. Сочлар тарқоқ ҳолда ҳар ер-ҳар ердан ёки ўчоқсимон тўкилиши мумкин.

Захм тумови (rhinitis syphilitica) касал бола ҳаётининг биринчи ойида, баъзан туғруқхонадагилик пайтидаёқ намоён бўлади. Ринит бурун бўшлиғи шиллик қаватининг ялпи яллиғланишидир. Тумов 3 босқичда кечади:

1. Куруқ босқич - шиллик қаватнинг қалинлашиши (гипертрофия);
2. Катарал босқич - йирингли ва қон аралаш куюқ йиринг ажралиши;
3. Яралар пайдо бўлиш босқичи - шиллик қаватда эрозия ва яраларнинг ҳосил бўлиши, қон аралашган бадбўй йиринг чиқиши.

Бу жараён бемор болаларни оғиз орқали нафас олишга мажбур қилади. Эмаётган пайтда бола тез-тез, тўхтаб, нафас олиб яна эмишда давом этади. Бурун бўшлиғидан ажралиб чиқаётган яллиғланиш суюқлигида кўп миқдорда рангпар трепонемалар топилиши диагностикасини осонлаштиради. Тумовнинг узок муддат давом этиши бурун суяк-тоғай қисмининг емирилишига, натижада буруннинг чўкишига (эгарсимон бурун) олиб келади. Ринит баъзи беморларда томоқнинг зарарланишига сабаб бўлади. Бундай ҳолларда товуш бўғилиб, беморлар хириллаб қоладилар, баъзан товуш бутунлай чиқмай қолади.

Эрта захмнинг диққатга сазовор яна бир белгиси **остеохондритидир** (osteochondritis syphilitica). Остеохондрит суякларда кузатиладиган захм белгиларидан энг кўп учрайдиганидир. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларидаёқ узун найсимон суякларнинг эпифизи ва диафизи орасида жойлашган тоғай тўқимасининг қон билан таъминланиши кучаяди. Бу ҳол мазкур соҳада рангпар спирохеталарнинг ҳаддан ташқари кўпайишига ва йиғилиб қолишига имконият яратади. Шаклланган специфик яллиғланиш тоғай тўқимасининг суяк тўқимасига ўтишига, кальций тузларининг тўпланишига ҳалал беради. Натижада метафиз соҳасида суякларнинг қотиши секинлашади. Баъзан бутунлай тўхтади (остеомаляция).

Остеохондрит аслида яллиғланиш эмас, балки кальций ҳосил бўлишининг, яъни суякланиш жараёнининг бузилишидир. Остеохондрит қовурға, курак, чанок ва бош суякларда ҳам кузатилади. Бунда елка ва болдир суякларини рентгенологик текширувдан ўтказиш кифоя. Остеохондрит рентгенологик белгидир, унинг 3 босқичи фарқланади. Остеохондритнинг 3-босқичида тўқималарнинг емирилиши оқибатида эт олувчи (грануляция) тўқима ҳосил бўлади. Бу тўқима тоғай қаватининг остида, диафиз яқинида жойлашиб, турли таъсиротлар остида йиртилиши мумкин. Натижада суякнинг эпифиз қисми диафиз қисмидан ажралиб кетади. Мана шу тариха суякларнинг метафизар (ёпик) синиши содир бўлади. Бу ҳол сохта фалажлик ҳолатини келтириб чиқаради, яъни суякнинг синиши натижасида пайдо бўлган кучли оғриқ ўша қўл ёки оёқда ҳаракатни бутунлай тўхтатиб қўяди. Ўша соҳани қимирлатиш беморнинг оғриқ зўрлигидан чинқи-риб йиғлашига сабаб бўлади. Бундай беморларда тери ва мушакларнинг сезувчанлиги ва ўтказувчанлиги сакланган бўлади. Мазкур белгиларнинг барчаси фалажликнинг сохта эканлигини аниқлашда ёрдам беради. Эрта туғма захмда периостит ва остеопериостит кўп кузатилади, остеоосклероз ва остеопороз эса камдан-кам учрайди.

Ички аъзолардан жигар ва талокнинг катталашганлиги эрта туғма захмда кўп учрайдиган белгилардан ҳисобланади. Шунингдек буйракнинг зарарланиши, мойкнинг катталашганлиги, периферик лимфа тугунларининг пайпасланиши кузатилиши мумкин. Эрта туғма захм ташхиси қуйидаги маълумотлар асосида қўйилади:

1. Туғма захм тахмин қилинаётган болаларнинг ота-оналарида захм белгиларининг кузатилиши ёки уларнинг захмга қарши даволанганлигини аниклаш.
2. Тери, шиллиқ қаватлар, суяклар ва ички аъзоларда эрта туғма захмга алоқадор белгиларнинг кузатилиши.
3. Зарарланган тўқима ва аъзоларда оқиш спирохеталарнинг топилиши.
4. Стандарт (ВР, КР, ЗВР) ва специфик (ИЁР, ТХЧР) серологик реакцияларининг мусбат натижалар бериши. Захмга дучор бўлган аёллардан туғилган болаларда серологик реакцияларнинг мусбат натижалар беришига қарамасдан захм клиник белгиларининг топилмаслиги яширин туғма захм диагнозини қўйишга асос бўла олади.

КЕЧ ТУҒМА ЗАХМ. (SYPHILIS CONGENITA TARDA)

Белгилари кўпинча 7-15 ёшдаги болалар ва ўсмирларда, баъзан мактаб ёшигача бўлган болаларда, ҳатто катта ёшдаги (20-30 ва 50 ёшдаги) кишиларда ҳам кузатилади. Касаллик белгилари орттирилган захмнинг учламчи даврини эслатади. Беморларнинг териси ва шиллиқ қаватларида дўмбоқчалар ва гуммалар ҳосил бўлади. Суякларда гуммали периостит, остеопериостит ва остеомиелит кузатилади. Шунингдек, жигар ва талокнинг катталашиши, эндокардит ва аорта аневризмаси, бош миянинг зарарланиши (менингит, менингоневрит, менингомиелит), ҳатто орқа мия сухтаси ва ривожланган фалажлик кузатилиши мумкин. Бироқ кеч туғма захмга хос шундай белгилар борки, улар орттирилган (учламчи) захмда бўлмайди. Кеч туғма захмга хос ишончли белгилар Гетчинсон учлигида (триадасида) ўз ифодасини топган, бу белгилар захмнинг туғма эканлигини исботлайди:

1. Кўз мугуз қаватининг зарарланиши (паренхиматоз кератит). Кўз мугуз (шоҳ) қавати хиралашади, ёш оқади, беморлар ёруғликка қарай олмайди. Кўзнинг кўриш қобилияти аста-секин пасайиб бемор кўр бўлиб қолади. Дастлаб бир кўз, 6 - 10 кун ўтгач иккинчи кўз ҳам касалланади. Кўзнинг бошқа қаватлари ҳам зарарланади: қонъюнктивит, ирит, хориоретинит, кўриш нервининг атрофияси. Паренхиматоз кератитга дучор бўлган беморларда кўзнинг кўриш қобилияти 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 қисми ингичка, шу сабабли сандонсимон ёки хумсимон шаклни олади.
3. Захм карлиги (эшитув чиғаноғининг зарарланиши, лабиринтит). Бунда қулоқ шанғиллайди, бош айланади, эшитув қобилияти пасайиб, қар бўлиб қолишга олиб келиши мумкин. Карлик ички қулоқда (лабиринт) шаклланган яллиғланиш жараёни (лабиринтит) ва геморрагия оқибатида, шунингдек эшитув нервининг дистрофияси натижасида келиб чиқади. Одатда карлик тўсатдан бошланади. Айниқса, 4 ёшгача бўлган болаларда ривожланган карлик нутқни бузади ва гунгликка олиб келади.

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

Юқорида саналган кеч туғма захмнинг учта ишончли белгилари бир вақтнинг ўзида учрамайди. Кўпинча Гетчинсон учлигининг битта белгиси, баъзан иккитаси кузатилади. Кеч туғма захм ташхисини қўйишда қуйидаги беқарор (шарт бўлмаган) белгилар ҳам ёрдам беради: қиличсимон болдир, қиличсимон билак, Робинсон-Фурнье белгиси, думбасимон бош, эгарсимон бурун, хумсимон тишлар.

Бироқ бу белгилар кеч туғма захм диагнозини тасдиқлай олмасда, балки тахмин қилишга асос бўлади. Беқарор белгилардан қиличсимон болдирни эрта захмда кузатиладиган остеохондрит оқибатидир, деган фикрлар бор. Шунингдек, Робинсон-Фурнье чандиқлари қаттиқлашган мадда натижасида ҳосил бўлишини эслатиб ўтмоқчимиз. Мана

шу сабабларга кўра баъзи муаллифлар қиличсимон болдир ва Робинсон-Фурнье чандикларини туғма захмнинг ишончли белгилари қаторига киритмоқдалар.

Кеч туғма захмга хос бўлган асосий клиник белгиларни беқарор белгилар билан такқослашда қуйидаги дистрофик белгиларнинг бор-йўқлигини аниқлаш диагностикани енгиллаштиради: Австидийский белгиси, «олимпия» пешонаси, калта жимжилок, қаттиқ танглайнинг баланд жойлашиши, ханжарсимон ўсимтанинг йўқлиги, Карабелли дўмбоқчалари, ғилайлик ва бошқа белгилар. Кеч туғма захм диагностикасида специфик серологик реакцияларнинг жавоби муҳим роль ўйнайди. Айниқса анамнестик маълумотлар олиш қийин бўлган ҳолларда (беморларнинг ота-онасини текширувдан ўтказиш имконияти бўлмаганда) ТХЧР ва ИЁРнинг жавоби ҳал қи-лувчи аҳамиятга эга. Кеч туғма захмда КСР 70-92% ҳолларда ва специфик реакциялар деярли барча ҳолларда мусбат натижалар беради. Кеч туғма захм диагнозини қўйиш жуда масъулиятли вазифадир. Чунки захмнинг бу турида оқиш спирохеталарни топиш имкони деярли бўлмайди. Ишончли белгилар қаторига кирувчи Гетчинсон учлиги ўз табиати жиҳатидан ҳамма ҳолларда захмга алоқадор бўлавермайди. Ана шу туфайли трепонемалар ҳаракатини чеклаш ва иммунологик ёғдуланиш реакцияларининг мусбат натижалари туғма захм диагностикасини енгиллаштиради.

Туғма захмга қарши кураш умуман захм касаллигига қарши кураш билан чамбарчас боғдиқдир. Аёллар орасида захмнинг ўз вақтида аниқланиши ва даво қилиниши туғма захмнинг олдини олишнинг энг асосий йўлидир. Даволаш муассасаларига, аёллар маслаҳатхоналарига мурожаат этадиган ва умумий кўрикдан ўтаётган аёлларда захмнинг яширин ва аниқланмаган турларини аниқлаш ҳам муҳим профилактик аҳамият касб этади. Шунингдек аҳолининг захм юктириш хавфи юқори бўлган табақаларини (официантлар, ҳайдовчилар, меҳмонхона ходимлари) мунтазам клиник-серологик текширувдан ўтказиш захмга учраган беморларнинг фаол равишда аниқланишига имконият яратади. Болалар муассасалари (ясли, боғча ва гўдаклар уйлари) ва озиқ-овқат маҳсулотларни тайёрлайдиган, пишириш, сотиш билан боғлиқ ва алоқадор ходимларни (ошпазлар, озиқ-овқат дўконининг сотувчилари, кандолатчилик ширкатларининг ишчилари) клиник ва серологик текширувлардан ўтказиш ҳам захмга йўлиққан беморларнинг ўз вақтида аниқланишига олиб келади.

Туғма захмнинг олдини олишда аёллар маслаҳатхоналарининг аҳамияти бениҳоя катта. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруғига биноан аёллар маслаҳатхонасига мурожаат этувчи барча ҳомиладор аёллар камида икки марта (ҳомиладирликнинг биринчи ва иккинчи ярмида) захмга текширилиши, жумладан, улардан Вассерман реакциясига қон олиниши лозим. Жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш касалликларидан даволанаётган бемор аёллар ва ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш мақсадида врачга мурожаат этган аёлларнинг қони ҳам захмга текширилади. Булардан ташқари, захмга қарши даволанаётган ва захм ташхиси билан клиник ва серологик кузатувда турган аёлларнинг барчаси ҳақидаги маълумотлар тегишли аёллар маслаҳатхоналарига берилиши керак. Бу тадбир улар ҳомиладор бўлган тақдирда тегишли текширувлар ўтказишга ва профилактик даво чораларни кўришга ёрдам беради. Захмга чалинган аёлларга ҳомиладорликни тўхтатиш имконияти берилади. Бироқ бу муолажа ҳомиладор аёлда кузатилган захмнинг юқумли белгилари бартараф этилгандан сўнг амалга оширилади. Захм билан оғриган аёлда ҳомиладорлик аниқлангач, ушбу аёлнинг тиббий ҳужжати яшаб турган жойи бўйича туғруқхонага юборилиши керак.

Агар аёллар маслаҳатхонасида захмга тегишли текширувлар ўтказилган бўлмаса, бу туғруқхоналарда ҳомиладорларни ўз вақтида (туғишдан аввал) клиник ва серологик текширувлардан синчковлик билан ўтказиш лозим. Захмга текшириляётган, ҳомиладор аёлларда Вассерман ва бошқа классик серологик реакцияларнинг мусбат жавоблари текшириляётган аёлда захм бор, деган хулоса чиқариш учун кифоя қилмайди. Бундай ҳолларда Вассерман реакциясига сохта мусбат жавоб олиш эҳтимоли борлигини ҳисобга олишимиз лозим. Бундай ташқари, ҳомиладор аёл туққандан кейин 10-15 кун ичида ҳам ВР сохта мусбат жавоб бериши мумкинлигини ёдда сақлаш лозим. Шу сабабли бундай аёллар

туққанларидан 2-3 ҳафта ўтгач такрорий серологик текширувлар ўтказилиши лозим. Мана шу даврлардан кейин ўтказилган серологик реакцияларнинг мусбат жавобигина унинг спецификлигини кўрсатади. Қолаверса, КСРнинг спецификлик даражаси трепонемалар ҳаракатини чеклаш реакцияси ёрдамида аниқланиши лозим. Қўлланмага биноан КСРнинг мусбат жавоби билан бирга ТХЧР ва ИЁР нинг мусбат натижалари асосида ҳомиладор аёлларга яширин захм ташхиси қўйилади.

КСРлар кам мусбат жавоб берган ҳолларда ТХЧР ва ИЁРларининг мусбат натижалари текширилатган аёлга яширин захм ташхиси қўйишга асос бўлади.

Захмга дучор бўлган аёллардан туғилган барча болалар ҳам синчковлик билан клиник ва серологик текширувлардан ўтказилиши керак. Тери ва шиллиқ қаватларида ҳамда ички аъзоларида захм белгилари топилмаган, шунингдек рентгенологик текширувларда ўзгаришлар аниқланмаган болаларда серологик реакцияларнинг манфий жавоби туғилган гўдакнинг соғломлигидан гувоҳлик беради. Рентгенологик текширувлар кўпи билан 3 ой мобайнида ўтказилиши шарт. Соғлом туғилган болаларда профилактик даво курсини ўтказиш туғма захмнинг кеч белгилари пайдо бўлиш хавфининг олдини олади. Юқорида санаб ўтилган ҳамма профилактик даво чоралари туғма захм ривожланишининг олдини олади.

3. Машгулотнинг мақсади.

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

Талабалар қуйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари лозим:

- а) туғма захмнинг классификациясини (таснифи);
- б) туғма захм билан касалланган беморлардан рангпар трепонемаларга материал олиш методикаси;
- в) эрта туғма захм диагностикаси.

4. Ўйга вазифа:

Туғма захмнинг шаклланишининг сабабларини тушунтиринг. Туғма захм классификацияси нимага асосланган?

Робинсон-Фурнье чандиқларининг ҳосил бўлиш механизмини тушунтиринг.

Парронинг сохта фалажлиги нима сабабдан кузатилади?

Қиличсимон болдирнинг шаклланиш сабаби нимада?

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. «Руководство по детской дерматовенерологии». 1983. 399-433-бетлар.

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

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

4. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Архивдан олинган касаллик тарихи асосида туғма захмга учраган беморлар билан танишиш (мустақил)	а) керакли маълумотларни дафтарга ёзиб олиш; б) мазкур бемор тўғрисидаги маълумотларни дарслик маълумотлари билан таққослаш.	а) туғма захмга учраган беморлар касаллик тарихи (махсус бўлим)ни ёзишни ўрганиш; б) беморларга ташхис қўйишни ўрганиш.
2. «Вестник дерматологии и	в) мақола билан танишиш	в) олинган маълумотлар

венерологии» ойномасидаги туғма захм ҳақидаги мақолалар билан танишиш (гуруҳ билан бирга)	мобайнида керакли маълумотларни ёзиб олиш; г) дерматологик статусни кўчириб олиш.	асосида талабалар қўйган ташхиснинг тўғрилигини текшириш
---	---	--

5-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Захмни даволаш (специфик, носпецифик, огоҳлантирувчи, олдини оладиган ва синов даволар. Захмда қўлланиладиган дори воситалари).

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Захмга чалинган беморларни даволаш 1987 йилда тасдиқланган қўлланмага биноан амалга оширилади. Мазкур қўлланма тиббиёт олий билимгоҳларининг тери-таносил касалликлари кафедраларида ва илмий-тадқиқот институтларида даво усуллари соддалаштириш мақсадида кейинги йилларда тўпланган тажрибалар асосида ишлаб чиқилган ва тавсия этилган.

Даволашнинг қуйидаги усуллари жорий этилган:

1. Захм билан касалланган беморларда специфик даво қўлланилади, даво касалликни кўзғатувчи оқиш спирохеталарни нобуд қилишга қаратилгандир. Шу мақсадни амалга ошириш учун қўлланиладиган дорилар специфик дорилар дейилади.
2. Носпецифик даво. Захмга учраган беморлар организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини ошириш ва серологик реакциялар жавобининг манфий бўлишини тезлаштириш мақсадида қўлланилади. Бундай дорилар носпецифик препаратлар дейилади.
3. Огоҳлантирувчи (превентив) даво захмга йўлиққан беморлар билан жинсий ёки яқин маиший муносабатда бўлган шахсларда ўтказилади (бунда антибиотиклар ишлатилади).
4. Касалликнинг олдини оладиган (профилактик) даво. Захм билан касалланган беморлардан туғилган болаларда ва захмни бошдан кечирган ҳомиладор аёлларда қўлланилади (пенициллин билан).
5. Синов даво. Захмнинг кеч даврларида кузатиладиган диагностик ноаниқлик пайтларида ўтказилади (кўпинча висмут препаратлари, баъзан антибиотиклар қўлланилади).

Захм касаллигини даволашда қуйидаги специфик дори воситалари қўлланишга рухсат этилган: пенициллин препаратлари, эритромицин, тетрациклин, олететрин, висмут ва йод препаратлари.

Пенициллин препаратлари. Кўп йиллик клиник кузатувлар ва илмий тадқиқотлар натижасида пенициллинлар гуруҳининг захм инфекциясида шифобахш таъсир кўрсатиши тасдиқланган. Пенициллин препаратлари захмга қарши ёлғиз ўзи ёки висмут препаратлари билан биргаликда қўлланилиши мумкин. Агар пенициллиннинг ҳар бир мл қондаги миқдори 0,03 ТВ дан ошса, бу миқдор захмни даволашга қодир деб ҳисобланади.

Бензилпенициллин таъсир этиш муддати узайтирилган бошқа препаратларга нисбатан беморлар томонидан яхши қабул қилинади, у камдан-кам ҳолларда асоратлар қол-диради. Шунга қарамадан беморнинг касаллик тарихида пенициллинга нисбатан кўнгилсиз воқеалар бўлган бўлмаганлигини аниқлаш лозим. Пенициллин дастлабки юборишдан 30 дақиқа аввал ҳар эҳтимолга қарши гистаминга қарши дорилардан бирортасини (димедрол, диазолин, супрастин) бериш лозим. Шунингдек, гистаминга қарши дорилар пенициллиннинг таъсир муддати узайтирилган препаратларини юборишдан аввал ҳар сафар қўлланилиши лозим.

Пенициллин препаратларининг қуйидагилари захмни даволашда қўлланилади:

1. Бензилпенициллин-бензилпенициллин кислотанинг сувда эрийдиган натрийли ва калийли тузи. Сувдаги эритмаси ҳар 3 соатда тунги танаффусларсиз мушак орасига

юборилади (дорининг миқдори захмининг турига боғлиқ). Пенициллиннинг қондаги шифобахш миқдорини бир меъёрга сақлаб туриш учун дори ҳар 3 соатда юборилиши шарт. Акс ҳолда дорининг қондаги миқдори камайиб кетиб, пенициллиннинг трепонемаларни ўлдириш қобилияти сусаяди, оқибатда даволаш муваффақиятсиз чиқади.

2. Бициллин-3 - бензилпенициллиннинг натрийли ёки калийли тузи, шунингдек новокаин ва дибензилэтилендиамин тузларидан иборат аралашмаси. Мушак орасига икки лаҳзали усул билан ҳар 4 кунда бир марта юборилади.

3. Бициллин-1 (бензилпенициллиннинг дибензилэтилендиамин тузи) ва бициллин-5 (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 дори модда қон томирлари ичига тушиб қолмаслиги учун дастлаб игнанинг ўзи санчилиши лозим. Игнадан қон чиқмаётганлигига ишонч ҳосил қилингандан кейин, унга шприц кийгизиш лозим. Сўнгра дори модда аста-секин ва эҳтиётлик билан юборилади.

4. Эритромицин - трепонемаларни ҳалок қилиш хусусиятига эга бўлган антибиотик. Пенициллин препаратларини қўллаш оқибатида рўй берадиган ҳар хил асоратлар кузатиладиганда ишлатилади. Эритромициннинг захмга нисбатан шифобахш кучи пенициллинникига нисбатан пастдир. Шу туфайли ёлғиз ўзи захмини даволашда қўлланилмайди, яъни эритромицин билан даволаниш курси тугагач, висмут тузлари юборилади. Эритромицин ҳар 6 соатда (суткасига 4 марта) 0,5 г дан овқатдан кейин ичиш учун берилади.

5. Тетрациклин ва олететрин. Бу дори моддаларини пенициллин ва эритромицинга сезувчанлиги ошган беморларда қўлланилади. Бунда висмут препаратлари тетрациклин ва олететринлар билан бир вақтнинг ўзида қўлланилади. Мазкур антибиотиклар 0,5 г дан суткасига 4 маҳал берилади.

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

Антибиотиклар билан даволашда кузатиладиган асоратлар қуйидагилар:

Даволанаётган беморларда тана ҳароратининг кўтарилиш реакцияси (Герксгеймер реакцияси). Бу асорат кўп ҳолларда кузатилади (кўнгил озиши, бош оғриғи, касаллик белгиларининг яққол намоён бўлиши ва ҳоказо). Бундай кўнгилсиз ҳодисалар узоғи билан бир кун давом этиб, кейин йўқолади. Шу туфайли даво чораларини давом эттиришга тўсқинлик қилмайди.

Пенициллин, айниқса таъсир муддати узайтирилган пенициллин препаратлари билан даволашда аллергияга алоқадор турли-туман асоратлар кузатилиши мумкин. Бунда терида пайдо бўладиган тошмалар эшакем ёки аллергияк дерматит (токсидермия) кўринишида учрайди. Бундай ҳолларда пенициллин билан даволаш тўхтатилиб, дарҳол гистаминга қарши моддалар ва кальций препаратларини қўллаш лозим. Шунингдек, қон томирларга томчилаб физиологик эритма ёки гемодез юбориш яхши натижалар беради.

Антибиотиклар таъсирида кузатиладиган энг оғир ва жиддий асорат организмнинг химоясиз туртки ҳолати (анафилактик шок) ҳисобланади. Бу ҳолат қон босимининг кескин пасайиб кетиши билан таърифланади, бемор ҳушидан кетиб, қалтироқ тутади, териси қонсизланиб, лаблари кўкаради. Бундай ҳолларда зудлик билан қон томирларни торайтирадиган ва қон босимини оширадиган дорилар (адреналин, норадреналин, эфедрин, кофеин), шунингдек преднизолон эритмаси, димедрол каби аллергияга қарши моддалар томир ичига юборилиши лозим. Эритромицин эса кўпинча аллергияк тошмалар пайдо қилади, беморнинг кўнгли айниб, ичи кетиши мумкин.

Пенициллин гуруҳи ва захмини даволашда қўлланиладиган бошқа антибиотикларни қўллашга монеликлар:

- аллергик касалликлар (бронхиал астма, эшакем), ички секреция безларининг касалликлари, ўткир ошқозон-ичак касалликлари, ривожланган сил жараёни, қон касалликлари, юрак-томирлар системасининг оғир касалликлари;
- тетрациклин ва олететрин ҳомиладор аёлларга, 5 ёшгача бўлган болаларга берилмайди. Бундан ташқари, маълум бемор организмига у ёки бу дори моддаларининг индивидуал монелик қилиши мумкинлиги ҳисобга олиниши лозим.

Висмут препаратлари. Қўлланмага биноан захми даволашда қуйидаги висмут дорилари қўлланилади:

1. **Бийохинол** (Biiochinolum) - шафтоли мойида эритилган висмут, йод ва хинин аралашмаси. Таркибида 25% висмут, 56% йод ва 19% хинин бор. Мушак орасига, думбанинг юқори ташқи чорак қисмига узун игна ёрдамида икки лаҳзали усул билан юборилади. 1мл бийохинолнинг таркибида 0,02 г соф висмут бор. Бийохинол ва бошқа висмут препаратларини мушак орасига юборишдан аввал иссиқ сувда иситилиб, яхшилаб чайқатилади. Ҳар куни 1 мл ҳисобида, кун ора 2 мл дан ёки ҳафтасига 2 марта 3 мл дан юборилади. Даволаш курсининг миқдори 40-50 мл.
2. **Бисмоверол** (Bismoverolum). Моновисмутин кислотанинг висмутли тузини шафтоли мойидаги аралашмаси. 1мл аралашмада 0,05 г соф висмут бор. Ҳафтасига 1 марта 1,5 мл дан юборилади, бир курс давомида 10-20 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 юборилади, даво курси 40-50 мл ни ташкил этади.

Оғиз шиллиқ қаватининг касалликлари, буйрак ва жигар касалликлари, сил, қанд касаллиги висмут препаратлари билан даволашга монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади.

Висмут препаратлари билан даволаш қуйидаги асоратларни келтириб чиқариши мумкин:

1. Милкларда, айниқса унинг чеккаларида висмут тузларининг йиғилиши, бунда кўкимтир кул ранг хошиялар ҳосил бўлади. (висмут хошиялари дейилади). Милкларнинг зарарланиши гингивит деб аталади.
2. Стоматит - оғиз бўшлиғининг зарарланиши. Кам учраса-да, беморни узок вақт безовта қилиши мумкин.
3. Буйракларнинг зарарланиши (нефропатия) - бунда сийдик таркибида оксиллар пайдо бўлади (альбуминурия), баъзан цилиндрлар кўринади (цилиндрурия). Нефропатиянинг захмга алоқадор эканлигини исботловчи далил сийдикда висмут ҳужайраларининг (донадор цитоплазмали эпителий ҳужайралари) пайдо бўлишидир.

Йод препаратларидан натрий йод, калий йод ва кальций йод (сайодин)лар кенг қўлланилади. Бу дори моддалари асосан учламчи захм, ички аъзолар захми, сезги органлари захми ва кеч туғма захмда кўп қўлланилади. Бундан ташқари, ҳарорат кўтарилиши реакцияси (Герксгеймер реакцияси)нинг олдини олиш мақсадида захмнинг эрта турларида ҳам қўлланилган. Бундай мақсадларда йод препаратлари специфик дори моддаларини қўллашдан аввал берилади (айниқса пенициллин препаратларини юборишдан олдин). Висмут препаратлари билан даволанаётган беморларга ана шу висмут тузларини организмдан тез чиқариб юбориш (элиминация дейилади) мақсадида ҳам қўлланилади. Бунда йод препаратлари даволаш курслари ўртасида, яъни танаффус пайтларида берилади. Йод серологик реакциялар натижаларининг тез манфийлашишига ҳам ёрдам беради. Йод препаратлари дўмбоқча ва тугунчаларни, шунингдек катта ҳажмдаги бошқа яллиғланиш моддаларининг сўрилишини тезлаштиради, тунги суяк оғрикларини пасайтиради.

Калий йод ва натрий йоднинг 3-4-5% эритмалари 1 ош қошиқдан 3 маҳал овқатдан кейин сут билан ичилади. Кальций йодид эса 1-2 таблеткадан 3 маҳал овқатдан сўнг 1 - 1,5 ой мобайнида ичилади. Ҳар курсда 60-80г соф йод берилади.

Йод препаратларини қўллашга монелик қилувчи касалликлар:

1. Йод препаратларига нисбатан сезувчанликнинг ошиши ва аллергия ҳолатлари.
2. Ривожланган ўпка сили.

3. Буйрак касалликлари (нефритлар ва нефрозлар).
4. Қайта тикланмайдиган ўзгаришлар билан кечаётган юрак-томирлар системасининг касалликлари.
5. Қон яратадиган органлар касалликлари.

Йод препаратлари қуйидаги кўнгилсиз ҳолатларни келтириб чиқариши мумкин:

- конъюнктивитлар (кўзнинг конъюнктивал пардасининг яллиғланиши), ринит (бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг яллиғланиши), бронхит (ўпка нафас йўллариининг яллиғланиши), ошқозон-ичак йўллариининг касалликлари, йод тошмалари (йод ҳуснбузарлари), ўсмалар (йододерма).

Юқорида санаб ўтилган йодизм белгилари пайдо бўлганида йод билан даволашни вақтинча тўхтатиш лозим. Захмга учраган беморлар қуйидаги усуллар билан даволанадилар. Бирламчи серонегатив, бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм ва огоҳлантирувчи даво ўтказилаётганда пенициллин эритмасини 400 000 ТБ дан ҳар 3 соатда 14 кун мобайнида юборилади. Жами 44,8 млн. ТБ.

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

Кеч яширин захмда (орттирилган ва туғма) дастлаб бийохинол (2 мл дан кун ора, 12-14 мл га етгунча) юборилади. Сўнгра пенициллин (200 000 ТБ дан ҳар 3 соатда, жами 40 млн. ТБ) билан даволанади. Даво охирида бийохинол миқдори 40-50 мл га етказилади. Орадан 1,5-2 ой ўтгач пенициллин-висмут даво курси такрорланади. Бундай беморларни даволаш тугади деб ҳисоблаш учун висмут препаратлари билан яна икки даво курси ўтказилиши лозим. Ҳар гал висмут дорисининг тури ўзгартирилиб (гоҳ бисмоверол, гоҳ пентобисмол) турилиши ва даво курслари ўртасида 1,5-2 ой танаффус қилиниши керак.

Учламчи захм билан оғриган беморларни даволаш кеч яширин захмда бўлганидек олиб борилади. Бунда дастлаб юбориладиган бийохинол миқдори 20 мл га етказилиши лозим.

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

2-жа д в а л

Эрта туғма захмга учраган болаларни даволаш

Гўдакнинг ёши	Дорининг ҳар бир кг тана оғирлигига тўғри келадиган суткалик миқдори	Дорини юборилиш миқдори (ҳар 4 соатда)
0 ойгача	100 000 ТБ/кг	50 000-100 000 ТБ дан 100 000-
6 ойдан 1 ёшгача	75 000 ТБ/кг	150 000 ТБ дан 100 000-200 000
1 ёшдан 2 ёшгача	50 000 ТБ/кг	ТБ дан

Масалан, оғирлиги 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 оладиган (профилактик) даво 2 ҳафта давомида ўтказилади. Бунда дорининг суткалик миқдори 100 000 ТБ/кг ни ташкил этади. Масалан, оғирлиги 5 кг бўлган бир ойлик чақалоққа кунига 500 000 ТБ, жами 7 млн. ТБ пенициллин юборилади. Огоҳлантирувчи (превентив) даво кўпинча 3 ёшгача бўлган болаларда ўтказилиб, пенициллиннинг даво миқдори гўдакнинг ёшига қараб турлича:

- 1 ёшгача бўлган болаларга 500 000 ТБ/кг;
- 1-5 ёшга 400 000 ТБ/кг;
- 6-10 ёшга – 300 000 ТБ/кг;
- 11 – 15 ёшга – 200 000 ТБ/кг;
- ёши 15 дан ошган ўсмирларга 100 000 ТБ/кг ни ташкил этади.

Захмга учраган беморларни даволашда қўлланиладиган **носпецифик даво** усуллари кўпинча унинг кеч даврларида (кеч яширин захм, учламчи захм, ички аъзолар ва асаб системасининг захми) яхши самаралар беради. Иккиламчи қайталанган ва эрта яширин

захмларда ҳам носпецифик дори-дармонлар бериш мақсадга мувофиқдир. Бунда кўпроқ қуйидаги носпецифик препаратлар ишлатилади:

1. Пироген моддалар (пирогенал, продигиозан);
2. Биоген стимуляторлар (алоэ, ФиБС, шишасимон тана, спленин);
3. Витаминлар (тиамин, пиридоксин, витамин С, витамин В₁₂).
4. Носпецифик иммун дорилар (декарис, натрий нуклеинат, метилурацил);
5. Қонни ультрабинафша нурлар билан нурлаб қайта юбориш (реинфузия);
6. Давога мослашишни тезлаштирувчи (адаптоген) препаратлар (пантокрин, элеутерококк ва бошқалар).

Серорезистент захмда, серологик қайталаниш ҳолларида, орқа мия суюқлигида чуқур ўзгаришлар кузатилганда носпецифик даво кенг қўламда қўллаш, айниқса пироген даво кутилган натижалар беради.

Ҳозирги пайтда захм касаллиги муваффақиятли даволанмоқда. Захмнинг энг оғир турлари (кўриш нервнинг атрофияси, орқа мия сухтаси, ривожланган фалажлик) кам кузатилмоқда. Туғма захм ҳам камайиб борапти. Захмнинг эрта даврларида даво чораларини бошлаш касалликнинг бутунлай тузалиб кетишига гаров бўла олади.

Захмга қарши даволанган беморларда касаллик белгиларининг йўқолиши, серологик реакциялар жавобининг манфийлашиши бемор захмдан ҳоли бўлади, деган сўз эмас. Захм белгилари маълум муддатдан сўнг яна пайдо бўлиши, серологик реакциялар қайта мусбат жавоб бериши мумкин. Шу сабабли захмдан даволанганлик мезони даво олган беморларни узоқ муддат мобайнида кузатиб борилганда аниқланади. Диспансер ҳисобига олинган беморлар бир йилдан 5 йилгача кузатилади:

- бирламчи серонегатив захмга учраган беморлар - 1 йил;
- бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм - 3 йил.
- иккиламчи қайталанган, яширин ва учламчи захм, шунингдек захмнинг бошқа кеч турлари - 5 йил.

Эрта ва кеч туғма захмга қарши даволанган беморлар ва олдини оладиган (профилактик) даво олган болалар 5 йиллик муваффақиятли клиник ва серологик куза-тувдан сўнг ҳисобдан чиқарилади.

Бунда захм билан оғриган беморларда классик серологик реакцияларнинг барчаси манфий жавоб бермагунча улар ҳар ойда клиник ва серологик назоратдан ўтказиб турилади. Шундан сўнг бир йил мобайнида ҳар чоракда, кузатувнинг иккинчи ва учинчи йилларида эса ҳар олти ойда бир марта клиник-серологик текширувдан ўтказилади. Назоратнинг кейинги йилларида беморлар йилига бир марта клиник ва серологик текширувлардан ўтиб туришлари шарт. Клиник ва серологик кузатувларнинг барча давр ва босқичлари бемор қайси туман ёки вилоятда яшаб турган бўлса, ўша жойдаги диспансерда ўтказилади. Гап шундаки, даволаш бошқа шаҳарларда жойлашган диспан-серларда ўтказилган бўлиши мумкин.

Замонавий даволаш усуллари ёрдамида сифатли ва вақтида ўтказилган даво захмга учраган беморларнинг бутунлай соғайиб кетишларига олиб келади. Даволанган беморларни қуйидагилар асосида захм инфекциясидан ҳоли бўлган деб ҳисоблаш мумкин:

- 1) захмнинг барча даврларида, хусусан унинг бирламчи ва иккиламчи даврларида бошланган ва сифатли ўтказилган даво туфайли мазкур беморларда бутун кузатув мобайнида захмнинг бирор белгилари пайдо бўлмаслиги;
- 2) захмнинг янги белгилари фақат қайта (такрорий) юкиш оқибатида пайдо бўлганда;
- 3) спепифик даво ўтказилгандан сўнг ҳомиладор бўлган аёллардан туғилган болаларда захмнинг ҳам клиник, ҳам серологик белгилари кузатилмаслиги, бу ўринда ҳомиладорликнинг биринчи ярмида ўтказилган сифатли даво натижасида ҳам соғлом болалар туғилаётганлигини таъкидлаш лозим;
- 4) захмга қарши сифатли даволанган, аммо бошқа бахтсиз ҳодисалар натижасида ўлган кишилар ёриб кўрилганда уларнинг ички аъзоларида захмнинг бирор специфик белгилари топилмаганлиги.

Аммо баъзи беморларда ўтказилаётган даво чораларига қарамасдан классик серологик реакциялар мусбат жавоб бериши мумкин. Узлуксиз усул билан даволангандан сўнг бир йилдан ортиқ бўлган муддат мобайнида КСР натижаларининг ўта мусбат қолиш ҳолларига серочидамлик захм дейилади. Шунингдек сурункали усул билан даво ўтказилаётган ва даволашнинг охириги курси бошланган беморларда КСРнинг мусбат жавоблар бориш ҳоллари ҳам серочидамлилик деб тушунилади. Захм беморларида серочидамлик ҳоллари кузатилганда қўшимча даво курслари буюрилади. Бундай ҳолларда кўпинча иккиламчи қайталама захмга учраган беморларда ўтказиладиган даво такрорланади. Серочидамли захмда антибиотиклар ва висмут препаратлари йиғиндисини ўз ичига олган 3 курс даво ўтказилса ҳам бўлади. Серочидамлик захмга қарши танланган даво усулларида қатъи назар, бу специфик даво носпецифик даво усуллари билан қўшиб ўтказилгани маъқул. Захмнинг кеч давларида (ички аъзолар ва асаб системаси захмларининг барча турларида) ўтказилган даво чораларига қарамасдан КСРнинг мусбат жавоб бериш ҳоллари серочидамлик деб тушунилмайди. Шу сабабли қўшимча даво курслари буюрилмайди. Захмнинг бундай кеч турларида касалликнинг клиник белгиларининг йўқолиши давонинг асосий тузалганлик мезони ҳисобланади.

Захмга қарши даволанган беморларда қуйидагилар даволанганлик мезони бўлиб хизмат қилади:

- а) ўтказилган даво чораларининг сифати (қўлланилган усулнинг тўғрилиги, дори миқдорининг етарли даражада бўлиши, препаратларни алмаштириб туриш тартиби, даво курслари орасидаги муддат ва бошқалар);
- б) тери ва шиллиқ қаватларда захмга алоқалор белгиларнинг йўқлиги;
- в) ички аъзо ва системаларда кузатиладиган специфик ўзгаришларнинг ҳозирги ҳолати;
- г) рентгенологик текширув натижалари;
- д) лаборатория (клиник, серологик, ликворологик) текширувларнинг натижалари.

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

Клиник, серологик кузатувлар даврида захмнинг янги белгилари кузатилмаган, барча аъзолари ва системаларида ривожланаётган специфик ўзгаришлар аниқланмаган, серологик реакциялар манфий натижалар берган беморлар (захмнинг кеч давлари бундан истисно) соғлом деб тан олинади ва ҳисобдан чиқарилади.

Захмнинг юқумли турлари билан касалланиб ўтган одамларга болалар муассасаларида ва умумий овқатланиш муассасаларида сифатли даво натижасида касалликнинг барча клиник белгилари йўқолгандан сўнг ишлашга рухсат берилади.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар захмни даволашда асосий ҳужжат–қўлланманинг туб моҳиятини англашлари, даволаш усуллари, захмда қўлланиладиган дори моддаларининг турларини ва хоссаларини билишлари лозим. Шунингдек, захмни даволашга қўйиладиган талаблар, беморларнинг даволанганлик мезонини аниқлаш ва уларни ҳисобдан чиқариш қоидаларини сўзлаб беришлари лозим. Улар қуйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари керак:

- а) пенициллиннинг дюронт препаратлари ва висмут дориларни икки лаҳзали усул билан юбориш;
- б) дори моддаларини қўллаш оқибатида намоён бўладиган нохуш ҳодисалар, жумладан аллергия тошмаларни аниқлаш;
- в) қўлланмага таяниб захмнинг у ёки бу турларини даволаш режаларини тузишлари, препаратларнинг суткалик ва даво миқдорини математик йўл билан ҳисоблай олишлари лозим.

4. Уйга вазифа:

Специфик дориларнинг таъсир механизмини тушунтиринг.

Висмут препаратларини қўллашга монелик қилувчи ҳолатлар ва касалликларни санаб беринг.

Болаларда туғма захм қандай даволанади?

Касалликдан даволанганлик мезони қандай аниқланади?

АДАБИЁТЛАР

С. Т. Павлов ва бошқалар. «Кожные и венерические болезни», М. 1985. 321-332-бетлар.

«Венерические болезни» (О. К. Шапошников таҳрири остида), М. 1991. 266-273, 275-281-бетлар.

«Инструкция по лечению и профилактике сифилиса», М. 1988.

6. Талабаларни ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Захм беморларига даво режасини тузиш (берилган масалалар асосида)	а) масалада қўйилган мақсад асосида дори моддалари тизмасини тузиш;	а) захмга учраган беморларни даволашни ўрганиш;
2. Захмга алоқадор (превентив, профилактик) даво усуллари муҳокама қилиш (берилган масалалар асосида).	б) режага киритилган дориларга монелик бор йўқлигини аниқлаш; в) специфик дориларнинг даво курси миқдорини ҳисоблаш; г) масала шартига биноан захмга қарши даво усуллари танлаш ва изоҳлаш.	б) захмга алоқадор даво усуллари қўллашни ўрганиш

6-МАШҒУЛОТ

1-Машғулот мавзуси. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми.

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

ОИТС тескари транскрипция (кўчириб олиш) жараёнини таъминлайдиган ретровируслар томонидан қўзғатилади. Мазкур вируслар Т-лимфоцитларга атайин таъсир этади, уларнинг ирсий аппаратини издан чиқаради. Натижада уларнинг хужайра ҳалок бўлгунга қадар вирус оқсиллари ва бўлакчаларини ишлаб чиқаришга мажбур этади. Ҳосил бўлган янги вирус таначалари бошқа хужайралар ичига кириб олиб, уларни ҳам янги вируслар ишлаб чиқаришга мажбур этади. Шу йўсинда соат ва кун сайин қондаги вируслар сони ошиб бориб, лимфоцитлар, айниқса Т-лимфоцитлар сони тобора камайиб бораверади. Хужайралар иммунитетига жавобгар ҳисобланган Т-лимфоцитларнинг камайиб бориши организмнинг иммунологик қобилятининг сусайиб боришига сабаб бўлади. Ана шу тарика беморлар организмда орттирилган иммунитет танқислиги ҳолати юзага келали. Бунда организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобиляти кундан-кунга пасайиб боради, оқибатда турли-туман касалликларнинг пайдо бўлишига шароит яратилади. Кетма-кет ривожланаётган, табиатан турли-туман бўлган патологик жараёнлар одам организмнинг нобуд бўлишига олиб келади.

Қисқача тарихий маълумот. Касалликка орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (Acquired immunodeficiency syndrome) деган ном 1982 йилда берилган. Ўша даврда уни бесоқолбозлар (гомосексуалистлар) касаллиги деб ҳисобланар эди. Тез орада бу

касалликнинг гиёхвандларда шунингдек гемофилияга дучор бўлган беморларда кўп учрагани маълум бўлди. Кейинчалик касалликнинг бемор оналардан болаларга йўлдош орқали ўтиши аниқланди. Йиғилган маълумотларнинг барчаси мазкур дарднинг ўз кўзгатувчиси бўлиши керак, деб тахмин қилишга асос бўлди. Кўпгина мамлакатларда ОИТСнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлашга киришилди. Жумладан, Америкада Роберт Галло, Францияда Люк Монтанье раҳбарлигида олиб борилган илмий-тадқиқот ва кузатишлар кутилган самараларни берди. Уларнинг 1982-1984 йилларда ўтказган кузатувларида ОИТСнинг вирус касаллиги эканлиги аниқланди, касалликни ретровируслар кўзгатиши исботланди. Янги кашф этилган вирусларга HTLV-1, HTLV-II, HTLV-III (Human T-lymphotropic virus) ва LAV (Lymphadenopathy associated virus) деб берилган номлар умумлаштирилди. Ниҳоят, 1986 йилда ОИТСни кўзгатувчи вирусга HIV (human immunodeficiency virus) деган ном берилди. Биз уни иммунитет танқислиги келтириб чиқарадиган вирус деб таржима қилдик. Шунингдек тиббий адабиётда қулайлик яратиш мақсадида қисқача қилиб ИТВ (иммунитет танқислиги вирус) деб атадик.

Касалликнинг сабаблари. Ҳозирги пайтда иммунитет танқислиги вирусининг камида 2 хил ирсий турлари HIV-I, HIV-II борлиги аниқланди. ИТВ бактерицид эритмалар таъсирида тез nobуд бўлади. Айниқса формальдегиднинг 0,5% эритмаси, лизолнинг 0,5%, хлорамин, эфир, ацетонларнинг 3%, натрий гипохлориднинг 0,2% эритмаларида ва 70% спиртда тез юқумсизланади. ИТВ нинг юқумлилиқ хусусияти ҳомиладорликка қарши махсус модда - сперминцид таъсирида йўқолади. Сперминцид жумладан ИТВнинг тескари транскриптаза фермент активлигини ҳам сусайтиради. Турли-туман буюмлар таркибидаги ИТВ ни юқори ҳарорат (57° дан юқори) ҳам бутунлай nobуд қилади. Аммо ретровирус курилган ҳолда 22°С да 4-6 кун мобайнида ўзининг юқумлилиқ даражасини сақлаб қолиши мумкин. Шунингдек ОИТС кўзгатувчилари радиоактив нурланишлар ва ультрабинафша нурларига бирмунча чидамли.

ИТВ беморларнинг биологик тўқималари ва суюқликлари таркибида кўп миқдорда топилган. Айниқса қон 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 (сперма) дир. Шу билан бирга аёлларнинг жинсий суюқлиги (қин ва бачадон бўйнидан ажраладиган суюқлик) таркибида ИТВ патоген ҳолда сақланади. Гетеросексуалистлар орасида ОИТСнинг кенг тарқалаётганлиги сабабини мана шу ҳол билан тушунтириш мумкин. Бошқа биологик суюқликлар (сўлак, кўз ёшлари, тер, аёллар сути, орқа мия суюқлиги) таркибида ретровируслар маълум миқдорда топилган. Аммо бу суюқликларнинг миқдори кам бўлганлиги ва уларнинг таркибида вируслар сони ҳам кам топилганлиги сабабли уларнинг касаллик юқтириш хавфи паст. Фақат она сути орқали касаллик болага ўтиши мумкин (агар она узок муддат давомида эмизаётган бўлса). ИТВ қондаги моноцитларда, лимфа тугунларида, ўпка тўқимасида, суяк илигида, шунингдек асаб системаси тўқималарида ҳам топилган.

ОИТСнинг юқиш йўллари. Касаллик қуйидаги йўллар билан бошқа шахсларга ўтиши мумкин:

1. Жинсий йўл - турли-туман усулдаги жинсий алоқа пайтида эркаклар ёки аёллар суюқлиги таркибидаги ретровируслар жинсий шерик организмга ўтади.

2. Тиббий муолажа пайтида юқиш - ретровируслар тушган игна, шприц ва бошқа асбоблардан юқиш, мазкур асбобларни такрорий қўллаш натижасида, санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида юзага келади.

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

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

ОИТСга дучор бўлган беморларнинг 3/4 қисмини гомосексуалистлар ташкил этади. Бу ҳолнинг асосий сабаблари қуйидагилар:

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

2. Гомосексуалистларнинг асосий қисми энг йирик шаҳарларда жойлашгандир. Бу Нью-Йорк, Париж, Рим, Лос-Анжелос ва бошқа шаҳарлар. Мазкур шаҳарлардаги аҳолининг ниҳоятда кўплиги гомосексуал жинсий алоқа сонининг кўпайишига сабаб бўлади, бу ҳол ретровируслар юқиш эҳтимолини оширади.

3. Тўғри ичакнинг шиллиқ қавати бир қатор тизилган эпителий ҳужайраларидан иборат. Шу сабабли гомосексуал алоқа пайтида тўғри ичак шиллиқ қавати осонгина шикастланади ва ИТВ нинг қонга ўтиши учун кенг йўл 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 таркибида антиспермал антитаначаларнинг ҳосил бўлишига олиб келади. Мазкур антитаналар организмнинг иммунобиологик қобилятига таъсир этиб, иммунитетнинг пасайишига сабаб бўлади.

5. Гомосексуал жинсий алоқа пайтида пассив шерикдан ташқари актив шерик ҳам зарарланиши 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 гиёҳвандлардир. Ҳозирги вақтда гиёҳвандлар жинсий қониқиш (оргазм)ни кучайтириш мақсадида кўпинча амилнитрит ва бутилнитрит каби миорелаксантларни қабул қилишади. Нитритлар орқа чиқарув тешиги мушакларини юмшатиб, жинсий олатнинг чуқурроқ киришини таъминлайди ва шу сабабли шиллиқ қаватнинг кўпроқ қисми шикастланишига олиб келади.

7. Бесоқолбозларда кўп учрайдиган кўшилиб келадиган (ҳамроҳ) касалликлар (колит, дизентерия, гепатит В, жинсий аъзолар герпеси, шунингдек захм) ИТВ нинг қисқа муддат ичида ривожланишига шароит яратиб беради.

Ғарбда бесоқолбозликнинг кўпайиш сабабларини тушунтирувчи бир неча назариялар ва фикрлар (ирсий назария, рухий заифлик гипотезаси, жинсий гормонлар ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши, болаларнинг асосан она томонидан тарбияланиши ва бошқалар) мавжуд. Аммо бундай фикрлар ҳозирги замонда бу масалага равшанлик кирита олмайди ва кўпгина жумбоқларни ечишга ожизлик қилади. Рўқач қилиб кўрсатилган далиллар ва омиллар деярли барча мамлакатларда мавжуд бўлишига қарамасдан бесоқолбозлик ислом мамлакатларида кам учрайди.

.....
ОИТС га мойил бўлган гуруҳлар. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми аҳолининг куйидаги табақаларида кўпроқ учрайди:

1. Бесоқолбозлар - улар ОИТС га чалинган беморларнинг қарийб 75% ини ташкил этади (бунинг сабаблари юқорида атрофлича тушунтирилди).

2. Гиёҳвандлар - уларнинг сони турли мамлакатларда турлича (11-17%), уларнинг кўпчилиги бесоқолбозлардир.

3. Гемофилияга дучор бўлган беморлар. Бу касаллик билан асосан эркаклар касалланадилар. Бундай беморларда қоннинг ивишида иштирок этадиган VIII -IX омиллар етишмайди. Янги ва табиий қондан тайёрланадиган концентрат (керакли омиллар йиғиндиси) тайёрлаш учун 2000-5000 донорнинг қони керак бўлади. Бу ҳол ИТВнинг юқиш хавфини оширади. Бундай беморлар 1-4% ни ташкил этади.

4. Турли сабабларга кўра қон қуйиладиган беморлар ва бошқа тоифадаги шахслар. Қон ва қон препаратлари оладиган кишилар орасида ОИТС ҳоллари кейинги йилларда кўпайиб бормокда. Улар ОИТСга дучор бўлган беморларнинг 1,4-20,2% ини ташкил этади.

5. Жинсий шерикларини тез-тез ўзгартириб турадиган гетеросексуалистлар. Касаллик айниқса «уқалаш хона» ларига ва исловотхоналарга қатнайидиган эркаклар ва фоҳишалар орасида кўпаймоқда. Беморларнинг кўпчилигини аёллар ташкил этмоқда (29-50%). Агар гомосексуализм эркаклар орасида ОИТСнинг кенг тарқалишига олиб келган бўлса,

гетеросексуал жинсий алоқалар ва кенг кўламда қон қуйилиш ҳоллари касалликнинг аёллар орасида кўпайишига сабаб бўлмоқда.

6. Юқорида санаб ўтилган аҳоли табақаларидан туғилган, айниқса ОИТС га чалинган беморлардан ва ИТВ юққан шахслардан туғилган болалар. Бунда касаллик кўпинча ҳомила йўлдош орқали гўдакка ўтади. Шунингдек ҳомила туғруқ йўлларида ўтаётганида (туғиш пайтида) кин ва бачадон бўйнидаги ретровируслардан зарарланиши мумкин. Бемор оналар сутини эмган болаларнинг ОИТС билан касалланиши юқорида айтиб ўтилган эди.

ОИТС да тери ва шиллик қаватларнинг зарарланиши

ИТВ касаллигида терининг зарарланиши атрофлича ўрганилмаган. Warner L. C. ва Fisher B. K. (1988.), Ю. А. Ашмарин (1988 й.) теридаги ўзгаришларни қуйидагича таърифлайди:

1. Терининг ўсмалардан зарарланиши. ИТВ касаллигига дучор бўлган беморларда, айниқса унинг охири давларида турли-туман ўсмалар пайдо бўлади (Капоши саркомаси, лимфомалар, карциномалар, Бэркие ўсмаси ва бошқалар). Бу ўсмалар сон жиҳатдан турли-туман бўлиб, уларнинг турлари касалликнинг оғир-енгиллигини белгилайди. Улар орасида Капоши саркомаси алоҳида ўрин тутди. Маълумки, ёши кексайган, организмнинг иммунологик қуввати пасайган кишиларда Капоши саркомаси учраб туради. Бироқ ИТВ касаллигига учраган беморларда мазкур дарднинг ўзига хос кечиши маълум бўлди:

- а) ёшларда, ҳали 30-35га кирмаган кишиларда кузатилади;
- б) тананинг барча жойларида кузатилиб, кўпинча қўл-оёқ, жинсий аъзолар ва ички органларни зарарлайди;
- в) тугунлар сони кўп бўлиб, улар қаттиқ, тезда ярага айланади. Ўсмалар оғиз бўшлиғида, қорин бўшлиғида учраши мумкин,
- г) оғир кечади, нур билан даволаш беморнинг аҳволини оғирлаштиради;
- д) жуда тез метастаз беради, кўпинча лимфа тугунлари ва ички аъзоларга метастаз беради;
- е) болаларда, ҳатто гўдакларда кўп учрайди, тезда ўлимга олиб келади.

2. Терининг юқумли касалликлари:

- а) терининг вирусли касалликлари: оддий учук, белбоғсимон учук, сўгаллар, шиллик қаватлардаги ўсмачалар, вирусли гуш;
- б) терининг йирингли касалликлари: фолликулит, чипқон, стрептодермия, сурункали пиодермиялар, оқма яра, хуснбузар ва ҳоказо;
- в) терининг замбуруғли касалликлари: кандидозлар, аснергиллез, криптококкоз, токсоплазмоз ва ҳоказолар.

3. Терининг носпецифик касалликлари: а) эмлашдан пайдо бўлган гуш; б) терининг қичиши; в) атопик дерматит; г) эшакем; д) қичима

Касалликнинг эрта давларида терининг турли соҳаларида тошмалар пайдо бўлади. Мазкур тошмалар бетоблик белгилари билан кечади, яъни ҳолсизлик, бош оғриғи, кўнгил айниши, суякларнинг қақшаши, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Баъзан қалтироқ тутиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади ва у ётиб қолади. Юқорида санаб ўтилган белгилар қизамиқ, ич терлама, қизилча, тошмали терлама каби касалликларни эслатади. Касалликнинг 2-3-ҳафтасида тошмалар (розеола) катталашиб, эритемага (яллиғланган доғларга) айланади. Бунда уларнинг ҳажми бир тийинлик чақадай ва ундан ҳам катта бўлиб, ўша соҳалардаги тери қичишади, қизийди. Бу доғлар кўпинча юз терисида, сўнгра тана сатҳида жойлашган бўлади. Касалликнинг ривожланиш жараёнида дерматит - терининг ўткир яллиғланиши гушга айланиши мумкин.

Клиникаси. ИТВ касаллигининг ўзига хос аниқ специфик белгилари йўқ. Касаллик кўпинча босқичма-босқич ўтади. Бунда касалликнинг кўзиш ва сусайиш давлари навбатма-навбат алмашиб, беморнинг аҳволи оғирлашиб боради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таклифига биноан касалликнинг 5 босқичини тафовут этиш қабул қилинган.

1-босқичи. 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.

2-босқичи. Белгисиз босқич - бунда касалликка хос бирор белги кузатилмайди. Бу босқич фақат лаборатория усули билан аниқланади. Мазкур босқич 5 ойдан 5-6 йилгача давом этиши мумкин.

3-босқичи. 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.

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

5-босқичи. 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) ошқозон-ичак тури; г) иситма билан ўтадиган тури; ОИТСда кузатиладиган турли симптомлар бирор турдаги белгиларнинг ривожланиши, шунингдек бир вақтнинг ўзида бир неча турдаги ўзгаришларнинг “чуқурлашиши” ҳаётий муҳим аъзоларнинг ишдан чиқишига олиб келади. Организм иммунологик қобилятининг кескин пасайиши, жумладан, Т-лимфоцитлар сонининг 1000 - 100 тагача тушиши уни ривожланаётган турли хил патологик жараёнларга қарши кураша олмайдиган қилиб 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 шиллиқ қаватларидаги юқорида санаб ўтилган ўзгаришлар зўрайиб, бемор терисига ўзига хос тус беради. Айниқса Капоши саркомаси ва бошқа ўсмаларнинг ёмон сифатли (хавфли) кечиши метастазлар сонининг ошишига олиб келади.

Касалликнинг аниқ табиатини аниқлашда уларни тери ва юқумли касалликлардан фарқлашда лаборатория текширув усуллари ёрдам беради. Иммунологик анализлардан лимфоцитлар турларини санаш ва таққослаш усули ғоят амалий аҳамиятга эга. Бунда ёрдамчи лимфоцитлар - хелперлар сони камайиб кетади, бироқ лимфоцитларнинг умумий сони камаймаган бўлиши мумкин. Лимфоцитлар умумий сонининг камайиши (лимфоцитопения) касалликнинг кейинги давларида кузатилади. Бунда лимфоцитларнинг 1 мл қондаги сони 500 тагача тушиши мумкин (соғлом кишиларда 1200-1700 донa). Маълумки, нормада хелперларнинг супрессорларга нисбати - 1,5:1,8 га тенгдир, ВИЧ касаллигида бу рақам 1 дан пастга тушиб кетади. Соғлом гетеросексуалистларда Тх/Тс-1,75, соғлом гомосексуалистларда эса Тх/Тс-1,2 (Sthe1 et al., 1982).

Сурункали ҳар хил тери касалликлари (гуш, гулафшон, қичима, эшакем ва ҳоказолар) бўлган беморлар ВИЧ касаллигига чалинса, уларнинг эски тери касалликлари қўзийди. Бунинг устига-устак янги шаклланган тошмалар диагностикани мураккаблаштиради. Бироқ касаллик тарихини мукаммал 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 унинг борлигини сезади. Бироқ, иммунофермент усули ОИТС га чалинган беморларнинг 82% ида ижобий, 16% ида эса тахминий натижалар беради ва 2% ида ВИЧ касаллиги борлигини аниқлай олмайди (манфий натижалар беради). Иммунофермент усулидан афзалроғи иммуноблотинг усули дейилади. Иммуноблотинг усули ИФА мусбат натижалар берган шахсларгагина 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 текшириладиган шахсда ИФА усули манфий натижалар берса, касаллик юкмаган деган хулосага келиш хато ҳисобланади, яъни бу ҳолда қарши таначалар етарли миқдорда ҳосил бўлиб улгурмаган бўлиши мумкин. Шу-нинг учун ИФА усулини 2 марта қўллаш лозим. Ҳозирги пайтда фаол иш олиб бораётган барча ОИТС лабораториялари аҳоли орасида ВИЧ касаллигини аниқлаш мақсадида ИФА усулини кенг қўлламоқда. Айниқса, захмга дучор бўлган ҳомиладор 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 гепатитини қўзғатувчи вирусга (HBSAg) ҳам текширилиши лозим.

3. Машгулотнинг мақсади.

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

4. Уйга вазифа:

- ОИТС ретровирусларига таъриф беринг;
- ретровируслар қандай тўқималар ва биологик суюқликларда топилган;
- касалликнинг юқиш йўллари тушунтиринг;
- ОИТС га мойиллиги бўлган гуруҳларни санаб беринг;
- тери ва шиллик қаватларда кузатиладиган қандай белгиларни ОИТСга хос деб ҳисоблаш мумкин?
- касалликнинг кечишида тафовут этиладиган босқичларни санаб, уларни таърифланг;
- оммавий текширувларда қўлланиладиган лаборатория усуллари сўзлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

«Венерические болезни» (О. К. Шапошников таҳрири остида), М., 1991, 486-506-бетлар.
Ахмедов Қ, Р. «СПИД нима?». Тошкент «Медицина», 1990.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. ОИТСга алоқадор рангли суратлар билан танишиш;	а) талабалар ОИТС қўзғатувчи вируслар ва уларнинг хусусиятлари тасвирланган суратлар билан танишадилар;	а) ОИТС микробиологияси ва патогенезини ўзлаштириш;
2. Рангли слайдлар билан таништириш.	б) касаллик патогенезига ва клиник белгиларига алоқадор слайдларни кўриб, улар тўғрисида аниқ тасаввурга эга бўладилар; в) беморларнинг умумий аҳоли, тери симптомлари тасвирланган видеосуратларни	б) мойил бўлган гуруҳлар моҳиятини аниқлаш в) ОИТС га дерматологик ташхис қўйишни ўзлаштириш.

	ўрганадилар; г) керакли маълумотларни ўз дафтарларига ёзиб оладилар; д) товушсиз видеосуратларни кўриб, беморга дастлабки ташхис қуйишни ўрганадилар.	
--	--	--

7-МАШҒУЛОТ

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

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Сўзак сийдик-таносил аъзолари касаллигидир. Касалликнинг қўзғатувчи 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. Гонококклар фақат одам организмини зарарлайди, таркибида оқсил моддаси бўлган сунъий озик муҳитларда яхши ривожланади.

Касаллик катта ёшдаги кишиларга жинсий алоқа пайтида юқади. Болаларга ножинсий йўл билан: касалликка чалинган ота-оналаридан ва уй-рўзғор буюмлари орқали юқади.

Гонококклар цилиндрсимон эпителий хужайралари билан қопланган шиллик қаватларда яшайди ва уларни зарарлайди. Шу сабабли одатдаги сўзак жараёни қуйидаги аъзоларнинг яллиғланишига олиб келади: сийдик чиқарув йўли (уретрит), бачадон бўйни (эндоцервицит), йўғон ичакнинг пастки қисми (проктит), қиз болаларда қин (вагинит) ва янги туғилган чақалоқларда кўзнинг конъюнктивал ва мугуз қаватлари (бленнорея). Бошқа сийдик-таносил аъзоларининг ва экстрагенитал органларнинг гонококклардан зарарланиши сўзакнинг асорати ҳисобланади.

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

Амалий венерологияда сўзакнинг қуйидаги клиник турларини фарқлаш қабул қилинган:

1. Янги сўзак (касаллик муддати 2 ойдан кўпга чўзилган бўлмаса);
 - а) ўткир сўзак - касаллик белгилари ўта ривожланган;
 - б) ўртача ўткир сўзак - касаллик белгилари ривожланган;
 - в) торпид, сезилар-сезилмас сўзак - касаллик белгилари кам ёки ахён-ахёнда намоён бўлади.
2. Сурункали сўзак (касаллик шаклланишига 2 ойдан кўп вақт ўтган). Бунда сўзак жараёни чуқурлашади, ўчоқли тус олади, сўзак асоратлари кузатилади. Касалликнинг клиник белгилари кўпинча суст бўлади, баъзан у қўзиб туради. Йиллаб давом этиши мумкин.
3. Яширин сўзак ёки гонококк ташувчанлик.

Сўзакнинг бу турида касаллик белгилари кузатилмайди. Аммо бемор организмда, айниқса унинг сийдик-таносил 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 касаллик манбаи эканлиги исботланади.

Уретритлар. Сийдик чиқарув йўлининг яллиғланиши уретрит деб аталади. Уретритлар одатда касаллик юққанидан сўнг 3-5 кун ўтгач ривожланади. Баъзан 1 кундан ва аксинча, 15 кундан кейин ҳам касаллик белгилари пайдо бўлиши мумкин. Дастлаб беморларни уретранинг ачишиши ёки қичишиши безовта қилади. Сўнгра уретра оғзида шиллиқли ёки шиллиқ-йирингли суяқлик пайдо бўлади. Сийдик чиқарув каналининг ташқи чиқарув тешиги шишади, атрофи қизаради. Уретрадан келаётган йиринг канал оғзида қотиб қолиб, сийишни қийинлаштириши мумкин.

Касаллик ривожлана боргач жинсий олат танасида оғриқ пайдо бўлади. Пайпаслаб кўрилганда уретранинг сим арқондек қотганини сезамиз, оғриқ кучаяди. Сийдик чиқариш йўлидаги яллиғланиш жараёни дастлаб уретранинг олдинги қисмида, кейин орқа қисмида ривожланади. Мазкур жараёни топографик жиҳатдан аниқлаш мақсадида икки стаканли синов усули қўлланилади. Беморга навбат билан биринчи ва иккинчи стаканларга сийиш буюрилади. Бунда биринчи стаканга қуйиладиган сийдик оқими узилмаслиги лозим. Олдинги уретритда фақат биринчи стакандаги сийдик лойқаланади. Иккинчи стакандаги сийдик эса тиниқ ва тоза бўлади.

Агар сўзак жараёни орқа уретрани ҳам зарарлаган бўлса, иккала стакандаги сийдик ҳам лойқаланиб, унда ипир-ипир иплар сузиб юрганини ёки қуйқанинг чўкмага тушаётганини кўрамиз (тотал уретрит). Диагностик хатога йўл қўймаслик учун бемор камида 200-300 мл микдорда сийиши лозим. Шунингдек, сийдик бошқа сабабларга кўра (масалан, сийдик-тош касаллиги) ҳам лойқаланиши мумкинлигини ҳисобга олиш зарур. Айниқса, буйрак ва сийдик пуфаги касалликларига хос бўлган ўзгаришлар сийдик таркибида турли-туман тузлар, бактерия ва йирингли массаларнинг (пиурия) тўпланишига олиб келади. Агар сийдик фосфорли тузлар ҳисобига лойқаланган бўлса, унга хлорид кислотани томизиш сийдикнинг тиниқлашишига сабаб бўлади. Уратлар (сийдик кислотанинг тузлари) ҳисобига лойқаланган сийдик уни қиздириш йўли билан аниқланади.

Юқорида таърифланган белгиларнинг ривожланиши даражасига қараб, уретритларнинг ўткир, ўртача ўткир ва торпид турлари фарқланади.

Сўзак диагностикасида, жумладан уретритларнинг сўзакка алоқадорлигини аниқлашда бактериоскопик ва бактериологик усуллар ҳал қилувчи роль ўйнайди. Сийдик чиқариш йўлидан ажралаётган йирингли суяқликдан суртма тайёрлаб, уни Грамм усулида бўяш лозим. Бўяш натижаларига қараб (гонококклар грамманфий бўялади) сўзак қўзғатувчилари диплококклардан фарқланади. Шунингдек гонококкларнинг ҳужайра ичида жойлашганлиги (эндоцитопаразит), жуфт учраши, ловиясимон шакли ва бошқа белгилари уретритларнинг асл табиатини аниқлашда ёрдам беради.

Эркакларда сўзак уретрит қуйидаги асоратлар қолдиради:

1. Парауретрит - уретра ёнидаги йўлчаларнинг яллиғланиши;
2. Баланопостит - закар бошчаси ва жинсий олат қалпоғи ички юзасининг яллиғланиши;
3. Куперит - Купер безларининг зарарланиши;
4. Простатит - простата безининг яллиғланиши;
5. Эпидидимит - мойк ортигининг касалланиши;
6. Везикулит - уруғ пуфакчасининг зарарланиши;
7. Цистит - сийдик пуфагининг яллиғланиши;
8. Орхит - мойкнинг зарарланиши;
9. Пиелонефрит - буйрак ва буйрак жомининг йирингли яллиғланиши ва бошқа асоратлар.

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

Сўзакнинг экстрагенитал асоратлари асосан метастаз 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. Шу билан бир қаторда қўшилиб келадиган юқумли микроорга-низмлар ва бошқа аллергия жараёнлар ҳам сўзак асоратларининг қисқа муддат ичида шаклланишига ва хилма-хил бўлишига сабабчи бўлиши мумкин.

Энг кўп учрайдиган сўзак асоратларидан (45-50%) простатитга тўхталиб ўтамиз. Простата безининг 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. Сурункали 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 ўчоғи асосан без бўлмачаларининг чиқарув йўллари соҳасида кузатилади. Простата бези 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 сезгисининг пасайганлиги диққатни жалб этади.

Паренхиматоз простатитда юқорида санаб ўтилган шикоятлар кучаяди. Сийганда ачишиш, қичишиш, уретрадан шиллиқ-йирингли суюқликнинг аҳён-аҳёнда келиши бемор кайфиятини бузади. Жинсий ожизлик белгиларининг кўпайиши уларга уйку бермайди. Без суюқлигида кўп миқдорда лейкоцитлар топилиши билан бирга лецитин доначаларининг кескин камайиб кетганлиги аниқланади. Простатитнинг сўзакка алоқадор эканлигини исботлаш учун уретрал суюқликдан тайёрланган суртмаларда гонококкларни топиш лозим. Бактериоскопик 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 деярли кузатилмайди. Гонококклар қўзғатадиган 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 Дедекерлейн таёқчаларининг ривожланмаганлиги қин шиллиқ қаватининг яллиғланишига сабаб бўлади.

Сўзакдан даволанмаган ёки сифатсиз даволанган қизларда сўзак жараёни жинсий балоғатга етиш давригача чўзилиши мумкин. Жинсий балоғат (пубертат давр) га етган қиз болалар организмда кузатиладиган ўзгаришлар натижасида организмнинг ўз-ўзидан 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 оғриқ ачишиш, қичишиш каби белгилар билан бошланиб, бемор қизнинг умумий ҳарорати кўтарилади, тез-тез сийиш, сийганда ачишиш сезгиси безовта қилади. Кичик жинсий лаблар терисида, қин даҳлизи, қиннинг девори, сийдик чиқариш найчаси ва тўғри ичакнинг пастки қисмларида яллиғланиш белгилари кузатилади. Бундан ташқари, катта уятли лаблар ва оралиқ терисида ҳам қизариш, шишиш каби белгилар намоён бўлади. Жинсий ёриқдан оққан йирингли суюқлик жинсий лаблар соҳасида қуриши натижасида сарғимтир-жигар ранг қатқалоқлар ҳосил бўлади. Қин даҳлизида майда эрозиялар пайдо бўлиши мумкин. Баъзан ўткир яллиғланиш жараёни оқибатида қиннинг девори, уретранинг оғзида полипоз ўсимталарнинг ривожланганлигини кўриш мумкин.

Вульвовагинитга дучор бўлган 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 тез-тез 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 яққол кўриш мумкин. Бачадон бўйни қизарган ва шишган. Унинг оғзидан йиринг суюқлиги ажралиб туради, атрофида эса майда-майда эрозиялар кузатилади. Қиз болаларда сўзак диагнозини қўйиш учун Грамм 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, сульфаниламидлар, специфик ва носпецифик иммунологик дорилар, шунингдек маҳаллий даво препаратлари қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллин тузлари, левомецетин, тетрациклинлар, эритромицин, мономицин ва канамицинлар ишлатилади. Кейинги йилларда сўзакни даволашда цефалоспоринларнинг (цепорин, цефамизин, кефзол, цефуроксим, цефолексин) самарадорлиги текширилди.

Сульфаниламидлардан сульфомонометоксин, сульфадиметоксин, сульфатон ва бисептол-480 қўлланилади.

Иммунологик даво ўтказилаётганда гоновакцина, пирогенал, продигозан, аутокон ва витаминлардан кенг фойдаланилади.

Янги ўткир, ўртача ўткир асоратсиз сўзак фақат антибиотиклар билан даволанади. Кўпинча пенициллин ва унинг таъсири узайтирилган ҳосилалари қўлланилади. 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 4,2-6 млн. ТБ).

Янги ва сурункали асорат қолдирган сўзакларни даволаётганда ҳам дастлаб иммун даво ва сўнгра антибиотиклар қўлланилади. Аммо сўзакнинг бундай 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 уқалаш, мойк халтасига (ёрғоққа) суспензорий кийгизиш ва ҳоказо). Сульфаниламидлар асосан сурункали асорат қолдирган сўзак билан касалланган беморларда антибиотикларга нисбатан чидамлилиқ ҳолати ёки нохуш 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. Қизларнинг 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 етказилади. Бироқ керакли натижа олиш мақсадида антибактериал давога қадар иммун даво (ёши 4 дан ошган қизларда) ўтказилади. Қин ва тўғри ичак 1-2-3% протаргол ёки колларгол эритмаси билан ювилади. Бачадон бўйнига ихтиолнинг 5-10% глицеринли эритмаси суртилади.

Сўзакка қарши даво ўтказилгандан 7 - 10 кун ўтгач, беморларда даволанганлик мезони аниқланади. Буни аниқлаш учун қўшма провокация (касалликни сунъий қўзғатиш) усулларида фойдаланилади. Касалликни сунъий қўзғатишнинг қуйидаги турлари мавжуд:

- 1) биологик усул - мушак орасига гонококк вакцина юбориш, катта ёшдаги кишиларга 0,5 млрд., болаларга 200 млн.- 300 млн. микроб таначалари;
- 2) кимёвий усул - 1-3% кумуш нитрат эритмаси маҳаллий қўлланилади;
- 3) алиментар усул - ўткир ва шўр 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 тайёрланиб, бактериоскопик текширувдан ўтказилади. Шунингдек, экиб ўстириш йўли қўлланилади, простата безининг суяқлиги текширилади ва уретроскопия қилинади.

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

3. Машғулотнинг мақсади.

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

- а) яллиғланиш суяқлигидан суртма тайёрлаш;
- б) гонококкларни диплококклардан фарқлаш;
- в) қизлар сўзагининг диагностикаси.

4. Уйга вазифа:

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

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. «Руководство по детской дерматовенерологии» Л., 1983. 434-441-бетлар.

«Венерические болезни» (О. Шапошников таҳрири остида) М., 1991. 289-324, 339-342-бетлар.

Инструкция по лечению и профилактике гонореи. М. 1988.

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

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
-------------	----------------	----------------

1. Шаҳар таносил касалликлари диспансерига бориш; а) сўзакка дучор бўлган беморлар билан танишиш; б) захмга учраган беморлар билан танишиш; в) серологик лаборатория билан танишиш.	а) сўзак билан оғриган беморларга дерматологик статус (бўлим) ёзиш; б) кузатилган биологик суюқликлардан суртма тайёрлаш; в) микроскоп остида гонококкларни диплококклардан ажратиш; г) беморлардан олинган маълумотлар асосида дерматологик қисмни ёзиш; д) микроскоп остида рангапар спирохеталарни аниқлаш; е) серологик реакциялар техникаси билан танишиш.	а) сўзак бўлган беморларга касаллик тарихини ёзишни ўрганиш; б) сўзакнинг лаборатория диагностикасини ўзлаштириш; в) захм бўлган беморларга касаллик тарихини ёзишни ўрганиш; г) захмнинг лаборатория диагностикасини ўрганиш; д) захм серодиагностикасини ўзлаштириш.
---	---	---

Эслатма: Еттинчи машғулот таносил касалликлари бўйича ўтказилган охириги мавзу бўлганлиги ва институт дерматологик клиникасида венерологик беморлар бўлмаганлиги сабабли талабалар шаҳар тери-таносил касалликлари диспансерига борганларида айна вақтда сўзак ва захм бўлган беморлар билан ҳам танишадилар. Шунингдек, серологик реакциялар қўйиш техникаси бўйича маълум тасаввурга эга бўлиб қайтадилар.

8-МАШҒУЛОТ

1. Машғулотнинг 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 бўлади. Стрептококклар кўпчилик кишиларнинг терисида, айниқса тери бурмаларида топилади. Ана шу йирингли кокклар (пиококклар) кўзгатадиган терининг йирингли яллиғланиши 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 шилиниши, терининг совуқ олиши 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 ташқари ўраб-чирмаш ёки совуқ олдириш, ювинтириш қоидаларига риоя қил-маслик, энди туғилган чақалоқларда эса киндик яраси, терлаш, тер ва ёғ безлари фаолиятининг бузилиши шундай касалликларга сабаб бўлади.

Пиодермиянинг ривожланишида маълум аҳамият касб этадиган ички омиллардан қуйидагиларни кўрсатиб ўтиш мумкин: гиповитаминозлар (А, С), ошқозон-ичак фаолиятининг издан чиқиши, модда алмашинувининг бузилиши, стероид препаратлар ва иммунодепрессантларни узок муддат қабул қилиш ва ҳоказолар. Йирингли коккларга нисбатан иммунитет қисқа муддатли бўлади ва кўпинча унинг тескараси - аллергия реакциялар рўёбга чиқади.

Пиодермитларнинг ягона, кўпчилик эътироф этадиган таснифи йўқ. Кўпинча уларни кўзгатувчи сабабларига қараб, стафилодермияларга (стафилококклар кўзгатадиган тури) ва

стрептодермияларга (стрептококklar кўзғатадиган тури) бўладилар. Болаларда стрептодермиялар стафилококklarга нисбатан кўпроқ учрайди. Фақат янги туғилган чақалоклардагина аксарият ҳолларда стафилодермиялар кузатилади.

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

Стафилодермияларда кузатиладиган яллиғланиш ўчоқлари кўпинча соч толалари, тер ва ёғ безларининг атрофида жойлашади. Яллиғланиш йирингли ва йирингли-некротик табиатга эга бўлиб, чуқур ўзгаришлар билан кечади. Асосий тошма элементи йиринг ва йирингчалардир. Улар ярим айлана шаклида бўлиб, пуфак пардаси қалин, ичи қуюқ ва сарғимтир-яшил рангли йиринг билан тўлган. Стафилодермияларда кузатиладиган тошма элементлари терида чуқур ўрнашади. Улар дерманинг пастки қатламлари ёки тери ости ёғ қаватида жойлашган ҳолларда чандиқ ёки чандиқли атрофия кузатилади. Баъзан стафилодермиялар терининг юзаки қаватларини зарарлантириши билан чекланиши мумкин. Бунда тери ортиқларининг зарарланиши кузатилмайди. Масалан, энди туғилган чақалокларда кузатиладиган стафилодермияларда касаллик юзаки пуфаклар пайдо бўлиши билан ўтади. Тер безлари ва соч толалари зарарланмайди. Бундан сохта чипқон ва везикулопўстулэзлар истисно. Стафилодермиялар бемор организмнинг умумий ҳолатига ҳам таъсир этиб, умумий ҳароратнинг кўтарилиши, эма олмаслик, ҳолсизлик каби белгилар ҳам яққол намоёи бўлади. Кўпинча сепсис билан асоратланади.

Стафилодермиялар ичида кўп тарқалгани сизлоғич (фолликулит), чипқон (фурункул) ва сув чипқон (гидраденит)дир. Шунингдек хўппоз (карбункул) ва йирингли ҳуснбузар (сикоз) ҳам учраб туради. Ёш болаларда эса сув чипқон (перипорит), юкумли яра (чақалок болаларнинг эпидемии пуфак яраси), сохта чипқон (псевдофурункуллэз), баргсимон кўчадиган дерматит (эксфолиатив дерматит) каби турлари кўп кузатилади. **Сизлоғич.** Соч толаси қинининг йирингли яллиғланиши фолликулит дейилади. Дастлаб терида пушти ёки қизил тугунча пайдо бўлиб, у тезда йирингча (пўстула) га ажралади. Одатда йирингчанинг ўртасида соч толаси кўриниб туради. Орадан 3-4 кун ўтгач йирингча қуриб, усти қатқалок билан қопланади, сўнгра у қичишиб кўчиб тушади ва ўрнида шилиниш пайдо бўлади. Маълумки, ёғ безларининг чиқарув тешиги сочнинг толасига очилади. Шу сабабли соч толасининг йирингли яллиғланиши ёғ безлари чиқарув йўлининг ҳам яллиғланишига олиб келади. Бу ҳол остеофолликулит дейилади.

Чипқон. Соч толаси ва унинг атрофидаги бириктирувчи тўқиманинг йирингли-некротик яллиғланиши фурункул, яъни чипқон дейилади. Одатда чипқон фолликулит ёки остеофолликулитдан бошланади. Бу жараён ривожланиб, атрофдаги тўқима йиринглайди, сўнгра бириктирувчи тўқима элементларининг нобуд бўлиши натижасида некротик чиқинди ҳосил бўлади. Бунда терида кузатилган остеофолликулитнинг атрофи қизариб шишади, кучли оғриқ пайдо бўлади. Мадада тўпланиши натижасида қизарган тери кўкаради ёки тўқ қизил ранг олади. Сўнгра ҳосил бўлган тугуннинг ўртаси юмшаб бил-қиллай бошлайди, ниҳоят тешилиб йирингли мадада ажралиб чиқа бошлайди, шундан сўнг оғриқ камаяди. Шу йўсинда яра ҳосил бўлиб, бу жараён енгил чандиқланиш билан тугайди.

Сув чипқон. Апокрин тер безларининг йирингли яллиғланиши гидраденит дейилади. Дастлаб тери остида катталиги нўхатдек келадиган оғриқли тугунлар (ёки тугун) пайдо

бўлади. Сўнгра тугун катталашиб ҳажми ёнғокдек бўлади. Тугун устидаги тери яллиғланиб юпкалашади, ранги қизил, тўқ қизил, кўкимтир қизил ва ниҳоят ёрилади. Ундан ноҳуш ҳидли йиринг кўп миқдорда ажралиб чиқади. Баъзан сув чипқон ёрилмаслиги мумкин. Вақтида бошланган даво натижасида тугун юмшаб кичрая бошлайди ва сўрилиб кетади. Гидраденит эркак ва аёлларда балоғат ёшига етгандан сўнг кузатилиб, кўпинча қўлтиқ остида, орқа чиқарув тешиги атрофида, катта уятли лаблар соҳасида учрайди.

Юқумли яра. Мазкур яра чақалоқ ҳаётининг 3-4 кунларида, яъни туғруқхонада пайтидаёқ бошланади. Касаллик асосан тилла ранг стафилококклар томонидан қўзғатилиб, уларнинг юқумлилиқ даражаси юқоридир. Туғруқхоналарнинг яхши иситилмаслиги ёки елвизакка йўл қўйилиши, шунингдек тиббий ходимларнинг санитария-гигиена қоидаларини бузишлари, шахсий гигиенага риоя қилмасликлари оқибатида касаллик ривожланади. Бу дардни «эпидемик пуфак яраси» ҳам дейилади. Бу касалликда дастлаб юпка пардали пуфаклар (фликтена дейилади) пайдо бўлади. Пуфак бўшлигида аввал сероз суюқлиги, сўнгра йиринг ҳосил бўлади. Пуфак атрофидаги тери қизаради, баъзан шишади. Орадан бир неча кун ўтгач пуфак пардаси ёрилиб яллиғланиш суюқлиги чиқиб кетади ва ўрнида нам эрозия (шилиниш) қолади. Шилиниш эпителий тўқимаси билан қопланиб, яра битиб кетади, жараён мана шу йўсинда тугайди. Юқумли яранинг ширинчадан фарқи шуки, «эпидемик яра»да пуфак пардасининг қуриши натижасида қатқалоқ ҳосил бўлмайди. Парда нам давридаёқ кўчиб тушиб кетади. Тошма кўпинча терининг қорин, елка, қўл-оёқлар соҳасида ва тери бурмаларида жойлашади. Сон жиҳатидан бир-иккита, баъзан бутун баданга тарқалиб кетадиган кўп сонли бўлиши мумкин.

Агар юқумли ярага дучор бўлган гўдакларга пневмония (зотилжам), отит каби касалликлар қўшилса, йирингли яллиғланиш зўрайиб бичилишга айланиши мумкин. Баъзан йирингли сепсис шаклланади. Юқумли ярани захм ярасидан фарқ қилиш лозим. Захмда пуфаклар қўл кафти ва оёқ кафтида кўпроқ жойлашган бўлади. Пуфакнинг остидаги мадда қаттиқ бўлади. Шунингдек беморда туғма захмнинг бошқа белгилари ҳам кузатилади. Пуфак суюқлигидан эса рангпар трепонемалар топилади.

Сохта чипқонлар (псевдофурункуллёз). Касаллик гўдак ҳаётининг биринчи 3-4 ойларида кўпроқ кузатилади. Касаллик эккрин тер безларининг йирингли яллиғланиши билан ўтади. Бунда ёғ безлари ва соч толаси зарарланмайди, ана шунинг учун ҳам «сохта чипқон» дейилади. Тошмалар бошнинг энса соҳасида, бўйин териси, қўл-оёқлар ва думба соҳасида кўпроқ жойлашади. Пайдо бўладиган тери ости тугунларининг катталиги ўрмон ёнғоғидек 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 (везикулопустуллёз)дан ҳам фарқлаш лозим. Бу касалликда тер безларининг чиқарув тешигигина йирингли яллиғланади, шу сабабли енгилроқ кечади.

Сохта чипқон жиддий касалликдир. Бунда гўдак болаларнинг ҳарорати 38-39°C гача кўтарилади, беморнинг иштаҳаси йўқолади, ориқлай бошлайди, диспепсия кузатилади, гипотрофия шаклланади. Гўдакнинг жигар ва талоғи катталашиши 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) чақалоқ ҳаётининг 3-5-кунларида ривожланади. Касаллик белгилари бошнинг сочли қисмида, бурмалар соҳасида, қўл ва оёқларда пайдо бўлиб, асосан йирингчалардан иборат бўлади. Элементлар атрофидаги терида яллиғланиш белгилари кўзга ташланади. Йиринглар кўп сонли, улар кетма-кет пайдо бўлади. Янгилари пайдо бўлиши билан бир қаторда эскилари қуриб қотаверади. Қатқалоқлар остида бир вақтнинг ўзида эпителийланиш жараёни кузатилади. Гистологик жиҳатдан сув чипқонда эккрин тер безларининг оғзида яллиғланиш кузатилганлиги ту-файли бу касаллик перипорит ҳам дейилади. Мазкур дерматоз асоратсиз кечганда ўрта ҳисобда 3-10 кун давом этади, умумий ҳароратнинг унча юқори бўлмаган кўтарилиши (субфебрилитет) билан ўтади. Баъзи

болаларда оғир кечиши мумкин. Бундай ҳолларда тер безларининг атрофини мадда бойлайди, безнинг барча қисмлари зарарланиб, йирингли ўчоқлар шаклланади. Жараён ҳам чуқур тўқималарда, ҳам тери сатҳи бўйлаб тарқалиши мумкин. Стафилококклар гематоген ва лимфоген йўллар билан тарқалиб, ички аъзоларни, суяк системасини зарарлайди. Натижада септикопиемия ҳолати ривожланади. Сув чипқон пневмония, отит ва камқонлик (нормохром ва гипохром) каби асоратлар қолдиради. Перипоритлар янги туғилган чақалоқларда 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 дейилади. Терининг зарарланган соҳаларида тилларанг стафилококклар топилади, бу кокклар 33% ҳолларда қонда ҳам аниқланган. Юкумли яра билан Риттер дерматити ўртасида узвий боғланиш бор. Баъзи олимлар Риттер касаллиги юкумли пуфаксимон яранинг кейинги босқичи деб ҳисобланади. Касалликнинг дастлабки белгилари пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланади, сўнгра пуфаклар ёрилиб, катта-катта эрозия ўчоқлари пайдо бўлади. Улар бир-бири билан қўшилиб, маълум бир соҳани эгаллайди. Тери кучсиз механик таъсиротлар натижасида кўчиб туша бошлайди. Кўчиб тушаётган тери пилакчалари баргни эслатгани учун у баргсимон кўчадиган дерматит номини олган. Туғруқхоналарда юкумли яра эпидемик тус олган пайтларда Риттер дерматитига энг заиф чақалоқлар чалиниб қоладилар. Чақалоқнинг ёши билан касалликнинг кечиши ўртасида маълум боғланиш бор: дерматит чақалоқ ҳаётининг 3-5-кунларида бошланса оғир ўтади. Ҳаётнинг 3-ҳафтасида Риттер касаллигига чалинган чақалоқларда эса у енгил ўтади.

Мазкур дерматозда кузатиладиган кўп сонли эрозия ўчоқлари, терининг ўткир қизариши, кўчиб тушаётган тери соҳаларидаги тери пўстлари четларининг қайрилиб ва осилиб туриши, терининг кўкимтир-қизғиш рангли бўлиб «пишиб қолгандек» кўриниши худди қайноқ сувга пишиб қолган чақалоқ терисини эслатади. Бола терисининг зарарланган соҳаларига беҳосдан тегиб кетиш ҳам терининг баргсимон кўчишига сабаб бўлади (Никольскийнинг мусбат белгиси). Бундай беморларда киндик яраси битмаган, балки яллиғланган (омфалит дейилади) бўлади.

Баргсимон кўчиб тушадиган дерматитга чалинган чақалоқларнинг умумий аҳволи оғир, иситмаси 39-40°C гача чиқади. Уларнинг кўпчилигида интоксикация белгилари ривожланади, кейинчалик сепсис ҳолати кузатилади. Ошқозон-ичак системасининг фаолияти издан чиқади, тана оғирлиги қисқа муддат ичида камайиб боради. Қондаги ўзгаришлар: лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гипохром камқонлик, ЭЧТ ошиши, гипопропротеинемия, гипохолестеринемия ва бошқа белгилар касал чақалоқ аҳволининг оғирлашаётганидан дарак беради. Баъзи болаларда пиелонефрит ривожланиши мумкин. Риттер дерматитида қуйидаги асоратлар: шиллик қаватлар кандидози, пневмония, тери остида йирингли ўчоқлар пайдо бўлиши, отит, йирингли конъюнктивит ва бошқалар кўп кузатилади. Касалликнинг оғир ва асоратлар билан кечиши чақалоқнинг нобуд бўлишига олиб келади.

Стрептодермияларнинг энг кўп учрайдиган ва диққатга сазовор турлари ширинча (импетиго), кўзюра (эктима), хушки (қуруқ стрептодермия) ва сарамас (рожа) ҳисобланади.

Стрептококкли импетиго (ширинча) терининг энг кўп тарқалган йирингли касалликлари қаторига киради. Бу касалликда терида аввал яллиғланган доғ (эритема) пайдо бўлади, сўнгра юмшоқ пуфак (фликтена) ривожланади. Пуфакнинг атрофи қизариб, ҳажми катталашиб боради. Пуфак очилиб, суюқлиги чиққач кўкимтир сарғиш қатқалоқ ҳосил бўлади. Қатқалоқ кўчиб тушиб тери битади, бунда атрофия ёки чандик ҳосил бўлмайди. Тошмалар кўпинча очиқ соҳаларида (юз, қўл) учрайди. Баъзан пуфаклар юзни бутунлай қоплаб олади, йирингли-сероз суюқлик оқиб туради. «Ширинча» номи ана шундан келиб чиққан.

Кўзюра (вульгар эктима) стрептодермияларнинг яра ҳосил қиладиган туридир. Аввал пуфак ва йирингча пайдо бўлади. Бироқ, бу икки тошма чуқур жойлашган бўлади.

Кўзйарада кузатиладиган пуфаклар (фликтена) тери пўсти остида жойлашган бўлиб, яллиғланиш жараёни бутун дермани эгаллаб олади. Пуфаклар ва йирингларни қоплайдиган қатқалоқ очилгандан сўнг чуқур яра ҳосил бўлади. Бу яранинг туби тери ости ёғ қаватигача етади, «кўзйара» деб аталиш сабаби ҳам ана шундан. Яранинг шакли айлана ёки овалсимон, четлари маддалаган. тубидан шиллиқли-йиринг ажралиб туради, баъзан қонайди. Кўзйаранинг чипқондан фарқи яра чуқур жойлашган бўлишига қарамасдан деярли оғримайди, ичида ўзаги йўқ. Ширинчадан фарқи шуки, касаллик секин ривожланади, яранинг туби йирингдан тозалангач чандиқланади. Ширинча эса ўткир кечади, яра ва чандиқлар ҳосил бўлмайди. Кўзйара захм яраси (захм эктимаси)дан ҳам фарқ қилиниши зарур. Захмда яраларнинг чети қаттиқ, асосида тўпланган мадда ҳам қаттиқ. Қолаверса захмга хос бошқа белгилар ва серологик реакцияларнинг жавоби уни кўзйарадан фарқлашда ёрдам беради.

Хушки (оддий темиртки). Стрептодермиянинг қуруқ клиник кўринишидир. Бунда пуфак ва йиринглар пайдо бўлмайди, тошма намланмайди. Касаллик мактабгача ва мактаб ёшдаги болаларда кўп учрайди. Бунда юзнинг ёноқ соҳасида, пастки жағ терисида яллиғланмайдиган доғлар пайдо бўлади. Бундай доғлар баданда, қўл ва оёқларда ҳам кузатилади. Доғлар айлана ва овал шаклида бўлиб, катталиги нўхатдек, бир тийинлик чақадек, баъзан ундан ҳам катта бўлиши мумкин. Четлари чегараланган, оқимтир, қизғимтир рангли, ёки кул ранг. Доғларнинг барчаси майда қипиқлар билан қопланган. Айниқса териси қорамтир болаларда оқариб кўринади. Кўпинча баҳорда ва кузда пайдо бўлиб, даволанмаса ҳам йўқолиб кетади, бироқ яна пайдо бўлади. Қипиқлар билан қопланган ва яллиғланмайдиган бу доғлар кепаксимон темирткини эслатади. Аммо Бальцер синовининг манфий жавоби ва замбуруғларнинг йўқлиги касалликнинг аниқ табиатини аниқлашда ёрдам беради. Даволанган хушки песни эслатади. Шундай қипиқлардан тозаланган бу оқ доғлар беморларни ва ота-оналарини жуда ташвишга солади. Бироқ касалликнинг фаслга алоқадор кечиши, ўзига хос жойлашгани уни песдан фарқлашда ёрдам беради.

Терининг йирингли касалликларини (стрепто- ва стафилодермияларни) даволашда антимикроб дорилар: антибиотиклар, сульфаниламидлар кенг қўлланилади. Антибиотиклардан пенициллин гуруҳи, тетрациклин гуруҳи кўпроқ наф беради. Таъсир муддати узайтирилган сульфаниламидлардан сульфадиметоксин, сульфомонометоксинлар йирингли тошмаларнинг тезроқ сўрилиб кетиши учун ёрдам беради. Юкумли яра, сохта чипқон каби сепсисга сабаб бўлувчи пиодермитларни даволашда қон ёки унинг зардобини қуйиш, шунингдек полиглюкин, гемодез каби суюқликларнинг томчилаб қуйилиши интоксикацияни пасайтиради. Сурункали давом этиб, қайталаниб турадиган пиодермитларда специфик иммун даво яхши натижалар беради. Улар (стафилококкли вакцина, анатоксин ва антифагин) махсус қоида асосида тери остига юборилади. Пиодермитларнинг (айниқса чипқон, сув чипқон) кечиккан турларида жаррохлик усуллари қўллаш асқотади.

Терининг йирингли касалликларини маҳаллий даволашда терида кузатиладиган жараённинг табиатига ва пиодермитнинг турига қараб даволашга турлича талаблар қўйилиши лозим. Жумладан, сувланиб, йирингли суюқликлар билан намланган ҳолларида яллиғланиш ўчоқларини бактерицид суюқликлар (резорцин, риванол, Алибур суюқлиги, калий перманганат) билан ювиб тозалаш зарур. Сўнгра антибиотикли малҳамлар суртиш мумкин. Пуфаклар жойлашган соҳаларда эса дастлаб пуфаклар кесилиб, яллиғланиш суюқлиги чиқарилади. Кейин Кастелляни эритмаси ёки метилен кўки 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 таркибида антибиотиклар сақланадиган стероид малҳам-ларни (гиоксизон, лоринден С) қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Янги туғилган чақалоқларда кузатиладиган пиодер-дермияларни даволаш муҳим ва масъулиятли вазифадир. Шифокор-педиатрлар ўз меҳнат фаолиятларида, айтиқса стрептодермиялар ва стафилодермияларнинг турли-туман асоратланган хилларини

учратадилар. Пиодермияларнинг бундай оғир формалари даво чораларини ўша заҳотиёқ бошлашга ундайди. Энди туғилган чақалоқларда пиодермияларни (айниқса стафилодермияларни) даволаш комплекс олиб борилиши лозим. Касалликни кўзгатувчи микроорганизмларга қарши курашиш билан бирга чақалоқ организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини оширувчи препаратларни буюриш ўлим хавфининг олдини олади. Шунингдек функционал ўзгаришларга қарши кураш ва модда алмашинувида кузатиладиган нуқсонларни 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 озиқ-овқат маҳсулотлари билан боқиш) даволашнинг асосий талабларидан бири ҳисобланади.

Беморларга антибиотиклар буюрилганда касаллик кўзгатган микроорганизм турлари ва аниқланган штаммларининг антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш муҳим амалий аҳамият касб этади. Кейинги вақтларда пенициллин ва тетрациклин гуруҳларига нисбатан чидамлилиги юқори бўлган стафилококклар штамм-лари кўпайиб бормоқда. Аммо, оғир ва асоратлар билан кечаётган пиодермияларда бактериологик текширув натижаларини кутмасдан ўша заҳотиёқ ярим синтетик пени-циллинлар гуруҳини (метициллин, оксациллин, диклосациллин) қўллаш лозим. Бу тадбир чақалоқ аҳволини енгиллаштириш билан бирга ривожланаётган сепсиснинг олдини олади. Жумладан, Риттер дерматитида пенициллинларнинг юборилиши «эпидермалитик» токсинлар ҳосил бўлишини тўхтатади. Чақалоқларга антибиотиклар мушак орасига, лозим бўлса томир ичига юборилиши лозим.

Умумий таъсирга эга бўлган, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини оширувчи дори воситаларидан гамма-глобулин, стафилококка қарши гамма-глобулинлар ва полиглобулинлар яхши наф беради. Улар даво курси мобайнида 2-3 марта юборилиши лозим. Стафилококка қарши плазма юбориш (ҳар 1 кг тана оғирлигига 5-8 мл дан 3-5 марта 2-3 кунлик танаффус билан) қондаги стафилококкларнинг қирилишига олиб келади. Токсикоз ҳолатига қарши курашда 5-20% ли глюкоза, гемодез, альбумин, плазма, полиглюкин каби суюқликлар кутилган натижаларни беради. Маълумки, антибиотикларни узоқ муддатга қўллаш, шунингдек ичакларнинг стафилококклардан зарарланиши дисбактериоз ҳодисасини 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 анилин бўёқлари билан ишлов берилади. Аиниқса Кастеллани суюқлиги, метилен кўки каби эритмалар кенг қўлланилади. Ўчоқлар қурий бошлагач, рух оксидининг талък аралашмаси (5-10%) упа кўринишида сепилади. Сохта чипқон элементлари эса скальпел ёрдамида мунтазам равишда қирқиб олинади. Очилган чипқон ўчоқларига спиртли дезинфекцияловчи эритмаларни суртиш эпителийланиш жараёнини тезлаштиради.

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

Юкумли яра аниқланган чақалоқлар бошқа болалардан ажратилиб, алоҳида хоналарга жойлаштирилиши лозим. Туғруқхоналарда юкумли пуфаксимон яранинг эпидемик тарқалиши мазкур туғруқхонанинг вақтинчалик ёпиб қўйилишига сабаб бўлади.

3. Машғулотнинг мақсади.

Пиодермитларнинг сабаблари, уларнинг ривожланишида ташқи ва ички омилларнинг аҳамияти, клиник турларини санаб бериш талабалар олдига қўйиладиган биринчи вазифадир. Талабалар чипқонни ҳўлпоз ва сохта чипқондан, йирингли ҳуснбузарни оддий ҳуснбузардан, юқумли ярани захм ярасидан, ширинчани кўзьярадан ажрата олишлари лозим. Шу билан бир қаторда стафилодермиялар ва стрептодермияларнинг даволаш йўлларини 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 турларида маҳаллий даво ўтказишни ўрганган бўлишлари;
- г) болалар боғчалари ва мактабларда йирингли касалликларнинг олдини олиш чораларини ўзлаштирган бўлишлари лозим.

4. Уйга вазифа:

- чипқоннинг фолликулитдан фарқини айтиб беринг.
- нега гидраденит чақалоқларда кузатилмайди?
- юқумли ярани захм ярасидан ажратиб турадиган белгиларни айтиб беринг.
- стрептококклар кўзгатадиган эктима нега «кўзьяра» деб аталади?
- пиодермитларнинг қайси турларида жарроҳлик даво усуллари қўлланилади?

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Болалар дерматовенерологиясидан қўлланма. Л. 1983. 92-116-бетлар.

Ю. К. Скрипкин. Тери ва таносил касалликлари. М., 1970. 124-162-бетлар

5.Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Пиодермитлар билан даволанаётган болаларнинг касаллик тарихини ўрганиш;	а) анамнез ва эпидемиологик анамнез йиғиш; б) дастлабки ташхис асосида мазкур касалликни дарсликдан мукамал ўрганиш; в) пиодермияларга хос бўлган тошмалар билан танишиш; г) тошмаларни фарқлаш асосида пиодермиянинг турини аниқлаш.	а) дастлабки ташхис қўйиш, ўхшаш касалликлардан фарқлаш
2. Бемор болалар ва уларнинг касаллик тарихини гуруҳ билан бирга муҳокама қилиш.	а) беморнинг дастлабки ташхисини муҳокама қилиш; б) тошмаларнинг турига аниқлик киритиш; в) беморга даво режасини тузиб, уни муҳокама йўли билан тасдиқлаш	а)беморга диагноз қўйиш; б) тузилган даво режаларини тўғри-нотўғрилигини текшириш; в) талабаларнинг пиодермитлар соҳасидаги билимларини ошириш.

9- МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Дерматитлар. Терининг аллергик касалликлари (гуш, нейродермит, кичима, эшакем).

2- Мавзунинг қисқача мазмуни.

Дерматитлар. Терининг эпидермис ва дерма қаватларининг яллиғланиши дерматит деб аталади. Дерматитлар ташқи 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 яллиғланиши юзаға келади. Ўткир кислоталар ва ишқорларнинг териға томиши натижасида ҳосил бўлган эпидермис ва дерма қаватларининг ўткир яллиғланиши бунга мисол бўла олади. Бу хил дерматитлар оддий дерматитлар деб аталади. Шартли (факультатив) таъсирловчи манбалар эса қатор патогенетик шароитлар мавжуд бўлган тақдирдагина тери яллиғланишини келтириб чиқаради. Шу туфайли бундай дерматитлар мазкур таъсирловчи моддаға нисбатан организмнинг сезувчанлиги ошган шахслардагина пайдо бўлади. Демак, шартли таъсирловчилар бир марта таъсир этганда терининг яллиғланиши кузатилмайди. Чунки тери сезувчанлигининг ошиш ҳодисаси ҳали шаклланиб улгурмаган бўлади. «Вьетнам бальзами» ни бир неча марта териға суртиш натижасида ҳосил бўлган тери яллиғланиши бунга мисолдир. Бу хил дерматитлар аллергик дерматитлар деб аталади.

Агар оддий дерматитларнинг ҳосил бўлишиға ташқи манбалар сабаб бўлса, аллергик дерматитларнинг шаклланишида эса ички манбаларнинг аҳамияти катта.

Жумладан, овқат ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари (гепатит, гастрит, энтероколит ва бошқалар) аллергик дерматитларнинг ривожланишини тезлаштириб юборади. Мазкур касалликларға ҳали дучор бўлмаган беморларда, айниқса ёш болаларда ичаклардаги сўрилиш жараёнининг сусайиши 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 аллергик дерматитлар тушунчаси кенг қўлланилади.

Оддий дерматитлар. Оддий (артифициал) дерматитларда терининг зарарланиши фақатгина ташқи таъсиротлар таъсир этган жойдагина кузатилади. Бунда яллиғ-ланишға сабаб бўлган омилларнинг таъсир даражасиға қараб зарарланган соҳа терисида қизариш ва шиш пайдо бўлиши (эритематоз дерматит) ёки тери қизарган жойда пуфак ва пуфакчалар юзаға келиши мумкин (буллёз дерматит). Шунингдек, яллиғланиш жараёни яра пайдо бўлиши ва терининг нобуд бўлиши (некроз) билан кечиши мумкин (некротик дерматит). Бошқача қилиб айтганда, оддий дерматитда яллиғланиш жараёни одатда ўткир ўтади. Бироқ ёш болаларда оддий дерматитлар кийим-кечак ва пойабзалнинг, шунингдек паст ва юқори 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. Аниқ 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 реакцияси яллиғланган доғ (эритема), пуфакчалар, тугунчалар ва сувчираган соҳалар шаклланиши билан ўтади. Терининг яллиғланишиға сабаб бўлган омилнинг туриға қараб тошмаларнинг тури ва табиати турлича бўлиши мумкин. Масалан, овқат маҳсулотларининг сенсibiliзацияси натижасида шаклланган аллергик дерматитларда кўпинча пушти рангли эритемалар ва пуфакчалар пайдо бўлса, доривор моддалардан пайдо бўлган аллергик дерматитларда эса йирик-йирик пуфаклар ва геморрагик доғлар кўп кузатилади. Умуман олганда аллергик дерматитларнинг икки тури тафовут этилади: контакт аллергик дерматитлар (КАД) ва

токсик аллергик дерматитлар (ТАД). Контакт аллергик дерматитлар алергенларнинг терига бевосита таъсир этиши натижасида юзага чиқади. Бунда терининг сезувчанлигини оширувчи моддалар бевосита терининг аллергик яллиғланишига олиб келади. Токсик аллергик дерматитлар алергенларнинг бемор организмига нафас олиш ва ҳазм йўллари орқали таъсири натижасида, шунингдек, турли-туман кимёвий моддаларни томир ичига ва мушак орасига юбориш оқибатида шаклланади. Токсик аллергик дерматитлар токсидермиялар деб ҳам аталади. Сабаби ТАД да организмга теридан бошқа йўл билан киритиладиган модда нафақат сенсibiliзация, балки интоксикация (заҳарланиш) ҳам келтириб чиқаради. Маълумки, сенсibiliзация пайдо қиладиган модда организмга икки ва ундан ортиқ марта киритилиши лозим. Демак, бемор анамнезида юборилгани тахмин қилинган аллергик моддани сўраб-суриштириш касаллик табиатини аниқлашга ёрдам беради. Аллергик дерматит ташхиси аллергик синовлар қўйиш йўли билан тасдиқланиши мумкин.

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

Аллергик дерматитларни даволашда ҳам сенсibiliзацияга сабаб бўлган алергенни аниқлаб, уни бекор қилиш даволашдаги биринчи талаб ҳисобланади. Чуқур интоксикация билан кечаётган токсидермияларда ошқозон ва ичакларни ювиш, сийдик ҳайдовчи моддаларни қўллаш муҳим аҳамиятга эга. Шундан сўнг, сезувчанликни сусайтирадиган ва яллиғланишга қарши дори-дармонлар 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 ҳоказо) яхши наф беради. Аллергик дерматитларнинг оғир формаларида натрий гипосульфит ёки Рингер эритмасини томир ичига юбориш, глюкокортикоидларни қўллаш беморларни кўнгилсиз оқибатлардан сақлаб қолади.

ГУШ (ЭКЗЕМА)

Экзема сўзи грекча «есзео» сўзидан олинган бўлиб, «қайнаш» деган маънони англатади. Касалликнинг ўткир ва кўзиган даврларида зарарланган тери соҳасида тўпланган майда пуфакчалар қайнаб турган сув пуфакларини эслатади.

Гуш турли-туман этиологик ва патогенетик омилларнинг мураккаб мажмуаси оқибатида шаклланади. Касалликнинг ривожланишида антиген-антитана реакцияси ҳал қилувчи роль ўйнаши сабабли гуш аллергик дерматозлар қаторига 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 кўпинча терининг юз қисми (ёноқ соҳаси) зарарланади. Шишиб кизарган 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 қўл ва оёқларни зарарлайди. Шу туфайли катта ёшдаги кишиларда асл гуш икки қўл ва икки оёқда симметрик жойлашган бўлиб, юз терисида деярли кузатилмайди.

Себореяли гуш. Экземанинг мазкур тури тананинг юқори қисмида, кўпинча 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 тушунишади. Бироқ гушнинг бу турида бемор болаларнинг аксариятида терининг сувланиб туриши ва микровезикулалар кузатилмайди ва шу билан асл гушдан фарқ қилади.

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

Гушнинг барча турларида куйидаги босқичлар кузатилади: эритемали - тугунчали - пуфакчали- йирингчали - сувчираш - қатқалоқли - қипиқли - тикланиш босқичлари. Юқорида саналган босқичларнинг навбатма-навбат ўтиши шарт эмас. Касалликнинг турига ва даво чораларига боғлиқ ҳолда у ёки бу босқичлар кузатил-маслиги мумкин.

Гуш ривожланиши жараёнида сурункали тус олади. Йил фаслларига боғлиқ ҳолда тез-тез қўзиб туради. Масалан, асл гуш кўпинча баҳор фаслида қўзиса, микробли гуш кузда кўп қўзийди. Гуш жараёнини чуқурлаштирадиган ва қўзишига олиб келадиган омиллар (жумладан, аллергиялар) турли-тумандир. Кўпинча гуш жараёнининг шаклланишига озиқ-овқат моддалари ва дорилар сабаб бўлади. Касалликнинг авж олишига эса маиший ва касбга алоқадор омиллар сабаб бўлади. Демак, гушда кузатиладиган сенсibiliзация турли-тумандир. Бу ҳол касалликни даволашни мураккаблаштиради, амалда сенсibiliзация пайдо қилган барча аллергияларни йўқотиб бўлмайди ва шу сабабли гушнинг кечиши сурункали тус олади ва тез-тез қайталаниб туради.

Гушни даволаш комплекс ҳолда олиб борилиши лозим: гистаминга қарши препаратлар, кальций тузлари, витаминлар, тинчлантирувчи моддалар, сийдик ҳайдовчилар ва оромгоҳларда даволаш усуллари.

Гистаминга қарши дорилар (димедрол, фенкарол, бикарфен, тавегил, сандостен ва хоказолар) гистамин, брадикинин ва серотонин каби медиаторларнинг биологик таъсирини сусайтиради ва шу йўл билан уларнинг наф бериш даражасини оширади. Мазкур дориларнинг миқдори ва ишлатиш муддати беморнинг ёшига қараб аниқланади ва мунтазам равишда қўлланилади. Аммо бундай дориларни ишлатиш 10 кундан ошиб кетмаслиги керак.

Гўдаклар ва ёш болаларни даволашда кальций тузлари (хлорид, глюконат, глицерофосфат, пантотенат, лактат) кўп қўлланилади. Улар томирлар деворининг ўтказувчанлигини пасайтиради, яллиғланиш суяклиги тўпланишининг олдини олади. Айниқса гушнинг сувчиреган босқичида кўп фойда беради. Кальций тузларини симпатикотонияда, ок дермографизмда, қабзиятга мойиллик бўлганда бериб бўлмайди Тинчлантирувчи моддалар - бром препаратлари, барбитуратлар, шунингдек, триоксазин, элениум, седуксен каби ухлатувчи дорилар гушда кузатиладиган нохуш белгиларни (қичиш, ачиш) пасайтириш билан бирга беморларнинг кайфиятини яхшилайдди. Мазкур дорилар 7 - 10 кун берилади. Уларнинг узоқ муддат қўлланилиши гўдакларни ақлий қобилятини сусайтиради ва калтафаҳмлиқка олиб келади.

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

Гушни маҳаллий даволаш босқичма-босқич олиб борилиши лозим. Дастлаб намлаш усуллари (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 оромгоҳларда (Пятигорск, Иссикқўл, Чортоқ, Тошкент минерал суви) даволанишлари лозим. Бунда ультрабинафша нурлар, фонофорез, парафин ва озокерит қўйиш наф 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 туғма 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 аллерген-антитана реакцияси муҳим роль ўйнайди.

Болаларда кузатиладиган нейродермит асосан чилла (экссудатив диатез) замирида ривожланади. Шунингдек гуш жараёни ҳам нейродермитга айланиши мумкин. Маъ-лумки, чилла ирсий аномалия ҳолати ҳисобланиб, бунинг замирида бир неча турдаги касалликлар шаклланиши мумкин. Нейродермит ҳам ота-оналарида аллергик касалликлар кузатилган болаларда кўпроқ учрайди. Нейродермит ривожланишида нотўғри овқатланиш (болани бир томонлама ёки сифатсиз боқиш, сунъий овқатлан-тириш), модда алмашинувининг бузилиш касалликлари, ички аъзолар ва ички секреция безлари фаолиятининг издан чиқиши каби омиллар муҳим аҳамиятга эга. Бу ўзгаришлар касалликнинг шаклланишигагина эмас, балки унинг узоқ муддат кечишига, оғирлашишига олиб келади. Атроф-муҳит таъсири, ундаги ноқулай омиллар, заҳарланишлар, сув ва ҳаво таркибидаги салбий ўзгаришлар, шунингдек бошқа экологик омиллар ҳам касалликни кучайтиради. Йил фаслларига қараб унинг тез-тез қўзиб туришига сабаб бўлади.

Олий нерв фаолиятининг бузилиши ҳам этиологик ва патогенетик аҳамиятга эга. Нейродермитга дучор бўлган болаларнинг ота-оналарида, уларнинг маълум қисмида турли нейроген ўзгаришлар, асаб системаси касалликлари, лоакал 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 йиғиндисидан ташкил топган. Нейродермит номи (тери неврози) мана шу боисдан келиб чиққан.

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 соҳаларда ҳам кузатилиши мумкин.
3. Мазкур дерматозга чалинган беморларнинг маълум қисмида турли дорилар ва антибиотикларга, шунингдек озиқ-овқат маҳсулотларига нисбатан сенсibilизация ҳолати кузатилади.
4. Нейродермит кўпинча бошқа аллергик касалликлар: аллергик диқкинафас (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 ирсий ва орттирилган омиллар сабаб бўлади.

Нейродермитнинг асосий белгиси яғирланишдир. Яғирланиш ўткир яллиғланиш белгиларисиз ўтадиган эритематоз доғлар сатҳида шаклланади. Бирламчи тошма элементларидан эпидермал тугунчалар кузатилади. Бу папулалар ташқи кўриниши жиҳатидан соғлом теридан унчалик фарқ қилмайди. Улар бир-бири билан қўшилиши натижасида тери бир оз маддалайди, зарарланган соҳаларда пигментация кузатилади. Қаттиқ қичишиш эса кўплаб тирналишлар ҳосил бўлишига олиб келади. Зарарланган соҳалардаги тери қуруқ, унинг юза сатҳи аста-секин кўчиб туша бошлайди. Табиий бурмалар соҳасида ривожланган мадда ҳосил бўлиш жараёни териди йўл-йўл ёриқлар пайдо бўлишига сабабчи бўлади. Яғирланиш ўчоқлари кўпинча тирсак бурмасида, тиззанинг орқасида (тақимда), юз териси, бўйин, қўл ва оёқларнинг букилувчи юзасида жойлашади. Зарарланган соҳаларда қичишиш пайдо бўлиб, вақти-вақти билан зўрайиб туради, тери дермографизми оқ, соч-мушак рефлeksi ривожланган. Нейродермитга чалинган беморларда гипокортицизм белгилари ҳам сезиларли даражада аниқланади. Бу белгилардан қуйидагилар: гиперпигментация, гипотония, адинамия, аллергия 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, оқ дермографизм жуда ривожланган ва гипокортицизм белгилари яққол кузатилади. Тарқалган нейродермит белгилари кўпинча ёзда сусайиб, қиш фаслида кучаяди. Турли аллергия касалликлар билан бирга кечади. Терининг зарарланган соҳаларида пиодермия тошмалари, ҳатто гуш (экзема) элементлари тез-тез учраб туради. Баъзан бир оз ривожланган сувчираш ва қизариш каби белгилар ҳам кузатилиши мумкин.

Чегараланган нейродермитда лихенизация ўчоғи кўпинча битта ва маълум соҳаларда жойлашади. Айниқса бўйиннинг орқа юзаси, энса соҳаси, соннинг ички юзаларида, думба оралиғи бурмасида, шунингдек жинсий аъзолар терисида, катта бўғимларнинг букилувчи соҳаларида кўпроқ кузатилади. Касаллик қўшимча қаттиқ қичишиш билан ўтади. Қичишиш локал характерга эга бўлиб, кечки пайтлари ва тунда зўраяди. Дастлаб тери-нинг қичийдиган соҳаларида тошма элементлари кузатилмайди. Қашиниш натижасида қичишадиган соҳаларда аста-секин тугунчалар ҳосил бўлади. Тугунчалар деярли барча ҳолларда қаттиқ, баъзан қаттиқроқ бўлиши мумкин. Папулаларнинг усти кепаксимон қипиқлар билан копланган. Касалликнинг ривожланиш жараёнида папулалар бир-бири билан қўшилиб, турли шакл ва ҳажмдаги пиллакчалар ҳосил қилади. Нейродермит пиллакчалари оч пушти рангдан то қорамтир қизғиш ранггача бўлиб, юзаси ясси ва кўпинча айлана ва овал шаклни олади. Пиллакчалар ҳосил бўлиш жараёни зўрайиши натижасида тери манзараси кучаяди, яъни касаллик ўчоғининг сатҳи нотекис ва ғадир-будур бўлиб, тери пушталари яққол 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- яллиғланиш шаклланган жой;
- 2) ўрта зона - тугунчалар тўплана бошлаган жой;
- 3) ташқи зона - тери гиперпигментацияга учраган жой.

Мазкур клиник белгиларнинг кузатилиши беморга ташхис қўйишни осонлаштиради. Чегараланган нейродермитнинг кўзиган даврида ўткир яллиғланиш белгилари ривожланмаган эритематоз доғ кузатилиб, бунда папулёз тошмаларнинг гуруҳлашган, терининг кўчиб 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 муолажалар ўтказиш муҳимдир. Айниқса электр уйқуни гипноз билан бирга қўллаш ва шу муолажа жараёнида глюкокортикоид гормонларни кам миқдорда бериш қичишишнинг сезиларли камайишига олиб келади. Бемор болалар тинчланиб, касаллик элементларининг сўрилиши тезлашади.

Сероводородли ва кремнийли сувларда чўмилиш, буйрак усти беши соҳаларига диатермия қўллаш, очиқ ҳавода сайр қилиш даволаш самарадорлигини оширади. Турли шифобахш ўсимликлар қўшилган сувда чўмилиб, сўнгра терига озиклантирувчи кремлар суртиш териси курак беморларга жуда фойдали бўлади.

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

Эшакем (urticaria) терида кузатиладиган аллергия касалликларнинг типик вакилидир. Кўпгина олимларнинг фикрига қараганда эшакем токсико-аллергия дерматоз ҳисобланади. Эшакемнинг ривожланишида озик овқат маҳсулотларидан келиб чиқадиган аллергия муҳим роль ўйнайди. Шунингдек чегараланган ўйрингли инфекция ўчоқлари (тонзиллит, отит, гайморит, пиелонефрит), гижжаларнинг бир неча турларидан зарарланиш, овқат ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари (гепатит, гастрит, энтерит, колит) эшакем ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Дори-дармонларни пала-партиш қўллаш, айниқса кўп миқдорда антибиотиклар, иситмани пасайтирадиган препаратлар қабул қилиш ҳам эшакемга олиб келаяпти.

Эшакемнинг патогенезида антиген-антитанга реакцияси муҳим роль ўйнайди. Организмнинг секин-тез типдаги сезувчанлигининг ошишига турли аллергенлар (микробли, озик-овқат, дори моддалари, гижжалар ва бир ҳужайралилар) 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 томирлари ва капиллярларини кенгайтиради, томирдар ўтказувчанлигини оширади ва ниҳоят аллергия яллиғланиш келтириб чиқаради. Эшакемда кузатиладиган бўртма, яъни қаварчиқ (urtica)нинг ҳосил бўлиш негизида ана шу гистамин реакцияси ётади. Эшакем жараёнинг кўпайишига ва сурункали тус олишига бошқа биологик актив моддалар (серотонин, ацетилхолин, брадикинин) ҳам ёрдам беради.

Эшакемни келтириб чиқарувчи омиллар ичида вегетатив нерв системасининг аҳамиятини, унинг маркази бўлмиш гипоталамус фаолиятини алоҳида таъкидлаш зарур. Эшакемнинг холинергия тури бунга мисол бўлади. Холинергия эшакемда ацетилхолин худди гистаминдек томир ва капиллярлар реакциясини юзага чиқариб, аллергия 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 куёш нурларига сезувчанликнинг ошиши натижасида ҳам ривожланади. Эшакемни келтириб чиқарадиган сабабларнинг туридан катти назар барчасида организмнинг ирсий хусусиятларини, атопик ҳолатларини, тўқималар мочс келиши бош системасининг (HLA соҳаси) ролини ёдда тутмоқ даркор.

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

Ўткир эшакемда бўртма (қаварчиқ)лар бехосдан жуда қисқа муддат ичида қавариб, бўртиб чиқади. Тошма тошиши умумий ҳароратнинг кўтарилиши, ошқозон-ичак 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 белгиларининг сусайиши билан кечади. Қаварчиқнинг бу турида дори-дармонлар 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, бурун-томоқ 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 жойлашиши жуда хавфлидир, бу тезда асфиксия, яъни бўғилишга олиб келади.

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

Чидамли тугунчасимон эшакем одатда сурункали қичимадан 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. Қичима ривожланишида озиқ-овқат маҳсулотларидан келиб чиққан аллергия асосий роль ўйнайди. Сенсibiliзация ҳолати кўпинча сигир сути, баликлар, цитрус мевалари, қўзиқорин, қулупнай, ертут, турли ширинликларга нисбатан ривожланади. Эмлашда қўлланиладиган зардоблар, антибиотиклар, сульфаниламидларни қўллаш натижасида шаклланган сенсibiliзация ҳам қичимага олиб келиши мумкин. Строфулюс ривожланишида ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари ёки улар фаолиятининг бузилиши ҳам муҳим патогенетик аҳамиятга эга. Бу ҳолатлар оқибатида ривожланган аутоинтоксикация ва аутосенсibiliзациялар строфулюсни шакллантиради.

Касалликнинг дастлабки белгиси қаварчиқдир. Бўртмалар тана терисида, думба соҳасида, қўл-оёқларнинг ташқи юзларида жойлашади. Бўртманинг ўртасида тугунча пайдо бўлади. Тугунча тарик катталигида, қаттиқ, кучли қичишиш билан кечади (папулёз строфулюс дейилади). Строфулюснинг бошқа клиник тури борки, бунда тугунчалар учида пуфакча ҳосил бўлади (тугунчали - пуфакчали қичима дейилади). Тугунчаларнинг учида пуфак пайдо бўлиши мумкин (пуфакли қичима). Қичишиш оқибатида қашланган қичишиш излари кўпинча геморрагик қатқалоқлар билан қопланади. Қичима су-рункали кечади. Овқатланишнинг бузилиши, турли касалликларда антибиотиклар ва бошқа препаратларни узоқ муддат қўллаш бу касалликнинг тез-тез қайталаниб туришига сабаб бўлади. Кейинчалик строфулюс нейродермитга ўтади, ўсмир ёшдаги болаларда эса катталар қичимасига айланади. Строфулюсни эшакемдан фарқлашда дермографизм усули ёрдам беради. Қичимага чалинган бемор терисида қаттиқ таёқчанинг юргизилиши оқимтир чизик пайдо бўлишига олиб келади (оқ дермографизм). Эшакемда эса тўмтоқ таёқча юргизилган жойларда тери қавариб, бўртиб чиқади, қичишиш пайдо бўлади (эшакем дермографизми деб аталади). Шунингдек строфулюсга чалинган беморларда товон ва қорин рефлекси камайган, териси қуруқ. Лимфоаденопатия кузатилади. Қонда эозинофилия, лимфоцитоз ва ЭЧТ ошади.

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

Сурункали эшакемда ва оғир кечадиган строфлюсда кортикостероидлар билан анаболик стероидларни бирга қўллаш яхши самаралар беради.

Маҳаллий қўлланиладиган дориларнинг нафи камроқ бўлади. Кўпинча эшакемда ментол суви суртиш билан кифоя қилинади, холос. Қичимада эса нафалан ва рух малҳамлари (2-3%), стероид малҳамлар (преднизолон, флуцинар, фторокорт) суртилади. Физиотерапевтик усуллар (диатермия, фонофорез, ультрабинафша нурлар) қичимада кутилган яхши натижалар беради.

3. Машғулотнинг мақсади.

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

- а) аллергия дерматозларда учрайдиган элементлар ва уларни фарқлаш;
- б) касаллик даврини аниқлаш;
- в) маҳаллий даво усулларида намлаш ва суюқ упа суртишни билиб олиш.

4. Уйга вазифа:

- асл полиморфизмнинг сохта полиморфизмдан фарқини тушунтиринг.
- токсидермия қандай маълумотлар асосида аллергия дерматитлардан фарқланади?
- гуш жараёни босқичларини санаб беринг.
- аллергодерматозларни маҳаллий даволашни босқичма-босқич сўзлаб беринг.
- болалар қичимаси билан эшакемнинг фарқини айтинг.

АДАБИЕТЛАР

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- 179- бетлар.

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

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

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1.Аллергик касалликларга дучор бўлган беморлар билан иш олиб бориш;	А) касаллик тарихини ёзиш; Б) аллергия синон натижаларини ўқиш; В) аллергия тошмаларни аниқлаш; Г) тошмаларга тиббий	А) тиббий хужжатларни тўлғазишни ўрганиш; Б) сенсбилизацияга сабаб бўлган аллергияларни аниқлаш; В) дастлабки таъхис

2.Касалликлар тарихи ўрганилган беморларни гуруҳ билан муҳокама қилиш.	ишлов бериш. А) касаллик тарихини сўзлаб бериш; Б) тошмаларни кўрсатиш ва бир-биридан фарқлаш; В) иккиламчи тошмалар асосида касалликнинг кечишини ўрганиш.	қўйишни ўрганиш. А) олган билимларини тўғрилигини текшириш ва исботлаш; Б) клиник ташхис қўйишни ўрганиш.
--	--	---

10-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот 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 қўзғатиш даражасига ва макроорганизмнинг иммунобиологик хусусиятларига боғлиқ, яъни терининг 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 сув-ёғ 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) йўқдир. Ҳозирги даврда Марказий дерматология ва венерология илмий-тадқиқот институти ходимлари томонидан таклиф қилинган классификация кенг қўлланилмоқда. Бунга биноан дерматомикозлар 4 гуруҳга бўлинади:

1. Кератомикозлар - бу турдаги замбуруғлар асосан эпидермиснинг мугуз 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 (соch ва тирноқларни) зарарлайди.

3. Кандидозлар - ачитқи замбуруғлар (*candida albicans*) қўзғатадиган касалликлар. Улар тери ва шиллиқ қаватларни, шунингдек ички аъзоларни зарарлайди. Бу гуруҳга юзаки кандидоз, сурункали тарқалган кандидоз, ички аъзоларнинг системали кандидози киради.

4. Чуқур микозлар - булар тери ва шиллиқ қаватлардан ташқари ички аъзоларда чуқур йирингли ва некротик ўзгаришлар пайдо қилади. Бунга бластомикоз, гистоплазмоз, хромомикоз, актиномикоз, кокцидиоиз киради.

Кепаксимон ёки ранг-баранг темиртки, меъда. Касалликнинг қўзғатувчиси *Phytophthora orbiculare* дир. Микознинг бу турида фақат эпидермиснинг шох қавати зарарланади, шунинг учун яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Терида яллиғланмаган жигар рангли доғлар пайдо бўлиб, уларнинг ранги тўқ, оч, қизғиш ва кул ранг тус олиши мумкин. «Ранг-баранг темиртки» номи ана шундан келиб чиққан. Доғларнинг устки юзаси одатда кепаксимон кипиклар билан қопланган бўлади. Шу сабабли кепаксимон темиртки дейилади. Тошмалар кўкрак, бўйин, елканнинг 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, кишнинг совуғида ва ёзнинг жазирамасида йўқолиб кетади. Офтобда тобланган ёки маҳаллий даво олган беморларда кипиклар кузатилмайди ва доғларнинг ранги оқариб депигментация пайдо бўлади (сохта лейкодерма). Бу ҳол пес (вителиго) касаллигини

эслатади. Бирок йод билан синаш усули (Бальцер синови) меъдани песдан ажратишда ёрдам беради, яъни ғоваклашган шох қават хужайралари йоднинг спиртли эритмаси суртилганда бўёқларни ўзига кўп қабул қилади, шу сабабли зарарланган тери соҳаларида тўқ доғлар пайдо бўлади. Даволанган қипиқли темиртки захм лейкодермасига ҳам ўхшаб кетади. Бирок «тирноқ билан уриш» синамасининг (Бенье белгиси) мусбат натижаси зарарланган жойда яширин қипикланиш жараёни кета-ётганлигини кўрсатади.

Меъдани даволаётганда замбуруғларга қарши дорилар қўлланилади: 2-5% салицил кислотанинг спиртли эритмаси, 10-20% олтингугурт малҳами, нитрофунгин, Андриасян суюқлиги ва бошқалар. Фунгицид эритмалар билан фунгицид малҳамларни навбатма-навбат қўллаш яхши самаралар беради.

Эпидермофития. Касаллик балоғатга етиш даврида, эккрин ва апокрин тер безлари фаолиятининг ошиши натижасида ривожланади. Шунингдек *Epidermophyton floccosum*, *Epidermophyton interdigitale* замбуруғларининг вирулентлиги иссиқ ва нам муҳитда кучаяди. Шунинг учун эпидермофития иссиқ ўлкаларда йилнинг илиқ фаслларида кўп кузатилади. Катта бурмаларнинг эпидермофитияси, чов эпидермофитияси ва оёқ кафтининг эпидермофитияси фарқ қилинади. Энг диққатга сазовори оёқ кафти эпидермофитияси (*Epidermophytia pedum*) дир. Бу касаллик асосан оёқ кафтида, кафтнинг гумбазида ва бармоқлар орасида кузатилади. Касаллик беморлардан соғлом кишиларга ҳаммомларда ва сув хавзаларида чўмилганда юқади. Шунингдек бошқа одамнинг оёқ кийими, пайпоқ ва пайтаваларидан фойдаланилганда ўтади. Унинг уч клиник тури мавжуд:

а) кўчиб тушадиган (пўст ташлайдиган) сквамоз тури. Бунда оёқ кафти ва бармоқлар орасидаги тери катта-катта палахсалар шаклида кўчиб туша бошлайди, баъзан ёриқлар пайдо бўлади. Қичишиш безовта қилади;

б) оёқ бармоқлари орасида жойлашадиган тури (интертригиноз). Бунда бармоқлар орасидаги бурмалар юпкалашади, қизаради, ёрилади ва қичийди. Тери пўстининг кўчиши натижасида шилиниш ўчоқлари пайдо бўлади, ачишади. Бу ҳол учинчи ва тўртинчи бармоқ бурмалари терисида яққол кузатилади. Сўнгра касаллик жараёни оёқнинг кафтига тарқалади. Оқибатда беморлар юрганида оғриқ пайдо бўлади;

в) сувчирайдиган (дисгидротик) тури. Эпидермофитиянинг мазкур турида қалин пардали пуфакчалар кузатилади. Улар оёқ кафтининг гумбазида ва товон соҳасида жойлашиб, баъзан гурухланса, баъзида тарқоқ ҳолда бўлади. Сўнгра пуфакчалар қуриydi, қатқалоқ ҳосил бўлади. Улар кўчиб тушиши натижасида шилиниш ўчоқлари кузатилади. Бир-бирига тезда қўшилиб кетадиган эрозиялар маълум соҳани эгаллаб намланган (сувчираган) майдонча ҳосил қилади. Оқибатда яллиғланган соҳадаги маддалар сўрилиб жараён тўхтай бошлайди.

Оёқ кафти эпидермофитиясида қўл кафти ва бармоқлари соҳасида ҳам пуфакчали доғли тошмалар кузатилади. Бу ҳол замбуруғли сенсibiliзация оқибатида шаклланади ва эпидермофитидлар деб юритилади. Шунинг учун бармоқларида пайдо бўлган тошмаларига шикоят қиладиган беморларнинг барчасини оёқ кафтини текширувдан ўтказиш лозим.

Оёқ кафти эпидермофитиясини даволашда фунгицид дорилар ишлатилади. Унинг сувчираб турадиган ва бармоқлар орасида жойлашган турларида дастлаб пуфакчалар очилиб яллиғланиш суюқлиги чиқарилади. Сўнгра шилиниш ўчоқларига фунгицид эритмалар (Кастеллани 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, канестен, олтингугурт ва салицил кислотадан тайёрланган малҳамлар) кўпроқ наф беради. Агар замбуруғли ўчоқлар йиринглаган ёки йирингли кокклардан зарарланган бўлса, оёқ кафти калий перманганат эритмаси билан яхшилаб ювилади, сўнгра жонсизланган эт, осилиб ётган тери бурмачалари қирқиб олинади. Терининг қичишадиган, қизариб шишган соҳаларига микозолон, 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 сочли қисми ва силлиқ тери зарар кўради. Унинг қуйидаги клиник хиллари кўп учрайди:

1. Силлиқ терининг юзаки трихофитияси- болаларда кўп учрайди. Терида аниқ чегараланган айлана ёки овалсимон қизариб шишган доғлар пайдо бўлади. Бу доғ-ларнинг юзаси тезда қипикланиб кўчиб туша бошлайди. Доғлар устида пуфакчалар ва қатқалоқлар кузатилади, улар ҳалқасимон жойлашади. Ҳалқасимон тошмалар ичида янги ҳалқалар пайдо бўлиши мумкин.

2. Бош сочли қисмининг юзаки трихофитияси - терида айлана ёки овал ўчоқлар кузатилади. Дикқат билан кузатилганда ўчоқлардаги сочнинг синиб тушаётганлиги ва тўкилаётганлиги кўринади. Сочлар тери сатҳидан 2-3 мм юқорида синади. Зарарланган соҳадаги тери сал қизарган ва шишган бўлиши мумкин. Трихофития ўсмирлар балоғатга етган даврда ўз-ўзидан тузалиб кетади.

3. Бош сочли қисмининг сурункали трихофитияси - асосан аёлларда кузатилади. Баъзан болалигида трихофитияга чалинган қиз 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 сезилар-сезилмас, маълум бир шаклга эга бўлмаган соч тўкилган ўчоқчалар кузатилади. Бунда сочнинг тери сатҳидан синганлиги аниқланади. Шу сабабли ўчоқларда қора нуқталар кузатилади. Касаллик яна қора нуқтали трихофития дейилади.

4. Силлиқ терининг сурункали трихофитияси - терида қипикли яллиғланган доғлар пайдо бўлади. Бу доғлардаги қипиқлар ва яллиғланиш белгилари суёт ривожланган бўлади. Уларнинг юзасида майда қизил тугунчалар пайдо бўлиб, гуруҳланишга мойил бўлади. Тошмалар ўчоқлар болдир, думба, билан соҳаларида кўп учрайди.

5. Соч қисмининг маддали-йиринглашган трихофитияси - терида яллиғланган мадда тўпланиб, ўсмасимон шаклда бўлади. Чегараланган мадда оғрикли ва қаттиқ бўлиб, унинг юзасида йирингчалар ва синган сочлар кўриниб туради. Замбуруғли ўчоқ аста-секин катталашиб боради, ҳажми товукнинг тухумидек бўлиши мумкин. Сўнггра уларнинг юзаси йирингли-геморрагик қатқалоқлар билан қопланади. Қатқалоқлар кўчиб тушганда уларнинг ўрнида асалари уяларига ўхшаш кичик тешикчалар пайдо бўлади. Мазкур тешикчалардан йиринг томчилаб чиқади, йиринг билан бирга зарарланган соч толаси ҳам чиқиши мумкин.

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

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

1. Бош сочли қисми микроспорияси. Касаллик белтилари уни пайдо қилган замбуруғнинг турига боғлиқ. Агар касаллик зоофил замбуруғлар 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 замбуруғлардан келиб чиққан бўлса, микроспориянинг клиник манзараси юзаки трихофитияга жуда ўхшаб кетади. Бироқ сочларнинг юқоридан синиши, ўчоқдаги барча сочларнинг зарарланмаганлиги ва уларнинг оқимтир ранги касаллик аниқ табиатини аниқлашда ёрдам беради. Айниқса Вуд чироғи ёрдамида қўлланиладиган люминесцент усул жуда аскотади. Бунда зарарланган ўчоқлар яшил ёғдуланади. Диагноз ноаниқ пайтларда эса экиб ўстириш усули ёрдам беради.

2. Силлиқ терининг микроспорияси - клиник ва микроскопик жиҳатдан юзаки трихофитиядан фарқлаб бўлмайди. Фақатгина эпидемиологик маълумотлар (текширилаётган беморнинг микроспория ташхиси аниқ қўйилган болалар муассасасидан эканлиги) ва

бактериологик текширувлар (озик муҳитларда *Mikrosporium*га хос манзаранинг кузатилиши) диагностикага ёрдам беради.

Дерматофитияларни 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 куйидагича даволанади: трихофитияда ҳар 1 кг тана оғирлигига 15 мг дан, микроспорияда эса 22 мг дан буюрилади. Бу миқдор лабораториядан биринчи манфий жавоб олгунга қадар 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 аллергик реакциялар келтириб чиқариши аниқланган. Шу сабабли мазкур дори билан даволаётганда турли-туман витаминлар ва антигистамин препаратлар буюриш мақсадга мувофиқдир.

Маҳаллий даво умумий даво билан биргаликда олиб борилади. Дастлаб зарарланган тери соҳалари бактерицид суюқликлар билан тозаланади, терининг сочли қисми устарада олинади. Сўнгра 2-5% йоднинг спиртли эритмаси (эрталаб) ва 10-20% ли олтингугурт малҳами (кечкурун) суртилади. Мазкур маҳаллий даво усули 1 ҳафта давомида такрорланади. Ҳафта охирида замбуруғли ўчоқлар совунлаб, илиқ сувда ювилиб тозаланади ва лаборатория текширувидан ўтказилади. Иккинчи ҳафта давомида яна йод ва малҳам суртиш такрорланади, сўнгра лабораторияда замбуруғлар қидирилади. Ана шу йўсинда 3 марта манфий жавоб олингунча маҳаллий даво давом этаверади. Шундагина бемор атрофдагилар учун хавфсиз ҳисобланиб, шифохонадан чиқарилади.

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

Кандидозлар ривожланишида куйидаги экзоген омиллар муҳим роль ўйнайди

1) атроф муҳитнинг намлик даражаси ва ҳарорат намлигининг ошиши, ҳароратнинг кўтарилиши сув-липид мантиясининг ўзгаришига, юпқалашишига олиб келади. Бу ҳол тер-ёғ қатлами ўтказувчанлигини ошириб ачитқисимон замбуруғларнинг тери бағрига киришига қулай шароитлар яратиб беради;

2) тери ва шиллиқ қаватлар бутунлигининг бузилиши. Ҳар хил жароҳатлар, механик таъсиротлар, тор кийим кийиш, гўдак болаларни ортиқча ўраб-чирмаш ва бошқа ташқи омиллар тери ва шиллиқ қаватлар бутунлигининг бузилишига, натижада замбуруғларнинг қайта-қайта тушиб, сенсбилизация ҳолати юзага келтиришига сабаб бўлади. Тери гигиенасининг бузилиши (терининг ифлосланиши) эса микотик жараёни чуқурлаштиради;

3) озикланишнинг 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 ниҳоятда катта:

- 1) моддалар алмашинувининг бузилиши (қанд касаллиги, ёғ босиш, диспротеинемия);
- 2) қон касаллиги (камқонлик, окқонлик);
- 3) нейроэндокрин системаси фаолиятининг бузилиши (кўп терлаш, Иценко-Кушинг синдроми, микседема, тиреотоксикоз);
- 4) гиповитаминозлар (айниқса рибофлавин ва пиридоксин етишмаслиги);

5) дисбактериоз ҳолатлари.

Эмадиган гўдак болаларда кузатиладиган кандидозлар ривожланишида қондаги фунгистаза активлигининг камайиши муҳим роль ўйнайди. Мазкур фермент ачитқи замбуруғлари ҳаёт фаолиятини кескин сусайтиради. Шунингдек болаларда сўлак ажралиш жараёнининг етишмовчилиги, айниқса сўлак таркибидаги лизоцимининг замбуруғларга қарши активлигининг пасайиши шиллиқ 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 учраяпти.

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

Юзаки кандидозлар (тери ва шиллиқ қаватлар 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 бир-бирига ишқаланиши натижасида бу экссудатив тошма элементлари ёрилиб, уларнинг ўрнида эрозия кузатилади. Кандидоз эрозиялари-нинг юзаси кўпинча силлиқ, ялтироқ, 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 характериға қараб эритематоз ва везикулёз турлари тафовут этилади. Эритематоз турида терининг яллиғланган ўчоқларида нам эрозиялар, кипиклар ва қатқалоқлар кўпроқ кузатилади. Кандидомикозларнинг везикулёз турида эса пардаси шалвираган кўп сонли майда пуфакчалар, тугунчалар, касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади.

Шиллиқ қаватлар кандидози янги туғилган гўдаклар ва кўкрак ёшидаги гўдак болаларга хос. Асосан оғиз шиллиқ қаватлари кўпроқ зарарланади. Бунда тарқалган эритема тил, милк, юмшоқ ва қаттиқ танглай соҳаларидаги ўчоқли эритемаларнинг кўшилиши натижасида ҳосил бўлади. 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 оғриқ билан кечади, ютинганда, сўрилганда тил ҳаракатини қийинлаштиради. Оғиз бурчаклари кандидози ва кандидозли хейлитлар ҳам юзаки кандидозлар гуруҳига киради. Улар алоҳида учраши мумкин ёки оғиз шиллиқ пардаси кандидози билан бирга кечиши мумкин. Бу хасталик лаблар ёрилиши, қизил хошиянинг устки қисмини кўчиб тушиши билан кечади. Оғиз бурчаклари сероз-йирингли қатқалоқлар билан қопланади ёки оқимтир парча остида ёриклар кузатилиши билан кечади. Лаблар бир-бири билан яқинлашадиган соҳада терининг яққол қизариши кузатилади (Клейн чизиғи). Бу жойда нуктасимон эрозиялар ҳам ҳосил бўлиб, уларнинг атрофида кўча бошлаган эпителийдан ташкил топган хошия кўриниб туради.

Жинсий аъзоларнинг ачитқисимон замбуруғлардан зарарланиш ҳоллари ҳам кўп учраб туради. Бунга кандидозли вульвовагинит, баланит ва баланопоститлар мисол бўлади. Қиз болаларда кузатиладиган вульвит ва вульвовагинит сийдик йўлининг зарарланиши билан кечади. Ўғил болаларда учрайдиган баланит ва баланопоститлар ҳам аксарият ҳолларда уретритлар билан бирга кузатилади.

Қиз болаларда қин даҳлизи ва қин қизаради, шишади. Ачишиш, кичишиш, оғриқ каби ноҳуш сезгилар болаларни безовта қилади. Мазкур соҳалардаги эрозиялар шиллиқ қаватларнинг барча қисмларини эгаллайди, сийдик чиқариш оғриқ билан ўтади. Закар бошчаси ва закар қалпоқчаси яллиғланганда кузатиладиган эритематоз ўчоқлар серозли, сероз-геморрагик суюқликлар билан қопланади. Уларнинг қуриши натижасида ҳосил бўладиган қатқалоқлар, кипиклар ҳам ачишиш ва оғриқ каби сезгилар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Тирноқлар ва тирноқлар атрофидаги терининг кандидозли зарарланиши ёш болаларда жуда кам учрайди,

Кандидамикидлар - ачитқисимон замбуруғлар билан сенсбилизацияланган болалар организмида кузатиладиган иккиламчи аллергик тошмалардир. Кандидамикидлар ривожланишига кандидозларни нотўғри даволаш сабаб бўлади. Шунингдек, глюкокортикоидлар билан бир вақтнинг ўзида ҳам маҳаллий ва умумий даволаш, антибиотикларни пала-партиш қўллаш, терини қитқловчи маҳаллий дориларни нотўғри қўллаш ҳам аллергик тошмалар пайдо бўлишига олиб келади. Кандидамикидлар терида эритематоз доғлар пайдо бўлиши билан бошланади, ана шу соҳаларда пуфакчалар, тугунчалар ҳосил бўлади. Эритемаларнинг камайиши улар сатҳида кўчиб тушаётган қипикланиш жараёни ривожланишига олиб келади. Бундай беморларда умумий ҳарорат кўтарилади, уларни дармонсизлик, бош оғриғи, кўнгил айланиши каби нохуш белгилар безовта қилади. Асосий ўчоқлардаги яллиғланиш белгилари кучаяди. Кандидозларга учраган асосий ўчоқларни тўғри ва сифатли даволаш кандидамикидларнинг ўз-ўзидан йўқолиб кетишига сабаб бўлади.

Болаларда кузатиладиган сурункали тарқалган кандидоз илк гўдаклик давридаёқ шаклланиб, дастлабки белгилари кўпинча оғиз бўшлиғида намоён бўлади. Ана шу шиллиқ қават кандидозини нотўғри даволаш, жумладан антибиотиклар, сульфаниламидлар ва гормонлар қўллаш унинг сурункали тарқалган тус олишига сабаб бўлади. Юз терисида, бошнинг сочли қисми, бадан териси ва қўл-оёқларда кўп сонли эритематоз доғлар пайдо бўлади. Доғлар айлана шаклида, четлари нотекис, жуда қизарган ва шишган, уларнинг юзасида қипиклар бўлади. Мазкур доғлар сўғалсимон ўсишга мойил бўлиб, кўпинча сероз-йирингли ва ифлосланган қипиклар билан қопланади. Бу ҳол оғиз бурчакларида яққол кўзга ташланади. Терининг барча соҳаларида тугунсимон ғадир-будур ўсмалар шаклланади. Тирноқ остида ва тирноқлар ўрнида тошмалар куртакланиши авж олади. Натижада тирноқлар шаклини ўзгартириб, қалинлашади, синувчан, мўрт бўлади. Тарқалган кандидознинг кечиши сурункали тус олиб, беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Камқонлик, ҳарорат кўтарилиши, найсимон суяклар остеопорози, қайталанувчи бронхит, ўпка яллиғланиши, ич кетиши каби хасталиклар қўшилади. Касалликни ўз вақтида аниқлаб, ачитқисимон замбуруғларга қарши даво ўтказиш юқорида санаб ўтилган нохуш белгилар ва ҳодисаларни бартараф этади. Бироқ силлиқ терида чандикли атрофия, бошнинг сочли қисмида соч тўкилиши узоқ вақт сақланиб қолади.

Кандидозларни даволашда барча патогенетик омилларни ҳисобга олиш 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 боқиш даволаш қоидаларининг муҳим шартларидан биридир.

Шиллиқ қават ва силлиқ тери кандидозлари хусусан маҳаллий дори-дармонлар билан даволанади. Тетраборат натрийнинг 5-10% ли глицеринли эритмаси, гидрокарбонат натрийнинг 2-5% ли эритмаси, мис сульфат ва рух сульфатнинг 0,25-0,5% ли эритмалари, шунингдек Люголь эритмаси билан даволаш кутилган клиник натижалар беради. Малҳамлардан декаминнинг 0,5-1% ли, нитрофуриленнинг 0,05-1% ли эритмалари, шунингдек нистатин, леворин, амфотериции, микогептин ва канестенларни суртиш яхши наф беради. Оғиз шиллиқ қавати, бодомча безлари ва томоқ зарарланганда декамин канди ва леворин таблеткаларини тил тагига ташлаб, сўриш буюрилади. Болаларда тери ва шиллиқ қаватларни ювиб тозалаш ва ингаляция (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 қин, 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 йўқолгач ачитқисимон замбуруғларнинг ўзига қарши даво ўтказилади.

Сурункали кандидозлар давоси комплекс олиб борилади. Леворин, нистатин препаратлари билан бир қаторда иммун даволаш (гамма-глобулин, кандидовакцина, қон қуйиш), витаминлар ва микроэлементлар (мис, рух, темир) қўлланилади. Микогептип, амфотерицин, амфоглюкаминлар даво самарадорлигини кучайтиради. Кандида-микидларда антигистамин препаратлар ва кальций тузлари қўлланилади.

3. Машғулотнинг 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 қўллаш қондасини ва маҳаллий даво дори-дармонлари ҳақида сўзлаб беришлари талаб этилади. Болалар боғчаларида ва мактабларда замбуруғли касалликларнинг олдини олиш чораларини билишлари керак. Улар қуйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари лозим;

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

4. Уйга вазифа:

- кератомикозларда ўткир яллиғланиш жараёни нега кузатилмайди?
- дерматофитияларни «қайчиланган темиртки» дейишнинг сабаби нимада?
- оёқ қафти эпидермофитиясининг иссиқ ёки ҳаво намлиги юқори ўлкаларда кўп учраши сабабини тушунтиринг.
- бош соч қисмининг трихофитияси ва микроспориясининг клиник фарқини сўзлаб беринг.
- кандидозларга таъриф беринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М., 1979 162-193, 198-203-бетлар
 Лечение кожных болезней. А. Л. Машкиллейсон таҳрири остида. М. 1990. 220-230-бетлар.
 С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни М. 1985. 80-105-бетлар
 Ю.К., Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерматовенерологии. М. 1983. 116-156-б.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1.Замбуруғли касалликларга дучор бўлган беморларни курация қилиш (кузатиш);	а) анамнез ва эпидемиологик анамнез йиғиш; б) зарарланган тери соҳасини ёзма равишда таърифлаш; в) муолажа хонасида беморларга ёрдам бериш.	а) касаллик кўзғатган манбани аниқлаш; б) махсус дерматологик қисмини ёзишни ўрганиш; б) специфик муолажа усуллари ўрганиш;
2. Касаллик тарихи ёзилган бемор болаларни муҳокама қилиш.	а) талабаларни касаллик тарихи билан таништириш; б) Вуд чироғи ёрдамида беморларни люминесцент текширувдан ўтказиш; в) лаборатория текшируви натижаларини таҳлил	а) бахслашув йўли билан беморнинг клиник ташхисини аниқлаш; б) тўғри даво режасини тузишга замин тайёрлаш.

	қилиш; г) гризеофульвиннинг даво бўладиган микдорини аниқлаш (беморнинг гавда оғирлиги ва ёши асосида).	
--	---	--

11-МАШҒУЛОТ

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

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

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

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

Болалар дерматозлари ичида 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 туғилган гўдакларда ҳам псориаз 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 боғлиқдир. Айниқса, ўткир кечадиган ва тарқалган қипиксимон темирткида асаб системаси ва эндокрин безлар фаолиятининг бузилишлари, моддалар алмашинувининг бузилиши ва иммунологик ўзгаришлар аниқланыпти.

Ўтказилган гистокимёвий ва электрон микроскопик текширувлар псориазга дучор бўлган болалар организмида ўзига хос ўзгаришларни аниқлади. Болаларда эксудация жараёни кучли ривожланган, хужайралар альтерацияси яққол кўзга ташланади. Эпидермис хужайраларида кузатиладиган гликоген ва нуклеопротеидлар микдорининг ошиши катта ёшдаги кишиларга таққослаганда кам ривожланган. Коллаген толаларнинг ўзгаришлари эса касалликнинг ўтrock (стационар) босқичида нисбатан сезиларли ривожланган. Шунингдек, кератоз жараёни бошқа қўъбус жараёнларидан устунроқ кечади. Қўъбус ривожланишида организмнинг ирсий мойиллиги ва генетик омилларининг роли ниҳоятда катта. Касалликнинг бир неча авлодларда ўрганилиши, бир оилада бир неча кишининг қўъбусга чалинган ҳоллари қўъбуснинг ирсий табиатини тасдиқламоқда. Касалликнинг наслдан-наслга ўтиш тури аниқланган эмас. Қўъбус шаклланишида ирсий омиллар билан бирга атроф муҳитнинг таъсири ҳам маълум роль ўйнайди. Об-ҳавонинг ўзгариши, йил фаслларига қараб касалликнинг кўзиши 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 кўзишига сабаб бўлади. Тангачасимон темирткига чалинган болаларда оксил алмашинувининг бузилиши (гипопротеинемия, гипергаммаглобулинемия, альбумин-глобулин коэффицентининг камайиши), липидлар алмашинувига алоқадор турли-туман ўзгаришлар, қондаги эркин аминокислоталарнинг кўпайиши ва бошқа биокимёвий кўрсаткичлар мазкур бемор болалар организмида метаболизм жараёнларининг патогенетик ролидан гувоҳлик беради.

Дерматознинг кўзишига турли юқумли касалликлар (грипп, ЎВИ, сувчечак, юқумли паротит), шунингдек пневмония, нефрит, гепатит каби хасталиклар сабаб бўлади. Бундан ташқари, йирингли отит, сурункали тонзиллит, гайморит, фронтит, тиш кариеси каби сурункали кечадиган чегараланган йиринг ўчоқлари ҳам қўъбуснинг зўрайишига ва турли асоратлар келтириб чиқаришига сабаб бўлади. Болаларда тез-тез учраб турадиган кўркиш, турли рухий кечинмалар псориазнинг нафақат кўзишида, балки шаклланишида ҳам пойдевор бўлиб хизмат қилади.

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

Кўпгина болаларда қўъбус бошнинг сочли қисмидан бошланади. Бунда терининг маддаланиши, унинг устида кипиклар ва қатқалоқлар тўпланиши кузатилади. Қаз-қоқланиш деб ҳисобланган бу ҳодиса бемор гўдакларнинг ота-онасини барча ҳолларда ҳам педиатр-дерматолог ҳузурига бошлаб келавермайди. Ёш болаларда, айниқса эмадиган болаларда касалликнинг бошланиши ўзига хос клиник хусусиятларга эга. Дастлаб тери бурмаларида четлари аниқ чегараланган қизғиш рангли яллиғланиш ўчоқлари ҳосил бўлади. Ўчоқлар четида кузатиладиган шох қаватнинг кўчиб тушиши ва ишқаланиш излари бичилиш, кандидоз ёки экзематидларни эслатади. Псориастик 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 кизарган, яъни ўткир яллиғланиш ҳошияси билан ўралган бўлади. Сўнгра тугунчалар аста-секин катталашиб боради. Катталиги ловиядек, ўрикнинг данагидек келадиган папулалар бир-бири билан қўшилишга мойил бўлади. Мактаб ёшидаги болаларда ва ўсмирларда псориастик 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 аста-секин тангачасимон, кепаксимон кипиклар қоплайди. Бундай кипиклар 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 бир-бири билан қўшилиб, маълум соҳаларни қамраб олади.

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

Қўъбус мономорф касалликдир. Унда кузатиладиган тугунчалар ўзига хос белгиларга эга. Бу ҳол псориастик учликда ўз ифодасини топган. Псориастик учликка қуйидаги белгилар киради:

а) стеарин доғи белгиси. Бу симптомнинг асосий сабаби гиперкератоздир. Шунингдек паракератоз ҳам қиртишлаш пайтида мугуз хужайраларининг тўхтовсиз кўчиб тушишига олиб келади;

б) қўъбус пардаси белгиси. Тугунча сатҳи бўйлаб қиртишлаш давом эттирилганда мугуз хужайралари қатлами остида юпкагина парда пайдо бўлади. Бу эпидермис ва дерма ўртасидаги базал мембранадир. Шунинг учун бу белги яна оралик пардаси белгиси деб ҳам аталади;

в) қонли шудринг белгиси. Қиртишлаш оқибатида кўчирилган базал мембрана остидаги дер-анинг сўрғичсимон қаватида жойлашган капиллярлардан қон кета бошлайди. Қонли шудринг белгисининг асосий сабаби папилломатоздир - дерма сўрғичсимон қаватининг ўсиши. Қиртишлаб бутунлиги бузилган ва ўзига хос тузилишга эга бўлган сўрғичлардан қон бирдан эмас, балки нуқтасимон кетади. Шу туфайли бу белги бошқача, нуқтасимон қонаш белгиси ҳам дейилади.

Юқорида саналган бу учала белги псориастик 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, чов-сон бурмасида) соҳасида жойлашган ҳолларда стеарин доғи белгиси

кузатилмайди. Умуман кўъбусни кўпчилик ҳолларда захм тугунчалари ва қизил ясси темиратки тугунчаларидан фарқлашга тўғри келади.

Кўъбус сурункали кечадиган ва тез-тез қайталаниб турадиган касалликдир. Болаларда дерматоз кўпинча қишда кўзийди (55,4% ҳолларда), ёз фаслида камроқ (26%) куз ва баҳорда ундан камроқ ҳолларда кўзийди. Кўъбус жараёни бир неча йиллаб кечиши натижасида йилнинг бир неча фаслларида ҳам кўзийдиган бўлиб қолади. Унинг аралаш тури 49% ҳолларда кузатилади. Даволаш ва олдини олиш нуктаи назаридан кўъбуснинг 5 тури: қишки, баҳорги, ёзги, кузги ва аралаш турлари тафовут этилади. Касалликнинг кўзиш фасллари аниқлаш унинг олдини олиш чораларини ишлаб чиқишга ва қайталанишига қарши даво режасини тузишга ёрдам беради.

Қипиксимон темираткининг кечишида унинг уч босқичи фарқ қилинади: кўзиган, сусайган ва ўтроқ босқичлари.

Кўзиган (ривожланган), яъни прогрессив босқичда янги тошма элементлари пайдо бўлади. Улар кўпинча милиар ва лентикуляр панулалар кўринишида бўлиб, ранги қизил, яллиғланган. Тошма атрофидаги терида ўткир яллиғланиш ҳошияси кузатилади. Терининг соғлом соҳаларига ўткир буюм билан таъсир этиш (масалан, игна санчиш) янги тугунча пайдо бўлишига олиб келади (Кебнер белгиси- мусбат). Янги тошмаларнинг ҳосил бўлиши кичишиш билан кечади.

Сусайган (қайта ривожланаётган), яъни регрессив босқичда псориастик тугунчаларнинг сўрилиши ва кўчиб тушиши кузатилади. Шу сабабли папулаларнинг ранги оч, оч қизил, пушти, оч пушти. Улар атрофидаги терида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Кебнер белгиси манфий. Папулалар устида кумушсимон қипиклар кузатилади. Қичишиш аҳён-аҳёнда безовта қилади ёки умуман йўқолиб кетади. Сўрилиб тугаган тугунчалар ўрнида иккиламчи гиперпигментли ёки гипопигментли доғлар 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 тўхтади. Кўпинча кумушсимон қипиклар билан қопланган ҳажми катта тугунчалар ва «навбатчи 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 псориастик жараён ўтроқ босқичга ўтиши мумкин. Шу сабабли стационар босқичда катта ҳажмдаги папулалар билан бирга жуда майда тугунчалар ҳам кузатилиши мумкин. Ўтроқ босқич узок 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 қуйидаги турлари ҳам маълум: сувли гулафшон, қўл-оёқ қафти гулафшони, томчисимон кўъбус, кўъбус артрити, кўъбус эритродермияси ва бошқалар. Ёш болаларда томчисимон кўъбус кўп учрайди.

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

Псориазни дори-дармонлар билан даволашда касалликнинг даврлари ҳисобга олиниши лозим. Дарднинг ривожланган (кўзиган) даврида сезувчанликни пасайтирадиган дорилар (натрий гипосульфит, задитен, тавегил, димедрол ичиш ва юбориш) кўпроқ фойда қилади. Бемор болага эса кальций тузлари (кальций глюконат, кальций пантотенат ва ҳоказо) нинг нафи кўп тегади. Касалликнинг тарқалган ва оғир турларида стероид препаратлар

(преднизолон, пресоцил, дексазон) берилиши лозим. Беморларга маҳаллий даво буюрилганда касалланган териға кучсиз таъсир этадиган ёки бефарқ ҳисобланган малҳам-лар ёзиш мақсадга мувофиқдир (Унна креми, борат малҳами, болалар креми).

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

Касалликнинг ётоқ (стационар) даврида витаминлар антигистамин дорилар, кальций препаратларидан ташқари цитостатиклар (метотрексат, проспидин) ва корти-костероидлар кутган натижаларни олишга ёрдам беради. Узун тўлкинли ультрабинафша нурларни фотосенсибилизацияловчи дорилар билан қўшиб (PUVA) қўллаш ҳам кўп фойда қилади.

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

Қизил ясси темиратки. Касалликнинг сабаби аниқланган эмас. Таклиф қилинган назариялар ва тахминлар (микроблар, вируслар, нейроген, модда алмашинувининг бузилиши, ирсий мойиллик) амалда ўзини оқлай олмади. Қизил ясси темиратки клиник жиҳатдан мономорф тери касалликлари қаторига киради. Бунда тери ва шиллик қаватларда тугунчалар (папула) ҳосил бўлиб, улар ўзига хос белгиларга эга. Ясси тугунчаларнинг юзаси силлик, ялтироқ оч пушти рангга эга. Дастлаб уларнинг ҳажми игнанинг бошчасидек келади, сўнгра катталлашиб тарик, нўхат, ловия ва тангадек бўлиши мумкин. Кўпчилик тугунчаларнинг ўртасида тугмасимон чуқурча кузатилади. Тугунчалар бир-бири билан қўшилиб, бурдалар ҳосил қилиши мумкин. Уларнинг юзаси тўрни (Уикхем белгиси) эслатади. Мазкур манзара зарарланган тери соҳасига ўсимлик ёғи суртилганда ва оғиз бўшлиғида яққол кўринади. Тошмалар елка ва билакларнинг ички юзасида, думғаза, тизза ва жинсий аъзолар соҳасида кўп учрайди. Касаллик ўткир бошлансада сурункали кечади, баъзан бир неча йиллаб давом этади. Қизил ясси темират-кининг кечишида ривожланган (тугунчаларнинг ҳосил бўлиши), ётоқ (жараённинг тўхташи) ва сусайган (тугунчаларнинг сўрилиши) даврлар фарқ қилинади.

Қизил ясси темираткини гулафшон ва захм тугунчаларидан фарқлаш даркор. Гулафшонда тугунчалар юзасининг кипик билан қопланганлиги ва псориастик учлик уни мазкур касалликдан ажратишда ёрдам беради. Захмда эса тугунчаларнинг ўзига хос жойлашиши, Биет ёқаси, Уикхем белгисининг кузатилмаслиги, серологик реакцияларнинг мусбат жавоблари уни темираткидан фарқлаб туради. Қизил ясси темираткига 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 темираткини даволашда антибиотиклар жуда наф беради. Айниқса тетрациклин гуруҳи (жами 7 - 10 млн. ТВ) яхши 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 оғир турларида кортикал стероидлар (преднизон, пресоцил, кенокорт, дексазон) махсус қоида асосида қўлланилади. Даво чоралари ўтказилаётганда сурункали кечадиган микробли ўчоқларни топиб, улардан организмни тозалаш даво натижаларини кучайтиради.

Маҳаллий даво: қичишиш зўрайган пайтларда глюкокортикоид малҳамлар (целестодерм, лоринден, оксикорт) буюриш мақсадга мувофиқ. Касаллик сусайганда сўрилиш жараёнини тезлаштирувчи малҳамлар (нафталан, ихтиол, олтингугурт ва ҳоказо) суртиш керак. Терининг зарарланган соҳаларида гидрокортизон билан фонофорез ўт-казиш, УВЧ билан даволаган маъқул. Сўгалли турларида совуқ билан даволаш, Букки нурларини қўллаш лозим.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар гулафшон ва қизил ясси темирлатки касалликларининг сабабларини ва моҳияти тўғрисида тушунчага эга бўлишлари лозим. Жумладан, касалликнинг табиатини тушунтирувчи назариялар билан таниш бўлишлари лозим. Мазкур дерматозларнинг асосий клиник белгилари ва даврлари, шунингдек, уларни бир-биридан фарқловчи симптомларни бирма-бир санаб беришлари лозим. Талабалардан псориаз ва қизил ясси темирлаткини захмининг иккиламчи давридан фарқ қилиш ҳам талаб қилинади. Шунингдек улар тугунчали касалликларни даволашда кенг қўлланиладиган дориларни ва ишлатиш усуллари билишлари лозим. Талабалар куйидагиларни ўзлаштирган бўлишлари керак:

- а) гулафшон бўйича - псориазик тугунчаларни таърифлаш, кириб кўриш усули ёрдамида «стеарин доғи», псориазик «парда», «қонли шудринг» симптомларини аниқлашлари;
- б) қизил ясси темирлатки бўйича - темирлатки тугунчаларини захм ва псориаз тугунчаларидан фарқ қилишлари, Уикхем тўрини аниқлай олишлари, шунингдек маҳаллий даво усуллари қўллаш билишлари лозим. .

4. Уйга вазифа:

- псориазни қандай дерматозлардан фарқ қилиш лозим?
- қандай белгилар асосида касаллик даври аниқланади?
- касалликнинг даврига қараб даволаш режасини тузиб беринг
- нега оғиз бўшлигида Уикхем белгиси яққол кўринади?
- қизил ясси темирлаткини даволашда антигистамин препаратларни самара бериш сабабини тушунтиринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М. 1979. 351-362., 362-366-бетлар.
Ю. К. Скрипкин ва бошқалар. Руководство по детской дерма дерматовенерологии. Л. 1983. 200-206, 209-215-бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1. Тугунчали дерматозлар (гулафшон, қизил ясси темирлатки) билан даволанаётган беморларга касаллик тарихини тўлдириш (ҳар ким ўзича тўлдиради);	а) беморларнинг анамнезида ҳамроҳ касалликларга эътибор бериш ва уларнинг патогонетик аҳамиятини таҳлил қилиш; б) псориазик триадани аниқлаш; в) Уикхем 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	а) нотаниш беморлар касаллик тарихини кўриш; б) ўзаро суҳбат ёрдамида ноаниқ масалаларни ечиш;

	фарқлаш; в) олинган янги маълумотларни дафтарга ёзиб олиш.	в) талабаларни мазкур дерматозлар бўйича билим савиясини ошириш.
--	---	--

12-МАШҒУЛОТ

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

2. Мавзунинг қисқача мазмуни.

Ҳайвон паразитлари томонидан қўзғатиладиган тери касалликлари дерматозоонозлар деб аталади. Ҳайвон паразитларидан битлар, бурга, тахтакана, кўтир канаси, чивин ва пашшалар, шунингдек лейшманиялар туркумига кирувчи паразитлар терини зарарлаб, турли патологик ўзгаришлар келтириб чиқаради. Педиатр-дерматологларнинг иш фаолиятида кўтир 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 алоқада бўлиши натижасида соғлом киши териси ичига кириб олади ва махсус яшаш даврлари қонуниятларига мувофиқ паразитлик қилади. Кана ва битлар беморларнинг кийим ва тўшакларидан бошқа одамлар фойдаланганда, шунингдек уларни буюм ва асбобларини ишлатганда ҳам соғлом кишига ўтади.

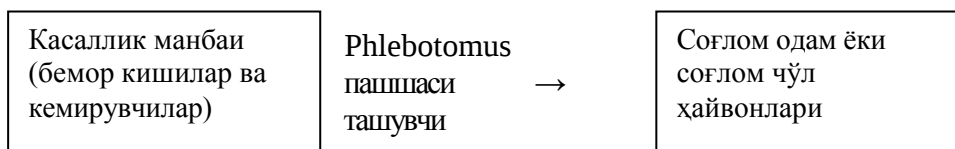
Ҳозирги пайтда мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда шахсий гигиена қоидаларига мунтазам риоя қилмаслик, болалар муассасаларида тиббий профилактик кўрикларнинг сифатсиз ўтказилиши, баъзи жойларда эса умуман ўтказилмаслиги болалар орасида дерматозоонозларнинг кенг тарқалишига сабаб бўлмоқда. Бундан ташқари, болалар боғчалари, мактаблар, маҳалла ва қишлоқларда, айниқса аҳоли зич жойлашган уйларда профилактик дезинфекция ишларининг етарли даражада йўлга қўйилмаганлиги, турар жойларда ахлатларни ўз вақтида олиб кетмаслик ва ниҳоят, чивин, пашша ва кала-мушларни 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 топилган. Пашшахўрда сурункали кечадиган терининг зараркунанда касаллиги ҳисобланиб тропик ва субтропик ўлкаларда кўп учрайди. Жумладан, Ўзбекистоннинг Сурхондарё ва Қашқадарё 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 - таёкчасимондир. Шу сабабли Боровский таначалари ҳам дейилади. Зараркунанда қонда ва касалланган тери моддаси таркибида кўп миқдорда топилади. Шунинг учун тўқима суюқлигидан суртма тайёрланади ва Романовский-Гимза усули билан бўялади. Бунда лейшманияларнинг протоплазмаси ҳаворанг, катта ядроси қизил-бинафша, кичик ядроси эса тўқ бинафша ранг билан бўялади. Зараркунанданинг бир неча турлари маълум. Шулардан кўп учрайдигани ва диагностик аҳамиятга эга бўлганлари *Leishmania tropica major* ва *Leishmania tropica minor* лардир. Каттаси ҳайвонлар организмида, кичиги ҳам ҳайвон, ҳам одамлар организмида яшайди!.

Лейшманиялар искабтопар (москит) ларни (пашшанинг бир тури) чақиши натижасида одамга ўтади. Касаллик манбаи бемор киши ва чўл ҳайвонлари (кемирувчилар)дир. Бемор одамни ёки ҳайвонни чаққан, яъни қонини сўрган искабтопарлар ўз навбатида соғлом кишиларни чақади ва чақиш пайтида ўз сўлаклари орқали Боровский таначаларини

юктиради. Шу сабабли пашшалар касалликнинг ташувчиси ҳисобланади, «пашшахўрда» номи ана шундан келиб чиққан. Бу жараёни чизма шаклида қуйидагича тасвирлаш мумкин



Пашшахўрда касаллиги қўзғатувчиларининг биологик хусусиятлари ва юқиш йўлларига қараб икки тури тафовут этилади: 1) зооноз, қишлоқ, ўткир, тез ярага айланадиган тури; 2) антропозооноз, шаҳар, сурункали, кеч чақаланадиган тури.

Зооноз лейшманиозлар қуйидагилар билан таърифланади. Касаллик қўзғатувчиси *Leishmania tropica* мажор ҳисобланади, касаллик ўчоғи ёввойи кемирувчилар, жумладан касалланган юмронқозиклардир. Инкубацион даври қисқа (10-40 кун), пашша чаққан жойда ҳосил бўлган тугун 2-3 ҳафтадан сўнг чуқур ярага айланади. Яраининг четлари ва туби нотекис, йирингли суюқлик ва некротик масса билан қопланган. Яраининг тубида ҳамирсимон мадда пайпасланади, атрофида эса лимфангит (лимфа томирларининг яллиғланиши) кузатилади. Болаларда кўпинча пашшахўрда ярасига иккиламчи йирингли кокklar тушиб, яллиғланиш жараёнини чуқурлаштиради. Шу сабабли уларда оғриқ кучли бўлади. Оқибатда яра йиринг ва некротик массада тозаланиб, ўртасидан чандиқлана бошлайди. Касалликнинг 5-6-ойларида 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 ярага айлангунча 3-4 ой вақт ўтади, яъни кеч ярага айланади. Ҳосил бўлган яраларнинг юзаси катта бўлишига қарамасдан унчалик чуқур жойлашмайди. Кўпинча яралар йирингли-геморрагик қобиклар билан қопланади, қобиклар кўчирилганда қонайдиган яралар кўринади. Яраининг битиши натижасида пайдо бўладиган чандиқ юзаки ва юпка бўлади.

3-жадвал

Пашшахўрданинг қишлоқ ва шаҳар турларини бир-биридан фарқлаш

Кўрсаткичлар	Шаҳар тури	Қишлоқ тури
1	2	3

1.Қўзғатувчиси	<i>L. tropica minor</i>	<i>L. tropica major</i>
2. Инкубацион даври	Ўртача 2-6 ой, 1 йилгача	2-5 ҳафта
3. Инфекция ўчоғи	Лейшманиозга чалинган бемор кишилар	Кемирувчилар ва бемор кишилар
4. Касалликнинг дастлабки белгилари	Кичик тугунча (лейшманиома)	Ўткир яллиғланиш белгилари яққол намоён бўлган мадда (инфилтрат)
5. Ривожланиш жараёни	Лейшманиоманинг ривожланиши секин, дастлаб эрозия бўлади. сўнгра чақаланади, инфилтрат секин сўрилади	Маддалаган ўчоқ тез ярага айланади, кучли оғрик билан кечади
6. Ярани таърифлаш	Яра туби донадор, зардобсимон йиринг билан қопланган, тез қуриб қатқалоқланади	Яра туби нотекис, кулранг сарғимтир некротик чиқинди билан қопланган, йиринг кўп микдорда ажралади
7. Ярага айланиш муддати	3-8 ой	2-4 ҳафта
8. Лимфангит ва лимфаденитлар	Камдан-кам ҳолларда кузатилади	Кўп учрайди, оғир кечади, лимфа томирлари бўйлаб тугунчалар пайдо бўлади, ярага айланади.
9. Тошма элементларининг терида жойлашган соҳалари	Кўпинча юз терисида, қўл-оёқларда камроқ кузатилади	Кўпинча икки оёқ терисида, юзда кам кузатилади.
10. Фаслга алоқадорлиги	Йилнинг барча фаслларида кузатилади	Ёз ва куз пайтлари кузатилади, беморлар дастлаб июль-октябрь ойларида мурожаат этадилар
11. Кечиши	Сурункали, ойлаб кечади	Ўткир, бир неча ҳафта давом этади
12. Асоратлар бериши	Пиококklar билан кам асоратланади	Сарамас, йирингли яралар каби асоратлари кўп кузатилади
13. Географик тарқалган жойлари	Аксарият ҳолларда шаҳар аҳолиси орасида учрайди.	Кўпинча қишлоқларда, чўл ва адирларда, шаҳарлар атрофидаги дала ҳовлида яшовчиларда

Болаларда пашшахўрданинг 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 ёшдаги кишиларга нисбатан болалар ва ўсмирлар орасида кўп учрайди. Пашшахўрданинг мазкур тури асосан юз терисида кузатилади. Дастлаб майда тугунчалар пайдо бўлади. Улар каттиқроқ ёки ҳамирсимон каттиқликка эга бўлиб, пашшахўрда яраларидан қолган чандиқлар атрофида пайдо бўлади. Улар кўпинча яра ёки чандиқни ҳалқасимон, ярим ҳалқасимон шаклда ўраб олади, сарғиш-қорамтир рангли, атрофидаги терида ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Шунга ўхшаган дўмбоқчалар чандиқнинг ўзида ҳосил бўлиши мумкин, аксарият ҳолларда юзаки, юпқа чандиқлар сатҳида кузатилади. Мазкур элементлар тери силида кузатиладиган дўмбоқчаларга жуда ўхшаб кетади. Ҳатто *lupus vulgaris* дек «олма мағзи» белгиси ҳам кузатилади (Бабаянц сохта люпомалари). Пашшахўрданинг 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 йил-гача сақланиши мумкин. Бу люпомалар осонликча ярага айланмайди. Қўшилиб

келадиган касалликлар (қизамиқ, кўкйўтал, грипп) гина мазкур дўмбоқчаларнинг ривожланишини ва ярага айланишини тезлаштириши мумкин.

Металейшманиоз ривожланишини қуёш нурларининг таъсири билан боғлашади, касалликнинг юз терисида кўпроқ жойлашиши сабабини ҳам қуёш 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. Пашшаҳўрда сурункали кечадиган йирингли яралардан, захм гум-масидан ва тери силидан фарқ қилиниши лозим. Пашшаҳўрда 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.

Пашшаҳўрдани 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.

Пашшаҳўрданинг 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 кўтир каналари кузғатади. Кўтир каналарининг икки тури маълум: а) антропофил каналар - фақат одам терисида зараркунандалик қилади; б) зооантропофил каналар - ҳам одам, ҳам ҳайвонларда учрайди. Болаларда кузатиладиган кўтирни кўпинча антропофил каналар (*ascarus hominis*) қўзғатади. Каналарнинг эркаги кичик (узунлиги 0,2 мм), урғочиси катта (узунлиги 0,4 мм) бўлади. Эркак каналар урғочисини уруғлантиргандан (копуляция) сўнг ҳалок бўлади. Урғочи 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 урғочиси 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 жуфт-жуфт жойлашган тугунча-пуфакчали тошмалар пайдо бўлади. Мазкур жуфт элементларнинг ўртасида кўтир йўллари жойлашган, яъни тошмаларнинг бири (пуфакча) кананинг кирган жойи бўлса, иккинчиси (тугунча) чиққан жойидир. Тугунча ва пуфакчанинг ўрнида қаварчиқ ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Бу ҳол кўкрак эмадиган болаларда кўпроқ кузатилади. Тошмалар қўл ва оёқларнинг ички юзасида, бармоқлар орасида, бел ва қорин соҳасида, шунингдек жинсий олат терисида жойлашади. Кўтирда қаттиқ қичишиш кузатилиб, қичишиш тунги пайтларда зўраяди. Кўтирнинг қуйидаги клиник турлари фарқланади: **1) тарқалган кўтир** - бунда тугунча-пуфакчали тошмалар ва қашиниш излари (*excoriatio*) бутун баданга ва қўл-оёқларга тарқалиб кетади, қашиниш кучли бўлади; пиококларнинг тушиши натижасида стрептодермия ва

стафилодермия белгилари кузатилади; **2) чегараланган қўтир** - бунда жуфт тошмалар терининг маълум соҳаларидагина, айниқса бармоқ ораларида ёки жинсий олат терисида кузатилади; **3) белгисиз қўтир** - бунда пуфакча, тугунча ва каварчиқ каби қўтирға хос элементлар кузатилмайди. Бемор фақат қичишишдан шикоят қилади, бу сезгининг тунги пайтларда зўрайишини таъкидлайдилар. Кўп микдордаги тирналган жойлар кузатилади. Беморлар ўз анамнезида қўтирға чалинган кишиларга бевосита яқин бўлганликларини таъкидлайдилар.

Қўтир ташхиси анамнестик, эпидемиологик, клиник маълумотлар асосида қўйилади, қўтир йўллари ва каналарининг топилиши билан тасдиқланади.

Қўтирда 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 минут танаффусдан сўнг дори суртиш такрорланади (10 минут мобайнида). Эртаси куни шу муолажа қайтарилади. Даво тугагандан 3 кун ўтгач ҳаммомга тушиш ёки чўмилиш мумкин. Шундан сўнг ички кийимлар ва чойшаблар алмаштирилади.

2. Демьянович усули. Бунда тиосульфат натрийнинг 60% эритмаси (1-сонли эритма) ва хлорид кислотанинг 6% эритмаси (2-сонли эритма) ишлатилади. Дастлаб 1-сонли эритма бутун баданга 10 минут мобайнида суртилади, сўнгра 5 минут танаффус қилиниб, яна 10 минут давомида 1-сонли эритма суртилади. Нам тери қуригач 2-сонли эритма билан 10 минут терига ишлов берилади ва нихоят 5 минутлик танаффусдан сўнг 2-сонли 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 қўлланилади.

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

Қўтирға қарши малҳамларни қўллашдан аввал беморларни чўмилтириш лозим. Шу йўл билан қўтир каналарининг тери сатҳидан ювилиб тушиши таъминланади. Каналардан ташқари тери йирингли микроорганизмлардан ҳам тозаланади. Агар қўтир бўлган беморларда пиодермитларнинг белгилари кузатилса, дастлаб бактерицид дорилар билан даволанади, сўнгра канага қарши даво ўтказилади.

Қўтирға қарши курашда аҳоли ўртасида тиббий профилактик кўриклар ўтказиш яхши самаралар беради. Айниқса мактабларда, болалар боғчаларида муайян кўриклар ўтказиш қўтирнинг камайишига олиб келади.

Битлаш (Pedicuiosis). Одам терисида битларнинг уч тури кузатилади: бош, кийим ва қов битлари. Бош битлари бошнинг сочли қисмида, кийим битлари кийимбош ва тўшакларда, қов битлари эса қов, оралик, орқа чиқарув тешиги, қўлтиқ соҳаларида жойлашади. Санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, жумладан кийим-бошларни вақтида ювиб тозаламаслик, ҳаддан ташқари ифлослик битлашга олиб келади. Тозаликка риоя қиладиган оилаларга бит мактаб ва боғчаларга қатнайдиغان болалар томонидан келтирилади. Шу сабабли болалар боғчаларида ҳар куни сифатли кўрикни ташкил этиш битлашнинг олдини олади.

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

Битлашни даволашда керосин, симоб малҳамлари ва бензил бензоат кўп ишлатилади. Бош битлаганда соч керосин билан ювилади. Нобуд бўлган битлар ва уларнинг тухумларидан сочни ёғлаб тараш 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. Машғулотнинг мақсади.

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

а) пашшахўрда касаллиги бўйича - лейшманияларнинг табиати, кемирувчиларни таърифлаш, касаллик эпидемиологияси, пашшахўрданинг зооноз ва антропоноз турларининг симптоматологияси ва бир-биридан фарқ қилиш, даволашда қўлланиладиган дори моддалари, пашшахўрдага қарши кураш;

б) қўтир бўйича - қўтир канасини таърифлаш, касаллик диагностикаси, замонавий даво усуллари, болалар муассасаларида қўтирнинг олдини олиш;

в) битлаш - битларнинг турларига таъриф бериш, даволаш.

4. Уйга вазифа.

— пашшахўрданинг қишлоқ тури нима учун кузда кўп учрайди? Сабабини тушунтиринг.

— терида кузатиладиган қандай яралар пашшахўрда ярасига ўхшайди?

— қандай белгиларига асосланиб қўтирни қичимадан фарқлаш мумкин

— бош, кийим ва қов битларининг юқиш йўлларида фарқ борми?

АДАБИЁТЛАР

П. В. Гофман-Кадошников, Д. Ф. Петров. Биология умумий генетика билан. М., 1967. 384-888-бетлар.

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

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

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1	2	3
1. Касалхонада ётган паразитар касалликларга дучор бўлган беморлар билан ишлаш;	а) беморлардан қисқача анамнез, жумладан эпидемиологик анамнез йиғиш; б) пашшахўрда яраларини ўрганиш, периферик лимфа тугунларини пайпаслаш; в) қўтир жуфт-жуфт тошмаларини аниқлаш; г) битларнинг турли-туман турларини кидириш; д) тиббий хужжатларни тўлдириш (089 у-рақамли форма);	а) касалликка дастлабки ташхис қўйиш, ўхшаш касалликлардан фарқлаш; б) тиббий хужжатларни тўғри тўлдиришни ўрганиш;
2. Беморларни гуруҳ билан бирга муҳокама қилиш.	а) талабалар ўзлари кузатиб борган беморларининг касаллик тарихини қисқача айтиб берадилар; б) мазкур касалликка хос	а) баҳслашув йўли билан ўз фикрини ўтказиш, ҳақлигини исботлаш; б) нотаниш бўлган тошмалар билан танишиш;

	тошмаларга таъриф бериб, беморларда топилган тошмаларни бошқа талабаларга кўрсатиш; в) беморга буюрилган индивидуал давони ҳамма ўз дафтарига ёзиб олади.	в) талабалар клиник фикрлаш қобилиятини ривожлантириш.
--	--	--

13-МАШҒУЛОТ

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

2.Мавзунинг қисқача мазмуни.

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

Пўрсилдок клиник жиҳатдан тери ва шиллиқ қаватларда пуфакли яралар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Дастлаб пуфаклар оғиз бўшлиғида ва томоқда пайдо бўлиб, бир неча ой давом этиши мумкин. Сўнгра терида, кўкрак ва орқа терисида тиниқ рангли пуфаклар пайдо бўлади, натижада оғриқ безовта қилади. Пуфак пардаси йиртилиб ичидан сероз суюқлиги чиққандан сўнг ўрнида эрозия қолади. Агар эрозия четида осилиб турган тери пўсти пинцет билан ушланиб юқорига кўтарилса эпидермис дермадан ажрала бошлайди (Никольский белгиси). Агар бутунлиги бузилмаган пуфакнинг устига босилса пуфак пўсти ёрилмайди, аксинча, яллиғланиш суюқлиги тери пўсти қаватлари ичига ўтиб кетади ва пуфак бўшаб қолади (Асбо-Ганзен белгиси). Касаллик сурункали давом этади. Пуфакли тошмалар вақти-вақти билан тошиб туради.

Ҳар гал тошмаларнинг пайдо бўлиши ҳароратнинг кўтарилиши билан кечади, беморнинг аҳволи оғирлашади. Пуфакларнинг бир-бири билан қўшилиши натижасида уларнинг ҳажми катталашади. Ҳосил бўладиган оғриқли эрозиялар бутун бир соҳани эгаллаши мумкин. Пўрсилдокнинг куйидаги клиник турлари мавжуд:

1. Оддий пўрсилдок - Pemphigus vulgaris пуфакли яраларнинг бошқа турларидан ўзининг хавфли кечиши билан фарқ қилади. Пўрсилдоқлар ичида энг кўп (75% ҳолларда) учрайди. Касалликнинг дастлабки белгилари оғиз бўшлиғидан бошланади, бунда оғиз шиллиқ пардасида турли шаклдаги ва ҳажмдаги пуфаклар кузатилади. Пуфак пардасининг йиртилиши натижасида ҳосил бўладиган эрозиялар бир-бири билан қўшилиб нотўғри шаклдаги яллиғланиш ўчоқлари шаклланишига олиб келади. Эрозияли ўчоқлар оғриқ билан кечиб, оғриқ аста-секин зўраяди. Пайдо бўлган эрозиялар секин битади, яъни эпителийланиш жараёни суст боради. Болаларда одатдаги пўрсилдок кўпинча оғиз бўшлиғи, томоқ ва жинсий аъзолар шиллиқ пардаси, шунингдек тана терисининг зарарланиши билан кечади.

Пўрсилдокнинг енгил ва оғир турлари фарқ қилинади. Касалликнинг енгил турида эрозия ўчоқлари қисқа муддат ичида битади, даво чоралари сезиларли даражада наф беради. Айниқса, глюкокортикоидлар билан даволаш янги пўрсилдоқларнинг пайдо бўлишини дарҳол тўхтатади. Пуфакли яранинг оғир тури болаларда кам учрайди. Бунда болаларнинг гавда оғирлиги камайиб, тез ориқлайди, аксарият ҳолларда иккиламчи йирингли инфекция

билан асоратланади. Бемор боланинг умумий ҳарорати жуда юқори бўлиб, тошмаларнинг ҳар гал пайдо бўлиши безгак хуружи билан кечади. Юрак, буйрак ва ўпка каби муҳим аъзоларда чуқур асоратлар қолдиради. Қонда ЭЧТ нинг ошиши, эозинофилия, натрий ва хлоридлар миқдорининг юқори бўлиши кузатилади. Оксиллар миқдори, айниқса гаммаглобулин ва иммуноглобулинлар камаяди. Эпидермис хужайралараро моддасига қарши пайдо бўладиган антитаналар миқдорининг кўпайиши акантолиз жараёнини чуқурлаштиради. Бу ҳол Никольский ва Асбо-Ганзен симптомларининг осонлик билан пайдо бўлишига сабаб бўлади.

2. Ўсувчи (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 сўрғичсимон ўсимталар ривожланади. Ўсувчи пўрсилдоқ кўпинча катта бурмалар (қўлтиқ ости, чов, кўкрак безларининг остида) соҳасидаги терида кузатилади. Мазкур бурмалар териси кўп терлаши ва ишқаланиши сабабли шоҳланиш (куртакланиш) жараёни қисқа давр ичида 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. Япроқсимон (баргсимон) пўрсилдоқ. Пўрсилдоқни *pemphigus foliaceus* тури болаларда унинг бошқа турларига нисбатан кўпроқ учрайди. Бунда тез ва осон ёриладиган бўшашган пуфаклар терининг яллиғланган 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 яллиғланиш суюқлиги тўпланиб, зарарланган ўчоқлар қатламага тайёрланган ҳамирни эслатади. Япроқсимон пўрсилдоқ терининг бошқа соҳаларида тарқалишга мойил бўлади. Юз териси, бошнинг сочли қисми ва тирноқлар пўрсилдоқнинг бошқа турларига нисбатан кўп зарарланади. Шиллиқ қаватга камдан-кам ҳолларда шикаст етади. Никольский белгиси касалликнинг деярли барча давларида мусбат. Бемор болаларни қичишиш, оғриқ, ачишиш безовта қилади. Болаларда катта кишиларга нисбатан оғир кечади, оқибати ҳам жиддийроқ.

4. Қизил югуруксимон пўрсилдоқ - *Pemphigus erythematosis* ёки Сенир-Ашер 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 қатлам бўлиб жойлашган қатқалоқ ва қипиқлар билан қопланган бўлади. Ёноқ ва бурун соҳаларида жойлашган эритематоз доғлар капалак шаклини эслатади. Кузатиладиган пуфаклар атрофидаги тери қизаради, сезилар - сезилмас шишиб чиқади ва шу туфайли яллиғланиш ҳошияси ривожланади. Юз ва бошнинг сочли қисмида кузатиладиган эритематоз доғлар қизил югурукни эслатади. Бироқ қатқалоқлар кўчирилганда нам эрозия ўчоқларининг аниқланиши мазкур касалликнинг пўрсилдоққа алоқадор эканлигидан гувоҳлик беради. Босма-суртмаларда акантолитик хужайраларнинг топилиши эса касалликнинг аниқ табиатини очиб беради. Пуфаклар атрофидаги терида Никольский белгиси мусбат. Қизил югуруксимон пўрсилдоқ оғиз ва жинсий аъзолар шил-лиқ қаватларида деярли учрамайди. Бундан ташқари, пўрсилдоқнинг бу турига қичишиш, ачишиш ва оғриқ каби белгилар хос.

Акантолитик пўрсилдоқларнинг у ёки бу турларини даволаш бир-биридан деярли фарқ қилмайди. Даво чораларини эрта ва ўз вақтида қўллаш муҳимдир. Глюко-кортикоидлар 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. Қолган глюкокортикоидлар миқдори преднизолонга нисбатан

белгиланади. Триамцинолон кўп 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 иммуностимулятор, метилурацил, пентоксил, натрий нуклеинат ва антибиотиклар (пенициллин гуруҳи, ярим синтетик антибиотиклар) буюриш глюкокортикоидларнинг иммунодепрессив таъсирини ва йирингли касалликлар ривожланиш хавфининг олдини олади. Қон ва қон зардобини қуйиш, оксилга бой суюқликлар буюриш мазкур гўдакларда ривожланаётган гипопроотеинемиянинг олдини олади. Витаминлардан аевит, кальций пантотенат, рибофлавин эса эрозия ўчоқларида битиш жараёнини тезлаштиради. Маҳаллий дорилардан анилин бўёқлар, стероид, малҳамлар (локакортен, гиоксизон, 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 тушун-тиришга уринишлар давом этмоқда. 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 қичишиш билан ўтади, оғрийди. Мактаб ёшигача бўлган болаларда пуфакларнинг ҳажми катта бўлиб, пўрсилдоқни эслатади. Катта бурмалар соҳасида пуфаклар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, учукни эслатади ва ишқаланиш оқибатида нам эрозиялар ҳосил бўлади. Касаллик сурункали кечади, йиллаб (20-30 йил) давом этади. Ёз фаслида кўзийди, қишда ва кузда тузалади. Аёлларга нисбатан эркаклар кўп касалланадилар. Дюринг касаллиги болаларнинг жинсий балоғатга етиш даврида ўз-ўзидан 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. Шунингдек 5% ли калий йод эритмаси ичирилганда касаллик кўзийди (янги тошмалар пайдо бўлади, қичишиш зўраяди). Дюринг касаллигида пуфакли ярадан фаркли ўларок, Никольский ва Асбо-Ганзен симптомлари манфий натижа беради. Шу билан бирга пуфак суюқлиги таркибида акантолитик хужайралар 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. Бир-икки кунлик танаффусдан сўнг мазкур даво такрорланади. Агар бундай даво кам наф берса, 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 қилади. Маҳаллий дорилардан фторокорт, флуцинар, локакортен каби малҳамлар суртилади. Эрозия ўчоқларига анилин бўёқлар (метилин кўки, Кастеллани суюқлиги) билан ишлов берилади.

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

Қизил югурук (Erythematosis). Бириктирувчи тўқима касалликлари ичида дерматологик жиҳатдан энг диққатга сазовори қизил югурукдир.

Ҳозирги пайтда қизил югурук аутоаллергик касаллик ҳисобланади. Бемор организмнинг ўз оксилларига нисбатан аутоиммунологик комплексларнинг ҳосил бўлиши, LE-хужайраларнинг шаклланиши мазкур назариянинг яратилишига сабаб бўлди.

1949 йилда Хазерик томонидан «ядрога қарши омил» деб аталувчи оксилнинг 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 Erythematosus) хужайралари номини олди. Текшириладиган бемор қонида қизил югурук хужайраларининг аниқланиши муҳим диагностик аҳамиятга эга.

Қизил югурукка чалинган беморларда эстерогенлар миқдори ошиб кетиши маълум бўлди. Организмнинг аллерген ҳолати ва фотосенсибилизация даражаси эстрогенлар миқдорига боғлиқ экан. Касалликнинг қизлар ва ёш аёлларда кўп учраши сабаби ҳам мана шундан. Аёллар эркаклардак 8 марта кўп касалланадилар. Қизил югурук ривожланишида яллиғланиш ўчоқлари (тонзиллит, гайморит), антибиотиклар ва сульфаниламидларни тартибсиз ва кўп қабул қилиш, турли нурланишлар муҳим аҳамиятга эга. Касаллик шаклланишида ирсий мойиллик аутосом-доминант тури бўйича ўтказилар экан. Ҳозиргача қизил югурукнинг ягона классификацияси йўқ. Касалликнинг сурункали, тарқалган ва ўткир турлари тафовут этилади. Қизил югурукнинг чегараланган (дискоид, сурункали) ва тарқалган (диссеминация) турларида асосан тери зарарланади. Терида учта муҳим белги кузатилади: эритема, гиперкератоз, атрофия. Кўпинча юз терисиди, бошнинг сочли қисмида, кўкракда бир ёки бир неча яллиғланган доғлар (эритема) пайдо бўлади. Мазкур доғ икки ёноқ соҳасида яққол кўриниб, буруннинг устида бир-бири билан туташади (капалак симптоми). Сўнгра яллиғланган доғлар маддаланади, теридан бўртиб чиқади ва тери мугуз қавати қалинлаша бошлайди (гиперкератоз). Ҳосил бўлган бурдаларнинг усти қалин, қийин кўчиб тушадиган қипиқлар ва қатқалоқлар билан қопланади. Қипиқларни кўчиришга уриниш кучли оғриққа сабаб бўлади (Бенье-Мешерский 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 чандиқли атрофия шаклланади. Шунинг учун Ю.К. Скрипкин қизил югурукнинг сурункали турларини чандиқли эритематоз деб аташни таклиф этган. Зарарланган ўчоқлар терининг бир неча соҳаларида кузатилиши тарқалган қизил югурук диагнозини қўйишга асос бўлади.

Ўткир (системали) қизил югурукда касаллик белгилари бир вақтнинг ўзида ҳам тери, ҳам ички аъзоларда кузатилади. Баъзи беморларнинг терисиди 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 оғриқ, иситма ва бошқа белгилар. Ички аъзолардан буйрак кўп зарарланади: сийдикда оксил, цилиндр ва эритроцитлар пайдо бўлади. Баъзан қизил югурик нефрити уремияга олиб келиб, ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек юрак (эндокардит, миокардит, перикардит), ўпка (бронхопневмония, плеврит) ва лимфа тугунлари 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, плаквенил 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 таъқиқланади. Қўшилиб келган касалликларни аниқлаш ва уларни даволаш лозим.

Склеродермия. Бириктирувчи тўқима касалликлари қаторига киради. Scleroderma сўзи «қаттиқ тери» деган маънони англатади. Кейинги йилларда касаллик кўп сабабли (мультифакториал) ҳисобланиб, унинг наслдан-наслга ўтиши турли-туман 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, сўнгра Рейно синдромига хос белгилар (томирларнинг торайиши, цианоз, совқотиш, парестезия) кузатилади. Аста-секин тери қаттиқлаша боради. Бармоқ терисининг қотиши тана ва оёқлар терисига ўтади. Атеросклероз, склеродактилия, контрактуралар каби белгилар шаклланади. Юз терисининг қаттиқлашиши «ниқобсимон юз»ни эслатади. Шиш, қаттиқлашиш ва атрофияларнинг топилиши касалликни аниқлашга ёрдам беради.

Бурдасимон склеродермия терида қизариб шишган доғлар пайдо бўлиши билан бошланади. Доғларнинг катталиги тангадек, қўлнинг кафтидек бўлиши мумкин. Яллиғланган доғлар катталашган сари қаттиқлаша боради. Сўнгра доғларнинг ранги оқариб, оқ пушти, фил суяги ранги ва кул ранг тус олиши мумкин. Доғларнинг атрофида сакланиб қолган кўкимтир-қизғиш гардиш (арғувон ҳалқа) чегараланган склеродермия ташхисини қўйишда диагностик белги бўлиб хизмат қилади. Оқибат натижада қаттиқлашган тери соҳаси ялтирай бошлайди, сочлар чиқмайди, бурма ҳосил қилиб бўлмайди. Склеродермия ўчоқларида сезувчанлик пасаяди, тер ва ёғ ажралиши тўхтайди. 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 50- 60 млн. ТБ) ишлатилади. Витаминлардан А, Е, С лар жуда наф беради. Никотин кислотани махсус қоида асосида томирга юбориб даволаш усули муваффақиятли қўлланилмоқда. Гиалуронидаза препаратлари (лидаза, ронидаза, шишасимон тана) склеродермиянинг чегараланган турларида яхши натижалар бермоқда. Балчиқ ва парафин билан даволаш, ультратовуш, шунингдек лидаза, гидрокортизон, калий йодидлар билан электрофорез ва фонофорез қилиш терининг қотган соҳаларини юмшатишда кутилган самаралар бермоқда;

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар терининг пуфакли касалликлари ва коллагенозларнинг этиологияси ва патогенези ҳақида тушунчага эга бўлишлари, уларнинг классификациясини сўзлаб беришлари лозим. Терининг пуфакли касалликларидан пўрсилдоқ ва Дюринг касаллигининг клиник белгиларини ва уларни бир-биридан ажрата билишлари лозим. Қизил югурук ва склеродермиянинг клиник манзаралари, уларга хос белгилар, жумладан тери тошмаларини таърифлашлари лозим. Талабалар қуйидагиларни ўзлаштиришлари керак:

- а) пуфак суюклигидан босма (кўчирма) - суртма тайёрлаш техникаси;
- б) Никольский ва Асбо-Ганзен симптомларини текшириш;
- в) Ядассон синовини ўтказиш;
- г) Бенъе-Мешерский 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% ли калий йод эритмасини ичириш касалликнинг қўзишига олиб келади?
3. «Қизил югурук хужайралари» ҳосил бўлиш жараёнини тушунтиринг.
4. Нега қизил югурук қизлар ва аёлларда эркакларга нисбатан кўп учрайди.
5. Склеродермиянинг клиник белгиларини сўзлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М., 1980, 366-379, 282-296-бетлар.
 С. Т. Павлов ва бошқалар. Кожные и венерические болезни. М., 1985, 191-211-бетлар.
 Н. А. Торсуев ва бошқалар. Пузырчатые дерматозы. 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 ишлаш; 2. Беморларни гуруҳ билан муҳофаза қилиш	а) касалликнинг қисқача тарихини ўрганиш; б) у ёки бу дерматозларга хос симптомларни аниқлаш; в) беморларга даволаш режасини тузиш; г) муолажа хонасида ишлаш. а) дастлабки ташхисни қўйиш учун керак бўлган маълумотлар йиғиш; б) специфик дерматологик белгиларни бирбирига кўрсатиш; в) калий йод малҳами билан қўйиладиган диагностик синовни кўрсатиш.	а) тиббий ҳужжат бўлимларини ёзишни ўрганиш; б) дерматологик ҳолатни ёзиш қоидасини ўрганиш; в) малҳамли боғлам қўйишни ўрганиш. а) беморга дастлабки ташхис қўйишни ўрганиш; б) дерматологик диагностик синов усулларини ўрганиш.

14-МАШҒУЛОТ

1. Машғулот мавзуси. Тиббий косметология, умумий тушунчалар. Оддий ҳуснбузар, қизил ҳуснбузар, 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 эрализгача бўлган 2000-йилда таркибида мускус сингари хушбўй ва шифобахш моддалар сақлайдиган турли хил мойлар косметика мақсадларида ишлатилган. Қўхна Ассирияда аёллар ўз баданларига, эркаклар эса сочларига турли-тумак хушбўй моддалар суртишни билганлар. XVI-XVIII асрларда юз терисини хушрўй, мулойим қиладиган ва оқартирадиган упа, 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 усулларини ишлаб чиққан. Замонавий косметика ҳозир одамда учрайдиган ривожланиш нуқсонлари ёки 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 соғлом, ораста ва чиройли бўлишини

таъминлаш тушунилади. Ҳозирги вақтда косметика фанининг тобора ривожланиб бораётганлиги аввало ана шу мақсадларни ҳам кўзда тутди.

Косметика грекча «kosmetica» сўздан олинган бўлиб, «безаш», «тузатиш» санъати деган маънони англатади. Одатда, косметик нуқсон деганда кишининг ташқи кўринишини бузиб турган у ёки бу ўзгаришлар тушунилади. Бу нуқсонлар унинг кайфиятига, кишилар билан бўлган ўзаро муносабатларига таъсир этади ва шу тариқа инсоннинг жамият билан ижтимоий алоқасини белгилайди. Шу сабабли «тиббий косметика» сўзи «эстетик медицина» деб номланган замонавий тушунча билан узвий боғлангандир. Кўпгина олимлар ва мутахассислар бу икки тушунчанинг бир-биридан фарқи йўқ деб ҳисоблайдилар. Зеро, тиббий косметикани кишининг ташқи кўринишини безаш, яъни косметик нуқсонларини даволаш билан шуғулланадиган фан дейиш тўғри бўлади. Демак, косметология инсон гўзаллиги тўғрисида ғамхўрлик қиладиган фандир.

Косметик нуқсонларни бартараф қиладиган усуллар ва препаратларни ишлаб чиқариш ва тайёрлашда тиббий талаблар билан бир қаторда давр ва расм-русум талабларини ҳам ҳисобга олиш лозим. Аксарият ҳолларда киши ўзи яшаб турган давр ва муҳитдаги расм-русумлар 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 илмий-техника тараққиёти, жумладан кимё саноатининг ривожланиши косметологик препаратларга бўлган талабни ўзгартирмокда. Авваллари «гўзаллик қурбонсиз 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 турли-туман касалликлар, аллергия тошмалар ва нохуш сезгилар мазкур талабнинг шаклланишига сабаб бўлди. «Косметика» сўзи ҳам «тиббий косметика» номи билан алмаштирилди ва А. Voina таклифига биноан алоҳида фан сифатида тан олинди.

Косметология фани ўз навбатида турли тармоқларга (даволовчи косметика, жарроҳлик косметикаси, гўзаллик косметикаси, қуёш косметикаси, болалар косметикаси, эркалар косметикаси) бўлинди. Косметика саноати тобора ривожланиб бораёпти. Бироқ 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 келаяпти.

Тиббий косметикада кенг қўлланиладиган косметологик препаратлар қуйидагилардир:

1. А витаминли крем (Vitamin A-crem) кератиноцит хужайралар пролиферациясини кучайтиради, камедонларнинг битишини 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 яллиғланиш жараёнининг олдини олади, янги тошмалар пайдо бўлишини тўхтатади.

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

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

5. Себорен (шампунь) - ёғли ва қуруқ себореяларда, шунингдек тангачасимон темирткини маҳаллий даволашда қўлланилади.

6. Сулсен совуни - себореяларда қазғокни йўқотиш мақсадида ва кичишишни камайтириш учун қўлланилади.

7. «Лада» креми (Lada-crem) - 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. Сульфакол 2% - кукун, оддий ҳуснбузарнинг барча турларида упа сифатида ишлатилади.

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

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

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

12. «Перла» шампуни - таркибида олтингугурт ва витамин F бор. Қазғоққа 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. Соч тўкилаётган ёшларда тўкилишни тўхтатади, маълум даражада соч чиқишини таъминлайди.

15. «Алантаин» шампуни - алантаинга бой ўсимликлар экстрактидан 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 қуёш нурларининг салбий таъсирларидан сақлайди. Қуёшда тобланаётганда ва қуёшли кунларда очиқ ҳавода сайр қилганда қўлланилади.

18. «Апликорт F» лосьони - таркибида преднизолон, эстрадиол, олтингугурт ва бошқа биоактив моддалар бор. Андроген соч тўкилишида бошга суртиш учун мўлжалланган.

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

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

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

22. «Симулин» - таркибида витамин B₂, парааминобензоат кислота ва тирноклар таркибига кирувчи тиаминлар сақлайди. Тирноклар дистрофиясида ва қуруқ сочларға суртиш учун чиқарилган.

23. «Тоник» лосьони - антибактериал таъсирға эға, 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 ўсишини тезлаштиради, қуруқ ва мўрт сочлар эластиклигини таъминлайди.

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

26. «Эрато» - қуруқ териларға кундузи суртиладиган крем. Таркиби табиий ёғларға ва витаминларға бой, тери эластиклигини тиклайди, тўқималарнинг тикланиш жараёнларини тезлаштиради. Турли касалликларни маҳаллий даволаш натижасида ҳосил бўлган

иккиламчи пигментли доғларни йўқотиш муддатини тезлаштиради.

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

28. Индометацин - қуёшдан сақловчи крем, индометацин малҳами каби хусусиятларга эга.

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

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

31. «Роял» крем-желеси - кўпинча териси қуруқ кишиларга мўлжалланган. Айниқса кўз атрофидаги ажинларни камайтиради, ёғ безларининг фаолиятига ижобий таъсир этади.

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

33. «Вита» креми - таркибида А ва Е витаминлар бор, терининг барча турларида қўллаш мумкин. Терига намлик ва эластиклик беради.

Қуйида биз тиббий косметикада кенг қўлланиладиган доривор моддалар рецептурасидан намуналар келтирамыз:

1. Rp.: Sulf. coll. fluidi 10,0
Vit. B complex 5,0
Aq. dest. 583 ml.
Mentholi 0,1
Comphorae 0,5
Sp. vini 96° 417 ml.
M.D.S. Ёғли юз терисига қўлланиладиган лосьон

2. Rp.: Sulf. coll. fluidi 10,0
Calc. D Pantothenat 1,0
Inasapt 1,0
Aq. destill. 583 ml.
Vit. H 1,0
Sp. vini 96° 417 ml.
M.D.S. Ёғли сочлар ва қазғок учун лосьон

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

3. Rp: Hexochloropheni 0,15
Zinci oxydati 9,0
Ol. Helianthi ad 30,0
M. D. S.

4. Rp.: Sol. Acidi muriatici puri 5% 100,0
D. S.

5. Rp.: Hexochloropheni 0,25
Zinci oxydati
Ol. Helianthi
Ol. Lini
Aq. Calcis
Lanolini aa 10,0
M. D. S.

Ушбу дори моддалари қизил ҳуснбузарда, жумладан оғиз атрофида ривожланган дерматит ва ринофима кўринишида ўтадиган турларида ҳам яхши самаралар беради. Сигнатурадан сўнг маҳаллий қўлланилади, деб кўрсатилиши шарт.

Қуйидаги кольдкремлар қизил ҳуснбузарнинг одатдаги кечадиган турларида сезиларли фойда беради:

6. Rp.: Acidi borici 1,0
Naphthalani 1,5

Lanolini		10,0
Ol. Persicorum		
Aq. destill.	aa	10 ml.
M. D. S.		

7. Rp.: Amyli Tritici
 Zinci oxydati aa 2,5
 Aq. destill.
 Ol. Persicorum aa 7,5 ml.
 Lanolini 10,0
 M. D. S.

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

8. Rp.: Acidi Salicylici 5,0
 Sulfur, pp. 10,0
 Ol. Terebinthinae rect. 2 ml.
 Picis liquidae Betulae
 Lysoli aa 5 ml.
 Novocaini 1,0
 Zinci oxydati 10,0
 Lanolini 25,0
 Vaselinei 35,0
 Ol. Lavandulae 2 ml.
 M. f. ung.
 D.S. “Ям” малҳами, терига суртиш учун

9. Rp.: Diaethylstilbaestrolis oleosae 0,5% 5 ml
 Aetheris medicinalis
 Spiritus aethylici 70° aa 50 ml
 M.D.S. Терига суртиш учун.

10. Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0,1% 5 ml.
 Acidi Salicylici 2,0
 Sulfuris praecipitati 10,0
 Glycerini
 Aetheris medicinalis
 Spiritus aethylici 70° aa 50 ml
 D.S. Чайқатиладиган эритма, суртиш учун

Бу иккала препаратни ҳам суртиш ҳайз тугагандан сўнг икки кун ўтгач бошланиб, навбатдаги ҳайз кўришга бир ҳафта қолганда тўхтатилиши лозим.

11. Rp.: Methandrostenoloni 0,3
 Lanolini 10,0
 Ol. Persicorum
 Aq- destill. aa 10 ml.
 M.D.S. Себореяли соч тўкилишида

12. Rp.: Sulfur. pp.
 Ol. Ricini aa 10,0
 Tween 10,0
 Aethonoli 40% ad 200,0
 M. D. S.

13. Rp.: Ol. Ricini

Sulfur pp. aa	10,0
Aethanoli dil. 40%	200,0
M D. S.	

Бу иккала рецепт себореянинг турли кўринишларида, жумладан себореяли гушда ҳам кутилган натижаларни беради.

Андроген соч тўкилишида эса пилифортин препаратини қўллаш асқотади. Қуйидаги пилифортин эритмаси ва эмульсиясининг таркиби билан таништирамиз:

14. Rp.: Oestradioli	0,01
Hydrocortisoni	0,125
Panthenoli	5,0
Vit. B ₆ amp.	IV
Hexochloropheni	0,5
Sulf. coll. liq.	3,0
M.D.S. Терига суртиладиган эритма	

15. Rp.: Oestradioli	0,01
Hydrocortisoni	0,125
Panthenoli	5,0
Vit. B ₆ amp.	IV
Hexochloropheni	0,5
Sulfur. coll. liq.	3,0
M.D.S. Терига суртиладиган эритма	

16. Rp.: Cystini	0,5
Pyridoxini	0,1
Calcii panthotenati	0,15
M.D.S. Андроген соч тўкилишида 1 дражедан кунига 3 маҳал ичилади.	

Дисхромияларда кўпинча қуйидаги дори моддалари маҳаллий қўлланилади:

17. Rp.: Hydrochinoni	5,0
Vitameni A	
Dexamethasoni aa	0,1
Doritin ad	100,0
M.D.S. Гиперхромияларда терини оқартириш учун.	

18. Rp.: Hydrocortisoni	1,0
Dexamethasoni	0,1
Airol Creme	50,0
M.D.S. Пигментли доғларни йўқотиш учун.	

19. Rp.: 01. Bergamottae	25,0
Sp. vini 70°	75,0
M.D.S. Ахромияларда терига ранг бериш учун маҳаллий қўлланилади.	

Фотодерматозларда қуёш нурларининг таъсирини ўзига сингдириб, терини ультрабинафша нурлардан сақлаш хусусиятига эга бўлган рецептуралардан намуналар:

20. Rp.: Acidi paraaminobenzoici	5,0
Aethanoli	50,0
Glyceroli	30,0
Aquae ad	100,0
M. D. S.	

21. Rp.: Acidi paraaminobenzoici	5,0
Glyceroli	10,0
Aethanoli	100,0
M.D.S.	

22. Rp.: Acidi paraaminobenzoici	10,0
Aethanoli	

Aq. destill. aa ad 100,0
M. D. S.

23. Rp.: Acidi paraaminobenzoici 5,0
Dimethylsulfaxidi 10,0
Tween 80 5,0
Gethylalcoholi 10,0
Propylenglycoli 12,0
Vaselini ad 100,0
M. D. S.

24. Rp.: Choloroquini diph.
Ac. paraaminobenzoici aa 5,0
Tween 80 10,0
Gethylalcoholi 12,0
Propylenglycoli 10,0
Vaselini
Aquae ad 100,0
M. D. S.

Охирги кольдкрем қуёш нурларидан сақловчи восита сифатида ва фотодерматозларда яллиғланиш белгиларини йўқотиш учун қўлланилади.

25. Rp.: Flores chamomillae 50,0
Acidi lacticum 3,0
Sp. vini 96° 56,0
Aq. destill. 844,0
M. D. S.

Косметологик нуқсонлар ичида энг кўп учрайдиганлари оддий ва кизил ҳуснбузар, шунингдек пес (vitiligo) ҳисобланади.

Оддий ҳуснбузар (Acne vulgaris). Касаллик жинсий балоғатга етиш даврида шаклланади (кўпинча 12 - 13 ёшларда). Бу даврда эстроген ва андроген моддалар ўртасидаги микдорий мувозанат (баланс) бузилади. Аниқроғи, андрогенлар микдори ошиб кетади. Бу эса ёғ безларининг кўп микдорда ажралиб чиқишига олиб келади. Оддий ҳуснбузарнинг асосий қўзғатувчилари патоген стафилококклар ва ҳуснбузар коринебактериялари (*Corynebacterium acne*)дир. Мазкур микроорганизмлар липаза ферментини ишлаб чиқариб, тери ёғи таркибига кирувчи триглицеридларни эркин ёғ кислоталаригача парчалайди. Ҳосил бўлган эркин ёғ кислоталари терида ўткир яллиғланиш жараёни ривожланишига олиб келади. Ҳаддан ташқари ажралиб чиқаётган ва кимёвий таркиби ўзгарган тери ёғи яллиғланиш жараёнининг янада чуқурлашишига сабабчи бўлади. Оддий ҳуснбузар ривожланишида қуйидаги патогенетик омилларнинг роли катта: ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши, гиповитаминозлар, модда алмашинувининг ўзгариши, овқатланишдаги нуқсонлар ва ирсий омилларнинг таъсири. Касалликнинг клиник манзараси юз терисида, кўкракнинг юқори қисмида ва елка соҳасида тугунча ва йирингчалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Дастлаб пайдо бўладиган тугунчалар тезда сарғиш ёки оқимтир йирингчаларга айланади. Сўнгра тошмалар маддаланиб чуқурлашади, оқибатда сезиларли чандиқланади. Оддий ҳуснбузарни захм пустулаларидан ва тугунчали тери силидан фарқ қилиш лозим. Захм йирингчаларида ўткир яллиғланиш кузатилмайди ва серологик реакциялар мусбат натижалар беради. Тери силида эса себорея ҳолати кузатилмайди, тошмаларнинг ўртаси ўйилиб қуруқ некроз кузатилади. Ҳосил бўлган чандиқ ҳам жуда юпқа бўлиб тамаки қоғозини эслатади.

Оддий ҳуснбузарни даволашда антибиотиклар (тетрациклин, олететрин, эритромицин) кўп қўлланилади. Носпецифик иммунологик даволаш (стафилоанатоксин, стафилоантифагин, стрептовакцина, пирогенал ва бошқалар) яхши самара беради. Бундай даво шифобахш витаминлар А, Е, В₂, В₆ билан бирга буюрилади. Оддий ҳуснбузарни даволаётганда сабабчи патогенетик омилларни аниқлаш ва уларни бартараф этиш даволаш самарадорлигини оширади.

Маҳаллий даво кўпинча спиртли эритмалар (олтингугурт, резорцин, салицилат кислота, левомицетин) 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 парҳез буюришининг фойдаси катта.

Қизил ҳуснбузар (Acne rosacea). Кейинги йилларда мазкур дерматоз қон томирларининг наслга алоқадор неврози деб тушунтирилмоқда. Кўпинча ёши 40-50 дан ошган аёлларда кузатилади. Қизил ҳуснбузарнинг ривожланишига климакс даври, дисменорея ва ҳомиладорликка қарши гормонал препаратларнинг қўлланиши сабаб бўлмоқда. Ошқозон-ичак касалликлари (гастрит, колит), қабзият, гиповитаминоз ҳодисалари муҳим патогенетик роль ўйнайди. Совуқ очиқ ҳавода ёки жуда иссиқ, цехларда ишлаш кўпгина беморларда қизил ҳуснбузарнинг ривожланишини тезлаштиради. Кўпгина беморларда қизил ҳуснбузарнинг ривожланишига ёғ каналари (*Demodex folliculorum*) сабабчи бўлади. Бу ёғ каналари чувалчангсимон шаклга эга бўлиб, ёғ безларида сапрофит ҳолида яшайди (ёғ канаси номи ана ўшандан олинган). Улар терида кузатиладиган йирингчалар таркибида осонгина топилади (микроскоп остида).

Касалликнинг дастлабки белгиси бурун терисининг қизаришидир. Дастлаб буруннинг учи ёғланиб қизаради, сўнгра ёноқ териси ва пешонанинг ўрта қисми қизаради (rosacea). Айниқса иссиқ овқат истеъмол қилинганда, буғи кўтарилиб турган чой ёки кофе ичилганда, шунингдек тандирда нон ёпилганда ва ўчоққа олов ёқилганда юзнинг қизариши кучаяди (эритроз). Оқибатда юз терисида доимий эритема пайдо бўлади, тери капиллярлари кенгаяди (телеангиэктазия). Қизарган тери соҳасида тугунчалар, йирингчалар пайдо бўлади. Ҳуснбузар мана шу йўсинда шаклланади. Баъзан касаллик кўзга ўтиши мумкин, бунда конъюнктивит ва кератит пайдо бўлади. Касаллик сурункали давом этади. Айрим беморларда бурун соҳасидаги кўк қон томирлар кенгайиб, қон тўпланиши натижасида ёғ безлари ва тери ости ёғ қавати гипертрофияга учрайди. Шу сабабли бурун териси қалинлашади, юзаси ўсмасимон шаклни олиб, сатҳи ғадир-будур бўлиб қолади. Тери ранги кўкариб телеангиэктазия зўраяди, ёғ безларининг чиқарув тешиклари катталашиб очилиб қолади. Бу манзара ринофима деб аталади. Ринофима қизил ҳуснбузарнинг гипертрофик тури деб тушунтирилади.

Қизил ҳуснбузарни даволашда дерматоз шаклланишига олиб келган барча омиллар ҳисобга олиниши лозим. Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларини даволаш, жумладан қабзиятни йўқотиш, енгил ҳазм бўладиган парҳез буюриш, шунингдек қайноқ ва ўтқир таомлар истеъмол этишни ман этиш даволаш гарови ҳисобланади. Антибиотиклардан тетрациклин, метициллин, цефторин, олеандомицинларнинг нафи кўпроқ тегади. Силга қарши дорилардан фтивазид яхши самара беради.

Маҳаллий даво теридаги яллиғланиш белгиларининг табиатига боғлиқ. Тери қизариб, тугун ва йиринглар кўпайган даврда таркибида антибиотиклар бўлган стероид малҳамлар (лоринден С, глюкокортизон), сўнгра шафтоли мойи, рух ва нафталанлардан иборат малҳамлар суртиш мақсадга мувофиқдир. Яллиғланиш белгилари камайгач ихтиол ёки олтингугуртли суртма дорилар буюрилади. Даволашнинг охириги босқичида, айниқса ёғ каналари топилган ҳолларда терига Демьянович усули билан ишлов берилади. Бунда каналарнинг қирилиб кетиши таъминланади. «ЯМ» малҳами ҳам ана шундай хусусиятга эга. Баъзан калий йод эритмаси билан электрофорез қилишга ҳам тўғри келади. Ринофимани даволашда музлатиш усули (криодеструкция), электр токи ёрдамида қуйдириш усули (диатермокоагуляция) яхши фойда беради. Агар мазкур усулларнинг нафи тегмаса, ўсган тўқималар жарроҳлик йўли билан қирқилади.

Пес (Vitiligo). Амалий косметологияда оддий ва қизил ҳуснбузарлар фақатгина гўзаллик нуқсонидек қаралса, пеш ижтимоий нуқсон ҳисобланади. Бунинг сабаби пеш касаллиги оилавий кўнгилсизликларга, никоҳларнинг бузилиб кетишига олиб келмоқда.

Касалликнинг сабаби аниқланган эмас. Таклиф қилинган бир қанча назариялар (нейроэндокрин, микроэлементлар ва витаминларнинг етишмаслиги, ҳазм аъзоларининг

бузилиши, меланогенезда қатнашадиган ферментлар фаоллигининг сусайиши ва генетик назариялар) касалликнинг туб моҳиятини тушунтириб бера олмайди. Пес терининг бирор соҳасида меланин пигментининг бўлмаслиги билан таърифланади. Касаллик кўпинча болалик ва ўсмирлик даврида бошланади, сурункали кечади, йиллаб, баъзан умрбод давом этади.

Бунда терининг маълум соҳаларида оқ доғлар (депигментация) пайдо бўлади. Доғлар яллиғланмайдиган доғлар қаторига кириб, уларнинг сони битта иккита ёки тарқалган, баъзан терининг ҳамма соҳаларини эгаллайди. Доғларнинг шакли ҳам турли-туман: айлана, овалсимон шаклда, баъзан маълум шаклга эга бўлмаслиги мумкин. Ҳажми нўхатдек, бир сўмлик тангадек, баъзан жуда катта бўлади. Кичик доғлар аста-секин бир-бири билан қўшилиб пилакчалар ҳосил бўлади. Пес доғлар терининг барча соҳаларида кузатилади. Дастлаб қўл ва оёқларда, тананинг бошқа очиқ жойларида пайдо бўлади. Депигментацияга учраган тери соҳаларида жойлашган сочлар сақланиб қолади, аммо улар ҳам ўз рангини йўқотади. Витилиго доғларининг ультрабинафша нурларга нисбатан сезувчанлиги ошган бўлади, шу туфайли очиқ доғлар соҳасидаги тери қизарган ва ҳатто шишган бўлиши мумкин. Доғлар одатда безовта қилмайди, баъзи беморларда доғлар пайдо бўлиш даврида ва баҳор фаслида қичишиш ёки ачишиш каби нохуш сезгилар пайдо бўлиши мумкин.

Песни кепаксимон темиртки, захм лейкодермаси ва моховдан фарқлаш лозим. Кепаксимон темиртки доғлари ҳам яллиғланмаган бўлади. Аммо улар фақат тананинг юқори қисмида (кўкрак, бўйин, елка, орқа, курак соҳалари) кузатилиб, доғларнинг усти кепаксимон ва унсимон кипиклар билан қопланган бўлади. Бальцер синови песда манфий натижа беради. Захм лейкодермаси, яъни яллиғланмайдиган доғлар фақат кўкрак, бўйин соҳасида кузатилиб, тери бутунлай оқариб кетмайди. Захмда кўпинча гипопигментация кузатилади. Шунингдек захмга хос бошқа белгилар ҳам кузатилиб, песдан ажратишга ёрдам беради. Песда КСР ларнинг жавоби манфий. Моховда кузатиладиган доғлар соҳасида тери сезувчанлиги йўқолган бўлади, беморлар иссик-совуқни, оғриқни ва бошқа нохуш сезгиларни сезмайдилар. Зарарланган тери соҳаларида атрофия ҳам кузатилади. Лепромин синови ва лепромаларнинг пайдо бўлиши доғларнинг песга алоқадор эмаслигини аниқлашга ёрдам беради.

Касалликни даволашда пес жараёнининг активлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Песга чалинган беморлар терисидаги жараён 3 даражага бўлинади:

1-даража: кам сонли пес ўчоқлари оппоқ, чегаралари аниқ, соғлом теридан яққол ажралиб туради. Депигментация доғларининг атрофидаги тери ўзгармаган ёки бир оз қизарган. Беморнинг анамнезида янги доғларнинг сўнгги 2-3 ой ичида пайдо бўлганлиги ёки эски доғларнинг катталашаётганлиги тўғрисида маълумотлар йўқ.

2-даража: сутдек оқ доғлар билан бир қаторда гипопигментацияли доғлар ҳам кузатилиб, бу доғларнинг чегаралари ноаниқ, соғлом тери билан сезилар-сезилмас 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 бир-бири билан қўшилишга мойил, турли шаклларга кирган доғлар атрофидаги соғлом тери турлича кўринишга эга, жумладан песнинг кўриниши уч рангда кузатилиши ҳам мумкин. Яъни депигментацияли доғ гипопигментацияли ҳошия билан, гипопигментли доғ эса гиперпигментли ҳошия билан ўралади. Кўпчилик беморлар доғлар соҳасидаги қичишиш, санчиш, ачишиш ва оғриқ каби нохуш сезгилардан шикоят қиладилар.

Песга учраган беморларни комплекс усуллар билан даволаш яхши самаралар беради. Қўлланиладиган усулларни қуйидагича гуруҳлаш мақсадга мувофиқдир:

1. Фурукумарин дорилар билан даволаш. Мазкур гуруҳга кирувчи бероксан, псоберан, псорален, аммифурин 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 этишдан 30 дақиқа олдин беморга алмагель ичиш тавсия этилади. Бу тадбир фурукумарин препаратларининг ошқозон шил-лиқ қаватини таъсирлантириш каби нохуш асоратининг олдини олади.

УБН билан нурлаш болаларда кун ора ўтказилади, одатда даво курси мобайнида 60 марта нурлатилади.

Нурлатишнинг дастлабки босқичларида 1-4 биодоза берилиб, нур миқдори аста-секин ошириб борилади ва нихоят уни 6-8 биодозагача етказиш мумкин. Фотосенсибилизаторларни қўллаганда ошқозон кислоталигини ҳисобга олиш лозим. Бу дориларни анацид ҳолатларда, ёш болаларда эса анацид ва гипоацид ҳолатларда бериш тавсия этилмайди. Шунингдек 3 ёшгача бўлган беморларга фурукумарин дорилари қўлланилмайди. Кейинги йилларда меланин, меланин каби фотосенсибилизацияловчи дорилар ҳам самарали қўлланилмоқда.

Фурукумарин препаратлари билан даволанаётганда пес жараёни активлигини ҳисобга олиш лозим. Касалликнинг биринчи даражали активлиги бўлган беморларга мазкур дорилар ичиш ва суртиш учун берилади. Иккинчи даражали активлиги аниқланган беморларга эса фотосенсибилизаторлар фақат ичиш учун берилиши лозим. Пес жараёни учинчи даражада бўлган беморларга фурукумаринлар қўллаш турли асоратларга олиб келади. Шу туфайли мазкур дорилар билан даволаш мақсадга мувофиқ эмас.

2. Витаминлар билан даволаш. Маълумки, меланоцитлар ва меланосомалар активлиги организмдаги қатор витаминларнинг миқдорига боғлиқ. Масалан, В гуруҳига мансуб витаминларнинг етишмаслиги меланогенезни сусайтиради. Бундан ташқари, РР ва С каби витаминлар озик-овқат моддаларининг ҳазм қилинишини яхшилайдди, оксидланиш жараёнлари нормаллашишига ёрдам беради. Шу тариқа зарарланган тери соҳаларини керакли биоактив моддалар билан таъминлайди. Витаминлардан пиридоксин гидрохлорид, пиридоксаль фосфат, аскорбин кислота ва витамин РР яхши самаралар беради. Ушбу витаминларнинг у ёки бу турлари танланаётганда организмнинг умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар ва беморнинг шу витаминларга эҳтиёжи ҳисобга олинади.

3. Микроэлементлар билан даволаш. Тери пўстининг меланин пигменти билан таъминланишида микроэлементларнинг роли бениҳоя катта. Меланогенезда темир, рух ва мис бевосита иштирок этади. Шу сабабли бу ноорганик моддаларнинг доривор препаратлари (ферроплекс, ферроградумет, феррамид, мис сульфат, рух оксиди каби моддалар) кутилган натижалар бераёпти. Шунингдек купир, пирацин препаратлари синондан ўтказилаёпти. Ҳозирги кунда таркибида витаминлар ва микроэлементлар бўлган таксофит, минолад каби дорилар ҳам муваффақиятли қўлланилаёпти.

4. Овқат ҳазм қилиш жараёнини яхшилайдиган моддалар билан даволаш. Бу турдаги дориларга пепсидил, ацидин-пепсин, табиий ошқозон шираси, панкреатин, мезим-форте, панзинорм, карсил, эссенциале 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 пес доғларининг яллиғланиш белгилари ва нохуш сезгилар билан кечиши) фермент препаратлари даволашнинг асосий воситаси вазифасини ўтамоқда. Жигар, ошқозон-ичак касалликлари билан кечаётган пес жараёнини 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 (алоэ, торфот, пирогенал) қўллаш депигментация доғларининг йўқолишига ёки кичрайишига олиб келади. Песни игна билан даволашга

урилиб кўришмоқда. Кортикостероидлар билан даволаш, жумладан пес доғлари атрофига гидрокортизон юбориш усули ўзини оқламади.

Пес доғлари даво чораларисиз ўз-ўзидан йўқолиб кетиши мумкин. Аммо бундай ҳоллар жуда кам учрайди.

3. Машғулотнинг мақсади.

Талабалар косметология фани, унинг асосий йўналишлари тўғрисида тушунчага эга бўлишлари лозим. Оддий ва қизил ҳуснбузарнинг келиб чиқиш сабаблари, уларнинг ривожланишида муҳим аҳамияти бўлган омилларни билишлари лозим. Ҳуснбузарлар ва песнинг асосий клиник белгиларини, мазкур дерматозларда кузатиладиган тошмаларни таърифлаб беришлари ва уларга ўхшаш касалликлардан ажрата билишлари лозим. Шунингдек ҳуснбузарларни умумий ва маҳаллий даволашни сўзлаб беришлари керак. Пес касаллигини даволашда қўлланиладиган дори моддаларини таърифлаш билан бирга, даволаш қоидаларини ҳикоя қилиб беришлари лозим. Шунингдек талабалар куйидагиларни ўзлаштиришлари керак:

- оддий ва қизил ҳуснбузарга дастлабки ташхис қўйиш учун керак бўлган маълумотлар;
- ҳуснбузарларни босқичма-босқич маҳаллий даволаш;
- песни дифференциал диагностика қилиш;
- витилигони даволаш принциплари.

4. Уйга вазифа:

- 1) нега оддий ҳуснбузар пубертат давр бошлангандан кейин ривожланади?
- 2) қизил ҳуснбузарнинг ёши кексайган аёлларда кўп учраш сабабини тушунтиринг.
- 3) ринофима нима?
- 4) песни даволашда мис препаратларини муваффақиятли қўлланиш сабабини патогенетик изохлаб беринг.

АДАБИЁТЛАР

Ю. К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. М., 1980, 400-405. 409-411-бетлар.

О. Фержтек. Косметика и дерматология. М., 1990. 167-181. 215-226-бетлар.

Ҳ. Қ. Шодиев ва бошқалар. Комплексное лечение больных витилиго (Методические рекомендации). М., 1990, 167-181, 215- 226-бетлар.

5. Талабаларнинг ўз устида ишлаш режаси:

Ишнинг номи	Ишнинг мазмуни	Ишнинг мақсади
1	2	3
1. Ҳуснбузарлар ва песга чалинган беморлар билан бўлимда мустақил ишлаш.	а) беморлардан анамнез йиғиш; б) тошмаларни синчиклаб ўрганиш; в) беморларга малҳам суртиш; г) беморларда биологик дозани аниқлаш.	а) касаллик тарихини ёзишни ўрганиш; б) ҳуснбузар тошмаларини бир-биридан фарқлаш; в) маҳаллий даво усулларини ўзлаштириш; г) терини ультрабинафша нурларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш.
2. Гуруҳ билан ўрганилган беморларни муҳофаза қилиш	а) касаллик тарихини талабаларга навбатма-навбат таништириш	а) мазкур касалликлар соҳасида назарий билимларни ошириш ва фикрлашга ундаш;

қилиш	б) аниқланган тошмалар билан таништириш в) тузилган даволаш режаси билан таништириш	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 йиққан маълумотларини касаллик тарихи баёнида ифода этиб, махсус келишилган тарзда навбатма-навбат сўзлаб беришлари лозим. Икки талабага бир беморни топшириш мақсадга мувофиқ эмас. Талабалар ўзларига ажратилган кунлар ва соатларда касаллик тарихида баён этилиши лозим бўлган қуйидаги қисмларни аниқ ва содда тил билан ёзишлари лозим.

- 1) бемор бола тўғрисидаги 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 натижалари ва касалликнинг кечиши тўғрисидаги маълумотлар);
- 12) якуний маълумотлар;
- 13) назарий қисм;
- 14) рецептура.

Талаба юқорида 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 киритилган дори моддаларини мазкур беморни даволашда қўлланишни асослаб бериш ва шу препаратларни таъсир механизмини сўраш машғулоти ўтказиш сифатини яхшилайдиган. Ҳар бир конкрет ҳимоя охирида ана шу бемор ва касаллик тўғрисидаги фикрларни бошқа талабалардан сўраш машғулоти самарадорлигини оширади.

Талабаларга якуний баҳо уларнинг назарий билимлари, ўзлаштирган амалий кўникмалари ва ёзган касаллик тарихининг сифати асосида қўйилади.

ЎЛКАМИЗДА КЎП УЧРАЙДИГАН ДЕРМАТОЗЛАР АСОСИЙ КАСАЛЛИК БАЁНЛАРИДАН КЎЧИРМАЛАР

1- илова

Атопик дерматит (чилла гуши ёки ирсиятга алоқадор тарқоқ 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, қўл-оёқларнинг букиладиган юзаларида жойлашган. У айниқса билак ва чов бурмалари, тиззаларнинг остида жуда ривожланган.

Тошмалардан яғирланиш кўзга яққол ташланиб турибди. Яғирлаган соҳалар хусусан майда тугунчалардан иборат бўлиб, тери рангидан унчалик фарқ қилмайди. Уларнинг остида оз-моз маддаланиш ва эритематоз доғлар сезилиб турибди. Зарарланган соҳалардаги тери гиперпигментацияга учраган ва қорамтир кул ранг тус олган. Лихенизация (яғирланиш) ўчоқларининг кўп қисмида сарғиш, жигар ранг қипиқлар кузатилмоқда. Қипиқларнинг кўпи тангачасимон ва кепаксимон, ялтироқ. Қуриш натижасида қипиқларнинг четлари кўтарила бошлаган, остида сувланган ва намлик юза кўриниб турибди.

Юз терисида ва қўл панжалари соҳасида сарғиш-жигар ранг суюқлиги бўлган майда пуфакчалар кузатиляпти. Уларнинг кўп қисми сероз ва сероз-йирингли қатқалоқчалар билан қоплана бошлаган. Кўпгина соҳаларда (қўл, оёқ, бел) майда тирналиш излари (эксориация) бор, улар қисман чизиксимон қора қатқалоқлар билан қопланган бўлса, қисман сурилган Кастеллани суюқлиги таъсирида қуриб, бита бошлаган.

Бемор терисининг барча соҳалари куруқ, устки қисми кўчиб туша бошлаган. Тери дермографизми оқ ва сақланувчан. Соч-мушак рефлeksi («ғоз териси») жуда ривожланган.

Субъектив сезгилардан қичишиш туну кун безовта қилади, қичишиш жуда кучли, беморнинг уйқуси йўқ, 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, орқа ва елка соҳаларида, қўл ва оёқларнинг терисида, шунингдек бел ва чов бурмаларида жойлашган.

Бирламчи тошма элементларининг кўп қисмини пуфаклар, қисман йиринг ташкил этиб, уларнинг пардаси юпқа ва тез йиртилиувчанлиги билан ажралиб турибди. Юпқа пардали пуфаклар - фликтеналарнинг кўп қисми қорин ва қўл терисида жойлашган бўлиб, уларнинг ичи сероз суюқлик билан тўлган, баъзи пуфакчаларда эса сероз-йирингли суюқлик кузатиляпти. Уларнинг катталиги нўхатдек, баъзилари ўрикнинг данагидек келади. Пуфаклар тубида юмшоқ мадда пайпасланди. Орқа ва елка соҳасида жойлашган пуфаклар сон жиҳатидан кам бўлса-да, йирингли суюқлик билан тўлган.

Оёқ терисида ва чов бурмаларида пуфаклардан ташқари йирингчалар кузатилмоқда. Уларнинг пардаси ҳам юпқа, баъзи жойларда четлари осилиб турибди. Барча соҳаларда жойлашган пуфаклар атрофидаги тери қизарган, сезилар-сезилмас шишган. Қўл ва оёқ кафти терисида тошмалар йўқ.

Иккиламчи тошма элементларидан эрозиялар ва пигментли доғлар кузатиляпти. Эрозиялар асосан пуфакчалар пардасининг йиртилиши натижасида ҳосил бўлган. Уларнинг кўпчилиги қўл панжалари ва болдир соҳасида жойлашган. Қорин соҳасида эрозиялар

битиши туфайли иккиламчи доғлар, жумладан пигментация ҳодисаси кузатиляпти. Қурий бошлаган пуфаклар ва йиринглар устида қатқалоқлар кўринмайди.

Субъектив ёқимсиз сезгилардан оғрик, ачишиш безовта қиялпти.

Дастлабки ташхис - йирингли пемфигоид (юкумли пуфакли яра), тарқалган тури, кўзиган даври.

Чин гуш билан оғриган Б. исмли бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган тошмалар тарқалган ва симметрик тус олган. Улар иккала қўл панжаси ва билакларининг пастки қисмларида жойлашган

Бирламчи тошма элементларидан пуфакчалар, яллиғланган доғлар, тугунчалар ва йирингчалар кузатиляпти. Пуфакчалар сони кўп бўлиб, кўпинча микровезикулалар кўринишида. Уларнинг асосий қисми қўл панжаларининг ташқи сатҳида ва билаклар терисининг ён юзларида жойлашган. Эритематоз доғлар пуфакчали тошмалар кузатилаётган соҳалардан ва уларнинг атрофидан жой олган. Доғларда яллиғланиш белгилари яққол намоён бўлиб, асосан тўқ-қизил тусдадир.

Катталиги тарикдек келадиган пушти-қизғиш тугунчалар сони бир неча ўнлаб саналади, улар қўл панжаларининг барча сатҳларида кузатиляпти. Пуфакчаларнинг бир қисми йирингчаларга айланыпти, уларнинг кичиги тарикдек, каттаси мошдек келади, бўшлиғи ним-яшил йиринг билан тўлган. Микровезикулёз тошма элементлари тўплами мазкур соҳаларнинг сувланишига сабаб бўляпти. Патологик жараён ўчоқларининг маддаланиши суст ривожланмоқда.

Иккиламчи тошма элементларидан қатқалоқлар, шилиниш (эрозиялар) ва кипиқлар кузатиляпти. Сарғиш рангли сероз қатқалоқлар билан асосан билак соҳасидаги пуфаклар қопланган. Кўп йирингчаларнинг устида эса йирингли ва йирингли-геморрагик қатқалоқлар мавжуд. Қўл панжаларида жойлашган баъзи пуфакчаларнинг ёрилиши натижасида эрозиялар сони кўпайиб турибди. Баъзи яллиғланган доғларнинг усти тангачасимон ва кепаксимон кипиқлар билан қопланган.

Нохуш сезгилардан қичишиш безовта қиялпти. Тери бир маромда, кечаю кундуз қичишиб 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. Тошмалар пешона ва юз терисининг иккала қисмида симметрик жойлашган. Бирламчи тошма элементларидан эритематоз доғлар кузатиляпти. Бу яллиғланган доғлар айлана, овал ва нотўғри-овал шаклларда бўлиб, ёноқ соҳасида жойлашганлари бир-бирлари билан туташа бошлаган. Пешона терисидаги, айниқса икки қош (қаншар) оралиғидаги эритемалар алоҳида жойлашган. Эритематоз доғлар соҳасидаги тери бир оз қизарган, маддаланган. Деярли барча доғларнинг сатҳи мугузли, тангачасимон кипиқлар билан қопланган. Ана шу соҳаларда тери сезиларли қалинлашган. Эритемалар устида жойлашган кипиқларни кўчиришга уриниш натижасида уларнинг осонлик билан кўчмаслиги маълум бўлди. Баъзи кўчган кипиқлар остида чақир тиканни эслатувчи ўткир учли қаттиқ ўсимталар кўзга ташланди. Бенъе-Мешерский ва «аёллар пошнаси» белгилари мусбат.

Пешона соҳасида жойлашган эритематоз доғлар марказида чандиқли атрофия кузатиляпти. Ёноқ соҳасидаги эритемалар атрофидаги тери қорайган, иккиламчи пигментли доғлар уларни ўраб турибди. Юз терисининг деярли барча қисмларида кузатилаётган кипиқлар ва қатқалоқлар атрофида юзаки қон томирларининг кенгайиши натижасида ҳосил

бўлган доғлар - телеангиэктазиялар яққол кўзга ташланиб турибди. Мазкур доғлар витропрессия пайтида йўқолиб, сўнгра яна пайдо бўлди.

Лабнинг қизил ҳошияси сезилар-сезилмас яллиғланган, маддаланган. Синчиклаб кўрилганда (лупа ёрдамида) эритематоз доғнинг устки қисмида енгил кўчиш кузатилди, саёз ёриқлар ҳам бор.

Бемор терисининг бошқа соҳаларидан тошма элементлари топилмади. Қолган соҳалар териси силлиқ ва майин, ўз эластиклигини йўқотмаган.

Нохуш сезгилардан беморни оғриқ ва ачишиш безовта қилади.

Дастлабки ташхис - сурункали қизил югурук, чегараланган тури.

Энтеропатик акродерматитга дучор бўлган У. исмли қиз бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган патологик жараён тарқалган характерга эга. Зарарланган ўчоқлар думба ва оралик соҳаларида, жинсий лаблар ва уларнинг атрофида, шунингдек қўл ва оёқ панжаларининг терисида жойлашган. Мазкур соҳалардаги патологик ўчоқлар терининг соғлом соҳаларидан аниқ чегаралари билан ажралиб турибди. Ўчоқларнинг чети турли шаклда, кўп қисми симметрик жойлашган.

Бирламчи тошма элементларидан яллиғланган доғлар, пуфаклар, йирингчалар ва тугунчалар кузатиляпти. Ўткир яллиғланиш белгилари билан кечаётган соҳалардаги пуфаклар айлана-овалсимон, ҳажми мош ва нўхатдек келади. Битта-иккита пуфакчаларнинг катталиги бир тийинлик чақадек ва кўпгина пуфаклар сероз-йирингли суюқлик билан тўлган. Йирингчаларнинг аксарияти қўл ва оёқ панжалари соҳасида жойлашган, улар атрофидаги тери қизариб, шишган. Тугунчаларда ҳам яллиғланиш аломатлари бор, ранги қизил, пушти, атрофидаги терида эритема ривожланган. Буллёз тошмалар тўплами ва улар пардасининг бузилиши катта-катта эрозия ўчоқларини ҳосил қиляпти. Шилинган (эрозияланган) соҳаларнинг туби чуқурлашиб, ярага айланган.

Қўл панжаларининг дистал учлари йўғонлашган, тирноқлар остида гиперкератоз кузатиляпти. Аксарият тирноқлар эластиклигини йўқотган, хиралашган, мўрт ва тез синувчан, баъзилари ушалиб тушяпти.

Бошдаги сочларнинг тўкилаётганлиги яққол кўзга ташланиб турибди. Баъзи соч толаларининг синиб тушаётганлиги маълум бўлди. Ўнг қошидаги сочлар деярли тўкилиб бўлган, фақат битта-иккита соч толалари кўриниб турибди. Кўз ва кўз атрофидаги терида блефарит ва дерматоконъюнктивит ривожланыпти. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватларида яллиғланиш аломатлари бор. Тил эса оқимтир парда билан қопланган. Юз лабида эндигина ривожланаётган хейлит кузатиляпти. Гўдакнинг нотинчлигидан 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 БАЁНИ

Терининг зарарланган соҳаларида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Ўткир яллиғланиш белгилари билан кечаётган тошма элементлари иккала қўл ва оёқ соҳаларида, шунингдек қорин терисида симметрик жойлашган.

Кўп сонли тошмаларнинг барчаси каварчикдан иборат бўлиб, уларнинг кўпчилиги нотўғри овал шаклда, баъзилари айланасимондир. Каварчиқларнинг энг кичиги ўрик данагидек, каттаси эллик тийинлик тангадек келади. Ранги кўпинча қизғиш ва тўқ қизил, қисман пушти ранг. Тошмаларнинг юзаси яссилашган, ўртаси оқимтир-кулранг. Баъзи каварчиқларнинг ўртаси қаттиқлашган, чинни-оқ рангга эга.

Қорин терисида куза-тилаётган ва ёнма-ён жойлашган қаварчиқларнинг бир-бирлари билан қўшила бошлаётганлиги кўзга ташланиб турибди. Оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида тўрт-бешта, нотўғри, овал шаклдаги қаварчиқлар жойлашган. Юз лаблари қалинлашган.

Тошмалар билан қопланган соҳаларда тери қизарган, ялтироқ тусли, бир оз таранглашган, пайпаслаб кўрилганда қўлга каттиқроқ уннайди.

Терининг соғлом соҳаларида, унинг асаб-томир аппаратини механик таъсиротларга жавоб реакциясини текшириш беморда эшакем дермографизми пайдо бўлганлигини кўрсатди. Кучли қичишиш билан кечган, қаварчиқли бу қизғиш-оқимтир йўл 12-13 дақиқалардан сўнг йўқола бошлади.

Субъектив сезгилардан қичишиш, ачишиш, ютинишнинг оғриқ билан кечиши беморни безовта қиляпти.

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 қисмида жойлашган. Касаллик ўчоқларининг каттаси айлана шаклида, диаметри 2-2,5 см келади, четлари аниқ чегараланган, соғлом теридан яққол ажралиб турибди, улар бошнинг тепа қисмида жойлашган. Икки-учта кичик ўчоқлар эса айлана-овалсимон, бошнинг чакка қисмида жойлашган, ҳажми бир-икки тийинлик катталиқда. Ўчоқлар чегараси ноаниқ, бир-бирига қўшилиб кетишга мойиллиги сезилиб турибди.

Ўчоқлар синчковлик билан кузатилганда соч толаларининг аксарияти тери сатҳидан 2-4 мм масофадан синганлиги ва кундасимон кулранг тусда эканлиги маълум бўлди. Баъзи соч толаларининг тери сатҳидан синганлиги аниқланди. Патологик ўчоқлар атрофидаги тери бир оз маддалаган, қизарган. Ана шу яллиғланиш соҳаларида тери устки қаватларининг кўчиб тушаётганлиги маълум бўлди.

Кузатилаётган иккиламчи тошма элементларидан қипиқлар асосан синган соч ўчоқлари ва уларнинг атрофида жойлашган. Қипиқларнинг кўп қисми кепаксимон ва қисман унсимон бўлиб, маълум масофадан ҳам яққол кузатиляпти. Силлиқ терида бошқа тошма элементлари кўринмайди. Тирноқлар зарарланган эмас.

Терининг зарарланган соҳалари Вуд чироғи билан ёритилганда патологик ўчоқлар ўз манзарасини, жумладан тусини ўзгартирмади.

Вақти-вақти билан безовта қилаётган оз-моз қичишиш сезгисини қайд қилиб ўтиш лозим.

Дастлабки ташхис - бош сочли қисмининг юзаки трихофитияси.

Қўббус билан оғриган Г. исмли ўспирин бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терининг зарарланган соҳаларида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Тошмалар симметрик жойлашиб, уларнинг кўп қисми қўл ва оёқларнинг ташқи юзасидан, шунингдек қорин, кўкрак ва бел соҳаларининг терисидан жой олган.

Тошмалар хусусан тугунчалардан иборат. Улар сон-саноксиз, айлана ва овал шаклда. Кичиги тарикдек, каттаси бир тийинлик чақадек келади. Тугунчаларнинг кўп қисми қизғиш-пушти ранг, баъзилари тўқ қизил тус олган, юзаси нотекис ва хира, ёруғда ялтирамайди. Тирсак ва қорин соҳаларида битта-иккита яллиғланган доғлар ҳам мавжуд. Бу пушти ранг доғлар нотўғри айлана шаклида бўлиб, мош-ловиядек келади. Кўп тугунчалар атрофидаги тери қизарган, сезилар-сезилмас шишган, яъни изоморф реакция кузатилмоқда.

Иккиламчи тошма элементларидан фақат қипиқлар мавжуд, улар асосан терининг тирсак ва тизза соҳаларида кўпроқ кузатилмоқда. Қипиқларнинг талай қисми

тангачасимон бўлиб, қисман кепаксимон, ҳаммаси кумуш рангли. Бундай қипиқлар билан асосан ҳажми каттароқ тугунчалар қопланган.

Танлаб киртишланган тугунчада қўъбус учлиги (стеарин доғи, оралиқ парда, қонли шудринг) белгилари мусбат натижалар берди.

Субъектив сезгилардан беморни қисқа муддатли, унчалик кучли бўлмаган қичишиш безовта қилмоқда. Қичишиш гоҳ кундузи, гоҳи тунда пайдо бўлиб, бемор уйқусига таъсир этганича йўқ.

Дастлабки ташхис - қипиқсимон темиртки (қўъбус), тарқалган шакли, ривожланган босқичда.

Учуқсимон дерматозга чалинган Д. исмли бемор бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Теридаги патологик жараён тарқалган тус олган. Тошма элементлари оғиз атрофида, иккала елка соҳа-сида, қорин, чов ва соннинг ички юзаларида жойлашган. Бирламчи тошмалардан пуфак, пуфакча, йиринг ва каварчиклар кузатилмоқда. Мазкур элементлар оғиз атрофида ва елка соҳаларида тарқоқ жойлашган. Қорин терисида, соннинг ички сатҳларида ва чов соҳаларида тўп-тўп бўлиб жойлашган бўлиб, атроф теридаги кам сонли тошмаларнинг ҳам гуруҳланишга мойиллиги сезилиб турибди.

Пуфаклар сон жиҳатидан пуфакчалардан кўпроқ, айлана-овал шаклда, уларнинг пардаси мустаҳкам, сероз-суюқлиги кўриниб турибди. Тўпланган пуфакли тошмаларнинг пуфак пардаси йиртилиши натижасида чов 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 қизғиш, шаклсиз.

Терининг сочли 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 оғриқ билан, қорин ва елка терисида жойлашганлари эса кўпинча қичишиш билан кечмоқда.

Калий йодиднинг 50% ли малҳами билан ўтказилган тери-аллергик синамаси мусбат натижа берди. Пуфак суюқлиги Тцанк усулида текширилганда катта миқдорда эозинофиллар топилди, акантолитик ҳужайралар эса топилмади.

Дастлабки ташхис - учуқсимон дерматоз (Дюринг касаллиги).

Кепаксимон темирткига 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 билакларнинг барча сатҳларида жойлашган. Элементлар қисман бўйиннинг ён юзаларида ва энса соҳасида ҳам кузатилмоқда.

Бирламчи тошмалардан асосан яллиғланган доғлар кузатилмоқда. Бу доғлар айлана, овал ва нотўғри шаклларга эга бўлиб, ранги турличадир: сариқ, жигар ранг, иушти, кул ранг ва оқимтир. Мазкур ранг-баранг доғлар юзасида ва уларнинг атрофида яллиғланиш белгилари йўқ. Бетартиб жойлашган доғлар кўкрак ва елкаларнинг устки юзаларида бир-бири билан қўшилиб, нотўғри шаклли тузилмалар ҳосил қилган. Мазкур кўп шаклли доғларнинг четлари аниқ, соғлом теридан ажратиш қийин эмас.

Иккиламчи тошмалардан қипиқлар кузатилмоқда. Қипиқларнинг кўп қисми кепаксимон, баъзи соҳаларда унсимон бўлиб, бу қипиқлар аксарият доғлар устини

қоплаган. Энса ва бўйиннинг орқа юзасида жойлашган доғлар оқимтир-кулранг, оқ, уларнинг устида қипиқлар кўринмайди. Бундай сохта лейкодермалар юзаси тирнок билан уриб кўрилганда юзасидан унсимон қипиқлар тўкила бошлади.

Йод билан ўтказилган Бальцер синамаси мусбат натижалар берди. Қиртишлаш усули ёрдамида депигментацияга учраган доғлар юзасида яширин қипиқланиш кетаётганлиги аниқланди.

Бўйин соҳасидаги доғлар Вуд люминесцент чироғи билан ёритилганда тўқ жигар ранг ва сариқ тусда ёғдуланди.

Дастлабки ташхис - кепаксимон (ранг-баранг) темиртки.

Пушти темиртки билан оғриган А. исмли бемор бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Теридаги тошма элементлари тарқалган характерга эга. Тошмалар бемор терисининг деярли барча соҳаларини (кўл, оёқ, қорин, кўкрак, бел, юз) эгаллаган.

Бирламчи тошма элементларидан яллиғланган доғлар, каварчиклар ва йирингчалар кузатилмоқда. Тошмаларнинг асосий қисмини пушти доғлар ташкил этган. Эритематоз доғлар қорин ва кўкрак терисининг ён юзаларида, орқа соҳасида, сон, болдир ва бўйин терисида кўп жойлашган. Аксарият доғларда ўткир яллиғланиш белгилари жуда ривожланган бўлиб, улар пушти, қизил пушти, қизил тус олган. Доғларнинг бир қисми сарғиш пушти ва оч пушти рангга эга. Кўпчилик доғлар овалсимон, баъзилари нотўғри овал шаклда, чегаралари ноаниқ, соғлом тери билан аста-секин қўшилиб кетган. Уларнинг периферик қисмларида яллиғланиш белгилари тарқоқ, тери бир оз шишган, битта-иккита яллиғланган тугунчалар билан ўралган. Кўпчилик доғларнинг марказида қипиқларнинг ўзига хос қатлами кузатилмоқда («эзилган папироз қоғози» белгиси). Юз терисида бир неча каварчиклар кузатилмоқда. Улар ҳам пушти ранг, овалсимон четлари нотекис, тери сатҳидан сезиларли даражада кўтарилиб турибди. Иккала билак терисининг ички юзаларида пустилар ҳам бор. Катталиги тарик ва мошдек, атрофидаги тери қизарган, усти йирингли қатқалоқлар билан қопланган.

Чап сон терисининг ички юзасида катталиги эллик тийинлик тангадек келадиган овалсимон пушти доғ кузатилмоқда. Мазкур доғнинг юзаси, аниқса марказий қисми кўчиб тушиши натижасида қипиқлар билан қопланган.

Иккиламчи тошма элементлари (қипиқлар ва қатқалоқлар)нинг асосий қисми қорин, билак ва курак терисида кузатилмоқда. Қипиқлар фақат пушти доғлар устида эмас, балки елка ва қорин терисида ҳам кепаксимон кўчиб тушиб турибди, билак ва қорин терисида жойлашган қатқалоқлар эса тирналиш изларининг устини қоплаб турибди.

Лимфа тугунларидан билак, елка ва қўлтиқ соҳасида жойлашгани мошдан нўхатгача бўлган катталиқда пайпасланди. Улар оғриқли, бир-бири ва атрофидаги тери билан қўшилиб кетишга мойил.

Нохуш белгиларидан енгил қичиш безовта қилаяпти.

Дастлабки ташхис - Жибернинг пушти темирткиси.

Пўрсилдоққа чалинган С. исмли бемор бола касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Тошма элементлари юз терисида, қорин ва кўкрак соҳаларида жойлашган.

Бирламчи тошма элементларидан пуфаклар кўриниб турибди. Юз терисидаги пуфакларнинг катталиги ўрикнинг данагидек, кўкрак ва қорин соҳасида эса уч-беш тийинлик чакадек келади. Пуфакларнинг кўп қисми айлана-овал шаклда, баъзилари нотўғри овалсимон бўлиб, уларнинг пардаси нозик ва тез йиртилиувчанлиги маълум бўлди. Пуфаклар асосан сероз суюқлиги билан, баъзилари сероз-йирингли суюқлик

билан тўлган. Тошмалар атрофидаги тери ўзгармаган, ранги табиий, яллиғланиш белгилари кўринмайди.

Иккиламчи тошма элементларидан шилиниш (эрозиялар) кузатилмоқда. Эрозиялар юз терисида айлана-овал шаклга эга бўлиб, бетартиб жойлашган, бир-биридан ажралган ҳолда кўринмоқда. Кўкрак соҳасида жойлашган эрозия жуда катта, айниқса улар бир-бири билан қўшилиб маълум соҳани эгаллаган, катталиги 4х7х8 см гача келади. Қорин терисида жойлашган эрозия ўчоқлари ҳам бетартиб жойлашган бўлиб, бир-бири билан қўшила бошлаган.

Асбо-Хансен ва Никольский симптомлари мусбат.

Эндигина пуфак пардаси йиртилган эрозияларнинг нам юзасидан тайёрланган босма-суртмаларда бир неча акантолитик ҳужайралар (Тцанк бўйича) топилди.

Дастлабки ташхис - одатдаги пўрсилдоқ пуфакли яра.

Сўзакка чалинган С. исмли бемор қиз касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Сийдик-таносил аъзоларининг териси ва шиллиқ қаватларида кузатилаётган патологик жараён тарқалган тус олган. Кичик жинсий лаблар, қин 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 табиий ёриқдан оққан йирингли суюқлик қуриши натижасида ҳосил бўлган сарғиш-яшил қатқалоқлар қатлами билан қопланган.

Қин даҳлизи қип-қизил, сезиларли шишган. Даҳлиз шиллиқ 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 яққол 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 миқдорда тўпланган.

Сийдик чиқариш найчаси бошидан охиригача яллиғланган, босиб кўрилганда қаттиқ оғриди. Найчанинг пастки деворига босиш ундан йирингли суюқликнинг чиқишига олиб келди, шунингдек бир оз сийдик ажралиб чиқди.

Оралиқ соҳаси ва орқа чиқарув тешигининг атрофидаги терида қизариш, шишиш каби белгилардан ташқари терининг маддалаганлиги ва ўша ўчоқлардан сувланиш кузатилди. Яллиғланиш ўчоқларининг атрофида қипикланиш кўринди, тери оч пушти ёки яшилсимон-сарғиш тус олган.

Қин даҳлизи, қин ва сийдик чиқариш каналидаги йирингли суюқликлардан тайёрланган суртмаларда Нейссер гонококклари кўп миқдорда топилди.

Дастлабки ташхис - янги сўзак, сўзак вульвовагинити, сўзакли уретрит.

Бирламчи захм билан оғриган беморнинг касаллик тарихи асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилган патологик жараён чегараланган тус олган.

Тошма элементи яра кўринишида бўлиб, юз пастки лабининг чап ярмида жойлашган, айлана шаклида, қизғиш ранг, катталиги нўхатдек келади. Яранинг четлари чегараланган, соғлом теридан аниқ ажралиб турибди ва тери сатҳидан бир оз кўтарилган. Унинг туби текис, ялтироқ, сезилар-сезилмас сероз суюқлиги билан қопланган. Яра тубида, унинг марказида майда геморрагиялар кузатилмоқда. Яра атрофидаги тери ва шиллиқ қават табиий рангда, ўткир, яллиғланиш белгилари кўринмайди. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида патологик ўзгаришлар ва тошмалар

йўқ. Аммо шиллиқ қават, айниқса юқори ва қаттиқ танглай шиллиқ қаватлари қалинлашган. Тил бир оз катталашган, ундаги сўрғичлар бирмунча ривожланган. Периферик лимфа тугунларидан жағ ости ва қулоқ олди безлари катталашган. Жағ ости тугунлари нўхатдек, қулоқ олди соҳасида жойлашганлари эса мошдек келади. Пайпасланаётган лимфа безлари оғриқсиз, жуда ҳаракатчан, атроф тўқима билан чатишмаган. Шунингдек, катталашган тугунлар устидаги ва атрофидаги терида патологик ўзгаришлар сезилмайди.

Бемор танасини ва қўл оёқларини қоплаган терининг барча соҳаларида тошма элементлари ва уларнинг излари топилмади.

Ўтказилган дастлабки лаборатория текширувлари натижасида ярадан ажратиб олинган тўқима суюқлигидан рангпар трепонемаларнинг катта миқдори топилди.

Классик серологик реакциялар манфий натижалар берди.

Дастлабки ташхис - бирламчи сероманфий захм.

Иккиламчи янги захм аниқланган В. исмли ўсмир қизнинг касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан

кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

Терида кузатилаётган тошма элементлари тарқалган тус олган. Улар қорин ва кўкракнинг ён сатҳларида, қўлнинг барча соҳаларида, соннинг ички юзасида жойлашган.

Бирламчи тошма элементларидан яллиғланган доғлар кузатилмоқда. Доғларнинг кичиги мошдек, каттаси нўхатдек келади. Ранги кўкимтир-қизил ва қизғиш, кўпчилиги айлана шаклида. Босиб кўрилганда йўқолиб, сўнгра яна пайдо бўлди. Қичишиш, оғриқ каби нохуш сезгилар бемор қизни безовта қилмаяпти. Розеолалар атрофидаги тери оқимтир сарғиш. Қорин терисининг пастки соҳалари ва соннинг ички юзасида бўртмасимон яллиғланган доғлар кузатилмоқда. Бу қаварчиқли тошмаларнинг кўп қисми овал шаклда, тери сатҳидан сезиларли бўртиб чиққан, қизғиш пушти рангли, нохуш сезгиларсиз. Тери дермографизми қизил ва вақтинчалик.

Катта жинсий лабларнинг юқориги туташган соҳасида айлана шаклидаги яра кузатилмоқда. Ярадаги ҳажми бир тийинлик чақадек, четлари бир оз кўтарилган, тўқ қизил рангли. Яра туби силлиқ ва ялтироқ. Ундан сероз суюқлиги ажралиб турибди. Пайпаслаб кўрилганда яра остида қаттиқ мадда тўпланганлиги маълум бўлди. Оғриқсиз, бошқа нохуш сезгилар йўқ. Яра атрофидаги терида яллиғланиш белгилари йўқ.

Периферик лимфа тугунларидан чов соҳасидаги безлар икки томонлама катталашган, ҳажми гилос данагидек. Тизза ости безлари олча данагидек пайпасланди. Безларнинг барчаси қаттиқ, ҳаракатчан. Тугунлар устини қоплаган тери ва атроф тўқималар ўзгармаган.

Тери ва шиллиқ қаватларнинг бошқа соҳаларида тошма элементлари ёки бошқа ўзгаришлар кузатилмади.

Ярадан ажралиб чиқаётган тўқима суюқлиги билан ўтказилган дастлабки лаборатория текшируви натижа-сида кўп миқдордаги рангпар трепонемалар топилди. Дастлабки ташхис - иккиламчи янги захм (захм розеолалари, ярали шанкр, полиаденит).

Кеч туғма захм аниқланган 24 ёшли бемор қиз касаллик тарихининг асосий касаллиги баёнидан кўчирма

АСОСИЙ КАСАЛЛИКНИНГ БАЁНИ

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. Корамтир-қизил ва жигарранг-қизғиш дўмбоқчаларнинг юзаси силлиқ, текис. Фақат ўнг курак соҳасида жойлашган баъзи дўмбоқчалар қипик аралаш қатқалоқлар билан қопланган. Тўп-тўп бўлиб жойлашган бу тошмалар бир-бири билан қўшилмаган, пайпаслаб кўрилганда қаттиклиги маълум бўлди. Ўнг елка соҳасидаги терида айлана шаклига эга бўлган ва катталиги мошдек келадиган иккиламчи пигментли доғлар ҳам бор.

Ўнг кўз мугуз пардаси хиралашган, бир оз кулранг тус олган. Конъюнктивал қават қизарган, шишган.

Тизза буғимларининг ҳажми катталашган, бир оз шишган. Буғим соҳасидаги тери патологик ўзгармаган. Босиб кўрилганда оғриқ ва бошқа нохуш сезгилар пайдо бўлмади. Бўғим ҳаракати чегараланмаган. Бемор бемалол юради, қийналмасдан ўтириб туради.

Авситидийский ва Дюбуа белгилари мусбат.

Тери ва шиллиқ қаватларда бошқа тошма элементлари ва патологик ўзгаришлар йўқ. Жумладан, оғиз шиллиқ қавати, танглай ва тишларнинг ҳолати жойида. Суяк-мушак системасида сезиларли клиник ўзгаришлар аниқланмади.

КСР (ВР, КР, ЗВР) нинг барчаси манфий натижалар берди. ИЁР - ўта мусбат. ТХЧР - трепонемалар ҳаракати 90% чекланган.

Клиник ташхис - кеч туғма захм, белгилари ривожланган тури (паренхиматоз кератит, специфик гонит, дўмбоқчали сифилид). Эслатма:

Окулист кўриги - паренхиматоз кератит.

Терапевт кўриги - специфик гонит.

Невропатолог, отоларинголог ва стоматологлар томонидан захмга алоқадор ўзгаришлар аниқланмади.

Найсимон суяклар ва бош суягининг рентгенологик текширувлари патологик ўзгаришлар топа олмади.

Эрта туғма 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, қўл кафти ва оёқ кафти зарарланган.

Бирламчи тошма элементларидан тугунчалар ва эритематоз доғлар кузатилди.

Тугунчалар тарик ва мош катталигида, мис-қизил рангли, тарқоқ жойлашган. Уларнинг кўп қисми юз терисида, айниқса энса соҳасида, қисман бошнинг сочли қисмларида кузатилмоқда. Баъзи тугунчалар қипик билан қопланган. Юз терисида кузатилаётган эски папулаларнинг ўрнида қорамтир пигментли доғлар ҳам бор.

Қўл кафтида, оёқ кафти терисида ва қисман бошнинг сочли қисмида тарқоқ жойлашган терининг маддалаган ўчоқлари мавжуд. Бу инфильтрация ўчоқларида қизариш ва шиш каби яллиғланиш белгилари сезиларли ривожланган. Зарарланган ўчоқлар босилганда қаттиқ, тери эластиклиги йўқолган. Айниқса кафт ва товон соҳаларидаги тери куруқ, силлиқ, ялтироқ. Мазкур соҳаларнинг териси ёрила бошлаган. Бошнинг сочли қисмида жойлашган мадда ҳосил қиладиган ўчоқлар сарғиш жигар ранг тус олиб, нотўғри шаклга эга. Улар устини қоплаган тери ҳам куруқ, унда сувлашиш, йиринглашиш каби ўткир яллиғланиш белгилари кўринмайди. Булардан ташқари, зарарланган соҳалардаги соч тўкила бошлаган, маълум қисми синиб тушган, синган соч толалари ўткир тикандек тик ҳолда кўриниб турмиди. Қошдаги сочлар ҳам сийраклашган.

Периферик лимфа тугунлари пайпасланмади. Бошқа турдаги тошма элементлари аниқланмади.

Терининг мадда бойлаган ўчоқларидан олинган тўқима суюқлиги таркибида рангпар трепонемалар топилмади.

КСР (БР, КР, ЗВР)ларнинг барчаси ўта мусбат, ИЁР- 4 (+), ТҲЧР - трепонемалар ҳаракати 80% чекланган.

Клиник таъхис - эрта туғма захм, клиник белгилари ривожланган тури (Гохзингернинг тугунчали қаттиқлашган териси).

Э с л а т м а:

Офталъмолог кўригига биноан (кўз тубида кузатилган «туз ва қалампир» белгиси асосида) хориоретинит аниқланди.

Педиатр ва невропатологларнинг кўригида бошқа специфик ўзгаришлар аниқланмади. Найсимон суяклар рентгенографиясида гўдакнинг катта болдир суякларида 2-даражали остеохондрит борлиги маълум бўлди.

2- Илова

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН МАХСУС КЛИНИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

1. Терини қаватма-қават қириб текшириш усули.

Мазкур қиртишлаш усули эпидермисда содир бўлаётган ўзгаришларни, айниқса тери тошмаларида кузатиладиган қипикланиш жараёни характери аниқлашга ёрдам беради. Масалан, паракератоз жараёнида тери пўсти қаватлари ғовак, гиперкератозда эса қаттиқ бўлади. Шунингдек, эпидермис бағрида кичик, яширин пуфакчалар бўлиши мумкин. Асл терининг сўрғичсимон қаватида жойлашган капиллярларнинг мўртлик даражасини ҳам қириб текшириш йўли билан аниқлаш мумкин. Бу усулга биноан текшириладиган элемент (кўпинча тугунча) скальпел ёки буюм шишаси ёрдамида қаватма-қават қириб борилади.

Мазкур усул псориазни параспориоздан ажратишда жуда қўл келади. Текшириладиган тугунчада эпидермис қаватлари навбат билан қириб борилганда стеарин доғи, чегара пардаси ва қонли шудринг симптомлари намоён бўлиши мазкур тугуннинг псориазга алоқадор эканлигини кўрсатади. Аксинча, параспориозда бу белгилар ўрнида бошқа белги - яширин қипикланиш белгиси намоён бўлади.

Қизил югурук (эритематоз) да тошмалар (фолликуляр гиперкератоз) устини қоплаб олган қипикларни қиртишлаш кучли оғриққа (Бенъе симптоми) сабаб бўлади ва шу тариқа беморнинг таъхиси аниқланади.

Захм тугунчаларини псориастик тугунчалардан фарқлашда ҳам қиртишлаш усули ёрдам беради. Захмда стеарин доғи белгиси намоён бўлса-да, чегара пардаси ва нуқтасимон қонаш белгилари кузатилмайди. Бу фарқ уни кўъбусдан фарқлашга имкон беради.

2. Дермографизм усули. Дермографизм тери нерв томир аппаратининг ташқи таъсиротларга жавоб реакцияси деб тушунмоқ керак. Дермографизм терининг функционал ҳолатини, жумладан кўзғалиш хусусиятини акс эттиради. Терининг жавоб реакцияси нерв системасининг алоҳида олинган аъзоси терига нисбатан муносабатини кўрсатса-да, дермографизмда кузатиладиган жавоб реакциясининг маҳаллий характерга эга эканлигини англаш лозим.

Дермографизм тўмтоқ нарса билан, масалан чўп шпатель билан аниқланади. Тўмтоқ таёкча ёки бармоқ билан аниқласа ҳам бўлади. Ҳозир дермограф деб аталувчи асбоб ҳам мавжуд. Соғлом терида, унинг маълум соҳаси бўйлаб юритилган 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 қаваради ва ниҳоят 2-3 дақиқадан кейин изсиз йўқолиб кетади. Бу ҳолат нормал дермографизмдан далолат беради. Кўпинча дермографизм терининг қорин соҳасида, билакнинг ички юзасида, сон, орқа, кураклар остида текшириб кўрилади.

Дермографизм тери касалликларини бир-биридан ажратишда ёрдам беради, зеро касалликларнинг табиатига қараб тери ташқи таъсиротларга турлича жавоб беради. Масалан, гуш ва кўъбусда дермографизм қизил бўлиб, бунда эритема яққол намоён

бўлади. Тери сатҳи бўйлаб юргизилган шпатель ўрнида оқ чизик ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда эритема ва қаварчиқ кузатилмайди. Бу турдаги терининг жавоб реакцияси оқ дермографизм дейилади, у нейродермит, қичима, кўтир касалликларида ва эритродермияларда кузатилади.

Дермографизмнинг махсус тури эшакем дермографизмидир. Бунда тери сатҳида юргизилган ҳар қандай тўмтоқ нарса ўрнида тезда бўртиб чиқадиган кенг, равон қизил йўл ҳосил бўлади. Мазкур эритема тезда қавариб, қаварчиққа айланади. Эшакем дермографизми эшакем касаллигида (urticaria) кузатилади.

3. Мушак-соч рефлекси («ғоз териси»). Тери сатҳи бўйлаб совуқ буюм (предмет) юритилганда тери бўкиб, соч тикка бўлади. Орадан 5-10 дақиқа ўтгач, яна ўз ҳолига қайтади. Бу ҳолат соғлом терида кузатилади.

Тери касалликларида мушак-соч рефлекси пайдо бўлмаслиги мумкин. Масалан, ихтиозларда, қичима (Гебра) касаллигида вегетатив нерв системаси симпатик бўлимининг иннервацияси бузилиши натижасида бу рефлекс кузатилмайди. «Ғоз териси» дерматозларининг у ёки бу турига аниқлик киритишдагина эмас, балки уларни ўхшаш касалликлардан ажратишда ҳам ёрдам беради. Масалан, қичима касалликларининг энг тарқалган тури нейродермитда (Брок) пилomotor рефлекси юқори бўлади, яъни совуқ нарса таъсирида ҳосил бўлган «ғоз териси» узоқ сақланиб 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 кетиш натижасида ҳосил бўлган доғларни қон томирларнинг кенгайиши натижасида ҳосил бўлган доғлардан ажратиш мумкин.

Маълумки, қон тўпланиши натижасида пайдо бўлган доғ шиша билан босиб кўрилса ҳам йўқолиб кетмайди. Аксинча, қон капиллярларининг кенгайиши натижасида ҳосил бўлган доғ шиша билан босилганда оқаради, яъни рангсизланади (қонсизланиш натижасида). Масалан, захм розеолалари (доғлари) босилганда йўқолади. Шейн-леин-Генох синдромида кузатиладиган геморрагик доғлар соат ойнаси билан босилганда ҳам йўқолмайди.

Шунингдек, тери силида кузатиладиган тўқ қизил рангли дўмбоқча (люпома) лар ойна билан босилганда сарғиш доғ пайдо бўлади (олма мағзи симптоми).

5. Терининг совуққа сезувчанлигини аниқлаш усули. Асосан эшакем касаллиги диагностикасида қўлланилади. Эшакемнинг совуқдан келиб чиқадиган турида бу синов мусбат натижа беради. Сон, елка ёки думба соҳасига муз парчаси қўйилганда соғлом болалар терисининг муз қўйилган жойи оқаради, атрофи қизариб эритема шаклланади. Орадан 15-30 сек ўтар-ўтмас эритема ўз-ўзидан йўқолади. Совуқдан ривожланган эшакемга дучор бўлган беморлар терисида эса муз қўйилган жойда қаварчиқ ҳосил бўлади, атрофида сохта-қаварчиқ (псевдоподия) кузатилади.

6. Аллергик синов усуллари. Турли-туман моддаларни тери орасига юбориш, чаплаш, томизиш ва томизиб тилиш тахмин қилинган касалликлар ташхисини аниқлашда қўлланилади. Чунончи:

а) мохов касаллигида лепромин билан синов ўтказилади. Бу усул моховни бошқа ўхшаш касалликлардан фарқлаш билан бир қаторда касаллик турини аниқлашда ҳам қўлланилади. Моховнинг туберкулоид турида лепромин синови мусбат натижа беради. Лепромин лепромани қайнатиб тайёрланган сувли экстрактдир, у 0,1 мл миқдорда тери орасига юборилади. Кўпинча 24-48-72 соатдан сўнг лепромин юборилган соҳа кизариб, 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 терига 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 фарқлашда муҳим диагностик роль ўйнади. Бунда малҳам чапланиши лозим бўлган тери соҳаси (кўпинча билакнинг ички юзаси) спирт-эфир эритмалари билан тозаланади. Сўнгра малҳамнинг озгина миқдори чапланиб, бир неча қаватдан иборат мармар парчаси (катталиги 2х2 см) билан қопланади. Устидан мумланган қоғоз ёпилади ва бинт ёрдамида боғланади, баъзи муаллифлар дока парчаси устидан компресс клеёнкани ёпиб, ёпишқоқ пластр билан мустаҳкамлашни таклиф этадилар. Бу мақсадга мувофиқ эмас, чунки клеёнка ва ёпишқоқ пластр тери сезувчанлигини ошириши ва дерматит ривожланишига сабаб бўлиши 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 аллергия касалликлари диагностикасида турли-туман аллергиялар билан ўтказиладиган синов усуллари деярли қўлланилмаяпти. Аллергиялар билан ўтказиладиган синов теридаги яллиғланиш жараёнининг чуқурлашишига, тери сезувчанлигининг ошишига, организмда сенсibiliзациянинг кучайишига ва ниҳоят бемор аҳволининг оғирлашашига олиб келмоқда. Шу сабабли аллергия дерматозлар диагностикасининг билвосита усуллари (Кумбс реакцияси, лизоцимлар активлигини ва комплементлар миқдорини аниқлаш, Т ва В лимфоцитлар сонини санаш ва ҳоказо) кенг қўлланилмоқда.

7. Терининг тошма кўринишидаги жавоб реакцияси (изоморф реакция). Баъзи тери касалликларида ташқи таъсиротлар остида клиник соғлом терида тошмалар кузатилиши мумкин. Бу ҳол патологик терини айнан шу касалликка хос жавоб реакцияси ҳисобланади. Мазкур ҳолат изоморф реакция деб аталади.

Бемор организмнинг таниш таъсиротларга жавоб реакцияси тери таъсирлангандан сўнг ўша лаҳзадаёқ намоён бўлиши ёки бир неча соатдан кейин кўриниши мумкин, ёхуд тошмалар бир неча кундан кейин пайдо бўлиши мумкин. Тошмалар пайдо бўлиш тезлиги бемор организмнинг сенсibiliзация даражасига, жумладаш 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 келиши мумкин. Шунингдек, эски тошмалар атрофида янги гардиш пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай тошмалар кўпинча ўша захотиёқ ҳосил бўлади. Эшакем касаллигида кузатиладиган эшакем дермографизми ҳам бунга мисол бўла олади. Бунда терининг соғлом сатҳида юритилган таёқча ўрнида ўша захотиёқ қаварчиқли йўл пайдо бўлади. Аксинча, псориаз, қизил ясси темиртки 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, қўъбуснинг ривожланиш босқичини ўтроқ (стационар) босқичдан фарқлаш мақсадида бемор терисининг соғлом сатҳига ўткир буюм (масалан, игна) санчилади. Мазкур соҳада янги туғунчалар пайдо бўлиши касалликнинг ривожланиш (прогрессия) босқичи кечаётганлигини кўрсатади.

8. Мугуз қаватни ойдинлаштириш усули. Эпидермис бағрида шаклландиган баъзи патологик ўзгаришлар тери юзасидан кўринмаслиги ёки хира кўриниши мумкин.

Масалан, тери пўстининг донатор қаватининг нотекис патологик ўсиши (гранулёз) натижасида шаклланадиган ўзига хос (тўрсимон ёки ўргимчак уяси шаклидаги) манзара барча беморларда ҳам яққол кўринавермайди. Фақат қизил ясси темиратки касаллигига хос бўлган бу клиник белги фанда Уикхем «тўри» деб ном олган. Мана шу симптомни аниқлаш мақсадида зарарланган тери сатҳига ёғ суртилиб (вазелин мойи, пахта ва кунгабоқар мойлари), касалликнинг клиник манзараси ойдинлаштирилади. Уикхем симптомини кўпроқ оғиз бўшлиғидан (мугуз қаватининг йўқлигидан) излаш сабаби ҳам ана шундан. Мой суртиш кўрув майдонининг мугуз қават сатҳидаги қипиқлардан ва тез орада кўчиб тушадиган мугуз хужайраларидан тозаланишига олиб келади. Шу тариқа мугуз қават юпқалашади ва шишасимон қават остидаги ўзгаришларни кузатиш осонлашади.

9. Йод ёки анилин бўёқлар билан синов (Бельцер усули). Маълумки, ранг-баранг темиратки касаллигида терининг зарарланган соҳаларидаги мугуз қават ғовак бўлади. Шу сабабли касаллик ўчоқлари кепаксимон ёки унсимон қипиқлар билан қопланади. Ана шу ранг-баранг доғлар йод ёки бошқа анилин бўёқлар билан бўялганда зарарланган тери бўёқни ўзига кўпроқ тортиб (сингдириб) олади. Шу туфайли доғлар соғлом териға нисбатан тўқроқ бўялади. Бу ҳол мусбат Бальцер синовига ҳисобланиб, ранг-баранг темиратки борлигидан гувоҳлик беради.

10. Ёғдуланиш усули. Бу усул люминесцент чироқ ёрдамида зарарланган тери соҳаларини ёритишга асосланган. Бунда зарарланган тери ўчоқлари зарарланиш табиатига қараб, турлича ёғдуланади. Масалан, бошнинг сочли қисми микроспориясида касалланган сочлар Вуд чироғи билан ёритилганда замбуруғли ўчоқлар яшил тусда ёғдуланади.

Шунингдек кепаксимон темиратки касаллигида ранг-баранг доғлар люминесцент (Вуд) чироқ ёрдамида ёритилганда улар тўқ жигар рангга ёки сарғиш қизил тусга киради.

11. Тер ажралиш даражасини аниқлаш усули. Тер безлари фаолиятини аниқлайдиган бир неча усуллар (қопчаларға тер томчиларини йиғиш, тер безларининг чиқарув йўллариға микропипеткалар ўрнатиш, гигрометрик, калориметрик усуллар ва бошқалар) таклиф этилган. Бундай усуллар ичида энг қулайи калориметрия усулидир. Бу усул махсус асбоб ва ускуналар талаб этмайди. Бу усулға биноан бўялган тер томчилари сонига қараб тер безлари фаолияти тўғрисида хулоса чиқариш мумкин: терининг танлаб олинган соҳасига 10% ли канакунжут мойи қўшилган йоднинг 1,5% ли эритмаси суртилади. Мойланган тери сатҳи қуригач, крахмал кукуни билан упаланади. Натижада тер безларидан ажралаётган тер томчилари қўнғир рангга бўялади. Ҳосил бўлган қора нуқталарнинг жойлашган ўрни ва сонига қараб ишлаб турган тер безлари тўғрисида маълум хулосаға келинади.

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН МАХСУС ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Дерматомикозлар диагностикаси

1. Кепаксимон (ранг-баранг) темиратки касаллигини қўзғатувчи замбуруғни (*Pityrosporum orbiculare*) аниқлаш учун терининг зарарланган соҳаларида жойлашган, қипиқлар билан қопланган ранг-баранг доғлардан қирма олинади. Дастлаб материал олинадиган доғлар танланади. Бунда маҳаллий дорилар суртилмаган ва янги пайдо бўлган доғни танлаш мақсадға мувофиқдир. Буюм ойнаси доғ ёниға қия ҳолда қўйилиб, скальпел ёрдамида доғни қоплаб турган қипиқлар ойна устиға қириб олинади. Қирма устиға 1-2 томчи 30% ли ўювчи калий ёкй натрий эритмаси томизилади, аланғада қайнашға етмай қиздирилади. Сўнгра қоплагич ойна билан ёпилиб, микроскопни буюм столчаси устиға қўйилади. Аввал кичик сўнгра катта

(40+) объективда кўрилади. Микроскопда калта ва йўғон, учлари қайрилган мицелийлар, шунингдек майда, юмалоқ, узум шингилини эслатадиган споралар тўпламини кўриш мумкин.

2. Оёқ қафти микозига ташхис қўйиш учун уни кўзғатувчи замбуруғлар (*Trichophyton interdigitale*, *Tr. rubrum*)ни топиш зарур. Бунинг учун бемор ўтказилиб, оёғи махсус столга қўйилади. Скальпель билан дастлаб товон гомбазининг териси кириб олинади. Сўнгга бармоқ ораларидаги бурмалар қирилади. Ҳар сафар қирма буюм шишасининг ўртасига туширилиб, 30%ли ўювчи калий эритмаси томизилади, алангада қиздирилгач, қоплагич ойна билан ёпилади. Пуфаклардан материал тайёрлаш учун пуфак қобиғи (пардаси) қирқиб олинishi лозим. Препарат пуфак пардасидан тайёрланиб, 30% ли ишқор билан ишлов берилади. Текширувнинг қолган жараёни қирма препарат тайёрлаш кабидир.

Тирноқларни патоген замбуруғларга текширганда (онихомикозларда) дастлаб бемор оёқларини содали илиқ сувга солиб ивитиш зарур. Сўнгга зарарланган тирноқлар юзаси кириб тозаланади. Тирноқлар қайчи билан навбатма-навбат қирқиб олинib, ҳар қайсиси алоҳида қоғозга ўралади. Бунда тирноқларнинг қайси бармоқдан олинганлигига қараб, белги (рақам) қўйиб чиқилади. Кейин барча қоғоз ўрамлари йиғилади, қоғоз қопчага солинади ва лабораторияга жўнатилади. Лабораторияда ҳар қайси тирноқ алоҳида пробиркаларга солиниб, махсус ишлов берилгандан сўнг микроскоп остига қўйилади.

Пуфак қобиғидан, тирноқлардан ва қирқиб тайёрланган препаратларнинг барчасида касаллик пайдо қилувчи замбуруғларнинг қўш контурли споралари занжир шаклида кўринади. Бўғимлардан тузилган мицелий иплари эса узилган мунчокни эслатади. Баъзи занжирлар юмалоқ споралардан иборат бўлса, баъзилари тўғри бурчакли споралардан тузилган бўлади. Сохта (псевдо) мицелийларни аниқлаш мақсадида препарат алангада қиздирилади, бу чора сохта мицелийларнинг йўқолиб кетишига (парчаланишига) сабаб бўлади.

3. Трихофитияда текширув учун материал силлиқ теридан кириб олинади, тирноқларни қирқиб тайёрланади. Шунингдек, зарарланган сочлар ковлаб ёки тирнаб олинади. Трихофитиянинг турига қараб сочлар атрофидаги қипиқ ва қатқалоқлар ҳам текширув материали ҳисобланади, сочларнинг илдизи қини билан қўшиб олинади. Силлиқ теридаги майин туклар скарификатор ёрдамида ёнидан тилиб олинади. Зарарланган сочларни пинцет билан тортиб юлиб олиш мақсадга мувофиқ эмас. Текширувнинг кейинги босқичлари бошқа микозлардаги сингари бўлади (ишқор билан ишланг, қиздиринг, қоплагич ойна ёпиш).

Терининг юзаки қаватларини яллиғлантирадиган замбуруғларда (*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 билап тўлганлиги кузатилади. Баъзан сочларнинг ичи спораларга тикилиб кетиб, уларнинг шакли ўзгариши мумкин.

Терининг чуқур қаватларини зарарлайдиган, жумладан маддали йиринглаш жараёнини келтириб чиқарадиган замбуруғлар (*Tr. mentagraphytes*, *Tr. verricosum*) нинг споралари сочнинг ташқарисида жойлашган бўлади (*Tr. ectotrix*). Баъзи замбуруғларнинг (*Tr. mentagraphytes*) споралари кичик бўлиб, кўпинча майда уй ҳайвонларида учрайди. *Tr. verricosum* нинг споралари эса катта бўлиб, йирик уй ҳайвонларида кузатилади. Микроскоп остида спора ва мицелийлар тизмаси соч атрофини ғилоф 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 хос спораларнинг тасмасимон жойлашиши шунингдек

соч ичида бир-иккита ингичка мицелий ипларининг кузатилиши уларни микроспориядан фарқлашда ёрдам беради.

4. Микроспория касаллигини пайдо қилувчи замбуруғларни топиш учун препарат зарарланган сочдан ва силлиқ тери қирмасидан тайёрланади. Микроспорияда тирноқлар зарарланмаслиги сабабли тирноқлардан препарат тайёрланмайди. Зарарланган соч ва қирма ўткир ишқор билан ишланиб, қиздирилгандан сўнг қоплагич ойна билан ёпилиб, микроскоп остига қўйилади. Бунда касалликка сабаб бўладиган замбуруғлар (*M. Ferrugineum*, *M. lanosum*) спораларининг сочни ўраб олиб, гуруҳ-гуруҳ бўлиб тўпланганлиги кўрилади. Улар тасма шаклида тизилмайди, мицелий иплари ҳам кўринмайди (шу билан трихофитиядан фарқ қилади). Сочлар одатда кул ранг тус олиб, уларнинг қобиғи ёрилганлиги дарҳол кўзга ташланади.

Дерматозоонозлар диагностикаси

Қўтир. Касалликни қўтир каналари (*Sarcoptes scabiei*) кўзғатиб, улар тери пўстининг мугуз ва маль-пигий 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 ёпиқ учида кузатиладиган пуфакча ва кана йўли кавлаб олинади (Женнер ёки найзасимон игна ёрдамида). Кўпинча тошмалар кавланаётганда игна ичида кананинг ўзини кўриш мумкин. Микроскоп ёрдамида қўтир канасини қидириш учун кавлаб олинган материал буюм ойнасига қўйилади. Физиологик эритма томизилиб, қоплагич ойна билан ёпилади, 40^x ли объективда кўрилади. Қўтир канасини топиш учун кана йўлини кесиб олса ҳам бўлади. Кўпинча кана йўлини охирида ҳосил бўладиган пуфакча таркибида кана (урғочиси) осонликча топилади. Қўтир канаси микроскоп остида тошбақа шаклида кўринади, одатда жигар ранг, олди ва орқасида икки жуфтидан жуда қисқа оёқлари кўринади.

Юз канаси (демодекоз). Юз канаси *Demodex folliculorum*, яъни чувалчангсимон кана одамда кўпинча қизил ҳуснбузар пайдо бўлишига олиб келади. Улар ёғ безлари таркибида сапрофит ҳолида ҳам яшайди. Шу сабабли без кана деб ҳам аталади.

Демодекоз канасини топиш учун эндигина 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, қоплагич ойна билан ёпилади. Дастлаб кичик (8^x), сўнгра катта (40^x) объективда кўрилади. Бунда каналар чўзинчоқ, чувалчангсимон шаклда кўринади. Уларнинг бош, тана, кўкрак ва қорин қисмлари бир-бирига қўшилиб кетган бўлиб, 4 жуфт қисқа оёқлари кўзга яққол ташланиб туради.

Пашшаҳўрда (тери лейшманиози). Текширув учун материал пашшаҳўрда яраларидан ажралиб чиқаётган суюқликдан тайёрланади. Беморнинг касалликнинг қайси даврида келганига қараб, турли-туман йўллар билан материал тайёрлаш мумкин. Касалликнинг ривожланган даврида, яъни чуқур ва кенг яралар ҳосил бўлган пайтда яра сатҳи физиологик эритма билан артиб тозаланади. Сўнгра яра четигаги ўсувчи (грануляцион) тўқима пинцет билан юлиб олинади ва ундан суртма тайёрланади.

Агар бемор яралар бита бошлаган даврда мурожаат этса, ёпилаётган яралар Женнер игнаси ёки скальпел билан чуқур қилиб тешилади, сўнгра ўсаётган (грануляцион) тўқимадан қирқиб олиниб, суртма тайёрланади.

Суртмалар хона ҳароратида қурилади, 90° этил спиртида фиксация қилинади (котирилади). Сўнгра Романовский усулида 50-60 минут мобайнида бўялади. Кейин сувда ювилади, қурилади, микроскопнинг эмерсион объектида текширилади. Пашшаҳўрда кўзғатувчиси лейшманиялар, яъни Боровский таначаларининг цитоплазмаси ҳаво рангга, ядро ва ядрочаси қизил ёки пушти ранга бўялади, улар

хужайра марказидан четроқда жойлашади. Лейшманиялар одатда моноцитлар ичида ғуж-ғуж бўлиб жойлашган бўлади, баъзан лейкоцитлар ичида ҳам учраши мумкин.

Пуфак суюқлигини цитологик текшириш усули

Терининг пуфакли касалликлари диагностикасида ҳал қилувчи роль ўйнайди. Пўрсилдоқли - ҳақиқий акантолитик пуфакли ярани бошқа пуфакли дерматозлардан фарқлашда пуфак суюқлигидан акантолитик хужайраларни (Тцанк бўйича) топиш усули амалий аҳамиятга эга. Бунинг учун текшириладиган пуфак суюқлигидан босма-суртма тайёрланади. Романовский-Гимза усулида бўялган босма-суртмаларда акантолитик хужайраларнинг топилиши беморнинг пўрсилдоққа дучор бўлганидан гувоҳлик беради. Босма-суртма қуйидагича тайёрланади: дастлаб оддий ўчирғичдан қирқиб тайёрланган кубиклар қайнатилиб, стерилизация қилинади, сўнгра зарарланган тери соҳасидаги эрозиялардан янгиси танлаб олинади, эрозия ва унинг атрофи дока билан артиб тозаланади. Ўчирғични қисқич билан қаттиқ қисиб эрозия юзасига босиб олинади ва ўша заҳотиёқ буюм ойначасига босиб суртма тайёрланади. Суртмаларни 4-5 та тайёрлаш лозим. Сабаби, акантолитик хужайралар тез топилавермайди, Бундай ҳолларда суртмалар навбат билан кўздан кечирилади. Акантолитик хужайралар микроскоп остида айлана ёки овал шаклда кўринади. Ядроси жуда йирик, цитоплазманинг 3/4 қисмини эгаллайди. Романовский усули билан бўялганда уларнинг ядроси тўқ кўк рангга, цитоплазмаси эса ҳаво рангга бўялади.

Босма-суртмаларда акантолитик хужайраларнинг топилмаслиги ва улар ўрнида эозинофилларнинг кузатилиши текшириладиган пуфак Дюринг дерматозига тегишли эканлигидан гувоҳлик беради.

Қизил югурук диагностикаси

Бунда LE хужайраларини топиш муҳим амалий аҳамиятга эга. Бу мақсадга етишиш учун олдиндан тайёрланган натрий оксалат эритмасига 10 мл бемор қони қуйилади. Қон натрий оксалат билан пробиркада яхшилаб аралаштирилади, сўнгра 1 соат мобайнида хона ҳароратида қолдирилади. Кейин пробиркага 8-10 та шиша мунчок ташланади, оғзи резина тикин билан бекитилади ва 30 дақиқа мобайнида юқоридан пастга, пастдан юқорига чайқатилади. Ана шундан 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 бўялади. Бўялган препаратлар лейкоцитларнинг гавжум жойини топиш учун кичик объективда кўрилади, кейин иммерсион объективда кўрилади. Бунда қизил югурук хужайралари қизил ёки қизил-бинафша рангга, лейкоцит ядроси эса тўқ бинафша рангга бўялади.

Захм диагностикаси

Захм кўзғатувчи оқиш спирохеталар (*Treponema pallidum*) бўялганда уларнинг маълум бир қисмигина бўя-лади, бўялганда ҳам ёмон бўялади. Шу сабабли улардан табиий, нам препарат тайёрланиб, қоронғилаштирилган кўриш майдонида кўрилади. Захм кўзғатувчиларидан тирик, жонли (натив) препарат тайёрлаш спирохеталар ҳаракатини кузатиш имконини беради. Бу мақсадни амалга ошириш учун микроскопнинг Аббе конденсори махсус қоронғи кўриш майдонини таъминлайдиган конденсор (кардиоид ёки параболоид) лар билан алмаштирилади.

Оқиш трепонемаларни қоронғи кўриш майдонида текшириш Тиндал феноменига (беўхшов ходиса) асосланган: агар қоронғи хонага тор тирқиш орқали ёруғлик нуруни киритсак, табиий ёруғликда кўринмайдиган майда заррачалар ёғдуланиб яққол кўзга кўринади. Микроскопни қоронғилаштирилган кўриш майдони ҳам объективга тўғридан-тўғри тушмайдиган, синган ёруғлик нури билан ёритилади. Бу ҳол табиий ёруғликда кўринмаган трепонемаларнинг ҳам микроскоп кўриш майдонида кўринишига сабаб бўлади. Оқиш спирохеталар нурни жуда кам даражада

синдиради. Шу туфайли кумуш рангли ўрамларнинг ёдуланиши 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 суюқлиги (серум) ни олиш учун текширилаётган элемент юзаси физиологик эритма ёрдамида артиб тозланади. Агар яралар устида қатқалоқ, ўлган тўқима ва чиқиндилар бўлса, пинцет ёрдамида олиб ташланади ва физиологик эритма билан артилади. Одатда оқиш спирохеталар чуқурроқда, бириктирувчи тўқима оралиғида, лимфа ва қон томирлари атрофида йиғилади. Шу сабабли тўқима суюқлиги бир неча усуллар (сиқиб чиқариш, тирнаш, қуйдириш) билан олинади. Борди-ю мазкур усул ёрдамида спирохеталар топилавермаса, текширилаётган элемент физиологик эритма билан бир неча соат давомида намланади.

Буюм шишасига томизилган бир томчи тўқима суюқлиги (серум) бир томчи натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан аралаштирилади ва қоплагич ойна билан қопланади. Сўнгра конденсор юзига бир томчи иммерсион мой ёки дистилланган сув томизилади, препарат худди шу томчига тегизиб ўрнатилади. Рангпар спирохеталар 10х40 катталикда кўздан кечирилади. Бунда микроскоп кўзгуси ОИ - 10 ёритгичи билан ёритилади. Заҳм қўзғатувчиси оқиш спирохеталар микроскопнинг кўриш майдонида ўзининг специфик ҳаракатлари (маятниксимон, тўлқинсимон, тебранма, ўз ўқи атрофидаги ҳаракати) билан сапрофит спирохеталардан фарқланади. Шунингдек, уларнинг ингичка ва бир текис жойлашган ўрамлари қоронғида ялтираб, спирал шаклида кўринади.

Бошқа турдаги спирохеталар (*S. buccalis*, *S. dentinum*) эса ўзларининг дағал бурмалари, ҳар хил турдаги ҳаракатлари билан ажралиб туради. Бундан ташқари, улар гоҳо тўхтаб, гоҳо кескин ҳаракатланади ва ҳаракатлари давомида ўз шаклини ўзгартириб туради.

Борди-ю текширилаётган элементлар таркибида рангпар трепонемаларни топиб бўлмаса (бу ҳол тошмалар тузалаётган, 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. Эркаклардан суртма олиш учун сийдик чиқарув найчасининг ташқи чиқарув тешиги физиологик эритма сингдирилган дока 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 булганган ўнг буюм шишаси чап буюм шишаси юзаси бўйлаб юргизилади, яъни бир текис қилиб суртилади. Тайёрланган суртманинг жуда юпка бўлиши мақсадга мувофиқдир. Агар уретрадан тўқима суюқлиги эркин ажралиб чиқаётган бўлмаса (торпид, сурункали уретритларда) жинсий олатни сиқиб, қўлни олдинга силжитиш йўли билан ажралма чиқарилади. Аёллар жинсий аъзоларидан асосан уретра ва бачадон бўйнидан суртма тайёрланади. Бунинг учун уретра ва цервикал найчанинг ташқи тешиклари физиологик эритма билан ҳўлланган дока билан артилади. Сўнгра металл қовузлоқ, новсимон найча ёки Фолькман қошиғи (бу асбоблар юқумсизлантирилган бўлиши шарт) ёрдамида тўқима суюқлиги олиниб, буюм ойнасига суртилади. Суртмалар айланма ҳаракат қилиш йўли билан овалсимон шаклда тайёрланади.

Қиз болаларда суртма олишда Куско кўзгуси қўллаш ман этилади. Тарновсимон найча ёки Фолькман қошиқчаси ифбат пардаси ҳалқасидан эҳтиёткорлик билан ўтказилиб, қин туби ва бачадон бўйнидан навбат билан ажралма олинади. Айланма ҳаракат қилиб, буюм шишасига суртилади. Аёл ва қизларни уретра, бачадон бўйни ва

кин ғумбази 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 йўлдан суртма олиш бачадон буйни суртмасида гонококкларнинг топилишига сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари, текширилаётган суртмалар таркибида бошқа касаллик қўзғатувчилари (трихомонадалар, ачитқи замбуруғлари ва бошқалар) ҳам бўлиши мумкинлигини назарда тутиш лозим. Гонококклар барча анилин бўёқлари билан бўялади. Грамм усулининг муҳим фарқловчи-диагностик аҳамияти шундаки, у сўртмаларни ана шу усулда бўялиши тақозо этади. Бунда улар Грам манфий бўялади. Суртмалар микроскопнинг 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 ёрдам беради.

4-илова

ВЕНЕРОЛОГИЯДАН МАСАЛАЛАР

1- масала.

Болалар поликлиникасининг жарроҳига ўнг чов соҳасида «шиш» пайдо бўлганлиги сабабли, 14 ёшли ўспирин мурожаат этди. Беморни текширган врач чов соҳасида 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 муолажаларини ўтказиш учун).

Жарроҳнинг хатоси нимада?

Қандай касалликлар тўғрисида мулоҳаза қилиш керак эди?

2- масала.

Жарроҳга 15 ёшли ўспирин бола жинсий олати оғриётганлигига шикоят қилиб келди. Текширув натижасида жинсий олат териси кизариб, шишганлиги, закар бошчаси халтасининг оғзи торайганлиги аниқланди. Унда олат бошчаси кўриниб турар, аммо сероз суюқлиги тўпланиши натижасида ривожланган мадда закар бошчаси халтасининг оғзини очишга имкон бермас эди. Чов лимфа тугунлари иккала томонда ҳам катталашган, қаттиқ, босилганда бир оз оғриқ безовта қилади.

Анамнестик маълумотлар йиғиш 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 қандай бўлмоғи лозим?

2. Захм ташхисини тасдиқлаш ёки инкор этиш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?

3-масала.

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 қисми йирингчалар, баъзилари эрозиялар эканлиги маълум бўлди. Улар жуфт-жуфт бўлиб жойлашган, атрофи қизарган эди. Болани кичишиш безовта қилиб, тунги пайтда кичишиш зўрайар экан.

1. Сизни дастлабки ташхисингиз?

2. Касаллик табиатини аниқлаш учун нима талаб этилади?

4-масала.

Юқумли 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

қизғиш, айлана-оғал шаклда, босилганда йўқолади. Тери сатҳидан бўртиб чиқмаган, ноҳуш белгилар безовта қилмайди. Касалнинг тана ҳарорати 38,3°, қорни оғрийди, боши айланади, кўнгли беҳузур бўлиб, ҳолсизланиб ётиб қолди.

Иккиламчи захм розеолаларини ич терлама тошмасидан қандай фарқлаш мумкин?

Аниқ клиник ташхис қўйиш учун врач қандай текширувлар ўтказиши лозим?

5- масала.

«Дорилардан келиб чиққан аллергия» ташхиси билан 9 ёшли ўғил бола травматология бўлимидан аллер-гология бўлимига ўтказилди. Боланинг қўли синган, кўп қон йўқотган, шў туфайли 2 ойдан ортик 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 баданида пайдо бўлган доғлар ва тугунчалар кўпайиб, қўл ва оёқларини ҳам эгаллади. Шундан сўнг дермато-венеролог маслаҳатга чақирилди. Тегишли анамнестик ва клиник маълумотлар йиғган мутахассис бемор болага иккиламчи янги захм деб дастлабки ташхис қўйди.

Венеролог қандай маълумотлар йиғди?

Мазкур ташхисни тасдиқлаш учун қандай лаборатория маълумотлари зарур?

6- масала.

Тери касалликлари диспансерига иккиламчи янги захм ташхиси қўйилган Г. исмли беморнинг жинсий ҳамроҳи сифатида Т. исмли жувон таклиф этилди. Т. 2 ой аввал Г. билан бир марта жинсий яқинлик қилганлигини тасдиқлади. Бироқ, клиник ва серологик текширувлар жувонда захм белгилари йўқлигини аниқлади.

Т. нинг саломатлиги тўғрисида сизнинг фикрингиз?

Т. га нисбатан врачнинг навбатдаги муносабати қандай бўлиши лозим?

7- масала.

«Чилла яра» ташхиси билан болалар бўлимига ётқизилган 9 ҳафталик нимжон гўдакнинг юзи, бошнинг сочли қисми ва энса соҳаси тарқалган эритема билан қопланган эди. Бошнинг сочли қисмида тўпланган мадда қота бошлаган, устки юзаси қуриб тангасимон кипиқлар билан ёпилиб борарди. Бош терисидаги сочнинг сийракланганлиги ва тўкилиб туша бошлаётганининг ғувоҳи бўлган бўлим бошлиғи 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 заҳотиёк «эрта туғма захм» деган ташхис қўйди.

Қандай белгилар ва маълумотлар асосида венеролог туғма захм ташхисини қўйди?

Педиатр ва аллергологларнинг хатоларини сўзлаб беринг.

8-масала.

Тиббий кўрикдан ўтаётган Н. исмли аёлни текширган гинеколог қўйидагиларни аниқлади: бачадон бўйнидан йирингли суюқлик ажралиб турибди, қиннинг туби сероз оқимтир суюқлик билан тўлган. Уретранинг оғзи кенгайган, қизарган. Унинг пастки деворига босилганда йирингли суюқлик пайдо бўлди. Бачадон бўйнининг ўнг тарафида диаметри 1см келадиган эрозия мавжуд. Эрозия қип-қизил, туби ялтироқ, четлари бир оз кўтарилган, босиб кўрилганда оғримайди.

Н. билан суҳбатлашган гинеколог, унинг бир ой илгари нотаниш киши билан жинсий алоқада бўлганлигини аниқлади. Н. ўзини соғлом ҳисоблайди.

Қандай касаллик тўғрисида фикр юритиш лозим?

Касалликни аниқлаш учун қандай чоралар кўриш лозим?

9-масала.

Стоматолог қабулида бўлган беморнинг каттиқ танглайида яра аниқланди. Яра бир дона, катталиги нўхатдек, овқатланганда оғриб, таом ўтиши қийинлашган эди. Ёриксимон шаклга эга бўлган бу яранинг усти некротик парда билан қопланган, туби чуқурлашиб, тешилишига оз қолган эди.

Беморнинг гапига қараганда яра бир неча ойдан буён мавжуд. Етти-саккиз йил аввал ич терлама бўлган экан.

1. Қандай касалликлар тўғрисида фикр юритиш мумкин?
2. Захм бор-йўқлигини аниқлаб бўладими?

10-масала.

Руҳий касалликлар шифохонасига ётқизилган ва ёшлигида захм ўтказган Д. исмли беморга ривожланган фалажлик деган ташхис қўйилди. Унинг рафиқаси клиник текширувдан 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. Қандай эпидемиологик чоралар кўрмоқчисиз?

11- масала.

Болалар касалхонасига келтирилган 2 ойлик гўдакда қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: ўпканинг иккала қисми ҳам яллиғланган, ўзи нимжон, териси қуриб бужмайган, бурни битиб қолганидан қийналиб нафас олмоқда, қорни жуда катта, жигар ва талоғи катталашган. Қўлнинг кафти ва оёқ кафти териси қизариб шишган, мадда тўпланиб, қаттиқлашган, ялтироқ.

1. Гўдакка дастлабки ташхис қўйдингизми?
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. Қизнинг ҳанжарсимон ўсимтаси йўқ экан. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Бемор қизнинг касаллигини аниқлаш учун алгоритмик текширув режасини тузинг.

13- масала.

У. исмли 31 ёшли беморни дерматолог маслаҳатига юборган онколог унга «Капоши саркомаси» ташхисини қўйди. Мазкур касаллиқнинг ёшларда учрамаслигини билган дерматолог беморни атрофлича текширди лимфаденопатия, лейкопения ва оғиз бўшлиғида ярага айланган тугун аниқланди. Бемор икки ой мобайнида сабабсиз иситмалаган экан.

Беморга дастлабки ташхис қўйинг.

Касаллиқнинг аниқ табиатини аниқлаш учун нималар қилиш керак?

14- масала

Ички касалликлар бўлимига астма (диққинафас) касаллиги билан ётқизилган беморда КСРлар мусбат натижалар берди. Шу сабабли ўтказилган қўшимча серологик текширув натижаси қуйидагича: ИЁР- (4+), ТХЧР - 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 кафти эпидермофитияси) келиб қўшилди. 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.

Бўлим бошлиғи лабораториядан қандай жавоб кутаяпти?

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 чиққанлиги 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 охири 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 ноҳуш белгиларсиз, гўшт-қизил 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 ўрикнинг данагидек, ўнг томондагиси - нўхатдек. Улар қаттиқ, ҳаракатчан, ноҳуш белгиларсиз. Тугунлар устидаги терида яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Тери ва шиллик қаватларнинг бошқа соҳаларида тошмалар йўқ.

Саволлар: 1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Аниқ клиник ташхис қўйиш учун қандай анамнестик, клиник, лаборатория маълумотлари зарур (олинадиган маълумотларнинг турига қараб, ташхисни изоҳланг) ?

Қаттиқ яра суюқлигида оқиш трепонемалар топилмаса, сизнинг хулосангиз?

17- масала.

Г. исмли 19 ёшли қизни тиш оғриғи стоматологга етаклаб келди. Оғиз бўшлиғини синчковлик билан текширган врач чап бодомча беги соҳасида «яра» борлигини кўриб қолди. Беги қоплаб турган шиллик қаватнинг шилинганлигини Г. билмас эди, чунки тошма уни безовта қилмас эди. Мазкур жараёни оддий стоматитларга ўхшамаслигини сезган стоматолог қизни венерологга юборишга қарор қилди.

Тери касалликлари диспансерида бодомча безининг яраси атрофлича ўрганилди, ундан ажралиб чиқаётган суюқликдан рангпар спирохеталар топилди.

Г. нинг анамнезидан қуйидагилар маълум бўлди: турмушга чиқмаган, ота-онаси билан яшайди, Б. исмли йигит билан мунтазам жинсий яқинлик қилиб туради (унга турмушга чиқишга ҳозирланаётган экан). Бошқа шахслар билан жинсий алоқада бўлмаган.

Объектив текширув маълумотлари: чап бодомча безининг шиллик қаватида овал шаклида битта яра жойлашган, катталиги ловиядек, туби чуқур ва ялтироқ, ранги қизғиш. Яраинг асосида қаттиқ мадда бор. Бўйин, жағ ости, қўлтиқ ва биллак 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 ноҳуш бўлди. Сўнгга қалтироқ тутди, иситмаси 39° гача кўтарилди. Қорин терисининг ён сатҳларида майда яллиғланган доғлар пайдо бўлди. Эртаси куни тошма елка ва биллак соҳаларига тошди.

Саволлар: 1. Бодомча беидаги яранинг табиатини аниқланг ва изоҳланг.
Пенициллин юборилгандан сўнг намоён бўлган нохуш белгиларга клиник баҳо беринг.
Бемор ташхисини муҳокама қилиб, тўғри-нотўғрилигини сўзлаб беринг.

18- масала.

Тери касалликлари диспансерига мурожаат этган В. исмли беморнинг ўнг болдир соҳасида катта яраси борлиги маълум бўлди. В. катта бир шифохонанинг жарроҳлик бўлимида 26 кун даволанган экан. Унга дастлаб трофик яра, сўнггра оқма яра ташхислари қўйилган. Ўтказилган барча даво чоралари (витаминлар, биоген стимуляторлар, иммуномодуляторлар) бемор В. га наф қилади, ўз хоҳиши билан бўлимдан чиқиб кетди. Қўшнисининг маслаҳатига кўра В. табибда даволанди (мўмиёдан тайёрланган малҳам билан). Кўп ўтмай яра бита бошлади, анча кичрайди. Аммо 3 кўн аввал В. нарвондан йиқилиб, лат еди, шу сабабли яра очилиб оғрик пайдо бўлди. Бу ҳол уни бизнинг стационаримизга бошлаб келди.

Объектив текширув маълумотлари: ўнг болдирнинг пастки учдан бир қисмида, унинг ташки юзасида 50 тийинлик тангадек келадиган яра жойлашган. Яра айлана-овал шаклда, кўкимтир-қизғиш тусли, атрофида мадда тўпланган, озгина шишган. Яранинг туби чуқур, ўлик тўкимадан иборат чиқинди билан қопланган, ўртасидан елимсимон ёпишқоқ суюқлик ажралиб турибди.

Ажралаётган яра суюқлигидан оқиш спирохеталар топилмади. КСР (ВР, КР, ЗВР) манфий натижалар берди.

Бемор ҳаётининг захмга алоқадор томонлари ўрганилди, унинг 18 йил аввал захмга дучор бўлганлиги аниқланди. Ўшанда В. чала даволанган эди. Беморнинг рафиқаси С. клиник текширувдан ўтказилганда, ундан 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 ташхис қўйиш учун қандай маълумотлар зарур?

3. В. нинг рафиқаси С. га тўғри ташхис 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-трепонемалар ҳаракатини чеклаш даражаси 70%. Шундан сўнг найсимон суяклар рентгенологик текширувдан ўтказилди ва қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: катта болдир суяқларининг метафиз қисмида қалинлиги 4 мм келадиган ёруғ оқимтир хўл (чизик) мавжуд. Мазкур чизикнинг тишли қирралари суякнинг эпифиз қисмига қараб турибди. Бошқа суякларда патологик ўзгаришлар топилмади.

Т. нинг отаси эрта яширин захм диагнози билан даволанган. Ҳозирги кунда клиник-серологик кузатиш ўтказилмоқда. Гўдакнинг иккита акаси (4 ёш ва 7 ёш) бор. Улар бирга яшайдилар.

Саволлар:

Бемор Т. га клиник ташхис қўйинг.

Катта болдир суягида топилган ўзгаришни қандай таърифлайсиз?

Бошқа оила аъзоларига нисбатан врачнинг муносабати қандай бўлиши лозим?

20- масала.

Х. исмли 62 ёшли аёл тиббиёт олий билимгоҳи касалхонасининг ички касалликлар бўлимига хафақон ташхиси билан ётқизилди. Қондаги мувофиқ КСРга олинган қон қуйидаги натижаларни берди: ВР - (3+), (3+), (4+); КР-(2+), ЗВР-(3+). Шу сабабли

маслаҳатга чакирилган венеролог беморнинг тери ва шиллиқ қаватларида захмга алоқадор белгиларни топа олмади. Такрорий серологик текширувлар қуйидаги жавобни берди: ВР-(3+), (3+), (4+); КР-(3+), ЗВР-(3+), шунингдек ИЁР - 200 (4+), ТХЧР -ҳаракатни чеклаш даражаси - 65%.

Бемор Х. нинг умр йўлдоши О. клиник ва лаборатория текширувларидан ўтказилганда, унда захм белгилари аниқланмади.

Эр-хотин 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 3-боласини тугаётганида кўп қон йўқотган экан. Ана шу сабабли, унга туғруқхонада қон қуйилган. Шундан сўнг ҳозирги даврга қадар Х. га қон ва қон препаратлари қуйилмаган. Хафакон 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 белгилари намоён бўлмади? Ўз фикрингизни айтинг.

3. Серологик текширувлар жавобини муҳокама қилинг.

21- масала.

Ж. исмли бемор 44 ёшда, мўҳандис. Тери касалликлари диспансерига мойк халтасининг териси ва оралиқ соҳасида доғлар ва яралар пайдо бўлганлиги сабабли мурожаат этди. Унинг гапига қараганда бир ҳафта аввал мойк халтасида бир неча доғлар ва пуфаклар пайдо бўлган, 2-3 кун ўтар-ўтмас ярага айланган, сўнгра оралиқ соҳасига тарқалган.

Беморнинг анамнезидан қуйидагилар маълум бўлди: у икки ойдан буён касал, сабабсиз иситма безовта қилади. Дастлаб грипп бўлиб ётган, бунда тана ҳарорати 38-39°C га чиққан, оғиз ва лабларини учуқ босган, ҳолсизланиш, бош оғриғи қийнаган, дори-дармонлар фойда қилмаган; сўнгра йўтал безовта қилиб, ўткир бронхит ташхиси билан 3 ҳафтадан кўпроқ касалхонада ётиб даволанган. Шундан сўнг йутал ўтиб кетган, аммо иситма давом этаверган. Оғзидаги учуқлар йўқолиб, яна пайдо бўлган. Қариндошларининг маслаҳати билан давони халқ табobati усуллари билан давом эттиришга қарор қилган. Бироқ сабабсиз бошланган иситма сабабсиз тушди. Ишга чиқишга ҳозирланиб турган Ж. да яра кўпайиб кетди.

Бемор Ж. нинг хотини ва 20 ёшли боласи борлиги маълум бўлди. Охириги 10 ой давомида ўзгалар билан жинсий алоқада бўлмаган. Ўн ой аввал иш юзасидан Москвага қилган сафарида номаълум аёл билан 2 марта жинсий яқинлик қилган.

Қон ва қон препаратларини умуман қабул қилмаган.

Объектив текширув маълумотлари: жинсий аъзолар соҳасида (мойк халтаси, оралиқ, орқа чиқарув тешиги) ўндан ортиқ яра мавжуд. Кичиги нўхатдек, катталари бир тийинлик чақадек келади. Яраларнинг кўп қисми айлана-овал шаклида, атрофи ҳалқасимон қизарган, туби нотекис ва йирингсимон суюқлик билан қопланган, улардан нохуш ҳид ажралиб турибди. Кўпчилик яраларнинг тубидаги ва атрофидаги тўқима жуда юмшоқ, босилганда кучли оғриқ пайдо бўлади. Баъзи яраларнинг тубида қаттиқ мадда пайпасланди. Периферик лимфа тугунлари (бўйин ва қўлтиқ соҳаларида кабутар тухумидек, ўмров ости безларида ўрик данагидек, чов соҳасида ловиядек) катталашган, ҳаракатчан, қаттиқ ва безлар устидаги тери яллиғланмаган.

Яралардан ажралиб чиқаётган тўқима суюқлиги таркибида оқиш спирохеталар топилмади. Мазкур суюқликдан тайёрланган суртмада Дюкрей стрептобациллалари йўқ экан.

Серологик текширув натижалари қуйидагича: Вассерман реакцияси ўта мусбат, чўкма реакциялари манфий, ИЁР - 200 манфий, ТХЧР - трепонемалар ҳаракати 10% чекланган.

Қоннинг умумклиник текширув натижалари: эритроцитлар - 4,2 млн., гемоглобин - 90, лейкоцитлар - 6200, тромбоцитлар - 230 000.

Масала шарида берилган маълумотларни изоҳланг.

Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Касалликни аниқлаш учун қандай анамнестик, клиник ва лаборатория маълумотлари зарур?

Буюртма №41. Адади 100 нусхада.
Келишилган нархда

Босмахона манзили: ООО «GEO FAN POLIGRAF» 100170, Тошкент,
И.Мўминов кўчаси, 13-ўй.