

**Республика Ихтисослаштирилган Дерматовенерология ва Косметология
илмий-амалий тиббиёт Маркази**

Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Турдиев Ж.Р.

**ТАНОСИЛ (ВЕНЕРИК) КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ
ЛАБОРАТОР ТАШХИСОТИ**

Тошкент – 2025

Муаллифлар:

Эшбоев Э.Х.- Республика Ихтисослаштирилган Дерматовенерология ва Косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази илмий лаборатория мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Фаттахов Б.Ш.- Республика Ихтисослаштирилган Дерматовенерология ва Косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази сифилидолог шифокори, тиббиёт фанлари номзоди.

Турдиев Ж.Р.- Республика Ихтисослаштирилган Дерматовенерология ва Косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази дерматовенерологи.

Такризчилар:

Ташкенбаева У.А. – Тошкент тиббиёт академияси тери ва таносил касалликлар кафедраси мудираси, т.ф.н., профессор.

Маматқулов У.А. – Республика Ихтисослаштирилган Дерматовенерология ва косметология Илмий Амалий Тиббий Марказ клиник лаборатория мудир, тиббиёт фанлари номзоди.

Монография РИДваВИАТМ Илмий Кенгаши йиғилишида (протокол ----- й.) тасдиқланган.

Илмий котиб

Боҳодирова А.А.

Монографияда захм (сифилис, lues), сўзак (гонорея, gonorrhoea), юмшоқ шанкр (ulcus molle), донованоз (паховая гранулёма), венерик лимфогранулематоз (лимфогранулематоз паховый) каби таносил касалликлари кўзғатувчисининг морфобиологик хусусиятлари, эпидемиологияси, патогенези, клиник кечиши, бактериоскопик, бактериологик, серологик ташхисоти, давоси ва профилактикаси хозирги замон талаби асосида батафсил баён қилинган.

Тавсиянома Республикамиздаги даволаш – профилактик муассасаларида фаолият кўрсатаётган дерматовенеролог, умумий амалиёт шифокорлари, врач-лаборантлар, серологлар, бактериологлар ва тиббиёт институтларининг юқори курс талабалари, клиник ординаторлар ва магистрлар фойдаланиши мумкин.

КИРИШ

Сўнги 20-30 йил давомида дерматокосметология, дерматоонкология, хатто дерматомикология шу даражада ривожланиб кетмоқдаки уларнинг соясида венерология фани бир оз орқага чекинганга ўхшайди, балки антибиотикотерапиянинг ривожланиб кетиши венерик – таносил касалликларининг йўлини тўсиб қўйдими ёки венерологияга эътибор камайди?

XX асрнинг охири, XXI асрнинг дастлабки 10 йиллигида жинсий йўл билан юқувчи касалликлар (урогенитал хламидиоз, уреамикоплазмоз, гарднереллез, кандидоз, амёбиаз, гепатит С ва б.) сони салкам 25 – 30 тагача етди деб қўпчилик ҳамкасбларимиз бонг урди. Орадан 20-30 йил ўтиб уларнинг қўпчилиги жим бўлиб қолдилар. Бунинг сабаби асл мутахассисларга маълум, чунки қўзғатувчиларнинг патогенлиги таносил касалликлари олдида жуда сустр эди.

Таносил касалликларининг бешта вакиллари (захм, сўзак, юмшоқ шанкр, венерик лимфогранулематоз ва донованоз) ичида захм (сифилис) юқори контагиозлиги, сурункали кечиши нафақат ички аъзоларни, хатто асаб тизимини зарарлаши билан бир қаторда, балки онадан болага ҳам юқиши мумкин. Даволанмаган бемор пировардида чуқур ногирон бўлиб қолади.

Захм жинсий мулоқот пайтида юқади. Демак касаллик навқирон ёшдаги йигит ва қизларнинг келажагини поймол этади. Дунёда йилига 12 млн дан ортиқ катта ёшдаги одамлар захмдан даволанадилар. Республикамизда бу кўрсаткич 2500- 3000 га тенг. Лекин беморларнинг 60-70 %и жуда кеч аниқланмоқда. Шу тўғрисида яширин захмнинг салмоғи йилдан йилга ортмоқда, натижада касалликнинг асорати ҳам кўпаймоқда.

Таносил касалликларининг иккинчи вакили сўзак – гонорея ҳисобланиб йилига дунёда 62 млн.дан ортиқ репродуктив ёшдаги беморлар қайд қилинади. Ўзбекистонда эса ҳар йили 3000 дан ортиқ 20-40 ёшдаги эркак ва аёллар касалликка чалинади. У ўз вақтида аниқланмаса ёки мутлақо тўлиқ махсус даво олиб борилмаса орхит, уретра стриктураси, простатит, везикулит, цервицит, эндометрит, сальпингоофорит, офтальмобленнорея, бепуштлик ва бошқа репродуктив тизим патологияларига олиб келади.

Юмшоқ шанкр жинсий аъзоларнинг юқумли, ярали касаллиги ҳисобланади ва у ҳам аксарият жинсий мулоқот пайтида юқиб қолади. Касаллик барча таносил хасталиклари орасида кечиши бўйича жуда мураккаб ва оғир ҳисобланади.

Венерик лимфогранулематоз ҳам жинсий йўл билан юқувчи хавфли касалликлар қаторига киради. Унда лимфа тугунлари ва урогенитал соға юмшоқ тўқималари жароҳатланади. Кўпинча фаол жинсий хаёт кечирувчи енгилтабиат ёшлар касалланади. Касаллик Жанубий Америка, Ғарбий ва Шарқий Африка, Жануби-Шарқий Осиёнинг тропик ва субтропик давлатлари ва Европанинг порт шаҳарлари аҳолиси орасида учрайди.

Донованоз ёки чов гранулёмаси ҳам аксарият холларда жинсий йўл билан юқадиган, оғир асоратларга олиб келиш хавфи юқори бўлган инфекциян касаллик ҳисобланади. Бунда жинсий аъзолар ост, чов соҳасидаги тери ва тери ости ёғ қаватида катта гранулематоз, турли хажмдаги яраларнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади. Донованоз ҳам тропик ва субтропик давлатларда учрайди.

Юқорида биз қисқача таърифлаган 3 та таносил касалликлари – юмшоқ шанкр, венерик лимфогранулематоз ва донованоз каби хасталиклар Республикамиз ҳудудида ўтган асрнинг 50-60 йиллари бутунлай йўқ қилинган. Лекин эндиликда географик ҳудудлар орасида муносабатлар мутлақо ўзгарди. Ўзбекистон мустақил давлат деб бутун дунё мамлакатлари томонидан тан олинганига 33 йилдан ошди, айниқса ички ва ташқи миграция, давлатларо дипломатик муносабатлар кунга кунга ортиб бормоқда. Эндиликда хатто Америка қитъасига 2-3 кунда бориб келиш имкони туғилган. Савдо-сотик, бизнес ва туризм мисли кўрилмаган даражада ривожланмоқда. Бунда вазиятларда ўз-ўзидан маълумки, юқумли касалликлар, шу жумладан таносил касалликлари ҳам мамлакатимизга ташқаридан кириб келиш эҳтимоли йўқ эмас. Бу ҳолатни шу кунларда дунёда юз бераётган Covid-19 пандемиясини яққол мисол қилишимиз мумкин. Демак биз венерик тропик касалликларни ўрганишимиз ва ўргатишимиз зарур. Мустаҳкам иродали ёш тиббиёт кадрларини тайёрлашимиз керак бўлади.

Узоқ йиллик тажрибамиз кўрсатдики, таносил касалликлари ва уларнинг замонавий лаборатор ташхисотиға бағишланган ўқув қўлланмаси ёки алоҳида монография ўзбек тилида ханузгача чоп этилмаган. Юқоридаги фикр ва мулоҳазаларға таянган холда биз таносил касалликларининг хозирги кундаги эпидемиологияси, этиологияси, патогенези, клиникаси, давоси ва лаборатория ташхисотиға бағишланган ушбу монографияни ёзишға жазм этдик. У айрим камчиликлардан холи бўлмаслиги мумкин, шуни эътиборға олган холда ўз фикр ва мулоҳазаларини биз билан ўртоқлашган ҳамкасбларимизға миннатдорчилигимизни изхор этамиз.

I-БОБ

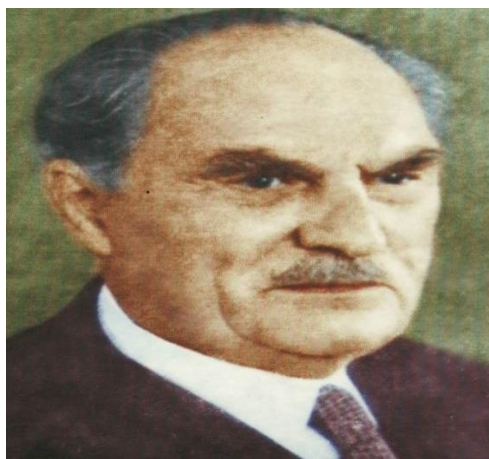
**Жинсий йўл билан юқувчи касалликларнинг таснифи
(классификацияси)****Классик венерик касалликлари**

<i>Касалликнинг номи</i>	<i>Касаллик қўзғатувчилари</i>
Захм	<i>Treponema pallidum</i>
Сўзак	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Юмшоқ шанкр (шанкرويد)	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Венерик лимфогарнулематоз	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Венерик гранулема (чов)	<i>Calymmatobact.gran.</i>

ЗАХМ (сифилис)

Захм (сифилис) юқумли сурункали кечувчи таносил касаллиги бўлиб, уни оқиш трепонемалар (*Treponema pallidum*, subspecies *pallidum*) қўзғатади. Ушбу трепонемаларни 1905 йилда Эрих Гофман томонидан биринчи бор аниқланган (**1- Расм**). Фаол клиник кўриниш даврининг яширин даври билан алмашилиши клиник патологоанатомик жиҳатдан терида кучсиз бўлган яллиғланишлардан то чуқур махсус инфекцион гранулёмалар ҳосил бўлиши билан ифодаланади. Захм билан оғриган беморлар мабодо даволанмаса касаллик оғир оқибатларга олиб келади, пировардида касаллик манбаи бўлиб қолиши билан бир қаторда оғир ногиронлик билан ҳаётини якунлайди. Айниқса касалликнинг хомиладорлик туфайли болага ўтиши жуда ҳам ачинарлидир.

Хорижий ва маҳаллий олимларнинг эришган ютуқларига қарамасдан сифилидологиянинг клиник лаборатор ташхисотларида қатор камчиликлар мавжуд. Айниқса, касаллик яширин шаклларининг йилдан йилга ошиб бораётганлиги (60 – 70 %) бу соҳани назоратда тутишни ва уни такомиллаштиришни талаб этади (2,4).



1-расм. Эрих Гофман (1868-1959 й)

Захм касаллиги жуда тез юқадиган касаллик ҳисобланади. Айтиш жоизки, хасталикнинг бирламчи ва иккиламчи янги даври, қолаверса рецидив даврларида ҳам бу кўрсаткичи максимал даражага етади. Ушбу даврда сифилитик тошмалар нафақат терида, балки шиллик соҳада, яъни оғиз ва жинсий аъзолар шиллик қаватларида ҳам намоён бўлади (3,55).

Кейинги йилларда кўпгина таниқли мутахассисларнинг маълумотларига асосан, сифилидологияда клиник жиҳатдан катта ўзгаришлар рўй бермоқда. Эндиликда захм касаллигига хос бўлган клиник белгиларни беморларда кузатиш жуда камдан-кам ҳолатга айланди. Хаттоки амалий шифокорларга қаттиқ шанкрни кўрсатиш анқонинг уруғи бўлиб қолди. Юзлаб дерматовенерологлар малака ошириш учун Марказга келишади, аммо захмнинг дастлабки белгиси бўлмиш “қаттиқ шанкрни” кўрмай кетишади. Иккиламчи сифилитик тошмалар тўғрисида гапирмаса ҳам бўлади. Хўш бирламчи сифилома қаттиқ шанкрдан патологик материал олиб микроскопда қоронғу майдонда спирохеталарни аниқлаш қай аҳволда?

Дарҳақиқат, шанкр бўлмаса спирохеталар қаердан аниқланади. Бу ҳолатнинг ўн йиллаб давом этиши бу соҳадаги мутахассисларнинг деярли йўқ бўлиб кетишига олиб келди. Ҳозирда аҳолиси камида 2 – 3 млн. бўлган шаҳар ёки вилоятлар ҳудудида оқиш спирохеталарни микроскопнинг қоронғилаштирилган кўрув майдонида аниқлай оладиган санокли лаборантлар қолган бўлиши мумкин. Уларнинг ҳам малакаси талабга тўлиқ жавоб бермайди. Айтиш жоизки, биз эрта захмда қисқа вақт ичида аниқ ташхис қўядиган арзон ва самарали услубдан билиб – билмай воз кечдик. Натижа ҳаммага маълум, касалликнинг кечки яширин шакллари йилдан – йилга ортиб бормоқда (6,53).

Захмнинг яширин формаларини аниқлаш серологик тадқиқот ишлари орқали, яъни қўзғатувчига нисбатан гуморал иммун антитаначаларни ёки баъзан уларнинг антиген детерминантларини аниқлаш ўтказилади. Унда бир қатор серологик таҳлилларни қўллаб, хатто касалликнинг даврийлигини ҳам

аниқлаш мумкин. Дунёнинг барча давлатларида, шу жумладан Ўзбекистон тиббиётида захми аниқлаш учун асосий ташхис услуги серологик тадқиқотлар ҳисобланади. Эндиликда захм касаллигини аниқлаш серологик изланишлар билан боғлиқ бўлиб қолмоқда. Айниқса, кардиолипин антиген билан преципитация микрореакцияси (РМП) қўллаш энг такомиллашган услуб ҳисобланади. Биргина 2022 йилда Республикамизда 5293211 зардоб таҳлили МР усулида ўтказилган бўлиб, у жами текширувларнинг 93.8% ини ташкил қилади, шундан 23429 та зардоб захмга нисбатан мусбат натижа берган. Қайта текширилганда 0.44% ҳолатда захм у ёки бу формада тасдиғини топган.

Махсус трепонемали услублардан, масалан, иммунологик иммунофлуоресценция реакцияси (РИФ), трепонемалар ҳаракатини чеклаш (РИБТ) реакцияси билан зардобни захмга текширувлари жами текширувларнинг 0.8 – 1 % ини ташкил қилган ҳолос.

Дарҳақиқат, стандарт серологик реакция қуйидаги мақсадларда қўлланилади: захм деб гумон қилинганларга клиник ташхисни тасдиқлаш учун; захмга қарши даво чоралари натижаларини аниқлаш ва назорат қилиш учун; захмдан тузалганлик мезонини аниқлаш учун ва хоказо.

Махсус трепонемали серологик реакциялар (РИФ, РИБТ) эса захмнинг кеч даврлари ташхисотида кузатилиши мумкин бўлган мураккаб ҳоллар ечимини ойдинлаштиришда қўлланилади, жумладан, аниқланмаган захмда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ҳозирда тиббиёт амалиётида ишлаб турган ва захмга алоқадор бўлган барча буйруқ (№ 633, № 128, № 510) ва кўрсатмаларни ҳаётга тадбиқ қилишда аниқроғи, бутун оммани профилактика мақсадида захмга текширишда кардиолипин антигени билан микропреципитация реакцияси (МР, яъни экспресс тест) жуда қўл келади. Мазкур услубда реакция жавоби қисқа вақт ичида тайёр бўлади ва минглаб зардоблар орасидан захмга гумон қилинганлари ажратиб олинади. Экспресс услубда қайд қилинган мусбат натижа, кейинчалик махсус трепонемали реакциялар таҳлиллари билан тасдиқлансагина захм ташхиси қўйилади.

Дарҳақиқат, айтиш жоизки, захм жуда мураккаб, тизимли, сурункали касалликлардан бири ҳисобланади. Уни аниқлашда ишлатиладиган терпонемасиз ва трепонемали серологик реакцияларни таклиф қилишдан олдин, мутахассис албатта бу реакцияларнинг моҳиятини яхши билиши керак. Ундан ташқари серологик ташхисотда фаолият кўрсатаётган врач лаборантлар ўз касбига жавобгарлик билан қараб тинимсиз билим савияларини ошириб бориши зарур. Захм тарқалишини назорат қилиш ва уни

аниқлш деяри 100% лаборатория хизматини жорий қилиниши билан боғлиқлигини унутмаслигимиз керак.

Трепонема (*Tr.pallidum*) нинг морфологик ва биологик хусусиятлари

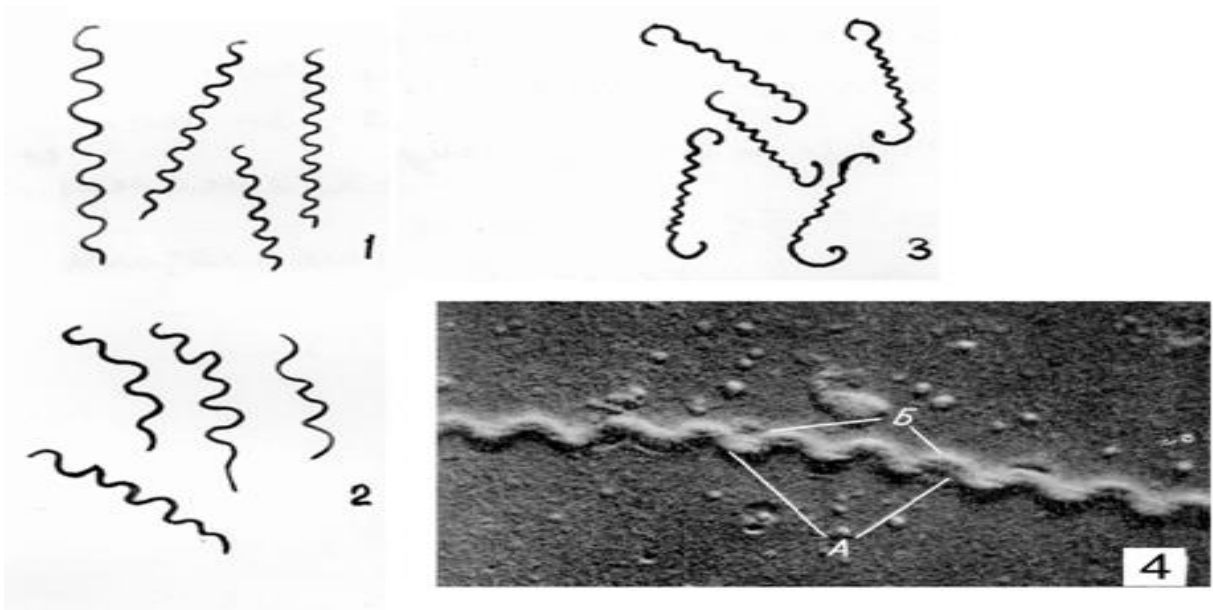
Захм қўзғатувчиси оқиш трепонема ёки оқиш спирохета – захм қўзғатувчиси Spirochaetaceae оиласининг вакилидир (**2-расм**). Бундан ташқари, бу турга *Tr.microdentium*, *Tr.macrodentium* каби оғиз бўшлиғи сапрофитлари ва бошқалар киради (**3,4-расм**). Спирохеталарнинг оқиш дейилишининг сабаби уларнинг лабораторияда кўп ишлатиладиган аналини бўёқлари билан сусти бўйлишидир.

Спирохеталар (лот. *Spira* – эгри-бугри, бурама, *chaita* – ингичка), пармага ўхшаш буралган, ҳаракатчан, бир ҳужайрали микроорганизмлар.

Сапрофит спирохеталар йирик, катталиги 200-500 мкм ўлчамдаги ҳужайралар бўлиб, айримларида кристаллар бор. Сапрофит спирохеталар ва нопатоген лептоспиралар ифлосланган сув хавзаларида, совуқ қонли ҳайвонлар ичагида яшайди. Романовский-Гимза усули билан кўк рангга бўйлади. Спирохеталар спиралсимон бўлиб, якка-якка ёки тўп-тўп бўлиб, жойлашади. Ҳужайралари протоплазматик цилиндр ташкил қилиб, ўқи бўйлаб бир дона ёки бир неча фибриллар жойлашади. Спирохеталарнинг тузилишидаги айрим хусусиятлари содда жониворларникига ўхшаб кетади. Спирохеталар жуда ҳаракатчан; ўз ўқи атрофида айланиб юрвчи, букилувчи, винтсимон ва олдинга интилувчи ҳаракатларни бажаради. Споралар ҳосил қилмайди, грамманфий бўйлади, айримларининг ҳужайра ичи киритмалари бор.

Спирохеталар хемоорганотроф, аэроб, факультатив анаэроб ёки мутлок анаэроб бўлиши мумкин. Уларга табиатда эркин яшовчи комменсал ёки паразит ҳолатида яшовчилар ҳам киради. Спирохеталар оиласи *Treponema*, *Sprillum*, *Borrelia* ва *Leptospira* уруғидан ташкил топган.

Захмининг қўзғатувчиси спирохеталар (трепонемалар) ингичка, 12-14 тача бурмаси бўлган, ҳаракатчан спирохетадир. Танаси бир текис буралиб спирал ҳосил қилади. Трепонемаларнинг икки томони учли ёки бир оз букилган бўлиб, узунлиги 10-13 мкм, эни 0,1-0,18 мкм. Нуклеоид ДНК таркибида ГКЦ

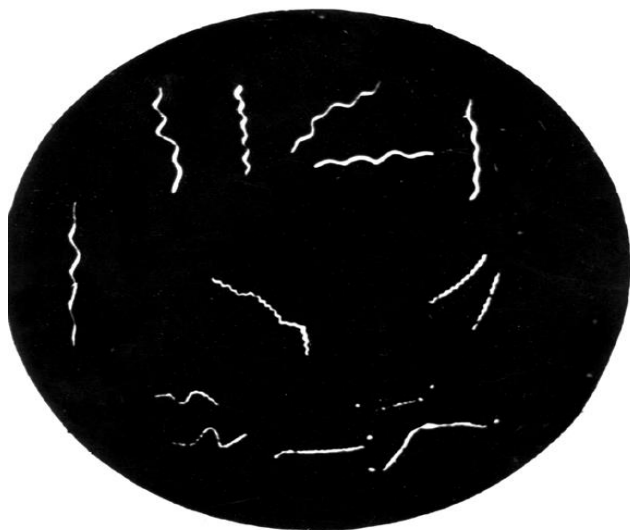


2-расм.

- 1 – оқиш трепонемалар
- 2 – нопатоген спирохеталар (бореллия)
- 3 – лептоспиралар
- 4 – оқиш трепонеманинг электрон микрофотоси
- 5 – оқиш трепонеманинг эдектрон микрофотоси (скан)

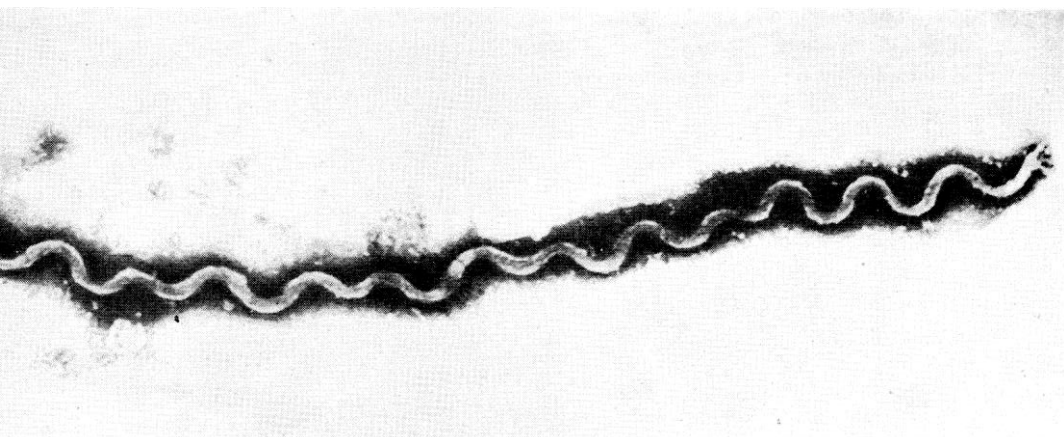


3-расм. Нопатоген спирохеталарнинг қоронғилатилган кўрув майдонидаги тасвири

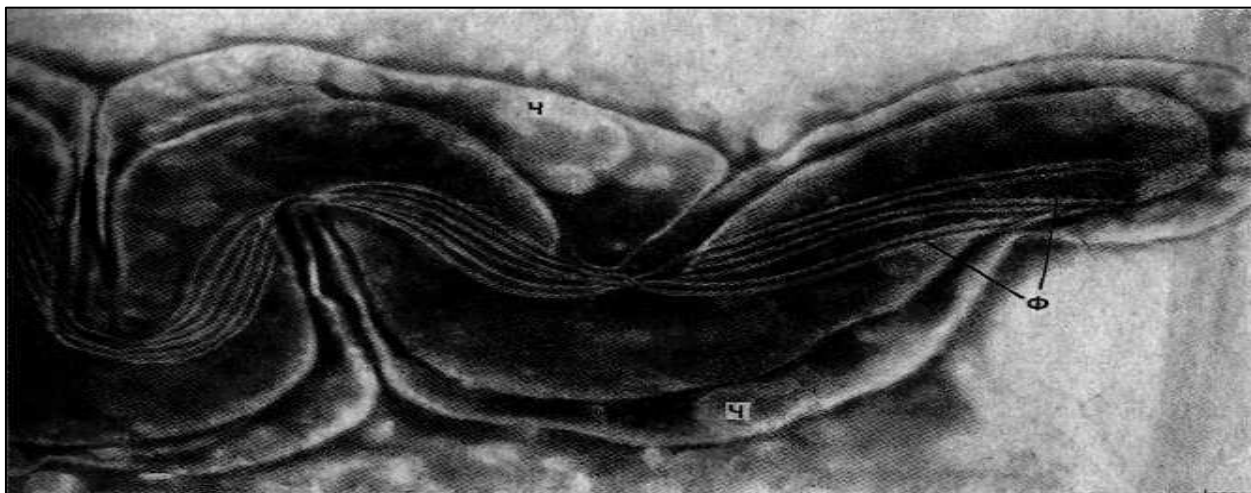


4-расм. Турли хил спирохеталарнинг қоронғилатилган кўрув майдонидаги тасвири

52,4-53,7% ни ташкил этади. Захм қўзғатувчиси буралиб, тўлқинсимон ҳаракат қилади (**5-расм**). Электрон микроскоп остида оқиш трепонема уч қаватли қобикқа ўралган ҳолатда кўринади, ҳар бир қават ўз структураси ва вазифасига эга. Фибриллалар ип шаклида бўлади, бир учи билан блефаробластларга ёпишади (**6-расм**). Цитоплазма таркибида турли хил катталиқдаги рибосомалар жойлашган, улар оқсил молекулалар, вакуола ва лизосомалар синтезини амалга оширади (**7-расм**). Оқиш трепонемалар ёки спирохеталар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Трепонемалар учун организмда ноқулай шароит вужудга келиши (антибиотиклар таъсири) уларнинг цисталар ҳосил қилишига олиб келади. Цисталар коптокча шаклида ўралган трепонемалар бўлиб, ташқи томондан дори-дармонлар таъсирига чидамли муцинсифат қобик билан ўралган. Циста шаклига ўтган трепонемалар организмга патоген таъсир ўтказмайди ва маълум муддат сақланади. Макроорганизмнинг иммунобиологик хусусияти пасайганда ва микроорганизмга таъсир этувчи омиллар бартараф этилганда циста шаклидаги микроблар патоген трепонемаларга айланади (29).

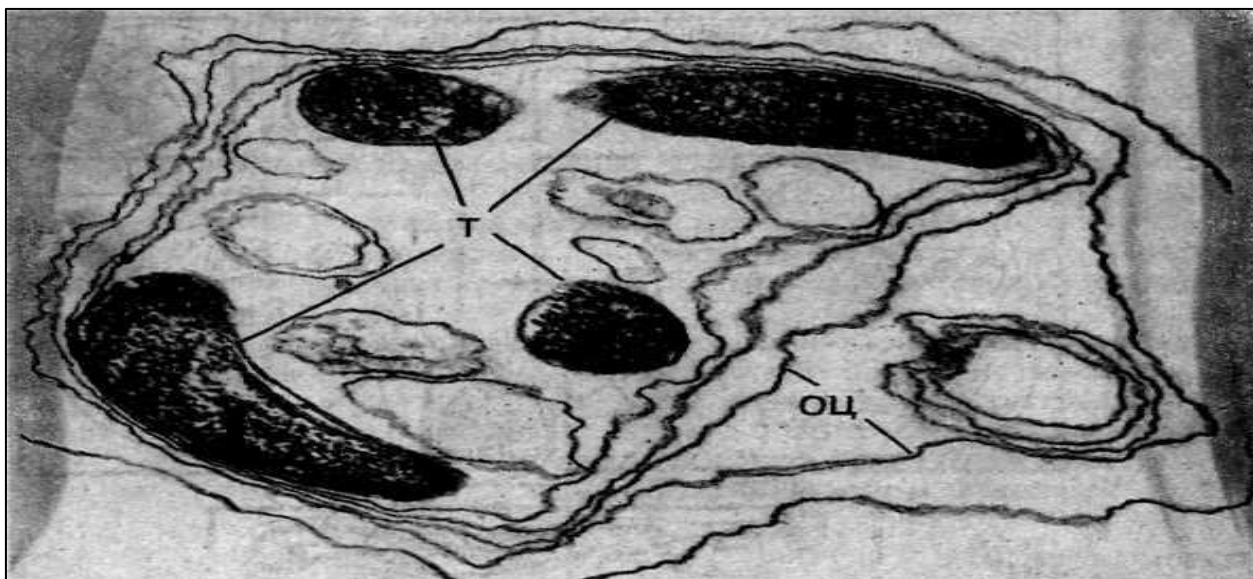


5- расм. Оқиш трепонема (электронোগрамма). Никольсон штамми. Кат х 9000.
Муаллифлар. Н.М.Овчинников, В.В.Делекторский



6-расм. Оқиш спирохеталарнинг электрон кўриниши. Ставрополь штамми.

Ч – қоплам (чехол), Ф – фибриллалар. Кат х 131000. Муаллифлар. Н.М.Овчинников, В.В.Делекторский



7- расм. Циста шаклига ўтган оқиш трепонемалар.(Т). Периферияларда яна кўп қаватли циста қобиклар кузатилади (ОЦ). Қозон штамми. Кат 60000. Муаллифлар. Н.М.Овчинников, В.В.Делекторский

Патоген оқиш трепонемалар озик муҳитларга жуда талабчан, улар жуда ўзгарувчан микроорганизмдир. Уларни сунъий озик муҳитларда ўстириш жуда мушкул ишдир. Биринчи бор 1909 йили Я.Г.Шершевский от қони зардобидан ундиришга муваффақ бўлган. Кейинчалик Ноугучи асцит агарнинг чуқур қатламида оқиш трепонемаларнинг культурасини олган, аммо айтиш керакки, узок вақт озик муҳитда ундирилган трепонемалар ўзининг патогенлик хусусиятларини йўқотган (31).

Россиялик олимлардан В.М.Аристовский ва Р.Р.Гельцер оқиш трепонемаларнинг кўплаб штамmlарини ўстиришга муваффақ ўлганлар. У штамmlарга кейнчалик “Қозон штамmlари” деган ном берилган. У штамmlардан чет элдаги Reiter штамmlари каби захмнинг серодиагностикасида қўл келадиган антигенларни ишлаб чиқишда фойдаланилади.

Одатда оқиш трепонемаларнинг соф культурасини олиш учун гўшт пептонли бульон, жигар бульони, эркак қуёнларнинг мойларидан тайёрланган озик муҳитлардан фойдаланилади. Яна қорамол юрагидан тайёрланган бульон, қуён ёки от зардобидан, ҳамда инсон асцит суюқлигидан ҳам фойдаланилади.

Оқиш трепонемалар зич озик муҳитда анаэроб шароитда 35°С да 3 – 5 кундан сўнг кичик колониялар ҳосил қилади. Вирусологияда кенг ишлатиладиган 199 муҳит – хужайра культурасида ҳам унга озрок жигар

бульони ва қуён қони зардоби қўшиб оқиш трепонемаларни 7 – 9 кундан ўстирса бўлади.

Оқиш трепонемалар мавжудлигининг асосий вариантлари:

1. Одатий спиралсимон шакл; антибактериал препаратларнинг таъсирига сезувчан ва кам чидамли; спирахеталар касалликнинг эрта инфекция босқичларида учрайди

2. Шароит ноқулай бўлган пайтларда яшашга ва бўлинишга чидамли бўлган циста шаклини эгаллайди. Бу ҳолат одатда антибиотиклар ва антитаначалар таъсирида юзага келади. Оқиш трепонемалар ҳужайра девори устида яна қўшимча қобиқ шаклланади. Бу вазият уларнинг антигенлик фаоллигини оширади. Циста шаклини эгаллаган трепонемалар мавжудлигини захмнинг яширин даврининг, шу билан биргаликда суст кўринишининг чўзилиб кетишини ҳамда серологик реакцияларнинг мусбат қолишини ва антибиотикларга қаршилигининг чидамлигини таъминлайди.

3. Баъзан узоқ вақт самарасиз ишлатилган антибиотиклар таъсирида оқиш трепонемалар L-шаклга ўтиб қолиши мумкин. Трепонемаларнинг L-шакли гранула, шар ва юмалоқ кўринишда бўлиб уларнинг патогенлик ва антигенлик хусусиятлари одатдагилардан анча паст бўлади. Олимлардан Н.М.Овчинников ва бошқалар (1987) захм касаллигининг яширин ва узоқ давом этувчи серочидамли шакллари трепонемаларнинг L-шакли билан боғлиқ дейишади (31).

Оқиш трепонемалар таркибига учта антигенлар гуруҳи киради. Булар албатта захмнинг сероташхисотида катта аҳамият касб этади.

- Оқиш трепонемаларнинг оқсилли (протеинли) антигенлари. Одатда трепонемаларнинг оқсил таркибли антигенлари жуда юқори иммуноген, захмнинг инкубацион даврининг ниҳоясида ёки қаттиқ шанкр пайдо бўлган даврда юзага келади.
- Полисахарид табиатли антигенлар. Улар етарлича иммуноген эмас ва паст титрларда ҳам антитаначаларнинг шаклланишига олиб келади. Бу антитаначаларнинг захм сероташхисотида аҳамияти жуда паст.
- Оқиш трепонемаларнинг липид антигенлари. Буларга қарши чиқадиган антитаначалар касалликнинг 5 – 6 хафтасида намоён бўлади ва уларни сероташхисотда аниқлаш мумкин

Табиий шароитда ҳайвонлар захм билан касалланмайди. Экспериментал шароитда биринчи марта шинпанзе маймунида, кейинчалик қуёнда кўзғатилган. Захм оқ сичқон, каламуш ва денгиз чўчкаларида белгисиз кечади. *Tr. canicola* қуёнларга хос захми қўғатади.

Трепонемаларнинг ташқи муҳит ва дезинфекцияловчи моддаларга чидамлилиги. Трепонемалар одам организмидан ташқарида ташқи муҳитга

айтарли чидамли эмас. 45-48⁰С да қиздирилганда 1 соат, 55⁰С да эса 15 дақиқада ўлади. Лекин нам муҳитда узок яшайди. Дезинфекция қилувчи воситалар трепонемаларни бир зумда ўлдиради. Масалан, у қуруқ шароитда тез ўлади. Нам нарсаларда бир неча соат яшаши мумкин. Икки томони кавшарланган найчадаги трепонемалар нам муҳитда 2 соатдан то 2 кунгача тирик сақланади Ваакум шароитда музлатилган трепонемалар 1,5-2 йил мобайнида ҳам патогенлигини йўқотмайди. 10% ли инактивланган нормал зардоб ва 15% ли глецириндан тайёрланган суспензияда трепонемалар бир қанча вақт тирик сақланиши мумкин. М.С.Григорьев туғма захмнинг вафот этган чақолокнинг жигаридан тайёрланган препарат 48 соатдан кейин ҳам трепонемалар ҳаракани кузатган. 72 соатдан сўнг эса уларнинг ҳаракати заифлашган (6,51).

Одатда кислотали муҳит ва кислоталар трепонемаларга ҳалокатли таъсир этади. 0,3-0,5% ли хлорид кислота эритмасида улар бир зумда, кучли кислотада эса шу зоҳати ҳаракатини йўқотади.

Баъзан таркибида кислота ҳамда алкоголь сақланган озиқ-овқат маҳсулотлари (умумий кислоталиги 0,8-1,4%, спиртнинг қуввати 15-16⁰ ли, протовеин умумий кислоталиги 6,8-7,2% лимонад, 0,33% ли кефир, 0,5-9,0% квац) трепонемаларга ҳалокатли таъсир қилади. 3-4% ли сода эритмасида улар ўз ҳаракатини йўқотмайди, аммо 5% ли эритмасида нобуд бўла бошлайди. Қуюқ совунли сувда улар бир неча дақиқада ҳалок бўлади (51).

Консерваланган ҳолда оқиш трепонема 3-5 кунгача тирик сақланиб қолиши мумкин. Бу эса қон қуйишда захм юқиш эҳтимолини олдини олиш мақсадида донорларнинг синчиклаб текширувдан ўтказишни зарур қилиб қўяди.

Тиббиёт ходимлари касалларни юқумли даврида текширганларида эҳтиёт чораларига қаттиқ амал қилишлари керак. Чунки акушерлар, гинекологлар, жаррохлар, стоматологлар, лаборантларга касаллик юқиб қолган ҳодисалар кузатилган. Бунинг олдини олиш мақсадида беморларни текшириб бўлгандан сўнг шифокорлар албатта қўлларини совунлаб ювиши керак. Лабораторияда эса дезинфекция мақсадлари учун 3-5% ли карбол кислота, 1-3% ли лизол, 0,5% ли гипохлорид эритмалари, “Оксидез-Р”, “Septo-dez” ва 70% ли этил спирти ҳамиша бўлиши керак.

ЗАХМНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ

Захм кўзғатувчиси *Tr.pallidum* бошқа спирохеталардан фарқли равишда тўқима паразити ҳисобланади. Улар жинсий алоқа пайтида беморнинг зарарланган ўчоғидан ёки танасидаги шикастланган эпидермис ёки шиллик пардалар орқали юқади. Кейинчалик лимфа суяқлиги ва қон оқими

трепонемаларни қолган аъзо ва тўқималарга тарқатиш учун хизмат қилади. *Tr.pallidum* табиатан жуда фаол паразит ҳисобланади, улар бу фаоллигини капиллярларга тушгандан сўнг яққолроқ намоён қилади. Шу туфайли капиллярлардги қон оқими билан тўқималарга кириб боради ва улар кўп миқдорда тўпланади. Оқибатда оқиш трепонемалар тери ва шиллик пардаларда клиник ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Кейинчалик улар интенсив равишда кўпая бошлайди (29,34).

Яна айтиш жоизки, оқиш трепонемаларнинг бир қисми периневрал лимфатик бўшлиққа кириб боради, у ердан улар асаб толалари бўйлаб марказий асаб тизимига етиб боради. Шундан сўнг оқиш трепонемалар барча орган ва тўқималарга тарқалган ҳисобланса-да, лекин макроорганизмнинг кўринадиган даражада жавоб реакцияси кузатилмайди. Ушбу таърифланган ўзгаришлар захмнинг инкубацион даврига тўғри келади. Дарҳақиқат, ушбу муҳитлар инфекция кирган пайтидан бошлаб касалликнинг биринчи клиник белгилари пайдо бўлгунча вақт ҳисобланади (**8-расм**). Ўзбекистонда захм касаллигининг клиник манзарасини ўрганишда ва уни даволашда профессор А.Х.Абдуллаевнинг хизмати катта.



8-расм. Абдулхай Ходжаевич Абдуллаев (1921-1998 й)

Захмнинг инкубацион даври ўртача 3 – 4 ҳафта давом этади. Қатор олимларнинг таърифича, инкубацион давр 5 – 9 кундан, баъзан 110 – 190 кунгача чўзилиб кетиши мумкин. Инкубацион даврнинг жуда қисқа вақт бўлиши макроорганизмнинг иммун ҳолати ёки бемор билан қайта-қайта

жинсий мулоқотда бўлиши билан таърифланса, чўзилиб кетиши эса қисқа муддат давомида оз миқдордаги антибиотиклар қабул қилиниши билан боғланади. Шунингдек кекса ва иммун заиф одамларда ҳам яширин давр чўзилиб кетиши мумкин. Касаллик юққандан сўнг орадан 3- 4 хафта ўтиб хасталикнинг дастлабки белгиси, яъни қаттиқ шанкр пайдо бўлади. Шунинг унутмаслик керакки, кўзгатувчи бўлмиш оқиш спирохеталар (трепонемалар) терининг қайси жойдиан кирса, бирламчи сифилома (шанкр) худди шу жойдан пайдо бўлади. Аммо, мабодо захмга чалиган беморнинг қони фавқулотда соғлом одамга тўғридан-тўғри қуйилгудек бўлса у холда беморнинг териси ёки шиллиқ пардасида бирламчи шанкр юзага келмайди, балким оқиш трепонемалар тўғри қон ёки лимфа тизимига тушади ва маълум вақтдан кейин захмнинг тарқалган иккиламчи шакли қузатилади. Бундай ҳолатда тадқиқотчилар “бошсиз захм” (syphilis demblee) деб аталади (**жадвал**).

Инфицирланиш	Бирламчи склераденит шанкр	Иккиламчи Терида тошмалар, бодомча безлар, кафт, товон, анус, жинсий аъзолар зарарланиши, полиаденит	Яширин симптомлари йўқ	Учламчи Суякларда гумалар, тери ва бошқа органлар қон томир ва асаб тизими зарарланиши
	2-2.5 ой	3-6 ой	1-30 йил	йиллар давомида 60% учинчи сифилисни ривожлантирмайди

Бирламчи захм даврининг кечиши	MP мусбатлиги
	Лимфаденит

Инкубацион давр					Шанкр				
хафталар	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Бирламчи сифилома намоён бўлган пайтдан бошлаб орадан 5 – 7 хафта ўтгач касалликнинг клиник жиҳатдан сурати мутлақо ўзгаради. Эндиликда барча юқумли касалликларда кузатилганидек, беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади: бош оғрийди, кўнгил айнийди, ўзини беҳол сезиш ва шу билан биргаликда терининг кўп қисми ва шиллиқ пардаларининг кўринадиган соҳасида тошмалар пайдо бўлади. Бу захмнинг фаол клиник кўриниши бўлиб, уларнинг юзага келиши оқиш трепонемалар таъсирида тўқималарда реактив ўзгаришлар рўй беради. Ва бу давр захмнинг иккиламчи даври (syphilis secundaria-II) дейилади. Кейинчалик захмдаги тошмалар йўқолиб ва яна пайдо бўлиб туриши билан алмашилиб туради ва орада тинч яширин (syphilis latens) даврини ўтказди.

Электрон микроскопда ўтказилган тадқиқотларда маълум бўлдики, *Tr.pallidum*нинг спиралсимон шакли хужайра ичи даврини бошидан кечирилади. Улар макроорганизм хужайраларини парчалаб ташқарига чиқади, бу даврда уларнинг тўқималарни, капиллярларни ва нерв толаларини қаттиқ зарарлайдиган кучга эга бўлади.

Дарҳақиқат, *Tr.pallidum* тўқима паразити ҳисобланиб, макроорганизмда тез тарқалиб кетишига иммун тизим қаршилиқ қилиши оқибатида касалликнинг кескин ривожланиб кетиши секинлашади. Шунинг учун ҳам захм сурункали кечади.

ҲОЗИРГИ ШАРОИТДА ЗАХМ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Захм касаллигининг қайси даврлигидан қатъий назар тери ёки шиллик қаватга чиққан тошмалар таркибида оқиш трепонемалар пайдо бўлади. Уларнинг кўп ёки оз миқдорда бўлиши организмнинг индивидуал хусусиятларига боғлиқ. Масалан, иммун танқислик синдромида гиёҳванд, пиёниста ва банги инсонлар захмга чалингудек бўлса, табиий хол улар тошмаларининг таркибида оқиш трепонемалар жуда кўп миқдорда бўлади. Айниқса, қаттиқ шанкр жинсий соҳада ёки оғиз бўшлиғида жойлашган бўлса уларнинг юқумлилик даражаси ортиб бораверади (53).

Касалликнинг барча юқиш йўллари умумлаштирадиган бўлсак салкам 97 – 98% холларда жинсий йилага тўғри келади. Эпидемиологик маълумотлар асосида таҳлил қиладиган бўлсак шахсий ҳимоя воситасидан фойдаланмасдан бўлган жинсий алоқадан сўнг ҳар учдан бирига захм юқади. Ундан ташқари, айтиш жоизки, касалликнинг юқиш даражаси бемор билан бўлган жинсий мулоқотлар сони билан ҳам боғлиқ (43).

Дарҳақиқат, маиший мулоқот вақтида касалликнинг юқиб қолиш ҳолати, масалан, Ўзбекистонда 0.1 – 0.2% ни ҳам ташкил қилмайди. Таниқли сифилидолог профессор К.А.Йўлдошев (2019)нинг таъкидлашича, у ўзининг 40 – 45 йиллик иш амалиётида маиший йўл билан юққан захмни бор йўғи 3 – 4 ҳолатда кузатган холос. Худдий шундай, тиббиёт ходимларига ҳам касалликнинг маиший йўл билан юқиб қолиш ҳолати кейинги 20 – 30 йилда биронта ҳам кузатилмаган (55).

Эрта захмга чалинган беморларнинг турли биологик суюқликлари, жумладан, қони, сўлаги, кўз ёши, кўкрак сути ва сперма суюқлиги ҳам юқиш материали бўлиши мумкин, аммо бу борада мутахассислар орасида ханузгача тортишувлар кўпдир. Айтишларича, оқиш трепонемалар соф теридан кирмайди. Улар организмга кириши учун микроскопик жароҳат бўлиши лозим. Лекин яна бир гуруҳ мутахассислар оқиш трепонма теридаги табиий тешиқлар, яъни поралар орқали ҳам кириб терини яллиғлантиради деб таъкидлашади (44).

Захм яна трансплацентар ва трансфузион йўл билан ҳам юқиши мумкин. Ушбу юқиш йўллари орасида бизнинг диёримизда трансплацентар, яъни онадан йўлдош орқали хомилага ўтиб қолиши ва туғма захмнинг олдини олишда ўта муҳим ҳисобланади. Ундан ташқари, ҳозирда юз бераётган ташқи ва ички миграцион жараённи ҳам эътиборга олиш лозим (50).

Захмни ижтимоий касалликлар сафига бемалол кўшиш мумкин, унинг аҳоли орасида кўпайиши ёки тизимли равишда юқори поғоналардан бирида

туриши, албатта шу худуд аҳолисининг иқтисодий жиҳатдан ривожланганлиги, қолаверса, тиббий маданиятнинг солоҳияти билан чамбарчас боғлиқдир. Мисол учун, 1999 йилдан то 2010 йилгача даврда АҚШ давлати бўйлаб захмни элиминация қилиш учун миллий режа тузилди (The National plan to Eliminate Syphilis from the United States). Унга кўра, 2010 йилга келиб бирламчи аниқланган захм беморлар сонини 100000 аҳолига 2.2 ҳолатга тушириш эди. Туғма захмни эса 100000 янги туғилган чақалоққа 3.9 ҳолатга тушириш режалаштирилган. Тўғри, аввалига келишилган режа яхши амалга оширилди, яъни захмнинг барча шакллари билан касалланиш 1999 йили 100000 аҳолига 12.7 ни ташкил қилган бўлса 2004 йилга келиб бу кўрсаткич – 2.0 га туширилди. Аммо худди шу давлатда истиқомат қилаётган афроамерикаликлар орасида касалланиш 8.9 – 14.3 атрофида сақланиб қолди. Яна айтиш жоизки, захмнинг ҳамма шакллари 2006 – 2011 йилларга келиб АҚШда 100000 аҳолига 12.3 дан 14.9 гача кўтарилиб кетди. Кейинги изланишлардан маълум бўлдики, касалланишнинг ўсиб боришига асосий сабаб эркакларнинг бир жинсли алоқада бўлиши экан. Бирламчи ва иккиламчи янги захмнинг 60% ини эркак+эркак жинсий мулоқотдагилар ташкил қилган. Оқ танли одамлар касалланиши афроамерикаликларга нисбатан уч баравар камни ташкил қилди (56,57).

Шундай қилиб АҚШда захм тарқалишининг олдини олишда эришилган ютуқларга қарамай, захмни йўқ қилиш бўйича Миллий режада белгиланган кўрсатмалар амалга ошмади. Касалликни назорат қилиш Марказининг ҳисоботига кўра 2011 – 2016 йиллар давомида АҚШда захм билан касалланиш 100000 аҳолига 14.8 дан 27.4 гача ошган (56).

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг берган маълумотларига караганда ҳар куни 1 млн 15–49 ёшдаги одламлар жинсий алоқа орқали юқувчи инфекция юктириб олади. Оқибатда йилига дунёда 376 млн хламидиоз, трихомониаз, сўзак ва захм қайд қилинади, шундан 6.3 млн.и захмга тўғри келади. Фақатгина 2016 йилда дунёда 200000 ҳолатда захм туфайли янги туғилган чақалоқларнинг ўлими кузатилган. Шунинг учун ҳам хомиладорларни тизимли равишда (скрининг) захм ва ОИВга текшириб туришни таклиф қилинган.

1990 – 2000 йиллар давомида Европа мамлакатларида захм билан касалланиш нисбатан камайди. Лекин худди шу йиллари собиқ иттифоқ Республикаларида касалланиш энг юқори кўрсаткичларга чикди. Жумладан, Россия Федерациясида 100000 аҳолига интенсив кўрсаткич – 277.65; Қозоғистонда – 269.15; Беларусияда – 210.88; Молдавияда – 200.85; Қирғизистонда – 167.83; Украинада – 151.59; Латвияда – 127.14; Литвада – 104.43; Эстонияда – 78.53 ва Ўзбекистонда – 46.61 гача кўтарилди.

Ғарбий Европа давлатларида XX- асрнинг 80-йилларига келиб деярли 20 йил давомида захм касаллигининг сезиларли даражада камайганлиги қайд этилди. Лекин, 90-йилларнинг иккинчи ярмига келиб бу хуудуднинг кўплаб, жумладан: Гамбург, Берлин ва Бристол каби шаҳарларида захм кўтарила бошлади. XXI- асрнинг бошида эса Ғарбий Европанинг асосий давлатларида захмнинг кўпайиши одатий хол бўлиб қолди. Дания, Германия, Бельгия, Чехия, Буюк Британия, Финландия, Франция ва Италияда захм билан касалланишнинг янги кўтарилиши кузатилди. Кузатувчиларнинг таъкидлашича, маҳаллий халқ орасида касалликнинг асосий қисмини эркак жинсли беморлар тарқатган. Аксинча, аёлларнинг хиссаси бир неча баравар паст бўлган. Бу ҳолат Чехияда захмнинг 100 минг аҳолига нисбатини 3,6 дан 13,14 гача кўтарилишига олиб келди (60).

Европада касалликнинг кўтарилиб кетишига эркак беморлар – гомосексуаллар ва уларнинг жинсий мулоқотдорлари эканлиги ҳаммага маълум бўлиб қолди. Кейинчалик захм инфекцияси хулқи бузук, енгилтабиат одамлар, жумладан секс тижорат хизматчилари ва уларнинг мижозлари орасида, иммигрантлар ҳам касалликнинг тарқалишида катта хисса кўшишди. Айниқса, интернет орқали ўзига мос жинсий шерикларни қидириш, топиш катта ёшдаги гетеросексуаллар ичида касалликнинг ёйилишига сабаб бўлди (63).

Биргина Буюк Британияда гомосексуаллар орасида қисқа вақт ичида захм билан касалланиш 25 маротабага (43 тадан 1028 тага), гетеросексуалларнинг касалланиши эса 6 марта (138 тадан 860 тага) ошган. Аёллар орасида касалланиш эса 3 мартага, яъни 112 тадан 330 тага кўтарилган холос. Умуман эркак жинсли беморларнинг касалланиши аёлларга нисбатан 2,5:1,0 ни ташгкил қилган (63).

Германияда ҳам эркак беморларнинг касалланиши аёлларга нисбатан юқориликча қолмоқда. Мисол учун биринчи марта захм билан хасталаниш эркакларга нисбатан аёллар орасида 15,5% дан 9,4% гача камайган. Аксинча, эркакларнинг касалланиши эса 100 минг аҳолига нисбати 3,3 дан 6,5 гача кўтарилган (60).

Бельгияда эркаклар билан аёллар орасидаги тафовут 5,6:1,0 ни ташкил қилган. Захм билан касалланган аёлларнинг ёши эркакларга нистан анча кичик бўлган. Биргина Францияда ҳисобга олинган беморларнинг 96% ини 36 ёшдаги эркак беморлар ташкил қилган бўлиб уларнинг 70 % маҳаллий французлардир.

Европа давлатларида захм инфекцияси билан ОИВнинг ҳамкорликда келиши тиббиётда катта муаммоларни туғдирмоқда. 70-96 % гомосексуаллар жинсий йўл билан юқувчи хасталикларнинг бир вақтнинг ўзида бир нечтаси

билан хасталанган. Бельгияда захмга чалинганларнинг 76,1% уларда ОИВ борлигини аввалдан билганлар (40).

Ҳақиқатдан Ғарбий Европа мамлакатларида гомосексуал мулоқот билан хаёт кечираётган эркак беморлар умумий касалланишга катта таъсир қилмоқда. Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, гомосексуаллар гетеросексуалларга қараганда жинсий мулоқотдорларни 3 хиссага кўп алмаштирар экан. Улар биргина интернет орқали 36% ҳолатларда жинсий шерикларни топади. Аксинча, гетеросексуалларда эса бу усул – 7%ни ташкил қилади. Лекин тижорат секси билан шуғулланувчи беморлар орасида гомосексуалларнинг хиссаси гетеросексуалларга қараганда 3 баравар кам. Яна айтиш жоизки, захмнинг дастлабки бирламчи клиник белгилари билан мурожаат қилган эркак беморлар сони аёлларга нисбатанг 2 бараварга ортиқдир.

Европа давлатларида яна бир масала муҳим бўлиб қолмоқда. Бу масаланинг эътиборлиси шундаки, кўпчилик касалликни юқтириб олган захмли беморларнинг жинсий мулоқотдорлари бошқа давлатларда яшайди. Масалан, Ирландиялик беморларнинг 16,5 %, Финландияликларнинг эса 37% касалликни бошқа давлат фуқароси билан жинсий яқилик натижасида юқтириб олган (40,56).

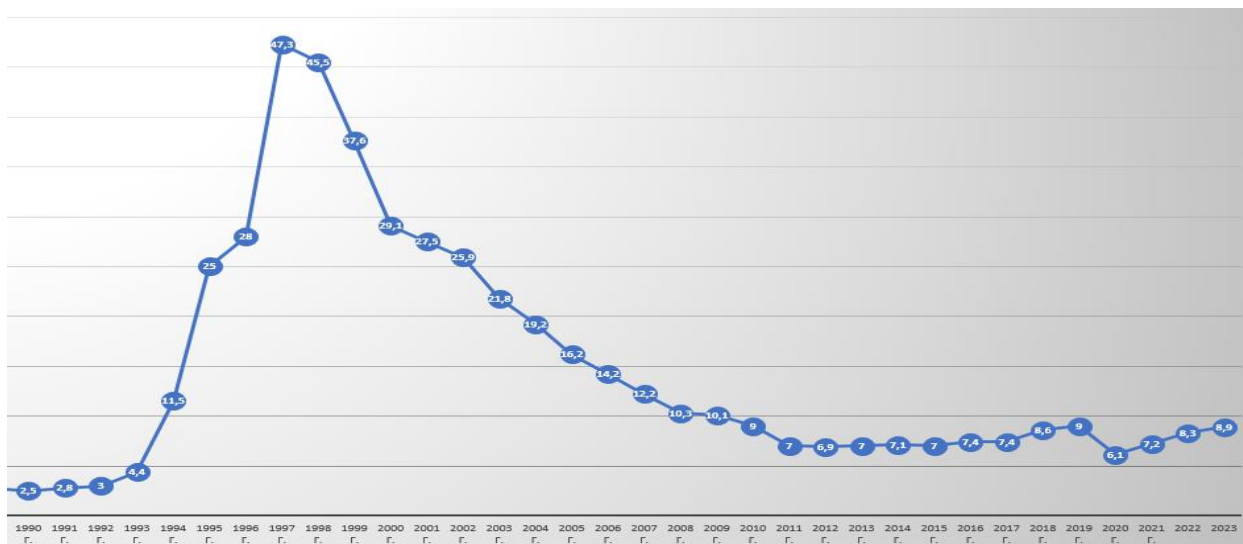
Касалликнинг бир давлат худудидан бошқа давлатга ўтишида қочоқлар, мигрантлар ва гастробайтерларнинг ўрни катта эканлигини ҳеч ким инкор этмайди. Айниқса, булар орасида оила қурмаган эркаклар кўпчилигини ташкил этишини айтиш лозим.

Захм билан умумий касалланиш кучайган вақтда ўз-ўзидан маълумки, туғма захм ҳам ошиб боради. Масалан, Германияда 2001-2003 йиллари туғма захм билан касалланган гўдаклар сони 23 тага етган. Лекин уларнинг кўпчилигининг ота онасини мигрантлар ташкил қилган. Энг муҳими касалланган хомиладор аёл дастлабки скрининг тестлардан ўтмаган ёки ўтишни рад қилган. Шу тариқа Шарқий Европадан келган аёл иммигрантлар орасида захмга чалинган хомиладорлар сони 0,44% дан – 4,3 % гача етган.

Қўшни Қозоғистон Республикасида захм билан касалланиш 100000 аҳолига интенсив кўресткич 2021 йилда 12,6 ни ташкил қилган бўлиб бу кўресткич 2017 йилга нисбатан деярли икки бараварига (25,0) камайган. Аввалги статистик маълумотларга кўра 2012 йилдан то 2019 йилгача 36,4 дан 18,9 гача тушган. Демак захм Қозоғистонда йилдан йилга камаймоқда. Лекин касалликнинг яширин шакли, яъни клиник белгиларсиз кечадиган хиллари 68,0 – 70,0 % гача кўтарилган. Яна айтиш жоизки, ОИВ билан зарарланганларнинг 10,0% да, гомосексуал эркакларнинг – 19,7% ида, секс тижорат билан шуғулланувчиларда эса 20,2 % ида захмга тегишли

антителолар аниқланган. Ушбу маълумотларга таянган ҳолда айрим мутахассислар Қозоғистонда статистик маълумотларда муаммолар борлиги тўғрисида қайғурмоқдалар. Айниқса Республиканинг энг йирик ҳудудларида, жумладан, Ақтобе, Олмаота, Қарағанда ва Қизилўрда вилоятларида, шаҳарлардан Олмаота, Остона ва Шимкент каби ҳудудларда қайд қилинган захм беморларнинг интенсив кўрсаткичи анча юқориликча қолмоқда. Биргина Ғарбий Қозоғистон вилоятида захмнинг 100000 аҳолига бўлган интенсив кўрсаткичи 27,9 дан ошиб кетган. Хасталанган беморларнинг асосий қисмини 18 – 44 ёшдаги шахслар ташкил қилган. Умумий касалланганларнинг 45,6% аёлларга тўғри келади. 2020 йили 0 – 14 ёшгача бўлган болалар орасида 29 та захмга чалинганлар қайд қилинган. 2019 йили 407 та хомилдор аёллар орасидан захм инфекцияси қайд қилинган бўлиб бу кўрсаткич 2020 йилга келиб 14,9 % га камайган. Шундай бўлсада Республикада 2021 йили 9 та ҳолатда туғма захм рўйхатга олинган (2,6).

Ўзбекистонда захм касаллигининг эпидемиологик жиҳатдан “пик” даражага етиши 2000 йиллар ниҳоясигача давом этди, 2005 – 2010 йиллардан бошлаб стабиллашди. Кўпчилик мутахассисларнинг таърифича, ўтган асрнинг 90 – йиллардан кейинги захмнинг эпидемияси собиқ иттифоқнинг парчаланиши оқибатида 15 та иттифоқ республикалари аҳолиси қисқа вақт ичида ижтимоий, иқтисодий, рухий омиллар таъсири сабаб бўлди. Уларнинг кўз олдида жамиятнинг ижтимоий барқарорлиги парчаланиб ички ва ташқи миграция “пик”га чиқди. Ҳуқуқбузарлик, рэкет ва одам савдоси авж олди. Натижада юзага келган харбий, фуқаролик ва миллий тўқнашувлар захмнинг тарқалишида муҳим роль ўйнади. Яна айтиш жоизки, захм билан оғриган беморлар сони ва уларнинг назорати издан чиқди. Инфекция манбаи ва жинсий мулоқотда бўлган шахслар аниқланмай қўйилди, беморларнинг диспансер мониторинг тизими ишламай қолди. Унинг устига, дерматовенерология соҳасига қобилиятсиз шифокорлар кириб келди, беморлар орасида ўз-ўзини даволаш каби одат авж олди.



Ўзбекистонда 1990-2023 йилларда захм билан касалланиш кўрсаткичи (муаллиф К.А.Юлдашев)

Ушбу маълумотлар яна бир кўрсатдики, захм ижтимоий – иқтисодий омиллар, тиббий маданият ва ташқи, ики миграциялар билан чамбарчас боғлиқ. Шу фикрларга мисол тариқасида айтишимиз мумкин: 1966 йилнинг 26 – апрелида Тошкент шаҳрида кучли zilзила рўй берди. Оқибатда, айниқса пойтахтнинг эски шаҳар қисми катта талафот кўрди, юзлаб хонадонлар хонавайрон бўлди. Қисқа вақт ичида собиқ иттифоқ худудларидан минглаб курувчилар, шофёрлар, муҳандис ходимлар ва бошқалар жалб қилинди. Эътиборлиси шундаки, 1966 – 1967 йиллар давомида шаҳарда захм 100000 аҳолига интенсив кўрсаткич 6.1 ни ташкил этган бўлса, 2 йилдан бу кўрсаткич 32.1 (1969) гача кўтарилиб кетди. Фақатгина 1970 – 1974 йилларга келиб интенсив кўрсаткич 6.8; 5.2 га пасайди. Худди шундай, 1980 йилда Москва шаҳрида ўтказилган XX – олимпиада ўйинларидан сўнг захмнинг 100000 аҳолига интенсив кўрсаткичи 17.8 (1982) гача кўтарилди. Орадан 8 – 9 йил ўтиб бу кўрсаткич аввалги жойига 6.2; 3.4 гача тушди (55).

Шундай қилиб, тўлақонли фикр билан айтиш мумкинки, захмнинг эпидемиологик жараёнида ташқи ва ички аҳоли миграцияси алоҳида ўрин касб этади. Табиий офатлар, давлатлараро урушлар, уларнинг кетидан кириб келадиган камбағаллик, тиббиётнинг тизимли равишда ривожланмаслиги, вақтида етук кадрларни тайёрламаслик нафақат захмнинг, балки қатор ижтимоий касалликлар: сил, ОИТС, гепатит ва ҳақозоларнинг кўпайишига олиб келади (50,55).

Охириги беш йилликларга келиб захмнинг тарқалиши Ўзбекистонда анча барқарорлашди. Мисол учун 2018 йили 100000 аҳолига интенсив кўрсаткич 8.6 (2817 та); 2019 йили 9.0 (3020 та); 2020 йили 6.1 (2042 та), 2021 йили 7.2 (2456 та) ва ниҳоят 2022 йили 8.7 (2965 та). Касалланиш Республика кўрсаткичидан Тошкент вилояти (13.4), Сурхондарё вилояти (13.5) ва

Тошкент шаҳрида (11.8). Бизнинг ушбу ҳудудларда олиб борган изланишларимиздан маълум бўлдики, бу 3 та ҳудуддан захм касаллигининг нисбатан юқорилиги серологик ташхисотнинг, ташкилий ишларининг яхши йўлга қўйилганлиги билан боғлиқдир.

Кўпчилик дерматовенерологларни азалдан захм касаллигининг сўзакка бўлган нисбати қизиқтиради. Таҳлилларимиздан кўриниб турибдики, бу киймат 1:0.9 га, яъни захм 1 та сўзак эса 0.9 та. Россия Федерациясида бу кўрсаткич 2.4:1.0 га тенг бўлган.

Дарҳақиқат, Ўзбекистонда ҳар куни 7-8 та инсон захмга, 6-7 таси эса сўзак касаллигига чалинади. Профессор Н.С.Атабековнинг маълумотларига қараганда ҳар куни 10-14 та инсонлар ОИВ инфекциясини юқтириб олади. Агарда Республикамизда 900 дан ортиқ дерматовенеролог фаолият кўрсататётганини ҳисобга олсак уларнинг ҳар бирига 1 йил давомида 2-3 та захм ва яна шунчадан сўзак тўғри келади холос.

Юқорида таъкидлаганимиздек, Республикада захм билан касалланиш 2022 йилга нисбатан (8.3) интенсив кўрсаткич 2023 йилда 8.9 ни ташкил қилган бўлиб 0.6 га кўпайган холос.

Навобий вилоятида захм билан касалланиш 2019 йили – 7.4 бўлган бўлса, 2023 йилга келиб – 14.0 ни ташкил қилган, яъни деярли 2 хиссага ортган. Худди шунга ўхшаш, Фарғона, Сурхондарё, Қашқадарё, Андижон, Жиззах каби вилоятларда ва Тошкент шаҳрида интенсив кўрсаткич 0.7 дан 3.3 гача кўтарилган. Аммо санаб ўтилмаган қолган 7 та ҳудудларда аксинча 0.3 дан – 5.4 гача камайган.

Беморларнинг жинси бўйича олиб борган таҳлилларимиздан маълум бўлдики, 2023 йил уларнинг 61.8 % ини эркеклар, 38.2 % ини аёллар ташкил қилган. Ушбу кўрсаткич аввалги йиллардан деярли фарқ қилмайди. Аммо захмга чалинган беморларнинг ёши бўйича ўтказган изланишларимиз аввалгиларидан кескин фарқ қилган даражада мутлақо янги маълумотлар берди.

Эътиборлиси шундаки, захмга чалинган беморларнинг деярли ҳар 1/3 ини 50-64 ёшдаги шахслар ташкил қилган. Биргина 2023 йили қайд қилинган 2003 та эркек беморларнинг – 629 таси (31.4%), 1239 та аёл беморларнинг эса – 29.5 % ини ёши катта (50-64 ёш) шахслардан иборат бўлган. Айтиш жоизки, бу кўрсаткич йилдан йилга ўсиб бормоқда, айниқса Самарқанд, Сурхондарё ва Фарғона каби вилоятларда бу маълумотлар яққол кўзга ташланади.

Республика бўйича жами 2019-2023 йиллар давомида 13 718 та захмга чалинган беморлар қайд қилинган бўлса, уларнинг: 704 таси (5.1%) –

бирламчи; 2036 таси (14.8%) – иккиламчи; 10958 таси (79.8%) – эрта яширин; 26 таси (0.2%) – бошқа шакллари ташкил қилган.

Бу кўрсаткичлар 2023 йилда ҳам давом этмоқда. Бирламчи захмнинг қайд қилиниши бўйича Наманган вилоятида 2023 йили – 67 та бемор аниқланган.

Иккинчи кўрсаткич – 51 та Самарқанд ва учинчи кўрсаткич – 15 та Сурхондарё вилоятларида кузатилган. Лекин бизнинг олиб борган тадқиқотларимиз бунинг мутлақо аксини кўрсатмоқда, яъни Наманган вилоятида 67 та бирламчи захмга чалинган беморлардан – 3 тасида, Самарқанддаги 51 та бирламчи захмга чалинган беморларнинг – 1 тасида, Сурхондарёда қайд қилинган – 15 та беморларнинг 9 тасида, Сирдарё вилоятида аниқланган бирламчи захмнинг биронтасида ҳам оқиш трепонемалар топилмаган. Таъкидлаш жоизки, Жиззах, Қашқадарё, Навоий, Сирдарё, Фарғона, Хоразм вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикасидаги лабораторияларда умуман йил давомида оқиш трепонемаларга биронта ҳам тадқиқот ишлари олиб борилмаган.

Республика бўйича кейинги 5 йил ичида қайд қилинган барча беморларнинг 14.8% ини иккиламчи захм ташкил қилади. Аммо таҳлиллар шуни кўрсатмоқдаки, 2023 йилга келиб бу кўрсаткич – 9.7% га тушиб қолган. Айниқса, Хоразм вилоятида 2019 йилга нисбатан 6-7 маротаба, Қорақалпоғистон Республикасида 3-4 маротаба, Фарғонада 2 бараварига камайган. Сирдарё, Бухоро, Жиззах, Қашқадарё ва Навоий вилоятларида аниқланган иккиламчи захми кўл бармоқлари билан санаса бўлади.

Сўнгги 5 йилда аниқланган жами захмга чалинган беморларнинг – 79.8% ини эрта яширин захм ташкил этган. Бу кўрсаткич 2023 йилга келиб – 84.8% гача кўтарилган. Касалликнинг ошиб бориши Жиззах, Қашқадарё, Навоий, Самарқанд, Сурхондарё, Фарғона ва Хоразм вилоятлари, ҳамда Тошкент шаҳрида аниқ кўзга ташланади. Аксинча, Бухоро ва Тошкент вилоятларида эрта яширин захм камайган. Қорақалпоғистон Республикасида сўнгги 5 йил ичида эрта яширин захмнинг кўрсаткичларида сезиларли ўзгариш бўлмаган.

Захм касаллигининг ёндош мутахассислар томонидан аниқланиши. 2019-2023 йиллар давомида ёндош мутахассислар томонидан қуйидагича фоизларда захм фаол аниқланган

- 2019 йили – 2618 та (86.8%);
- 2020 йили – 1799 та (88.2%);
- 2021 йили – 1948 та (79.3%);
- 2022 йили – 2513 та (84.7%);
- 2023 йили – 2876 та (88.7%)

Шулардан, 8.7% да – жинсий мулоқотлар орасидан, 7.8% да – акушер гинекологлар, 3.8% да – урологлар, 16.9% да – соматик стационарлардан, 18.2% да– донорларни текшириш жараёнида, 20.8% да – поликлиникалар даврий тиббий кўриклариди, 18.5% да – бошқа профилактик кўрикларда аниқланган.

Республика бўйича касалхоналарда даволанган беморларни захмга текшириш 2023 йилда 96.3% ни ташкил қилган. Жами 1.934.366 та беморларнинг 1.862.069 таси текширилган бўлиб уларнинг 351 нафариди захм аниқланган. Хоразм, Сирдарё, Қашқадарё, Жиззах ва Бухоро вилоятларида 1- 6 тагача беморлар қайд қилинган холос. Қолган шаҳар ва вилоятларда захмнинг аниқланиши 30 – 60 тагачани ташкил қилади.

Тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, сўнгги 5 йил ичиди хомиладорларни захмга текшириш: 95.2 – 92.4 – 98.4 – 95.1 – 90.4% дан иборат бўлиб йилдан йилга камайиб бормоқда. Лекин, бир-бирига мос келмайдиган маълумотларни кўришимиз мумкин. Масалан, Сирдарё вилоятида хомиладорларни текшириш 100% амалга оширилган, аммо биронта ҳам бемор аниқланмаган. Худди шундай Қашқадарёда 1 та. Самарқанд ва Бухоро вилоятларида 2 тадан, Наманганда – 3 та бемор қайд қилинган холос. Сурхондарё вилоятида 2023 йил давомида – 77 706 та хомиладор аёллар захмга текширилган бўлиб (95.8%), уларнинг биронтасида ҳам захм касаллиги аниқланмаган (3,40).

Шундай қилиб, статистик маълумотлар таҳлилидан маълум бўлдики, хали бу соҳада қатор камчиликлар мавжуд. Сабаби, бир-бирига географик жиҳатдан кўшни бўлган, шу билан биргаликда, урф-одати, хатто менталитети жуда яқин бўлган аҳоли орасида захм билан касалланиш кўрсаткичлари ҳар хилдир. Масалан, Сурхондарё вилоятида аниқланган захм касаллигининг 100 минг аҳолига бўлган кўрсаткичи Қашқадарё вилоятидан олинган маълумотларда 3 бараварига (12,8:4,4), худди шунга ўхшаш бир-бирига кўшни бўлган Навоий вилояти аҳолиси орасидан аниқланган захм беморларнинг интенсив кўрсаткичи бухороликлардан (14,0:6,4) икки хисса ортиқдир. Ваҳоланки, Бухоро вилояти аҳолиси сони (2 034 838) Навоий вилоятидан (1 070 539) икки баравар кўпдир.

Захмга чалинган беморларнинг ҳар учдан бирининг 50-64 ёшдаги шахслар эканлиги жуда ҳам ачинарли холдир. Хеч кимга сир эмас бутун МДХ давлатларида захмнинг бирламчи шакли билан касалланиш йилдан йилга камайиб, аксинча кеч ва яширин шакли билан касалланиш ортиб бормоқда. Бу ҳолатни бизнинг республикамизда ҳам кузатиш мумкин. Жумладан, сўнгги беш йил ичиди бирламчи захм – 5,1%ни, иккиламчи захм –

14,8%ни ва ниҳоят эрта яширин захм 79,8% ни ташкил қилган. Дарҳақиқат бу соҳада қилинадиган ишлар кўпга ўхшайди.

Иккиламчи захмнинг ҳам йилдан йилга камайиб бораётганлиги эрта ташхисотда қатор камчиликлар борлигидан далолат беради. Айниқса Хоразм вилоятида иккиламчи захмнинг 6-7, Қорақалпоғистон Республикасида эса 3-4 маротаба камайиб кетганлигини эътиборга олиш лозим.

Эрта яширин захм сўнгги 5 йилда 79,8% дан 84,8% га кўтарилган ва бу кўрсаткичнинг ошиб бориши яна ҳам ортиши мумкин. Бу ҳолат клиник ва лаборатор ташхисотларда қатор камчиликлар борлигини кўрсатади.

Ёндош мутахассислар томонидан захмнинг фаол аниқланишида охириги йилларда ҳеч қанақа ўзгаришсиз кечмоқда. Мисол учун, бу мутахассислар томонидан 2019 йили – 86,8% ҳолатларда 2023 йили эса – 88,7% ҳолатларда захм аниқланган. Айтиш жоизки, акушер гинекологлар (7,8%) ва урологлар (3,8%) томонидан захмнинг аниқланиши паст даражада қолиб кетмоқда.

Соматик стационарларда ўтказилаётган вассерманизацияни ҳамма жойда қониқарли деб бўлмайди. Айниқса, Хоразм, Сирдарё, Қашқадарё, Жиззах ва Бухоро вилоятларида бу соҳада қатор камчиликлар мавжуд, яъни беморларнинг аниқланиши жуда кам ёки умуман йўқ.

Сўнгги беш йил ичида хомиладор аёлларни захмга текшириш 95,2% дан 90,4% га тушиб қолган. Унинг устига Сирдарё ва Сурхондарё вилоятларида текширилган минглаб хомиладор аёлларнинг бирортасида ҳам захм қайд этилмаган.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертларининг берган маълумотларига қараганда, аҳоли орасида ижтимоий, демографик ва миграцион муаммоларнинг ортиб бориши эвазига дунёда жинсий йўл билан юқувчи касалликлар сони ортиб бориш хавфи мавжуд. Лекин, айтиш жоизки, барча юқумли касалликлар ичида одамнинг соғлиғига ва келажак авлодга негатив таъсир қиладиган захм хасталиги эканлигини унутмаслигимиз лозим.

Дарҳақиқат, жинсий йўл билан юқувчи касалликларни ўз вақтида аниқлашда лаборатория ташхисот ишларининг ўрни жуда катта эканлигини унутмаслигимиз керак.

Касалликнинг бир инсондан бошқасига юқишида ижтимоий ва биологик омиллар катта аҳамиятга эга. Қуйидаги ижтимоий омиллар инфекциялар юқишига таъсир этади :

1. «Хавфсиз» жинсий алоқани (масалан, презервативни қўллашни) инкор қилиш. Хавфсиз сексни инкор қилувчи сабаблар қаторига қуйидагиларни киритиш мумкин:

- хавфсиз секс ҳақида билимларга эга бўлмаслик;
- презервативларнинг ҳаммабоп бўлмаслиги;

- презервативларни қўллашга салбий қарашлар;
- баъзи миллатларнинг маданияти ва диний эътиқоди бўйича жинсий алоқага бўлган муносабат.

2. Захмни ўз вақтида даволамаслик. Ўз вақтида даво олмасликка қуйидагилар сабаб бўлади:

- кўпчилик аёлларда захмнинг клиник симптомлари бўлмаслиги (асимптом) ёки кам симптомли бўлиб кечиши кузатилади.
- мурожат этиш учун тиббиёт муассасаларининг бўлмаслиги ёки аҳолига юқори нархларда хизмат кўрсатилаётгани сабабли уларга мурожат қила олмаслик;
- тиббиёт муассасаларида зарур дори воситаларининг бўлмаслиги;
- захм билан оғриган беморларнинг тиббиёт муассасаларига эмас, балки табибларга мурожат этишлари;
- ўзининг ахлоқий ҳолатидан уялган ҳолда ўз касаллигини яшириш ҳамда керакли тиббиёт муассасаларига мурожат қилмаслик.

3. Олаётган даволаш муолажаларини тўхтатиб қўйиш. Шифокор (дерматовенеролог) томонидан буюрилган давони тўлиқ олгандагина бемор самарали даволаниши ва захмдан қутулиши мумкин. Лекин баъзи беморлар тўлиқ даво олиш учун маблағнинг етишмаслиги, тиббиёт хизматдан етарли даражада қониқмаслиги ва бошқа сабаблар натижасида давони белгиланган муддатдан олдин тугатиб қўядилар.

4. Беморлар ор-номус қилиб, жинсий шерикларига ўзларидаги касаллик ҳақида маълумот бермайдилар ёки уларни ҳам тўлиқ даволаш курсини ўтишга жалб этмасликлари мумкин.

Потенциал ҳавфли (риск) гуруҳга қуйидаги шахслар киради:

1. Фоҳишабозлик билан шуғулланувчи аёллар ва эркеклар.
2. Фоҳиша аёллар билан жинсий алоқада бўлувчи шахслар (фоҳишаларнинг мижозлари), ҳарбий ходимлар, узоқ масофага қатновчи ҳайдовчилар, турист ва бизнесменлар, денгизчилар, тез-тез миграция қилувчилар, қочоқлар, ёлғиз эркеклар.
3. Эркаклар билан жинсий алоқа қилувчи эркеклар (гомосексуал алоқа қилувчи эркеклар, бисексуал жинсий алоқа қилувчи эркеклар).
4. Гиёҳвандлик йўлида шприцларни қўллаш ва уларнинг жинсий алоқа қилувчи шериклари.

Ҳавфли гуруҳга кирувчи шахслар тиббиёт муассасаларига мурожат қилишни ҳоҳламайдилар. Шу сабабли уларга тиббий хизматни яхши ташкил этиш захмга қарши курашда муҳим аҳамият касб этади.

Масалан, тиббий кўрик вақти фоҳишалар (ёки бошқа хавфли гуруҳ аъзолари учун) келиши учун қулай бўлиши, улар билан хушмуомала суҳбат қуриш, имкони борича улардаги касалликларни бепул диагностика қилиш, маслаҳат бериш ёки даволашни ташкил этиш мақсадга мувофиқдир.

Ҳозирги кунда ЖССТ, жинсий йўл билан юқувчи инфекцияларни қўйидагича тасниф қилишни таклиф этади.

Захм таснифи (классификацияси).

Захм касаллигини ўрганиш 10-ХКТ (МКБ) асосида олиб борилади ва бу тасниф ягона норматив ҳужжат ҳисобланади. Тиббиёт муассасаларининг барча бўлимлари касалланишни, аҳоли мурожаатлари ва ўлим сабаблари шу ҳужжат асосида белгиланади. 10-ХКТ бўйича захмнинг турли шаклларга А 50-53 га киритилган. Шундай қилиб 10-ХКТга кўра захм қўйидаги шаклларга ажратилади.

А50 Туғма захм

А50.0 Эрта туғма захм (белгилари билан)

Эрта ёки 2 ёшгача намоён бўлган барча захм ҳолати.

Эрта туғма захм:

- терида;
- тери ва шиллиқ қаватларда;
- висцерал.

Эрта туғма захмдан намоён бўлган:

- ларингит;
- окулопатия;
- остеохондропатия;
- фарингит;
- пневмония;
- ринит.

А50.1 Эрта туғма захм (яширин)

2 ёшгача бўлган ва клиник белгиларсиз, мусбат серологик натижага эга бўлган ва орқа мия суюқлигида манфий натижа бўлган захм.

А50.2 Аниқланмаган эрта яширин захм

2 ёшгача бўлган (қўшимчаларсиз) туғма захм.

А50.3 Кўз жароҳатланиши билан кечувчи кечки туғма захм

Кечки туғма захм интерстициал кератити (H19.2).

Кечки туғма захм окулопатияси (H58.8).

Гетчинсона триадаси бундан мустасно(A50.5).

A50.4 Кечки туғма нейрозахм (ювенил нейрозахм)

Ювенил паралистик деменция.

Ювенил:

- прогрессив фалаж;
- орқа мия сўхтаси;
- табофалаж.

Кечки туғма захм:

- энцефалити (G05.0);
- менингити (G01);
- полиневропатияси (G63.0).

Зарурат бўлганда рухий-асабий бузилиш билан боғлиқ барча ҳолат кўрилади ва кўшимча код ишлатилади.

Гетчинсона триадаси бундан мустасно(A50.5)

A50.5 Кечки туғма захмнинг белгилар билан кечувчи бошқа шакллари

Бунда кеч аниқланган ва 2 йилдан ортиқ давр ўтгандан сўнг аниқланган барча туғма захм шакллари тушунилади.

Клаттон бўғимлари (M03.1).

Гетчинсон:

- тиши;
- триадаси.

Кечки туғма:

- кардиоваскуляр захм (I98.);
- захм:
- артропатияси (M03.1);
- остеохондропатияси (M90.2).

Эгарсимон захм бурун.

A50.6 Кечки яширин туғма захм

2 ёшдан ортиқ давр ўтган ва клиник белгиларсиз, мусбат серологик натижага эга бўлган ва орқа мия суюқлигида манфий натижа бўлган захм.

A50.7 Аниқланмаган кечки туғма захм

2 ва ундан ортиқ йил ўтган аниқланмаган туғма захм.

A50.9 Аниқланмаган туғма захм

A51 Эрта захм

A51.0 Жинсий аъзолар эрта захми

Аниқланмаган қаттиқ шанкр.

A51.1 Анал соҳа бирламчи захми

A51.2 Бошқа соҳаларда жойлашган бирламчи захм

A51.3 Тери ва шиллиқ қаватлар иккиламчи захми

Сербар кондилома.

Захм:

- алопецияси (L99.8);
- лейкодермаси (L99.8);
- шиллиқ қаватларда ўчоқлар.

A51.4 Иккиламчи захм бошқа шакллари

Иккиламчи захм:

- аёллар тос аъзолари яллиғланиш касалликлари (N74.2);
- иридоциклити (H22.0);
- лимфоаденопатияси;
- менингити (G01);
- миозити (M63.0);
- окулопатияси НКДР (H58.8);
- периостити (M90.1).

A51.5 Эрта яширин захм

Юқтирилганига 2 йилгача бўлган, орттирилган ва клиник белгиларсиз, мусбат серологик натижага эга бўлган ва орқа мия суюқлигида манфий натижа бўлган захм..

A51.9 Аниқланмаган эрта захм

A52 Кечки захм

A52.0 Юрак қон-томир захми

Аниқланмаган кардиоваскуляр захм (I98.0).

Захм:

- аорта аневризмаси (I79.0);

- аортал етишмовчилиги (139.1);
- аортити (179.1);
- церебрал артериити (168.1);
- аниқланмаган эндокардит (139.8);
- миокардит (141.0);
- перикардит (132.0);
- ўпка етишмовчилиги (139.3).

A52.1 Белгилар билан кечувчи нейрозахм

Шарко артропатияси (M14.6).

Кечки захм:

- эшитув нерви неврити (H49.0);
- энцефалити (G05.0);
- менингити (G01);
- кўрув нерви атрофияси (H48.0);
- полиневропатияси (G63.0);
- ретробульбар неврит (H48.1).

Захм паркинсонизми (G22).

Орқа мия сўхтаси.

A52.2 Асимптом захм

A52.3 Аниқланмаган нейрозахм

Гумма (захм).

Аниқланмаган асаб тизими (кечки) захми.

Сифилома.

A52.7 Кечки асаб тизими захм бошқа белгилари

Буйрак коптокчаларининг захмдан зарарланиши (N 08.0).

Барча жойда жойлашган (захм) гуммаси, бошқа таснифда санаб ўтилмаган

A52.0–A52.3.

Кечки ёки учламчи захм.

Кечки захм:

- бурсити (M73.1);
- хориоретинити (H32.0);
- эписклерити (H19.0);
- аёллар тос аъзолари яллиғланиш касаллиги (N74.2);
- лейкодермаси (L99.8);
- окулопатияси (H58.8);

- перитонити (K67.2).

Захм (даври аниқланмаган):

- суякларда (M90.2);
- жигарда (K77.0);
- ўпкада (J99.8);
- мушакларда (M63.0);
- синовиал (M68.0).

A52.8 Кечки яширин захм

Юқтирилганига 2 йилдан ортиқ бўлган ва клиник белгиларсиз, мусбат серологик натижага эга бўлган ва орқа мия суюқлигида манфий натижа бўлган захм.

A52.9 Аниқланмаган кечки захм

A53 Захмнинг аниқланган бошқа шакллари

A53.0 Эрта ёки кечки даври аниқланмаган захм

Аниқланмаган яширин захм.

Захмга мусбат серологик реакция.

A53.9 Аниқланмаган захм

Аниқланмаган *Treponema pallidum* инвазияси. Аниқланмаган (орттирилган) захм.

Муддати 2 йилгача аниқланмаган захм туфайли келиб чиққан ўлим (A50.2).

Шуни таъкидлаш жоизки 10-ХКТ ҳар доим ҳам касалликнинг клиник формаларини етарли даражада акс эттирмайди. Демак, А 51.4 (иккиламчи захмнинг бошқа формалари) асаб тизимига, ички органларга ва таянч-ҳаракат тизимига эрта зарар этказишни ўз ичига олади. Асимптоматик нейрозахмнинг эрта ёки кечга бўлинишини ажратиш билан ва касалликнинг муддатидан қатъий назар белгиларсиз нейрозахм кечки захм қаторига киритилади (А 52.2)

Шуни таъкидлаш керакки, 9 рақами билан тугайдиган шифрлар, жумладан (A50.9; А 51.9; А 52.9; ва А 53.9), шунингдек А 50.2 ва А 50.7 лаборатория усуллари билан тасдиқланмаган инфекция шакллари акс эттиради, бу “нотуғри берилган огоҳлантириб ташланадиган сават” хисобланади.

Инкубацион даврдан сўнг захмнинг қуйидаги даврлари кузатилади:

1. Бирламчи серонегатив захм.

2. Бирламчи серопозитив захм .
3. Бирламчи яширин захм.
4. Иккиламчи янги захм.
5. Иккиламчи рецидив (даволанмаган) захм.
6. Иккиламчи рецидив (даволанган) захм.
7. Иккиламчи яширин захм, бунда серологик реакциялар ва таснифнинг 5-бандидаги ташхис кўрсатилади.
8. Серорецидив захм, яъни «иккиламчи яширин захм, серологик рецидив» деб аталади.
9. Яширин серорезистент захм.
10. Яширин серофиксацияланган захм, яъни серорезистент захмни кўшимча даволаш воситалари (носпецифик даволаш усуллари) билан даволанганидан сўнг серологик реакциялар мусбат бўлиб қолади.
11. Учламчи актив захм.
12. Учламчи яширин захм.
13. Эрта яширин захм, яъни клиник кечиши асимптом, серологик реакциялар эса мусбат бўлган ва юққанига 2 йил бўлмаган захм.
14. Кечки яширин захм, яъни клиник кечиши бўйича асимптом, лекин серологик реакциялари эса мусбат ва юққанига 2 йилдан ортиқ вақт ўтган захм.
15. Аниқланмаган яширин захм, яъни серологик реакциялари мусбат, лекин зарарланган вақти аниқ бўлмаган захм.
16. Эрта туғма захм. Бу кўкрак ёшидаги (1 ёшгача бўлган чақалоқларда) ва кичик ёшдаги болалар туғма захмини (1 ёшдан 4 ёшгача бўлган болаларда) ўз ичига олади.
17. Кечки туғма захм.
18. Туғма яширин захм.
19. Нерв системасининг эрта захми, яъни захм инфекциясининг 5 йилгача бўлган муддатда нерв системасини зарарлантириши.
20. Нерв системасининг кечки захми, бунда нерв системасининг зарарланиши одатда касаллик юққанидан 5 йил кейин пайдо бўлади.
21. Орқа мия сўхтаси.
22. Авж оладиган (прогрессив) фалажлик.
23. Висцерал захм, бунда ички аъзоларнинг қайси бири зарарланганлиги кўрсатилади.

Касалликлар ва соғлиқ билан боғлиқ бўлган муаммоларни қайта кўриб чиқилган X халқаро статистик таснифи бўйича захм қуйидагича тасниф қилинади: 1. Туғма захм (симптомлари бўлган эрта туғма захм, эрта туғма яширин захм, эрта туғма аниқланмаган захм, кечки туғма захмда кўзнинг

шикастланиши, кечки туғма нейрозахм ёки ювенил нейрозахм, симптомлари бўлган кечки туғма захмнинг бошқа шакллари, кечки туғма яширин захм, кечки туғма аниқланмаган захм, туғма аниқланмаган захм). 2. Эрта захм (жинсий аъзоларнинг бирламчи захми, анал соҳанинг бирламчи захми, бошқа соҳаларда жойлашган бирламчи захм, тери ва шиллик қаватларнинг иккиламчи захми, иккиламчи захмнинг бошқа шакл-лари, эрта яширин захм, эрта аниқланмаган захм). 3. Кечки захм (юрак қон-томир системаси захми, симптомлари бўлган нейрозахм, асимптом нейрозахм, аниқланмаган нейрозахм, бошқа симп-томлари бўлган кечки захм, кечки яширин захм, кечки аниқланмаган захм). 4. Захмнинг бошқа ва аниқланмаган шакллари (эрта ёки кечки аниқланмаган яширин захм, аниқланмаган захм).

ЗАХМНИНГ БИРЛАМЧИ ДАВРИ

Оқиш трепонема терига ёки шиллик қаватларга тушгач, у ерда захмнинг бирламчи аффект белгилари (қаттиқ шанкр) пайдо бўлиб, у иккиламчи даврга хос белгилари билан алмашингунига қадар бўлган муддат захмнинг бирламчи даври деб аталади. Бирламчи давр бемор қонидаги серологик реакцияларининг реакцияларининг натижаларига қараб серонегатив ва серопозитив даврларга бўлинади. Захмнинг классик кечишида бирламчи захм ўрта ҳисобда 6-8 ҳафта давом этади (**9-расм**).

Захмнинг бирламчи актив даври оқиш трепонема тушган терида қаттиқ шанкр, регионар лимфаденит, баъзан лимфангит пайдо бўлиши билан кечади (**10-расм**).



9- расм Бирламчи захм. Қаттиқ шанкрлар. (биполяри жойлашиш).



10-расм. Бирламчи захм. Қаттиқ шанкр. Ўнг томонлама регионар лимфаденит

Қаттиқ шанкр (*ulcus durum*) ёки бирламчи сифилома оқиш трепонема тушган тери ва шиллик қаватларда чегараланган инфильтрат ҳосил бўлиши билан бошланади. Кейинчалик инфильтратнинг юза қисми некрозга учраб, эрозия ёки яра вужудга келади. Қаттиқ шанкрнинг жойлашган ўрнига қараб, захм инфекциясининг юқиш йўли ҳақида бир фикрга келиш мумкин. Қаттиқ шанкр кўпинча жинсий аъзоларда (жинсий олат бошчаси, препуциал халтача, анус, катта ва кичик жинсий уятли лаблар, бачадоннинг бўйин қисмида) жойлашади ва бу касалликнинг жинсий йўл билан юққанини кўрсатади. Баъзан қаттиқ шанкрни оёқ, қорин ва бошқа соҳаларда учратиш мумкин. Қаттиқ шанкр бадан териси ёки шиллик қаватларнинг ҳар қандай жойида, кўпинча лаб, тил, кўкрак ва бодомча безларида жойлашади ва бу касалликнинг ножинсий йўл билан юққанини билдиради.

Одатда қаттиқ шанкр овал ёки юмалоқ, атроф теридан аниқ чегараланган, катталиги жимжилоқ тирноқидай келадиган эрозиядир. Эрозияларнинг ранги қизил, четлари текис, юлинмаган ва бир оз кўтарилган бўлиб, тубига томон нишаб бўлиб боради (идиш шаклини эслатади). Яранинг юзи текис, силлик, гўшт рангида бўлади, унинг маркази гоҳо сарғиш ёғ ғубори билан қопланган бўлиши мумкин. Эрозиялардан бир оз сероз суюқлик ажралиб чиқиб, шанкрга ялтироқ «лакланган» кўриниш беради (6,55).

Қаттиқ шанкрнинг ўзига хос белгиларидан бири қаттиқ консистенцияли инфильтратга эга эканлигидир. Бармоқлар билан палпация қилиб, эрозия остидаги қаттиқ инфильтратни аниқлаш мумкин. Ярали қаттиқ шанкрнинг чекка қисми тубидан кўра баландроқ бўлиб, тагидаги қаттиқ инфильтрат қўлга яхши илинади. Эрозияли шанкрлар эпителизация йўли билан тузалса, ярали шанкрлар ўзидан сўнг чандиқ қолдиради (**11,12-расмлар**).



11- расм. Бирламчи захм. Қаттиқ шанкр.



12-расм. Бирламчи захм. Қаттиқ шанкр.
Бачадон бўйнида аниқ чегарали, қизғиш яра

Бирламчи сифилома субъектив белгиларсиз, баъзан эса, сезиларсиз оғриқ билан кечади. Катталигига қараб кичик (майда) (1-3 мм) ва гигант (1,5- 2,0 см) қаттиқ шанкрлар тафовут қилинади. Қаттиқ шанкрлар нечоғли катта бўлмасин, улар бирламчи эффект учун хос бўлган клиник белгиларини сақлаб келади А. Fournier (1899) қаттиқ шанкрларнинг жойлашган ўрнига қараб, генитал (жинсий аъзоларда), перигенитал (жинсий аъзолар ва анус атрофида) ва экстрагенитал (жинсий аъзолар ва анусдан узоқ тери соҳаларида жойлашган) турларини тафовут этади (**13-расм**).

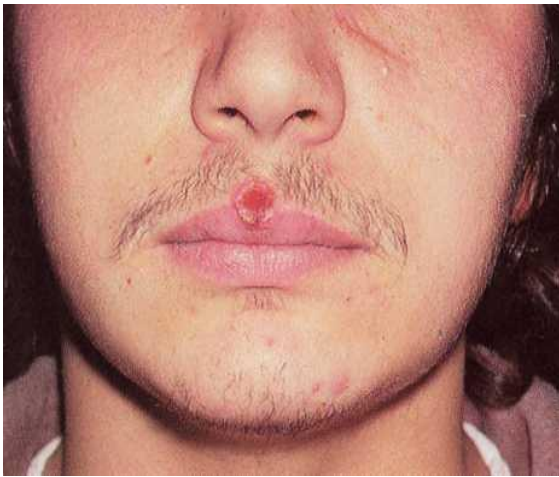
Экстрагенитал шанкрнинг жойлашиши



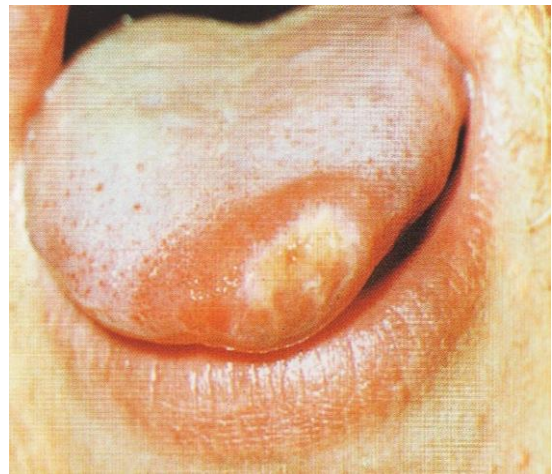
13-расм. Кўкрак беги терисида жойлашган шанкр



14-расм. Пастки лабдаги шанкр



15-расм. Юқори лабда жойлашган шанкр



16-расм. Тил учида жойлашган шанкр

Қаттиқ шанкрнинг жойлашган ўрни унинг клиник кўринишига таъсир этади. Масалан, препуциал халтачанинг ташқарисида, одатда кичик ва катта уятли лабларда жойлашган қаттиқ шанкрлар остидаги инфилтратнинг қаттиқлиги пластинкасимон ва уларнинг усти сероз ёки сероз-йирингли пўстлоқ билан қопланган бўлади. Препуциал халтачанинг ички юзасида жойлашган шанкр остидаги инфилтрат яхши ривожланганлиги сабабли, у тери сатҳидан кўтарилиб туради (козирёк симптоми). Қаттиқ шанкр препуциал халтача атрофини ўраб олса, уни склерозга учратиб, ҳаракатини чегаралаб қўяди ва олат бошчасини чиқаришга ҳаракат қилинса, препуциал халтачада родиар ёриқлар пайдо бўлади (29).

Анус атрофида жойлашган қаттиқ шанкрлар тирқишсимон, ёриқсимон ёки овал шаклларда бўлади. Бундай шанкрларга улар остидаги пластинкасимон инфилтратнинг жуда суст ривожланганлиги, дефекация вақтида кучли оғриқ бўлиши ва чов лимфа тугунчаларнинг катталашмаганлиги хосдир (20).

Анус соҳасида жойлашган қаттиқ шанкрларнинг клиник хусусиятларини билмаслик баъзан диагностик хатоликларга сабаб бўлади. Баъзан хирург ва проктологлар бундай ҳолларда орқа чиқарув каналининг кирилиши ёки бавосил каби диагноزلарни қўядилар (19).

Лабда жойлашган қаттиқ шанкрлар эрозия ёки яралар кўринишида бўлади (**14, 15-расмлар**), уларнинг устида кўтарилган кўнғир пўстлоқ бўлади. Клиник кўриниши импетигони, травматик ёки герпетик эрозияни, агар остидаги инфилтрат катта бўлса, эпителиомани эслатади (**16-расм**). Баъзан шанкр беморнинг тил учида жойлашиб гингивитни эслатади.

Атипик шанкрлар. Қаттиқ шанкрлар қуйидаги атипик кўринишларда учрайди: индуратив шиш, амигдалит шанкр, панариций-шанкр (милкак-шанкр).

Индуратив шиш кўпинча катта ва кичик уятли лабларда, эркакларнинг мояк халтачасида ва олат бошчасининг чекка қисмида пайдо бўлиб, оғриқсиз кечади. Жинсий аъзолар тўқимаси шишган ва қаттиқлашган бўлади, босиб кўрилса, бармоқ изи қолмайди.

Амигдалит-шанкрда бодомча беши бир томонлама катталашади, бироз шишади, қизаради, қаттиқлашади, аммо оғримайди, яра ва эрозиялар баъзан кўринмайди. Беморнинг ҳарорати кўтарилмайди, овқат тановул қилган вақтида оғримайди ва бемалол ютинаверади. Аммо ўша атрофдаги бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди.

Панариций-шанкр кўпинча тиббиёт ходимлари (гинеколог, стоматолог ва лаборантлар) нинг кўрсаткич бармоқларда учрайди. Бунда бармоқ катталашади, гунгурт-кўкиш рангга киради, четлари нотекис, шакли эса нотўғри бўлади, у оғрийди; тирсак лимфа тугунлари катталашади. Баъзан яллиғланиш жараёни оғриқсиз кечиши мумкин. Касалликнинг клиник кечиши стрептококкли милкакни эслатади. Лекин қаттиқ инфильтрат, регионар склераденитларнинг кузатилиши ва ўткир яллиғланиш эритемасининг йўқлиги панариций-шанкр учун хосдир.

Қаттиқ шанкрнинг асоратланиши. Қаттиқ шанкрга иккиламчи инфекция кўшилиб келиши ва ўз вақтида тегишли даволаш ишлари олиб борилмаганлиги натижасида эрозив баланопостит, фимоз, парафимоз, гангрена, фагеденизм каби асоратлар вужудга келади. Эрозив баланопостит - қаттиқ шанкрнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан бири. Препуциал халтачада етарли намлик, бир хил ҳарорат ва озикланиш учун қулай муҳитнинг пайдо бўлиши сапрфит микроорганизмларнинг қисқа муддат ичида кўпайишига олиб келади (17,18,19,20-расмлар).



17-расм. Захмда парафимоз ҳолати



18-расм. Индуратив шиш (атипик шанкр)



19-расм. Гангренизация билан асоратланган
асоратланган

шанкр



20-расм. Фагеденизация билан
асоратланган

шанкр

Қаттиқ шанкр атрофида шиш, эритема, эрозиялар пайдо бўлади ва натижада уларнинг усти сероз-йирингли экссудат билан қопланади. Бундай манзара қаттиқ шанкрнинг классик-клиник кечишини ўзгартириб юборади ва ажралмадан оқиш трепонемаларни топиш қийинлашади.

Лимфатик томирларга бой бўлган препуциал халтачада оз моз яллиғланиш жараёнининг ривожланиши фимозни келтириб чиқариши ҳам мумкин. Бунда олат бошчасининг чекка кертмаги катталашади, эластиклигини йўқотади ва препуциал халтача жинсий олат бошчасини чиқаришга халақит беради. Препуциал халтача ичидаги мацерация олат бошчасида катта эрозиялар ҳосил қилади; торайган препуциал халтача тешигида экссудат оқиши кузатилади. Регионар лимфатик тугунларни пайпаслаганда оғрийди ва ҳаракатчанлиги камайганлиги аниқланади.

Препуциал халтачанинг шиши ва инфильтрацияси натижасида препуциал ҳалқа олат бошчасини қисиб қўяди. Натижада қон ва лимфа айланиши бузилиб, олат бошчаси ва препуциал халтачанинг тўқимаси некрозга учраши мумкин. Бу парафимоз деб аталади (29).

Гангрена ва фагеденизм қаттиқ шанкр асоратининг энг оғир кўриниши бўлиб, у камқувват ва кўп ичкилик ичадиган кишиларда учрайди. Бунда фузоспириллез инфекцияси кўшилиши касалликнинг тез ривожланишига олиб келади. Қаттиқ шанкр юзасида гунгурт-қора ёки қора рангли чирик (гангрена) пайдо бўлади ва у кўчганида геморрагик-йирингли, ярали нуқсон вужудга келади. Нуқсон аста-секин грануляцион тўқима билан қопланиб, ўзидан сўнг чандиқ қолдиради. Агар гангренали шанкрдаги яллиғланиш жараёни атрофга ва ичкарига тарқалса, уни фагеденизм деб аталади. Бундай бемор бадани титраб қақшайди, иссиғи кўтарилади, боши

оғрийди, захарланиш аломатлари кузатилади; тўқималарнинг кучли парчаланиши катта ва чуқур яралар ҳосил бўлиши ҳамда қон оқишига олиб келади. Фурнье (1899) гангренали қаттиқ шанкр қора кўтир (қаттиқ пўст) билан қопланмаслигини кузатди ва уни қизил фагеденик шанкр деб атаган. Бунда ранги қизил, юзаси текис ёки нотекис, қаттиқ асосли яра ҳосил бўлади, унинг атрофидаги терида шиш ва гиперемия кузатилади, ярадан сероз геморрагик суюқлик ажралиб чиқади.

Регионар склераденит бирламчи захмнинг иккинчи асосий белгиси, у қаттиқ шанкр пайдо бўлганидан 5-7 кун ўтгач, ривожланади (**21-расм**).



21-расм. Ўнг томонлама регионар лимфаденит

Агар қаттиқ шанкр ташқи жинсий аъзоларда жойлашса, у ҳолда чов соҳасидаги лимфатик тугунлар катталашади. Агар бачадон бўйнида ёки тўғри ичак сфинктеридан юқорида жойлашса, бу ҳолда кичик чанокдаги лимфа тугунлар катталашади. Жағ ва суяк остидаги лимфа тугунларининг катталашиси қаттиқ шанкрнинг лаб ёки оғиз бўшлиғида жойлашганлигидан дарак беради. Лимфа тугунларнинг ловиядек катталашиси, қаттиқ эластик консистенцияга эга бўлиши, пайпаслаб кўрилганда уларнинг ҳаракатчанлиги, бир-бири ва тери билан қўшилмаганлиги ҳамда оғримаслиги регионар склераденит учун хосдир.

Олим Риккор «склераденит қаттиқ шанкрга йўлдош, у билан доимо бирга учрайди, шанкр кетидан изма-из боради, бубонсиз қаттиқ шанкр учрамайди», - деб ёзган эди.

Специфик лимфангит (лимфа томирларининг яллиғланиши), тахминан 7-8 фоиз беморларда кузатилади. Бунда қаттиқ шанкрдан то лимфа тугунчаларигача бўлган лимфа томирлари яллиғланади. Лимфатик томирлар қалинлашиб, қўлга яхши уннайди, оғримайди, атрофидаги тўқималар билан қўшилмайди ва ўзидан сўнг из қолдирмайди (6).

Ташхисоти. Қаттиқ шанкрни оддий пуфакчали темиратки, шанкрсимон пиодермия ва рақда учрайдиган яралардан фарқлаш лозим.

Оддий пуфакли темираткида пуфаклардан ҳосил бўлган эрозиялар шишган бўлиб, улар гиперемияли терида жойлашади, полициклик чегарага эга, асосида эса қаттиқлик аниқланмайди, оғриқ сезилади. Шанкрсимон пиодермия камдан кам учраса-да, уни қаттиқ шанкр билан таққослаш маълум бир қийинчиликлар туғдиради. Чунки шанкрсимон пиодермияда ҳам оғриқсиз қаттиқ яра ёки эрозиялар бўлади ва регионар лимфа тугунлар катталашади. Ташхис қўйишда эрозия ёки шанкрдан тафовут қилиш учун бир неча маротаба оқиш трепонемага текшириш, Вассерман реакциясининг натижаларини ҳисобга олиш катта аҳамиятга эга.

Тери ўсмасида (тери раки) яра аниқ чегараланган, туби қаттиқ, чети нотекис, эгри-бугри, кўпинча емирилган ва атрофи оз-оз яллиғланган бўлади. Бундай яра, бирламчи сифиломага нисбатан, чуқур жойлашганлиги сабабли ундан қон оқиши ва секин (торпид) кечиши кузатилади. Шунингдек, тери ўсмасидаги яралар кўпроқ қарияларда учрайди.

ЗАХМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИ

Захмнинг иккиламчи даври оқиш трепонема билан зарарланганидан ўрта ҳисобда 2-3 ой ёки бирламчи сифилома пайдо бўлганидан 6-7 ҳафта ўтгач, тери ва шиллик қаватларда тошмалар тошиши билан бошланади (**22-расм**).



22-расм. Папулез сифилид. Бадан ва оёқ қўлларда папулез тошмалар.

Касаллик даволанмаган тақдирда 3-5 йилга чўзилади. Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, ҳаракат аъзолари ва нерв системасида турли хил патологик ўзгаришлар кузатилади.

Иккиламчи захмнинг дастлабки 5-7 - кунда баъзи беморларда (10-15%) умумий дармонсизлик, ланжлик, бош оғриғи, ҳарорат кўтарилиши (37,2-38 С), кечкурунлари бўғим ва суякларда оғриқ бўлиши кузатилади. Лекин кўпинча беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди.

Захмнинг иккиламчи даври иккиламчи янги захм (тошмаларнинг биринчи марта тошиши) ва иккиламчи рецидив захмга (тошмаларнинг қайта тошиши) бўлинади. Тошмалар тошиши орасидаги вақт иккиламчи яширин захм деб аталади (6,15,55).

Иккиламчи даврда учрайдиган тошмалар умумий хусусиятларга эга. Улар баданнинг турли соҳаларида учраб, шакли думалоқ, кескин чегарага ва кўкимтир-қизғиш рангга эга, қўшилишга мойил эмас, субъектив сезгилар бўлмайди, даволаш чоралари ўтказилмаса ҳам маълум вақтдан кейин из қолдирмасдан йўқолиб кетади. (О. К. Шапошников, 1991). Иккиламчи сифилидларнинг эрозияли юзасида кўп миқдорда оқиш трепонемалар бўлиб, улар жуда ҳам контагиоз ҳисобланади. Иккиламчи захм билан оғриган беморларни антибиотиклар билан даволаш вақтида Лукашевич-Яриш-Герксгеймер реакцияси (ҳарорат кўтарилиши, умумий симптомларнинг пайдо бўлиши, тошмалар сонининг кўпайиши ва рангининг тиниқлашиши) кузатилади. Антибиотиклар таъсирида кўплаб оқиш трепонемалар нобуд бўлади ва натижада бу микроорганизмлар таркибидан пироген (токсик) моддалар ажралиб чиқади. Бу моддалар қон-томирларга таъсир этади ва клиник жиҳатдан Лукашевич-Яриш-Герксгеймер реакцияси билан ифодаланади.

Иккиламчи захмда морфологик элементлардан доғ (розеола), тугунча (папула), баъзан эса пуфакча (везикула) ва мадда (пустула) учрайди. Шу билан бирга бу даврда сифилитик лейкодерма ва соч тўкилиши (сифилитик алопеция) ҳам кузатилади.

Захмнинг иккиламчи янги давридаги сифилидлар майда ва кўп сонли, ёрқин рангли, симметрик, атрофга ёйилмайди, усти кепакланмайди. Бу даврда баъзи беморларда қаттиқ шанкрнинг қолдиқларини ва регионар склераденитни аниқлаш мумкин, 80-90 фоиз беморларда полисклераденит ҳолати ривожланади. Иккиламчи рецидив захмда тошмалар йирик ва сони кам, кўпинча симметрик бўлмай, гуруҳлашишга мойил бўлади ва кўп ишқаланувчи соҳаларда (сон, жинсий аъзолар, оғиз бўшлиғи) жойлашади.

Доғсимон сифилид (сифилитик розеола). Захмнинг иккиламчи даври кўпинча захм розеоласи билан бошланади. Доғларнинг катталиги жимжилоқдек ёки ундан кичикроқ, ранги пушти-қизил, шакли эса думалоқ бўлади. Агар доғни босиб кўрилса, йўқолиб кетади, лекин яна пайдо бўлади, пўст ташламайди, тери сатҳидан кўтарилмайди. Розеолалар кўпинча тери юзасида: кўкрак, қорин ва кўл, думба, сон ва оғиз шиллиқ қаватида учрайди. Розеола 1-2 ҳафта давомида тошиб, 3-4 ҳафтагача ўзгармай тураверади, кейин рангсизланади ва секин-аста ҳеч қандай доғ қолдирмай йўқолиб кетади.

Агар бемор танасидаги розеолаларни кўриш қийин бўлса, никотин кислотасининг 1 фоиз эритмасидан 3-5 мл вена ичига юборилади. Бунда танадаги розеолалар ёрқин рангга киради.

Ташхисоти. Захм розеоласини қизилча, қизамиқ, пушти ранг темиртки, токсикодермияда учрайдиган розеолалардан ажратиш керак.

Қизамиқ касаллиги ҳарорат кўтарилиши билан кечади, сон жиҳатидан кўп, ёрқин, йирик, бир-бири билан қўшилишга мойил бўлган розеолёз доғлар беморнинг юзи, бўйни, тана ва оёқларига тошади. Доғлар регрессга учраганида пўст ташлаш кузатилади. Лунж шиллиқ қаватида, баъзан лаб ва милкларда оқиш нуқтали Филатов-Коплик доғлари пайдо бўлади.

Қизилчадаги доғлар пушти рангда, катталиги яслмикдек думалоқ ёки овал шаклда бўлади, бир-бири билан қўшилмайди, баъзан атрофдаги теридан бир оз кўтарилиб туради ва 2-3 кундан кейин аста-секин из қолдирмай йўқолиб кетади. Баъзан беморларни бадан қичиши безовта қилади. Тошмалар аввал юзда, кейин эса бўйин ва танада тошади. Томоқда розеолёз тошмаларни учратиш мумкин.

Дори-дармонлар таъсирида вужудга келган доғли тошмалар бирдан тошади, ранги ёрқин периферик ўсиш ва бир-бири билан қўшилишга мойил бўлади, қичишиш билан кечади. Тез кунда тошмалар устида пўст ташлаш кузатилади.

Пушти ранг темирткида тананинг ён томонида 1-2 та она пилакча (бирламчи медальон), яъни катталиги 3-4 см келадиган, чегаралари аниқ ажралиб турадиган, овал ёки думалоқ шаклли доғлар пайдо бўлади. Доғлар пушти қизил рангда бўлиб, усти кепаксимон таягачалар билан қопланади. Бир неча кундан кейин, тананинг турли соҳаларида овал шаклдаги бир талай пушти қизил доғлар пайдо бўлади. Доғ юзасидаги эпидермис папирос қоғозига ўхшаб ғижимланиб қолгандек бўлади.

Захм розеоласини юқорида келтирилган касалликлар билан таққослаганда, захм билан оғриган беморнинг ҳаёт ва касаллик анамнези,

иккиламчи захмнинг клиник белгилари ва серологик реакция натижаларини билиш муҳим аҳамиятга эга.

Папулёз сифилид. Папулёз сифилид иккиламчи захмнинг рецидив даврида кўпроқ учрайди. Папулаларнинг катта-кичиклигига қараб лентикуляр (ясмиқсимон) ва милиар турлари тафовут этилади.

Лентикуляр папулалар ярим ойсимон шаклга эга, чегараси аниқ ва кескин, пушти рангли бўлиб, бир-бири билан қўшилмайди, усти кепакланади ва тангачалар папулаларнинг атрофида жойлашади («Биетт ёқачаси» симптоми). Милиар папулалар соч фолликулаларининг чиқиш жойида ва кўпинча дармони қуриган беморларда учрайди. Бундай папулалар тўғноғич бошидай катталиқда бўлиши мумкин.

Чов, жинсий аъзолар ва орқа чиқарув тешиги атрофида жойлашган папулалар (**23,24-расм**) ишқаланиш ва қитиқловчи ажралмалар таъсирида катталашади (гипертрофик папулалар), улар бир-бирига қўшилиши натижасида пилаксимон папулалар ёки кенг кондиломалар вужудга келади.



23-расм. Гипертрофик папулалар



24-расм. Сербар кондиломалар

Бундай катта папулаларнинг усти ишқаланиш оқибатида эрозия (эрозив папула) ва пилчираш (хўлланувчи папула) пайдо бўлади. Бундай эрозив ва хўлланувчи папулалар сиртида жуда кўп оқиш трепонемалар бўлиб, у атрофдагилар учун ўта хавфли ҳисобланади. Кафт ва товонда жойлашган папулёз тошмалар терининг умумий сатҳидан кўтарилмайди, тўк қизил рангдаги доғларни эслатади (**25- расм**). Папулалар қаттиқ консистенцияли ва усти қалин, зич жойлашган тангачалар билан қопланган бўлади. Захмнинг иккиламчи даврида псориаз (псориазсимон сифилидлар) ва

себореяга (себореяли захм папулалари) хос папулаларни ҳам учратиш мумкин (26-расм).



25-расм. Оёқ ва қўлдаги папулёз тошмалар 26-расм. Тана терисидаги папулёз тошмалар

Захм папулалари аста-секин сўрилиб, ўзидан сўнг пигментли доғлар қолдиради. Доғлар ҳам вақт ўтиши билан йўқолиб кетади. Папулёз сифилидлар субъектив белгиларсиз кечади. Тугунчаларнинг марказий қисми жуда сезувчан бўлади ва зонд билан шу соҳа босилса, оғрик сезилади (Яддасон симптоми) (13,16).

Ташхисоти. Захм папулаларини псориаз, парапсориаз, қизил ясси темиртки, лихеноидли тери сили, сурункали инфилтратив сквамоз экзема (гуш)да учрайдиган папулалардан фарқ қилиш лозим. Кенг кондиломаларни ўткир учли кондиломалардан, гемorroидал тугунлардан фарқлаш лозим.

Псориазда папулалар шакли думалоқ, ранги қизил-пушти бўлади, уларнинг усти кумуш ранг тангачалар билан қопланади. Псориатик триада, Кёбнер феномени ва тирноқларда «ангишвона симптоми» кузатилади. Тугунчалар ёки пиллакчалар қафт ёки товонда жойлашса (псориатик тугунчалар товонда ҳам учрайди), уларни фарқлаш қийин бўлади.

Парапсориазнинг томчисимон шаклидаги папулалари тирналса, яширин кепакланиш, «облатка» симптоми ва тошмалар (папулалар) атрофида гемorroгия белгилари кузатилади. Тошмалар остида инфилтрация суст ривожланган бўлади ва шиллиқ қаватлар деярли шикастланмайди.

Қизил ясси темирткида папулалар ясси, полигонал, ўртаси киндиксимон ботиқ, Уикхем тўри, ранги пушти-қизил бўлади. Тошмалар қўл ва оёқларнинг букиладиган соҳаларида жойлашади. Касаллик кучли қичишиш билан кечади. Оғизнинг шиллиқ қаватида лейкоплакия ва Кёбнер феноменини кузатиш мумкин

Лихеноидли тери сили асосан болаларда учрайди. Тугунчалар юмшоқ консистенцияли, сарғимтир-қизил рангда ва гуруҳлашишга мойил бўлади. Тошмалар устида нозик, юпка тангачалар кузатилади. Туберкулин реакциялари мусбат бўлади.

Кафт ва товонда жойлашган сурункали инфилтратив-сквамоз гушда ўчоқлар думалок, аниқ чегараланган бўлади. Касаллик бир неча йил давом этади ва қайталанади, ўткир яллиғланиш ва қичишиш белгилари билан кечади.

Жинсий аъзолар атрофида, анус соҳасида жойлашган ўткир учли кондилломалар, кенг кондилломалардан фарқли равишда гулкарам ёки хўроз тожисини эслатувчи сўрғичсимон ўсмалардан ташкил топади, улар ингичка асосда (оёққа) жойлашиб юзаси намланиб турувчи кепаклар билан қопланади. Ишқаланиш натижасида ачишиб, қичишиб туради, ярачаланиб эрозияланади ва бир оз қонаб туради.

Геморроидал тугунлар асосида қаттиқ эластик инфилтрат аниқланмайди, юмшоқ консиетенцияли ва тугунларнинг бир томони шиллик қават билан қопланган бўлади. Касаллик сурункали кечади ва қон оқиш кузатилади.

Захми юқорида қайд этилган касалликлардан фарқлашда бемор анамнези, серологик реакциялар (КБР, РПГА, РИФ)ни инобатга олиш керак.

Пустулёз сифилид. Пустулёз сифилид асосан организмнинг реактивлиги пасайган ва ичкиликка ружу қилган кишиларда учрайди.

Тошмалар асосан бошнинг сочли қисми, бел ва болдирларга тошади.

Пустулёз тошмалар кўпинча тугунчали сифилидлар билан бирга учрайди ва захмнинг оғир, хавфли клиник кечишидан дарак беради. Пустулёз сифилиснинг бир неча хили тафовут қилинади:

1. Захм импетигозида папула марказида мадда (пустула) бўлиб, у тез орада қурийди ва пўстлоққа айланади. Элементлар периферия томон ўсмайди, бир-бирига қўшилмайди ва субъектив сезгилар бўлмайди.

2. Хуснбузарсимон сифилид клиник кўриниши жиҳатидан оддий хуснбузарни эслатади. Лекин хуснбузарсимон сифилидлар себорея бўлмаган соҳаларда ҳам жойлашади, себореянинг симптомлари (камедонлар) бўлмайди.

3. Чечаксимон сифилид. Шарсимон пустиула ҳосил бўлиб, тез орада ўртаси чўкиб, қурийди (шу клиник кўриниши билан чечак касаллигини эслатади). Атрофида кўнғир-қизил рангли инфилтратли болишча кузатилади. Пустиулалар сони кўп бўлмайди (10-20) ва узоқ вақт сақланганидан сўнг ўзидан чандиқ қолдирмайди.

4. Захм эқтимасида қалин, кулранг ёки қўнғир пўст билан қопланган чуқур пустула ҳосил бўлади. Пўст тагида яра бўлиб, кейинчалик у текис чандиқ билан битади. Элемент атрофида қизил гардиш билан ўралган қаттиқ болишли инфилтрат бўлади. Пустулалар болдирнинг олдинги юзасида, баъзан эса бадан, қўл-оёқлар ва бошнинг сочили қисмида жойлашади. Банал эқтиманинг сифилитик эқтимадан фарқи шундаки, уни стрептококклар қўзғатади; думба ва белда жойлашади ҳамда атрофида кучли эритема бўлади.

5. Захм рупияси захм эқтимасининг бир тури бўлиб, бунда инфилтрат катталашаверади, тубидан чиққан суюқлик қотиши натижасида қатлам-қатлам конуссимон, чуқур ярага айланади. Рупия касаллик бошланганидан кейин вужудга келади ва эқтима каби захмнинг оғир кечишидан дарак беради.

Ташхисоти. Захм пустулаларини оддий (вулгар) хуснбузар, дори-дармонлар таъсирида келиб чиққан акнесимон тери сили, вулгар импетигода учрайдиган тошмалардан ажратиш лозим.

Оддий хуснбузарда пустулёз тошмалар асосан себореяли соҳаларга (юз, қўкрак ва энса) тошади. Маддалар босилса, ундан комедон ва йиринг ажралиб чиқади. Захм маддаси эса тарқоқ ҳолда жойлашади ва ундан фақат йиринг ажралиб чиқади. Оддий хуснбузарда пўстлоқлар зич ва остидаги терига ёпишган бўлади, захм-да эса маддалар устидаги пўстлоқлар юзаки жойлашади ва енгилгина кўчади.

Дори-дармонлар таъсирида пайдо бўлган хуснбузарларни йод, бром препаратларини узоқ вақт қабул қилган беморларда кузатиш мумкин. Қўл, оёқ ва тананинг бошқа соҳаларида бир зумда турли катталиқдаги маддалар пайдо бўлади. Препаратлар қабул қилишни тўхтатиш билан тошмалар тезда қайтади.

Акнесимон тери силида қизил тугун маркази сарғимтир бўлиб, маддани эслатсада, унинг маркази некротик соҳа ҳисобланади. Некротик пўстлоқ терига зич жойлашади ва тушиб кетгандан кейин ўрнида чандиқ қолади. Туберкулин реакциялари мусбат, серологик реакциялар эса манфий бўлади.

Вулгар импетигода аввалига бир оз қизариб, шишиб турган терида стрептококк фликтенаси пайдо бўлади. Йиринг тез орада қуриydi ва ўрнида сарғимтир, мис рангли қора қўтирлар ва қўнғир пигментациялар вужудга келади (захмда бу кузатилмайди). Вулгар импетигода тошмалар турли катталиқда бўлиб терида тартибсиз (захмда тошмалар бир хил катталиқда ва маълум соҳаларда) жойлашади.

Захмнинг иккиламчи даврида теридаги каби шиллиқ қаватларда (оғиз бўшлиғи, томоқ, ҳалқум, лабларнинг қизил хошияси, катта ва кичик уят

лабларнинг шиллик қаватлари) ҳам доғсимон, папулёз ва пустулёз сифилидлар учрайди. Шиллик қаватлар пушти рангда бўлганлиги сабабли бу аломатларни дарҳол фарқ қилиш (такқослама ташхис) қийин. Юмшоқ танглай, танглай тилчаси, бодомча безидаги розеолалар бир-бирлари билан қўшилишиб катта ўчоқ ҳосил қилади ва бу захм ангинаси деб аталади. Захм ангинаси бир ёки икки томонлама бўлиши, субъектив белгиларсиз кечиши, ҳарорат кўтарилмаслиги ва тошмалар чегараси кескин ажралганлиги билан характерланади (25,27).

Шиллик қаватларда папулёз тошмаларни ҳам учратиш мумкин. Улар ясси, думалоқ, чегараси кескин, ушлаб қўрилганида зич, ранги эса тўқ қизил бўлади. Оғиз бўшлиғида жойлашган папуланнинг эпителийси шикастланса, у оқиш бўлиб, четида қизғиш рангли болишча кўринади. Худди шундай папулёз тошмаларни танглай, милк, жинсий аъзоларнинг шиллик қаватида учратиш мумкин. Агар папулалар овоз (товуш) пайларида ёки ҳикилдоқда жойлашса, овоз бўғилиб қолади (27-расм).



27-расм. Иккиламчи захмда бемор тилидаги тошмалар

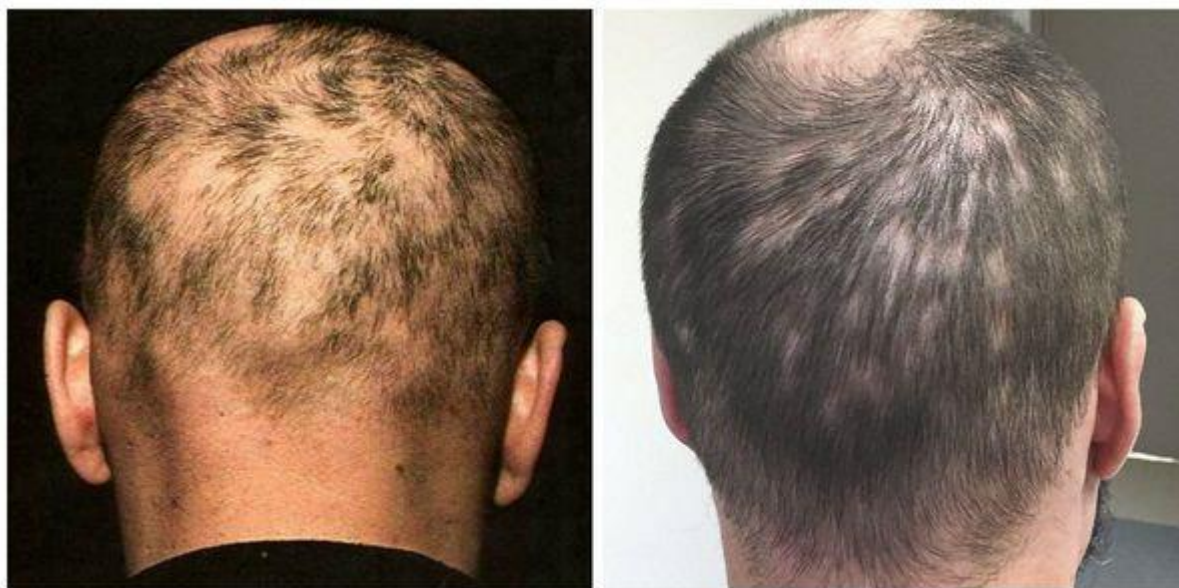
Захм алопецияси. Захм алопецияси кўпинча захм лейкодермаси билан бирга учрайди ва захмнинг иккиламчи рецидив даврида кузатилади.

С.Т.Павлов (1969) фикрича майда ўчоқли алопеция оқиш трепонемаларнинг соч фолликулаларига бевосита таъсири натижасида келиб чиқади. Диффуз алопеция эса соч фолликулалари фаолиятини бошқарувчи нерв ва эндокрин системаларининг шикастланиши ёки организмнинг интоксикацияси ҳисобига ривожланади. Захм алопециясининг майда ўчоқли, ялли (диффуз) ва аралаш турлари тафовут этилади.

Майда ўчоқли захм алопециясида соч тўкилган жой териси ўзгармайди, кипиқланмайди, соч кичик-кичик ўчоқ ҳосил қилиб тўкилади,

четидаги соч бармоқ билан секин тортилса юлиниб чиқади, яллиғланиш белгилари кузатилмайди (24,29).

Ялпи (диффуз) алопецияда эса бошдаги сочлар бир текис тўкилади (28-расм).



28-расм. Майда ўчоқли сифилитик соч тўкилиши

Соқол, қош, киприклар ҳам тўкилиши мумкин. Бирин-кетин тўкилиб ва ўсиши ҳисобига киприклар ҳар хил узунликда бўлади ва зинапояни эслатади (бу Пинкус белгиси деб аталади). Қошларнинг майда ўчоқли тўкилишини «трамвай» ёки «омнибусли» сифилид деб аташади. Баъзи беморларнинг сочи бутунлай тўкилиб кетиши мумкин. Терида ҳеч қандай яллиғланиш аломатлари, шунингдек, қипиқланиш ҳам кузатилмайди, тери теп-текис бўлиб тураверади, Ялпи соч тўкилиши, кўпинча захмнинг иккиламчи даврида учрайди (29,30-расмлар).



29,30 – расмлар. Қош соҳаси ва киприкларда диффуз соч тўкилиши (Пинкус белгиси).

Аралаш соч тўкилиши. Бунда ўчоқли, ҳам ялпи соч тўкилишини кўриш мумкин. Захмда соч тўкилиши касалликка хос аломат ҳисобланади, лекин бир неча ойдан кейин соч яна ўсиб чиқади.

Захм алопециясини ўчоқли алопеция ва трихофитиядаги соч тўкилишидан фарқлаш лозим. Ўчоқли алопецияда ўчоқлар катта, соч тўкилган тери юмалоқ ёки овал, ялтироқ бўлади. Соч толалари бутунлай бўлмади ва ўчоқлар перифериясидаги сочлар пича тортилса ҳам, юлиниб чиқади.

Трихофитияда эса тери пўст ташлайди, сочлар тўкилмасдан турли узунликда синади. Шикастланган сочлардан замбуруғ споралари топилади.

Захм лейкодермаси ёки пигментли сифилид. Пигментли сифилидни биринчи марта Hardy 1854 йилида таърифлаб берган. Neisser 1883 йили уни захм лейкодермаси номи билан атаган.

Захм лейкодермаси учун хос хусусият шуки, шикастланган теридан ҳеч қайси тадқиқотчи оқиш трепонемани топмаган ёки бу касаллик бошқа ҳайвонларга экспериментал йўл билан юктирилмаган. Захм лейкодермаси кўпинча захмнинг иккиламчи рецидив даврида учрайди. У оқиш доғ кўринишида бўлиб, беморни безовта қилмайди. Кўкрак, бўйин («Венера маржони») ва орқада, баъзан эса елка ва қўлларда катталиги нўхатдек ёки ундан кичикроқ доғларни кўриш мумкин (**31-расм**).



31-расм. Пигмент сифилид- доғли сифилитик лейкодерма - «Венера маржони»

Оқ доғлар бир-бири билан қўшилиб тўр ҳосил қилгандек кўринади. Лейкодерма специфик даволаш усуллари ўтказилмаса ҳам, бир неча ойдан сўнг аста-секин йўқолиб кетади (6).

Ташхисоти. Захм лейкодермасини витилиго, ранг-баранг темираткида учрайдиган доғлардан фарқлаш лозим.

Витилиго (пес)даги пигментсиз оқ доғлар думалоқ ёки овалсимон бўлиб, атрофдаги соғлом теридан аниқ ажралиб туради, бир-бири билан қўшилиб, периферияга ўсишга мойил бўлади.

Ранг-баранг темираткидаги доғларнинг ранги ҳар хил: пушти-сарик рангдан то тўқ кўнғиргача, сутли кофе рангида, кескин чегараланган, турли шаклга эга, юзаси кўзга аранг кўринади, кепаксимон тангачалар билан қопланган бўлади.

Захмнинг иккиламчи даврида асаб тизими, ички аъзолар ва ҳаракат аъзоларининг зарарланиши. Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, нерв системаси ва ҳаракат аъзоларининг зарарланиши жуда камдан-кам учрайди ва пайдо бўлган патологик ўзгаришлар бемор ҳаёти учун бирор хавф туғдирмайди.

Захмнинг эрта даврларида нерв системаси томонидан яширин (латент) захм менингити, ўткир генерализацияланган (тарқалган) менингит, базал менингит ва захм гидроцефалиясининг клиник симптомларини ташхис қилиш мумкин.

Яширин (латент) захм менингити мия қобиғига оқиш трепонема ёки улар ажратиб чиқарган метаболитлар (ёки захарлар) таъсирида ривожланади. Захмнинг эрта даврларида асимптом менингит ҳолларининг ошиши ва вақт ўтган сайин (захмнинг иккинчи ва учинчи йили) эса беморлар сонининг камайиши кузатилади. Р. А. Капкаев ва бошқалар (1986) нейрозахм бўлган беморларнинг 71,3 фоизида яширин менингитни аниқлаганлар. Бунинг сабаби сўнгги йилларда ликвордаги ўзгаришларни аниқлашда янги серологик реакциялар (РПГА, РИФ-200, кардиолипин антигени билан Вассерман реакцияси) қўлланилади.

Яширин захм менингитига асосан ликвордаги ўзгаришларга асосланиб ташхис қўйилади. Ликвордаги энг кам патологик ўзгаришлар куйидагича: оқсил-0,4%, цитоз-1мм³ да 3-8 та хужайра, Нонне - Апельт глобулин реакция- си ++, Ланге реакцияси бир неча икки рақами, мусбат Вассерман реакцияси.

Специфик даволаш натижасида эрта захм белгилари (қаттиқ шанкр, розеола, папула ва бошқалар) каби ликвордаги патология ҳам тезда йўқола боради.

Ўткир генерализацияланган (авж олган) менингитда мия қобиқларининг патологик ўзгарганлиги аниқланади. Нейрозахмнинг бу шакли кўпинча захмнинг рецедив даврида учрайди. Беморлар бошда кучайиб борувчи оғриқ, бош айланиши, қусиш ва кулоқдаги шовқиндан шикоят

қиладилар. Қусиш тўсатдан кўнгил айнимасдан бошланади ва у беморнинг овқат еган ёки емаганлигига боғлиқ эмас («марказдан келиб чиқувчи» қусиш).

Орқа мия суяқлигида қуйидаги ўзгаришлар аниқланади: оксил - 12%гача, цитоз-1 мм³ да 200-400 -1000 та хужайра (асосан лимфоцитлар) бўлади, Панди ва Нонне-Апельт реакциялари +++++ .

Захмда невритлар иккиламчи бўлиб, нервни гумма босиши ёки яллиғланган тўқимадаги патологик жараённинг нерв қобиғига ўтиши ҳисобига ривожланади. Асосан тирсак, куймич ва кичик болдир нервлари шикастланади ва уларнинг клиник белгилари бошқа этиологияли невритлардан фарқ қилмайди. Захм мононевритида нерв иннервация қилувчи соҳада оғриқ бўлади, енгил гиперестезия кейинчалик сезувчанликнинг камайиши билан алмашинади.

Адабиётларда захм инфекцияси таъсирида уч шоҳли, юз ва когурғалараро нервларнинг шикастланганлиги баён этилган. Захмда кўрув нервининг шикастланиши икки томонлама бўлиб, асосан, базал менингит билан бирга кечади. Офтальмологда текширилганида кўрув нерви сўғони гиперемияли, шишган, атрофидаги тўқималарда қон қуйилиш ва дегенератив ўчоқлар кузатилади. Беморлар ўз вақтида даволансалар, патологик жараён тезда босилади ва кўриш қобиляти тикланади. Касаллик оғир кечганида кўр бўлиб қолиш мумкин (23,29,34).

Захмда эшитув нервларининг шикастланиши суяк-хаво диссоциацияси, яъни хаво орқали ўтказувчанлик сақланиб қолган ҳолда суяк орқали ўтказувчанликнинг кескин пасайиши ёки йўқолиши билан ифодаланади.

Захмнинг эрта шаклларида (асосан иккиламчи рецидив захмда) қулоқ (лабиринтит) ва кўзлар (ирит, иридоциклит, хориоретинит, хорионеврит) шикастланиши мумкин. Бу аъзолар мия қобиғининг шикастланиши билан кечса, у ҳолда ташхис қўйиш қийин эмас. Лекин улар неврологик белгиларсиз кечса, уларни бошқа этиологияли кўз ва қулоқ касалликларидан фарқ қилиш керак. Беморларда қорачиқнинг ёруғликка нисбатан нотўғри реакцияси - конвергенция ва аккомодациянинг бузилиши специфик увеит, ирит ва бошқалар кузатилади.

Иккиламчи рецидив захм билан оғриган беморда специфик ирит ва кўз камераси суяқлигидан (кўрув майдонида 3-6 та) оқиш трепонемалар аниқлан-ган (Schnudt ва бошқалар, 1972).

Бемор баъзан Боткин касаллигини эслатувчи ўткир гепатитнинг клиник кўринишини ўтказиши мумкин. Иккиламчи захмда жигарнинг шикастланиши 0,24-0,36 фоиз беморларда учрайди. Ўткир захм гепатити

касаллик юкқанидан 6-8 ой ўтганч ривожланади. Спиртли ичимликлар ичиш, безгак, грипп каби касалликларга чалиниш, палапартиш ва сифатсиз овқатланиш ҳам захм гепатитининг кучайишига олиб келади. Беморларнинг жигари катталашади, пайпаслаб кўрилганида оғрийди, функцияси бузилади. Қораталоқ ҳам катталашини мумкин. Баъзан гепатит жигарнинг сариқ атрофияси ва комага олиб келади. Бунда бемор бўшашади, алаҳсирайди, галлюцинация кузатилади. Ҳатто бемор ҳалок бўлиши ҳам мумкин. Бундай беморлар қонида серологик реакциялар кескин мусбат бўлади. Иккиламчи захмда буйракнинг зарарланиши протеинурия, захм липоидли нефрози билан юзага чиқади.

Юрак-қон-томир системасида электрокардиография билан аниқланадаган захм миокардити (чарчаш, умумий ҳолсизланиш, нафас қисиши) учрайди.

Меъда-ичак фаолиятининг бузилиши (кўнгил айниши, кекириш, иштаҳа йўқолиши, гипоацид гастрит) кузатилади.

И. И. Илин (1975) атиги 0,46 фоиз беморда гастрозахм борлигини аниқлаган. Гастрозахм ташхисида йўл кўйилган хатоликлар, асосан жарроҳлар томонидан баён қилинади.

Иккиламчи захмнинг бошланғич даврида оёқнинг узун найсимон суяклариди оғриқ пайдо бўлиб, у кечга бориб кучайиши мумкин. Шу билан бирга, оғриқ билан кечадиган периостит ва остеопериоститларнинг клиник симптомлари ривожланади. Суяклар пайпасланганида қаттиқ консистенцияли, оғриқли шиш қўлга сезилади. Рентгенология ва гистологик текширувлар ташхис кўйишга ёрдам беради.

Захмнинг эрта шаклларида елка ва тизза бўғинлари кўпроқ шикастланади. Беморларни кечга бориб кучаядиган оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, иштаҳа йўқолиши безовта қилади. Захмда бўғинлар шикастланишининг 2 тури тафовут этилади: синовитлар (бўғиннинг синовиал қавати ва халтачасининг яллиғланиши, бунда суяк ва тоғайлар шикастланмайди) ва остеоартритлар (бўғин синовиал қавати, суяк ва тоғайлар яллиғланади).

Висцерал захм тери ва шиллик каватларда специфик тошмалар тошиши билан кечади, серологик реакцияларнинг мусбатлиги тўғри ташхис кўйилишига катта ёрдам беради.

Агар бемор пенициллин ёки бошқа антибиотиклар билан ўз вақтида даволанса, юқорида айтилган патологик жараёнлар аста-секин қайтади (регрессга учрайди).

ЗАХМНИНГ УЧЛАМЧИ ДАВРИ

Сўнгги йилларда захмнинг учламчи даври билан оғриган беморлар сони анча камайди. Бу давр беморнинг тўда ёки мутлақо даволанмаганлиги натажасида келиб чиқади. Учламчи даврнинг ривожланишида шикастланиш (рухий, жисмоний) ва сурункали касалликлар, заҳарланишлар, беморнинг ёши ҳамда бошқа омилларнинг аҳамияти ғоят катта. Учламчи давр 3-5 йил ёки ундан ҳам кечроқ бошланади ва тери, шиллик қаватлар, ички аъзолар, нерв системаси ҳамда ҳаракат аъзоларининг зарарланиши билан ўтади.

Учламчи захм клиник кечишига қараб фаол (актив) ва яширин даврларга бўлинади. Бу давр терида дўмбоқча (юзаки, дермал тугунчали сифилид), гумма (чуқур тугунчали сифилид, гиподермал тугунча) тошиши билан тавсифланади. Баъзи беморларда учламчи эритема (Фурнье розеоласи) кузатилади. Тошмалар сон жиҳатидан оз бўлиб (дўмбоқчалар 10-20 тагача бўлса гумма одатда битта ёки иккита бўлади), ўзидан сўнг чандик қолдиради. Агар тошмалар ҳаёт учун муҳим аъзо ва системаларда жойлашса, у бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради. Элементлар атрофдагилар учун кам юқумли ҳисобланади. Чунки улар юзасида оқиш трепонемалар жуда оз бўлиб, асосан инфильтрат тубида жойлашади. Бу давр ичида тери ости ёғ қаватида, суяк ва мускулларда нерв системаси ва ички аъзоларда ўзгаришлар кузатилади (6,34,50).

Учламчи давр элементлари йод ва оғир металл сақловчи дориларга таъсирчан бўлиб, улар билан даволанганда элементлар тезда регрессга учрайди. Беморларнинг 30-35 фоизида стандарт серологик реакцияларнинг манфийлиги аниқланади. Лекин оқиш трепонемаларни иммобилизация қилиш реакцияси камдан кам ҳолларда манфий натижа беради. Шу сабабли беморлар қонини РПГАга текшириш катта аҳамиятга эга.

Дўмбоқчали сифилид. Бемор терисининг дерма қаватида хужайрали инфильтрат ҳосил бўлиши натажасида дўмбоқчали сифилид вужудга келади. Захмнинг актив учламчи даврида дўмбоқчалар тез-тез учраб туради. Дўмбоқчалар кўпинча қўл, оёқ, танада жойлашади. Лекин у терининг ҳамма соҳаларида учраши мумкин. Дўмбоқчалар оғримайди, қичишмайди ҳамда яллиғланмайди. Улар яримойсимон ёки ясси, ранги эса қизғиш бўлиб, терида ассиметрик жойлашади. Дўмбоқчалар олча данагидек бўлиб, консистенцияси каттикчилиги ва аниқ чегараланганлиги билан ажралиб туради.

Дўмбоқчалар дерма ва эпидермис қаватида жойлашади. Дўмбоқча инфильтрата вақт ўтиши билан некрозга учрайди ва ярачалар ҳосил бўлади. Ярачаларнинг устида грануляцион тўқима билан қопланиб тортилган чандиклар вужудга келади.

Қуруқ йўл билан регрессга учраган дўмбоқчалар ўрнида атрофия вужудга келади. Дўмбоқчаларнинг бирин-кетин тошиб чиқиши сабабли улар

регрессга учраганида морфологик жиҳатдан элементларнинг турли босқичда эканлиги кузатилади. Дўмбоқчали сифилидларнинг бир неча турлари тафовут қилинади:

1. Гуруҳлашган дўмбоқчалар - сифилидлар, бурун, пешона, бош, қўл ва оёқнинг ёзиладиган юзаси ва белда жойлашади. Сифилидлар сон жиҳатдан 20-30та бўлади, гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, лекин бир-бири билан қўшилиб кетмайди. Дўмбоқчалар ўрнида ҳосил бўлган чандикда янги яра ёки дўмбоқчалар кузатилади, чандик ва чандикли атрофиялар орасида соғлом терини кўриш мумкин. Дўмбоқчалардан сўнг пайдо бўлган чандикли тери бўртиб, ғадир-будир бўлади.

2. Ўрмаловчи ёки серпингиноз хилида дўмбоқчалар бир-бирига қўшилади, марказдан регрессга учрайди ва периферик соҳаларда янги элементлар ҳосил бўлади ва патологик жараён ўрмалаётгандек туюлади. Янги элементлар пайдо бўлиши билан эски дўмбоқчалар ўрнида яра ва чандикларни кўриш мумкин, чандик устида янги дўмбоқчалар ҳосил бўлмайди. Дўмбоқчалар атрофида 1-2 см.ли, пушти, кейинчалик тўқ қизил рангли ҳошия кузатилади.

3. Майдончали хили бир-бирига яқин жойлашган дўмбоқчаларнинг қўшилиши ҳисобига диаметри 5-10 см келадиган пилакчалар ҳосил бўлади ва улар тери сатҳидан 1-2 см кўтарилиб туради. Қуруқ йўл билан регрессга учраган дўмбоқчалар ўрнида чандикли атрофия вужудга келади ёки улардан сўнг яралар ҳосил бўлади.

4. Пакана (ёки учламчи тугунчалар) хилида тарик донидай келадиган дўмбоқчалар танада гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади ва бошқа дўмбоқчали сифилидлардан фарқли равишда, асосан қуруқ йўл билан регрессга учрайди. Дўмбоқчали сифилид субъектив ўзгаришларсиз кечади.

Ташхисоти. Учламчи сифилид дўмбоқчасини сил югуригидаги дўмбоқчадан, моховнинг туберкулоид (силсимон) хили, ҳалқасимон гранулема, базалиома, тери лейшманиози, сурункали яралар пиодермиядан фарқ қилиш керак.

Сил югуригидаги дўмбоқчалар сарғиш-қизил рангли, юмшоқ бўлади, оғримайди, юзаси силлиқ, ялтираб товланади. Сил югуриги учун «олма желеси» симптоми ва зонд феномени (А. И. Поспелов белгиси) хос. Дўмбоқчалар бир-бири билан қўшилиб инфильтратлар ҳосил қилади, (бу дўмбоқчали сифилидларда кузатилмайди). Дўмбоқчалар ўрнида пайдо бўлган яраларнинг чети юмшоқ, нотекис; соғлом тери сатҳидан кўтарилмаган бўлади. Яралар узоқ вақтгача битмайди, безиллаб оғрийди. Чандикли

тўқималарда дўмбоқчаларнинг янгидан пайдо бўлганлиги кузатилади. Пирке ва Манту реакциялари мусбат бўлади.

Моховнинг туберкулоид хилида дўмбоқчалар бир-бирига қўшилиб, тери дамидан кўтарилиб турадиган, атрофияли, ботиқ марказли пилакчалар ҳосил қилади. Тошма тошган терида анестезия аниқланади.

Ҳалқасимон гранулемада тугунчалар пушти рангли бўлиб, ҳалқа шаклида жойлашади, Тошма марказидаги тери ўзгарган ёки бир оз атрофияга учраган бўлади. Касаллик, асосан ёшларда учрайди ва тошмалар кўпинча қўл панжасида жойлашади.

Лейшманиоздаги дўмбоқчалар ранги қизғиш, кўкимтир, ўткир яллиғланган консистенцияси қаттиқ, инфильтратланган бўлади, безиллаб оғриб туради. Дўмбоқча ёки яралар четида лимфангитлар пайдо бўлади. Лаборатория текширувида яралардан касаллик қўзғатувчиси топилади.

Захм гуммаси. Морфологик нуқтаи назардан захм гуммаси гиподермада жойлашади. Клиник кечиши бўйича захм гуммасининг кўйидаги хиллари тафовут қилинади: Алоҳида жойлашган, инфильтратли ва фиброз гуммалар. Тери остидаги тугун аста-секин катталашади, тери билан бирикади ва ҳаракатчанлигини йўқотади. Терининг ранги кўкимтир-қизғиш тусга киради. Бемор бир оз оғриқ сезади (алоҳидаланган гумма). Тугуннинг ўртаси юмшаб, у ерда тешик ҳосил бўлади ва ундан ёпишқоқ суюқлик ажралиб чиқади. Ҳосил бўлган яра овал шаклда, аниқ чегараланган, чеккаси тери дамидан бир оз кўтарилган, қаттиқ консистенцияли ва тубида некрозга учраган тўқимаси борлиги билан ажралиб туради. Яра некротик тўқимадан бўшаб грануляциян тўқима билан тўлади, тубидаги инфильтрат камаяди ва ўрнида юлдузчасимон гиперпигментли чандиқ ҳосил бўлади.

Учламчи актив захм билан оғриган беморда одатда битта ёки камдан-кам ҳолларда бир нечта гуммалар учрайди (50,55).

Инфильтратли гуммалар ўз-ўзича ёки бир қанча гуммаларнинг қўшилиши ҳисобига пайдо бўлади ва алоҳидаланган гумма каби ривожланади. Бунда ўчоқларнинг чегаралари аниқ, юзасида бир неча яралар ҳосил бўлади. Яраларнинг чети кўп цикли шаклда бўлиб улар, қўшилиб катта яралар пайдо бўлади.

Захм гуммаларига фиброз тўқиманинг ўсиб кириши натижасида фиброз гуммалар (бўғин атрофидаги сертугунлик) ривожланади. Фиброз гуммалар, асосан тирноқ ва тизза бўғинларнинг ёзиладиган соҳаларида жойлашиб, шар шаклида, қаттиқ консистенцияли бўлади ва катталиги тухумдек келади. Пайпаслаб кўрилганда, улар ҳаракатчан ва оғриқсиз бўлади, устидаги тери ўзгармайди. Фиброз гуммалар ҳеч қачон яра ҳосил қилмайди ва специфик давога чидамли (резистент) бўлади.

Ташхисоти. Гуммоз сифилидни скрофулодермадан, оддий эктима, захм эктимаси, сурункали ярали пиодермия, спиноцеллюляр рак, базалиома, тери лейшманиози каби касалликлардан фарқ қилиш керак.

Скрофулодермада дастлаб тери ости ёғ клетчаткасида оғримайдиган, катталиги ёнғоқдек келадиган ҳаракатчан тугун пайдо бўлиб, устидаги тери кўкимтир бинафша рангда бўлади. Захм гуммасидан фарқли скрофулодермада тугун бир нечта жойда уч бериб, ёрилади ва пайдо бўлган тешикли яралардан (фистула) сероз-йирингли суюқлик оқади. Яраларнинг қирралари нотекис, ривожланиши турлича, яъни бири энди бошланаётган бўлса, иккинчиси битиб чандиқланиб туради. Яралар ўзидан сўнг ҳар хил шаклдаги ўсиқлари бор нотекис чандиқлар ҳосил қилади. Тешикли яралардан оқиб чиқаётган ажралмадан сил бактерияларининг топилиши, серологик реакцияларнинг манфийлиги дифференциал диагностикада катта аҳамиятга эга.

Тери лейшманиозининг ярали шаклида яралар қирраси нотекис, ёпилган, некрозланган, чуқур бўлиб, яралар ачишиб безиллаб оғрийди, баъзан уларнинг четида лимфангитлар пайдо бўлади. Яралар тубидан бошлаб бита бошлайди, грануляциялар ҳосил қилиб, донадор бўлади (балиқ тухумлари симптоми) ва улар битгач, ўрнида умр бўйи кетмайдиган чандиқлар қолади. Лаборатория текширувида касаллик кўзгатувчиси борлигини аниқлаш ва серологик реакция натижалари ташхисни тўғри қўйиш имконини беради.

Сурункали ярали пиодермия эктима, фурункул (чипқон) ёки ўзига хос инфилтрат пайдо бўлиши билан бошланади. Улар тезда яра ҳосил қилиб некрозга учрайди ва ҳар хил шаклдаги зарарланган ўчоқлар вужудга келади. Ярали ўчоқларнинг қирралари инфилтратланган, эгри-бугри бўлади, яралар анча миқдорда сероз-йиринг сақлайди, тубида нотекис грануляцияланган тўқима бўлади, асосий ўчоқлар периферияси бўйлаб янги пустулалар пайдо бўлади. Яралар оғрийди ва тузалиши анча муддатга чўзилиб кетади.

Захм эктемасида қалин, кулранг ёки қўнғир пўст билан қопланган чуқур пустила ҳосил бўлади. Пўст тагида яра бўлиб, кейинчалик у текис чандиқ билан битади, элемент атрофида қизил гардиш билан ўралган қаттиқ ёстикчали инфилтрат кузатилади. Захм эктимасида баъзан беморнинг дармони қурайди, ҳарорати кўтарилади.

Базалиомада яралар воронка шаклида бўлиб, унинг остида кичик, чуқур тўқималар билан қўшилган инфилтрат кузатилади. Яралар четида ёстикчасимон ва маргинал тугунчалар бўлади.

Тери раки (спиноцеллюляр ўсма) даги яра аниқ чегараланган, чети нотекис, бир оз кўтарилган эгри-бугри, кўпинча емирилган, атрофи ва туби

тахта каби қаттиқ бўлади. Бундай яра чуқур жойлашгани сабабли ундан кон оқиши ва унинг сурункали кечиши кузатилади. Тери ўсмасидаги яралар кўпроқ қарияларда учрайди.

Учламчи захмда шиллик қаватларининг зарарланиши. Учламчи захмда шиллик қаватларининг зарарланиши 21,3-38 фоиз беморларда учрайди. Шиллик қават-ярада кўпинча диффуз гуммоз инфилтрат ва гуммаларни, баъзан эса дўмбоқчаларни кўриш мумкин. Шиллик қаватларда жойлашган сифилидларнинг ранги ёрқин ва шишган бўлади. Чунки шиллик ости қаватида кўп сонли қон томирлари бўлади.

Бурун шиллик қаватидаги гумма бурун тўсиғининг суяк ва тоғай тўқималари чегарасида жойлашади. Гумма бурун тешикларини торайтириб, нафас олишни қийинлаштиради. Гуммадан сўнг ҳосил бўлган яра пўстлок билан қопланади, йиринг ажралиб туради ва некротик массанинг кўчиши натижасида бурун тўсиғи перфорацияга учрайди. Суяклар зарарланса, бурун суяги чўкиб, эгарсимон бўлиб қолади (**32-расм**).



32-расм. Захмда эгарсимон бурун

Қаттиқ ва юмшоқ танглайда жойлашган гумма ёки дўмбоқчалар танглай пардасини шикастлайди, тешик ҳосил қилади ва натижада товуш ўзгариб қолади ва ютилган овқат луқмаси бурун бўшлиғига ўтиб кетади. Агар гумма тилда жойлашса, у чегараланган (тугунчали) ёки диффуз склерозланувчи (интерстициал) глоссит клиник кўринишида кечади.

Захм касаллигида шиллик қаватларнинг зарарланишини шиллик қаватларнинг шикастланиши (яраси), тери раки ва сил ярасидан фарқлаш керак. Шикаст оқибатида пайдо бўлган яралар юзада жойлашган, юмшоқ консистенцияли, яллиғланган бўлади ва кучли оғриққа сабаб бўлади. Шикастланган яралар яқинидаги регионар тугунлар катталашиб оғрийди.

Учламчи розеола (Фурньенинг учламчи розеоласи). Учламчи захмнинг бу клиник белгисини биринчи марта А. Фурнье (1899) учламчи

захм билан оғриган беморда кузатган. Учламчи розеоланинг диаметри 10-15 см, ранги пушти ёки сарғимтир-пушти, шакли эса ҳалқасимон ёки думалок бўлади. Субъектив белгилар бўлмайди. Учламчи розеола кўкрак, корин, думба, сон терисида учрайди ва узоқ вақт ўзгаришларсиз сақланиб туради ва даволаш жуда қийинлик билан кечади. Доғлар регрессга учраганида пўст ташлаш ва баъзан атрофияли доғлар кузатилади.

Учламчи розеола кўпинча захмнинг шу даврида кузаталадиган бошқа клиник симптомлар билан биргаликда учрайди.

Баъзан учламчи розеола учламчи фаол (актив) захмнинг ягона симптоми бўлиши мумкин.

Ташхисоти. Фурньенинг учламчи розеоласини Афцелиус-Липшютцнинг сурункали миграцияловчи эритемаси, Дюрингнинг марказдан қочма ҳалқасимон эритемаси ва бошқа эритемалардан фарқлаш керак.

Кечки захмда ҳаракат аъзолари, ички аъзолар ва нерв системасининг зарарланиши. Статистик маълумотларга кўра, сўнгги йилларда захмнинг кечки шакллари анча камайган. Буни баъзи муаллифлар асосан иккинчи жаҳон урушидан кейин тиббиётда антибиотиклар, жумладан пенициллинни кенг қўлланиши билан тушунтирадилар. Антибиотиклар захми даволаш учунгина эмас, балки тонзиллит, грипп, зотилжам ва бошқа касалликларни даволашда ҳам кичик дозаларда, лекин тез-тез қўлланилади. Шундай қилиб, захм қисқа муддат ичида тез-тез перманент даволанади. Аммо бу даво шифокор назорати остида бўлмайди, дорилар эса етарли миқдорда тайинланмайди. Бошқа олимлар (М.В. Милич., 1972; Wellcox 1973) фикрича, оқиш трепонемалар вирулент-лигини пасайиши захмнинг кечки шакллариининг камайишига олиб келади (5,6,16).

Захмда суяклар зарарланишининг қуйидаги асосий клиник кўринишлари тафовут қилинади: 1. Периоститлар. 2. Оститлар. 3. Остеомиелитлар. Булар ўз навбатида чекланган ёки диффуз (тарқоқ) бўлиши мумкин. Бундай бўлиниш нисбий, чунки кўпинча улар биргаликда учрайди (масалан, остит деярли доимо периостит билан, остеомиелит эса суяк ичкарасига тарқалган остит билан бирга кечади).

Калта суяклар (умуртқалар, қафт ва бармоқ суяклар)нинг зарарланиши кам учрайди. Лекин суяклардаги деструктив ўзгаришларнинг камлиги диагностика қилишда анча қийинчилик туғдиради. Периостал ва гиперестотик ўзгаришлар деярли кузатилмайди.

Захм ўзининг илк бошланғич даврларидаёқ ички аъзолар ва системаларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Захмнинг кечки кўринишлари, жумладан, учламчи захмда ички аъзолардан кўпинча юрак-қон-томир системаси ва жигар зарарланади. Иккиламчи ва, айниқса, учламчи даврда

захм миокардити, нафас қисиши, толиқиш, умумий ҳолсизланиш, аритмия, юрак тонларининг эшитилмаслиги ва юрак чегарасининг чап томонга кенгайиши кузатилади. Захм миокардити ўзига хос клиник белгиларига эга эмас ва у бошқа табиатли миокардитлардан деярли фарқ қилмайди. Унга захмнинг бошқа клиник ва лаборатория белгиларига асосан ташҳис қўйилади. Бунда айниқса миокардит билан бирга кечадиган аортитга эътибор бериш зарур.

Захм аортити висцерал захмнинг энг кўп учрайдиган кўриниши бўлиб, уни кечки захм билан оғриган беморларнинг 30 фоизида учратиш мумкин. Сифилитик аортити артериялар бошланиш қисмининг стенози ва аорта клапанлари етишмовчилиги билан кечиши мумкин. Аортадаги патологик жараён аста-секин аорта халқаси ва клапани, тожсимон артерияларнинг бошланиш қисмига ўтади ва уларни стенозга олиб келади. Коронароспазм ўткир (стенокардия, миокард инфаркти) ва сурункали тож томир етишмовчилиги билан ўтади. Касалликни диагностика қилишда клиник-анамнестик, лаборатория (серологик, рентген) текширувлари ўтказилади.

Захмнинг учламчи даврида жигарнинг зарарланиши висцерал захмнинг 2-4 фоиз ҳолларида учрайди. Ўчоқли гуммоз, миляр гуммоз ёки тарқоқ инфилтратив ва сурункали эпителиал захм гепатитлари кузатилади.

Учламчи захм даврида ички аъзолардан – буйрак, ўпка, меъда, ичак ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши камдан-кам учрайди (хаммасини қўшиб ҳисоблаганда учламчи захмдаги висцерал патологиянинг 1-1,5 фоизини ташкил қилади). Кечки захмда меъда шикастланса, сурункали гастрит тарзида кечиши ва меъда деворида диффуз гуммоз инфилтрат ва меъда гуммаси ривожланиши мумкин. Бунда ўсма касаллиги (рак) ёки меъда ярасининг клиник белгилари кузатилади. Меъда деворида жойлашган гумма меъда раки каби парчаланиб, қон оқиши ва перитонитга олиб келиши мумкин. Гуммозли инфилтрат ўрнида аста секин чандиқ ҳосил бўлади ва натижада меъданинг шакли деформацияга учрайди ёки диффуз фиброзли қуриши кузатилади. Диагноз қўйишда лаборатория (серологик реакциялар, рентген), клиник текширувлар ва синама даво катта ёрдам беради (29,34).

Захмнинг учламчи даврида нерв системасида қуйидаги патологик ўзгаришлар (кечки нейрозахм) кузатилади: кечки яширин (латент) захм менингити, кечки диффуз менинговаскуляр захм, мия қон томири захми (васкуляр захм), орқа мия қуриши (сўхтаси), авж оладиган фалажлик, бош мия гуммаси.

Кечки яширин захм менингити, асосан захм инфекцияси организмга тушгандан сўнг бир неча йиллар ўтгач бошланади. Баъзан захмнинг

иккиламчи даврида кузатиладиган эрта яширин захм менингити аста-секин кечки яширин захм менингитига айланиши мумкин. Кечки яширин захм менингити эрта яширин захм менингитидан фарқ қилиб, унинг асосида кечки нейрозахмнинг бошқа шакллари ривожланиши мумкин (кечки менинговаскуляр захм, орқа мия сўхтаси, авж оладиган фалажлик ва бошқалар).

Кечки диффуз менинговаскуляр захм асосан яширин захм менингити фонидида ривожланади ва мия қобиқлари оз бўлса-да патологик жараёнга жалб этилганлиги билан ифодаланади. Беморлар кучсиз бош оғриғи ва бош айланишидан шикоят қиладилар. Мия қон томирларининг зарарланиши натижасида касаллик белгилари гипертоник криз аломатларига ўхшаб келади. Шу билан бирга мия нервларининг зарарланиши, сезувчанлигининг йўқолиши, патологик рефлекс, эпилептик криз, парестезия, гемипарез, фалажлик, хРПГАа ва талаффузнинг бузилиши кузатилади.

Мия қон томирлар захми (васкуляр захм) кечки диффуз менинговаскуляр захм каби кечки нейрозахмнинг асосий кўп учрайдиган шаклларида бири. Нейрозахмнинг бу шаклида бош мия томирларида специфик инфильтрат пайдо бўлади ва у тромбоз ёки инсулт касаллиги ривожланишига олиб келади. Бош мия тўқимаси ва қобиқлари патологик жараёнга қўшилмаганлиги сабабли орқа мия суюқлигининг кўрсаткичлари нормал даражада бўлади.

Бундан ташқари, қоннинг специфик серологик реакциялари 60-70 фоизда манфий бўлиши ташхис қўйишни янада қийинлаштиради.

Бош мия томирлари шикастланиши (инсулт) ва уларнинг облитерацияси оқибатида турли хил неврологик белгилар (моно, пара, геми диплегиялар, патологик рефлекслар ва бошқалар) ривожланади.

Орқа мия сўхтаси (қуриши, табес). Бундан 60-70 йил муқаддам орқа мия сўхтаси кечки, захмнинг асосий клиник шаклларида бири ҳисобланган бўлса ҳозир кечки нейрозахмнинг васкуляр шакллари кўп учрамоқда.

Табесда орқа мия қобиқлари, устунлари ва пўстлоқлари шикастланади. Кўпинча орқа миянинг бел қисми (пастки табес), баъзан эса бўйин қисми (юқори табес) шикастланади. Бел ва бўйин қисми бир вақтда шикастланиши ҳам мумкин. Шикастланган орқа мияда пролиферация ва деструкция (нерв тўқимаси парчланади ва унинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди) жараёнлари кечади. Ўз вақтида даволаш чора-тадбирлари ўтказилса, пролифератив жараён билан боғлиқ бўлган клиник белгилар тезда орқага қайтади. Аммо деструкция ҳисобига намоён бўлган клиник белгилар сақланиб қолади.

Кўз қорачиғининг шакли ва катталиги ўзгаради. Бунда қорачиқнинг шакли қийшиқ, чегаралари эса нотекис, кенгайган (мидриаз) ёки торайган (миоз) бўлади. Аргайл-Робертсон белгиси (қорачиқнинг нурга нисбатан жавоб реакцияси йўқолади, конвергенцияга бўлган реакция сақланади) пайдо бўлади ва у 31-80 фоиз беморларда кузатилади. Бу симптом асаб системасининг бошқа касалликларида (мия қон айланишининг бузилиши, эпидемик энцефалит, ўсма ва бошқаларда) ҳам учрайди.

Эшитиш нервининг шикастланиши орқа мия сўхтасининг илк белгиларидан бири бўлади. Унда гиперактузия (юқори тонларни оғриқ билан қабул қилиш), суяк-ҳаво диссоциацияси (суяк орқали ўтказиш 30 сек.дан 5-3 сек.гача камаяди, ҳаво орқали ўтказиш эса ўзгармайди ёки бир оз пасаяди).

Беморларда мувозанат (координация)нинг бузилиши (атаксия) кузатилади: улар юрганда (асосан қоронғида) гандираклайди, Ромберг ҳолатида турғун тура олмайди, бармоқ-бурун ва товон-тизза синамалари бузилади.

Пай рефлекслари кучайган, нотекис кучайган, ёки сусайган (нотекис сусайган) бўлади. Тери сезувчанлиги ошади ёки пасаяди. Кўпинча тактил ва оғриқ сезиш бузилгани аниқланади.

Табесда кўп учрайдиган клиник белги – табетик артропатия. Бунда бўғинларнинг (асосан тизза, тизза-болдир) катталиги, шакли ўзгаради. Диагнозни ўтказилган рентгенография тасдиқлайди.

Сийиш ва дефекациянинг бузилиши, жинсий ожизлик (импотенция) кузатилади. Аввал касаллик бошланишида бемор сийиш, дефекацияда қийналса, кейинчалик у сийдик ва ахлатини тутиб туrolмайди.

Товонда оғриқсиз трофик яралар (1-3 фоиз беморларда), оғриқсиз тишлар тушиши, тирноқлар ўсишининг бузилиши, соч тўкилиш ва остеопатияларни кузатиш мумкин. Даволашда қўлланиладиган пенициллин дегенератив ўзгаришларга таъсир этмайди, лекин орқа мия устунлари ва пўстлоқларидаги яллиғланишни ҳамда оғриқ ва висцерал хуружларни сезиларли даражада камайтиради.

Орқа мия суюқлиги текширилганида, унда оқсил миқдори ошганлиги, цитоз (1 мм^3 да 20-30 та лимфоцит) мусбат глобулин, Вассерман реакциялари ва паралитик кўринишга эга бўлган Ланге реакцияси аниқланади.

Авж олган фалажлик асосида миядаги майда қон томирларининг (капиллярлар) яллиғланиши ва бош мия моддаси, мияча ҳамда марказий кулранг ядроларнинг шикастланиши ётади. Натижада барча қаватдаги хужайралар атрофияси кузатилади. Касаллик авж олган даврда дегенерация, ақлнинг авж олиб борадиган заифлашиши, галлюцинация, кахексия, алаҳлаш

ва бошқалар кузатилади, унинг сўнги босқичида демент, экспансив, ажитирланган ва депрессив каби авж оладиган фалажликнинг турли шакллари ривожланиши мумкин (27,29).

Лаборатория текширишлари ўтказилганида беморнинг стандарт серологик реакциялари қонда 95-98%, ликворда эса 100% мусбат; Ликворда Ланге реакцияси паралитик кўринишига эга бўлиб, РПГА ва РИФ 90-94% ҳолларда мусбат бўлади.

ЯШИРИН ЗАХМ

Захм касаллиги бўйича мутахассис баъзан захм ташхисотини фақат қондаги мусбат серологик реакцияларига асосланиб қўяди. Яширин захм билан оғриган беморларнинг бадан териси, шиллик қаватлари, ички аъзолари, нерв системаси, ҳаракат аъзолари томонидан захмнинг клиник кўринишлари кузатилмайди.

Эрта яширин захмнинг кўпайишига аксарият беморларнинг турли хил бошқа касалликларда (грипп, тонзиллит, бронхит ва бошқаларда) антибиотикларни ўзларича, врач назоратисиз қўллашлари сабаб бўляпти. Бунда қўлланилаётган антибиотик миқдори грипп, тонзиллитни тўлиқ даволаш учун қифоя қилса, захмни даволаш учун етарли бўлмайди. Натижада касаллик белгилари етарли даражада намоён бўлмайди ёки умуман симптомларсиз кечади. Айрим беморлар (асосан бесоқолбозлар, пала-партиш жинсий алоқа қилувчи одамлар ёки фоҳишалар) захмнинг клиник белгиларини билганлари ҳолда уни бошқалардан яшириш учун ўз-ўзларини даволашга уриниб кўрадилар ва антибиотикларни керакли миқдорда ишлата олмайдилар. Натижада яширин захм касаллиги ривожланади (16,33).

Яширин захмнинг эрта ва кечки ҳамда номаълум турлари тафовут қилинади.

Эрта яширин захм бирламчи серопозитив ва иккиламчи рецидив захм даврлари тенг бўлган муддатни ўз ичига олиб, актив клиник белгилари бўлмайди. Бу даврнинг инфекция тушгандан сўнг давом этиш муддати ўрта ҳисобда 2 йилни ташкил этади. Бундай беморларга нисбатан эпидемиологик чора-тадбирлар ўтказиш (стационарга ётқизиш, специфик даволаш тадбирлари, жинсий ва маиший яқин бўлган шахсларни аниқлаш) керак.

Эрта яширин захмни аниқлашда қуйидаги маълумотлар ёрдам беради.

1. Захм инфекциясининг симптомларсиз кечишининг сабаблари ҳали тўлиқ маълум эмас. Баъзи олимлар фикрича, касалликнинг бундай кечиши макроорганизм ва микроорганизм орасидаги мувозанатга кўп жиҳатдан

боғлиқ. Бунда оқиш трепонема организмнинг специфик ва табиий резистентлигини енга олмайди ва касаликнинг клиник белгилари кузатилмайди. Организмнинг иммун системаси эса оқиш трепонемаларни бутунлай нобуд қилиш қобилиятига эга бўлмайди.

2. У билан жинсий алоқада бўлган кишилар аниқланади, чунки бемор билан жинсий алоқада бўлганларда кўпинча захмнинг фаол (эрта) шакли топилади. Бу эса эрта яширин захм диагнозини қўйишга ёрдам беради.

3. Клиник текшириш натижасида бирламчи сифилома ўрнида чандик ёки атрофия, регионар склераденит қолдиқлари бор-йўқлиги аниқланади.

4. Қонда серологик реакциялар кескин мусбат ва юқори реакинлар титрига (1:120, 1:160, 1:320) эга бўлади. Лекин антибиотиклар билан даволанган ёки эрта яширин захмнинг бошланғич даврида (муддати бўйича бирламчи серопозитив захм даврига тўғри келганда) серологик реакциялар кучсиз мусбат ёки реакинлар титри паст бўлиши мумкин.

5. Пенициллинлар билан даво ўтказиш вақтида баъзан қайталаниш реакцияси (Герксгеймер реакцияси) кузатилади.

6. Беморнинг кўпинча 40 ёшлар атрофида ва ундан ҳам ёш бўлади.

7. Орқа мия ликвориди нормал кўрсаткичлар аниқланади.

Анамнез синчковлик билан йиғиш, беморлар билан жинсий алоқада бўлган кишиларни текшириш яширин захмнинг муддатини ва прогнозини аниқлашга ёрдам беради: касалланиш муддати қанча қисқа бўлса, прогноз шунча яхши бўлади.

Кечки яширин захм эпидемиологик жиҳатдан хавфли эмас. Захмнинг бу хили билан оғриган беморни асосан серологик реакциялар ва профилактик текшириш вақтида аниқланади. Касаллик диагностикаси ва уни тасдиқлашда албатта специфик реакциялардан (РИФ ва РПГА) фойдаланиш керак.

Кечки яширин захмни аниқлашда қуйидаги маълумотлар ёрдам беради:

1. Анамнез. Беморлардан 2-3 йил аввал захмнинг актив клиник кўриниши кузатилгани ёки кузатилмагани ҳақида маълумот олинади. Лекин кўпинча касаллик клиник ва серологик ассимптом ўтиши мумкин.

2. Конфронтация. Бемор билан жинсий алоқада бўлган кишиларда захмнинг кечки формалари аниқланади ёки уларда сифилитик инфекция бўлмайди.

3. Серологик реакциялар мусбат ёки кескин мусбат бўлиб, реакинлар титри паст (1:5,1:10,1:20), специфик реакциялар (РИФ, РПГА) мусбат ёки кескин мусбат бўлади.

4. Специфик даволаш чоралари ўтказилганида серологик реакциялар узоқ муддатдан сўнг негативацияга учрайди.

5. Пенициллинлар билан даволаш даврида қайталаниш Гейсгеймер реакциясининг бўлмаслиги.

6. Ликворда патологик жараён бўлиб, даволаш вақтида санация жуда секин кечади. Ликворда дегенератив жараён ривожланган бўлади.

7. Беморлар невропатолог, терапевт, офтальмолог, оториноларингологлар томонидан пухталиқ билан текширилади ва кўпинча уларнинг ички аъзоларида специфик ўзгаришлар аниқланади.

Захм инфекциясининг симптомларсиз кечишининг сабаблари ҳали тўлиқ маълум эмас. Баъзи олимлар фикрича, касалликнинг бундай кечиши макроорганизм ва микрооранизм орасидаги мувозанатга кўп жиҳатдан боғлиқ. Бунда оқиш трепонема организмнинг специфик ва табиий резистентлигини енга олмайди ва касалликнинг клиник белгилари кузатилмайди. Организмнинг иммун системаси эса оқиш трепонемаларни бутунлай нобуд қилиш қобилиятига эга бўлмайди.

ТУҒМА ЗАХМ

Захм билан касалланган ҳомиладор онадан захм инфекцияси қориндаги ҳомилага ўтади ва уни зарарлайди. Бу ҳолат туғма захм деб аталади.

Оқиш трепонемалар ҳомиладор онадан йўлдош орқали қориндаги ҳомилага ўтиши ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, яъни йўлдош қон айланиш доираси фаол ишга тушганидан сўнг рўй беради. Захм билан оғриган аёлнинг 3-4 ойлик нобуд бўлган ҳомиласидан оқиш трепонемалар топилмаган, улар 6-7 ойлик ҳомилада топилган. Туғма захмнинг вужудга келиши аёл организмида кечаётган захм инфекциясининг қайси босқичда эканлиги, унинг кечиш муддатига боғлиқ. Захмнинг иккиламчи даври ҳомила учун хавфли ҳисобланади. Баъзан учламчи ва кечки туғма захм билан оғриган аёллардан инфекциянинг ҳомилага ўтиши ҳам мумкин. Ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорлик даврида аёлларга специфик даволаш муолажалари ўтказилса, у ҳолда туғма захмнинг олди олинган бўлади (6,15,27,29).

Йўлдош орқали захм инфекциясининг ҳомиладор аёлдан ҳомилага ўтиш йўллари қуйидагилар: а) эмбол кўринишида киндик венаси орқали. б) киндик томирларининг лимфатик тирқиши орқали. в) оқиш трепонемалардан зарарланган йўлдош орқали (нормал йўлдош оқиш трепонемаларни ўтказмайди).

Захм билан касалланган йўлдош катталашиб, гипертрофияга учрайди, вазни ҳомиланинг $-1/4 - 1/3$ қисмига тенг келади (нормада $-1/6 - 1/5$). Йўлдош томирларида пери- ва эндоартериитлар, абсцесслар ҳосил бўлгани аниқланади. Ҳомила организмида захм септицемияси вужудга келади ва ички аъзоларида оқиш трепонемалар топилади. Ҳомиладор аёл захм билан оғриб даволанмаса, одатда ҳомиладорликнинг 4-5 ойида ҳомиласи тушади ёки захм боланинг чала (7-8 ойлигида) ё ўлик туғилишига сабаб бўлади.

Клиник белгилари, кечиши ва муддатига қараб, туғма захм қуйидаги 4 турга бўлинади: 1. Ҳомила захми. 2. Эрта туғма захм (туғилгандан то 4 ёшгача бўлган давр). 3. Кечки туғма захм (4 ёшдан ошган болаларда). 4. Яширин туғма захм турли ёшда учрайди.

Ҳомила захми. Захм инфекцияси таъсирида йўлдошда озикланиш, моддалар алмашинуви бузилади ва 6-7 ойларда сабабсиз бола тушиши рўй беради. Ҳомиладорликнинг 5-ойидан сўнг онадан ҳомилага ўтган оқиш трепонемалар таъсирида унинг ички аъзоларида майда хужайрали инфилтрат (лимфоцитлар, плазматик хужайралардан ташкил топган) кўринишидаги диффуз-яллиғланиш ўзгаришлари, кейинчалик бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши ва миллиар ҳамда солитар гуммалар вужудга келиши кузатилади.

Ички аъзолардан кўпинча жигар, қораталоқ, ўпка, ички секреция безлари, марказий нерв системаси зарарланади. Жигар катталашади, юзаси силлиқ, кесиб кўрилганида сарғиш-жигарранг тусда бўлади. Баъзан жигар қовжираб, паренхима диффуз-фиброз атрофияга учрайди. Қораталоқ ҳам катталашиб, консистенцияси қаттиқлашади. Ўпка альвеолалари орасидаги тўсиқда инфилтрат, альвеола эпителийсининг гиперплазияси ва десквамацияси кузатилади. Бундай ўзгаришлар оқ пневмония (зотилжам) деб аталади ва ҳомиланинг нобуд бўлишига олиб келади. Меъда ва ичакларда юпқа инфилтратлар ва унинг емирилиши оқибатида яралар пайдо бўлади. Марказий нерв тизимида лептоменингит, менингоэнцефалит, гландуляр эпендиматит ва баъзан узунчоқ миянинг гуммаси кузатилади. Агар чақалок нобуд бўлмай яшаб кетса у ҳолда бола ақлий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолади (6,55).

Эрта туғма захмнинг кўкрак ёшидаги (бир ёшга қадар) ва кичик ёшдаги (1-4 ёшга қадар) турлари тафовут этилади.

Кўкрак ёшидаги болаларда туғма захмнинг клиник белгилари бола ҳаётининг дастлабки 3 ойидаёқ намоён бўла бошлайди, захм тошмалари тошади. Барча ички аъзолар, нерв системаси ҳаракат аъзолари, тери ва шиллиқ қаватларининг зарарланиши кузатилади. Янги туғилган чақалок

қаримсиқ кўринади, териси буришган, нурсиз бўлади. Боланинг боши катта, кумуш ранг тангачалар билан қопланган, тери ости ёғ қавати яхши ривожланмаган, дистрофияга учрайди. Баъзан захм билан туғилган болалар “кичкина қари одамлар” кўринишини эслатади (33-расм).



33-расм. Туғма захмда чақалокнинг кўриниши. (қари одамни эслатади)

Суяклар зарарланиши қаттиқ оғриққа сабаб бўлади, бола ухлай олмайди ва қаттиқ қичқириб йиғлайверади (Систо симптоми).

Теридаги специфик ўзгаришлар тахминан 50 фоиз эрта туғма захм билан оғриган беморларда кузатилади.

Юз, кафт, товон ва думба терисида Гохзингернинг диффуз-папулез инфилтрати кузатилади. Юз, оғиз атрофи, ияк, пешона ва қошлардаги тугунчалар эса инфилтрат ҳосил қилиб қаттиқлашади. Теридаги инфилтрат кўкрак ёшидаги туғма захмнинг биринчи белгиси ҳисобланади. Касаллик терида доғ ёки диффуз эритема пайдо бўлиши билан бошланади, сўнгра тери қалинлашиб, қаттиқлашади ва тўқ-қизил рангга киради, атрофида узун-узун ёриқлар пайдо бўлади, улар чандиқ билан битиб умр бўйи сақланиб қолади (Робинзон – Фурнье симптоми). Агар диффуз инфилтрат қош, киприк ва бошда бўлса, ўша жойдаги сочлар тўкилади, бурун шиллиқ қаватида жойлашса, боланинг нафас олиши ва эмиши қийинлашади. Инфилтрат текширилганида ундан оқиш трепонемалар топилади.

Кўкрак ёшидаги захм учун захм пемфигуси хосдир. Оёқ ва кафтларда (баъзан юз, бадан, оёқ ва кўлларда) катталиги тарикдай, баъзан нўхотдай келадиган, сероз йирингли пуфакчалар пайдо бўлади. Уларнинг сирти таранг бўлиб, симметрик жойлашади ва ичида инфилтрат сақлайди. Пуфаклар бир-

бири билан қўшилишга мойил бўлиб, субъектив сезгиларни юзага келтирмайди (34-расм).



34-расм. Туғма захмда гўдак терисидаги тошмалар манзараси.

Теридаги папулалар кўриниши иккиламчи захм давридаги лентиккуляр папулаларни эслатади, лекин булар бир-бирига қўшилишга мойиллиги билан фарқ қилади.

Кўкрак ёшдаги захмда доғли тошмалар жуда кам учрайди. Доғлар юз, тана ва товонга тошади, чегараси аниқ ва жигарранг бўлади.

Кўкрак ёшидаги болалар туғма захмида суякларнинг зарарланишидан, асосан захм остеохондрити, периостит ва остеопериоститлар кузатилади. Бундай ўзгаришлар албатта рентген усулида аниқланади. Суяк ўзгаришларида узун найсимон суякларнинг (кўпинча билак, елка суяклари) захм остеохондрити кўпроқ учрайди. Дастлаб рентгенда 1- ва 2- даражали остеохондрит аниқланади. Суякнинг грануляцияон тўқима билан алмашилиши метафиз ичида суякнинг синишига сабаб бўлади ва Парро псевдофалажи ривожланади: бола оғриган кўли ва оёғини қимирлатиб ёки букиб, эркин ҳаракат қила олмайди, лекин бармоқларининг сезувчанлиги ва ҳаракати сақланиб қолади. Бу туғма захмнинг бирдан-бир белгиси деб ҳисобланади. Булардан ташқари, захм периостити ва остеопериостити кузатилади, улар кўпинча узун найсимон суякларда жойлашади, натижада суяк юзасида унча ифодаланмаган, чекланган оғриқли шишлар пайдо бўлади. Баъзан эса улар миянинг ясси суяклари соҳасига жойлашади, бунда калла суягининг ўзгариши кузатилади («думбасимон калла суяги» ва «Олимп пешонаси» симптоми, яъни калла суягида пешона ва тепа думбоқларининг дўппайиб

чиқиб туриши). Периостит ва остеопериоститлар кўпинча диффуз табиатли бўлади (экссудатив-пролифератив жараён), лекин гуммоз бўлиши ҳам мумкин. Баъзан захм фалангити ёки дактилитлари пайдо бўлиши мумкин. Улар туғма захмга хос бўлиб, бунда асосий фалангалар зарарланади (29,34,52).

Ички аъзоларда (жигар, қораталоқ, буйрак, ўпка, мойк) диффуз инфилтратлар натижасида вужудга келган склеротик ўзгаришлар ривожланади. Аввалига қон томирлари атрофида бошланган инфилтратлар, аста-секин ҳамма аъзоларга тарқалади. Нерв тизимининг зарарланиши менингит, менингоэнцефалит, гидроцефалия кўринишида намоён бўлади.

Кўкрак эмадиган чақалоқлар захмида қоннинг серологик реакциялари доимо мусбат бўлади.

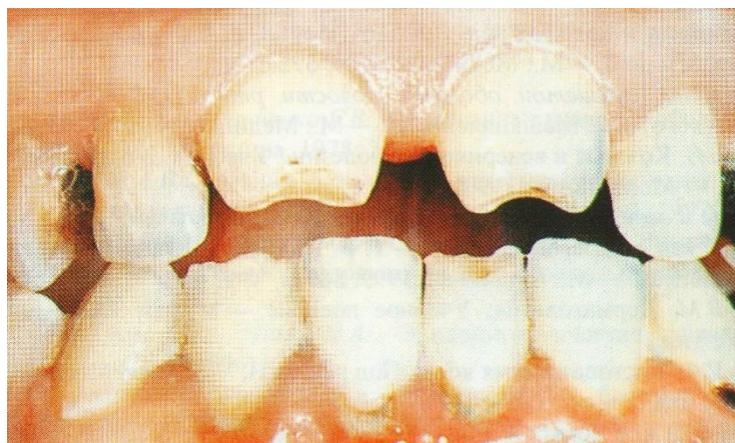
Кичик ёшдаги болалар захмида (1 ёшдан 4 ёшгача бўлган давр) захмнинг клиник белгилари суст намоён бўлади. Орқа чиқарув канали, жинсий аъзолар, чов терисида пилчираб турадиган, вегетацияли, чегараланган, йирик папулалар, шунингдек, организми заиф болаларнинг юз ва бошининг сочли қисмига эса пустикулалар (мадда) тошади. Туғма захмда розеола орттирилган захмга нисбатан жуда кам учрайди. Оғиз шиллик қаватига эрозияга учраган папулалар тошади. Оғиз бурчакларидаги папулалар эрозияланиб, ташқи кўриниши худди пиококк ва ачитқисимон замбуруғлар кўзгатадиган яллиғланиш жараёнига ўхшаш ўзгаришларни келтириб чиқаради. Лекин папула атрофида тўқ қизил рангли инфилтрат бўлиши ва мугуз қаватдан ҳосил бўлган шокила йўқлиги (тирқишсимон стрептодермияда бўлади) туғма захм учун хосдир. Бунда барча лимфа тугунлари катталашади, соч тўкилади, периостит ва остеопериоститлар, ички аъзолар (гепатит, нефрозо-нефрит, пневмония) ва нерв тизимида (гемиплегия, гидроцефалия, менингит ва бошқалар) патологик ўзгаришлар кузатилади. Кўпинча қоннинг серологик реакциялари мусбат бўлади.

Кечки туғма захм. Захмнинг бу даври 4 ёшдан 17 ёшгача бўлган болаларда учрайди. У эмизикли даврда бошдан кечирган ва аниқланмай ҳамда даволанмай қолган туғма захмнинг рецидиви деб ҳисобланади.

Клиник кечишига қараб, кечки туғма захм орттирилган учламчи захми эслатади, чунки гумма ёки гуммоз инфилтратлар тери, шиллик қаватлар, суяклар (гуммоз периоститлар, остеопериоститлар), бўғинлар, ички аъзолар ва нерв тизимида (гуммоз менингитлар) жойлашади. Терида думбоқчали сифилидлар пайдо бўлади. Баъзи эндокрин безлари, бош ёки орқа мия қон томирлари шикастланиши мумкин (бундай ўзгаришлар парез, фалажлик ва тутқаноқ касалликларига олиб келади). Камдан-кам ҳолларда орқа мия сўхтаси ёки авж оладиган фалажлик ривожланади. Юқорида санаб

ўтилган белгилардан ташқари, (улар орттирилган захмнинг учламчи давридаги белгиларга хос) фақат кечки туғма захмга хос белгилар тафовут қилинади. Улар уч гуруҳга ажратилади. *Биринчиси* ишончли ёки шартсиз белгилар бўлиб, кечки туғма захмга хосдир. *Иккинчи* гуруҳни эҳтимол туғилган белгилар ташкил этиб, улар захм борлигини тасдиқловчи бошқа белгилар мавжуд бўлгандагина эътиборга олинади (бунда қоннинг серологик реакцияси натижалари, ликвордаги патологик ўзгаришлар, она ва боланинг анамнези ва уларни текшириш натижалари ҳисобга олинади). *Учинчи* гуруҳ – бу дистрофия (стигма)лар бўлиб, сурункали инфекция касалликларда учрайди ва улар туғма захмга хос ҳисобланмайди. Бироқ, бир неча дистрофиялар йиғиндиси ва захм инфекцияси борлигини тасдиқловчи бошқа далиллар (масалан, она ва бола қонидаги серологик реакцияларнинг мусбат натижалари) касалликни тўғри аниқлашга ёрдам беради. Бундан ташқари, дистрофияларнинг мавжудлиги паразит касалликларини аниқлашда ҳам аҳамиятга эга.

Кечки туғма захмнинг шартсиз ёки ишончли белгиларига Гетчинсон учлиги (паренхиматоз кератит, захм лабиринтити ва Гетчинсон тишлари) киради (**35-расм**). Паренхиматоз кератит кўз мугуз пардасининг қизариши ва хиралашishi, ёруғликка қарай олмаслик, кўз ёшланиши ва кўриш ўткирлигининг пасайishi билан ифодаланади.



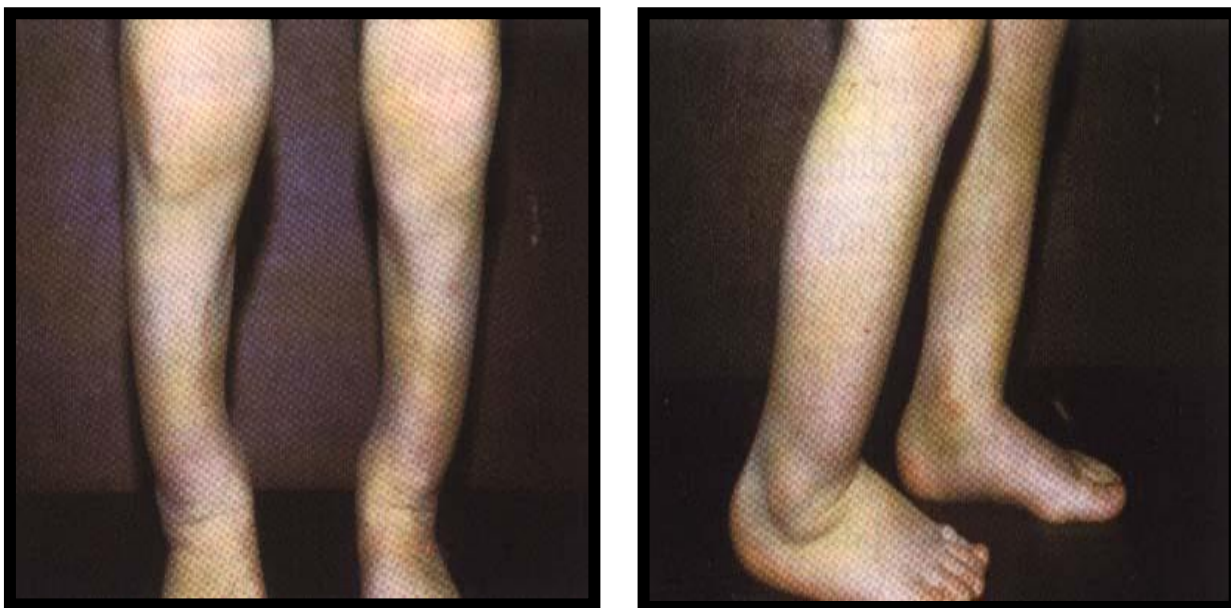
35-расм. Кечки туғма захмда Гетчинсон тишлари

Бу клиник белги 1858 йилда Гетчинсон томонидан таърифланган. Одатда, аввал бир кўз, кейин иккинчи кўз зарарланади. Даво қилинадиган бўлса, кератит кўпинча қайтади, лекин кўз мугуз пардасининг хиралашгани сақланиб қолади, баъзан у оғир ўзгаришларга учраб, кўрликка сабаб бўлиши мумкин. Баъзан захм кератит, ирит, иридоциклит ва хориоретинит билан кечади. Захм лабиринтити ёки лабиринтит сабабли юз берган карлик тўсатдан пайдо бўлиб, эшитишнинг пасайishi (одатда иккала кулок шикастланади) ва кулоқда шовқин пайдо бўлиши билан ўтади. Бу клиник

белгилар лабиринтнинг инфилтратив яллиғланиши ва эшитув нервининг дегенерацияси билан боғлиқ; бунда боланинг овози чиқмай қолиши ёки карсоқов бўлиш ҳоллари кузатилади. Бу клиник белги кечки туғма захм билан оғриган 6-15 ёшдаги беморларнинг тахминан 3,5 фоизида учрайди (48).

Тишлар дистрофияси (Гетчинсон тишлари) ўртадаги юқори курак тишларнинг ўзгариши билан ифодаланади, бу тишлар бочкасимон шаклга кириб, ботикли пастки чети торайиб қолади; юқори ўрта иккита кесувчи тишлар сийрак бўлиб, нотўғри туради, четларида эмал бўлмайди, биринчи доимий моляр ва озиқ тишларнинг чайнаш юзалари атрофияга учрайди, микродентизм кузатилади. Гетчинсон учлигига хос аломатлар бир вақтнинг ўзида битта беморда камдан-кам учрайди. Паренхиматоз кератит ва Гетчинсон тишлари симптомлари кечки захм туғма билан оғриган беморларнинг 30-48 фоизида бирга учрайди.

Кечки туғма захмнинг эҳтимол тутилган белгиларига қуйидагилар киради: болдирнинг йўғонлашиб олдинга қараб қийшайиши (**36-расм**) ва тунда оғриқ туриши; захм хориоретинити ва гонити, Робинсон-Фурньенинг радиар чандиқлари, бош суягининг «думбасимон»лиги, бурун ёки тиш деформацияси, нейрозахмнинг айрим турлари ва бошқалар.



36-расм. Қиличсимон болдирлар кўриниши

Бу белгилар орттирилган захмда кам кузатилади, шу сабабли улар эҳтимол тутилган белгиларга киритилади. Орттирилган захмдаги сохта қиличсимон болдирлар болалик ёшида бошдан кечирилган остеопериоститлар асоратидир. Бунда катта болдир суягининг олдинги

юзасида қалин суяк қопламалари ҳосил бўлади. Камдан-кам ҳолларда билак суяги қиличсимон шаклни олади (5,19).

Кечки туғма захм хориоретинити учун кўз соққаси тубида майда пигментли ўчоқлар ҳосил бўлиши ва бу патологик жараённинг кўрув нерв диски ва кўзнинг томирли қаватиға ўтиши хосдир. Сурункали кечадиган захм гонитида тирсак, тизза ва тўпиқ бўғинларида ҳаракат кескин чегараланади ва бузилади. Бунда ҳарорат кўтарилмайди, оғриқ деярли сезилмайди. Сурункали захм гидроартрози кўпинча паренхиматоз кератит ёки Гетчинсон тишлари билан кўшилган ҳолда келади, шунинг учун баъзи сифилидологлар гонитни кечки туғма захмнинг белгиси деб ҳисоблайдилар. Синовитлар диагнозида серологик реакциялар ёрдам беради. Робинсон-Фурнье радиар чандиқлари оғиз бурчагида, лабларда радиар ҳолатда жойлашади ва эмизикли давридаги Гохзингернинг диффуз-папулез инфильтрациясидан далолат беради.

Бош суягининг «думбасимон»лиги туғма захмнинг дастлабки ойларида шаклланиши мумкин, рахитда эса у бола 2 – 3 ёшга тўлганида аниқланади. У диффуз оссификацияланувчи инфильтрат қопламаларининг пешона ва чакка суякларда чўкиб йиғилиши натижасида пешона дўнгининг икки томондан бўртиб чиқиши ва улар орасида тизимча сифатида ажралиб туриши билан характерланади. Чекланган захм гидроцефалити ҳам диагноз кўйишга ёрдам беради. Туғма захм билан оғриган баъзи беморларда бош суягининг минорасимон кўриниши кузатилади.

Бурун суяги тоғай қисмларининг ривожланмай қолиши ҳамда захмга хос бурун оқиши натижасида кечки туғма захмга таалуқли бурун деформацияси кузатилади, у эгарсимон (бурун катаклари ташқари туртиб чиқади) ёки «эчки бурни»га ўхшаб қолади.

Тишларнинг турли дистрофик кўринишлари ичида кўпинча уни куртаксимон (биринчи моляр тишнинг тўртта чайнов дўмбоғи охиригача ривожланмай бўртмага, тишнинг ўзи эса гумбазга ўхшаб қолиши) ва «чўртанбалиқ» тишига ўхшаб кетиши (қозик тишларнинг чайнов юзаси гипоплазияга учраб, ундан ингичка балиқ тишини эслатувчи конуссимон ўсимта чиқиб туриши) кузатилади.

Кечки туғма захмда нерв тизимининг шикастланиши РПГАнинг мусбат бўлиши билан кечади, лекин айрим серологик реакциялар манфий бўлиши ҳам мумкин. Кўпчилик беморларда ликвор нормал кўрсаткичларга эга бўлса-да, баъзида патологик ўзгаришлар кузатилади. Нейрозахмнинг кўринишларидан эси пастлик (бош мия томирларининг захм инфекцияси билан шикастланиши натижасида), Жексон тутқаноғи, гемипарез, гемиплегия, нутқ бузилиши, қаттиқ бош оғриғи (захм гидроцефалити

натижасида) орқа мия сўхтаси учрайди. Сўхтада узоқ вақтгача патологик тизза рефлекслари сақланиб қолади ва ахён-ахёнда атаксия бошланади, кўз қорачиқлари катта-кичик бўлиб қолади (анизокория, Аргайл-Робертсон белгиси ва бошқалар). Авж оладиган фалажлик симптомлари туғма захм билан оғриган беморларда хРПГАа сусайиши, нутқ бузилиши, васвасага тушиш, фалажликлар, талваса ва тутқаноқлар кўринишида юзага чиқиши мумкин. Бундай клиник кўриниш доимо мусбат серологик реакциялар ва ликвор патологияси билан бирга кечади.

Кечки туғма захмда ички аъзолардан жигар (жигарнинг диффуз қалинлашиши, гуммоз тугунлар), буйрак (нефроз, нефрозонефрит), қонтомирлар системаси (эндо, миокардит, клапанларнинг етишмаслиги) ҳам шикастланиши мумкин. РИФ ва РПГА мусбат бўлади.

Туғма захм профилактикаси. Туғма захмнинг олдини олишда касалликни ўз вақтида аниқлаш ва уни даволаш муҳим аҳамиятга эга. Айниқса ҳомиладор аёлларни ўз вақтида текшириб туриш ва даволаш ишларини ўтказиш мақсадга мувофиқ. Мавжуд кўрсатмага биноан аёллар маслаҳатхоналари барча ҳомиладор аёлларни ҳисобга олади ва клиник ҳамда серологик текширувдан ўтказилади. Серологик текшириш икки марта – ҳомиладорликнинг 1- ва 2- даврларида амалга оширилади. Агар ҳомиладор аёлда актив ёки яширин (латент) захм аниқланса, унда фақат антибиотиклар билан махсус даволаш ишлари олиб борилади. Агар аёл илгари захм билан оғриб даволанган бўлса, ҳомиладорлик даврида яна захмга қарши профилактик даво олиб борилади; профилактик даво олиб боришдан мақсад соғлом бола туғилишини таъминлашдир.

ЗАХМНИНГ ДАВОСИ

Захм бўлган беморга ташхис қўйилгандан сўнг даволаш тайинланади. Ташхис мос равишдаги клиник кўринишлар, касаллик қўзғатувчисини топиш ва серологик текширувлар (КСР, МПР, (RPR), ПГАР, ИХА –анти ТП, ИФА, ИФР, РПГА) натижасига асосан қўйилади.

Эрта захмни жинсий органларнинг бирламчи захми, анал соҳасининг бирламчи захми ,бошқа соҳаларда жойлашган бирламчи захм каби шакллари прерентив даволаш ва даволаш амбулатор широйтда ўтказилиши мумкин.

Тери ва шиллиқ қаватларнинг иккиламчи захми, иккиламчи захмнинг бошқа шакллари, эрта яширин захм, аниқланмаган эрта захм, кечки захмнинг барча шакллари, бошқа ва шакллари аниқланмаган захм, ҳамда ҳомиладор аёлларни ва болаларни (захмни шаклидан қатъий назар) даволашни стационар шароитида ўтказилиши керак.

Захм билан касалланган беморларда кенг кандиломалар, гипертрофик тугунчалар, лейкодерма, захм таъсирида соч тўкилиши каби иккиламчи захми кўринишлари ва кўп миқдордаги каттик шанкрлар бўлганда даволашни бензилпенициллинни юқори дозалари билан ўтказиш керак.

Эрта захмининг давоси. Клиник таснифи: бирламичи сероманфий, бирламчи серомусбат, иккиламчи янги захм. Тавсия қилинадиган усуллар:

1-усул: бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ТБ, м/о, курсга 2 та инъекция 1 ҳафта оралиқ билан, ёки бициллин-1, 2,4 млн ТБ, м/о, 5 кунда 1 марта, курсга 3 та инъекция.

2-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи 1 млн. ТБ м/о 10 кун давомида ҳар 6 соатда (кунига 4 маҳал).

3-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи 400 минг ТБ, м/о, 10 кун давомида ҳар 3 соатда (кунига 8 маҳал).

4-усул: цефтриаксон 1,0 г, м/о, 10 кун давомида кунига 1 маҳал.

Альтернатив усуллар:

1-усул: доксициклин, 100 мг, 15 кун давомида кунига 2 маҳал*.

2-усул: тетрациклин, 500 мг, 15 кун давомида кунига 4 маҳал*.

3-усул: эритромицин, 500 мг 15 кун давомида кунига 4 маҳал ичишга.

4-усул: ампициллин, ёки оксациллин, 1,0 г, м/о, 14 кун давомида кунига 4 маҳал.

5-усул: азитромицин 500 мг дан ичишга 10 кун давомида кунига 1 маҳал овқатланишдан 1 соат олдин**.

Даволаш натижаларига қўйиладиган талаблар:

- клиник кўринишларни регресси, КСР ни манфийлашиши;
- текширув миқдори 3 ойда 1 марта;
- сероназоратни давомийлиги 6 ой давомида КСР (МПП)ни турғун манфий натижаси.

Иккиламчи қайталама ва эрта яширин захмининг давоси

Тавсия қилинадиган усуллар:

1-усул: бензатин бензилпенициллин 2,4 млн ТБ, м/о, курсга 3 та инъекция 1 ҳафта оралиқ билан (асаб тизими зарарланиши белгилари ва ички органлар патологияси бўлмаганда).

2-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 20 кун давомида ҳар 6 соатда кунига 4 маҳал (курсга 80 млн.).

3-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи 400 минг ТБ, м/о, 20 кун давомида ҳар 3 соатда (кунига 8 маҳал) (курсга 64 млн.).

4-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 28 кун давомида ҳар 6 соатда кунига 4 маҳал (курсга 112 млн.). Ички органлар патологияси бўлганда.

5-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 20 кун давомида ҳар 4 соатда кунига 6 маҳал (курсга 120 млн.). Ички органлар патологияси бўлганда.

6-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 28 кун давомида ҳар 4 соатда кунига 6 маҳал (курсга 168 млн.). Асаб тизими зарарланиши бўлганда.

7-усул: цефтриаксон, 1,0 г, м/о, 14 кун давомида кунига 1 маҳал.

Касаллик 6 ойдан ортиқ давом этганда ва хавфли кечганда 2, 3, 4, 5, 6, 7-даволаш усулларини қўллаш зарур.

Альтернатив усуллар:

1-усул: доксициклин, 100 мг, 30 кун давомида кунига 2 маҳал*.

2-усул: тетрациклин, 500 мг, 30 кун давомида кунига 4 маҳал*.

3-усул: ампициллин, ёки оксациллин, 1,0 г, м/о, 28 кун давомида кунига 4 маҳал.

4-усул: эритромицин, 500 мг ичишга 30 кун давомида кунига 1 маҳал.

5-усул: азитромицин 500 мг дан ичишга 10 кун давомида кунига 1 маҳал овқатланишдан 1 соат олдин**.

Даволаш натижаларига қўйиладиган талаблар:

- клиник кўринишларни регресси, КСР ни манфийлашиши;
- текширув миқдори 6 ойда 1 марта;
- сероназоратни давомийлиги 6 ой давомида КСР ни турғун манфий натижаси сақланиши.

Кечки яширин ва учламчи захмнинг давоси. Учламчи захм бўлган беморларни даволаш ички органларда специфик зарарланишлар мавжуд бўлганда ички органлар захмини даволаш учун тавсия қилинган усуллар бўйича ўтказилади. Ички органларда бирга бўладиган зарарланишлар бўлмаганда ва кечки яширин захмда даволаш қуйида тавсия қилинадиган схемалар бўйича ўтказилади:

1-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 28 кун давомида ҳар 6 соатда суткасига 4 маҳал (курсга 112 млн.).

2-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 20 кун давомида ҳар 4 соатда суткасига 6 маҳал (курсга 120 млн.).

3-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 28 кун давомида ҳар 4 соатда суткасига 6 маҳал (курсга 168 млн.). Ички органлар зарарланганда, кечки яширин захмда қўлланилади.

4-усул: цефтриаксон, 1,0 г, м/о, 20 кун давомида суткасига 1 маҳал.

Захм таъсирида жигарни зарарланишида гепатопротекторлар, юрак-қон-томирлар зарарланишида кардиопротекторлар ва ошқозон зарарланганда ферментатив дори воситалари тайинланади.

Ҳомиладорларда бирламчи захмнинг давоси

Тавсия қилинадиган усуллар:

1-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 10 кун давомида ҳар 6 соатда кунига 4 маҳал.

2-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи 400 минг ТБ, м/о, 14 кун давомида ҳар 3 соатда кунига 8 маҳал.

Ҳомиладорларда иккиламчи ва эрта яширин захмнинг давоси:

Тавсия қилинадиган усуллар:

1-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, 20 кун давомида ҳар 6 соатда (кунига 4 маҳал).

2-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи 400 минг ТБ, м/о, 20 кун давомида ҳар 3 соатда (кунига 8 маҳал).

Эрта туғма ва яширин захм бўлган бемор болаларни махсус давоси:

1-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 14 кун давомида ҳар 1 кг оғирлигига 100000 ТБ, м/о, 4 соат оралиқ билан суткалик доза 6 инъекцияга бўлинади.

2-усул: Ўз вақтида туғилган болаларда сезиларли гипотрофия (тана оғирлиги 2 кг даг кам бўлмаганда) бўлмаса специфик даволаш бензатин бензилпенициллин билан, ҳар 1 кг оғирлигига 50 000 ТБ, бир марталик дозаси иккига бўлиниб иккала думбага юбориш билан ўтказилиши мункин. Даволаш курси – 7 кун оралиғи билан 3 та инъекция.

Даволаш натрийли тузи билан ўтказилиши ҳам мумкин (1-усул, А қисми).

Пенициллинни дюрантли дори воситаларини қўллаш тавсия қилинмайди.

Бензилпенициллинни ола олмайдиганларга ярим синтетик пенициллинларни (оксациллин, ампициллин) эрувчи пенициллин каби худди ўша суткалик дозада 4 га бўлиб, суткасига м/о га юбориш орқали қўллаш зарур. Даволашни давом этиши худди бензилпенициллинни қўллаш кабидир.

Кечки туғма захм бўлган бемор болаларни махсус давоси:

1-усул: бензилпенициллинни натрийли тузи, 28 кун давомида ҳар 1 кг оғирлигига 50000 ТБ, м/о, 4 соат оралиқ билан 6 инъекцияга бўлинади, 2 ҳафтадан сўнг – қайта курси 14 кун давомида.

Болаларни превентив даволаш:

Болаларни даволашда болаларни профилактик даволаш қисмида тавсия қилинган ўша усуллар ва дори воситалари қўлланилади.

Болаларда орттирилган захмнинг давоси:

Болаларни даволаш ташхисга мос равишда ва антибиотикларни ёшга қараб дозалашдан келиб чиққан ҳолда катталарни даволаш усули бўйича ўтказилади. Фақат шуни ҳисобга олиш зарурки, икки ёшгача бўлган болаларга бициллинлар билан даволаш ўтказиш мумкин эмас, тетрациклин

дори воситаларини эса 8 ёшгача бўлган болаларни даволашда қўлланилмайди.

ЗАХМНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ТАШХИСОТИ

Касалликнинг даврига қараб турли усуллар қўлланилади. Аммо унинг барча ярали ва тошмали даврларида микроскопик усулдан фойдаланилади. Текшириш учун материал ярадан, тошмалардан (папула) ажраладиган суюқликдан олинган натив препарат микроскопнинг қоронғилатилган майдонида (харакатланиши) кўрилади. Суртмалар тайёрлаб Бурри усулида бўялади, кумушлантирилади ва микроскоп остида кўздан кечирилади. Иммунофлюоресцент усулидан ҳам фойдаланилади. Ҳар бир ажратиб олинган оқиш трепонемани бошқа нопатоген, ташқи жинсий аъзоларда (*T.refringens*) ва оғизда (*T.macrodentum*, *T.denticola*, *T.орале*) яшовчи трепонемалардан фарқ қилиш лозим. Касалликнинг иккинчи даврида бемор организмида иммунобиологик ўзгаришлар содир бўлади. Буларни чўкма (микрореакция) ва трепонемали раекциялар ёрдамида аниқланади.

Туғма захм билан туғилган болалар зардободаги антителоларни аниқлаш учун бевосита иммунофлюоресценция усули қўлланилади. Бунда фаолсизлантирилган оқиш трепонемага носпецифик антителони адсорбция қилдириш учун культурал трепонема билан ишлов берилган ва нишонланган одам гамма глобулинига қарши антителолардан фойдаланилади.

Захми қоронғилатилган кўрув майдонида микроскопик диагностикаси.

Касалликнинг биринчи босқичида - қаттиқ шанкрдан (бирламчи сифиломадан) олинган тўқима суюқлиги ва лимфа тугунлари пунктати, иккинчи босқичда эрозияланган папулалар ва сербар кондилломалардан олинган тўқима суюқлиги текширилади.

Оқиш трепонемаларни тўғри аниқлаш учун текшириш материални захмнинг қайси босқичдалигидан қатъий назар тўғри олиш муҳим аҳамиятга эга.

Бирламчи сифиломада оқиш трепонемалар бириктирувчи тўқима толалари оралиғида, шикастланган жойнинг перифериясида, лимфатик ва қон томирларнинг атрофида кўп йиғилади. Иккиламчи захмда бу спирохеталар ҳали битиб улгурмаган шанкр, эрозияланган ҳали битиб улгурмаган шанкр, эрозияланган папул, сербар кондилломаларнинг тўқима оралиғи каналлари ва оғиз бўшлиғидаги эрозияларда жойлашади. Учламчи захмда микроскопик йўл билан уларни топиш жуда қийин, чунки улар терининг шикастланган жойларида камайиб кетади.

Захмда материал олишда қаттиқ шанкр, эрозия, папула, сербар кандилома юзаси аввал физиологик эритмага хўлланган пахта ёки дока тампон билан яхшилаб артиб, сўнгра қуруқ пахта билан артиб тозаланади. Агар яра қора пўстлоқ билан қопланган бўлса, у ҳолда уни аввал намлаб, сўнгра эҳтиётлик билан қўчириб олиб ташланади. Баъзан уни бир неча соатга физиологик эритма билан намлаб қўйиш ҳам тавсия этилади.

Қаттиқ шанкрда тўқима суюқлигини ажратиб олишнинг бир неча усуллари мавжуд:

Тўқима суюқлигини сиқиб чиқариш усули. Бу усул врач-лаборант учун бошқа усуллар ичида энг қулайи ҳисобланади. Врач-лаборант (ёки беморнинг ўзи) чап қўли билан бош ва кўрсаткич бармоқлари ёрдамида ёки пинцет билан ярагинг икки четидан секин сиқа бошлайди. Резина қўлқопсиз бармоқлар билан яра, эрозия, сербар кондилломага қўл теккизиш ярамайди. Бармоқлардаги кўзга кўринмайдиган тирқиш орқали трепонемалар врач-лаборантнинг ўзига юқиб қолиши мумкин. Агар сиқиш жараёнида қон чиқса, уҳолда қон артиб олинади ва тиниқ тўқима суюқлиги чиққунига қадар кутиб турилади. Сиқиш мобайнида бир неча секунд кутиб тўхтаб кейин яна массажа ўхшатиб сиқилса тўқима суюқлиги яхши ажиралади. Кўп қон ажиралмасини сақловчи тўқима суюқлиги оқиш трепонемаларни топишни мураккаблаштириб қўяди.

Тўқима суюқлиги одатда ярагинг четига қоплагич ойнанинг қиррасини теккизиш йўли билан олинади. Ярагинг чуқур жойидан чиққан тўқима суюқлигида трипонемалар кўп бўлади.

Тирнаш усули. Бу усул сиқиб чиқариш усулига нисбатан кам ишлатилса-да, лекин баъзан яхши натижа беради. Бачадон бўйнидаги, оғиз бўшлиғидаги эрозиялардан, сербар кондилломалардан тўқима суюқлигини олишда шу тирнаш усулидан фойдаланиш қулай. Аввал яра ёки эрозия юзаси физиологик эритма билан яхшилаб артилади, кейин қуруқ дока тампон билан куритилади, сўнг ўтмас скальпель, пинцет ёки буюм ойнаси қирраси билан 20-30 секунд давомида бир томонлама секин тирналади. 40-60 секунддан сўнг тирналган жойдан тўқима суюқлиги ялтираб чиқа бошлайди.

Тўқима суюқлигини лабораториядан бошқа жойда олиш ярамайди, чунки олинган суюқлик дарров қуриб қолади, унинг устига юқумли бўлганлиги учун атрофдагиларга ҳавфли бўлади.

Иккиламчи қайталма захмда оғиз бўшлиғидаги эрозияланган папулаларда ёки бирламчи захмда тил, танглай ва бодомча безларида жойлашган қаттиқ шанкрдан тўқима суюқлигини олиш жараёни лаборатория ходимидан катта маҳорат талаб қилади. Бундай ҳолларда эрозияланган папула ёки ярагинг жойлашишига қараб материал олиш усулининг ҳар иккаласини ҳам ишлатса

бўлади. Ажралган тўқима суюқлигини эса Пастер пипеткасида резина балонча билан сўриб олиш керак (сўриб олиш усули). Иш процессида беморнинг лаборант юзаги ёки атрофдагиларга қараб йўталиб юбормаслигини олдини олиш зарур.

Куйдириш ёки Ижевский усули. Бунда текшириладиган морфологик элемент юзаси қиздирилган платина билан куйдирилади, натижада куйдирилган жойда пуфакча пайдо бўлади. Пуфакчадан олинган суюқлик қоронғи кўрув майдонида текширилади.

Лаборант юқорида айтиб ўтилган усулларини қўллашдан қатъий назар, у албатта резина қўлқопда ишлаши керак. Ишлатилган тиббиёт асбобларининг ҳаммаси аввал дезинфекцияловчи суюқликка бир неча соат солиб, кейин автоклавда стерилизация қилинади.

Қоронғилатилган кўрув майдони – оқиш трепонемаларни тирик ҳолда кўришнинг энг қўлай усулидир. Трепонемаларни бўяб текширишни Романовский-Гимза, Зимин, Бурри тавсия қилишган. Бу усулларни камчилиги лаборант трепонемаларни тириклигида кўролмаслигидадир. Препаратлардаги трепонемаларни топиш кўрсаткичи 7-10% ни ташкил қилиши ҳам унинг камчилигига далилдир.

Ваҳоланки, захм трепонемаларининг ҳаракатланувчанлигига қараб уларни одам организмида учрайдиган бошқа сапрофит трепонемалардан фарқ қилиш мумкин. Бинобарин, у ёки бу элемент доначалари (микроорганизмлар) ёруғлик микроскопида икки йўл билан текширилади. Биринчисида ёритгичдан келаётган ёруғлик нурлари микроскопнинг объективига тушиб кўзимизга ёруғ кўрув майдонини ҳосил қилиб беради. Агар мана шу ёруғлик нури йўлида нур ўтказмайдиган элемент таначалари бўлса, ёритгич нурлари қисман ютилади.

Қоронғилатилган кўрув майдонида ёритгич нурларининг бир қисми объективга етмайди, яъни кўриш майдони қоронғи бўлиб кўринади. Агар мана шу ёруғлик йўлида элемент таначалари (микроорганизмлар) ёки механик заррачалар бўлса, улар ёруғлик таъсирида нуруфшон бўлиб кўринади.

Бундай ҳодисалар табиатда ҳам учраб туради. Масалан, берк биноларнинг тешик – тирқишларидан, ёки деразадан ўтиб келувчи кўёш нурлари чанг заррачаларини ёритиб, бизга уларни кўрсатиб туради (Тиндаль феномени). Мана шу ҳол қоронғилатилган кўрув майдонида оқиш трепонемаларни тириклайин кўришга ўхшаб кетади.

Одатда, қоронғилатилган кўрув майдонини ҳосил қилишда параболоид – конденсор ва силлиқ ойнали конденсорлардан фойдаланилади. Улар ҳаммасининг ишлаш принципи Тиндаль феноменига асосланган. Чунончи,

параболоид конденсорининг пастки қисмидаги тирқишдан келаётган ёруғлик нури парабола шаклидаги ойнада синади ва текшириляётган нарсанинг заррачаларга дуч келиб, уларга нур сочиб турувчи тасвир беради.

Кордиоид конденсорнинг тузилиши эса бир оз мураккаброқ. Бунда ёруғлик нурлари кесишган нуқтага етишдан олдин конденсор марказида жойлашган ёйсимон ойна қиррасида синиб конденсорнинг ён қисимдан қайтади. Қайтган нурлар текшириляётган элемент таначаларига дуч келиб уларга нур сочиб турувчи тасвир беради.

Домбровскийнинг қалпоқчали усули. Фотоплёнка ёки рентген плёнка солинадиган қора қоғознинг икки вароғи оддий елим билан бир-бирига ёпиштирилади ва елими қуримасдан туриб 4x4 см да ундан қирқиб олинади. Сўнг махсус қалпоқча қолипига кўйиб уни прессланади, ҳосил қилинган қалпоқчаларнинг баландлиги 6,35 мм, диаметри 17 мм бўлиши керак.

Қалпоқчанинг ёнидан диаметри 14,5 мм, чуқурлиги 3,8 мм келадиган ярим доира шаклида қирқиб олинади. Қалпоқчани оддий йўл билан ҳам яшаш мумкин. Бунинг учун асосий қалпоқ шаклида думбоқ бўлган диаметри 17 мм га яқин пробирка олинади. Унга олдиндан илиқ сувда намланган қора қоғоз кийдирилади ва бир текис қилиб елим суртиб пробирка асосини силлиқлаймиз ва бўёнидан ингичка ип билан сиқиб боғлаб, бир неча соатга қолдирамиз. Қора қоғоз қуригач қалпоқча шаклига кириб қолади.

Қоронғилатилган кўрув майдонини ҳосил қилиш техникаси кўйидагича: конденсорни ўрнидан олинади ва уни икки қисмга ажратилади. Конденсорнинг юқоридаги қовариқ линзасига қалпоқча кийдирилади ва конденсорнинг иккинчи томони юқорисидан бураб ёпилади. Қалпоқчанинг ярим доира (диафрагма) қисми ёритгичга қаратиб охирига етгунча юқорига кўтарилади. Ёритгич нурларини конденсонерга конденсор микроскоп оправасига ўрнатилади ва уни винт билан маҳкамлаб фақат ботиқ кўзгу орқали туширилади. Буюм ойнасининг қалинлиги 1,1-1,2 мм, қоплагич ойнаники эса 0,18-0,2 мм бўлиб, улар мутлақо тоза бўлиши лозим. Текширилганда материал буюм ойнасига олингандан сўнг устига қоплагич ойна ёпилади. Материал юпқа тортиши (бунда яхши кўринади) учун қоплагич ойнани бошқа буюм ойнаси қирраси билан босиши мумкин. Ёритгичдан келаётган нурни ботиқ кўзгу билан конденсор марказига тўғриланади. Конденсор юзига пипеткада бир томчи дистилланган сув томизилади. Таёрланган препаратни эса шу томчига тегиб турадиган қилиб жойланади. Препарат кўпроқ катталаштириб (окуляр 10х, объектив 40х) кучли ёруғлик манбаидан фойдаланиб кўздан кечирилади.

Қоронғилатилган кўрув майдонида оқиш трепонемалар (Броун молекуляр ҳаракати) баъзан лейкоцитлар, эритроцитлар эпителиал хужайралар

кузатилади. Трепонемаларнинг ингичка бурмалари бир хилда ялтироқ спирал шаклда кўринади. Уларнинг маятниксимон, тўлқинсимон тебранма ҳаракатлари бошқа сапрофит трепонемалардан фарқлашга ёрдам беради. Айрим вақтларда эса бир нечта трепонемалар (кўп бўлса) бир бирларига учлари билан тутшиб, бурчак шаклида ҳаракатлар қилади яъни ўз ўқи атрофида урчуксимон айланади, бурмаларнинг шакли ўзгармайди. Бошқа препаратларда учрайдиган спирохеталар қоронғилатилган кўрув майдонида захм трепонемаларидан ўзининг жуда ҳаракатчанлиги ва қаварик, дағал бурмалари билан фарқланади. Ўткир учли кондилома ажралмаларидан олиб тайёрланган препаратларда кўп учраб турадиган (айниқса иккиламчи инфекция тушган яранинг юзасидан олинган ажратмаларда) спирохеталар бир мунча дағал, бурмаларнинг катталиги ҳар хил ва кескин ҳаракат қилади. Оғиз бўшлиғида учрайдиган *Tr.refrigens*, *Tr.buccalis*, *Tr.dentinum* аввалига тўхтаб, сўнгра кескин ҳаракатланади. Бурмалари кўпол, ҳаракатлари давомида ўз шаклини ўзгартириб туради.

Захм трепонемалари (спирохеталар) ни бўйиш усуллари. 1. *Романовский усули.* Тўқима ажралмаларидан бир томчиси ёғсизлантирилган буюм ойнасига томизилиб, қон учун тавсия қилингандек қилиб ёйилади. Ҳосил бўлган суртма 30 дақиқа ҳавода қуритилади. Сўнг этил спирти билан 1–15 дақиқа давомида фиксация қилинади. Оқиш трепонемалар анелин бўёқлари билан одатда яхши бўялмайди. Шу сабабли Романовский эритмасидан 1 мл сувга 1 томчи томизиб 40-60 дақиқа давомида препарат бўялади. Сўнгра эҳтиётлик билан уни сувда ювилади, ҳавода қуритилади ва иммерсион объективда (90х) кўздан кечирилади. Романовский усули бўйича бўялган препаратларда оқиш трепонема пушти рангга, бошқа элментлар эса кўк рангга бўялади.

2. *Тез бўйиш усули.* Фиксация қилинган препаратга Романовский бўёғидан 1 мл сувга 2-3 томчи томизилади ва препаратни спирт алангаси устида буғ ҳосил бўлгунча 5 дақиқа давомида ушлаб турилади. Сўнг бўёқ тўкилиб янги бўёқ аралашмаси қуйилади, яна қиздирилиб 5 дақиқага қолдирилади. Буни 3-4 марта такрорланади. Шундан кейингина препаратни текширишга тайёр деб ҳисоблаш мумкин.

3. *Шерешевский усулида бўйиш.* Фиксацияланган препаратга Романовский бўёғини иссиқ эритмасини дистилланган сувда тайёрланган 1 мл 0,5% глицерин эритмасига қўшилади ва 5 дақиқа кутиб турилади. Сўнг эритмани тўкиб ташланади. Буни 3-4 марта такрорланади. Препарат сув билан ювилиб қуритилади.

4. *Бурри усули.* Буюм ойнаси четига шиша таёқча билан кичикроқ туш томчиси томизилади (олдин тушли флаконни 1 неча марта чайқатилади),

сўнг унга текшириладиган тўқима ажралмасидан шу миқдорда томизилади. Сўнг уларни шиша чети билан эҳтиёт бўлиб аралаштирилади ва буюм ойнасига юпка қилиб ёйилади. Ҳосил бўлган препарат хавода қуритилгач (у ёруғликни ўтказадиган бўлиши керак) иммерсион системаси микроскоп остида кўздан кечирилади.

Спирохеталар одатда қоронғи фонда тиниқ бурмалар шаклида кўрилади. Препаратнинг микроскопик кўриниши эса қоронғилаштирилган майдондаги сингари оқимтир бўлади.

Захмнинг серологик ташхисоти

Захмда беморнинг қон зардобда махсус антитаналар пайдо бўлиб, муайян антигенлардан (микроорагнизмлар суспензияси, аъзолар экстрактлари) фойдаланиб аниқланилади ва шу асосида касалликка ташхис кўйилади. Бу усул тиббиётда серологик (serum-зардоб) диагностика дейилади. Замонавий серологик реакциялардан фойдаланиб бемор организмидаги микробнинг турини, хусусиятини ва инфекция жараённинг қанчалик ривожланганлигини мукамал ўрганиш мумкин. Айниқса захм касаллигини аниқлашда серологик диагностиканинг аҳамияти катта (51).

Захм серодиогностикаси – бу серологик таҳлиллар ёрдамида зардоб таркибида айланиб юрган трепонема антителаларини аниқлашдир. Зардобда специфик антителаларнинг борлиги организм оқиш трепонема билан зарарланганлигини билдиради ва клиник кўрсаткичлар билан биргаликда захм ташхисини кўйишга асос бўлади. Серологик таҳлиллар иккига бўлинади, ***трепонемасиз ва трепонемали***.

Трепонемасиз таҳлиллар учун кардиолипинли антиген қўлланилади, бу оқиш трепонемани антигенлик хусусияти тўғрисида ахборот бермайди. Трепонемали таҳлиллар учун потоген ёки культурал трепонемалар қўлланилади. Бу икки йўналиш бир – биридан сифат жиҳатидан фарқ қилади шу сабабли захмни текширишда ҳар бирининг ўрни бор.

Захм серодиогностикасида трепонемасиз таҳлилни ўрни шу билан ажралиб турадики у сифилитик реагенни аниқлайди ва аҳолини захмга профилактик текширув мақсадида ҳамда даволашни самарадорлигини назорат қилишда фойдаланилади. Трепонемали серотаҳлиллар эса трепонема антителаларини аниқлайди шу сабабли диагностик тасдиқловчи таҳлил ҳисобланади.

Ҳар икки таҳлилни биргаликда амалга ошириш керак. Трепонемасиз таҳлил – скрининг учун, трепонемали таҳлил эса натижаларни тасдиқлаш учун. Охириги йилларда серологик таҳлиллар мукамаллашди ва янги трепонемали таҳлиллар тақдим этилди. Иммунофермент таҳлили тестлари

(ИФА) пассив гемагглютинация таҳлили ПГАР (рус.РПГА), иммунохроматографик таҳлил (ИХА) шулар жумласидандир.

Кўрсатилган таҳлиллар юқори сезувчанлиги ва спецификлиги билан ажиралиб туради. Уларнинг авзаллиги қўлланилишда соддалиги, ҳамда автоматлаштириш ва стандартлаштириш мумкинлигидадир. Бу эса трепонема антигенларини лаборатор хайвонлардан олишга чек қўяди.

Трепонемасиз серореакциялар. Бунга комплементни боғлаш реакцияси (КБР) кардиолипин антиген билан (Вассерман таҳлили), микропреципитация таҳлили (МР). Бундан ташқари МР нинг чет эл аналоглари ВДРЛ, РПР ва бошқалар киради. Шу нарса тасдиқланганки специфик томонидан МР, RWга нисбатан юқори туради.

1. Микропреципитация таҳлили кардиолипин антигени билан бажарилади. Бу таҳлил аҳолини захмга профилактик текширишда танлаб олиш тести ҳисобланади. МР қўлланилиши жиҳатдан содда ҳисобланади, таҳлил эса стандартлаштирилгандир. Бунда плазма билан ёки актив ҳамда инактивланган қон зардоби билан таҳлилни амалга ошириш мумкин.

Микрореакциянинг мусбат натижаси оқиш трепонема билан зарарланганликни билдиради. МР ни қайта қўйиш йўли билан даволаш самарадорлигини аниқлаш мумкин. Ушбу услуб ҳатто кардиолипин антиген билан (БОАС) қўйиладиган КБР нинг ўрнини босади. МР дан захмнинг эрта турида скрининг сифатида фойдаланиш мумкин, ундан ташқари МР захмнинг бирламчи ва иккиламчи турларини аниқлашда ўта сезувчандир.

Айрим ҳолларда МР ёлғон мусбат ёки ёлғон манфий натижа бериши мумкин. Ёлғон мусбат натижаларни қуйидаги ҳолларда учратиш мумкин: иммунитетнинг бузилиш хасталиклариди, тизимли касалликларда, сурункали инфекцияларда, яна тўқима бузилиши билан боғлиқ касалликларда ва бошқалар.

Аксинча ёлғон манфий натижаларни эса қуйидаги ҳолларда учратиш мумкин. Трепонема антителолари миқдори юқори бўлган ва суюлтирилмаган зардобни ишлатилганда (феномен прозона) кузатилади. Бу кўринишлар захмнинг эрта турида учратиш мумкин. Айтиш жоизки, микрореакция (МР) захмнинг кеч турларида етарлича сезувчанликка эга эмас.

2. Кардиолипинли антиген билан комплемент боғлаш реакцияси (Вассерман реакцияси).

Захм билан зарарланган бемор зардобиди мусбат натижа RW да МР га нисбатан кечроқ аниқланади, бу бир ҳафта давомида бўлиши мумкин, даволашдан кейинги негативацияси эса аксинча эртароқ бошланади.

Таҳлил аҳоли орасида захмни аниқлаш, ҳамда даволаш натижалари самарадорлигини кузатишда фойдаланилади. RW таҳлили кўп маблағ талаб

килади, бундан ташқари юқори малакали ходимлар ва лаборатория хайвонлари зарур, қолаверса унинг спецификлиги МР га нисбатан паст. Чет элда RW амалиётда қўлланилмайди. Унинг ўрнига VDRL ва RPR , ИФА ва РПГА билан биргаликда ишлатилади.

Трепонемали серореакциялар. Бунга оқиш трепонемани иммобилизация қилиш таҳлили РПГА (рус.РИБТ), иммунофлуоресценция таҳлилининг вариантлари (РИФ) ультратовуш трепонема антигени билан комплемент боғлаш таҳлили (КБР) ва иммунофермент анализ (ИФА). Трепонемали серореакциялар ўта сезувчан ва юқори спецификлиги сабабли ёлгон мусбат ва ёлгон манфий натижалар фарқи жуда паст.

1. РПГА. Бу таҳлил специфик кўрсаткичи томонидан юқори кўрсаткичга эга. РПГА ни мусбат кўрсаткичи кеч бўлганлиги сабабли захмнинг эрта турини аниқлашга ёрдам бермайди.

РПГА носпецифик таҳлилларни ёлгон мусбат натижаларни верификация қилишда ўта муҳим таҳлил ҳисобланади. Лекин РПГА технологияси жуда мураккаб ва кўп маблағ талаб қилади.

2. Иммунофлуоресценция (РИФ) “олтин” стандарт услуби ҳисобланади. У қуйидаги модификацияда амалга оширилади: РИФ_{abs}, РИФ-200, РИФ-ц, РИФ эрта диагностик услуб ҳисобланади. РИФни мусбат натижаси захм билан касалланганлик тўғрисида аниқ ахборот беради. Ёлгон мусбат натижалар жуда кам аниқланади. Бундай ҳоллар гипергаммаглобулинемия, систем касалликлар ва ҳомиладорлик бўлиши мумкин. РИФ нинг ўзига хос хусусияти спецификлиги ва ўта сезувчанлигидадир.

3. РПГА бу таҳлилни қўлланилиши захмнинг барча босқичларида диагностика қилишга имкон беради (бирламчи эрта захмдан бошқа). РПГА МР билан биргаликда ишлатилса бирламчи захмни аниқлаш ўсади. РПГА юқори спецификга эга. Ёлгон мусбат натижа 0,07 % дан ошмайди. Таҳлил стандартлаштирилган шу сабабли унчалик меҳнат талаб қилинмайди. РПГА диагностик тест сифатида қўлланиши мумкин.

4. ИФА, РИФ сингари трепонемалар антителосини аниқлайди. ИФА ва диагностик таҳлил сифатида ишлатиш мумкин. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг таклифига кўра, ИФА усулини трепонемали тест сифатида РПГА ва МР ўрнига қўллаш мумкин. Бу методни қўллаш асосан донорлар, ҳомиладор аёллар, неврологик ва рухий касалликларга чалинган беморларни текширишда катта аҳамиятга эга. Юқорида кўрсатилган усулларнинг ҳар қайсиси захмнинг турини аниқлашда ўз ўрни бор. Шу сабабли, серологик таҳлилларни 3 гуруҳга бўлиш мумкин:

А. Танлаб олиш таҳлиллари.

Буларга трепонемасиз реакциялар (MP, РПР, VDRL) ва трепонемали – РПГА, ИФА.

Б. Диагностик (ташхисни тасдиқловчи) - РИФ, ПГАР, ИФА, РПГА.

В. Даволашни самарадорлигини назорат қилиш таҳлиллари. MP (титр).

Кардиолипин антиген билан преципитация микрореакцияси (MP).

Захмга чалинган бемор плазмаси ёки қон зардобига кардиолипин антигени эмульсияси қўшилганда преципитат ҳосил бўлади (оқ рангли ивинди кўринишида чўкадиган антиген + антитана комплекси).

Микрореакция (MP) учун ингредиентлар:

- микрореакция учун кардиолипин антигени;
- ҳолин хлорид (антиген билан ўрамда бўлади);
- кимёвий соф натрий хлорид
- натрий (III) цитрат (натрий лимоннокислый трехзамещенный);
- 0,9% изотоник натрий хлор эритмаси;

10% ҳолин-хлорид қўйидагича тайёрланади: 30 мл физиологик эритмага 5 мл 70% ҳолин-хлорид эритмаси қўшилади. Аралашма кунт билан аралаштирилади.

5% натрий (III) цитрат эритмаси дистиллаган сувда тайёрланиб, сўнгра филтрланади. Эритма беқарор. Лойқаланганда уни янги тайёрлангани билан аралаштириш керак. Совитгичда 4⁰С да 5-6 кун мобайнида сақланади.

Реакцияда назорат сифатида манфий ва мусбат зардоблардан фойдаланилади

Кучсиз мусбатни мусбатдан уни антиген эмульсияси тайёрландиган куни белгиланган титр бўйича суюлтириш йўли билан олинади. Лиофилизацияланган назорат қон зардоблари бўлмаган натив мусбат зардобдан ёки мусбат зардоблар аралашмасидан фойдаланилади, улар тиқини зич бекитиладиган пробиркаларга 0,5 мл дан қуйилади ва совитгичнинг музлатгич бўлмасида сақланади. Назорат сифатида танлаб олинган натив зардоблар титри 1:8 дан паст бўлмаган титрда фойдаланилади.

Реакция қўйиладиган куни назорат зардобни илгари аниқланган титрни тасдиқлаш, эмульсия сифатини назорат қилиш ва кучсиз нисбатдаги назорат зардобини ҳосил қилиш учун титрланади.

Назорат зардобини тайёрлаш қуйидагича ўтказилади: 9 та катакларга иккинчи катак (лунка) дан бошлаб, 0,15 мл дан физиологик эритма солинади ва биринчи ҳамда иккинчи катакларга 0,15 мл дан назорат зардобидан қўшилади. 2-катакдагини пипетка билан аралаштириб, уни катакдан 5-6-марта тортилади ва чиқарилади. Сўнгра 2 та уячадан 0,15 млни пипеткага

тортиб олинади ва учинчи катакка ўтказилади. Учинчи катак ичидагини худди шундай аралаштирилади ва тўртинчи катакка ва бошқаларига ўтказилиб, суюлтириш муолажасини охириги катакка қадар такрорланади. Охириги катак суюлтирилган 0,15 мл эмульсияни чиқарилади. Ҳамма катакларга 0,05 мл дан кардиолипин антиген эмульсияси қўшилади. Пластинкани аппаратда 5 дақиқа давомида силкитиб, 0,15 мл дан физиологик эритма қўшилади ва уй ҳароратида 5 дақиқага қўйиб қўйилади. Сўнгра натижалар қайд этилади. Кучсиз мусбат натижа (+ ёки 2+) ни берган суюлтирилган қон зардобидан кучсиз мусбат назорат сифатида фойдаланилади. Уни ҳосил қилиш учун тегишлича суюлтириш қилинади. Масалан, 1:8 суюлтирилган зардобдан кучсиз мусбат натижа олинган бўлса, назорат кучсиз мусбат қон зардобини олиш учун пробиркага 0,7 мл физиологик эритма ва 0,1 мл мусбат қон зардобини қўйилади ва қунт билан суюлтирилади.

Мусбат қон зардобини тўғри титрланганда у суюлтирилади ва преципитат ивиндисининг бир меъёрида камайиши кузатилади.

Сақланаётган натив назорат қон зардобини реактивлиги пасайганда қайта титрлашда кучсиз мусбат натижа берадиган суюлтиришдан фойдаланилади. Назорат зардобини у 1:2 дан паст бўлмаган мусбат натижа (4+) ва 1:4 дан кам бўлмаган суюлтиришда кучсиз мусбат натижа берганда ундан фойдаланиш мумкин. Кейинчалик реактивлиги пасайганда ишлатилган мусбат қон зардобини янгиси билан аралаштирилади.

Назорат қон зардобларини сақлашда уларни қайта-қайта музлатиш ва эритишга рухсат этилмайди, чунки бундай ҳолларда уларнинг реактивлиги пасайиб кетади. Назорат қон зардоблари бўлмаса, реакция қўйиш мумкин эмас.

Кардиолипин антиген эмульсияси преципитация микрореакцияси учун тайёрланган махсус антигендан тайёрланади. Комплекмент реакциясини боғлиқ учун мўлжалланган кардиолипин антигендан микрореакцияда фойдаланиш мумкин эмас.

Эмульсия тайёрлашдан олдин ампулаланган антиген тиниқлигига эътибор берилади, ҳолестерин кристаллари чўкканда уларни термостатда ёки сув ҳаммомида тегишлича 37⁰С ёки 56⁰С да ампулаларни иситиб эритилади.

Эмульсия тайёрлашдан олдин уни иш куни ёки иш ҳафтасига етадиган зарур миқдорини ҳисоб-китоб қилиб тайёрланади.

Пробиркага қуруқ пипетка билан кўпи билан 2 мл антиген солиниб, унинг тенг ҳажмига физиологик эритма қўшилади, аралаштирилади, хона ҳароратида 30 дақиқага қолдирилади, аралаштирилади, хона ҳароратида 30 дақиқага қолдирилади, сўнгра 1000 айл/дақиқа да тиниқ суюқлик олингунча

центрафугаланади, уни чиқарилади, чўкмага эса 10% ҳолин-хлорид эритмаси олинган антиген нисбати бўйича 1:3,5 ҳажмда қўшилади. Масалан, агар олинган антиген ҳажми 0,5 мл га тенг бўлса, ҳолин-хлорид миқдорини ҳисоблаш учун 0,5 ни 3,5 га кўпайтирилади ва 1,75 мл ҳосил қилинади, яъни 0,5 антиген учун 1,75 мл 10 % ҳолинхлорид эритмаси зарур. Пробиркани тиқин билан зич беркитилади ва ичидаги пробиркани тўнкариб тўлиқ респензияга аралаштирилади. Олинган эмульсия ишлатишга тайёр бўлади. Кўп миқдорда эмульсия тайёрлаш зарур бўлганда уни катта сиғимли бир флаконда эмас, бир неча пробиркаларда тайёрлаб, уларнинг ҳар бирига 2 мл дан антиген солинади. Бундай ҳажмлар антигеннинг яхшироқ аралашшини таъминлайди, реакция қўйиш учун такрор олаётганда эса уни ифлосланишдан, қизиб кетишидан ва қуёш нурлари таъсиридан сақлайди. Эмульсия совутгичда 4⁰С да кўпи билан бир ҳафта сақланади. Реакция қўйиладиган куни шу иш куни учун керакли миқдордаги эмульсияни совутгичдан олинади, иситиш учун 30 дақиқага уй ҳароратида қолдирилади ва тиқин билан бекитилган пробиркани камида 30 марта силкитиб аралаштирилади. Сўнгра унинг назорат қон зардобларига яроқлилигини текширилади. Қўлланиладиган эмульсия солинган пробиркани қора қоғозга ўраб ёруғликдан ҳимоя қилиш зарур. Ҳар бир янги сериянинг яроқлилигини серия сингари ишлатилган олдиндан маълум мусбат ва манфий қон зардоблари реакциясида текширилади. Антигеннинг яроқлилиги тўғрисида антиген сериялари текширилган ва мусбат қон зардобларини айна вақтда титрлашда кузатиладиган титрлар миқдори бўйича хулоса чиқарилади. Яқин натижалар олиш, яъни 1:5 суюлтирилган физиологик эритмадаги бир суюлтиришларда кузатиладиган преципитат чўкмалари (хлопья) нинг бир хил юзага чиқиши +/- 1 суюлтиришдан 1 га фарқ қиладиган мусбат қон зардобларининг реакинлар титрлари миқдори антиген сериясининг яроқсизлигидан далолат беради.

Қуйидаги ҳолларда агар назорат мусбат қон зардоби янги антиген серияси билан бир вақтда титрланганда антиген серияси бекор (брак) қилинади:

А) қон зардобининг минимал суюлтирилишида кучсиз ифодаланган преципитат (2+ ёки 1+);

Б) текширувидан ўтган серияга қараганда реакинлар титрининг 2-3 суюлтиришга бирмунча пастлиги;

В) манфий қон зардобда преципитат борлиги.

Қон плазмасини олиш. Қон эритроцитларнинг чўкиш реакциясини (СОЭ) текширишдаги каби олинади. Панченков аппарати капиллярини 5% натрий цитрат эритмаси билан чайқатилади, сўнгра “25” белгисигача қон

олинади, қолган натрий цитрат эритмаси эса центрифуга пробиркасига қўйилиб сўнг унга “К” уч капиллярда қон тушириб аралаштирилди. Қон уй ҳароратида тиндирилади шошилиш ҳолларда эса қон плазмаси олиш мақсадида центрифугаланади, текшириш ўтказиш учун уни автоматик пипеткада сўриб олинади.

Инактивланган қон зардобини олиш. Қон венадан олинади, сўнгра ундан зардоб ажратилади ва уни инактивланади (фаолсиз қилинади).

Микрореакция қўйиш методикаси (услуги). Синалаётган плазма ва инактивланган қон зардоби билан сифат ва миқдорий микрореакцияни қўйидагича ўтказиш лозим.

Микропреципитация қўйиш сифат реакциясидан фойдаланишда пипетка билан 0,15 мл дан плазма ёки инактивланган қон зардобини олиб катакларга қўйилади, сўнгра 0,05 мл дан кардиолипин антиген эмульсияси қўшилади. Ҳар бир катакка битта текширилаётгандан плазма ёки қон зардоби солинади ва қайднома журналидаги рўйхат бўйича номер (рақам) қўйилади. Ингридентлар силкитгичда пластинани силкитиб аралаштирилади (минутига 100 силкитиш) ёки 5 мин давомида қўлда силкитилади, сўнгра ҳар бир катакка 0,15 мл дан физиологик эритма қўшилади пластинани чайқатиб аралаштирилади ва уй ҳароратида 5 минга қолдирилади (реакциянинг оптимал ҳарорат режими 23^0 - 28^0) натижалар назорат кучсиз (сут) мусбат қон зардобиде ипир ипирлар пайдо бўлгандан кейингина ҳисоб қилинади.

Пластинканинг горизонтал қаторидаги катакларга микрореакция қўйишнинг миқдор методикасидан фойдаланишда, иккинчи катакдан бошлаб 0,15 мл физиологик эритма қўйилади ва биринчи ҳамда иккинчи катакларга 0,15 мл дан текширилаётган қон зардоби ёки плазма қўшилади. Иккинчи катак ичидагини пипетка билан аралаштирилади, ундан катакдан 5-6 марта олиб чиқарилади, сўнг 0,15 мл чиқарилади ва учинчи катакка ўтказилади. Учинчи катакдан 0,15 мл ни тўрттинчисига ва ҳ.к ўнинчи катакка ўтказилиб, ундан 0,15 мл ни чиқариб ташланади. Шундай қилиб плазма ёки қон зардобининг 1:2, 1:4, 1:8 ва ҳаказо то 1:516 икки қарра (марта)лик кетма-кет суюлтиришлари ҳосил қилинади. Биринчи катакка физиологик эритма қўйилмайди, балки 0,15 мл плазма ёки қон зардоби қўйилади. Ҳамма катакларга 0,05 мл дан кардиолипин антиген эмульсияси қўшилади. Пластина 5 минут силкитлади, шундан кейин ҳамма катакларга 0,15 мл дан физиологик эритма қўшилади. 5 минут ўтган натижалар сифат реакциясини қўйиш каби қайд этилади.

Преципитат топилган плазма ёки қон зардобини охириги суюлтириш преципитатлар титри деб ҳисобланади. Титр қиймати (миқдори) жараён активлигини, даволаш вақтида пасайиши эса терапия самарадорлигини

кўрсатади. Титрларнинг барқарорлиги клиницистларни терапиянинг таъсирлиги хусусида ташвишлантиради (огоҳлантиради), ошиши эса даволашни қайта кўриб чиқишни талаб этади.

Ишонарли натижалар олиш учун беморни даволаш жараёнида уни текширишда фақат битта сериядан фойдаланмоқ даркор, бу захмнинг ҳамма реакцияларига тааллуқли.

- бармоқдан нотўғри қон олиш (пипетка капиллярида ҳаво пуфакчалари борлиги);
- реакция қўйишда контрол (назорат) қон зардоблари, хусусан кучсиз мусбатларини истисно қилиш;
- ишлатишдан олдин етарлича аралаштирмаслик оқибатида эмульсияда антиген концентрациясининг бир текис (хил) эмаслиги;
- эмульсиянинг бактериал ифлосланиши;
- плазма ва қон зардоби, антиген ва унинг эмульсиялари, эритмаларини сақлаш мудатлари ва шароитларининг бузилиши;
- реакция қўйишда ифлос лаборатория идишларидан фойдаланиш.

Юқорида кўрсатиб ўтилган хатолар ҳам сохта мусбат, ҳам сохта манфий реакциялари натижаларига олиб келиши мумкин.

Серологик лабораторияда қўйиладиган таҳлилларда хатолар сабаблари.

1. Микрореакция преципитация таҳлили текширилишда
 - 1.1. Қон плазмаси ва цитрат нисбатини нотўғрилиги
 - 1.2. Антиген тайёрлашдаги хатолар. Антигенни совутгичда сақлашдаги хатолар.
 - 1.3. Ингредиентларни нотўғри тақсимлаш.
 - 1.4. Таҳлилни назорат зардобсиз амалга ошириш.
 - 1.5. Яхши тозаланмаган лаборатория идишларидан фойдаланиш.
 - 1.6. Тайёр бўлган таҳлилни 10 минутдан ортиқ вақтда ўқилмаслиги.

Сохта мусбат серологик реакциялар

Дерматовенеролог врач тажрибасида баъзан захм касаллиги билан оғримаган шахсларда ҳам серологик реакцияларнинг натижалари мусбат бўлиши мумкин. Бундай серологик реакциялар сохта махсус бўлмаган, (носпецифик) мусбат реакциялар деб аталади. Бундай реакциялар вақти-вақтида учраб туради. Олмалиқ шаҳрининг 220.718 аҳолиси комплементни боғлаш реакцияси (КБР) га текширилганида уларнинг 76 тасида (0,030%) серологик сохта мусбат реакция кузатилган. Дарҳақиқат, сохта мусбат серологик реакцияларнинг сабаблари жуда ҳам кўп. Сохта мусбат серологик реакциялар ҳомиладорликнинг сўнгги бир неча ҳафтасида ёки тукқан

аёлларда (биринчи 10 кун ичида) кузатилиши мумкин. Масалан, К.А. Юлдашев 40117 ҳомиладор аёлдан 1,12 фоизида, А.В.Бескровная – 2 фоизида серологик носпецифик мусбат реакцияларни аниқлаганлар. Н.С. Ведров уч марта ҳомиладор бўлган аёлнинг қони ҳар бир ҳомиладорлик даврида серологик реакцияларга мусбат бўлганини баён этган.

Шу сабабли ҳомиладор аёлларда захмнинг клиник белгилари ёки анамнезида захмга шубҳа қилинадиган аломатлар бўлмаса, улар туғишга қадар икки ҳафта ва туққанидан сўнгги икки ҳафта ичида серологик реакцияларга текширилмайди ёки уларнинг натижалари инобатга олинмайди. Сохта серологик мусбат реакцияларни бутун оила аъзоларида ҳам учратиш мумкин. Серологик сохта реакциялар эркакларга нисбатан аёлларда 4,5 марта кўпроқ учрайди.

Серологик сохта мусбат реакциялар турли хил касалликлар (ўпка, инфекция, тери касалликлари, миокард инфаркти ва бошқалар)да учратиш мумкин. Серологик сохта реакциялар пиодермияда - 5,5% розацеа ва оддий хунбузарда – 3,33%, оёқ микозида – 2,52% ва псориазда – 2% беморларда аниқланган. Мусбат серологик реакциялар мохов касаллигида ҳам тез-тез аниқланади. Моховнинг лепроматоз хилида 50-80%, нодифференцияланмаган хилда 20-25%, туберкулоид турида эса 10-15% беморлар қонида мусбат серологик реакциялар кузатилган (Э.Х.Эшбоев 2018).

Носпецифик серологик мусбат реакциялар безгак ва бириктирувчи тўқима касалликлари (ревматизм, қизил югуруқ) нинг фаол даврида тез-тез учраб туради. Олимларнинг фикрича, бу касалликларда кузатиладиган гиперглобулинемия ҳамда гамма-глобулин ва фосфолипидлар микдорининг ошиши ҳисобига мусбат реакциялар кузатилади.

Серологик реакцияларнинг сохта мусбат бўлиши ёшга ҳам боғлиқ ва бу қариликда организмда кечадиган анатомик-физиологик хусусиятлар билан боғлиқ.

Барча касалликларда кузатиладиган сохта серологик реакциялар ўртача ҳисобда 0,03-2,5 фоизни ташкил этади ва носпецифик реакциялар кўпинча суст мусбат бўлади. Агар бу реакция мусбат бўлганида ҳам захм реакинлари титри паст бўлади. Қон серологик реакцияларга қайта текширилса, натижа манфий бўлиши ёки мусбатлик даражасининг пасайиши кузатилади. Захм билан оғриган беморлар қони қайта текширилганида зардобдаги реакинлар титри ўзгармайди ёки ошиб боради.

Микроскопнинг қоронгулатилган кўрув майдонида Tr.pallidum ни аниқлаш услуби

Касалликнинг биринчи босқичида – қаттиқ шанкрдан (бирламчи сифиломадан) олинган тўқима суюқлиғи ва лимфа тугунлари пунктати, иккинчи босқичда – эрозияланган папулалар ва сербар кондиломалардан олинган тўқима суюқлиғи текширилади.

Оқиш трепонемаларни тўғри аниқлаш учун текшириш материални захмнинг қайси босқичдалигидан қатъий назар тўғри олиш муҳим аҳамиятга эга.

Бирламчи сифиломада оқиш трепонемалар бириктирувчи тўқима толалари оралиғида, шикастланган жойнинг перифериясида, лимфатик ва қон томирларнинг атрофида кўп йиғилади.

Иккиламчи захмда бу спирохеталар ҳали битиб улгурмаган шанкр, эрозияланган папула, сербар кандиломаларнинг тўқима оралиғи каналари, оғиз бўшлиғида жойлашади.

Учламчи захмда микроскопик йўл билан уларни топиш жуда қийин. Чунки улар терининг шикастланган жойларида камайиб кетади.

Захмда материал олишда қаттиқ шанкр, эрозия, папула, сербар кондилома юзаси аввал физиологик эритмага ҳўлланган пахта ёки дока тампон билан яхшилаб артиб, сўнгра қуруқ пахта билан артиб тозаланади. Агар яра қора пўстлоқ билан қопланган бўлса, у ҳолда уни намлаб, сўнгра эҳтиётлик билан кўчириб олиб ташланади. Баъзан уни бир неча соатга физиологик эритма билан намлаб кўйиш ҳам тавсия этилган.

Қаттиқ шанкрдан тўқима суюқлигини ажратиб олишнинг бир неча усуллари мавжуд.

Тўқима суюқлигини сиқиб чиқариш усули. Бу усул врач-лаборант учун бошқа усулар ичида энг қулайи ҳисобланади. Лаборант (ёки беморнинг ўзи) чап қўли билан боши ва кўрсаткич бармоқлари ёрдамида ёки пинцет билан яранинг икки четидан секин сиқа бошлайди. Резина қўлқопсиз, бармоқлар билан яра, эрозия, сербар кандиломага қўл текизиш ярамайди. Бармоқлардаги кўзга кўринмайдиган тирқиш орқали трепонемалар лаборатортнинг ўзига юқиб қолиши мумкин. Агар сиқиш жараёнида қон чиқса, у вақтда у артиб олинади ва тиниқ тўқима суюқлиғи чиққунига қадар кутиб турилади. Сиқиш мобайнида бир неча секунд тўхтаб кейин яна массажга ўхшатиб сиқилса, тўқима суюқлиғи яхши ажаралади. Кўп қон аралашмасини сақловчи тўқима суюқлиғи оқиш трепонемаларни топишни мураккаблаштириб қўяди.

Тўқима суюқлиғи одатда яранинг четига қоплагич ойнанинг қиррасини тегизиш йўли билан олинади. Яранинг чуқур жойидан чиққан тиниқ суюқликда трепонемалар кўп бўлади.

Домбровскийнинг қалпоқчали усули. Силлиқ қора қоғознинг икки varaғи оддий елим билан бир-бирига ёпиштирилади ва елими қуримасдан туриб 4X4 смда ундан қирқиб олинади. Сўнг махсус қалпоқча қолипга қўйиб у пресланади. Ҳосил қилинган қалпоқчаларнинг баландлиги 6,35 мм, диаметри 17 мм бўлиши керак (**37, 38-расмлар**).



37-расм. Домбровский қалпоқчасининг ташқи кўриниши.



38-расм. Конденсор қабарик линзасига қалпоқчани қўйиш (схема)

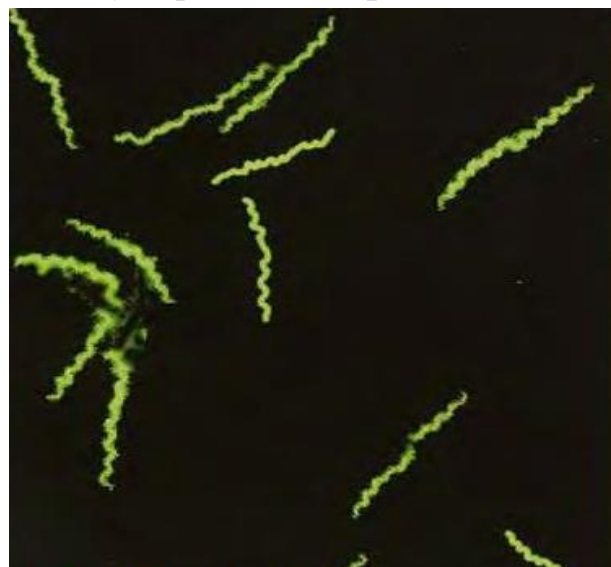
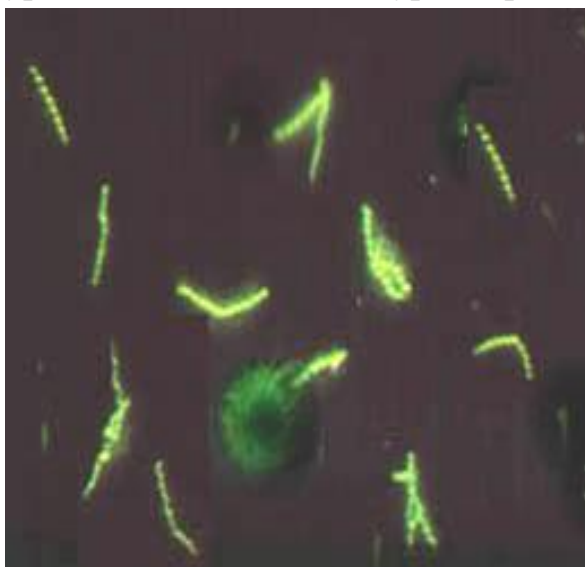
Қалпоқчанинг ёнидан диаметри 14,5 мм, чуқурлиги 3,8 мм келадиган ярим доира шаклида қирқиб олинади.

Қалпоқчани оддий йўл билан ҳам яшаш мумкин. Бунинг учун асоси қалпоқча шаклида дўмбоқ бўлган, диаметри 17 мм га яқин пробирка олинади. Унга олдиндан илиқ сувда намланган қора қоғоз кийдирилади ва бир текис қилиб елим суртиб пробирка асосини силлиқлаймиз ва бўйнидан ингичка ип билан сиқиб боғлаб, бир неча соатга қолдирамиз. Қора қоғоз қуригач, қалпоқча шаклига кириб олади.

Қоронғилатилган кўрув майдонини ҳосил қилиш техникаси қуйидагича: конденсор ўрнидан олинади ва у икки қисмга ажратилади. Конденсорнинг юқоридаги қабарик линзасига қалпоқча кийдирилади ва конденсорнинг иккинчи томони юқорисидан бураб ёпилади (**38-расм**). Қалпоқчанинг ярим доира (диафрагма) қисми ёритгичга қаратиб конденсор микроскоп оправасига ўрнатилади ва у винт билан маҳкамлаб охирига етгунча юқорига кўтарилади. Ёритгич нурларини конденсорга фақат ботиқ кўзгу орқали туширилади. Буюм ойнасининг қалинлиги 1,1-1,2 мм, қолагич ойнаники эса 0,18-0,20 мм. Улар мутлақо тоза бўлиши керак.

Текшириладиган материал буюм ойнасига олингандан сўнг устига коплагич ойна ёпилади. Материал юпка тортиши учун (яхши кўринади) коплагич ойнани бошқа буюм ойна қирраси билан босиш мумкин. Ёритгичдан келаётган нур ботиқ кўзгу билан конденсор марказига тўғриланади. Конденсор юзига пипеткада бир томчи дистилланган сув томизилади. Тайёрланган препаратни эса шу томчига тегиб турадиган қилиб жойланади. Препарат кўпроқ катталаштириб (окуляр 10^x , объектив 40^x) кучли ёруғлик манбаи (200-300 вольтли оддий лампа ёки микроскоп учун чиқарилган ёритгич ОИ-19) дан фойдаланиб кўздан кечирилади.

Қоронғилатилган кўрув майдонида оқиш трепонемалар (Браун молекуляр ҳаракати), баъзан лейкоцитлар, эритроцитлар, эпителиал хужайралар кузатилади. Трепонемаларнинг ингичка бурмалари бир хилда ялтироқ спирал шаклда кўринади. Уларнинг *маятниксимон*, *тўлқинсимон*, *тебранма* ҳаракатлари бошқа сапрофит трепонемалардан фарқлашга ёрдам беради. Айрим вақтларда эса бир нечта трепонемалар (кўп бўлса) бир-бирларига учлари билан тутшиб бурчак шаклида ҳаракатлар қилади, яъни ўз атрофида урчиқсимон айланади, бурмаларининг шакли ўзгармайди (**39-расм**).



39-расм. Оқиш спирохеталарнинг (захм кўзгатувчиси) қоронғилатилган кўрув майдонидаги тасвири

Бошқа препаратларда учрайдиган спирохеталар қоронғилатилган кўрув майдонида захм трепонемаларидан ўзининг жуда ҳаракатчанлиги ва қабарик-дағал бурмалари билан фарқланади. Яраларнинг ажралмаларидан олиб тайёрланган препаратларда кўп учраб турадиган (айниқса, иккиламчи инфекция тушган яранинг юзасидан олинган ажратмаларда) спирохеталар бирмунча дағал, бурмаларнинг катталиги ҳар хил ва кескин ҳаракат қилади. Оғиз бўшлиғида учрайдиган *Tr.refrigens*, *Tr.buccalis*, *Tr.dentium* аввалига

тўхтаб, сўнгра кескин ҳаракатланади, бурмалари қўпол ҳаракатлари давомида ўз шаклини ўзгартириб туради **(3,4-расмларга қаралсин)**.