

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

«TASDIQLAYMAN»
O'quv ishlari bo'yicha prorektor
G.J.Jarilkasimova _____
«_____» _____ 2019 y.

**FTIZIATRIYA, PULMONOLOGIYA VA DERMATOVENEROLOGIYA
KASALLIKLARI KAFEDRASI**

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI, OITS FANIDAN

O'QUV USLUBIY MAJMUA

4 KURS DAVOLASH FAKULTETI TALABALARI UCHUN

Bilim sohasi:	500000	- Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot
Ta'lim sohasi:	510000	- Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi:	5510100	- Davolash ishi

BUXORO – 2019

Fanning o'quv dasturi Ozbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2016 yil "22" 01 dagi "26"-sonli buyrug'ining 2- ilovasi bilan tasdiqlangan

Tuzuvchilar:

Raxmatov O.B.- Buxoro davlat tibbiyot instituti ftiziatriya, pulmonologiya va dermatovenerologiya kafedrası dotsenti

Maxmudov F.A.-Buxoro davlat tibbiyot instituti ftiziatriya, pulmonologiya va dermatovenerologiya kafedrası assistenti

Latipov I.I.- Buxoro davlat tibbiyot instituti ftiziatriya, pulmonologiya va dermatovenerologiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Obloqulov A.R. - Buxoro davlat tibbiyot instituti tibbiy pedagogika va oliy hamshiralik ishi fakulteti dekani, t.f.d., proff,

Muazzamov B.R. - ftiziatriya, pulmonologiya va dermatovenerologiya kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot instituti ilmiy kengashining 201__yil "____" _____dagi "№____" sonli yig'ilish bayonnomasida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

1. O'quv materiali	bet
2. Nazariy mashg'ulot materiali.....	bet
3. Amaliy mashg'ulot materiali.....	bet
4. Mustaqil ta'lim mavzulari.....	bet
5. Glossariy.....	bet
6. Ilovalar.....	bet
6.1. Fan dasturi.....	bet
6.2. Ishchi o'quv dasturi.....	bet
6.3. Tarqatma materiallar.....	bet
6.4. Testlar.....	bet
6.5. Baholash.....	bet
6.6. Foydalanadigan adabiyotlar.....	bet

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2016 йил “22 ” 01 даги “26 ”-сонли буйруғининг 2- иловаси билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 2016 йил “09 ” 01 даги 1 - сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Ташкенбаева У.А. - ТТА “Тери таносил касалликлари. ОИТС” кафедраси мудири,
т.ф.д., доцент;

Аллаева М.Д. - ТТА “Тери таносил касалликлари. ОИТС” кафедраси
доценти, т.ф.н.

Мусаева Н.М. - ТТА “Тери таносил касалликлари. ОИТС” кафедраси
доценти, т.ф.н.

Такризчилар:

Ваисов А.Ш. - ТТА “Тери таносил касалликалари” кафедраси профессори т.ф.д.;

Эшбаев Э.Х. - ДВИТИ микробиология лабораториясини катта илмий ходими
т.ф.д.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва
тавсия қилинган (2016 йил “ 23 ” 12 даги 5- сонли баённома).

Фтизиатрия, пульмонология ва тери-таносил касалликлари кафедраси доценти
О.Б.Рахматов томонидан таёрланган Тери ва таносил касалликлари фанидан
даволаш ва тиббий педагогика факультети 4-курс талабалари учун тайёрланган
ўқув услубий мажмуага

АННОТАЦИЯ

Ўқув-услубий мажмуа 4-курсда таҳсил олувчи даволаш ва тиббий педагогика
факультети талабалари учун тузилган бўлиб унда асосан талаба фойдаланиши
учун зарур бўлган маълумотлар билан бойитилган.

Силлабус, амалий ва маъруза машғулотларининг тематик режалари,
талабани баҳолаш мезонлари, маъруза ва амалий машғулот матнлари, масалалар
тўпламлари, тест саволлари ва видеороликлар билан бойитилган. Хар бир мавзу
ўйича амалий кўникмалар мавжуд бўлиб, ОТКИ саволлари ва мавзуларга оид
расмлар билан бойитилган. Хар бир мавзудан фойдаланилиши мумкин бўлган
адабиётлар рўйхати шакллантирилган.

КИРИШ

Дерматовенерология фан ва клиник жихатдан терининг функцияларини ва структурасини нормада ва патологияда узгаришларини, ички аъзолар ва тизимларнинг патологиясини тери билан узвий богланишини, хар хил тери касалликларини, жинсий йул билан утадиган инфекцияларни урганади. Бакалавр тайёрлашда дастур оркали - кенг таркалган дерматозлар ва жинсий алока йули билан юкадиган касалликларни аниклаш, даволаш ва олдини олиш услубларини урганиш. Тери ва огиз бушлиги шиллик каватининг, жинсий алока йули билан юкадиган касалликларни этиопатогенези, клиник кечиши, текшириш усуллари ва таккослаш диагнози буйича билимларни шакллантириш. Ургент дерматологик холатларда биринчи тиббий ёрдамини курсатиш коидаларига ургатиш, тери-таносил диспансерига даволашга етказиш учун курсатмаларни аниклаш, катталар ва болаларнинг тери ва огиз шиллик каватини яллигланиши, аллергик ва замбуруг касалликларини даволаш коидаларига, тери ва таносил касалликларини олдини олиш чора тадбирлари ва диспансерлаштириш коидаларини ургатади. Ушбу дастур курсатилган йуналишлар буйича квалификациян характеристикалар, Давлат Таълим Стандартлари асосида тузилган.

Фаннинг мақсад ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – дерматовенерология амаллиетидан керак бўладиган маълум хажмдаги билимларга, қобилият ва амаллий қуникмаларга, тери ва таносил касалликлари буйича ўқитиш усулларини эгаллаган юкори малакали мутахассислар – умумий амалиёт шифокорлари таёрлашдан иборат.

Фаннинг вазифаси – уни ўрганувчиларга:

- Тери ва огиз бушлиги шиллик каватининг, жинсий алока йули билан юкадиган касалликларни этиопатогенези, клиник кечиши, текшириш усуллари ва таккослаш диагнози буйича билимларни шакллантириш
- Ургент дерматологик холатларда биринчи тиббий ёрдамини курсатиш коидаларига ургатиш, тери-таносил диспансерига даволашга етказиш учун курсатмаларни аниклаш, катталар ва болаларнинг тери ва огиз шиллик каватини яллигланиш, аллергик ва замбуруг касалликларини даволаш коидаларига, тери ва таносил касалликларини профилактика ва диспансерлаштириш коидаларига ургатиш.

Фан бўйича талабаларнинг тасаввур, билим, қўникма ва малакаларига қўйиладиган талаблар

Тери ва таносил касалликлар, ОИТС ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- Фанни мақсад ва вазифалари ва уларни умумий амалиёт шифокорлари профессионал иш фаолиятидаги мохиятини, болалар ва катталарнинг ешига хос

тери ва огиз бушлигишиллик каватининг анатомиофизиологик хусусиятларини, уларнинг еши билан боғлиқ булган ривожланиш, жараенларини, дерма ва эпидермисдаги умумий патологик узгаришларни, катталарда ва болаларда тери ва огиз шиллик каватининг орттирилган ва тугма, замбуругга усма касалликларни клиник кечишини билиш

- Укув, илмий адабиёт ва маълумотномалар билан мустақил равишда ишлай билиш, болалар ва катталардаги тери, тери хосилалари, шиллик каватларининг тугма ва орттирилган хасталикларини, замбуругли ва усма касалликларини ва жинсий алоқалар воситасида юкадиган касалликларини (ЖИБЮК) мустақил равишда аниқлаш, тери ва шиллик каватларининг патологик ургент ҳолатларда биринчи тиббий ердамни курсатиш
- Тери ва огиз бушлиги шиллик каватларининг текшириш усулларини эгалламок, бирламчи ва иккиламчи морфологик тошмаларни аниқламок, ташхис қуйишда асосий феномен ва синамаларни утказиш усулларини билмок, ОИВ/ОИТС ва захм касалликларини аниқлашда серологик текширувлар ҳамда замбуруг, гонококк ва трихомонадаларни аниқлашда микроскопик текширувлар учун патологик материаллар олиш усулларини узлаштирмок
- Онадан болага инфекцияни утишга олиб келадиган омиллар. Болаларда ОИВ/ОИТС ни кечишини хусусиятлари
- Хомиладор аелларда ОИВ/ОИТС олдини олишда ва даволашда ердам бериш хизматларини интеграцияси. Болаларда ОИВ ни ташхис қуйиш асослари Бирламчи босқичда ОИВ га дучор булган болани ҳолатини баҳолаш.
- Тери касалликларининг маҳаллий даволаш тамойилларини, анафилактик шок, уткир эшак еми, Квинкенинг шиши тез ердам курсатиш усулларини узлаштириш ҳамда тиббиёт ҳужжатларини олиб бориш ва лаборатор-ускунавий текширувларнинг натижаларини таҳлил қилиш тамойилларини узлаштириш вазибаларини Лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ердамида клиник текширув утказиш
- Асосий касалликнинг клиник кечишини узига хос хусусиятларини аниқлай билиш
- Асоратлар ва йулдош касалликлари аниқлай билиш
- Ўзбекистон республикасида қабул қилинган касалликлар таснифига мувофиқ клиник ташхисни таърифлаш ва асослаш
- Касаллик ривожланишининг индивидуал ва патологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда комплекс тактикани аниқлаш;
- Вактинчалик ишга қобилиятсизликни экспертизасини утказиш
- Реабилитацион, профилактик, санитар-гигиеник ва эпидемияга қарши тадбирлар режасини ишлаб чиқиш, диспансер кузатувини утказиш ***билиши ва улардан фойдалана олиши;***

- Касаллик тарихини ёзиш *кўникмаларига эга бўлиши керак*;
- Беъморни профессионал куруви (Status localis)
- Псориазда диагностик учликни аниклаш
- Сийдик чиқариш каналидан суртма олиш
- Акантолитик (Тцанк хужайраларини текшириш)
- Бальцер синамаси
- Яра юзасидан рангсиз трепомемага текшириш учун суртма олиш услуги.
- Кутир кузгатувчиларини аниклаш
- Керион Цельсни аниклаш.
- Махаллий даволаш - примочкалар *малакалари эга бўлиши керак*.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Тери ва таносил касалликлар, ОИТС клиник фан ҳисобланиб, 7,8,11,12-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган табиий-илмий фан (нормал ва патологик физиология, гистология, ички касалликлар, эндокринология, асаб касалликлари, акушерлик ва гинекология, психиатрия, туберкулез, юкумли касалликлар, касб касалликлар, ижтимоий гигиена ва соғлиқни сақлаш ташкил қилиш)

Фаннинг илм-фан ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Тери-таносил касалликлари фани ва амалиётида муҳим урин тутати. Теридаги сурункали касалликлар беморларини ҳаёт сифатини пасайишига олиб келади. Псориаз, пурсилдок яра, тери лимфомалар, фотодерматозлар узок вақт давом этиб оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Бу ва бошқа тери касалликларни тугри ташхислаш, олдини олиш ва рационал даво – чораларини тайинлаш УАШ шифокорлари олдида муҳим аҳамият касб этади. Жинсий алоқа воситасида учрайдиган касалликларнинг кенг тарқалишини олдини олиш ва даволаш УАШ шифокорининг зиммасида қиради. Дерматовенерология бу ва бошқа долзrab масалаларини урганиш соғлиқни сақлаш тизимини бир булагига ҳисобланади.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг тери ва таносил касалликлар, ОИТС фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда замонавий видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

АСОСИЙ ҚИСМ

Фаннинг назарий машгулотлари мазмуни

**“Тери ва таносил касалликлар, ОИТС” фанининг мазмуни, предмети
ва методи**

Дерматология

Дерматологияни ривожланиш тарихи. Тери тузилиши. Бирламчи ва иккиламчи тошмалар. Терининг патоморфологияси ва патогистологияси. Тери касалликларининг ташхислаш асослари.

Аллергодерматозлар: оддий контакт ва аллергия дерматитлар, токсикодермиялар, сульфаниламид эритемаси, гуш, эшакеми. Турлари, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш ва олдини олиш, диспансеризацияси.

Терининг йирингли ва паразитар касалликлари: стрептококкли ва стафилококкли пиодермиялар. Пиодермияларни аниклаш ва даволаш принциплари. Кутир, битлаш. Болалик давридаги йирингли касалликлар. Кутир касаллигини болалик даврда кечишини узига хослиги, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси.

Папулез дерматозлар ва нейродерматозлар: кичима, нейродермит, атопик дерматит, псориаз, кизил ясси темиртки. ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш ва олдини олиш, диспансеризацияси.

Вирусли ва пуфакли касалликлари ОИТС: Пурсилдок яра касаллиги, герпеслар, сугаллар клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси. Болаларда ОИВ/ОИТС ни кечишини хусусиятлари. Хомиладор аелларда ОИВ/ОИТС олдини олишда ва даволашда ердан бериш хизматларини интеграцияси. Болаларда ОИВ ни ташхис куйиш асослари Бирламчи боскичда ОИВ га дучор булган болани холатини бахоллаш.

Терининг замбуругли инфекциялари: кератомикозлар, эпидермо-микозлар, дерматофитиялар, чукур микозлар - клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси. Онадан болага инфекцияни утишга олиб келадиган омиллар.

Инфекцион ва аутоиммун дерматозлар: тери сили, мохов, Боровский касаллиги, алопеция, пес, склеродермия, кизил югурик клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси.

Ёг безлари ва сочлар касалликлари: хуснбузар, себорея клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси.

Тери усмалари: меланома, невуслар, хлоазмалар клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси. Тери кичиши: ички аъзолар ва асаб тизимининг тери касалликларидаги ахамияти. Эндокрин тизими, ОИТС, томирлар касаллиги, асаб тизими касалликларида, авитаминозлардаги терининг шикастланиши. Кариялар кичимаси, хомиладорлар кичимаси. Клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси.

Венерология

Жинсий алокалар воситасида юкадиган инфекциялар (ЖИБЮИ)ни ижтимоий ахамияти. Олдини олиш ва эрта ташхислаш. ЖИБЮИ, ОИТС эпидемиологиясининг замонавий хусусиятлари. ОИТС олдини олиш чоралари, ОИТСдаги терининг узгаришлари.

Беморларга маслахат бериш, тестлаш ва олиб бориш принциплари. Захм. Бирламчи, иккиламчи, учламчи, висцерал ва нейрозахм. Захмни хомиладорликнинг

кечишига таъсири. Тугма захм. Яширин захм. Клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, захмнинг лаборатор аниклаш усуллари ва уларнинг ахамияти. Деонтология саволлари, олдини олиш, реабилитацияси, диспансеризацияси. Захмнинг актив аниклаш ахамияти. Бактериал вагиноз этиология, патогенез, клиникаси, ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, диспансеризацияси. Уткир сузак клиникаси, ташхислаш, даволаш, диспансеризацияси, беморларни актив аниклаш ахамияти. Трихомониаз клиникаси, ташхислаш, даволаш, диспансеризацияси. Кандидоз клиникаси, ташхислаш, даволаш, диспансеризацияси. Баланопостит клиникаси, ташхислаш, даволаш, диспансеризацияси. Хламидиоз ташхислаш, киёсий ташхислаш, даволаш, диспансеризацияси.

Амалий машғулотларнинг тахминий рўйхати

- Тери ва шиллик каватининг анатомия ва гистологияси. Тери касалликлар ва ЖИБЮИлар билан огриган беморларни текширув услублари. Дерматозлар ривожланишини эндоген ва экзоген омиллари. Терининг патоморфологияси, бирламчи ва иккиламчи морфологик тошмалари. Тери касалликларни аниклаш, умумий ва махалий даволашнинг принциплари.
- Аллергодерматозлар: Дерматитлар. Токсикодермиялар. Гуш. Эшакеми. Оддий ва аллергияли контактли дерматитлар. Токсикодермиялар, сульфаниламид эритемаси. Экзема, болалар экземаси. Клиник таснифи, аниклаш ва даволаш принциплари.
- Терининг йирингли ва паразитар касалликлари: Стрепто-стафилодермиялар, аралаш пиодермиялар. Клиник таснифи, аниклаш ва даволаш принциплари. Хуснбузар. Кутир, битлаш. Болалик давридаги йирингли касалликлар. Кутир касаллигини болалик даврида кечишини узига хослиги.
- Папулёз дерматозлар ва нейродерматозлар. Псориаз, кизил ясси темирятки. Нейродермит - чегараланган ва тарқалган клиник турлари, кичима. Болаларда атопик дерматит ни келиб чиқиш сабаблари ва кечиши. Псориаз ва КЯТ касаллигини болалик даврида ривожланиши ва кечишини узига хослиги.
- Терининг вирусли ва пуфакли дерматозлар, ОИТС. Оддий учук, ураб олувчи темирятки, Юкумли моллюск, уткир учли кондиломалар, вирусли касалликларни аниклаш ва даволаш. Болалик давридаги вирусли дерматозлар. Акантолитик пурсилдок яраси. Дюринг учуксимон дерматити. Чакалоқлар эпидемик пурсилдок яраси. Дюрингнинг герпессимон учугининг болалик даврида кечишининг узига хослиги. Хомиладор аёлларда ОИТСни олдини олиш чоралари. Онадан болага инфекцияни утишга олиб келадиган омиллар. Болаларда ОИВ/ОИТС ни кечишини хусусиятлари
- Терининг замбуругли инфекциялари. Кератомикозлар, дерматомикозлар, кандидозлар. Онихомикозлар. Болалар даврида кандидозларнинг кечиши.

- Терининг инфекцион ва аутоиммун касалликлари. Мохов, тери лейшманиози Касаллигини болалик даврида кечишининг узига хослиги. Склеродермия, кизил югуруг – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциал диагностика. Склеродермия касаллигини болалик даврида кечишининг узига хослиги.
- Жинсий йул билан юкадиган инфекциялар. Захм касаллигининг умумий кечиши. ЖЙБЮИ-нинг замонавий таснифи. Захмнинг микробиологияси ва эпидемиологияси. Захмдаги иммунитет. Бирламчи ва иккиламчи захмнинг клиник белгилари. Оғиз шиллиқ қаватининг шикастланиши. Қиёсий ташхис. Яширин захм. Патогенези, серологик диагностикаси, қиёсий ташхис, даволаш.
- Учламчи ва туғма захм. Гуммали ва дўмбоқчали захм. Захмдаги ички аъзолар ва асаб тизимининг шикастланиши. Туғма захмнинг клиник аломатлари. Захмга дучор бўлган беъморларни даволаш асослари, диспансеризацияси. Касалларни фаол аниқлаш. Клиника ва серологик назорат. Туғма захмнинг олдини олиш чоралари.
- Сузак ва сузаксиз уретритлар Асоратланган ва ноасоратланган сузак. Трихомониаз. Урогенитал кандидоз. Бактериал вагиноз. Даволаш ва олдини олиш чоралари. Хламидиоз. Даволаш ва олдини олиш чоралари.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича тавсиялар

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойтадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустақамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали қуроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатмалар Фан бўйича лаборатория ишлари ўқув режада кўзда тутилмаган.

Мустақил таълимнинг шакли ва мазмуни

Мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда куйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;

- янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари

1. Лаелл ва Стивенс–Джонсон синдромлари.
2. Пушти рангли хуснбузарлар.
3. Псориаз, витилигони даволашда квант (ПУВА, лазеротерапия) терапиянинг замонавий асослари.
4. Жибернинг пушти рангли темирткиси.
5. Купшакли экссудатив эритема. Левернинг пемфигоиди
6. Каллик клиник кечиши, диагностика ва даволаш. Онихомикоз замонавий диагностика ва даволаш усуллари
7. Дерматомиозит. Тери сили
8. Тери сили таркалган турлари: клиник кечиши, диагностика ва даволаш
9. Тугма захм. Захмда ички аъзолар ва системалар шикастланиши
10. Атопик дерматит, сульфаниламид эритемаси, куп шакли экссудатив эритемаси.
11. Микоплазмоз, уреоплазмоз, бактериал вагиноз, юмшок шанкр.
12. Дисхромиялар: хлоазмалар, лентиго, татуаж. Эритразма. Онихомикозлар.
13. Контагиоз моллюск, уткиручли кондилломалар. Девержи касаллиги. Псориаз ва КЯТ – атипик турлари.
14. Чуқур пиодермиялар, демодекоз.
15. Невуслар, ксантелазмалар, липомалар, гигромалар.
16. Буллез эпидермолиз, Капошининг идиопатик саркомаси.

Дастурнинг инфор­мацион-услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;
- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора кути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

Асосий адабиётлар:

1. Арифов С.С., Эшбаев Э.Х. Тери-таносил касалликлар. Т.,1997
2. Ваисов А.Ш. Тери-таносил касалликлари, Т., 2004
3. Владимиров В.В., Зудин В.И. Кожные и венерические болезни. Атлас. Учебное пособие для студентов мед. ВУЗов.

адабиётлар:

1. Скрипкин Ю.К. Руководство по кожным и венерическим болезням. М. Медицина, 1999.
2. Павлов С.Т., Шапошников О.К., Самцов В.И., Ильин И.И. Кожные и венерические болезни.
3. Шадиев Х.К., Ахмедов. Тери-таносил касалликлар., Т. 1993.
4. Тери ва таносил касалликлар буйича маъруза матнлари.
5. Фицпатрик Т. Дерматология. Атлас-справочник. 1999.
6. Fitzpatrick T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н. Клиническая дерматология. М.1989
9. Милич М.В. Эволюция сифилиса, 1979.
10. Сомов Б.А., Долгов А.Б. Профессиональные заболевания кожи в ведущих отраслях народного хозяйства. МЛ 976.
11. Студницин А.А., Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных заболеваний. М.Мед.,1989
12. Шапошников О.К., Венерические болезни. Л.1991.
13. Джеймс Е. Фицпатрик. Секреты дерматологии. 1999.
14. Элинор Е. Сан. Дерматология. 100 случаев из практики. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Интернет сайтлар:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html;
5. www1.Mosbycom//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm;
8. www.Crawford.com//epo//mmwz/world.html.
9. [www.info@minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
10. www.info@tma.uz

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**FTIZIATRIYA, PULMONOLOGIYA VA DERMATOVENEROLOGIYA
KASALLIKLARI KAFEDRASI**

**TERI -TANOSIL KASALLIKLARI, OITS FANI BO'YICHA
ISHCHI DASTURI**

Bilim sohasi: 500000 - Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 510000 - Sog'liqni saqlash
Ta'lim yo'nalishi: 5510100 - Davolash ishi

Kurs	4
Soat hajmi	125
Shu jumladan:	
Ma'ruza	10
Amaliy mashg'ulot	35
Klinik mashg'ulot	45
Mustaqil ish	35

Buxoro-2019

Kirish

Dermatovenerologiya, OITS fani klinik jixatdan terining funkstiyalarini va strukturasi normada va patologiyada o'zgarishlarini, ichki a'zolar va tizimlarning patologiyasini teri bilan uzviy bog'lanishini, har xil teri kasalliklarini, jinsiy yo'l bilan o'tadigan infekstiyalarni o'rganadi. Bakalavr tayyorlashda dastur orqali - keng tarqalgan dermatozlar va jinsiy aloqa yj'li bilan yuqadigan kasalliklarni aniqlash, davolash va oldini olish uslublarini o'rganish. Teri va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining, jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarni etiopatogenezi, klinik kechishi, tekshirish usullari va taqqoslash diagnozi bo'yicha bilimlarni shakllantirish. Urgent dermatologik holatlarda birinchi tibbiy yordamini ko'rsatish qoidalariga o'rgatish, teri-tanosil dispanseriga davolashga etkazish uchun ko'rsatmalarni aniqlash, kattalar va bolalarning teri va og'iz shilliq qavatini yallig'lanishi, allergik va zamburug'' kasalliklarini davolash qoidalariga, teri va tanosil kasalliklarini oldini olish chora tadbirlari va dispanserlashtirish qoidalarini o'rgatadi. Ushbu dastur ko'rsatilgan yo'nalishlar bo'yicha kvalifikastion xarakteristikalar, Davlat Ta'lim Standartlari asosida tuzilgan.

O'quv fanining maqsadi va vazifalari

Fanni o'qitishdan maqsad – dermatovenerologiya amalliyotidan kerak bo'ladigan ma'lum xajmdagi bilimlarga, qobiliyat va amalliy ko'nikmalarga, teri va tanosil kasalliklari bo'yicha o'qitish usullarini egallagan yuqori malakali mutaxassislar – umumiy amaliyot shifokorlari tayyorlashdan iborat.

Faninng vazifalari:

Teri va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining, jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarni etiopatogenezi, klinik kechishi, tekshirish usullari va taqqoslash diagnozi bo'yicha bilimlarni shakllantirish

Urgent dermatologik holanlarda birinchi tibbiy yordamini ko'rsatish qoidalariga o'rgatish, teri-tanosil dispanseriga davolashga etkazish uchun ko'rsazmalarni aniqlash, kattalar va bolalarning teri va og'iz shilliq qavatini yalliglanish, allergik va zamburug' kasalliklarini davolash qoidalariga, teri va tanosil kasalliklarini profilaktika va dispanserlashtirish qoidalariga o'rgatish

1.2 Fan bo'yicha talabalarning bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar

Teri va tanosil kasalliklar, OITS o'quv fanini o'zlashtirish jarayonida amalga oshiriladigan masalalar doirasida bakalavr:

Fanni maqsad va vazifalari va ularni umumiy amaliyot shifokorlari professional ish faoliyatidagi moxiyatini, bolalar va kattalarning yoshiga xos teri va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining anatomofiziologik xususiyatlarini, ularning yoshi bilan bogliq bo'lgan rivojlanish, jarayonlarini, derma va epidermisdagi umumiy patologik o'zgarishlarni, kattalarda va bolalarda teri va og'iz shilliq qavatining orttirilgan va tug'ma, zamburug' va o'sma kasalliklarni klinik kechishini bilish
O'quv, ilmiy adabiyot va ma'lumotnomalar bilan mustaqil ravishda ishlay bilish, bolalar va kattalardagi teri, teri xosilalari, shilliq qavatlarining tug'ma va orttirilgan xastaliklarini, zamburug'li va o'sma kasalliklarini va jinsiy aloqalar vositasida yuqadigan kasalliklarini (JIBYuK) mustaqil ravishda aniqlash, teri va shilliq qavatlarining patologik urgent holanlarda birinchi tibbiy yordamini ko'rsatish

Teri va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarining tekshirish usullarini egallamoq, birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalarni aniqlamoq, tashxis ko'yishda asosiy fenomen va sinamalarni o'tkazish usullarini bilmoq, OIV/OITS va zaxm kasalliklarini aniqlashda serologik tekshiruvlar hamda zamburug', gonokokk va trixomonadalarni aniqlashda mikroskopik tekshiruvlar uchun patologik materiallar olish usullarini o'zlashtirmoq

Onadan bolaga infektsiyani o'tishga olib keladigan omillar. Bolalarda OIV/OITS ni kechishini xususiyatlari

Xomilador ayollarda OIV/OITS oldini olishda va davolashda yordam berish xizmatlarini integratsiyasi. Bolalarda OIV ni tashxis qo'yish asoslari. Birlamchi bosqichda OIV ga duchor bo'lgan bolani holatini baholash.

Teri kasalliklarining maxalliy davolash tamoyillarini, anafilaktik shok, o'tkir eshakemi, Kvinkening shishi tez yordam ko'rsatish usullarini o'zlashtirish hamda tibbiyot xujjatlarini olib borish va laborator-uskunaviy tekshiruvlarning natijalarini taxlil qilish tamoyillarini o'zlashtirish vazifalarini Laborator va instrumental tekshirish usullari yordamida klinik tekshiruv o'tkazish.

Asosiy kasallikning klinik kechishini o'ziga xos xususiyatlarini aniqlay bilish

Asoratlar va yo'ldosh kasalliklari aniqlay bilish

Uzbekiston respublikasida qabul qilingan kasalliklar tasnifiga muvofik klinik tashxisni ta'riflash va asoslash

Kasallik rivojlanishining individual va patologik xususiyatlarini hisobga olgan holda kompleks taktikani aniqlash;

Vaqtinchalik ishga qobilyatsizlikni ekspertizasini o'tkazish

Reabilitatsion, profilaktik, sanitar-gigienik va epidemiyaga qarshi tadbirlar rejasini ishlab chiqish, dispanser kuzatuvini o'tkazishni bilishi kerak

Kasallik tarixini yozish ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak.

1. Be'morni professional ko'ruv (Status localis)
2. Psoriazda diagnostik uchlikni aniqlash
3. Siydik chiqarish kanalidan surtma olish
4. Akantolitik (Tstank hujayralarini) tekshirish
5. Balster sinamasi
6. Yara yuzasidan rangsiz trepomemaga tekshirish uchun surtma olish uslubi.
7. Qo'tir qo'zgatuvchilarini aniqlash

8. Dermagrafizmni aniqlash

9. Mahalliy davolash - primochkalar

1.3 Fanning o'quv rejadagi boshqa fanlar bilan o'zaro bog'liqligi va uslubiy jihatdan uzviy ketma-ketligi va sog'liqni saqlash tizimidagi o'rni:

Teri va tanosil kasalliklar, OITS klinik fan hisoblanib, 7,8,11,12-semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida rejalashtirilgan tabiiy-ilmiy fan (normal va patologik fiziologiya, gistologiya, ichki kasalliklar, endokrinologiya, asab kasalliklari, akusherlik va ginekologiya, psixiatriya, tuberkulyoz, yuqumli kasalliklar, kasb kasalliklar, ijtimoiy gigiena va sogliqni saqlash tashkil qilish)

Amaliy ishlarning turi bo'yicha vazifalarning majburiy minimumi

Amaliy mashgulot mavzusi ichki kasalliklar, asab kasalliklari, akusherlik va ginekologiya, yuqumli kasalliklar, kasb kasalliklar, normal va patologik fiziologiya, normal va patologik anatomiya fanlardan yetarli bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishlik talab etiladi.

Sog'liqni saqlash tizimidagi o'rni

Teri-tanosil kasalliklari fani va amaliyotida muhim o'rin tutadi. Teridagi surunkali kasalliklar bemorlarini xayot sifatini pasayishiga olib keladi. Psoriasis, po'rsildoq yara, teri limfomalar, fotodermatozlar uzoq vaqt davom etib og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bu va boshqa teri kasalliklarni tug'ri tashxislash, oldini olish va rastional davo – choralarini tayinlash UASh shifokorlari oldida muxim ahamiyat kasb etadi. Jinsiy aloqa vositasida uchraydigan kasalliklarning keng tarqalishini oldini olish va davolash UASh shifokorining zimmasiga kiradi. Dermatovenerologiya bu va boshqa dolzrab masalalarini o'rganish sogliqni saqlash tizimini bir bo'lagi hisoblanadi.

Fanni o'qitishda zamonaviy axborot va pedagogik texnologiyalar

Talabalarning teri va tanosil kasalliklar, OITS fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informastion-pedagogik texnologiyalarni tatbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy kullanmalar, ma'ruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda zamonaviy video tizimlardan foydalaniladi. Ma'ruza va amaliy darslarga mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar kullaniladi.

O'quv jarayoni bilan bog'liq ta'lim sifatini belgilovchi holatlar quyidagilar: yuqori ilmiy-pedagogik darajada dars berish, muammoli ma'ruzalar o'qish, darslarni savol-javob tarzida qiziqarli tashkil qilish, ilg'or pedagogik texnologiyalardan va multimediya hamda zamonaviy videotizimlardan foydalanish, tinglovchilarni undaydigan, o'ylantiradigan muammolarni ular oldiga qo'yish, talabchanlik, tinglovchilar bilan individual ishlash, erkin muloqot yuritishga, ilmiy izlanishga jalb qilish.

“Teri-tanosil kasalliklari” fanini loyihalashtirishda quyidagi asosiy konseptual yondoshuvlardan foydalaniladi:

Shaxsga yo'naltirilgan ta'lim. Bu ta'lim o'z mohiyatiga ko'ra ta'lim jarayonining barcha ishtirokchilarini to'laqonli rivojlanishlarini ko'zda tutadi. Bu esa ta'limni loyihalashtirilayotganda, albatta, ma'lum bir ta'lim oluvchining shaxsini emas, avvalo, kelgusidagi mutaxassislik faoliyati bilan bog'liq o'qish maqsadlaridan kelib chiqqan holda yondshilishni nazarda tutadi.

Tizimli yondoshuv. Ta'lim texnologiyasi tizimning barcha belgilarini o'zida mujassam etmog'i lozim: jarayonning mantiqiyliigi, uning barcha bo'g'inlarini o'zaro bog'langanligi, yaxlitligi.

Faoliyatga yo'naltirilgan yondoshuv. Shaxsning jarayonli sifatlarini shakllantirishga, ta'lim oluvchining faoliyatni aktivlashtirish va intensivlashtirish, o'quv jarayonida uning barcha qobiliyati va imkoniyatlari, tashabbuskorligini ochishga yo'naltirilgan ta'limni ifodalaydi.

Dialogik yondoshuv. Bu yondoshuv o'quv munosabatlarini yaratish zaruriyatini bildiradi. Uning natijasida shaxsning o'z-o'zini faollashtirishi va o'z-o'zini ko'rsata olishi kabi ijodiy faoliyati kuchayadi.

Hamkorlikdagi ta'limni tashkil etish. Demokratik, tenglik, ta'lim beruvchi va ta'lim oluvchi faoliyat mazmunini shakllantirishda va erishilgan natijalarni baholashda birgalikda ishlashni joriy etishga e'tiborni qaratish zarurligini bildiradi.

Muammoli ta'lim. Ta'lim mazmunini muammoli tarzda taqdim qilish usuli ta'lim oluvchi faoliyatini aktivlashtiradi. Bunda ilmiy bilimni ob'ektiv qarama-qarshiligi va uni hal etish usullarini ijodiy tarzda

kullanilishi dialektik mushohadani shakllantiradi va rivojlantiradi natijada talabani mustaqil ijodiy faoliyati ta'minlanadi.

Axborotni taqdim qilishning zamonaviy vosita va usullarini kullash – yangi kompyuter va axborot texnologiyalarini o'quv jarayoniga tatbiq etish.

O'qitishning usullari va texnikasi. Ma'ruza (kirish, mavzuga oid, vizuallashtirish), muammoli ta'lim, keystadi, pinbord, paradoks va loyihalash usullari, amaliy ishlar.

O'qitishni tashkil etish shakllari: dialog, polilog, muloqot hamkorlik va o'zaro o'rganishga asoslangan frontal, kollektiv va guruh.

O'qitish vositalari o'qitishning an'anaviy shakllari (darslik, ma'ruza matni) bilan bir qatorda – kompyuter va axborot texnologiyalari.

Kommunikasiya usullari: tinglovchilar bilan operativ teskari aloqa asoslangan bevosita o'zaro munosabatlar.

Teskari aloqa usullari va vositalari: kuzatish, blis-so'rov, oraliq, joriy va yakuniy nazorat natijalarini tahlili asosida o'qitish diagnostikasi.

Boshqarish usullari va vositalari: o'quv mashg'uloti bosqichlarini belgilab beruvchi texnologik xarita ko'rinishidagi o'quv mashg'ulotlarini rejalashtirish, qo'yilgan maqsadga erishishda o'qituvchi va talabani birgalikdagi harakati, nafaqat auditoriya mashg'ulotlari, balki auditoriyadan tashqari mustaqil ishlarning nazorati.

Monitoring va baholash: o'quv mashg'ulotida ham butun dars davomida ham o'qitishning natijalarini rejali tarzda kuzatib borish. Sikl oxirisida OSKI yordamida tinglovchilarning bilimlarini baholash. "Dermatovenerologiya va OITS" fanini o'qitish jarayonida kompyuter texnologiyasidan, o'rgatuvchi kompyuter dasturlaridan foydalaniladi, mavzular bo'yicha tarqatma materiallar tayyorlanadi. Tabalar bilimini baholash ogzaki, kompyuterli test shakllarida amalga oshiriladi.

"Men shunga loyiqman"

Ma'ruza mashg'ulotida talabalarda darsdan tashqari paytda egallagan amaliy bilimlarini bevosita sinab ko'rish imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ular berilgan vazifani bajarish davomida ortirgan bilimlarini tezkor baholash maqsadida baholashning amalga sinab ko'rilgan quyidagi uslubini, "Men shunga loyiqman." texnologiyasini taklif etamiz.

Bunda:

- talabalar oldindan tayyorlanib, tarqatilgan savollarga tayyorligi asosida guruhlariga ajraladilar. Kim o'zini qaysi bahoga loyiq deb topsa, shu guruhga qo'shiladi. "A'lo", "Yaxshi", "Qoniqarli". Agar talaba bugungi darsda baholash mezoniga ko'ra 3 ballik joriy bahoga ega bo'lishi kerak bo'lsa, a'lo-2.6-3 ball, yaxshi-2.2-2.5 ball, qoniqarli-1.7-2.1 ball sifatida baholanadi;
- har bir guruh uchun avvaldan tayyorlangan savollar tizimi mavjud bo'lib, dastlab "A'lo" baholar guruhi bilan shug'ullaniladi;
- shu guruhga mos savolga javob topgan talaba o'yindan, albatta, "a'lo" bahosi bilan chiqadi;
- guruhdagi barcha savollar berib bo'lingach, birona ham savolga javob berolmagan, lekin a'lo bahoga da'vogar talaba quyiroq guruhga qo'shilishga majbur bo'ladi;
- jarayon shu tahlit davom etib, barcha guruhlarning savollariga javob topolmagan talaba vazifani topshirolmagan hisoblanadi.

Usulni kullashdan kutiladigan samaralar:

- talabada o'zining imkoniyatlarini "chamalash", ya'ni o'z-o'zini baholash imkoniyati paydo bo'ladi;
- "shu bahoga" loyiq bo'lish uchun talaba astoydil harakat qiladi, birmuncha qiyinroq savollarga ham javob berishi kerak bo'ladi, bu uni ko'proq malumot yig'ishga va fikrlarini asoslashga majbur qiladi;
- talaba iloji boricha "yuqoriroq" guruh tarkibiga kirishga intiladi, bu uni muttasil o'z ustida ishlashga olib keladi;
- har bir talaba "o'zi" uchun harakat qilishi lozim, bu unda mas'uliyati hissini paydo qiladi;
- baholash uchun unchalik ko'p vaqt sarflanmaydi.

Umuman olganda, usulni kullash natijasida har bir talabada "o'sish" imkoniyati mavjud bo'lib, bu baholashning ob'ektiv amalga oshirishini ta'minlaydi, ya'ni o'qituvchida "bu 3 baho oluvchi talaba" degan fikrni almashishiga olib keladi.

"Ijodiy fikr va klinik mushohada"

Maqsad: Talabalarni vaziyatli masala mazmuniga ko'ra ijodiy fikrlashi va klinik mushohadasini o'rganish va baholash.

Bunda talabalarga mazkur mavzuga tegishli vaziyatli masalalar va harorat egri chizig'i varaqalari tarqatiladi. Talaba masala mazmunini chuqur o'rganib, klinik belgilar va laboratoriyaviy ma'lumotlarni kuniga mos holda varaqada aks ettiradi, tashxis qo'yadi va davolash tadbirlarini belgilaydi.

Mushohadali fikr

Mavzu mazmunini mustahkamlash maqsadida tinglovchilar o'zlashtirish darjasini bilish uchun ushbu pedagogik texnologiya kullaniladi. Tinglovchilar fikrlari tahlil qiliniladi. Mushohadali fikr bildirgan tinglovchi rag'batlantiriladi.

Keys usuli (CASE STUDY)

Keys-stadining asosiy maqsadi: Mavzu mazmunnini chuqur o'rganish, tashxisot va davolash standartlarni to'liq bilishga, mustaqil fikrlash salohiyatiga ega bo'lishi, berilgan muammoni chuqur o'rganishi, vrach tomonidan qo'yilgan kamchiliklar borligini ko'rsatib berish hamda tahlil qilish, ularning oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni ishlab chiqish. Ushbu keys-stadini muvaffaqiyatli amalga oshirish uchun oldindan o'quvchilar quyidagi bilim va ko'nikmalarga ega bo'lmoqlari zarur:

Talaba bilishi kerak: virusli hepatitlar etiologiyasi, klinikasi, qabul qilingan tashxisot va davolash standarti asosida bemorni olib borish va profilaktikasi.

Talaba amalga oshirishi kerak: mavzuni mustaqil o'rganadi; muammoning mohiyatini aniqlashtiradi; ma'lumotlarni tanqidiy nuqtai nazardan ko'rib chiqib, mustaqil qaror qabul qilishni o'rganadi; o'z nuqtai nazariga ega bo'lib, mantiqiy xulosa chiqaradi; o'quv ma'lumotlar bilan mustaqil ishlaydi; ma'lumotlarni taqqoslaydi, tahlil qiladi va umumlashtiradi;

Talaba ega bo'lmog'i kerak: kommunikativ ko'nikmalarga; taqdimot ko'nikmalariga; hamkorlikdagi ishlar ko'nikmalariga; muammoli holatlar tahlil qilish ko'nikmalariga.

Keys-stadiga asoslangan o'quv mashg'ulotining texnologik chizmasi:

- 1.Keys-stadiga kirish
- 2.Keys-stadi bilan tanishtirish
- 3.Keys-stadi bilan yakka tartibda ishlashni tashkil qilish (o'quv topshirig'ini tarqatish, yo'riqnoma berish).
- 4.Keys-stadini jamoaviy (guruh kichik guruhchalarga bo'linadi) tarzda echish (munozara-uning tuzilishi keys ohirida keltirilgan savollar bilan belgilanadi, - muammoli vaziyatni tahlil qilish va hal etish, bunday amaliy vaziyatdagi faoliyat bo'yicha tavsiyalarni ishlab chiqishga qaratilgan).
- 5.O'qituvchi rezyumesi.
- 6.Talabalarning o'quv yutuqlarini baholash

“Uch bosqichli intervyu ” uslubi

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

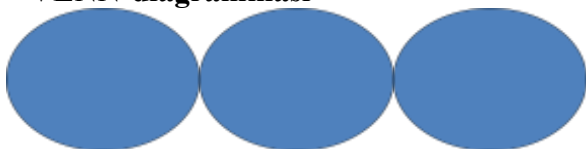
Asosiy tamoyillari: Guruh 2-3 ta kichik guruhchalarga bo'linadi va talabalarga rol bo'lib beriladi: shifokor, bemor, ekspert. Bemor rolini ijro etayotgan talabaga tashxis yashirin utkaziladi. Bemor kasallik shikoyatlari, kasallikning rivojlanishi, epidemiologik anamnezni, vrach esa bemor bilganlar va unda kasallik tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni mukammal bilishi shart. Har bir vrach bemor bilan maslahatni 10-15 daqiqa mobaynida olib boradi. Ekspert ishtirokchilar (bemor va vrach) faoliyatini quyidagi 3 bo'lim bo'yicha baholaydi:

- 1.Nima to'g'ri qilindi?
- 2.Nima noto'g'ri qilindi?
- 3.Qanday bajarilishi kerak edi?

Talabalarning yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, fanini o'zlashtirishlari uchun o'qitishning ilg'or va zamonaviy usullaridan foydalanish, yangi informatsion-pedagogik texnologiyalarni tadbiq qilish muhim ahamiyatga egadir. Fanni o'zlashtirishda darslik, o'quv va uslubiy kullanmalar, maruza matnlari, tarqatma materiallar, kompyuter dasturlari, elektron materiallar hamda zamonaviy yorug'lik mikroskopi, videotizimlardan foydalaniladi. Maruza va amaliy darslarda mos ravishdagi ilg'or pedagogik texnologiyalar kullaniladi.

Fanni o'qitishda foydalanilgan “Zamonaviy pedagogik usullar”

“ VENN-diagrammasi ”



1 va 3 aylanada obektlar xususiyatlari ko'rsatiladi, o'rtada umumiy belgilar; 1,2,3,.. Ushbu metod talabalarga o'z fikrlarini asoslash, himoya qilish, mustaqil fikrlash qobiliyatini oshirish .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydlar, multimediyalardan foydalanadi

4.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Qor uyumi” uslubi

Bu uslubda talabalar 2, 4, 8 kishidan iborat guruhga bo'linib, mulohaza yuritishadi. Bu uslubning yaxshi tomoni shundaki, kam kuch sarflab guruh orasidagi tafovutni tekislash. O'qituvchi talabalarga muammoni mustaqil hal qilishni taklif qiladi. Mayda guruhlar uzaro muhokamadan sung, ya'ni agar 4 guruhga bulingan bulsa muhokamadan sung guruhlar 2 guruhga birlashib, yana muhokama qilib bir butun katta guruhga kushilib boradi. Natijada yaxshi aloxida muhokama qilingan umumiy fikr hosil qilinadi. Bu uslubda har bir talaba ishlash davomida uz fikrini berishga harakat qiladi.

Uslubning moxiyati jixatidan ustunlik tomonlari:

- Har bir talaba o'zi masalani hal qiladi.

- Mulohazadavrida har bir kichik guruh o'z javobini asoslashga harakat qiladi.

“Rotastiya usuli yordamida fikrni bayon etish” usuli

Maqsad: Guruh talabalarining barchasini ishtirok etish darajasini oshirish, ularga bir-biridan o'rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari:Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan alohida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan, har bir kichik guruh 30 minut davomida uchta topshiriqni tahlil qiladi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik guruh (2-3 kishi) 19 minut davomida muhokama qilib o'z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o'tadilar, shu tariqa davom etadilar. Har bir guruh o'zining rangli flomasterini oladi. 1- guruh – ko'k, 2 – guruh – qora, 3- guruh – yashil. Har bir qog'oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo'lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib bajariladi. Guruh o'zidan oldingi guruh bergan javoblarni o'qib qo'shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo'lmasligi kerak. Yana 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o'tadilar, qog'ozni o'qib o'zlarining javoblari bilan to'ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

“Miya shturmi” usuli

Usulning asosiy qoidalari:

- fikrlarni tuzishga xalaqit beradigan xech qanaqangi ogoxlantirish ishlari va kritikalar bulmasligi

- agar fikr qanchalik gayritabiyy bulsa, shuncha yaxshiligini inobatga olish

- ko'proq takliflar olishga harakat qilish

- fikrlarni kombinatsiyalash va rivojlantirish

- keng asoslab bermay, qisqa ta'rif berish

- guruhning fikrlarini aytadigan va kayta ishlaydiganlarga bo'lish

Ushbu metod talabalarga uz fikrlarini asoslash, ximoya qilish, mustakil fikrlash kobiliyatini oshirish .

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“ Zaif halqa” usuli

Guruhdagi talabalar doira xosil kilib utirishadi. Talabalarga navbat bilan mavzu yuzasidan tez va kiska javoblar talab kilinadigan savollar beriladi. Savolga javob bera olmagan talaba uyindan chikadi. Eng oxirida kolgan talaba kup savollarga to'g'ri javob bergan buladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

“Ari uyasi” usuli

Maqsad: guruh talabalarini hammasini jalb qilib hozir javoblikka, tezda qaror va xulosa qabul qilishga o'rgatish.

Asosiy tamoyillari: Muammo butun guruh yoki ikkita kichik guruhlar bilan tahlil qilinadi. Vazifa turli xil bo'lishi mumkin yoki bitta butun guruhga, 10-15 minut davomida guruhlar muammoni yechib hamkorlariga eshittiriladi. Eng yaxshi variant ajratib olinadi.

“ Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik” usuli

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

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

«Qopdagi mushuk» o'yini

Talabalarga ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega bo'lishni ta'minlash.

O'qituvchi talabalar uchun mavzu bo'yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro'yhat bo'yicha qopdan savollarning birini oladi. Bu mahsus kartochka qilib tayyorlangan bo'ladi. Talabalar kartochkalarini tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach konsultantlar ballar miqdorini e'lon qiladi va eng tuplangan ballarni aytadi.

“Stol ustida ruchka” usuli

Butun guruhga topshiriq beriladi. Xar bir talaba uz variantini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, ruchkani stol urtasiga kuyadi. Assistent talabalarni tekshiradi va talabalar to'g'ri javoblarni o'z daftarlariga ko'chiradilar. Bunda talabalarining nazariy bilimlari sinalladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi
3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi
4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

«Galereya bo'ylab sayohat»

Talabalarga ma'lumotlarni tanqidiy baholash va ushbu muammo bo'yicha to'laqonligini aniqlashni o'rgatish.

Har bir guruhga bitta muammo taklif etiladi va ular 10 daqiqa davomida uni yozma ravishda hal etishadi, so'ng topshiriqlarni almashadilar. Avvalgi guruhning xatolarini aniqlash hamda javoblarga qo'shimchalar kiritish maqsadida savollar barcha ishtirokchilar bilan muhokama etilib, yakuniy javob varianti qabul qilinadi.

“Galereya bo'ylab sayohat” usuli talabalardan yuksak diqqat e'tiborni va ushbu bo'lim bo'yicha yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Bu usulning afzalliklari – talabalarining analitik qobiliyatini va klinik fikrlash ko'nikmalarini namoyish etishga imkon beradi.

Kamchiliklari:

Javoblarni muhokama qilishda tanbehlariga salbiy reaksiya tug'ilishi mumkin.

Talabalarni guruhlariga taqsimlashda ular orasida liderlar borligini nazarda tutish lozim. Bu mashg'ulotga yakun yasalayotganda hisobga olinadi.

“Akvarium” usuli

Talabalarining mavzu bo'yicha bilimlarini tez, aniq bayon etishga o'rgatish.

Bu uslubning afzallik tomonlari:

- Mavzu o'rtada muhokama qilinadi.
- Mavzuni ochib beradi.
- Talabalarining bilimini tekshiradi.
- Diskussiya qilish tajribasi oshadi.

- O`yin usulida o`tkaziladi.
- Hamma talaba ishtirok etadi.

Asosiy tamoyillari:Bunda guruhdan 3 kishi tanlanib o`rtaga qo`yiladi, ular – “baliq” bo`lsa, qolgan talabalar kuzatuvchilar bo`ladi. O`rtadagi talabalar 1 minut ichida javob topsa, ular o`rniga boshqa uchlik o`tiradi.

“Aylanma stol” usuli

Bu usulda mavzuga oid yozilgan savollar yozma usulda tarqatiladi, har bir talaba o`z javob variantini yozib, keyingi talabaga uzatadi, shu usulda xamma uz javobini yozadi, shundan sung javoblar assitent tomonidan tekshiriladi, noto`g`ri javoblar uchiriladi va to`g`ri javoblar xisoblanadi va talaba baxolanadi

2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi

O`quv soatlari miqdori

Soat hajmi	O`quv yuklama miqdorining auditoriya mashg`ulotlari bo`yicha taqsimlanishi (soat)				Mustaqil ish
	Jami	Ma`ruza	Amaliy mashg`ulot	Klinik mashg`ulot	
125	90	10	35	45	35

Ma`ruza mashg`ulotlar mavzusi

No	Nomi	Soat
1	Kirish qismi. Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar.	2
2	Terining zamburug`li infekstiyasi.	2
3	Terining allergik kasalliklari: Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Tugunchali dermatozlar: Psoriaz. Neyrodermatozlar.	2
4	Terining virusli kasalliklari. OITS.	2
5	Jinsiy yo`l bilan yuqadigan infekstiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi. So`zak va so`zaksiz uretritlar.	2
	Jami :	10

Ma`ruza matnlarining mazmuni

Ma`ruza.No1. Kirish qismi. Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining zamburug`li infekstiyasi.

Teri va shillik qavatlarining anatomiya va gistologiyasi. Dermatozlarning rivojlanishini endogen va ekzogen omillari. Terining patomorfologiyasi, birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalari. Talabalarni teri kasalliklar tashxisini, birlamchi toshmalarni chin va soxta polimorfizmini aniqlashga o`rgatish.Teri kasalliklari patogenezi va etiologisi haqida umumiy ma`lumotlar berish.Teri kasalliklari, JAYBYUKni umumiy va mahalliy davolash tamoyillari.

Shifokor faoliyatida dermatozlarni tashxisini qo`yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.Ma`ruza orqali dermatozlarni tashxis qo`yishi bo`yicha mukammal va puxta bilimga ega bo`lish mumkin. kasalliklar profilaktikasi haqida tushunchaga ega bo`ladi.

Piodermiyalar. Dermatozoonozlar

Strepto-stafilodermiyalar, aralash piodermiyalar.Teri va yog` bezlarining kasalliklari, davolash prinstiplari.Qotir, bitlash -epidemiologiya, klinik ko`rinishi, davolashning zamonaviy xususiyatlari.

Talabalarga piiodermiyalarni, parazitlar kasalliklar tashxisini qo`yishni o`rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezi, klinika, profilaktika haqida umumiy malumot berish.

Shifokor faoliyatida dermatozlarga tashxis qo`yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Ma`ruza.No2.Terining zamburug`li infekstiyasi

Terining zamburug` kasalliklari klinik tasnifi va epidemiologiyasi. Rang-barang temiratki. Eritrazma, dermatomikozlar, yuzaki va chuqur trixofitiya. Mikrosporiya. Kallik.Kandidozlar, ogiz shilliq

qavatining shikastlanishi. Onixomikozlar. Laborator tekshirish usullari. Davolash asoslari, dispanser nazorati.

Talabalarga zamburug' kasalliklar tashxisini qo'yishni va oldini olish choralari o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini, klinikasi, tashxis qo'yish asoslari haqida umumiy malumot berish.

Shifokor faoliyatida dermatozlarni tashxisini qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Ma'ruza №3. Terining allergik kasalliklari: Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Tugunchali dermatozlar: Psoriaz. Neyrodermatozlar.

Talabalarga psoriaz, qizil yassi temiratki. Neyrodermatozlar. Eshakemi. Terining allergik kasalliklari. Dermatitlar. Toksikodermiya. Layell sindromi. Professional dermatozlar. Ekzema kasalliklariga tashxis qo'yishni va oldini olish choralari o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini, klinikasi, tashxis qo'yish asoslari haqida umumiy malumot berish.

Shifokor faoliyatida dermatozlarga tashxis qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Ma'ruza №4. Terining virusli kasalliklari. OITS.

Talabalarga JYO'BYUKlarga tashxis qo'yishni o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini haqida umumiy malumot berish. Ma'ruza jarayonida talabalar bu kasalliklar etiologiya va patogenezini, tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida malumot berish. Tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida ma'lumot berish.

Shifokor faoliyatida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalarga, OIV.OITSGa tashxis qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Talabalarga JYO'BYUKlarga tashxis qo'yishni o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini haqida umumiy malumot berish. Ma'ruza jarayonida talabalar bu kasalliklar etiologiya va patogenezini, tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida malumot berish. Tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida ma'lumot berish.

Shifokor faoliyatida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalarga tashxis qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Ma'ruza №5. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi. So'zak va so'zaksiz uretritlar

Talabalarga JYO'BYUKlarga tashxis qo'yishni o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini haqida umumiy malumot berish. Ma'ruza jarayonida talabalar bu kasalliklar etiologiya va patogenezini, tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida malumot berish. Tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida ma'lumot berish.

Shifokor faoliyatida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalarga, OIV.OITSGa tashxis qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Talabalarga JYO'BYUKlarga tashxis qo'yishni o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini haqida umumiy malumot berish. Ma'ruza jarayonida talabalar bu kasalliklar etiologiya va patogenezini, tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida malumot berish. Tashxis qo'yish asoslari va oldini olish choralari haqida ma'lumot berish.

Shifokor faoliyatida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalarga tashxis qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Amaliy mashg'ulotlar mavzusi

T/r	Amaliy mashg'ulot mavzusi	Amaliy soatlar	Klinik mashg'ulot	Jami
1	Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi.	2	3	5
2	Piodermiyalar. Dermatozoonozlar	3	3	6
3	Teri va zamburug'li infektsiyalar.	2	3	5

4	Dermatomikozlar. Kandidozlar.	3	3	6
5	Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar.	2	3	5
6	Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar.	2	3	5
7	Neyrodermatozlar. Xeylitlar.	3	2	5
8	Psoriaz. Qizil yassi temiratki.	2	3	5
9	Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti.	2	3	5
10	Terining virusli kasalliklari.	2	3	5
11	OIV/OITS.	3	3	6
12	Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm	2	3	5
13	Uchlamchi, yashirin va tug'ma zaxm.	2	3	5
14	So'zak (gonoreya).	3	3	6
15	Noso'zak (nonokokkli) uretritlar	3	3	6
Ja mi		36	44	80
T/r	Amaliy mashulotlari mavzusining nomi va uning mazmuni			
1	Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Teri va shilliq qavatlarining anatomiyasi va gistologiyasi. Teri kasalliklari va JAVYUI lar bilan og'rikan bemorlarni tekshiruv uslublari. Dermatozlar rivojlanishida endogen va ekzogen omillari. Terining patomorfologiyasi, birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalar. Teri kasalliklarini aniqlash, umumiy va mahalliy davolash prinstiplari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («miya hujumi», «Rotatsiya» interfaol usuli. Keys metod)			
2	Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining yiringli kasalliklarining klinik tasnifi. Strepto-, stafilodermiyalar, aralash piodermiyalar. Ter va yog' bezlarining kasalliklari. Husnbuzar. Seboreya, soch kasalliklari. O'chogli alopeziya. Piodermiyalarni aniqlash va davolash prinstiplari. Qo'tir, bitlash: epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («Rotatsiya», «miya hujumi», interfaol usuli. Keys metod)			
3	Teri va zamburug'li infektsiyalar. Mikozlarning klinik tasnifi va epidemiologiyasi. Rang -barang temiratki. Eritrazma. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik», «miya hujumi» interfaol usuli. Keys metod)			
4	Dermatomikozlar. YUzaki va chuqur trixofitiyasi. Mikrosroriya. Kallik. Kandidozlar. Og'iz shilliq qavatlarining shikastlanishi. Onixomikozlar. Laborator tekshirish usullari. Davolash asoslari, dispanser nazoratiga olish. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («Aylanma stol» interfaol usuli. Keys metod)			
5	Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Oddiy va allergik kontaktli dermatitlar. Toksikodermiyalar. Sulfanilamid eritemasi. Layell sindromi. Infektsion eritemalar: Jiberning pushti temiratkisi, ko'p shaklli eksudativ eritema, tugunsimon eritema. Stivens-Djonson sindromi. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («miya hujumi», «Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik» interfaol usuli. Keys metod)			
6	Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar. Ekzemani klinik tasnifi. Chin ekzema. Mikrobl ekzema. Seboreyali va bolalar ekzemalari. Kasbga aloqador ekzema. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); («Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik», «miya hujumi», interfaol usuli. Keys metod)			

7	Neyrodermatozlar. Neyrodermit: chegaralangan va tarqalgan klinik turlari. Teri qichishi. Strofilyus. Teri qichimasi. Kvinke shishi. Rossolimo - Merkelson - Rozental sindromi. Xeylitlar. Leykoplakiya. Labning rak oldi kasalliklari. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Stol o`rtasidagi ruchka</i> » interfaol usuli. Keys metod)			
8	Psoriaz. Qizil yassi temiratki. Etiopatogenezi. Klinik turlari, qiyosiy tashxisi, davolash. Teri vashilliq qavatlarining shikastlanishi. Qiyosiy tashxis. Davolash A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Stol o`rtasidagi ruchka</i> » interfaol usuli. Keys metod)			
9	Pufakli dermatozlar. Akantolitik po`rsildoq yara kasalligi: etiopatogenezi, klinik tasnifi, o`g`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Tashxis qo`yish, davolash, disranserizastiya. Dyuringning gepretiform dermatoz etiopatogenezi, klinikasi, tashxisi, davolash. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Pufakli dermatozlarning qiyosiy tashxisi. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Miya shturmi</i> » interfaol usuldi. Keys metod)			
10	Terining virusli infeksiyalar. Oddiy uchuq, o`rab oluvchi temiratki. Yuqumli mollusk, o`tkir uchli kondilomalar. So`gal. Virusli kasalliklarni aniqlash va davolash. Bolalik davridagi virusli dermatozlar. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) (« <i>Uch bosqichli intervyu</i> » interfaol usuli. Keys metod)			
11	OIV/OITS. Xomilador ayollarda OITSni oldini olish choralari. Onadan bolaga infeksiyani o`tishga olib keladigan omillar. Bolalarda OIV/OITS ni kechishini xususiyatlari. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Uch bosqichli intervyu</i> » interfaol usuli. Keys metod)			
12	Jinsiy yo`l bilan yuqadigan infektiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi. JUBYUI-ning zamonaviy tashxisi. Zaxmning mikrobiologiyasi va epidemiologiyasi. Zaxmdagi immunitet. Birlamchi va ikkilamchi zaxmning klinik belgilari. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Qiyosiy tashxis. YAshirin zaxm. Patogenezi, serologik diagnostikasi, qiyosiy tashxis, davolash. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Uch bosqichli intervyu</i> » interfaol usuli. Keys metod)			
13	Uchlamchi va tug`ma zaxm. Gummali va do`mboqchali zaxm. Zaxmdagi ichki a`zolar va asab tizimining shikastlanishi. Tug`ma zaxmning klinik alomatlari. Zaxmga chalingan bemorlarni davolash asoslari, dispanserizastiyasi. Kasallarni faol aniqlash. Klinika va serologik nazorat. Tug`ma zaxmning oldini olish choralari. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Stol o`rtasidagi ruchka</i> » usuli. « <i>Uch bosqichli intervyu</i> » usuli. Keys metod)			
14	So`zak (gonoreya). Asoratlangan va asoratlanmagan so`zak. Klinika. Diagnostika. Oldini olish va davolash prinsiplari. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Akvarium</i> » intetfaol usuli. Keys metod.)			
15	Noso`zakli (nogonokokkli) uretritlar. Trixomoniaz. Xlamidioz. Urogenital kandidoz. Bakterial vaginoz. Oldini olish va davolash prinsiplari. A (1,2,3.), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10); (« <i>Akvarium</i> » intetfaol usuli. Keys metod.)			
T r	Amaliy mashg`ulot mavzusi	Amaliy soatlar	Klinik mashg`ulot	Ja mi
1	Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi.	2	3	5
2	Piodermiyalar. Dermatozoonozlar	3	3	6
3	Teri va zamburug`li infektiyalar.	2	3	5
4	Dermatomikozlar. Kandidozlar.	3	3	6
5	Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar.	2	3	5
6	Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar.	2	3	5
7	Neyrodermatozlar. Xeylitlar.	3	2	5

8	Psoriaz. Qizil yassi temiratki.	2	3	5
9	Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti.	2	3	5
10	Terining virusli kasalliklari.	2	3	5
11	OIV/OITS.	3	3	6
12	Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm	2	3	5
13	Uchlamchi, yashirin va tug'ma zaxm.	2	3	5
14	So'zak (gonoreya).	3	3	6
15	Noso'zak (nonokokkli) uretritlar	3	3	6
Ja mi		36	44	80
T/r	Amaliy mashulotlari mavzusining nomi va uning mazmuni			
1	Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Teri va shilliq qavatlarining anatomiyasi va gistologiyasi. Teri kasalliklari va JAVYUI lar bilan og'rikan bemorlarni tekshiruv uslublari. Dermatozlar rivojlanishida endogen va ekzogen omillari. Terining patomorfologiyasi, birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalar. Teri kasalliklarini aniqlash, umumiy va mahalliy davolash printsiplari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («miya hujumi», «Rotatsiya» interfaol usuli. Keys metod)			
2	Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining yiringli kasalliklarining klinik tasnifi. Strepto-, stafilodermiyalar, aralash piodermiyalar. Ter va yog' bezlarining kasalliklari. Husnbuzar. Seboreya, soch kasalliklari. O'chogli alopeziya. Piodermiyalarni aniqlash va davolash printsiplari. Qo'tir, bitlash: epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («Rotatsiya», «miya hujumi», interfaol usuli. Keys metod)			
3	Teri va zamburug'li infektsiyalar. Mikozlarning klinik tasnifi va epidemiologiyasi. Rang - barang temiratki. Eritrazma. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik», «miya hujumi» interfaol usuli. Keys metod)			
4	Dermatomikozlar. YUzaki va chuqur trixofitiyasi. Mikrosporuriya. Kallik. Kandidozlar. Og'iz shilliq qavatlarining shikastlanishi. Onixomikozlar. Laborator tekshirish usullari. Davolash asoslari, dispanser nazoratiga olish. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («Aylanma stol» interfaol usuli. Keys metod)			
5	Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Oddiy va allergik kontaktli dermatitlar. Toksikodermiyalar. Sulfanilamid eritemasi. Layell sindromi. Infektsion eritemalar: Jiberning pushti temiratki, ko'p shaklli eksudativ eritema, tugunsimon eritema. Stivens-Djonson sindromi. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («miya hujumi», «Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik» interfaol usuli. Keys metod)			
6	Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar. Ekzemani klinik tasnifi. Chin ekzema. Mikrobl ekzema. Seboreyali va bolalar ekzemalari. Kasbga aloqador ekzema. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik», «miya hujumi», interfaol usuli. Keys metod)			
7	Neyrodermatozlar. Neyrodermit: chegaralangan va tarqalgan klinik turlari. Teri qichishi. Strofilyus. Teri qichimasi. Kvinke shishi. Rossolimo - Merkelson - Rozental sindromi. Xeylitlar. Leykoplakiya. Labning rak oldi kasalliklari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); («Stol o'rtasidagi ruchka» interfaol usuli.			

	Keys metod)
8	Psoriaz. Qizil yassi temiratki. Etiopatogenezi. Klinik turlari, qiyosiy tashxisi, davolash. Teri vashilliq qavatlarining shikastlanishi. Qiyosiy tashxis. Davolash A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Stol o`rtasidagi ruchka</i> » interfaol usuli. Keys metod)
9	Pufakli dermatozlar. Akantolitik po`rsildoq yara kasalligi: etiopatogenezi, klinik tasnifi, o`g`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Tashxis qo`yish, davolash, disranserizastiya. Dyuringning gepretiform dermatoz etiopatogenezi, klinikasi, tashxisi, davolash. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Pufakli dermatozlarning qiyosiy tashxisi. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Miya shturmi</i> » interfaol usuldi. Keys metod)
10	Terining virusli infeksiyalar. Oddiy uchuq, o`rab oluvchi temiratki. Yuqumli mollusk, o`tkir uchli kondilomalar. So`gal. Virusli kasalliklarni aniqlash va davolash. Bolalik davridagi virusli dermatozlar. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Uch bosqichli intervyu</i> » interfaol usuli. Keys metod)
11	OIV/OITS. Xomilador ayollarda OITSni oldini olish choralari. Onadan bolaga infeksiyani o`tishga olib keladigan omillar. Bolalarda OIV/OITS ni kechishini xususiyatlari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Uch bosqichli intervyu</i> » interfaol usuli. Keys metod)
12	Jinsiy yo`l bilan yuqadigan infekstiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi. JUBYUI-ning zamonaviy taxsisi. Zaxmning mikrobiologiyasi va epidemiologiyasi. Zaxmdagi immunitet. Birlamchi va ikkilamchi zaxmning klinik belgilari. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Qiyosiy tashxis. YAshirin zaxm. Patogenezi, serologik diagnostikasi, qiyosiy tashxis, davolash. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16); (« <i>Uch bosqichli intervyu</i> » interfaol usuli. Keys metod)
13	Uchlamchi va tug`ma zaxm. Gummali va do`mboqchali zaxm. Zaxmdagi ichki a`zolar va asab tizimining shikastlanishi. Tug`ma zaxmning klinik alomatlari. Zaxmga chalingan bemorlarni davolash asoslari, dispanserizastiyasi. Kasallarni faol aniqlash. Klinika va serologik nazorat. Tug`ma zaxmning oldini olish choralari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Stol o`rtasidagi ruchka</i> » usuli. « <i>Uch bosqichli intervyu</i> » usuli. Keys metod)
14	So`zak (gonoreya). Asoratlangan va asoratlanmagan so`zak. Klinika. Diagnostika. Oldini olish va davolash prinstiplari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Akvarium</i> » intetfaol usuli. Keys metod.)
15	Noso`zakli (nogonokokkli) uretritlar. Trixomoniaz. Xlamidioz. Urogenital kandidoz. Bakterial vaginoz. Oldini olish va davolash prinstiplari. A (1,2,3,), Q (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16); (« <i>Akvarium</i> » intetfaol usuli. Keys metod.)

O`quv klinik amaliyotni tashkil etish bo`yicha ko`satma va tavsiyalar

Klinik amaliyot mashg`uloti davrida bemor shaxsan bemorni ko`zdan kechirishi, suhbatlashishi vf kommunikativ yordam ko`rsata olishi lozim. Shu davrda talaba klinika hayoti va kayfiyati bilan yashashi kerak. Bemorni ko`zdan kechirayotib, ichki kasalliklar propedevtikasi asosida ichki va tashqi a`zolariga baho beradi bemorning holatini baholab, uning ahvolini yaxshilanishiga yordam beradi. Bemor yonida talaba o`zini shifokordek tutishi lozim.

O`quv klinik amaliyoti Mavzuviy reja bo`yicha VTTKDning bo`limlarida, viloyat OITS markazida, amaliy ko`nikmalarni egallash laboratoriyasida, QVP modulida o`tkaziladi.

Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni

№	Klinik mashg'ulotlar mavzulari mazmuni
1	Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
2	Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
3	Teri va zamburug'li infekstiyalar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
4	Dermatomikozlar. Kandidozlar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
5	Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
6	Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
7	Neyrodermatozlar. Xeylitlar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatiyasiga, elementlar konfigurastiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpasiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy

	ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
8	Psoriaz. Qizil yassi temiratki. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis).Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
9	Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis).Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
10	Terining virusli kasalliklari. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis).Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
11	OIV/OITS. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis).Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
12	Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis).Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
13	Uchlamchi, yashirin va tug'ma zaxm. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis).Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.

14	So'zak (gonoreya). Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.
15	Noso'zakli (nogonokokkli) uretritlar. Kasallik anamnezi va epidemiologik anamnezni yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, ularning xususiyatlariga, jarayon lokalizatsiyasiga, elementlar konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish. Jarayonni izoxlash (Status localis). Tegishli a'zolari palpatsiya va perkussiya qilish. Laboratoriya va instrumental tekshiruvlarda ishtirok etish. Mavzuga tegishli amaliy ko'nikmalarni mustaqil ravishda bajara bilish. Asoratlarini baholash mezonlari, davolash tamoyillari, dori-darmonlarga restsept yozish. Jamoa bilan bemorlar tahlili.

Uash quyidagi ko'nikmalarni bilishi lozim:

1. O'ziga biriktirilgan aholining solini saqlashda kompleks chora –tadbirlar o'tkazish .
2. Aholiga sifatli tibbiy yordam ko'rsatish, ko'p tarqalgan kasalliklarni diagnostika qilish, davolash chora-tadbirlarini o'tkazish va dinamikada nazorat qilish.
3. Kasalxonagacha bo'lgan etapda shoshilinch va kechiktirib bo'lmaydigan yordam muolaja va manipulyatsiyalarini o'tkazishni bilish.
4. Doimo bilim va ko'nikmalarini yaxshilab borish, attestatsiyadan o'tish va vrachlik huquqiga listenziya olish.
5. Solom turmush tarzini tarib qilish bo'yicha chora – tadbirlarni tashkillashtirish va o'tkazish: rastional ovqatlanish, chekishga va spirtli ichimliklarni haddan ziyod ichishga qarshi kurashish, aktiv dam olishni tarib qilish, jismoniy tarbiya va sport bilan shuullanish.
6. Ko'p tarkalgan kasalliklarning asoratlarini oldini olish uchun va nogiron kasallarda birlamchi, ikkilamchi, uchlamchi profilaktikani joriy qilish.
7. Aholini zamonaviy vaksinatziya bilan taminlash.
8. Shikastlanish, baxtsiz xodisalar, zaxarlanishlarni oldini olish uchun chora – tadbirlarni o'tqazish.
9. Aholi orasida kasalliklarni erta aniqlash va o'z vaqtida davolashni o'tkazish maqsadida skrinning o'tkazish.
10. Har- xil guruxli Aholdida, organizatsiya va ko'zdan kechirishni o'tkazish: makktabgacha yoshli bolalar, fertil yoshli ayollar, keksalar.
- Qishloq xo'jaligi ishchilarini organizatsiyasi va profilaktik ko'ruvini o'tkazish.
11. Surunkali kasalliklari bo'lgan bemorlarni dispanser nazorat qilish, har- xil guruxlarning organizatsiyasi – astmatik maktablar, gipertoniklar va boshqalar.
12. Ko'p tarqalgan kasalliklar bilan kurashish chora- tadbirlarini o'tkazish: tuberkulyoz, teri- tanosil kasalliklari , xavfli kasalliklar.
13. Tuman SES bilan birgalikda tarqalgan infeksiyon kasalliklarda profilaktik chora –tadbirlarni o'tkazish.
14. Aholini solikni saqlashga qaratilgan chora – tadbirlarni o'tkazishda jamoat tashkilotlarini tekshirishga jalb qilish.
15. Aholini tibbiy bilimlar bilan tanishtirish, bemorlar huquqini o'rgatish.
16. Soxa shifokorlari , shifokor va hamshiralarda sifatli tibbiy yordamni ko'rsatishni yaxshilash uchun yil ora audit (tekshirish va taxlil) o'tkazish.

Dasturni informasion – uslub ta'minoti

1. Teri va tanosil fanini o'qitish jarayonida ta'limni zamonaviy metodlari, pedagogik va axbarot - kommunikastiya texnologiyalari qo'llanilishi nazarda tutilgan:

1. Barcha mavzular bo'icha ma'ruza mashqulotlarda zamonaviy computer texnologiyalari yordamida prezintacion va electron dedaktik texnologiyalardan:

- zamonaviy yoruglik mikroskoplari;
- fan bo'yicha yaratilgan video va kinofilmlar, zamonaviy electron darsliklar va komputer dasturlaridan fo'dalanish;

- kasalliklarning etiopatogenezi, klinikasi, davolashi video tizimlar orqali namoish qilish.

2. Fanning umumiy va xususiy bulimlariga tegishli mavzularida o'tkaziladigan amaliy mashg'ulotlarda aqliy hujum, qora quti, kim tezroq- kim ko'proq, nima uchun? , baliq skileti, guruxli fikr-rash, o'z-o'zini baholash, Asisment kabi pedagogik texnologiyalarni kullash nazarda tutiladi.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T., 1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыин I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar., T. 1993.
4. Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma'ruza matnlari.
5. Fitzpatrick T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
6. Fitzpatrick T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
10. Somov B.A., Dolgov A.B. Professional'nyye zabolevaniya koji v vedushix otraslyax narodnogo xozyaystva. ML 976.
11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Differentsial'naya diagnostika kojnyx zabolevaniy. M.Med., 1989
12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
13. Djeymys Ye. Fitzpatrick. Sekrety dermatologii. 1999.
14. Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html;
5. www1.Mosbycom//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm;
8. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld. html.

9. www.info@minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

YUQUMLI KASALLIKLAR, EPIDEMIOLOGIYA, TERI-TANOSIL KASALLIKLARI KAFEDRASIDA TALABALAR BILIMINI NAZORAT QILISH VA BAHOLASHNING REYTING TIZIMI TO'G'RISIDA

I. Umumiy qoidalar

- 1.** Talabalar bilimini nazorat qilish va reyting tizimi orqali baholashdan maqsad ta'lim sifatini boshqarish orqali raqobatbardosh kadrlar tayyorlashga erishish, talabalarning fanlarni o'zlashtirishida bo'shliqlar hosil bo'lishini oldini olish, ularni aniqlash va bartaraf etishdan iborat.
- 2.** Reyting tizimining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:
 - a) talabalarda Davlat ta'lim [standartlariga](#) muvofiq tegishli bilim, ko'nikma va malakalar shakllanganligi darajasini nazorat qilish va tahlil qilib borish;
 - b) talabalar bilimi, ko'nikma va malakalarini baholashning asosiy tamoyillari:
Davlat ta'lim [standartlariga](#) asoslanganlik, aniqlik, haqqoniylik, ishonchlilik va qulay shaklda baholashni ta'minlash;
 - v) fanlarning talabalar tomonidan tizimli tarzda va belgilangan muddatlarda o'zlashtirilishini tashkil etish va tahlil qilish;
 - g) talabalarda mustaqil ishlash ko'nikmalarini rivojlantirish, axborot resurslari manbalaridan samarali foydalanishni tashkil etish;
 - d) talabalar bilimini xolis va adolatli baholash hamda uning natijalarini vaqtida ma'lum qilish;
 - e) talabalarning fanlar bo'yicha kompleks hamda uzluksiz tayyorgarligini ta'minlash;
 - j) o'quv jarayonining tashkiliy ishlarini kompyuterlashtirishga sharoit yaratish.
- 3.** Fanlar bo'yicha talabalar bilimini semestrda baholab borish reyting nazorati jadvallari va baholash mezonlari asosida amalga oshiriladi.

II. Nazorat turlari va uni amalga oshirish tartibi

- 4.** Nazorat turlari, uni o'tkazish tartibi va mezonlari kafedra mudiri tavsiyasi bilan fakultet o'quv-uslubiy kengashida muokama qilinadi va tasdiqlanadi hamda har bir fanning ishchi o'quv dasturida mashg'ulot turlari bilan birgalikda ko'rsatiladi.
- 5.** Reyting nazorati jadvallari, nazorat turi, shakli, soni hamda ar bir nazoratga ajratilgan maksimal ball, shuningdek joriy va oraliq nazoratlarning saralash ballari haqidagi ma'lumotlar fan bo'yicha birinchi mashg'ulotda talabalarga e'lon qilinadi.
- 6.** Talabalarning bilim saviyasi va o'zlashtirish darajasining Davlat ta'lim [standartlariga](#) muvofiqligini ta'minlash uchun quyidagi nazorat turlarini o'tkazish nazarda tutiladi:
joriy nazorat – talabaning fan mavzulari bo'yicha bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Joriy nazorat fanning xususiyatidan kelib chiqqan holda, seminar, laboratoriya va amaliy mashg'ulotlarida og'zaki so'rov, test o'tkazish, suhbat, nazorat ishi, uy vazifalarini tekshirish va shu kabi boshqa shakllarda o'tkazilishi mumkin;
talabaning mustaqil ishi o'quv rejasida muayyan fanni o'zlashtirish uchun belgilangan o'quv ishlarining ajralmas qismi bo'lib, u uslubiy va axborot resurslari jihatdan ta'minlanadi hamda bajarilishi reyting tizimi talablari asosida nazorat qilinadi.
oraliq nazorat – semestr davomida o'quv dasturining tegishli (fanning bir necha mavzularini o'z ichiga olgan) bo'limi tugallangandan keyin talabaning bilim va amaliy ko'nikma darajasini aniqlash va baholash usuli. Oraliq nazoratning soni (bir semestrda 2 martadan ko'p o'tkazilmasligi lozim) va shakli (yozma, og'zaki, test va hokazo) o'quv faniga ajratilgan umumiy soatlar hajmidan kelib chiqqan holda kafedra tomonidan belgilanadi.
yakuniy nazorat – semestr yakunida muayyan fan bo'yicha nazariy bilim va amaliy ko'nikmalarni talabalar tomonidan o'zlashtirish darajasini baholash usuli. Yakuniy nazorat asosan tayanch tushuncha

va iboralarga asoslangan “Yozma ish” yoki OTKS (ob’ektiv tizimlashtirilgan klinik sinov) shaklida o’tkaziladi.

Ta’lim yo’nalishi va mutaxassisliklari ayrim fanlarining xususiyatlaridan kelib chiqqan holda fakultet Ilmiy kengashi yoki institut kengashi qarori asosida ko’pi bilan 40% fanlardan yakuniy nazoratlar boshqa shakllarda (og’zaki, test va hokazo) o’tkazilishi mumkin.

7. Nazorat turlarini htkazishda xolislikni ta’minlash maqsadida talabalar to’g’risidagi ma’lumotlar ularning nazorat ishlariga institut tomonidan indentifikatsiya kodi berish orqali shifrlanishi mumkin.

8. Oraliq nazoratni o’tkazish jarayoni kafedra mudiri tomonidan tuzilgan komissiya ishtirokida davriy ravishda o’rganib boriladi va uni o’tkazish tartiblari buzilgan hollarda, oraliq nazorat natijalari bekor qilinishi mumkin. Bunday hollarda oraliq nazorat qayta o’tkaziladi.

9. Institut rahbarining buyrug’i bilan ichki nazorat va monitoring bo’limi rahbarligida tuzilgan komissiya ishtirokida yakuniy nazoratni o’tkazish jarayoni davriy ravishda o’rganib boriladi va uni o’tkazish tartiblari buzilgan hollarda, yakuniy nazorat natijalari bekor qilinishi mumkin. Bunday hollarda yakuniy nazorat qayta o’tkaziladi.

10. O’quv yili tugaganidan keyin reyting nazorati natijalariga ko’ra talabalarni keyingi kursga o’tkazish to’g’risida belgilangan tartibda qaror qabul qilinadi.

III. Baholash tartibi va mezonlari

11. Talabalarining bilim saviyasi, ko’nikma va malakalarini nazorat qilishning reyting tizimi asosida talabaning har bir fan bo’yicha o’zlashtirish darajasi ballar orqali ifodalanadi.

12. Har bir fan bo’yicha talabaning semestr davomidagi o’zlashtirish ko’rsatkichi 100 ballik tizimda butun sonlar bilan baholanadi.

Ushbu 100 ball nazorat turlari bo’yicha quyidagicha taqsimlanadi:

joriy baholash - 45 ball;

oraliq baholash – 20 ball;

mustaqil ish - 5 ball;

yakuniy baholash – 30 ball;

Tibbiyot instituti talabalarini o’qitish uslublarini o’ziga xosligini inobatga olgan olda bilimni baholashda JB, TMI, OB va JBlarning qiymatani hisobga olish uchun koeffisienti kullaniladi.

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffisient
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	Oraliq baholash	20	11,0	0,2
4.	Yakuniy baholash	30	16,5	0,3
	JAMI	100	55,0	1

Sikl-blok tizimida o’qitiladigan fanlardan auditoriya soatlari 72 soatdan kam bo’lgan hollarda oraliq nazorat o’kazilmaydi va ushbu 100 ball nazorat turlari bo’yicha quyidagicha taqsimlanadi.

joriy baholash - 45 ball;

mustaqil ish - 5 ball;

Oraliq baholash - 20 ball;

yakuniy baholash – 30 ball;

№	Baholash turi	Maksimal ball	Saralash bali	Koeffisient
1.	Joriy baholash	45	24,75	0,45
2.	TMI	5	2.75	0,05
3.	Oraliq baholash	20	11,0	0,2
4.	Yakuniy baholash	30	16,5	0,3
	JAMI	100	55,0	1

13. Talabaning reyting daftarchasiga alohida qayd qilinadigan malakaviy amaliyot, fan (fanlararo) bo’yicha yakuniy davlat attestatsiyasi, magistratura talabalarining ilmiy-tadqiqot va ilmiy-pedagogik ishlari, magistrlik dissertatsiyasi bo’yicha o’zlashtirish darajasi – 100 ballik tizimda baholanadi.

14. Talabaning fan bo’yicha o’zlashtirish ko’rsatkichini nazorat qilishda quyidagi namunaviy mezonlar tavsiya etiladi:

a) 86-100 ball uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:

xulosa va qaror qabul qilish;
ijodiy fikrlay olish;
mustaqil mushoada yurita olish;
olgan bilimlarini amalda kullay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

b) 71-85 ball uchun talabaniing bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:

mustaqil mushohada yurita olish;
olgan bilimlarini amalda kullay olish;
mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

c) 55-70 ball uchun talabaniing bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim:

mohiyatini tushunish;
bilish, aytib berish;
tasavvurga ega bo'lish.

c) quyidagi hollarda talabaniing bilim darajasi 0-54 ball bilan baholanishi mumkin:

aniq tasavvurga ega bo'lmaslik; bilmaslik.

15. Namunaviy mezonlar asosida yuqumli kasalliklar, epidemiologiya, klinik epidemiologiya, infekstion nazorat, teri tanosil kasalliklari fanlaridan joriy va oraliq nazoratlar bo'yicha aniq mezonlar quyidagicha ishlab chiqildi, kafedra mudiri tomonidan tasdiqlandi va talabalarga davriy e'lon qilinadi. JNda fanning har-bir mavzusi bo'yicha talabaniing bilimi va amaliy ko'nikmalarini aniqlab borish nazarda tutilgan va u amaliy mashg'ulotlarida amalga oshirilishi mumkin. Baholash talabaniing bilim darajasi, amaliy mashg'ulot materiallarini o'zlashtirishi, nazariy material muxokamasida va ta'limning interaktiv uslublarida katnashishining faollik darajasi, shuningdek, amaliy bilim va ko'nikmalarning o'zlashtirish darajasi (ya'ni nazariy, analitik va amaliy yondashuvlar) hisobga olinadi.

Qo'yib yuborilgan va o'zlashtirilmagan amaliy va ma'ruza mashg'ulotlar qayta topshirishi zarur hisoblanadi. Amaliy mashg'ulotni qayta topshirishda 0,8 koeffitsienti kullaniladi. Talaba qatnashmagan ma'ruza mavzusidagi amaliy mashg'ulotlar balidan 10% chegirma olinadi.

Talabaniing mustaqil ishi O'zbekiston Respublikasining Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2005 yil 21 fevraldagi 34- sonli buyrug'iga asosan tashkil etiladi va 100 ballik tizimda JB jarayonida baholanadi va barcha baholash turlarida aniqlanadi. Kafedrada fanlar bo'yicha mustaqil ish o'quv dasturda ko'rsatilgan mavzular bo'yicha o'tkaziladi, mustaqil ish kafedrada qabul qilingan va dekanat tomonidan tasdiqlangan "Fan bo'yicha talabalarining mustakil ishini qabul qilish rejasi" asosida o'qituvchilar tomonidan qabul qilinadi. Mustaqil ishning bir qismi kasallik tarixini yozish, kasalxonada navbatchilik qilish, axborot-resurs markaziga borish va o'quv zalida shug'ullanish, hamda institutda tashkil etilgan internet sinflarida shug'ullanishni o'z ichiga oladi. Talabalar stikl (semestr) oxirida kasallik tarixi, referativ doklad, harorat egri chiziq-lari va klinik belgilar namoyon bo'lishi hamda kasalliklarni tashxislash algoritmlar majmuasini topshiradi. Talabalarining mustaqil ishini baholash uchun sinf jurnalida ko'rsatilgan tartibda talabalarining kunlik o'zlashtirish ballari o'qituvchilar tomonidan ko'rsatib boriladi.

ONda fanning bir nechta mavzularini qamrab olgan bo'limi yoki qismi bo'yicha nazariy mashg'ulot o'tib bo'linganidan so'ng, talabaniing nazariy bilimlari baholanadi va undan talabaniing muayyan savolga javob berish yoki muammolarni echish mahorati va qobiliyati aniqlanadi. Yuqumli kasalliklar fani bo'yicha 5 kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti talabalarini uchun ikki marta ON, klinik epidemiologiya va infekstion nazorat fani bo'yicha 1-2- kurs OHI fakulteti bo'yicha ON ikki marta og'zaki(yozma) shaklda o'tkaziladi. Yuqumli kasalliklarda hamshiralak ishi fani bo'yicha 3-kurs OHI, yuqumli kasalliklar, epidemiologiya fani bo'yicha 4-5,6-kurs talabalarini uchun auditoriya soat hajmi 72 soatdan kam bo'lganligi uchun ON amalga oshirilmaydi. Teri-tanosil kasalliklari fani bo'yicha stomatologiya fakulteti 3-kurs talabalarini uchun ON bir marta og'zaki baholanadi, davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 4,6-kurs talabalarini uchun esa auditoriya soat hajmi 72 soatdan kam bo'lganligi uchun ON o'tkazilmaydi.

YaBda talabaning bilimi, ko'nikmalari fanning umumiy mazmuni doirasida baholanadi. YaB semestr (sikl) yakunida o'tkaziladi. YaB turi har - bir fanning xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, yuqumli kasalliklar va epidemiologiya fanlaridan davolash fakulteti 5 – kurs talabalari uchun yozma ish (og'zaki) va test, 4, 6 – kurs davolash va tibbiy pedagogika fakulteti, 3 – kurs OHI fakulteti uchun yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi, yuqumli kasalliklar, epidemiologiya va klinik epidemiologiya, infektsion nazorat fani bo'yicha OHI 1, 2 kurs talabalari uchun esa OTKS o'tkaziladi. Teri - tanosil kasalliklari fanlari bo'yicha davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 4,6 kurs talabalari uchun yakuniy baholash test va OTKS shakllarida o'tkaziladi. Yozma ish va OTKS YaBga ajratilgan ballning 50% ini tashkil qiladi. OTKSga ajratilgan ballning 55% to'plagan talaba testga kiritiladi. Testdan o'zlashtirish darajasi 55% dan yuqori bo'lsa, OTKS balliga qo'shiladi. Stomatologiya fakulteti 3kurs talabalari uchun YaNga ajratilgan ballning 30%ni tashkil kiladi. Yozma ish usulida YaB o'tkazish «Reyting tizimining yakuniy baholash bosqichida yozma ish usulini kullash tartibi» bilan belgilandi.

16. Talabalarining o'quv fani bo'yicha mustaqil ishi joriy, oraliq va yakuniy nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarni bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan xolda baholanadi.

17. Talabaning fan bo'yicha bir semestrda reytingi quyidagicha aniqlanadi:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100} \quad \text{bu erda:}$$

V– semestrda fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklamasi (soatlarda);

O' –fan bo'yicha o'zlashtirish darajasi (ballarda).

18. Fan bo'yicha joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 foizi saralash ball etib belgilanadi va bunda joriy va oraliq nazoratlarning har biriga ajratilgan ballning 55 va undan yuqori foizidan ortiq ball to'plagan barcha talabalar ushbu fan bo'yicha yakuniy nazoratga kiritiladi.

19. Talabaning semestr davomida fan bo'yicha to'plagan umumiy bali har bir nazorat turidan belgilangan qoidalarga muvofiq to'plagan ballari yig'indisiga teng.

IV. Nazorat turlarini o'tkazish muddati

20. Oraliq va yakuniy nazorat turlari kalendar tematik rejaga muvofiq dekanat tomonidan tuzilgan reyting nazorat jadvallari asosida o'tkaziladi. Yakuniy nazorat semestrning oxirgi 2 haftasi mobaynida o'tkaziladi.

21. Joriy va oraliq nazoratlarda saralash ballidan kam ball to'plagan va uzrli sabablarga ko'ra nazoratlarda qatnasha olmagan talabaga qayta topshirish uchun, navbatdagi shu nazorat turigacha, so'nggi joriy va oraliq nazoratlar uchun yakuniy nazoratgacha bo'lgan muddat beriladi.

Kasalligi sababli darslarga qatnashmagan hamda belgilangan muddatlarda joriy, oraliq va yakuniy nazoratlarni topshira olmagan talabalarga fakultet dekani farmoyishi asosida, o'qishni boshlaganidan so'ng ikki hafta muddatda topshirishga ruxsat beriladi.

22. Semestr yakunida fan bo'yicha joriy, oraliq yakuniy yoki TMI nazorat turlarini har biri bo'yicha saralash balidan kam ball to'plagan talaba akademik qarzdor hisoblanadi.

Akademik qarzdor talabalarga semestr tugaganidan keyin (bahorgi semestr natijasi bo'yicha esa, talabalarining yozgi ta'tili hamda professor-o'qituvchilarning mehnat ta'tilidan so'ng) qayta o'zlashtirish uchun bir oy muddat beriladi. Shu muddat davomida fanni o'zlashtira olmagan talaba, fakultet dekani tavsiyasiga ko'ra belgilangan tartibda rektorning buyrug'i bilan talabalar safidan chetlashtiriladi.

23. Talaba nazorat natijalaridan norozi bo'lsa, fan bo'yicha nazorat turi natijalari e'lon qilingan vaqtdan boshlab, bir kun mobaynida fakultet dekaniga ariza bilan murojaat etishi mumkin. Bunday holda fakultet dekanining taqdimnomasiga ko'ra rektor buyrug'i bilan 3 (uch) a'zodan kam bo'lmagan tarkibda apellyasiya komissiyasi tashkil etiladi.

Apellyasiya komissiyasi talabalarining arizalarini ko'rib chiqib, shu kunning o'zida xulosasini bildiradi.

24. Baholashning o'rnatilgan talabalar asosida belgilangan muddatlarda o'tkazilishi hamda rasmiylashtirilishi fakultet dekani, kafedra mudiri, o'quv bo'limi hamda ichki nazorat va monitoring bo'limi tomonidan nazorat qilinadi.

V. Reyting natijalarini qayd qilish va tahlil etish tartibi

25. Talabaning fan bo'yicha nazorat turlarida to'plagan ballari semestr yakunida reyting qaydnomasiga butun sonlar bilan qayd qilinadi. Reyting daftarchasining "O'quv rejasida ajratilgan soat" ustuniga semestr uchun fanga ajratilgan umumiy o'quv yuklama soatlari, "Fandan olingan baho" ustuniga esa 100 ballik tizimdagi o'zlashtirishi qo'yiladi. Talabaning saralash balidan past bo'lgan o'zlashtirishi reyting daftarchasiga qayd etilmaydi.

26. Har bir fan bo'yicha o'tkaziladigan nazorat turlarining natijalari guruh jurnallari hamda qaydnomada qayd etiladi va shu kunning o'zida (nazorat turi yozma ish shaklida o'tkazilgan bo'lsa, 2 (ikki) kun muddat ichida) talabalar e'tiboriga etkaziladi.

27. Yakuniy nazorat natijalariga ko'ra fan o'qituvchisi talabalarning fan bo'yicha reytingini aniqlaydi hamda reyting daftarcha va qaydnomaning tegishli qismini to'ldiradi.

28. Talabaning reytingi uning bilimi, ko'nikmasi va malakalar darajasini belgilaydi. Talabaning semestr (kurs bo'yicha umumiy reytingi barcha fanlardan to'plangan reyting ballari yig'indisi orqali aniqlanadi).

29. Talabalar reytingini hisobga olish elektron tizimiga va reyting qaydnomasiga talabalarning fan bo'yicha reytingi qayd etiladi. Talabalar umumiy reytingi har bir semestr va o'quv yili yakunlangandan so'ng e'lon qilinadi.

30. Talabalarning nazorat erishgan natijalari kafedra, dekanatlar va o'quv-uslubiy bo'linmalarida kompyuter xotirasiga kiritilib, muntazam ravishda tahlil qilib boriladi.

31 Joriy, oraliq va yakuniy nazorat natijalari kafedra yig'ilishlari, fakultet va institut Ilmiy kengashlarida muntazam ravishda muhokama etib boriladi va tegishli qarorlar qabul qilinadi.

Teri-nanosil kasalliklari fanidan mavzular bo'yicha baholash mezonlari

№	O'zlashtirish (%) va ballarda	Baho	Talaba bilimi darajasi
1	96-100	A'lo «5»	Vaziyatga ko'ra to'g'ri qaror qabul qiladi va xulosa yasaydi. Amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlikda qo'shimcha adabiyotlardan foydalanadi I (ona tili xamda chet tillarda) Mustaqil ravishda birlamchi va ikkilamchi elementlarni tashxislaydi va taxlil o'tkazadi. Mustaqil ravishda bemorni ko'rikdan o'tkazadi, birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlarni to'g'ri tashxislaydi. Yuqori faollik ko'rsatib, interfaol o'yinlarda ijodiy yondashadi. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echib, javobni to'liq asoslaydi. Muhokama vaqtida faol ravishda savollar beradi, to'ldirishlar kiritadi. Amaliy ko'nikmani ishonch bilan bajarib, mohiyatini tushinadi.
2	91-95		Amaliy mashg'ulotlarga tayyorgarlikda qo'shimcha adabiyotlardan foydalanadi I (ona tili hamda chet tillarda) Mustaqil ravishda birlamchi va ikkilamchi elementlarni tashxislaydi va taxlil o'tkazadi. Mustaqil ravishda bemorni ko'rikdan o'tkazadi, tekshirish va davolash rejasini to'g'ri tuzib, yo'qori faollik ko'rsatib, interfaol o'yinlarda ijodiy yondashadi. Vaziyatli masalalarni to'g'ri echib, javobni to'liq asoslaydi. Muhokama vaqtida faol ravishda savollar berdi, to'ldirishlar kiritadi. Amaliy Ko'nikmani ishonch bilan bajarib, mohiyatini tushinadi.
3	86-90		Mustaqil ravishda birlamchi va ikkilamchi elementlarni tashxislaydi va taxlil o'tkazadi. Yuqori faollik ko'rsatib, interfaol o'yinlarda ijodiy yondashadi.

			<p>Vaziyatli masalalarni to'g'ri echib, javobni to'liq asoslaydi. Oqartiruv tadbirlari rejasini tuzadi. Teri patomorfologiyasini biladi, ishonch bilan so'zlab beradi. Teri patomorfologiyasi va mahalliy davolash asoslari haqida aniq tasavvurga ega.</p> <p>Amaliy ko'nikmani ishonch bilan bajarib, mohiyatini tushinadi. Bemor ko'rigini, anamnez yigishni to'g'ri o'tkazadi, taxminiy tashxisni qo'yadi. Laborator taxlillar natijalarini to'g'ri interpretastiya qiladi. Muhokamalarda faol ishtrok etadi.</p>
4	76-80	yaxshi «4»	<p>Interfaol o'yinlarda yuqori faollik ko'rsatadi.</p> <p>Vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi, ammo birlamchi va ikkilamchi toshmalarni tashxislay olmaydi, dori vositalari miqdorini chalkashtiradi. Teri patomorfologiyasini biladi, ishonch bilan aytadi. Klinika, etiologiya va patogenez bo'yicha aniq tushunchaga ega, birlamchi va ikkilamchi toshmalarni ajrata oladi, lekin qiyosiy tashxisni o'tkaza olmaydi.</p> <p>Amaliy ko'nikmani qadamma-qadam bajaradi. Bemor ko'rigini, anamnez yigishni to'g'ri o'tkazadi, taxminiy tashxisni qo'yadi. Laborator taxlillar natijalarini to'g'ri interpretastiya qiladi. Muhokamalarda faol ishtrok etadi.</p>
6	71-75		<p>Vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi, tasnif bo'yicha klinik tashxis qo'ya oladi, ammo davolash va oqartiruv ishlar rejasini tayinlay olmaydi.</p> <p>Teri patomorfologiyasini biladi, ishonch bilan so'zlab beradi. Klinika, etiologiya va patogenez bo'yicha aniq tushunchaga ega, qiyosiy tashxisni o'tkaza oladi, lekin davo tayinlay olmaydi.</p> <p>Amaliy ko'nikmani bajaradi, lekin ketma-ketligini adashtiradi. Bemor ko'rigini, anamnez yigishni to'g'ri o'tkazadi, taxminiy tashxisni qo'yadi. Laborator taxlillar natijalarini to'g'ri interpretastiya qiladi. Muhokamalarda faol ishtrok etadi.</p>
7	66-70	qoniqarli «3»	<p>Vaziyatli masalalarni to'g'ri echadi, lekin klinik tashxisni asoslay olmaydi.</p> <p>Teri patomorfologiyasini biladi, ishonch bilan aytadi. Klinika, etiologiya va patogenez bo'yicha aniq tushunchaga ega, lekin qiyosiy tashxisni o'tkaza olmaydi, davo tayinlay olmaydi.</p> <p>Bemor ko'rigini, anamnez yigishni to'g'ri o'tkazadi, lekin bemor axvoli og'irlik darajasini baholay olmaydi. Laborator taxlillar natijalarini qisman to'g'ri interpretastiya qiladi. Muhokamalarda faol ishtrok etadi.</p>
8	61-65		<p>Vaziyatli masalalarni echishda xatoliklarga yo'l qo'yadi (tasnif bo'yicha tashxis qo'ya olmaydi)</p> <p>Birlamchi va ikkilamchi elementlarni tashxislaydi, lekin ishonchsizlik bilan aytadi.</p> <p>Teri patomorfologiyasini aniq biladi, lekin klinikani patogenez bilan bog'lay olmaydi.</p> <p>Anamnez yigish maqsadga muvofiq emas, ko'rik rejasiz. Laborator taxlillar natijalarini interpretastiya qila olmaydi, muhokamalarda faol emas.</p>
9	55-60		<p>Teri patomorfologiyasi bo'yicha umumiy bilimlarga ega, lekin ishonchsizlik bilan aytadi.</p> <p>Birlamchi va ikkilamchi toshmalarni chalkashtiradi. Mustaqil ravishda bemor so'rov va ko'rigini o'tkaza olmaydi. Laborator taxlillar natijalarini interpretastiya qila olmaydi, muhokamalarda ishtrok etmaydi.</p>

10	54 -30	qoniqarsiz «2»	Teri patomorfologiyasi to'g'risida tushunchaga ega emas. Birlamchi va ikkilamchi toshmalarni bilmaydi.
11	20-30	qoniqarsiz «2»	Talaba qoidaga muvofiq ravishda mashg'ulotda ishtrok etadi, o'zi bilan birga daftari bor.

Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Teri va tanosil kasalliklar fani bu`icha mustaqil ta'limning kattagina turli xil shakllari mavjud bo'lib, talaba o'qituvchi raqbarligida yangi bilimlarni, o'quv va ko'nikmalarni o'zlashtirish, ijodiy faoliyatni amalga oshirish maqsadida bajara oladi. Ushbu shakllarga quyidagilar tegishlidir:

Darslik va o'quv kullannmalar bo'yicha fanlar boblari va ma'ruzalarini o'rganish; tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish, avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash; maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha fanlar bo'limlari yoki mavzulari ustida ishlash; Yangi texnikalarni, apparaturalarni, ilmtalab jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish; talabalarning ixtisoslashtirilgan klinik kafedralardagi va klinik laboratoriyalardagi ishlari; talabaning ilmiy tekshirish ishlarini (TITI) bajarish bilan boliq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularini chuqur o'rganish; faol o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashulotlari.

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi – o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha yozma hisobot (konspekt) tayyorlash;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda kullash;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- Mavzu bo'yicha ma'ruza, testlar, masalalar, krosvort, algoritm, prezentatsiyalar tayyorlash va x.k.

Auditoriyadagi mustaqil ish

Auditoriyadagi talaba mustaqil ishi amaliy mashfulotlarda o'qituvchi nazorati ostida amalga oshiriladi va u mikropreparatlarni o'rganish va rasmini chizish, patologik materiallardan qon, bolfam, siydik, yiringlardan va mikroba kulturalaridan surtmasini tayyorlash ularni mikroskoplarda ko'rish, bundan tashqari vaziyatli masalalarni echish, jadval, krossvordlar to'ldirish kabi individual topshiriqlarni o'z ichiga oladi. Mustaqil ishni o'tkazish davomida o'qituvchi xar bir talaba bilan individual ishlaydi, mustaqil ishni bajarish bo'yicha maslaxat beradi, ish natijalarini tekshiradi.

Auditoriyadan tashqari mustaqil ish

Auditoriyadan tashqari mustaqil ish amaliy mashfulotlarga tayyorgarlik ko'rish, mashfulot mavzulari bo'yicha konspekt yozish, uy vazifalarini bajarish, ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish, berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash, fanning bo'limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha ishlash va ma'ruzalar qilish, ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tezislarini tayyorlash kabi ish turlarini o'z ichiga olib, u talabalarning darsda olgan bilimlarini chuqurlashtiradi, ularning mustaqil fikrlash va ijodiy qobiliyatini rivojlantiradi.

Talabalarning o'quv fani bo'yicha mustaqil ishi joriy va oraliq nazoratlar jarayonida tegishli topshiriqlarni bajarishi va unga ajratilgan ballardan kelib chiqqan holda baholanadi.

TMI nazorat qilish turlari

Ma'ruza va Amaliy mashg'ulotlarda nazorat qilish

Yozma ravishda nazorat ishlarini olib borish

Individual suxbat o'tkazish

Konsultastiyalar

Mustaqil ishni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- Masalalarni og'zaki yoki yozma ravishda yechish
- Ishchi daftarda topshiriklarni bajarish
- Referat yozish va obzor qilish
- Maruza va prezentatsiya bilan chiqish
- Jadval yoki tarkatma material tuzish
- Test, masalalar tuzish
- Tibbiy xujjatlar bilan ish yuritish
- Amaliy ko'nikmalarni uzlashtirganligi xakida hisobot berish

TMI natijalari gurux jurnalida qayd etiladi va talabaning umumiy reytingiga qo'shiladi.

Talabalarning mustaqil ishi mavzulari

T/r	Mavzular	Soat
1	Terining parazitlar kasalliklari qiyosiy tashxisi. Zamonaviy diagnostika va davolashda yangiliklar.	3
2	Terining yiringli kasalliklari qiyosiy tashxisi. Zamonaviy diagnostika va davolashda yangiliklar	3
3	Dermatomikozlar. Kallik klinik kechishi, diagnostika va davolash.	3
4	Onixomikoz zamonaviy diagnostika va davolash usullari.	3
5	Sulfanilamid eritema. Stivens - Djonson sindromi. Layell sindromi.	4
6	Kasbga aloqador teri kasalliklari: ekzogen va endogen faktorlarni kasallik rivojlanishiga tasiri.	3
7	Rossolimo - Merkelson - Rozental sindromi. Xeylitlar. Leykoplakiya. Labning rak oldi kasalliklari.	4
8	Psoriasis, qizil yassi temiratkini zamoaviy diagnostikasi va davolash tamoyillari	3
9	Pufakli dermatozlar. Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuringning gepretiform dermatosi etiopatogenezi, klinikasi, tashxisi, davolash. Pufakli dermatozlarning qiyosiy tashxisi.	4
10	Terining virusli infeksiyalar. Oddiy uchuq, o'rab oluvchi temiratki. Yuqumli mollyusk, o'tkir uchli kondilomalar. So'gal.	4
11	OIV/OITS. Xomilador ayollarda OITSni oldini olish choralari. Onadan bolaga infeksiyani o'tishga olib keladigan omillar. Bolalarda OIV/OITS ni kechishini xususiyatlari.	4
12	Zaxm infekstiyasini zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash	4
13	Tug'ma zaxm. Zaxmda ichki a'zolar va sistemalar shikastlanishi	3
14	So'zak. Zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash	3
15	Noso'zakli uretritlarhihg zamonaviy kechish xususiyatlari Trixomoniaz. Xlamidioz. Urogenital kandidoz. Bakterial vaginoz. Oldini olish va davolash prinstipla	4
	Jami:	52

TMI nazorat qilish turlari

Ma'ruza va amaliy mashg'ulotlarda nazorat qilish

Yozma ravishda nazorat ishlarini olib borish

Individual suxbat o'tkazish

Konsultastiyalar

Mustaqil ishni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishini tayyorlashda fanning xususiyatlarini hisobga olgan holda quyidagi shakllardan foydalanish tavsiya etiladi:

- Masalalarni og'zaki yoki yozma ravishda yechish
 - Ishchi daftarda topshiriklarni bajarish
 - Referat yozish va obzor qilish
 - Maruza va prezentasiya bilan chiqish
 - Jadval yoki tarkatma material tuzish
 - Test, masalalar tuzish
 - Tibbiy xujjatlar bilan ish yuritish
 - Amaliy ko'nikmalarni uzlashtirganligi xakida hisobot berish
- TMI natijalari gurux jurnalida qayd etiladi va talabaning umumiy reytingiga qo'shiladi.

Amaliy ko'nikmalar ro'yxati

- Bemorni so'rov va ko'rigi.Teriga baxo berishni bilish
 - Teri va shilliqqavatlardan qirindi olishni bilish
 - Mikroskop ostida qo'zqatuvchilarni bo'yashni bilish
 - Nikolskiy sinamasini qo'yishni bil
 - Yara yuzasidan rangsiz trepomemaga tekshirish uchun surtma olish uslubi.i
 - dermografizmni aniqlash
 - ish
 - Asbo-Ganzen sinamasini qo'yishni bilish
 - Baltser sinamasini qo'yishni bilish
 - YAdassonsinamasi
 - Laboratoriya tashxislash usullarni o'zlashtirish
 - surtmani zamburug'ga tekshirish
 - Tstank hujayrasiga tekshirish
 - LE hujayrasiga tekshirish
 - surtmanigonokokk, trixomoniazva xlamidiyaga tekshirish
 - surtmani oqish treonemaga tekshirish
 - Bitlash va qo'tir qo'zqatuvchilarini aniqlash
 - VUD lampasi ostida teri elementlarining ko'rigi
 - Psoriazda diagnostik uchlikni aniqlash
 - Siydik chiqarish kanalidan surtma olish
 - Mahalliy davoning printsip va usullariBorovski tanachalarini
- Zaxm va OITS infekstiyalardagi kullaniladigan serologik reakstiyalarni o'zlashtirish

GLOSSARIY

- Anamnez** -bemorning xayot sharoiti va kasallik tarixi xaqida so'rab to'planadigan ma'lumotlar.
- Ekzogen**- tashqi muhit ta'sirida kelib chiqqan, organizmga biror tashqi omilning ta'siri tufayli yo'z bergan.
- Endogen**- organizmning ichki muhitiga bog'liq bo'lgan-sabablar natijasida vujudga keladigan narsa, birorta hodisaning ichki muhitga bog'liq bo'lishi.
- Birlamchi morfologik elementlar**- ekzogen yoki endogen ta'sirotda javoban terida paydo bo'ladi
- Ikkilamchi morfologik elementlar**- birlamchi elementlar asosida rivojlangan elementlar
- Giperpigmentasiya**- Pigmentli dog'lar epidermisning bazal qavatida melaninning ko'p hosil bo'lishi)
- Gipopigmentasiya**- yoki taqchilligi) tufayli paydo bo'ladi.
- Eritema**-2 sm va undan katta va ular eritema deyiladi
- Rozeola**-qon tomirli dog'.
- Ekchimoz** - qon tomirli dog'.
- Tuguncha-(papula)**- teri damidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element.
- Tuguncha turlari-miliar (1—1,5 mm to'g'nog'ich boshidek), nummulyar (10—15 tiyinlik tangadek), lentikul yar (yasmiqdek keladigan 2—3 mm).**
- Papulovezikul alar**- papulalar bilan pufakchalar
- papula-pustulalar** -papulalar bilan maddalar
- nekrotik jarayon bilan birga keladi**-papulonekrotik.
- Do'mboqcha**-o'tkir yallig'lanishga deyarli aloqasi bo'lmaydigan, teri sathidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element, chuqur tomirlar to'ri atrofidagi dermaning retikul yar qatlamida hujayra infiltrati to'planib qolishi tufayli kelib chiqadi
- Tugun**- bo'shliqsiz elementlar qatoriga kirib, teri damidan ancha ko'tarilib turadi, o'tkir bo'lmagan yallig'lanish bilan kechadi, infiltrativ tabiatga ega
- Madda (pustula)**-teri damidan ko'tarilib turadigan va ichida yiring bo'ladigan bo'shliqli element.
- Qavarchiq**- o'tkir yallig'lanish tabiatida bo'lib, teri damidan bir oz ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz
- Lexenifikasiya** (lichenificatio)-terining dag'allashuvi
- Ekskoriasiya** - tirnoq izlari
- Vegetasiya** -epidermisning patologik o'sishi
- Purpura** - qon tomirli dog'lar
- Ptixiya** -qon tomirli dog'lar
- Flektena** - yuza yiriningcha
- Bo'lla**-katta pufak.
- Eroziya** — teri epidermis qavatining yo'za nuqsoni, odatda pufakcha, pufak yoki yo'za maddalar erilganidan keyin paydo bo'ladi.
- Polimorfizm**-ko'p shakllilik.
- Monomorf**-bir xil toshma.
- Tangacha**— mugo'z qavatning ko'chib tushadigan yadrosiz hujayralari.

1-MA`RUZA

Kirish qismi. Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining zamburug'li infekstiyasi

1.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni: 18 nafar
Mashgulot shakli	Axborotli ma`ruza, multimedia ma`ruza
Ma`ruza rejası:	<p>1. Kirish qismi. Teri-tanosil kasalliklari haqida umumiy ma`lumot</p> <p>2. Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi</p> <p>3. Teri kasalliklariga tashxis qoyish printsiplari</p> <p>4. Terining patomorfologiyasi, birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalari.</p> <p>5. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar.</p> <p>6. Terining zamburug'li infekstiyasi.</p> <p>7. Piodermiyalar, dermatozoonozlar va terining zamburug'li kasalliklarini umumiy va mahalliy davolash tamoyillari.</p>
O`quv mashgulotining maqsadi:	<p>Tarbiyaviy: Talabalarga mustaqil klinik fikrlash, bemorlarni davolash jarayonlarida to`g`ri yondashish, tibbiy deantologiya, etika estetikani shakllantirish. Jaxon standartlari talabiga mos tibbiyot xodimlarini tayyorlash.</p> <p>Ta`limiy: Talabalarga teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasi to`g`risida umumiy ma`lumotlar berish. Teri kasalliklari va JYBYUI-lar bilan og`rigan bemorlarni tekshiruv usullari, terining patomorfologiyasi, morfologik elementlar haqida ma`lumotlar berish. Teri kasalliklariga tashxis qoyish printsiplari umumiy va mahalliy davolash tamoyillarini o`rgatish. Talabalarga zamburug' kasalliklar tashxisini qo`yishni va oldini olishch choralarini o`rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini, klinikasi, tashxis qo`uyish asoslari haqida umumiy malumot berish. Talabalarga piodermiyalarni, parazitlar kasalliklar tashxisini qo`yishni o`rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini, klinika, profilaktika haqida umumiy malumot berish.</p> <p>Shifokor faoliyatida dermatozlarga tashxis qo`yish, profilaktik choralarini ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.</p> <p>Respublikamizda ko`p tarqalgan va chetdan kirib kelayotgan teri-tanosil kasalliklarni bolalarda va kattalarda klinik tashxislash, ko`nikmalarini ishlab chiqish, laborator tekshirish rejasini to`zish va ratsional davolash tamoyillarini aniqlash.</p> <p>Rivojlantiruvchi: Shifokor faoliyatida dermatozlarni tashxisini qo`yish, profilaktik choralarini ishlab chiqish katta ahamiyatga ega. O`rganilayotgan mavzu butun jaxonda, jumladan bizning mintakamizda ham keng o`rganilayotgan bo`lib, kasallik diagnostikasida pereferik zvenolarda katta muammolar ko`zatilmoqda. SHuning uchun bu kasallikni har tomonlama chuqur o`rganish va to`g`ri davolashni o`rganish</p>
Ta`lim berish vositalari	O`quv kullanma, darslik, ma`ru`za matni, proektor, kompyuter
Mashg`ulot uslubi	Axborotli va taqdimotli ma`ruza

Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya	
Monitoring va baholash	Og`zaki nazorat:savol-javob	
<i>1.2. "Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining zamburug`li infekstiyasi" ma`ruza mashg`ulotining texnologik kartasi</i>		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Talabalar davomatini tekshirish, xonaning dars jarayoniga tayyorligini nazorat qilish 2.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash 3.Kirish ma`ruzasi uchun taqdimot multimedia boshlash 4.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Ko`radi Tinglaydilar
1-mavzuga kirish	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo`yicha savollar beradi (reja) 1.Kirish qismi.Teri-tanosil kasalliklari haqida umumiy ma`lumot 2.Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi 3.Teri kasalliklariga tashxis qoyish printsiplari 4.Terining patomorfologiyasi, birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalari. 5.Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. 6.Terining zamburug`li infekstiyasi. 7.Piodermiyalar, dermatozoonozlar va terining zamburug`li kasalliklarini umumiy va mahalliy davolash tamoyillari.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2-asosiy bosqich	1.Mavzuni tushuntirib beradi, multimedialar namoyish qilish. 2.Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi	Tinglaydilar Ko`radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich:	1.Yakunlovchi xulosa qiladi 2.Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining zamburug`li infekstiyasi haqidagi ma`lumotlarni mujassamlashtiradi 3.O`tkazilgan axborotlarni mustaxkamlash uchun bemor (yoki kuratsiya videotasvirini) ko`rsatish	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Mustaqil ta`lim uchun topshiriklar	Mustaqil ish beradi: Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar. Terining zamburug`li infekstiyasi haqida ma`lumot	Tinglaydi Yozib oladi

Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi

Odam terisi butun gavdani berkitib turuvchi qoplam bo`lib qolmay, balki barcha ichki a`zolar bilan chambarchas bog`lanib, qator muhim vazifalarni bajaradi. Odam sog`lig`i, yurak, qon tomirlar, endokrin nerv sistemalari funksiyalari bilan bir qatorda, terining funksiyasi, xususiyatiga ham bog`liq. Terining barcha xususiyatlarini o`rganish uchun dermatologiya sohasidagi mutaxassis teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasini albatta bilishi zarur.

Teri kasalliklarining sabablari

Teri kasalliklarini keltirib chiqaradigan sabablar turli xil bo`lishi mumkin. Ba`zan bu sabablar shunchalik kuchli bo`ladiki, ular butun organizm faoliyatini izdan chiqaradi. CHunki bunday omillar (kislota, ishqor, radiasiya, qaynoq suv, smola va boshqalar) ta`sirida teri va uning` to`qimalari qattiq

zararlanadi. Ammo shuni qayd qilish kerakki, aksariyat hollarda teri kasalliklarini bir emas, balki bir necha sabablar keltirib chiqishi mumkin. Oddiy bir misol, odatda sog'lom odam terisi yo'zasida ko'plab saprofit mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar, streptokokklar, zamburug'lar va mikoplazmalar bor, Ularning ayrim shtammlari juda virulent bo'lishiga qaramay, o'z holicha odamning terisida kasallik keltirib chiqarmaydi, ammo teri yo'zasining butunligi bo'zilsa, masalan, zirapcha kirsida terida yiriqlanish jarayoni boshlanadi. YOki teri yo'zasidagi suv-lipid pardasi (mantiya) bo'zilsa, rN o'zgarib, terining mikroorganizmlarga qarshiligi pasayib ketadi. Gipovitainoz, kandli diabetda ham organizmning reaktivligi susayibqoladiva hokazo.

Demak, teri kasalliklari tashqi (ekzogen) va ichki (endogen) omillarning bir-biriga bog'langan holdagi ta'siri tufayli kelib chiqadi. endogenomillar sababli organizm. jumladan terining fiziologik qarshiligi pasaysa, ekzogen omillar ta'siri-da patologik jarayonning kelib chiqishi engillashadi. SHuni alohida ta'kidlash kerakki, teri kasalliklarining kelib chiqishida odamlar uchun uyda va ishxonada yaratilgan ijtimoiy shart-sharoitlar katta ahamiyatga ega.

Ekzogen omillarga fizik agentlar— yuqori va past temperatura, nur energiyasi (ultrabinafsha radiyasiyasi, rentgen nurlari, radioaktiv nurlar) va elektr toki kiradi. Ko'rsatilgan agentlar ta'sirida terida ko'plab ekzantemalar (eritema, pufak, yara, eroziya va boshqalar) paydo bo'lishi va har xil intensivlikdagi yalliglanish hamda distrofik jarayonlarga olib kelishi mumkin, mexanik agentlarga bosim, cho'zilish, urilish va boshqalar kiradi, YUqori bosim ta'sirida terida yalliglanish, qon quyilish, eroziya, yoriqlar va dog'lar paydo bo'lishi mumkin.

Kimyoviy agentlarni ikki guruhga bo'lgan ma'kul : obligat (oddiy) guruhi— .bevosita ta'sir etib, terida yoki shilliq qavatda yalliglanishni keltirib chiqaradi (kuchli kislotalar, ishqorlar, to'zlar va boshqalar). Fakul`ativ guruh (allergen) — organizmning mazkur moddalarga nisbatan sezgirligi oshib ketishi natijasida terida yalliglanish reaksiyasi ro'y beradi. Biror kimyoviy moddaga terining sezgirligi oshadi va ma'lum bir muddatdan so'ng unda har xil toshmalar (eritema, qavarchiq, pufakcha, tuguncha va boshqalar) paydo bo'ladi.

Infeksion agentlar, ya'ni patogen mikroblar, viruslar teriga tushishi oqibatida ko'pgina kasalliklar (teri sili, oddiy uchuq, piodermitlar, moxov va so'gallar) paydo bo'ladi. Bu kasalliklar o'ziga xos yoki xarakterli va diagnostik ahamiyatga molik toshmalar (tuguncha, pufakcha, madda va o'smalar)ga ega. Patogen zamburug'lar tomonidan ko'zg'atiladigan trixofitiya, mikrosporiya, favus, kandidoz kabi kasalliklarda teri, soch, tirnoqlar va shilliq, qavatlar zararlanadi.

Hayvon parazitlari bo'lgan kana, bit, burgalar va boshqa qon so'ruvchilar bir qancha yuqumli kasalliklar mikroblarini tashish bilan birga, terining qattiq qichishishi bilan kechadigan kasalliklarga ham sabab bo'ladi. Ularning chaqishi oqibatida terida pushti dog'lar, qavarchiq, tuguncha, do'mboqcha, pufakcha kabi morfologik elementlar paydo bo'ladi.

Endogen omillar ta'sirida teriga xilma-xil toshmalar toshadi va ular klinik jihatdan juda murakkab kechadi. Markaziy va periferik nerv sistemasi faoliyatining bo'zilishi terining ko'pgina allergenlar, oziq-ovqatlar, dorivor va kimyoviy moddalarga sezgirligi oshib ketishiga olib keladi. Mabodo ular yana iste'mol qilinadigan bo'lsa yoki parenteral yo'l bilan organizmga yuborilsa, toshma toshib ketadi. Nerv sistemasidagi funksional o'zgarishlar bir qancha teri kasalliklari (ekzema, neyrodermit, tangachali temiratki, yassi temiratki, atopik dermatit va boshqalar) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Qattiq ruxiy kechinmalar, nevrozlar, oliy nerv sistemasidagi ba'zi o'zgarishlar terida eritema, pufakcha, qavarchiq kabi toshmalarga olib keladi va qator dermatozlarga sabab bo'ladi. Nerv sistemasidagi organik o'zgarishlar natijasida terining faoliyatida ham katta bo'zishlar ro'y beradi. Masalan, siringomieliya, orqa miya so'xtasida katta dog'lar, pufakchalar, eroziya, yara va trofik o'zgarishlar yo'zaga keladi.

Endokrin bezlar (jinsiy bezlar, buyrak usti bezlari) funksiyasining bo'zilishi oqibatida (qandli diabet, gipo-va gipertireoz) teri kasalliklari tez rivojlanishi mumkin. Masalan, jinsiy jihatdan balog'atga etmaganlarda husnbo'zar, seboreya paydo bo'lsa, xomilador ayollarga giperpigmentli dog'lar tushishi mumkin. Qandli diabetda terining qichishishi tez-tez ko'zatilib turadi. Moddalar, jumladan, uglevodlar, oqsillar, yog'lar, mineral moddalar va suv almashinuvining bo'zilishi teri kasalliklarining kelib chiqishida muxim rol o'ynaydi. Uglevodlar almashinuvining bo'zilishi qandli diabetni, bu o'z navbatida terida har xil yara-chaqalarni, xolesterin almashinuvining bo'zilishi esa seboreya va xusnbo'zarlarni keltirib chiqaradi. Gipo- va avitainozlar ham teri kasalliklarining paydo bo'lishiga

olib keladi. Ba`zi vitaminlarning etishmasligi biror kasallikning boshlanishiga turtki bo`lsa, ayrimlari, jumladan S — lavsha (singa)ga, A — mugo`zlanish jarayonining izdan chiqishiga, RR — pellagra kabi terida katta o`zgarishlar bilan kechadigan kasalliklarga sabab bo`ladi.

Ovqat hazm qilish a`zolari faoliyatining bo`zilishi ham teri kasalliklarining` patogenezi muhim ahamiyat kasb etadi. Me`da-ichak sistemasi xastaliklarida (me`da shirasi tarkibi-ning o`zgarishi, gastrit, me`da va o`n ikki barmoq ichak yarasi, spastik kolit, gijja invaziyasi, disbakterioz va boshqalar) ekzema, neyrodermit, eshakem, qichima kabi kasalliklar rivojlanadi yoki qayta ko`ziydi. Jigar xastaliklari ko`pincha atopik dermatit, ekzema, neyrodermit va pesning kelib chiqishiga sabab bo`lishi mumkin. Qon yaratuvchi organlar va tomir kasalliklarida teri kichishishi va turli toshmalar toshishi ko`zatiladi. Masalan, tomirlarning varikoz kengayishida oyoq boldirlari terisida dog`lar, yaralar va eroziyalar paydo bo`ladi. Obliterasiyalovchi endoartrit gangrenoz yaralarga olib kelishi mumkin. Gilertoniya kasalligi tufayli oyoqlarda trofik yaralar yo`zaga keladi (Mortierella sindromi). Qon xastaliklarida ham terida morfologik elementlar (dog`, kavarchiq, tugunchalar, tugun, lixenifikasiya) paydo bo`ladi va ular aksariyat hollarda qichishish bilan kechadi. Organizmning endogen yoki ekzogen omillarga nisbatan sezuvchanligining ortishi (allergen holat) ko`pgina teri kasalliklarining avj olishiga sabab bo`ladi. Oziq-ovqat maxsulotlari, o`simlik changlari, dori-darmonlar, ro`zg`orda ishlatiladig`an kar xil moddalar allergenlar jumlasiga kiradi. Organizmning individual xususiyatlari hamda allergenning ta`sir doirasiga qarab, patologik jarayon terining turli anatomik qismlarida epidermis, derma yoki gipodermada ro`y berishi mumkin. ba`zan organizmning allergenga sezgirligi shunchalik oshib keladiki, undan ozgina yuborish og`ir asoratga (anafilaktik shok) sabab bo`ladi. Toshmalar bir qancha yuqumli (infeksion) kasalliklarning ham (o`tkir yuqumli kasalliklardan qizamiq, skarlatina, suvchechak; surunkali kasalliklardan sil, zaxm, moxov va boshqalar) klinik belgisi bo`lib hisoblanadi. Terida va shilliq qavatda paydo bo`lgan toshmalarda ba`zan irsiy kasalliklarning alomatini ko`rish mumkin (ixtioz, tomirli nevus va boshqalar). Teri kasalliklarining murakkab va xilma-xil bo`lishi morfologik elementlarning turli-tumanligi, birga yoki aralash kelishi, rangi, konsistensiyasi va shakli bilan belgilanadi. Aksariyat dermatozlarning kelib chiqishida ekzogen va endogen omillar odatda birgalikda ta`sir qiladi.

Teri kasalliklarining umumiy simptomatologiyasi

Teri kasalligi butun organizm kasalligi bo`lib, unda ro`y beradigan o`zgarishlar bilan chegaralanmay, balki turli-tuman umumiy simptomlar bilan namoyon bo`ladi. Odatda, sub`ektiv va ob`ektiv simptomlar tafovut qilinadi.

Sub`ektiv simptomlar zararlangan teri sohasining shishishi, achishishi, og`rishi, tortishib turishi, paresteziya va kabilardir. U ayrim bemorlarda harorat ko`tarilib, et uvishi, uyquning bo`zilishi kabi holatlar ko`zatiladi. Ammo, shuni ta`kidlash joizki, sub`ektiv simptomlar ba`zi kasallikning eng asosiy belgilaridan xisoblanadi, chunki ma`lum dermatozlar qichishish bilan kechadi (qo`tir, eshakem, qichima neyrodermit, qizil yassi temiratki, ekzema va boshqalar); ayrim kasalliklar (psoriaz, pushti temiratki, piodermitlar va bosh-qalar) da qichishish bo`lmasligi ham mumkin. Qo`tirda qichishish asosan kechasi zo`rayadi, Demak, sub`ektiv simptomlar bemorning shikoyatidan iborat bo`ladi,

Ob`ektiv simptomlar. Teri kasalliklari mutaxassisi teridagi ob`ektiv o`zgarishlarga asoslanib diagnoz k`yadi. Ob`ektiv o`zgarishlar esa toshmalar ko`rinishida namoyon bo`ladi. Aksariyat teri kasalliklarida, uning klinik belgilari toshmalar ko`rinishida «teriga yozilgan» bo`ladi. Belgilarning joylashishi, siyrak yo qalinligi, rang tusiga qarab shifokor diagnoz qo`yishda va davo choralarini qo`llashda foydalanadi. Toshmalar odatda yallig`lanib yoki yallig`lanmasdan o`tishi mumkin. Teri kasalliklarining ko`pchiligi asosan yallig`lanib o`tadi. Teri kasalliklarida yallig`lanmagan toshmalar pigmentli dog`lar, o`smalar, atrofiyalar, giperkeratozlar ko`rinishida namoyon bo`ladi. Bunday toshmalar birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlardan tashqil topadi. Ekzogen yoki endogen ta`sirotda javoban terida paydo bo`lgan elementlar birlamchi, shu elementlar asosida rivojlangan morfologik elementlar ikkilamchi deyiladi. Birlamchi morfologik elementlar infil`trativ hamda ekssudativ xillarga ajratiladi. Ikkilamchi element-larning tabiatiga qarab ko`pincha birlamchi elementlarning qanday kechgani to`g`risida tasavvur hosil qilish mumkin.

Birlamchi morfologik elementlar. Terining qaysi qismida joylashganligiga, katta-kichikligiga, tarkibiga, yallig`lanish xarakteri va oqibatiga (evolyusiyasiga) qarab 8 ta birlamchi toshma elementlari tafovut etiladi: dog`, tuguncha, do`mboqcha, tugun, pufak, pufakcha, madda, qavarchiq . SHulardan

dastlabki 4 tasi infil'trativ, keyingilari (pufak, pufakcha, madda, kavarchiq) esa ekssudativ morfologik elementlar deyiladi.

Dog'-terining rangi o'zgarib qolgan joyda paydo bo'ladigan toshmaga aytiladi. Dog'lar yallig'lanadigan va yallig'lanmaydigan bo'lishi mumkin, Kelib chiqish sababiga qarab tomirli, gemaragik, pigmentli dog'lar farq qilinadi. Tomirli doglar dermaning asl qismida joylashgan so'rgichsimon qavat tomirlari kengayishidan (giperemiya) hosil bo'ladi. Bu dog'lar tomirlarning qon bilan to'lishiga qarab qizil, lushti, siyoh rang yoki ko'kimtir bo'lishi mumkin. Tomirli dog'lar odatda barmok. bilan bosilsa yo'qoladi, keyin tezda yana paydo bo'ladi. Odamning kichik tirnog'idek keladigan pushti dog'lar rozeola deyiladi. Ikkilamchi zaxm, qorin tifi va dorilar ta'siridan kelib chiqadigan dog'lar bunga misol bo'ladi. Aksariyat ular o'tkir yallig'lanish bilan kechadi. Doglar pushti rangli, chegaralari noaniq, qo'shilib ketishga moyil bo'ladi. O'tkir yallig'lanmagan rozeolalar nim pushti rangli bo'lib, ko'kimtirroq ko'rinadi, qichimaydi, chegaralari aniq, qo'shilishga moyil bo'lmaydi. O'tkir yallig'lanishga xos dog'lar odatda bolalarning yuqumli kasalliklari, jumladan, qizamiq, skarlatinada ko'zatlisa. o'tkir yallig'lanmagan dog'lar ikkilamchi zaxm, eritrazma. rang-barang temiratkida uchraydi. Tomirli dog'lar terining ancha katga yo'zasini egallashi mumkin (2 sm va undan katta) va ular eritema deyiladi. Eritemalar kaftdek va undan kattaroq bo'lib, aksariyat o'tkir yallig'lanish bilan kechadi. Rangi och qizil, usti bir oz shishgan, qirralari noaniq bo'lib, qattiq qichiydi; o'tkir ekzema, dermatit, 1-darajali qo'yishda, shuningdek ko'p shaklli ekssudativ eritemada ko'zatiladi. Bir necha eritemalar qo'shilib butun badanni egallashi eritrodermiya deyiladi. Kishi kattiq xayajonlanganda yoki uyalganida, ba'zan terida yallig'lanish bilan bog'lik bo'lmagan qizil dog'lar paydo bo'ladi. Bunday eritematoz dog'lar qichimaydi, shoxlanmaydi, bir pastda yo'qolib ketadi, ularni «uyalish» dog'lari ham deyiladi. YAllig'lanmaydigan dog'larda teri qizaradn, ba'zan ko'qaradi, qon tomirlar goh torayib, goh kengayadi. YAllig'lanmaydigan dog'lar-tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin, bo'larga oq dog' (pes) yoki Boshqa kasalliklar tufayli qoladigan dog'lar kiradi. YAllig'lanmaydigan dog'lar teridagi yo'za tomirlarning mudom kengayishi tufayli ham yo'zaga kelishi mumkin. Turmushda orttirilgan bunday dog'lar teleangioektaziya deyiladi. Ular bosilganda yo'koladi, keyin yana paydo bo'ladi. Teleangioektaziya mustaqil kechishi yoki boshqa biror kasallik (pushti husnbo'zar, chandiqli eritematoz)ning klinik belgisi bo'lishi mumkin. Tomirli yallig'lanmagan tug'ma dog'larga nevus kiradi. Tomirlar o'tkazuvchanligi oshganda yoki ular yorilganda teriga qon quyilib, unda gemorragik dog'lar paydo bo'ladi. Ular bosib ko'rilganda yo'qolmaydi va shu xususiyati bilan yallig'lanishga aloqador dog'lardan farqlanadi. Odatda gemorragik dog'larning rangi o'zgaruvchan, dastlab binafsha, kizg'ish-ko'kimtir, yashil, so'ngra sarg'ish-qo'ng'ir (gemoglobinning gemosiderin va gematoidin shakliga o'tishiga bog'liq) bo'lib, bora-bora yo'qolib ketadi. Gemorragik dog'lar petexiyalar, ya'ni kattaligi nuqta-dek keladigan dog'lar; ekximozlar noto'g'ri shakldagi yirik dog'lar; vibises-chiziq-chiziqli dog'lar va gem ato m a larga (tomirlar yorilganda qon quyilishi) ajratiladi. Gemorragik dog'lar allergik vaskul itda, organizmda S vitamin etishmaganda, shuningdek tif, qizilcha va boshqa kasalliklarda ko'zatiladi.

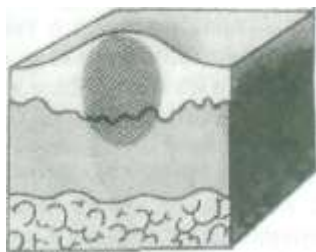
Pigmentli dog'lar epidermisning bazal qavatida melaninning ko'p hosil bo'lishi (giperpigmentasiya) yoki taqchilligi (gipopigmentasiya) tufayli paydo bo'ladi. Pigmentli dog'lar tug'ma (xollar, al'binizm) yoki hayotda orttirilgan (xloazma, vitnligo) ko'rinishida bo'lishi mumkin. Giperpigmentli dog'lar ichida quyosh nuri ta'sirida bahorda yo'z terisiga tushadigan ji-garrang dog'lar ayniksa ko'p uchraydi. Katta giperpigmentli dog'lar Addison kasalligida ko'zatiladi. Kattaligi 0,5—1,0 sm keladigan giperpigmentli dog'lar lentigo deyiladi. Bunday dog'lar yo'zasi giperkeragozlanib turadi, Mayda depigmentli dog'lar leykoderma deyiladi, Leykoderma ayniqsa atrofi jigarrang bo'lgan dog'lar orasida oqarib yaxshi ko'rinadi. CHin leykoderma ikkilamchi qaytalama zaxmda, soxta yoki ikkilamchi leykoderma esa tangachali va rang-barang temiratkida ko'zatiladi. Butun badan terisida, shuningdek qosh, kiprik va sochlarda pigment bo'lmasligi al'binizm deyiladi. Al'binizm tug'ma bo'ladi.

Tuguncha-teri damidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element. Tabiatan yallig'lanishga aloqador bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Tugunchalar epidermisda joylashsa-epidermal papulalar (yassi so'galdagi uchraydi) yoki dermada bo'lsa- dermal papulalarni (ikkilamchi zaxmda) yo'zaga keltiradi, aksariyat papulalar - epidermodermal bo'ladi (qizil yassi yoki tangachali temiratk, neyrodermit). Tugunchalar o'rnida odatda chandik, chandikli atrofiya kabi izlar qolmaydi, ammo giper- yoki

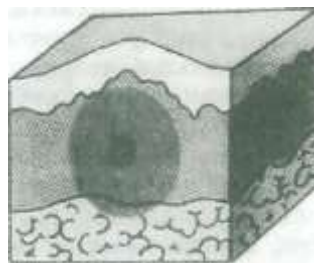
depigmentli dog`lar qolishi ko`zatiladi. Tugunchalarning rangi pushti, ko`ng`ir, misdek qizil, ko`kish-qizil bo`lishi mumkin.

SHakli jihatdan dumaloq, oval, poligonal, o`tkir uchli serbar, kindiksimon, qonussimon va yassi, qonsistesiyaiga ko`ra esa yumshoq, qattik elastik tugunchalarga bo`linadi. Kattaligi xar xil, to`g`nog`ich boshidek — miliar (1—1,5 mm), yasmiqdek keladigan — lentikul yar (2—3 mm), 10—15 tiyinlik tangadek — nummulyar tugunchalar farq qilinadi. Bir qancha yirik tugunchalar— pilakchalarni hosil qiladi. Miliar tugunchalar qizil yassi temiratki, lentikul yar tugunchalar qipikli temiratki va ikkilamchi zaxmda ko`zatiladi. Tugunchalar Mal`pigi qavatining qalinlashuvi tufayli epidermsidan (akantoz, gi-perkeratoz, parakeratoz) yoki dermaning so`rg`ichsimon qavatidagi infil`tratlardan paydo bo`ladi. Terining ko`p ishqalanadigan joylari, chov oralig`i yoki og`izda har xil ta`sirot tufayli ular yo`zasi ochilib eroziyalanadi; eroziyalangan papulalar, ba`zan gipertrofiyalanib vorsinkali yo`za hosil qiladi va ularni papillomalar deyiladi. Gipertrofik tugunchalar nisbatan katta bo`lib ikkilamchi qaytalama zaxmda uchraydi. Ko`pgina kasalliklarda papulalar bilan birga boshqa elementlar ham ko`zatiladi. Masalan, papulalar bilan pufakchalar (papulovezikul alar, maddalar, papula-pustulalar) nekrotik jarayon bilan birga keladi (papulonekrotik teri sili), Bunday hollarda ular o`rnida chandiqlanish ro`y beradi.

Do`mboqcha-o`tkir yallig`lanishga deyarli aloqasi bo`lmaydigan, teri sathidan ko`tarilib turadigan bo`shliqsiz element, chuqur tomirlar to`ri atrofidagi dermaning retikul yar qatlamida hujayra infiltrati to`planib qolishi tufayli kelib chiqadi. Kasallikning boshida do`mboqchani tugunchadan ajratish juda mushkul . Chunki kattaligi, shakli, konsistensiyasi jihatidan u tugunchaga o`xshab ketadi. Do`mboqcha dermaning faqat so`rg`ichsimon qavatida emas, balki to`rsimon qavatida ham yo`zaga keladi. Do`mboqchani kattaligi 3-5 mm dan 2-3sm gacha, rangi ko`kintir-sarg`ish yoki qo`ng`ir-qizgish, shakli yarim-sharsimon bo`ladi. Do`mboqcha infiltrati granulyomadan, ya`ni limfositlar, gigant va epitelioid xujayralardan iborat bo`ladi. Keyinchalik do`mboqcha markazi nekrozga uchrab, qora ko`tir bilan qoplanib turadigan yara xosil bo`ladi. Ba`zan do`mboqchani so`rilishi hisobiga uning o`rnida atrofiyali chandiqlar qoladi. Do`mboqcha, masalan, sil volchankasida ko`prikchalar (kazeoz-nekrozdan keyin) hosil qilishi bilan bitsa, zaxmda naqshga o`xshash shakllarni yo`zaga keltiradi va buning klinik ahamiyati katta.



Tuguncha



Do`mboqcha

Turli kasalliklarda do`mboqchalar o`ziga xos rangga ega bo`ladi. Masalan, uchlamchi zaxmda qizg`ish-jigarrang, sil volchankasida qizgimtir, moxovda to`q bug`doy rang va xoqazo.

Ko`pginakasalliklarda do`mboqchalar o`zining gistomorfologik to`zilishi bilan farq qiladi. Masalan, sil volchankasida do`mboqchalar aksariyat epitelioid hamda Langxansning gigant hujayralaridan tashqil topadi, ba`zan sil mikobakteriyalarini topish mumkin, zaxmda esa do`mboqcha plazmatik epitelioid xujayralar, limfositlar va fibroblastlardan iborat bo`lib, gistologik preparatlarda oqish treponemalar topilmaydi. Odatda do`mboqchalar badanning turli qismlarida joylashadi, ba`zan ular bir-biri bilan qo`shilib katta infil`tratlardan xosil qiladi. Do`mboqchalar asosan zaxm, sil volchankasi, moxov, tarqalgan rubromikoz kabi kasalliklarda uchraydi.

Tugun-bo`shliqsiz elementlar qatoriga kirib, teri damidan ancha ko`tarilib turadi, o`tkir bo`lmagan yallig`lanish bilan kechadi, infiltrativ tabiatga ega. Qonsistensiyasi qattiqroq, aniq chegarlangan, kattaligi 1-5 sm bo`lib, asosi teri osti qatlamida, ya`ni gipodermada joylashadi.

Tugun granulyomadan, ya`ni tugun infiltrati limfositlar, epitelioid va gigant hujayralar to`plamidan tashqil topadi. Dastlab tugun tashqaridan bilinmasligi mumkin, ammo paypaslab ko`rilganda qo`lga yaxshi unaydi, keyinchalik kattalashib, teri damidan ko`tarilib turadi. Tugunlar aksariyat yaralanib ketadi, bora-bora qora ko`tir bilan qoplanib, o`rnida chandiqlar qoldiradi. Ba`zan tugunlar ham o`tkir

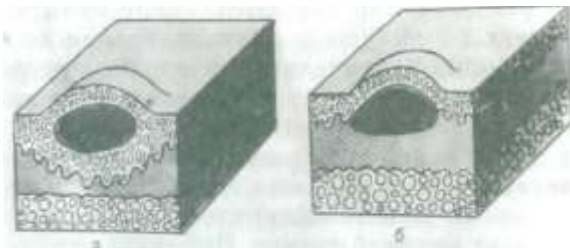
yallig'lanish bilan kechadi (tugunli eritema), bunda tugun asosi epidermisda bo'ladi. Tugunlar konsistensiyasi kollikvativ silda yumshoq, moxov va uchlamchi zaxmda qattiq elastik bo'ladi. Tugunlar o'zining konsistensiyasi, shakli, rangi va ajralmasiga qarab ayrim kasalliklarda o'ziga xos nom bilan ataladi: kollikvativ silda- skrofuloderma, uchlamchi zaxmda-gumma, moxovda-leproma va hokazo. SHuningdek tugunlar xavfli va xavfsiz o'smalar, chuqur mikoz, tarqalgan surunkali rubromikoz hamda tugunli eritemada ham uchraydi.

Pufakcha-doimo o'tkir yallig'lanish tabiatiga ega bo'lgan, teri damidan ko'tarilib turadigan, kovakli, ichida seroz suyuqligi bor ekssudativ birlamchi element. SHakli oval, yarim-sharsimon, kattaligi 1,5 mm dan 5 mm gacha etadi. Pufakchanning uchta qismi, ya'ni seroz yoki seroz-gemorragik suyuqlik bilan to'lgan kovak qismi; yopib turuvchi po'st va asosi tafovut qilinadi. Qamdan-kam hollarda (disgidrozda) pufakchalar teri damidan ko'tarilib turmay, teri yo'zasi bo'ylab tarqaladi. Pufakchalar mugo'z qavat xujayralari ostida, epidermis qavati xujayralari o'rtasida hamda epidermis va derma oralig'ida joylashishi mumkin. Pufakchalar bir yoki ko'p kovakli bo'ladi. Aksariyat pufakchalar tiniq seroz suyuqlik tutadi, ba'zan qon yoki yiring bo'lishi ham mumkin. Keyinchalik pufakchalar qurib tangachalar bilan qoplanadi yoki yorilib eroziya xosil qiladi va suvchirab turadi (ekzema va o'tkir dermatitda). Og'iz shilliq qavati hamda terining doimo bir-biriga ishkalanib turadigan sohasida pufakchalar aksariyat tez yoriladi va eroziyalangan yo'za hosil qiladi. Aksincha terining qalin joylarida (kaftda) joylashgan pufakchalar ancha vaqt yorilmay turadi. Pufakchalar to'p-to'p bo'lib joylashadi (oddiy uchuq), ba'zan uni guguncha ustida ham uchratish(qichimada) mumkin.

Pufakchanning gistologik ko'rinishida spongioz, hujayralaro shish (ekzema, dermatit), Mal'pigi qavat hujayralarida degenerativ o'zgarishlar (oddiy va belbog'simon uchuq, suvchechak) hamda hujayralar ichida vakuolalar yo'zaga kelg'anligini ko'rish mumkin (disgidrotik ekzema, epidermofitiya). Pufakchalar izsiz yo'qolib ketadi yoki ular o'rnida vaqtincha pigmentli dog' qoladi (Dyuringning gerpetiform dermatiti).

Pufak-ichi kovakli ekssudativ element, kattaligi 0,5 sm dan 5—7 sm gacha bo'lishi mumkin. Pufakning ham xuddi pufakcha-ga o'xshab qovak, po'st va asos qismi tafovut qilinadi, Agar pufak mugo'z qavat hujayralari ostida yotsa subkorneal, mal'pigi qavati hujayralari orasida (tikansimon hujayralar orasida) bo'lsa-intraepidermal, epidermis bilan derma oralig'ida joylashsa-subepidermal pufaklar deyiladi. Pufak ichidagi suyuqlik tiniq, sarg'imtir, xira va gemorragik, shakli yarimsharsimon, oval, yumaloq bo'lishi mumkin. Aksariyat pufaklar bir kovakli bo'ladi, shuning uchun teshganda tez bo'shaydi, ba'zan (epidermofitiyada) bir necha kovak hosil qiladi. Pufak suyuqligi leykositlar, eozinofillar, eritrositlar, epiteliyal hujayralar, ayrim hollarda ikkilamchi mikroorganizm (stafilokokk, streptokokk) tutadi. Pufaklar po'sti qattiq va tarang yoki mayin va yumshoq bo'lishi mumkin.

Aksariyat pufaklar eritematoz dog'lar o'rnida, ba'zan zsa hech qanday o'zgarishsiz teri sohasida yo'zaga keladi. Dyuringning gerpetiform dermatiti, toksikodermiya, ko'p shaklli ekssudativ eritemada pufaklar atrofi giperemiyalangan teri sohasi bilan o'ralib tursa, pemfigus, tug'ma bo'lez epidermolizda pufaklar hech o'zgarmagan teri yo'zasida paydo bo'ladi. Ba'zan epidermisga ikkilamchi mikroorganizmlar yoki ularning toksinlari ta'sir etishi tufayli ham pufak paydo bo'ladi. Endogen faktorlar ko'pincha intraepidermal pufaklar vujudga kelishiga sabab bo'ladi, bunda xujayralararo bog'lamlarning bo'zilishi (akantoliz) hamda epidermal hujayralarning degenerativ o'zgarishi ko'zatiladi.



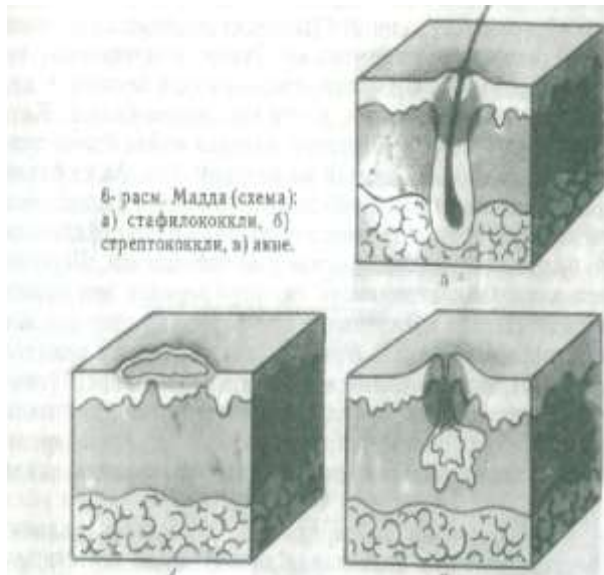
Pufak (sxema):

- a) epidermis ichidagi,
- b) epidermis tagidagi.

Akantolitik o'zgarishlar pemfigusda yaqqol ko'zga tashlanadi. Ba'zan tomirlardan chiqqan ekssudat epidermisni dermadan ajratadi va subepidermal pufaklar

paydo bo'ladi (polimorf ekssudativ eritema). Pufak ichidagi suyuqlik qurib o'ziga xos po'st hosil qiladi yoki odatda pufak yorilib, yo'za eroziyalarga aylanadi, eroziyalar bitib, o'rnida vaqtincha dog' koladi, keyinchalik bu dog' ham yo'kolib teri o'z asliga keladi. Aksariyat pufaklar subepidermal tabiatga ega bo'lganida dermaning so'rg'ichsimon qavati ham bir oz zararlanadi va pufaklardan keyin chandiq qoladi (tug'ma bo'lyoz epidermolizda, qo'yganda, porfirin kasalligi va boshqalar). Pufak

ko`pincha terining qo`yishi yoki unga biron qattiq narsa tegishidan kelib chiqadi. Madda, pustula-teri damidan ko`tarilib turadigan va ichida yiring bo`ladigan bo`shliq element. Pustulalar odatda o`tkir yallig`lanish tabiatida bo`ladi, ayrim kasalliklar, masalan, zaxmda pustulalar o`tkir bo`lmagan yallig`lanish bilan kechadi. Pustulalar shakli yarimsharsimon va yassi qonussimon bo`ladi, ularning kattaligi esa no`xotdek, ba`zan olchadek keladi. Infeksion mikroorganizmlarning (stafilokokk, streptokokk) haeti davomida ajralib chiqqan toksinlar ta`sirida zpitelial hujayralar nekrozga uchrab, natijada epidermisda yiringli kavak vujudga keladi Pustulalar terining qaysi qismida joylashishiga qarab, yo`za (faqat epidermis bo`ylab joylashadi) va chuqur (derma, gipodermada) xillarga ajratiladi. Epidermis bo`ylab joylashgan va qora qo`tir hosil qilishga moyil maddalar impetigo deb ataladi. Bunday maddalar o`rnida odatda vaqtinchalik dog` qoladi.



8-расм. Мадда (схема):
а) стафилококкли, б)
стрептококкли, в) акне.

Bundan tashqari maddalar soch follikul iga nisbatan joylashishiga qarab follikul yar (soch follikul i bilan bog`langan) va nofollikul yar maddalarga bo`linadi. Kelib chiqish sababiga ko`ra follikul yar maddalar, odatda stafilokokklarga bog`liq bo`lsa, nofollikul yar maddalar streptokokklarga aloqador bo`ladi. Soch follikul asining ustki qismi yiringli yallig`langanda osteofollikul it yo`zaga keladi (bunda yiring markazidan soch chiqib turadi) va atrofi picha qizargan bo`ladi. Follikul itlar yo`za bo`lganda o`zidan so`ng deyarli hech qanday iz koldirmaydi, ba`zan soch follikul asining butun tanasi yiringli yallig`lanadi, bunda madda chuqur joylashadi va bitganida o`rnida chandiqlik qoladi. CHuqur follikul itlar uchun og`riq va atrofida infil`tratlar (furunkul) bo`lishi xos, ular yorilganda yara hosil bo`lib,

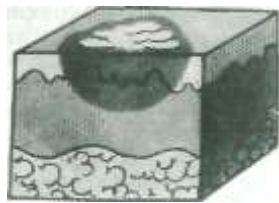
chandiqlik bilan tugallanadi. Nofollikul yar yo`za pustula (nozik, yassi) fliktena deyiladi. Dermada joylashgan chuqur nofollikul yar pustula ektima deyiladi. Fliktena bilan ektima streptokokkli piodermittlarda ko`zatiladi, ba`zan chuqur nofollikul yar pustulaning (ektimaning) yo`zasi qalin qavat bilan (yiringning kurib kolishi natijasida) qoplanadi, tagida chuqur yara yoki rupiya hosil bo`ladi. Ektima yoki rupiyaning gozasi ataylab ko`chirilsa yoki o`zi ajralsa yara xosil bo`lib, keyinchalik chandiqlanib qoladi.

YOg` bezlari bilan bog`liq pustula akne (husnbo`zar) deyiladi. Akne yog` bezining butun asosi bilan dermada chuqur joylashishi mumkin.

Qavarchiq — o`tkir yallig`lanish tabiatida bo`lib, teri damidan bir oz ko`tarilib turadigan bo`shliqsiz element; dermaning so`rg`ichsimon qavatida chegaralangan o`tkir yallig`lanishi va serozli shish paydo bo`lishi natijasida vujudga keladi. U dumaloq, cho`zinchoq va oval shaklda, rangi esa qizg`ish bo`ladi. Qattiq qichishish bilan kechadi. Qavarchiq lahzada paydo bo`lib, tezda yo`qoladi va o`zidan hech kanday iz qoldirmaydi. Ammo ba`zi bemorlarda u ancha vaqt saqlanib qoladi. Urtikal elementlar dastlab paydo bo`lganida rangi och pushti, keyinchalik oqimtir bo`lib qoladi. SHunday qilib, asl qavarchiqning markazi oq, periferiyasi esa pushti rangga kiradi. Odatda qavarchiqlar bir-biriga qo`shilishga moyil bo`lib, doira yoki chiziqchalarga o`xshash shakllarni vujudga keltiradi. Qavarchiqlar badanga qichitqi o`t va boshqa o`simliklar tegib ketganda, hashoratlari chakkanda, shuningdek kishi qattiq sovqotganda (ekzogen), og`ir iztirob yoki organizm qarshilik kuchining keskin pasayib ketishi (endogen) tufayli paydo bo`lishi mumkin.

Turli dori-darmonlar ta`sirida (medikamentoz), alimentar, infeksiy, allergik holatlarda ham qavarchiqlar ko`p ko`zatiladi. Pigmentli eshakemda terini mexaniq yo`l bilan ta`sirlab qavarchiqni yo`zaga keltirish mumkin. Zshakem, Kvinkning angionevrotik shishi, zardob kasalligida va boshqa dermatozlarda (toksikodermiya, Dyuringning gerpetiform dermatiti, flebotodermiya) qavarchiq asosiy morfologik element hisoblanadi. 2. Ikkilamchi morfologik elementlar. Bo`larga quyidagilar kiradi: pigment doglar (rimentatio), tangacha (squama), qora qo`tir po`st (srusta), yoriqlar (fissura), ekskoriyasiya, tiralish (exsoriatio), eroziya (erosio), yara (ulcus), chandiqlik (cicatrix), vegetasiya (vegetationes), lixenifikasiya (lichenificatio).

Pigment dog'lar (pigmentasiya, teri disxromiyasi terida pigmentlanishning bo'zilishi. Odatda birlamchi elementning o'rnida paydo bo'ladi. Masalan, zaxmdagi papula-lar, maddalar, ba'zi dermatozlarda eroziya va yaralar o'rnida giperpigmentlangan dog'lar koladi. Bunday o'zgarish aksariyat yallig'langan o'choqlarda melanin hosil bo'lishining ortishi va gemosiderin kabi qon pigmentining chiqishidan yo'zaga keladi (gemosiderozlarda, bit chaqqan teri sohasida). Melanin etishmasligidan esa ikkilamchi gipopigmentli dog'lar paydo bo'ladi. Ularni ikkilamchi leyokoderma deyiladi (tangachali temiratkida, zaxmda ko'zatiladi).



Tangacha — mugo'z qavatning ko'chib tushadigan yadrosiz hujayralari Odatda odam terisidan fiziologik ravishda o'z umrini yashab bo'lgan mugo'z qavat hujayralari tangacha bo'lib tushib ketadi. Ayniksa ular yuvinganda, kiyim-kechak badanga ishqalanganda ko'plab ajraladi, Tangachalarning rangi, shakli va katta-kichikligi har xil bo'ladi, ana shu xususiyatlardan ko'pgina dermatozlarni aniqlashda foydalaniladi,

Mugo'zlanish asosida epidermisdagi distrofik o'zgarishlar yotadi. Keyinchalik kerotin hosil bo'lishi bo'ziladi va ular giperkeratoz (mugo'z qavatning xaddan tashqari qalinlashuvi) yoki keratoz (mugo'zlanishning bo'zilishi) ko'rinishida kechadi. Tangachalar-ning shakli va rangini bilish shifokor uchun amaliy ahamiyatga ega. Masalan, tangachali temiratkida tangachalar oqimtir kumushrang, ixtiozning ba'zi shakllarida qora, yog'li seboreyada sarg'imgtir bo'ladi. Ayrim kasalliklarda tangachalar engil ko'chadi (tangachali temiratki), ba'zan teridagi elementlar bag'riga mahkam bog'langan bo'lib (chandiqli eritematoz), ular-ning ko'chishi bir qadar og'riq bilan kechadi (Ben'e-Mesher simptomi). Distrofik va destruktiv jarayonlarga qarab tangachalar mayda va yirik bo'lishi mumkin. Qizamik va rang-barang temiratkida mayda, skarlatina, toksikodermiya, o'tkir dermatit kabi kasalliklarda esa yirik tangachalar ko'zatiladi. Hatto Layel sindromida mugo'z qavat xujayralari yupqa rezina qo'lqopdek ko'chib tushadi. Pushti temiratkida tangachalar bamisoli bosib qo'yilganga o'xshasa, zaxm tugunchalarida tangachalar «Biyott yoqasi» simptomini vujudga keltiradi. Parapsoriyada tangachalar tugunchalarning o'rtasidan ko'chishi bilan ajralib turadi.

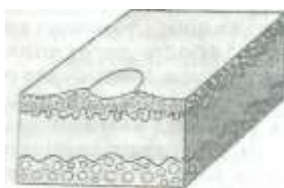
Ko'pgina zamburug'li kasalliklarda esa zararlangan o'choqlarning periferiyasidan po'st tashlash ko'zatiladi. Qora qo'tir po'st, po'stloq-teridagi birlamchi pufakcha, pufak, yiringcha va chuqur yaralar kabi toshmalar tarkibidagi tiniq yoki yiringli suyuqlikning qurib qolishi natijasida yo'zaga keladi. Ba'zan qora qo'tir po'stga avval ishlatilgan dorilarning yopishib qolish xollari ham ko'zatiladi. U teri yo'zasidan ko'tarilib turadi, rangi xar xil bo'ladi. Qora ko'tir po'stlar seroz, seroz-yiringli, yiring va qon aralash bo'lishi mumkin. Serozli po'stlar fibrinlar, leykositlar va destruktiv o'zgargan epidermis hujayralaridan; yiringli va qon aralash po'stlar esa leykositlardan, fibrin tolalari hamda parchalangan epidermis hujayralari va eritrositlardan tashqil topadi. Qora qo'tir po'stlarning katta-kichikligi birlamchi morfologik elementlar hajmiga qarab belgilanadi. Seroz ajralmali elementlar o'rnida sarg'ish, missimon; yiringli elementlardan so'ng sariq, yashil-sarg'imgtir; qon aralash ajralmali elementlardan qizg'ish-jigarrang, qoramtir qora qo'tir po'st vujudga keladi. Qora qo'tir po'stlar yupqa, yassi, yo'g'on, uchli, qavatli, qattiq va notyoki s bo'lishi mumkin. Ularning shakli mikrofloriga ham bog'lik. Masalan, stredto-stafilokokkli vul'gar impetigoda qora qo'tir po'stlar qat-qat, streptokokk impetigoda esa yupqa va tiniq bo'ladi. Vul'gar ektima, rupoid tangachali temi-ratki va gangrenoz piodermiyada qora ko'tir po'stlar o'rniga mahkam birikkan bo'ladi. Qatqat qalin qora po'stlar (rupiya) ikkilamchi zaxmda uchraydi. Ba'zan qora qo'tir po'stlar tangacha-lar bilan aralashib (ekssudat bilan tangachalar aralashganda) ketadi; ekssudativ tangachali temiratkida, seboreya hamda seboreyali ekzemada ana shunday xolat ko'zatiladi.

YOriqlar — terining chizikli defekti (etishmovchiligi) bo'lib, yallig'lanish, infil'tratlanish oqibatida hamda teri o'zining yumshoqligi va elastikligini yo'qotganida vujudga keladi. YO'zaki yoriqlarda patologik jarayon faqatgina terining epidermis qismida joylashadi. CHuqur yoriqlarda esa jarayon terining derma va undan ham chuqurroq qismida joylashgan bo'lishi mumkin. Odatda yoriqlar surunkali ekzema, piodermiya, kandidozda ko'zatiladi va asosan terining tabiiy burmali joylari (tizza, barmoqlar yo'zasi, og'iz burchaklari va boshqalar)da uchraydi. Erta tug'ma zaxm bilan og'rigan bolalar terisnda chuqur yoriqlarni ko'rish mumkin. YOriqlarning yo'zasidan seroz yoki seroz-qonli suyuqlik chiqadi va ular yoriqlar bo'ylab qora qo'tir hosil qiladi. Faqat juda chuqur yoriqlar o'rnida keyinchalik radiar chandiqlar qoladi.

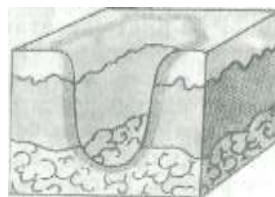
Ekskoriyasiya, tiralish — sogʻlom terining mexaniq taʼsirat tufayli jarohatlanishi, koʻpincha teri kichishishi natijasida paydo boʻladi. Terini qattiq qashiganda epidermis butunligi boʻzilib, chiziq-chiziqalar paydo boʻladi, bunday chiziqalarning chuqurligi baʼzan dermaning soʻrgʻichsimon qavatigacha etishi mumkin. SHilinishdan soʻng depigmentli yoki giperpigmentli dogʻlar qoladi, ayrim hollarda chuqur jarayonlardan soʻng chandiqli yoʻzaga keladi. Teridagi tiralish chiziqalari baʼzan kasallikning eng muxim (qoʻtirda) belgisi hisoblanadi.

Zroziya — teri epidermis qavatining yoʻza nuqsoni, odatda pufakcha, pufak yoki yoʻza maddalar erilganidan keyin paydo boʻladi. Eroziyaning katta-kichikligi birlamchi element hajmiga bogʻliq. Odatda eroziyaning rangi qizgʻish boʻlib, yoʻzasi doimo namlanib turadi. Pemfigus, Dyuringning gerpetiform dermatiti, ekzema, oyoq panjasi epidermorfitiyasi, belbogʻsimon, genital va ekstrogenital uchuqlardagi pufak yoki pufakchalar oʻrnida eroziya hosil boʻladi. Ogʻiz shilliq qavatida joylashgan zaxm tugunchalari yoʻzasi ham eroziyalanib turadi. Qattik shankr ham yoʻzaki eroziya bilan namoyon boʻlishi mumkin. Birlamchi eroziya sonda yoki badanning boshqa joyida qattik mexaniq ishqalanish oqibatida paydo boʻlishi mumkin. Eroziya butunlay tuzalib ketganidan soʻng oʻrnida vaqtinchalik dogʻ qoladi.

YAra-terining chuqur nuqsoni, bunda epidermis, derma, hatto gipoderma ham zararlanishi mumkin. YAra doʻmboqcha, tugun, chuqur pustula kabi birlamchi infilʼtrativ elementlar yorilganidan soʻng yoʻzaga keladi. Trofik yaralar hamda toʻqimalarning nekrozida birlamchi boʻlishi mumkin. YAlarning shakli xar xil, rangi esa koʻkish-qizgʻimtir, pushti-qizil, qirralari notyoki s, granulali, sillik, yoki osilgan boʻladi. Qattiq shankrda yaraning qirralari tyoki s va sillik boʻlsa, kollikvativ sil, piodermiyaning baʼzi koʻrinishlari hamda chuqur mikozlarda esa yaraning chetlari notyoki s, yumshoq, oʻzuq-yuluq boʻladi. YAraning tagi tyoki s yoki notyoki s boʻlib, seroz, yiringli, qonli suyuqlik bi-lan qoplanib turadi. Ular tagida toʻqimalar granulyasiyasini koʻrish mumkin, Yiringli yalligʻlanishlarda yaraning qirrasini kizarib shishadi, konsistensiyasi yumshoq boʻlib, undan yiring chiqib turadi.



Eroziya (sxema)



YAra (sxema)

Infeksion granulyoma (zaxm gummasi) da va oʻsma kasalliklarda yara atrofida qattiq infilʼtrat koʻzatiladi. YAra tuzalib ketganidan soʻng oʻrnida chandiqli qoladi, uning shakliga qarab avvalgi element toʻgʻrisida fikr yuritish mumkin.

CHandiqli —terining chuqur nuqsonlari (yara) bilan kechadigan doʻmboqcha, tugun, chuqur pustula va boshqalar oʻrni bitayotganida hosil boʻladi. CHandiqli soha terisi sogʻlom termdan keskin farq qilib, unda oʻziga xos mayinlik, tirqishlar, tuklar, ter va yogʻ bezlari mutlaqo boʻlmaydi. Dermadagi soʻrgʻichlar hamda soʻrgʻichlararo epitelial oʻsiqchalar silliq qilib ketadi va epi-dermis bilan derma oraligʻida koʻndalang toʻgʻri chiziq yoʻzaga ke-ladn. CHandiqli asosan yaralar hamda yoriqlar oʻrnida vujudga keladi. Baʼzan teri yarachaqalarsiz, yaʼni «quruq yoʻl» bilan ham chandiqlanishi mumkin, Masalan, teri sili, moxov, zaxmda infeksiya granulyoma asta-syoki n soʻrilib uning oʻrni biriktiruvchi toʻqima bilan bitadi, qizil volchankadagi katta infilʼtratlar oʻrnida ham chandiqli hosil boʻladi. YAra chandiqlar pushti-qizgʻish, esqilari esa giperpigmentli yoki depigmentli rangga kiradi. Sogʻlom teri sathida bir tyoki s yotgan yassi yoki koʻtarilib turadigan gipertrofik (keloid) va atrofik, yaʼni teri sathidan pastda joylashgan yupqa chandiqlar tafovut qilinadi. YUppqa chandiqli atrofiya xuddi papiros qogʻozini eslatadi, odat-da quruq yoʻl bilan pando boʻladi (eritematoz va sklerodermiyada), terining bunday sohasini barmoqlar bilan siqib bir joyga yigʻish mumkin.

Boʻlib oʻtgan patologik jarayonni aniqlashda chandiqlining katta-kichikligi, shakli, rangi, soni muxim ahamiyatga ega. Masalan, zaxm gummasi oʻzidan soʻng oʻzun va chuqur yuldoʻzsimon chandiqli qoldirsa, kollikvativ teri silidan soʻng esa limfa tugunlari atrofida choʻzilgan noaniqli koʻpriksimon chandiqlar yoʻzaga keladi. Piodermiyadan soʻng terining boshqa sohalarida ham xuddi shunga oʻxshash chandiqlar vujudga keladi. Papulonekrotik teri silida aynan muxrlangandek yoʻza chandiqlar hosil boʻladi, doʻmboqchali zaxmdan soʻng naqshdor chandiqlar qoladi.

Vegetasiya-aksariyat terining o'zoq vaqt yallig'lanib yurgan sohasida epidermis tikansimon qavatining o'sib ketishi hamda so'rgichlarning yuqoriga qarab kengayishi natijasida pando bo'ladi. Vegetasiya pilakcha yoki vorsinkasimon o'simta bo'lib, tuguncha, yallig'langan infil'trat yoki eroziyalar ustida joylashadi. Ro'y-rost vegetasiyalangan teri sohasi tashqi tomonidan «xo'roz tojisi» yoki gulqaramni zslatadi. Mabodo vegetasiya yo'zasi qalin mugo'z qavat bilan qoplangan bo'lsa, unda ular quruk, qattiq, sarg'imir rangli (so'galda) bo'ladi, agar vegetasiya eroziyalangan bo'lsa, unda ular aksincha yumshoq, namlangan, pushti-qizil yoki qizil bo'lib, salga qonaydi (vegetasiyalangan pemfigus). Vegetasiyalangan sohaga ikkilamchi piogen infeksiya qo'shilsa chetlari giperemiyalanib, seroz-yiringli ajralma chiqib turadi.

Lixenifikasiya, terining dag'allashishi-terining o'ziga xos o'zgarishi bo'lib, undagn naqshning dag'allashishi bilan ifodalanadi, bunda teri egatchalari ro'y-rost bilinib, xuddi shu soha terisi giperpigmentlanadi, quruqshab, g'adir-budur bo'lib qoladi. Terining dag'allashishi to'g'ridan-to'g'ri birlamchi, ya'ni terining hadeb tinalaverishi (neyrodermitda) yoki ikkilamchi, masalan, tugunchalar bir-biriga qo'shilib ketishi natijasida (tangachali hamda qizil yassi temiratki, surunkali ekzema) vujudga keladi, Lixenifikasiya paydo bo'lgan teri sohasi gistologiyasida epidermis tikansimon qavatining gipertrofiyasi, so'rg'ichsimoq qavatlararo epitelial o'siqlarning kattalashuvi hamda dermaning yuqori qavatida surunkali infil'tratli yal-lig'lanish ko'zatiladi.

Teri va tanosil kasalliklaridagi toshmalar faqat bir xil birlamchi morfologik elementlardan (masalan, tangachali temi-ratki yoki zaxmdagi tugunchalar, rozeolalar, so'gal va boshqalar) to'zilgan bo'lsa, monomorf toshmalar deyiladi. SHuning uchun monomorf toshmalardan iborat dermatozlar farq qilina-di. Ularga tangachali hamda qizil yassi temiratki, eshakem, vul'gar pemfigus, furunkul yoz, gidroadenit, chaqaloqlarning chilla yarasi va Boshqalar kiradi. Agar xastalikda har xil bir-lamchi morfologik elementlar uchrasa, buni chin polimor-fizm deb ataladi. Aksariyat kasalliklarda, jumladan, ekzema, moxov, Dyuringning gerpetiform dermatiti, zaxmning ikki-lamchi davrida bir yo'la har xil, ya'ni ham birlamchi, ham ikkilamchi elementlar ko'zatiladi. Bunday toshmalar polimor-fizmi soxta polimorfizm deb ataladi. Bemordagi mono-morf, polimorf toshmalar yoki soxta polimorfizmi baholay bilish kasallikni aniqlashda muxim ahamiyatga ega.

Teridagi gistomorfologik o'zgarishlar

Teridagi patomorfologik o'zgarishlar umumiy patologiyaning qonunlari bo'yicha rivojlanadi. Bu o'zgarishlar terining to'zilishi va funksiyasiga bog'lik bo'lib, o'ziga xos xususiyatlarga ega. Teridagi patomorfologik o'zgarishlar ma'lum terminlar bilan nomlanadi. Teri xastaliklari diagnostikasida ana shu terminlarni bilish zarur.

Vakuolli degenerasiya. Mal'pigiya qavatining xujayralari yadrosi atrofida vakuollar xosil bo'lib, ular yadroni periferiya tomon siqib chiqaradi. Natijada yadro deformatsiyaga uchrab, piknoz xususiyatlarga ega bo'lib qoladi. Sitoplazma ichidagi suyuqlik hujayrani nobud qiladi. Agar vakuola yadro ichida joylashsa, u holda yadro shishadi va suyuqlik bilan to'lgan pufakchaga aylanadi.

Spongioz (hujayralararo shish). Mal'pigiya qavati hujayralari orasidagi suyuqlik hujayralarni bir-biridan itarib, hujayralararo ko'prikchalarni bo'zadi. Natijada hujayra



Vakuolli degenerasiya



Spongioz

larning bir-biri bilan aloqasi bo'ziladi va epitelial pufakchalar hosil bo'ladi. Spongioz ekzema va boshqa dermatozlar uchun xos



Akantoz



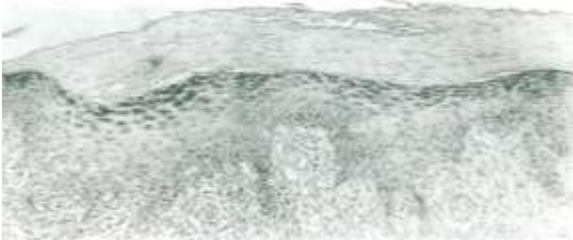
Papillomatoz

Ballonli degenerasiya. Mal'pigiya qavat hujayralarining nekrobiotik, degenerativ o'zgarishi. CHuqur degenerativ o'zgargan, hujayralararo ko'priklarini yo'qotgan va seroz-fibrinozli suyuqlikda so'zib yurgan shar shaklidagi hujayralar ko'zatiladi.

Akantoz- tikansimon qavat hujayralarining ko'payib qalinlashib ketishi.

Papillomatoz-terining bazal qavatida hujayralar bo'linishi (mitoz) ning kuchayishi va derma so'rg'ich qavati to'qimasining cho'zilishi.

Granulez-epidermis donador qavatining qalin tortishi.



Granulyoz



Diskeratoz

Giperkeratoz- epidermis mug'o'z qavatining haddan tashqari qalinlashuvi.

Diskeratoz-epidermis hujayralarida keratinizatsiya jarayonining bo'zilib ketishi

Epidermoliz-epidermis va derma (bazal membrana qavatida) orasidagi bog'liqlik bo'zilib, subepidermal bo'shliqlar hosil bo'lishi.

'Akantoliz-epitelial hujayralar orasidagi desmasomalarning shikastlanishi va bo'shliqlar vujudga kelishi.



Akantoliz



Mikroabsess

Mikroabsesslar-epidermis va derma hujayralaridan iborat yallig'lanish o'chog'i

Parakeratoz- tugallanmagan mugo'zlanish; mugo'z qavat hujayralarida yadro bo'lib donador qavatning bo'lmasligi.

Epidermoliz-epidermis va derma(bazal membrana qavatida)orasidagi bog'liqlik bo'zilib, subepidermal bo'shliklar hosil bo'lishi.



Parakeratoz

Bemorlarni klinik tekshirish

Teri va tanosil kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish terapiya va xirurgiyada qabo'l qilingan tekshirish usullaridan farq qiladi. Bunda bemordan faqat anamnez yig'ib qolmay, balki uning terisi va shilliq qavatlari umumiy ko'rikdan o'tkaziladi. Tekshiruv chog'ida teridagi birlamchi yoki ikkilamchi elementlarga, ularning tarkoq yoki chegaralanganligi, shuningdek konsistensiyasi, toshmalar chegarasi, atrofidagi terining o'zgargan yoki o'zgarmaganligiga ahamiyat berish talab etiladi.

Ba'zi dermatozlar klinik ko'rinishi jixatidan bir-biriga juda o'xshash bo'ladi yoki kasallik atipik shaklda kechadi. Bunday hollarda shifokor ko'pincha pal'pasiya, diaskopiya, tirnash kabi tekshirish usullarini qo'llashi yoki kasallikning kelib chikish tarixini chuqurroq o'rganishi zarur. Ba'zan teri morfologiyasini o'rganish, qon va siydikni umumiy analiz qilish va boshqa maxsus usullarni (masalan, qonning serologik reaksiyasi, teridagi elementlardan oqish treponema, moxov tayokchasi, akantolitik hujayralarni izlash, immunologik tekshirishlar va b.) qo'llashga to'g'ri keladi. Kasallik diagnostikasida to'g'ri yig'ilgan anamnezning ahamiyati katta. Kasbga oid dermatozlarni aniqlashda aynan shu soxa kishilarida ko'zatiladigan kasalliklar, masalan, kushxona va qonserva zavodi ishchilarida erizepelloid, qassob yoki teri oshlovchilarda qo'ydirgi, veterinarlar va ot boquvchilarda manqa. ulevodorod bilan muloqatda bo'lganlarda melanodermiya kabi kasalliklarning uchrab turishi e'tiborga olinadi. Teri leyshmanioziga gumon qilingan bemordan Qashqadaryo va shu viloyat atrofidagi hududlarda safarda bo'lgan yoki bo'lmaganligini so'rab-surishtirish, kasallikni o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi.

Ba'zi dermatozlar diagnostikasida yil fasllariga ham ahamiyat beriladi. Mas., o'rab oluvchi temiratki, ko'p shaklli ekssudativ eritema, pushti rang temiratki bahor va ko'zda uchrasa, eritematoz, fotodermatoz va zamburug'li kasalliklar bahor va yoz oylarida uchraydi.

Anamnez yig'ishda dermatozning vaqti-vaqti bilan qo'zib turishini inobatg'a olish zarur. Mas., psoriaz, ekzema, Dyuring dermatiti residivga moyil bo'lsa, trixofitiya, pushti rang te-miratki va boshqalarda residiv ko'zatiilmaydi.

Dermatozlar diagnostikasida kasallik boshlanishidan ol-din bemorning dori-darmon qabo'l qilgan yoki qilmaganligi, shu-ningdek oila a'zolarida shunga o'xshash toshmalar bor-yo'kligini surishtirish maqsadga muvofiq.

Bemorning hayotiy anamnezini yig'ish, organ va sistemalarini tekshirish, terapevtik klinikalarda qabo'l qilingan usullardan deyarli fark, qilmaydi.

Teri kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda dermatologik statusning ahamiyati katta. Bunda avvalo morfologik elementlar yallig'langan yoki yallig'lanmaganligini aniqlash ke-rak. Ko'pincha o'tkir yallig'lanish ekssudativ komponent bilan kechsa, xronik yallig'lanishda proliferativ komponent ko'shiladi. Kasallikni aniqlashda toshmalarining o'rni ham ahamiyatga ega. Mas., psoriaz, teri silining papulonekrotik turida toshmalar terining yozuvchi qismida uchrasa, sil volchankasi, eritematoz, husnbo'zarlarda toshmalar asosan yo'zda bo'ladi.

Toshmalarining tarqoq, chegaralangan, generalizasiya, disseminasiya bo'lib joylashganligiga, simmetrik yoki nosimmetrik-ligiga, shuningdek toshmalarining katta-kichikligi, shakli, chega-rasi, rangi, konsistensiyasi hamda yo'zasiga e'tibor berish za-rur. Toshmalarining chegarasi aniq yoki noaniq, keskin va nokeskin, shakli-yassi, qonussimon, yarimsharsimon bo'ladi. Toshmalar yumshoq, elastik, qattikroq va juda qattiq konsistensiyali bo'lishn mumkin.

Kasallik diagnostikasida dermografizmning ham ahamiyati katta. Uni teri nerv-tomir sistemasining mexanik kitiqlashga nisbatan javob reaksiyasi bilan aniqlanadi. Agar teri sathida shpatel yurgazilsa u qizaradi va 2—3 daqiqadan so'ng rangi yo'qoladi. Bu normal dermografizmdir. Qizil dermografizm ekzema, psoriasis, oq dermografizm qichima, eksfoliativ dermatit, turg'un oq yoki aralash dermografizm esa neyrodermit, eshakemda uchraydi.

Dermatologik status so'ngida bemorning sub'ektiv shikoyatlari qayd etiladi.

Teri kasalliklarini davolash

Teri kasalliklarida vujudga keladigan o'zgarishlar faqat mahalliy bo'lib qolmay, balki butun organizmning, shuningdek asab va endokrin sistemalar, ichki a'zolar hamda moddalar almashinuvi faoliyatlarining bo'zilishi natijasidir. SHu sababli teri kasalliklarini davolashda umumiy terapiya alohida o'rin tutadi. Lyoki n shuni ham hisobga olish kerakki, mahalliy davo vositasi sifatida qo'llanilayotgan dorilar umumiy ta'sir etish xususiyatiga ham ega. Davolash shartli ravishda ikkiga bo'linadi: umumiy va mahalliy.

Umumiy davolash. Teri kasalliklarining kelib chikishi organizmning barcha a'zolari bilan bog'liqligini nazarda tutib dermatozlarni davolashda terapiyada ko'llaniladigan dori-darmonlar keng ishlatiladi. Bunday usulda davolashda asab sistemasini tinchlantirish, organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshirish, vitaminlar etishmovchiligining oldini olish, mikroblar ko'shilishi bilan kechadigan kasalliklarni antibiotiklar bilan davolash nazarda tutiladi. Nerv sistemasini tinchlantirish uchun brom preparatlari (kaliy yoki natriy bromidshshg 0,25—0,5% li eritmasi 2—3 mahal 1 osh koshiqdan ichishga buyuriladi) va trankvilizatorlar (aminozin 2,5% — 1—2 ml muskul orasiga, tazepam —0,01 g dan kechqurun uxlashdan oldin, trioksazin 0,3 g dan kuniga 2 mahal, meprotran 0,2 g dan kuniga 2—3 mahal) keng qo'llaniladi. Bu dorilar juda asabiylashish va kuchli qichishish bilan kechadigan dermatozlarda tavsiya etiladi. Tinchlantirishning keng foydalanadigan turi gipnosuggestiyadir, ya'ni shifokor bemorga hushmuomalalik bilan ruhiy ta'sir etishi. Tinchlantiruvchi dorilardan novokainning 0,25—0,5% li eritmalari ishlatiladi. Bu dori 2—10—15 ml dan muskul orasiga yuboriladi yoki ovqatdan 1 soat oldin 15—25 ml dan kuniga 3 mahal ichiladi. Novokaindan ba'zan odamning boshi aylanib, ko'ngli ayniydi, umuman bo'shashib ketadi. Bunday hollarda novokain berishni to'xtatish kerak.

Ko'pchilik dermatozlarning vujudga kelishi va rivojlanishida allergologik o'zgarishlar muhim ahamiyat kasb etadi, bunda bemor organizmida o'ta sezuvchanlik holati ko'zatiladi. Bunday hollarda davolash asosini giposensibilizasiyalash tashqil qiladi. Giposensibilizasiyalovchi moddalardan kalsiy birik-malari (kalsiy xlor, glyuqonat kal'siy) va tiosul'fat natriy keng qo'llaniladi; kalsiy to'zlari simpatik va vegetativ nerv sistemasiga ijobiy ta'sir etib, qon tomir devorlari o'tkazuvchanligini normallashtiradi va mustaxkamlaydi. Kalsiy to'zlarini 10% li eritma holida 1 osh qoshiqdan uch mahal ichiladi yoki 5—10 ml dan venaga yuboriladi.

Kalsiy to'zlari venaga yuborilganda, ular angioreseptorlarni qitiqlab, nerv sistemasi orqali butun organizm holatini normallashtiradi. Tiosul'fat natriyning 30% li eritmasi venaga yuboriladi, uning giposensibilizasiyadan tashqari antitoksik ta'siri ham bor. Antigistamin dorilar. Teri kasalliklari patogenezida gistamin va boshqa biologik aktiv moddalarning ahamiyati katta; allergik reaksiyalar tufayli bu moddalar miqdori bemor organizmida yuqori bo'lib, ular qon tomirlar devorining o'tkazuvchanligini oshiradi, natijada terida eritema, shish va kuchli qichishish ko'zatiladi. Bunday noxushliklarni bartaraf etish maqsadida antigistamin dori-darmonlardan dimedrol, suprastin, pipol'fen va boshqalar buyuriladi. Dimedrol 0,03—0,05 g dan kuniga 2—3 maxal ichiladi yoki 1% li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Suprastin — 0,025 g dan 1—2 mahal ichish yoki 2% eritmasi 1 ml dan muskul orasiga; diprazin (pi-pol'fen) 0,025 g dan tabletka yoki 2,5% li eritmasi 1 ml dan muskul orasiga; diazolin — 0,1 g dan kuniga 2—3 mahal, fenkorol 0,025 g dan 3 mahal, tavegil 0,001 g dan 2—3 mahal, yoki 2 ml dan muskul orasiga, astemisan 1 tabletkadan 2—3 mahal, peritol, zaditen 1 tabletkadan 2 mahal buyuriladi. Keyingi yillarda tavegil va zaditenni faqat tabletkasi emas, balki uni sirop shaklida ham ishlatish keng yo'lga qo'yilgan, ayniqsa u yosh bolalardagi allergodermatitlarni davolashda juda qo'l keladi.

Vitaminlar bilan davolash. Ko'pincha ba'zi dermatozlar vitaminlar etishmasligidan kelib chiqadi. SHu sababli bemor organizmidagi etishmaydigan vitaminlar o'rnini to'ldirish maqsadida sintetik vitaminlar tavsiya etiladi. Vitamin S— askorbin kislotasi organizmning infeksiyalarga bo'lgan qarshiligini

kuchaytirib, oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini normallashtiradi, detoksikasiya va desensibilizatsiya qilish xususiyatlariga ega. Bundan tashqari, vitamin S qonni suyultirish, qon hujayralarini ishlash faoliyatini oshirish va melanin sintezida ham ishtirok etadi. SHu sababli bu vitamindan infeksiyon, toksik va allergik teri kasalliklarida va turli xil vaskul itlarda keng foydalaniladi. Askorbin kislotasi 0,1—0,3 g dan kuniga 3 mahal ichiladi yoki 5% li eritmasi 1—2 ml dan muskul orasiga yoki venaga yuboriladi.

Vitamin V guruhiga kiruvchi vitaminlar. V₁ (tiamin) — nevrit kasalligida keng qo'llaniladi, u og'riqni qoldirib, qichishishni kamaytiradi; bu vitaminni 0,01—0,02 g dan kuniga 2—3 mahal ichish yoki 5% li suvli eritmasi 0,5—1,0 ml dan muskul orasiga tavsiya etiladi.

V₂ (riboflavin), V₆(piridoksin), V₁₂ (siankobolamin), V₅ (pantotenat kal'siy), V₁₅ (kalsiy pangamat) vitaminlari ham dermatologiya sohasida keng qo'llaniladi.

Vitamin A (retinol) epidermisdagi mugo'z qavatda kechayotgan keratinizatsiya jarayonida ishtirok etadi, agar bu vitamin etishmasa giperkeratoz holati vujudga keladi. Vitamin A ni kuniga 50000—100000 XB dan ichish yoki muskul orasiga yuborish mumkin.

Vitamin E (tokoferol) oqsil, uglerod va yog' almashinuvlarida faol ishtirok etib, vitamin A ta'sirini kuchaytiradi. Tokoferol yog'larni oksidlanishdan saqlaydi. Bu vitamin etishmasligi oqibatida bepushtlik, jinsiy zaiflik va homiladorlik asoratlari ko'zatiladi, U yog'lar peryoksi oksidlanishining bo'zilishi bilan kechadigan teri kasalliklarida (fotodermatozlar, sklerodermiya va boshqa) keng qo'llaniladi. Vitamin E 50—150 mg dan kuniga bir mahal ichiladi yoki muskul orasiga 50 mg dan yuboriladi.

Vitamin RR (nikotin kislotasi) — asosan pellagra kasalligida ishlatiladi. Dermatologiyada teri kichishishi bilan kechadigan kasalliklarda keng foydalaniladi, chunki RR vitamini qon tomirlarni kengaytiradi, qichishishni kamaytiradi, terini himoya qiladi va jigar funksiyasini tiklaydi. Ichish uchun 0,05—0,1 g dan kuniga 2—3 mahal venaga va muskul orasiga esa 1% li eritmasi 1—3 ml dan tavsiya etiladi.

V guruxdagi vitaminlar allergiya va gistaminga qarshi ko'proq qo'llaniladi. Bundan tashqari, hujayralararo oksidlanish jarayonini qayta tiklashda ishtirok etadi. Organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi vositalardai autogemoterapiya, piroterapiya, biogen stimulyatorlarni qo'llash keng tarqalgan. Ular organizmning organ va sistemalari faoliyatini oshirish, ximoya qilish mexanizmlarini (gumoral va xujayralar immuniteti) kuchaytirish xususiyatiga ega. Pirogenal muskul orasiga 50 MPM (minimal pirogen miqdor) dan boshlab yuboriladi va bemorning xolagiga qarab, uning miqdori oshirib boriladi va 1000 MPM gacha etkaziladi. In'eksiyalar oralig'i 2—3 kun. Organizmning nospesifik stimulyatsiya qilishini oshirish maqsadida aloe, plasenta, FIBS, gamma-globo'lin va boshqalardan foydalaniladi.

Steroidli gormonlar bilan davolash. Steroidli gormonlar organizmda etishmagan tabiiy gormonlar o'rnini qoplash yoki organizmga spetsifik farmakodinamik ta'sir etish maqsadida ishlatiladi. Hozirda gormon preparatlaridan gidrokortizon, kortizon, shuningdek prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalardan keng foydalanilmoqda. Ular ovqatdan keyin ichiladi yoki muskul orasiga yuboriladi. Bu dorilarnng 2/3 qismi kunning birinchi yarmida qabo'l qilinishi kerak. Prednizolonning kattalarga bir kunlik o'rtacha miqdori 10—15 dan 30—40 mg gacha, deksametazon 2—4 mg, triamsnolon esa 10—20 mg dan buyuriladi. Kortikosteroidlar immunodepressiv, allergiya va yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega. Ular oqsil, yog', uglevod, to'z va suv almashinuviga kuchli ta'sir etadi; u jigarda uglevodlarning to'planishi, qonda qand miqdo-rining (steroidli diabet) oshishi, siydik bilan azotning ko'p ajralishiga olib keladi. Qonda esa eozinopeniya, limfopeniya, neytrofilyoz ko'zatiladi. Qand kasalligida, qon bosimi oshganda gormon preparatlarini berib bo'lmaydi, chunki ular qon bosimini ko'tarib yuboradi. Bundan tashqari o'zoq vaqt gormon dorilari qabo'l qilinganda qonda protrombin ko'payib ketishi na-tijasida qon tomirlarda tromboz va nerv sistemasi tomonidan esa eyforiya holati ko'zatiladi. SHu bilan bir qatorda organizmdan suv va natriy moddasining chiqishi kamayib, kaliy moddasining chiqishi kuchayadi. YOG' almashinuvining bo'zilishi sababli bemorlarda Isengo-Qu'shing sindromi ko'zatiladi. Kortikosteroidlarni och qoringa qabo'l qilish yaramaydi, aks xolda me'da va o'n ikki barmoq ichak yaralari hosil bo'lishi va ulardan qon okishi mumkin.

Gormon preparatlarning ta'sirini xisobga olib u bilan davolanayotgan bemorlarga kaliy (kaliy oratat, panangin, asparkam) va kalsiy to'zlari (kalsiy g'lyuqonat, pantotenat kal'siy, anabolik steroidlar (retobolil, fenobolil), vitaminlar hamda vitamininga boy bo'lgan meva va sabzavotlar tavsiya etiladi.

Kortikosteroidlar qabo'l qilayotgan bemorlarda ikkilamchi infeksiyalar ko'zatiladi, uni oldini olish maqsadida antibiotiklar qabo'l qilish maqsadga muvofiq.

Kortikosteroidlarning kundalik miqdori kasallikning klinik kechishi va bemorning vazniga bog'liq. Og'ir kechadigan dermatozlarda (pemfigus, eritrodermiyalar) gormonlarni yukori mikdorda qabo'l qilish tavsiya qilinadi (masalan 80—100 mg) va kasallik to'zalinqirashi bilan oz-ozdan kamaytirib minimal miqdorga keltiriladi va shu me'yorda ushlab turiladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Teri kasalliklari ichida terining yiringli kasalliklari hiylagina, ayniqsa bolalarda ko'proq uchraydi. Antibiotiklardan penisillin, ampicillin, tetrasiklin, eritromisin, oletetrin, kanamisin, levomisetin ko'proq qo'llaniladi.

Bundan tashqari, zamburug' kasalliklarida grizeoful'van qo'llanadi, u 0,125 dan tabletka xolida bo'lib, ko'pincha mikrosporiya, trixofitiya, oyoq mikoziida buyuriladi.

Umuman antibiotiklarni o'zoq vaqt kabo'l qilinadigan bo'lsa, ularga albatta 250.000—500.000 TB dan kuniga 4 maxal nistatin beriladi.

Teri kasalliklarining paydo bo'lishi va rivojlanishida immunologik o'zgarishlarning ahamiyati katta. Immun sistema fa-oliyatini kuchaytirish maqsadida dekaris, timolin, taktivin va boshqalarni ko'llash, uning faoliyatini susaytirish uchun esa immunosupressiv vositalar (metotreksat, azotioprin, prospidin, siklofosfan, sandimmun) dan foydalanish mumkin,

Ba'zi bir dermatozlarni davolashda turli xil ximioterapevtik vositalar qo'llaniladi: piodermiyalarda-sul'fanilamidlar; moxov kasalligi va Dyuringning germetiform dermatitida — diaminodifenilsul'fon, diusifon; eritematozda, qizil yassi temiratkid-xingamin (rezoxin, delagil, xloroxin); teri silida — ftivazid, salyo'zid va boshqalar.

Teri kasalliklarini davolashda fizik usullar (issiq, nur va elektr bilan davolash) keng qo'llanilmoqda, Davolash vositasi sifatida nurdan foydalanganda bemor terisining shu nurga nisbatan sezuvchanligi va yo'ldosh kasalliklar xisobga olinishi zarur. Ul'trabinafsha nurlar (UBN) bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan ta'sirchanliligini oshiradigan dorilarni (fotosensibilizatorlar) birga qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli — fotoximioterapiya yoki PUVA-terapiya deb ataladi. Fotosensibilizator sifatida puvalen, lamadin, psoboran va boshqalarni qo'llash mumkin.

YUrak-tomir kasalliklari, 2—3-darajali gipertoniya, jigar, buyrak, qalqonsimon bez hamda o'sma kasalliklarida, xomiladorlikda, shuningdek UBN yoki fotosensibilizatorlarga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lgan kishilar, bolalar va keksalarni PUVA-terapiya bilan davolash qat'iy man etiladi.

PUVA-terapiya stasionar va ambo'latoriya sharoitida o'tkazilishi mumkin. Fotosensibilizatorning dozasi quyidagicha: puvalen, lamadin, ammifurin bemorning xar kg vazniga 0,6 mg dan beriladi. Psoboran esa 0,8 mg dan beriladi. Bu dorilarni ovqatdan keyin UBN dan 1,5—2,0 soat oldin ichiladi yoki eritmalari teriga surtiladi.

PUVA-terapiya bilan davolanayotgan bemor o'zini Boshqa nurlar, xususan quyosh nuridan himoya qilishi lozim. Bemorlar fotosensibilizator preparatlarini ichganlaridan keyin 8 soatgacha quyoshga chiqmasliklari, shuningdek UBN dan himoya qiluvchi qora ko'zoynak taqib yurishlari tavsiya etiladi. Fotoximioterapiya chogida ba'zan bemorlarda teri qo'yishi ko'zatiladi; agar terida qo'yishning I darajasi ko'zatisa, u holda steroidli malham yoki kremlar surtish, II darajali qo'yishda esa xosil bo'lgan pufakchalarni ochib tashlash, anilin bo'yoqlar surtish va antibiotikli malhamlar qo'llash tavsiya etiladi; PUVA-terapiya ma'lum muddatga to'xtatiladi.

Teridagi o'sma, so'gallarni yo'qotish maqsadida diatermokoagulyasiya, krioterapiya, kriodestruksiya usullari qo'llaniladi.

Krioterapiyadan massaj sifatida foydalanganda teridagi yallig'lanishlar tezda qaytadi. SHular qatorida elektromagnit maydoni, ionoforez va lazer nurlaridan ham dermatologiya sohasida keng foydalanilmoqda.

Mahalliy davolash. Maxalliy yoki sirdan davolash aslida umumiy davo hamdir, chunki ular faqat mahalliy ta'sir etib qolmay, balki teri orqali so'rilib butun organizmga umumiy ta'sir etadi. Maxalliy davo har bir bemorga alohida tanlanadi. SHundan so'ng zararlangan o'choqning holati, kasallikning kechishi, bosqichi, jarohatning yo'za yoki chuqurligi, shuningdek bemor ilgari ishlatgan mahalliy davo

vositalarini xisobga olgan holda maxalliy davolashni boshlash mumkin. Teri kasalliklarini maxalliy davolashda dorilarni sepish, namlash yoki ho'llash (primochka), turli aralashmalar va malhamlardan foydalanish mumkin.

Namlash uchun ishlatiladigan suyuqliklar, chayqatma va upalar yo'zaki ta'sir etish xususiyatiga ega. Namlash, xo'llash (primochka) — kasallikning o'tkir, yarim o'tkir yallig'lanish davrlarida, teri yo'zasi issiq va nam bo'lganida ishlatiladi. Bunda qon tomirlar siqilib, teri yo'zasida pilchirash kamayadi, qichish va og'riq yo'qoladi. Terini namlash uchun suvda eriydigan dorilardan foydalaniladi. Bunda namlash uchun qo'llaniladigan dorilardan biri ishlatiladi, buning uchun doka yoki bint 4—5 qavat qilib buklanadi va doriga ho'llanadi, biroz siqib so'ngra zararlangan joy ustiga bog'lab qo'yiladi. U qurib qolmasligi uchun har 10—20 minutda namlab turiladi. Namlash usulida 1—2% li rezorsin, 0,25% li kumush nitrat, 2% li borat kislotasi, 1:1000 etokridin laktat va bshqa dori eritmalaridan foydalaniladi.

Rp: Mentholi 0,2
Zinci oxydati
Amyli Triticii aa 10,0
M.D.S. Қичишишга қарши упа.

Rp: Urotropini 5,0—10,0
Talci 10%—20,0
M.D.S. Терлашга қарши упа.

Upalar (pudralar) — yallig'lanishga qarshi yo'za ta'sir ko'rsatadi, ular dezinfeksiya qilish, qichishishni kamaytirish, teridagi nam, yog', terni o'ziga so'rib olib, terini sovutish xususiyatiga ega. Indifferent (tal'k, vismut, oq loy, ruh oksidi, kramal), dezinfeksiyalovchi (dermatol, kseroform), shuningdek tarkibida antibiotiklar bor upa (prisipka) lar ishlatiladi. Ular zararlangan joyga yupqa bir tyoki s qilib sepiladi.

CHayqatma (boltushka) lar yoki chayqatiladigan aralashmalar teridagi yallig'lanishni kamaytirish, terini sovutish va quritish maqsadida ishlatiladi. Ular (30 foiz) bir yoki bir necha xil kukun moddalar (rux, tal'k, oq loy, kraxmal) hamda (70 fonz) suv yoki asosdan (spirt, glisirin, vazelin moyi) va boshqalardan iborat bo'ladi. CHayqatmani qo'llashdan oldin u albatta yaxshilab chayqatiladi. Aralashmalar tarkibidagi suyuqligi tezda bug'lanib ketib, zararlangan terida faqat kukun qismi qoladi xolos. CHayqatmalar suvli, suvspirtli va moyli bo'ladi.

Rp: Zinci oxydati
Talci aa 20,0—30,0
Glycerini 10,0—20,0
Aqua plumbi 100,0
M.D.S. Ишлатишдан олдин чайқатинг.

Rp: Sulfuri praecipitati 5,0
Spiritus comphorati 10,0
Glycerini 15,0
Ac. lactici 1,0
Aqua destillatae 120,0
M.D.S. Ишлатишдан олдин чайқатинг (мойли себореяда).

Pastalar teri kasalliklarini davolashda juda ko'p qo'llanadi. Ular tayyor holda bo'ladi yoki shifokor ko'rsatmasiga asosan tayyorlanadi. Pastalar teng miqdordagi yog' yoki yog'simon moddalar (lanolin, vazelin), shuningdek qattiq kukunsimon moddalardan (tal'k, ruh oksidi) iborat bo'ladi. U terining chuqur qavatlariga ta'sir etadi. Pastalar kepaklanish, qichishishni kamaytiradi, tarkibidagi kukun ekssudatni o'ziga so'rib olib, terini sovitadi va zararlangan terining tezroq to'zalishiga yordam beradi. Pasta tarkibidagi yog' yoki yog'simon moddalar tangacha va po'stlarni yumshatib, ularni syoki n-asta ko'chirib yuboradi. Tarkibidagi yog' va upa miqdoriga qarab quyuc (60:40) va suyuq (40:60) pastalar tafovut etiladi.

Rp: Acidi salicylici 2,0
Zinci oxydati
Amyli aa 25,0
Vaselini 48,0
M.D.S. Лассар пастаси.

Rp: Zinci oxydati
Talci
Naphtae-Naphtalani
Ung. Wilkinsoni aa 20,0
M.D.S. Паста (микробли экземада).

Malhamlar asosini yog' yoki sintetik yog'simon moddalar tashkkl qilib, uning tarkibiga turli xil farmakologik moddalar (oltingugurt, rezorsin, mentol, dermatol, levomisetin) kiritiladi. Malham surilgandan keyin teridan chiqayotgan ter tarkibidagi suyuqlik malham ostida qoladi va u zararlangan terini yumshatib, dori-darmonlarni terining chuqur qavatlariga so'rilishini ta'minlaydi. YOg'larga

turli xil dori-darmonlar qo`shib qichishishni va og`riqni koldiruvchi, yumshatuvchi, dezinfeksiyalovchi hamda boshqa malhamlar tayyorlash mumkin.

Malhamlar asosan hayvon va mineral yog`lari (moylari), shuningdek sariq vazelin, lanolin va ba`zan naftalan asosida tayyorlanadi.

Rp: Ac. salicylici 0,6
Ac. resorcini 1,5
Vaselini ad 30,0
M.f. Ung
M.D.S. Малхам.

Rp: Perhydroli 3,0
Lanolini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Оқартирувчи мал-
хам.

Kremlarning 2/3 qismi yog` va 1/3 qismi suvdan iborat bo`lib, ular terini yumshatib, sovutish va tashqi muhit ta`siridan saqlash xususiyatiga ega.

Keyingi yillarda tarkibida kortikosteroid bo`lgan malham va kremlar keng` qo`llanilmoqda: 1% li gidrokortizon, 0,5% li prednizolon, «Ftorokort», «Sinalar», «Flyusinar», Ul`tralan, kortikosteroid va antibiotiklardan iborat malham va kremlar («Selestoderm «V», «Diprogenta», «Triderm») qichima kasalligi piodermiya bilan murakkablashganda yaxshi yordam beradi.

Rp: Lanolini
Vaselini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Маҳаллий қўллаш
учун.

Rp: Lanolini 5,0
Vaselini flavi 9,0
Ol. Persicorum 1,0
Liq. alumini
acetici 3,0
Glycerini 1,0
M.D.S. Совутувчи крем.

Malhamlar tarkibidagi dori-darmonlarning farmakologik ta`siri ularning qonsentrasiyasiga bog`liq, masalan, salisil kislotasi, rezorsin oz miqdorda et bitirish (keratoplastik) hossasiga ega bo`lsa, yuqori qonsentrasiyada keratolitik, undan yuqori qonsentrasiyada qo`ydiruvchi xususiyatga ega.

Keratoplastik moddalar yallig`lanishni kamaytirib, zararlangan epidermisning mugo`z qavatini qayta tiklaydi: infil`tratlarni so`riltiradi, terini quritib, qichishishni kamaytiradi. Qeratolitik dorilar dezinfeksiyalash xususiyatiga ham ega.

Teri kasalliklarini davolashda quyidagi keratoplastik dorilar qo`llaniladi: qatron — degot` (qarag`ay daraxtidan olingan — Pix liquidi, Ol. Rusci), naftalan — Naphtalanum, ixtiol— Ichtyoli, oltingugurt —Sulfur, salisil kislotasi — As. salicylici, Mitroshin suyuqligi va boshqalar.

Keratolitik moddalar epidermisning mugo`z qavatini ajratadi, ular giperkeratoz yoki parakeratoz holati bilan kechadigan dermatozlarda qo`llaniladi.

Keratolitik moddalar pig`mentasiya bilan kechadigan kasalliklarda (xoldorlik, xloazmlar, toksik melanodermiya, chov impregnasiyasi va boshqalar) keng ishlatiladi. Ular antiseptik, antiparazitar xususiyatga ega bo`lib, teri sathidagi mikroorganizmlarni mexaniq yo`l bilan yo`qotadi. Salisil kislotasi va rezorsin (5—10% va undai yuqori qonsentrasiyada) ishkori (sovun, ayniqsa kaliy elementi bor ko`k-yashil sovun) va boshqalar keratolitik xususiyatiga ega.

Parazitlarni yo`qotishda antiparazitar dorilar oltingugurt, yod, kseroform, etakridin laktat va boshqalar keng qo`llaniladi. Bu moddalarni malham, chaykatiladigan aralashmalar yoki namlovchi dorilar ko`rinishida ishlatish mumkin.

Zamburug`li teri kasalliklarini davolashda asosan yod (2— 5% li spirtli eritmasi), anilin bo`yoqlar, oltingugurt va boshqalar ishlatiladi («Terining zamburug`li kasalliklari» bo`limida batafsyl bayon etilgan). Qichishga qarshi vositalardan mentol (0,5—2%), anestezin (5—10%), dimedrol (1%), timol eritmasi (0,5%), limon kislotasi (1%) va boshqalar keng qo`llanilmoqda.

Terining yiringli kasalliklari

Terining yiringli kasalliklari yoki piodermitlar (yunoncha pyon –yiring, derma- teri degan so`zdan olingan) eng ko`p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Aksariyat terining yiringli kasalliklari surunkali kechib, tez-tez qaytalab turadi va o`zoq vaqt mobaynida davolanishni talab qiladi, ba`zan kishilarning mehnat qobiliyati pasayib ketishi yoki vaqtincha ishga yaroksiz bo`lib qolishlari ham mumkin. Professor YA.A.Hamelin (1980) ma`lumotiga qaraganda, keyingi 15 yil ichida piodermitga chalingan bemorlar mehnat kobilyatining pasayishi 6,8 % dan 9,4 % ga oshgan, ilgari furunkul ez,

karbunkul va gidrodenit kabi kasalliklar xar yili mexnatkashlarning juda ko'p ish kunlarining yuqolishiga sabab bo'lgan. SHuning uchun bu kasalliklarning profilaktikasi dolzarbligicha qolmoqda. Bolalar dermatologiyasida ham piodermitlar salmokli urin egallaydi. Barcha dermatozlar orasida u 25-60 % ni tashqil qiladi. Piodermitlar birlamchi yoki biron bir boshqa teri kasalligining asorati bo'lishi ham mumkin.

Etiologiyasi: Teriga yiring paydo qiluvchi mikroblar – stafilokokk va streptokokklar, goho ayrim mikroorganizmlar – pnevmokokklar, ko'k yiring tayoqchasi, ichak tayoqchasi va boshqalarning tushishi sabab bo'ladi. Ba'zan bir nechta mikroorganizmlar birgalikda uchrashi ham mumkin. Tabiatda stafilokokk va streptokokklarning (uyda, kiyim-kechak, teri va shilliq qavatda) doimiy mavjudligi piodermitlarning tez-tez uchrab turishiga olib keladi. Barcha tekshirilganlarning 20-75 % ini basilla tashuvchilar tashqil qiladi. Sanitariya-gigiena qonun-koidalarini bilmaslik yoki uni kupol ravishda bo'zish, turmush va mehnat sharoitlaridagi kam-kust xolatlar terining yiringli kasalliklari tarkalishiga imkon yaratadi.

Soglom odam terisida doimo patogen bo'lmagan (saprofit) mikroorganizmlar bo'lib, ular tashqi muxitdan tushib turadi va soch follikul alari hamda yog bezlari tirkishiga urnashib oladi. Ularni kelib-ketuvchi (tranzitor) mikroorganizmlar deyiladi. SHu bilan birga terida doimiy (rezident) mikroorganizmlar ham mavjud. Mikroorganizmlarning teri yo'zasida tarkalishi bir xil bo'lmay, ular hatta fasl, yosh va jinsga qarab o'zgarib turadi. Terining yiringli kasalligiga chalingan bemorlarning terisi yo'zasida ayniksa patogen mikroblar – stafilokokk va streptokokklar kupayib ketadi.

Patogenezi: terida yiringli kasallik kelib chikishida avvalo mikroorganizmlarning patogenligi va virulentligi ahamiyatga ega, ammo ularning terida rivojlanib ketishi uchun ma'lum bir shart-sharoitlar zarur. Bo'lar terining himoya funksiyasi va piokokklarga nisbatan organizmning qarshilik ta'sirini susaytirib yuboradigan ekzogen va endogen sababla

Ekzogen sabablar:

1. Teridagi yo'za va mayda yara-chakalanish (mikrotravmalar)- tiralish, qirqilish, qo'yish, ishqalanish va boshqalar.
2. Terining xaddan tashkari ifloslanishi, oddiy gigiena qoidalariga rioya qilmaslik.
3. Sovuq yoki issiq urishi, sovuqtosh.
4. Kasbkor omillar (ko'mir, sement, oxak, tuprok va neft` maxsulotlari bilan ishlash)
5. YOsh bolalarni notug`ri kiyintirish (sun`iy toladan tiqilgan kiyimlar, qalin qilib urab chirmash)
6. Teri muxitining (rN) o'zgarishi.

Endogen sabablar

1. Uglevodlar almashinuvining bo'zilishi (giperqlikemiya), gipofiz hamda kalqonsimon bez faoliyatidagi etishmovchilik
2. Nerv sistemasi faoliyatidagi funksional bo'zishlar (nevrozlar)
3. Organizm tomonidan oksil o'zlashtirilishining bo'zilishi (gipoproteinemiya)
4. Me`da – ichak sistemasi faoliyatining funksional (jigar, me`da-ichak kasalliklari) bo'zilishi
5. Gipovitaminozlar (ayniqsa A va S)
6. Irsiy omillar
7. Organizm immun mexanizmining bo'zilishi va boshqalar

YUkorida keltirilgan ekzogen va endogen sabablar birgalikda kasallikni vujudga keltirishi mumkin. Odatda bu omillar kompleks ravishda ta'sir qiladi. SHunga ko'ra mutaxassis bemorni qunt bilan tekshirishi va yuqorida qayd etilgan sabablarni aniqlab, shunga yarasha davo choralarini qo'llashi kerak bo'ladi. Bolalarda terining yiringli kasalliklari kelib chikishida, terining odatdagi fiziologik qarshilik kuchining xali tula rivojlanmaganligi ham katta ahamiyatga ega. Gudak tug`ilgan zamonok uning terisi va shilliq qavatlaridan saprofit va patogen mikroorganizmlar topiladi. Ammo bu mikroorganizmlar xar doim ham kasallik keltirib chiqaravermaydi. Kasallikning paydo bo'lishi tushgan mikroorganizmlarning soni, virulentligi, bola terisining namligi, muxiti (rN), kolloid-osmotik axvoli, immun sistemasi va Boshqalarga bog'liq. Piodermitlarning paydo bo'lishida ko'zg`atuvchining patogenligi, ayniksa stafilokokklarning plazmakoagulyasiya, gemolitik, toksigenlik va pigment xosil qilish xususiyatlari muxim ahamiyatga ega. Keyingi yillarda antibakterial preparatlarni xaddan ziyod ishlatish (organizmning reaktivligini o'zgartirish bilan bir Qatorida) kuppina mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar va streptokokklarning ba'zi biologik xususiyatlari ni (antigenlik,

immunogenlik, virulentlik) o'zgarishiga olib keldi. Bu jarayon terida kasallik paydo qilmaydigan mikroorganizmlarning (epidermal stafilokokk) patogenlik tomonga siljishiga sabab bo'lmokda va ular tez-tez qaytalab turadigan terining turli yiringli kasalliklarini keltirib chiqarmokda. SHu bilan birga penisillinni parchalovchi mikroorganizmlarning shtammlari (b-laktomaza ishlab chikuvchi, a-trasformasiyalangan kupayib bormokda.

Tasnifi: Terining yiringli kasalliklari etiologik omillarga qarab stafilokokkli, streptokokkli va aralash bo'ladi. Terining yiringli kasalliklari joylashishiga qarab yo'za va chuqur: kechishiga kura o'tkir va surunkali xillarga bo'linadi.

Stafilokokkli piodermatlarda yalliglanish jarayoni aksariyat teri xosilalari, soch follikul alari, yog va ter bezlarida bo'ladi. Asosiy morfologik element – madda. Uning shakli qonussimon, pusti esa qalin, tortilgan, ichida sargimtir-yashil yiring bo'ladi. Madda urtasidan mayin soch chikib turadi.

Stafilokokklardan farkli streptokokklar ko'zgatgan piodermatlarning morfologik elementlari soch va yog bezlari follikul alari bilan bog'liq bo'lmaydi. YAlliglanish jarayoni yo'za, maddalar shakli yassi, pusti nozik (fliktina) ichidagi ekssudat seroz-yiringli va bir-biriga qo'shilib ketishiga moyil bo'ladi.

YO'za piodermatlarda morfologik elementlar faqat epidermida bo'ladi, shuning uchun to'zalganidan keyin urnida vaqtinchalik dog koldiradi, xolos. Chuqur piodermatlarda esa yalliglanish hatto gipodermagacha boradi va o'zidan keyin chandik yoki atrofiyali chandik koldiradi.

Stafilokokkli piodermatlar (stafilodermiyalar). Terining stafilokokkli kasalliklariga ostiofollikul it, sikoz, chuqur follikul it, furunkul (chipqon), karbunkul (huppoz), gidradenit kiradi. Ostiofollikul it bilan sikoz terida chandik koldirmaydi, kolganlari esa tukimalarni shikastlab, chandik bilan bitadi.

YOsh bolalar terisi o'ziga xos to'zilishga ega, shuning uchun ularda stafilodermiya Boshqacharok kechadi, bunda toshmaning morfologik elementi yo'za nofollikul yar pufaklar xisoblanadi. Bolalar terisi stafilokokklarga nisbatan sezuvchanligi sababli yalliglanish tez va tarkok kechadi, ba'zan ogir oqibatlariga olib keladi. Asosan ularga vezikul opustulyoz, psevdofurunkul yoz, chilla yara va Ritterning eksfolitiv dermatiti kabi stafilokokkli kasalliklar ko'zatiladi.

Ostiofollikul it – soch xaltachasi ogzining yalliglanishi, asosan stafilokokklar ko'zg'atadi. Dastlab teri yo'zasida qonussimon shaklda, follikul yar madda (pustula) paydo bo'ladi. Madda urtasidan mayin soch (tuk) chikib turadi. Soch follikul asi atrofi biroz yalliglanib, kizaradi va pushti-qizil rangli yalliglanish toji bilan uralgan bo'ladi. Osteofollikul itlar yoki stafilokokkli impetigo terining kichik yoki keng xiylagina qismini egallashi mumkin. Bir necha kundan sung maddalar kuriydi va yalliglanishlar surilib ketadi. Osteofollikul itdan keyin xech kanday chandik kolmaydi, biroz pigmentli dog koladi, xolos.

Osteofollikul itda maddalar tup-tup bo'lib joylashsa ham bir-biriga qo'shilmaydi. Ba'zan ayrim elementlar nuxatdek bo'lishi ham mumkin, urtasidan mayin soch (tuk) chikib turadi. Buni Bokxartning stafilokokkli impetigosi deyiladi.

Osteofollikul itga asosan ekzogen omillar ishkalanish, tiralish va Boshqalar sabab bo'ladi. Maddalar aksariyat badanning bosilib ishkalanib turadigan qismlarida (buyin, bilak, boldir va son soxasi terisida) paydo bo'ladi.

Bolalarda asosan 2-3 yoshdan keyin ko'zatiladi, ayniksa 13-15 yoshli usmirlarda kup uchraydi. YO'za va chuqur follikul it fark qilinadi. YO'za follikul it odatda 2-3 kunda yo'qolib ketadi. To'zalgandan keyin yaradan iz ham kolmaydi.

CHuqur follikul it – soch xaltachasining chuqur qavati yalliglanganda teri kizarib turadi, terining shu erida kul ga kattik unnaydigan infil'trat xosil bo'lib, bezillab og'riydi, keyinchalik madda boylamaydi. Madda qonussimon bo'lib. Urtasidan soch chikib turadi. Bir necha kundan sung madda kovjiraydi yoki yiringlanish rivojlanib, tukimalar nekrozga uchraydi. Odatda kasallik 5-6 kunda to'zaladi va urnida nukta-nukta chandiklar koladi.

Ko'pincha chegaralangan chuqur follikul itlar boshning sochli qismida, ensa soxasida va chov oraligida uchraydi.

Sikoz – soch follikul alarining surunkali yalliglanishi. Stafilokokkli yoki oddiy sikoz surunkali kechadi va tez-tez ko'zib turadi. Asosan erkaklarda uchraydi (yunoncha sjcosis – o'zum gujumi degan so'zdan olingan). Toshma elementlari osteofollikul it va follikul itlardan iborat. Stafilokokkli sikoz aksari yo'zning sokol va muylov usadigan qismida, ko'proq kosh, kovok va kul tikda, ba'zan boshning sochli

qismi, buyin terisida, shuningdek jinsiy aʼzolar atrofiga, kov, son, boldir va badanning jun bilan koplangan Boshqa soxalarida ham paydo boʻlishi mumkin.

Dastlab soch atrofiga mayda maddalar (osteofollikul it) paydo boʻlib, ularning asosi infilʼtratlanadi, urtasidan soch chikib turadi, biroz ogʻriydi. Soch atrofi bilinar-bilinmas qizil jiyak bilan uraladi. Follikul itlarda bir-biri bilan pustulalar guruxini tashqil qiladi. 2-3 kundan sung yiring kotib pust bilan koplanadi, keyinchalik pust tushib ketib. Urnida yana yiringli maddalar paydo boʻladi.

Tarqoq sikozda bemorning yoʻzida yalliglanish oʻchoqlari paydo boʻladi, undan noxush xid kelib turadi. Zararlangan joyning bir qismi bitsa atrofiga yangisi kurinadi.

Kasallik oylab, baʼzan yillab davom etadi. Bunda bemorning terisi tortishib, achishib ogʻriydi. Ayniksa zararlangan soxa yoʻzda boʻlganida kasallik dam tuzalib, dam koʻzib turishi oqibatida bemorning ruxiy xolati oʻzgaradi.

Stafilokokkli sikoz terining ifloslanishi, burun-tomok boʻshligʻilagi turli surunkali infeksiyon kasalliklar, shuningdek endokrin bezlar va nerv faoliyatining boʻzilishlaridan kelib chiqadi.

Oddiy yoki stafilokokkli sikozning diagnostikasi unchalik murakkab emas, u yiringli-infilʼtrativ trixofitiya hamda asoratlangan ekzema (yiringlagan) bilan takkoslanadi. Birinchisida patogenli zamburuglar, ikkinchisida chin polimorfizm koʻzatiladi.

CHipqon – furunkul – soch xaltachasi atrofiga tukimaning oʻtkir yiringli-nekrotik yalliglanishi. CHipqon terining yiringli kasalliklari ichida eng kup uchraydigan boʻlib, uni stafilokokklar koʻzgatadi (ok va tillarang).

Patogenezi: CHipqon mutlako sog terida paydo boʻlishi yoki chuqur stafilodermiyaning asorati tufayli vujudga kelishi ham mumkin. Terida yog va ter ajralishining kuchayishi, avitaminoz, moddalar almashinuvining boʻzilishi bilan kechadigan kasalliklar (kandli diabet, semizlik), tozalikka va shaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, terining tinalishi va chakalanishi chipqonga sabab boʻladi. CHipqon terining tukli qismida, Koʻpincha buyin, yoʻz, bel, dumba, son va Boshqa erlarda uchraydi. CHipqonning yakka (bitta chipqon chiqadi) va qaytalanuvchi (xadeganda chipqon chiqaveradi) xillari fark qilinadi. CHipqonning ayni vaqtda kuplab toshishi furunkul yoz deyiladi, unga Koʻpincha chipqonni yaxshi davolamaslik, moddalar almashinuvining boʻzilishi, gipovitaminoz sabab boʻladi.

Klinikasi: chipqonda uchta rivojlanish bosqichi tavofut qilinadi: 1. infilʼtrat paydo boʻlishi, 2, yiringlanish va nekroz, 3. toʻzalish.

Dastlab soch tolasi follikul asi soxasida teri damidan biroz kutarilib turadigan, dumalok, qonussimon tuguncha shaklida kattik yalliglangan infilʼtrat paydo boʻlib, bezillab ogʻriydi, kizaradi; asta-syoki n kattalashadi (birinchi bosqich).

Kasallikning 3-4 kuniga kelib chipqonning kattaligi 1-3 sm ga etadi (ikkinchi bosqich), uning urtasida yiringli-nekrotik oʻzakli pustula paydo boʻladi. CHipqon qonussimon shaklni oladi. Kizgish-kukimtir tusga kirib, yaltirab turadi. Urtasidagi pustula soxasida nekroz rivojlanadi. Bu davrda bemorning xarakati cheklanib, darmoni kuriydi, xarorati (37-38 S) kutariladi, intoksikasiya alomatlari koʻzatiladi, chipqon luqillab ogʻriydi, keyin oʻz-oʻzidan yoki biror taʼsir tufayli yoriladi. Undan sargish, baʼzan qon aralash kuyuk yiring chiqadi. Yiring chikib boʻlgach, yara ichi chuqur boʻlib koladi, uning tagida chipqon “oʻzagi” kurinadi. Nekrotik oʻzak ajralgach, infilʼtratli shish va ogʻrik keskin kamayadi. YAra “oʻzagi” chikkandan sung, uning urni chandiklanib bitadi (uchinchi bosqich).

CHipqon badanning jun bilan koplangan hamma joyidan chikishi mumkin. Lyoki n Koʻpincha yoʻz, buyin, son, dumba, bel soxasida uchraydi. YOʻzga xususan ustki labga chikkan chipqon uta xavfli, chunki bu soxada qon tomirlar tutami juda yoʻza joylashganligi sababli infeksiya qon okimiga utib sepsis, meningit kabi ogir asoratlarga sabab boʻladi. CHipqonni oʻz bilgicha sitish, ezish yaramaydi, aks xolda yomon oqibatlarga olib kelishi mumkin.

CHipqonga diagnoz qoʻyish kiyin emas, uni asosan qoʻydirgi, gidradenit va chuqur trixofitiya bilan takkoslanadi.

Xuppoz, karbinkul, kuk yara – terining chuqur qavatlari va ostidagi yog katlamining yiringli nekrotik yalliglanishi. Katta yoshli kishilarda koʻproq uchraydi. Xuppozda yiringli – nekrotik jarayon derma, xatto gipodermaga etib boradi. Kasallik juda ogir utadi, baʼzan ogir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Xoʻppoz yoki karbinkul yunoncha “carbo” degan soʻzdan olingan boʻlib “koʻmir” degan maʼnoni bildiradi, chunki yiringli nekrotik jarayon oqibatida yalliglanish uchogʻi xuddi kumir rangini oladi.

Patogenezi. Umumiy darmonsizlik, Ko'pincha och-naxor yurish, moddalar almashinuvining bo'zilishi (kandli diabet), Boshqa kasalliklar tufayli darmon ko'rishi xuppoz chikishiga sabab bo'ladi.

Kasallik ko'zgatuvchisi tillarang stafilikokk. Aksariyat xuppoz buyin, bel va dumg'aza sohasida ko'proq uchraydi.

Klinikasi-avval terining chuqur qavatlarini va teri osti yog katlamlaridagi kichik bir joy zichlashib, bezillab koladi, infil'tratli tugunchalar avj oladi. Tugunchalar borgan sayin kattalashib, bu joy tez orada doira shakliga kiradi, ustidagi teri tarang tortib, yaltirab turadi, urtasi avval kuqaradi ("kuk yara" nomi shundan), 8-12 kundan keyin madda boylab oqaradi, atrofida mayda "ko'zlar" paydo bo'ladi (kasallikning birinchi bosqichi), keyin shu joydan yoriladi. Yiringli jarayon atrofida tarkalmaganidan emirilgan (irigan) tukimalar kuchib tushadi va yashil. Ba'zan kizgish yiring chiqa boshlaydi. Yiring chikib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib koladi, uning tagida yiringli massa - ya'ni "o'zagi" kurinadi. Yiringlanish va nekrozlanish xuppozning ikkinchi bosqichi bo'lib, 2-3 xaftada davom etadi. Keyinchalik yara urni chandik bo'lib bitadi.

Xo'ppoz, odatda, xaroratning (39-40 S) kutarilishi, ishtaxaning pasayishi, umumiy axvolining yomonlashuvi, bosh og'rig'i hamda xarakterning chegaralanishi bilan kechadi. Xo'ppoz chikkan soxa kizib, "luqillab" og'riydi. Odatda xuppoz bitta chiqadi. Lyoki n kasallik ogir kechganda o'zoqqa cho'ziladi. Bemorning xarorati ancha kutarilib, eti uvishadi. Ayni vaqtda limfa tomirlari ham yalliglanishi mumkin. CHipqonga yaqin turgan limfa tugunlari ham, bezlar ham yalliglanadi. Teri biroz shishadi. YO'zdagi xuppoz juda xavfli, chunki bunda jarayon yo'zdan qon tomirlari orqali miyaga o'tishi va turli asoratlar koldirishi mumkin.

Xo'ppozga diagnoz qo'yish uncha kiyin emas, asosan qo'ydirgi hamda chipqon bilan taqqoslanadi.

Gidradenit-apokrin ter bezlarining o'tkir yiringli yalliglanishi; tillarang stafilokokklar ko'zgatadi (yunoncha hudros - ter, aden- bez degani).

Patogenezi Soch follikul alari yoki limfa yo'llari orqali apokrin ter bezlari kanaliga stafilokokklar tushishi sabab bo'ladi. Darmonni kuritadigan surunkali kasalliklar, organizm umumiy qarshiligining pasayishi, kul tik osti, chov oraligi, anus soxasining kup terlashi, terning (rN) ishkoriyligi ayniksa shaxsiy gigiena koidalariga rioya qilmaslik gidradenit paydo bo'lishiga sharoit yaratadi. SHuningdek ustarabilan tuklarni kirganda terining kesilishi, kichiganda badan tirmalishi hamda mayda yara-chakalar ham gidradenitga sabab bo'lishi mumkin. Gidradenit kandli diabetga chalinganlarda, jinsiy bezlar faoliyati izdan chiqaan kishilarda kup uchraydi. Terining anatomiyasidan ma'lumki, apokrin ter bezlari faoliyati inson balogatga etgan davrdan boshlanadi (kizlarga, bolalarga nisbatan ertarok). Apokrin ter bezlari ayollarda ko'proq, shuning uchun ham gidradenit ularda ko'proq uchraydi. YOsh o'tgan sayin bu bezlar faoliyati suna boradi, shu tufayli gidradenit keksalarda deyarli ko'zatiilmaydi.

Klinikasi Gidradenit yirik ter bezlari joylashgan kul tikda, ko'proq chov va orqa chiqaruv teshigi soxasida, shuningdek ayollarning kukrak bezlari uchida uchraydi.

Kasallik terining derma yoki gipoderma qismida bosib kurilganda kul ga unnaydigan 1-2 ta tugunlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Tugunlar usti kizarib, og'rib turadi, biroz kichiydi, tugunlar asta-syoki n kattalashadi, ular yongokdek, xatto undan ham kattarok bo'lib ketadi. Zararlangan teri soxasi kizarib, shishib chiqadi, yupka tortib, bosganda yoki xarakterlanganda bezillab og'riydi. Tugunlar bir-biriga qo'shilib ketadi, teri biroz salkib, bilqillab turadi. O'tkir yalliglanishga xos infil'trat paydo bo'ladi. Bora-bora tugunlar yumshab yoriladi va sargimtir-kizgish yiring chiqa boshlaydi; gidradenitda nekrotik o'zak paydo bo'lmaydi.

Ba'zan infil'trat kattik (yogochdek) bo'lib yoyilib ketadi, bu xuddi flegmonani eslatadi. Bunday gidradenit juda ogir kechadi, bemor tinch turganida ham og'rik bezovta qiladi.

Tugunlar yorilgandan keyingina bemorning axvoli biroz engillashadi, issigi tushib, og'riklar yo'qoladi. Xosil bo'lgan chuqur yara, granulyasion tukima bilan tulib, chandik yo'zaga keladi. Gidradenit 15-20 kun davom etadi. Ammo diabetga chalingan, kup terlaydigan, zaif, darmoni kurigan, ozodalikka rioya qilmaydigan kishilarda kasallik oylab cho'zilishi ham mumkin. Kasallik diagnozini aniqlash mutaxassis uchun kiyinchilik tugdirmaydi. Gidradenit furunkul va kollikvativ teri sili bilan takkoslash kerak. Gidradenitda nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kollikvativ teri sili o'zoq surunkali davom etishi, limfatik tugunlar zararlanishi, o'choqlarning teshik-teshik bo'lishi va og'rimaligi bilan fark qiladi.

Veziikulopustulyoz - chaqaloqlar orasida keng tarkalgan kasallik bo'lib, badanga turli kattalikdagi maddalar toshishi bilan ifodalanadi. Kasallik gudak xayotining dastlabki kunlaridayok boshlanadi.

Bunda bolaning boshi, badanining serburma soxalari va oyoq-kul lariga chetlari qizil yalliglangan xoshiya bilan chegaralangan pustulalar chiqadi; pustulalar bitta, ikkita yoki bir nechta bo'lishi mumkin.

Gistologik tadqiqotlar yalliglanishli o'zgarishlar ekkrin ter bezlarining ogiz qismida bo'lishini kursatadi.

Etiologiya, patogenez: Kasallikning kelib chikishiga stafilokokklarning turli shtammalari sabab bo'ladi. Kup terlar tufayli terining yo'za ta'sirlanishi, zaif yoki chala tugilganlik, sun'iy ovkatlantirish va Boshqa kasallikning rivojlanishiga olib keladi.

Gudaklar orasida uchraydigan barcha stafilodermiyaning 33 % ini vezikul opustelyoz tashqil qiladi. SHu kasallikka chalinganlarning 70 % ida absesslanish ko'zatiladi (YU.K.Skripkin va Boshqalar).

Diagnozni aniqlashda asosan piodermiya Bilan asoratlangan qo'tir Bilan takkoslanadi. Vezikul opustulalar qo'tirda juft-juft joylashadi, aksariyat bolaning kafti, tovoni, dumba va qorin soxasi zararlanadi, qo'tir kanasi topiladi.

Bolalarda uchraydigan tarkok absesslar yoki Finger psevdofurunkul yozi. Aksariyat bir yoshgacha bo'lgan chakaloklarda ko'zatiladi, ekkrin ter bezlari yo'liga (chiqaruv naychalari) vat eri yo'zasiga ochiladigan uchiga infeksiya tushishi sabab bo'ladi. Kasallik ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokk.

Patogenez Xastalik Ko'pincha chala tugilgan, organizm ximoya funksiyasi sust, nimjon bolalarda uchraydi. Kup terlaydigan bolani ozoda tutmaslik, etarli ovkatlantirmaslik, shuningdek bola madorini kuritaligan ba'zi kasalliklar (enterit, distrofiya, umumiy infeksiya, kamqonlik va Boshqalar) tarkok absesslar paydo bo'lishiga olib keladi.

Klinika Kasallik faqat ter bezining yo'li yo'zasi yalliglanishi Bilan kechsa, pustulalar xosil bo'ladi (perioporit). Pustulalar kattaligi bugdoydek bo'lib, ichidan kuyuk yiring chiqadi vat ezda kurib, pust xosil qiladi. Pust tushib ketgandan sung terida iz kolmaydi. Aksariyat bemorlarda ter bezlarining yo'lida hamda uning tutamlari (klubochkasi) yiringli yalliglanadi, unda dermaning chuqur katlamida aniq chegaralangan konsistensiyasi kattik, kukimtir – qizil rangli tugunchalar paydo bo'ladi; ularning kattaligi nuxatdek, keyinchalik yongokdek bo'lib ketadi. Tugun urtasi yumshab zararlangan soxa terisi yupka tortadi, bosganda bilqillab turadi, yorilsa qon aralash yiring okib chiqadi; yarada nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kasallik pirovardida chandiklanish ko'zatiladi. Aksariyat bemorlarda yalliglangan tuguncha 1-2 ta, ba'zan bir nechta bo'ladi. Ko'proq bola badanining urin-kurpasiga tegib ishkalanadigan joylari, boshi, buyni, bel, dumg`aza soxasi zararlanadi.

Absesslanish chog`ida darmonsizlik, xarorat kutarilishi (38-39 S), xolsizlanish va umumiy dispeptik xolatlar ko'zgatiladi. Ayniksa, ilk gudaklik chogida kasallik ogir kechadi. Davo choralari o'z vaqtida kurilishiga qaramay, nimjon bolalarda kasallik xar 10-30 kunda qaytalanib turadi, otit, zotiljam, meningit, osteomielit, paraproktit va sepsis (bakteriemiya) kabi ogir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bolalarga kuplab toshadigan absesslar yoki soxta furunkul yozni follikulit yoki furunkul yoz bilan takkoslanadi. Ma'lumki, follikulit yoki furunkul yoz asosan kattalarda uchraydi hamda uning pustula markazidan soch chikib turadi va yorilganda ichidan nekrotik o'zak chiqadi. SHuningdek papulonekrotik teri silining boshlangich bosqichi bilan kiyoslanadi. Teri siliga chalingan bemorlarda Pirke reaksiyasi musbat bo'lib, Boshqa a`zolarida sil o'choqlari topiladi.

Kasallik oqibati bolaning umumiy axvoliga juda bog'liq bo'lib, ayniksa distrofiyaga uchraganlarda ogirroq kechadi. Ba'zan zotiljam yoki sepsis qo'shilib bolaning nobud bo'lishigacha olib kelishi mumkin. SHuning uchun bemor bola albatta kasalxonada davolanishi lozim.

CHakaloklarning epidemik pufakli yoki chilla yarasi – o'tkir boshlanib bir laxzada bolaning butun badaniga pustulalar toshib ketishi bilan ifodalanadi. Kasallikni asosan stafilokokklar, kamdan-kam xollarda streptokokklar ko'zgatadi.

Patogenezi Piokokkli pemfigoidning 40 % dan ziyodi ilk gudaklik chogidayok (chakalok 3-6 kunligida) boshlanadi. Kasallikning kelib chikishi gudak terisining turli noxush omillar (bakterial, travma, xomiladorlik toksikozi va Boshqalar) ta'siriga kursata olish qarshilik kuvvatiga bog'liq.

Epidemiologiyasi Epidemik pufakli yara uta yukuvchan bo'lib, uning asosiy manbai tibbiyot xodimlari yoki stafilokokk bilan og'rikan chakaloklarning onalari xisoblanadi. SHuningdek iflos choyshab, sochiq, ichki kiyimlardan ham yo'qishi mumkin (kasal chakaloklarning kindigidan tushgan bo'ladi). Urin-kurpalar yoki ba'zi tibbiyot xodimlarining sanitariya talabi darajasida toza emasligidan bu kasallik birdan tarkalib, tugruksxonada epidemiya tusiga kirishi mumkin. Bunda zudlik bilan

kasalxonaning chakaloklar bo'limi yopilib, dezinfeksiya qilinadi, barcha xodimlar tibbiy kurikdan o'tkaziladi.

Klinikasi Badan terisining buyin, kindik, dumba soxalarida, shuningdek kul va oyoqlarda, biroz kizargan yoki o'zgarmagan teri yo'zasi buylab pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklar kattaligi nuxatdek, konsistensiyasi zich, ichidagi suyuqlik tinik yoki seroz sargimtir, atrofi gardish bilan uralgan bo'ladi. Pufaklar paydo bo'lishi bilan gudakning axvoli o'zgaradi, kattik bezovta bo'ladi, xarorati kutariladi. Pufaklar tezda kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi, ichidagi seroz suyuqlik loykanadi. Pufaklar yorilib, eroziyalanadi, periferiyadagi epidermis koldigi osilib turadi. Ba'zan yalliglanish ogiz, burun, ko'z va boshqa a'zolar shilliq qavatiga ham tarkalib ketishi mumkin. Bu Ko'pincha zaif, nimjon, chala tugilgan bolalar orasida ko'zatiladi (yiring autoinkul yasiyasi). Bunda gudak kattik bezovtalanib, chirillab yiglaydi, xarorati 38-40 S gacha kutariladi, onasini emmay kuyadi, kayt qiladi, goxo ichi ketadi. CHora-tadbirlar kurilmasa zotiljam, otit, flagmona, xatto sepsis qo'shilishi mumkin.

Kasallik engil kechganda va o'z vaqtida tibbiy yordam kursatilganda pufaklardan chikib turadigan suyuqlik kurib, kul rang-sargish tusli pust xosil bo'ladi.

Diagnozi Epidemik pemfigusni chakaloklar zaxm pemfigusi hamda tug'ma epidermoliz bilan takkoslash kerak.

Zaxm pemfigusida pufaklar gudakning oyoq va kul kaftlarida, dumba soxasida bo'ladi. Undan tashkari erta tug'ma zaxmga bolaning tez-tez shamollashi, Goxzingerning diff'o'z infil'trasiyasi, pufaklardan okish treponemalarning topilishi, o'zun suyaklar jaroxati, Vasserman reaksiyasining musbat bo'lishi xosdir.

Tug'ma epidermoliz gudak tugilgan zaxotiyok paydo bo'lib, asosan shikastlangan soxada, masalan, bosh, elka va oyoq-kul larda joylashadi. Pufaklar bitta-ikkita bo'lib, yalliglanish jarayoni unchalik sezilmaydi.

Tug'ma epidermolizning distrofik xilida pufaklar urnida chandikli atrofiya ko'zatiladi. Aksariyat pufaklar ogiz shilliq qavatida uchraydi. SHu bilan birga gudakning tirnogi, sochi va tishlari distrofiyasi ko'zatiladi.

CHakaloklarning eksfoliativ dermatiti yoki Ritterning eksfoliatin dermatiti gudaklar orasida tarkalgan stafilodermiyaning eng ogir xili xisoblanadi. Kupgina mutaxassislar esa bu infeksiyon kasallikni klinik kechishi va yo'qish darajasining balandligiga qarab, ba'zan uni mustaqil nozoologik forma deb ham yuritadilar.

Hozirgi paytda eksfoliativ dermatitning ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokk ekanligi aniqlangan. Kasallikning kelib chikishi epidemik pemfigus bilan deyarli bir xil.

Klinikasi Boshida kasallikning klinik kurinishi epidemik pemfigusga juda uxshab ketadi, ammo keyinchalik manzara butunlay o'zgaradi. Kasallik chakalok xayotining birinchi xaftasidayok boshlanadi. Dastlab ogiz atrofi, chov oraligi va orqa chiqaruv burmalari soxasiga toshma toshadi. Toshmalar zich konsistensiyali, katta xajmli sferik pufaklardan iborat bo'ladi. Ular tezda yoki salga yorilib, keng satxli namlangan eroziyalarni vujudga keltiradi; periferiyadagi epidermis koldiklari lentasimon bo'lib osilib yotadi. Kasallikning 8-12 kunlari gudak terisi giperemiyalanib, eroziya kattagina joyni egallaydi, xatto Nikol'skiy simptomi musbat bo'ladi. Terining kurinishi bamisoli kaynok suvda qo'ygandek, kukimtir-kizgish tusga kiradi, eroziya o'choqlarida yoriklar paydo bo'ladi. Kasallik ba'zan bo'llyoz toshmalar bilan boshlanib, keyin eritrodermiya ko'zatiladi, aksariyat, birdan eritrodermiya boshlanib, 2-3 kunda butun badan terisini egallab oladi. Bunda gudakning umumiy

Diagnozi Kasallikning tusatdan boshlanganligiga, epidermisning pust bo'lib kuchishiga, katta-katta eroziyalangan o'choqlarga e'tibor berish kerak. Zararlangan o'choqlar ma'lum soxalarda joylashadi. Nikol'skiy simptomi musbat bo'ladi.

Ikkinchi darajali qo'yish, bo'llyozni epidermoliz, tug'ma zaxm pufak yarasi, hamda Leynerning deskvamativ eritrodermiyasi bilan takkoslanadi.

Leynerning deskvamativ eritrodermiyasi kattarok yoshli bolalarda uchraydi, zararlantirish o'choqlari anogenital soxa va teri burmalaridan boshlanadi. Xuddi shu joylarda eritematoz-eksfoliativ yalliglanish ruy beradi. Keyinchalik toshmalar bolaning yo'zi va boshiga toshadi. Eroziyalangan teri satxida yalliglanish unchalik o'tkir kechmaydi, tangachalar yo'zasi sargimtir yogli bo'lib, seboreyali ekzemani eslatadi. Kasallik tarixini urganiib, uni P darajali qo'yishdan bemalol farqlash mumkin.

Streptokokkli piodermitlar (streptodermiya). Patogen streptokokklar stafilokokklardan fark qilib, soch xaltachalari yoki yog va ter bezlarini zararlantirmaydi, ular asosan teri kasalliklarining yo'za xillarga sabab bo'ladi. Streptodermiyaga ko'proq bolalar va ayollar chalinadi, chunki ularning terisi nozik va yupka bo'ladi. Birlamchi morfologik element – nozik pufak (fliktena) xisoblanadi. Pufak teri satxidan deyarli kutarilmaydi, ilvillab, shalpayib turadi va salga yoriladi.

Streptokokkli impetigo, satratki. Bolalar orasida eng kup tarkalgan yiringli kasallik bo'lib, toshmaning asosiy morfologik elementi nozik pufaklar xisoblanadi.

Etiologiyasi va patogenezi: streptokokkli impetigo teriga streptokokklar tushishidan kelib chiqadi. Ba'zi tadkikotchilarning fikricha zararlangan o'choqlardan axyon-axyonda stafilokokklar ham topiladi. Bolalar va ayollarning terisi yupka hamda nozik bo'lganligi tufayli salga chakalanadi, shuning uchun kasallik ularning yo'zida va tanasining Boshqa ochiq qismlarida uchraydi.

Kasallikning kelib chikishida teri va shilliq qavatlarining butunligi katta ahamiyatga ega. Terining kashlanib tinalishi shu bilan birga rinit va otitda burun hamda kul okdan kelayotgan yiring epidermisni ta'sirlashi oqibatida infeksiya terida tez rivojlanadi. Organizm immun qarshiligining pasayib ketishi, umumiy darmonsizlik, me'da-ichak kasalliklari va gel'mintozlar kasallikning kelib chikishida muxim rol' uynaydi. Ayniksa ozodalik qonun-koidalariga rioya etmaslik (sochiq, kurpatushak va yostik jildlarining iflos bo'lishi) streptodermiya tez tarkalib ketishiga imkon yaratadi.

Klinikasi Kasallik tusatdan boshlanadi, bunda yiringli toshma teriga birdan toshadi. Zararlangan terida avvaliga giperemiyalangan xoshiya bilan uralgan yupka pufakchalar (fliktenalar) vujudga keladi. Pufakchalar turli kattalikda bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shilib ketishiga va periferiyaga qarab usishga moyil bo'ladi. Ba'zan fliktenalar o'zgartmagan terida ham paydo bo'lishi mumkin. Bir-ikki kunda pufakchalar yumshab ichidagi suyuklik loykalanadi, yiringlaydi; yiring tezda kurib, sargimtir kora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketgan joylarda biroz namlanib turadigan kizgimtir eroziyalar ko'zga tashlanadi. Odatda fliktenalar bir-biridan alohida joylashadi, ammo periferiyaga yoyilishi oqibatida qo'shilib xalkasimon (sirsinar) impetigo vujudga keladi. Kasallik 3-4 xaftada davom etadi. Pirovardida qora qo'tir kuchib tushadi. Urnida sal pigmentlangan (vaqtincha) dog koladi. Ba'zan badan terisining Boshqa soxasidan yangi toshma elementlari chiqadi va shu yo'l bilan tarkalib boradi. Ayniksa bolalar kashlanib, terining soglom qismlariga infeksiya tarkatadi, eroziyalangan o'choqlar kupayadi va shu joylar tortishib, biroz og'riydi. Bunday bemorlar atrofidagilar uchun juda xavfli xisoblanadi. Fliktenalar Ko'pincha, yo'zda, aksari burun va ogiz atrofida joylashadi, lyoki n badanning yon qismlari va oyoq-kul panjalari, tizza va Boshqa joylarda ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallik to'zalganidan keyin yalliglangan o'choqlarda chandik va atrofik kolmaydi.

Streptokokk impetigosining bir necha klinik xillari mavjud. Bo'llyoz (pufakli) impetigo, bunda ko'proq kul barmoklarining yoni, tovon va boldir zararlanadi. Kattagina fliktena chiqadi. U yorilganda xosil bo'lgan eroziya periferiyasida pust koldigi turadi.

Lab bichilishi yoki tirqishsimon impetigo Dastlab labning bir yoki ikkala burchagida pufakchalar (fliktenalar) paydo bo'ladi. Ular tezda yorilib, kuribqoladiva kora qo'tirga aylanib, iz koldirmasdan tushib ketadi. Ovkatlananda, gaplashganda, shuningdek yasama tishlardan va sulaklar ta'siridan lab burchagi tinmay ta'sirlanganda eroziyalar vujudga keladi. Eroziya markazida bezillab turadigan chuqur yoriklar paydo bo'ladi. Gaplashganda, ovkatlanganda bemor biroz kiynaladi. Bichilgan joy doim namlanib tursa, bemor beixtiyor tilini tegizib, uni battar achishtiradi va bichilgan joy ancha vaqtgacha to'zalmaydi. Kasallik mudom sulagi okib yuradigan, tishlari chirigan, rinit, qon'yuktivit hamda gipovitaminozdan (asosan "V" gurux vitaminlari etishmaganda) aziyat chekadiganlarda ko'proq uchraydi.

Tirqishsimon impetigo juda yuqumli bo'lib, u bemor bilan o'pishganda, u to'tgan idish-tovok, sochiq va Boshqalardan foydalanganda yukib koladi.

Kasallikka diagnoz qo'yishda uni lab burchaklari kandidozi va ikkilamchi zaxmdagi eroziyalangan papular bilan takkoslanadi.

Eritema-skvamoz impetigo yoki oddiy temiratki

Barcha streptokokkli impetigolar ichida kuruk kechishi bilan ajralib turadi. Asosan bolalarning yo'zi, lunji va jaglari atrofi, goxo oyoq-kul lari terisida doira hamda ovalsimon shakldagi, yo'zasi biroz kepaklanib turadigan okimtir yoki kizgimtir doglar paydo bo'ladi. Doglar ayniksa koramtir bolalarda

yaxshi bilinadi. Qo'yoshga toblanganda doglar yana ham aniqrok kurinadi. Atrofidagi soglom teri biroz korayadi.

Kuruk streptodermiya, ba'zan eritematoz-skvamoz impetigo bilan birga kechishi mumkin. Aksariyat kasallik baxorda yoki ko'zda bolalar orasida ko'zatiladi. Ular deyarli engil kichishdan tashkari sub'ektiv Boshqa belgilarga shikoyat qilishmaydi.

YO'za panarisii yoki turniol' (xasmol). Tirnok osti va atrofidagi tukimalarning o'tkir yalliglanishi. Bitta yoki bir nechta tirnoklar kasallanishi mumkin. Asosan kattalar, ba'zan bolalar kasallanadi. Barmokning kurinar-kurinmas chaka joylari orqali yumshok tukimalarga yiringlatuvchi mikroblar kirishi sabab bo'ladi. Tirnok atrofida seroz-yiring to'tgan fliktenalar paydo bo'ladi. Pufaklar avvaliga seroz suyuklik saklaydi, keyin loykalanib yiringlaydi, periferiya tomon tarkalishga moyil bo'ladi. Fliktena tirnok chuqurchasi atrofida xuddi takaga uxshab joylashadi. Jaroxatlangan barmoklar shishib og'riydi. Jarayon surunkali davom etib, bir barmokdan ikkinchisiga utib ketishi mumkin.

Fliktena yorilgandan sung yarim xalka shaklidagi eroziya vujudga keladi. Eroziya chetlarida epidermis pusti kuchib turadi, ba'zan tirnok plastinkasi ajralib tushadi. Bir necha barmoklarning tirnogi zararlansa, bemorning issigi chikib, uning umumiy axvoli biroz yomonlashadi, zararlangan soxaga yakin limfa tugunlari shishadi.

Intertriginoz streptodermiyada ko'proq shikastlanadigan, burmali joylar – kul ok orqasi, kul tik osti, chov oraligi, ayollarning kukrak bezlari tagida toshmalar toshadi. Tuladan kelgan semiz, ayniksa ekssudativ diatez, kandli diabetga chalingan yosh bolalar orasida kasallik tez avj oladi. Toshmaning asosiy elementi yassi, kattaligi bugdoy donidek keladigan fliktena xisoblanadi. Fliktenalar ko'proq chikib, tezda bir-biriga qo'shib ketadi va namlanib turadigan och pushti rangli eroziya o'choqlarini vujudga keltiradi. Eroziyalar asosi chizik-chizik bo'lib yoriladi. Bemor kup terlaydigan bo'lsa achishib og'riydi, o'choqlar atrofida yangi pustelyoz elementlar paydo bo'ladi. Kasallik xar xil sub'ektiv belgilar bilan surunkali kechadi. Bemorga diagnoz qo'yishda asosan intertriginoz kandidoz bilan takkoslanadi. Kandidoz pufaklari ichidagi suyuklik sargish bo'lmaydi, ulardan achitkisimon zamburuglar topiladi.

Zaxmsimon papulez impetigo yoki papulo-eroziv streptodermiya

Aksariyat gudaklar orasida uchraydi. Uni ketlikdan kelib chikkan dermatit ham deyishadi. Gudakning jinsiy a'zolari, dumba, son va boldir soxasiga tez yoriladigan fliktenalar chiqadi. Fliktenalar infil'tratlangan eroziyalar xosil qiladi, bu odatda zaxmdagi eroziyalangan papulalarga uxshab ketadi. Asosan bolani parvarishlaganda ozodalikka rioya etmaslik (ichki kiyim va ketligini vaqtda almashtirmaslik) oqibatida kelib chiqadi.

Diagnozni aniqlashda asosan eroziyalangan papulyoz zaxm bilan takkoslanadi; zaxmda o'tkir yalliglanish ko'zaticlmaydi, undan tashkari toshmalar ogiz shilliq qavatiga ham toshadi. Papulo-eroziv streptodermiyaga maxalliy va dezinfeksiyalovchi dori-darmonlar tez kor qiladi. SHunga qaramay qonning serologik reaksiyasi xal qiluvchi ahamiyatga ega.

Vul'gar ektima – streptokokk impetigosining chuqur shakli. YAralardan olingan yiringli ajratmalar mikrobiologik tekshirilganda vul'gar ektimani streptokokkdan tashkari aralash mikroorganizmlar, ya'ni stafilo-streptokokklar ham ko'zgatishi aniqlangan. Sanitariya-gigiena koidalariga rioya qilmaslik, ozib ketish, vitaminlar tankisligi (gipoavitaminoz), organizm umumiy qarshilik kuvvatining pasayib ketishi, moddalar almashinuvi hamda maxalliy qon, limfa aylanishining bo'zilisli va mayda yara-chakalar ektimalarning paydo bo'lishiga kul ay sharoit tugdiradi. Bolalarda vul'gar ektima kizamik, suvchechak, kukyutal kabi yuqumli kasalliklardan keyin avj oladi.

Klinikasi Ektimalar asosan boldir, son, dumba yoki bel soxasida paydo bo'ladi. Turli kattalikdagi fliktena, pustula, shuningdek chegaralangan va og'riydigan infil'tratlar yo'zaga keladi (ektimada pufaklar epidermis tagida joylashadi). Pustulalar 1-2 tadan 10-15 tagacha, ichida yiring-yoki qon yiring aralash bo'ladi. Pufaklar atrofida kizgish-kukimtir infil'trat shishi bo'ladi. Tez kunda pustulalar yo'zasi kovjirab, biri ikkinchisining ustiga katma-kat bo'lib tushadigan zich kora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketganidan keyin chuqur va og'rib turadigan yaralar ochilib koladi, uning tubida yiring bo'ladi; 2-3 xaftadan sung yaralar bitib, yo'za yoki chuqur chandik koladi.

Diagnozi Vul'gar ektimani impetigo, chipqon, zaxm ektimasi va kollikvativ teri silidan klinik ajratish kerak. Impetigo bilan chipqonda pustlok katma-kat bo'lmaydi; ektimada esa pufaklarning borligiga asoslaniladi, undan tashkari chipqondagi kabi nekrozli o'zak vujudga kelmaydi. Zaxm ektimasida

eroziya atrofi va infil`trat asosi kattik bo`lib bo`lib, serologik reaksiyalar musbat natija beradi. Kollikvativ teri silida toshmalarning joylashishi, kurinishi o`ziga xos bo`lib, sil sinamasi musbat chiqadi.

Ba`zan kamkuvvat, ayniksa ichqilikka ruju qilgan, shuningdek ogir jismoniy ish bilan shugullanadigan kishilarda vul`gar ektimaning chuqur uyilib tushadigan yoki gangrenoz xili ko`zatilishi mumkin. Xuddi shu xolat zaif va nimjon chakaloklarda ham ko`zatiladi. Kasallikning kelib chikishida ikkilamchi infeksiyaning (kuk yashil tayokcha yoki ichak tayokchasi) roli katta Xozirgi vaqtda turli dori-darmonlarning mavjudligi kasallikdan butunlay forig` bo`lish imkonini beradi.

Aralash stafilo-streptokokkli piodermitlar. Bu kasalliklarni stafilokokk hamda streptokokklar ko`zg`atadi. Bunday piodermiyalarga vul`gar yoki aralash impetigo va atipik chuqur piodermitlar (yarali va vegetasiyalanuvchi piodermit, shankrsimon piodermiya va piogen granulyoma - baktriomikoma) kiradi.

Vul`gar yoki aralash impetigoning kelib chikishida bemorlarda ilgaridan mavjud bo`lgan, shuningdek kichima bilan kechadigan ikkilamchi kasalliklarning patogenetik ahamiyati katta. Teridagi mayda yara chakalar, tiralish, iflos yurish, lab burchaklarini doimo pilchirab turishi aralash impetigo paydo bo`lishida muxim omillardan xisoblanadi. Ko`proq bolalar, usmirlar va yosh ayollar kasallanadilar.

Klinikasi Vul`gar impetigoda yalliglanish o`choqlari aksariyat bemorlarning yo`zida, ogiz va ko`z burchaklarida paydo bo`lib, ba`zan butun badangan ham, kul-oyo`qlar terisiga ham tarkalib ketadi. Avvaliga biroz kizarib, shishibrok turgan soxalarda streptokokk fliktenasi vujudga keladi. Keyinchalik ular stafilokokklar ta`sirida yiringga aylanadi; tez orada yiring kurib, sargimtir-mis rangli kora qo`rtirlar paydo bo`ladi. Vul`gar impetigoning uta yukuvchanligini nazarda tutib, uni kantagioz impetigo ham deyiladi. Noto`g`ri davo qilinganida yoki zaif va nimjon bolalarda kasallik 1-2 oyga cho`zilishi mumkin. Bunda bemorning biroz issigi chiqadi, ishtaxasi bo`ziladi, limfa tugunlari shishib ketadi. Odatda davolash muolajalari o`z vaqtida va to`g`ri olib borilsa 1-1,5 xaftada misrang qora qo`tir tushib, urnida vaqtinchalik dogqoladiva bemor tezda sogayib ketadi.

Surunkali yarali va vegetasiyalanuvchi piodermitlar bilan ko`proq erkaklar og`riydi. Xar xil shikastlanishlar, sovuq urishi, biron kasallik tufayli organizm qarshilik kuvvatining pasayib ketishi, gipovitaminoz, ayrim soxalarda qon va limfa aylanishining bo`zilishi kasallikning kelib chikishida ma`lum rol` uynaydi. Mutaxassislarning fikricha, ayniksa mikroorganizmlarning piokokk infeksiyasiga nisbatan sezuvchanligining zaiflashishi, shu bilan ular virulentligining pasayishi infeksiyaning bemor terisida o`zoq saklanishiga olib keladi. Ayniksa uglevodlar almashinuvining bo`zilishi bemorlarda surunkali yarali piodermitlarning xadeganda to`zalavermay cho`zilib ketishiga, tez-tez qaytalashiga va pirovardida mexnat kobiliyatining yo`qolishiga sabab bo`ladi. Bunday bemorlar qonida fagositoz va xemotoksis susayganligi hamda gumoral va xujayra immunitetining bo`zilganligi ko`zatiladi.

Klinikasi Kasallikning klinik kurinishi juda xilma-xil bo`lib, asosan ko`zgatuvchisining virulentligiga (stafilokokk yoki stafilo - streptokokk) bog`liq. Ba`zan ichak tayokchasi ham birgalikda uchrashi mumkin.

Kasallik streptokokkli ektima, furunkul yoki o`ziga xos infil`trat paydo bo`lishi bilan boshlanadi. Ular tezda yaralanib, nekrozlanadi va xar xil (oval, yumalok) shakldagi zararlangan o`choqlar vujudga keladi. YArali o`choqlarning kirralari infil`tratlangan, egri-bugri bo`ladi, yaralar anchagina seroz-yiring saklaydi, tubida esa notyoki s granulyasiyalangan tukima joylashadi. Asosiy o`choqlar periferiyasi buylab yangi pustulalar paydo bo`ladi, dastlabki infil`tratlar tagi bir-biri bilan tutashib ketadi. Pust ostidagi yaralar chetga qarab kengayib boradi va nixoyat pust tushib, keng satxli, ochiq yaralar vujudga keladi. Patologik jarayon avval epidermis, sung dermaga utadi, keyinchalik gipodermaga etib boradi. Kasallik tufayli bemor ancha zaiflashib koladi, uykusizlik, kamqonlik alomatlarini paydo bo`ladi. Zararlangan o`choqlardagi utmas og`rik bemorning tinkasini kuritadi, kasallik xadeganda to`zalavkrmasdan anchaga cho`zilib ketadi.

Ba`zan keng soxali yaralar yo`zasida tukimalarning sugalsimon usishi, ya`ni vegetasiyasi boshlanadi. Vegetasiya keyinchalik butun yara urnini egallashi mumkin (surunkali yarali – vegetasiyalanuvchi piodermiya). Ko`pincha vegetasiyalangan tukimalar ichida (pustulalar va follikul itlar urnida) fistullyoz yo`llar bo`ladi. Ular bir-biriga tutash yoki tutashmagan bo`lib, ichidan doimo yiring yoki qon-yiring aralash chikib turadi. Vegetasiyalangan tukima kizgish-kukimtir va mayin bo`ladi hamda

soglom teridan keskin ajralib turadi. Pilakchalar atrofida doimo qon-yiring tuplanganligi uchun pilchirab turadi. Kasallik surunkali kechib anchaga cho'ziladi.

Regressiyalanish jarayonida yaralar urtasidagi pilakchalar tushib ketadi, vegetasiyalanish tuxtaydi, mugo'zlanadi, yiring ajralmay koladi. YAralar urni uydin-chuqur chandik xosil qilib bitadi.

CHandiklanish kollikvativ teri silidagiga uxshab ketadi. Ba`zan patologik jarayon bir tomonda tugasa, Boshqa joyida yangidan boshlanadi (serpiginoz yoki emaklovchi yarali piodermiya).

Zararlanish uchogi badan terisining turli joyida, ko'proq boshning sochli qismi, bilak, elka kul tik atrofi, chov va dumba soxalarida uchraydi.

Gistopatologiyasi. Epidermisda distrofik, dermada esa granulamatoz o'zgarishlar bilan birga surunkali yayaliganish, nekroz va absesslanish ko'zatiladi. SHuningdek epidermisda giperkeratoz, ba`zan parakeratoz va granulositlar saklovchi mikroabsesslar bo'ladi. Dermadagi perivaskul yar yoki diffo'z infil'trat chuqur qavatlariga xatto gipodermaga etib boradi.

Diagnozi Kasallikning klinik kurinishi va tarixiga e'tibor beriladi, shuningdek, kollikvativ va sugalsimon teri sili, chuqur mikoz va blastomikoz, aktinomikoz, sporotrixoz hamda uchlamchi zaxm bilan takkoslanadi.

SHankrsimon piodermiya. Asosan terining bakterial infeksiya bilan zararlanishi hamda uning zaxm (kattik) shankriga uxshash klinik jixatlari borligi E.Gauffman tomonidan (1934 y) izoxlangan. Xosil bo'lgan yara esa zaxmdagi shankrga juda uxshash bo'lib, xatto etuk mutaxassislar ham bemor qonini qayta-qayta serologik tekshiruvdan o'tkazib, yaradan okish treponema izlashadi.

SHankrsimon piodermiyada bakteriologik tekshirish uchun olingan yiringda asosan stafilokokklar, ba`zan streptokokklar ham topiladi.

SHaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, jinsiy olat uchidagi xar xil chakalanishlar, fimoz va Boshqa omillar oqibatida teri ta'sirlanadi va eroziya yoki yara vujudga keladi. SHankrsimon piodermiya jinsidan kat'iy nazar kattalarda ham, yosh bolalarda ham ko'zatilishi mumkin.

K linikasi Kasallik bemorning jinsiy a'zolari (olat boshi, katta hamda kichik uyatli lablar, kin daxlizi va Boshqalar), yo'zi, lab atrofi va tiliga bir yoki bir nechta ovalsimon yara chikishi bilan boshlanadi. Odatda, avvaliga pufak paydo bo'ladi, sungra u eroziyalanadi, asosi biroz infil'tatlanib doira shaklidagi yaraga aylanadi. Aksariyat bemorlarda eroziya yo'zasi gemorragik pust bilan koplanishi mumkin, pust tushib ketganidan sung yana kizgish pushti rangli, ichida biroz yiringi bor yara yo'zaga keladi. YAraga yakin bo'lgan limfatik tugunlar kattalashadi (1-2 sm), bu xolat Ko'pincha og'riksiz kechadi. Ko'pincha kasallik 2-3 xaftada to'zala boshlaydi, ba`zan bir necha oylab cho'zilishi ham mumkin. Zararlangan o'choq urni iz koldirmay yoki yo'za chandik xosil qilib bitadi.

Diagnozi Asosan zaxmdagi kattik shankr bilan takkoslanadi. Qonning serologik analizi, kasallik tarixi va yaradan okish treponemalarning topilishi kasallikka aniq diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Pioallergidlar. Kokklarga nisbatan bemor terisining uta sezuvchanlik xolati bo'lib, o'ziga xos turli allergik toshmalar toshishi bilan ifodalanadi. Mutaxassislarning fikricha xuddi teri sili, terining zamburugli kasalliklaridagi kabi mikroorganizmlarning parchalanish maxsulotlari zararlangan o'choqlardan gematogen yo'l bilan butun organizmga tarkalib, uta sezgirlik kurinishidagi allergik xolatni namoyon qiladi.

Pioallergidlar birdan boshlanib, kepaklanib turadigan eritematoz doglar, papulovezikul alar, maddalar toshishi bilan kechadi. Odatda toshmalar badan terisiga va oyoq-kul larga simmetrik toshadi; xatto kul va oyoq kaftlariga kattik pustli pufakchalar va pufaklar chikishi mumkin. Bunday paytda bemorlarning issigi chikib, boshi og'riydi, kungli ayniydi va darmoni kuriydi. Toshmalar tarkalib, terining xiylagina qismini egallashi mumkin. 10-15 kundan keyin toshmalar kamayib regressiya boshlanadi.

Terining yiringli kasalliklarini davolash

Terining yiringli kasalliklariga davo kompleks tarzda olib boriladi. U etiotrop va patogenetik terapiyadan iborat bo'lib, asosan bemor organizmining immunologik qarshilik kuchini oshiradigan preparatlarni kul lash bilan birga olib boriladi. Aksariyat bemorlarning nerv, endokrin, ichki a'zo va sistemalari faoliyati zimdan bo'zilganligini nazarda tutib, kompleks davo faqat etiologik omillarga qaratilmay, balki butun organizm funksiyasini tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak.

Kompleks davo kursini buyurishdan avval, bemor obdon klinik tekshiruvdan o'tkaziladi. SHu bilan birga uning oila a'zolari ham tibbiy kurikdan o'tkaziladi, chunki ular oraasida infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Umumiy davo Sikoz, chuqur follikul itlar, chipqon, xuppoz, vezikul opustulyoz, terining kuplab absessi, bolalarning chilla yarasi va Ritterning eksfoliativ dermatitida antibiotiklar, sul'fanilamidlar, shuningdek spetsifik va nospesifik immunobiologik terapiya hamda fizioterapevtik davo usullari kul laniladi.

Antibiotiklar bilan davolash Terining yiringli kasalliklarini davolashda (ayniqsa surunkali xillarda) antibiotiklar juda samarali xisoblanadi. Antibiotiklarni kul lashda ularning antibakterial ta'sir doirasiga albatta e'tibor berish kerak.

Penisillin guruxi preparatlari. Ularni buyurishdan avval bemor organizmining bu gurux preparatlarga sezgirligi aniqlanadi. Suvda eriydigan penisillin preparati (kaliy yoki natriyli to'zi) muskul orasiga 300000-500000 TV dan xar 4 soatda buyuriladi. Xar kaday xolda ham kasallik diagnozi, uni kechishi, bemorlarning umumiy axvoli va tana vazniga e'tibor beriladi.

Metisillin natriy – penisillinning yarim sintetik xosilasi, kam zaxarli, kumulyativ xususiyatlari yo'q, 1,0 g dan bir kunda 4 maxalgacha buyuriladi.

Oksasillin natriy – ayniqsa stafilokokklarga yaxshi ta'sir qiladi. Ichganda me'daning kislotali muxitida o'z aktivligini yo'qotmaydi. Ovkatdan bir soat avval 0,25-0,5 g dan 4 maxal buyuriladi.

Dikloksasillinning natriyli to'zi – penisillinaza fermenti xosil qiluvchi mikroorganizmlarga ancha samarali ta'sir qiladi, 0,5 g dan 4 maxal buyuriladi, kattalar uchun davo kursi 2,0 g, ammo me'da yoki un barmok ichak yara kasalliklarida bo'lishi mumkin emas.

Aralash hamda surunkali piodermitlarda ampicillin ancha unumli, u ta'sir doirasi keng antibiotiklarga kiradi, 0,25 va 0,5 g dan tabletka xolida yoki 0,5 g dan kuniga 2-3 maxal muskul orasiga yuborish buyuriladi.

Karbensillinning dinatriyli to'zi strepto – stafilokokkli piodermitlarda kul laniladi. Kattalar uchun bir kunga 4 g dan 8 g gacha in'eksiya xolida muskul orasiga yuborish buyuriladi.

Tetrasiklinlar. Tetrasiklin va tetrasiklin gidroxlorid keng spektrda ta'sir qiladigan antibiotiklar bo'lib, ular yaxshi naf beradi. Ichish uchun 0,2-0,25 g dan kuniga 3-4 maxal buyuriladi. 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi (kalsiy bilan birikib erimaydigan kompleks xosil qiladi va suyaklarda tuplanib kolishi mumkin).

Metasiklin gidroxlorid – tetrasiklinning yarim sintetik maxsuloti. Bir kunda 2 maxal, kundalik mikdori kattalar uchun 0.6 g. Jigar va buyrak xastaliklarida hamda 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga buyurilmaydi.

Doksisillin gidroxlorid – (vibramisin) oksitetrasiklinning yarim sintetik maxsuloti, stafilokokk va streptokokklarga nisbatan ancha aktiv ta'sir qiladi, ichilganda yaxshi suriladi va Boshqa tetrasiklinlarga nisbatan qon tarkibida o'zoq saklanadi. Birinchi kuni 0,2 g, keyingi kunlari 0.1 g. Dan sut yoki katik bilan ichiladi.

Boshqa gurux antibiotiklar. Gentamisin sul'fat – ogir kechadigan piodermitlarni davolashda ancha samarali ta'sir qiladi. Ayniqsa aralash infeksiyali yoki umuman ko'zgatuvchisi aniqlanmagan; yiringli kasalliklarda ishlatgan ma'kul, uni kuniga 1-2 ml dan 2-3 maxal muskul orasiga yuboriladi. Tobromisinning gentamisinga nisbatan oto-nefrotoksikligi past, xar qilogramm vaznga 2-5 mg xisobida 2-3 maxal ichiladi. Sizomisin sul'fat gentomisinga qaraganda ancha aktiv bo'lib, 5 % li eritma (50 mg/ml) xolida chiqariladi, uni 1-2 ml dan muskul orasiga 2 maxal yuborish buyuriladi. Monoterapiya maksadida ta'sir doirasi penisillinlarga yakin bo'lgan eritromisin kul laniladi, 0,1-0,25 g dan 4-6 martagacha ichish mumkin.

Metasillinorezistent stafilokokklarga hamda aralash infeksiyaga sefosalporinlar (sefaloridin, sefalekssin, sefalizin, kefzol) kuchli ta'sir etadi. Sefaloridin 0.5 g dan 2-3 maxal yoki sefazolin 0,25-0.5-1.0-2.0 g dan xar 8 soatda buyuriladi.

Linkomisin gidroxloridning ham antibakterial ta'siri ancha keng bo'lib, ayniqsa Boshqa antibiotiklar yaxshi naf bermaganda muvaffaqiyatli kul laniladi. Uni 0,5 g dan 2-3 maxal ichiladi yoki 1-2 ml dan 30 % li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Fo'zidin – natriy ichilgandan sung qonning tarkibida o'zoq vaqt saklanib kolish xususiyatiga ega. SHuning uchun uni ambo'latoriyaga katnab davolanadigan bemorlarga tavsiya etiladi. Fo'zidin – natriyni 0,5 g dan 3 maxal sut bilan ichish buyuriladi.

Umuman antibakterial preparatlarni kabo'l qilish muddati 2-3 xaftadan oshmasligi kerak. Antibiotiklar infil'tratlangan tukimalarning yiringlab ketishiga yo'l qo'ymaydi, natijada katta-katta chandik

bo'lishning oldi olinadi. Ammo surunkali ogir kechadigan jarayonlarda 1-1,5 oy buyurishga to'g'ri keladi; kandidoz, disbakterioz, qaytalovchi neytropeniya, ba'zan allergik reaksiyalarning oldini olish uchun dori-darmonlarni Boshqasiga almashtirib turiladi.

Ayniksa surunkali piodermitlarda antibiotiklarni bir nechtasini birgalikda kul lash samarali ekanligi kurgina mutaxassislar tomonidan isbotlangan (A.M.Buxorovich, 1984 y, R.S.Topuriya, 1984 y). Masalan, eritromisin –tetrasiklin; olendomisin-tetrasiklin; ampisillin-oksasillin; monomisin-eritromisin, linkomisin gidrat-seporin va Boshqalar.

Piodermitlarni etiotrop davosi uchun sul`fanilamid preparatlarni ham ishlatish mumkin. Ular ayniksa, surunkali piodermitlarda antibiotiklardek natija bermasligi mumkin. Ammo, ayrim bemorlar antibiotiklarni kutara olmasliklari sababli, ular urnini sul`fanilamidlar bilan almashtirgan ma`kul .

Sul`famometaksin (difadin)- preparat kam zaxarli bo`lib, ta`sir doirasi va muddati ancha keng. Stafilokokk, streptokokk va gramm manfiy bakteriyalarga kattik ta`sir qiladi. Birinchi kunlari 0,5 – 1 g dan 2 maxal, kolgan 7-10 kun mobaynida 1 g dan bir maxal ichishga buyuriladi. Sul`fadimetoksin, sul`tfalen ham shu tarika ishlatiladi.

Sul`fanilamid preparatlarga juda chidamli bo`lgan gramm musbat va gramm manfiy mikroblari piodermitlarni davolashda baktrim (tarkibida sul`fametaksozol – 0,4 g va trimetoprim – 0,08 g saklaydi) ancha kul keladi.

Terining yiringli kasalliklarini oldini olish

Terining yiringli kasalliklari axolining moddiy farovonligi va madaniy sanitariya darajasini belgilovchi mezon hisoblanadi. Bu kursatgich past bo`lgan joylarda piodermitlar keskin kupayib ketadi. Piodermitlarning profilaktikasi davlat miqyosida katta hamiyatga ega, chunki bu kasalliklar barcha teri kasalliklari orasida birinchi urinda turadi va bemorlarning mexnat kobilyatini vaqtincha yo`qotib qo`yishiga olib keladi.

Terining yiringli kasalliklarini oldini olishda umumiy qonun-koidalarga bekamu-kust amal qilish kerak. Sanitariya-giena, davolash-profilaktika kabi amaliy ishlar ishlab chiqishdagi sanitariya texnikasi chora-tadbirlari bilan o`zluksiz bog`liq bo`lishi zarur.

B.I.II`in (1977 y) korxonalarda piodermitlarning oldini olish ishlarini uch bosqichda olib borishni taklif qilgan: 1. ish boshlashdan avval texnika xavfsizligi, shuningdek shaxsiy gigiena qonun-koidalarga amal qilish, ish joyini tartibga solish, teridagi mayda yara chakalarni zararsizlantirish, terining ochiq joylariga ximoya pastalarini surtish, maxsus kiyim (korjoma)ni nazoratdan o`tkazish; 2. Ish vaqtida ruy bergan arzimagan jaroxatlarni tegishli dorilar bilan artib surtish, ish joyini doimo uta ozoda va saranjom – sarishta tutish; 3. Ishdan keyin ish joyi va maxsus kiyimlarni tartibga solish, terining kirlangan joyini yaxshilab yuvib tozalash va Boshqalar.

Ayniksa terining yiringli kasalliklariga moyil bo`lganlarini aniqlab, ularga ta`sir qiladigan kasbga aloqador omillarni urganish va o`z vaqtida bartaraf etish lozim. Ishga olishdan avval odamlarni maxsus tibbiy kurikdan o`tkazish zarur. Kumir qonlari, neft` maxsulotlarini qayta ishlash korxonalari, metallurgiya, mashina kurilishi va kimyoviy zavodlarga ba`zi bir surunkali dermatozlarga chalingan bemorlarning (neyrodermit, ekzema, qizil yassi temiratki, seboreyaning ogir xillari, gipergidroz, ixtioz va Boshqalar) ishga yarokligini belgilovchi maxsus sanitariya guruxlari to`zilib, ular muntazam ishlab turishini ta`minlash lozim.

Sanitariya guruxlari mexnatkashlarning ish joyi toza bo`lishini, ularning maxsus kiyim-kechak va turli anjomlar bilan ta`minlanishini ko`zatib borishlari zarur. Ayniksa chuqur er ostida ishlovchi shaxtyorlar, issik sex ishchilari, metallurklar, frezerchilar va oynasozlar piodermiyaga kup chalinadilar. SHuning uchun ularning korjomlari xar 10 kunda yuvilib, dezinfeksiyalanishi hamda toza kiyimlari o`zlarining individual shkaflarida saklanishi zarur.

Piodermiyaning avj olishida mikrotravmalar asosiy sababchi ekanligini nazarda tutib, terining zirapcha kirgan, tiralgan, shilingan va yorilgan joylariga zudlik bilan dezinfeksiyalovchi eritmalar (2,0 % li brilliant yashili yoki 2-5 % li yod) surtish lozim.

Terining shikastlangan joylariga iloji bo`lsa, yupka koplam xosil qiluvchi Novikoz eritmasi, BF-6 elimi yoki aerezollar (“neotizol”, “Lifo`zol”) sepilgani ma`kul .

Ishchilarni soglomlashtirish maksadida extiyotdan emlash g`oyat katta ahamiyatga ega. Keyingi paytlarda A stafilokokkli anatoksin bilan yoppasiga emlash yaxshi naf bermokda. Stafilokokkli anatoksin 30-45 kun oralatib 2 marta qilinadi. Jismoniy kuch hamda zaxarli va zararli omillar bilan

ishlovchilarning badani yiliga 2 marta (15-20 seans) ul`trabinafsha nur ostida tozalanib turilishi kerak. Kimyoviy zavod ishchilarining teri muxitini (rN) saklash maksadida, ular yuvinganlarida 0,5 % li vodorod xlorid kislotasidan foydalanganlari ma`kul .

YOsh bolalar piodermiya bilan og`risha ko`proq moyil bo`lganlari uchun bemorlarning soglom bolalar bilan yurishiga yo`l qo`yilmaydi; piodermiyaga chalingan bolalar ajratib qo`yiladi, to ular to`zalgunlaricha bog`cha, maktab, internat va Boshqa jamoa joylariga kelishlari vaqtincha takiklanadi. Bolalar bilan muntazam ishlaydigan xodimlar, doimo profilaktik kurikdan utib turishlari lozim.

Maboda tugruksxonada piodermiyaga chalingan chakaloklar borligi aniqlansa, ular darxol soglom chakaloklardan ajratib qo`yiladi. Tugruksxona xodimlari va shu bilan birga barcha onalar sinchiklab tekshiriladi va tegishli davo choralari kuriladi.

Terining yiringli kasalligiga yo`likkan bolalarni xaddan ziyod issik kiyntirish va urab-chirmashga yo`l qo`ymaslik, shuningdek ularni ozoda tutish, badan terisini toza saklash, iloji boricha vaqtda chumiltirish, ich kiyimlarini tez-tez almashtirib turish lozim. Ularning kiyimlari, sochiqlari, xatto uyinchoklari sodali suvda kaynatib, dezinfeksiyalanadi va alohida saklanadi. Piodermiyaga chalinaveradigan bolalar dispanser nazoratiga olinadi va batamom tuzalib ketganidan keyingina bolalar muassasiga ruxsat etiladi. Demak piodermiyaning oldini olishda Quyidagi amallarni bajarish lozim:

1.Umumiy omillar: ishchi va xizmatchilarni muntazam tibbiy kurikdan o`tkazish, sanitariya-okartuv ishlarini yo`lga qo`yish, piodermiyaga sabab bo`ladigan omillarni bartaraf etish, bemorlarni o`z vaqtida aniqlab, ularga zarur shart-sharoitlar yaratish, maxsus sanatoriya va dam olish maskanlarini tashqil qilis.

2.Individual omillar: badantarbiya, ochiq xavoda yurish, qo`yosh nuridan foydalanish, mayda jaroxatlarni yod, anilin buyoklari bilan artib surtish, badan terisini ozoda saklash, ishlaganda maxsus korjomalardan foydalanish va xokazo.

Terining parazit kasalliklari

Qotir odam va xayvonlarning yuqumli kasalligi bo`lib, kasallikni qo`tir kanallari *Sarcoptes scabiei* ko`zgatadi. Qo`ir kasalligi odam terisining, ayniksa kechasi kattik kichishi bilan ifodalanadi. Bu kasallik insoniyatga kadimdan ma`lum bo`lib “Kichima” deb yuritilgan. Bundan taxminan turt ming avval Xitoyda, Kadimgi Misrda, Vavilon hamda Assiriyada qo`tir kasalligi odamlarga ma`lum edi. Rimda Sel`s qo`tir kasalligi “Skobies” deb nom bergan, bu xozirga kadar tibbiyot amaliyotida kul lanilib kelinmokda.Abu Ali ibn Sino “Tib qonunlari” kitobida Boshqa kasalliklar Qatorida qo`tir kasalligi xakida ma`lumot berib o`tgan. Qator olimlar (“Avenzoara”, Gil`degord 12 asr, Gale, 1812 y) o`z asarlarida qo`tir kasalligi bilan og`rigan bemor terisida kandaydir mayda tirik parazit jonivorlar bo`lishini yozib koldirganlar.

1834 yilda Korsikalik talaba Rinuchchi qo`tir kasalligining yuqumli ekanligi va uni kana ko`zgatishini aniq ma`lumotlar bilan isbot etdi. SHu davrdan boshlab unga qarshi davo va profilaktik chora-tadbirlar ishlab chiqila boshlandi.

Etiologiyasi va patogenez. Kasallik ko`zgatuvchisi, ya`ni qo`tir kanasi tashqi kurinishi jixatidan toshbakaga uxshaydi. Urgochisi erkagidan birmuncha yirikrok bo`ladi. Tanasi serbar tuxumsimon, burmali, uchwurchak tangachalar bilan koplangan, ogiz apparatlari changalsimon, kemirishga moslashgan. Bunday rivojlangan ogiz apparati orqali ular xujasining terisini teshib, tukima, qon, limfa va Boshqa suyukliklar bilan oziqlanadi. Oldi va orqasida ikki juftdan bugimlarga bo`lingan kiska oyoqlari bor. Otalangan urgochi kana epidermisning yo`za katlamlariga kirib xar xil yo`llar ochadi shu joylarga tuxum kuyadi: erkagi esa xalok bo`ladi. Urgochi kanalarning xarakati chaqqon bo`lib, bir kunda 0.5 5 mm egri-bugri kovaklar xosil qiladi. Kanalar rivojlanib 3-7 hafta davomida jinsiy voyaga etadi. Bitta urgochi kanadan chikkan tuxumdan 3 oy mobaynida 130-150 mln kana paydo bo`lishi xisoblab chiqilgan. Odamga yukkanidan sung tez kupayib ketishiga ham sabab shu.

Kanalar odatda odam organizmidan tashqarida bir haftacha yashashi mumkin. Ko`zgatuvchilar odamga bemordan yoki uning buyumlari orqali utadi. SHuningdek bir urinda yotganda, ba`zan jinsiy mulokotda bo`lganda ham yukib koladi. SHuning uchun qo`tir kasalligi jinsiy yo`l bilan yuqadigan kasalliklar Qatoriga kiritilgan.

Kasallikning yashirin (inkubasion) davri 7-10 kundan 20-30 kungacha boradi.

Klinikasi. Odam terisiga tushgan qo`tir kallasi zudlik bilan teri ichiga kovlab kirib olib, epidermis buylab teshishda davom etadi, kovak yo`lchalar xosil qiladi. SHu joylarda mayda pufaklar paydo

bo'ladi. Kasallikning asosiy belgisi terining kichishidir. Ko'pincha kana kovlagan kovakning boshlanish qismi, ya'ni kirgan joyi ochiq koladi, xuddi ana shu erda kattaligi 1-2 mm keladigan ichida seroz suyukligi bor okimtir pufakchalar paydo bo'ladi. Tuguncha va pufakchali mayda toshmalar 1 chizik buylab joylashishga moyil bo'ladi, kashlayverish oqibatida urnida nukta-nukta koramtir yo'llar xosil qiladi. Toshmalar barmoklar orasidagi burmalar, kaftning yon tomoniga, keyinchalik butun badanga (erkaklarda tanosil a'zolariga, ayollarda sut bezi surgichi atrofiga) toshadi. Ba'zan kul tirsaklarining tashqi qismida mayda nuktali kora qo'tirlar va tangachalarni (Gorchakov – Ardi simptomi) uchratish mumkin. Bemor xadeb kashinaverishi natijasida qo'tir badan terisining bir joyidan ikkinchi joyiga utadi. Toshmalar kattik kichishadi va bu xolat, ayniksa kechasi va issikda kuchayadi. Bemorning terisi lupa orqali ko'zdan kechirilganda, kana yo'lining boshlanishi, koramtir nuktali chiziklar (kovakchalar), mayda pufakchalarning teridan salgina burtib turganligini ko'rish mumkin, xuddi ana shu pufakchalar ichida kanalar bo'ladi. Koramtir nuktalar – urgochi kana tuxtab, tuxum qo'ygan kovakchalarning tepa teshiklaridir. Kashinaverish natijasida terining normal to'zilishi o'zgarib terida tiralgan, shilingan joylar, qora qo'tir pustlarni ko'zlatish mumkin: Ko'pincha kichiganda terining tiralgan joylariga infeksiya tushishi natijasida yiringlar teri kasalliklari: follikulit, furunkul, impetigo, ektima va Boshqalar rivojlanishi ham mumkin, bunda kasallikning diagnozi murakkablashadi. Qo'tir kasalligi o'zoq cho'zilib ketganida yoki bemor muntazam davolanmaganida terining Boshqa kasalliklari – dermatit, ektima paydo bo'lishi mumkin. Kasallik shu tarika asoratlanadigan bo'lsa bemor qonida eozenofiliya ko'zlatiladi..

YOsh bolalarda kasallikning belgilari xiyla Boshqacharak kechadi. Aksariyat tovon, kaftning ichki soxasi, son oraligi va dumba zararlanadi. Xosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon ogirlashishi mumkin.

Tez-tez yuvinadigan odamlarda kasallik bilinar-bilinmas kechadi. Toshmalar yoki kana yo'llari unchalik sezilmasada, ammo bemorning terisi kattik kichiydi. Bu xolat chala davolangan bemorlarda ham ko'zlatiladi. Ammo bemorning butun badan terisi obdon ko'zdan kechirilganda, juft-juft joylashgan tuguncha va pufakchalar, kavarchiklar, tiralgan joylar hamda bitta-ikkita kana yo'llari topiladi. Agar kasallik jinsiy mulokot tufayli yuqadigan bo'lsa, toshmalar kov atrofi kindik va qorin soxasida bo'ladi. Jinsiy a'zolar zararlanib tuguncha va pufakchalar toshadi va ular yiringlab ketishiga moyil bo'ladi. Ba'zan kasallikning klinik manzarasi zaxmga uxshab ketadi.

Gistologiyasi. Kana yo'llari terining mugo'z qavatida joylashadi, kovaklarning eng chuqur joyi tikansimon bazal qavatga etishi mumkin. Xuddi shu kovaklarga urgochi kana va uning tuxumlari joylashadi. Mal'pigi qavatida xujayralararo va xujayralar shishi va ular xisobiga pufakcha bo'ladi. Terining derma qismida asosan limfositlardan iborat surunkali infil'trat kurinadi. Bunda infil'tratlar kana yo'llari tagida joylashadi.

Diagnozi. Asosan bemorning shikoyatiga e'tibor beriladi. Qo'tirni ba'zan kichima bilan adashtiriladi. CHunki bu kasallikda ham teri kattik kichishadi. Ammo kasallik yillab davom etadi, teri kichishi bemorni tunu-kun bezovta qiladi. Bemorning limfa tugunlari shishadi, teri rangi sargimtir bo'lib, tugunchalar qonli qora qo'tir bilan qoplanadi va kul-oyo'qlarning buqiladigan soxasida joylashadi.

SHu bilan birga qo'tir kasalligini mikroba ekzemi, chin ekzema bilan takkoslanadi. Lyoki n qo'tir kasalligiga tuguncha va pufakchali toshmalarning juft-juft bo'lib joylashishi, kana yo'llari borligi, kichishning aynan kechasi avj olishi, bir vaqtda oila a'zolaridan bir necha kishining kasallanishi, Gorchakov –Ardi simptomining musbat bo'lishi qo'tirni Boshqa kasalliklardan farqlashda muxim rol uynaydi.

Bemorlarning terisida Ko'pincha pigmentli dog'lar, impetigo elementlarining izi qoladi. Ba'zan bemorning dumg'aza soxasida toshmalar, dumberning yorgoq soxasi tomon yo'nalgan "Uchburchak belgisi" hosil qiladi.

Ayniksa bemorning terisidagi toshmalardan (pufakchalardan) laboratoriyada topilgan kana diagnoz to'g'ri qo'yilganligini isbotlaydi.

Davosi. Qo'tirni davolashda terining mugo'z qavatini kuchirib, kana yo'llariga kirib boradigan hamda to'g'ridan to'g'ri kanani uldiradigan preparatlardan foydalaniladi. Ayniksa professor M.P.Dem'yanovich usuli juda kul ay bo'lib, bunda bemor o'zining asosiy ishidan kolmaydi, kiyimlari ifloslanmaydi.

Bu usul bo'yicha kasallikka davo qilishda ikki xil dori eritmasi, ya'ni 60 % li natriy tiosul'fat hamda 6 % li xlorid kislotasi eritmasi buyuriladi. Bemor natriy tiosul'fat № 1 eritmasini birorta idishga kuyadi va ikkala kaftini doriga botirib, buynidan to tovonigacha ishkallash yo'li bilan 2-5 minutda surtib chiqadi va 5-10 minut dam oladi. Kiska vaqt ichida 1-eritmaning suyuq qismi uchib ketadi, bemor badanida esa tiosul'fat krisstallariqoladiva u xuddi upa sepgandek okarib ketadi. Keyin xlorid kislotasi № 2 eritmasi ham xuddi shu yusinda surtiladi hamda urin kurpa giloflarini almashtiradi. Ikki kun xuddi shu zaylda davo qaytalanadi, yuvinishiga ikki kundan sung ruxsat beriladi.

Qo'tir kasalligini davolashda Vil'kinson mazi ham keng kul laniladi, u dorixonalarda tayyor xolda sotiladi. Vil'kinson malhami yo'z va bosh qismidan tashkari butun badanga kuniga bir martadan 5 kun mobaynida surtiladi va 6-kuni bemor yaxshilab yuvinib, kiyim va urin-kurpasini almashtiradi. Buyrak xastaligi bor kasallarga bu usul kul lanilmaydi, aks xolda teri orqali surilib yomon asoratlarga olib kelishi mumkin. YOsh bolalarga Vil'kinson malhami rux pastasi bilan tengma-teng aralashtirib ishlatiladi.

Oltinugurtning 20-33 % li malhami, bolalarga 5-10 % 5-6 kun mobaynida xuddi yukoridagidek tartibda ishlatiladi. Birok malhamlar ba'zan odam terisini ta'sirlashi va doridan dermatit paydo qilishi, shuningdek o'zidan kul amsa xid chiqishi hamda kiyim, urin-kurpada dog koldirishi kabi illatlardan xoli emas.

Qo'tirga qarshi dori ishlatishdan oldin bemor yaxshilab yuvinishi lozim, chunki mexaniq yo'l bilan teri yo'zasidagi kanalar tushib ketadi. Mabodo ikkilamchi mikroblar tushib jarayon yiringlashgan yoki ekzemalashgan bo'lsa, chumilish tavsiya etilmaydi. SHu bilan birgalikda davo olib borilayotgan paytda ham chumilish yaramaydi. Antiparazitar moddalar, ayniksa burmali soxalarga singdirib surtiladi, yiringlashgan, impetigolashgan joylarga extiyotlik bilan surtish talab etiladi. SHu bilan birga ikkilamchi piokokk infeksiyasiga ham qarshi davo kul laniladi. Qo'tir kasalligini davolashda benzilbenzoat ancha naf beradi. Kattalar uchun 20 % li, yosh bolalarga sovunli – suvli benzilbenzoat eritmasi kul laniladi, eritma tayyorlangandan to 7 kungacha o'z kuchini saklaydi.

Bu dori 3 kun mobaynida 2 maxal 10 minutlik tanaffus bilan surtiladi. Keyin bemor yuvinib urin-kurpa giloflar va kiyimini almashtiradi.

Davolashda yana 5 % li "K" sovun emul'siyasidan ham foydalanish mumkin. Uni 5 kun davomida surtish tavsiya etiladi: xadeganda to'zalavermasa, 3-5 kundan sung shu tartib yana takrorlanadi. Kasallik allergik dermatit bilan asoratlanganida antiparazitar dorilardan tashkari sharoitga qarab desensibilizatsiyalovchi va antigistamin preparatlar buyuriladi. Qo'tirga piokkok infeksiyasi qo'shilagn xollarda antibiotiklar sul'fanilamidlar, surtishga oltinugurt-degtyar, bordegtyar, oksikort, triderm malhamlari hamda anilin buyoklari, 2 % li salisil buyuriladi.

Kasallikning oldini olish va profilaktikasi. Kasallik borligi aniqlanganda maxsus xabarnoma tuldiriladi va tegishli joylarga ma'lum qilinadi. Bemor bilan mulokotda bo'lganlar, oila a'zolari obdon ko'zdan kechiriladi. Bemor bola batamom tuzalib ketmagunicha uni soglom bolalarga (yasli, bogcha, maktabga) qo'shilmaydi.

Bemorning ichki va ustki kiyimlari, etadigan urin-kurpalari ishlatgan asbob anjomlari, bolalarning uyinchoklari dezinfeksiya qilinishi zarur. (DDT, "K" sovuni). Dezinfeksiya maxsus nam kameralarda bajariladi. U bo'lmagan takdirida kiyim-kechaklarni kaynatib yuvish va yaxshilab dazmollash zarur. Urin-kurpalarini oftobga yoyib, xar kuni bir necha marta orqa ungini agdarib turish (4-5 kun) lozim. Qo'tir kasalligi kupayib ketganda bemorlarni davolash uchun maxsus skobiozoriylar ochiladi, aholi urtasida qo'tir kasalligi haqida tushuntirish ishlari olib boriladi.

Terining zamburug' kasalliklari

Zamburug` kasalliklarini o'simlik parazitlariga mansub zamburug`lar qo'zg`atadi. Ular xavoda, tuproqda, o't va suv xavzasi atrofida noaktiv hayot kechiradi. Ammo Boshqa sharoitlarda, masalan, odam yoki hayvon terisiga tushganda kasallik keltirib chiqaradi. Hozirda zamburug`larning 100.000 dan ortiq xili ma'lum bo'lib, ulardan 500 taga yaqini odam va hayvonlar uchun patogen hisoblanadi, ya'ni kasallik chaqiradi, Parazit zamburug`lar keltirib chiqargan teri kasalliklarini — dermatomikozlar (grekcha derma — teri; mikoz — zamburug`) deyiladi, zamburug`lar esa dermatofitlar deb ataladi. Patogen zamburug`lar guruhini ipsimon zamburuglar (dermatofitlar) tashqil etib, ular ipsimon miseliyalar va sporalar hosil qilish xususiyatiga ega.

Zamburug`li kasalliklar yuqumli bo`lib, tez tarqaladi, ayniqsa ular bolalar o`rtasida tez-tez uchraydi. Kasallik bemordan yoki kasal hayvondan odamga o`tadi. Kasallik asosan bemor bilan bevosita muloqatda bo`lganda yoki uning zararlangan buyumlaridan foydalanganda yuqadi.

Kasallik paydo qiluvchi zamburug`larning yana bir guruxini achitkisimon zamburug`lar tashqil qiladi. Ular Sandida turkumiga mansub bo`lib, sporalar hosil qilmay kurtaklanish yo`li bilan ko`payadi. Achitqisimon zamburug`lar psevdomiseliyalar hosil qilishga moyil. Bu zamburug`larning Sandida albicans turi patogen hisoblanadi. Qandida zamburug`lari tabiatda keng tarkalgan. Ular meva va sabzavot, sut maxsulotlari, shuningdek odam va hayvon terisi hamda shilliq qavatlarida saprofit holda yashaydi. Faqat muayyan sharoitlarda ular kandidozlar deb ataluvchi o`ziga xos kasallikni keltirib chiqaradi.

Hozirgi kunda dermatologlar tomonidan Quyidagi klassifikasiya (tasnif)dan keng foydalaniladi (N. D. SHeklakov, 1978).

I. Keratomikozlar

1. Rang-barang temiratki

2 Eritrazma

P. Dermatomikozlar

1. CHov epidermofitiyasi

2. Oyoq panjasi epidermofitiyasi

3. Rubromikoz

4. Trixofitiya

5. Mikrosporiya

6. Favus

III. Kandidoz

IV. CHuqur mikozlar

keratomikozlar

Kasallik teri mugo`z qavatining zararlanishi hamda yal-lig`lanishsiz kechishi bilan ifodalanadi.

Keratomikozlarga rang-barang yoki kepaksimon temiratki va eritrazma kiradi.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki — terining yallig`lanishga dahli bo`lmagan yo`za infeksiyasidir. Qo`zgatuvchisi Ryugoyrogshp og`lsilapz (Mlsgozrogshp ^ig^ig) terining mugo`z qavatida joylashib, ko`p terlaydigan va terning kimeviy tarki-bi o`zgarib turadigan kishilarda tez ko`payadi.

Klinikasi. Ko`krak, orqa, bo`yin, kamdan-kam xollarda oyoq-qo`llarda, qorinda, boshning soch-li qismida keskin chegaralangan va turli shakl va katta-kichiklikdagi jigarrang dog`lar yo`zaga keladi. Bo`lar periferiyaga qarab o`sib bir-biriga ko`shilishga moyil bo`ladi va g`alati shakl hosil qiladi. Dog`lar rangi har xil: pushti-sariqdan to`k-qo`ng`irgacha, ko`pincha sutli kofe rangida bo`ladi. Dog`lar yo`zasi ko`zga sal ilg`aydigan kepaksimon tangachalar bilan koplanadi; sub`ektiv sezgilar deyarli bo`lmaydi, ahyonda badan sal qichishishi mumkin. Kasallik bir necha oy yoki yillab davom etadi. Zamburug` sochlarga zarar etkazmaydi, lyoki n ko`pincha boshning sochli qismi terisini shikastlaydi.

Diagnozi. Dog`lar va ular atrofidagi sog`lom teriga yod surtiladi, bunda uning yo`zasidagi tangachalar nodni ko`prok singdiradi, shuning` uchun shikastlangan joyda yod rangi sog`lom joyga qaraganda to`qroq bo`lib koladi. Boshning sochli qismini lyuminessent lampasi (VUD lampasi) orqali ko`rilganda, dog`lar yo`zasi qo`ng`ir rangda tovlanadi, YAllig`lanishsiz sal po`st tashlab turadigan har xil kattalikdagi qo`ng`ir-jigar-rang dog`lar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib diaqnoz qo`yiladi.

Gistopatologiyasi. Terining mugo`z qavatida ko`plab zamburug`lar topiladi. YAlliglanish bo`lmaydi.

Davosi. Mugo`z qavatning zamburug`lar o`rnashib olgan yo`za qismini ko`chirib tushirish maqsadga muvofiq. Buning uchun zararlangan joylarga har kuni yashil sovun, Vil`kinson mazi, 10% li salisilat spirti eritmasi, 10—20% li oltingugurt moyi, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat moyi aralashmasi surtiladi. SHuningdek bir hafta mobaynida 60% li giposul`fit eritmasi va 6% li xlorid kislota eritmasini ketma-ket surtish yaxshi natija beradi (Dem`yanovich metodi). Kasallik qaytalamasligi uchun davolangan joylarni bir necha hafta mo-baynida kuniga 1 maxal 2% li salisilat spirti bilan artib turish

tavsiya etiladi, lamizil malhami 2 hafta davomida kuniga 1—2 maxal surtiladi. Kepaksimon temiratki dog`lari qo`yosh nuri ta`sirida yo`qolib ketishi mumkin.

Eritrazma Qo`zg`atuvchisi-korinobakteriyalar. So`nggi yillarda eritrazmani korinobakteriyalar qo`zg`atadi deb, uni psevdomikozlar qatoriga kiritilmoqda. Eritrazma terining ko`p uchraydigan zamburugli kasalligi bo`lib, aksariyat erkaklarning teri burmalarida uchraydi.

Klinikasi. Son-yorg`oq burmasida, son terisida, qo`ltikda, ayollarda esa sut bezlari ostida qizil-jigarrang tusli keskin ajralib turadigan dog`lar paydo bo`ladi, ba`zan bu dog`lar oyoq, panjasi orasida ham ko`zatiladi. Ular bir-biriga qo`shilib, shaklan festonlarga o`xshab ketadigan katta-kichik o`choklarni hosil qiladi. Doglarning yo`zi sal po`st tashlab turadi, badan bir oz qichiydi, ko`pincha sub`ektiv sezgilar bo`lmaydi, terlash natijasida ba`zan yallig`lanish jarayoni ko`shiladi, zararlan-gan joy qizarib shishib turadi va pufakchalar paydo bo`ladi.

Diagnozi. Lyuminessent lampa orqali qaralganda kasallik o`choqlari g`isht rang, qizil bo`lib tovlanadi. Qlinik ko`rinishi va laboratoriya ma`lumotlariga asoslanib diaqnoz ko`yiladi.

Davosi. Xuddi kepaksimon temiratkidagidek po`st tushira-digan va dezinfeksiyalovchi moddalar buyuriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin va 5% li eritromisin malhami qo`llaniladi. Keyinchalik kasallik qaytalamasligining oldini olish uchun 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi.

Dermatomikozlar:

Dermatomikozlar epidermis, derma va teri hosilalari (soch, tirnoq)ning zararlanishi bilan kechadi.

CHov epidermofitiyasi

Kasallikni eridermafıtonlar zamburug`lari paydo qiladi, Ko`proq erkaklar kasallanadi.

Klinikasi. Sonning ichki yo`zasida kattaligi tangadek keladigan pushti qizil rangli dog`lar paydo bo`ladi. Dog`larning cheti teri sathidan bolishga o`xshab ko`tarilib turadi, ularning yo`zasida maydamayda pufakchalar, pustulalar bo`lib, markazida esa kepaksimon tangachalar ko`rinadi. Dog`lar yirik o`choqlar hosil qilib, bir-biri bilan qo`shilib ketishga moyil bo`ladi-Ular periferiya tomon o`sa borib, o`rtasi oqara boshlaydi va halqasimon yoki marjon shaklini xosil qiladi. Bemorni badan qichishishi va ba`zan og`riq bezovta qiladi.

Bu kasallik odatda kasalxona va ro`zg`or buyumlari (ichki ki-yim, mochalka, kleyonka, termometr, tag tuvak) dan foydalanganda (agar ular to`la dezinfeksiya qilinmagan yoki o`lda-jo`lda qilingan bo`lsa) yuqadi.

Diagnozi. Kasallikning klinik manzarasi va o`choqlardan olingan qirma, mikroskop ostida tekshirilg`anda, unda miseliy iplarining topilishi hamda u Saburo oziq muhitiga eqilganda zamburug` kul `tursi o`shisi diaqnoz qo`yishda muxim rol` o`ynaydi. ;},••.

Davosi. Kasallik o`choslariga 1—2% li yod nastoykasi, 3—5% li oltingugurt, qoramoy malhamini surtish tavsiya etiladi. Jarayon o`tkir kechganda (yallig`lanish kuchli bo`lsa) 0,25% _ li kumush nitrat, 1—2% _ li rezorsin. 2%li borat kislotasi eritmasi va boshqalardan sovuq primochkalar qo`yish bilan bir qatorda umumiy davo qilinadi, ya`ni 10% li kalsiy xlorid eritmasi, dimedrol yoki boshqa antigistamin preparatlar terapevtik dozalarda tavsiya etiladi.

Oyoq panjasi epidermofitiyasi

Oyoq panjasi epidermofitiyasini trixofıton zamburug`lari qo`zg`atadi. Uni quyidagi klinik shakli tafovut qilinadi.

1. Skvamoz epidermofitiya.
2. Intertrig`inoz epidermofitiya.
3. Disgidrotik epidermofitiya.
4. Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz).

Skvamoz epidermofitiya tovonda, panjalar oralig`idagi burmalar terisining har er har erida plastinkasimon po`st tashlab turishi bilan ifodalanadi. Bu joylar terisi och rangda bo`lib, yo`zasi oqish kul rang po`stchalar bilan qoplanadi. Po`st tashlab turadigan bu o`choqlar ba`zan o`zoq vaqt turib, bemor hech narsa sezmasligi ham mumkin. Lyoki n biror noxush ta`sirotn tufayli kasallik qo`ziydi, bunda teri qizaradi, kichishadi va pufaklar paydo bo`ladi.

Intertriginoz epidermofitiya. Epidermofitiyaning bu xili 4-va 5-, 4- va 3-barmoqlar orasidagi terining po`st tashlashi, bo`kkanga o`xshab yorilishi tarzida namoyon bo`ladi. Bar-moqlarning bir-biriga tegib turadigan yo`zalarida pufakchalar paydo bo`lib, ular yoriladi va shilinishlar vujudga keladi, ko`pincha

ular chetida ko'chgan epidermisning osilib turgan jiyagi ko'zg'a tashlanadi. Jarayon barmoqlar orasidagi burmalardan oyoq kafti terisiga tarkaladi. Oyoq panjasi mikoziyning intertriginoz shakli ko'pincha piodermiya bilan asoratlanadi va limfa tugunlari hamda limfa tomirlarining yallig'lanishiga olib keladi.

Disgidrotik epidermofitiya. Oyoq panjasining yon yo'zasida, oyoq kafti gumbazi sohasida bir talay pufakcha va pufaklar paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Ular ba'zan yo'za yoki chuqur joylashadi. Ko'pgina mayda pufakchalar qo'shilib, katta pufaklarni hosil qiladi. Pufaklar qobig'i tarang, ichidagi suyuqlik esa tiniq yoki biroz xira bo'ladi. Pufak va pufakchalar paydo bo'lganda ko'pincha bemorning tinkasi qurib, harorati ko'tariladi. Pufaklar yorilib, eroziyalar vujudga keladi, ular chetida esa epidermis bo'laklari ko'rinib turadi. Ba'zi pufakchalar kurib, qora ko'tir bilan qoplanadi va keyinchalik ular o'rnida postlanisrku'atiladi. Tez orada yangi pufakchalar va yangi eroziyalar hofylgbo'lishi va pilchirash ko'zatiladi. Bemor-ni qichishish va og'ryq bezovta qiladi. Disgidrotik epidermofitiya ko'pincha piodermiya bilan asoratlanadi, oyoq panjasi teri-sida pustulalar, shish va og'riq paydo bo'lib, limfangit hamda limfadenitlar avj oladi. Kasallik o'zoq davom etib, tez-tez qaytalab turadi. Ayniqsa u bahor va yoz oylarida ko'ziydi.

Ko'pincha qo'l panjasiga ham pufakchalar toshadi, ba'zan badan va qo'l-oyoqlar terisi post tashlaydi va pushti-qizil rangli dog'lar va papulalar paydo bo'ladi. Bu toshmalar allergik bo'lib, ularda zamburug'lar bo'lmaydi. Bu toshmalar epidermofitidlar deb ataladi va oyoq panjasidagi asosiy o'choqlarda yallig'lanish qaytgandan so'ng odatda yo'qolib ketadi.

Gistopatologiyasi. Terining tikansimon qavatida hu-jayralar vakuolizasiyasi va spongiozi ko'zatiladi. Bunda xujayralararo mayda bo'shliqlar hosil bo'lib, ularning qo'shilishi natijasida seroz suyuqlik yoki leykositlar bilan to'la ko'p katakli bo'shliqlar hosil bo'ladi. Dermaning so'rg'ich-simon qavatida qon tomirlarining kengayishi va ular atrofida limfositlardan iborat yallig'lanish infiltrati ko'zatiladi.

Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz) — epidermofitiyaning barcha klinik shakllarida ko'zatiladi. Bosh barmok bilan jimjiloq tirnoqlari ko'proq zararlanadi. Tirnoqlarning chetida va tirnoq plastinkasi bagrida sariq doglar paydo bo'lib, tirnoq xira, qalin, mo'rt va uvalanadigan bo'lib qoladi.

Diagnozi. Oyoq panjasi epidermofitiyasining klinik ko'rinishi ko'pincha boshqa teri kasalliklariga, masalan, ekzemaga o'xshagani sababli, epidermofitiyaning diagnozi laboratoriya tekshirishlari orqali tasdiqlanadi.

Epidermofitiyaning yuqish yo'llari va sharoitlari. Kasallik qo'zg'atuvchi zamburug'lar hammomning yuvinish xonasida, suvhavzalari, sport zallari va poyabzalda bo'ladi. Asosan, kasallik shaxsiy gigienaga ahamiyat bermay, bemorning pay-pogi va oyoq kiyimlarini kiyaveradigan kishilarga yuqadi. Cho'milish vaqtida oyoq panjasi terisining yumshashi sog'lom odamlarga epidermofitiyaning yo'qishiga qulay sharoit tug'diradi. Epidermofitiyaning kelib chiqishi va avj olib borishida organizmning individual xususiyatlari, oyoq panjasining ko'p terlashi, terning kimyoviy tarkibi, organizmning umumiy axvoli, nerv sistemasining funksional holati katta ahamiyatga ega.

Davosi. Epidermofitiyaning skvamozi shaklini davolash uchun 2% li yod eritmasi va Vil'kinson malhamidan foydalaniladi. Dastlab soda-sovunli iliq vanna qilinadi, keyin 5% li salisi-lat, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat malhami aralashmasi surtilib, boylamlar qo'yish tavsiya etiladi.

Oyoq panjasining intertriginoz epidermofitiyasida barmoq orasidagi burmalarga 2% li yod, nitrofungin eritmasi, salisilat-benzoat yoki 5% li oltingugurt- malhami va boshqa fungi-sid malhamlar surtiladi.

Disgidrotik epidermofitiyani bartaraf etishda umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Kasallik o'tkir kechganda desensibilizatsiyalovchi umumiy davo buyuriladi: venaga 10% li kalsiy xlorid, 30% li giposul'fit, 10% li kalsiy glyuqonat eritmalarini yuboriladi, Antigistamin preparatlardan dimedrol, suprastin, tavegil, diazolin, diprazin va boshqalar, V va S guruh vitaminlari, nikotin kislotasi buyuriladi. SHu bilan birga maxalliy davo ham qilinadi.

Kasallikning o'tkir davrida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin, 1:1000 nisbatdagi rivanol, 1% li rux sul'fat, 1:5000 nisbatdagi furasillin, 2% li borat kislotasi eritmalaridan foydalanib, sovuq primochkalar qo'llaniladi. Pufaklar yorilib, o'tkir yallig'lanish jarayoni bosilib qolganidan keyin, 5% li dermatol mazi, Unna kremi hamda 2% li ixtiol pastasi buyuriladi. Malhamlardan klotrimazol, mikoazon, mikospor, ja-raen ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanganda esa triderm buyuriladi.

Kasallikning barcha shaklini davolashda Lamizil preparatining samarasi katta, Uni boshqa antifungal dorilarga (nizo-ral, grizeoful'vin) qaraganda nohush ta'sirlari juda ham kam. Lamizil tabletka shaklida

250 mg dan kuniga 1 maxal, 14 kun davomida ichiladi, Lamizil malhami esa kuniga 1—2 maxal 2 yoki 4 hafta davomida surtiladi.

Intertriginoz va disgidrotik epidermofitiyalar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanib, limfangit va limfadenitlar bilan kechganida antibiotiklar va sul'fanilamid preparatlari tavsiya etiladi. Allergik toshmalar bo'lsa desensibilizatsiya-lovchi va antigistamin preparatlar ko'llash bilan bir qatorda, kasallikning klinik ko'rinishiga qarab, mahalliy davo sifatida chayqatuvchi suyuqlik va indifferent upalar qo'llaniladi. CHov epidermofitiyasida teri ta'sirlanmasligi uchun ehtiyot bo'lib davo qilish talab etiladi. O'tkir yalliglanish bo'lganida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin va boshqa eritmalardan sovuq primochkalar qilinadi. Keyinchalik tarkibida 2—3% li salisilat va benzoat kislotalari bor malhamlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Oyoq ko'p terlashi tufayli epidermofitiya bot-bot qo'zib turadigan bo'lsa, ozodalikka bekami-ko'st amal qilish, paypokni tez-tez almashtirib turish, oyoq kaftiga 3% li formalin eritmasi surtish, vaqti-vaqti bilan upa sepib turish tavsiya etiladi. Epidermofitiyaning tarqalishiga qarshi kurashish maqsadida hammom, dushxona hamda suv havzalarida ozodalik va tegishli sanitariya talablariga mos profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish talab etiladi. U joylardagi pol, o'rindiq hamda boshqa jixozlarni xloramin, krezolning 5% li eritmasi yoki xlorli ohak eritmasi bilan muntazam dezinfeksiya qilib turish zarur. Bu muassasalarda xizmat qiladigan xodimlar tibbiy tekshiruvdan o'tib turishlari, tekshirish vaqtida kasal deb topilganlar zsa davolanishlari lozim.

Rubromikoz Rubromikoz yoki rubrofitiyaga Rubromikoz zamburug'i sabab bo'ladi.

Klinikasi. Asosan qo'l-oyoq kaftlari, oyoq barmoqlari ora-sidagi hamda chov va qo'ltiq ostidagi burmalar zararlanadi. Yirik burmalar terisi, ayniqsa ko'p kasallanadi. Qo'l-oyoq kaft terisi kurib, dag'allashadi, egatchalar bor joylar qipiqsimon tangachalar bilan qoplanadi. Natijada qo'l va oyoq kaftlari xuddi un sepib qo'ygandek kepaklanib turadi. Jarayon epidermofitiyadan farq qilib, oeq panjasi va barmoqlarning ustki hamda yon yo'zalariga ham o'tadi. Oeq panjasining kasallanishi ko'pincha qichishish bilan kechadi. Oyoq barmoqlari orasidagi burmalar quruqshab kepaklanadi. Rubromikozda oyoqningdeyarlihamma bar-moqlari orasidagi burmalar, shuningdek tirnoqlar zararlanadi. Qo'l-oyoq tirnoqlari sarg'ayib, hiralashadi hamda qalin tortib uvalanib turadi va ko'pincha tirnoq uchidan ko'chadi. Ko'chgan tirnoq kirkul rangtushga kiradi. Silliq terida kasallik o'choklarining cheti ko'tarilib turadigan, unsimon tangachalar bilan qoplanadi. Ba'zan, shaklan festonlarga o'xshaydigan, po'stchalar bilan qoplangan qi-zil dog'lar, halqalar ko'rinishida bo'ladi. Doglar ustida mayda, qizil rangdagi tugunchalar bo'lib, ularning yo'zasi qora qo'tir bilan qoplanadi.

Kasallik surunkali kechadi, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa issiq kunlarda qaytalab turadi.

Davosi. Qo'l-oyoq kaftlari terisi keratolitik va fungisid moylar bilan ko'chiriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin, Kastellani bo'yogi, 10% li salisilat va 5% li ol-tingugurt moyi, 5% li qoramoy, mikoseptin, mikozolon, unden-sin, sinkundan, amikozol, 1% li lamizil moylaridan foydalaniladi. Davoning spesifik vositalariga fungistatik xususiyat-ga ega bo'lgan grizeofulvin, gefulvin, nizoral antibiotiklari va fungisid xususiyatli lamizil dorisi kiradi. Grizeofulvin 1 oy mobaynida har kuni 4—6 tabletkadan (0,125 g dan), keyingi oyda esa xuddi shu dozada, lyoki n kunora ichish, so'ngra soglom tirnoq plastinkalari o'sib chiqqunga qadar xuddi shu dozada 3 kunda 1 martadan ichib turishga buyuriladi. Nizoral dorisi har kuni 1 tabletkadan (200 mg) dan ichiladi.

Silliq teri rubromikozini davolashda lamizil xar kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichiladi. Agar zararlanish o'chog'i tirnoqlarda bo'lsa (onixomikoz), u holda lamizil har kuni 250 mg dan 6 haftadan 4 oygacha ichiladi.

Trioxofitiya Trioxofitiya-dermatomikozlar ichida eng keng tarqalgani bo'lib, uning kelib chiqishiga trioxofiton turkumiga mansub zamburug'lar sabab bo'ladi. Kasallik bolalar va kattalarda uchraydi. Ko'pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlar zararlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi trioxofiton turkumiga kiruvchi zamburug'lar bo'lib, ular sochning kay tariqa zararlashiga qarab ikki guruhga bo'linadi, Birinchisi trioxofiton endotriks deb atalib, zamburug' sporasi bilan miselliy iplari soch ichida turadi. Ikkinchi gurux esa trioxofiton ekzotriks bo'lib, zamburug'lar soch tolasining sirtida parazitlik qilib yashaydi. Goho zamburug' sporalarning zanjirlari soch kutikul asi (pardasi) da ham bo'ladi.

YO'za va chuqur yoki maddalangan infil'trativ trixofitiya tafovut qilinadi. YO'za trixofitiyani antropofil zamburug'lari; chuqur, maddalagan infil'trativ trixofitiyani esa zoofil zamburug'lar paydo qiladi.

Epidemiologiyasi. YO'za trixofitiya ko'pincha bemor bilan bevosita muloqotda bo'lganda yuqadi. SHuningdek, bemor ishlatgan har xil buyumlar-tarok., bosh kiyim va boshqalardan ham patogen trixofitonlar yuqishi mumkin. Kasallikka asosan bolalar chalinadi, ular kasallikni yillab surunkali trixofitiya bilan og'rigan kattalardan yuktirib oladilar.

CHuqur, maddalagan-infil'trativ trixofitiya esa asosan xayvonlardan (mol, ot, cho'chqa, sichqon, kalamush va h.k. lardan) yuqadi. Kasallikning bu xilida sog'lom odamning buyumlark orqali yuqish hollari nisbatan kam uchraydi.

Klinikasi. Trixofitiyaning klinik ko'rinishi va kechishi kasallik qo'zgatuvchisining xususiyatlari, uning patogenligi va makroorganizm xolatiga bog'liq.

YO'za trixofitiya. Kasallikning bu turi ko'pincha 4—15 yoshli bolalarda uchraydi. Ba'zan ko'krak yoshidagi bolalar yoki kattalarda ham ko'zatiladi. Balog'at davriga kelib kasallikning bu turi ichki sekresiya bezlari faoliyatining o'zgarishi tu-fayli o'z-o'zidan yo'qolib ketadi, Ayrim hollarda odam keksayguncha cho'zilaverishi ham mumkin. Kattalarning surunkali trixofitiyasi deb shunga aytiladi.

YO'za trixofitiya Quyidagi klinik ko'rinishda kechadi. Bosh-ning sochli qismida kattaligi olchadek keladigan talaygina kasallik o'choqlari vujudga kelib, shu soha terisi po'st tashlab, sochlari siyraklashib koladi. Zamburug'lar bilan zararlangan sochlar mo'rtlashib, teri dami barobarida sinib tushadi va shu joylar qora nuqtalarga o'xshab qoladi; singan sochlar o'z rangi-ni yo'qotib, xiralashadi va biroz yo'g'on tortadi. Kasallik o'chog'idagi teri po'stlari orasidan ilmoqqa o'xshash soch bo'laklari ko'rinib turadi, xuddi shu joylarda aftidan sog'lom sochlar ham o'sadi. YO'za trixofitiya bolalarda o'zoq vaqt davom etadi. Agar u o'z vaqtida davolanmasa badanning boshqa tukli qismlariga tarqalib ketishi mumkin.

Silliq terining yo'za trixofitiyasi. Aksariyat hollarda boshning sochli qismi zararlanishi bilan birga kechadi, kasallik faqat terida uchrashi ham mumkin. Dastlab terida chetlari sal ko'tarilgan och qizil rang'li dumaloq yallig'langan dog' vujudga keladi. Dog' chetlarida qizg'imgir bolishcha bo'lib, markazi birmuncha yassi tortib po'stlar bilan qoplanib turadi. Keyinchalik dog' chetlarida tarikdek pufakchalar paydo bo'lib, ular yorilgach qora qo'tir bilan qoplanadi. Dog'lar chetga tomon o'sib borib yoki bir-biriga ko'shilib, turli shakllar hosil qili-shi mumkin.

Kattalarning surunkali trixofitiyasi. Ko'proq ayollarda uchraydi. YUqorida ta'kidlaganimizdek, balog'at davrida kelib markaziy nerv sistemasi va ichki sekresiya bezlari faoliyatining o'zgarishi trixofitonlar uchun noqulay shart-sharoit tug'diradi. SHuning uchun ko'pincha bu davrda yo'za trixofitiya o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ammo, ichki sekresiya bezlari faoliyatida, xususan tuxumdonlarda biror illati bor ayollarda kasallik surunkali kechib, yillab cho'zilishi mumkin. Kasallik ko'pincha boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlarning birga zararlanishi bilan kechadi. Boldir, bilak, tirsak, dumba, tizza soxalarida bir-biriga qo'shilishga moyil bo'lgan, kattaligi tangadek, po'st tashlab turadigan, binafsha rangli dog'lar vujudga keladi. Oyoq-qo'l kaftlari terisining mugo'z qavati qalin tortib, unda yallig'lanish belgilarisiz, po'st tashlab turadigan kasallik o'choklari vujudga keladi, Boshning ensa va chakka soxalarida sochlar tagidan sinib qora nuqtalar hosil qiladi. SHuningdek, shu soxalarda biroz po'st tashlab turgan kichikroq zararlanish o'choqlari, ya'ni komedonlarni ko'zatish mumkin. Bundan tashqari, terida sochsiz atro-fiyaga uchragan joylar ham bo'ladi. Kasallik o'zoq kechadi, bunday xolarda katta yoshdagi bemorlar bolalar uchun kasallik manbai bo'lib kolishlari mumkin,

Maddalangan-infil'trativ yoki chuqur trixofitiya. Kasallik asosan xayvonlardan yuqadi. Bolalarda ko'proq boshning sochli qismi, kattalarda esa soqol-mo'ylovlar zararlanadi. Agar zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilsa, zanjirchalar ko'rinishidagi sporalar sochni g'ilofdek o'rab turganligini ko'rish mumkin.

Klinikasi. Kasallik o'choqlari keskin qizarib, shishadi. Boshning sochli qismida o'smasimon to'zilmalar paydo bo'lib, ularni ushlab ko'rilganda ko'lga hamirdek yumshoq undnaydi, bu o'choqlar yiringli yallig'langan soch follikul alaridan iborat bo'ladi. Asalari uyasiga o'xshab ketadigan bu o'choqlardan mog'or hidi kelib turadi va qo'l bilan bosilganda follikul a teshiklaridan yiring tomchisi

chiqadi nomi bilan ham yuritiladi). O'choqlarda soch tag-tugi bilan yiringlab ketganligi uchun ham sochlar to'qilib ketadi.

Yuqorida ta'kidlaganimizdek, kasallikning bu turi yallig'lanish alomatlari bilan kechadi. Bemorning xarorati ko'tarilib, boshi og'riydi, shuningdek bo'yin va ensa soxasidagi limfa tugunlari shishadi, ko'ngli aynaydi, qusadi, lohaslik ko'zatiladi. Ayrim bemorlarning oyoq-ko'l va badan terisida lixenoid tabiatiga ega, allergik toshmalar — trixofitidlar paydo bo'ladi. Bunga zamburug' zaxarlarining qon va limfaga o'tishi sabab bo'ladi. Oradan 2—3 oy o'tganidan keyin kasallik o'z-o'zidan tuzalib, kasallik o'choqlari o'rnida chandiqlar kolishi mumkin. Kasallikning maddalangan-infil'trativ xilida sillik terining zararlangan joyi dumalok bo'lib, qizarinqirab turadi, yo'zasi follikul yar pustula va ayrim joylari qoraqo'tir po'st bilan qoplangan bo'ladi.

Tirnoqlar trixofitiyasi. Nisbatan kamroq uchraydi. Bu kasallik boshning sochli qismi yoki silliq teridan zam-burug'larning tirnoqqa o'tishi natijasida vujudga keladi. Aksariyat qo'l barmoqlarining tirnoqlari zararlanadi. Kasallik jarayoni tirnoq plastinkasining erkin chetidan boshlanib, shu joyda asta-syoki n xira dog' paydo bo'ladi; kamgak tirnoqqa, zamburug' o'sib kirishi natijasida tirnoq plastinkasi qalin tortib, xira bo'lib qoladi. Keyinchalik tirnoq uvalana bosh-laydi va tirnoq plastinkasining yo'za qatlamlari ostida kam-gaklar hosil bo'ladi. Tirnoqlar trixofitiyasni o'zoq vaqt davom etadi.

Davosi. Kasallikning barcha xilida ham grizeofulvin an-tibiotikini qo'llash mumkin. Grizeofulvinning kundalik miqdori bemorning vazniga qarab belgilanadi, odatda 15 mg/kg hisobida beriladi. Uni ovqat vaqtida bir choy qoshiq baliq moyi yoki o'simlik yog'i bilan ichiladi. Davo 1 —1,5 oy va undan ham ko'proq davom etishi mumkin, Grizeofulvin 0,125.g dozali tabletkada chiqariladi, uni qabo'l qilishning 2 xil sxemasi mavjud; birinchi sxema bo'yicha tabletkalar 15—20 kun munta-zam ichiladi, keyin esa ikki kun oralatib, xuddi shu tartib, bemor to tuzalib ketguncha davom ettiriladi. Ikkinchi sxemada — tabletkada davolash boshlangandan to bemor to'zalgunga qadar ku-nora ichiladi. Dori qabo'l qilinganida ba'zan bosh og'rig'i, dis-peptik o'zgarishlar, leykopeniya, eozinofiliya, allergik derma-tit kabi noxush xolatlar ham ko'zatiladi. SHu bois porfiriya hamda o'tkir jigar kasalliklari, homiladorlik, leykopeniya, xavfli o'smalarda grizeofulvin qo'llanilmaydi. Keyingi yil-larda nizoral, lamizil kabi dorilar ham ishlatilmoqda. Tri-xofitiyani davolashda lamizil eng afzal vosita, uni har kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichish yoki malhamini surtish tavsiya etiladi.

Silliq teri trixofitiyasida kasallik o'choqlariga 5% li yod eritmasi surtiladi, 7—10, ba'zan undan ko'proq kun davomida Vil'kinson malhami, 10—15% li otlingugurt yoki qoramoy malhami qo'yiladi.

Kattalarning surunkali trixofitiyasida esa yuqorida aytil-ganlardan tashqari, organizmning umumiy kuvvatini oshiradigan biostimulyatorlar, vitaminlar, autogemoterapiya tavsiya etiladi.

Maddalangan-infil'trativ trixofitiyada esa dastlab moyli boylamlar ko'yib, qora ko'tir po'stlar tushiriladi, so'ngra 5— 10% li ixtiol, 0,25—0,5% li kumush nitrat eritmasi qo'llaniladi G~Burov suyuqligi, 1:5000 nisbatdagi sulema hamda etakridin laktat eritmasi va boshqalar bilan ho'l — qurituvchi bog'lamlar ko'yiladi. Bundan so'ng qo'lda epilyasiya qilish ancha oson bo'ladi. Agar flyuktuasiya juda ham rnojlangan bo'lsa, o'choqlarni steril holda yorib tozalanadi. O'tkir yallig'lanishdan so'ng esa Vil'kinson malhami ishlatiladi. Maxalliy davo si-fatida lamizilning 1% li kremini 14 kun davomida surtish yuqori samara beradi.

Tirnoqlar trixofitiyasini davolash tirnoqning boshqa mi-kozlarini davolashdan deyarli farq qilmaydi.

Profilaktikasi. Kasalligi aniqlangan bemor boshqalardan ajratib qo'yiladi, uning ust kiyimlari, choyshab va ko'rpalari zararsizlantiriladi. Ichki kiyim va yostiq jildlari oldin qaynatilib, so'ng yuviladi. Bemor turgan uyning poli dast-lab 5% li xloramin yoki lizol eritmasi bilan, so'ng qaynoq suv bilan yuviladi. Trixofitiyadan to'zalgan bolada 3 haftagacha ka-sallik belgilari topilmay, mikologik tekshirish natijalari 3 martagacha manfiy bo'lgandagina unga bog'chaga ruxsat etiladi. SHuningdek bolalar muassasasidagi barcha xodimlar muntazam ravishda rejali tibbiy ko'rikdan o'tkazilib turiladi.

Kasallik o'z vaqtida aniqlanishi lozim. Qasal bola oilasi-dagilar hamda uning atrofidagi barcha bolalar tekshirishdan o'tkaziladi. CHuqur maddalangan trixofitiya topilgudek bo'lsa, kasallik manbai bo'lgan joydagi xayvonlarni ham tekshiriladi.

MIKROSPORIYA

Mikrosporiyaga-mikrosporim turkumiga kiruvchi ipsimon zamburug'lar sabab bo'ladi. Ikkita asosiy turi: odamdan yuqadigan (antropofil) zangsimon mikrosporum va mushuk, goxo itlardan yuqadigan (zooantropofil) tukli mikrosporum; mushuk mikrosporum) tafovut qilinadi.

Mikrosporiyalar silliq teri hamda sochlarni zararlaydi. Kasallik yo'za joylashish xususiyatiga ega, chuqur formasi kam uchraydi.

Mikrosporiya bilan ko'proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kattalarda asosan silliq teri mikro-sporiyasi uchraydi. Jinsiy etilish davriga kelib mikrosporiya odatda o'tib ketadi.

Zooantropofil mikrosporiyasining klinika-si. Boshning sochli qismida diametri 3—4 sm keladigan 2—3 yirik va bir nechta mayda kasallik o'choqlari paydo bo'ladi. Yirik o'choqlar dumaloq bo'lib, keskn ajralib turadi (shtamplangan o'choqlar) va asbestsimon yupqa tangachalar bilan qopla-nadi, yallig'lanish belg'ilari deyarli ko'zatilmaydi. Kasallik o'chog'idagi sochlar bir xil o'zunlikda bo'lib, teri damidan 3—5 mm tepadan sinib ketadi; soch siniqlari kul rang oqish mufta bilan o'ralib turadi. Kasallik o'chog'ida sog'lom sochlar kam bo'ladi, ba'zan qora qo'tir vujudga keladi. Kamdan-kam xollarda yallig'lanish zo'rayib, teri qizaradi, follikul itlar paydo bo'lib. kasallik manzarasi yiringli trixofitiyaga o'xshab ketadi. Boshning sochli qismi lyuminessent lampa yorda-mida tekshirilganda mikrosporum bilan zararlangan sochlar yashil bo'lib tovlanadi. Bu muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib. bolalar maskanlari hamda jamoalarni profilaktik ko'rikdan o'tkazishda keng qo'llaniladi.

Silliq teri mikrosporiyasida — yo'z, lunj, qo'lning silliq terisi, badan va oyoqlarda keskin ajralib turadigan qizg'ish, dumaloq, yallig'lanish dog'lari bo'lib, ular kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi, markazi biroz ochroq rangdagi halqa shakliga o'xshash bo'ladi, cheti esa ko'tarilib pufakchalar bilan qoplanib turadi, bu manzara silliq teri trixofitiyasiga juda o'xshaydi.

Zangsimon mikrosporum tufayli kelib chiqadigan mikrosporiya yuqorida keltirilgan klinik manzaradan bir oz farq qiladi. Bunda — boshning sochli qismida bir galay mayda o'choklar bo'lib, yo'za trixofitiyaga o'xshaydi. Kasallyk o'chog'ida singan sochlar bilan bir Qatorda ta-laygina sog'lom sochlar saqlanib qoladi. Zararlangan sochlar teri damidan 5—8 mm yuqoridan sinib tushadi. Soch siniqlari sporalardan iborat g'ilof bilan qoplangan bo'ladi. Kasallik o'choqlarining shakli noto'g'ri, ular bir-biriga qo'shilib ketishga moyil bo'lib, tarqalib boradi va boshning sochli qismidan ko'pincha soch chetlaridagi silliq teriga o'tadi'. Teri pushti rangda bo'lib, po'st va tangachalar bilan qoplanadi, Kasallik o'ta yuqumli.

Silliq terining zararlanishi doiralar ko'rinishidagi o'choqlar paydo bo'lishi bilan ifodalanadi, bir doira ichida yangi dog' paydo bo'lib, keyin u ham doiraga aylanib qoladi (iris formasi). Mikroskop ostida ko'rilganda soch xuddi g'ilofga o'xshab zamburug' sporalari bilan o'ralgan bo'ladi, ular tarqoq holda joylashadi. Teri po'stchalarida zamburug' miseliylarini, ba'zan segmentlarga bo'lingan holda ko'rish mumkin.

Davosi. Talaygina patologik o'choqlari (3 tadan ortiq) bo'lgan yoki boshning sochli qismi zararlangan bemorlar kasalxonada davolanishlari zarur. Bemorning har kg vazniga 22 mg dan grizeofulvin tavsiya etiladi va shu miqdor tekshiruv nagijalari manfiy bo'lgunga qadar (laboratoriya tekshiruvlari har kuni o'tkaziladi) davom ettiriladi. So'ngra grizeofulvin bir hafta davomida kunora va keyinchalik esa xaftada ikki marota-ba ichiladi. Kasallik alomatlari yo'kolib, laboratoriya tekshi-ruvidan uchta manfiy natija olingach (har 5—7 kun ichida) gri-zeoful'vinni ichish to'xtatiladi.

Favus Favusga SHenleyn axorionn zamburug'i sabab bo'ladi. asosan boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlar zararlanadi. Kasallik bevosita kasal kishilardan yoki ular to'tgan buyumlari (bosh kiyim, taroq va boshqalar) orqali loqadi. Hayvonlarni bu zamburug' zararlamaydi. Favusning yuki-shida organizmning umumiy ahvoli katta ahamiyatga ega. VAsli va maktabgacha yoshdagi bolalar, madorni kuritadigan surunkali kasalliklar bilan og'rigan kishilar bu kasallikkka ko'proq moyil bo'ladilar. Favus trixofitiya va mikrosporiyaga qaragan-da kam yuqumli.

Zamburug' bilan zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilganda uning ichida miseliyning ko'ndalang to'siqlar bilan segmentlarga bo'lingan iplari ko'rinib turadi, soch tanasida havo pu-fakchalari va naqshdor shakldagi kichikroq sporalar to'plami joylashadi.

Klinikasi. Boshning sochli qismidagi favusning klinik manzarasi o'ziga xos bo'lib, favus qalqonchalari yoki skutulalari va undan keyin qolgan chandiqlar (atrofiyalangan joylar) hamda zararlangan sochlar bo'ladi. Favus skutulasi boshning sochli qismiga tushganidan keyin soch xaltachasi og'zi (follikul)da ko'payib, likopchasimon sariq rangli quruk. qora ko'tir po'st hosil qiladi. Skutula markazi-dan soch chiqib turadi. Avvaliga skutula to'g'nog'ich boshidek, key-inchalik kattalashib diametri 1,5 sm ga etadi bundan ham ortadi. Skutula olib tashlangandan keyin uning' o'rnida botiq och pushti rangli yo'za

qoladi. Skutula o'zoq vaqt turadigan bo'lsa, uning atrofida atrofik chandiq paydo bo'lib, bu joyda soch o'smaydi.

Skutulalar ko'pincha to'p-to'p bo'lib joylashadi, ulardan qo'laisa xid kelib turadi. Skutulalar astasyoki n qurib uvala-nadi va to'zg'ib sochlarni qoplab oladi. Zamburug' zararlagan sochlar odatdagi rangini, pigmenti, shuningdek mayinligi va jilvasini yo'qotib, xira, mo'rt bo'lib qoladi; teri sathidan yo'zada sinadi. Sochlardan ham qo'lansa xid kelib turadi.

Favusga o'z vaqtida davo qilinmaydigan bo'lsa, kasallik yillab davom etishi mumkin. Atrofik chandiqli joydagi sochlar nobud bo'lib, boshqa chikmaydi. Favus bosh sochli qismining hamma yog'ini zararlashi mumkin, faqat chetlaridagina jiyakka o'xshab o'sadigan sochlar saqlanib koladi.

Ko'pincha favusning a t i p i k xili ko'zatiladi. Favusning impetiginoz xilida sochlar bir-biriga yopishib qolib, impetigoli qora qo'tir bilan qoplanadi. Qora qo'tir olib tashlangandan keyin, atrofiyaga uchrab o'zgarib qolgan teri ko'rinib turadi. Kasallikning o'zoq davom etishi, o'tkir yallig'lanish alomatlari-ning bo'lmasligi va chandiqlanib atrofiyalangan joylar borli-gi favusni aniqlab olish imkonini beradi.

Favusning skvamos xili bir talay po'st ajralib turishi, okish sargimtir tangachalarning ustma-ust kalashib turishi bilan ifodalanadi; go'yo chang bosgan va «zafaron» bo'lib ko'rinadigan kul rang sochlar bilan bir qatorda chandiqlanib, atrofiyaga uchragan joylarning bo'lishi, kasallikka to'g'ri diagnoz qo'yishimkonini beradi.

Favusda silliq terining zararlanihi, birmuncha kam uch-raydi, bunda silliq terida kattaligi yasmiqdek keladigan dumaloq shaklli, kyopaksimon po'stchalar bilan koplangan qizgish-pushti dog'lar yoki likopsimon tipik sariq skutulalar paydo bo'ladi.

Qo'l va oyoq tirnoklari favusi ikkilamchi tartibda vujudga keladi. Lyoki n ba'zan barmoq terisida o'zgarishlar bo'lmasa ham, tirnoqlar zararlanihi mumkin. Tirnoqlar platinkasi-ning bag'rida kattaligi to'g'nog'ich boshidek keladigan doglar paydo bo'ladi, keyinchalik tirnoq plastinkasi tagida shoxsimon modda to'planib, tirnoq qalin tortadi, uvalanuvchan, xira bo'libqoladiva kul rang qo'ng'ir tusga kiradi.

Diagnozi. Kasallik diagnozi uning klinik manzarasi, shuningdek soch va po'stlarni mikroskopda tekshirish natijala-riga qarab quyiladi.

Davosi. Trixofitiyani davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar qo'llaniladi.

Kandidoz Kandidozga Sapdida turkumiga kiruvchi achitqisimon zamburug'lar sabab bo'ladi, Bunda teri, shilliq qavatlar, tirnoq va ichki a'zolar zararlanihi.

Etiologiyasi va patogenez. Bu turkumga kiruvchi zam-burug'lar shartli patogen bo'lib, sog'lom kishilar organizmida hamma vaqt saprofit holda yashaydi, lyoki n bu zamburug'larning patogen xususiyati oshishida makroorganizm holatining roli katta. Odam immunitetini pasaytiruvchi kasalliklarda kandi-dozlar tez rivojlanadi. Me'da-ichak xastaliklari. moddalar almashinuvi (kandli diabet) hamda vitaminlar muvozanatining bo'zilishi, leykoz, shuningdek antibiotik va steroidlar bilan tartibsiz davolanish zamburug'lar faoliyatini oshirib, kasal-lik vujudga kelishiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishiga qarab yo'za (shilliq qavat va teri kandidozi, kandidozli onixiya va paranixiyalar) va sistemali (visseral) shakllari tafovut qilinadi. SHu bilan birga surunkali generalizasiyalangan (granulematoz) bolalar kandidozi ham alohida ajrati-ladi.

Iirik burmalar kandidozi (intertriginozli kandidoz) bolalar (chov va dumba orasidagi burmalarda) va kattalarda (ko'ltiq va ko'krak bezi ostida, semizlarda chov soxasida) uchraydi, Bu joylarda yo'za namlanib yaltirab turadigan, to'k qizil rangli, aniq chegaralangan, usti oqish gard bilan qoplangan eroziyalar paydo bo'ladi. O'choqlar atrofida epidermis qol-diklaridan iborat xoshiya va asosiy o'choqqa o'xshagan mayda joylar ko'zga tashlanadi.

Barmoqlar orasidagi kandbdozli eroziya— ko'proq kasbga oid bo'lib, qandolatchilar, idish-tovoq yuvuvchilar va boshqalarda uchraydi. Patologik jarayon 3- va 4-barmoqlar orasida joylashib, to'q qizil rangli, aniq chegaralangan va o'rtasida seroz suyuqlik bo'lgan eroziya borligi bilan ifodalanadi

Kandidozli paronixiya. Tirnoq bolishida infil'trat, shish, giperemiya va tirnoq usti po'stlog'ning tushib keti-shi bilan kechadi, bunda tirnoq xira, mo'rt bo'lib qoladi, chetlari qayrilib, g'adir-budur, ko'idalang egatchalarga ega va turli xil qalinlikda bo'ladi; o'rnidan ko'chadi, tirnoq bilan et orasiga yiring yig'iladi; tirnoq bosilsa, atrofidan yiring chiqadi.

Og'iz burchaklari kandidozi asosan keksalarda uchraydi. Og'iz burchaklarida chuqur burmalar va maserasiya bo'lishi kandidozlar rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'diradi. Og'iz burchagidagi teri

maserasiyalangan, nam va salga ko'chadigan oqish gard bilan qoplangan bo'lib, u olib tashlansa eroziyalangan yo'za ko'zatiladi. Patologik jarayon simmetrik bo'lib, ba'zan u lablarning qizil hoshiyasiga o'tishi mumkin; bemor ogzini ochganda og'riydi. Kandidozli jarayonni strepto-kokkli eroziya, sifilitik papula va shankrlardan farqlash kerak.

Og'iz oqarishi. Asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Til, yumshoq tanglay, milk, lunj shilliq qavatlar qiza-rib (giperomiya) oq gard bilan qoplanadi: gardlar bir-biri bilan qo'shilib yaxlit parda vujudga keladi. vaqt o'tishi bilan u shilliq qavatga shunchalik zich yopishadiki, uni ko'chirib olish ancha mushkul bo'lib qoladi. SHilliq qavatlar zararlanishi oqiba-tida kandidozli stomatit, glossit va angnaning klinik kechishi ko'zatiladi.

aylanadi. Agar po'st olib tashlansa vegetasiya va giperkeratoz ko'zatiladi. Patologik jarayon bosilinqiragan-dan so'ng silliq terida atrofiyaln chandiq, boshning sochli kis-mida esa kal joylar bo'ladi. SHu bilan birga bunday bemorlar-da shilliq qavatlar (kandidozli stomatit, glossit, angina)ning zararlanishi, kandidozli paronixiya, teri va ichki a'zolar kandidozi rivojlanadi.

Davosi. Umumiy davo vositalardan nistatin (so'tkasiga 6 mln), levorin (so'tkasiga 4 mln birlik), amfoterisn V, diflyuqan, lamizil (250 mg dan 14 kun davomida) va boshqa antifungan dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo uchun anilin bo'yoqlari (gensian violet, fukorsin, 5—10% li bura eritmasi), klotrimazol, levorin va lamizil malhamlari qo'llaniladi. SHu bilan birga yo'ldosh ka-salliklarni davolashda yuqori dozada vitaminlar (V gurux vitaminlari) buyurish maqsadga muvofiqdir.

CHuqur miko-zlar Aktinominoz. Qo'zg'atuvchisi anaerob va aerob aktinomiset-lar bo'lib, ular nafas yo'li, ichak shilliq qavatlar orqali organizmga kiradi va ko'pincha chuqur to'qima va a'zoldan teriga o'tadi.

Qlinikasi. Kasallik gepodermada qattik infil'trativ pilakchalar va tugunlar (gumma) paydo bo'lishi (gummoz infil'trativ shakli) bilan boshlanadi. So'ngra jarayon teri osti yog' qavatiga o'tib, bu erda katta zich tugunlar vujudga keladi; keyinchalik tugunlar yumshab, yoriladi va teshik yaralar hosil bo'ladi, shu yaralardan sarg'ish, noxush hidli yiring chiqib turadi. Yiringda mayda-mayda donalar, ya'ni aktinomiset koloniyasi topiladi. Katta tugunlar emirilganda vegeta-siyali, nekrotik massali, chetlari yumshoq yaralar paydo bo'ladi (yarali shakli) va yaralar ko'priksimon, teri osti yog' qavatiga birikkan chandiklar xosil qilib bitadi. Ba'zan kasallikning nekroz va yara hosil bo'lishi bilan kechadigan do'mboqchali pustulyoz shakli ham uchraydi. Diagnozi gistologik tekshirish natijalari va qo'zg'atuvchisining topilishiga qarab ko'yiladi.

Davosi. Aktinolizat (patogen aerob aktinomi-etlar undirmasining fil'trati) va antibiotiklar tavsiya etiladi.

Xromomikoz. Ular tuproq va o'simliklarda uchraydi va shikastlangan teriga tushib kasallik keltirib chiqaradi. Inkubasion davr taxminan 1—1,5 oyni tashqil etadi.

Qlinikasi. Ko'pincha oyoqda kizg'ish, qattiq konsistensiya-li, ahyon-ahyonda qichishadigan tuguncha va do'mboqchalar toshadi, ular bir-biri bilan qo'shilib katta infil'tratlarni hosil qiladi. Patologik jarayon ko'kish bolishcha bilan o'ralgan, usti-da vegetasnya, yara va po'stloqlar bo'lishi bilan kechadi.

Davosi. Ichishga yod preparatlari. D₂ vitamini, V amfote-risin in'eksiyada, mahalliy davo sifatida diatermokoagulyasiya hamda jarrohlik usuli tavsiya etiladi.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T., 1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam.

- M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыин I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
 3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar.,T. 1993.
 - 4.Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma`ruza matnlari.
 - 5.Fitspatrik T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
 6. Fitzpatrik T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
 7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
 8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
 9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
 10. Somov B.A., Dolgov A.B. Professionalьные zabolevaniya koji v vedущix otraslyax narodnogo xozyaystva. ML 976.
 11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Differentsialьnaya diagnostika kojnyx zabolevaniy. M.Med.,1989
 12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
 - 13.Djeyms Ye. Fitspatrik. Sekrety dermatologii. 1999.
 - 14 . Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
 15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
 16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu //WHSCIV/medweb. dermatology.html;
5. wwwl.Mosbycom//Mosby//Periodicals// medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm;
8. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld. html.
9. www.info@minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

2-maruza

Teri va zamburug`li infeksiyalar. Dermatomikozlar

2.1 Ta`lim berish t exnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-18nafar
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	1.Mikozlarning klinik tasnifi va epidemiologiyasi 2.Rang-barang temiratki. Eritrazma. 3.Dermatomikozlar. . YO`za va chuqur trixofitiya. Mikrosporiya. Kallik. 4.Kandidozlar. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. 5.Onixomikozlar. Laborator tekshirish usullari. 6.Davolash asoslari, dispanser nazoratiga olish.
O`quv mashg`ulotning maqsadi:	Ta`limiy: Talabalarni zamburuli infeksiyalarda zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish zamburuli infeksiyalar tasnifini berish , kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari turisida bilimlarni shakllantirish. , -klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish,- Status localis bo`yicha tavsiflash,-xususiy resteptura misollari bilan maxalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish.

	<p>Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqali talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish</p> <p>Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.</p>
Ta`lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi

<i>2.2. Teri va zamburug'li infekstiyalari amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi</i>		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Audotoriya tozaligii nazorat qilish 2. Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3. Davomatni nazorat qilish 	<p>Berilgan topshiriqlarni bajarish.</p> <p>Mashulotga tayyor bo'lish</p>
1. O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2. Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish 	<p>Berilgan topshiriqlarni bajarish.</p> <p>Mashulotga tayyor bo'lish</p>
Asosiy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Teri va zamburug'li infekstiyalar" mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. "Tezkorlik, aniqlik, to`laqonlik" interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar</p> <p>Qatnashadilar</p> <p>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar.</p> <p>Tomosha qiladilar va yozib oladilar.</p>
Asosiy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Teri va zamburug'li infekstiyalar" og'zaki savol, test, masala. 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Aylanma stol" interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo'linadilar</p> <p>Tomosha qiladilar</p> <p>Qatnashadilar</p> <p>Tinglaydilar va savollarga javob beradilar.</p> <p>Tomosha qiladilar va yozib oladilar.</p>
YAkuniy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi: Kallik klinik kechishi, 	<p>Tinglaydi</p> <p>Yozib oladi</p>

	diagnostika va davolash. Onixomikoz zamonaviy diagnostika va davolash usullari 3.Uyga vazifa beradi: Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar	Yozib oladi
--	---	-------------

Terining zamburug' kasalliklari

Zamburug' kasalliklarini o'simlik parazitlariga mansub zamburug'lar qo'zg'atadi. Ular xavoda, tuproqda, o't va suv xavzasi atrofida noaktiv hayot kechiradi. Ammo Boshqa sharoitlarda, masalan, odam yoki hayvon terisiga tushganda kasallik keltirib chiqaradi. Hozirda zamburug'larning 100.000 dan ortiq xili ma'lum bo'lib, ulardan 500 taga yaqini odam va hayvonlar uchun patogen hisoblanadi, ya'ni kasallik chaqiradi, Parazit zamburug'lar keltirib chiqargan teri kasalliklarini — dermatomikozlar (grekcha derma — teri; mikoz — zamburug') deyiladi, zamburug'lar esa dermatofitlar deb ataladi. Patogen zamburug'lar guruhini ipsimon zamburuglar (dermatofitlar) tashqil etib, ular ipsimon miseliyalar va sporalar hosil qilish xususiyatiga ega.

Zamburug'li kasalliklar yuqumli bo'lib, tez tarqaladi, ayniqsa ular bolalar o'rtasida tez-tez uchraydi. Kasallik bemordan yoki kasal hayvondan odamga o'tadi. Kasallik asosan bemor bilan bevosita muloqatda bo'lganda yoki uning zararlangan buyumlaridan foydalanganda yuqadi.

Kasallik paydo qiluvchi zamburug'larning yana bir guruxini achitkisimon zamburug'lar tashqil qiladi. Ular Sandida turkumiga mansub bo'lib, sporalar hosil qilmay kurtaklanish yo'li bilan ko'payadi. Achitqisimon zamburug'lar psevdomiseliyalar hosil qilishga moyil. Bu zamburug'larning Sandida albicans turi patogen hisoblanadi. Qandida zamburug'lari tabiatda keng tarkalgan. Ular meva va sabzavot, sut maxsulotlari, shuningdek odam va hayvon terisi hamda shilliq qavatlarida saprofit holda yashaydi. Faqat muayyan sharoitlarda ular kandidozlar deb ataluvchi o'ziga xos kasallikni keltirib chiqaradi.

Hozirgi kunda dermatologlar tomonidan Quyidagi klassifikasiya (tasnif)dan keng foydalaniladi (N. D. Sheklakov, 1978).

I. Keratomikozlar

1. Rang-barang temiratki

2. Eritrazma

P. Dermatomikozlar

1. CHov epidermofitiyasi

2. Oyoq panjasi epidermofitiyasi

3. Rubromikoz

4. Trixofitiya

5. Mikrosporiya

6. Favus

III. Kandidoz

IV. CHuqur mikozlar

Keratomikozlar

Kasallik teri mugo'z qavatining zararlanishi hamda yal-lig'lanishsiz kechishi bilan ifodalanadi. Keratomikozlarga rang-barang yoki kepaksimon temiratki va eritrazma kiradi.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki — terining yallig'-lanishga dahli bo'lmagan yo'za infeksiyasidir. Qo'zgatuvchisi Ryugoyrogshp og'lsilapz (Mlsgozrogshp ^ig^ig) terining mugo'z qavatida joylashib, ko'p terlaydigan va terning kimeviy tarki-bi o'zgarib turadigan kishilarda tez ko'payadi.

Klinikasi. Ko'krak, orqa, bo'yin, kamdan-kam xollarda oyoq-qo'llarda, qorinda, boshning soch-li qismida keskin chegaralangan va turli shakl va katta-kichiklikdagi jigarrang dog'lar yo'zaga keladi. Bo'lar periferiyaga qarab o'sib bir-biriga ko'shilishga moyil bo'ladi va g'alati shakl hosil qiladi. Dog'lar rangi har xil: pushti-sariqdan to'k-qo'ng'irgacha, ko'pincha sutli kofe rangida bo'ladi. Dog'lar yo'zasi ko'zga sal ilg'aydigan kepaksimon tangachalar bilan koplanadi; sub'ektiv sezgilar deyarli

bo'lmaydi, ahyonda badan sal qichishishi mumkin. Kasallik bir necha oy yoki yillab davom etadi. Zamburug' sochlarga zarar etkazmaydi, lyoki n ko'pincha boshning sochli qismi terisini shikastlaydi. Diagnostika. Dog'lar va ular atrofidagi sog'lom teriga yod surtiladi, bunda uning yo'zasidagi tangachalar nodni ko'prok singdiradi, shuning uchun shikastlangan joyda yod rangi sog'lom joyga qaraganda to'qroq bo'lib koladi. Boshning sochli qismini lyuminessent lampasi (VUD lampasi) orqali ko'rilganda, dog'lar yo'zasi qo'ng'ir rangda tovlanadi, YAllig'lanishsiz sal po'st tashlab turadigan har xil kattalikdagi qo'ng'ir-jigar-rang dog'lar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib diagnoz qo'yiladi. Gistopatologiyasi. Terining mugo'z qavatida ko'plab zamburug'lar topiladi. YAllig'lanish bo'lmaydi.

Davosi. Mugo'z qavatning zamburug'lar o'rnashib olgan yo'za qismini ko'chirib tushirish maqsadga muvofiq. Buning uchun zararlangan joylarga har kuni yashil sovun, Vil'kinson mazi, 10% li salisilat spirti eritmasi, 10—20% li oltingugurt moyi, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat moyi aralashmasi surtiladi. SHuningdek bir hafta mobaynida 60% li giposul'fit eritmasi va 6% li xlorid kislota eritmasini ketma-ket surtish yaxshi natija beradi (Dem'yanovich metodi). Kasallik qaytalamasligi uchun davolangan joylarni bir necha hafta mo-baynida kuniga 1 maxal 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi, lamizil malhami 2 hafta davomida kuniga 1—2 maxal surtiladi. Kepaksimon temiratki dog'lari qo'yosh nuri ta'sirida yo'qolib ketishi mumkin.

Eritrazma Qo'zg'atuvchisi-korinobakteriyalar. So'nggi yillarda eritrazmani korinobakteriyalar qo'zg'atadi deb, uni psevdomikozlar qatoriga kiritilmoqda. Eritrazma terining ko'p uchraydigan zamburugli kasalligi bo'lib, aksariyat erkaklarning teri burmalarida uchraydi.

Klinikasi. Son-yorg'oq burmasida, son terisida, qo'ltikda, ayollarda esa sut bezlari ostida qizil-jigarrang tusli keskin ajralib turadigan dog'lar paydo bo'ladi, ba'zan bu dog'lar oyoq, panjasi orasida ham ko'zatiladi. Ular bir-biriga qo'shilib, shaklan festonlarga o'xshab ketadigan katta-kichik o'choqlarni hosil qiladi. Dog'larning yo'zi sal po'st tashlab turadi, badan bir oz qichiydi, ko'pincha sub'ektiv sezgilar bo'lmaydi, terlash natijasida ba'zan yallig'lanish jarayoni ko'shiladi, zararlangan joy qizarib shishib turadi va pufakchalar paydo bo'ladi.

Diagnostika. Lyuminessent lampa orqali qaralganda kasallik o'choqlari g'isht rang, qizil bo'lib tovlanadi. Klinik ko'rinishi va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanib diagnoz qo'yiladi.

Davosi. Xuddi kepaksimon temiratkidagidek po'st tushiradigan va dezinfeksiyalovchi moddalar buyuriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin va 5% li eritromisin malhami qo'llaniladi. Keyinchalik kasallik qaytalamasligining oldini olish uchun 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi.

Dermatomikozlar:

Dermatomikozlar epidermis, derma va teri hosilalari (soch, tirnoq)ning zararlanishi bilan kechadi.

CHov epidermofitiyasi

Kasallikni eridermafitonlar zamburug'lari paydo qiladi, Ko'proq erkaklar kasallanadi.

Klinikasi. Sonning ichki yo'zasida kattaligi tangadek keladigan pushti qizil rangli dog'lar paydo bo'ladi. Dog'larning cheti teri sathidan bolishga o'xshab ko'tarilib turadi, ularning yo'zasida mayda-mayda pufakchalar, pustulalar bo'lib, markazida esa kepaksimon tangachalar ko'rinadi. Dog'lar yirik o'choqlar hosil qilib, bir-biri bilan qo'shilib ketishga moyil bo'ladi-Ular periferiya tomon o'sa borib, o'rtasi oqara boshlaydi va halqasimon yoki marjon shaklini xosil qiladi. Bemorni badan qichishishi va ba'zan og'riq bezovta qiladi.

Bu kasallik odatda kasalxona va ro'zg'or buyumlari (ichki ki-yim, mochalka, kleyonka, termometr, tag tuvak) dan foydalanganda (agar ular to'la dezinfeksiya qilinmagan yoki o'lda-jo'lda qilingan bo'lsa) yuqadi.

Diagnostika. Kasallikning klinik manzarasi va o'choqlardan olingan qirma, mikroskop ostida tekshirilg'anda, unda miseliy iplarining topilishi hamda u Saburo oziq muhitiga eqilganda zamburug' kul 'turasi o'sishi diagnoz qo'yishda muxim rol o'ynaydi. ;},••.

Davosi. Kasallik o'choslariga 1—2% li yod nastoykasi, 3—5% li oltingugurt, qoramoy malhamini surtish tavsiya etiladi. Jarayon o'tkir kechganda (yallig'lanish kuchli bo'lsa) 0,25%_ li kumush nitrat, 1—2%_ li rezorsin. 2%li borat kislota eritmasi va boshqalardan sovuq primochkalar qo'yishbilan bir qatorda umumiy davo qilinadi, ya'ni 10% li kalsiy xlorid eritmasi, dimedrol yoki boshqa antigistamin preparatlar terapevtik dozalarda tavsiya etiladi.

Oyoq panjasi epidermofitiyasi

Oyoq panjasi epidermofitiyasini trixofiton zamburug`lari qo`zg`atadi. Uni quyidagi klinik shakli tafovut qilinadi.

1. Skvamoz epidermofitiya.
2. Intertrig`inoz epidermofitiya.
3. Disgidrotik epidermofitiya.
4. Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz).

Skvamoz epidermofitiya tovonda, panjalar oralig`idagi burmalar terisining har er har erida plastinkasimon po`st tashlab turishi bilan ifodalanadi. Bu joylar terisi och rangda bo`lib, yo`zasi oqish kul rang po`stchalar bilan qoplanadi. Po`st tashlab turadigan bu o`choqlar ba`zan o`zoq vaqt turib, bemor xech narsa sezmasligi ham mumkin. Lyoki n biror noxush ta`siro tufayli kasallik qo`ziydi, bunda teri qizaradi, kichishadi va pufaklar paydo bo`ladi.

Intertriginoz epidermofitiya. Epidermofitiyaning bu xili 4-va 5-, 4- va 3-barmoqlar orasidagi terining po`st tashlashi, bo`kkanga o`xshab yorilishi tarzida namoyon bo`ladi. Bar-moqlarning bir-biriga tegib turadigan yo`zalarida pufakchalar paydo bo`lib, ular yoriladi va shilinishlar vujudga keladi, ko`pincha ular chetida ko`chgan epidermisning osilib turgan jiyagi ko`zg`a tashlanadi. Jarayon barmoqlar orasidagi burmalardan oyoq kafti terisiga tarqaladi. Oyoq panjasi mikoziyning` intertriginoz shakli ko`pincha piodermiya bilan asoratlanadi va limfa tugunlari hamda limfa tomirlarining` yallig`lanishiga olib keladi.

Disgidrotik epidermofitiya. Oyoq panjasining yon yo`zasida, oyoq kafti gumbazi sohasida bir talay pufakcha va pufaklar paydo bo`lishi bilan ifodalanadi. Ular ba`zan yo`za yoki chuqur joylashadi. Ko`pgina mayda pufakchalar qo`shilib. katta pufaklarni hosil qiladi. Pufaklar qobig`i tarang, ichidagi suyuqlik esa tiniq yoki biroz xira bo`ladi. Pufak va pufakchalar paydo bo`lganda ko`pincha bemorning tinkasi qurib, harorati ko`tariladi. Pufaklar yorilib, eroziyalar vujudga keladi, ular chetida esa epidermis bo`laklari ko`rinib turadi. Ba`zi pufakchalar kurib, qora ko`tir bilan qoplanadi va keyinchalik ular o`rnida po`stlanisrku`atiladi. Tez orada yangi pufakchalar va yangi eroziyalar hofylgbo`lishi va pilchirash ko`zatiladi. Bemor-ni qichishish va og`ryq bezovta qiladi. Disgidrotik epidermofitiya ko`pincha piodermiya bilan asoratlanadi, oyoq panjasi teri-sida pustulalar, shish va og`riq paydo bo`lib, limfangit hamda limfadenitlar avj oladi. Kasallik o`zoq davom etib, tez-tez qaytalab turadi. Ayniqsa u bahor va yoz oylarida ko`ziydi.

Ko`pincha qo`l panjasiga ham pufakchalar toshadi, ba`zan badan va qo`l-oyoqlar terisi po`st tashlaydi va pushti-qizil rangli dog`lar va papulalar paydo bo`ladi. Bu toshmalar allergik bo`lib, ularda zamburug`lar bo`lmaydi. Bu toshmalar epider-mofitidlar deb ataladi va oyoq panjasidagi asosiy o`choqlarda yallig`lanish qaytgandan so`ng odatda yo`qolib ketadi.

Gistopatologiyasi. Terining tikansimon qavatida hu-jayralar vakuolizasiyasi va spongiozi ko`zatiladi. Bunda xujayralararo mayda bo`shliqlar hosil bo`lib, ularning qo`shilishi natijasida seroz suyuqlik yoki leykositlar bilan to`la ko`p katakli bo`shliqlar hosil bo`ladi. Dermaning so`rg`ich-simon qavatida qon tomirlarining kengayishi va ular atrofida limfositlardan iborat yallig`lanish infiltrati ko`zatiladi.

Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz) — epidermofitiyaning barcha klinik shakllarida ko`zatiladi. Bosh barmok bilan jimjiloq tirnoqlari ko`proq zararlanadi. Tirnoqlarning chetida va tirnoq plastinkasi bagrida sariq doglar paydo bo`lib, tirnoq xira, qalin, mo`rt va uvalanadigan bo`lib qoladi.

Diagnozi. Oyoq panjasi epidermofitiyasining klinik ko`rinishi ko`pincha boshqa teri kasalliklariga, masalan, ekzemaga o`xshagani sababli, epidermofitiyaning diagnozi laboratoriya tekshirishlari orqali tasdiqlanadi.

Epidermofitiyaning yuqish yo`llari va sharoitlari. Kasallik qo`zg`atuvchi zamburug`lar hammomning yuvinish xonasida, suvhavzalari, sport zallari va poyabzalda bo`ladi. Asosan, kasallik shaxsiy gigienaga ahamiyat bermay, bemorning pay-pogi va oyoq kiyimlarini kiyaveradigan kishilarga yuqadi.

CHo`milish vaqtida oyoq panjasi terisining yumshashi sog`lom odamlarga epidermofitiyaning yuqishiga qulay sharoit tug`diradi. Epidermofitiyaning kelib chiqishi va avj olib borishida organizmning individual xususiyatlari, oyoq panjasining ko`p terlashi, terning kimyoviy tarkibi, organizmning umumiy axvoli, nerv sistemasining funksional holati katta ahamiyatga ega.

Davosi Epidermofitiyaning skvamoz shaklini davolash uchun 2% li yod eritmasi va Vil'kinson malhamidan foydalaniladi. Dastlab soda-sovunli iliq vanna qilinadi, keyin 5% li salisi-lat, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat malhami aralashmasi surtilib, boylamlar qo'yish tavsiya etiladi.

Oyoq panjasining intertriginoz epidermofitiasida barmoq orasidagi burmalarga 2% li yod, nitrofungin eritmasi, salisilat-benzoat yoki 5% li oltingugurt- malhami va boshqa fungi-sid malhamlar surtiladi.

Disgidrotik epidermofitiyani bartaraf etishda umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Kasallik o'tkir kechganda desensibilizasiyalovchi umumiy davo buyuriladi: venaga 10% li kalsiy xlorid, 30% li giposul'fit, 10% li kalsiy glyuqonat eritmaları yuboriladi, Antigistamin preparatlardan dimedrol, suprastin, tavegil, diazolin, diprazin va boshqalar, V va S guruh vitaminlari, nikotin kislotasi buyuriladi. SHu bilan birga maxalliy davo ham qilinadi.

Kasallikning o'tkir davrida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin, 1:1000 nisbatdagi rivanol, 1% li rux sul'fat, 1:5000 nisbatdagi furasillin, 2% li borat kislotasi eritmalaridan foydalanib, sovuq primochkalar qo'llaniladi. Pufaklar yorilib, o'tkir yallig'lanish jarayoni bosilib qolganidan keyin, 5% li dermatol mazi, Unna kremi hamda 2% li ixtiol pastasi buyuriladi. Malhamlardan klotrimazol, mikozolon, mikospor, ja-raen ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanganda esa triderm buyuriladi.

Kasallikning barcha shaklini davolashda Lamizil preparatining samarasi katta, Uni boshqa antifungal dorilarga (nizo-ral, grizeoful'vin) qaraganda nohush ta'sirlari juda ham kam. Lamizil tabletka shaklida 250 mg dan kuniga 1 maxal, 14 kun davomida ichiladi, Lamizil malhami esa kuniga 1—2 maxal 2 yoki 4 hafta davomida surtiladi.

Intertriginoz va disgidrotik epidermofitiyalar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanib, limfangit va limfadenitlar bilan kechganida antibiotiklar va sul'fanilamid preparatlari tavsiya etiladi. Allergik toshmalar bo'lsa desensibilizasiya-lovchi va antigistamin preparatlar ko'llash bilan bir qatorda, kasallikning klinik ko'rinishiga qarab, mahalliy davo sifatida chayqatuvchi suyuqlik va indifferent upalar qo'llaniladi. CHov epidermofitiasida teri ta'sirlanmasligi uchun ehtiyot bo'lib davo qilish talab etiladi. O'tkir yallig'lanish bo'lganida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin va boshqa eritmalaridan sovuq primochkalar qilinadi. Keyinchalik tarkibida 2—3% li salisilat va benzoat kislotalari bor malhamlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Oyoq ko'p terlashi tufayli epidermofitiya bot-bot qo'zib turadigan bo'lsa, ozodalikka bekami-ko'st amal qilish, paypokni tez-tez almashtirib turish, oyoq kaftiga 3% li formalin eritmasi surtish, vaqti-vaqti bilan upa sepib turish tavsiya etiladi. Epidermofitiyaning tarqalishiga qarshi kurashish maqsadida hammom, dushxona hamda suv havzalarida ozodalik va tegishli sanitariya talablariga mos profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish talab etiladi. U joylardagi pol, o'rindiq hamda boshqa jixozlarni xloramin, krezolning 5% li eritmasi yoki xlorli ohak eritmasi bilan muntazam dezinfeksiya qilib turish zarur. Bu muassasalarda xizmat qiladigan xodimlar tibbiy tekshiruvdan o'tib turishlari, tekshirish vaqtida kasal deb topilganlar zsa davolanishlari lozim.

Rubromikoz Rubromikoz yoki rubrofitiyaga Rubromikoz zamburug'i sabab bo'ladi.

Klinikasi. Asosan qo'l-oyoq kaftlari, oyoq. barmoqlari ora-sidagi hamda chov va qo'ltiq ostidagi burmalar zararlanadi. Yirik burmalar terisi, ayniqsa ko'p kasallanadi. Qo'l-oyoq kaft terisi kurib, dag'allashadi, egatchalar bor joylar qipiqsimon tangachalar bilan qoplanadi. Natijada qo'l va oyoq kaftlari xuddi un sepib qo'ygandek kepaklanib turadi. Jarayon epidermofitiyadan farq qilib, oeq panjasi va barmoqlarning ustki hamda yon yo'zalariga ham o'tadi. Oeq panjasining kasallanishi ko'pincha qichishish bilan kechadi. Oyoq barmoqlari orasidagi burmalar quruqshab kepaklanadi. Rubromikozda oyoqningdeyarlihamma bar-moqlari orasidagi burmalar, shuningdek tirnoqlar zararlanadi. Qo'l-oyoq tirnoqlari sarg'ayib, hiralashadi hamda qalin tortib uvalanib turadi va ko'pincha tirnoq uchidan ko'chadi. Ko'chgan tirnoq kirkul rangtushga kiradi. Silliq terida kasallik o'choklarining cheti ko'tarilib turadigan, unsimon tangachalar bilan qoplanadi. Ba'zan, shak-lan festonlarga o'xshaydigan, po'stchalar bilan qoplangan qi-zil dog'lar, halqalar ko'rini-shida bo'ladi. Doglar ustida mayda, qizil rangdagi tuguncha-lar bo'lib, ularning yo'zasi qora qo'tir bilan qoplanadi.

Kasallik surunkali kechadi, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa issiq kunlarda qaytalab turadi.

Davosi. Qo'l-oyoq kaftlari terisi keratolitik va fungisid moylar bilan ko'chiriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin, Kastellani bo'yogi, 10% li salisilat va 5% li ol-tingugurt moyi, 5% li qoramoy, mikoseptin, mikozolon, unden-sin, sinkundan, amikozol, 1% li lamizil moylaridan foydalaniladi. Davoning spesifik vositalariga fungistatik xususiyat-ga ega bo'lgan grizeoful'vin,

geful`vin, nizoral antibiotiklari va fungusid xususiyatli lamizil dorisi kiradi. Grizeofulvin 1 oy mobaynida har kuni 4—6 tabletkadan (0,125 g dan), keyingi oyda esa xuddi shu dozada, lyoki n kunora ichish, so`ngra soglom tirnoq plastinkalari o`sib chiqqunga qadar xuddi shu dozada 3 kunda 1 martadan ichib turishga buyuriladi. Nizoral dorisi har kuni 1 tabletkadan (200 mg) dan ichiladi.

Silliq teri rubromikozini davolashda lamizil xar kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichiladi. Agar zararlanish o`chog`i tirnoqlarda bo`lsa (onixomikoz), u holda lamizil har kuni 250 mg dan 6 haftadan 4 oygacha ichiladi.

Trixofitiya Trixofitiya-dermatomikozlar ichida eng keng tarqalgani bo`lib, uning kelib chiqishiga trixofiton turkumiga mansub zamburug`lar sabab bo`ladi. Kasallik bolalar va kattalarda uchraydi. Ko`pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlar zararlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo`zg`atuvchisi trixofiton turkumiga kiruvchi zamburug`lar bo`lib, ular sochning kay tariqa zararlashiga qarab ikki guruhga bo`linadi, Birinchisi trixofiton endotriks deb atalib, zamburug` sporasi bilan miselliy iplari soch ichida turadi. Ikkinchi gurux esa trixofiton ekzotriks bo`lib, zamburug`lar soch tolasining sirtida parazitlik qilib yashaydi. Goho zamburug` sporalarning zanjirlari soch kutikul asi (pardasi) da ham bo`ladi.

YO`za va chuqur yoki maddalangan infil`trativ trixofitiya tafovut qilinadi. YO`za trixofitiyani antropofil zamburug`lari; chuqur, maddalagan infil`trativ trixofitiyani esa zoofil zamburug`lar paydo qiladi.

Epidemiologiyasi. YO`za trixofitiya ko`pincha bemor bilan bevosita muloqotda bo`lganda yuqadi. SHuningdek, bemor ishlatgan har xil buyumlar-taroq, bosh kiyim va boshqalardan ham patogen trixofitonlar yuqishi mumkin. Kasallikka asosan bolalar chalinadi, ular kasallikni yillab surunkali trixofitiya bilan og`rigan kattalardan yuktirib oladilar.

CHuqur, maddalagan-infil`trativ trixofitiya esa asosan xayvonlardan (mol, ot, cho`chqa, sichqon, kalamush va h.q lardan) yuqadi. Kasallikning bu xilida sog`lom odamning buyumlark orqali yuqish hollari nisbatan kam uchraydi.

Klinikasi. Trixofitiyaning klinik ko`rinishi va kechishi kasallik qo`zgatuvchisining xususiyatlari, uning patogenligi va makroorganizm xolatiga bog`liq.

YO`za trixofitiya. Kasallikning bu turi ko`pincha 4—15 yoshli bolalarda uchraydi. Ba`zan ko`krak yoshidagi bolalar yoki kattalarda ham ko`zatiladi. Balog`at davriga kelib kasallikning bu turi ichki sekresiya bezlari faoliyatining o`zgarishi tu-fayli o`z-o`zidan yo`qolib ketadi, Ayrim hollarda odam keksayguncha cho`zilaverishi ham mumkin. Kattalarning surunkali trixofitiyasi deb shunga aytiladi.

YO`za trixofitiya Quyidagi klinik ko`rinishda kechadi. Bosh-ning sochli qismida kattaligi olchadek keladigan talaygina kasallik o`choqlari vujudga kelib, shu soha terisi po`st tashlab, sochlari siyraklashib koladi. Zamburug`lar bilan zararlangan sochlar mo`rtlashib, teri dami barobarida sinib tushadi va shu joylar qora nuqtalarga o`xshab qoladi; singan sochlar o`z rangi-ni yo`qotib, xiralashadi va biroz yo`g`on tortadi. Kasallik o`chog`idagi teri po`stlari orasidan ilmoqqa o`xshash soch bo`laklari ko`rinib turadi, xuddi shu joylarda aftidan sog`lom sochlar ham o`sadi. YO`za trixofitiya bolalarda o`zoq vaqt davom etadi. Agar u o`z vaqtida davolanmasa badanning boshqa tukli qismlariga tarqalib ketishi mumkin.

Silliq terining yo`za t r ixofiti yas i. Aksariyat hollarda boshning sochli qismi zararlanishi bilan birga kechadi, kasallik faqat terida uchrashi ham mumkin. Dastlab terida chetlari sal ko`tarilgan och qizil rang`li dumaloq yallig`langan dog` vujudga keladi. Dog` chetlarida qizg`imtir bolishcha bo`lib, markazi birmuncha yassi tortib po`stlar bilan qoplanib turadi. Keyinchalik dog` chetlarida tarikdek pufakchalar paydo bo`lib, ular yorilgach qora qo`tir bilan qoplanadi. Dog`lar chetga tomon o`sib borib yoki bir-biriga ko`shilib, turli shakllar hosil qili-shi mumkin.

Kattalarning surunkali trixofitiyasi. Ko`proq ayollarda uchraydi. YUqorida ta`kidlaganimizdek, balog`at davrida kelib markaziy nerv sistemasi va ichki sekresiya bezlari faoliyatining o`zgarishi trixofitonlar uchun noqulay shart-sharoit tug`diradi. SHuning uchun ko`pincha bu davrda yo`za trixofitiya o`z-o`zidan yo`qolib ketishi mumkin. Ammo, ichki sekresiya bezlari faoliyatida, xususan tuxumdonlarda biror illati bor ayollarda kasallik surunkali kechib, yillab cho`zilishi mumkin. Kasallik ko`pincha boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlarning birga zararlanishi bilan kechadi. Boldir, bilak, tirsak, dumba, tizza soxalarida bir-biriga qo`shilishga moyil bo`lgan, kattaligi tangadek, po`st tashlab turadigan, binafsha rangli dog`lar vu-judga keladi. Oyoq-qo`l kaftlari terisining mugo`z qavati qalin tortib, unda yallig`lanish belgilarisiz, po`st tashlab turadigan kasallik o`choklari vujudga keladi,

Boshning ensa va chakka sohalarida sochlar tagidan sinib qora nuqtalar hosil qiladi. SHuningdek, shu soxalarda biroz po'st tashlab turgan kichikroq zararlanish o'choqlari, ya'ni komedonlarni ko'zlatish mumkin. Bundan tashqari, terida sochsiz atro-fiyaga uchragan joylar ham bo'ladi. Kasallik o'zoq kechadi, bunday xolarda katta yoshdagi bemorlar bolalar uchun kasallik manbai bo'lib kolishlari mumkin,

Maddalangan-infil'trativ yoki chuqur trixofitiya. Kasallik asosan xayvonlardan yuqadi. Bolalarda ko'proq boshning sochli qismi, kattalarda esa soqol-mo'ylovlar zararlanadi. Agar zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilsa, zanjirchalar ko'rinishidagi sporalar sochni g'ilofdek o'rab turganligini ko'rish mumkin.

Klinikasi. Kasallik o'choqlari keskin qizarib, shishadi. Boshning sochli qismida o'smasimon to'zilmalar paydo bo'lib, ularni ushlab ko'rilganda ko'lga hamirdek yumshoq undnaydi, bu o'choqlar yiringli yallig'langan soch follikul alaridan iborat bo'ladi. Asalari uyasiga o'xshab ketadigan bu o'choqlardan mog'or hidi kelib turadi va qo'l bilan bosilganda follikul a teshiklaridan yiring tomchisi chiqadi nomi bilan ham yuritiladi). O'choqlarda soch tag-tugi bilan yiringlab ketganligi uchun ham sochlar to'qilib ketadi.

YUqorida ta'kidlaganimizdek, kasallikning bu turi yallig'lanish alomatlari bilan kechadi. Bemorning xarorati ko'tarilib, boshi og'riydi, shuningdek bo'yin va ensa soxasidagi limfa tugunlari shishadi, ko'ngli aynaydi, qusadi, lohaslik ko'zatiladi. Ayrim bemorlarning oyoq-ko'l va badan terisida lixenoid tabiatiga ega, allergik toshmalar — trixofitidlar paydo bo'ladi. Bunga zamburug' zaxarlarining qon va limfaga o'tishi sabab bo'ladi. Oradan 2—3 oy o'tganidan keyin kasallik o'z-o'zidan tuzalib, kasallik o'choqlari o'rnida chandiqlar kolishi mumkin. Kasallikning maddalangan-infil'trativ xilida sillik terining zararlangan joyi dumalok bo'lib, qizarinqirab turadi, yo'zasi follikul yar pustula va ayrim joylari qoraqo'tir po'st bilan qoplangan bo'ladi.

Tirnoqlar trixofitiyasi. Nisbatan kamroq uchraydi. Bu kasallik boshning sochli qismi yoki silliq teridan zam-burug'larning tirnoqqa o'tishi natijasida vujudga keladi. Aksariyat qo'l barmoqlarining tirnoqlari zararlanadi. Kasallik jarayoni tirnoq plastinkasining erkin chetidan boshlanib, shu joyda asta-syoki n xira dog' paydo bo'ladi; kamgak tirnoqqa, zamburug' o'sib kirishi natijasida tirnoq plastinkasi qalin tortib, xira bo'lib qoladi. Keyinchalik tirnoq uvalana bosh-laydi va tirnoq plastinkasining yo'za qatlamlari ostida kam-gaklar hosil bo'ladi. Tirnoqlar trixofitiyasni o'zoq vaqt davom etadi.

Davosi. Kasallikning barcha xilida ham grizeofulvin an-tibiotikini qo'llash mumkin. Grizeoful'vinning kundalik miqdori bemorning vazniga qarab belgilanadi, odatda 15 mg/kg hisobida beriladi. Uni ovqat vaqtida bir choy qoshiq baliq moyi yoki o'simlik yog'i bilan ichiladi. Davo 1 —1,5 oy va undan ham ko'proq davom etishi mumkin, Grizeofulvin 0,125.g dozali tabletkada chiqariladi, uni qabo'l qilishning 2 xil sxemasi mavjud; birinchi sxema bo'yicha tabletkalar 15—20 kun munta-zam ichiladi, keyin esa ikki kun oralatib, xuddi shu tartib, bemor to tuzalib ketguncha davom ettiriladi. Ikkinchi sxemada — tabletkada davolash boshlangandan to bemor to'zalgunga qadar ku-nora ichiladi. Dori qabo'l qilinganida ba'zan bosh og'rig'i, dis-peptik o'zgarishlar, leykopeniya, eozinofiliya, allergik derma-tit kabi noxush xolatlar ham ko'zatiladi. SHu bois porfiriya hamda o'tkir jigar kasalliklari, homiladorlik, leykopeniya, xavfli o'smalarda grizeofulvin qo'llanilmaydi. Keyingi yil-larda nizoral, lamizil kabi dorilar ham ishlatilmoqda. Tri-xofitiyani davolashda lamizil eng afzal vosita, uni har kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichish yoki malhamini surtish tavsiya etiladi.

Silliq teri trixofitiyasida kasallik o'choqlariga 5% li yod eritmasi surtiladi, 7—10, ba'zan undan ko'proq kun davomida Vil'kinson malhami, 10—15% li otlingugurt yoki qoramoy malhami qo'yiladi.

Kattalarning surunkali trixofitiyasida esa yuqorida aytil-ganlardan tashqari, organizmning umumiy kuvvatini oshiradigan biostimulyatorlar, vitaminlar, autogemoterapiya tavsiya eti-ladi.

Maddalangan-infil'trativ trixofitiyada esa dastlab moyli boylamlar ko'yib, qora ko'tir po'stlar tushiriladi, so'ngra 5— 10% li ixtiol, 0,25—0,5% li kumush nitrat eritmasi qo'llaniladiG~Burov suyuqligi, 1:5000 nisbatdagi sulema hamda etakridin laktat eritmasi va boshqalar bilan ho'l — qurituvchi bog'lamlar ko'yiladi. Bundan so'ng qo'lda epilyasiya qilish ancha oson bo'ladi. Agar flyuktuasiya juda ham rivojlangan bo'lsa, o'choqlarni steril holda yorib tozalanadi. O'tkir yallig'lanishdan so'ng esa Vil'kinson malhami ishlatiladi. Maxalliy davo si-fatida lamizilning 1% li kremini 14 kun davomida surtish yuqori samara beradi.

Tirnoqlar trixofitiyasini davolash tirnoqning boshqa mi-kozlarini davolashdan deyarli farq qilmaydi.

Profilaktikasi. Kasalligi aniqlangan bemor boshqalardan ajratib qo`yiladi, uning ust kiyimlari, choyshab va ko`rpalari zararsizlantiriladi. Ichki kiyim va yostiq jildlari oldin qaynatilib, so`ng yuviladi. Bemor turgan uyning poli dast-lab 5% li xloramin yoki lizol eritmasi bilan, so`ng qaynoq suv bilan yuviladi. Trixofitiyadan to`zalgan bolada 3 haftagacha ka-sallik belgilari topilmay, mikologik tekshirish natijalari 3 martagacha manfiy bo`lgandagina unga bog`chaga ruxsat etiladi. SHuningdek bolalar muassasasidagi barcha xodimlar muntazam ravishda rejali tibbiy ko`rikdan o`tkazilib turiladi.

Kasallik o`z vaqtida aniqlanishi lozim. Qasal bola oilasi-dagilar hamda uning atrofidagi barcha bolalar tekshirishdan o`tkaziladi. CHuqur maddalangan trixofitiya topilgudek bo`lsa, kasallik manbai bo`lgan joydagi xayvonlarni ham tekshiriladi.

MIKROSPORIYA

Mikrosporiyaga-mikrosporim turkumiga kiruvchi ipsimon zamburug`lar sabab bo`ladi. Ikkita asosiy turi: odamdan yuqadigan (antropofil) zangsimon mikrosporium va mushuk, goxo itlardan yuqadigan (zooantropofil) tukli mikrosporium; mushuk mikrosporumi) tafovut qilinadi.

Mikrosporiyalar silliq teri hamda sochlarni zararlaydi. Kasallik yo`za joylashish xususiyatiga ega, chuqur formasi kam uchraydi.

Mikrosporiya bilan ko`proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kattalarda asosan silliq teri mikro-sporiyasi uchraydi. Jinsiy etilish davriga kelib mikrosporiya odatda o`tib ketadi.

Zooantropofil mikrosporiyasining klinika-si. Boshning sochli qismida diametri 3—4 *sm* keladigan 2—3 yirik va bir nechta mayda kasallik o`choqlari paydo bo`ladi. Yirik o`choqlar dumaloq bo`lib, keskn ajralib turadi (shtamplangan o`choqlar) va asbestsimon yupqa tangachalar bilan qopla-nadi, yallig`lanish belg`ilari deyarli ko`zutilmaydi. Kasallik o`chog`idagi sochlar bir xil o`zunlikda bo`lib, teri damidan 3—5 *mm* tepadan sinib ketadi; soch siniqlari kul rang oqish mufta bilan o`ralib turadi. Kasallik o`chog`ida sog`lom sochlar kam bo`ladi, ba`zan qora qo`tir vujudga keladi. Kamdan-kam xollarda yallig`lanish zo`rayib, teri qizaradi, follikul itlar paydo bo`lib. kasallik manzarasi yiringli trixofitiyaga o`xshab ketadi. Boshning sochli qismi lyuminessent lampa yorda-mida tekshirilganda mikrosporium bilan zararlangan sochlar yashil bo`lib tovlanadi. Bu muhim diagnostik ahamiyatga ega bo`lib. bolalar maskanlari hamda jamoalarni profilaktik ko`rikdan o`tkazishda keng qo`llaniladi.

Silliq teri mikrosporiyasida — yo`z, lunj, qo`lning silliq terisi, badan va oyoqlarda keskin ajralib turadigan qizg`ish, dumaloq, yallig`lanish dog`lari bo`lib, ular kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi, markazi biroz ochroq rangdagi halqa shakliga o`xshash bo`ladi, cheti esa ko`tarilib pufakchalar bilan qoplanib turadi, bu manzara silliq teri trixofitiyasiga juda o`xshaydi.

Zangsimon mikrosporium tufayli kelib chiqadigan mikrosporiya yuqorida keltirilgan klinik manzaradan bir oz farq qiladi. Bunda — boshning sochli qismida bir galay mayda o`choklar bo`lib, yo`za trixofitiyaga o`xshaydi. Kasallyk o`chog`ida singan sochlar bilan bir Qatorda ta-laygina sog`lom sochlar saqlanib qoladi. Zararlangan sochlar teri damidan 5—8 *mm* yuqoridan sinib tushadi. Soch siniqlari sporalardan iborat g`ilof bilan qoplangan bo`ladi. Kasallik o`choqlarining shakli noto`gri, ular bir-biriga qo`shilib ketishga moyil bo`lib, tarqalib boradi va boshning sochli qismidan ko`pincha soch chetlaridagi silliq teriga o`tadi. Teri pushti rangda bo`lib, po`st va tangachalar bilan qoplanadi, Kasallik o`ta yuqumli.

Silliq terining zararlanishi doiralar ko`rinishidagi o`choqlar paydo bo`lishi bilan ifodalanadi, bir doira ichida yangi dog` paydo bo`lib, keyin u ham doiraga aylanib qoladi (iris formasi). Mikroskop ostida ko`rilganda soch xuddi g`ilofga o`xshab zamburug` sporalari bilan o`ralgan bo`ladi, ular tarqoq holda joylashadi. Teri po`stchalarida zamburug` miseliylarini, ba`zan segmentlarga bo`lingan holda ko`rish mumkin.

Davosi. Talaygina patologik o`choqlari (3 tadan ortiq) bo`lgan yoki boshning sochli qismi zararlangan bemorlar kasalxonada davolanishlari zarur. Bemorning har kg vazniga 22 *mg* dan grizeofulvin tavsiya etiladi va shu miqdor tekshiruv nagijalari manfiy bo`lgunga qadar (laboratoriya tekshiruvlari har kuni o`tkaziladi) davom ettiriladi. So`ngra grizeofulvin bir hafta davomida kunora va keyinchalik esa xaftada ikki marota-ba ichiladi. Kasallik alomatlari yo`kolib, laboratoriya tekshi-ruvidan uchta manfiy natija olingach (har 5—7 kun ichida) gri-zeoful`vinni ichish to`xtatiladi.

Favus Favusga SHenleyn axorionn zamburug`i sabab bo`ladi. asosan boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlar zararlanadi. Kasallik bevosita kasal kishilardan yoki ular to`tgan buyumlari (bosh kiyim, taroq va boshqalar) orqali loqadi. Hayvonlarni bu zamburug` zararlamaydi. Favusning yuki-shida

organizmning umumiy ahvoli katta ahamiyatga ega. Yasli va maktabgacha yoshdagi bolalar, madorni kuritadigan surunkali kasalliklar bilan og`rigan kishilar bu kasallikka ko`proq moyil bo`ladilar. Favus trixofitiya va mikrosporiyaga qaragan-da kam yuqumli.

Zamburug` bilan zararlangan soch mikroskop ostida ko`rilganda uning ichida miseliyning ko`ndalang to`siqlar bilan segmentlarga bo`lingan iplari ko`rinib turadi, soch tanasida havo pu-fakchalari va naqshdor shakldagi kichikroq sporalar to`plami joylashadi.

Klinikasi. Boshning sochli qismidagi favusning klinik manzarasi o`ziga xos bo`lib, favus qalqonchalari yoki skutulalari va undan keyin qolgan chandiqlar (atrofiyalangan joylar) hamda zararlangan sochlar bo`ladi. Favus skutulasi boshning sochli qismiga tushganidan keyin soch xaltachasi og`zi (follikul)da ko`payib, likopchasimon sariq rangli quruq qora ko`tir po`st hosil qiladi. Skutula markazi-dan soch chiqib turadi. Avvaliga skutula to`g`nog`ich boshidek, key-inchalik kattalashib diametri 1,5 sm ga etadi bundan ham ortadi. Skutula olib tashlangandan keyin uning` o`rnida botiq och pushti rangli yo`za qoladi. Skutula o`zoq vaqt turadigan bo`lsa, uning atrofida atrofik chandiqlik paydo bo`lib, bu joyda soch o`smaydi.

Skutulalar ko`pincha to`p-to`p bo`lib joylashadi, ulardan qo`laisa xid kelib turadi. Skutulalar asta-syokin qurib uvala-nadi va to`zg`ib sochlarni qoplab oladi. Zamburug` zararlangan sochlar odatdagi rangini, pigmenti, shuningdek mayinligi va jilvasini yo`qotib, xira, mo`rt bo`lib qoladi; teri sathidan yo`zada sinadi. Sochlardan ham qo`lansa xid kelib turadi.

Favusga o`z vaqtida davo qilinmaydigan bo`lsa, kasallik yillab davom etishi mumkin. Atrofik chandiqlik joydagi sochlar nobud bo`lib, boshqa chikmaydi. Favus bosh sochli qismining hamma yog`ini zararlashi mumkin, faqat chetlaridagina jiyakka o`xshab o`sadigan sochlar saqlanib koladi.

Ko`pincha favusning a t i p i k xili ko`zatiladi. Favusning impetiginoz xilida sochlar bir-biriga yopishib qolib, impetigoli qora qo`tir bilan qoplanadi. Qora qo`tir olib tashlangandan keyin, atrofiyaga uchrab o`zgarib qolgan teri ko`rinib turadi. Kasallikning o`zoq davom etishi, o`tkir yallig`lanish alomatlari-ning bo`lmasligi va chandiqlanib atrofiyalangan joylar borli-gi favusni aniqlab olish imkonini beradi.

Favusning skvamoz xili bir talay po`st ajralib turishi, okish sargimtir tangachalarning ustma-ust kalashib turishi bilan ifodalanadi; go`yo chang bosgan va «zafaron» bo`lib ko`rinadigan kul rang sochlar bilan bir qatorda chandiqlanib, atrofiyaga uchragan joylarning bo`lishi, kasallikka to`g`ri diagnoz qo`yishimkonini beradi.

Favusda silliq terining zararlanishi, birmuncha kam uch-raydi, bunda silliq terida kattaligi yasmiqdek keladigan dumaloq shaklli, kyopaksimon po`stchalar bilan koplangan qizgish-pushti dog`lar yoki likopsimon tipik sariq skutulalar paydo bo`ladi.

Qo`l va oyoq tirnoklari favusi ikkilamchi tartibda vujudga keladi. Lyokin ba`zan barmoq terisida o`zgarishlar bo`lmasa ham, tirnoqlar zararlanishi mumkin. Tirnoqlar platinkasi-ning bag`rida kattaligi to`g`nog`ich boshidek keladigan doglar paydo bo`ladi, keyinchalik tirnoq plastinkasi tagida shoxsimon modda to`planib, tirnoq qalin tortadi, uvalanuvchan, xira bo`libqoladiva kul rang qo`ng`ir tusga kiradi.

Diagnozi. Kasallik diagnozi uning klinik manzarasi, shuningdek soch va po`stlarni mikroskopda tekshirish natijalariga qarab quyiladi.

Davosi. Trixofitiyani davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar qo`llaniladi.

Kandidoz Kandidozga Sapdida turkumiga kiruvchi achitqisimon zamburug`lar sabab bo`ladi, Bunda teri, shilliq qavatlar, tirnoq va ichki a`zolar zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Bu turkumga kiruvchi zam-burug`lar shartli patogen bo`lib, sog`lom kishilar organizmida hamma vaqt saprofit holda yashaydi, lyokin bu zamburuglarning patogen xususiyati oshishida makroorganizm holatining roli katta. Odam immunitetini pasaytiruvchi kasalliklarda kandidozlar tez rivojlanadi. Me`da-ichak xastaliklari. moddalar almashinuvi (kandli diabet) hamda vitaminlar muvozanatining bo`zilishi, leykoz, shuningdek antibiotik va steroidlar bilan tartibsiz davolanish zamburug`lar faoliyatini oshirib, kasal-lik vujudga kelishiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishiga qarab yo`za (shilliq qavat va teri kandidozi, kandidozli onixiya va paranixiyalar) va sistemali (visseral) shakllari tafovut qilinadi. SHu bilan birga surunkali generalizasiyalangan (granulematoz) bolalar kandidozi ham alohida ajrati-ladi.

Iirik burmalar kandidozi (intertriginozli kandidoz) bolalar (chov va dumba orasidagi burmalarda) va kattalarda (ko`ltiq va ko`krak bezi ostida, semizlarda chov soxasida) uchraydi, Bu joylarda yo`za namlanib yaltirab turadigan, to`k qizil rangli, aniq chegaralangan, usti oqish gard bilan qoplangan

eroziyalar paydo bo`ladi. O`choqlar atrofida epidermis qol-diklaridan iborat xoshiya va asosiy o`choqqa o`xshagan mayda joylar ko`zga tashlanadi.

Barmoqlar orasidagi kandbdozli eroziya— ko`proq kasbga oid bo`lib, qandolatchilar, idish-tovoq yuvuvchilar va boshqalarda uchraydi. Patologik jarayon 3- va 4-barmoqlar orasida joylashib, to`q qizil rangli, aniq chegaralangan va o`rtasida seroz suyuqlik bo`lgan eroziya borligi bilan ifodalanadi

Kandidozli paronixiya. Tirnoq bolishida infil`trat, shish, giperemiya va tirnoq usti po`stlog`ning tushib keti-shi bilan kechadi, bunda tirnoq xira, mo`rt bo`lib qoladi, chetlari qayrilib, g`adir-budur, ko`idalang egatchalarga ega va turli xil qalinlikda bo`ladi; o`rnidan ko`chadi, tirnoq bilan et orasiga yiring yig`iladi; tirnoq bosilsa, atrofidan yiring chiqadi.

Og`iz burchaklari kandidozi asosan keksalarda uchraydi. Og`iz burchaklarida chuqur burmalar va maserasiya bo`lishi kandidozlar rivojlanishi uchun qulay sharoit tug`diradi. Og`iz burchagidagi teri maserasiyalangan, nam va salga ko`chadigan oqish gard bilan qoplangan bo`lib, u olib tashlansa eroziyalangan yo`za ko`zatiladi. Patologik jarayon simmetrik bo`lib, ba`zan u lablarning qizil hoshiyasiga o`tishi mumkin; bemor ogzini ochganda og`riydi. Kandidozli jarayonni strepto-kokkli eroziya, sifilitik papula va shankrlardan farqlash keraq

Og`iz oqarishi. Asosan yangi tug`ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Til, yumshoq tanglay, milk, lunj shilliq qavatlar qiza-rib (giperomiya) oq gard bilan qoplanadn: gardlar bir-bnri bi-lan qo`shilib yaxlit parda vujudga keladi. vaqt o`tishi bilan u shilliq qavatga shunchalik zich yopishadiki, uni ko`chirib olish ancha mushkul bo`lib qoladi. SHilliq qavatlar zararlanishi oqiba-tida kandidozli stomatit, glossit va angnning klinik kechishi ko`zatiladi.

S u r u n k a l i g e n e r a l i z a s i y a l a n g a n (granulyomatoz) bolalar kandidozi ko`pincha yoshligida og`iz bo`shligi shil-liq qavati kandidozi bilan og`riganlarda ko`zatiladi. YO`z (burun, lunj, peshona), boshning sochli qismi, badan, oyoq va qo`llarda psheremiyali, infil`tratln va po`st tashlayotgan dog`lar hosil bo`ladi. Bu dog`lar jimjimador chegaraln granule-matoz o`choqlarga aylanadi. Agar po`st olib tashlansa vegetasiya va giperkeratoz ko`zatiladi. Patolog`ik jarayon bosilinqiragan-dan so`ng silliq terida atrofiyaln chandiq, boshning sochli kis-mida esa kal joylar bo`ladi. SHu bilan birga bunday bemorlar-da shilliq qavatlar (kandidozli stomatit, glossit, angina)ning zararlanishi, kandidozli paronixiya, teri va ichki a`zolar kandidozi rivojlanadi.

Davosi. Umumiy davo vositalardan nistatin (so`tkasiga 6 mln), levorin (so`tkasiga 4 mln birlik), amfoterisnn V, diflyuqan, lamizil (250 mg dan 14 kun davomida) va boshqa antifungan dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo uchun anilin bo`yoqlari (gensian violet, fukorsin, 5—10% li bura eritmasi), klotrimazol, levorin va lamizil malhamlari qo`llaniladi. SHu bilan birga yo`ldosh ka-salliklarni davolashda yuqori dozada vitaminlar (V gurux vitaminlari) buyurish maqsadga muvofiqdir.

CHuqur mikoqlar Aktinominoz. Qo`zg`atuvchisi anaerob va aerob aktinomiset-lar bo`lib, ular nafas yo`li, ichak shilliq qavatlar orqali organizmga kiradi va ko`pincha chuqur to`qima va a`zoldan te-riga o`tadi. Qlinikasi. Kasallik gepodermada qattik infil`trativ pilakchalar va tugunlar (gumma) paydo bo`lishi (gummoz infil`trativ shakli) bilan boshlanadi. So`ngra jarayon teri osti yog` qavatiga o`tib, bu erda katta zich tugunlar vujudga keladn; keyinchalik tugunlar yumshab, yoriladi va teshik yaralar hosil bo`ladi, shu yaralardan sarg`ish, noxush hidli yiring chiqib turadi. Yiringda mayda-mayda donalar, ya`ni aktinomiset koloniyasi topiladi. Katta tugunlar emirilganda vegeta-siyali, nekrotik massali, chetlari yumshoq yaralar paydo bo`ladi (yarali shakli) va yaralar ko`priksimon, teri osti yog` qavatiga birikkan chandiklar xosil qilib bitadi. Ba`zan kasallikning nekroz va yara hosil bo`lishi bilan kechadigan do`mboqchali pustulyoz shakli ham uchraydi. Diagnozi gistologik tekshirish natijalari va qo`zg`atuvchisinig topilishiga qarab ko`yiladi. Davosi. Aktinolizat (patogen aerob aktinomiitlar undirmasining fil`trati) va antibiotiklar tavsiya etiladi.

Xromomikoz. Ular tuproq va o`simliklarda uchraydi va shikastlangan teriga tushib kasallik keltirib chiqaradi. Inkubasion davr taxminan 1—1,5 oyni tashqil etadi.

Qlinikasi. Ko`pincha oyoqda kizg`ish, qattiq konsistensiya-li, ahyon-ahyonda qichishadigan tuguncha va do`mboqchalar toshadi, ular bir-biri bilan qo`shilib katta infil`tratlarni hosil qiladi. Patologik jarayon ko`kish bolishcha bilan o`ralgan, usti-da vegetasnya, yara va po`stloqlar bo`lishi bilan kechadi.

Davosi. Ichishga yod preparatlari. D₂ vitamini, V amfote-risin in`eksiyada, mahalliy davo sifatida diatermokoagulyasiya hamda jarrohlik usuli tavsiya etiladi.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T.,1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыин I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar.,T. 1993.
4. Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma'ruza matnlari.
5. Fitzpatrik T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
6. Fitzpatrik T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
10. Somov B.A., Dolgov A.B. Professional'nyye zabolevaniya koji v vedushchix otraslyax narodnogo xozyaystva. ML 976.
11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Differentsial'naya diagnostika kojnyx zabolevaniy. M.Med.,1989
12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
13. Djeymys Ye. Fitzpatrik. Sekrety dermatologii. 1999.
14. Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html;
5. www.Mosbycom//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm;
8. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld. html.
9. [www.info@minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
10. www.info@tma.uz

3 – MA'RUZA

Terining allergik kasalliklari: Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Tugunchali dermatozlar: Psoriaz. Qizil yassi temiratki. Neyrodermatozlar.

3.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vaqti-	Talabalar soni:18-nafar
Mashgulot shakli	Axborotli ma`ruza, multimedia ma`ruza
	1.Terining allergik kasalliklari. Dermatitlar. 2.Toksikodermiya. Layell sindromi.

Ma'ruza rejasi:	3.Ekzema.Professional dermatozlar. 4.Psoriaz, qizil yassi temiratki. 5.Neyrodermatozlar.
O'quv mashg'ulotining maqsadi	Ta'limiy: Psoriaz, qizil yassi temiratki. Neyrodermatozlar. Eshakemi. Terining allergik kasalliklari. Dermatitlar. Toksikodermiya. Layell sindromi. Professional dermatozlar. Ekzema haqida batavsil ma'lumotlar berish, kelib chiqish sabablari, patogenetik mexanizmlarini, klinikasini, laborator o'zgarishlarini, tashxis qo'yish mezonlarini o'rgatish. Aniq tashxis qo'yilgan hollarda to'g'ri davolash taktikasini va zamonaviy davolash usullarini qo'llay bilishga o'rgatish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqali talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, aholining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish. Shifokor faoliyatida dermatozlarga tashxis qo'yish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.
Ta'lim berish vositalari	O'quv kullanma, darslik, ma'ru'za matni, proektor, kompyuter
Mashg'ulot uslubi	Axborotli va taqdimotli ma'ru'za
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat:savol-javob

2.2. "Tugunchali dermatozlar: Psoriaz, qizil yassi temiratki. Neyrodermatozlar. Terining allergik kasalliklari. Dermatitlar. Toksikodermiya. Layell sindromi. Ekzema" ma'ru'za mashg'ulotining texnologik kartasi		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Talabalar davomatini tekshirish, xonaning dars jarayoniga tayyorligini nazorat qilish 2.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash 3.Ma'ruza uchun taqdimot multimedia boshlash 4.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini taqdim etish	Tinglaydilar Ko'radi
1-mavzuga kirish	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja) 1 Psoriaz, qizil yassi temiratki. 2.Neyrodermatozlar. 3.Terining allergik kasalliklari. Dermatitlar. 4.Toksikodermiya. Layell sindromi. 5.Professional dermatozlar. Ekzema.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar Ko'radi
2-asosiy bosqich	1. Mavzuni tushuntirib beradi, multimedialar namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich:	1.Yakunlovchi xulosa qiladi 2.Tugunchali dermatozlar haqidagi ma'lumotlarni mujassamlashtiradi 3.O'tkazilgan axborotlarni mustaxkamlash uchun bemor (yoki kuratsiya videotasvirini) ko'rsatish	Tinglaydi Yozib oladi Ko'radi

Mustaqil ta`lim uchun topshiriklar	Mustaqil ish beradi: Terining allergik kasalliklari: Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Tugunchali dermatozlar: Psoriaz. Qizil yassi temiratki. Neyrodermatozlar haqida ma'lumot.	Tinglaydi Yozib oladi
------------------------------------	--	------------------------------

Dermatitlar. Toksikodermiya. Layell sindromi

Dermatit-terining o'tkir yalliglanishi bo'lib, asosan tashqi muxit ta`siri natijasida paydo bo'ladi. Bu ta`sir fizikaviy va kimeviy bo'lishi mumkin.

Dermatitlarning xususiyatlari shundaki, ushbu zararli omillar ta`siri bartaraf etilganidan keyin proses tez orada va xatto o'z-o'zidan barham topib ketadi.

Fizikaviy ta`sirotlar – bu xaroratni o'zgarishi, qo'yish, rentgen nurlari, radioaktiv nurlari, elektr toki ta`siri kiradi.

Ximiyaviy ta`sirotlar – bu kislotalar, ishkorlar, organik erituvchilar, ximikatlar, buklar, laklar, metallarning ba'zi turlari va Boshqa moddalar. Bundan tashkari biologik ta`sirotlar, masalan ba'zi turdagi usimliklar va mexaniq ta`sirotlar – bosilish, ishkalanish bo'lishi mumkin.

Tashqi muxiy ta`sirotlari shartli va shartsiz bo'lishi mumkin.

SHartsiz ta`sirotlar, obligat deb ataladi. Ularning hammasi teriga ta`siri natijasida hamma odamlarda dermatitni kelib chiqazadi.

SHartli ta`sirotlar, Boshqacha qilib aytganda allergenlar faqat ba'zi ushbu ta`sirotgga uta sezuvchan odamlarda dermatitni xosil qiladi.

SHartsiz ta`sirotlar natijasida kelib chikkan dermatitlar oddiy, sun'iy yoki artificial dermatit deb ataladi. SHartli ta`sirotlar natijasida esa – allergik dermatitlar deb ataladi.

Dermatitlarni alohida turiga toksikodermiyalar kiradi. Ular terining o'tkir yalliglanishini organizmning ichiga kirib ta`sir kursatgan moddalar natijasida paydo bo'ladi. Bu moddalar organizmga ovkat bilan, yoki nafas ellari bilan, yoki mushok orasiga, teri tagiga, venani ichiga yuborilganda paydo bo'ladi. SHuni aytib utish kerakki, terining yalliglanishi faqat shu moddalarga uta sezuvchan odamlarda xosil bo'ladi.

Bundan tashkari medikamentoz yoki xar xil dori-darmonlar ta`sirida mavjud bo'lgan dermatitlar bo'ladi, bo'lar ham oddiy va allergik bo'ladi. Medikamentoz dermatitlar kuincha penisillin, streptomisin, streptosid, novokain, rezorsin, salisil kislotasi, amidopirin, yod va Boshqa dorilar ta`sirida rivojlanadi.

Tashqi ta`sirotning kuchi va xususiyatlariga qarab dermatitning o'tkir va surunkali turi bo'lishi mumkin. O'tkir dermatitlarda – eritemalar, shishlar, infil'trasiya, pufakcha va pufaklar, yoki tukimalarni nekrozi, keyinchalik esa yara xosil qilib chandik va atrofiyalar bo'lishi mumkin.

Surunkali kechadigan dermatitlarga esa yaxshi rivojlanmagan giperemiya, infil'trasiya, lixenifikasiya va giperkeratoz xosdir.

Oddiy kontaktli dermatit.

Oddiy qontakt dermatitni xususiyatlari:

- 1) faqatgina tashqi muxit omili ta`sir qilgan joydagina rivojlanishi
- 2) organizmning ushbu ta`sirotgga sezuvchan bo'lmaydi, sensibilizasiya yo'q bo'ladi
- 3) dermatit rivojlangan joydan chetga tarkalmaydi. Bu dermatitlarni davolamasa ham 1-2 xaftadan keyin yo'qolib ketadi.

Oddiy dermatitni sabablari: mexaniq sabablar – bu paytgacha bosilish, ishkalanish (tor kiyim-kechak, poyabzal, noto'g'ri qo'yilgan gips va xokazo). Bolalarda Ko'pincha pelenkalar ta'siridan «pelenochniy» dermatit rivojlanadi. Bu xolda pelenkalarni choklari, burmalari bolaning terida giperemiya, epidermisni shilinishi suvlanishin kelib chiqazadi. Buning stiga infeksiya qo'shilsa, piodermiya boshlanib xastalik ogirlashadi.

Fizikaviy omillar ta`sirida

a)baland va past xarorat ta`sirida xar xil darajali qo'yishlar, sovuq qotishlar

b)qo'yish nurlari ta`sirida qo'yishli dermatit – dermatitis solaris Ko'pincha dermatit kalta va ul'trabinafsha nurlari natijasida rivojlanadi. Balikchilarda. Dengizchilarda, dalalarda va ochiq manzaralarda ishlaydigan odamlarda surunkali qo'yish dermatiti xosil bo'lishi mumkin.

v)rentgen nurlari – al`fa, betta, gamma, neytron ta`sirida nurli dermatitlar rivojlanishi mumkin

g)ximiyaviy ta`sirotlarni gapirib utdik – bu ham bo`lsa kishlok xujaligida ishlatiladigan zararkunandalarga qarshi ximikatlar, turmushda yoki korxonada ishlatiladigan dezinfeksiya moddalari, sovun, poroshoklar. Bo`larning hammasi Ko`pincha kasbga aloqador va turmushda uchraydigan dermetitlarga sabab bo`ladi.

d)Ko`pincha usimliklar – fitodermatitni chakirish mumkin, masalan, borshevik, pervosvet, dalalarda va ochiq joylarda usadigan utlar. Asosiy ta`sirni usimliklardagi xlorofill va efir eglari kursatish mumkin. Bo`lar Ko`pincha allergen bo`ladilar.

Klinikasi: Kasallikning klinikasi asosan organizmning individual xususiyatlariga, ximoya reaksiyalariga bog`liq. Dermatitda teri odatda kizaradi, chegarasi aniq bo`ladi va bir oz shishadi, ba`zi xolda mayda-mayda tugunchlar va pufakchalar paydo bo`ladi. Keyin ular qipiqalanishi, teri shilinib, qilchirab turishi mumkin. Ba`zi xollarda katta-kichik pufaklar xosil bo`lib, nekrotik o`zgarishlar bilan ham ifodalanish mumkin.

Sub`ektiv belgilar – bemorlar tananing kizib ketishiga, achishishga, tarong bo`lib tortilishga, og`rikka hamda xar xil darajada kichinishiga shikoyat qiladilar.

Umumiy belgilar ham yalliglanishning o`tkirlikiga hamda tarkalishiga qarab turli bo`lish mumkin. Ba`zi xollarda badanning xarorati kutarilib bemorlar loxazlanadi, uykusi va asabi bo`ziladi. Dermatit odatda 1-2 haftadan keyin nom-nishon koldirmay utib ketadi.

Dermatit o`zoq cho`zilganda o`tkir yalliglanish reaksiyasi yo`qolib, kasallik urtacha infil`trasiya, lixenifikasiya, giperkeratoz paydo bo`lishi bilan xarakterlanadi (masalan jismoniy mexnat bilan shugullanadigan odamlarda kadoklar xosil bo`lishi)

Tashxis qo`yish

Quyidagi omillarga qarab:

- 1) tashqi ta`sirotni bilan bog`liqligi
- 2) tashqi ta`sirotni xarakatidan keyin kasallikning o`tkir boshlanishi
- 3) yalliglanish jarayoni asosan badanning ochiq joylarida bo`lishi
- 4) zararlanish uchogi aniq cheklangan bo`lib, atrofdagi soglom teri fonida ajralib turadi
- 5) terining Boshqa qismlariga tarkalmaydi hamda allergik toshmalar bo`lmaydi
- 6) tashqi ta`sirotni olib tashlagandan keyin kasallikni tez qaytishi.

Allergik dermatit:

Allergik dermatit ba`zi shaxslarda allergenga uta sezuvchanligi natijasida rivojlanadi. Sezuvchanlik tug`ma bo`lishi mumkin – idiosinkraziya deb ataladi (masalan tuxumga, sitrus maxsulotlariga...). Ko`pincha urta sezuvchanlik allergen modda qayta ta`siri natijasida rivojlanadi. Bu xodisani monovalent sensibilizasiya deb atashadi. Bu xolni asosida asta-syoki n kelib chikuvchi turdagi allergik reaksiya bo`lib, bunda epidermis xujaylarida antigen-antitelo komplekslari xosil bo`ladi. Ammo shuni aytib utish zarurki, bu reaksiyani rivojlanishida organizmning umumiy axvoli, jumladan asab, ichki sekretor bezlari, oshkozon-ichak sistemasining faoliyati, modda almashuvining hamda organizmning immun xolati juda katta patogenetik ahamiyatga ega.

Allergik dermatitda shunday axvol bo`ladiki, allergen faqatgina teriga ta`sir kursatsa ham, uta sezuvchanlik – sesibilizasiya – butun organizmga xos bo`lib koladi. Oldininga monovalent senchibilizasiya rivojlansa, keyinchalik kasallik qaytalaganda organizm faqat usha bitta allergenga emas, balki Boshqa bir muncha moddalarga ham sezuvchanlik oshishi mumkin. Buni polivalent sensibilizasiya deb atashadi. Bu xolda allergik dermatit ekzemaga o`tishi mumkin.

Klinik manzarasi.Klinik belgilari asl polimorfizm bilan ta`riflanadi. Bunda terining yalliglanish dog (eritema), pufakchalar, tugunchalar va suvchratan soxalar shakllanishi bilan utadi.Allergik dermatitlarni belgilari oddiy qontakt dermatitni belgilariga uxshab ketadi. Ammo allergik dermatitga yana Quyidagi lar xos:yalliglanish jarayoni faqat allergen ta`sir qilgan joylardan terining Boshqa qismlarga tarkalishi terining allergen ta`sir qilgan joydan ancha narida allergik toshmalar paydo bo`lishi Ko`pincha ekzemaga xarakterli bo`lgan klinik belgilar paydo bo`lishi (suvchirash, pufakchalar toshishi) kasallikni qaytalanishi – residiv bo`lishi allergik dermatit bir qancha o`zoq davom kechadi oddiy qontakt dermatitga qaraganda ixtimol bo`lgan allergen bilan teri testlari musbat bo`lib chiqadi.

Ekzemadan – gushdan allergik dermatitni asosiy farki shundaki, allergik dermatitda etiologik omilni ta'sirini tuxtatganda, kasallik tez barham toradi. bA`zida esa, allergik dermatitni ekzemadan ajratish juda kiyin bo'ladi.

Davolash:

Oddiy dermatitlarni davolashda yalliglanishga sabab bo'lgan omilning ta'sirini tuxtatish lozim. Sungra yalliglanishga sabab qarshi tashqi maxalliy davo choralari kul laniladi. Bunda pufaklarni ochib yalliglanish suyukligini chiqarib yuborish, bakterisid eritmalar (kaliy permanganat, rivanol, tanin, furasillin) bilan yuvish, rux, ixtiol va shunga uxshash Boshqa antiseptik malhamlar surtish, terining suvchiragan soxalarini kumush nitrat, tannin yoki ixtiol eritmasi bilan namlash, steroid malhamlar kul lash, Kasteliani suyukligini surtish va Boshqa moddalar.

Allergik dermatitlarni davolashda ham sensibilizasiyaga sabab bo'lgan allergenni aniqlab, uni bekor qilish kerak. Agar intoksikasiya belgilari bo'lsa, oshkozan-ichaklarni yuvish, siydik xaydovchi moddalarni kul lash lozim.

Keyin sezuvchanligi susaydiradigan va yalliglanishga qarshi dorilar kul laniladi.

1 antigistamin moddalari (dimedrol, tavegil, zaditen).

2 kalsiy preparatlari

3 tinchlantiruvchi-sedativ moddalar.

4 vitaminlar

Mahalliy davo shish, suvchirash xollarda-antiseptik eritmalar bilan namlash.

O'tkir yalliglanish davri o'tgandan keyin suvli-gliserinli yoki suyuk egli pastalar kul laniladi, teri kurib, erilmalar paydo bo'lsa lanolin kremi ishlatiladi kunincha kortikosteroid malhamlar (prednizolon, ftorokort, lorinden) yaxshi naf beradi.

Toksikodermiyalar

-bu terining o'tkir yalliglanishi bo'lib, biror ta'sirat nafas yoki xazm yo'llari orqali kor qilganda, venadan, teri ostiga yoki muskul orasiga yuborilganda paydo bo'ladi. Patogenezida toksik-allergik omillar mavjud, ya'ni ham zaxarlanishdir. Kuninga toksikodermiyalarga xarxil dorilar sababchi bo'ladi, shuning uchun uni medikamentli dermatitlar deb ham ataladi. Bu kasallikning patogenezida toksik-allergik omillar natijasida faqatgina teri emas, balki shilliq pardalar, ichki a`zolar, asab va qon-tomir sistemalari shikastlanishi mumkin. Allergik teri xujatralariga va Boshqa tukimalariga kirib, sitoplazma (nukleoproteidlar, mitoxondriyalar) a`zolari bilan birikib, qon plazmasiga utadi. Teri va Boshqa a`zolarining shikastlanishi ana shu medikament dori bilan xujayradagi ferment sistemalar faolliyati bo'zish, tukima va qon tomirlarga toksik tasir etish hamda organizmning reaktivligi o'zgarganda ko'zatiladi.

Klinik manzarasi.

Toksikodermiyada ko'pincha eritema, tugunchalar, pufakchalar paydo bo'ladi. Ba`zan terida va shilliq qavatlarda tuguncha, pufakcha va pufak xosil bo'ladi, bazan esa keng tarkalgan eritematoz o'choqlar yoki eritrodermiya rivojlanadi.

SHu bilan birga xar bir dori modda o'ziga xos bo'lgan toksikodermiyani klinik kurinishini beradi. Masalan, yod va brom preparatlaridan yodli va bromli xusnbo'zar toshadi va yoki tuberoznaya yododerma, bromoderma degan toksikodermiya bo'ladi.

Sulfanilamid moddalaridan Ko'pincha tuk qizil eritemali chegaralanganma rsimon o'choqlar paydo bo'ladi yoki chegaralangan eritema-fiksirovannaya eritema xosil bo'lib va u preparatni kabo'l qilgandan keyin doimo bitta joyda paydo bo'lib, bir necha kundan keyin yo'q bo'lib ketib urnida tuk-jigarrang pigmentasiya koldiradi.

Sulfanilamid eritemasi Ko'pincha kaftda, ogiz bo'shlig'ining shilliq qavatida, lablarda va jinsiy a`zolarida xosil bo'ladi. Bemorni umumiy axvoli ogilashadi, tana xarorati kutariladi, lanj bo'ladi, xar xil a`zolar faoliyatini bo'zilishiga shikoyat qiladi. Badan terining kichishi, achishishi, tortilishi va ogirishi ko'zatiladi. Kasallik epilib ketgan bo'lsa klinik manzarasi xar xil bo'ladi, lyoki n Ko'pincha eshakemga uxshab utadi, toshma kizamik, skarlatina, qizilcha, xar xil shaklliekssudativ eritema, yassi lishay va Boshqalardagi toshmalarga uxshashi mumkun. Eng ogir asorati –o'tkir epidermal nekroliz (Layel sindromi) dir. Bunda teri va shilliq qavatlarda birdaniga tuk-qizil rangdagi keng o'choqlar paydo bo'lib, ularning ustida pufaklar xosil bo'ladi. Pufaklar erilib epidermisni ustki katlamlari kat-

kat bo'li` kuchgandan keyin katta suvchiragan eroziyalı joylar paydo bo'ladi. Bunda Nikol'skiy simptomi musbat chiqadi.

Bemorni axvoli juda ogir, istmasi 39-40, yurak bezovtalanadi, qonda neytrofiliya, SOE kuchayadi, siydigida al`buminuriya, eritrositlar, oksil, silindrlar tashxis qo'yganda ekfoliativ dermatit, xomiladorlar toksikozi, o'tkir pirsildok yara, Stivens-Djonson sindromi (eksudativ polimorf eritemani ogir formasi) bilan farqlash kerak.

Davolashda asosan kasallikni sababini bilish zarur. Keyin desensibilizasiyalovchi va gistaminga qarshi dorilar buyuruladi, siydik xaydidigan dorilar, vit. S, V, rutin preparatlari, ichaklarni tozalovchi moddalar. Ba`zida gormon preparatlari va klinik belgilariga qarab Boshqa davo choralari kuriladi. Agar nekroz o'choqlari bo'lsa, ular olib tashlanadi, og'rik koldiruvchi va yarani bitiruvchi dori-darmonlar buyuriladi.

Ekzema (GUSH, ECZEMA) Ekzema so`zi yunoncha "ekzeo" – kaynash so`zidan olingan bo`lib, mayda-mayda pufakchalar koplanib turadigan o'tkir ekzema uchogi kaynayotgan suvga uxshayotganligi uchun kasallikka shunday nom berilgan. Ekzema teri yo`za katlamlarining yalliglanishi bo`lib, o`ziga xos nevrogen-allergik tabiatga ega

Etiologiyasi va patogenezi.

Ekzemaning kelib chikishi va rivojlanishida nerv sistemasi alohida urin tutadi. Xar bir dermatolog o`z tajribasida ekzema asabiylashish va kuchli stressdan sung paydo bo`lishi yoki qaytalashini ko`zatgan.

T.P.Pavlov (1894)ning ta`kidlashicha, ekzema bo`lgan soxa va uning atrofidagi terida og`rikka nisbatan elektr sezuvchanlik oshadi va bu ko`zgalishdan oldin namoyon bo`ladi. Ba`zan kasallik periferik nerv sistemasi jaroxatlangandan sung boshlanadi. Tekshirishlar shuni kursatdiki, ekzema bilan og`rigan bemorlarning kupchiligida markaziy nerv sistemasida turli o`zgarishlar va kasalliklar aniqlanadi. Bemorlar terisida asetilxolin moddasining kupayib ketishi ekzema patogenezida nerv sistemasining muxim ahamiyatga ega ekanligini yana bir bor isbotlaydi. Ekzemaning kelib chikishida me`da-ichak a`zolari faoliyati bo`zilishining ham salmog`i bor.

Schnitzer (1955) ekzema bilan og`rigan 136 bemorning 93 nafarida ichki a`zolarida turli xil patologik o`zgarishlarni ko`zatgan. Bunday bemorlarning jigarida ham moddalar almashinuvi bo`zilganligi, uning antitoksik funksiyasi pasayganligi aniqlanadi. Ekzemali bemorlar me`da shirasining kislotalik darajasi pastligi gastrit, kolit, xolisistit kasalliklarining tez-tez uchrab turishi, me`da – ichak sistemasining kasallik patogenezida muxim rol` uynashidan dalolat beradi. Ekzemaning kelib chikishida turli xil moddalarning ham ahamiyati bor. Bunga uy bekalarida uchraydigan sintetik yuvuvchi vositalar (ishkor, poroshok) ta`sirida kelib chiqadigan ekzemani misol qilib kursatish mumkin. Xozirgi davrda "pnevmoallergenlar" deb nom olgan kasallik ko`zgatuvchilari kupchilik olimlar dikkatini o`ziga jalb etmokda. Pnevmoallergenlarga chang, tukimachilik tolasi, odam yoki xayvon epidermisi tangachalari va Boshqalar kiradi. Ekologik muxitning bo`zilishi oqibatida kasallik ko`zgatuvchi omillar yil sayin kupayib bormokda. Xar xil dorilar va antibiotiklar ishlatish natijasida ham ekzema vujudga kelishi mumkin. Ular xakida "Dermatitlar" mavzusida batafsil aytib utilgan. Ekzemaning etiologiyasi va patogenezi xakida so`z ketganda, infeksiyon omillarni ham esdan chiqarmaslik kerak.

Masalan, oyoq mikozi yoki chov epidermofitiyasida kasallik uchogidan ancha nari joylashgan soxalarda ikkilamchi allergik toshmalar – ekzematozli epidermofititlarning toshishi ko`zatiladi. SHunday xolatni mikroblı ekzemada ham uchratish mumkin.

Klinikasi. Ekzema o`zining patogenetik xususiyati, etiologik omillari va asosan klinik kurinishiga qarab Quyidagi turlarga bo`linadi: chin, mikroblı, kasbga oid, seboreyali ekzema va bolalar ekzeması. Klinik kechishiga kura o'tkir, urtacha o'tkir va surunkali ekzemalar tafovut qilınadi.

CHin ekzema. Toshmalar polimorfizm, ya`ni kizarish, mayda tugunchalar, pufakchalar, yiringchalar, tangachalar, pustlokchalar paydo bo`lishi va teri shishi bilan ifodalanadi. Ekzema toshmaları ma`lum bir evolyusiyani utadi, ya`ni toshmalar ketma-ket bir elementning o`zgarishi xisobiga ikkinchisi vujudga keladi. Masalan, tugunchalardan pufakchalar, ulardan esa pustlok xosil bo`ladi.

YUkorida keltirilgan alomatlar o'tkir chin ekzemaga xos bo`lib, toshmalar asosan yo`z, kul , oyoq terisi va badanning Boshqa joylarida bo`ladi va kattik kichishish, ba`zan achishish hamda kizib ketgandek bo`lib tuyulishi bilan davom etadi.

Ekzemaning klinik kurinishida morfologik elementlarning qay biri ko'p uchrashiga qarab xo'l, papulyoz, vezikul yar, pustulyoz, skvamoz va pustlokli xillari fark qilinadi.

O'rtacha o'tkir ekzema klinik kurinishi jixatidan o'tkir ekzemaning engilrok xili bo'lib, bilinar-bilinmas teri shishishi, kizarishi, shuningdek o'tkir toshmalar toshishining tuxtashi va kichishishning sezilarli darajada kamayishi bilan ifodalanadi. Ba'zan ekzemaning klinik kurinishiga qarab o'tkir yoki urtacha o'tkir ekanligini aniqlash ancha mushkul. Bunda kasallikning davom etishiga qarab shartli ravishda yukoridagi turlarga ajratiladi. Ekzemaning 6 xaftagacha bo'lgan davri o'tkir va bundan keyingisi urtacha o'tkir xisoblanadi.

Surunkali ekzemaga klinik va gistologik jixatdan yalliglanish infil'trasiyasi xos, shu sababli zararlangan joy terisi zichlashib, qalinlashadi. Infil'trasiyal, elastiklik xususiyati kam bo'lgan terida okish, sargish-jigarrang yoki kizgimtir pustloklarni, ba'zan tuguncha va pufakchalarni uchratish mumkin. Ma'lum bir nokul ay omillar ta'sirida surunkali ekzemaning zurayishi kuriladi; bunda terining kizargan joyi kupayib, shish va toshmalar paydo bo'ladi.

Ekzema xar doim bir xil kechavermaydi. Goxida toshmalar tez orada kaytib, o'zoq vaqtgacha qayta toshmaydi. Ekzema qaytalaganda kasallangan joydan Boshqa soxalarini ham egallab olishi mumkin.

Disgidrotik ekzema. Kul va oyoq kaftida mayda nuxatdek kattik pufakchalar xosil bo'lishi bilan kechadi. Teri salgina kizarib pufakchalar yoriladi va urnida shilingan iz koldiradi, ular usti sargish puslokchalar bilan koplanadi, ba'zida pufakchalar yorilmasdan ichidagi suyukligi bilan kotib kolish xollari ham ko'zatiladi. Kasallangan soxa atrofidagi sog teridan keskin ajralib turadi.

Mikrobli ekzemada. ko'prok yo'zaki piodermiya ikkilamchi yalliglanib, ekzemaga aylanadi. SHuning uchun ham klinik kurinishi ekzema va piodermiyaga xos alomatlar borligi bilan ta'riflanadi. Kasallik asosan boldirda, kul panjasining tashqi qismida va bosh terisida ko'zatilib, o'choqlar chegarasi keskin ajralib turadi va shakli yumalok hamda jimjimador bo'ladi. Toshmalar asimmetrik joylashadi. Terining zararlangan qismi plastinkasimon po'st bilan koplanadi, uni olib tashlansa urnida pushti rangli pilchiragan yo'za, ekzematozli kuduklar va seroz ekssudat tomchilar ko'zatiladi. Ba'zan kasallangan o'choqlar atrofida mayda pustulalar paydo bo'lishi va ular yangi ekzematoz o'choqlarni xosil qilishi mumkin. Kasallik kichishish bilan kechadi. Mikrobl ekzemaning paratravmatik va varikoz xillari bor. Ularning paydo bo'lishiga mexaniq (gipsni noto'g'ri boglash), kimyoviy (yaralarni zuriktiruvchi dorilar bilan davolash) va biologik (infeksiyalar) omillar ham sabab bo'lishi mumkin.

Kasbga aloqador (professional) ekzema badan terisining ochiq qismlarida vujudga keladi. Kasallikning avj olishiga ishlab chiqishdagi allergenlar sabab bo'lib, ular organizmga sensibilizasiyalovchi ta'sir kursatishi mumkin. Kupchilik bemorlarda teridagi sinab ko'rish testi sensibilizasiyalovchi omillarga nisbatan musbat bo'ladi. Bunday dermatitlarning klinik kechishi yukorida keltirilgan ekzemalardan deyarli fark qilmaydi. Faqat allergenlar bartaraf etilgandan sung kasallik dermatitlarga nisbatan o'zoqrok davom etadi.

Seboreyali ekzema (moyli gush) – patologik jarayon asosan yog ajratib chiqaruvchi bezlar joylashgan terida, ko'proq boshning sochli qismi, kul ok suprasi, yo'z, kul tik osti, shuningdek kukrakni zararlaydi va mayda pustchalar bilan koplanib turadigan doglar hamda tugunchalardan, tangacha va pustlokchalardan iborat bo'ladi. Bu doglar sargish bo'lib, chegaralari ancha keskin ajralib turadi, aksariyat bir-biri bilan qo'shilib ketadi. Tugunchalarning urtasi okarib xalkali elementlar xosil bo'lishi mumkin. Kasallik jinsiy uygonish davridan boshlanadi. Seboreyali ekzema asosan pilchirashsiz kechadi. Kasallangan teri moydek yaltirab turadi, bu joylarning kichishib turishi xarakterli.

Bolalar ekzemas. Bolalar ekzemasiga asosan ekssudativ diatez yoki irsiy omillar, shuningdek organizm immunologik reaktivligining o'zgarishi sabab bo'ladi. Ekzema bilan og'rigan bolaning ota-onasi yoki yakin karindoshlarida turli allergik kasalliklar bor-yo'qligi aniqlanadi. Bemor organizmining immunobiologik xususiyati pasayganligi tufayli ular kimyoviy moddalar, ozik-ovkatlar va dori-darmonlarga nisbatan juda sezuvchan bo'lib koladilar.

Kasallik bolalar xayotining dastlabki kunlaridanok boshlanishi mumkin. Patologik jarayon yo'z, buyin, boshning sochli qismidan boshlanib asta-syoki n tananing Boshqa soxalariga tarkaladi, badanning shu joylari kizarib, kichishadi va mayda-mayda ekssudativ tugunchalar hamda pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilib, tana pilchirab turadi, sungra ustki qismi sargish-jirarrang pustloklar, kora-qo'tir bilan koplanadi, ba'zan bemorlarda eritematoz-skvamozli seboreidlarni uchratish mumkin. Kasallik keyinchalik diffo'z yoki disseminasiyalashgan neyrodermitga aylanishi mumkin.

Gistologiyasi. Epidermisning tikansimon qavatida spongioz ko'zatiladi, keyinchalik tikansimon qavat xujayralarini bir-biridan ajratib bo'shliqlar xosil qiladi. Mugo'z qavatida parakeratoz ko'zatiladi. Dermaning so'rg'ich qavatidagi qon tomirlar kengaygan bo'lib, atrofida limfosit, gistiositlardan to'zilgan infil'trat vujudga keladi. Kasallikning surunkali davrida tikansimon qavat qalinlashadi va akantoz , ba'zan kuchsiz spongioz ko'zatiladi.

Davosi. Bolalar ekzemasini davolashda ovkatlanish rejimini tartibga solish muxim ahamiyatga ega. Ovkat bilan birga iste'mol qilinayotgan uglevod, osh to'zi hamda suyuqlik miqdorini cheklash zarur, chunki ular terida yalliglanish jarayonini kuchaytiradi. Bolalar ekzemasini davolashda ishlatiladigan dorilar ekzemaning Boshqa turlarini davolash vositalaridan deyarli fark qilmaydi. Ularning farki faqat berilayotgan dorining miqdorida, xolos. Ekzemani davolashda birinchi navbatda kasallikni yo'zaga keltiruvchi omillar (allergenlar) ni bartaraf etish hamda ichki a'zolar, nerv, endokrin va boshqa organ hamda sistemalarda aniqlangan kasalliklarni davolash zarur. Nerv sistemasini tinchlantiruvchi (trankvilizator va sedativ) dorilar- brom, novakain , tazepam, nozepam va boshqalar qo'llaniladi. Gipnozoterapiya va uyqu bilan davolash yaxshi samara beradi. Organizmning sesibilizasiya, allergik holatini yo'qotish uchun kal'si birikmalari (kalsiy xlorid, kal'si glyuqanat) , natri tiosul'fat tavsiya etiladi. Davolashning birinchi kunidan boshlab antigistamin dorilar terapevtik miqdorda buyuriladi. Ekzema og'irroq kechganda bemorni kasalxonaga yotqizib, kortikosteroid dorilar bilan davolaniladi, ularning kunlik o'rtacha miqdori 30-40 mg ni tashqil etadi. Davolash kompleksiga vitaminlar, ayniqsa V guruh vitaminlar, niktin kislotalari (vitamin RR) va boshqalarni qo'shish tavsiya etiladi. Seboreyali egzemada yuqorida keltirilgan dorilardan tashqari E vitamin (tokoferol) buyuriladi. Davolash chog'ida , shuningdek undan keyin ham parxezga rioya qilish, tuxum emaslik, qovurilgan, achchiq, sho'r, moshli ovqatlar iste'mol qilmaslik va spirtli ichimliklar ichmaslik talab etiladi.

Maxalliy davo har bir organizmning o'ziga xos tomonlari hamda kasallikning turi va klinik kechishiga qarab olib boriladi. Terida pilchirash va shish bo'lsa sovuq namlagichlar u xolat kamaysa, indeferent pastalar (qo'rg'oshin, Lassa, naftalan pastalar) tavsiya etiladi. O'tkir yallig'lanish jarayoni o'tganidan so'ng qichishishni kamaytiruvchi malhamlar (mentol, anestezin, dimedrol)dan foydalaniladi. Kortekosteroidli malhamlar va kremlarni qo'llash ham davo samarasini oshiradi. Surunkali ekzemani davolashning asosiy vazifasi Infiltratsiyani so'riltirishdir. Buning uchun oltingugurt (33%-5,0), naftalan (20%-1,00), dyogot` (10%-2,0) malhamlari tavsiya etiladi.

Infiltratsiyani so'riltirishda Dorogov antiseptik stimulyatori (DAS)ning 3- flaksiyasi ancha shifobaxsh. Bu 5-10 % li malham sifatida surtiladi.

Kasbga aloqador kasalliklar

Ishlab chiqarishga aloqador omillar tufayli kelib chiqadigan teri o'zgarishlari yoki kasallik holatlari kasbga aloqador dermatozlar (profdermatozlar) deyiladi. Bunday dermatozlar kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarga qarab quyidagicha ajratiladi:

1. Kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan dermatozlar.
2. Fizik omillar tufayli vujudga keladigan dermatozlar.
3. YUqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchilari ta'sirida ke-lib chiqadigan dermatozlar.

Kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador dermatozlar Kasbga aloqador dermatozlar orasida kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan dermatozlar sal-moqli o'rinni egallaydi. Odam organizmiga tashqaridan ta'sir qiladigan kimyoviy moddalar xilma-xil: a) to'g'ridan-to'g'ri teri-ga ta'sir etib, shu joylarda yallig'lanish o'chog'larini yo'zaga kel-tiradigan oddiy yoki obligat ta'sirotlar (mineral kislotalar. ishqorlar, to'zlar va boshqalar); mazkur moddalar hadeb ta'sir etaverishi oqibatida organizmning shu moddalarga sezuvchanli-gi (sensibilizasiya) oshib ketib, ular makroorganizm uchun al-lergenga aylanadi. Odatda bunday kimyoviy moddalarga hamma odamlarning ham sezgirligi oshavermaydi, ular faqat ba'zi odamlarning terisida yallig'lanish reaksiyasini yo'zaga keltira-di; b) ikki yoki undai ortik. (kombinasiyada) moddaning (sensibilizator va obligat modda) birgalikda qo'zg'atadigan yallig'lanish reaksiyasi, masalan xrom to'zlari; v} neft ulevodlari va toshko'mir maxsulotlari — uchuvchi fraksiyalar (kerosin, benzin va boshqalar) banal dermatitlar, follikul yar apparatlarning yallig'lanishi, fotodermatitlar. giperkeratozlar, ba'zan teri o'smalariga sabab bo'ladi.

Klinik dermatologiyada kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador quyidagi dermatozlar ko'p uchraydi.

Kasbga aloqador dermatit terining o'tkir yallig'lanishi bo'lib, nshlab chiqarish jarayonida teriga biron bir modda tek-kan joyning o'zida yo'zaga kelib, undan nariga tarqalmaydi (ba-nal, qontakt dermatit). Bunda ta'sirot bartaraf etilgandan so'ng yallig'lanish o'choqlaridan nom-nishon qolmaydi.

Kasbga aloqador ekzema — ishlab chiqarish jarayonida orga-nizmning sezuvchanligini oshiradigan (sensibilizasiyalovchi) kimyovin modda (allergen) tushishi oqibatida kelib chiqadi. Bun-day dermatozlar klinik manzarasiga qarab chin ekzemadan deyar-li farq qilmaydi. YA'ni dog', tuguncha, pufakcha, madda, zroziya, qora qo'tir po'stlar yallig'lanishnng asosiy morfologik elemen-ti xisoblanadi. Kasallik tarqalishga moyil bo'ladi va tez-tez qaytalab turadi. Hatto ekzemaning bevosita kasbga aloqador bo'lgan biron moddaning zararli ta'siri natijasida kelib chiqqanligini aniqlash ancha mushkul bo'ladi. Keyinchalik ekzogen omilning yo'qotilishiga qaramay kasallik qaytalanaveradi.

Follikul itlar yoki moy husnbo'zarlari aksariyat ishlab chiqarishdagi neft` va toshko'mir mahsulotlari bilan bevosita ishlaydiganlarda ko'zatiladi. YAllig'lanish soch follikul lari va yog` bezlari bilan bog'liq bo'ladi. Asosan slesarlar, mashina moylovchilar, ko'mirchilar va boshqalar kasallanadi. Zararla-nish o'choqlari ko'proq bilak, son va qorin sohasi terisida uch-raydi. Dastlab soch follikul lari ustida moy va ko'mir changla-ridan iborat mayda qora nuqtalar to'planib, keyinchalik shu joylarda yasmiqdek keladigan yallig'langan tugunchalar va xusn-bo'zarlari paydo bo'ladi.

Toksik melonodermiya uglevodorodlarning teriga o'zoq vaqt ta'siri oqibatida paydo bo'ladi, Kasallik umumiy intoksika-siya, holsizlik, bosh og'rig'i, uyqu va ishtahannng pasayishi, ke-yinchalik bemorning yo'z, bo'ynn, ko'krak sohasi va butun badan te-risida eritema, pigmentli dog`, follikul yar giperkeratoz, telengiektaziya va boshqa belgilar bilan bo'lanadi, Zararlangan o'choqlar jigarrangnamo bo'lib, vaqt o'tishi bilan shu joylar chi-ziq-chiziq bo'lib bujmayib, yupqalashib qoladi va davolash yaxshi naf bermaydi.

Kasb-korga bog'lik xolda terining yara-chaqalanishi yoki so'galsimon o'smasi, uncha og`rimasligi, oval yoki yumalok bo'lishi. atrofida chegaralangan yallig'lanish halqasi borligi bilan ifodalanadi. Odatda bunday belgilar avval kesilgan, tirmalgan, shilingan joylarga yoki yoriqlar o'miga kimyoviy moddalar xa-deb tushaverishi oqibatida yo'zaga keladi. Ular tashqi ko'rinishi jihatidan o'ziga xos bo'lib, xuddi «qush ko'zini» eslatadi. Teri-ning kasb-korga bog'liq yara-chaqalanishi kislotalar, ishkorlar, karbid va xrom bilan ishlaydiganlarning ko'l barmoqlari, bi-laklari, ba`zan oyoq boldirlarida uchraydi.

Toshko'mir va neft` mahsulotlari bilan o'zoq yillar ishlash oqibatida terida so'galsimon o'simtalar paydo bo'ladi. Ular ba-danning hoxlagan joyida ko'zatiladi, ko'rinishi esa odatdagi so'gal yoki papillomani eslatadi. Ba`zan ular xavfli o'sma-larga aylanib ketishi mumkii, shuning uchun ularni barvaqt aniqlashning ahamiyati juda katta.

Kasb-korga bog'liq allergik dermatozlar ishlab chiqa-rishda allergenning odam terisiga qayta-qayta tushishi va orga-nizm sezuvchanligining oshishi oqibatida paydo bo'ladi. Bunda asab, me`da-ichak sistemasi, endokrin bo'zilishlar, piokokk va zamburugli infeksiyalar allergik holatning kelib chikishiga sharoit tug'diradi.

Allergik dermatozlarda kasallikni ko'zg'atuvchi modda bilan sinama o'tkazilsa, u albatta musbat, boshqa allergen bilan esa manfiy bo'ladi. Qlinik manzarasiga ko'ra allergik dermatit-lar qontakt noallergik dermatozlarga o'xshab ketadi, ammo al-lergik dermatitlar tarkoqligi. ya'ni kimyoviy modda tegmagan joylarga ham toshmalar chiqib ketishi bilan fark qiladi. Al-lergik dermatozlar allergen yo'qotilganda tezda tuzalib, tak-ror duch kelganda yana qo'ziyveradi.

Fizik omillar ta'sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador dermatozlar- Bunday dermatozlar yuqori yoki past harorat, quyosh tig'i, turli mexaniq ta'sirotlar, elektr toki va boshqalar tu-fayli avj oladi. SHuningdek kasallikka og'ir jismoniy zo'riqishlar, yuk tashish, er kovlash, burg'i ishlari, asfal't etqizish va hokazolar ham sabab bo'lishi mumkin.

Ishlab chiqarishdagi sharoitni yaxshilash, barcha og'ir ishlar-ni mexanizasiyalash fizik omillar oqibatida kelib chiqadigan kasb-kor dermatozlarning keskin kamayib ketishiga olib kela-di. Og'ir ishlarni qilib yurmagan kishilarning qo'llarida salga «suvli qadoqlar» paydo bo'ladi. Bu kasb-kor kasalligi bo'lmay, balki mexaniq ta'sirotga organizmning fiziologik himoya reak-siyasidir. Ammo jismoniy zo'rikish ishlarini o'zoq yillar ba-jarish qo'l kaft terisi mugo'z qavatining qalinlashuviga olib keladi va shu odamlarda ma'lum bir kasb-kor belgilariga aylanib qoladi. Ba`zan shu joylar yorilib

ikkilamchi piokokk infeksiyasi tushadi va u yiringli kasallikka sabab bo`ladi, bunda ishchi mehnat qobiliyatini vaqtincha yoki butunlay yo`qoti-shi mumkin.

Stigmalar turli kasb kishilarida har xil, masalan, durad-gor, temirchi, etikdo`z, kolxozchilarda quruq qadoq va mugo`zla-nishlar, qon ichishlari (shaxterlar), o`t qalovchilar terisida to`planib qolgan dog`lar, issiq metall kukuni bilan ishlaydig`an metallsozlarda qo`yishdan qolgan chandiqlar ko`rinishida namoyon bo`ladi.

Bevosita tashqi muhit ta`siri ostida ishlaydiganlarda so-vuq yoki aksincha issiq urish holatlari ko`zatiladi.

Radioaktiv moddalar bilan ishlaganda sanitariya qonun-qoidalariga rioya qilmaslik, shuningdek o`z vaqtida dozimetrik nazorat o`tkazmaslik, atom elektrostansiyalaridagi nosozlik-lar o`tkir yoki surunkali kasalliklariga olib kelishi mumkin.

YUqumli kasalliklarning qo`zg`atuvchilari ta`sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador dermatozlar. Agarda kasallik bevosita biron bir kasbga oid ishni bajarayotganda yuqib qoladigan bo`lsa, unda uni kasbga aloqador kasallik deyiladi. Biz shular-ning ayrimlariga, ya`ni tez-tez, uchraydiganlariga to`xtalib o`tamiz.

Kasbga aloqador bo`lgan terining zamburug`li kasalliklari

— aksariyat zamburug`li kasalliklarga chalingan hayvonlar bi-lan yaqin muloqotda bo`ladigan veterinariya va ferma hodimlari, zootexniklar, molbokarlar, sut sog`uvchilar, shuningdek hammom ishchilari, hayvonlar bilan tajriba o`tkazuvchilarda uchrab, ular ish jarayonida mikrosporiya, trixofi-tiya, favus, epidermofitiya, rubromikoz, kandidoz, aktinomikoz, sporotrixoz kabi kasalliklarni o`zlariga yuqtirib olishlari mumkin. Odatda ular klinik ko`rinishiga qarab kasbga bog`liq bo`lmagan xuddi shunday kasalliklardan deyarli fark qilmaydi.

Erizepeloid yoki cho`chqa saramasi. Qo`zg`atuvchisi cho`chqalarda saramas qo`zg`atadigan basilla. Bu kasallikka asosan uy hayvonlari chalinadi, kasal hayvon bilan yaqin muloqotda bo`ladigan qassoblar, salloxlilar, kushxona xodimlari, qonserva, baliq va parranda korxonasi ishchilari, ish jarayonida o`zlariga kasallikni goqtirib oladilar. Basillalar terining zararlangan joyidan kirib, qisqa muddatli yashirin davridan so`ng` kasallikka xos klinik belgilarni namoyon qiladi. Avvaliga chegarasi aniq shish paydo bo`ladi va shu joylar qizil-ko`kimtir tusli eritemaga aylanib bezillab og`rib turadi. Zararlangan o`choqlarda tugunchalar, pufakchalar yo`zaga keladi. Bemorning bo`gimlari shishib ketadi, og`riydi, limfa tugunlari kattalashadi, harorati ko`tariladi va darmon-sizlanadi, Keyinchalik eritematoz o`chok pushti-ko`kimtir rangga kiradi. Kasallik bir necha kundan bir necha haftagacha cho`zilib surunkali kechishi mumkin. Bemorda doimiy immunitet qolmay-di, u yana kasallikni yuqtirib olishi mumkin.

Sut sog`uvchilarda bo`ladigan tugunchalar — qoramollar (sigir, qo`y, echki) bilan yaqin muloqotda bo`lganlarda uchraydi. Kasallikka veterinariya xodimlari, zootexniklar ham chalinishi mumkin, Qo`zg`atuvchisi qoramol chinchechagi virusi.

3—4 kunlik inkubasion davrdan so`ng` qo`l barmoqlari, bilak, ba`zan yo`z terisida no`xatdek keladigan, yarimsharsimon tugunchalar paydo bo`ladi. Ularning rangi ko`kimtir-pushti, o`rtasi tug`maga o`xshab botiq bo`ladi, asosan giperemiyalangan va shishgan joylarda yo`zaga keladi. Ba`zan tugunchalar o`rtasidan yiringli pufakchalar chikishi mumkin. Kasallik bir necha qaftagacha davom etib, o`zidan keyin giperpigmentli dog` yoki yupqa chandiqli qoldiradi. Sut sog`ishni mexanizatsiyalash natijasida kasallik keskin kamayib ketdi.

Kasbga aloqador kasalliklarni aniqlash usullari, davosi va profilaktikasi. Kasbga aloqador ba`zi dermatozlarni aniqlash uncha qiyin emas, chunki ular faqat ma`lum kasbdagi kishilarda (moyli follikul itlar, kasbkor yara-chaqalar) ko`zatiladi. Undan tashqari bir xil ish bilan band bo`lganlarning bir qanchasi birdaniga kasallanadi. SHunga qaramay, kasb-korga oid dermatozlarni u bilan bog`liq bo`lmagan dermatozlardan ajrata bilish ancha mushkul. Bu erda shuni ta`kidlash joizki, kundalik turmushimizda kir yuvish vositalari, shuningdek lak, elim, bo`yoq, nikel, skipidar kabi ko`pgina maishiy allergenlar-dan ham foydalanamiz, ularni albatta ishlab chiqarish bilan bog`liq bo`lgan allergenlardan farqlay olish kerak.

Ishlab chiqarishda ko`llaniladigan yoki olinadigan moddalarning xizmatchilarga allergik ta`sirini sanitariya-epidemi-ologiya stansiyasi mutaxassislari muntazam o`rganib boradilar, kasallikning klynik manzarasini esa profdermatolog baxo-laydi. Qasb-korga oid kasalliklarning yo`zaga kelishi va ular-

ning klinik ko`rinishi avvalo ishchning xolatiga, ishlab chiqarish sharoitiga, tashqi muhitga hamda teri sezuvchanligiga sabab bo`lgan moddalarning allergenlik xususiyatlariga, eng asosiysi ishchining sanitariya-gigiena malakasiga bog`liq.

Kasallikning kasb-korga moyilligini aniqlash va uning tabiatini baholashda quyidagi ma`lumotlardan foydalanish zarur:

1. Bajariladigan ish sharoiti va ta`sirlovchi modda bilan makroorganizmning yaqinligi. Bemor terisining qaysi joylari ta`sirlovchi moddaga yaqin bo`lishi, bundan avval ham xuddi shu modda bilan muloqotda bo`lgan-bo`lmaganligi; ushbu korxonada xuddi shunday bemorlar yana qayd qilingan yo qilinmaganligini aniqlab olish kerak.

2. Kasallik muddati, ya`ni bemor ishga kirishidan oldin te-risida o`zgarishlar bor-yo`kligi. Boshqa texnologik jarayon yoki yangi kimyoviy moddalar bilan ishlaganida kasallik yo`zaga kel-ganligini aniqlash zarur.

3. Kasallikning klinik kechishi. Aksariyat bemor o`z korxo-nasiga keldi deguncha kasallik qaytalaydi, orada biror muddat ishlamaydigan bo`lsa, darhol to`zaladi yoki axvoli ancha yax-shilanadi. O`zoq vaqt ishlamay qo`ysa bemor tuzalib ketadi. bunday xollarda kasallikning kasbga alokasi borlign tas-diqlanadn. Kasallik hadeganda to`zalavermay (bemor o`zi ish-lab turgan joyida ishlamasa ham), uning o`rniga yangi zararla-nish o`choqlari paydo bo`laversa, demak xastalik kasbga bog`liq bo`lmaydi.

4. Zararlanish o`choqlarining joylashishi, Kasbga bog`lik, dermatozlarda zararlanish o`choqlari asosan terining ochiq joyla-rida uchraydi.

5. Dermatozlarning biron bir kasbga aloqadorligini (shu kasbda ishlatiladigan kimyoviy moddaga nisbatan organizmning sezuvchanligini aniqlash) isbotlash maqsadida teri sinamalari yoki testlari o`tkazildi. Dermatologiya amaliyotida kompress va tomchi sinamasi ko`p qo`llaniladi.

Qompress usuli. Qo`zg`atuvchi moddali eritmaga nam-langani 1,5X1,5 sm kattalikdagi doka to`rtga buklanib bilakning yozuvchi yo`zasiga qo`yiladi va ustidan 4X4 sm kattalikdagi kompress qog`oz yopiladi va boglab qo`yiladi. Snnama bir kun o`tkazib, ikkikungacha kayd qilib boriladi,

Tomchi usuli. Bu usul juda oddiy bo`lib, uni xar qanday sharoitda qo`llash mumkin. Tomchi usulida sinama o`tkazish uchun ishlab chiqarishda keng ishlatiladigan ta`sirlovchi moddalar-ning avvaldan spirtli eritmasi tayyorlab olinadi. Sog`lom teri yo`zasiga (qorin terisiga) bir tomchi eritmadan tomiziladi va atrofi kimyoviy qalam bilan o`rab ko`yiladi. Natija 24—48 soat-dan keyin qayd qilinadi. Reaksiya musbat bo`ladigan bo`lsa, tom-chi tomizilgan joyda birmuncha eritema, shish, bir yoki bir nechta tuguncha yoki pufakchali toshmalar chiqadi. Nospesifik reaksiya-lardan ajratib olish uchun simmetrik ravishda kompress usulida sulemaning 1:1000, formalinning 4,5% li suvdagi eritmasi, tom-chi usulida 2% sulemaning spirtli eritmasidan iborat modda-lar bilan nazorat o`tkaziladi. Allergik reaksiyalarni o`tkazish mutaxassisdan juda katta mas`uliyat talab qiladi. SHu bilan birga teri sinamasining manfiy natija berishi kasallik kasb-ga aloqador ekanligini inkor etish uchun asos bo`la olmandi.

Kasbga aloqador bo`lgan dermatozlarni davolash. Avvalo te-riga tushgan ta`sirlovchi modda yoki allergenlarni darxol ket-kazish hamda terini zararsizlantirish va zararlangan teriga shu moddalarning qayta tushmaslik choralarini ko`rish kerak. Ba`zan shu yordamning o`zi bemorning tuzalib ketishiga sabab bo`ladi. Allergik yoki noallergik kasbga aloqador dermatozlar

ni davolash noprofesional, ya`ni kasbga bog`liq bo`lmagan dermatozlarni davolash bilan deyarli bir xil.

Kasbga aloqador allergik dermatozlar o`tkir boshlangan bo`lsa, antigistamin preparatlar, 30% li natriy tiosul`fat eritmasi yoki 10% li kalsiy xlorid eritmasi 10 ml dan har ku-ni 8—10 kun mobaynida tomirga; muskul lar orasiga esa kalsiy glyuqonat yuboriladi.

Teri yo`zasi pilchirab turganda unga yaxshisi rezorsinning 1% li suvdagi eritmasi yoki kumush nitratning 0,25% li eritmasiga dokani namlab qo`ygan ma`kul ; yallig`lanish shish bilan kechg`ani-da namlash 2% li borat kislotasi bilan qilinadi. Teri ko`chib, mugo`zlanish boshlanganda ixtiol yoki 2—5% li naftolan pasta-si qo`llaniladi. Moyli follikul itlarda zararlangan o`choqlar-ni sovun bilan issiq suvda yuvib, olting`ugurt aralashmasi sur-tiladi. Ichishga vitamin A buyuriladi.

Erizipeloidga chalinganlarga ichishga antibiotiklar tayin-lanadi. Ba`zan muskul lar orasiga 5—7 kun har 4 soatda 600.000—800.000 BR dan penisillin qilinadi, agar davo sul`fanilamid preparatlari bilan

birga olib borilsa yaxshi nati-ja olinadi, Zararlangan teriga sirtidan ul`trabinafsha nur, 20% li ixtiol yoki gioksizon malhami ishlatiladi.

Bu o`rinda shuni ta`kidlash joizki, bemorni davolash davu-mida uni qayta allergen bilan muloqotda bo`lishiga yo`l qo`yilmasa davu eng yuqori natija beradi.

Ishchining mehnat qobiliyatini ekspertiza qilish kasbga aloqador dermatozlarning oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Noallergik qontakt dermatitlar, shuningdek moyli folliku-litlarda bemor vaqtincha boshqa ishga o`tkaziladi yoki kasbi tu-fayli unga 1—2 oy kasallik varaqasi beriladi. Kimyoviy moddalar bilan ishlaydiganlarning, shu moddalarga nisbatan se-zuvchanligi ortib kasallik kuchayib tarqalishga moyil bo`lsa, bemor umuman boshqa ishga o`tkaziladi.

Qasbga aloqador dermatozlarning oldini olishda eng avvalo ishlab chiqarishdagi shart-sharoitlarni sog`lomlashtirish, ta`sirlovchi moddalarni iloji boricha teriga beziyon Boshqa modda-lar bilan almashtirish, shuningdek org`anizmga zararli ta`sir qiladigan omillarni mutlaqo bartaraf etish lozim. Ish joy-larining sanitariya ahvoli doimiy nazoratda bo`lishi, xizmatchilar esa individual ximoya choralari mukammal bnlishlari va maxsus kiyim-kechaklar bilan ta`minlanishlari kerak.

Ishlab chiqarishda terini turli ta`sirotlardan individual himoya qilish uchun 1% brilliant ko`ki, 3—5% yod, 70% li spirt, Novikova eritmasidan, Mikul ich malhamidan foydalaniladi. Terini tozalash maksadida tarkibi rux oksidi (3,5 g), sterin (14 g) va o`simlik moyi (82,5 g) dan iborat sovun-lanolin pastasi ishlatiladi.

Neyrodermatozlar — **badanning qattiq qichishishi** bilan kechadigan bir qancha teri kasalliklarini o`z ichiga oladi. Teri kichishishi, neyrodermitning xar xil turlari, qichima, eshakem va boshqalar shular jumlasidandir.

TERI QICHISHI (PRURITUS CUTANEUS)

Teri kichishishi o`zoq vaqt davom etib, kichish va teri shilinishlari bilan kechadi. Hozirgi vaqtda qichishni qabo`l qiluvchi spesifik reseptorlar haqida aniq fikr yo`k. Ba`zi olimlar og`riqni kabo`l qnluvchi reseptorlar kichishishni ham qabo`l qiladi; qichishish impul`slari nerv tolalari orqali subkortikal va kortikal markazlarga borib, sub`ektiv sezishga aylanadi degan fikrni aytadilar.

Teri kichishishida qon modda almashinuvi, jigar, buyrak, me`da osti bezi kasalliklarida ham uchraydi. SHu sababli dastlab bemorning ichki a`zolarini sinchiklab tekshirish zarur.

Tern kichishishining ob`ektiv belgilari terida birlamchi morfologik elementlar bo`lmasligi va ikkilamchi elementlardan shilinishlar va gemorragik po`stloklar borligi bilan ifodalanadi. Demak, teri qichishishi sub`ektiv sezuvchanlikning bo`zilishi oqibatidir. O`zoq vaqt teri qichiyverishi oqibatida bemorning tirnog`i «yaltiragan» ko`rinshda bo`ladi. Qichishish kunning ikkinchi yarmida yoki kechqurun kuchayadi, ba`zan shu darajada kuchli bo`ladiki, hatto bemorning mehnat kobiliyatiga ta`sir etib, ruxiy tushkunlikka olib keladi. Teri qichishishp o`zoq davom etganda lixenifikasiya avj oladi, bora-bora neyrodermitga aylanishi mumkin.

Teri qichishishining tarqoq yoki cheklangan xillyari ajrati-ladi, cheklangan xili ko`pincha jinsiy a`zolarida (yorg`oq. vul`va va orqa teshik sohasida) ko`zatiladi, bunga — gijja, jinsiy a`zolar yallig`lanishi, vegetonevroz natijasida kelib chikdan mahalliy terlash, endokrin kasalliklar va boshqalar sabab bo`ladi.

Davosi. Birinchi navbatda yukorida keltirilgan etiologik sabablarni o`z vaqtida aniqlab, uni bartaraf etish kerak. Asosan simptomatik davu qilinadi, antigistamin, giposensibilizasiyalovchi dorilar, shuningdek tinchlantiruvchi dorilar—tazepam, elenium, seduksen, aminazin va boshqalar buyuriladi.

Mahalliy davu timol (1—2%), karbol (2%) hamda men-tol eritmalari; tarkibida mentol va anestezin bo`lgan sovutuvchi qorishmalar (boltushka) tavsiya etiladi. Qortikosteroidli malhamlar yaxshi naf beradi.

Neyrodermit-terining surunkali, tez-tez qaytalab turuvchi yallig`lanishi bo`lib, badanning qattiq qichishishi, keyinchalik tugunchali toshmalar — papulalar toshib, teri qalinlashishi, lixenifikasiya avj olishi bilan kechadi. Neyrodermitning kli-nik ko`rinishiga qarab diffo`z (tarqoq) va chegaralangan xillari farq qilinadi. SHu bilan birga neyrodermitning gipertrofik, giperkeratotik, follikul yar, yo`zning diffo`z lixenifikasiyasi kabi atipik shakllari ham mavjud.

Etiologiyasi va patogenezi. Neyrodermitga asosan endogen omillar sabab bo`ladi, nerv sistemasining funksional o`zgarishlari, me`da-ichak yo`li, jigar, endokrin sistemasining kasalliklari, modda almashinuvi faoliyatlarining bo`zilishi neyrodermitning vujudga kelishida katta rol` o`yaydi. Nerv

sistemi tomonidan nevroitik bo'zilishlar: kuchli ko'zg'alish, darmonsizlik, asteniya, emosional o'zgaruvchanlik, uyqusizlik va boshqalar ko'zatiladi. Elektroensefalografiya, pletizmografiya, xronoksimetriya kabi tekshirish usullari markaziy va vegetativ nerv sistemasida funksional o'zgarishlar borligini ko'rsatdi (turg'un ok dermografizm, aniq pilomotor refleksi, termoregulyasiya va ter ajralishning bo'zilishi va b.).

Ba'zan markaziy nerv sistemi faoliyatining bo'zilishi ikkilamchi bo'lishi ham mumkin, ya'ni uyqusizlik va kuchli qichishish natijasida nerv sistemi zo'riqadi va bu neyrodermitning klinik kechishiga salbiy ta'sir etadi.

Nerv sistemasining zo'riqishi (kuchli ko'zg'alish va boshqalar) oqibatida kelib chiqqan «stress» buyrak usti bezi po'stlog'ining faoliyatiga kuchli ta'sir etadi va bunda gormonlar ishlab chiqarishi susayadi yoki butunlay to'xtaydi; organizmning yallig'lanishga qarshi xususiyati susayadi, glyukokortikoidli gormonlarga bo'lgan talabi ortadi.

Demak, bemorlarda kortikosteroidlar miqdorining kamayishi allergik reaksiyaning kuchayishi yoki teridagi patologik jarayonning qaytalanishiga olib keladi.

Yuqorida keltirilganlar nerv va endokrin sistemalar bir-biri bilan chambarchas bog'liqligini ko'rsatadi. Neyrodermit bilan og'riqan bemorlarning ko'pchiligida qalqonsimon bez faoliyatining ortishi yoki susayishi aniqlangan.

Neyrodermit patogeneziida allergik jarayonning ahamiyati quyidagi ma'lumotlarga qarab belg'lanadi:

1. Bemorlarning kasallik tarixi sinchiklab o'rganilganda, ular yoshligida bolalar diatezi bilan og'riqanligi ma'lum bo'ladi; terida pufakchalar, pilchirash va ekzematoz «kuduqlar» boshqa elementlarga (infil'trasiya, lixenifikasiya) nisbatan ko'proq bo'ladi. Bu neyrodermitning eksudativ turiga xos.

2. O'chokli neyrodermitda allergik toshmalarni zararlang'an o'choqdan ancha naridagi sohalarda ham uchratish mumkin.

3. Neyrodermit bilan og'riqan bemorlarning ko'pchiligida dori-darmonlar va oziq-ovqatlarga nisbatan allergiya ko'zatiladi.

4. Neyrodermit ba'zan bronxial astma, vazomotor rinit, eshakem kabi allergik kasalliklar bilan birga uchraydi.

SHunday qilib, neyrodermitning kelib chiqishi va rivojlanishida neyroendokrin bo'zilishlar va allergik reaksiyalar muxim ahamiyat kasb etadi. Turli organ va sistemalardan topilgan patologik o'zgarishlar bir-biriga bog'liq xolda rivojlanishini ko'rsatadi.

Anus atrofida joylashgan chegaralangan neyrodermit patogeneziida yo'g'on ichak va anal teshik yo'li shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi katta rol o'ynaydi. Surunkali gastrit, kolit, enterokolit, gastroenterokolit va proktoanusitlar ich qotishiga olib keladi. Natijada ichakdagi zaharli moddalar so'riladi va organizm autointoksikasiyaga uchraydi.

SHu bilan bir qatorda anus atrofidagi teri yoriqlari, gemorroidal tugunlar, gijjaning bo'lishi cheklangan neyrodermitni keltirib chiqaruvchi etiolog'ik omillar qatoriga kiradi.

Diffo'z (tarqoq) neyrodermit. Diffo'z neyrodermitning klinik ko'rinishida o'tkir bo'lmagan teri eritemasi fonida lixenifikasiya va infil'trasiya kuchli rivojlanadi.

Zararlanish o'chog'lari asosan yo'z, bo'yin, qo'l va oyoq bukul malari, jinsiy a'zolar va sonning ichki yo'zasida bo'ladi. Birlamchi morfologik element tuguncha bo'lib, u normal o'zgarmagan teri yoki och pushti raigida bo'ladi. Bu tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib, infil'tratlangan soxalarni hosil qiladi. Patologik jarayondagi teri kuruq, usti ekskoriaiya va mayda kepakli tangachalar bilan qoplanadi. SHuningdek, tananing tabiiy burmalarida o'zun eriqlar yo'zaga keladi. Terining kuchli qichishi, monomorf toshmalar, nerv sistemi faoliyatining bo'zilishi, oqdermografizm, aniq pilomotor refleksi, neyrodermitga xos belgilardandir. Kuchli qichishish bemor uyqusining bo'zilisiga, nevroitik holatning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bemorlarda gipotoniya, giperpigmentasiya, adinamiya, allergik reaksiyalar, me'da shirasi hamda siydik kam ajralishi, gipoglikemiya, ozib-to'zish, tez toliqish kabi simptomlar namoyon bo'ladi.

Neyrodermitning klinik kechishi ko'pincha falsga bog'liq. Kasallik asosan qishda zo'rayib, yozda klinik remissiya holatida bo'ladi.

Neyrodermit bronxial astma, vazomotor rinit, pichan lixoradkasi va boshqa allergik kasalliklar bilan birga kechishn mumkin.

Ba`zi kuchli ko`zg`atuvchi omillar ta`sirida patologik jara-yonning o`tkir yallig`lanish hollari (vezikul yasiya, pilchirash, qizarish) ko`zatiladi.

Gistopatologiyasi. Terida para va giperkeratoz, akantoz, xujayralar ichida va ular orasida shish, dermadagi keskin kengaymagan k.on tomirlar atrofida esa limfo-gistiositli infil`trat ko`zatiladi.

CHeklangan neyrodermit. Terining ma`lum bir sohasi kuchli kichib bezovta qiladi. Zararlanish o`choqlari bo`yinning orqa yoki yon qismi, jinsiy a`zolar, dumbalar orasidagi burmalar, katta bo`g`imlarning bukuvchi yo`zalarida bo`ladi. Kasallik boshlanishda teridagi o`zgarishlar deyarli sezilmaydi. Qichishish kuchayganida terida mayda tugunchalar paydo bo`lib, ular kattiq konsistensiyali, yo`zasi kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Keyinchalik tugunchalar bir-biri bilan qo`shilib, xiylagina joyni egallashi mumkin. Toshmalar och-pushti, qo`ngir tusda, yassi yumaloq shaklga ega bo`ladi. Teri asta-syoki n qalin tortib zichlashadi (lixenifikasiya) (22- rasm). Kasallik avj olgan davrida lixenifikasiyaga uchragan markaz usti yaltiroq yassi och-pushtirang tugunchalardan iborat o`rta va giperpigmentli peri-ferik qismlari ajralib turadi, o`tkir yalliglangan o`choqlarda shilinishlar ko`zatiladi. Hadeb qashlana berish natijasida chiqqan qon qotib, qora qo`tir bo`lib qoladi, ko`pincha ikkilamchi piodermiya avj oladi. Kasallik o`zoq muddat davom etadi.

Gistopatologiyasi. Parakeratoz, akantoz, dermaning so`rg`ichsimon va to`r qavatlarida infil`trasiya ko`zatiladi.

Davosi. Neyrodermitni davolashda sedativ va psixotrop dorilar qo`llaniladi. Organizmning allergik holatini pasaytirish uchun desensibilizasiyalovchi va antigistamin dorilar (tavegil, zadigen, dimedrol va b.) tavsiya etiladi. Markaziy nerv sistemasi faoliyatini maromga keltirish va nevroitik holatni kamaytirish maksadida uyqu, gipnoz bilan davolash, brom preparatlari, neyroleptiklar (trioksazin, elenium, seduksen, meprotran), gangliobloqatorlar (nanofin, aminozin, geksoniy) va boshqalarni qo`llash yaxshi naf beradi. Vitaminlar (V guruh vitaminlari, A, RR) ishlatiladi. Kasallik og`ir kechganida kortikosteroidli dorilar (prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalar) buyuriladi. Fizioterapevtik vositalardan oltingugurt vodorodi, radon vannalari, ul`trabinafsha nurlar, PUVA-terapiya va boshqalar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar (Sinalar, Lorinden, Flyusinar, Selestoderm, Dermatop va boshqalar) ishlatiladi. CHeklangan neyrodermitda zararlangan o`choqlar atrofiga gidrokortizon, kenolog va boshqa steroid-li gormonlar in`eksiya qilinadi. O`chokli neyrodermitda Bukki nurlarini qo`llash ham yaxshi natija beradi. Kasallikning zo`rayishi va qaytalanishining oldini olish maqsadida sanatoriyalarda (CHortoq, CHimyon) davolanish, surunkali infeksiyalarni bartaraf etish tavsiya etiladi.

Atopik dermatit Atopik dermatit mul`tifaktorial irsiy kasallik bo`lib, bolalar dermatologiyasida keng tarqalgan dermatoz hisoblanadn.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikning kelib chiqishida bemorning yoshligida o`tkazgan kasalliklari: bolalar ekzemasini, diatezn, shuningdek yaqin qarindoshlarida allergik holatlar yoki xastaliklarining (allergik rinit, bronxial astma, ekzema va boshqalar) bor-yo`qligini aniqlash katta ahamiyatga ega. Ko`krak yoshida va ilk bolalik davrida me`da-ichak sistemasi xastaliklari (ovqat hazmining bo`zilishi, fermentopatiya, disbakterioz, vitaminlar va oqsil moddalarining yomon so`rinishi), shuningdek yoshi kattarak bolalarda esa — psixoemosional charchash, stress va boshqalar atopik dermatitga sabab bo`luvchi omillardir. Ba`zi olimlar atopik dermatit neyrodermitning bir ko`rinishi desalar, Boshqalari esa har biri o`zicha mustaqil kasallik degan fikrdalar. Lyoki n bolalikda atopik dermatitni boshidan o`tkazganlarda, keyinchalik neyrodermitga xos klinik ko`rinish namoyon bo`lganligi ko`pchilikka ma`lum.

Klinikasi. Kasallik asosan yo`z (ko`z va og`iz atrofida), bo`yin, tirsak va tizza osti bukul malarida uchraydi. Patologik o`choqlarda eritema - skvamoz, follikul yar papulalar, vezikul yoz, eroziya, po`stloq, tangachalar ko`zga tashlanadi, bu elementlar asosan lixenifikasiyaga uchragan terida joylashadi (23-rasm). SHu bilan birga terining analogik klinik ko`rinishini tananing boshqa sohalarida ham uchratish mumkin. Terining quruq bo`lishi va kuchli qichishishi atopik dermatitga xos bo`lib, ko`pincha asosiy o`choqlar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanadi.

Davosi. Neyrodermit va bolalar ekzemasini davolashga o`xshash. Tajribalarni ko`rsatishicha atopik dermatitni davolashda zaditen yaxshi naf beradi.

QICHIMA (PRURIGO) Qichima kasalligining bir necha xili ma'lum: bolalar qichimasi (prurigo infantum), kattalar qichimasi (prurigo adultorum), tugunli qichima (prurigo nodularis), Gebra qichimasi (prurigo Negae).

Bolalar qichimasi. Bu kasallikni birinchi Wikkan va Bateman o'rganishib, uni strofilyus deb ataganlar. Kasallik 6 oylikdan 3—4 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Patologik jarayon hadeganda to'zalavermasa, bolalar qichimasi Gebraning klassik qichimasiga aylanishi mumkin. Ko'pchilik olimlar bolalar qichimasini bolalar eshaki deb ham ataydilar.

Etiologiyasi. Bolalar qichimasini keltirib chiqaruvchi omillar bolalar ekzemasidagi omillardan farq qilmaydi. Bolalar qichimasi ko'proq eksudativ diatez bilan og'riydigan bolalarda (ba'zan, bolalikda toshgan eshakem keyinchalik qichimaga aylanadi) ko'zatiladi. Gijjalar borligi, noto'g'ri ovqatlanish yoki bolani sun'iy sut mahsulotlari bilan bokish, ba'zi ovqat moddalari (tuxum, shokolad) ni ko'tara olmaslik tufayli ovqat hazmining bo'zilishi kasallikka sabab bo'ladi.

Klinikasi. Dastlab terida qavarchiqlar hosil bo'ladi. Talaygina qavarchiqlarning qoq o'rtasida kattaligi to'g'nog'neh boshidek keladigan, berch, juda qichishib turadigan tugunchalar paydo bo'ladi. Tugunchalar yo'zida pufakchalar vujudga keladi. Tugunchalar och qizil, mayda, qonussimon, qattiq konsistensiyali bo'ladi. Qavarchiqlar odatda tez yo'qolib ketadi, tugunchalar esa o'zoqroq saqlanib turadi. Toshmalar qo'l va oeqlarning yoziluvchi yo'zalarida, dumbada paydo bo'ladi.

Badanning qattiq qichishib turishi bolalarning uyqusi bilan ishtahasini bo'zadi, ular injiq bo'lib qoladi. Badan terisining qashlanib tiralishi oqibatida ikkilamchi piodermiya qo'shilishi mumkin, Bunda kasallik surunkali davom etadi. Vaqtida davo qilinmaydigan bo'lsa, u kattalar qichimasiga yoki diffo'z neyrodermitga aylanib ketishi mumkin.

Gistopatologiyasi. Kasallik boshlanishida teridagi o'zgarishlar eshakemdagi o'zgarishlardan deyarli farq qilmaydi. Keyinchalik dermoepidermal tuguncha hosil bo'ladi, uni serozli papula deb ham ataladi. Qon tomirlar atrofidagi infil'tratda limfosit, gistiosit va eozinofillar bo'ladi; papillomatoz, spontioz va epidermis ichida pufakchalar hosil bo'lishi ko'zatiladi.

Davosi. Davolash asosini parhez bilan davolash tashqil qiladi; tuxum, asal, shokolad, qonfet, sho'r va qovurilgan ovqatlar berilmaydi. Ovqat asosan sabzavot (sabzi, qaram, no'xat) va mevalardan iborat bo'lishi kerak. Sut mahsulotlari: asidofi-lin, kefir tavsiya etiladi. Ovqatda yog', uglevodlar miqdori kam, vitaminlar (A, V, S) esa ko'p bo'lishi zarur.

Kasallikni gozaga keltiruvchi omillardan biri bo'lgan gij-jani va surunkali infeksiya o'choqlarini yo'qotish lozim.

Bemorlardagi o'ta sezuvchanlik holatini kamaytirish maqsadida antigistamin va neyroleptik dorilarni qo'llash maqsadga muvofiq, Kasallik og'irroq kechganida kortikosteroid dorilar buyuriladi. Mahalliy davo sifatida, 1% li dimedrol, anestezin va kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi. Kasallik asorat bersa, u xolda anilin bo'eqlar eritmasi, tarkibida antibiotik bo'lgan malhamlar surtiladi.

Kattalar qichimasi. Qo'l va oyoqlarning yoziluvchi yo'zalari, bel, qorin, dumba soha terisi kichishib tugunchali toshmalar toshadi. Papulalar ternda sochilgan holda joylashib, ularning ko'pchiligi qonab qotib qolgan po'stlar bilan qoplanib turadi tugunchalar qattiq qichishadi, ular yo'qolib ketganidan keyin ba'zan chandiqliklar qoladi. Teridagi ba'zi element-lar ko'pchib qavarchiqqa o'xshab ketadi. Ko'pincha kasallik ikkilamchi infeksiya bilan murakkablashadi. Qichimada ham neyrodermitdagidek bemorlarning umumiy ahvoli o'zgarib asabiy holat vujudga keladi. Kasallik surunkali kechadi.

Davolash neyrodermitni davolashga o'xshash.

Tugunli qichima. Bu kasallikni birinchi marta Hardaway 1880 yili ta'riflagan.

Etiologiya va patogenezi noma'lum. Ba'zi olimlar kasallikning kelib chiqishiga jinsiy bezlar faoliyatining bo'zilishi sabab bo'ladi desalar, boshqalari tugunli qichima patogenezida organizmning intoksikasiyasi muxim rol' o'ynaydi degan fikrdalar. Lyoki n, nerv va me'da-ichak sistemasi faoliyatining bo'zilishi ham shu kasallikning kelib chiqishi va rivojlanishiga ta'sir etadi. Hasharotlar (chivin va burga, qandala)ning chaqishi ham kasallikka sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Kattaligi 7—13 mm keladigan yarimsharsimon qattiq tugunlar va tugunchalar toshadi; tugunlar yong'okdek yoki undan ham katta bo'lishi mumkin. Kasallik kuchli kichishish bilan kechadi. Ba'zan toshmalar o'z xolicha yoki bir-biri bilan ko'shib, hiylagina joyni egallashi va gipertrofiyaga uchrashi ko'zatiladi. Tugunlar gipertrofiyalanishi yoki o'zoq vaqtgacha saqlanib qolishi ham mumkin.

Gistopatologiyasi. Asosan mugo'z, ba'zan esa donador qavatning qalinlashuvi, dermada aniq akantoz, to'rsimon qavatda limfosit, fibroblast, gistiositlardan iborat infil'trasiya ko'zatiladi. Infil'trat markazida kollagen va elastik tolalar yo'qligi, nerv tolasining giperplaziyasi, shvan qobi-g'ining qalinlashgani yaqqol ko'rinib turadi.

Davosi. Tugunlar yoniga va ostiga steroidli eritmalar, metilen ko'kning 25% va novokainning 1—2% li eritmasi yuboriladi. Tugunlarni yo'qotish maqsadida suyuq azot, karbonat kislota, diatermokoagulyantlar ishlatiladi; desensibilizasiyalovchi va antigistamin dorilar buyuriladi. Mahalliy davo kortikosteroidli yoki so'riltiruvchi (naftalan, ixtiol, DAS) malhamlarni qo'yishdan iborat.

Eshakem (URTICARIA)

Eshakem — allergik kasallik bo'lib, terida, ba'zan shilliq qavatlarda qavarchiqlar paydo bo'lishi va qattiq qichishishn bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi va patogenez. Kasallik asosida organizmning turli ta'sirotlarga o'ta sezuvchan bo'lib qolishi yotadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen {kimeviy, mexaniq, fizik, dori-darmonlar, oziq-ovqatlar) va endogen (ichki organlar patologiyasi — me'da-ichak, jigar, nerv sistemasi ishlash faoliyatlarining bo'zilis) bo'lishi mumkin. Endogen va ekzogen omillar ta'sirida organizmda gistamin, serotonin va boshqa biologik aktiv moddalar miqdori ortadi, natijada bu moddalar kapillyarlarni kengaytirib, ularning o'tkazuvchanlik xususiyatini oshiradi va dermaning so'rg'ich qavatida o'tkir shish holatini vujudga keltiradn. Gistamin va boshqa bioaktiv moddalar asosan bazofil hujayralarda joylashib, ular proteaz fermentlar aktivligi oshganda hujayralardan ajralib chiqadi. Proteaza fermentining aktivligi antitelo-antigen reaksiyasi natijasida oshadi.

Klinikasi. Klinik kechishiga ko'ra eshakemning o'tkir, surunkaln residiv (qaytalab turuvchi) va turg'un tugunchali xillari farq qilinadi.

O'tkir eshakem birdan bemor terisga qavarchiqlar toshishi va kuchli qichish bilan boshlanadi. Qavarchiqlar teri damidan ko'tarilib turadi va pushti-qizil rangda, shakli yumaloq yoki cho'zinchoq bo'lishn mumkin, ba'zan ular bir-biri bilan qo'shib xar xil shaklga kiradi (25-rasm). Bunda bemorning umumiy ahvoli o'zgaradi, tana harorati ko'tariladi, darmonsizlik, me'da-ichak faoliyatining bo'zilis, «eshakemli lixoradka» ko'zatiladi. Eshakem badanning turli qismnga toshishi mumkin. Toshmalar ko'pincha hiqildok, halqum va boshqa soha shillnq qavatlarida ham paydo bo'lishi mumkin, bunda shu joylar shishib, nafas olish va yutish kiyinlashadi. Bir necha soatdan keyin eshyakem batamom yo'qoladi, ba'zan qaytalanib turadi.

Kvinkning o'tkir chegaralangan shishi (angionevrotik shsh) — o'tkir eshakemning bnr xili bo'lnb, terida (yoki shilliq qavatda), teri osti kletchatkasida yoki jinsiy a'zolarida chegaralangan shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Teri dag'al, elastik, oqish yoki pushti rangda bo'ladi. Bemorlar qichishishga shikoyat qilmasliklari ham mumkin. Bu ko'pincha oddiy eshakem bilan birga kechadi. Kvinkning chegaralangan shishn xavfliroq bo'lib, uning xiqildokdagi toshmalari stenoz yoki asfik-siyaga sabab bo'lishi mumkin.

Surunkali qaytalanib turuvchi eshakemda toshmalar soni ko'p bo'lmaydi. lyoki n ular bir necha oy yoki yillab davom etadi. Eshakemning bu turi surunkali ninfeksion o'choklar (tonzillit, xolesnstit va bop qalar) tufayli vujudga keladi. Toshmalar toshganda bemorshshg umumiy axvoli o'zgaradi, bosh og'rngi, ko'ngil aynash, qusish va diarreya holatlari, shuningdek qonda eozinofiliya va trombositopeniya ko'zatilddi.

Turg'un tugunchali eshakem bemor terisidagi qavar-chnqli toshmalarning o'zoq turishi va papulalarga anlanishi oqibatida vujudga keladi. Bunda teridagi chegaralangan shish o'rnini asta-syoki n limfositlardan iborat infil'trat egallaydi va giperkeratoz, akantoz jarayoni ko'zatiladi. Toshmalar asosan qo'l va oyoqnnng yozuvchi soxalariga toshib, qizgish-qo'ngir rangda bo'ladn.

Quyosh (oftob) ta'sirida vujudga keladigan e sh a k e m — fotodermatozlar gurg'iga mansub bo'lib, asosan jigar xastalign va porfirin modda almashinuvi bo'znlgan hamda quyosh nuriga nisbatan o'ta sezuvchan kishilarda uchraydi. Kasallik bahor va yoz oylarida ko'zib, badaniing quyosh nuri tushib turadigan ochiq joylarida (yo'z, qo'l, bo'yin) uchraydi. Toshma elementlari oddiy eshakemdagi elementlardai fark qilmaydi.

Gistopatologiyasi. O'tkir yalliglanish jarayoni bilan ifodalanadi. Epidermisda hujayralar orasida shish, dermaning so'rg'ich qavatida esa — seroz suyuqlikning to'planishi, birikti-ruvchi to'qimaning mo'rtlashuvi, tomirlar atrofida eozinofil, limfosit va gistiositlardan iborat infil'trat ko'zatiladi.

Diagnozi. Eshakemni aniqlash qiyin emas. Kasallikni strofilyus, hasharotlar chaqishidan kelib chiqqan dermatitlar, hamda Dgoringning gerpetiform dermatitidan farqlay bilish lozim.

Davosi. Birinchi galda kasallikni keltirib chiqqan omillarni (me`da-ichak va asab sistemasi patologiyasi, surunkali infeksiya o`choklari va boshqalar) aniqlash va ularni bartaraf etish zarur, Giposensibilizatsiyalovchi, antigistamin va tinchlantiruvchi dorilar tavsiya etiladi og`irroq hollarda steroidli preparatlar ichish buyuriladi. O`tkir eshakemda surgi, tozalovchi xuqna qilish, siydik haydovchi dorilar (furosemid, laziks va Boshqalar) berish maqsadga muvofiq.

Mahalliy davo sifatida suv va qo`rg`oshinli pasta, chayqatmalar, gormonal malham va kremlar ishlatiladi. Bemorlarga parhez qilish tavsiya etiladi.

Psoriaz –surunkali qaytalanuvchi kasallik bo`lib, uning asosida proliferatsiya jarayonlarining kuchayishi va epidermis xujayralari differensirofkasi (rivojlanishi) bo`zilishi yotadi. Bu kasallik yillab davom etadi hamda residiv (qaytalanishi) va remissiyasi bilan almashinib turadi.

Epidemiologiyasi:

psoriaz bilan er shari aholisining 2 % kasallanadi. Adabiyotlarga qaraganda psoriaz G`arbiy Evropa va Skandinaviyada keng tarqalgan. Masalan Daniyada -2,9 % , Buyuk Britaniyada 2,0 %, Norvegiyada 4,8%, Xitoy va Gonqongda 0,37 % ni tashqil qiladi. Erkaklar va ayollar bu kasallik bilan bir xil kasallanadilar. Psoriaz ko`pincha 20-40 yoshdagilarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi.

Psoriaz kasalligining kelib chiqishida bir necha nazariyalar bor: irsiy, immunologik, neyrogen, endokrin, moddalar almashinuvining bo`zilishi (uglevodlar, oqsillar, yog`lar, siklik nukleotidlar, keylonlar va b.q.) nazariyalari .

- Irsiy nazariya. Psoriaz kasalligining qarindoshlar orasida irsiyatda ko`proq uchrashi aniqlangan. SHunga qarab psoriaz ikki xil tipga bo`linadi: 1- tipi psoriaz kasalligi bilan kasallanganlarning oilalarida, qarindoshlarida uchrab 18-25 yoshdan boshlanadi. Bu tipi 65 % ni tashqil qilib, kasallik og`irroq kechadi.2-tipi psoriaz 50-60 yoshlarda uchrab nisbatan engilroq o`tadi va oilaviy holatlar aniqlanmaydi. Bunday taxlillar shuni ko`rsatadiki, psoriaz mul`tifaktorial kasallik bo`lib, genetik ulushi 60-70 %ni tashqil qiladi. Psoriaz rivojlanishida har xil genlar yakka yoki birgalikda ishtirok qiladi. Psoriaz bilan kasallangan bemorlarda yog`, uglevod almashinuvining bo`zilishlari va terisida proteoglikogenlar (mys, fos, abl) miqdorining oshganligi aniqlangan.

- Immunologik nazariya. Immun sistemasining bo`zilishi psoriaz patogenezida asosiy rol` o`ynaydi. Bunda T- limfositlarning oshishi, proliferatsiya va epidermis xujayralari differensirovkasi ikkilamchi jarayon hisoblanadi. Birinchi o`zgarishlar derma va epidermisda bo`lib o`tadi. Dermadagi yallig`lanish jarayoni epidermis xujayralar bo`linishi bo`zilishiga olib keladi, bu xolat proliferatsiyani kuchayishi bilan namoyon bo`ladi. Giperproliferatsiya keratinositlarning sitokinlar va eykzanoidlarning sekresiyasiga olib keladi. Bu esa psoriatik o`choqda yallig`lanishni qo`zg`atadi. Jarohatlangan o`choqlarda xujayralar interleykin -1 (IL-) ishlab chiqaradi natijada T- limfositlarni (xelperlarni) aktivlashtiradi. Bu faktor (IL-1) keratinositlar tomonidan ishlab chiqariladi va timus limfositlarini faollashtiradi.

IL-1 epidermisda T- limfositlar infil`tratsiyasiga olib keladi. T- limfositlar interleykin va interferon ishlab chiqaradi. Bo`lar esa epidermis keratinositlari giperproliferatsiyasi kuchayishiga olib keladi.

Keratinositlar proliferatsiyasi bo`ziladi va normadan 28 marta ko`p keratinositlar hosil bo`lish jarayoni ortadi. T- limfositlarni kasal odamdan olib, sichqonlar terisiga yuborilganda eksperimental psoriaz paydo qilingan.

Trigger faktorlarga stresslar, fizik travmalar, dorilar, infeksiyon kasalliklar, gipokal`simiya, alkogol`, klimat va boshqalar kiradi.

Klinikasi. Psoriaz bemorlarda har xil klinik ko`rinishlarda boshlanadi. Birlamchi toshmasi keskin chegaralangan, aylana shaklli kattaligi to`g`nog`ich boshi kattalikdagi pushti rang dog` ko`rinishida namoyon bo`ladi.

M.S. Pil`kov psoriatik toshmaning pushti (qizg`ish) rangda bo`lishiga e`tibor bergan. (Pil`kov simptomi) toshmalar rangi yorqin- pushti (qizg`ish) rangdan toki yorqin-qizil rangacha bo`lishi mumkin. YO`zaki kizg`ish dog` paydo bo`lishidan boshlab ustida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan bo`ladi. Ba`zi holatlarda birlamchi element boshlanishidanoq paypaslab ko`rilganda tuguncha ko`rinishida namoyon bo`ladi. Bunday hollarda tangachalarni olib tashlansa, bu ko`rinish

yo`qoladi. Toshmalar o`lchami asta-syoki n kattalashib boradi, infil`trasiya kuchayadi. Tangachalar kattalashib ko`payib tuguncha ko`rinishidagi monomorf toshmalar paydo bo`ladi. Toshmalarning periferik o`shishi yoki bir –biriga qo`shilishidan katta o`lchamli har xil shaklli pilakchalar paydo bo`ladi. Asosiy dastlabki joylashish joyi qo`l- oyoqlarning yozuvchi yo`zalari. Asosan, tirsak, tizza, boshning sochli qismi, teri burmalari va tana sohalorida joylashadi. Ba`zi bemorlarda psoriatik toshmalar yozuvchi va bukuvchi sohalarda ham joylashishi mumkin. Bunga qaytuvchi psoriaz (rsoriasis inversa) deb ataladi. Psoriaz diagnostikasida o`ziga xos uchta simptom (psoriatik triada) va Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi xarakterli. Psoriatik triada papulani tirnash yo`li bilan yo`zaga keladi, u uchta fenomendan iborat.

1) oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yog`i fenomeni), 2) tangachalar olib tashlangandan so`ng nam yaltiragan yo`za hosil bo`lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni), 3) tirnash davom ettirilsa qonli nuqtalar yo`zaga kelishi (Auspits yoki qonli shudring fenomeni) ko`zatiladi. Bu fenomenlar patogistologik o`zgarishlar (parakeratoz, akantoz, papillamatoz) natijasida kelib chiqadi. Psoriazning klinik kechishida 3 ta davr tafovut qilinadi.

1. Progressiv davri: bunda yangi toshmalar paydo bo`lib badanning qichishib turishi, eski elementlarning kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, ya`ni yallig`lanish gultojsi, Kyobner fenomeni va psoriatik triada paydo bo`lishi bilan belgilanadi.

2. Stasionar davri: yangi toshmalar toshishi, gultoqli yallig`lanishning periferiyaga qarab o`shishi to`xtaydi. .

3. Regressiv davri: toshmalarning so`nish davri. Papulalar atrofida depigmentli gultoqi paydo bo`ladi (Voronovning psevdatrofiya gultojsi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan so`rila boshlaydi. Elementlar so`rilgandan so`ng ko`pincha depigmentli, ba`zan giperpigmentli dog`lar qoladi. Psoriaz uchun Kyobner izomorf reaksiyasi xos, ya`ni jarohat olgan yoki tirnalgan sohalarda 10-14 kun yoki undan kechroq psoriaz uchun xos papulalar paydo bo`ladi. Psoriazda shilliq pardalar kam jarohatlanadi. Asosan pustulyoz va og`ir artropatik turida uchraydi. Tirnoqlarning (ko`proq qo`l, ba`zan oyoq) zararlanishi psoriaz simptomlaridan biri hisoblanadi. Bunga “angishvona” simptomi deyiladi. Bundan tashqari chiziqli va ko`ndalang chiziqli zararlanish ham ko`zatilishi mumkin. Tirnoqlar rangi xiralashishi, tirnoq plastinkalari deformasiyasi, erkin qismi sinishlari, onixolizis yoki onixog`rifozi ko`zatilishi mumkin. Tirnoqlar zararlanishi ko`proq artropatik, pustulyoz va psoriaz eritrodermiyalarida uchraydi. Tirnoqlar zararlanishi hamma vaqt ham kasallik og`irlik darajasini ifodalamaydi. YA`ni onixodistrofiya chegaralangan psoriaz turlarida ham uchrashi mumkin. Psoriazda tirnoqlar zararlanishini boshqa dermatozlar bilan qiyosiy tashxislash kerak.

Psoriazda sub`ektiv belgilaridan bemorlar jarohat sohasidagi qichishga ayniqsa boshning sochli qismida joylashgan bo`lsa, artropatik turida esa bo`g`imlardagi og`riqqa shikoyat qiladi.

Psoriazning quyidagi klinik ko`rinishlari tafovut qilinadi:

- 1) vul`gar (oddiy) psoriaz
- 2) ekssudativ psoriaz
- 3) seboreyali psoriaz
- 4) artropatik psoriaz
- 5) psoriaz eritrodermiyasi
- 6) pustulyoz psoriaz
- 7) qo`l kafti va tovon psoriazi.
- 8) intertriginoz psoriaz

Ekssudativ psoriaz. Oddiy psoriazdan ekssudativ jarayonlar ustunligi bilan ajralib turadi, natijada psoriatik toshmalar yo`zasida tangacha va po`stchalar sarg`ish rangda bo`ladi. Po`stchalarni olib tashlanganda qon aralash suvchiragan yo`za chiqadi.

Seboreyali psoriaz. Asosan boshning sochli qismi va seboreyali sohalarda joylashib o`ziga xos klinik ko`rinishga ega. Jarayon o`zoq vaqt chegaralangan ko`rinishda kechadi va yallig`lanish kuchsiz bo`lgan kepaklanish ko`rinishida bo`ladi. Bunday holatlarda agar psoriazga xos toshmalar terining boshqa sohalorida bo`lmasa hamda irsiyatida bo`lmasa tashxis qo`yish qiyin bo`ladi. Bundan tashqari yo`zda, ko`krak sohasida chegarasi aniq ustida qat-qat tangacha bilan qoplangan papula yoki pilakchalar aniqlanadi. Psoriatik uchlik belgisi vul`garga nisbatan kuchsiz ifodalangan.

Artropatik psoriaz. Kasallikning og'ir formalaridan bo'lib, ko'pincha bemorni nogironlikka ba'zan kaxeaksiyadan o'limga olib kelishi mumkin. Psoriazda bo'g'imlarning shikastlanishi jarayonning sistemali kechayotganligidan dalolat beradi. Bu turi ko'proq erkaklarda uchraydi. Kasallikning boshlanishi har xil. Bo'g'imlarning zararlanishi ba'zida chegaralangan uchrasa, ba'zan teri ko'rinishlari bilan birga uchraydi. Suyak bo'g'imlardagi rengenologik o'zgarishlar: bo'g'im atrofi osteoporoz, bo'g'im yoriqlari torayishi, ostiofitlar, suyak to'qimasi kistozi, suyaklar eroziyasi, oligoartritlar, psoriatik spondilit, psoriatik sakroilitlar ko'zatiladi. Bemorlar bo'g'imlardagi kuchli og'riqlarga shikoyat qiladi. Zararlangan bo'g'im kasallikning 1- davrida qizarib shishgan bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tarilib ishtaha pasayadi, oshqozon-ichak trakti faoliyati bo'ziladi. Bu belgilar asta-syoki n yo'qolib, jarayon o'tkir osti va keyin surunkaliga o'tadi. Vaqt o'tishi bilan bo'g'imlar deformasiyasiga va anqilozga olib keladi.

Psoriatik eritrodermiya. Psoriaz asorati sifatida, hamda chala davolanish, malhamlarni, UBN, insolyasiyani noto'g'ri qo'llash oqibatida rivojlanadi. Eritrodermiya asta-syoki n butun teri qoplamlarini egallab boradi. Bunda teri och-qizil rangga kirib usti yiringlaydi, quruq, oq tangachalar bilan qoplanadi. Bemor echingan mahalida undan oq kumushrang tangachalar ko'p miqdorda tushadi. YO'z terisi, quloq supralari, boshning sochli qismi xuddi un sepib qo'yganday ko'rinadi. Terisi infil'trasiyalangan, shishgan, paypaslaganda harorat va biroz dag'allashgan bo'ladi. Bemorlar teri qichishidan, teri tortilishi, achishidan shikoyat qiladi. Ba'zi teri sohalarida tipik psoriatik papula va pilakchalar uchraydi. Eritrodermiya psoriaz kechishini yomonlashtiradi. Bemorning umumiy ahvoli bo'zilgan, tana harorati 38-39S°gacha ko'tariladi, limfa tugunlari ayniqsa son va chov limfa tugunlari kattalashadi.

Pustulyoz psoriazning 2 ta ko'rinishi bor: generalizasiyalashgan pustulyoz psoriaz (Jumbush) va chegaralangan kaft-tovon pustulyozi (Barber). Generalizasiyalashgan formasi og'ir kechadi. Harorat ko'tarilishi, holsizlik, leykositoz ECHT oshishi bilan kechadi. Eritema fonida pilakchalar zonasi va o'zgarmagan teri sohalarida mayda papulalar paydo bo'ladi, bu holat og'riq va achishish bilan kechadi. Pustulyoz kaft-tovon psoriazi ko'p uchraydi, toshmalar simmetrik joylashadi. Pustulalar epidermis ichida paydo bo'lib, gipermiyalangan teri fonida infil'trasiya va lixenifikasiya ko'zatiladi.

Qo'l kafti va tovon psoriazi. Psoriazning bu turi fizik mehnat bilan shug'ullanuvchi 30-50 yoshdagi shaxslarda uchraydi. Klinik quyidagi turlari tafovut qilinadi: lentikul yar, aylana, shoxsimon, qadoqli. Terining boshqa sohalarida tipik psoriatik toshmalar uchraydi. Terminal parda va nuqtali qonli shudring fenomenlari qiyinchilik bilan aniqlanadi.

Intertriginoz psoriaz. Burmalar psoriazi ko'pincha bolalar va keksa yoshlarda, ayniqsa qandli diabet kasali borlarda uchraydi. Jarayon ko'pincha qo'ltiq ostida, sut bezlari ostida, kindik atrofi, oraliq sohada uchraydi. Kepaklanish bilinar bilinmas yoki yo'q, zararlangan o'choqlar aniq chegaralangan, yo'zasi silliq, qizg'ish rangda, ba'zan biroz ho'l bo'ladi. Burmalarda ba'zan yoriqlar paydo bo'ladi.

Qiyosiy tashxisi

Psoriazni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin.

1. parapsoriaz.
2. zaxm papulalari bilan
3. qizil yassi temiratki
4. psoriatik eritrodermiya
5. zamburug'li mikozning eritrodermik turi bilan
6. qizil sochli temiratki
7. revmatoidli artrit
8. Reyter kasalligi bilan

Psoriazni tomchisimon parapsoriaz bilan qiyosiy tashxislash.

Psoriazda epidermal papulalar har xil kattalikda bo'lib usti oq kumushsimon tangachalar bilan qoplanadi. Psoriaz uchun "psoriatik uchlik" belgisi xos. Toshmalar ko'pincha qo'l- oyoqlarning yozuvchi yo'zalaridan boshlanib boshning sochli qismi yo'z va tanada joylashadi.

Parapsoriazda toshmalar ko'pincha tananing ikkala yonbosh sohalarida joylashadi, yo'z va boshda uchramaydi. Kepaklanish ko'zga tashlanmaydi, ya'ni papulalar bilinar-bilinmas nozik tangacha bilan qoplangan bo'lib, o'rtasi zich yopishgan chetlari biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Kepaklanish tinalgandagina ko'zga tashlanadi (yashirin kepaklanish simptomi). Tangachalar psoriazga o'xshab

oson ajralmaydi, rangi ham sarg'ish- oqish bo'ladi. Stearin dog'i va terminal parda fenomenlari ko'zatilmaydi, nuqtali qonli shudring fenomeni biroz ko'zatiladi. Toshmalar bir biri bilan qo'shilmaydi va bemorlarda teri qichishi ko'zatilmaydi. Parapsoriazda polimorfizm ko'zatiladi va o'zoq residivlanuvchi kasallik xisoblanadi.

Ikkilamchi papulyoz zaxmdan farqli tomonlari. Psoriazda toshmalar rangi yorqinroq bo'lib, epiderma-dermal papulalar ko'zatiladi. Ikkilamchi zaxm papulalari esa kuchsiz pushti rangda va dermal papulalar paydo bo'ladi. Psoriaz papulalarida ko'plab kepaklanish ko'zatiladi, periferiyaga o'sib borib bir-biri bilan qo'shiladi va pilakchalarni hosil qiladi. "Psoriatik uchlik" fenomeni ko'zatiladi. Zaxmdagi serologik reaksiyalar manfiy bo'ladi.

Qizil yassi temiratkidan farqli tomonlari psoriazda toshmalar yozuvchi yo'zalarda joylashadi rangi pushti qizil rangda bo'ladi. Kepaklanish ko'p, shilliq pardalar kamdan-kam holatda zararlanadi. Qizil yassi temiratkida toshmalar bukuvchi yo'zalarda joylashadi, rangi binafsharang bo'ladi. Papulalar o'rtasida kindiksimon botiqlik bor, Uikxem belgisi musbat bo'ladi, ko'pincha shilliq pardalar ya'ni og'iz shilliq pardalari zararlanishi bilan kechadi, kuchli intensiv teri qichishi ko'zatiladi.

Psoriaz barmoqlar orasida tovon sohalarida joylashganda kandidozlardan rubromikoz va chov epidermafitiyasidan qiyosiy tashxislash kerak. Yirik burmalar sohasi kandidozi o'tkir kechadi. Terining yo'za qismlari ko'proq jarohatlanib chegarasini aniqlash qiyin, suvchirash kuchli ifodalangan, epidermis qoldiqlari jarohat chetlaridan osilib turadi. SHu jaroxatga yaqin teri sohalaridan dog'simon-vezikul yoz ko'rinishdagi ko'plab mayda o'choqlarni aniqlash mumkin. Rubromikozdan farqi: psoriaz oyoq panchalarida uchraganda oyoq tirnoqlari kam zararlanadi, tirnoqlarda "angishvona" belgisi ko'zatiladi. "Psoriatik uchlik" fenomeni musbat va jarohat soxasidan rubromikozga o'xshash zamburug'lar topilmaydi. Oyoq panjalari sohasi rubromikozida kepaklanish judayam mayda unsimon ko'rinishida bo'lib, tirnoqlar sarg'ish, xira rangga kirgan, qalinlashgan, ko'pincha tirnoq plastinkalari uvalashib atrofiya holati ko'zatiladi va o'choqdan zamburug' aniqlanadi.

Gistopatologiyasi:

Psoriazda patognomik belgilarning yo'zaga kelishida keratinizasiya jarayonining bo'zilishi yotadi, ya'ni normal mugo'zlanishga nisbatan keratinizasiya jarayoni 27 marta oshib ketadi. Epidermisda parakeratoz, akantoz, xujayralar ichida shish, xujayralar orasida dermadan kelgan neyetrofillarning yig'ilishi (Munro mikroabssessi) ko'zatiladi. Tuguncha ustidagi mugo'z qavat qalinlashadi, u asosan tayoqchasimon yadroga ega bo'lgan parakeratotik xujayralardan iborat bo'ladi. Mugo'z qavati xujayralari orasida juda ko'p tirqishlar bo'lib, ular havo bilan to'lganligi sababli tangachalar kumushsimon ko'rinishga ega bo'ladi. Eski toshmalarda parakeratozga nisbatan giperkeratoz ko'proq shakllanadi. Donador qavat yo'qolishi yoki bir qavatli xujayralardan iborat bo'lishi mumkin. Dermada papillamatoz ko'zatiladi. So'rg'ichsimon qavatning kapillyarlari kengayib qon bilan to'lganligi yaqqol ko'zga tashlanadi. So'rg'ichsimon qavatda va uning ostida limfosit, gistiositlardan iborat yallig'lanish infiltrati bo'ladi.

Davolash:

Psoriaz kasalligini davolash asosan, yallig'lanishga qarshi, epiteliositlar giperproliferasiyasiga qarshi va ular normalizatsiyasi differensirovkasiga qaratilgan bo'lishi kerak. Psoriazni dvolashda hozirgi paytda ko'pgina usullar bor, har qaysi davolash usulni tavsiya qilishdan oldin bemorga individual yondoshmoq lozim. Bunda bemorning jinsi, yoshi, kasbi, kasallikning klinik shakllari, davrlari, mavsumiyligi, jarayonning tarqalganligi, qo'shib kelgan yoki boshidan o'tkazgan kasalliklari, oldingi olgan davo kurslari hisobga olinishi kerak. Bemorning psixologik holati ham katta ahamiyatga ega. Bemorlar bilan suhbatda unga bu kasalik haqida tushuntirish, davolashda erishilgan yutuqlar haqida aytish kerak.

Bemorga o'z vaqtida davolanish va vrach ko'rsatmalariga amal qilish kerakligi haqida aytish, shu bilan kasallikni o'zoq vaqt remissiyaga erishish mumkinligi haqida tushuntirish kerak.

Kasallikning klinik formasi va davrlariga qaramay psoriaz bilan og'rigan bemorlar parhezga va teri parvarishiga rioya qilishi kerak. Bunday bemorlar alkogol ichimliklari ichmasligi o'tkir va yog'li ovqat mahsulotlarini iste'mol qilmasligi kerak. Bundan tashqari tez hazm bo'ladigan uglevodlarni (qand, asal, murabbo) cheklash kerak. Bo'lar o'rniga oqsilga boy sut mahsulotlari, baliq, go'shtli, sabzavodli mahsulotlardan, mevalardan iste'mol qilishni tavsiya qilish kerak.

Umumiy davo usuli

1. giposensibilizatsiyalovchi dori preparatlari: 30%li natri tiosul'fat, 10%li kalsiy xlor yoki kalsiy glyuqonat.
2. antigistamin dori preparatlari: diozalin, suprastin, dimedrol, anallergin, loratal', tavegil, ketotifen va hokazo.
3. sedativ dori vositalari vitaminlar (A,S,V, nikotinka)
4. immunomodulyatorlar PUVA – terapiya
5. selektiv fototerapiya aromatik retinoidlar
6. Re PUVA- terapiya Metotreksat
7. Siklosporin A (sandimmun-Neoral) Glyukokortikosteroidlar

PUVA terapiya. Psoriazni davolashda ul'trabinafsha nurlar bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan ta'sirchanligini oshiradigan dorilarni (fotosensibilizatorlar) birga qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli PUVA terapiya deb ataladi. Fotosensibilizatorlar sifatida puvalen, lamadin, psoboran, ammifurinni qo'llash mumkin. Hozirgi paytda PUVA-22, PUVA- 22A, VAL` DMANN-UF-1000 kabi umumiy nur ta'sir qiluvchilar qo'l-oyoqlar uchun PUVA -12, PSORILYUKS- 3050 va bosh uchun PUVA -4 apparaturalaridan foydalanilmoqda. YA`ni gomogen intensiv ul'trabinafsha nurlanish 320-400 nm diapazonni tashqil qiladi.

PUVA – terapiyani psoriazning teri satxida tarqalgan xolatlarida, boshqa davo usullari samarasiz bo'lganda tavsiya qilinadi. PUVA -terapiyaga qarshi ko'rsatmalar:

yurak- qon tomir kasalliklari, ikkinchi-uchinchi darajali gipertoniya kasalligi, jigar, buyrak, qalqonsimon bez, kasalliklar o'sma kasalliklarida homiladorlikda, ayollar hayz sikli mahalida o'tkir resperator kasalliklarda, bolalar va keksalarda, shuningdek UBN yoki fotosensibilizatorlarga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lgan kishilarda PUVA –terapiya bilan davolash qat'iyan man etila. Qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa bemor terisini UBNga nisbatan sezgirligini aniqlash kerak. Buning uchun MED (ya'ni minimal eritem doza) "biodoza" ishlatiladi, bu degani terining aniq chegaralangan dastlabki qizarish dozasi. Bu holat PUVA terapiyaning boshlang'ich dozalariga to'g'ri keladi, ya'ni 0,25-0,5 DJ /sm². Davo kursi 20-30 muolajadan iborat.

PUVA- terapiya bilan davolanayotgan bemor o'zini boshqa nurlar, xususan, quyosh nuridan himoya qilishi lozim.

Selektiv fototerapiya (SFT). SFT ning tarixi PUVA – terapiyaga yaqinroq birinchi marta 1987 yil A. Wiskemann kashf qilgan. SFTda o'rta to'liqli ul'trabinafsha nurlar (UF-B) qo'llaniladi. To'liqlar o'zunligi 315-320 nm. Davo kursida 25-30 ta prosedura qilinadi.

Aromatik retinoidlar ya'ni vitamin A ni qo'llash. Bu usulni ta'sir qilish mexanizmi epiteliy xujayralari proliferatsiyasini pasaytirishga, mugo'zlanish jarayonini yaxshilashga qaratilgan. Hozirgi vaqtda aroamatik retinoid- asetritin (neotigazon) ishlatilmoqda. Qo'llash usuli: bemorning har 1 kg tana vazniga 0,5mg- 1mg dan tavsiya qilinadi. Davo kursi- 6-8 hafta. Neotigazon psoriatik artritda, qo'l kafti, tovon psoriazida, tirnoqlar psoriazida yaxshi davo effektini beradi.

Re-PUVA –terapiya. Bu usul PUVA terapiya bilan AR larni birga qo'llashga asoslangan. Bunda UBN va AR lar dozasi tavsiya qilingan dozaning yarmisigacha kamaytiriladi. Re-PUVA-terapiya psoriatik eritrodermiyada (o'tkir yallig'lanish belgilari o'tgandan keyin) og'irroq kechayotgan vul'gar psoriazda, psoriatik artritda yaxshi terapevtik effekt beradi.

Siklosporin A. Siklik polipeptid bo'lib, 11 ta aminokislotalardan to'zilgan va immunosupressiv effektga ega. Birinchi marta preparat transplantatni chiqarib tashlamaslik maqsadida qo'llanilgan. Siklosporin ta'sir mexanizmi T-limfositlar tomonidan aktivlashtirilgan interleykin va boshqa limfositlarni bosib qo'yishga asoslangan. Chunki interleykin T- limfositlar aktivligini epidermis va dermada pasaytiradi, shu orqali qon-tomirlar holatiga, epidermis giperproliferasiyasiga hamda hujayralarda yallig'lanish jarayonlarni avj olishiga olib keladi.

Siklosporin keratinositlar o'sishiga qarshi ta'sir qiladi. 3-4 mg/kg kuniga ichishga tavsiya qilinadi. Agar bemorning ahvoli yaxshilanib borsa preparat miqdori asta-syoki n minimal miqdorga pasaytirib boriladi. Siklosporin nefrotoksik ta'sir qiladi, shuning uchun qon bosimini va qon zardobidagi kreatininni ko'zatiib borish kerak. Siklosporin og'ir turlarida davo effekti samarasiz bo'lganda yoki boshqa davolash usullariga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda qo'llaniladi.

Glyukokortikoidlar bilan davolash.

Pustulyoz psoriazda, artropatik, psoriaz eritrodermiyasida hamda boshqa sistem davolash usullari kam effektli bo'lganda yoki boshqa davolash usullariga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda tavsiya qilinadi. Gormonal dori vositalaridan triamsinalon, deksametazon, prednizoloni qo'llash mumkin. Gormon miqdori kasallikning klinik ko'rinishi va og'irlik darajasiga qarab individual aniqlanadi. Odamda kichik (25-30 mg/kuniga) yoki o'rta (40-50 mg/ kuniga) miqdorda tavsiya qilinadi.

Metotreksat folat kislotasining antagonisti hisoblanadi. Sitostatik bo'lib DNK sintezini, hujayralar ko'payishini va kam darajada RNK sinteziga ta'sir qiladi. Metotreksatni qo'llash usuli har kuni 2,5 mgdan kuniga 2 mahal ichishga yoki 5 mgdan mushak orasiga kuniga 1 mahal 5 kun davomida 3 kun tanafus beriladi. Yana bir usuli 25-30 mg mushak orasiga yoki vena ichiga 1 mahal haftasiga berish.

Psoriazda klinik remissiyaga erishish uchun 4-5 ta sikl o'tkaziladi.

3 kunlik tanafusdan keyin miqdori 5 mg/ kuniga -5 kun davomida olib boriladi. Bu miqdor keyingi sikllarda saqlanadi. Metotreksatni berish davomida kal'sium folinat bilan qo'shib olib boriladi.

Mahalliy davolash usullari.

Mahalliy davolashda dori preparatlarini tanlashda psoriaz kasalligi stadiyasi, klinik formalari hisobga olinadi. Mahalliy ishlatiladigan preparatlar yallig'lanish jarayonlarini, kepaklanishni, infil'trasiyani kamaytiradi. Bunday preparatlarga malhamlar, kremlar kiradi. Ular tarkibida 2%li salisilat kislotasi, 2-10%li oltingugurt, 10%li mochevina, 0,25-3 % ditranol saqlaydi. Bundan tashqari glyukokortikoidli kremlar, malhamlar los'onlar ishlatiladi. Los'onni odatda boshning sochli qismi sohalarida qo'llaniladi.

Kasallikning progressiv davrida odatda 2%li salisilat malhami hamda yallig'lanishga qarshi gormonal malhamlar ishlatiladi. Ftor saqlovchi gormonal malhamlar- selestoderm, sinalar, diprosalik.

- ditranol saqlovchi psoriazga qarshi vositalar –psoraks, signolin, signoderm
- kal'sipotriol (sorkutan va dayvoneks) vitamin D3 ning sintetik analogi
- mahalliy immunomodulyatorlar: takrolimus (protopik) va pimekrolimus (elidel)
- zaralangan o'choqlarga kortikosteroidlarni yuborish – kenolog va diprospan
- sitostiklar bilan applikasiya o'tkazish
- (5- ftorurasil malhami) lyoki n nojo'ya ta'siri yuqori (eroziya, nekroz, toksik giperpigmen-tavsiya va ta'sirlantirish).

Hozirgi paytda ko'pgina dermatologlar bir necha usullarni birgalikda ishlatmoqdalar (PUVA-terapiya va aromatik retinoid),(mahalliy glyukokortikoidlar , mahalliy immunomodulyatorlar va kal'sipatriol), (metotreksat va mahalliy glyukokortikoidlar, PUVA- terapiya va kal'sipatriol , metotreksat va kal'sipatriol va boshqalar)

Qizil yassi temiratki

Qizil yassi temiratki surunkali kasallik bo'lib, teri va ko'rinadigan shilliq pardalarda monomorf papulyoz toshmalar toshib, kuchli qichishish bilan harakterlanadi. Qizil yassi temiratkini Wilson (1869 yil) aniqlab unda uchraydigan birlamchi elementni batavsil ifodalagan, ayrim hollarda tugunchalar chegaralangan xolda og'iz shilliq pardasi lab qizil xoshiyasida va jinsiy a'zolarida joylashishi mumkin. Qizil yassi temiratki teri kasalliklarining 0,5% tashqil qiladi. Kasallik turli yoshda uchrashi mumkin, shilliq pardalar jaroxatlanishi ko'proq 40-60 yoshlardagi ayollarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenez to'liq aniqlangan emas. Ilmiy adabiyotlarda kasallikni kelib chiqishida turli nazariyalar mavjud.

Virusli nazariya tarafdorlari bemorlar terisida fil'trlanuvchi viruslar uchrab ular o'z aktivligini organizimning immunobiologik himoya qobilyati susaygan davirda kuchaytiradi degan fikrni aytadilar. L.N. Mashqilleyson (1965 yil) virusli nazariyani tasdiqlovchi quyidagi mezonlarni keltiradi.

1. Qizil yassi temiratki bilan og'rikan bemorlar terisida virusga o'xshash va boshqa infeksiyon agentlarning bo'lishi .
2. Qizil yassi temiratki bemorning boshqa oila a'zolarida ham uchrashi.
3. Toshmalar o'rab oluvchi temiratki singari joylashishib, qonda limfositoz, shuningdek limfa tugunlarini kattalashishi va boshqalar.
4. Ba'zan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash yaxshi natija beradi. Lyoki n hozirga qadar bemorlardan virus ajratib olinmagan.

Ko'pgina olimlar kasallikning vujudga kelishini **nerv sistemasi** faoliyatining bo'zilishiga (emosional hayajonlanish, stress) bog'liq deb qaraydilar. Bunda toshmalar nerv tolalari bo'ylab joylashishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda gipnozoterapiya yaxshi natija beradi.

Toksik (zaxarlanish) nazariyaga muvofiq qizil yassi temiratki organizimga turli xil dori darmonlar ta'sir etishi, autointoksikasiya, meda-ichak jigar xastalıkları oqibatida vujudga keladi. Antibiotiklar (streptomitsin, tetratsiklin), oltin, yod, qo'rg'oshin preparatlari, ftivazid va boshqa dorilar ta'sirida qizil yassi temiratki kelib chiqqanligi ma'lum.

Immunoallergik nazariya tarafdorlarining fikricha bemorlar qonida va terisida T- xujayralar sonining kamayishi T- limfasitlar subpopulasyasidagi nisbatning o'zgarishi ko'zatiladi. Monoklonal antitelolar yordamida dermal infil'tratda T- xujayralar va T- supressorlarning kamayishi natijasida bu koeffisient oshishi aniqlangan dermo- epidermal chegarada Langergans xujayralari sonining ortishi, Ig M ning cho'kishi immunoallergik nazariyani yana bir bor isbotlaydi.

Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki paydo bo'lishi, o'zoq kechishi davoga chidamliligi ma'lum darajada bemorda surunkali kasalliklarning borligiga, natijada organizm himoya vazifasining susayishiga olib keladi. Bu borada birinchi navbatda oshqozon ichak tizimi kasalliklari jigar, oshqozon osti bezi ahamiyatga ega. Ayrim kishilarda kasallik bevosita tomir (hafaqon) va endokrin (qandli diabet) patologiyalari bilan bog'liq ma'lum darajada og'iz shilliq pardasining tish patologiyasi tufayli travmatizasiyaga uchrashiga sabab bo'ladi. Turli xil metallardan tayyorlangan qoplama tishlar sulak tarkibiga jiddiy ta'sir etadi, sulak tarkibida metal zarrachalari ko'zatilib, galvaniq toklar xosil bo'ladi. Bu holat sabab, fermentlar ajralishi syoki nlashadi, bu ham kasallik kelib chiqishida ma'lum ahamiyatga ega

Klinikasi kasallikning asosiy morfologik elementi dermo-epidermal papulalar bo'lib, diametri 1-3 mm uning quyidagi o'ziga xos xususiyatlari bor.

1. Poligonal, yassi shaqilli
2. Papulalar yo'zasida (asosan markazda) kindiksimon botiq bo'lishi.
3. Periferiyaga qarab o'sishi.
4. Toshmalar ustiga o'simlmk moyi surtilsa, to'rsimon shakllar vujudga kelishi - Uikxem belgisi (epidermis donador qavatini notyoki s kengayishi).
5. O'tuvchan yorug'likda papulalar yo'zasining pushti binafsha rangda yaltirab turishi.

Toshmalar aksariyat qo'l va oyoqning buqiluvchi sohalarida (tirsak oldi, bilak, oyoqda) yo'zaga kelib so'ng butun badanga tarqalishi mumkin. Toshmalar ba'zan og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolarining shilliq qavati, ko'proq lunjlarda, oqimtir tasmalar shaklida uchrab, bir-biri bilan qo'shilib, plakchalar hosil qiladi. U surunkali davom etishi mumkin. Kasallikning avj olgan davrida yangi-yangi toshmalar toshadi va ular kattalashib boradi keyin kasallik stosional davrga o'tadi. Bunda papulalar asta syoki n surilib o'nmda to'q jigar rang dog' qoladi; terining ta'sirlangan joyida yoylar ko'rinishda joylashadigan papulalar paydo bo'ladi. Kasallik qattiq qichish bilan kechadi. Qaytalanish anchakam uchraydi. Qizil yassi temiratki Kyobner izamorf reaksiyasi xos ba'zan tirnoqlar o'zgarib rangi xiralashadi ustida o'zinasiga ketgan chiziqlar paydo bo'ladi. Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki turli xil klinik ko'rinishga ega bo'ladi va uning 6 turi farq etiladi: tipik, ekssudativ giperemik, eroziv- yarali, bo'llyoz, giperkeratotik va atipik.

Tipik turining klinik ko'rinishi - o'lchami 2 mm mayda oqish qo'ng'ir tusli, yaltiroq tugunchalar holida ko'zatilib, tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib to'r chiziq-chiziq bargsimon shaqillarni hosil qiladi. Tilda tugunchalar 1 sm gacha pilakcha ko'rinishida bo'ladi va lekoplakiyani eslatadi, yo'zasidagi qo'ng'ir oqish parda shpatel yordamida qirilsa ko'chmaydi.

Lab qizil hoshiyasida qo'shilgan tugunchalar ayrim hollarda yuldo'zsimon shaqilga ega bo'ladi. Ko'p xollarda qo'shilib, yo'l-yo'l kepaklanuvchi plakchalar hosil qiladi. Ko'proq yo'zani qoplasa bemorlar quruqshab va issiq dag'al ovqat qabo'l qilish vaqtida biroz og'riq his etadilar, lunj shilliq pardasida joylashgan tugunchalar tish ildizlari atrofi, til, mil, og'iz tuguni jarohatlaydi, ko'proq quyi lab jaroxatlanadi. Ekssudativ giperemik turi tipik tugunchalar toshishi bilan harakterlanadi toshmalar qizarib shishgan shilliq pardalarda joylashadi. Bu turi og'riq bilan kechadi. Eroziv yarali qizil yassi temiratkining qandli deabet yoki xafaqon bilan birga kechishi Grinjshpal sindromi deb ataladi. Qizil yassi temiratkining bir necha xili bor.

1. Gipertrofik, so`galsimon xili tugunchalarning giperplaziyasi natijasida vujudga keladi. Xosil bo`lgan tugunchalar pushti, qizil- qo`ng`ir rangda bo`lib, ularning usti so`galsimon giper keratik qatlamlar bilan qoplangan bo`ladi. Bunday toshmalr atrofida qizil yassi temiratkinning tipik toshmalarini uchratish mumkin.

2. Atrofik va sklerotik xilida papula va plakchalar so`rilib terida atrofik va sklerotik o`zgarishlar qolishi mumkin. CHandiqsimon atrofiya ochiq rangda bo`lgani uchun ba`zi dermatologlar uni oq temiratki deb yuritadilar. Bunda toshmalr bo`yin, qo`l, ko`krak, va qorin soxasida uchraydi. Ba`zan boshning sochli qismida atrofik o`zgarishalr psevdopelaga o`xshaydi va u qo`l va oyoqlarning yozuvchi yo`zalarida joylashgan follikul `yar keratoz bilan kechadi. Buni Littl - Lassyuer simtomi deb ataladi.

3. Pemfigoidli yoki pufakli xilida qizil yassi temiratkinning tipik elementlari bilan birga kattaligi no`xat yoki olcha dek keladigan ichi seroz yoki qon seroz suyuqliklar bilan to`la pufakchalar toshadi.

4. moniliform qizil temiratkada kattaligi olcha danagi dek keladigan marjonsimon toshmalr toshishi ko`zatiladi. Bo`lar asosan peshona, quloq suprasi, qorin dumba terilarida uchrab ko`rinishi munchoqni esltadi.

5. o`tkir uchli turida yassi tugunchalar bilan birga uchli yoki qonussimon tugunchalar uchraydi.ular asosan follekul alarda joylashadi. Toshmalar boshni sochi qismida bo`lsa, kichik-kichik atrofiyali chandiqlar yo`zaga kelishi mumkin.

6. Halqasimon qizil yassi temiratki ko`pincha erkaklarning jinsiy a`zolarida uchraydi.

Kasallikning bu turi toshmalar o`rtasidan so`rilda boshlaydi. Qizil yassi temiratkinning psoriaziform, o`zunchoq zoostriiform xillari ham uchraydi.

Gistopatologiyasi:

Epidermisning hamma qavati qalinlashadi, akantoz , giperkeratoo`z ko`zatiladi. Donador qavat bir tyoki sda qalinlashmaydi, yan`ni gpergiranolozli donador qavat normal qalinlikdagi donador qavat bilan ketma-ket keladi. Dermaning ustki qavatida papilomatoz, asosan limfasitlardan tashqil topgan infil`trat ko`zatiladi.

Diagnozi: qizil yassi temiratki ro`yros namoyon bo`lganda diagnoz qo`yish qiyin emas bunda yassi poleganal, o`rtasi kindixsimon botiq pushti binafsha tugunchalarga ularning joylashishiga va Kyobnening izamorf reaksiyasiga ahaamiyat berish kerak. Toshmalar jinsiy a`zolarining shilliq qavatlaridva bo`lsa, uni zaxm bilan taqqaslash kerak, zaxmga tekshirganda qonni seroreaksiyasini qilish, pilchiragan tugunchalardan oq treponemalarni izlash kasallik anamnezini yig`ish mumkin. Qizil yassi temiratki tugunchasi ustida Uikxem turi borligi, atrofiyaning yo`qligi uni eritematoo`zdan ajratib turadi. Eroziv yarali qizil yassi temiratkinning oddiy po`rsildoq yarasi bilan qiyoslaganda po`rsildoq yara atrofida tipik tugunchalar bo`lmaydi. Ammo eroziya atrofidagi tiklanayotgan epiteli oqish-perlamutir rangida bo`lib, qizil yassi temiratki tugunchalarining qo`shilganiga o`xshaydi. Bunday xollarda bosma surtma o`tkazisht kerak . po`rsildoq yarada aqontolitik xujayra aniqlanadi. Qizil yugurikda o`choq giperimiyalangan, infil`trasiyalangan, o`choq yo`zalarida mayda nuqta misoli giper keratoz ko`zatiladi. O`choq atrofida atrofiya bo`ladi va bu xil o`zgarishlar qizil yassi temiratkiga xos emas. Ko`p shaqilli ekssudativ eritemada shilliq pardalar rivojlangan giperimiya shish kukzatiladi, ular yo`zasida pufak va noto`g`ri shaqilli eroziya, fibroz parda bilan qaplangan bo`lib, kuchli og`riq bezovta qiladi. Eroziya atrofida tugunchalar bo`lmaydi jarohat 4-6 haftada bitadi.

Prognoz kasallik xush fel kechadi ammo o`zoq davom etadi. Ayniqsa erozivi yarali turi og`ir va o`zoq kechib bemorlar ovqatlanishi hatto gapirishi og`riqli va qiyin bo`ladi.

Davosi patogenetik davo tayin etish uchun bemorlar diqqat bilan tekshirilishi shart. Birinchi navbatda kasallkni keltirib chiqaruvchi bartaraf qilish infeksiya o`choqlarini sanatsiya qilish, oshqozon ichak tizimini tekshirish qonda qan miqdori aniqlanadi, qon bosimi aniqlanadi, bemorning asab pishihik statusi tekshiriladi.

Og`iz shilliq pardasi joylashgan qizil yassi temiratki ko`zatisla og`iz bo`shlig`i sanatsiya qilinadi; har xil metal qoplamalari olib tashlanadi va rasional protezlash ahamiyati katta. Bu bemorlarga issiq va dag`al ovqat qabo`l qilish man etiladi.

Kasallikning barcha turida sedativ terapiya, tipik ekssudativ giperemiya turida retsinol –asetat, A vitaminining qonsentratlari (10 tomchidan 3 mahal kuniga, 2 oy davomida , 2 oy tanaffo`z bilan) o`zoq vaqt V guruhi vitaminlari qabo`l qilish ayniqsa nikatin kislotasi tayin etiladi. Eroziv yarali vabo`lyoz

turida prednizalon 20-25 mgr kuniga xingamid 0,25 gr dan 1-2 marta kuniga 4-6 hafta davomida, nikotin kislotasi 0,05 gr kuniga 3 mahal ovqatdan so'ng yoki tionikol 1 tabletkadan kuniga 3 mahal yoki mushak orasiga 1-1,5 oy davomida. Prednizalon miqdori 7-10 kunda 5 mgrdan kamaytirib boriladi, chegaralangan eroziv yarali turida o'choqqa gidrokartizon subsenziyasi yoki prednizalon tayinlanadi. In'eksiya 3 kunda 1 marta bi1-1,5 ml har bir eroziyaga bosqichda 8-12 in'eksiya bunday davo har 3 oyda qaytarilib turadi. Bemorni gipnoz elektir ta'sir ettirish yo'li bilan uxlatib davolash bo'ynidagi simpatik tugunlarni diatermiya, parovertebral bo'lokada qilish bel soxasida induktrometriya o'tkazish ham yaxshi natija beradi, PUVA terapiya tavsiya etiladi.

Mahalliy davo mentol va karbol spirti glyukokortikoidli malhamlardan iborat. Kasallikning gipertrofik turida toshmalarni diatermokolgulasiya qilish, SO₂ suyuq azot bilan qo'ydirish tavsiya etiladi. Remissiya davrida bemoriga sanatoriya va kurortlarda davolanish buyuriladi.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T., 1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыин I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar., T. 1993.
4. Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma'ruza matnlari.
5. Fitzpatrick T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
6. Fitzpatrick T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
10. Somov B.A., Dolgov A.B. Professional'nyye zabolevaniya koji v vedushchix otraslyax narodnogo xozyaystva. ML 976.
11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Differentsial'naya diagnostika kojnyx zabolevaniy. M.Med., 1989
12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
13. Djeymys Ye. Fitzpatrick. Sekrety dermatologii. 1999.
14. Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html.;
5. www.l.mosby.com//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com.;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm.;
8. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld. html.

9. www.info@minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

4 ma'ruza Terining virusli kasalliklari. OITS.

4.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-8nafar
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1. Terining virusli kasalliklari. Oddiy pufakchali temiratki. 2. O'rab oluvchi temiratki. 3. Kontagioz mollyusk. otkir uchli kondilomalar. 4. OITS. 5. Tashxis qo'yish asoslari. Davolash.
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarni virusli infeksiyalarda zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o'rgatish, virusli infeksiyalar tasnifini berish .kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari to'risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko'rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish. Status localis bo'yicha tavsiflash, xususiy resteptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini kushishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

6.2. Terining virusli infeksiyalari, OITS amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2. Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3. Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1. "Terining virusli infeksiyalari, OITS." mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. "Akvarium" interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va

	5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“Terining virusli infeksiyalari, OITS etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari” og'zaki savol, test, masala. 2.Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3.“Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5.Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: OITSni klinik kechishi, diagnostikasi va davolash. Gerpetik infektsiya, STMV infektsiya. Lever pemfigoidi 3.Uyga vazifa beradi: Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

Terining virusli kasalliklari

Klassifikatsiyasi:

1. Oddiy uchuq- Herpes simplex
2. Oddiy uchuq virusi I-tipda –lab, og'iz bo'shlig'i, ko'z, genital soha uchuqlari kuzatiladi.
3. II-tipda genital uchuq va chaqaloqdagi generalizatsiyalashgan uchuq .
4. Varicella Joster- belbog'simon uchuq yoki o'rab oluvchi (herpes zoster)
5. Virus Epshteyna-Barra – infeksiyon mononukleoz va limfoma Berketa.
6. Sitomegalovirus-sitomegaliya.

Oddiy uchuq

Oddiy uchuq virusli teri kasalliklari ichida ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, mutahasislarning ma'lumotlariga qaraganda katta yoshdagi odamlar orasida oddiy uchuq 90% ga etadi. Oddiy uchuq virusi boshqa viruslardan farq qilib, u organizmdagi lab saqlanishi ba'zi noxush omillar ta'sir etganda, ular faollashib kasallikni yuzaga keltirishi mumkin. Aksariyat cho'chish, sovuq qotish, shamollash, gipovitaminoz, ruxiy ta'sirotlar ham viruslarni qo'zg'atib, oddiy uchuqga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Badanning turli qismida teri qizarib, g'uj-g'uj mayda pufakchalar hosil bo'ladi. Kasallik alomati ko'ringo'nga qadar huddi shu joylar sal -pal achishib, qichishadi, biroz sanchib turadi. Oradan bir, ikki kun o'tgach kattaligi tariq donidan tortib, to mosh danagidek keladigan g'uj-g'uj pufakchalar paydo bo'ladi. Ular asosan giperemiyalanib turgan teri yuzasiga toshadi, ichida tiniq suyuqlik bo'ladi. Pufakchalar ichidagi suyuqlik bora-bora loyqalanadi , tortishib og'riydi. Ular tezda yorilib, sarg'imtir, yupqa qora qo'tir bilan qoplanadi. U tushib ketgan joyda yangi po'stchalar paydo bo'ladi. Oddiy uchuq asosan lab burchaklarida, lunjda, burun qanotlarida ,og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, ko'z qovoqlarida va jinsiy a'zolarida uchraydi.

Kasallik alomatlari 10-14 kun ichida o'tib ketadi, pufakchalar o'rnida vaqtincha jigar rang dog' qoladi. Ba'zan kasallik qaytalanishi mumkin, bunda: bosh og'riq, harorat ko'tarilishi, darmonsizlik, ishtaha yo'qolishi kuzatiladi. Sovuq qotish, o'ta toliqish, ruhiy istirob, yuqumli kasallik qo'zg'ashiga sabab

bo'ladi. Bunda bemor xolsizlanadi, uyquasi buziladi, yangi paydo bo'lgan uchuqlar achishib og'riydi, regionar limfa tugunlar shishadi.

Klinik belgilariga qarab uchuqning bir necha turi farq qilinadi:

1. Engil tez o'tib ketadigan.
2. SHish bilan kechadigan.
3. Og'ir kechadigan.
4. O'rab oluchi yoki belbog'simon uchuqqa o'xshash xili.
5. Tez-tez qaytalanadigan xili.

Gistopatologiyasi. patologik jarayon asosan epidermisda bo'ladi. Bunda eksudativ, alterativ jarayon avj olib, malpigi qavatida pufakchalar chiqishiga olib keladi, akantoliz kuzatiladi. Derma deyarli sezilarsiz o'zgarib, so'rg'ichsimon qavatdagi tomirlar kengayadi va ular atrofi biroz yallig'lanadi.

Diagnozi. Kasallik odatdagidek kechganda tashxis osongina qo'yiladi. Pufakchalar jinsiy a'zolarida bo'lsa, yorilib, mayda eroziyalar hosil qiladi, ko'pincha birlamchi zaxmga o'xshab ketadi, ammo achishib og'rib turishi, inkubasion davrning qisqaligi, chov limfaadinitining yo'qligi hamda treponemalarning topilmasligi, uchuqni zaxmdan ajratib olish imkonini beradi.

Davosi. terida paydo bo'lgan pufakchalar eroziyalangan mayda yara –chaqalarga anelin bo'yoqlari, metilin ko'ki, birliant yashili, kostelani bo'yog'i surtiladi. Qora qo'tir bo'lgan joyda yoriqlar eroziyalarga 3-5 %li oq simob mazi, sintamitsin emulsiyasi 1-3 %li oksalin, interferon, bonafton, gossipol, florenal mazlari surtiladi. Namlangan sohalarni quritish va dizenfeksiyalash uchun 1-4 %li kumush nitrat, 1-2 %li pioktanin eritmaları ishlatiladi. Og'iz bo'shlig'i yallig'langanda borat kislotasi, vadarod peroksit, kaliy permanganat, etokridin laktat, bikorbanat natriy eritmaları bilan chayqab turish buyuriladi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda antibiotiklar buyuriladi. Maxsus davodan tashqari simtamati immunostimulyar va umumiy davo choraları ko'riladi.

Asiklovirni tabletka yoki malham holida qo'llash davolash samarasini oshiradi. Timolin 10-30mg dan, Taktivin 80-100 mg dan 1 davo kursiga 8-10 in'eksiya, Splenin 1 ml dan, Prodigiozon 0,5 ml dan muskullar orasiga yuborish, Eleuterokokk, Levamizol ichishga buyuriladi. Tanosil a'zolaridagi uchuqqa qarshi immunoglobulin 3 mldan 3-4 kun oralatib, 5-7 in'eksiya hamda har 7 kunda 1 mahal jami 5 in'eksiya o'ldirilgan gerpetik vaksina qilinadi.

O'rab oluvchi yoki belbog'siman uchuqni fil'tirlanuvchi neyrotrop virus qo'zg'atadi. Kasallikning inkubasion davri 7-8 kun, mustaqil yoki biron bir boshqa kasallik asorati sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Badanning muayyan bir nervi yoki nerv tarmoqlari bo'ylab gipermiyalangan sohaga pufakchalar toshadi. Toshmalar aksariyat tananing bir tomoniga toshadi. Toshmalar toshishidan oldin, bemorning ko'ngli behuzur bo'lib, boshi og'riydi, biror nerv simvoli bo'ylab tutib turadigan og'riq hamda xuddi shu joylarning achishib turishi kuzatiladi. Pufakchalar po'sti qattiq bo'lib, ichi tiniq suyuqlikka to'lib turadi, bora-bora suyuqlik loyqalana boshlaydi. Pufakchalar bir –biriga qo'shilib, qator joylashadi, ular atrofi gipermiyalanib, qizarib turadi.

Klinik belgilariga qarab quyidagi turlari farq qilinadi.

1. Engil
2. Gemoragik- bunda avvaliga pufakchalar ichi loyiqalanib, qon yiring boylaydi, natijada pufakchalar qon bilan to'lib qoladi.
3. Gangrenoz- yara-chaqa, nekroz, gangrenoz holatlar kuzatiladi.
4. Bullyoz – bunda pufaklar va pufakchalar uchraydi.
5. Tarqalgan - generalizasiyalangan xili.

Pufakchalar ko'z, quloq, qovurg'alararo nervlar shuningdek bo'yin, bel nervlari va nerv tarmoqlari bo'ylab toshadi. Toshmalar og'iz (2-3 shoxli nerv), lab va tanglay shilliq qavatiga toshganda aksariyat yuz va bo'yin terisi ham zararlanadi. Ko'z sohasiga uchuq chiqishi juda xavfli. Uchuq toshgan soha qattiq tortishib og'riydi, pufakchalar yorilib, yara-chaqa, eroziyalar, qo'ng'ir sariq qora qo'tir po'stlar hosil bo'ladi. 2-3 haftada kasallik alomatlari yo'qolib, bemor tuzaladi, ba'zan pufakchalar davriy ravishda yangidan toshib turishi mumkin. Jarohat tuzalib ketgach xuddi shu joylarda muskullar parezi va nevrалgiya seziladi. Pufakchalar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar og'ir formalarida esa, chandiqli yoki atrofiyali o'zgarishlar qoladi. Sovuqqotish, grip, sil, saramas, zaharlanish aksariyat limforganulematoz, xavfli o'smalar, leykoz, o'rab oluvchi uchuqning avj olishiga sabab bo'ladi. Bunday

holat yilning bahor va kuz oylarida ko'p uchraydi. Kasallik asosan katta yoshlarda kuzatiladi. Pufakchalar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar, og'ir formalarda esa chandiqli yoki atrofiyali o'zgarishlar qoladi.

O'rab oluvchi uchuq. sovqotish, gripp, sil, saramas, zaharlanish, aksariyat limfogranulematoz, xavfli o'smalar, leykoz o'rab oluvchi uchukning avj olishiga sabab bo'ladi. Bunday holat yilning baxor va kuz oylarida ko'p uchraydi. Kasallik asosan katta yoshlilarda kuzatiladi; 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda kamdan-kam uchraydi.

Pufakchalar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar, og'ir formalarida esa chandiqli yoki atrofiyali o'zgarishlar qoladi.

Gistapatologiyasi. Epidermal hujaralarning ritikul'yar degenerasiyasi, hujayralari ichida virusli kiritmalar, nerv tolalarida degenerativ o'zgarishlar; so'rg'ichsimon qavat hujayralari shishi, kengayishi, o'tkir yallig'lanish hamda gistiosit, fibroblast, limfosit va lekositlardan iborat polimorf hujayrali infil'trat kuzatiladi.

Diagnozi. Uchuqning bu turiga diagnoz qo'yish uncha qiyin emas pufakchalarning ma'lum bir nerv yo'li bo'ylab joylashishi achishib, qattiq og'irishi uni oddiy uchuqdan va boshqa kasalliklardan ajratib olish imkonini beradi.

Davosi. Kasallik engil kechganda xech qanday davosiz ham o'tib ketadi. Interferon, Metesazon, Kutizon, Interferonagen kabi dorilar bilan birga salisilatlar, analgetiklar ishlatiladi. Bemorning yoshiga qarab Rozerin qo'llash yaxshi naf beradi. Gemoragik va gangrenoz xillarida Amidoperin, butadion, Reopirin vitaminlar (V1,V5,V6,V12,S), autogemoterapiya, gammaglobulin, antibiotiklar(penisillin, levomisitin, ampicillin) buyuriladi. Sollyuks, ul'tratovush, ul'trabinafsha nurlar, bo'yin simpatik tugunlari sohasiga diatermiya. Bernar diadinamik toki fizioterapevtik muolajalarni qo'llash maqsadga muvofiq. Qattiq og'riqni bosish uchun novakainli elektroforez, sirkulyar blokada 50% li interferon mazi bilan fonoferez qilinadi. Tarqoq xilida kortikosteroidlar prednizalon, deksamentazon, triamsinolon (15-20 mg dan kuniga) qilinadi. O'tkir formalarida yaramaydi. YAllig'lanishga qarshi va dezinfeksiyalovchi pasta, krem 1-2 % li oksolin mazi, 5 %li "Florenal", 20-25 % li interferon "Lorinden S", "Dermazon" va spirtli anilin eritmalari ishlatiladi. Ayniqsa virusga qarshi mazlarni (Gossipol, tebafen, bonafton) anilin bo'yoqlari bilan almashtirib buyurish yaxshi naf beradi. SHuningdek asikloveni tabletka yoki malham holida qo'llash yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Iloji boricha bemorlar bilan yaqin muloqotda bo'lmaslik, intoksikasiya va sovqotishdan saqlanish zarur.

YUqumli mollyusk (molluscum contagiosum)

YUqumli mollyusk bolalarda uchraydigan yuqumli kasallik.

Etiologiyasi va patogenez. Kasallik qo'zg'atuvchisi fil'tirlanuvchi virus bo'lib, u ma'lum viruslarning eng kattasi hisoblanadi. Aksariyat bog'cha, kichik maktab yoshdagi bolalar (3-7 yosh) kasallanadi. Ularga kasallik to'g'ridan-to'g'ri virus tashuvchidan yoki umumiy sochiq, vanna, idish-tovoq, o'yinchoq va boshqalardan foydalanganda yuqish mumkin. Kasallik bolalar muassasasida birdan tarqalib ketishi mumkin.

Klinikasi. YUz, ikki ko'z atrofi, bo'yin, ko'krak, qo'l panjasi, qorin sohasi, jinsiy a'zolarning ko'z ilg'amaydigan terisida, ba'zan badan terisining kattagina qismida yasmiqdek keladigan mayda-mayda tugunchalar paydo bo'ladi. Bu tugunchalar sog'lom teri rangida, o'rtasida kindikka o'xshab bosilgan yassi shaklda berch bo'lib, og'rimaydi. Ikki yon tomondan siqib ko'rilsa, mollyusk tanachalari deb ataladigan muguzlangan epiteliy hujayralaridan iborat bo'tqasimon massa chiqadi. Ba'zilar teri satxidan sal osilibroq turadi, uni oyog'ida o'tirgan mollyuska tugunchalari deyiladi. Ba'zan tugunchalar bir-biri bilan qo'shib katta-kichik mollyusklar hosil qiladi.

Diagnozi. Diagnoz tez va aniq qo'yiladi, odatda uni o'smirlar so'gali bilan taqqoslab ko'riladi. YUqumli mollyusk tugunchalari anatomik pinsetda qattiq qisib ko'rilganda, ichidan xuddi suzmaga o'xshash massa ajralib chiqadi; mikroskopda ko'rilganda, katta-katta oval protoplazmasida kiritmalari bor xujayralar topiladi. (mollyuskli tanachalar). O'smirlar so'galining o'rtasida kiprikka o'xshash botiqlar bo'lmaydi; yuqumli mollyusk qo'l-oyoq kaftlari hamda tovonda uchramaydi.

Davosi. Tugunchalar pinset bilan siqib tashlanadi yoki o'tkir uchli Fol'kman qoshiqchasi bilan qirib olinadi; o'rni 2-3 %li yod eritmasi bilan artiladi. 3% li oksolin, interferon malhamlari surtiladi. Ba'zan diatermokoagulyasiya, krioterapiya qo'llaniladi.

Kasallikning oldini olish maqsadida uni vaqtida aniqlash va davolash muhim; bemor bolalar muassasasidan ajratib qo'yiladi.

O'tkir uchli kandiloma (CONDILOMATA ACUMINATA)

Teri va shilliq qavatlarining doimiy ishqalanadigan qisimlarida paydo bo'ladigan so'galsimon o'smalar.

Etilogiyasi va patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchisi Popova guruhiga mansub papillomatoz-akantomatoz fil'trlanuvchi virusidir. U o'zining ko'pgina belgilari bilan oddiy va o'rab oluvchi uchuvchi virusiga o'xshab ketadi. SHaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, surunkali nospesifik yallig'lanish, trixomonoz, kandidoz, xlamidioz, ureaplazmoz kabi kasalliklar o'tkir uchli kandilomaning avj olishiga sabab bo'ladi. Jinsiy muloqot vaqtida ham yuqib qolishi mumkin. Aksariyat 20-40 yoshdagilar va undan kattalar kasallanadi, bolalarda juda kam kuzatiladi. Inkubasion davri 7-8 haftadan 9-10 oygacha.

Klinikasi. O'tkir uchli kandiloma ko'pincha bemorning jinsiy a'zolari atrofiga, olat kertmagida, anus sohasida, qo'ltiqda, ayollarning jinsiy uyatli lablari va qin qirrasida, ko'krak bezi ostida uchraydi. Ayrim vaqtlari siydik kanalining oldingi sohasi shilliq qavatida ham kuzatiladi. Dastlab shu sohalarda uncha qattiq bo'lmagan mayda pushti tugunchalar paydo bo'ladi, ular qo'shib, gulkaramni yoki xo'roz tojisini eslatuvchi yumshoq so'rg'ichsimon o'sma hosil qiladi.

O'tkir uchli kandilomaning ba'zi elementlari bir ingichka asosga (oyoqqa) jamlangan bo'lib, yuzasi namlanib turuvchi kepaklar bilan qoplanadi va undan qo'lansa hid kelib turadi. Ishqalanish natijasida achishib, qichishib turadi, yara-chaqalanib eroziyalanadi. Eroziyalanib yara-chaqalangan o'smalar biroz qon chiqarib turadi. O'smalarni tirnab turilsa quyuv massali ajralma chiqadi.

Diagnoz. O'tkir uchli kandilomaga diagnoz qo'yish uncha qiyin emas. Asosan zaxmdagi serbar kadilomalarga taqqoslanadi. Zaxmdagi kandilomalar tekshirilganda ko'plab oqish triponemalar topiladi hamda serologik reaksiyalarning barchasi musbat bo'ladi. Kamdan-kam hollarda bir bemorning o'zida ham serbar, ham o'tkir uchli kandilomalar bo'lishi mumkin.

Davosi. O'tkir uchli kandilomalar asosan kuydiriladi. Diatermokoagulyasiya, krioterapiya, elektroinsiziya qo'llaniladi. Kaliy permanganatning o'tkir eritmasi, uch xlor sirka kislotasi, podofillinning 20%li spirtidagi eritmasi ferezol kabi kuchli eritmalar bilan kuydiriladi. Rezorsinning tal'k bilan 1:1 aralashmasi, kolhamin mazlari buyuriladi. O'tkir uchli kandilomalar kam bo'lsa, o'tkir uchli Fol'kman qoshiqchasi bilan qirib olib tashlanadi.

So'gallar (VERRUCAE) So'gallar terida paydo bo'ladigan yuqumli xavfsiz o'smalar. Aksariyat bolalar va o'smirlar orasida keng tarqalgan. Popova turkumiga mansub fil'trlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. Quzg'atuvchisining xususiyatlariga qarab akantomatoz, papilomatoz va kritma (vakuola) hosil qiluvchi shtamlari bor. So'gallar kattaligi bir necha millimetrdan 1-2sm keladigan epidermal o'smalar. Kasallik yuqumli bo'lib, sog'lom odamga bemordan to'g'ridan-to'g'ri muloqotda bo'lganda yoki bemorning ro'zg'or buyumlari orqali yuqib qoladi. Odam terisidagi yara-chaqalar, tiralishlar, ishqalanishlar, suv-lipid almashinuvining buzilishi so'gal toshishiga moyil qilib qo'yadigan omillardandir. Barcha yuqumli kasalliklarda kuzatilgandek so'gallarda ham inkubasion (bir necha haftadan 2-3 oygacha), prodromal, toshmalar chiqishi, susayish va tuzalish

kabi davrlari bor. So'gallar joylashishi, qo'zg'atuvchisi va ko'rinishiga qarab turlicha bo'ladi:

1. Oddiy so'gallar.
2. O'smirlarning yassi so'gallari.
3. Oyoq kafti so'gallari.
4. Keksalar so'gallari ajratiladi.

Oddiy so'gallar yallig'lanishga aloqasi yo'q tugunchalar ko'rinishida bo'lib, kattaligi tariq, ko'pi bilan no'xat donidek keladi, zich, yarimsharsimon yoki yassi shaklli, normal teri rangida yoki qoraroq bo'ladi. Ularning yuzi giperkeratoz tufayli notekis. Qo'l panjasining orqa yuzasi, kaft, yuz va badanning boshqa joylarida eng ko'p uchraydi. Ular odatda og'rimaydi, lekin tirnoq bolishlarida bo'lsa, ishqalanish tufayli og'rib turishi mumkin.

Davosi. Psixoterapiya, gipnoz yaxshi naf beradi. Elektrokolagulyasiya, diatermokoagulyasiya, krioterapiya, suyuq azot, uchxlorsilka kislotasi bilan kuydirish buyuriladi. 2% li oksolin, 1-3 li "Florenal", gossipol bilan Fovler eritmasi (40% fenol, 60% trikrezol) va interferon, kolxisin moddalari bor malhamlar ishlatiladi.

O'smirlarning yassi so'gallari- teri damidan ko'tarilib turadigan och pushti sarg'ish rangdagi mayda-mayda epidermal o'smalardir, ularning yuzi odatda silliq bo'ladi. YUzda (lunj, peshona, engakda)

bo'yinda, qo'l panjasining orqa yuzasida uchraydi. Ba'zan so'gallar qator bo'lib joylashadi, o'smirlarning yassi so'galiga diagnoz qo'yish qiyin emas.

Oyoq kafti so'gallari. Oyoq kafti terisining eng ko'p bosilib turadigan joylarida paydo bo'ladi. YUrgan vaqtda bezillab turadi va rangi sarg'imtir jigarrang shaklli yumaloq yoki aval kattaligi tangadek keladigan teri qalinlashmasidan iborat bo'lib, qadoqlarga o'xshab ketadi. Bu so'gallar so'rg'ichli o'simtalari (okantoz, papilomatoz, giperkeratoz) borligi bilan qadoqlardan farq qiladi. Poyafzalni noto'g'ri kiyish, tovonning chaqalanishi va gipergidroz oyoq kafti so'gallariga sabab bo'ladi.

Keksalar so'gallari - yoshi 40dan oshgan odamlarda tana bo'yin va yuzda kul rang, jigar rang yoki qora usti yog' bilan qoplangan dog'lar ko'rinishida vujudga keladi.

Davosi. Suyuq azot eritmasi (krioterapiya) kolhamin malhami ishlatiladi, podofillinning 10-20 % eritmasi surtiladi. Quyidagi kuydiruvchi modddalar aralashmasini qo'llash mumkin:

Rp Ac. salicylici 1,0

Ac. acetici 9,0

Collodi elastici 10,0

M.D.S cirtga surtish uchun.

Ikki hafta davomida 50 R dan rentgen nurlari berish, elektroakustika qilish, muz sirka kislotasi, Fovler eritmasi surtish, hadeganda tuzalavermasa jarrohlik yo'li bilan olib tashlash tavsiya etiladi.

OITS

Dunyoda kasallanganlar 50 millionga, OITS dan bir yilda ko'z yumganlar soni 3mln ga yaqinlashib qolgan bo'lsa, mustaqil hamdo'stlik davlatlarida ham OITS yildan yilga oshib bormoqda va 2005 yilgacha bu qo'shni davlatlarda yuktirib olganlarning soni 4 mln.ga etishi mumkin. Respublikamizda esa 2003 yil avgustgacha ro'yxatga olingan OITSni yuktirganlar soni 3000taga etadi va u barcha xududlarda kayd kilindi.

Etiologiyasi. Odamlarda OITS bilan kasallanishini, asosan, OITV-1 va OITV-2 retroviruslar olib keladi. Virus genomi yaxshi o'rga-nilgan bo'lib, uning kattaligi 100-200 mikron va u ko'payish jara-yonida 9ta asosiy antigenlar strukturasini tashkil kiladi.

Patogenez. OITS ni patogenezini ham yaxshi o'rganilgan. Virus tirik xujayra-lar ichida kupayadi va ular munosabatida bir necha bosqichlar ajra-tiladi:

1. Virus xujayraga bog'lanishi.
2. Virus echinishi va xujayraga kirishi.
3. Virus ko'payishi va tarkibida antigenlar va boshka moddalar hosil bo'lishi.
4. Xujayra genomi ichiga virus genomini joylashishi. Normal ishlab turgan organizmga tushgan viruslarni kup yillar immun sistema bosib turadi, lekin asta-sekin immun tizimi virusga qarshi kurashish xususiyatini yukotadi va bu organizmda virus to'siqsiz ko'paya boshlaydi.

YUqish yo'li

OITV organizmga jinsiy aloqa, parenteral muolajalar (nosteril igna, shipris va boqa asbob uskunalarini qo'llash), qon va uning o'rnini bosuvchi dorilarni qo'llash, a'zo va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish vaqtida yuqadi.

OITS bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligini gomme va biseksuallar, fohishalar, norkamanlar, shu kasallikni qo'zg'atuvchi virus bilan zararlangan donorlardan qon va uning mahsulotlarini qabul qilgan shaxslar – resipientlar va boshqalar tashkil etadi. Organizmga kirgan OITV limfositlarning funksional aktivligini pasaytirib, limfopeniya va immun sistemasi tanqisligiga olib keladi.

Epidemiologiyasi.

OITS o'ta xavfli yukumli antropozoz kasallik va u bemordan yoki OITS virusini tashib yuruvchi shaxslardan sog' odamga yuqadi.

OITS virusining yuqish yo'llari:

- jinsiy aloqa orkali (vaginal, anal, oral, gomoseksual yoki geteroseksual),
- parenteral zararlangan qon va qon mahsulotlari orkali (pshris va asbob-uskunalar)
- bemor onadan homilaga (tugilish vaktida) yoki bolaga (ona suti orqali).

OITS virusi jaroxatlanmagan teri va shilliq qavatdan o'tmaydi.

Klinik ko'rinishi

OITSning kechishi 5 davrga ajratiladi:

1. Kasallikning o'tkir davri.

2. Belgilarsiz - tashuvchilik davri.
3. Persistik generalizasiyalashgan - limfadenopatiya davri.
4. OITSga assosiasialangan kompleks davri.
5. OITS.

Uzbekistonda OITS klinikasini yoritishga va yordamni rejalashtirishda ko`prok V.I.Pokrovskiy (1989 i.) bergan kasallik tasnifi qo`llaniladi va u bo`yicha:

1. Inkubasion davri.
2. Birlamchi belgilar davri:
 - A. O`tkir isitmalik fazasi.
 - B. Kasallikning belgilarsiz fazasi.
- V. Qaytalanuvchi tarqoq limfadenopatiya fazasi.
- Z. Ikkilamchi belgilar davri:

A. Tana vaznining 10% dan kam miqdorini yo`qotish, teri va shillik qavatlarni zamburug`, bakteriya va viruslar tomonidan shikastlanishi, o`rab oluvchi temiratki, sinusitlar va kaytalanuvchi faringitlar kuzatilishi.

B. Tana vaznining 10% dan ko`prog`ini yo`qotish, 1 oydan ortik; sababsiz diareya va isitmalash, tilning «tukli» leykoplakiyasi, o`pka sili, ichki a`zolarining bakteriya, zamburug`, virus, sod-da parazitlar tomonidan jaroxatlanishi (disseminasiyasiz) yoki teri va shillik; qavatlarning chukur jaroxatlanishi, disseminasiyalangan o`rab oluvchi temiratki, maxalliy Kaposi sarkomasi.

V. Bakteriya, virus, zamburug`, sodda parazitlar tomonidan chaqirilgan turli xil tarkalgan kasalliklar, pnevmo-sistli zotiljam, qizilungach kandidozi, atipik mikobakterioz, o`pkadan boshqa a`zolarida uchraydigan sil kasalligi, tarqalgan Kaposi sarkomasi, turli xil sabablarga ko`ra markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

4. Terminal davri.

YUkorida bayon etilgan klinik belgilardan tashqari OITSni borligini quyidagi taxliliy o`zgarishlar tasdiklaydi:

- T-xelperlar qondagi sonining kamayishi;
- T-xelperlarning T-supressorlarga nisbati kamayishi;
- kamqonlik yoki leykopeniya, trombositopeniya, limfopeniya;
- qon zardobida A- G-immunoglobulinlar miqdorining oshib ketishi;
- qonda aylanib yuruvchi immun birikmalar miqdorining oshishi;
- mitogen (immunostimulyator) ta`sirida limfositlarning yadroviy uzgarish xususiyatining kamayishi;
- terining antigenga nisbatan sekinlashgan tipdagi, yuqori sezuvchan allergik reaksiyasi.

Amaliyotda OITSga gumon qilish uchun mujassamlashgan belgilardan ikkita va undan ko`prok klinik va taxliliy ko`rsatkichlar bo`lishi kerak.

Davosi.

OITS kasalligining klinik kechishiga, davriga karab antiretrovirusli (zidovudin, azidotimidin, didanozin, zal`sita-bin, stavudin, lamivudin, neviralin, lavirid, idinavir, ritonavir), simptomatik va patogenetik davo olib boriladi.

Genital herpes

Kasallikning yuqish yo`li jinsiy yo`l bilan. Kasallik bilan zararlanish qachonki jinsiy sherikda infeksiya o`chog`i borligi va infeksiyani residivlanishi bilan kechadi.

Genital gerpisning Asimptom formasi ko`proq tarqalgan.

Klinika.

- Birlamchi genetal herpes- VPG bilan qontakda bo`lmagan kishilarda uchraydi. Genital va ekstrogenetal zararlanish bilan harakterlanadi. Ko`pincha proses katta va kichik jinsiy labda, qin va bachadon bo`yni shilliq qavatida, jinsiy olat boshchasi va siydik chiqarish kanalida kechadi.

Inkubasion davrning 1-5 kunlarida zararlangan sohada og`riq, qichish, ajralma ajralishi kuzatiladi. 60 % bemorlarda temperatura ko`tarilishi, bosh va mushaklarda og`riq kuzatiladi. 23% bemorlarda qov va son sohasi limfa tugunlari kattalashadi. Zararlangan sohada deametri 1-3 mm kattalikdagi qizargan terida serozli pufakcha

kuzatiladi. Pufak boshlanishida tiniq keyinchalik loyiqali, yiringli bo`ladi. Pufak yorilgandan so`ng ochiq qizil eroziya hosil bo`ladi, yupqa parda bilan qoplangan bo`lib, jarohat sohasida tuzalgandan

so`ng chandiq qolmaydi, lekin vaqtinchalik qizarish yoki pigmentasiya qoladi. Kasallik davomiyligi o`rtacha 10-12 kun.

Siydik chiqarish kanali kasallik bilan zararlanganda, to`satdan shiliqli ajralma ajralishi kuzatiladi, rangi rangsiz. Bemorlar siydik chiqishi qiyinligiga og`riqqa, tashqi jinsiy a`zolarida qichishish, achishishga shikoyat qiladilar. Kasallik belgilari 1-2 haftadan so`ng yo`qoladi. Ko`p bemorlarda kasallik bir necha hafta yoki bir necha yildan so`ng qaytalanishi mumkin.

Ikkilamchi genetal herpes. Kasallik engil kechib, tuzalish tez kuzatiladi. Toshmali elementlar kam kuzatiladi. Birlamchi genetal genetal gerpisga qaraganda ikkilamchi genetal herpesning ritsidivlanishi erta va tez.

Diagnostika. Virusologik va bachadon bo`yni rakiga tekshirish shart. Ikkilamchi genetal herpes jinsiy olat boshi rakiga olib keladi.

Davolash.birlamchi genetal herpesni davolashda 5 %li asiklover mazi yoki kremi mahalliy surtiladi. Asiklover tabletka 200mgdan kuniga 5 mahal 5 kun davomida ichishga yoki tana vazniga qarab, 5 mg xar 8 soatda 5 kun davomida tomir ichiga qilinadi, Banoftana , Tebrofena yoki Oksalin mazi kuniga 6 marta 15-20 kun davomida surtiladi. Immunostimulyatorlar qilinadi. Uretra zararlanganda interferon tomchilash, eroziyada interferon, biferon primochkasi yoki supozitori qo`llaniladi.

Genetal herpes qaytalanishida

tashqi 5%asiklover kremi kuniga 5 marta 10 kun davomida, immunostimulyator.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T.,1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo`shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыи I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar.,T. 1993.
- 4.Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma`ruza matnlari.
- 5.Fitspatrik T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
6. Fitzpatrik T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
10. Somov B.A., Dolgov A.B. Professional`nye zabolevaniya koji v vedushix otraslyax narodnogo xozyaystva. ML 976.
11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Differentsial`naya diagnostika kojnyx zabolevaniy. M.Med.,1989
12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
- 13.Djeyms Ye. Fitspatrik. Sekrety dermatologii. 1999.
- 14 . Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;

3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html;
5. www1.Mosbycom/Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm;
8. www.Crawford.com//epo//mmwz//world.html.
9. www.info@minzdrav.uz
10. www.info@tma.uz

5-MA'RUZA

Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi. So'zak va so'zaksiz uretritlar. OITS.

5.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-	Talabalar soni: 18-nafar
Mashg'ulot shakli	Axborotli ma'ruza, multimedia ma'ruza
Ma'ruza rejasi:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. 2. Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi. 3. Zaxmning mikrobiologiyasi va epidemiologiyasi. 4. Birlamchi va ikkilamchi zaxm. Uchlamchi va tug'ma zaxm. 5. So'zak va so'zaksiz uretritlar. 6. OITS.
O'quv mashg'ulotining maqsadi	<p>Ta'limiy: Talabalarga JYO'BYO'Klarga va OITSGa tashxis qo'yishni o'rgatish. Bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini haqida umumiy malumot berish. Ma'ruza jarayonida talabalarga bu kasalliklar etiologiyasi va patogenezini, tashxis qo'uyish asoslari va oldini olish choralari haqida malumot berish. To'g'ri davolash taktikasini va zamonaviy davolash usullarini qo'llay bilishga o'rgatish.</p> <p>Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqali talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, aholining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish</p> <p>Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish. Shifokor faoliyatida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalarga tashxis qo'uyish, profilaktik choralarni ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.</p>
Ta'lim berish vositalari	O'quv kullanma, darslik, ma'ruza matni, proektor, kompyuter
Mashg'ulot uslubi	Axborotli va taqdimotli ma'ruza
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol-javob

3.2 "Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi. So'zak va so'zaksiz uretritlar. OITS." ma'ruza mashg'ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Talabalar davomatini tekshirish, xonaning dars jarayoniga tayyorligini nazorat qilish 2. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash 3. Ma'ruza uchun taqdimot multimedia boshlash 4. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini 	Tinglaydilar Ko'radi

	taqdim etish	
1-mavzuga kirish	1. Mavzu maqsadi va vazifasi bilan tanishtiradi 2. Mavzu bo'yicha savollar beradi (reja) 1.Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infekstiyalar. 2.Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi, 3.Zaxmning mikrobiologiyasi va epidemiologiyasi. 4.Birlamchi va ikkilamchi zaxm.Uchlamchi va tug'ma zaxm. 5.So'zak va so'zaksiz uretritlar. 6.OITS.	Tinglaydilar Talabalar berilgan savollarga javob beradilar Ko'radi
2-asosiy bosqich	1. Mavzuni tushuntirib beradi, multimedialar namoyish qilish. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi	Tinglaydilar Ko'radi Tinglaydilar
3-yakuniy bosqich:	1.Yakunlovchi xulosa qiladi 2.Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infekstiyalar. Zaxm kasalligi haqidagi ma'lumotlarni mujassamlashtiradi 3.O'tkazilgan axborotlarni mustaxkamlash uchun bemor (yoki kuratsiya videotasvirini) ko'rsatish	Tinglaydi Yozib oladi Ko'radi
Mustaqil ta'lim uchun topshiriklar	Mustaqil ish beradi Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infekstiyalar.Zaxm kasalligining umumiy kechishi, zamonaviy tasnifi. So'zak va so'zaksiz uretritlar. OITS.haqida ma'lumot	Tinglaydi Yozib oladi

Zaxm (sifilis)

Zaxm surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, uni oqish treponema qo'zg'atadi. Zaxm o'ziga xos klinik kechishiga ega: aktiv klinik ko'rinnsh davrining yashirin davr bilan almashinishi; klinik va patologoanatomik jihatdan terida kuchsiz bo'lgan yal-lig'lanishlardan to chuqur spesifik infeksiyon granulemalar xosil bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu granulemalar keyinchalik nekrotik yo'l bilan iriydi va ularning o'rnida chandiqli rivojlanadi.

Zaxmning kelib chiqish tarixi haqida qisqacha ma'lumot. Zaxm qadimdan ma'lum. Uning er yo'zida paydo bo'lishi va tarqalishi haqida uchta nazariya mavjud.

Birinchi nazariyaga asosan zaxm Evropaga 1493 yili, ya'ni Amerika qit'asi kashf etilgan yili, Xristofor Kolumbning zaxm bilan og'rikan matroslari tomonidan olib kelingan. Taxminiy ma'lumotlarga qaraganda Qolumb matroslari zaxm infeksiyasini lama xayvonlari bilan doimo jinsiy aloqada bo'lgan mahalliy aholidan yuqtirib olganlar (lama hayvon-larida spiroxetoz borligi qadim zamonlardan ma'lum va isbotlangan). Ispaniyaga qaytib kelgan Qolumb matroslari zaxm infeksiyasini boshqalarga yuqtirishgan. Keyinchalik esa qirol Karl VIII o'z qo'shinlari bilan Rimga kelib, u erda ispan fohishalari bilan tartibsiz jinsiy aloqada bo'lishgan va na-tijada askarlar orasida «xavfli kasallik» keng tarqalgan. Bundan xabardor bo'lgan qirol o'z qo'shinlarini tarqatib yuborgan, natijada Evropada zaxm epidemiyasi boshlangan. SHunday qilib, birinchi nazariyaga asosan zaxmning vatani Markaziy Amerika xisoblanadi.

Ikkinchi nazariya tarafdorlari esa zaxmning vatani Afrika qit'asi deb hisoblaydilar. Ular (Qokbern va Gudzon ismli olimlar) endemik yoki tropik treponematozlarning qo'zgatuvchilari va venerik zaxmning qo'zg'atuvchisi treponemalar avlodining turli ko'rinishi degan fikrdalar. Odamning paydo bo'lishi va uning evolyusiyasi davomida treponematozlar venerik zaxmning qo'zg'atuvchisi shakliga aylangan. Afrika qit'asidagi aholining Evropa va Osiyoga olib chiqib ketilishi (ko'pincha qul sifatida) zaxmni boshqa k, it'alarda ham keng tarqalishiga sabab bo'lgan.

Nihoyat uchinchi nazariyani yoqlovchilar zaxm Evropa, Osiyo va YAqin SHarqda qadim zamonlarda ham mavjud bo'lgan degan fikrdalar. O'tmishning buyuk olimlari Galen, Gippokrat, Abu Ali ibn Sino va boshqalarning asarlarida yozilgan kasallik belgilari (yara, afta, kandiloma va boshqalar) aynan zaxm kli-nikasini eslatadi. Odam suyaklarida zaxmga xos bo'lgan rentgenologik o'zgarishlarning topilishi, zaxmni davolashda qo'llanilgan simobli moddalarning qon tomirlarida aniqlanishi Evropaliklar nazariyasini yana bir bor tasdiqlaydi.

SHunday qilib, yuqorida keltirilgan nazariyalardan hech bi-ri umumiy tan olinmagan. Lyoki n ehtimolga loyiq fikr, bu zaxmning Er yo'zida deyarli inson bilan birga paydo bo'lishidir.

Etiologiyasi. Zaxmni oqish treponema qo'zgatadi. Bu 1905 y. F. SHaudin va E. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Optik mikroskop ostida oqish treponema spiral ko'rinishida ekanligi va 8—12 bir tyoki s burmalar to'tganligi ko'zatiladi. Oqish treponema juda xilma-xil — tripanemmayadniksimoi-to'lqinsimon, buqiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Oqish treponema Boshqa treponemalardan o'zining bir tyoki s xarakterat qilishi bilan ajralib turadi. Ular fakul `tativ anaerob bo'lganlign sababli, limfatik sistemada o'zoq vaqt yashaydi. Elektron mikroskop yordamida o'tkazilgan tekshirishlar shuii ko'rsatadiki, oqish treponema uch qavat qobiq bilan o'ralgan bo'lnb, xar bir qavat o'z strukturasi va vazifasiga ega. Qavatlar ostida fibrillalar va sitoplazma tutuvchi sitoplazmatik membrana joylashadi. Fibrillalar ip shaklida bo'lib, bir uchi bilan bleforoplastlarga yopishadi. Fibrillalar yordamida treponemalar harakatlanadi. Sitoplazmatik membrali ham tashqi qobiq singari 3 qavagdan iborat. Sitoplchma tarki bida turli xil kattalikdagi ribosomalar joylashgan bo'lib, ular oqsil molekulalari, vakuola va lizosomalar sintezini amalga oshiradi.

Oqish treponemalar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan ko'layadi. Atrof muhitda treponemalar uchun noqulay sharoit vujudga kelishi (antibiotiklar ta'siri, etarli darajada oziqa bo'lmasligi va boshqalar) ularning «omon qolish» shakllariga (- shakl, sistalar) aylanishiga olib keladi. Sistalar koptokcha shaklida o'ralgan treponemalar bo'lib, tashqi tomonidan dori-darmonlar ta'siriga chidamli musinsifat qobiq bilan o'ralgan. Sista shakliga o'tgan treponemalar organizmga patogen ta'sir ko'rsatmaydi va tanada o'zoq muddat saqlanadi. Organizm tomoni-dan ham javob reaksiyasi bo'lmaganligi sababli makro- va mik-roorganizm orasida shartli «muvozanat» holati vujudga keladi. Lyoki n makroorganizmning immunobiologik hususiyati pasayganda va mikroorganizmga ta'sir etuvchi noqulay sharoitlar bartaraf etilganda sista shakldagi mikroblar patogen treponemalarga aylanadi. Bu jarayon reversiya deb ataladi.

Sist va ` — shaklli treponemalar hosil bo'lishining oldini olish maqsadida zaxm bilan og'rigan bemorlarni davolashda antibiotiklarni yukori mikdorda qo'llash tavsiya etiladi.

Eksperimental zaxm birinchi marotaba shimpanze maymunida (I. I. Mechnikov va E. Ru, 1903 y.), keyinchalik quyonda ko'zg'atilgan. Hozirgi vaqtda zaxmning klinik kechishi, patogenez va antibiotiklarning oqish treponemalarga ta'sirini o'rganishda quyonlarni model sifatida qo'llash maqsadga muvofiqdir. Zaxmning yuqish yo'llari. Oqish treponema odam organnzmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali kiradi. U bemor qonida, terndagi yarasida, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, nerv to'qimalarida va hamma a'zolarida. xatto zaxm bilan og'rigan ayol sutida yoki erkak shahvati (sperma) da ham bo'ladi. Zaxm bilan og'rigan bemor kasallikning aktiv dav-rida atrofdagilar uchun juda yuqumli hisoblanadi. CHunki ishkalanish, friksiyalar (jinsiy aloqada), mexaniq va kimyoviy qitiqlanish natijasida zararlangan teri to'qimalaridan oqish treponemalarga boy bo'lgan seroz suyuqlik ajralib chiqadi. Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir; u sog'lom kishi bilan o'pishganda, jinsiy aloqa qilganda yoki uning idish-tovoqlaridan foydalanganda kasallik yuqadi. Kasallik ko'pincha jinsiy aloqa yo'li orqali yuqadi. Keyingi yillarda qon quyish yo'li bilan ham zaxm yuqish xollari ahyonda ko'zatiladi. Bunda bemor organizmidan (donordan) qon oluvchi organizmga zaxm infeksiyasi (transfo'zion) o'tadi.

Zaxmning umumiy kechishi.

Zaxmning klinik kechishida teri va shilliq qavatlariga tosh-gan toshmalarning asta-syoki k regressga uchrashi va toshmalardan halos bo'lgan davri bilan almashinishi xarakterli. Kasallik-ning bunday kechishi organizmning immunologik reaktivligi bi-lan bog'liq, ya'ni kasallikning boshlangich davridagi gumoral immunitet so'nnb,. asta-syoki n hujayrali immunitet rivojlana-di. Hujayrali immunitetning yo'zaga kelishi ko'pincha spesifik infeksiyon granulema xosil bo'lishn bilan kechadi.

Zaxmning klinik kechishida inkubasion, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlar tafovut qilinadi. Inkubasion davr organizmga oqish treponemalar kiringandan boshlab, to kasallikning birinchi belgisi — og'rimaydigan qat-tiq shankr paydo bo'lgunga qadar davom etadi. Bu davr o'rta xisobda 1 oycha davom etishi, ba`zan 10—15 kunga kisqarishi yoki 4 oygacha cho'zilishi ham mumkin. Inkubasion davrning o'zayishi, asosan, boshqa yo'ldosh xastaliklar (tumov bo'lish, gonoreya) ni davolashda antibiotiklarni kam miqdorda qo'llash tufayli vujudga keladi (bunda qo'llaniladigan antibiotiklar miqdori zaxmni davolash uchun etarli emas). Olimlarning (K. R. Astvasaturov, M. N. Buxarovich)

ta'kidlashlaricha, bir-biridan o'zoq joylashgan o'choqlardan organizmga ko'p miqdorda sifilitik infeksiyaning kirishi, oqish treponemalar qisqa muddat ichida tanada generalizasiyalanishi, tezda immun o'zgarishlar sodir bo'lishiga sabab bo'ladi va natijada inkubasion davr qisqaradi, Sil, revmatizm, alkogolizm, gipovitaminoz bilan og'rigan bemorlarning ayrimlarida inkubasion davr qisqarishi ham mumkin.

Zaxmning birlamchi davri. Terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo'lgandan to'teri va shilliq qavat-larda nqilamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar bo'lgan muddatni o'z ichiga oladi, Bu muddat 6-7-haftani tashqil qiladi. Qattiq shankr hosil bo'lgandan so'ng (ko'pincha 5-7 kun o'tib) birlamchi zaxmning ikkinchi simptomi ko'zatiladi, bunda regio-nar limfa tugunlar (regionar skleradenit) yallig'lanib shishadi, kattalashadi va biroz kattiqlashadi. Limfa tugunlardagi oqish treponemalar limfa tomirlari orqali qonga tushadi va organizmda zaxm infeksiyasiga qarshi immunologik o'zgarish-larni vujudga keltiradi. Birlamchi zaxmning birinchi 2- haftasida Vasserman va cho'kma reaksiyalar manfiy bo'ladi (birlamchi seronegativ zaxm)', keyinchalik esa (odatda qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng 4 hafta o'tgach) serologik reaksiya-lar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm). Birlamchi zaxmning oxirgi haftasiga borib, oqish treponemalar organizm-ning barcha limfa tugunlariga tarqaladi va soni ham ortadi. Klinik ko'rinishi bo'yicha bu holat barcha limfa tugunlarining kattalashishi (poliadenit) bilan ifodalanadi. Taxminan bemorlarning 20% ida darmon quriydi, isitma chiqadi (38-8,5°S), bosh va bo'g'nm og'riydi, ishtaha yo'qoladi, yqusizlik ko'zatiladi. Periferik qonda anemiya, leykositoz, eritrositlar cho'kishi tezligining (ECHT) oshishi ko'zatiladi. Bu davr 6-7 hafta davom etadi.

Zaxmning ikkilamchi davri odatda qattiq shankr paydo bo'lgandan 6-7 xafta o'tib boshlanadi, ya'ni birlamchi zaxmga xos bo'lgan klinik belgilar (kattik shankr, regionar skleroadenit, poliadenit) fonida teri va shilliq qavatlarda rozeolyoz-papulyoz toshmalar toshadi. Ikkilamchi zaxm 2-4 yil davom etib, bunda serologik reaksiyalar musbat bo'ladi, Ikkilamchi zaxmga xos bo'lgan xususiyat - bu aktiv toshmalar toshish davri-ning yashirin yoki assimptom davrlar bilan almashinishidir. Agar ikkilamchi zaxm davrida teri va shilliq qavatlarda toshmalar birinchi marotaba paydo bo'lsa, bunday zaxm ikkilamchi yangi zaxm deb ataladi. Taxminan 2-3 oydan so'ng (agar kasallik davolanmasa) toshmalar o'z-o'zidan yo'qolib ketadi va kasallik ikkilamchi yashirin yoki latent davrga o'tadi. Keyinchalik yana toshmalar paydo bo'lsa u holda ikkilamchi residiv (qaytalanma) zaxm vujudga keladi. Ikkilamchi zaxmning latent davri turli muddatga cho'zilishi mumkin. Bu muddat makroorganizm va mikroorganizm orasidagi murakkab immunobiologik jarayonga bog'liq. Ikkilamchi zaxmda toshmalar toshishi 3-4 marta qaytalanishi mumkin. Ikkilamchi residiv zaxmda uchraydigan toshmalar ikkilamchi yangi zaxmdagi toshmalardan kattaligi, son jihatidan kamligi, oqish rangi, guruhlashishga moyilligi, shakl xosil qilishi va ko'p kitiqlanuvchi sohalarda (anogenital soha, og'iz bo'shlig'i) chegaralangan holda joylashganligi bilan farq qiladi.

Zaxmning uchlamchi davri. 3-5 yildan keyin ikkinchi davr zaxmning uchinchi davriga o'tadi; zaxmning bu davri bemor-larning hammasida ham ko'zatilavermaydi. Vaqt o'tishi bilan organizmdagi oqish treponemalar soni kamayadi, lyoki n to'qima-larning infeksiya qo'zg'atuvchisiga nisbatan bo'lgan sensibiliza-siyasi oshadi. Zaxmning uchlamchi davri yillab davom etadi. YAl-lig'langan infil'tratlar, olcha danagidek do'mboqchalar yoki tu-xumdek, ba'zan undan kattarok gummalar paydo bo'lib, to'qima^charni emiradi, yaraga aylanadi va chandiqlanib bitadi. Kasallik oqibati gummalar o'rnashgan joyga bog'liq. Miya, yurak, tomir, jigar kabi hayot uchun muxim a'zolar zararlangan, bemor hayoti xavf ostida qoladi; yo'z zararlangan bo'lsa, burun skeleti emirilib, bemor badbashara, burni egarsimon bo'lib qoladi. Hara-kat, ko'ruv, eshituv a'zolari, nerv sistemasining zararlanishi kishini umrbod mayib qilib qo'yadi. Uchlamchi zaxmda uchraydigan toshmalar atrofdagilar uchun kam yuqumliligi bilan ifodalanadi. CHunki bu toshmalarning ajralmalarida oqish treponemalar juda kam bo'ladi yoki umuman bo'lmaydi. Uchlamchi zaxmdagi toshmalar birdan paydo bo'lib, monomorf, son jixatdan kam, assi-metrik va gurux-gurux joylashishi bilan ifodalanadi. Uchlamchi zaxmning aktiv yoki manifest va yashirin xillari tafovut qilinadi. Uchlamchi zaxmga yo'liqqan bemorlarning ayrimlarida progressiv falaj va orqa miya so'xtasi kabi ogir kechuvchi yallig'lanish-degenerativ o'zgarishlari uchraydi. Ba'zan zaxm xech bir belgisiz kechib, keyinchalik esa nerv sistemasi va visseral (ichki a'zolar) a'zolarining zararlanishi bilan ifodalanadi. Zaxm bilan og'rigan va davolangan bemorlarda orttirilgan immunitet rivojlanmaydi. ularda tug'ma immunitet ham bo'lmaydi. Zaxm bilan

qayta eararlanish (reinfeksiya) ham mumkin. Zaxm infeksiyasi bor organizmda rivojlanayotgan immunitet steril bo`lmagan, infeksiyon immunitet deb ataladi. Bunday immunitet organizmning oqish treponemaga qarshi javob reaksiyasi bo`lib, infeksiyon immunitet organizm tarkibida infeksiya saqlanib qolgunga kadar davom etadi. Agar zaxm bilan og`rigan organizmga oqish treponemalarning yangi «qismi» tushsa, bu holat superinfeksiya deb ataladi. Zaxmning turli davrlarida superinfeksiya turlicha namoyon bo`ladi. Superinfeksiya natijasida paydo bo`lgan morfologik elementlar bemorda kechayotgan zaxm davrining elementlariga mos bo`ladi (masalan, ikkilamchi yashirin zaxm bilan og`rigan bemor yana zaxm infeksiyasi bilan zararlansa, u holda bemor terisida ikkilamchi zaxmga xos elementlar - papula, rozeola - va Boshqalar toshadi). Agar bemor inkubasion davrda yoki birlamchi zaxmning birinchi 10-14 kunida yana sifilitik infeksiya bilan zararlansa, u holda shu bemorda qisqa inkubasion davrdan so`ng kichik va yangi qattik shankr paydo bo`ladi. Zaxmning uchlamchi davrida, oqish treponemalar shu darajada kam bo`ladiki, bunda organizmning immunobiologik reaktivligi yuqori darajada saqlana olmaydi. Bunday organizmning yana oqish treponemalar bilan zararlanishi (superinfeksiya) qattiq shankr paydo bo`lishi yoki ikkilamchi davrga xos bo`lgan simptomlar ko`rinishida kechadi. S. T. Pavlov bunday xolatni resuperinfeksiya deb atagan.

Zaxm klassifikatsiyasi. Inkubasion davrdan so`ng zaxmning quyidagi davrlari ko`zatiladi:

1. Birlamchi seronegativ zaxm.
2. Birlamchi seropozitiv zaxm.
3. Birlamchi yashirin zaxm.
4. Ikkilamchi yangi zaxm.
5. Ikkilamchi residiv (davolanmagan) zaxm.
6. Ikkilamchi residiv (davolangan) zaxm.
7. Ikkilamchi yashirin zaxm: bunda serologik reaksiyalar va qavs ichida birinchi qo`yilgan diagnoz ko`rsatiladi.
8. Seroresidiv zaxm, ya`ni «ikkilamchi yashirin zaxm, serologik residiv» deb talqin qilinadi.
9. Yashirin serorezistent zaxm.
10. Yashirin serofiksatsiyalangan zaxm, ya`ni serorezistent zaxmni qo`shimcha davolash vositalari (nospesifik davolash usullari) bilan davolagandan so`ng serologik reaksiyalar musbat bo`lib koladi.
11. Uchlamchi aktiv zaxm.
12. Uchlamchi yashirin zaxm.
13. Erta yashirin zaxm - ya`ni klinik kechishi asimptom, serologik reaksiyalar esa musbat bo`lgan va zararlanganiga 2 yil bo`lmagan zaxm.
14. Kechki yashirin zaxm, ya`ni klinik kechishi bo`yicha asimptom, lyoki n serologik reaksiyalari esa musbat va zararlanganiga 2 yildan ortiq vaqt o`tgan zaxm.
15. Aniqlanmagan yashirin zaxm - serologik reaksiyalari musbat, lyoki n zararlangan vaqti aniqlanmagan zaxm.
16. Erta tug`ma zaxm. Bu ko`krak yoshidagi (1 yoshgacha bo`lgan chaqaloqlarda) va kichik yoshdagi bolalar tug`ma zaxmini (1 yoshdan - 4 yoshgacha bo`lgan bolalarda) o`z ichiga oladi.
17. Qechki tug`ma zaxm.
18. Tug`ma yashirin zaxm.
19. Nerv sistemasining erta zaxmi-zaxm infeksiyasining 5 yilgacha bo`lgan muddatda nerv sistemasini zararlashi.
20. Nerv sistemasining kechki zaxmi, bunda nerv sistemi-ning zararlanishi, odatda kasallik yuqqanidan 5 yil keyin paydo bo`ladi.
21. Orqa miya so`xtasi.
22. Progressiv falaj.
23. Visseral zaxm, bunda ichki a`zolarining qay biri zararlanganligi ko`rsatiladi.

Zaxmning birlamchi davri

Oqish treponema teriga yoki shilliq qavatlarga kirgach u erda zaxmning birlamchi effekt belgilari (qattiq shankr) paydo bo`lib, u to ikkilamchi davrga xos belgilari bilan almashgunga qadar bo`lgan muddat zaxmning birlamchi davri deb ataladi. Birlamchi davr bemor qonidagi Vasserman va cho`kma reaksiyalarning natijalariga qarab seronegativ va seropozitiv davr-larga bo`linadi. Zaxmning klassik

kechishida birlamchi zaxm o'rtacha 6-8 hafta davom etadi. Zaxmning birlamchi aktiv davri oqish treponema tushgan te-rida qattiq shankr, regional limfadenit, ba'zan limfangit hosil bo'lishi bilan ifodalanadi. Qattiq shankr yoki birlamchi sifiloma oqish treponema kirgan teri va shilliq qavatlarda chegaralangan infil'trat hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik infil'tratning yo'za qismi nekrozga uchrab, eroziya yoki yara vujudga keladi. Qattiq shankrning joylashgan o'rniga qarab zaxm infeksiyasining yuqish yo'li haqida bir fikrga kelish mumkin. Qattiq shankr ko'pincha jinsiy a'zolarida (jinsiy olat boshchasi, prepusial xaltacha, anus, katta va kichik jinsiy uyatli lablar, bachadonning bo'yin qismida) bo'ladi va bu kasallikning jinsiy yo'l bilan yuqqanini ko'rsatadi, Ba'zan qattiq shankrni oyoq, qorin va boshqa sohalarda uchratish mumkin. Qattiq shankr badan terisi yoki shilliq qavatlarning har qan-day joyida, ko'pincha lab, til, ko'krak va bodomcha bezlarida joylashadi va bu kasallikning nojinsiy yo'l bilan o'tganini bildiradi. Odatda qattiq shankr oval yoki yumaloq, atrof teridan aniq chegaralangan, qattiqligi jimjiloq tirnog'iday keladigan eroziyadir. Eroziyalarning rangi qizil, chetlari tyoki s, yulinmagan va bir oz ko'tarilgan bo'lib, tubiga tomon nishab bo'lib boradi (idish shaklini eslatadi). YAraning yo'zi tyoki s, silliq, go'sht rangida bo'ladi, uning markazi goho sarg'ish yog' g'ubori bilan qoplan-gan bo'lishi mumkin. Eroziyalardan bir oz seroz suyuqlik chiqib, shankrga yaltirok, «laklangan» ko'rinish beradi. Qattiq shankrning xarakterli belgilaridan biri - qattiq konsistensiyali infil'tratga ega ekanligidir. Barmoqlar bilan pal'pasiya qilib, eroziya ostidagi qattiq infil'tratni aniqlash mumkin. YArali qattiq shankrning chekka qismi tubidan ko'ra balandroq bo'lib, tagidagi qattiq infil'trat qo'lga yaxshi unmaydi. Eroziyali shankrlar epitelizasiya yo'li bilan to'zalsa, yaralisi o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Birlamchi sifiloma sub'ektiv belgilarisiz, ba'zan esa sezilarsiz og'rik. bilan kechadi. So'nggi yillarda qattiq shankrning klinik ko'rinishida ma'lum bir o'zgarishlar yo'z berdi. Ilgari zaxm bilan og'rigan bemor-larning 80-90% ida yagona (bitta) shankr uchragan bo'lsa, hozir ikki va undan ortiq shankrlar borligi ko'zatilmoqda. SHu bilan birga yarali shankrlar va ularning piogen infeksiyasi bilan asoratlanish hollari ham tez-tez uchrab turadi. Qattiq shankrning anogenital soxalarda uchrashi ko'proq ko'zatilmoqda. Qattiq shankrni og'iz bo'shlig'ida bo'lishi ko'proq ayollarda ko'zatisa, uning anus atrofida joylashishi esa erkaklarga xos; birlamchi sifilomaning shu sohalarda uchrashi jinsiy aloqaning nomaqbo'l ko'rinishlari mavjudligidan darak beradi. Atipik shankrlar. Qattiq shankrlar quyidagi atipik ko'rinishlarda uchraydi: indurativ shish, amigdalit-shankr, panarisiy-shankr. Indurativ shish ko'pincha katta va kichik uyatli lablarda, erkaklarning moyak haltachasida va olat boshchasining chekka qismi-da paydo bo'lib, og'riqsiz kechadi. Jinsiy a'zolar to'qimasi shishgan va qattiqlashgan bo'ladi, bosib ko'rilsa barmoq izi qolmaydi.

Amigdalit-shankrda bodomcha bezi bir tomonlama kattalashadi, biroz shishadi, qizaradi, qattiqlashadi, ammo og'rimaydi, yara va eroziyalar ba'zan ko'rinmaydi, Bemorning issig'i chiqmaydi, ovqatlangan vaqtida og'rimaydi va bemalol yutinaveradi. Ammo o'sha tomondagi bo'yin va jag' osti limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Panarisiy-shankr ko'pincha tibbiyot xodimlari (ginekolog, stomatolog va laborantlar) ning ko'rsatkich barmog'ida uchraydi. Bunda barmoq kattalashadi, gungurt-ko'kish rangga kiradi, chetlari notyoki s, shakli esa noto'g'ri bo'ladi, u og'riydi; tirsak limfa tugunlari kattalashadi. Kasallikning klinik kechishi streptokokkli panarisiyni eslatadi. Lyoki n qattiq infil'trat, regional skleradenitlarning ko'zatilishi va o'tkir yallig'lanish eritemasining yo'kligi panarisiy-shankr uchun xosdir. Qattiq shankrning asoratlanishi. Qattiq shankrning ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanishi va o'z vaqtida tegishli davolash ishlari olib borilmaganligi natijasida eroziv balanopostit, fimoz, parafimoz, g'angrena, fagedenizm kabi asoratlar vujudga keladi. Eroziv balanopostit- qattiq shankrning eng ko'p uchraydigan asoratlaridan biri. Prepusial xaltachada etarli namlik, bir xil harorat va oziqlanish uchun qulay muxitning paydo bo'lishi mikroorganizmlarning tez muddat ichida ko'payishiga olib keladi. Qattiq shankr atrofida shish, eritema, eroziyalar hosil bo'ladi va natijada ularning usti seroz-yiringli ekssudat bilan qoplanadi. Bunday manzara qattiq shankrning klas-sik klinik kechishini o'zgartirib yuboradi. Limfatik tomirlarga boy bo'lgan prepusial xaltachada bir oz yallig'lanish jarayonining rivojlanishi fimozni keltirib chiqarishi ham mumkin. Bunda olat boshchasining chekka kertmagi kattalashadi, elastikligini yo'qotadi va prepusial xaltacha jinsiy olat boshchasini chiqarishga halaqit beradi. Prepusial haltacha ichidagi maserasiya olat boshchasida katta eroziyalar hosil qiladi; toraygan prepusial haltacha teshigidan ekssudat oqnsi ko'zatiladi. Reg'ionar limfatik tugunlarni paypaslaganda og'riydi va

harakatchanligi kamayadi. Prepusial xaltachaning shishi va infil'trasiyasi natijasida prepusial halqa olat boshchasini siqib qo'yadi. Natijada qon va limfa aylanishi bo'zilib olat boshchasi va prepusial xaltachaning to'qimasi nekrozga uchrashi mumkin. Bu parafimoz deb ataladi.

Gangrena va fagedenizm qattiq shankr asoratining eng og'ir ko'rinishi bo'lib, u kamquvvat va ichqilik ichadigan kishilarda uchraydi. Bunda fo'zospirillyoz infeksiyasi qo'shilishi kasallikning tez rivojlanishiga olib keladi. Qattiq shankr yo'zasida kir—qora yoki qalin qora rangli chirik (gangrena) paydo bo'ladi va u ko'chganida gemorragik-yiringli, yarali defekt vujudga keladi. Defekt asta-syoki n granulyasion to'qima bilan qoplanib, o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Agar gangrenali shankrdagi yallig'lanish jarayoni atrofga va ichkariga tarqalsa uni fagedenizm deb ataladi. Bunda bemor titrab-qaqshaydi, issig'i ko'tariladi, boshi og'riydi, zaharlanish alomatlari ko'zatiladi; to'qimalarning kuchli parchalanishi katta va chuqur yaralar hosil bo'lishi hamda qon oqishiga olib keladi. Regionar skleradenit birlamchi zaxmning ikkinchi asosiy belgisi, u qattiq shankr paydo bo'lgandan 5—7 kun o'tib rivojlanadi. Agar qattiq shankr tashqi jinsiy a'zolarida joy-lashsa, u holda chov sohasidagi limfatik tugunlar kattalashadi. Agar u bachadon bo'ynida yoki to'g'ri ichak sfinkteridan yuqorida joylashsa, u xolda kichik chanoqdagi limfa tugunlar kattalashadi. Jag' va dahan ostidagi limfa tugunlarning kattalashishi qattiq shankrning lab yoki og'iz bo'shlig'ida joylashganligida ku-zatiladi. Limfa tugunlarning loviyadek kattalashishi, qattiq elastik konsistensiyaga ega bo'lishi, paypaslab ko'rilganda ularning harakatchanligi, bir-biri va teri bilan birlashmaganligi hamda og'rimasligi regionar skleradenit uchun xarakterlidir, Rikorning yozishicha «skleradenit kattik shankrga yo'ldosh, u bilan doimo birga uchraydi, shankr ketidan izma-iz boradn, bubonsiz qattiq shankr uchramaydi».

Diagnozi. Qattiq shankrni oddiy pufakchali temiratki, shankrsimon piodermiya va rakda uchraydigan yaralardan farqlash lozim. Oddiy pufakli temiratki pufaklardan hosil bo'lgan eroziyalar shishgan bo'lib, ular giperemiyali terida joy-lashadi, polisiklik chegaraga ega, asosida esa qattqlik aniqlanmaydi, og'riq seziladi. Shankrsimon piodermiya kamdan kam uchrasada, uni qattiq shankr bilan qiyoslash ma'lum bir qiyinchiliklar tug'diradi. Chunki shankrsimon piodermiyada ham og'riqsiz qattik yara yoki eroziyalar bo'ladi va regionar limfa tugunlar kattalashadi. Diaqnoz qo'yishda eroziya yoki shankrdan bir necha marotaba oqish treponemaga tekshirish, Vasserman reaksiyasining natijalarini hisobga olish katta ahamiyatga ega. Teri o'smasidagi (teri raki) yara aniq chegaralangan, tubi qattiq, cheti notyoki s, egri-bugri, ko'pincha emirilgan va atrofi sal-pal yallig'langan bo'ladi. Bunday yara, birlamchi sifilomaga nisbatan, chuqur joylashganligi sababli undan qon oqishi va se-kin (torpid) kechishi ko'zatiladi. SHuningdek teri o'smasidagi yaralar ko'prok kariyalarda uchraydi.

Zaxmning ikkilamchi davri

Zaxmning ikkilamchi davri oqish treponema bilan zararlangandan o'rtacha 2—3 oy yoki birlamchi sifiloma paydo bo'lgandan 6—7 hafta o'tgach teri va shilliq qavatlarda toshmalar toshishi bilan boshlanadi. Kasallik davolanmagan holda 3—5 yil davom etadi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a'zolar, xarakatlanish apparaglari va nerv sistemasida turli xil patologik o'zgarishlar ko'zatiladi.

Ikkilamchi zaxmning birinchi 5-7 kunida ba'zi bemorlarda (10-15%) umumiy darmonsizlik, lanjlik, bosh og'rig'i, harorat ko'tarilishi (37,2—38°S), kechqurunlari bo'g'im va suyaklarda og'riq bo'lishi ko'zatiladi. Lyoki n ko'pincha bemorning umumiy axvoli deyarli o'zgar olmaydi.

Zaxmning ikkilamchi davri ikkilamchi yangi zaxm (toshmalarning birinchi marta toshishi) va ikkilamchi residiv zaxmga (toshmalarning qayta. toshishi) bo'linadi. Toshmalar toshishi orasi-dagi vaqt ikkilamchi yashirin zaxm deb ataladi.

Ikkilamchi davrda toshmalarning paydo bo'lishi va yo'qoli-shi, shuningdek ularning soni, morfologik xususiyatlari oqish treponemalarning aktivligiga va ularning makroorganizm bilan bo'lgan immunobiologik munosabatiga bog'liq.

Ikkilamchi davrda uchraydigan toshmalar umumiy xususiyatga ega. Ular badanning turli sohalarida uchrab, shakli dumaloq, keskin chegaraga va ko'kimtir-qizg'ish rangga ega, ko'shilishga moyil emas, sub'ektiv sezgilar bo'lmaydi, davolash choralari o'tkazilmasa ham ma'lum bir vaqtdan keyin iz qoldirmasdan yo'qolib ketadi. Ikkilamchi sifilidlarning eroziyali yo'zasida ko'p miqdorda oqish treponemalar bo'lib, ular juda ham qonta-gioz hisoblanadi. Vasserman va cho'kma reaksiyalar ikkilamchi yangi zaxmda 100% keskin musbat bo'lsa (reaginlar titri yuqori - 1:160, 1:320), ikkilamchi residiv zaxmda 96-98% bemorlarda keskin musbat bo'ladi (reaginlar titri past), Immunoflyuores-sensiya reaksiyasi 100% bemorda keskin musbat bo'ladi. Oqish treponemalarning immobilizasiya

reaksiyasi (OTIR) ikkilamchi yangi zaxm bilan og`rigan bemorlarning taxminan yarmida (40-60% immobilizatsiya) va ikkilamchi residiv zaxm bilan og`rigan bemorlarning 60-80% ida musbat bo`ladi (okish treponemaning immobilizatsiyasi esa 70-90% ni tashqil etadi).

Ikkilamchi zaxm bilan og`rigan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash vaqtida Lukashevich- Yarish-Gerksgeymer re-aksiyasi (harorat ko`tarilishi, umumiy simptomlarning paydo bo`lishi, toshmalar sonining ortishi va rangining yorqinlashishi) ko`zatiladi. Antibiotiklar ta`sirida ko`plab oqish treponemalar nobud bo`ladi va natijada bu mikroorganizmlar tarkibidan pirogen (toksik) moddalar ajralib chiqadi. Bu moddalar qon tomirlarga ta`sir etadi va klinik jihatdan Lukashevich –Yarish-Gerksgeymer reaksiyasi bilan ifodalanadi.

Ikkilamchi zaxmda morfologik elementlardan dog` (rozeola), tuguncha (papula), ba`zan esa pufakcha (vezikul) va madda (pustula) uchraydi. SHu bilan birga bu davrda sifilitik leykoderma va soch to`qilishi (sifilitik alopesiya) ham ko`zatiladi.

Zaxmning ikkilamchi yangi davridagi sifilidlar mayda va ko`p, yorqin rangli, simmetrik, atrofga yoyilmaydi, usti kepaklanmaydi. Bu davrda ba`zi bemorlarda qattiq shankrning qol-diqqlarini va regionar skleradenitni aniqlash mumkin, 80-90% bemorlarda poliskleradenit holati rivojlanadi. Ikkilamchi residiv zaxmda toshmalar yirik va soni kam, ko`pincha simmetrik bo`lmay, guruhlashishga moyil bo`ladi va ko`p ishqalanuvchi sohalarda (son, jinsiy a`zolar, ogiz bo`shlig`i) joylashadi.

Dog`simon sifilid (sifilitik rozeola). Zaxmning ikkilamchi davri ko`pincha sifilitik rozeola bilan boshlanadi. Dog`larning kattaligi jimjiloqdek yoki undan kichikrok, rangi pushti-qizil, shakli esa dumaloq bo`ladi. Agar dog`ni bosib ko`rilsa yo`qolib ketadi, lyoki n yana paydo bo`ladi, po`st tashlamaydi, teri damidan ko`tarilmaydi. Rozeolalar ko`pincha teri yo`zasida: ko`krak, qorin va ko`l, dumba, son va og`iz shilliq qavatida uchraydi. Rozeola 1—2 xafta davomida toshib, 3-4 haftagacha o`zgarmay turaveradi, keyin rangsizlanadi va syoki n-asta hech qanday dog` qoldirmay yo`qolib ketadi.

YUqorida bayon etilgan tipik rozeoladan tashqari ba`zan uning atipik yoki kam uchraydigan xillarini ham uchratish mumkin:

1. Qepaklanuvchi rozeola - elementning usti kepakli tanga-chalar bilan qoplanadi, o`rtasi esa biroz botiq bo`ladi.

2. Bo`rtib turadigan (elevirlovchi) rozeola-perivaskul yar shish hisobiga atrofidagi teridan biroz ko`tarilib turadi va klinik jihatdan eshakemni eslatadi.

3. Qo`shiluvchi rozeola - elementlarning ko`shilishi hisobiga vujudga keladi va katta eritematoz soxalarni hosil qiladi.

4. Follikul yar (nuqtali) rozeola - soch so`rg`ichlari atrofida perivaskul yar infil`trat hisobiga vujudga kelib, rozeola va papula orasidagi oralik element xnsoblanadi.

Papulyoz sifilid. Papulyoz sifilid ikkilamchi zaxmning residiv davrida ko`proq uchraydi. Papulalarning katta-kichikli-giga qarab lentikul yar (yasmiqsimon) va miliar xillari tafovut etiladi.

Lentikul yar papulalar yarim oysimon shaklga zga, chegarasi aniq va keskin, pushti rangli bo`lib, bir biri bilan qo`-shilmaydi, usti kepaklanadi va tangachalar papulalarning atrofida joylashadi («Biyott yoqachasi» simptomi). Miliar papulalar soch follikul alarining chiqish joyida va ko`pincha darmoni qurigan bemorlarda uchraydi. Bunday papulalar to`g`nog`ich bo`shiday kattalikda bo`lishi mumkin.

CHov, jinsiy a`zolar va orqa chiqaruv teshigi atrofida joy-lashgan papulalar ishqalanish va qitiklovchi ajralmalar ta`sirida kattalashadi (gipertrofik papulalar), ular qo`shilishi natijasida pilaksimon papulalar yoki keng kandilomalar vujudga keladi. Bunday katta papulalarning usti ishkalanish oqibatida eroziya (eroziv papula) va pilchirash (xo`llanuvchi papula) paydo bo`ladi. Bunday eroziv va ho`llanuvchi papulalar sirtida juda ko`p oqish treponemalar bo`lib, u atrofdegilar uchun juda xavfli xisoblanadi. Kaft va tovonda joylashgan papulyoz toshmalar terining umumiy sathidan ko`tarilmaydi, to`q-qizil rangdagi dog`larni eslatadi, Papulalar qattiq konsistensiyali va usti qalin, zich joylashgan tangachalar bilan koplangan bo`ladi. Zaxmning ikkilamchi davrida psoriaz (psoriaksimon sifilidlar) va seboreyaga (seboreyali sifilitik papulalar) xos papulalarni ham uchratish mumkin. Sifilitik papulalar asta-syoki n so`rilib, o`zidan so`ng pigmentli doglar qoldiradi. Dog`lar ham vaqt o`tishi bilan yo`qolib ketadi.

Gistopatologiyasi. Dermada yallig`lanish infiltrati vujudga keladi. Infil`trat asosan plazmatik hujayralardan tashqil topgan bo`lib, bu hujayralar so`rg`ichsimon qavat qon to-mirlari atrofida diffo`z holatda joylashadi. Tomirlar endo-teliysi keskin giperplaziyaga uchraydi.

Diagnozi. Sifilitik papulalarni psoriaz, qizil yassi te-miratki, qizil volchankada uchraydigan papulalardan ajratish lozim. Keng kandidomalarni o'tkir uchli kandidomalardan, ge-morraidal tugunlardan farqlash lozim.

Pustulyoz sifilid. Pustulyoz sifilid asosan organizmning reaktivligi pasaygan va ichqilikka ruju qilgan kishilarda uchraydi. Toshmalar asosan boshning sochli qismi, bel va boldirlarga toshadi.

Pustulyoz toshmalar ko'pincha papulyoz sifilidlar bilan birga uchraydi. Pustulyoz sifilidning bir necha xili tafovut qilinadi:

1. Zaxm impetigosida papula markazida madda (pustula) bo'lib, u tez orada kuriydi va po'st paydo bo'ladi. Elementlar periferiya tomon o'smaydi, bir-biriga qo'shilmaydi va sub'ektiv sezgilar bo'lmaydi.

2. Husnbo'zarsimon sifilid klinik ko'rinishi jihatidan oddiy husnbo'zarni eslatadi. Lyoki n husnbo'zarsimon sifilidlar seboreyali bo'lmagan soxalarda \am joylashadi, seboreyaning simptomlari (kamedonlar) bo'lmaydi.

3. Chechaksimon sifilid. SHarsimon pustula hosil bo'lib, tez orada o'rtasi cho'kib quriydi (shu klinik ko'rinishi bilan chechakni eslatadi), atrofiga qo'ng'ir-qizil rangli infil'tratli bo'lishcha ko'zatiladi. Pustulalar soni ko'p bo'lmaydi (10—20) va o'zoq vaqt saqlangandan so'ng o'zidan keyin chandiq qoldirmaydi.

4. Sifilitik ektimada qalin, kul rang yoki qo'ng'ir po'st bilan qoplangan chuqur pustula hosil bo'ladi. Po'st tagida yara bo'lib, keyinchalik u tyoki s chandiq bilan bitadi. Element atro-fida qizil gardish bilan o'ralgan qattiq bolishli infil'trat bo'ladi. Pustulalar boldirning oldingi yo'zasida, ba'zan esa badan, qo'l-oyoqlarda va boshning sochli qismida joylashadi. Banal ektimaning sifilitik ektimadan farqi shundaki, uni strepto-kokklar qo'zg'atadi; dumba va belda joylashadi hamda atrofidagi eritema katta bo'ladi.

5. Sifilitik rupiya, zaxm rupiyasi. Sifilitik ektimaning bir xili bo'lib, bunda infil'trat kattalashaveradi, tubidan chiqqan suyuqlik qotishi natijasida katlam-qatlam qonussimon, chuqur yaraga aylanadi, Rupiya kasallik boshlangandan keyin vujudga keladi va ektima kabi zaxmning og'ir kechishidan darak beradi.

Zaxmning ikkilamchi davrida teridagi kabi shilliq qavatlarda (og'iz bo'shlig'i, tomoq, halkum, lablarning qizil hoshiyasi. katta va kichik uyatli lablarning shilliq qavatlari) ham dog'simon papulyoz va pustulyoz sifilidlar uchraydi. SHilliq qavatlar pushti rangda bo'lganligi sababli bu elementlarni darxol ajratib olish (diagnostika qilish) qiyin. YUmshoq tan-lay, tanglay tilchasi, bodomcha bezidagi rozeolalar bir-birlari bilan qo'shilishib katta o'choq hosil qiladi va buni sifilitik angina deb ataladi. Sifilitik angina bir yoki ikki tomonlama bo'lishi, sub'ektiv belgilersiz kechishi, harorat ko'tarilmas-ligi va toshmalar chegarasi keskin ajralganligi bilan xarakterlanadi.

shilliq qavatlarda papulyoz toshmalarini ham uchratish mum-kin. Ular yassi, dumalok, chegarasi keskin, ushlab ko'rilganda zich, rangi esa to'q qizil bo'ladi. Ogiz bo'shlig'ida joylashgan pa-pulaning epiteliysi shikastlansa, u oqish bo'lib, chetida qizg'ish rangli bolishcha ko'rinadi. Analogik palulyoz toshmalarini tanglay, milk, jinsiy a'zolarining` shilliq qavatida uchratish mumkin. Agar papulalar ovoz (tovush) paylarida yoki xiqildoqda joylashsa, u xolda ovoz hirillab qoladi.

Sifilitik alopesiya. Sifilitik alopesiyaning mayda o'choqli, yalpi (diffo'z) va aralash xillari tafovut etiladi. Mayda o'choqli sifilitik alopesiyada soch to'qilgan joy terisi o'zgarmaydi, qipiklanmaydi. soch kichik-kichik o'choq xosil qilib to'qiladi, chetidagi soch qo'l bilan syoki n tortilsa yulinib chiqadi, yallig'lanish belgilari ko'zaticlmaydi. YAlpi (diffo'z) alopesiyada esa boshdagi sochlar bir tyoki s to'qiladi, Soqol, qosh, kipriklar ham to'qilishi mumkin, Birin-ketin to'qilishi va o'sishi xisobiga kipriklar xar xil o'zunlikda bo'ladi va zinapo-yani eslatadi (buni Pinkus belgisi deb ataladi), Qoshlarning mayda o'choqli to'qilishini «tramvayli» yoki «omnibusli» sifi-lid deb atashadi. Ba'zi bemorlarning sochi butunlay to'qilib ketishi mumkin. Terida hech qanday yallig'lanish elementlari, shuningdek qipiqilanish ham ko'zaticlmaydi, teri tep-tyoki s bo'lib turaveradi. YAlpi soch to'qilishi ko'pincha zaxmning ikkilamchi davrida uchraydi.

Aralash soch to'qilishi. Bunda ham o'choqli, ham yalpi soch to'qilishini ko'rish mumkin. Zaxmda soch to'qilishi kasallik-ka xos alomat hisoblanadi. lyoki n bir necha oydan keyin soch yana o'sib chiqadi.

Sifilitik leykoderma yoki pigmentli sifilid Oifshstnk leykoderma ko`pincha zaxmning ikkilamchi residiv davrida uchraydi. U oqish dog` ko`rinishida bo`lib, bemorni bezovta qilmaydi. Ko`krak, bo`yin va orqada, ba`zan esa elka va qo`llarda kattaligi no`xatdek yoki undan kichikroq doglarni ko`rish mumkin. Ok. dog`lar bir-biri bilan ko`shilib to`r hosil qilgandek ko`rinadi. Sifilitik leykoderma bilan og`rigan bemorlarning 56% ida (T. V. Va-sil`ev, 1963) orqa miya suyuqligida patologik o`zgarishlar aniqlanadi. Lyoki n sifilitik alopesiya va leykoderмага ega bo`lgan bemorlarning 73% ida likvor patologiyasi aniqlanadi (A. K- YAkubson, 1940). Leykoderma bir necha oydan so`ng spesifik davolash usullari o`tkazilmasa ham asta-syoki n yo`qolib ketadi.

Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a`zolar, nerv sistemasi va harakat apparatlarining zararlanishi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a`zolar, nerv sistemasi va harakat apparatlarining zararlanishi juda kam uchraydi va paydo bo`lgan patologik o`zgarishlar bemor hayoti uchun biror xavf tug`dirmaydi.

Ba`zan Botkin kasalligini eslatuvchi o`tkir gepatitning klinik ko`rinishini ko`zatish mumkin. Bemorlarning jigari kattalashadi, pal`pasiya qilganda og`riydi, funksiyasi bo`ziladi. Qora talok. ham kattalashishi mumkin. Bunday bemorlar qonida serologik reaksiyalar keskin musbat bo`ladi.

Ikkilamchi zaxmda bo`yrakning zararlanishi - proteinuriya, sifilitik lipoidli nefroz bilan ifodalanadi.

YUrak-qon tomir sistemasida elektrokardiografiya bilan aniqlanadigan sifilitik miokardit (charchash, umumiy holsizlanish, nafas qisishi) uchraydi.

Me`da-ichak faoliyatining bo`zilishi (ko`ngil aynash, kyoki -rish, ishtaha yo`qolishi, gipoasid gastrit) ko`zatiladi.

Nerv sistema tomonidan esa - yashirin (latent) sifilitik meningit, o`tkir generalizasiyalangan meningit, bazal meningit va sifilitik gidrosefaliyalarning klinik simptomlarini di-agnostika qilish mumkin.

Ikkilamchi zaxmning boshlang`ich davrida oyoqning o`zun nanli suyaklarida og`riq paydo bo`lib, uni kechga borib kuchayishi xarakterlidir. SHu bilan birga og`riq bilan kechadigan periostit va osteoperiostitlarning klinik simptomlari rivojlanadi,

Agar bemor penisillin yoki Boshqa antibiotiklar bilan o`z vaqtida davolansa, yuqorida aytilgan patologik jarayonlararo asta-syoki n qaytadi (regressga uchraydi).

Zaxmning uchlamchi davri Sunggi yillarda zaxmning uchlamchi davri bilan og`rigan bemorlar soni ancha kamaydi. Bu bemorni tula yoki mutlako davolanmaganligi natijasida kelib chiqadi. Uchlamchi davrning ri-vojlantirishida travma (ruxiy, fizik) va surunkali kasalliklar, zaxarlanishlar, . bemorning yoshi hamda Boshqa omillarning ahamiyati katta. Uchlamchi davr 3—5 yil yoki undan ham kechroq. boshlanadi va teri, shilliq qavatlar, ichki a`zolar, nerv siste masi hamda harakat apparatlarining zararlanishi bilan xarakterlanadi. Uchlamchi zaxmni klinik kechishiga qarab faol (aktiv) va yashirin davrlarga bo`linadi. Bu davr yana o`z navbatida dumbokcha va tugun (gumma) toshish davriga ajratiladi. Toshmalar son jixatdan oz bo`lib (dumbokchalar 10-20 bo`lsa, gumma odatda bitta yoki ikkita bo`ladi), o`zidan sung chandik koldiradi. Agar toshmalar xaet uchun muxim a`zo va sistemalarda joylashsa, u bemor xayoti uchun jiddiy xavf tugdiradi. Elementlar atrofdagilar uchun kam yuqumli xisoblanadi, chunki ular yo`zasida ok.ish treponemalar juda oz bo`lib, asosan infil`trat tubida joyla-shadi. Uchlamchi zaxm organizmni ogir o`zgarishlarga olib keladi. Bu davr ichida teri osti yog qavatida, suyak va muskul larda, nerv sistemasi va ichki a`zolarida o`zgarishlar ko`zatiladi. Uchlamchi davr elementlari yod va ogir metall sak.lovchi dorilarga ta`sirchan bo`lib, ular bilan davolanganda elementlar tezda regressga uchraydi. Bemorlarning 30—35% ida standart serologik reaksiyalar manfiy bo`ladi. Lyoki n okish treponemalarni immobilizasiya qilish reaksiyasi kamdan kam hollarda manfiy natija beradi. SHu sababli bemorlar k,onini OTIRga tekshirish katta ahamiyatga ega.

Do`mbokchali sifilid. Bemor terisining derma qavatida xujayrali infil`trat xosil bo`lishi natijasida dumbokchali sifilid vujudga keladi. Bu terining hamma qismida uchrashi mumkin. Dumbokdalar og`rimaydi, kichishmaydi hamda yalliglanmaydi. Ular yarimoySimon yoki yassi, rangi esa kizgish bo`lib, terida asimmetrik joylashadi. Dumbokdalar olcha danagidek bo`lib, kattik, konsistensiyasi va aniq, chegaralanganligi bilan xarakterlanadi. Dumbok.chalar derma va epidermis qavatida joylashadi. Dumbokcha infiltrati vaqt o`tishi bilan ne-krozga uchraydi va yaralar xosil bo`ladi. YAralarning usti granulyasion tukima bilan koplanib tortilgan chandiklar vujudga keladi. Kuruk yo`l bilan regressga uchragan dumbokchalar urnida atrofiya vujudga keladi.

Dumbok.chalarning birin-ketin toshib CHIK.ISHI sababli ular regressga uchraganda morfologik jixatdan elementlarning turli bosqichda ekanligi ko'zatiladi. Dumbokdali sifilidlarning bir necha xili tafovut qilinadi: guruxlashgan (elementlar gurux-gurux bo'lib joylashadi, lyoki n bir-birlari bilan qo'shilmaydi), emaklovchi yoki serpingioz (dumbokchalar qo'shiladi, markazidan regressga uchraydi va peri-ferik soxalarda yangi elementlar xosil bo'ladi), maydonchali (dumbokchalar qo'shib, maydoncha xosil qiladi), pakana (tarik doniday keladigan dumbokchalar ko'zatiladi). Dumbokchali sifilid sub'ektiv o'zgarishlarsiz kechadi.

Diagnozi. Uchlamchi sifilid dumbokdasini sil yugurugida-gi dumbokchadan, moxovning tuberkul oid (silsimon) xili, mumkin. \$tkir kurinishga Ko'pincha reaktiv artritlar kiritilib, ular bugimga yak.in joylashgan gummoz jarayon bilan ifodalanadi (epifiz, metafizda). Ko'pincha surunkali sinovial artritlar uchraydi va ularni allergii tabiatga ega deb tushuntiriladi. Klinik jixatdan bu xildagi artritga bugim shishi va og'rigi, ichiga suyuklik yigilishi va natijada bugim vazifasi-ning qisman bo'zish xos. Osteoartritlar bugimga yaqin joylashgan suyaklarning gummoz zararlanishi natijasida paydo bo'ladi va rivojlanadi (ular gummoz epifizitlar deb ham ataladi). Rentgenologii tekshiruvlar natijasida epifizlarda yumalok kurinishdagi defektlar (nuksonlar) kurinib, atrofida sklerotik reaksiya kam ifodalangan bo'ladi. Tizza, elka, tirsak va tupik bugimlari kup zararlanadi. SHunga qaramay, zararlangan bugim xarakati saklanadi, bilinar-bilinmas og'rik bo'lib, bemorning umumiy axvoli deyarli o'zgarmaydi. Bu belgilarning hammasi, shuningde klinik va laboratoriya tekshiruv natijalari qiyosiy diaqnoz paytida, ayniksa, sil aritrlari bilan o'tkazilganda e'tiborga olinadi. Zaxm o'zining eng boshlangich davrlaridayok, ichki a'zolar va sistemalarning zararlanishiga sabab bo'ladi. Zaxmning kechki kurinishlari, jumladan, uchlamchi zaxmda ichki a'zolardan, Ko'pincha yurak-k, on tomir sistemasi va jigar zararlanadi. Ik-qilamchi va ayniksa uchlamchi davrda zaxm miokarditi, nafas kisishi, toliqish, umumiy xolsizlanish, aritmiya, yurak tonlari-ning eshitilmasligi va yurak chegarasining chap tomonga kengayishi ko'zatiladi. Zaxm miokarditi o'ziga xos klinik belgilarga ega emas va u boshka, a tabiatli miokarditlardan deyarli fark, k.ilmaydi. Uning diaqnozi zaxmning boshka klinik va laborator belgilari asosida k.uyiladi. Bunda ayniksa, miokardit bilan birga kechadigan aortitga e'tibor berish zarur. Zaxm aritri visseral zaxmning eng kup uchraydigan kuri-nishi bo'lib, asosiy o'zgarishlar aortaning urta kobigida ko'zatiladi (mezaortit). U aorta devorining kattiklashib, k.joriga kutariluvchi qismining kengayishiga olib keladi (oxirgi belgi zaxm bilan zararlangan aortaga xos). Agar normada soglom odamda aortaning yukoriga kutariluvchi k.ismi 3-3,5 sm ga teng bo'lsa, mezaortitda u 5-6 sm ga etadi va Ko'pincha kolbasimon kurinishda kengayadi. Zaxm aortiti asoratlanib aorta anevrizmasiga sabab bo'lishi mumkin. Uning yorilib ketishi musibatli xollarga olib keladi. Zaxmning uchlamchi davrida jigarning zararlanishi visseral zaxmning 2-4% ida uchraydi. O'CHOQ.LI gummoz, miliar gummoz yoki tarkok. infil'trativ va surunkali epitelial zaxm gepatitlari ko'zatiladi. Uchlamchi zaxm davrida ichki a'zolardan - buyrak, upka, me`da-ichak va Boshqalarning zararlanishi kamdan-kam uchraydi (hammasini qo'shib xisoblaganda uchlamchi zaxmdagi visseral pa-tologiyaning 1-1,5% ini tashqil qiladi). Zaxmning uchlamchi davrida nerv sistemasi tomonidan qo'yi-dagi patologii o'zgarishlar (kechki neyrosifilis) ko'zatiladi: kechki yashirin (latent) sifilitik meningit, kechki diffo'z me-ningovaskul yar zaxm, miya qon tomiri zaxmi (vaskul yar zaxm), ork.a miya ko'rishi (suxtasi) va progressiv falaj. Kechki yashirin sifilitik meningit, asosan, zaxm infeisiyasi organizmga tushgandan sung bir necha yillar utib boshlanadi. Ba`zan zaxmning ikkilamchi davrida ko'zatiladigan erta yashirin sifilitik meningit asta-syoki n kechki yashirin sifilitik meningitga o'tishi mumkin. Neyrosifilisning bu xili bilan shikastlangan bemorlarda, erta yashirin sifilitik meningitga uxshash, sub`ektiv belgilar ko'zatilmaydi. Ba`zan ular uncha kuchli bo'lmagan bosh og'rigi, k.ulok shangillashi, eshitishning pasayishiga va bosh aylanishiga shikoyat qiladilar. Oftal'mologii tekshirishda ko'z nervi diskining giperemiyasi va papillit ko'zatiladi. Kasallik diaqnostikasida ork,a miya suyuk.ligini (likvor) tekshirish katta ahamiyatga ega. Likvorda uncha rivojlanmagan yalliglanish belgilari (ok.sil mikdorining oshishi, sitoz, globo`lin reaksiyalari), musbat Vasserman reaksiyasi, kolloidli oltin(Lange) reaisiyasining patologii eianligi io'zatiladi. Lii-vordagi patologii jarayon zaxmga k,arshi olib borilgan davoga nisbatan ancha barkdror (rezistent) bo'ladi. Erta yashirin zaxmda esa davolash davomida likvor tezda tozalanadi (sanasiya). Kechki diffo'z meningovaskul yar zaxm asosan yashirin sifilitik meningit fonida rivojlanadi va miya k.obik,larining oz bo'lsada patologii jarayonga jalb etilganligi bilan ifodala-nadi. Bemorlar kuchsiz bosh og'rigi va bosh aylanishiga shikoyat qiladilar. Miya k,on

tomirlarining zararlanishi natijasida kasallik belgilari gipertonik kriz alomatlariga uxshab ie-tadi. SHu bilan birga miya nervlarining zararlanishi, sezuvchanligining yo'q.olishi, patologii refleksi, paresteziya, gemiparez, falaj, xotira va talaffo'zning bo'zilishi ko'zatiladi.Ork,a miya suxtasi (ko'rishi, tabes), surunkasiga ogir o'tishi bilan ajralib turadi. Bunda ork,a miya kobiklari, ustunlari va pustloklari shikastlanadi, kuchli og'rik. ko'zatiladi. Og'rik,lar yurak sanchigi yoki buyrak va jigar krizlaridagi og'rikda uxshab ketadi. Bunday og'riklar birdan boshlanib, tezda yo'qolishi, ba`zan o'zoq. vak.t davom etishi ham mumkin. Ork.a miya suxtasida segmentar xususiyatiga ega bo'lgan paresteziya, siyish va defika-siyaning bo'zilishi, miya nervlari parezi, io'z k,orachigi funnsiyasining bo'zilishi, ko'z nervining atrofiyasi, tabetik artropatiya, tovonda chuqur trofik yaralar paydo bo'lishi, soch tuqilishi, tish-larning tushishi, osteopatiya va Boshqa simptomlar io'zatiladi.Ork,a miya suyukligi tekshirilganda, unda oksil mikdorining oshganligi, sitoz (1 mm³ da 20-30 limfositlar), musbat globo`lin, Vasserman reaksiyalari va paraletik kurinishga ega bo'lgan Lange reaksiyasi aniqlanadi.

Progressiv falaj. Kasallik asosida miyadagi mayda qon to-mirlarning (kapillyarlar) yalliglanishi va bosh miya moddasi, miyacha hamda markaziy kul rang yadrolarning shikastlanishi yota-di. Natijada barcha qavatdagi xujayralar atrofiyasi ko'zatiladi. Kasallik avj olgan davrda degradasiya, progressiv ravishda aklning zaiflanishi, gallyusinasiya, kaxeziya, alaxlash va Boshqalar ko'zatiladi, uning sunggi bosqichida dement, ekspan-siv, ajitirlangan va depressiv kabi progressiv falajning turli shakllari rivojlanishi mumkin.

Progressiv falajning dement shaklida bemorning atrofda-gilar bilan xech ishi bo'lmay koladi, tezda apatiya, esi pastlik, umumiy falaj ko'zatiladi. Ekspansiv shaklida esa bemorda eyforiya, megalomaniya va psixikaning aynishi uchraydi. Kasallikning ajitirlangan shaklida bemor kuchli ko'zgalgan bo'lib, u atrofdagilar uchun xavfli xisoblanadi. Kurkuv, ruxiy tushkun-lik depressiv shaklga mansub.

Progressiv falajning erta psixik o'zgarishlariga Quyidagi -lar kiradi:

1.Kishi xulk-atvorining o'zgarishi: bemorda dimogchoglik, serzarda yoki yigloqilik, mujmal yo uta muloyimlik xollari ko'zatiladi. Bemor tabiatidagi bunday o'zgarish tusatdan sodir bo'ladi. SHu sababli shifokor bemorning yurish-turishi, shuningdek fe`l-atvoridagi bunday o'zgarishlarga ahamiyat berishi lozim.

2.Xotira o'zgarishi, bunda bemor bir vaqtlar bo'lib o'tgan xodisalarni eslab, yakinda ruy bergan vokealarni unutib kuyadi.

3.Psixik o'zgarish tufayli bemor to'g'ri sanay olmaydi.

4.Bemor to'g'ri eza olmaydi, yozuvi paydar-pay bo'ladi.

5.Bemor tez yoki syoki n gapiradigan bo'lib koladi, gaplari o'zuk-yuluk bo'ladi.

Laboratoriya tekshirishlari o'tkazilganda bemorning standart serologik reaksiyalari qonda 95—98%, likvorda esa 100% musbat; Likvorda Lange reaksiyasi paralitik kurinishga ega bo'lib, OTIR va RIF 90—94% xollarda musbat bo'ladi.

YUkorida keltirilgan orqa miya suxtasi va progressiv falajning oqibati davolash choralari nechogli o'z vaqtida o'tka-zilishiga bog'liq,. Kasallikning ilk davrida penisillin bilan davolash yaxshi naf beradi.

Taboparalich. Agar bemorda progressiv falaj va orqa miya suxtasiga xos alomatlar birga uchrasa, u xolda taboparalich di-agnozi qo'yiladi.

YAshirin zaxm

Sifilidolog ba`zan zaxm diagnozini faqat qondagi musbat serologik reaksiyalari asosida kuyadi. YAshirin zaxm bilan og'rigan bemorlarning terisi, shilliq, k,avati, ichki a`zolari, nerv sistemasi, xarakatlanish apparatlari tomonidan zaxmning klinik kurinishi ko'zatiilmaydi. Statistika ma`lumotlariga Qaraganda yashirin zaxm ko'proq. uchraydi. Serologik diagnosti-kaning yaxshi yo'lga qo'yilganligi, axolini o'z vaqtida serologik tekshiruvdan o'tkazish, turli kasalliklarda (gripp, pnevmoniya, bronxit, angina va Boshqalar) antibiotiklarni kul lash, bemorning o'z xolicha davolanishi va Boshqalar yashirin zaxmni vaqtida aniqlashni kiyinlashtiradi shu bois yashirin zaxm ko'proq ko'zatiladi.YAshirin zaxmning erta va kechki hamda noma`lum xillari ta-fovut qilinadi.

Erta yashirin zaxm birlamchi seropozitiv va ikkilamchi residiv zaxm davrlariga teng bo'lgan muddatni o'z ichiga olib, aktiv klinik belgilarga ega emas. Bu davrning, infeksiya tushgan-dan sung,

urtacha davom etish muddati 2 yilni tashqil etadi. Erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlar terisi va shilliq qavatlarida yuqumli bo'lgan toshmalar toshishi mumkin. SHu sababli bunday bemorlarga nisbatan epidemiologik qarshi chora-tadbirlar o'tkazish (stasionarga yotqizish, spetsifik davolash tadbirlari, jinsiy va uy-ro'zgordagi mulokotlarini tekshirish) kerak. Erta yashirin zaxmni aniqlashda Quyidagi ma'lumotlar yordam beradi:

1. Sinchkovlik bilan yigilgan anamnez. Bemordan sungi 1—2 yilda jinsiy a'zolari, ogiz bo'shlig'ida eroziya yoki yaralar bo'lganligi, sochi tuqilganligi va antibiotiklar kabo'l qilgan-qilmaganligi xakida ma'lumot olinadi.
2. U bilan jinsiy alokada bo'lgan kishilarni tekshirish, chunki bemor bilan jinsiy alokada bo'lganlarda Ko'pincha zaxmning aktiv (erta) formasi aniqlanadi. Bu esa erta yashirin zaxm diagnozini qo'yishga yordam beradi.
3. Klinik tekshirish natijasida birlamchi sifiloma urnida chandik yoki atrofiya, regionar skleradenit koldiklari bor-yo'qligi aniqlanadi.
4. K,onda serologik reaksiyalar keskin musbat va yukori reaginlar titriga (1:120, 1:160, 1:320) ega bo'ladi. Lyoki n antibiotiklar bilan davolangan yoki erta yashirin zaxmning boshlangich davrida (muddat bo'yicha birlamchi seropozitiv zaxm davriga to'g'ri kelganda) serologik reaksiyalar kuchsiz musbat yoki reaginlar titri past bo'lishi mumkin.
5. Penisillinoterapiya o'tkazish vaqtida ba'zan qaytalanish reaksiyasi (Gerksgeymer reaksiyasi) ko'zatiladi.
6. Davolash davrida reaginlar titrining pasayishi va sero-logik reaksiyalarning tezda negativasiyaga uchrashi.
7. Bemorning yoshi Ko'pincha 40 va undan ham yosh bo'ladi.
8. Orqa miya likvorida normal kursatkichlar aniqlanadi.

Kechki yashirin zaxm epidemiologii jixatdan xavfli emas. Zaxmning bu xili bilan og'rigan bemorni asosan serologii reak-siyalar va profilaktik tekshirish chogida aniqlanadi. Kasallik diagnostikasi va uni tasdiklashda albatta spetsifik reaksiya-lardan (RIF va OTIR) foydalanish kerak.

Kechki yashirin zaxmni aniqlashda Quyidagi ma'lumotlar yordam beradi:

1. Anamnez. Bemorlardan 2—3 yil avval zaxmning aktiv klinik kurinishi ko'zatilgani yoki yo'qligi xakida ma'lumot olinadi. Lenin Ko'pincha, kasallik klinik va serologik assimptom o'tishi mumkin.
2. Qonfrontasiya. Bemor bilan jinsiy alokada bo'lgan kishi-larda zaxmning kechki formalari aniqlanadi yoki ularda sifilitik infeksiya bo'lmaydi.
3. Serologik reaksiyalar musbat yoki keskin musbat bo'lib, reaginlar titri past (1:5, 1:10, 1:20); spetsifik reaksiyalar (RIF, OTIR) musbat yoki keskin musbat bo'ladi.
4. Spetsifik davolash choralari o'tkazilganda serologik reaksiyalar o'zoq muddatdan sung negativasiyaga uchraydi.
5. Penisillinoterapiya davrida qaytalanish reaksiyasining (Gerksgeymer reaksiyasi) bo'lmasligi.
6. Likvorda patologik jarayon bo'lib, davolash vaqtida sanasiya juda syoki n kechadi. Likvorda degenerativ komponent rivoj-langani bo'ladi.
7. Bemorlar nevropatolog, terapevt, oftal'molog, otolaringologlar tomonidan sinchiklab tekshiriladi va Ko'pincha ularning ichki a'zolarida spetsifik o'zgarishlar aniqlanadi.

Tug'ma zaxm

Zaxm bilan og'rigan xomilador onadan sifilitik infeksiya qorindagi bolaga utadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deb ataladi.

XX asrga kadar tug'ma zaxmning kelib chikishini tushuntiruv-chi bir qancha nazariyalar mavjud edi.

XX asrdan tug'ma zaxm to'g'risida Boshqacha fikrlar paydo bo'la boshladi. Tekshirishlar natijasida ok.ish treponema xomilador onadan yo'ldosh orqali qorindagi bolaga o'tishi aniqlangan. Bu jarayon xomiladorlikning ikkinchi yarmida, ya'ni yo'ldosh qon aylanish doirasi ishga tushgandan sung ruy beradi. Zaxm bilan og'rigan ayolning 3—4 oylik nobud bo'lgan xomilasidan okish treponemalar topilmagan, ular 6 va 7-oy

urtasida topilgan. Tug'ma zaxmning vujudga kelishi ayol orga-nizmida kechayotgan sifilitik infeksiyaning kay bosqichda ekanligi, uning kechish muddatiga bog'liq.. Zaxmning ikkilamchi davri xomila uchun xavfli xisoblanadi. Ba'zan, uchlamchi va kechki tug'ma zaxm bilan og'rigan ayollardan

infeksiyaning xomilaga o'tishi ham mumkin. Xomiladorlikdan oldin yoki xomiladorlik davrida ayollarga spesifik davolash muolajalari o'tkazilsa, u xolda tug'ma zaxmning oldi olingan bo'ladi.

Yo'ldosh orqali sifilitik infeksiyaning xomilador ayoldan xomilaga utish yo'llari.

1. Embol kurinishida kindik venasi orqali.

2. Kindik tomirlarining limfatik tirkichi orqali.

3. Okish treponomalardan zararlangan yo'ldosh orqali (normal yo'ldosh okish treponemalarni o'tkazmaydi).

Zaxm bilan zararlangan yo'ldosh kattalashib, gipertrofiyaga uchraydi, vazni xomilaning 1/4—1/3 qismiga teng keladi (normal — 1/6—1/5). Yo'ldosh tomirlarida peri-va endarteriitlar, abscesslar xosil bo'lganligi aniqlanadi. Xomila organiz-mida sifilitik infeksiyaning septisemiyasi vujudga keladi va ichki a'zolarida okish treponemalar topiladi. Xomilador ayol zaxm bilan og'rib davolanmasa, odatda xomiladorlikning 4—5 oyida bolasi tushadi yoki zaxm bolaning chala (7—8 oyligida) yo o'lik tugilishiga sabab bo'ladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab tug'ma zaxm Quyidagi 4 xilga bo'linadi: 1) xomila zaxmi; 2) erta tug'ma zaxm (tugilgandan to 4 yoshgacha bo'lgan davr); 3) kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda); 4) yashirin tug'ma zaxm (turli yoshda uchraydi).

Xomila zaxmi. Sifilitik infeksiya ta'sirida yo'ldoshda oziklanish, moddalar almashinuvi bo'ziladi, va 6—7 oylarda sababsiz bola tushishi ruy beradi. Xomiladorlikning U-oyidan sung onadan xomilaga o'tgan okish treponemalar ta'sirida uning ichki a'zolarida mayda xujayrali infil'trat (limfosit, plazmativ xujayralardan tashqil topgan) kurinishidagi diffo'z-yalliglanishli o'zgarishlar, keyinchalik biriktiruvchi tukimaning usib ketishi va miliar hamda solitar gummalar vujudga kelishi ko'zatiladi.

Ichki a'zoldan, Ko'pincha, jigar, kora talok, upka, ichki sekresiya bezlari, markaziy nerv sistemasi zararlanadi. Jigar kattalashadi, yo'zasi sillik, kesib kurilganda sargish-jigar-rang tusda bo'ladi. Ba'zan jigar kovjirab, parenximasi diffo'z-fibrozli atrofiyaga uchraydi. Kora talok ham kattalashib, konsistensiyasi kattiklashadi. Upka al'veolalari orasidagi tusikda infil'trat, al'veola epiletiysining giperplaziya va deskvamasiyasi ko'zatiladi. Bunday o'zgarishlar ok pnevmoniya deb ataladi va tezda xomila nobud bo'lishiga olib keladi.

Me'da va ichaklarda yupka nnfil'tratlar va ularning emi-rilishi oqibatida yaralar paydo bo'ladi.

Markaziy nerv sistemasida leptomeningit, meningoensefalit, glandulyar ependimatit va ba'zan o'zunchok miyaning gummasi ko'zatiladi.

Agar lomila nobud bo'lmay, yashab ketsa u xolda akliy va jis-moniy rivojlanishdan orqada koladi.

Erta tug'ma zaxmning kukrak yoshidagi (yoshga kadar) va kichik yoshdagi (1 yoshdan 4 yoshga kadar) xillari tafovut etiladi.

Kukrak yoshidagi bolalarda tug'ma zaxmning klinik belgilari bola xayotining birinchi 3 oyidayok namoyon bo'la boshlaydi, zaxm toshmalari toshadi. Barcha ichki a'zolar, nerv sistemasi, xarakatlanish apparati, teri va shilliq qavatlarining zararlanishi ko'zatiladi.

YAngi tugilgan chakalok. karimsik kurinadi, terisi burishgan, xaltim-xaltim va xira bo'ladi. Bolaning boshi katta, kumush rang tangachalar bilan koplangan, teri osti yog qavati yaxshi ri-vojlantmagan, distrofiyaga uchragan bo'ladi. Suyaklar zararlanishi kattik og'rikka sabab bo'ladi, bola uxlay olmaydi va kattik kichkirib yiglayveradi (Sisto simptomi).

YO'z, kaft, tovon va dumba terisida Goxzingerning diffo'z-papulyoz infiltrati ko'zatiladi. YO'z, ogiz atrofi, daxan, peshona va koshlardagi tugunchalar esa infil'trat xosil kilib kat-tiklashadi. Teridagi infil'trat kukrak yoshidagi tug'ma zaxmning birinchi belgisi kisoblanadi. Kasallik terida dog yoki diffo'z eritema paydo bo'lishi bilan boshlanadi, sungra teri qalinlashib, kattiklashadi va tuk-qizil rangga kiradi, atrofida o'zun-o'zun yoriklar paydo bo'ladi, ular chandik bilan bitib umrbod saklanibqoladi (Robinson — Furn'e simptomi). Agar diffo'z infil'trat kosh, kiprik va boshda bo'lsa, usha joydagi sochlar tuqiladi; burun shilliq, qavatida joylashsa bolaning nafas olishi va emishi kiyinlashadi. Infil'tratlar tekshiril-ganda ulardan okish treponemalar topiladi.

Kukrak yoshidagi zaxm uchun sifilitik pemfigus xarakterli. Oyoq va kaftlarda (ba'zan yo'z, badan, oyoq va kul larda) kattali-gi tarikday, ba'zan nuxatday keladigan, seroz-yiringli pufak-lar paydo bo'ladi. Ularning sirti tarang bo'lib, simmetrik joylashadi va asosida infil'trat saklaydi. Pufaklar bir-bi-ri bilan qo'shilishga moyil bo'lib, sub'ektiv sezgilarni yo'zaga keltirmaydi.

Teridagi papulalar kurinishi ikkilamchi zaxm davridagi lentikul yar papulalarni eslatadi, lyoki n bo'lar bir-biriga qo'shilishga moyilligi bilan fark. qiladi.

Burun shilliq qavatining shikastlanishi **sifilitik rinit** deb ataladi. Uning 3 bosqichi tafovut etiladi. Birinchi (eritematoz) bosqichda burun shilliq qavati bir oz shishib, qalinlashadi. Bunda bolaning nafas olishi va emishi kiyinlashadi. Ikkinchi (sekreter) bosqichda - burun shilliq qavati shi-shadi va undan yiring okib turadi. Burundan nafas olish kiyinlashadi, nafas olganda xushtak chalganga uxshash ovoz eshitiladi. Uchinchi (yarali) bosqichda burunning togay va suyaklarida destruktiv o'zgarishlar ko'zatiladi, natijada burun egarsimon bo'lib koladi. Sifilitik tumov kukrak yoshidagi tug'ma zaxmga xos simptom bo'lib, xalkum shilliq, qavatining zararlanishi ovoz xirillashi, afoniyasi, ba`zan esa stenoziga olib keladi.

Kukrak yoshidagi tug'ma zaxmda suyaklarning zararlanishidan, asosan sifilitik osteoxondrit, periostit va osteoperiostitlar ko'zatiladi. Bunday o'zgarishlar albatta rentgen nuli bilan aniqlanadi. Suyak o'zgarishlarida o'zun naysimon suyaklarning (Ko'pincha kul , elka suyaklari) sifilitik osteoxondriti ko'proq uchraydi. Dastlab rentgenda I va II darajadagi osteoxondrit aniqlanadi. Togay bilan metafiz chegarasida boshlangich suyaklanishning notyoki s kengaygan zonasi ko'zatiladi (2—2,5 mm gacha; normada u tyoki s, aniq tizimcha kurinishida bo'lib, kengligi 0,5 mm ni tashqil qiladi), bu I-darajali osteoxondritdir. II-da-rajali osteoxondritda suyaklanish zonasi 2-4 mm gacha kengaya-di va epifizga qaragan tomonida tikansimon usmalar va gadir-budurlar \osil bo'ladi (bola bir oyligida epifiz rentgeno-grammalarida kurinmaydi, chunki u togay to'zilishiga ega). Skeletni 3 oygacha bo'lgan davrda rentgen qilish zarur, chunki keyinchalik bu o'zgarishlar yo'qolib ketishi mumkin. Zaxmning Boshqa klinik belgilari bo'lmasa, faqat osteoxondritning I- da-raja belgilariga asosan tug'ma zam diagnozini qo'yish yaramay-di, chunki suyakning bunday o'zgarishlari turli patologik xolatlarda ham uchraydi (vitamin D- gipervitamiinozi, gipotrofiya, gipovitaminozlar va Boshqa x,olatlar). Osteoxondritning II-darajasida birlamchi suyaklanish zonasi xuddi yuvilib ket-gandek yo'qoladi. Metafizda kora rangdagi destruksiya tizimchasi joylashadi. Uning qalinligi 2—5 mm ni tashqil etadi. Suyakning granulyasion tukima bilan almashinishi metafiz ichida suyakning sinishiga sabab bo'ladi va Parro psevdoparalichi rivojlanadi: bola og'rigan kul i va oyogini kimirlatib yoki bukib, erkin xarakat qila olmaydi, lyoki n barmoklarning sezuvchanligi va xarakati saklanib koladi. Bu tug'ma zaxmning bir-dan-bir belgisi xisoblanadi.

Bo'lardan tashkari sifilitik periostit va osteoperiostit ko'zatiladi, ular Ko'pincha o'zun naysimon suyaklarda joylashadi, natijada suyak yo'zasida uncha ifodalanmagan, cheklangan og'rikli shishlar paydo bo'ladi. Ba`zan esa, ular miyaning yassi suyaklari soxasiga joylashadi, bunda bosh suyakning o'zgarishi ko'zatiladi («dumbaga uxshash bosh suyak» va «Olimpiacha peshona» simptomi, ya`ni kalla suyagida peshona va tepa du'mbok.larining duppayib chik.ib turishi). Periostit va osteoperiostitlar Ko'pincha diffo'z xarakterda bo'ladi (ekssudativ-proliferativ jarayon), lyoki n gummoz bo'lishi ham mumkin. Ba`zan sifilitik falangit yoki daktilitlar paydo bo'lishi mumkin. Ular tug'ma zaxmga xos bo'lib, bunda asosiy falangalar zararlanadi. Diffo'z yoki gummoz yalliglanish tufayli suyaklar silindrsimoi yoki duksimon kurinishda shishadi, barmoklar shishib butilkachalarga uxshab koladi. Odatda falangalarning kup qismi zararlanadi, ba`zi-da jarayon bir tomonlama rivojlanadi, og'rik va teshilish ko'za-tiladi. Bu bilan zaxm daktiliti sil daktilitidan fark. qila-di. Daktilit tug'ma zaxmning yagona belgisi bo'lib, Ko'pincha I yosh-dan 4—5 yoshgacha, xatto 6 yosh bolalarda ham rivojlanadi.

Sezgi a`zoldan Ko'pincha ko'z shikastlanadi. Bu yoshda Ko'pincha tug'ma zaxm xorioretiniti (ko'zning tur va tomirli par-dasi zararlanadi) ko'zatiladi, ko'z sokkasi tubining chekka qismlarida o'ziga xos sarik nukta-nukta doglar xosil bo'ladi. Bola-ning kurit kobiliyati odatda o'zgarmaydi.

Ichki a`zoldarda (jigar, kora talok, buyrak, upka, moyak) diffo'z-infil`tratlarning natijasida vujudga kelgan sklerotik o'zgarishlar rivojlanadi. Avvaliga qon tomirlari atrofida boshlangan infil`tratlarning, syoki n-asta butun a`zoldarga tarkaladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningit, meningoensefalit, gidrosefaliya kurinishida namoyon bo'ladi.

Erta kukrak yoshidagi zaxmda koining serologik reaksiyalari (Vasserman reaksiyasi, OTIR, RIF) xar doim musbat bo'ladi.

Kichik yoshdagi bolalar zaxmida (I yoshdagi 4 yoshgacha bo'lgan davr) zaxmning klinik belgilari suet namoyon bo'ladi. Orqa chiqish kanali, jinsiy a`zolar, chov terisida pilchirab turadigan, vegetasiyali, chegaralangan, katta papulalar, shuningdek organizmi zaif bolalarning yo`z va boshining sochli qismiga esa pustulalar (madda) toshadi. Tug`ma zaxmda rozeola orttirilgan zaxmga nisbatan juda kam uchraydi. Ogiz shilliq qavatida ero-ziyaga uchragan papulalar toshadi. Ogiz burchaklaridagi papulalar eroziyalanib, tashqi kurinishi xuddi piokokk va achitkisi-mon zamburuglar ko`zgatadigan yalliglanish jarayoniga uxshash o`zgarishlar ni keltirib chiqaradi. Lyoki n papula atrofida tuk-qizil rangli infil`trat bo`lishi va mugo`z qavatdan xosil bo`lgan shoqila yo`qligi (tirkishsimon streptodermiyada bo`ladi) tug`ma zaxm uchun xarakterlidir. Bunda barchya limfa tugunlar kattalashadi, soch tuqiladi, periostit va osteoperiostitlar, ich-ki a`zolar (gepatit, nefrozonefrit, pnevmoniya) va nerv siste-masi tomonidan (gemiplegiya, gidrosefaliya, meningit va Boshqalar) patologik o`zgarishlar ko`zatiladi. Ko`pincha qonning serologik reaksiyalari musbat bo`ladi.

Kechki tug`ma zaxm. Zaxmning bu davri 4 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. U emizukli davrda boshdan kechiril-gan va aniqlanmay hamda davolanmay kolgan tug`ma zaxmning residivn deb xisoblanadi.

Klinik kechishiga qarab kechki tug`ma zaxm orttirilgan uchlam-chi zaxmni eslatadi, chunki gumba yoki gummozli infil`tratlar teri, shilliq qavatlar, suyaklar (gummoz periostitlar, osteope-riostitlar), bugimlar, ichki a`zolar va nerv sistemasida (gummoz meningitlar) joylashadi. Terida dumbokchali sifilidlar paydo bo`ladi. Ba`zi endokrin bezlari, bosh yoki orqa miya qon tomirlari shikastlanishi mumkin (bunday o`zgarishlar parez, fa-laj va to`tkanokka olib keladi). Kamdan kam xollarda orqa miya suxtasi yoki progressiv falaj rivojlanadi.

YUkorida sanab utilgan belgilardan tashkari (ular orttirilgan zaxmning uchlamchi davridagn belgilariga xos) faqat kechki tug`ma zaxmga xos belgilar tafovut kshshnadi. Ular u ch guruxga_ajratiladi. Birinchisn ishonchli yoki shartsiz belgilar^ bo`lib, kechki tug`ma zaxmga xosdir. Ikkinchi guruxni extimolli belgilar tashqil ztib, ular zaxm borligini tasdiklovchi Boshqa belgilar mavjud bo`lgandagina e`tiborga olinadi (bo`larga qonning serologik reaksiya natijalari, likvordagi patologik o`zgarishlar, ona va bolaning anamiezi va ularning tekshirish natijalari). Uchinchi gurux — bu distrofiya (stigma) lar bo`lib, surunkali infeksiyon kasalliklarda uchraydn va ular tug`ma zaxmga xos deb xisoblanmaydi. Birok, bir necha distrofiyalar yigindisi va sifilitik infeksiya borligini tasdiklovchi Boshqa dalillar (masalan, ona va bola qonidagi Vasserman reaksiyasining ijobiy natijalari) kasallikni to`g`ri aniqlashga yordam beradi. Bundan tashkari, distrofiya-larning mavjudligi parasifilitik kasalliklarni aniqlash-da ham ahamiyatga ega.

Kechki tug`ma zaxmning shartsiz yoki ishonchli belgilariga Getchinson uchligi (parenximatoz keratit, sifilitik labirintit va Getchinson'tishlari) kiradi. Parenximatoz keratit ko`z mugo`z pardasining sizarishi va xiralashishi, yoruglikka qaray olmaslik, ko`z yoshlanishi va ko`rish o`tkirligining pasayishi bilan ifodalanadi. Odatda, avval bir ko`z, keyin ikkinchi ko`z zararlanadi. Davo qilinadigan bo`lsa, keratit Ko`pincha qaytadi, lyoki n ko`z mugo`z pardasining xiralashgani koladi, ba`-zan u ogir o`zgarishlarga uchrab, kurlikka ham olib borishi mumkin. Ba`zan sifiltiik keratit, irit, iridosiklit va xoriretinit bilan kechadi, Sifilitik labirintit yoki labirintli karlik tusatdan paydo bo`lib, eshitishninag pasayishi (odatda ikkala kul ok, shikastlanadi) va kul okda shovkin paydo bo`lishi bilan ifodalanadi. Bu klinik belgilar labirintning infil`trativ yalliglanishi va eshituv nervining degenerasiyasi bilan **5.** Qarabelli dumbokchasi — yukori jagda birinchi molyar tishning chaynov yo`zasida qo`shimcha beshinchi dumbokcha (burtma) bo`lishi.

6.Gashe distemasi — yukori kesuvchi tishlarning bir-biridan o`zoqrok joylashishi.

7.Gipertrixoz, sertuklik avj oladi (sochlar usib, ba`zan koshlarga qo`shilib ketadi}-

8.Bosh suyagining o`zgarishi, guvalaboshlik, peshona va chekka burtmalari turtib chisib, ular orasidagi tusik, botikda bo`l-maydi.

Kechki tug`ma zaxmda RIF va OTIR musbat bo`ladi.

Tug`ma zaxm profilaktikasi. Tug`ma zaxmning oldini olishda kasallikni o`z vaqtida aniqlash va uni davolash muxim ahamiyatga ega. Ayniksa xomilador ayollarni o`z vaqtida tekshi-rib turish va davolash ishlarii o`tkazish maksadga muvofik, Mavjud kursatmaga binoan ayollar (qonsul`tasiyalari) maslaxatxonalarini barcha xomilador ayollarni xisobga oladi va klinik hamda

serologii tekshiruvdan o'tkazadi. Serologii tekshirish ikki marta — xomiladorlikning birinchi va ikkinchi davrida o'tkaziladi. Agar xomilador ayolda aktiv yoki yashirin (latent) zaxm aniqlansa, unda faqat antibiotiklar bilan max-sus davolash ishlari olib boriladi. Agar ayol ilgari zaxm bilzn og'rib, davolangan bo'lsa, xomiladorlik davrida yana zaxmga qarshi profilaktik davo o'tkaziladi; profilaktik davolashdan maksad soglom bola tugilishini ta'minlashdan iborat. SHunday Qilinmagan xollarda yangi tugilgan chakalok Soglikni saklash vazirligi tomonidan tasdislangan sxema asosida profilaktik kurikdan o'tkaziladi va davolanadi.

Zaxmni davolash

Zaxmni davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar spesifik bo'lib, uni zaxm diagnozi ko'yilgandan so'ng, profilaktika yoki diaqnozni aniqlashda sinama terapiya sifatida ishlatiladi. Kasallikni davolashda zaxm davrlari, bemorning yoshi va uni nerv sistemasi hamda ichki a'zolari qay darajada zararlanganligi, shuningdek dorilarga nisbatan allergik reaksiyasini e'tiborga olish kerak.

Zaxmni davolashda penisillin, bisillin-1, bisillin-3, bi-sillin-5 ea Boshqa antibiotiklar ishlatiladi. Bu dori-darmon-lar oqish treponemaga bevosita ta'sir etadi. SHu bilan birga organizmning immunobiologik xususiyatini oshirish va infeksiyani engish maqsadida spesifik davodan tashqari nospesifik davolash vositalari ham qo'llaniladi. Nospesifik davo spesifik davolash bilan birga o'tkaziladi.

Zaxmga yo'liqqan bemorni davolashdan tashkari zaxmga qarshi kurashda quidagi davolash usullari qo'llaniladi.

1. Preventiv davolash — zaxmning kelib chiqishini oldnni olish maqsadida zaxmni erta davridagi bemorlar bilan jinsiy va maishiy mulokotda bo'lgan (agar muloqot muddati 3 oydan oshmagan bo'lsa) kishilarga o'tkaziladi.

2. Profilaktik davolash — nlgari zaxm bilan og'rgan yoki ayni vaqtda badanida zaxm infegariyasi bor bo'lgan xomilador aellar va ularning bolalariga (uyaarda serologik va klinik belgilar bo'lmasa ham) o'tkaziladi.

3. Nerv sistemasi, ichki a'zolarining zaxm bilan zararlan-ganligi gumon qilinganda sinama davolash belgilanadi.

Zaxmning kechki davrlarida (uchlamchi zaxm, ichki a'zolar va nerv sistemasi zararlanganda) maxsus davo tadbirlari belgi-lanadi; 1—2 hafta davomida yod, vismutli preparatlar (biyo-xinol 2 ml dan kunora, umumiy doza 40—50 ml) qo'llaniladi, So'ngra penisillin 400.000 dan har 3 soatda muskul orasiga yuboriladi. Oradan 1,5—2 oy o'tgach ikkinchi davolash kursi o'tkaziladi. Bunda biyoxinol o'rniga bismoverol buyuriladi 1,5 ml dan haftasiga 2 maxal, davo kursi 18—20 ml.

Nospesifik dazolashni serologik reaksiyalarning negativ-lashishi sust kechganda yoki qoni negativasiyalanmagan bemorlar-ga, kechki yashirin zaxm, neyro-, visserozaxm, tug'ma zaxmda qo'l-lash tavsiya etiladi. Nospesifik davo vositalari sifatida pirogen preparatlar (pirogenal, prodigiozan) vitaminlar, biogen stimulyator (aloy ekstrakti, splenin, steklovidnoe telo) va immunomodulyatordar (dekaris, metilurasil, natriy nukleinat) qo'llaniladi.

So'zak

Yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, asosan jinsiy yo'l bilan yuqadi. So'zak grekcha «gonoreya», nemischa «tripper» deb ham ataladi, ya'ni — oqish demakdir. So'zakda asosan siydik tanosil a'zolari. ba'zan to'g'ri ichak, ko'z, og'iz shilliq, qavatlari ham zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. So'zakning qo'zgatuvchisi — gonokokkni 1879 yili nemis olimi Al'bert Neysser toptan. E. Bum esa uni maxsus oziqli muxitda undirishga muvaffak, bo'lgan (1885).

So'zak yuqish ko'proq uchraydigan yo'li jinsiy yo'ldir, ya'ni bu kasallik so'zakka muhtalo bo'lgan bemor bilan jinsiy aloqa qilganda, shuningdek surunkali so'zak bilan og'rgan erkak va ayollardan yuqadi. Kasallik bemor foydalangan buyumlar: choyshab, sochiq, va boshqalar orqali ham yuqadi. Xatto ular ba'zi antibiotiklarga, masalan, penisillinga qarshi penisillinaza fermentini ishlay boshlaydi. Gonokokklar grammanfiy, harakatsiz mikroorganizm bo'lib, odatda spora hosil qilmaydi. Odam organizmidan tashqarida chidamsiz, qalin yiringda va xar xil buyumlarda (yoki nam ichki kiyimlarda, sochiq va Boshqalarda) bir so'tka, ba'zan undan ham ortiq, saqlanadi. Odam organizmida ularning chndamliligi birmuncha ko'proq, bo'ladi.

Gonokokklar ayniksa issikka chidamsiz, 40—°S dan yukori temperatura, shuningdek dezinfeksiyalovchi eritmalar ta'sirida tez uladi. 1:100 nisbatdagi kumush nitrat eritmasi, yod va spirt gonokokklarni shu zaxoti uldiradi. Vakuum xosil qilib mo'zlatilganda, ular antigenlx xususiyatini o'zoq vaqt saklab koladi. Masalan, 5 yildan sung yana qayta ozik muxitda undirilgan tadjikotlar ma'lum. Toza gonokokklar undirmasidan (kul `turas) tayerlangan elektron-yupka preparatlarni elektron mikroskopda 100.000 marta kattalnkda tekshirib kurulganda, ularning ikkita oval-simon kokklardan iborat ekanlngini kuramiz. Gonokokklarning tashqi kobigi, sitoplazmasi va membranasi uch qavatdan nborat bo'lib, ular mikroorganizmlar kurinishini saklaydi. Gonokokklar sitoplaamasida kuplab ribosoma (oksillar fabrikasi) donachalari, yadro kiritmalari joylashgan. Ke-yingi yillarda gonokokklarninag kobigi atrofida kapsulasi-mon qismi borligi aniqlandi. Bu xar bir kokkni bir-biridan bo'lak ushlaydi. Elektron mikroskopda o'tkazilgap tadjikotlar-dan, gonokokklarning taishi sobigida ingichka iplar (pilakcha-lar) tarmogi borligi, ular o'zlarida genetik informasiyani syaklab, mikroorganizmning virulentligini belgilaydi degan fikrlar bor.

Gonokokklar odatda yashab, kupayishi uchun ma'lum bir ozik.li muxitlarni tanlaydi, shu sababli ular oddiy muxitlarda usmaydi. Ularning usishi uchun ok.sil (assit suyusligi) bo'lishi zarur. Masalan, azrob sharoitda 36—37°S da assit bo'l'on va assit agar ular uchun eng yaxshi ozikli muxit sanaladi.

Tabniy sharoitda xayvonlar so'zak bilan kasallanmaydi, ularga kasallik yuktirish tadjik,otlari natijasiz bo'lmokda. Keyingi yillarda ba'zi tadjik, in, otchilar maymunga s;?zak kjtira olganliklari xak. ida adabiyotlarda ma'lumotlar bor.

Kasallikning yo'qish yo'llari. YUkorida biz gonokokklar odam organizmidan taijarida juda chidamsiz ekanligini aytib utdik. So'zak asosan soglom odamga bemor bilan jinsiy alokada bo'lganida yuqadi. Kasallik manbai so'zak bilan og'riganligini bilmay yurgan yoki surunkali so'zakka chalingan bemorlar xisoblanadi. Ayniksa ayollar, o'zlarining kasal ekan-liklarini o'zoq, vaqtgacha bilmay yurishlari mumkin. Katta yoshdagi erkaklarga so'zak Ko'pincha jinsiy aloka k. ilganda kjadi. Sinashta bo'lmagan kishilar bilan jinsiy aloka qilish ham kasallikka zamin yaratadi, bunda gonokokklar t'gri ichak yoki ogiz-burun bo'shlig'i shilliq qavatlarini zararlantiradi. Bunday xolat besokolbozlik (gomoseksualizm) bilan shugullyanuvchilarda ko'zatiladi. Ba'zyan so'zak bilan og'rigan kizlarning shaxsiy gigiena koidalarnag rioya qilmasliklari oqibatida, ularning jinsiy a'zolaridan kelayotgan infeksiyali ajralmalar to'g'ri ichak shilliq qavatiga tushib uni yalliglantiradi.

Orogenital mulokotdan sung gonokokklar bodomcha bezlar va tomok. shilliq qavatini birlamchi yalliglantirishi mumkin. YOsh bolalar jinsiy a'zolaridzgi infeksiyani bilmay ogiz bo'shlig'iga yuktirganliklari xakida adabiyotlarda aytib utilgan. Gonokokkli qon`yunktivit kattalarda deyarli ko'zatilmaydi, shaxsiy gigienaga rioya qilmagan bemor uni ^z kul i bilan yuktirishi mumkin. Ko'zatislar shuni kursatadiki, so'zak bilan og'rigan bemor-larning deyarli 95—99% uni jnsiy aloka oqibatida kjtirib oladi.

Patogenezi. So'zakka qarshi tug'ma immunitet ham, orttirilgan immunitet ham yo'q SHu bone kasaldzn to'zalgan bemor yana qayta kasallanishi mumkin.

So'zak bilan og'rigan bemorlar qoni tekshirilganda oradan ancha vaqt o'tishiga qaramay, unda antitelolar, komplement bog'lovchilar borligi aniqlangan, ammo ular qayta kasallanishdan saklay olmaydi, Bir kishi so'zak bilan bir necha marta og'rishi mumkin (reinfeksiya). O'tkir so'zakda, aksariyat gonokokklar, leykositlar sitoplazmasida joylashadi, fagositoz jadal kechadi; bunda fagositoz tugallanmay kolib, gonokokklar leykositlar ichida bo'linishini davom ettiradi, oqibatda leykosit sitoplazmasi yorilib, gonokokklar tashkariga chiqadi. Bunday fagositoz organizmni infeksiyadan sak.lamay, aksincha mikroorganizmlarning spesi-fik immunitetini gumoral faktorlaridan saklaydi. Polimorf yadroli leykositlar ichidagi gonokokklar yakin a'zo va tukim-larga utib ketishi mumkin. Ximnoterapevtik dori-darmonlar, xususan penisillinning o'z vaqtida kul lanilishi fagositozning t o'lik yakunlanishini ta'minlaydi.

So'zakda asosiy patologii jarayon, odatda ko'zgatuvchi birlamchi kirgan joyidan boshlanadi. SHunga asosan, siydik tano-sil a'zolari (genital), ekstragenital va metastatik so'zak tafovut

qilinadi. Metastatik soʻzak genital va estragenital soʻzaklar asorati xisoblanadi. Gonokokklar, aksariyat siydik tanosil aʼzolari shilliq qavatlarining silindrik epiteliylarini (uretra, bachadonbuyni, koʻz shilliq, qavati, toʻgʻri ichak) zararlaydi. Gonokokklar tushgan zaxoti shu joydagi xujayra vorsinkasiga maxkam yopi-shib olib, u bilan zararlangan kishi jinsiy alokadan sung siyganida tushib ketmaydi; uretra shilliq, qavatiga tushgan gonokokklar xujayralararo bushlikda, 3—4 kundan keyin subepite-lial biriktiruvchi tukimaga etib boradi va yalliglanish jarayonini yoʻzaga keltiradi. Bunda gonokokklar tushgan joyga leykositlar, limfositlar va plazmatik xujayralar migrasiya-si boshlanadi va uretradan chikindi ajralishiga sabab boʻladi, Baʼzan mikroorganizmlar tuxum ortigiga tushib uni yal-liglantiradi. Koʻzgatuvchi limfogen yoʻl bilan ham oʻtishi mumkin Gematogen disseminasiyasi axyonda bir uchraydi. Odam qoni zardobidyagi qillin-faktor taʼsirida gonokokklar tezda xalok boʻladi. Organizmning immun hamda bakterioiid ximoya funksiyasi susayganida gonokokkli sepsis ruy berishi mumkin. Ayollarda gonokokklar avval siydik chiqish kanali (uretra), bachadon buynn, sungra bachadon va naylarini hamda tuxumdonni zararlantiradi. Gonokokklar ajratgan gonotoksin tu-fayli bemorning boshi ogʻrib, ishtaxasi yoʻqoladi, anemiya koʻzatiladi, bugimlar, nerv sistemasi va Boshqa aʼzolar ham zararlanadi.

Erkaklar soʻzagi. Soʻzak boʻlgan ayol bilan jinsiy aloqa qilgan erkakda 3—5—7 kunlik inkubasion davrdan keyin siydik chiqish kanalidan sargish-kukimtir yiring ajrala boshlaydi. Kasallikning inkubasion davri baʼzan 2—3 xaftagacha davom etadi. Agar kasallik boshlanganiga 2 oydan oshgan boʻlsa, uni surunkali soʻzak deb yuritiladi. SHuningdek kasalligi aniqlan-magan bemorlarni ham soʻzakning surunkali xiliga kiritiladi.

Baʼzi bemorlarda gonokokk boʻlishiga k.aramay kasallik xech k.anday sub`ektiv yoki ob`ektiv belgilarisiz, ya`ni asimptom kechadi, bunday xolat yashirin (latent) soʻzak yoki gonokokk tashuvchilar deb yuritiladi. Kupgina mutaxassislarning tushuntirishi-cha, keyingi yillarda soʻzakning asimptom kechishi tez-tez koʻzaticmokda. Erkaklar soʻzagining Quyidagi shakllari mavjud: 1. YAngi soʻzak, a) oʻtkir, b) urtacha oʻtkir, v) suet kechadigan (torpid turi). 2. Surunkali soʻzak. 3. YAshirin (latent) soʻzak.

Oʻtkir soʻzak uretriti. Bemor siydik chik.arish kanalining old qismida qichish, qizish va biroz achishish sezadi. Bu sub`ektiv belgilar aynik.sa bemor ertalab siyganida bezovta niladi. Uretra kanali ogzi yopishib, giperemiyalanib shishib ketadi. Siydikda shilimshik, va yiringli ipchalar kurinadi. Bora-bora bemor siyganida ogʻrik, turib, kattik. achishishidan, ereksiyada ogʻrik sezilishidan noliydi. Siydik kanalidan juda kup sargish-gungurt yiring keladi govak tana ushlab kurilganda uning kattiklashganli gi, bosgyanda ogʻrik. sezilishi mumkin. YAlliglanish kuchaygavida ajralayotgan chikindi qon aralash boʻlib, rangi sargimtir jigar-rang tusga kiradi. Soʻzak uretritida, uretraning faqat oldingi kisni zararlanganmi yoki zararlanish uning orqa qismida ham bormi, ana shuni aniqlab olish kerak. Buning uchun ikki stakanli sinama qilib kuriladi: bemor avval bir stakanga, keyin ikkin-chisiga siydiriladi, bunda uretraning faqat oldingi qismi zararlangan boʻlsa, yiring siyish vastida siydik okimi bilan yuvi-lib, birinchi stakanga tushadi, ikkinchi stakandagi siydik tinik kolaveradi. Uretraning orqa qismi ham zararlangan boʻlsa, ik-kala stakandagi siydik ham loyka boʻladi. Kasallikning uchinchi xaftasiga kelib sub`ektiv va ob`ektiv belgilar, yalliglanish alomatlari, yiring ajralishi oʻz-oʻzidan kamayadi. Kasallikning 3-4 xaftalari oxirida yalliglanish uretraning old qismidan ork.asiga utadi va oʻtkir total soʻzak uretriti avj oladi. Uretraning oldingi qismi zararlanganligi bel-gilariga uning orqa tomoni yalliglangani simptomlari Qoʻshiladi. Kasallik belgilari zurayadi (uretrosistit). Bemor tez-tez siyadi, siyganida ogʻrik, sezadi, siydigida qon boʻlishi Ham mumkin (terminal gematuriya). Uretraning orqa knsmi zararlanishi baʼzan xech kanday alomatlarisiz ham kechishi mumkin. Bunday bemorlar ikki stakanli sinama qilib aniqlanadi, unda xar ikkala stakandagi siydik rangi xira boʻladi (total piuriya). YAngi torpid soʻzakda uretraning oldingi qismi zararlanganda, siydik chiqish kanali atrofida shish, k,izarish unchalik sezilmaydi, ajralayotgan chikindi mikdori kam, shilimshikli, yiringli boʻlib, faqat ertablari ajraladi, xolos. Stakandagi siydikda bitta-ikkita yiringli iplar chukmasi kurinadi (nimxira siydik). Bemorlar siyishdan oldin shu soxada achishish, kichishishga shikoyat qilishadi. Aksariyat bemorlar oʻzining ka-salligini sezgani xolda, jarayon uretraning orqa qismiga oʻtishi mumkin. Siydik kanalining orqa qismi yalliglanganligini ikki stakanli sinama bilan aniqlyanadi, bunda \ar ikkala stakandagi siydik loyka boʻladi (total uretrit). Oʻtkir

so'zak uretriti, torpid uretritdan tashkari urtacha o'tkir uretrit ham ko'zatiladi. Uning belgilari yukorida aytilgan_xar ikkala uretritning oraligida turadi. O'tkir so'zak uretritida siydik kanalining orqa qismi zararlanib, unda odatda prostata bezi va tuxum ortiklarn ham zararlanadi, bunda davu choralari murakkablashadi. O'tkir so'zakda yukorida kayd qilinganlardan tashkari harorat ko'tarilishi, ishtaxa pasayishi, umumiy kuvvatsizlik ko'zatiladi. Bu belgilar gonokokklar toksinlarining qonga surilishidan kelib chiqadi.

Surunkali so'zak. Bemor o'z vaqtida davolanmasa yoki palapartish davolansa, shuningdek parxez va davu rejimiga rioya qilmasa jarayon o'tkirdan surunkaliga utadi. Xuddi shu hol gonokokklar preparatlar ta'siriga chidamli yoki organizm reaktivligi past bo'lganda ham ko'zatiladi.

Surunkali so'zak o'zining sub`ektiv va ob`ektiv belgilari bilan xuddi torpid so'zakka uxshab ketadi. Surunkali so'zakka chalingan bemorlarning 60% kam ifodalangan belgilar bilan kechadi. Ba`zan surunkali so'zak ko'zib turadi. Ayniksa bemor achchik, shur taomlar iste`mol qilsa, spirtli ichimliklar ichsa, jinsiy aloka qilsa yalliglanish zurayadi. Jarayon qaytalanganida kasallikning klinik kurinishi xuddi o'tkir yoki urtacha so'zakka uxshab ketadi. Bunday bemorlarning kasallik tarixiga qarab aniq diagnoz qo'yiladi. Surunkali so'zak asosida siydik kanalining boshdan oyoq za-rarlanishi etadi, bunda yalliglanish uchogi kengayib, torayib turadi. Kengayish avvaliga yumshok yalliglanish infil`tratidan iborat bo'lib, bora-bora chandik tukimasiga uxshab kattiklasha-di, siydik kanali torayib kolishi mumkin. Torayish anchagina bo'lsa bemor siyganida og'rik turib siyish jarayoni cho'zilib ketadi, siyganidan keyin yana bir necha tomchi siydik keladi; chov oraligida utmas og'rik, jinsiy funksiya bo'zilishi ko'zatiladi. Odatda so'zakka chalingan bemorlarda u yoki bu asorat koladi.

Gistopatologiyasi. Kasallikning o'tkir davrida siydik kanali tukimasida barcha yalliglanishlarga xos morfologik o'zgarishlar ko'zatiladi. Epiteliyda diffo'z eksudativ o'zga-rish, ayrim joylarda yo'zaki eroziyalar bo'ladi. shilliq qavat ostida plazmatik va limfoid xujayralardan iborat infil`trat xosil bo'ladi. Morgan`i kriptalari va Litter bezlarida polinuklear neyetrofillar va epitelial xujayralardan iborat yalliglanish maxsuloti - yiring yigiladi (Litterit, Morga-nit). Ularning chiqish naylari byoki lib psevdobssesslar paydo bo'ladi. Kasallik surunkali kechgan xollarda eksudativ yalliglanishlarga proliferativ o'zgarishlar qo'shiladi. shilliq qavat ostida infil`tratlar o'choq-o'choq bo'lib joylashadi. U joylarda limfoid va plazmatik xujayralar bilan birga fibroblastlar paydo bo'ladi. Ba`zan yumshok infil`tratli, ba`zan qo'shimcha tukimali kattik infil`tratlar vujudga keladi.

Erkaklar so'zagining asoratlari. Siydik chiqarish kanali strikturasi (uretra strikturasi) yoki uretraning chandikli torayishi, asosan uretraning oldingi qismida paydo bo'ladi; siyish akti cho'zilib, siydik okimi ingichkalashib koladi, bemor siyishga kiynaladi, achishish xissi paydo bo'ladi; bemor siyganidan keyin ham bir-ikki tomchi siydik keladi. Zamonaviy davu choralarini k;ullash tufayli uretra strikturasi keyingi yillarda mutlako uchramay koldi. So'zak prostatiti pala-partish davolanish, Ko'pincha parxez va davu rejimining bo'zilishi natijasida kelib chiqadi. Gonokokklar prostata bezining chiqish yo'llari orqali shu bezga kiradi. Bunday kataral prostatit asimptom kechadi. Bunda kechalari tez-tez zaxar tang qilib turadi, siydik loykalanadi, ba`zan tinik bo'lsa ham, unda ipir-iplar paydo bo'ladi. Bunda kasallikning klinik belgilari, xuddi uretraning orqa qismi yalliglanganidek (orqa uretrit) namoyon bo'ladi. Be-morning axvoli yomonlashib, darmoni kuriydi, ishtaxasi pasayadi. CHov oraligida utmas og'rik., ich dam bo'lishi, kabziyat ko'zatiladi. Tana xarorati 38-39°S ga etadi, kechalari tez-tez zaxar tang qilib, stakanli sinamada siydikning xar ikkala qismi loyka, chukmasida yiring bo'ladi. To'g'ri ichak orqali (rektal) tekshirib kurilganda bemor og'rikka shikoyat qiladi, prostata bezi kul ga kattik va katta-lashgan bo'lib unnaydi (parenximatoz prostatit), yalligla-nishlar ancha ifodalangan bo'ladi, ba`zan nuxatdek yoki undan ham kattarok., bosganda og'riydigan tugunchalar, shuningdek shu bez bagrida absesslar (follikul yar prostatit) paydo bo'lib, uretra yoki to'g'ri ichakka yoriladi. Bunda bemorlar siyish va xojat vak,tida siydik chiqish kanali, yorgok., dumgaza soxasiga utadigan og'rikka shikoyat qiladilar. Tana xarorati kutariladi. Prostata bezini tekshirishda extiyot bo'lish lozim. To'g'ri va rejali davu choralaridan keyin o'tkir prostatit belgilari yo'qoladi. Noto'g'ri davolanganda o'tkir prostatit yoki surunkali so'zak uretriti surunkali prostatitga utib ketadi. Gonokokklar ba`zan prostata bezi ichida (so'zakdan sung) o'zoq, vaqt saklanib xech kandy ob`ektiv va sub`ektiv belgilar namoyon qilmaydi, u Ko'pincha cho'zilib ketgan yoki surunkali so'zak uretritida ko'zga tashlanib koladi. Surunkali prostatitning klinik kurinishi polimorf. Bemorlar bel soxasida utmas og'rik siydik chiqish kanalining achishishi, tez-tez zaxar tang qilishi, xojat (defekasiya) dan keyin

prostata bezi suyukligi chikishi (prostatoreya) dan, jinsiy funksiya bo'zilib, ereksiya sustligidan, vaqtdan ilgari shaxvat ajralashidan shikoyat qiladilar. Kasallik siydik chiqish kanali ogzi sezilar-sezilmas giperemiyalanib, ertalablari biroz shilimshik yiringli ajralma chikib turishi bilan birga davom etadi; siydik ikkinchi porsiyada loyka bo'ladi. Antibakterial terapiya yordamida gonokokklar yo'qotilganda ham surunkali yalliglanishlar anchagacha davom etadi. Olimlarning fikricha prostata bezi tukimalaridagi neyrodistrofik o'zgarishlar, autoagressiya xolati va ikki-lamchi infeksiya bunga sabab bo'ladi. Prostata bezining o'zi to'g'ri ichak orqali, bez sekreti mikroskopda tekshirilgandan keyingina surunkali prostatit diagnozi tasdiklanadi. Bemorlar sekretida leykositlarni ko'rish may donidagi soni 40—50 tadan oshib ketadi, ular tup-tup bo'lib joylashadi. Aksincha leysitin donachalari esa kamayib ketadi. Kataral yalliglanishda prostata bezi barmoklarga unchalik unnamaydi, follikul yar o'zgarishda esa kattiklashtan tugunchalar seziladi. Surunkali parenximatoz prostatitda bezning bir bo'lagi yoki butunlay kattalashib ketishi mumkin. Bezning markazi yassilanib bosganda kattik og'riydi. Ko'pincha prostata bezining surunkali yalliglanishlari urug dumbokchasi (kollikul it) va urug pufakchalarining yalliglanishlari (vezikul it, spermatozistit) bilan birga kechadi. Bemorlarning 10% ida epididimit ham birga uchraydi. Gonokokklar urug chiqaruvchi yo'l orqali, u antiperistaltik tarzda kiskarganida, uretraning orqa qismidan moyak ortigiga utadi va so'zak epididimitiga sabab bo'ladi. Uretraning orqa qismi shikastlanmagan bo'lsa ham gonokokklar u erga uning ol-dingi qismidan limfa va qon yo'llari orqali o'tishi mumkin. Moyak ortigining zararlanishi birdan boshlanadi: yorgok terisi kizarib shishadi, bezillab turadi, moyak ortigi kattalashib qattiq, og'riydi. Urug chiqaruv nuli yutonlashib, zich tizimcha kurinishida kul ga unmaydi. Bemorning issigi kutariladi, bosh og'rigi, umumiy darmonsizlik, uykusizlik paydo bo'ladi. Moyak, odatda o'zgarmay kolaveradi, ba'zan uning kobigi (gidrosele, o'tkir periorxit) biroz zararlanadi. Zamonaviy davo usullari kul lanilganda ham moyak ortigining shikastlangan tukdshalari asli xoliga kodymaydi. Moyak ortigining dum soxasidagi infil'tratlari butunlay surilib ketmay, unda kattik chandiqqoladi- bu spermatozoidlar xarakatiga tuskinlik qiladi; xar ikkala moyak ortigi yal-liglanisa azospermiya ruy beradi va so'zakning eng xavfli asorati bepustlik ko'zatiladi.

Ayollar so'zagi o'zining klinik ko'rinishi va kechishi jixatidan erkaklarnikidan biroz fark qiladi-bu erkak va ayol siydik tanosil a'zolarining to'zilishidagi tafovutlargabog'liq. Ayollarda so'zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bacha-don buyni, shuningdek to'g'ri ichakni bir yo'la shikastlantiradi va jadal kechadi. Keyingi yillarda so'zakning klinik simptomlari o'zgarishi, kasallik epidemiologiyasi, diagnostikasi va davosida o'z ifodasini topmokda. Ayniksa ayollar so'zagi diagnostikasi uning 75-80% sub'ektiv asimptom kechishi xisobiga murakkablashmokda. Infeksiya asosan jinsiy yo'l bilan yuqadi. Favkul odda bemorlar ishlatgan buyumlaridan (sochiq, ichki kiyim, o'rinko'rpa va Boshqalar) yukib kolishi mumkin. Gonokokklar xul buyumlar-dagi yiringda 24 soatgacha tirik saklanadi. Bemor bilan jinsiy mulokot qilinganda gonokokklar avval uretraga, keyin ba chadon buyniga tushib, ularni yalliglantiradi. Keyinchalik katta vestibolyar bezlar va to'g'ri ichakning qo'yi qismi zararlanadi. Ba'zan bo'zuk mulokot qilinganda to'g'ri ichak va ogiz bo'shlig'i shilliq qavati infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Gonokokklar yuqqanidan keyin, kasallikning 3-5 kun yashirin davriga o'tadi. Ba'zan bu davr 14-15 kunga cho'zilib ketadi. Kasallikning sub'ektiv belgilari sustligi tufayli, ayollar infeksiya yuqtirgan vaqtini tayin ayta olmaydi. Ayollar so'zagi klinik kechishiga qarab xuddi erkaklarnikidek tafovut qilinadi: 1. YAngi so'zak (o'tkir, urtacha o'tkir, tor-pid). 2. Surunkali so'zak (ikki oydan oshgan so'zak). Siydik tanosil a'zolarining faqat qo'yi qismi (kin daxlizi, bartolin bezlari, uretra, bachadon buyni) so'zak bilan zararlangan bo'lsa — bu asorat bermagan, mabodo bachadonning ichki kismi, tuxumdon ortiklari va Boshqa a'zolari ham zararlangan bo'lsa, bunday kasallik yukori kutariluvchi asorat bergan so'zak deyiladi. Ayollar so'zagining o'tishi o'tkir va xronik (surunkali) bo'ladi. Kasallikka chalingan ayollarning 71-96% ida so'zak uretriti ko'zatiladi, bunda asosan ayollar uretrasining kiska (3-4 sm) va enliligi sabab (erkaklarnikidan 1,5 marta enli) bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida bemorlar uretraning sanchib og'rishiga, surunkali davrida esa tez-tez og'rikli siyishga shikoyat qiladilar.

O b ` e k t i v s i m p t o m l a r . Uretra daxlizi giperemiyala-nib shishib turadi, bosganda infil'tratlanish va og'rik. seziladi, OK.ISH sargimtir ajralma keladi. Parauretral yo'llar yal-liglanib, kul ga tugunchadek unmaydi. Ayollarning asorat bermagan so'zagida odatda bachadon buynining so'zakdan yalliglanishi

(o'tkir so'zakda deyarli 85- 90%, surunkalida esa 94-98%) ko'zatiladi. Bachadon buynining kin soxasi kizarib shishib turadi, kindan shilimshik yiringli suyuklik chiqadi, yo'zaki eroziya xosil bo'ladi. Surunkali jarayonda shish, giperemiyaga nisbatan follikul yar eroziya kup uchraydi. Bemorlarning umumiy axvoli deyarli o'zgarmaydi, ular asosan kichishish, achishish, chikindi ajralishidan shikoyat qiladilar.

Vul'va va kinning so'zakdan yalliglanishi axyon-axyonda uchraydi, chunki bu a'zolarining shilliq qavati so'zak infeksiyasiga chidamli kup qavatli yasen epiteliy bilan koplangan. Vul'va va kinning so'zakdan zararlanishi yosh kizlar, xomilador ayollar va klimaks davrini boshidan kechirayotgan ayollardagina kuruladi. Bunday bemorlarning tashqi jinsiy a'zolari shishib gipere-miyalanadi, klitor osti kriptalari, katta va kichik uyatli lablar yo'zasi kizarib yiring bilan koplanadi. Kichik uyatli lab-lar shishib, yopishib turadi, ba'zan yara-chakalanib eroziyalana-di. Bemor og'rikka, kichishish, achishish va chikindi ajralayotganiga. noliydi. Bunga ikkilamchi infeksiya qo'shilsa qisman regionar limfadenit ko'zatiladi. Bartolin bezlarining so'zakdan yalliglanishi (so'zak barto-liniti) uretra yoki bachadon buynidan gonokokkli yiring o'tishi natijasida vujudga keladi va ayollar so'zagining 20—30% ida uchraydi.

Katta vestibolyar bezlar yalliglanishning olti xil klinik kurinishi tafovut qilinadi: yo'za kanalikul it, kanalikul it, soxta abscess, chin abscess, katta vestibolyar bezlar usmasi (kista), nodoz (tugun) xili.

Bez chiqaruv naylarining ozgi qismi zararlanganda (yo'za kanalikul it), shu soxa kizarib turadi, qizil doglar ko'zga tashlanadi, bu doglar bosib kurilsa yiringli ajralma chiqadi. Bez tanasining zararlanishi (abscess, usma) juda bezillab turadigan usma kurinishida namoyon bo'ladi, usha usma bosib kurulganda kattik og'riydi, ko'zgaluvchan bo'ladi. Bora-bora abscessga aylanib ketishi mumkin. Gonokokklarga ikkilamchi mikroorganizmlar qo'shilishi tufayli chin abscess vujudga keladi. Bunda bemorning umumiy axvoli yomonlashib, xarakati keskin chegaralanadi, tana xarorati kutariladi. Ular jarroxlik usulida davolanadi. Ba'zan katta vestibolyar bezlar-dagi yalliglanish kamayib, ularning chiqaruv yo'llari tiqilib kolsa, unda nuxatdek yoki undan kattarok sharsimon, yumshok. usmalar (kista) vujudga keladi. Usmalar deyarli og'rimaydi, bemorni bezovta qilmaydi, yorilganda ichidan yopishkok ajralma chiqadi.

YUqoriga ko'tariluvchi so'zak. Parhez va rejim bo'zilsa (jinsiy alqoa, ogir jismoniy ish qilinadigan bo'lsa), o'z vaqtida davo qilinmasa, organizm qarshiligi susayib ketsa, asorat bermagan so'zak asorat beradigan, yukoriga kutariluvchi so'zakka aylanib ketishi mumkin. YUkoriga kutariluvchi jarayon so'zakning eng ogir kurinishi bo'lib, odatda kasallikdan keyin-gi birinchi yoki ikkinchi xayzdan sung boshlanadi. YUkoriga kutariluvchi so'zak o'tkir so'zakdan sung 6-9%, surunkalisida 28-30% xollarda uchraydi (E. N. Turanova, 1972). X,ozirgi paytda ancha kam uchraydi.

Klinik kurinishiga kura yukoriga kutariluvchi so'zak, ayollarda uchraydigan Boshqa yalliglanish jarayonlariga uxshab ketadi. Bunda asosan qorinning pastki qismida og'rik turpb, og'rik xarakteri yalliglanish uchogiga bog'liq bo'ladi. Bemorning kungli ayniydi, kayt qiladi, xarorati kutarilib, kaltiraydi (sal'pingooforit, pel'vioperitonit). Bachadon ichi yalliglanganda shilimshik.li bir talay seroz niringln va qon aralash suyuklik kelib turadi. Ayniksa bemorda avvaldan Boshqa ginekologik yalliglanishlar bor bo'lsa (ad neksit, bachadondan qon ketish, bachadon buyni eroziyasi), unda kasallik ogirroq kechadi.

YUkoriga kutariluvchi so'zak bachadon ichi shilliq qavati, mus-kul lari (endometrit, endometriy), bachadon naylari (sal'pingit) va tuxumdon (oofarit) ning yalliglanishiga olib kelishi mumkin. Ayniksa bachadon naylarining ikki tomonlama so'zakdan yalliglanishi, bachadon naylarining bitib kolishi va piro-vardda bepustlikka olib keladi.

Qizlar so'zagi. Asosan 2-8 yoshlardagi kizlarda ko'zatiladi. K,izlar so'zak bilan og'rigan onalari, karindoshlari yoki o'zlariga qaraydigan ayollardan odatda nojinsiy yo'l bilan kasallikni yuktirib oladilar. SHaxsiy va umumiy sanitariya koidalari bo'zilganda, shuningdek kasal bilan bir urinda yotilganda, chikindilardan, ifloslangan vanna, tuvak, sochiq. orqali ham kasallik yo'qishi mumkin. Kasallikning shu yo'l bilan yo'qishi 85—95% ni tashqil qiladi. So'zak bilan og'rigan kizlar-ning asosiy kasallik yuktirish manbai onasi xisoblanadi. Kizlarning 80-93% ida so'zak o'tkir kechadi. Ayollar so'zagidan farkli ularok. kizlarda asosan, siydik tanosil a'zolarining kup qavatli yassi epiteliy bilan koplangan soxalari zararla-nadi. Bachadon va ortiklarinnig zararlanishi, odatda ko'zatilmaydi.

Kasallikning inkubasion davri kisk.a, 3 kun davom etadi. YAlliglanish kup o'choqli bo'lib bemorlarning deyarli 100% kin va kin daxlizi, 85% uretrasi, 50-82% ida to'g'ri ichakning qo'yi qismi shilliq qavati zararlanadi.Kasallikning klinik manzarasi mikroorganizmning reaktivligi hamda gonokokklarning virulentligiga bog'liq.So'zak vul'vitida katta va kichik uyatli lablar terisi kizarib shishadi, yo'zasi shilimshik, yiringli suyuklik bilan kopla-nib turadi, klitor va kizlik pardasi shishib ketadi. Siydik chiqish kanali ham giperemnyalanib, so'zak uretriti avj oladi. Bunda siydik kanalidan yiring chikib turadi, tez-tez zaxar tang qilib, siyish vaqtida og'rik paydo bo'ladi.Olti yoshgacha bo'lgan kizlarda katta vestibolyar bezlarning yalliglanishi ko'zatlilmaydi, to'g'ri ichakning tashqi sfinkteri zararlanishi mumkin. Bunda tashqi sfinkterning burmali kis-mi giperemiyalanib shishib turadi. SHu soxada kichishish, xojat vaqtida og'rik ko'zatliladi, ba`zan mayda yoriklar paydo bo'ladi. So'zak vaginitida kin shilliq qavati shishib, kizarib turadi, birtalay yiringli suyuklik chikib oralik va sonning ichki yo'zasini ta`sirlaydi.Surunkali so'zak kizlarda kamdan-kam ko'zatliladi. Aksariyat Kizlarning umumiy axvoli biroz o'zgaradi, ular bushashib, jiz-zaki bo'lib koladi, ishtaxasi yo'qoladi, son soxasini xadeb kash-layveradigan bo'lib koladi. Bir qancha xollarda kizlar so'za gining sub`ektiv va ob`ektiv belgilari uncha ifodalanmagan, yalliglanish xodisalari bilan suet bo'lib o'tishi mumkin.

Davosi. So'zakni davolash mutaxassisdan antibakterial, immunoterapevtik, maxalliy va fizioterapevtik muolajalar-ni bir yo'la mukammal kul lay bilishni talab qiladi; yukoridagi usullarni kul lash zararlangan o'choqning xarakteriga qarab olib boriladi.Masalan, yangi xali asorat bermagan so'zakda faqat antibio-tiklar bilan davolansa, asorat bergan x,amda surunkali shakl-larida kompleks davo usullari talab etiladi.So'zakka k.arshi kul laniladigan dorilarning xili, mikdori va ishlatish usullari 1996 yildagi «So'zakning davosi va profilaktikasi kursatmasi»ga asoslanadi.Gonokokka qarshi antibiotiklar ishlatganda uni yuborishdan 20-30 minut avval allergik reaksiyaning oldini olish uchun an-tigistamin preparatlar, dimedrol, pipol`fen va Boshqalar be-riladi. Erkak va ayollarning o'tkir so'zagida benzilpenisillinning davo kursi 6 mln TB buyuriladi. YAngi torpid xilining asorat bermagan hamda o'tkir asoratlangan erkaklar so'zagida, yukoriga kutariluvchi va surunkali so'zakda davo kursi 10-12 mln TB ga etadi. Bemorlar qonida antibiotikning yukori qon-sentrasiyasini xosil qilish uchun davo katta dozada, ya`ni birinchi in`eksiyani 600,000 TB da muskul lar orasiga, keyingilari esa 400.000 TB da xar 3 soatda buyuriladi.Bisillin-1, Bisillin-3, Bisillin-5 larda bir martalik doza 600.000 TB dan qilib olinganida 6 ta in`eksiyalar orasida 24 soat utadigan bo'lsa, bir martalik doza 1.200000 TB qilib olinganida oradan utadigan vak/g 48 soatni tashqil qiladi. Erkak-larning o'tkir, urtacha o'tkir va ayollarning o'tkir so'zagida 4,8 mln TB buyuriladi, so'zakning Boshqa shakllarida 6 mln TB, xar 24 soatda 600.000 TB dan qilinadi.

Ampisillin (davo kursi 8,0 g), ampioks 0,5 g dan xar 4 soatda 4—5 kun, oksasillin (davo kursi 0,5 g dan 5 maxal, jami 10.0 g), levomisitin kuniga 3,0 g, davo kursiga 8,0 g, tetrasiklin davo kursi 8,0 g dan buyuriladi.Antibiotik-makrolidlar ham keng kul laniladi: eritromisin 400.000 TB dan 5-6 maxal, jami 10 mln TB, oletetrin jami 6 mln TB, erisiklin jami 3,0 g.Rifampisin — yarim sun`iy antibiotik 0,3 g dan (birinchisi 0,6 g), xar 6 soatda ovkatdan 30-60 minut avval beriladi, davo kursi 3,0 g.Penisillin bilan davolash yaxshi naf bermasa yoki bemorning bu dorilarga sezgirligi yukori bo'lsa, u xolda sul`fanilamid preparatlar buyuriladi: dastlab sul`famonometoksin va sul`fa-dimetoksin ikki kun 1,5 g dan, keyingi kunlari 1,0 g dan uch maxal, jami davo kursiga 15,0 g buyuriladi.Biseptol 4 tabletkadan xar 6 soatda ichiladi, jami davo kursi 16 tabletk (7,68 g).Kasallik cho'zilib ketganida yoki asorat bilan kechganida antibakterial preparatlar mikdori ikki barobar oshiriladi. Gono-kokkli sepsis, so'zak artriti va pel`vioperitonitda benzilpeni-sillin kuniga 6-10 mln TB dan buyuriladi, jami 7-10 kun.Bemorlarning infeksiyaga qarshi reaktivligini oshirish maksadida spesifik (gonokokkli zardob) va nospesifik (pirogenal, prodigiozan, autogemoterapiya, levomizol, kaliy orotat, metil-urasil) davo buyuriladi.Dori-darmonlardan tashk,ari maxalliy davo choralari ham kuriladi. Siydik chik,arish kanali 1:6000, 1:10000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi; kanalga 0,25% li ku-mush nitrat yoki 1-2% li protorgol eritmasi yuboriladi (instillyasiya qilinadi). Uretraga metall buj kiritiladi hamda tampon qo'yiladi. Ayniksa fizioterapevtik (parafinoterapiya, diatermiya, elektroforez, yuk.ori chastotali terapiya, massaj va boshqalar) muolajalarni birga kul lash yaxshi naf beradi.Bolalar so'zagini davolash kattalarniki bilan deyarli bir xil bo'lib, fak,at urinda yotish buyuriladi. Antibiotiklar ularning yoshi va vazniga qarab 200.000-500.000 TB dan xar 3-4 soatda yuboriladi. Surunkali so'zakda 3 yoshdan katta bo'lgan bolalarga avval 50-100 mln mikrob tanachasiga ega bo'lgan gonokokkli zardob buyuriladi.Uch

yoshgacha bo'lganlarga immunoterapiya tavsiya etilmaydi, maxalliy davo sharoitga qarab buyuriladi. So'zaktan tuzalib ketganlikni kursatuvchi mezon: bemorda so'zak yo'qolib ketganligini aniqlash maksadida davo tamom bo'lganidan 7—10 kun o'tgach, aralash provokasiya usuli bilan tekshirish o'tkaziladi. Bu usul zararlangan o'choqlarning ta'sirlanishiga (yashirin kolib ketgan o'choqlar) asoslangan. Provokasiyadan keyin uch kun mobaynida (24, 48, 72 soat) ja-roxatlangan soxadan chiqadigan suyuklik laboratoriya tekshiruvidan o'tkaziladi. Tekshirish natijalari manfiy bo'lsa, bir oydan keyin provokasiya yana takrorlanadi. Bakteriologik tadqiqotlarni sharoitga qarab o'tkazish zarur. So'zakning klinik belgilari bo'lmasligi hamda zararlangan soxadan chiqadigan suyuqlikni tekshirish natijalarining manfiy bo'lishi, kasalni tuzalib ketgan deb xisoblashga imkon beradi. So'zakni boshidan kechirgan bemorlar 2 oy mobaynida dispanser va laboratoriya tekshiruvlari nazoratida bo'ladilar. Ayollar kam deganda ikki xayz sikli davrida ko'zatiladi. Infeksiya manbai aniqlanmagan bo'lsa, bemorlar jami 6oy Xisobda turadi, 6 oy o'tgach, uni xisobdan chiqariladi. Ba'zan so'zak-zaxm infeksiyalari bo'lishi mumkin deb gumon qilinganda, ularda shu davr mobaynida zaxm serologiyasi tekshiruvi olib boriladi.

Siydik-tanosil a'zolarining trixomonadadan zararlanishi.

Siydik-tanosil a'zolarining trixomonadadan zararlanishi (trixomoniaz) eng kup tarkalgan parazitar kasalliklardan xisoblanadi. Mualliflarning ma'lumotlariga kura xar yili dunyoda 180—200 mln kishi bu dardga chalinar ekan. Odatda kasallik erkaklarga ham ayollarga ham bir xilda yuqadi, ammo kasallik simptomlarning kam bo'lishi aksarnyat ayollardan kura erkaklarda ko'proq. kuriladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashqilotining (Jeneva, 1984) kasalliklar klassifikasiyasi to'g'risidaga ma'lumotiga Qaraganda trixomoniaz tanosil (venerik) kasalliklar ruyxatiga kiritilmagan, ammo u xlamidioz, ureaplazmoz, gardnerellez singari jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar Qatorida turadi. Kasallikni qin trixomonadasi qo'zgatadi. Trixomonada xivchinlilar sinfiga mansub bir xujayrali sodda parazit. O'zoq, yillar davomida trixomonadalar ayollarda uchraydigan odatdagi zararsiz mikroorganizm l ardan deb xisoblanib kelingan. Ammo avvaliga Noeppe (1916) keyinchalik Sarek (1927) trixomonadali kol'pitga chalingan ayol bilan jinsiy mulokotda bo'lgan ikki erkakda trixomonadali uretrit rivojlanganligini ko'zatkan va bu kasallikdan forik bo'lish uchun erkak ham, ayol ham birga davolanishi zarurligini aytib utishgan.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik manbai bemor; soglom kishilarga jinsiy yo'l bilan yuqadi, ayollarda ko'proq. uch-raydi. Rektal va orogenital munosabatlar tufayli kasallik vu-judga kelmaydi, chunki kii trixomonadasi ogiz bo'shlig'i va to'g'ri ichakda yashay olmaydi. Nojinsiy yo'l bilan yo'qish kamdan-kam uchraydi. Bolalarga esa tugruk paytida bemor onadan utadi. Silindrik epiteliylarni shikastlaydigan gonokokklardan farkli ularok., kin trixomonadalari faqat yassi epitelial xujayralarni zararlaydi. Erkaklarda trixomonadalar uretra shilliq. qavati buylab tarkdlib, uning mayda bezlari va lakuna-lariga kiradi. Trixomonadalar prostata beziga ham kirib, ular prostatitga xos klinik belgilarni yo'zaga chiqishi mumkin. Keltirilgan ma'lumotlarga kura 25—30% bemorlarda trixomonadali prostatit yashirin kechadi. Trixomonadalar o'zidan endo- yoki ekzotoksin ajratmaydi, ammo ular bevosita makroorganizm xujayralariga yopishib ularni zararlaydi. Trixomonadalarning parazitlik xususiyatlari mukammal urganilgan. Jumladan, soglom odamning siydik kanaliga ulgan trixomonadalar yuborilganda, xech kdnday yal-liglanish jarayonlari yo'zaga kelmaydi. Ba'zan erkaklar siydik kanaliga tushib k. olgan trixomonadalar, u joyda klinik o'zgarishlarga olib kelmaydi (asimptom infeksiya) yoki ma'lum muddatdan sung trixomonadalar o'z-o'zidan yo'qoladi (tranzitor tashuvchanlik) yoki ulib ketadi. Trixomoniaz bilan og'rigan bemorlarda turli zardob va sekretor antitelolar yo'zaga kelsa ham, immuniteti turgun emas. SHuning uchun trixomoniaz bilan qayta-qayta og'rish mumkin.

Qin trixomonadasi antibiotiklar va sul'fanilamid prepa-ratlarga juda chidamli bo'lib, ular ta'sirida nobud bo'lmaydi. Ular fagositoz nuli bilan ayrim kokklar va tayoklarni xazm vakuollariga kabo'l qila oladi. SHu bilan ular ikkilamchi in-feksiyalarni antibiotiklar ta'siridan saklab koladi. Elektron mikroskopda olib borilgan izlanishlar tufayli Trixomonadalarning xazm vakuollarida gonokokklar borligi aniqlangan (N.M. Ovchinnikov va V. V. Delektorskiylar). Ammo trixomonadalar organizmida gonokokklarni parchalay oladngan proteolitik fermentlar yo'q., shuning uchun gonokokklar ular ichida rivojla-nishni davom ettiradi va vaqti kelib yorib chiqadi. Trixomonada bilan so'zak infeksiyasi birga

uchrasa, trixomonadalar so'zak uchun manba bo'lib kolishi mumkin. SHuning uchun bir yo'la so'zak bilan trixomonizga kdrshi davo qilish kerak.

K l i n i k a s i . Trixomoniazning yashirin davri 3-7 kundan 3-4 xaftagacha, urtacha 10—15 kun, ba`zan o'zoqrok cho'zilishi ham mumkin.

Ayollarning xayz ko'rishi, shuningdek erkaklarning achchik, shur taomlar iste`mol qilishi yoki spirtli ichimliklar ichishi kasallikning ko'zishiga sabab bo'ladi. Trixomoniazning qo'yida-gi klinik kurinishi tafovut k,ilinadi:

1. Siydik-tanosil a`zolarining yangi trixomoniasi: a) o'tkir, b) urtacha o'tkir, v) torpid (kam alomatli) trixomoniaz.

2. Surunkali trixomoniaz (kasallik 2 oydan ziyod davom etganda).

3. Belgilarsiz (asimptom) trixomoniaz.

Erkaklarda trixomoniaz uretrit, prostatit, epididimit va Boshqa klinik kurinishda namoyon bo'ladi.

Trixomonada uretriti aksariyat kam alomatli bo'lib bemor uni uncha sezmasligi ham mumkin, ba`zan siydik kanalidan ozrok okimtir chikindi keladi. Bemor tez-tez siyadi. Uretra ogzi k.iza-rib shishib turadi, shu soxa kichishib achishadi, Ba`zan jinsiy aloka tugashi bilan bemorda achishish xissi paydo bo'ladi. Ayniksa yangi uretritda kasallik simptomlari shiddat bilan ke-chadi. 3—4 kunlik inkubasion davrdan sung siydik kanalidan kupikli-yiring ajraladi, bemorning siydigi xiralashadi, bunda u o'tkir so'zak uretritiga juda uxshab ketadi. Kasallik yashi-rin kechganida yalliglanish jarayoni uretraning old qismidan orqasiga prostata beziga, urug pufakchasi, moyak ortnk,lari va kovukda, axyonda buyrak jomlariga ham tarkab ketishi mumkin. O'tkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuklik I—2 xafta ichida o'z-o'zidan kamayib, kasallik alomat-lari barx.am topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga utib, vak/gi-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar xisoblanadi. Trixomonadali uretritdan bemor yaxshi davolanmasa yoki davo rejimi va parxez saklamaydigan bo'lsa, ularda (5—10% } uretra strikturasi, chandiklanish kabi asoratlar koladi. Trixomonadali prostatit birlamchi surunkali yalliglanish tarzida rivojlanadi. Prostatadagi zararlanish Ko'pincha kam alomatli bo'lib, bemorlar o'zlarini soglom xisoblaydilar; prostata sekretida trixomonadalar borligi aniqlangandan keyin diagnoz qo'yiladi. Bemor chov oraligida ogirlik, tez-tez zaxar tang qilishi, mizoj zaifligi va nevrostenik o'zgarishlarga shikoyat qiladi. Trixomoniazga chalinganlarning 40% dan ortigida prostatit borligi k,ayd qilingan. Trixomonadali epididimitda patologik jarayon tuxum ortigining dum va tana qismida, yalliglanish jarayoni esa Ko'pincha bir yok.lama bo'ladi. Aksariyat kasallik tusatdan tana xarora-tining kutarilishi hamda og'rik. bilan boshlanadi. Trixomonadalar tuxum ortigi kanali epiteliylari va oralix tukimalarda infil`trat yo'zaga keltiradi. Ba`zan jarayonga moyakning yal-liglanishi ham qo'shilib (orxoepididimit) ketadi. Trixomonadali vezikul it, kuperit va sistitlarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmay, balki yashirin kechadi. Trixomoniaz jinsiy faoliyatning bo'zilishiga olib keladi (5-6%). Ayollar trixomoniazida yalliglanish asosan, siydik tanosil a`zolarining pastki qismida bo'lib (98,9%), vaginit, vul`vit, vestibo`lit, uretrit, bartolinit va endoservisit kabi klinik kurinishlarda kechadi. U o'zining kup o'choqli bo'lishi hamda xaddan ziyod kup uchrashi bilan erkaklarnikidan fark qiladi. Kasallikning yashirin davri o'tgandan sung bemor ayol tashqi jinsiy a`zolari soxasining kichishib, achishib turishidan, k,in-dan chikindi ajralayotganidan shikoyat qiladi. CHikindi kupiksimon, ba`zan biroz yiring aralash bo'ladi. ^zini pokiza tutmaydigan ayollarning kinidan o'ziga xos kul ansa xid keladi, qin daxlizi o'tkir yalliglanib, shishib klzarib ketadi; tashqi jinsiy uyatli lablar burmalarida mayda-mayda yo'za eroziyalar paydo bo'ladi. Ba`zan chov oraligi, anus atrofi terisini chikin Ayniksa yangi uretritda kasallik simptomlari shiddat bilan ke-chadi. 3—4 kunlik inkubasion davrdan sung siydik kanalidan kupikli-yiring ajraladi, bemorning siydigi xiralashadi, bunda u o'tkir so'zak uretritiga juda uxshab ketadi. Kasallik yashirin kechganida yalliglanish jarayoni uretraning old qismidan orqasiga prostata beziga, urug pufakchasi, moyak ortik,lari va kovukda, axyonda buyrak jomlariga ham tarkab ketishi mumkin. O'tkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuklik I—2 xafta ichida o'z-o'zidan kamayib, kasallik alomat-lari barx.am topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga utib, vakgi-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar xisoblanadi. Trixomonadali uretritdan bemor yaxshi davolanmasa yoki davo rejimi va parxez saklamaydigan bo'lsa, ularda (5-10% } uretra strikturasi, chandiklanish kabi asoratlar koladi. Trixomonadali prostatit birlamchi surunkali yalliglanish tarzida rivojlanadi. Aksariyat kasallik tusatdan tana xarora-tining kutarilishi hamda og'rik. bilan

boshlanadi. Trixomonadalar tuxum ortigi kanali epiteliylari va oralix tukimalarda infil'trat yo'zaga keltiradi. Ba'zan jarayonga moyakning yal-liglanishi ham qo'shilib (orxoepididimit) ketadi. Trixomonadali vezikulit, kuperit va sistitlarda klinik alomatlar ko'zga tashlanmay, balki yashirin kechadi. Trixomoniaz jinsiy faoliyatning bo'ziligiga olib keladi (5-6%). Ayollar trixomoniazida yalliglanish asosan, siydik tanosil a'zolarining pastki qismida bo'lib (98,9%), vaginit, vul'vit, vestibolit, uretrit, bartolinit va endoservisit kabi klinik kurinishlarda kechadi. U o'zining kup o'choqli bo'lishi hamda xaddan ziyod kup uchrashi bilan erkaklarnikidan fark qiladi. Kasallikning yashirin davri o'tgandan sung bemor ayol tashqi jinsiy a'zolari soxasining kichishib, achishib turishidan, k, in-dan chikindi ajralayotganidan shikoyat qiladi. CHikindi kupiksimon, ba'zan biroz yiring aralash bo'ladi. ^zini pokiza tutmaydigan ayollarning kinidan o'ziga xos kul ansa xid keladi, qin daxlizi o'tkir yalliglanib, shishib klzarib ketadi; tashqi jinsiy uyatli lablar burmalarida maydamayda yo'za eroziyalar paydo bo'ladi. Ba'zan chov oraligi, anus atrofi terisini chikin aksiyasini oshiradngan nospesifik dorilar hamda maxalliy davo usullari birga olib boriladi. Aralash infeksiyali trixomoniazda davo kursiga albatta antibakterial preparatlar qo'shiladi. Trixomonadaga qarshi dorilardan metronidazol (trixopol), flagil, orvagil, klion, tinidazol (fasijin) va naksogin (nimarazol), atrikan amaliyotda kup kul laniladi. Bu preparatlar 0,25 va 0,5 g dan tabletkaga yo'ki kinga muljallangan shamchalar xolida chiqariladi. Metronidazolning ichish sxemasi: birinchi kun 2 tabletkadan (0,5 g) uch maxal xar 8 soatda, ikkinchi kuni 0,5, 0,25, 0,5 g, uchinchi kupi - 0,5, 0,25, 0,25 g, turtinchi kuni 0,25, 0,25, 0,25 va nixoyat be-shinchi kuni 0,25, 0,25 e dan ikki maxal, jami 5 g mikdorda ichishga buyuriladi. Metronidazol preparatlarini yana Boshqa sxemalarda kabo'l qilish tavsiya etilgan. Tinidazol (fasijin, triqonidazol va Boshqa) preparatlari trixomonadalarga ta'sir etish xususiyatlari jixatidan metronidazolga uxshab ketadi, bu preparatlar ham 0,5 g dan Quyidagi sxema bo'yicha buyuriladi: 1. bir ichishga 2 g (4 tabletkaga). 2. 0,5 g dan xar 15 minutda bir soat ichiladi (4 tabletkaga). Tinidazol hamda metronidazol preparatlarini xomilador va emi-zikli ayollar, shuningdek qon kasalliklari hamda markaziy nerv sistemasi xastaliklarida tavsiya etilmaydi. O'tkir gono-kokkli va trixomonadali infeksiyada so'zakka va trixomonadalarga qarshi preparatlar bir maxalda, surunkali xilida esa avval immunoterapiya metronidazol preparatlari bilan, keyin esa so'zakka qarshi antibiotiklar beriladi. Bemor davolanib bo'lganidan sung 7-10 kun o'tkazib davo nazorati olib boriladi. Erkaklar 2 oy, ayollar 3 marta xayz kurguicha, kizlar esa 3 oy davomida dispanser ko'zatuvida bo'ladilar. Takror-takror o'tkazilgan laboratoriya tekshirishlari manfiy natija berib, bemor butunlay tuzalib ketgandagina x.isobdan chiqariladi. Trixomoniazda profilaktika maksadida kasallarni dispanser ko'zatuvida o lit va davolashdan tashkari, infeksiya manbai bo'lganlarni, shuningdek bemorga yakin yurgan kishilarni davola-nishga majbur qilish, trixomonadalar bo'lmasa ham, ular bilan davo kursini o'tkazish zarur.

Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi va mikoplazmozi

Keyingi yillarda jaxon miqyosida so'zak, zaxm kabi xavfli yuqumli tanosil kasalliklari bilan bir Qatorda gonokokksiz (nagonokokk) uretrit (nospesifik uretrit, so'zakdan keyingi uretrit) deb ataladigan tanosil kasalliklari uchrab turadi. Ma'lumotlarga kura, bunday kasalliklar so'zakka Qaraganda 2-3 baravar ko'proq siydik tanosil a'zolari yalliglanishiga sabab bo'lmokda. Mazkur kasalliklar bilan og'rigan bemorlar soni rasmiy ma'lumotlarga Qaraganda dunyo bo'yicha 750-800 mln dan oshib ketdi. Ularning 60-65% ini urogenital xlamidioz va mikoplazmoz (ureaplazmoz) tashqil etadi deb tushuntirilmokda, epidemi-ologik nazoratga olish esa mushkul ligicha kolmokda. Aslida xlamidioz va mikoplazmoz bilan kasallanish bundan ham kup-rokdir. Birok, kulgina laboratoriyalarda etiologik tekshirish usullarining yo'qligi, mazkur kasalliklar klinik belgilari-ning mujassam emasligi va shuningdek tibbiyot xodimlarining kasallik xakida t o'lik tushunchaga ega emasligi tufayli bu kasalliklar servisit, uretrit, vaginit, adneksit kabi nospesifik (gonokokkarsiz) kasalliklar diagnozi ostida yashirin kolmokda. Oqibatda bemor faol mexnat kobiliyatini yo'qotadi, xatto ba'zi ayollarda bachadondan tashkari xomiladorlik, neonatal ulim yo'z berish xollari ko'zatilgan. Ayniksa, kasallikning yukori kutarilishi va Boshqa a'zolarga tarkalishi, ogir aso-ratlar koldirishi va Boshqalar, bunda x, am, xuddi zaxm kasal-liklaridek bemorlarni nazoratga olish xizmatini joriy qilishni takozo etadi. Xlamidiy va mikoplazmalar keltirib chiqaradigan siydik-tanosil yo'llari yalliglanishi kasallik-larining zamonaviy diagnostikasi va davosini takomillashti-rish, etiologiyasi noma'lum bo'lgan kulgina kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash noxush asoratlarni bartaraf etish imkonini beradi.

Siydik – tanosil a`zolari xlamidiozi

Siydik-tanosil a`zolari xlamidioziga xlamidiyalar sabab bo`ladi. Ular mayda gramm-manfiy kokklar shaklida bo`lib, prokariotlarga xos bakteriyalarga uxshab ketadi; morfologik va biologik xossalari jixatidan ikki xil yashash shakliga ega bo`lib, elementar va inisial (retikul yar) tanachalar sifatida ifodalanadi (66- raem). Xlamidiyalar 24—48 soatlik rivojlanish bosqichini bosib utib, odatda xujayralar ichida va tashkarisida yashashga moslashgan. SHu bilan birga ularning patogenlik xususiyatlari ham bir-biridan fark qiladi. Mayda uta infeksiyon elektron-kattik nukleoidga ega bo`lgan, kattaligi 0,2—0,3 mkm elementar tanachalar xujayralar yo`zasiga urnashib, fagositoz tufayli xujayin xujayralari ichiga kirib oladi, keyin xujayralarda o`zi xujayinlik qiladi. Bunday xujayralar sitoplazmasining yo`za membranasi-dan mayda tanachalar atrofida vakuolalar paydo bo`ladi. Mayda tanachalar diametri 0,5—7,0 mkm keladigan katta tanachagaaylanib koladi, ular kattik. elektron nukleoidga ega emas. Xuddi mana shu davrda ularning tarkibidagi ribosoma va poliri-bosomalar soni ortadi, xajmi kattalashadi va binor usulida bilina boshlaydi. YUkorida keltirilgan xolat bemorning xujayra vakuolalari ichida sodir bo`ladi va shu tarika inisial tanachalar tuplanib boradi. Inisial tanachalar xujayinning xujayralari ichida yashashga moslashgan parazit bo`lib, metabo-lik jixatdan faol mikroorganizmlarning reproduksiyasini ta`minlab turadi, ammo xujayra tashkarisida juda chidamsiz.

Xlamidiylar uch turni o`z ichiga oladi: Bo`lar ichida S IatusNa 1 gaspotaiy ko`proq uchraydi Ular jinsiy yo`l bilan yuqadi va siydik-tanosil a`zolari kasallik-lariga sabab bo`ladi. Ba`zan xlamidiyalar maishiy yo`l bilan ko`z shilliq qavatlariga tushib, uning yalliglanishiga sabab bo`lishi mumkin. CHakaloklarga esa Ko`pincha tugruk. jarayonida bemor onadan yukib koladi. Bunda aksariyat xollarda kasallik-ka xos klinik alomatlar qon`yunktivit, zotiljam, ba`zan gastroenterokolit, artrit kurinishida yo`zaga chiqadi. Siydik-tanosil a`zolari xlamidiozida kasallikning klinik kurinishi bo`yicha 20 dan ortik sindromni ko`zatish mumkin. Jumladan, gonokokksiz yoki gonokokkdan keyingi uretrit, epididimit, proktatit, servisit, sal`pingit, perigepatit, faringial infeksiya, zotiljam, otit, vul`vovaginit va Boshqa patolo-gik xolatlar. Ayollarda xlamidiylar fallopiy naylari o`tkazuvchanligining bo`zilishi, bepustlik, bola tashlash, xomilaning ona kornida kasallikka chalinishi va shu bilan birga neonatal ulimga sabab bo`lishi ko`zatiladi.

K l i n i k a s i . Siydik-tanosil a`zolari xlamidiozi (urogenital xlamidioz) va mikoplazmozi klinik kurinishi bo`yicha s`zakka, trixomoniazga uxshab ketsada, o`ziga xos belgilari bilan undan fark. qiladi. Bunda yalliglanish o`tkir yoki suet, ko`proq. asorat bilan kechadi, so`zakka kyarshi antibakterial preparatlarga ancha chidamli bo`ladi. Kasallik asosan jinsiy yo`l bilan yuk,adi. Inkubasion davr 2.0—30 ku_n, ba`zan bu muddat sal o`zgarib turadi. Urogenital xlamidioz kechishiga qarab ilk (yangi) va surunkali; klinik kurinishi bo`yicha-o`o`tkir, urtacha o`tkir va torpid; kasallikning ogir-engilligiga qarab esa - engil, urtacha va ogir xi-larga ajratiladi. YAlliglanish o`choqlarining joylashishiga Qarab xlamidiyali uretrit, prostatit, epididimit, servisit, oofarit, sal`pingit va xokazolarga ajratish mumkin. Aksariyat bir vaqtning o`zida siydik va tanosil a`zolaridan bir nechta zararlanadi.

Kasallik o`tkir kechganida uretra kanali ogzi va shilliq Qavatlarida giperemiya va biroz shilimshikli yiring ajralishi ko`zatiladi. Ayollarda ham siydik-tanosil a`zolarining qo`yi qismi zararlanib, kindan okimtir yiringli chikindi keladi; bemor tez-tez siyishga va siyganida kichishiga shikoyat qiladi. Kasallikning surunkali shakli kup uchraydi. Ularda kasallikning o`tkir belgilari kam, ammo shilliq-yiringli chikindi kup bo`ladi. Ayniksa o`zoq vaqt snimay yurganda alkogol` yoki achchik taomlar iste`mol qilganda ajralma kupayadi. Uretra ogzi giperemiyalanib, bemor siyganida achishish va og`rik sezadi. YAlliglanish jarayoni bo`l`bouretal bezlarga etib borishi mumkin, ba`zan Kuper bezlari zararlanadi. Bemorning chov oraligi va orqa chiqaruv teshigi atrofida utmas og`rik bo`ladi. Xlamidiyali prostatit aksariyat surunkali yoki torpid kechadi, juda kamdan-kam xollarda o`tkir kechishi mumkin. Bunda bemorning uretra kanali ogzi doimo ozrok. ajralma bilan yopishib turadi, siyganida va ichi kelganida chikindi keladi. Ba`zan kechki diurez soni ortadi. Aksariyat xollarda siydik rangi o`zgarmaydi, ammo keyinchalik u biroz xiralashib koladi. Xlamidiyli vezikul it, prostatit yoki epididimit bilan birga kechadi. Urug pufaklarshshng yalliglanishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo`lib, odatda kam belgilar namoyon bo`ladi. Kichik chanok, k.ov va Boshqa soxalarda utmas og`rik seziladi. Xlamidiyalar ko`zgatgan epididimit o`tkir, urtacha o`tkir va surunkali kechadi. Surunkali epididimit o`z xolicha yoki o`tkir va urtacha o`tkir yalliglanish jarayonining asorati sifatida

yo'zaga chiqadi. Yalliglanish jarayoni moyakning bir kobigiga yoki hamma yogiga tarkalib, orxoepididimitga olib keladi. Oqibatda moyakning bittasi, ba'zan xar ikkalasi shishib, taranglashadi, ushlab kurganda kattik og'riydi. Bir tomonlama kechayotgan torpid orxoepididimit, prostatit, vezikul it va deferentiti bor bemorlarda mizoj sustligi hamda spermogramma o'zgarishi ko'zatiladi. Ayollarda ham xlamidiylar erkaklardagi kabi siydik-tano-sil a'zolari yalliglanishiga sabab bo'ladi. Ayollarda infeksiya Ko'pincha yashirin, surunkali kechadi va aksariyat jinsiy jufti-ni gonokokksiz uretritga sinchiklab tekshirish paytida ma'lum bo'ladi. Zararlanish o'zoq, davom etgan xollarda bachadon buyni, uretra, katta vestibolyar bez yo'llari, to'g'ri ichak biroz yalliglanishi mumkin. Nogonokokksiz uretritdagi kabi xlamidioz-niig ham klinik belgilari ruy-rost ruyobga chikmaydi. Ayollarda qorin soxasida og'rik, paresteziya, kindan chikindi kelishi ko'zatiladi, ularning kupchiligida kasallik xech kanday belgilarsiz boshlanadi. Ba'zan bemor tez-tez siyadi va siyganida achishish va og'rik sezadi. O'tkir sal'pingitga chalingan ayollar tekshirib kurilganda, ularning 25% ida xlamidiy infeksiyasi borligi aniqlangan. Teri va tanosil kasalliklari dispanseriga murojaat qilgan-larning 10—37% ida, ginekologik bemorlarning 19% ida xla-midiyli servisit topilgan. Gipertrofik eroziyasi bor ayollar-ning 87—88% ida xlamidiyalar borligi aniqlangan. Keyingi yillarda, servikal usmaning paydo bo'lishida xlamidiyalarning ham roli bor degan fikrlar mavjud. Xlamidiylar bachadon buyni buylab dastlab bachadon ichiga va naylariga tushadi hamda uning shilliq, muskul va seroz k,avatlari yalliglanish jarayonlarini keltirib chik.aradi. Bunday bemorlarning k,orin pastida, dumgaza soxasida og'rik bo'lib, Qorin devori taranglashganda, kuchanganda, xayz ora-ligida u kuchayadi. Bemorning nssigi (37—37,5°S) kutariladi, qon, siydik va surtmada leykositlar soni ortadi. A s o r a t i . Bemorlarning kupchiligida bir necha xaftadan sung spontan to'zalish ko'zatiladi. Ammo bundagi klinik o'zgarish etiologik o'zgarishiga olib kelmaydi. Davolanmagan bemorlarning kupchiligida turli asoratlar: epididimit, orxoepididimit, gemorragik sistit, uretra strikturasi ko'zatiladi.

Siydik-tanosil a'zolari mikoplazmozi

Mikoplazma infeksiyasi keltirib chiqaradigan kasalliklar xilma-xil bo'lib, organizmning umumiy intoksikatsiyasi va turli a'zo hamda sistemalarning shikastlanishi bilan kechadi. Siydik-tanosil a'zolarining mikoplazmasiga mikoplazmalar (ureaplazmalar) sabab bo'ladi. Ular antibiotiklarga chi-damliligi hamda bakterial fil'trdan utib ketish xususiyatla-ri bilan viruslarga biroz uxshab ketadi. Mikoplazmalar juda mayda mikroorganiemlar bo'lib, bak-teriyalar kabi o'zining xujayra kobigiga ega emas. Ular oval, cho'zinchok va sferik shaklda bo'lib, kattaligi 0,2-0,3 mkm Mikoplazmalarning T- shtammasi o'zidan «ureaza» fermenti-ni ajratish xususiyatiga ega. U mochevinani ammiak hamda SO₂ ga parchalaydi. Bunday xususiyat barcha mikoplazmalar ichida faqat T-shtammaga xos. SHuning uchun bunday mikoplazmalarni ureaplazma urealitikum deyiladi. Ureaplazmalar birinchi marta gonokokksiz uretrit bilan og'rigan erkak uretrasidan ajratib olingan; mazkur kasallikda ureaplazmalarning etiologik ax.amiyati borligi isbotlangan. Keyinchalik endoservisit, oofarit, sal'pingit, kol'pit, oy kuniga etmay tugish, xomila tushnshi, o'lik tugish, bo'yida bo'lmaslik, uretrit, vezikul it kabi kasalliklarning yo'zaga kelishida ham ureaplazmalarning ta'siri borligi aniqlangan. Sepsis, miya absessida ureaplazmalar ajratib olindi, glomerulonefrit, sistit va prostatit kabi kasalliklarda ular-ning ahamiyati urganilmokda. Tadmik, otlardan siydik-tanosil kasalliklari bilan og'rigan ayollarning 40-50% ida, gonokokk-siz ureatritga chalingan erkaklarning 51,2% ida ureaplazmalar borligi ko'zatildi.

K l i n i k a s i . Ureaplazmalar tufayli yo'zaga kelgan uret-ritlar spesifik klinik kurinishiga ega emas. Barcha nogono-kokk uretritlar (NGU) kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. SHuning uchun inkubasion davrini belgilash ham mushkul .Bemorlarning ma'lum bir qismida (4-5%) ureaplazmali uretritdagi yalliglanish jarayonining klinik kurinishi so'zakdagiga uxshab ketadi. Kasallik bunday kechganda inkubasion davr 3-5 kunga teng bo'ladi. Ammo aksariyat xollarda mikoplazmali uretritlar urtacha o'tkir yoki surunkali kechib, inkubasion davri 30—40 kunga surilib ketishi mumkin. **D i a g n o z i .** Urogenital xlamidioz va ureaplazmozni aso-san surunkali so'zak va trixomoniaz, shuningdek bakteriyalar hamda achitk.i zamburugi keltirib chiqaradi-gan siydik-tanosil a'zolari yalliglanishi kabi kasalliklar bilan takdoslanadi. Faqat laboratoriya usulida u yoki bu infeksiyaning topilishi to'g'ri diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Davosi. Davolashda ko'zgatuvchilarning biologik xususi-yatlarini xisobga olish kerak. Ular zararlangan o'choqlar epiteliy xujayrasini zararlabgina k, olmay, balki o'ziga moe mem brana bilan chegaralangan epiteliy qismida joylashib oladi. Bu esa k.o'zgatuvchilarni dori ta'siridan saklaydi va natijada davolash benafligicha koladi. Buni mutaxassis davo choralarini kul layotganida e'tiborga olishi zarur. Ureaplazmali va xlamidiyali uretritga chalingan bemorlar-ni davolash. 1. Doksisiklinoterapiya: bir ichishga 200 mg doksi-siklin (zarb doza) berilib, keyin xar 12 soatda 100 mg dan yana beriladi, bir kursi 1000 mg (1 g). 2. Metasiklinoterapiya: bir ichishga 600 mg, keyin xar b soatda 300 mg dan ichiladi. Erkaklar uchun davo kursi 4-5 kun, bir kursga hammasi bo'lib 3900—4800 mg; ayollar uchun 6-7 kun, bir kursi 4800—7100 mg. Mikoplazma infeksiyasini davolashda tetrasiklin gidroxlorid ichishga 500 mg, 7 kun mobaynida xar 6 soatda beriladi; asorat bo'lgan takdirda va xlamidiy infeksiyasida davolash kursi 10-14 kunga cho'ziladi (kurs dozasi - 28 g). Ureaplazma va xlamidiy infeksiyalari residivlarini davolash uchun 7 kun mobaynida xar 6 soatda 500 mg dan eritromisinni kul lash va shu bilan bir vaqtda nistatin yoki levorin (bir kecha-kundo'zda kamida 2 mln TB) berib borish tavsiya etiladi (bir kurs dozasi 14-20 mln TB).

Ureaplazmozga chalingan ayollarni davolash. Eng makbo'l davo gentamisin, bir kursi 600 mg. Uni odatda parenteral yo'l bilan 5 kun mobaynida xar 8 soatda 40 mg dan berib boriladi (bir flaqon dori moddasi 2 ml natriy xloridning izotonik eritmasida eritiladi). SHu bilan bir vakdda infeksiya o'choqlari maxalliy davolanadi. Kandidoz super-infeksiyasi nistatin bilan profi-laktik ravishda davolanadi. Ureaplazmalar servikal shilliq., vaginal ajralma va uretradan birinchi in'eksiyadan sung ora-dan 6—12 soat o'tgandan keyingina yo'qola boshlaydi. Surunkali xlamidiy-ureaplazma infeksiyalarini davolashda rifampisin bilan eritromisin kul laniladi. Rifampisin 1- kun bir maxal 900 mg (zarb doza), 2 va 3- kuni 150 mg dan 4 maxal, 4 va 5- kunlari 150 mg dan 3 maxal (bir kursiga 3,0) ichi-riladi. SHu bilan bir vaqtda eritromisin 0,5 g dan 4 maxal (bir kursiga 12,0 g) berib boriladi. Davolash kursi 7 kun. Doksisiklinning 5- kuni pirogenal terapiya Qo'shiladi. Uni dastlab 50 MPM dozadan boshlanadi, bir kun o'tkazib oldingi dozani yana 50 MPM ga ko'paytiriladi (500 MPM dozagacha). Pirogenaloterapiyaning kursi 20 kun. Taktivin Xar kuni 100 mkg dan, bir kursiga 10—12 in'eksiya buyuriladi.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T., 1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыин I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar., T. 1993.
4. Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma'ruza matnlari.
5. Fitzpatrik T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
6. Fitzpatrik T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
10. Somov B.A., Dolgov A.B. Профессиональные заболевания koji v vedущих otraslyax narodnogo khozyaystva. ML 976.
11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Дифференциальная диагностика kojных заболеваний. M.Med., 1989

12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
13. Djeims Ye. Fitzpatrik. Sekrety dermatologii. 1999.
14. Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediasheera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html;
5. www1.Mosbycom//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com;
7. www.ama-assn.org//journals//standing//derm//denhome.htm;
8. www.Crawford.com//epo//mmwz//world.html.
9. [www.info@minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
10. [www.info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

AMALIY MASHGULOTLARINING TA'LIM TEXNOLOGIYASI

1- mavzu: Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi.

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-8-10 ta
Mashg'ulot shakli	Kirish-amaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1.Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. 2.Piodermiyalar. 3. Piodermiyalar va dermatozoonozlarni umumiy, mahalliy davolash prinsiplari.
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarga teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasi to'g'risida umumiy ma'lumotlar berish. Teri kasalliklari va JYBYUI-lar bilan og'riqan bemorlarni tekshiruv usullari, terining patomorfologiyasi, morfologik elementlar haqida ma'lumotlar berish va dermatozlarni klinik tashxislash, umumiy davolash usullarini o'rgatishdan iborat. Talabalarga dermatozoonozlar va piodermiyalarni paydo bo'lishi va rivojlanishining endogen va ekzogen omillari to'risida bilimlar berish, kasalliklar tasnifi, ularni tashxislash va bemorlarni tekshirish usullari to'risida tushunchalar berish, yosh bolalarda mahalliy va umumiy davolash asoslari, simptomlar haqida tushunchalar berish, Status localis bo'yicha tavsiflash, Qo'tir va piodermiyalar birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlari to'risida bilimlar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqalish talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini qo'shishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqalish talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul

T-a`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video, baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg`ulotda joriy va mustaqil ish bo`yicha bilimlar darajasi baholanadi. Og`zaki nazorat: savol-javob, test, masala yechish.

1.2. Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2. Talabalarning mashg`ulotga tayyorgarligini tekshirish 3. Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
1. O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi	1. Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash 2. Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
Asosiy bosqich	1. "Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar" mavzusiga oid bo`lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og`zaki savol, test, masala. 2. "Rotatsiya" interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1. "Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar" mavzidan og`zaki savol, test, masala. 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Galereya bo`ylab sayohat" interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi: Terining parazitlar va yiringli kasalliklari qiyosiy tashxisi. Zamonaviy diagnostika	Tinglaydi Yozib oladi

	va davolashda yangiliklar. 3.Uyga vazifa beradi: Teri va zamburug'li infeksiyalar.	Yozib oladi
Jami		

Mavzu bayoni

Odam terisi butun gavidani berkitib turuvchi qoplam bo'lib qolmay, balki barcha ichki a'zolar bilan chambarchas bog'lanib, qator muhim vazifalarni bajaradi. Odam sog'lig'i, yurak, qon tomirlar, endokrin nerv sistemalari funksiyalari bilan bir qatorda, terining funksiyasi, xususiyatiga ham bog'liq. Terining barcha xususiyatlarini o'rganish uchun dermatologiya sohasidagi mutaxassis teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasini albatta bilishi zarur.

Teri kasalliklarining sabablari

Teri kasalliklarini keltirib chiqaradigan sabablar turli xil bo'lishi mumkin. Ba'zan bu sabablar shunchalik kuchli bo'ladiki, ular butun organizm faoliyatini izdan chiqaradi. Chunki bunday omillar (kislota, ishqor, radiyasiya, qaynoq suv, smola va boshqalar) ta'sirida teri va uning to'qimalari qattiq zararlanadi. Ammo shuni qayd qilish kerakki, aksariyat hollarda teri kasalliklarini bir emas, balki bir necha sabablar keltirib chiqishi mumkin. Oddiy bir misol, odatda sog'lom odam terisi yo'zasida ko'plab saprofit mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar, streptokokklar, zamburug'lar va mikop-lazmalar bor, Ularning ayrim shtamlari juda virulent bo'lishiga qaramay, o'z holicha odamning terisida kasallik keltirib chiqarmaydi, ammo teri yo'zasining butunligi bo'zilsa, masalan, zirapcha kirsasida terida yiriqlanish jarayoni boshlanadi. Yoki teri yo'zasidagi suv-lipid pardasi (mantiya) bo'zilsa, rN o'zgarib, terining mikroorganizmlarga qarshiligi pasayib ketadi. Gipovitaminoz, kandli diabetda ham organizmning reaktivligi susayibqoladiva hokazo.

Demak, teri kasalliklari tashqi (ekzogen) va ichki (endogen) omillarning bir-biriga bog'langan holdagi ta'siri tufayli kelib chiqadi. endogen omillar sababli organizm. jumladan terining fiziologik qarshiligi pasaysa, ekzogen omillar ta'siri-da patologik jarayonning kelib chiqishi engillashadi. SHuni alohida ta'kidlash kerakki, teri kasalliklarining kelib chiqishida odamlar uchun uyda va ishxonada yaratilgan ijtimoiy shart-sharoitlar katta ahamiyatga ega.

Ekzogen omillarga fizik agentlar— yuqori va past temperatura, nur energiyasi (ultrabinafsha radiyasiyasi, rentgen nurlari, radioaktiv nurlar) va elektr toki kiradi. Ko'rsatilgan agentlar ta'sirida terida ko'plab ekzantemalar (eritema, pufak, yara, eroziya va boshqalar) paydo bo'lishi va har xil intensivlikdagi yalliglanish hamda distrofik jarayonlarga olib kelishi mumkin,

mexanik agentlarga bosim, cho'zilish, urilish va boshqalar kiradi, Yuqori bosim ta'sirida terida yalliglanish, qon quyilish, eroziya, yoriqlar va dog'lar paydo bo'lishi mumkin.

Kimyoviy agentlarni ikki guruhga bo'lgan ma'kul : obligat (oddiy) guruhi—bevosita ta'sir etib, terida yoki shilliq qavatda yalliglanishni keltirib chiqaradi (kuchli kislotalar, ishqorlar, to'zlar va boshqalar). Fakultativ guruh (allergen) — organizmning mazkur moddalarga nisbatan sezgirligi oshib ketishi natijasida terida yalliglanish reaksiyasi ro'y beradi. Biror kimyoviy moddaga terining sezgirligi oshadi va ma'lum bir muddatdan so'ng unda har xil toshmalar (eritema, qavarchiq, pufakcha, tuguncha va boshqalar) paydo bo'ladi.

Infeksion agentlar, ya'ni patogen mikroblar, viruslar teriga tushishi oqibatida ko'pgina kasalliklar (teri sili, oddiy uchuq, piodermislar, moxov va so'gallar) paydo bo'ladi. Bu kasalliklar o'ziga xos yoki xarakterli va diagnostik ahamiyatga molik toshmalar (tuguncha, pufakcha, madda va o'smalar)ga ega. Patogen zamburug'lar tomonidan ko'zgatiladigan trixofitiya, mikrosporiya, favus, kandidoz kabi kasalliklarda teri, soch, tirnoqlar va shilliq, qavatlar zararlanadi.

Hayvon parazitlari bo'lgan kana, bit, burgalar va boshqa qon so'ruvchilar bir qancha yuqumli kasalliklar mikroblarini tashish bilan birga, terining qattiq qichishishi bilan kechadigan kasalliklarga ham sabab bo'ladi. Ularning chaqishi oqibatida terida pushti dog'lar, qavarchiq, tuguncha, do'mboqcha, pufakcha kabi morfologik elementlar paydo bo'ladi.

Endogen omillar ta'sirida teriga xilma-xil toshmalar toshadi va ular klinik jihatdan juda murakkab kechadi. Markaziy va periferik nerv sistemasi faoliyatining bo'zilishi terining ko'pgina allergenlar, oziq-ovqatlar, dorivor va kimyoviy moddalarga sezgirligi oshib ketishiga olib keladi. Mabodo ular yana iste'mol qilinadigan bo'lsa yoki parenteral yo'l bilan organizmga yuborilsa, toshma toshib ketadi. Nerv

sistemasidagi funksional o'zgarishlar bir qancha teri kasalliklari (ekzema, neyrodermit, tangachali temiratki, yassi temiratki, atopik dermatit va boshqalar) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Qattiq ruxiy kechinmalar, nevrozlar, oliy nerv sistemasidagi ba'zi o'zgarishlar terida eritema, pufakcha, qavarchiq kabi toshmalarga olib keladi va qator dermatozlarga sabab bo'ladi. Nerv sistemasidagi organik o'zgarishlar natijasida terining faoliyatida ham katta bo'zishlar ro'y beradi. Masalan, siringomieliya, orqa miya so'xtasida katta dog'lar, pufakchalar, eroziya, yara va trofik o'zgarishlar yo'zaga keladi.

Endokrin bezlar (jinsiy bezlar, buyrak usti bezlari) funksiyasining bo'zishini oqibatida (qandli diabet, gipo-va gipertireoz) teri kasalliklari tez rivojlanishi mumkin. Masalan, jinsiy jihatdan balog'atga etmaganlarda husnbo'zar, seboreya paydo bo'lsa, xomilador ayollarga giperpigmentli dog'lar tushishi mumkin. Qandli diabetda terining qichishishi tez-tez ko'zatilib turadi. Moddalar, jumladan, uglevodlar, oqsillar, yog'lar, mineral moddalar va suv almashinuvining bo'zishini teri kasalliklarining kelib chiqishida muxim rol o'ynaydi. Uglevodlar almashinuvining bo'zishini qandli diabetni, bu o'z navbatida terida xar xil yara-chaqalarni, xolesterin almashinuvining bo'zishini esa seboreya va xusnbo'zarlarni keltirib chiqaradi. Gipo- va avitaminozlar ham teri kasalliklarining paydo bo'lishiga olib keladi. Ba'zi vitaminlarning etishmasligi biror kasallikning boshlanishiga turtki bo'lsa, ayrimlari, jumladan S — lavsha (singa)ga, A — mugo'zlanish jarayonining izdan chiqishiga, RR — pellagra kabi terida katta o'zgarishlar bilan kechadigan kasalliklarga sabab bo'ladi.

Ovqat hazm qilish a'zolari faoliyatining bo'zishini ham teri kasalliklarining patogenezida muhim ahamiyat kasb etadi. Me'da-ichak sistemasi xastaliklarida (me'da shirasi tarkibi-ning o'zgarishi, gastrit, me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasi, spastik kolit, gijja invaziyasi, disbakterioz va boshqalar) ekzema, neyrodermit, eshakem, qichima kabi kasalliklar rivojlanadi yoki qayta ko'ziydi. Jigar xastaliklari ko'pincha atopik dermatit, ekzema, neyrodermit va pesning kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Qon yaratuvchi organlar va tomir kasalliklarida teri kichishishi va turli toshmalar toshishi ko'zatiladi. Masalan, tomirlarning varikoz kengayishida oyoq boldirlari terisida dog'lar, yaralar va eroziyalar paydo bo'ladi. Obliterasiyalovchi endoartrit gangrenoz yaralarga olib kelishi mumkin. Gilertoniya kasalligi tufayli oyoqlarda trofik yaralar yo'zaga keladi (Mortarella sindromi). Qon xastaliklarida ham terida morfologik elementlar (dog', kavarchiq, tugunchalar, tugun, lixeni-fikasiya) paydo bo'ladi va ular aksariyat hollarda qichishish bilan kechadi. Organizmning endogen yoki ekzogen omillarga nisbatan sezuvchanligining ortishi (allergen holat) ko'pgina teri kasalliklarining avj olishiga sabab bo'ladi. Oziq-ovqat maxsulotlari, o'simlik changlari, dori-darmonlar, ro'zg'orda ishlatiladigan kar xil moddalar allergenlar jumlasiga kiradi. Organizmning individual xususiyatlari hamda allergenning ta'sir doirasiga qarab, patologik jarayon terining turli anatomik qismlarida epidermis, derma yoki gipodermada ro'y berishi mumkin. ba'zan organizmning allergenga sezgirliги shunchalik oshib keladiki, undan ozgina yuborish og'ir asoratga (anafilaktik shok) sabab bo'ladi. Toshmalar bir qancha yuqumli (infeksion) kasalliklarning ham (o'tkir yuqumli kasalliklardan qizamiq, skarlatina, suvchechak; surunkali kasalliklardan sil, zaxm, moxov va boshqalar) klinik belgisi bo'lib hisoblanadi. Terida va shilliq qavatda paydo bo'lgan toshmalarda ba'zan irsiy kasalliklarning alomatini ko'rish mumkin (ixtioz, tomirli nevus va boshqalar). Teri kasalliklarining murakkab va xilma-xil bo'lishi morfologik elementlarning turli-tumanligi, birga yoki aralash kelishi, rangi, konsistensiyasi va shakli bilan belgilanadi. Aksariyat dermatozlarning kelib chiqishida ekzogen va endogen omillar odatda birgalikda ta'sir qiladi.

Teri kasalliklarining umumiy simptomatologiyasi

Teri kasalligi butun organizm kasalligi bo'lib, unda ro'y beradigan o'zgarishlar bilan chegaralanmay, balki turli-tuman umumiy simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Odatda, sub'ektiv va ob'ektiv simptomlar tafovut qilinadi.

Sub'ektiv simptomlar zararlangan teri sohasining shishishi, achishishi, og'rishi, tortishib turishi, paresteziya va kabilardir. U ayrim bemorlarda harorat ko'tarilib, et uvishi, uyquning bo'zishini kabi holatlar ko'zatiladi. Ammo, shuni ta'kidlash joizki, sub'ektiv simptomlar ba'zi kasallikning eng asosiy belgilaridan xisoblanadi, chunki ma'lum dermatozlar qichishish bilan kechadi (qo'tir, eshakem, qichima neyrodermit, qizil yassi temiratki, ekzema va boshqalar); ayrim kasalliklar (psoriaz, pushti temiratki, piodermittlar va bosh-qalar) da qichishish bo'lmasligi ham mumkin. Qo'tirda qichishish asosan kechasi zo'rayadi, Demak, sub'ektiv simptomlar bemorning shikoyatidan iborat bo'ladi,

Ob`ektiv simptomlar. Teri kasalliklari mutaxassisi teridagi ob`ektiv o`zgarishlarga asoslanib diagnoz k`yadi. Ob`ektiv o`zgarishlar esa toshmalar ko`rinishida namoyon bo`ladi. Aksariyat teri kasalliklarida, uning klinik belgilari toshmalar ko`rinishida «teriga yozilgan» bo`ladi. Belgilarning joylashishi, siyrak yo qalinligi, rang tusiga qarab shifokor diagnoz qo`yishda va davo choralarini qo`llashda foydalanadi. Toshmalar odatda yallig`lanib yoki yallig`lanmasdan o`tishi mumkin. Teri kasalliklarining ko`pchiligi asosan yallig`lanib o`tadi. Teri kasalliklarida yallig`lanmagan toshmalar pigmentli dog`lar, o`smalar, atrofiyalar, giperkeratozlar ko`rinishida namoyon bo`ladi. Bunday toshmalar birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlardan tashqil topadi. Ekzogen yoki endogen ta`sirotda javoban terida paydo bo`lgan elementlar birlamchi, shu elementlar asosida rivojlangan morfologik elementlar ikkilamchi deyiladi. Birlamchi morfologik elementlar infilt`rativ hamda ekssudativ xillarga ajratiladi. Ikkilamchi elementlarning tabiatiga qarab ko`pincha birlamchi elementlarning qanday kechgani to`g`risida tasavvur hosil qilish mumkin.

Birlamchi morfologik elementlar. Terining qaysi qismida joylashganligiga, katta-kichikligiga, tarkibiga, yallig`lanish xarakteri va oqibatiga (evolyusiyasiga) qarab 8 ta birlamchi toshma elementlari tafovut etiladi: dog`, tuguncha, do`mboqcha, tugun, pufak, pufakcha, madda, qavarchiq. SHulardan dastlabki 4 tasi infilt`rativ, keyingilari (pufak, pufakcha, madda, kavarchiq) esa ekssudativ morfologik elementlar deyiladi.

Dog`-terining rangi o`zgarib qolgan joyda paydo bo`ladigan toshmaga aytiladi. Dog`lar yallig`lanadigan va yallig`lanmaydigan bo`lishi mumkin, Kelib chiqish sababiga qarab tomirli, gemorragik, pigmentli dog`lar farq qilinadi. Tomirli doglar dermaning asl qismida joylashgan so`rgichsimon qavat tomirlari kengayishidan (giperemiya) hosil bo`ladi. Bu dog`lar tomirlarning qon bilan to`lishiga qarab qizil, lushti, siyoh rang yoki ko`kimtir bo`lishi mumkin. Tomirli dog`lar odatda barmoq bilan bosilsa yo`qoladi, keyin tezda yana paydo bo`ladi. Odamning kichik tirnog`idek keladigan pushti dog`lar rozeola deyiladi. Ikkilamchi zaxm, qorin tifi va dorilar ta`siridan kelib chiqadigan dog`lar bunga misol bo`ladi. Aksariyat ular o`tkir yallig`lanish bilan kechadi. Doglar pushti rangli, chegaralari noaniq, qo`shilib ketishga moyil bo`ladi. O`tkir yallig`lanmagan rozeolalar nim pushti rangli bo`lib, ko`kimtirroq ko`rinadi, qichimaydi, chegaralari aniq, qo`shilishga moyil bo`lmaydi. O`tkir yallig`lanishga xos dog`lar odatda bolalarning yuqumli kasalliklari, jumladan, qizamiq, skarlatinada ko`zatsilsa. o`tkir yalliglanmagan dog`lar ikkilamchi zaxm, eritrazma. rang-barang temiratkida uchraydi. Tomirli dog`lar terining ancha katga yo`zasini egallashi mumkin (2 sm va undan katta) va ular eritema deyiladi. Eritemalar kaftdek va undan kattaroq bo`lib, aksariyat o`tkir yallig`lanish bilan kechadi. Rangi och qizil, usti bir oz shishgan, qirralari noaniq bo`lib, qattiq qichiydi; o`tkir ekzema, dermatit, 1-darajali qo`yishda, shuningdek ko`p shaklli ekssudativ eritemada ko`zatiladi. Bir necha eritemalar qo`shilib butun badanni egallashi eritrodermiya deyiladi. Kishi kattiq xayajonlanganda yoki uyalganida, ba`zan terida yallig`lanish bilan bog`lik bo`lmagan qizil dog`lar paydo bo`ladi. Bunday eritematoz dog`lar qichimaydi, shoxlanmaydi, bir pastda yo`qolib ketadi, ularni «uyalish» dog`lari ham deyiladi. YAllig`lanmaydigan dog`larda teri qizaradn, ba`zan ko`qaradi, qon tomirlar goh torayib, goh kengayadi. YAllig`lanmaydigan dog`lar-tug`ma yoki orttirilgan bo`lishi mumkin, bo`larga oq dog` (pes) yoki Boshqa kasalliklar tufayli qoladigan dog`lar kiradi. YAllig`lanmaydigan dog`lar teridagi yo`za tomirlarning` mudom kengayishi tufayli ham yo`zaga kelishi mumkin. Turmushda orttirilgan bunday dog`lar teleangioektaziya deyiladi. Ular bosilganda yo`koladi, keyin yana paydo bo`ladi. Teleangioektaziya mustaqil kechishi yoki boshqa biror kasallik (pushti husnbo`zar, chandiqli eritematoz)ning klinik belgisi bo`lishi mumkin. Tomirli yallig`lanmagan tug`ma dog`larga nevus kiradi. Tomirlar o`tkazuvchanligi oshganda yoki ular yorilganda teriga qon quyilib, unda gemorragik dog`lar paydo bo`ladi. Ular bosib ko`rilganda yo`qolmaydi va shu xususiyati bilan yallig`lanishga aloqador dog`lardan farqlanadi. Odatda gemorragik dog`larning rangi o`zgaruvchan, dastlab binafsha, kizg`ish-ko`kimtir, yashil, so`ngra sarg`ish-qo`ng`ir (gemoglobinning gemosiderin va gematoidin shakliga o`tishiga bog`liq) bo`lib, bora-bora yo`qolib ketadi. Gemorragik dog`lar petexiyalar, ya`ni kattaligi nuqta-dek keladigan dog`lar; ekximozlar noto`g`ri shakldagi yirik dog`lar; vibises-chiziq-chiziqli dog`lar va gem ato m a larga (tomirlar yorilganda qon quyilishi) ajratiladi. Gemorragik dog`lar allergik vaskul itda, organizmda S vitamin etishmaganda, shuningdek tif, qizilcha va boshqa kasalliklarda ko`zatiladi.

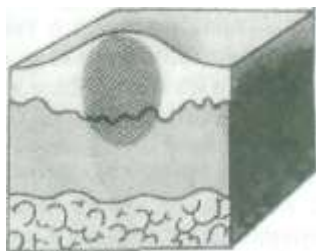
Pigmentli dog'lar epidermisning bazal qavatida melaninning ko'p hosil bo'lishi (giperpigmentasiya) yoki taqchilligi (gipopigmentasiya) tufayli paydo bo'ladi. Pigmentli dog'lar tug'ma (xollar, al'binizm) yoki hayotda orttirilgan (xloazma, vitnligo) ko'rinishida bo'lishi mumkin. Giperpigmentli dog'lar ichida quyosh nuri ta'sirida bahorda yo'z terisiga tushadigan ji-garrang dog'lar ayniksa ko'p uchraydi. Katta giperpigmentli dog'lar Addison kasalligida ko'zatiladi. Kattaligi 0,5—1,0 sm keladigan giperpigmentli dog'lar lentigo deyiladi. Bunday dog'lar yo'zasi giperkeragozlanib turadi,

Mayda depigmentli dog'lar leykoderma deyiladi, Leykoderma ayniqsa atrofi jigarrang bo'lgan dog'lar orasida oqarib yaxshi ko'rinadi. CHin leykoderma ikkilamchi qaytalama zaxmda, soxta yoki ikkilamchi leykoderma esa tangachali va rang-barang temiratkada ko'zatiladi. Butun badan terisida, shuningdek qosh, kiprik va sochlarda pigment bo'lmasligi al'binizm deyiladi. Al'binizm tug'ma bo'ladi.

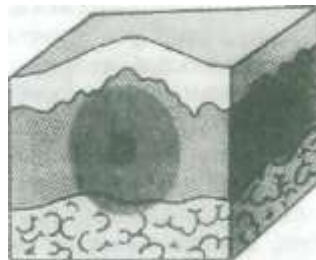
Tuguncha-teri damidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element. Tabiatan yallig'lanishga aloqador bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Tugunchalar epidermisda joylashsa-epidermal papulalar (yassi so'g'alda uchraydi) yoki dermada bo'lsa- dermal papulalarni (ikkilamchi zaxmda) yo'zaga keltiradi, aksariyat papulalar - epidermodermal bo'ladi (qizil yassi yoki tangachali temiratki, neyrodermit). Tugunchalar o'rnida odatda chandik, chandikli atrofiya kabi izlar qolmaydi, ammo giper- yoki depigmentli dog'lar qolishi ko'zatiladi. Tugunchalarning rangi pushti, ko'ng'ir, misdek qizil, ko'kish-qizil bo'lishi mumkin.

SHakli jihatdan dumaloq, oval, poligonal, o'tkir uchli serbar, kindiksimon, qonussimon va yassi, qonsistesiyasiga ko'ra esa yumshoq, qattik elastik tugunchalarga bo'linadi. Kattaligi xar xil, to'g'nog'ich boshidek — miliar (1—1,5 mm), yasmiqdek keladigan — lentikul yar (2—3 mm), 10—15 tiyinlik tangadek — nummulyar tugunchalar farq qilinadi. Bir qancha yirik tugunchalar—pilakchalarni hosil qiladi. Miliar tugunchalar qizil yassi temiratkada, lentikul yar tugunchalar qipikli temiratki va ikkilamchi zaxmda ko'zatiladi. Tugunchalar Mal'pigi qavatining qalinlashuvi tufayli epidermisdan (akantoz, gi-perkeratoz, parakeratoz) yoki dermaning so'rg'ichsimon qavatidagi infil'tratlardan paydo bo'ladi. Terining ko'p ishqalanadigan joylari, chov oralig'i yoki og'izda har xil ta'sirot tufayli ular yo'zasi ochilib eroziyalanadi; eroziyalangan papulalar, ba'zan gipertrofiyalanib vorsinkali yo'za hosil qiladi va ularni papillomalar deyiladi. Gipertrofik tugunchalar nisbatan katta bo'lib ikkilamchi qaytalama zaxmda uchraydi. Ko'pgina kasalliklarda papulalar bilan birga boshqa elementlar ham ko'zatiladi. Masalan, papulalar bilan pufakchalar (papulovezikul alar, maddalar, papula-pustulalar) nekrotik jarayon bilan birga keladi (papulonekrotik teri sili), Bunday hollarda ular o'rnida chandiqlanish ro'y beradi.

Do'mboqcha-o'tkir yallig'lanishga deyarli aloqasi bo'lmaydigan, teri sathidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element, chuqur tomirlar to'ri atrofidagi dermaning retikul yar qatlamida hujayra infiltrati to'planib qolishi tufayli kelib chiqadi. Kasallikning boshida do'mboqchani tugunchadan ajratish juda mushkul . CHunki kattaligi, shakli, konsistensiyasi jihatidan u tugunchaga o'xshab ketadi. Do'mboqcha dermaning faqat so'rg'ichsimon qavatida emas, balki to'rsimon qavatida ham yo'zaga keladi. Do'mboqchanning kattaligi 3-5 mm dan 2-3sm gacha, rangi ko'kimtir-sarg'ish yoki qo'ng'ir-qizgish, shakli yarim-sharsimon bo'ladi. Do'mboqcha infiltrati granulyomadan, ya'ni limfositlar, gigant va epitelioid xujayralardan iborat bo'ladi. Keyinchalik do'mboqcha markazi nekrozga uchrab, qora ko'tir bilan qoplanib turadigan yara xosil bo'ladi. Ba'zan do'mboqchanning so'rilishi hisobiga uning o'rnida atrofiyali chandiq qoladi. Do'mboqcha, masalan, sil volchankasida ko'prikchalar (kazeoz-nekrozdan keyin) hosil qilishi bilan bitsa, zaxmda naqshga o'xshash shakllarni yo'zaga keltiradi va buning klinik ahamiyati katta.



Tuguncha



Do'mboqcha

Turli kasalliklarda do'mboqchalar o'ziga xos rangga ega bo'ladi. Masalan, uchlamchi zaxmda qizg'ish-jigarrang, sil volchankasida qizgimtir, moxovda to'q bug'doy rang va xoqazo.

Ko'pginakasalliklarda do'mboqchalar o'zining gistomorfologik to'zilishi bilan farq qiladi. Masalan, sil volchankasida do'mboqchalar aksariyat epitelioid hamda Langxansning gigant hujayralaridan tashqil topadi, ba'zan sil mikobakteriyalarini topish mumkin, zaxmda esa do'mboqcha plazmatik epitelioid xujayralar, limfositlar va fibroblastlardan iborat bo'lib, gistologik preparatlarda oqish treponemalar topilmaydi. Odatda do'mboqchalar badanning turli qismlarida joylashadi, ba'zan ular bir-biri bilan qo'shib katta infilt'ratlar xosil qiladi. Do'mboqchalar asosan zaxm, sil volchankasi, moxov, tarqalgan rubromikoz kabi kasalliklarda uchraydi.

Tugun-bo'shliqsiz elementlar qatoriga kirib, teri dami-dan ancha ko'tarilib turadi, o'tkir bo'lmagan yallig'lanish bilan kechadi, infiltrativ tabiatga ega. Qonsistensiyasi qattiqroq, aniq chegarlangan, kattaligi 1-5 sm bo'lib, asosi teri osti qatlamida, ya'ni gipodermada joylashadi.

Tugun granulyomadadan, ya'ni tugun infiltrati limfositlar, epitelioid va gigant hujayralar to'plamidan tashqil topadi. Dastlab tugun tashqaridan bilinmasligi mumkin, ammo paypaslab ko'rilganda qo'lga yaxshi unnaydi, keyinchalik kattalashib, teri damidan ko'tarilib turadi. Tugunlar aksariyat yaralanib ketadi, bora-bora qora qo'tir bilan qoplanib, o'rnida chandiqlik qoldiradi. Ba'zan tugunlar ham o'tkir yallig'lanish bilan kechadi (tugunli eritema), bunda tugun asosi epidermisda bo'ladi. Tugunlar konsistensiyasi kollikvativ silda yumshoq, moxov va uchlamchi zaxmda qattiq elastik bo'ladi. Tugunlar o'zining konsistensiyasi, shakli, rangi va ajralmasiga qarab ayrim kasalliklarda o'ziga xos nom bilan ataladi: kollikvativ silda- skrofuloderma, uchlamchi zaxmda-gumma, moxovda-leproma va hokazo. SHuningdek tugunlar xavfli va xavfsiz o'smalar, chuqur mikoz, tarqalgan surunkali rubromikoz hamda tugunli eritemada ham uchraydi.

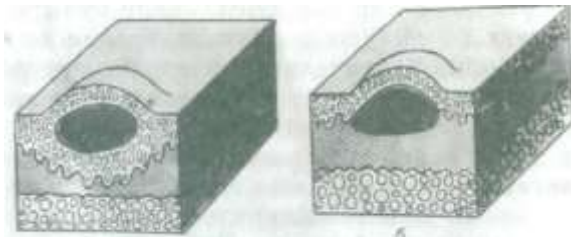
Pufakcha-doimo o'tkir yallig'lanish tabiatiga ega bo'lgan, teri damidan ko'tarilib turadigan, kovakli, ichida seroz suyuqligi bor eksudativ birlamchi element. SHakli oval, yarim-sharsimon, kattaligi 1,5 mm dan 5 mm gacha etadi. Pufakchanning uchta qismi, ya'ni seroz yoki seroz-gemorragik suyuqlik bilan to'lgan kovak qismi; yopib turuvchi po'st va asosi tafovut qilinadi. Qamdan-kam hollarda (disgidrozda) pufakchalar teri damidan ko'tarilib turmay, teri yo'zasi bo'ylab tarqaladi. Pufakchalar mugo'z qavat xujayralari ostida, epidermis qavati xujayralari o'rtasida hamda epidermis va derma oralig'ida joylashishi mumkin. Pufakchalar bir yoki ko'p kovakli bo'ladi. Aksariyat pufakchalar tiniq seroz suyuqlik tutadi, ba'zan qon yoki yiring bo'lishi ham mumkin. Keyinchalik pufakchalar qurib tangachalar bilan qoplanadi yoki yorilib eroziya xosil qiladi va suvchirab turadi (ekzema va o'tkir dermatitda). Og'iz shilliq qavati hamda terining doimo bir-biriga ishkalanib turadigan sohasida pufakchalar aksariyat tez yoriladi va eroziyalangan yo'za hosil qiladi. Aksincha terining qalin joylarida (kaftda) joylashgan pufakchalar ancha vaqt yorilmay turadi. Pufakchalar to'p-to'p bo'lib joylashadi (oddiy uchuq), ba'zan uni guguncha ustida ham uchratish(qichimada) mumkin.

Pufakchanning gistologik ko'rinishida spongioz, hujayralaro shish (ekzema, dermatit), Mal'pigi qavat hujayralarida degenerativ o'zgarishlar (oddiy va belbog'simon uchuq, suvchechak) hamda hujayralar ichida vakuolalar yo'zaga kelg'anligini ko'rish mumkin (disg'idrotik ekzema, epidermofitiya). Pufakchalar izsiz yo'qolib ketadi yoki ular o'rnida vaqtincha pigmentli dog' qoladi (Dyuringning gerpetiform dermatiti).

Pufak-ichi kovakli eksudativ element, kattaligi 0,5 sm dan 5—7 sm gacha bo'lishi mumkin. Pufakning ham xuddi pufakcha-ga o'xshab qovak, po'st va asos qismi tafovut qilinadi, Agar pufak mugo'z qavat hujayralari ostida yotsa subkorneal, mal'pigi qavati hujayralari orasida (tikansimon hujayralar orasida) bo'lsa-intraepidermal, epidermis bilan derma oralig'ida joylashsa-subepidermal pufaklar deyiladi. Pufak ichidagi suyuqlik tiniq, sarg'imtir, xira va gemorragik, shakli yarimsharsimon, oval, yumaloq bo'lishi mumkin. Aksariyat pufaklar bir kovakli bo'ladi, shuning uchun teshganda tez bo'shaydi, ba'zan (epidermofitiyada) bir necha kovak hosil qiladi. Pufak suyuqligi leykositlar, eozinofillar, eritrositlar, epitelial hujayralar, ayrim hollarda ikkilamchi mikroorganizm (stafilokokk, streptokokk) tutadi. Pufaklar po'sti qattiq va tarang yoki mayin va yumshoq bo'lishi mumkin.

Aksariyat pufaklar eritematoz dog'lar o'rnida, ba'zan zsa hech qanday o'zgarishsiz teri sohasida yo'zaga keladi. Dyuringning gerpetiform dermatiti, toksikodermiya, ko'p shaklli eksudativ eritemada pufaklar atrofi giperemiyalangan teri sohasi bilan o'ralib tursa, pemfigus, tug'ma bo'লেz epidermolizda pufaklar hech o'zgarmagan teri yo'zasida paydo bo'ladi. Ba'zan epidermisga ikkilamchi mikroorganizmlar yoki ularning toksinlari ta'sir etishi tufayli ham pufak paydo bo'ladi. Endogen faktorlar ko'pincha intraepidermal pufaklar vujudga kelishiga sabab bo'ladi, bunda xujayralararo

bog`lamlarning bo`zilishi (akantoliz) hamda epidermal hujayralarning degenerativ o`zgarishi ko`zatiladi.



Pufak (sxema):

- a) epiderms ichidagi,
- b) epiderms tagidagi.

Akantolitik o`zgarishlar pemfigusda yaqqol ko`zga tashlanadi. Ba`zan tomirlardan chiqqan eksudat epidermisni dermadan ajratadi va subepidermal pufaklar paydo bo`ladi (polimorf eksudativ eritema). Pufak ichidagi suyuqlik qurib o`ziga xos po`st hosil qiladi yoki odatda pufak yorilib, yo`za eroziyalarga aylanadi, eroziyalar bitib, o`rnida vaqtincha dog` koladi, keyinchalik bu dog` ham yo`kolib teri o`z asliga keladi. Aksariyat pufaklar subepidermal tabiatga ega bo`lganida dermaning so`rg`ichsimon qavati ham bir oz zararlanadi va pufaklardan keyin chandiqlik qoladi (tug`ma bo`lyoz epidermolizda, qo`yganda, porfirin kasalligi va boshqalar). Pufak ko`pincha terining qo`yishi yoki unga biron qattiq narsa tegishidan kelib chiqadi. Madda, pustula-teri damidan ko`tarilib turadigan va ichida yiring bo`ladigan bo`shliq element. Pustulalar odatda o`tkir yallig`lanish tabiatida bo`ladi, ayrim kasalliklar, masalan, zaxmda pustulalar o`tkir bo`lmagan yallig`lanish bilan kechadi. Pustulalar shakli yarimsharsimon va yassi qonussimon bo`ladi, ularning kattaligi esa no`xotdek, ba`zan olchadek keladi. Infeksiyon mikroorganizmlarning (stafilokokk, streptokokk) haeti davomida ajralib chiqqan toksinlar ta`sirida epitelial hujayralar nekrozga uchrab, natijada epidermisda yiringli kavak vujudga keladi. Pustulalar terining qaysi qismida joylashishiga qarab, yo`za (faqat epidermis bo`ylab joylashadi) va chuqur (derma, gipodermada) xillarga ajratiladi. Epidermis bo`ylab joylashgan va qora qo`tir hosil qilishga moyil maddalar impetigo deb ataladi. Bunday maddalar o`rnida odatda vaqtinchalik dog` qoladi.



Bundan tashqari maddalar soch follikul iga nisbatan joylashishiga qarab follikul yar (soch follikul i bilan bog`langan) va nofollikul yar maddalarga bo`linadi. Kelib chiqish sababiga ko`ra follikul yar maddalar, odatda stafilokokklarga bog`liq bo`lsa, nofollikul yar maddalar streptokokklarga aloqador bo`ladi. Soch follikul asining ustki qismi yiringli yallig`langanda osteofollikul it yo`zaga keladi (bunda yiring markazidan soch chiqib turadi) va atrofi picha qizargan bo`ladi. Follikul itlar yo`za bo`lganda o`zidan so`ng deyarli hech qanday iz koldirmaydi, ba`zan soch follikul asining butun tanasi yiringli yallig`lanadi, bunda madda chuqur joylashadi va

bitganida o`rnida chandiqlik qoladi. Chuqur follikul itlar uchun og`riq va atrofida infiltratlar (furunkul) bo`lishi xos, ular yorilganda yara hosil bo`lib, chandiqlik bilan tugallanadi. Nofollikul yar yo`za pustula (nozik, yassi) fliktena deyiladi. Dermada joylashgan chuqur nofollikul yar pustula ektima deyiladi. Fliktena bilan ektima streptokokkli piodermitlarda ko`zatiladi, ba`zan chuqur nofollikul yar pustulaning (ektimaning) yo`zasi qalin qavat bilan (yiringning kurib kolishi natijasida) qoplanadi, tagida chuqur yara yoki rupiya hosil bo`ladi. Ektima yoki rupiyaning gozasi ataylab ko`chirilsa yoki o`zi ajralsa yara xosil bo`lib, keyinchalik chandiqlanib qoladi.

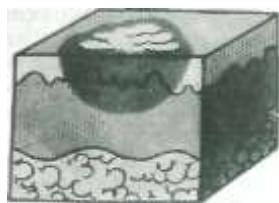
YOg` bezlari bilan bog`liq pustula akne (husnbo`zar) deyiladi. Akne yog` bezining butun asosi bilan dermada chuqur joylashishi mumkin.

Qavarchiq — o`tkir yallig`lanish tabiatida bo`lib, teri damidan bir oz ko`tarilib turadigan bo`shliqsiz element; dermaning so`rg`ichsimon qavatida chegaralangan o`tkir yallig`lanishi va serozli shish paydo bo`lishi natijasida vujudga keladi. U dumaloq, cho`zinchoq va oval shaklda, rangi esa qizg`ish bo`ladi. Qattiq qichishish bilan kechadi. Qavarchiq lahzada paydo bo`lib, tezda yo`qoladi va o`zidan hech kanday iz qoldirmaydi. Ammo ba`zi bemorlarda u ancha vaqt saqlanib qoladi. Urtikal elementlar dastlab paydo bo`lganida rangi och pushti, keyinchalik oqimtir bo`lib qoladi. SHunday qilib, asl qavarchiqning markazi oq, periferiyasi esa pushti rangga kiradi. Odatda qavarchiqlar bir-biriga qo`shilishga moyil

bo'lib, doira yoki chiziqchalarga o'xshash shakllarni vujudga keltiradi. Qavarchiqlar badanga qichitqi o't va boshqa o'simliklar tegib ketganda, hashoratlar chakkanda, shuningdek kishi qattiq sovqotganda (ekzogen), og'ir iztirob yoki organizm qarshilik kuchining keskin pasayib ketishi (endogen) tufayli paydo bo'lishi mumkin.

Turli dori-darmonlar ta'sirida (medikamentoz), alimentar, infeksiyalar, allergik holatlarda ham qavarchiqlar ko'p ko'zatiladi. Pigmentli eshakemda terini mexanik yo'l bilan ta'sirlab qavarchiqni yo'zaga keltirish mumkin. Zshakem, Kvinkning angionevrotik shishi, zardob kasalligida va boshqa dermatozlarda (toksikodermiya, Dyuringning gerpetiform dermatiti, flebotodermiya) qavarchiq asosiy morfologik element hisoblanadi. 2. Ikkilamchi morfologik elementlar. Bo'larga quyidagilar kiradi: pigment doglar (pigmentatio), tangacha (squama), qora qo'tir po'st (srusta), yoriqlar (fissura), ekskoriyasiya, tiralish (exsoriatio), eroziya (erosio), yara (ulcus), chandiqlik (cicatrix), vegetasiya (vegetationes), lixenifikasiya (lichenificatio).

Pigment dog'lar (pigmentasiya, teri disxromiyasi terida pigmentlanishning bo'zilishi. Odatda birlamchi elementning o'rnida paydo bo'ladi. Masalan, zaxmdagi papula-lar, maddalar, ba'zi dermatozlarda eroziya va yaralar o'rnida giperpigmentlangan dog'lar koladi. Bunday o'zgarish aksariyat yallig'langan o'choqlarda melanin hosil bo'lishining ortishi va gemosiderin kabi qon pigmentining chiqishidan yo'zaga keladi (gemosiderozlarda, bit chaqqan teri sohasida). Melanin etish-maslngidan esa ikkilamchi gipopigmentli dog'lar paydo bo'ladi. Ularni ikkilamchi leyokoderma deyiladi (tangachali temiratkida, zaxmda ko'zatiladi).



Tangacha — mugo'z qavatning ko'chib tushadigan yadrosiz hujayralari Odatda odam terisidan fiziologik ravishda o'z umrini yashab bo'lgan mugo'z qavat hujayralari tangacha bo'lib tushib ketadi. Ayniksa ular yuvinganda, kiyim-kechak badanga ishqalanganda ko'plab ajraladi, Tangachalarning rangi, shakli va katta-kichikligi har xil bo'ladi, ana shu xususiyatlardan ko'pgina dermatozlarni aniqlashda foydalaniladi, Mugo'zlanish asosida epidermisdagi

distrofik o'zgarishlar yotadi. Keyinchalik keratin hosil bo'lishi bo'ziladi va ular giperkeratoz (mugo'z qavatning xaddan tashqari qalinlashuvi) yoki keratoz (mugo'zlanishning bo'zilishi) ko'rinishida kechadi. Tangachalar-ning shakli va rangini bilish shifokor uchun amaliy ahamiyatga ega. Masalan, tangachali temiratkida tangachalar oqimtir kumushrang, ixtiozning ba'zi shakllarida qora, yog'li seboreyada sarg'imtir bo'ladi. Ayrim kasalliklarda tangachalar engil ko'chadi (tangachali temiratkida), ba'zan teridagi elementlar bag'riga mahkam bog'langan bo'lib (chandiqlik eritematoz), ular-ning ko'chishi bir qadar og'riq bilan kechadi (Ben'e-Mesher simptomi). Distrofik va destruktiv jarayonlarga qarab tangachalar mayda va yirik bo'lishi mumkin. Qizamik va rang-barang temiratkida mayda, skarlatina, toksikodermiya, o'tkir dermatit kabi kasalliklarda esa yirik tangachalar ko'zatiladi. Hatto Layel sindromida mugo'z qavat hujayralari yupqa rezina qo'lqopdek ko'chib tushadi. Pushti temiratkida tangachalar bamisoli bosib qo'yilganga o'xshasa, zaxm tugunchalarida tangachalar «Biyott yoqasi» simptomini vujudga keltiradi. Parapsoriazda tangachalar tugunchalarning o'rtasidan ko'chishi bilan ajralib turadi.

Ko'pgina zamburug'li kasalliklarda esa zararlangan o'choqlarning periferiyasidan po'st tashlash ko'zatiladi. Qora qo'tir po'st, po'stloq-teridagi birlamchi pufakcha, pufak, yiringcha va chuqur yaralar kabi toshmalar tarkibidagi tiniq yoki yiringli suyuqlikning qurib qolishi natijasida yo'zaga keladi. Ba'zan qora qo'tir po'stga avval ishlatilgan dorilarning yopishib qolish xollari ham ko'zatiladi. U teri yo'zasidan ko'tarilib turadi, rangi xar xil bo'ladi. Qora ko'tir po'stlar seroz, seroz-yiringli, yiring va qon aralash bo'lishi mumkin. Serozli po'stlar fibrinlar, leykositlar va destruktiv o'zgargan epidermis hujayralaridan; yiringli va qon aralash po'stlar esa leykositlardan, fibrin tolalari hamda parchalangan epidermis hujayralari va eritrositlardan tashqil topadi. Qora qo'tir po'stlarning katta-kichikligi birlamchi morfologik elementlar hajmiga qarab belgilanadi. Seroz ajralmali elementlar o'rnida sarg'ish, missimon; yiringli elementlardan so'ng sariq, yashil-sarg'imtir; qon aralash ajralmali elementlardan qizg'ish-jigarrang, qoramtir qora qo'tir po'st vujudga keladi. Qora qo'tir po'stlar yupqa, yassi, yo'g'on, uchli, qavatli, qattiq va notyoki s bo'lishi mumkin. Ularning shakli mikrofloriga ham bog'liq Masalan, strepto-stafilokokkli vul'gar impetigoda qora qo'tir po'stlar qat-qat, streptokokk impetigoda esa yupqa va tiniq bo'ladi. Vul'gar ektima, rupoid tangachali temi-ratki va gangrenoz piodermiyada qora ko'tir po'stlar o'rniga mahkam birikkan bo'ladi. Qatqat qalin qora po'stlar (rupiya) ikkilamchi zaxmda

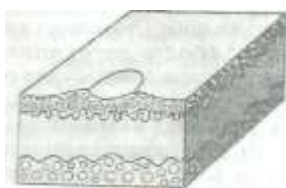
uchraydi. Ba`zan qora qo`tir po`stlar tangacha-lar bilan aralashib (ekssudat bilan tangachalar aralashganda) ketadi; ekssudativ tangachali temiratkida, seboreya hamda seboreyali ekzemada ana shunday xolat ko`zatiladi.

YOriqlar — terining chizikli defekti (etishmovchiligi) bo`lib, yallig`lanish, infil`tratlanish oqibatida hamda teri o`zining yumshoqligi va elastikligini yo`qotganida vujudga keladi. YO`zaki yoriqlarda patologik jarayon faqatgina terining epidermis qismida joylashadi. CHuqur yoriqlarda esa jarayon terining derma va undan ham chuqurroq qismida joylashgan bo`lishi mumkin. Odatda yoriqlar surunkali ekzema, piodermiya, kandidozda ko`zatiladi va asosan terining tabiiy burmali joylari (tizza, barmoqlar yo`zasi, og`iz burchaklari va boshqalar)da uchraydi. Erta tug`ma zaxm bilan og`rigan bolalar terisnda chuqur yoriqlarni ko`rish mumkin. YOriqlarning yo`zasidan seroz yoki seroz-qonli suyuqlik chiqadi va ular yoriqlar bo`ylab qora qo`tir hosil qiladi. Faqat juda chuqur yoriklar o`rnida keyinchalik radiar chandiqlar qoladi.

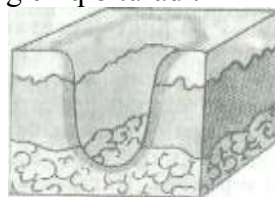
Ekskoriyasiya, tiralish — sog`lom terining mexaniq ta`sirotda tufayli jarohatlanishi, ko`pincha teri kichishishi natijasida paydo bo`ladi. Terini qattiq qashiganda epidermis butunligi bo`zilib, chiziq-chiziqlar paydo bo`ladi, bunday chiziqlarning chuqurligi ba`zan dermaning so`rg`ichsimon qavatigacha etishi mumkin. SHilinishdan so`ng depigmentli yoki giperpigmentli dog`lar qoladi, ayrim hollarda chuqur jarayonlardan so`ng chandiqlar yo`zaga keladi. Teridagi tiralish chiziqlari ba`zan kasallikning eng muxim (qo`tirda) belgisi hisoblanadi.

Zroziya — teri epidermis qavatining yo`za nuqsoni, odatda pufakcha, pufak yoki yo`za maddalar erilganidan keyin paydo bo`ladi. Eroziyaning katta-kichikligi birlamchi element hajmiga bog`liq. Odatda eroziyaning rangi qizg`ish bo`lib, yo`zasi doimo namlanib turadi. Pemfigus, Dyuringning gerpetiform dermatiti, ekzema, oyoq panjasi epidermorfitiyasi, belbog`simon, genital va ekstrogenital uchuqlardagi pufak yoki pufakchalar o`rnida eroziya hosil bo`ladi. Og`iz shilliq qavatida joylashgan zaxm tugunchalari yo`zasi ham eroziyalanib turadi. Qattik shankr ham yo`zaki eroziya bilan namoyon bo`lishi mumkin. Birlamchi eroziya sonda yoki badanning boshqa joyida qattiq mexaniq ishqalanish oqibatida paydo bo`lishi mumkin. Eroziya butunlay tuzalib ketganidan so`ng o`rnida vaqtinchalik dog` qoladi.

YAra-terining chuqur nuqsoni, bunda epidermis, derma, hatto gipoderma ham zararlanishi mumkin YAra do`mboqcha, tugun, chuqur pustula kabi birlamchi infil`trativ elementlar yorilganidan so`ng yo`zaga keladi. Trofik yaralar hamda to`qimalarning nekrozida birlamchi bo`lishi mumkin. YAralarning shakli xar xil, rangi esa ko`kish-qizg`imtir, pushti-qizil, qirralari notyoki s, granulali, sillik, yoki osilgan bo`ladi. Qattiq shankrda yaraning qirralari tyoki s va sillik bo`lsa, kollikvativ sil, piodermiyaning ba`zi ko`rinishlari hamda chuqur mikozlarda esa yaraning chetlari notyoki s, yumshoq, o`zuq-yuluq bo`ladi. YAraning tagi tyoki s yoki notyoki s bo`lib, seroz, yiringli, qonli suyuqlik bilan qoplanib turadi. Ular tagida to`qimalar granulyosiyasini ko`rish mumkin, Yiringli yallig`lanishlarda yaraning qirrasini kizarib shishadi, konsistensiyasi yumshoq bo`lib, undan yiring chiqib turadi.



Eroziya (sxema)



YAra (sxema)

Infeksion granulyoma (zaxm gummasi) da va o`sma kasalliklarda yara atrofida qattiq infil`trat ko`zatiladi. YAra tuzalib ketganidan so`ng o`rnida chandiqlar qoladi, uning shakliga qarab avvalgi element to`g`risida fikr yuritish mumkin.

CHandiqlar — terining chuqur nuqsonlari (yara) bilan kechadigan do`mboqcha, tugun, chuqur pustula va boshqalar o`rni bitayotganida hosil bo`ladi. CHandiqli soha terisi sog`lom terndan keskin farq qilib, unda o`ziga xos mayinlik, tirqishlar, tuklar, ter va yog` bezlari mutlaqo bo`lmaydi. Dermadagi so`rg`ichlar hamda so`rg`ichlararo epitelial o`siqchalar silliklanib ketadi va epi-dermis bilan derma oralig`ida ko`ndalang to`g`ri chiziq yo`zaga keladn. CHandiqlar asosan yaralar hamda yoriqlar o`rnida vujudga keladi. Ba`zan teri yarachaqalarsiz, ya`ni «quruq yo`l» bilan ham chandiqlanishi mumkin, Masalan, teri sili, moxov, zaxmda infeksion granulyoma asta-syoki n so`rilib uning o`rni biriktiruvchi to`qima bilan bitadi, qizil volchankadagi katta infil`tratlar o`rnida ham chandiqlar hosil bo`ladi. YAangi chandiqlar pushti-qizg`ish, esqilari esa giperpigmentli yoki depigmentli rangga kiradi. Sog`lom teri

sathida bir tyoki s yotgan yassi yoki ko'tarilib turadigan gipertrofik (kelloid) va atrofik, ya'ni teri sathidan pastda joylashgan yupqa chandiqlar tafovut qilinadi. YUppqa chandiqli atrofiya xuddi papiros qog'ozini eslatadi, odat-da quruq yo'l bilan pando bo'ladi (eritematoz va sklerodermiyada), terining bunday sohasini barmoqlar bilan siqib bir joyga yig'ish mumkin.

Bo'lib o'tgan patologik jarayonni aniqlashda chandiqlarning katta-kichikligi, shakli, rangi, soni muxim ahamiyatga ega. Masalan, zaxm gummasi o'zidan so'ng o'zun va chuqur yuldo'zsimon chandiqli qoldirsa, kollikvativ teri silidan so'ng esa limfa tugunlari atrofida cho'zilgan noaniqli ko'priksimon chandiqlar yo'zaga keladi. Piodermiyadan so'ng terining boshqa sohaslarida ham xuddi shunga o'xshash chandiqlar vujudga keladi. Papulonekrotik teri silida aynan muxrlangandek yo'za chandiqlar hosil bo'ladi, do'mboqchali zaxmdan so'ng naqshdor chandiqlar qoladi.

Vegetasiya-aksariyat terining o'zoq vaqt yallig'lanib yurgan sohasida epidermis tikansimon qavatining o'sib ketishi hamda so'rgichlarning yuqoriga qarab kengayishi natijasida pando bo'ladi. Vegetasiya pilakcha yoki vorsinkasimon o'simta bo'lib, tuguncha, yallig'langan infil'trat yoki eroziyalar ustida joylashadi. Ro'y-rost vegetasiyalangan teri sohasi tashqi tomonidan «xo'roz tojisi» yoki gulqaramni zslatadi. Mabodo vegetasiya yo'zasi qalin mugo'z qavat bilan qoplangan bo'lsa, unda ular quruk, qattiq, sarg'imtir rangli (so'galda) bo'ladi, agar vegetasiya eroziyalangan bo'lsa, unda ular aksincha yumshoq, namlangan, pushti-qizil yoki qizil bo'lib, salga qonaydi (vegetasiyalangan pemfigus). Vegetasiyalangan sohaga ikkilamchi piogen infeksiya qo'shilsa chetlari giperemiyalanib, seroz-yiringli ajralma chiqib turadi.

Lixenifikasiya, terining dag'allashishi-terining o'ziga xos o'zgarishi bo'lib, undagn naqshning dag'allashishi bilan ifodalanadi, bunda teri egatchalari ro'y-rost bilinib, xuddi shu soha terisi giperpigmentlanadi, quruqshab, g'adir-budur bo'lib qoladi. Terining dag'allashishi to'g'ridan-to'g'ri birlamchi, ya'ni terining hadeb tiralaverishi (neyrodermitda) yoki ikkilamchi, masalan, tugunchalar bir-biriga qo'shib ketishi natijasida (tangachali hamda qizil yassi temiratki, surunkali ekzema) vujudga keladi, Lixenifikasiya paydo bo'lgan teri sohasi gistologiyasida epidermis tikansimon qavatining gipertrofiyasi, so'rg'ichsimon qavatlararo epiteliyal o'siqlarning kattalashuvi hamda dermaning yuqori qavatida surunkali infil'tratli yal-lig'lanish ko'zatiladi.

Teri va tanosil kasalliklaridagi toshmalar faqat bir xil birlamchi morfologik elementlardan (masalan, tangachali temi-ratki yoki zaxmdagi tugunchalar, rozeolalar, so'gal va boshqalar) to'zilgan bo'lsa, monomorf toshmalar deyiladi. SHuning uchun monomorf toshmalardan iborat dermatozlar farq qilinadi. Ularga tangachali hamda qizil yassi temiratki, eshakem, vul'gar pemfigus, furunkul yoz, gidroadenit, chaqaloqlarning chilla yarasi va Boshqalar kiradi. Agar xastalikda har xil birlamchi morfologik elementlar uchrasa, buni chin polimorfizm deb ataladi. Aksariyat kasalliklarda, jumladan, ekzema, moxov, Dyuringning gerpetiform dermatiti, zaxmning ikkilamchi davrida bir yo'la har xil, ya'ni ham birlamchi, ham ikkilamchi elementlar ko'zatiladi. Bunday toshmalar polimorfizmni soxta polimorfizm deb ataladi. Bemordagi mono-morf, polimorf toshmalar yoki soxta polimorfizmni baholay bilish kasallikni aniqlashda muxim ahamiyatga ega.

Teridagi gistomorfologik o'zgarishlar

Teridagi patomorfologik o'zgarishlar umumiy patologiyaning qonunlari bo'yicha rivojlanadi. Bu o'zgarishlar terining to'zilishi va funksiyasiga bog'liq bo'lib, o'ziga xos xususiyatlarga ega. Teridagi patomorfologik o'zgarishlar ma'lum terminlar bilan nomlanadi. Teri xastaliklari diagnostikasida ana shu terminlarni bilish zarur.

Vakuulli degenerasiya. Mal'pigi qavatining xujayralari yadrosi atrofida vakuollar xosil bo'lib, ular yadroni periferiya tomon siqib chiqaradi. Natijada yadro deformatsiyaga uchrab, piknoz xususiyatlarga ega bo'lib qoladi. Sitoplazma ichidagi suyuqlik hujayrani nobud qiladi. Agar vakuola yadro ichida joylashsa, u holda yadro shishadi va suyuqlik bilan to'lgan pufakchaga aylanadi.

Spongioz (hujayralararo shish). Mal'pigi qavati hujayralari orasidagi suyuqlik hujayralarni bir-biridan itarib, hujayralararo ko'priklarni bo'zadi. Natijada hujayra



Vakuolli degenerasiya



Spongioz

larning bir-biri bilan aloqasi bo'ziladi va epitelial pufakchalar hosil bo'ladi. Spongioz ekzema va boshqa dermatozlar uchun xos



Akantoz



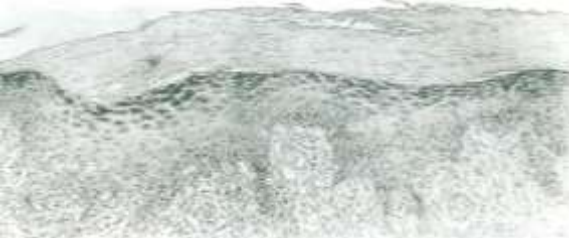
Papillomatoz

Ballonli degenerasiya. Mal'pigiy qavat hujayralarining nekrobiotik, degenerativ o'zgarishi. CHuqur degenerativ o'zgargan, hujayralararo ko'priklarini yo'qotgan va seroz-fibrinozli suyuqlikda so'zib yurgan shar shaklidagi hujayralar ko'zatiladi.

Akantoz- tikansimon qavat hujayralarining ko'payib qalinlashib ketishi.

Papillomatoz-terining bazal qavatida hujayralar bo'linishi (mitoz) ning kuchayishi va derma so'rg'ich qavati to'qimasining cho'zilishi.

Granulez-epidermis donador qavatining qalin tortishi.



Granulyoz



Diskeratoz

Giperkeratoz- epidermis mugo'z qavatining haddan tashqari qalinlashuvi.

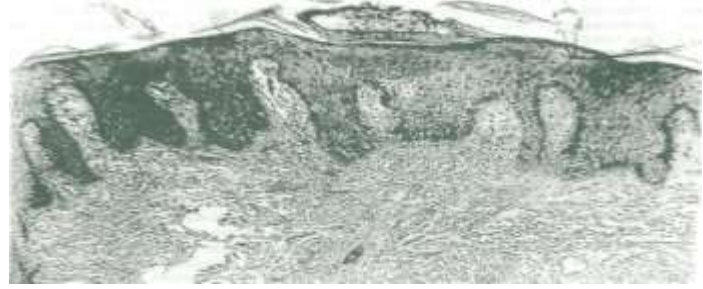
Diskeratoz-epidermis hujayralarida keratinizatsiya jarayonining bo'zilishi

Epidermoliz-epidermis va derma (bazal membrana qavatida) orasidagi bog'liqlik bo'zilib, subepidermal bo'shliklar hosil bo'lishi.

'Akantoliz-epitelial hujayralar orasidagi desmasomalarning shikastlanishi va bo'shliqlar vujudga kelishi.



Akantoliz

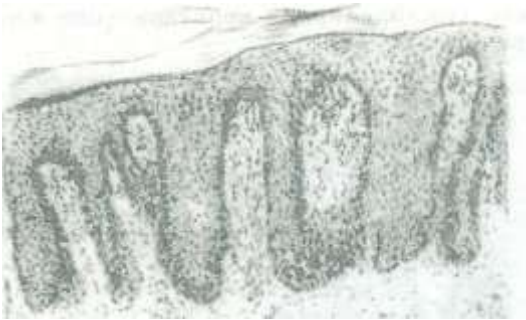


Mikroabsess

Mikroabsesslar-epidermis va derma hujayralaridan iborat yallig'lanish o'chog'i

Parakeratoz- tugallanmagan mugo'zlanish; mugo'z qavat hujayralarida yadro bo'lib donador qavatning bo'lmasligi.

Epidermoliz-epidermis va derma(bazal membrana qavatida)orasidagi bog'liqlik bo'zilib, subepidermal bo'shliklar hosil bo'lishi.



Parakeratoz

Bemorlarni klinik tekshirish

Teri va tanosil kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish terapiya va xirurgiyada qabo'l qilingan tekshirish usullaridan farq qiladi. Bunda bemordan faqat anamnez yig'ib qolmay, balki uning terisi va shilliq qavatlari umumiy ko'rikdan o'tkaziladi. Tekshiruv chog'ida teridagi birlamchi yoki ikkilamchi elementlarga, ularning tarkoq yoki chegaralanganligi, shuningdek konsistensiyasi, toshmalar chegarasi, atrofidagi terining o'zgargan yoki o'zgarmaganligiga ahamiyat berish talab etiladi.

Ba'zi dermatozlar klinik ko'rinishi jixatidan bir-biriga juda o'xshash bo'ladi yoki kasallik atipik shaklda kechadi. Bunday hollarda shifokor ko'pincha pal'pasiya, diaskopiya, tirnash kabi tekshirish usullarini qo'llashi yoki kasallikning kelib chikish tarixini chuqurroq o'rganishi zarur. Ba'zan teri morfologiyasini o'rganish, qon va siydikni umumiy analiz qilish va boshqa maxsus usullarni (masalan, qonning serologik reaksiyasi, teridagi elementlardan oqish treponema, moxov tayokchasi, akantolitik hujayralarni izlash, immunologik tekshirishlar va b.) qo'llashga to'g'ri keladi. Kasallik diagnostikasida to'g'ri yig'ilgan anamnezning ahamiyati katta. Kasbga oid dermatozlarni aniqlashda aynan shu soxa kishilarida ko'zatiladigan kasalliklar, masalan, kushxona va qonserva zavodi ishchilarida erizepelloid, qassob yoki teri oshlovchilarda qo'ydirgi, veterinarlar va ot boquvchilarda manqa. uglevodorod bilan muloqatda bo'lganlarda melanodermiya kabi kasalliklarning uchrab turishi e'tiborga olinadi. Teri leyshmanioziga gumon qilingan bemordan Qashqadaryo va shu viloyat atrofidagi hududlarda safarda bo'lgan yoki bo'lmaganligini so'rab-surishtirish, kasallikni o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi.

Ba'zi dermatozlar diagnostikasida yil fasllariga ham ahamiyat beriladi. Mas., o'rab oluvchi temiratki, ko'p shaklli eksudativ eritema, pushti rang temiratki bahor va ko'zda uchrasa, eritematoz, fotodermatoz va zamburug'li kasalliklar bahor va yoz oylarida uchraydi.

Anamnez yig'ishda dermatozning vaqti-vaqti bilan qo'zib turishini inobatg'a olish zarur. Mas., psoriaz, ekzema, Dyuring dermatiti residivga moyil bo'lsa, trixofitiya, pushti rang te-miratki va boshqalarda residiv ko'zatilmaydi.

Dermatozlar diagnostikasida kasallik boshlanishidan ol-din bemorning dori-darmon qabo'l qilgan yoki qilmaganligi, shu-ningdek oila a'zolarida shunga o'xshash toshmalar bor-yo'kligini surishtirish maqsadga muvofiq.

Bemorning hayotiy anamnezini yig'ish, organ va sistemalarini tekshirish, terapevtik klinikalarda qabo'l qilingan usullardan deyarli fark, qilmaydi.

Teri kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarni tekshirishda dermatologik statusning ahamiyati katta. Bunda avvalo morfologik elementlar yalligʻlangan yoki yalligʻlanmaganligini aniqlash ke-raq Ko`pincha o`tkir yalligʻlanish ekssudativ komponent bilan kechsa, xronik yalligʻlanishda proliferativ komponent koʻshiladi. Kasallikni aniqlashda toshmalarning oʻrni ham ahamiyatga ega. Mas., psoriaz, teri silining papulonekrotik turida toshmalar terining yozuvchi qismida uchrasa, sil volchankasi, eritematoz, husnboʻzarlarda toshmalar asosan yoʻzda boʻladi.

Toshmalarning tarqoq, chegaralangan, generalizasiya, disseminasiya boʻlib joylashganligiga, simmetrik yoki nosimmetrik-ligiga, shuningdek toshmalarning katta-kichikligi, shakli, chega-rasi, rangi, konsistensiyasi hamda yoʻzasiga eʼtibor berish za-rur. Toshmalarning chegarasi aniq yoki noaniq, keskin va nokeskin, shakli-yassi, qonussimon, yarimsharsimon boʻladi. Toshmalar yumshoq, elastik, qattikroq va juda qattiq konsistensiyali boʻlishn mumkin.

Kasallik diagnostikasida dermografizmning ham ahamiyati katta. Uni teri nerv-tomir sistemasining mexanik kitiqlashga nisbatan javob reaksiyasi bilan aniqlanadi. Agar teri sathida shpatel yurgazilsa u qizaradi va 2—3 daqiqadan soʻng rangi yoʻqoladi. Bu normal dermografizmdir. Qizil dermografizm ekzema, psoriaz, oq dermografizm qichima, eksfoliativ dermatit, turgʻun oq yoki aralash dermografizm esa neyrodermit, eshakemda uchraydi.

Dermatologik status soʻngida bemorning subʼektiv shikoyatlari qayd etiladi.

Teri kasalliklarini davolash

Teri kasalliklarida vujudga keladigan oʻzgarishlar faqat mahalliy boʻlib qolmay, balki butun organizmning, shuningdek asab va endokrin sistemalar, ichki aʼzolar hamda moddalar almashinuvi faoliyatlarining boʻzilishi natijasidir. SHu sababli teri kasalliklarini davolashda umumiy terapiya alohida oʻrin tutadi. Lyoki n shuni ham hisobga olish kerakki, mahalliy davo vositasi sifatida qoʻllanilayotgan dorilar umumiy taʼsir etish xususiyatiga ham ega. Davolash shartli ravishda ikkiga boʻlinadi: umumiy va mahalliy.

Umumiy davolash. Teri kasalliklarining kelib chikishi organizmning barcha aʼzolari bilan bogʻliqligini nazarda tutib dermatozlarni davolashda terapiyada koʻllaniladigan dori-darmonlar keng ishlatiladi. Bunday usulda davolashda asab sistemasini tinchlantirish, organizmning qarshilik koʻrsatish qobiliyatini oshirish, vitaminlar etishmovchiligining oldini olish, mikroblar koʻshilishi bilan kechadigan kasalliklarni antibiotiklar bilan davolash nazarda tutiladi. Nerv sistemasini tinchlantirish uchun brom preparatlari (kaliy yoki natriy bromidshshg 0,25—0,5% li eritmasi 2—3 mahal 1 osh koshiqdan ichishga buyuriladi) va trankvilizatorlar (aminozin 2,5% — 1—2 ml muskul orasiga, tazepam —0,01 g dan kechqurun uxlashdan oldin, trioksazin 0,3 g dan kuniga 2 mahal, meprotran 0,2 g dan kuniga 2—3 mahal) keng qoʻllaniladi. Bu dorilar juda asabiylashish va kuchli qichishish bilan kechadigan dermatozlarda tavsiya etiladi. Tinchlantirishning keng foydalanadigan turi gipnosuggestiyadir, yaʼni shifokor bemorga hushmuomalalik bilan ruhiy taʼsir etishi. Tinchlantiruvchi dorilardan novokainning 0,25—0,5% li eritmalari ishlatiladi. Bu dori 2—10—15 ml dan muskul orasiga yuboriladi yoki ovqatdan 1 soat oldin 15—25 ml dan kuniga 3 mahal ichiladi. Novokaindan baʼzan odamning boshi aylanib, koʻngli ayniydi, umuman boʻshashib ketadi. Bunday hollarda novokain berishni toʻxtatish kerak

Koʻpchilik dermatozlarning vujudga kelishi va rivojlanishida allergologik oʻzgarishlar muhim ahamiyat kasb etadi, bunda bemor organizmida oʻta sezuvchanlik holati koʻzatiladi. Bunday hollarda davolash asosini giposensibilizasiyalash tashqil qiladi. Giposensibilizasiyalovchi moddalardan kalsiy birik-malari (kalsiy xlor, glyuqonat kalʼsiy) va tiosulʼfat natriy keng qoʻllaniladi; kalsiy toʻzlari simpatik va vegetativ nerv sistemasiga ijobiy taʼsir etib, qon tomir devorlari oʻtkazuvchanligini normallashtiradi va mustaxkamlaydi. Kalsiy toʻzlarini 10% li eritma holida 1 osh qoshiqdan uch mahal ichiladi yoki 5—10 ml dan venaga yuboriladi.

Kalsiy toʻzlari venaga yuborilganda, ular angioreseptorlarni qitiqlab, nerv sistemasi orqali butun organizm holatini normallashtiradi. Tiosulʼfat natriyning 30% li eritmasi venaga yuboriladi, uning giposensibilizasiyadan tashqari antitoksik taʼsiri ham bor. Antigistamin dorilar. Teri kasalliklari patogenezida gistamin va boshqa biologik aktiv moddalarning ahamiyati katta; allergik reaksiyalar tufayli bu moddalar miqdori bemor organizmida yuqori boʻlib, ular qon tomirlar devorining oʻtkazuvchanligini oshiradi, natijada terida eritema, shish va kuchli qichishish koʻzatiladi. Bunday noxushliklarni bartaraf etish maqsadida antigistamin dori-darmonlardan dimedrol, suprastin, pipolʼfen va boshqalar buyuriladi.

Dimedrol 0,03—0,05 g dan kuniga 2—3 mahal ichiladi yoki 1% li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Suprastin — 0,025 g dan 1—2 mahal ichish yoki 2% eritmasi 1 ml dan muskul orasiga; diprazin (pipolfen) 0,025 g dan tabletka yoki 2,5% li eritmasi 1 ml dan muskul orasiga; diazolin — 0,1 g dan kuniga 2—3 mahal, fenkorol 0,025 g dan 3 mahal, tavegil 0,001 g dan 2—3 mahal, yoki 2 ml dan muskul orasiga, astemisan 1 tabletkadan 2—3 mahal, peritol, zaditen 1 tabletkadan 2 mahal buyuriladi. Keyingi yillarda tavegil va zaditenni faqat tabletkasi emas, balki uni sirop shaklida ham ishlatish keng yo'lga qo'yilgan, ayniqsa u yosh bolalardagi allergodermatitlarni davolashda juda qo'l keladi.

Vitaminlar bilan davolash. Ko'pincha ba'zi dermatozlar vitaminlar etishmasligidan kelib chiqadi. SHu sababli bemor organizmidagi etishmaydigan vitaminlar o'rnini to'ldirish maqsadida sintetik vitaminlar tavsiya etiladi. Vitamin S — askorbin kislotasi organizmning infeksiyalarga bo'lgan qarshiligini kuchaytirib, oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini normallashtiradi, detoksikasiya va desensibilizatsiya qilish xususiyatlariga ega. Bundan tashqari, vitamin S qonni suyultirish, qon hujayralarini ishlash faoliyatini oshirish va melanin sintezida ham ishtirok etadi. SHu sababli bu vitamindan infeksiyon, toksik va allergik teri kasalliklarida va turli xil vaskul itlarda keng foydalaniladi. Askorbin kislotasi 0,1—0,3 g dan kuniga 3 mahal ichiladi yoki 5% li eritmasi 1—2 ml dan muskul orasiga yoki venaga yuboriladi.

Vitamin V guruhiga kiruvchi vitaminlar. V₁ (tiamin) — nevrit kasalligida keng qo'llaniladi, u og'riqni qoldirib, qichishishni kamaytiradi; bu vitaminni 0,01—0,02 g dan kuniga 2—3 mahal ichish yoki 5% li suvli eritmasi 0,5—1,0 ml dan muskul orasiga tavsiya etiladi.

V₂ (riboflavin), V₆ (piridoksin), V₁₂ (siankobolamin), V₅ (pantotenat kal'siy), V₁₅ (kalsiy pangamat) vitaminlari ham dermatologiya sohasida keng qo'llaniladi.

Vitamin A (retinol) epidermidagi mugo'z qavatda kechayotgan keratinizatsiya jarayonida ishtirok etadi, agar bu vitamin etishmasa giperkeratoz holati vujudga keladi. Vitamin A ni kuniga 50000—100000 XB dan ichish yoki muskul orasiga yuborish mumkin.

Vitamin E (tokoferol) oqsil, uglerod va yog' almashinuvlarida faol ishtirok etib, vitamin A ta'sirini kuchaytiradi. Tokoferol yog'larni oksidlanishdan saqlaydi. Bu vitamin etishmasligi oqibatida bepushtlik, jinsiy zaiflik va homiladorlik asoratlari ko'zatiladi, U yog'lar peryoki sli oksidlanishining bo'zilishi bilan kechadigan teri kasalliklarida (fotodermatozlar, sklerodermiya va boshqa) keng qo'llaniladi. Vitamin E 50—150 mg dan kuniga bir mahal ichiladi yoki muskul orasiga 50 mg dan yuboriladi.

Vitamin RR (nikotin kislotasi) — asosan pellagra kasalligida ishlatiladi. Dermatologiyada teri kichishishi bilan kechadigan kasalliklarda keng foydalaniladi, chunki RR vitamini qon tomirlarni kengaytiradi, qichishishni kamaytiradi, terini himoya qiladi va jigar funksiyasini tiklaydi. Ichish uchun 0,05—0,1 g dan kuniga 2—3 mahal venaga va muskul orasiga esa 1% li eritmasi 1—3 ml dan tavsiya etiladi.

Vguruxdagi vitaminlar allergiya va gistaminga qarshi ko'proq qo'llaniladi. Bundan tashqari, hujayralararo oksidlanish jarayonini qayta tiklashda ishtirok etadi. Organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi vositalardai autogemoterapiya, piroterapiya, biogen stimulyatorlarni qo'llash keng tarqalgan. Ular organizmning organ va sistemalari faoliyatini oshirish, ximoya qilish mexanizmlarini (gumoral va xujayralar immuniteti) kuchaytirish xususiyatiga ega. Pirogenal muskul orasiga 50 MPM (minimal pirogen miqdor) dan boshlab yuboriladi va bemorning xolagiga qarab, uning miqdori oshirib boriladi va 1000 MPM gacha etkaziladi. In'eksiyalar oralig'i 2—3 kun. Organizmning nospesifik stimulyatsiya qilishini oshirish maqsadida aloe, plasenta, FIBS, gamma-globo'lin va boshqalardan foydalaniladi.

Steroidli gormonlar bilan davolash. Steroidli gormonlar organizmda etishmagan tabiiy gormonlar o'rnini qoplash yoki organizmga spesifik farmakodinamik ta'sir etish maqsadida ishlatiladi. Hozirda gormon preparatlaridan gidrokortizon, kortizon, shuningdek prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalardan keng foydalanilmoqda. Ular ovqatdan keyin ichiladi yoki muskul orasiga yuboriladi. Bu dorilarning 2/3 qismi kunning birinchi yarmida qabo'l qilinishi keraq Prednizolonning kattalarga bir kunlik o'rtacha miqdori 10—15 dan 30—40 mg gacha, deksametazon 2—4 mg, triamsinnolon esa 10—20mg dan buyuriladi. Kortikosteroidlar immunodepressiv, allergiya va yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega. Ular oqsil, yog', uglevod, to'z va suv almashinuviga kuchli ta'sir etadi; u jigarda uglevodlarning to'planishi, qonda qand miqdorining (steroidli diabet) oshishi, siydik bilan azotning ko'p ajralishiga olib keladi. Qonda esa eozinopeniya, limfopeniya, neytrofilyoz ko'zatiladi. Qand kasalligida, qon bosimi oshganda gormon preparatlarini berib bo'lmaydi, chunki ular qon bosimini

ko'tarib yuboradi. Bundan tashqari o'zoq vaqt gormon dorilari qabo'l qilinganda qonda protrombin ko'payib ketishi na-tijasida qon tomirlarda tromboz va nerv sistemasi tomonidan esa eyforiya holati ko'zatiladi. SHu bilan bir qatorda organizmdan suv va natriy moddasining chiqishi kamayib, kaliy moddasining chiqishi kuchayadi. YOg' almashinuvining bo'zilishi sababli bemorlarda Isengo-Qo'shing sindromi ko'zatiladi. Kortikosteroidlarni och qoringa qabo'l qilish yaramaydi, aks xolda me`da va o'n ikki barmoq ichak yaralari hosil bo'lishi va ulardan qon okishi mumkin.

Gormon preparatlarning ta'sirini xisobga olib u bilan davolanayotgan bemorlarga kaliy (kaliy oratat, panangin, asparkam) va kalsiy to'zlari (kalsiy g'lyuqonat, pantotenat kal'siy, anabolik steroidlar (retobolil, fenobolil), vitaminlar hamda vitamanga boy bo'lgan meva va sabzavotlar tavsiya etiladi.

Kortikosteroidlar qabo'l qilayotgan bemorlarda ikkilamchi infeksiyalar ko'zatiladi, uni oldini olish maqsadida antibiotiklar qabo'l qilish maqsadga muvofiq.

Kortikosteroidlarning kundalik miqdori kasallikning klinik kechishi va bemorning vazniga bog'liq. Og'ir kechadigan dermatozlarda (pemfigus, eritrodermiyalar) gormonlarni yukori mikdorda qabo'l qilish tavsiya qilinadi (masalan 80—100 mg) va kasallik to'zalinqirashi bilan oz-ozdan kamaytirib minimal miqdorga keltiriladi va shu me`yorda ushlab turiladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Teri kasalliklari ichida terining yiringli kasalliklari hiylagina, ayniqsa bolalarda ko'proq uchraydi. Antibiotiklardan penisillin, ampicillin, tetrasiklin, eritromisin, oletetrin, kanamisin, levomisetin ko'proq qo'llaniladi.

Bundan tashqari, zamburug' kasalliklarida grizeoful`van qo'llanadi, u 0,125 dan tabletka xolida bo'lib, ko'pincha mikrosporiya, trixofitiya, oyoq mikoziida buyuriladi.

Umuman antibiotiklarni o'zoq vaqt kabo'l qilinadigan bo'lsa, ularga albatta 250.000—500.000 TB dan kuniga 4 maxal nistatin beriladi.

Teri kasalliklarining paydo bo'lishi va rivojlanishida immunologik o'zgarishlarning ahamiyati katta. Immun sistema fa-oliyatini kuchaytirish maqsadida dekaris, timolin, taktivin va boshqalarni ko'llash, uning faoliyatini susaytirish uchun esa immunosupressiv vositalar (metotreksat, azotioprin, prospidin, siklofosfan, sandimmun) dan foydalanish mumkin,

Ba`zi bir dermatozlarni davolashda turli xil ximioterapevtik vositalar qo'llaniladi: piodermiyalarda-sul'fanilamidlar; moxov kasalligi va Dyuringning germetiform dermatitida — diaminodifenilsul'fon, diusifon; eritematozda, qizil yassi temiratkid-xingamin (rezoxin, delagil, xloroxin); teri silida — ftivazid, salyo`zid va boshqalar.

Teri kasalliklarini davolashda fizik usullar (issiq, nur va elektr bilan davolash) keng qo'llanilmoqda, Davolash vositasi sifatida nurdan foydalanganda bemor terisining shu nurga nisbatan sezuvchanligi va yo`ldosh kasalliklar xisobga olinishi zarur. Ul`trabinafsha nurlar (UBN) bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan ta`sirchanliligini oshiradigan dorilarni (fotosensibilizatorlar) birga qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli — fotoximioterapiya yoki PUVA-terapiya deb ataladi. Fotosensibilizator sifatida puvalen, lamadin, psoboran va boshqalarni qo'llash mumkin.

YUrak-tomir kasalliklari, 2—3-darajali gipertoniya, jigar, buyrak, qalqonsimon bez hamda o`sma kasalliklarida, xomiladorlikda, shuningdek UBN yoki fotosensibilizatorlarga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lgan kishilar, bolalar va keksalarni PUVA-terapiya bilan davolash qat`iyan man etiladi.

PUVA-terapiya stasionar va ambo`latoriya sharoitida o`tkazilishi mumkin. Fotosensibilizatorning dozasi quyidagicha: puvalen, lamadin, ammifurin bemorning xar kg vazniga 0,6 mg dan beriladi. Psoboran esa 0,8 mg dan beriladi. Bu dorilarni ovqatdan keyin UBN dan 1,5—2,0 soat oldin ichiladi yoki eritmalari teriga surtiladi.

PUVA-terapiya bilan davolanayotgan bemor o`zini Boshqa nurlar, xususan quyosh nuridan himoya qilishi lozim. Bemorlar fotosensibilizator preparatlarini ichganlaridan keyin 8 soatgacha quyoshga chiqmasliklari, shuningdek UBN dan himoya qiluvchi qora ko`zoynak taqib yurishlari tavsiya etiladi. Fotoximioterapiya chogida ba`zan bemorlarda teri qo'yishi ko'zatiladi; agar terida qo'yishning I darajasi ko'zatsilsa, u holda steroidli malham yoki kremlar surtish, II darajali qo'yishda esa xosil bo'lgan pufakchalarni ochib tashlash, anilin bo'yoqlar surtish va antibiotikli malhamlar qo'llash tavsiya etiladi; PUVA-terapiya ma`lum muddatga to`xtatiladi.

Teridagi o`sma, so`gallarni yo`qotish maqsadida diatermokoagulyasiya, krioterapiya, kriodestruksiya usullari qo'llaniladi.

Krioterapiyadan massaj sifatida foydalanganda teridagi yallig'lanishlar tezda qaytadi. SHular qatorida elektromagnit maydoni, ionoforez va lazer nurlaridan ham dermatologiya sohasida keng foydalanilmoqda.

Mahalliy davolash. Maxalliy yoki sirtidan davolash aslida umumiy davo hamdir, chunki ular faqat mahalliy ta'sir etib qolmay, balki teri orqali so'rilib butun organizmga umumiy ta'sir etadi. Maxalliy davo har bir bemorga alohida tanlanadi. SHundan so'ng zararlangan o'choqning holati, kasallikning kechishi, bosqichi, jarohatning yo'za yoki chuqurligi, shuningdek bemor ilgari ishlatgan mahalliy davo vositalarini xisobga olgan xolda maxalliy davolashni boshlash mumkin. Teri kasalliklarini maxalliy davolashda dorilarni sepish, namlash yoki ho'llash (primochka), turli aralashmalar va malhamlardan foydalanish mumkin.

Namlash uchun ishlatiladigan suyuqliklar, chayqatma va upalar yo'zaki ta'sir etish xususiyatiga ega. Namlash, xo'llash (primochka) — kasallikning o'tkir, yarim o'tkir yallig'lanish davrlarida, teri yo'zasi issiq va nam bo'lganida ishlatiladi. Bunda qon tomirlar siqilib, teri yo'zasida pilchirash kamayadi, qichish va og'riq yo'qoladi. Terini namlash uchun suvda eriydigan dorilardan foydalaniladi. Bunda namlash uchun qo'llaniladigan dorilardan biri ishlatiladi, buning uchun doka yoki bint 4—5 qavat qilib buklanadi va doriga ho'llanadi, biroz siqib so'ngra zararlangan joy ustiga bog'lab qo'yiladi. U qurib qolmasligi uchun har 10—20 minutda namlab turiladi. Namlash usulida 1—2% li rezorsin, 0,25% li kumush nitrat, 2% li borat kislotasi, 1:1000 etokridin laktat va bshqa dori eritmalaridan foydalaniladi.

Rp: Mentholi 0,2	Rp: Urotropini 5,0—10,0
Zinci oxydati	Talci 10%—20,0
Amyli Tritici aa 10,0	M.D.S. Терлашга
M.D.S. Қичишишга қарши упа.	қарши упа.

Upalar (pudralar) — yallig'lanishga qarshi yo'za ta'sir ko'rsatadi, ular dezinfeksiya qilish, qichishishni kamaytirish, teridagi nam, yog', terni o'ziga so'rib olib, terini sovutish xususiyatiga ega. Indifferent (tal'k, vismut, oq loy, ruh oksidi, kramal), dezinfeksiyalovchi (dermatol, kseroform), shuningdek tarkibida antibiotiklar bor upa (prisipka) lar ishlatiladi. Ular zararlangan joyga yupqa bir tyoki s qilib sepiladi.

CHayqatma (boltushka) lar yoki chayqatiladigan aralashmalar teridagi yallig'lanishni kamaytirish, terini sovutish va quritish maqsadida ishlatiladi. Ular (30 foiz) bir yoki bir necha xil kukun moddalar (rux, tal'k, oq loy, kraxmal) hamda (70 fonz) suv yoki asosdan (spirt, glisirin, vazelin moyi) va boshqalardan iborat bo'ladi. CHayqatmani qo'llashdan oldin u albatta yaxshilab chayqatiladi. Aralashmalar tarkibidagi suyuqligi tezda bug'lanib ketib, zararlangan terida faqat kukun qismi qoladi xolos. CHayqatmalar suvli, suvspirtli va moyli bo'ladi.

Rp: Zinci oxydati	Rp: Sulfuri praecipitati 5,0
Talci aa 20,0—30,0	Spiritus comphorati 10,0
Glycerini 10,0—20,0	Glycerini 15,0
Aqua plumbi 100,0	Ac. lactici 1,0
	Aquae destillatae 120,0
M.D.S. Ишлатишдан олдин чайқатинг.	M.D.S. Ишлатишдан олдин чайқатинг (мойли себореяда).

Pastalar teri kasalliklarini davolashda juda ko'p qo'llanadi. Ular tayyor xolda bo'ladi yoki shifokor ko'rsatmasiga asosan tayerlanadi. Pastalar teng miqdordagi yog' yoki yog'simon moddalar (lanolin, vazelin), shuningdek qattiq kukunsimon moddalardan (tal'k, ruh oksidi) iborat bo'ladi. U terining chuqur qavatlariga ta'sir etadi. Pastalar kepaklanish, qichishishni kamaytiradi, tarkibidagi kukun eksudatni o'ziga so'rib olib, terini sovutadi va zararlangan terining tezroq to'zalizhiga yordam beradi. Pasta tarkibidagi yog' yoki yog'simon moddalar tangacha va po'stlarni yumshatib, ularni syoki n-asta ko'chirib yuboradi. Tarkibidagi yog' va upa miqdoriga qarab quyuuq (60:40) va suyuq (40:60) pastalar tafovut etiladi.

Rp: Acidi salicylici 2,0
Zinci oxydati
Amyli aa 25,0
Vaselini 48,0
M.D.S. Лассар пастаси.

Rp: Zinci oxydati
Talci
Naphtae-Naphtalani
Ung. Wilkinsoni aa 20,0
M.D.S. Паста (микробли
экземада).

Malhamlar asosini yog` yoki sintetik yog`simon moddalar tashkkl qilib, uning tarkibiga turli xil farmakologik moddalar (oltingugurt, rezorsin, mentol, dermatol, levomisetin) kiritiladi. Malham surilgandan keyin teridan chiqayotgan ter tarkibidagi suyuqlik malham ostida qoladi va u zararlangan terini yumshatib, dori-darmonlarni terining` chuqur qavatlariga so`rilishini ta`minlaydi. YOg`larga turli xil dori-darmonlar qo`shib qichishishni va og`riqni koldiruvchi, yumshatuvchi, dezinfeksiyalovchi hamda boshqa malhamlar tayyorlash mumkin.

Malhamlar asosan hayvon va mineral yog`lari (moylari), shuningdek sariq vazelin, lanolin va ba`zan naftalan asosida tayyorlanadi.

Rp: Ac. salicylici 0,6
Ac. resorcini 1,5
Vaselini ad 30,0
M.I. Ung
M.D.S. Малхам.

Rp: Perhydroli 3,0
Lanolini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Оқартирувчи мал-
хам.

Kremlarning 2/3 qismi yog` va 1/3 qismi suvdan iborat bo`lib, ular terini yumshatib, sovutish va tashqi muhit ta`siridan saqlash xususiyatiga ega.

Keyingi yillarda tarkibida kortikosteroid bo`lgan malham va kremlar keng` qo`llanilmoqda: 1% li gidrokortizon, 0,5% li prednizolon, «Ftorokort», «Sinalar», «Flyusinar», UI`tralan, kortikosteroid va antibiotiklardan iborat malham va kremlar («Selestoderm «V», «Diprogenta», «Triderm») qichima kasalligi piodermiya bilan murakkablashganda yaxshi yordam beradi.

Rp: Lanolini
Vaselini
Aq. destill aa 10,0
M.D.S. Маҳаллий қўллаш
учун.

Rp: Lanolini 5,0
Vaselini flavi 9,0
Ol. Persicorum 1,0
Liq. alumini
aceticici 3,0
Glycerini 1,0
M.D.S. Совутувчи крем.

Malhamlar tarkibidagi dori-darmonlarning farmakologik ta`siri ularning qonsentrasiyasiga bog`liq, masalan, salisil kislotasi, rezorsin oz miqdorda et bitirish (keratoplastik) hossasiga ega bo`lsa, yuqori qonsentrasiyada keratolitik, undan yuqori qonsentrasiyada qo`ydiruvchi xususiyatga ega.

Keratoplastik moddalar yallig`lanishni kamaytirib, zararlangan epidermisning mugo`z qavatini qayta tiklaydi: infil`tratlarni so`riltiradi, terini quritib, qichishishni kamaytiradi. Qeratolotik dorilar dezinfeksiyalash xususiyatiga ham ega.

Teri kasalliklarini davolashda quyidagi keratoplastik dorilar qo`llaniladi: qatron — degot` (qarag`ay daraxtidan olingan — Pix liquidi, Ol. Rusci), naftalan — Naphtalanum, ixtiol— Ichtyoli, oltingugurt — Sulfur, salisil kislotasi — As. salcylici, Mitroshin suyuqligi va boshqalar.

Keratolitik moddalar epidermisning mugo`z qavatini ajratadi, ular giperkeratoz yoki parakeratoz holati bilan kechadigan dermatozlarda qo`llaniladi.

Keratolitik moddalar pig`mentasiya bilan kechadigan kasalliklarda (xoldorlik, xloazmlar, toksik melanodermiya, chov impregnasiyasi va boshqalar) keng ishlatiladi. Ular antiseptik, antiparazitar xususiyatga ega bo`lib, teri sathidagi mikroorganizmlarni mexaniq yo`l bilan yo`qotadi. Salisil kislotasi va rezorsin (5—10% va undai yuqori qonsentrasiyada) ishkor (sovun, ayniqsa kaliy elementi bor ko`k-yashil sovun) va boshqalar keratolitik xususiyatiga ega.

Parazitlarni yo`qotishda antiparazitar dorilar oltingugurt, yod, kseroform, etakridin laktat va boshqalar keng qo`llaniladi. Bu moddalarni malham, chaykatiladigan aralashmalar yoki namlovchi dorilar ko`rinishida ishlatish mumkin.

Zamburug`li teri kasalliklarini davolashda asosan yod (2— 5% li spirtli eritmasi), anilin bo`yoqlar, oltingugurt va boshqalar ishlatiladi («Terining zamburug`li kasalliklari» bo`limida batafsyl bayon

etilgan). Qichishga qarshi vositalardan mentol (0,5—2%), anestezin (5—10%), dimedrol (1%), timol eritmasi (0,5%), limon kislotasi (1%) va boshqalar keng qo'llanilmoqda.

Terining yiringli kasalliklari

Terining yiringli kasalliklari yoki piodermitlar (yunoncha pyon –yiring, derma- teri degan soʻzdan olingan) eng koʻp uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Aksariyat terining yiringli kasalliklari surunkali kechib, tez-tez qaytalab turadi va oʻzoq vaqt mobaynida davolanishni talab qiladi, baʼzan kishilarning mehnat qobiliyati pasayib ketishi yoki vaqtincha ishga yaroksiz boʻlib qolishlari ham mumkin. Professor YA.A.Hamelin (1980) maʼlumotiga qaraganda, keyingi 15 yil ichida piodermitga chalingan bemorlar mehnat kobilyatining pasayishi 6,8 % dan 9,4 % ga oshgan, ilgari furunkul ez, karbunkul va gidrodenit kabi kasalliklar xar yili mehnatkashlarning juda koʻp ish kunlarining yuqolishiga sabab boʻlgan. SHuning uchun bu kasalliklarning profilaktikasi dolzarbligicha qolmoqda. Bolalar dermatologiyasida ham piodermitlar salmokli urin egallaydi. Barcha dermatozlar orasida u 25-60 % ni tashqil qiladi. Piodermitlar birlamchi yoki biron bir boshqa teri kasalligining asorati boʻlishi ham mumkin.

Etiologiyasi: Teriga yiring paydo qiluvchi mikroblar – stafilokokk va streptokokklar, goho ayrim mikroorganizmlar – pnevmokokklar, koʻk yiring tayoqchasi, ichak tayoqchasi va boshqalarning tushishi sabab boʻladi. Baʼzan bir nechta mikroorganizmlar birgalikda uchrashi ham mumkin. Tabiatda stafilokokk va streptokokklarning (uyda, kiyim-kechak, teri va shilliq qavatda) doimiy mavjudligi piodermitlarning tez-tez uchrab turishiga olib keladi. Barcha tekshirilganlarning 20-75 % ini basilla tashuvchilar tashqil qiladi. Sanitariya-gigiena qonun-koidalarini bilmaslik yoki uni kupol ravishda boʻzish, turmush va mehnat sharoitlaridagi kam-kust xolatlar terining yiringli kasalliklari tarkalishiga imkon yaratadi.

Soglom odam terisida doimo patogen boʻlmagan (saprofit) mikroorganizmlar boʻlib, ular tashqi muxitdan tushib turadi va soch follikul alari hamda yog bezlari tirkishiga urnashib oladi. Ularni kelib-ketuvchi (tranzitor) mikroorganizmlar deyiladi. SHu bilan birga terida doimiy (rezident) mikroorganizmlar ham mavjud. Mikroorganizmlarning teri yoʻzasida tarkalishi bir xil boʻlmay, ular hatta fasl, yosh va jinsga qarab oʻzgarib turadi. Terining yiringli kasalligiga chalingan bemorlarning terisi yoʻzasida ayniksa patogen mikroblar – stafilokokk va streptokokklar kupashib ketadi.

Patogenezi: terida yiringli kasallik kelib chikishida avvalo mikroorganizmlarning patogenligi va virulentligi ahamiyatga ega, ammo ularning terida rivojlanib ketishi uchun maʼlum bir shart-sharoitlar zarur. Boʻlar terining himoya funksiyasi va piokokklarga nisbatan organizmning qarshilik taʼsirini susaytirib yuboradigan ekzogen va endogen sabablar

Ekzogen sabablar:

7. Teridagi yoʻza va mayda yara-chakalanish (mikrotravmalar)- tiralish, qirqilish, qoʻyish, ishqalanish va boshqalar.
8. Terining xaddan tashkari ifloslanishi, oddiy gigiena qoidalariga rioya qilmaslik
9. Sovuq yoki issiq urishi, sovqotish.
10. Kasbkor omillar (koʻmir, sement, oxak, tuprok va neft` maxsulotlari bilan ishlash)
11. YOsh bolalarni notugʻri kiyintirish (sunʼiy toladan tiqilgan kiyimlar, qalin qilib urab chirmash)
12. Teri muxitining (rN) oʻzgarishi.

Endogen sabablar

1. Uglevodlar almashinuvining boʻzilishi (giperglikemiya), gipofiz hamda kalqonsimon bez faoliyatidagi etishmovchilik
2. Nerv sistemasi faoliyatidagi funksional boʻzilishlar (nevrozlar)
3. Organizm tomonidan oksil oʻzlashtirilishining boʻzilishi (gipoproteinemiya)
4. Me`da – ichak sistemasi faoliyatining funksional (jigar, me`da-ichak kasalliklari) boʻzilishi
5. Gipovitaminozlar (ayniqsa A va S)
6. Irsiy omillar
7. Organizm immun mexanizmining boʻzilishi va boshqalar

YUkorida keltirilgan ekzogen va endogen sabablar birgalikda kasallikni vujudga keltirishi mumkin. Odatda bu omillar kompleks ravishda taʼsir qiladi. SHunga koʻra mutaxassis bemorni qunt bilan tekshirishi va yuqorida qayd etilgan sabablarni aniqlab, shunga yarasha davo choralarini qoʻllashi kerak

bo'ladi. Bolalarda terining yiringli kasalliklari kelib chikishida, terining odatdagi fiziologik qarshilik kuchining xali tula rivojlanmaganligi ham katta ahamiyatga ega. Gudak tug'ilgan zamonok uning terisi va shilliq qavatlaridan saprofit va patogen mikroorganizmlar topiladi. Ammo bu mikroorganizmlar xar doim ham kasallik keltirib chiqaravermaydi. Kasallikning paydo bo'lishi tushgan mikroorganizmlarning soni, virulentligi, bola terisining namligi, muxiti (rN), kolloid-osmotik axvoli, immun sistemasi va Boshqalarga bog'liq. Piodermitlarning paydo bo'lishida ko'zg'atuvchining patogenligi, ayniksa stafilokokklarning plazmakoagulyasiya, gemolitik, toksigenlik va pigment xosil qilish xususiyatlari muxim ahamiyatga ega. Keyingi yillarda antibakterial preparatlarni xaddan ziyod ishlatish (organizmning reaktivligini o'zgartirish bilan bir Qator) kupgina mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar va streptokokklarning ba'zi biologik xususiyatlari ni (antigenlik, immunogenlik, virulentlik) o'zgarishiga olib keldi. Bu jarayon terida kasallik paydo qilmaydigan mikroorganizmlarning (epidermal stafilokokk) patogenlik tomonga siljishiga sabab bo'lmokda va ular tez-tez qaytalab turadigan terining turli yiringli kasalliklarini keltirib chiqarmokda. SHu bilan birga penisillinni parchalovchi mikroorganizmlarning shtamlari (b-laktomaza ishlab chikuvchi, a-trasformasiyalangan kupashib bormokda.

Tasnifi: Terining yiringli kasalliklari etiologik omillarga qarab stafilokokkli, streptokokkli va aralash bo'ladi. Terining yiringli kasalliklari joylashishiga qarab yo'za va chuqur: kechishiga kura o'tkir va surunkali xillarga bo'linadi.

Stafilokokkli piodermitlarda yalliglanish jarayoni aksariyat teri xosilalari, soch follikul alari, yog va ter bezlarida bo'ladi. Asosiy morfologik element – madda. Uning shakli qonussimon, pusti esa qalin, tortilgan, ichida sargimtir-yashil yiring bo'ladi. Madda urtasidan mayin soch chikib turadi.

Stafilokokklardan farkli streptokokklar ko'zgatgan piodermitlarning morfologik elementlari soch va yog bezlari follikul alari bilan bog'liq bo'lmaydi. Yalliglanish jarayoni yo'za, maddalar shakli yassi, pusti nozik (fliktina) ichidagi ekssudat seroz-yiringli va bir-biriga qo'shilib ketishiga moyil bo'ladi.

YO'za piodermitlarda morfologik elementlar faqat epidermisda bo'ladi, shuning uchun to'zalganidan keyin urnida vaqtinchalik dog koldiradi, xolos. Chuqur piodermitlarda esa yalliglanish hatto gipodermagacha boradi va o'zidan keyin chandik yoki atrofiyali chandik koldiradi.

Stafilokokkli piodermitlar (stafilodermiyalar). Terining stafilokokkli kasalliklariga ostiofollikul it, siko, chuqur follikul it, furunkul (chipqon), karbunkul (huppoz), gidradenit kiradi. Ostiofollikul it bilan siko terida chandik koldirmaydi, kolganlari esa tukimalarni shikastlab, chandik bilan bitadi.

YOsh bolalar terisi o'ziga xos to'zilishga ega, shuning uchun ularda stafilodermiya Boshqacharak kechadi, bunda toshmaning morfologik elementi yo'za nofollikul yar pufaklar xisoblanadi. Bolalar terisi stafilokokklarga nisbatan sezuvchanligi sababli yalliglanish tez va tarkok kechadi, ba'zan ogir oqibatlariga olib keladi. Asosan ularga vezikul opustulyoz, psevdofurunkul yoz, chilla yara va Ritterning eksofolitiv dermatiti kabi stafilokokkli kasalliklar ko'zatiladi.

Ostiofollikul it – soch xaltachasi ogzining yalliglanishi, asosan stafilokokklar ko'zg'atadi. Dastlab teri yo'zasida qonussimon shaklda, follikul yar madda (pustula) paydo bo'ladi. Madda urtasidan mayin soch (tuk) chikib turadi. Soch follikul asi atrofi biroz yalliglanib, kizaradi va pushti-qizil rangli yalliglanish toji bilan uralgan bo'ladi. Osteofollikul itlar yoki stafilokokkli impetigo terining kichik yoki keng xiylagina qismini egallashi mumkin. Bir necha kundan sung maddalar kuriydi va yalliglanishlar surilib ketadi. Osteofollikul itdan keyin xech kanday chandik kolmaydi, biroz pigmentli dog koladi, xolos.

Osteofollikul itda maddalar tup-tup bo'lib joylashsa ham bir-biriga qo'shilmaydi. Ba'zan ayrim elementlar nuxatdek bo'lishi ham mumkin, urtasidan mayin soch (tuk) chikib turadi. Buni Bokxartning stafilokokkli impetigosi deyiladi.

Osteofollikul itga asosan ekzogen omillar ishkalanish, tiralish va Boshqalar sabab bo'ladi. Maddalar aksariyat badanning bosilib ishkalanib turadigan qismlarida (buyin, bilak, boldir va son soxasi terisida) paydo bo'ladi.

Bolalarda asosan 2-3 yoshdan keyin ko'zatiladi, ayniksa 13-15 yoshli usmirlarda kup uchraydi. YO'za va chuqur follikul it fark qilinadi. YO'za follikul it odatda 2-3 kunda yo'qolib ketadi. To'zalgandan keyin yaradan iz ham kolmaydi.

CHuqur follikul it – soch xaltachasining chuqur qavati yalliglanganda teri kizarib turadi, terining shu erida kul ga kattik unaydigan infil'trat xosil bo'lib, bezillab og'riydi, keyinchalik madda boylamaydi.

Madda qonussimon bo'lib. Urtasidan soch chikib turadi. Bir necha kundan sung madda kovjiraydi yoki yiringlanish rivojlanib, tukimalar nekrozga uchraydi. Odatda kasallik 5-6 kunda to'zaladi va urnida nukta-nukta chandiklar koladi.

Ko'pincha chegaralangan chuqur follikul itlar boshning sochli qismida, ensa soxasida va chov oraligida uchraydi.

Sikoz – soch follikul alarining surunkali yalliglanishi. Stafilokokkli yoki oddiy sikoz surunkali kechadi va tez-tez ko'zib turadi. Asosan erkaklarda uchraydi (yunoncha sjcosis – o'zum gujumi degan so'zdan olingan). Toshma elementlari osteofollikul it va follikul itlardan iborat. Stafilokokkli sikoz aksari yo'zning sokol va muylov usadigan qismida, ko'proq kosh, kovok va kul tikda, ba'zan boshning sochli qismi, buyin terisida, shuningdek jinsiy a'zolar atrofida, kov, son, boldir va badanning jun bilan koplangan Boshqa soxalarida ham paydo bo'lishi mumkin.

Dastlab soch atrofida mayda maddalar (osteofollikul it) paydo bo'lib, ularning asosi infil'tratlanadi, urtasidan soch chikib turadi, biroz og'riydi. Soch atrofi bilinar-bilinmas qizil jiyak bilan uraladi. Follikul itlarda bir-biri bilan pustulalar guruxini tashqil qiladi. 2-3 kundan sung yiring kotib pust bilan koplanadi, keyinchalik pust tushib ketib. Urnida yana yiringli maddalar paydo bo'ladi.

Tarqoq sikozda bemorning yo'zida yalliglanish o'choqlari paydo bo'ladi, undan noxush xid kelib turadi. Zararlangan joyning bir qismi bitsa atrofidan yangisi kurinadi.

Kasallik oylab, ba'zan yillab davom etadi. Bunda bemorning terisi tortishib, achishib og'riydi. Ayniksa zararlangan soxa yo'zda bo'lganida kasallik dam tuzalib, dam ko'zib turishi oqibatida bemorning ruxiy xolati o'zgaradi.

Stafilokokkli sikoz terining ifloslanishi, burun-tomok bo'shlig'ilagi turli surunkali infeksiyon kasalliklar, shuningdek endokrin bezlar va nerv faoliyatining bo'zilishlaridan kelib chiqadi.

Oddiy yoki stafilokokkli sikozning diagnostikasi unchalik murakkab emas, u yiringli-infil'trativ trixofitiya hamda asoratlangan ekzema (yiringlagan) bilan takkoslanadi. Birinchisida patogenli zamburuglar, ikkinchisida chin polimorfizm ko'zatiladi.

CHipqon – furunkul – soch xaltachasi atrofidagi tukimaning o'tkir yiringli-nekrotik yalliglanishi. CHipqon terining yiringli kasalliklari ichida eng kup uchraydigan bo'lib, uni stafilokokklar ko'zgatadi (ok va tillarang).

Patogenezi: CHipqon mutlako sog terida paydo bo'lishi yoki chuqur stafilodermiyaning asorati tufayli vujudga kelishi ham mumkin. Terida yog va ter ajralishining kuchayishi, avitaminoz, moddalar almashinuvining bo'zilishi bilan kechadigan kasalliklar (kandli diabet, semizlik), tozalikka va shaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, terining tiralishi va chakalanishi chipqonga sabab bo'ladi. CHipqon terining tukli qismida, Ko'pincha buyin, yo'z, bel, dumba, son va Boshqa erlarda uchraydi. CHipqonning yakka (bitta chipqon chiqadi) va qaytalanuvchi (xadeganda chipqon chiqaveradi) xillari fark qilinadi. CHipqonning ayni vaqtda kuplab toshishi furunkul yoz deyiladi, unga Ko'pincha chipqonni yaxshi davolamaslik, moddalar almashinuvining bo'zilishi, gipovitaminov sabab bo'ladi.

Klinikasi: chipqonda uchta rivojlanish bosqichi tavofut qilinadi: 1. infil'trat paydo bo'lishi, 2, yiringlanish va nekroz, 3. to'zalish.

Dastlab soch tolasi follikul asi soxasida teri damidan biroz kutarilib turadigan, dumalok, qonussimon tuguncha shaklida kattik yalliglangan infil'trat paydo bo'lib, bezillab og'riydi, kizaradi; asta-syoki n kattalashadi (birinchi bosqich).

Kasallikning 3-4 kuniga kelib chipqonning kattaligi 1-3 sm ga etadi (ikkinchi bosqich), uning urtasida yiringli-nekrotik o'zakli pustula paydo bo'ladi. CHipqon qonussimon shaklni oladi. Kizgish-kukimtir tusga kirib, yaltirab turadi. Urtasidagi pustula soxasida nekroz rivojlanadi. Bu davrda bemorning xarakati cheklanib, darmoni kuriydi, xarorati (37-38 S) kutariladi, intoksikasiya alomatlari ko'zatiladi, chipqon luqillab og'riydi, keyin o'z-o'zidan yoki biror ta'sir tufayli yoriladi. Undan sargish, ba'zan qon aralash kuyuk yiring chiqadi. Yiring chikib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib koladi, uning tagida chipqon "o'zagi" kurinadi. Nekrotik o'zak ajralgach, infiltratli shish va og'rik keskin kamayadi. V Ara "o'zagi" chikkandan sung, uning urni chandiklanib bitadi (uchinchi bosqich).

CHipqon badanning jun bilan koplangan hamma joyidan chikishi mumkin. Lyoki n Ko'pincha yo'z, buyin, son, dumba, bel soxasida uchraydi. YO'zga xususan ustki labga chikkan chipqon uta xavfli, chunki bu soxada qon tomirlar tutami juda yo'za joylashganligi sababli infeksiya qon okimiga utib

sepsis, meningit kabi ogir asoratlarga sabab bo'ladi. CHipqonni o'z bilgicha sitish, ezish yaramaydi, aks xolda yomon oqibatlariga olib kelishi mumkin.

CHipqonga diagnoz qo'yish kiyin emas, uni asosan qo'ydirgi, gidradenit va chuqur trixofitiya bilan takkoslanadi.

Xuppoz, karbinkul, kuk yara – terining chuqur qavatlarini va ostidagi yog katlamining yiringli nekrotik yalliglanishi. Katta yoshli kishilarda ko'proq uchraydi. Xuppozda yiringli – nekrotik jarayon derma, xatto gipodermaga etib boradi. Kasallik juda ogir utadi, ba'zan ogir oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Xo'ppoz yoki karbinkul yunoncha "carbo" degan so'zdan olingan bo'lib "ko'mir" degan ma'noni bildiradi, chunki yiringli nekrotik jarayon oqibatida yalliglanish uchog'i xuddi kumir rangini oladi.

Patogenezi. Umumiy darmonsizlik, Ko'pincha och-naxor yurish, moddalar almashinuvining bo'zilishi (kandli diabet), Boshqa kasalliklar tufayli darmon ko'rishi xuppoz chikishiga sabab bo'ladi.

Kasallik ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokq Aksariyat xuppoz buyin, bel va dumg'aza sohasida ko'proq uchraydi.

K l i n i k a s i avval terining chuqur qavatlarini va teri osti yog katlamlaridagi kichik bir joy zichlashib, bezillab koladi, infil'tratli tugunchalar avj oladi. Tugunchalar borgan sayin kattalashib, bu joy tez orada doira shakliga kiradi, ustidagi teri tarang tortib, yaltirab turadi, urtasi avval kuqaradi ("kuk yara" nomi shundan), 8-12 kundan keyin madda boylab oqaradi, atrofida mayda "ko'zlar" paydo bo'ladi (kasallikning birinchi bosqichi), keyin shu joydan yoriladi. Yiringli jarayon atrofiga tarkalmaganidan emirilgan (irigan) tukimalar kuchib tushadi va yashil. Ba'zan kizgish yiring chiqa boshlaydi. Yiring chikib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib koladi, uning tagida yiringli massa - ya'ni "o'zagi" kurinadi. Yiringlanish va nekrozlanish xuppozning ikkinchi bosqichi bo'lib, 2-3 xaftada davom etadi. Keyinchalik yara urni chandik bo'lib bitadi.

Xo'ppoz, odatda, xaroratning (39-40 S) kutarilishi, ishtaxaning pasayishi, umumiy axvolining yomonlashuvi, bosh og'rig'i hamda xarakatning chegaralanishi bilan kechadi. Xo'ppoz chikkan soxa kizib, "luqillab" og'riydi. Odatda xuppoz bitta chiqadi. Lyoki n kasallik ogir kechganda o'zoqqa cho'ziladi. Bemorning xarorati ancha kutarilib, eti uvishadi. Ayni vaqtda limfa tomirlari ham yalliglanishi mumkin. CHipqonga yaqin turgan limfa tugunlari ham, bezlar ham yalliglanadi. Teri biroz shishadi. YO'zdagi xuppoz juda xavfli, chunki bunda jarayon yo'zdan qon tomirlari orqali miyaga o'tishi va turli asoratlar koldirishi mumkin.

Xo'ppozga diagnoz qo'yish uncha kiyin emas, asosan qo'ydirgi hamda chipqon bilan taqqoslanadi.

Gidradenit–apokrin ter bezlarining o'tkir yiringli yalliglanishi; tillarang stafilokokklar ko'zgatadi (yunoncha hudros – ter, aden- bez degani).

Patogenezi Soch follikul alari yoki limfa yo'llari orqali apokrin ter bezlari kanaliga stafilokokklar tushishi sabab bo'ladi. Darmonni kuritadigan surunkali kasalliklar, organizm umumiy qarshiligining pasayishi, kul tik osti, chov oraligi, anus soxasining kup terlashi, terning (rN) ishkoriyligi ayniksa shaxsiy gigiena koidaloriga rioya qilmaslik gidradenit paydo bo'lishiga sharoit yaratadi. SHuningdek ustabilan tuklarni kirganda terining kesilishi, kichiganda badan tirmalishi hamda mayda yara-chakalar ham gidradenitga sabab bo'lishi mumkin. Gidradenit kandli diabetga chalinganlarda, jinsiy bezlar faoliyati izdan chiqqa kishilarda kup uchraydi. Terining anatomiyasidan ma'lumki, apokrin ter bezlari faoliyati inson balogatga etgan davrdan boshlanadi (kizlarga, bolalarga nisbatan ertarok). Apokrin ter bezlari ayollarda ko'proq, shuning uchun ham gidradenit ularda ko'proq uchraydi. YOsh o'tgan sayin bu bezlar faoliyati suna boradi, shu tufayli gidradenit keksalarda deyarli ko'zatilmaydi.

K l i n i k a s i Gidradenit yirik ter bezlari joylashgan kul tikda, ko'proq chov va orqa chiqaruv teshigi soxasida, shuningdek ayollarning kukrak bezlari uchida uchraydi.

Kasallik terining derma yoki gipoderma qismida bosib kurilganda kul ga unnaydigan 1-2 ta tugunlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Tugunlar usti kizarib, og'rib turadi, biroz kichiydi, tugunlar asta-syoki n kattalashadi, ular yongokdek, xatto undan ham kattarok bo'lib ketadi. Zararlangan teri soxasi kizarib, shishib chiqadi, yupka tortib, bosganda yoki xarakatlanganda bezillab og'riydi. Tugunlar bir-biriga qo'shib ketadi, teri biroz salkib, bilqillab turadi. O'tkir yalliglanishga xos infil'trat paydo bo'ladi. Bora-bora tugunlar yumshab yoriladi va sargimtir-kizgish yiring chiqa boshlaydi; gidradenitda nekrotik o'zak paydo bo'lmaydi.

Ba'zan infil'trat kattik (yogochdek) bo'lib yoyilib ketadi, bu xuddi flegmonani eslatadi. Bunday gidradenit juda ogir kechadi, bemor tinch turganida ham og'rik bezovta qiladi.

Tugunlar yorilgandan keyingina bemorning axvoli biroz engillashadi, issigi tushib, og'riklar yo'qoladi. Xosil bo'lgan chuqur yara, granulyasion tukima bilan tulib, chandik yo'zaga keladi. Gidradenit 15-20 kun davom etadi. Ammo diabetga chalingan, kup terlaydigan, zaif, darmoni kurigan, ozodalikka rioya qilmaydigan kishilarda kasallik oylab cho'zilishi ham mumkin. Kasallik diagnozini aniqlash mutaxassis uchun kiyinchilik tugdirmaydi. Gidradenit furunkul va kollikvativ teri sili bilan takkoslash keraq Gidradenitda nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kollikvativ teri sili o'zoq surunkali davom etishi, limfatik tugunlar zararlanishi, o'choqlarning teshik-teshik bo'lishi va og'rimsaligi bilan fark qiladi.

Vezikul opustulyoz – chaqaloqlar orasida keng tarkalgan kasallik bo'lib, badanga turli kattalikdagi maddalar toshishi bilan ifodalanadi. Kasallik gudak xayotining dastlabki kunlaridayok boshlanadi. Bunda bolaning boshi, badanining serburma soxalari va oyoq-kul lariga chetlari qizil yalliglangan xoshiya bilan chegaralangan pustulalar chiqadi; pustulalar bitta, ikkita yoki bir nechta bo'lishi mumkin. Gistologik tadkikotlar yalliglanishli o'zgarishlar ekrin ter bezlarining ogiz qismida bo'lishini kursatadi. Etiologiya, patogenez: Kasallikning kelib chikishiga stafilokokklarning turli shtammalari sabab bo'ladi. Kup terlar tufayli terining yo'za ta'sirlanishi, zaif yoki chala tugilganlik, sun'iy ovkatlantirish va Boshqa kasallikning rivojlanishiga olib keladi.

Gudaklar orasida uchraydigan barcha stafilodermiyaning 33 % ini vezikul opustulyoz tashqil qiladi. SHu kasallikka chalinganlarning 70 % ida absesslanish ko'zatiladi (YU.QSkripkin va Boshqalar).

Diagnozni aniqlashda asosan pidermiya Bilan asoratlangan qo'tir Bilan takkoslanadi. Vezikul opustulalar qo'tirda juft-juft joylashadi, aksariyat bolaning kafti, tovoni, dumba va qorin soxasi zararlanadi, qo'tir kanasi topiladi.

Bolalarda uchraydigan tarkok absesslar yoki Finger psevdofurunkul yozi. Aksariyat bir yoshgacha bo'lgan chakaloklarda ko'zatiladi, ekrin ter bezlari yo'lga (chiqaruv naychalari) vat eri yo'zasiga ochiladigan uchiga infeksiya tushishi sabab bo'ladi. Kasallik ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokq

Patogenez Xastalik Ko'pincha chala tugilgan, organizm ximoya funksiyasi sust, nimjon bolalarda uchraydi. Kup terlaydigan bolani ozoda tutmaslik, etarli ovkatlantirmaslik, shuningdek bola madorini kuritaligan ba'zi kasalliklar (enterit, distrofiya, umumiy infeksiya, kamqonlik va Boshqalar) tarkok absesslar paydo bo'lishiga olib keladi.

Klinika Kasallik faqat ter bezining yo'li yo'zasi yalliglanishi Bilan kechsa, pustulalar xosil bo'ladi (perioporit). Pustulalar kattaligi bugdoydek bo'lib, ichidan kuyuk yiring chiqadi vat ezda kurib, pust xosil qiladi. Pust tushib ketgandan sung terida iz kolmaydi. Aksariyat bemorlarda ter bezlarining yo'lida hamda uning tutamlari (klubochkasi) yiringli yalliglanadi, unda dermaning chuqur katlamida aniq chegaralangan konsistensiyasi kattik, kukimtir – qizil rangli tugunchalar paydo bo'ladi; ularning kattaligi nuxatdek, keyinchalik yongokdek bo'lib ketadi. Tugun urtasi yumshab zararlangan soxa terisi yupka tortadi, bosganda bilqillab turadi, yorilsa qon aralash yiring okib chiqadi; yarada nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kasallik pirovardida chandiklanish ko'zatiladi. Aksariyat bemorlarda yalliglangan tuguncha 1-2 ta, ba'zan bir nechta bo'ladi. Ko'proq bola badanining urin-kurpasiga tegib ishkalanadigan joylari, boshi, buyni, bel, dumg`aza soxasi zararlanadi.

Absesslanish chog'ida darmonsizlik, xarorat kutarilishi (38-39 S), xolsizlanish va umumiy dispeptik xolatlar ko'zgatiladi. Ayniksa, ilk gudaklik chogida kasallik ogir kechadi. Davo choralari o'z vaqtida kurulishiga qaramay, nimjon bolalarda kasallik xar 10-30 kunda qaytalanib turadi, otit, zotiljam, meningit, osteomielit, paraproktit va sepsis (bakteriemiya) kabi ogir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bolalarga kuplab toshadigan absesslar yoki soxta furunkul yozni follikul it yoki furunkul yoz bilan takkoslanadi. Ma'lumki, follikul it yoki furunkul yoz asosan kattalarda uchraydi hamda uning pustula markazidan soch chikib turadi va yorilganda ichidan nekrotik o'zak chiqadi. SHuningdek papulonekrotik teri silining boshlangich bosqichi bilan kiyoslanadi. Teri siliga chalingan bemorlarda Pirke reaksiyasi musbat bo'lib, Boshqa a'zolarida sil o'choqlari topiladi.

Kasallik oqibati bolaning umumiy axvoliga juda bog'liq bo'lib, ayniksa distrofiyaga uchraganlarda ogirroq kechadi. Ba'zan zotiljam yoki sepsis qo'shilib bolaning nobud bo'lishigacha olib kelishi mumkin. SHuning uchun bemor bola albatta kasalxonada davolanishi lozim.

CHakaloklarning epidemik pufakli yoki chilla yarasi – o'tkir boshlanib bir laxzada bolaning butun badaniga pustulalar toshib ketishi bilan ifodalanadi. Kasallikni asosan stafilokokklar, kamdan-kam xollarda streptokokklar ko'zgatadi.

P a t o g e n e z i Piokokkli pemfigoidning 40 % dan ziyodi ilk gudaklik chogidayok (chakalok 3-6 kunligida) boshlanadi. Kasallikning kelib chikishi gudak terisining turli noxush omillar (bakterial, travma, xomiladorlik toksikozi va Boshqalar) ta'siriga kursata olish qarshilik kuvvatiga bog'liq.

E p i d e m i o l o g i y a s i Epidemik pufakli yara uta yukuvchan bo'lib, uning asosiy manbai tibbiyot xodimlari yoki stafilokokk bilan og'rigan chakaloklarning onalari xisoblanadi. SHuningdek iflos choyshab, sochiq, ichki kiyimlardan ham yuqishi mumkin (kasal chakaloklarning kindigidan tushgan bo'ladi). Urin-kurpalar yoki ba'zi tibbiyot xodimlarining sanitariya talabi darajasida toza emasligidan bu kasallik birdan tarkalib, tugrukonada epidemiya tusiga kirishi mumkin. Bunda zudlik bilan kasalxonaning chakaloklar bo'limi yopilib, dezinfeksiya qilinadi, barcha xodimlar tibbiy kurikdan o'tkaziladi.

K l i n i k a s i Badan terisining buyin, kindik, dumba soxalarida, shuningdek kul va oyoqlarda, biroz kizargan yoki o'zgarmagan teri yo'zasi buylab pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklar kattaligi nuxatdek, konsistensiyasi zich, ichidagi suyuqlik tinik yoki seroz sargimtir, atrofi gardish bilan uralgan bo'ladi. Pufaklar paydo bo'lishi bilan gudakning axvoli o'zgaradi, kattik bezovta bo'ladi, xarorati kutariladi. Pufaklar tezda kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi, ichidagi seroz suyuqlik loykalanadi. Pufaklar yorilib, eroziyalanadi, periferiyadagi epidermis koldigi osilib turadi. Ba'zan yalliglanish ogiz, burun, ko'z va Boshqa a'zolar shilliq qavatiga ham tarkalib ketishi mumkin. Bu Ko'pincha zaif, nimjon, chala tugilgan bolalar orasida ko'zatiladi (yiring autoinkul yasiyasi). Bunda gudak kattik bezovtalanib, chirillab yiglaydi, xarorati 38-40 S gacha kutariladi, onasini emmay kuyadi, kayt qiladi, goxo ichi ketadi. CHora-tadbirlar kurilmasa zotiljam, otit, flagmona, xatto sepsis qo'shilishi mumkin.

Kasallik engil kechganda va o'z vaqtida tibbiy yordam kursatilganda pufaklardan chikib turadigan suyuqlik kurib, kul rang-sargish tusli pust xosil bo'ladi.

D i a g n o z i Epidemik pemfigusni chakaloklar zaxm pemfigusi hamda tug'ma epidermoliz bilan takkoshlash keraq

Zaxm pemfigusida pufaklar gudakning oyoq va kul kaftlarida, dumba soxasida bo'ladi. Undan tashkari erta tug'ma zaxmga bolaning tez-tez shamollashi, Goxzingerning diffo'z infil'trasiyasi, pufaklardan okish treponemalarning topilishi, o'zun suyaklar jaroxati, Vasserman reaksiyasining musbat bo'lishi xosdir.

Tug'ma epidermoliz gudak tugilgan zaxotiyok paydo bo'lib, asosan shikastlangan soxada, masalan, bosh, elka va oyoq-kul larda joylashadi. Pufaklar bitta-ikkita bo'lib, yalliglanish jarayoni unchalik sezilmaydi.

Tug'ma epidermolizning distrofik xilida pufaklar urnida chandikli atrofiya ko'zatiladi. Aksariyat pufaklar ogiz shilliq qavatida uchraydi. SHu bilan birga gudakning tirnogi, sochi va tishlari distrofiyasi ko'zatiladi.

CHakaloklarning eksfoliativ dermatiti yoki Ritterning eksfoliatin dermatiti gudaklar orasida tarkalgan stafilodermiyaning eng ogir xili xisoblanadi. Kupgina mutaxassislar esa bu infeksiyon kasallikni klinik kechishi va yuqish darajasining balandligiga qarab, ba'zan uni mustaqil nozologik forma deb ham yuritadilar.

Hozirgi paytda eksfoliativ dermatitning ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokk ekanligi aniqlangan. Kasallikning kelib chikishi epidemik pemfigus bilan deyarli bir xil.

K l i n i k a s i Boshida kasallikning klinik kurinishi epidemik pemfigusga juda uxshab ketadi, ammo keyinchalik manzara butunlay o'zgaradi. Kasallik chakalok xayotining birinchi xaftasidayok boshlanadi. Dastlab ogiz atrofi, chov oraligi va orqa chiqaruv burmalari soxasiga toshma toshadi. Toshmalar zich konsistensiyali, katta xajmli sferik pufaklardan iborat bo'ladi. Ular tezda yoki salga yorilib, keng satxli namlangan eroziyalarni vujudga keltiradi; periferiyadagi epidermis koldiklari lentasimon bo'lib osilib yotadi. Kasallikning 8-12 kunlari gudak terisi giperemiyalanib, eroziya kattagina joyni egallaydi, xatto Nikol'skiy simptomi musbat bo'ladi. Terining kurinishi bamisoli kaynok suvda qo'ygandek, kukimtir-kizgish tusga kiradi, eroziya o'choqlarida yoriklar paydo bo'ladi.

Kasallik ba'zan bo'llyoz toshmalar bilan boshlanib, keyin eritrodermiya ko'zatiladi, aksariyat, birdan eritrodermiya boshlanib, 2-3 kunda butun badan terisini egallab oladi. Bunda gudakning umumiy axvoli keskin yomonlashadi, xarorati 40 S dan tushmaydi, avvaliga toksiko-septik xolat, keyinchalik sepsis ko'zatilishi mumkin. Bola ozib ketadi, me'da-ichak faoliyati bo'ziladi, leykositoz, ECHT kutariladi, zaif

va nimjon bolalarga kandidoz, zotiljam, pielonefrit, flegmona, abscess, otit va yiringli qon'yuktivit qo'shib yomon oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Bir necha oylik, ya'ni kattarok chakaloklarda kasallik birkadar engil kechadi. Keyingi paytda eksfoliativ dermatitning engilroq kechadigan (abortiv) xili ko'zatlilmokda. Bunda giperemiya uncha rivojlanmagan bo'lib, epidermisning kuchishi sust kechadi. Eroziyalanish bo'lmaydi, faqat mugo'z qavat bir oz zararlanadi xolos. Gudaklarning umumiy axvoli deyarli o'zgarmaydi.

Diagnozi Kasallikning tusatdan boshlanganligiga, epidermisning pust bo'lib kuchishiga, katta-katta eroziyalangan o'choqlarga e'tibor berish keraq Zararlangan o'choqlar ma'lum soxalarda joylashadi. Nikol'skiy simptomi musbat bo'ladi.

Ikkinchi darajali qo'yish, bo'llyozni epidermoliz, tug'ma zaxm pufak yarasi, hamda Leynerning deskvamativ eritrodermiyasi bilan takkoslanadi.

Leynerning deskvamativ eritrodermiyasi kattarok yoshli bolalarda uchraydi, zararlanish o'choqlari anogenital soxa va teri burmalaridan boshlanadi. Xuddi shu joylarda eritematoz-eksfoliativ yalliglanish ruy beradi. Keyinchalik toshmalar bolaning yo'zi va boshiga toshadi. Eroziyalangan teri satxida yalliglanish unchalik o'tkir kechmaydi, tangachalar yo'zasi sargimtir yogli bo'lib, seboreyali ekzemani eslatadi. Kasallik tarixini urganib, uni P darajali qo'yishdan bemalol farqlash mumkin.

Streptokokkli piodermitlar (streptodermiya). Patogen streptokokklar stafilokokklardan fark qilib, soch xaltachalari yoki yog va ter bezlarini zararlantirmaydi, ular asosan teri kasalliklarining yo'za xillarga sabab bo'ladi. Streptodermiyaga ko'proq bolalar va ayollar chalinadi, chunki ularning terisi nozik va yupka bo'ladi. Birlamchi morfologik element – nozik pufak (fliktena) xisoblanadi. Pufak teri satxidan deyarli kutarilmaydi, ilvillab, shalpayib turadi va salga yoriladi.

Streptokokkli impetigo, satratki. Bolalar orasida eng kup tarkalgan yiringli kasallik bo'lib, toshmaning asosiy morfologik elementi nozik pufaklar xisoblanadi.

Etiologiyasi va patogenezi: streptokokkli impetigo teriga streptokokklar tushishidan kelib chiqadi. Ba'zi tadkikotchilarning fikricha zararlangan o'choqlardan axyon-axyonda stafilokokklar ham topiladi. Bolalar va ayollarning terisi yupka hamda nozik bo'lganligi tufayli salga chakalanadi, shuning uchun kasallik ularning yo'zida va tanasining Boshqa ochiq qismlarida uchraydi.

Kasallikning kelib chikishida teri va shilliq qavatlarning butunligi katta ahamiyatga ega. Terining kashlanib tinalishi shu bilan birga rinit va otitda burun hamda kul okdan kelayotgan yiring epidermisni ta'sirlashi oqibatida infeksiya terida tez rivojlanadi. Organizm immun qarshiligining pasayib ketishi, umumiy darmonsizlik, me'da-ichak kasalliklari va gel'mintozlar kasallikning kelib chikishida muxim rol uynaydi. Ayniksa ozodalik qonun-koidaloriga rioya etmaslik (sochiq, kurpa-tushak va yostik jildlarining iflos bo'lishi) streptodermiya tez tarkalib ketishiga imkon yaratadi.

Klinikasi Kasallik tusatdan boshlanadi, bunda yiringli toshma teriga birdan toshadi. Zararlangan terida avvaliga giperemiyalangan xoshiya bilan uralgan yupka pufakchalar (fliktenalar) vujudga keladi. Pufakchalar turli kattalikda bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shib ketishiga va periferiyaga qarab usishga moyil bo'ladi. Ba'zan fliktenalar o'zgarmagan terida ham paydo bo'lishi mumkin. Bir-ikki kunda pufakchalar yumshab ichidagi suyuklik loykalanadi, yiringlaydi; yiring tezda kurib, sargimtir kora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketgan joylarda biroz namlanib turadigan kizgimtir eroziyalar ko'zga tashlanadi. Odatda fliktenalar bir-biridan alohida joylashadi, ammo periferiyaga yoyilishi oqibatida qo'shib xalkasimon (sirsinar) impetigo vujudga keladi. Kasallik 3-4 xaftada davom etadi. Pirovardida qora qo'tir kuchib tushadi. Urnida sal pigmentlangan (vaqtincha) dog koladi. Ba'zan badan terisining Boshqa soxasidan yangi toshma elementlari chiqadi va shu yo'l bilan tarkalib boradi. Ayniksa bolalar kashlanib, terining soglom qismlariga infeksiya tarkatadi, eroziyalangan o'choqlar kupayadi va shu joylar tortishib, biroz og'riydi. Bunday bemorlar atrofida uchun juda xavfli xisoblanadi. Fliktenalar Ko'pincha, yo'zda, aksari burun va ogiz atrofida joylashadi, lyoki n badanning yon qismlari va oyoq-kul panjalari, tizza va Boshqa joylarda ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallik to'zalganidan keyin yalliglangan o'choqlarda chandik va atrofik kolmaydi.

Streptokokk impetigosining bir necha klinik xillari mavjud. Bo'llyoz (pufakli) impetigo, bunda ko'proq kul barmoklarining yoni, tovon va boldir zararlanadi. Kattagina fliktena chiqadi. U yorilganda xosil bo'lgan eroziya periferiyasida pust koldigi turadi.

Lab bichilishi yoki tirqishsimon impetigo Dastlab labning bir yoki ikkala burchagida pufakchalar (fliktenalar) paydo bo'ladi. Ular tezda yorilib, kuribqoladiva kora qo'tirga aylanib, iz koldirmasdan

tushib ketadi. Ovkatlanganda, gaplashganda, shuningdek yasama tishlardan va sulaklar ta'siridan lab burchagi tinmay ta'sirlanganda eroziyalar vujudga keladi. Eroziya markazida bezillab turadigan chuqur yoriklar paydo bo'ladi. Gaplashganda, ovkatlanganda bemor biroz kiynaladi. Bichilgan joy doim namlanib tursa, bemor beixtiyor tilini tegizib, uni battar achishtiradi va bichilgan joy ancha vaqtgacha to'zalmaydi. Kasallik mudom sulagi okib yuradigan, tishlari chirigan, rinit, qon'yuktivit hamda gipovitaminozdan (asosan "V" gurux vitaminlari etishmaganda) aziyat chekadiganlarda ko'proq uchraydi.

Tirqishsimon impetigo juda yuqumli bo'lib, u bemor bilan o'pishganda, u to'tgan idish-tovok, sochiq va Boshqalardan foydalanganda yukib koladi.

Kasallikka diagnoz qo'yishda uni lab burchaklari kandidozi va ikkilamchi zaxmdagi eroziyalangan papulalar bilan takkoslanadi.

Eritema-skvamoz impetigo yoki oddiy temiratki

Barcha streptokokkli impetigolar ichida kuruk kechishi bilan ajralib turadi. Asosan bolalarning yo'zi, lunji va jaglari atrofi, goxo oyoq-kul lari terisida doira hamda ovalsimon shakldagi, yo'zasi biroz kepaklanib turadigan okimtir yoki kizgimtir doglar paydo bo'ladi. Doglar ayniksa koramtir bolalarda yaxshi bilinadi. Qo'yoshga toblanganda doglar yana ham aniqrok kurinadi. Atrofidagi soglom teri biroz korayadi.

Kuruk streptodermiya, ba'zan eritematoz-skvamoz impetigo bilan birga kechishi mumkin. Aksariyat kasallik baxorda yoki ko'zda bolalar orasida ko'zatiladi. Ular deyarli engil kichishdan tashkari sub'ektiv Boshqa belgilarga shikoyat qilishmaydi.

YO'za panarisiy yoki turniol' (xasmol). Tirnok osti va atrofidagi tukimalarning o'tkir yalliglanishi. Bitta yoki bir nechta tirnoklar kasallanishi mumkin. Asosan kattalar, ba'zan bolalar kasallanadi. Barmokning kurinar-kurinmas chaka joylari orqali yumshok tukimalarga yiringlatuvchi mikroblar kirishi sabab bo'ladi. Tirnok atrofiga seroz-yiring to'tgan fliktenalar paydo bo'ladi. Pufaklar avvaliga seroz suyuklik saklaydi, keyin loykalanib yiringlaydi, periferiya tomon tarkalishga moyil bo'ladi. Fliktena tirnok chuqurchasi atrofiga xuddi takaga uxshab joylashadi. Jaroxatlangan barmoklar shishib og'riydi. Jarayon surunkali davom etib, bir barmokdan ikkinchisiga utib ketishi mumkin.

Fliktena yorilgandan sung yarim xalka shaklidagi eroziya vujudga keladi. Eroziya chetlarida epidermis pusti kuchib turadi, ba'zan tirnok plastinkasi ajralib tushadi. Bir necha barmoklarning tirnogi zararlangan, bemorning issigi chikib, uning umumiy axvoli biroz yomonlashadi, zararlangan soxaga yakin limfa tugunlari shishadi.

Intertriginoz streptodermiyada ko'proq shikastlanadigan, burmali joylar – kul ok orqasi, kul tik osti, chov oraligi, ayollarning kukrak bezlari tagida toshmalar toshadi. Tuladan kelgan semiz, ayniksa ekssudativ diatez, kandli diabetga chalingan yosh bolalar orasida kasallik tez avj oladi. Toshmaning asosiy elementi yassi, kattaligi bugdoy donidek keladigan fliktena xisoblanadi. Fliktenalar ko'proq chikib, tezda bir-biriga qo'shilib ketadi va namlanib turadigan och pushti rangli eroziya o'choqlarini vujudga keltiradi. Eroziyalar asosi chizik-chizik bo'lib yoriladi. Bemor kup terlaydigan bo'lsa achishib og'riydi, o'choqlar atrofiga yangi pustelyoz elementlar paydo bo'ladi. Kasallik xar xil sub'ektiv belgilar bilan surunkali kechadi. Bemorga diagnoz qo'yishda asosan intertriginoz kandidoz bilan takkoslanadi. Kandidoz pufaklari ichidagi suyuklik sargish bo'lmaydi, ulardan achitkisimon zamburuglar topiladi.

Zaxmsimon papulez impetigo yoki papulo-eroziv streptodermiya

Aksariyat gudaklar orasida uchraydi. Uni ketlikdan kelib chikkan dermatit ham deyishadi. Gudakning jinsiy a'zolari, dumba, son va boldir soxasiga tez yoriladigan fliktenalar chiqadi. Fliktenalar infil'tratlangan eroziyalar xosil qiladi, bu odatda zaxmdagi eroziyalangan papulalarga uxshab ketadi. Asosan bolani parvarishlaganda ozodalikka rioya etmaslik (ichki kiyim va ketligini vaqtida almashtirmaslik) oqibatida kelib chiqadi.

Diagnozni aniqlashda asosan eroziyalangan papulyoz zaxm bilan takkoslanadi; zaxmda o'tkir yalliglanish ko'zaticmaydi, undan tashkari toshmalar ogiz shilliq qavatiga ham toshadi. Papulo-eroziv streptodermiyaga maxalliy va dezinfeksiyalovchi dori-darmonlar tez kor qiladi. SHunga qaramay qonning serologik reaksiyasi xal qiluvchi ahamiyatga ega.

VuLgar ektima – streptokokk impetigosining chuqur shakli. YAralardan olingan yiringli ajratmalar mikrobiologik tekshirilganda vul'gar ektimani streptokokkdan tashkari aralash mikroorganizmlar, ya'ni stafilo-streptokokklar ham ko'zgatishi aniqlangan. Sanitariya-gigiena koidalariga rioya qilmaslik, ozib

ketish, vitaminlar tankisligi (gipoavitaminoz), organizm umumiy qarshilik kuvvatining pasayib ketishi, moddalar almashinuvi hamda maxalliy qon, limfa aylanishining bo'zish va mayda yara-chakalar ektimalarning paydo bo'lishiga kul ay sharoit tugdiradi. Bolalarda vul'gar ektima kizamik, suvchechak, kukyutal kabi yuqumli kasalliklardan keyin avj oladi.

K l i n i k a s i Ektimalar asosan boldir, son, dumba yoki bel soxasida paydo bo'ladi. Turli kattalikdagi fliktena, pustula, shuningdek chegaralangan va og'riydigan infil'tratlar yo'zaga keladi (ektimada pufaklar epidermis tagida joylashadi). Pustulalar 1-2 tadan 10-15 tagacha, ichida yiring-yoki qon yiring aralash bo'ladi. Pufaklar atrofida kizgish-kukimtir infil'trat shishi bo'ladi. Tez kunda pustulalar yo'zasi kovjirab, biri ikkinchisining ustiga katma-kat bo'lib tushadigan zich kora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketganidan keyin chuqur va og'rib turadigan yaralar ochilib koladi, uning tubida yiring bo'ladi; 2-3 haftadan sung yaralar bitib, yo'za yoki chuqur chandik koladi.

D i a g n o z i Vul'gar ektimani impetigo, chipqon, zaxm ektimasi va kollikvativ teri silidan klinik ajratish keraq Impetigo bilan chipqonda pustlok katma-kat bo'lmaydi; ektimada esa pufaklarning borligiga asoslaniladi, undan tashkari chipqondagi kabi nekrozli o'zak vujudga kelmaydi. Zaxm ektimasida eroziya atrofi va infil'trat asosi kattik bo'lib bo'lib, serologik reaksiyalar musbat natija beradi. Kollikvativ teri silida toshmalarning joylashishi, kurinishi o'ziga xos bo'lib, sil sinamasi musbat chiqadi.

Ba'zan kamkuvvat, ayniksa ichqilikka ruju qilgan, shuningdek ogir jismoniy ish bilan shugullanadigan kishilarda vul'gar ektimaning chuqur uyilib tushadigan yoki gangrenoz xili ko'zatilishi mumkin. Xuddi shu xolat zaif va nimjon chakaloklarda ham ko'zatiladi. Kasallikning kelib chikishida ikkilamchi infeksiyaning (kuk yashil tayokcha yoki ichak tayokchasi) roli katta Xozirgi vaqtda turli dori-darmonlarning mavjudligi kasallikdan butunlay forig' bo'lish imkonini beradi.

Aralash stafilo-streptokokkli piodermitlar. Bu kasalliklarni stafilokokk hamda streptokokklar ko'zg'atadi. Bunday piodermiyalarga vul'gar yoki aralash impetigo va atipik chuqur piodermitlar (yarali va vegetasiyalanuvchi piodermit, shankrsimon piodermiya va piogen granulyoma -baktromikoma) kiradi.

Vul'gar yoki aralash impetigoning kelib chikishida bemorlarda ilgari mavjud bo'lgan, shuningdek kichima bilan kehadigan ikkilamchi kasalliklarning patogenetik ahamiyati katta. Teridagi mayda yara chakalar, timalish, iflos yurish, lab burchaklarini doimo pilchirab turishi aralash impetigo paydo bo'lishida muxim omillardan xisoblanadi. Ko'proq bolalar, usmirlar va yosh ayollar kasallanadilar.

K l i n i k a s i Vul'gar impetigoda yalliglanish o'choqlari aksariyat bemorlarning yo'zida, ogiz va ko'z burchaklarida paydo bo'lib, ba'zan butun badangan ham, kul-oyo'qlar terisiga ham tarkalib ketadi. Avvaliga biroz kizarib, shishibrok turgan soxalarda streptokokk fliktenasi vujudga keladi. Keyinchalik ular stafilokokklar ta'sirida yiringga aylanadi; tez orada yiring kurib, sargimtir-mis rangli kora qo'tirlar paydo bo'ladi. Vul'gar impetigoning uta yukuvchanligini nazarda tutib, uni kantagioz impetigo ham deyiladi. Noto'g'ri davo qilinganida yoki zaif va nimjon bolalarda kasallik 1-2 oyga cho'zilishi mumkin. Bunda bemorning biroz issigi chiqadi, ishtaxasi bo'ziladi, limfa tugunlari shishib ketadi. Odatda davolash muolajalari o'z vaqtida va to'g'ri olib borilsa 1-1,5 haftada misrang qora qo'tir tushib, urnida vaqtinchalik dogqoladiva bemor tezda sogayib ketadi.

Surunkali yarali va vegetasiyalanuvchi piodermitlar bilan ko'proq erkaklar og'riydi. Xar xil shikastlanishlar, sovuq urishi, biron kasallik tufayli organizm qarshilik kuvvatining pasayib ketishi, gipovitaminoz, ayrim soxalarda qon va limfa aylanishining bo'zish kasallikning kelib chikishida ma'lum rol uynaydi. Mutaxassislarning fikricha, ayniksa mikroorganizmlarning piokokk infeksiyasiga nisbatan sezuvchanligining zaiflashishi, shu bilan ular virulentligining pasayishi infeksiyaning bemor terisida o'zoq saklanishiga olib keladi. Ayniksa uglevodlar almashinuvining bo'zish bemorlarda surunkali yarali piodermitlarning xadeganda to'zalavermay cho'zilib ketishiga, tez-tez qaytalashiga va pirovardida mexnat kobilyatining yo'qolishiga sabab bo'ladi. Bunday bemorlar qonida fagositoz va xemotoksis susayganligi hamda gumoral va xujayra immunitetining bo'zilganligi ko'zatiladi.

K l i n i k a s i Kasallikning klinik kurinishi juda xilma-xil bo'lib, asosan ko'zgatuvchisining virulentligiga (stafilokokk yoki stafilo - streptokokk) bog'liq. Ba'zan ichak tayokchasi ham birgalikda uchrashi mumkin.

Kasallik streptokokkli ektima, furunkul yoki o'ziga xos infil'trat paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Ular tezda yaralanib, nekrozlanadi va xar xil (oval, yumalok) shakldagi zararlangan o'choqlar vujudga keladi.

YArali o'choqlarning kirralari infil'tratlangan, egri-bugri bo'ladi, yaralar anchagina seroz-yiring saklaydi, tubida esa notyoki s granulyasiyalangan tukima joylashadi. Asosiy o'choqlar periferiyasi buylab yangi pustulalar paydo bo'ladi, dastlabki infil'tratlar tagi bir-biri bilan tutashib ketadi. Pust ostidagi yaralar chetga qarab kengayib boradi va nixoyat pust tushib, keng satxli, ochiq yaralar vujudga keladi. Patologik jarayon avval epidermis, sung dermaga utadi, keyinchalik gipodermaga etib boradi. Kasallik tufayli bemor ancha zaiflashib koladi, uykusizlik, kamqonlik alomatlari paydo bo'ladi. Zararlangan o'choqlardagi utmas og'rik bemorning tinkasini kuritadi, kasallik xadeganda to'zalavkrmasdan anchaga cho'zilib ketadi.

Ba`zan keng soxali yaralar yo`zasida tukimalarning sugalsimon usishi, ya`ni vegetasiyasi boshlanadi. Vegetasiya keyinchalik butun yara urnini egallashi mumkin (surunkali yarali – vegetasiyalanuvchi piodermiya). Ko`pincha vegetasiyalangan tukimalar ichida (pustulalar va follikul itlar urnida) fistullyoz yo`llar bo'ladi. Ular bir-biriga tutash yoki tutashmagan bo`lib, ichidan doimo yiring yoki qon-yiring aralash chikib turadi. Vegetasiyalangan tukima kizgish-kukimtir va mayin bo'ladi hamda soglom teridan keskin ajralib turadi. Pilakchalar atrofida doimo qon-yiring tuplanganligi uchun pilchirab turadi. Kasallik surunkali kechib anchaga cho'ziladi.

Regressiyalanish jarayonida yaralar urtasidagi pilakchalar tushib ketadi, vegetasiyalanish tuxtaydi, mugo`zlanadi, yiring ajralmay koladi. YAralar urni uydin-chuqur chandik xosil qilib bitadi.

CHandiklanish kollikvativ teri silidagiga uxshab ketadi. Ba`zan patologik jarayon bir tomonda tugasa, Boshqa joyida yangidan boshlanadi (serpiginoz yoki emaklovchi yarali piodermiya).

Zararlanish uchogi badan terisining turli joyida, ko`proq boshning sochli qismi, bilak, elka kul tik atrofi, chov va dumba soxalarida uchraydi.

Gistopatologiyasi. Epidermisda distrofik, dermada esa granulamatoz o`zgarishlar bilan birga surunkali yayaliglanish, nekroz va absesslanish ko`zatiladi. SHuningdek epidermisda giperkeratoz, ba`zan parakeratoz va granulositlar saklovchi mikroabsesslar bo'ladi. Dermadagi perivaskul yar yoki diffo`z infil'trat chuqur qavatlarga xatto gipodermaga etib boradi.

D i a g n o z i Kasallikning klinik kurinishi va tarixiga e`tibor beriladi, shuningdek, kollikvativ va sugalsimon teri sili, chuqur mikoz va blastomikoz, aktinomikoz, sporotrixoz hamda uchlamchi zaxm bilan takkoslanadi.

SHankrsimon piodermiya. Asosan terining bakterial infeksiya bilan zararlanishi hamda uning zaxm (kattik) shankriga uxshash klinik jixatlari borligi E.Gauffman tomonidan (1934 y) izoxlangan. Xosil bo`lgan yara esa zaxmdagi shankrga juda uxshash bo`lib, xatto etuk mutaxassislar ham bemor qonini qayta-qayta serologik tekshiruvdan o`tkazib, yaradan okish treponema izlashadi.

SHankrsimon piodermiyada bakteriologik tekshirish uchun olingan yiringda asosan stafilokokklar, ba`zan streptokokklar ham topiladi.

SHaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, jinsiy olat uchidagi xar xil chakalanishlar, fimoz va Boshqa omillar oqibatida teri ta`sirlanadi va eroziya yoki yara vujudga keladi. SHankrsimon piodermiya jinsidan kat`iy nazar kattalarda ham, yosh bolalarda ham ko`zatilishi mumkin.

K l i n i k a s i Kasallik bemorning jinsiy a`zolari (olat boshi, katta hamda kichik uyatli lablar, kin daxlizi va Boshqalar), yo`zi, lab atrofi va tiliga bir yoki bir nechta ovalsimon yara chikishi bilan boshlanadi. Odatda, avvaliga pufak paydo bo'ladi, sungra u eroziyalanadi, asosi biroz infil'tatlanib doira shaklidagi yaraga aylanadi. Aksariyat bemorlarda eroziya yo`zasi gemorragik pust bilan koplanishi mumkin, pust tushib ketganidan sung yana kizgish pushti rangli, ichida biroz yiringi bor yara yo`zaga keladi. YAraga yakin bo`lgan limfatik tugunlar kattalashadi (1-2 sm), bu xolat Ko`pincha og`riksiz kechadi. Ko`pincha kasallik 2-3 xaftada to`zala boshlaydi, ba`zan bir necha oylab cho`zilishi ham mumkin. Zararlangan o'choq urni iz koldirmay yoki yo`za chandik xosil qilib bitadi.

D i a g n o z i Asosan zaxmdagi kattik shankr bilan takkoslanadi. Qonning serologik analizi, kasallik tarixi va yaradan okish treponemalarning topilishi kasallikka aniq diagnoz qo`yish imkonini beradi.

Pioallergidlar. Kokklarga nisbatan bemor terisining uta sezuvchanlik xolati bo`lib, o`ziga xos turli allergik toshmalar toshishi bilan ifodalanadi. Mutaxassislarining fikricha xuddi teri sili, terining zamburugli kasalliklaridagi kabi mikroorganizmlarning parchalanish maxsulotlari zararlangan o'choqlardan gematogen yo`l bilan butun organizmga tarkalib, uta sezgirlik kurinishidagi allergik xolatni namoyon qiladi.

Pioallergidlar birdan boshlanib, kepaklanib turadigan eritematoz doglar, papulovezikul alar, maddalar toshishi bilan kechadi. Odatda toshmalar badan terisiga va oyoq-kul larga simmetrik toshadi; xatto kul va oyoq kaftlariga kattik pustli pufakchalar va pufaklar chikishi mumkin. Bunday paytda bemorlarning issigi chikib, boshi og'riydi, kungli ayniydi va darmoni kuriydi. Toshmalar tarkalib, terining xiylagina qismini egallashi mumkin. 10-15 kundan keyin toshmalar kamayib regressiya boshlanadi.

Terining yiringli kasalliklarini davolash

Terining yiringli kasalliklariga davo kompleks tarzda olib boriladi. U etiotrop va patogenetik terapiyadan iborat bo'lib, asosan bemor organizmining immunologik qarshilik kuchini oshiradigan preparatlarni kul lash bilan birga olib boriladi. Aksariyat bemorlarning nerv, endokrin, ichki a'zo va sistemalari faoliyati zimdan bo'zilganligini nazarda tutib, kompleks davo faqat etiologik omillarga qaratilmay, balki butun organizm funksiyasini tiklashga qaratilgan bo'lishi keraq

Kompleks davo kursini buyurishdan avval, bemor obdon klinik tekshiruvdan o'tkaziladi. SHu bilan birga uning oila a'zolari ham tibbiy kurikdan o'tkaziladi, chunki ular oraasida infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Umumiy davo Sikoz, chuqur follikul itlar, chipqon, xuppoz, vezikul opustulyoz, terining kuplab abssessi, bolalarning chilla yarasi va Ritterning eksfoliativ dermatitida antibiotiklar, sul`fanilamidlar, shuningdek spesifik va nospesifik immunobiologik terapiya hamda fizioterapevtik davo usullari kul laniladi.

Antibiotiklar bilan davolash Terining yiringli kasalliklarini davolashda (ayniksa surunkali xillarda) antibiotiklar juda samarali xisoblanadi. Antibiotiklarni kul lashda ularning antibakterial ta'sir doirasiga albatta e'tibor berish keraq

Penisillin guruxi preparatlari. Ularni buyurishdan avval bemor organizmining bu gurux preparatlarga sezgirligi aniqlanadi. Suvda eriydigan penisillin preparati (kaliy yoki natriyli to'zi) muskul orasiga 300000-500000 TV dan xar 4 soatda buyuriladi. Xar kanday xolda ham kasallik diagnozi, uni kechishi, bemorlarning umumiy axvoli va tana vazniga e'tibor beriladi.

Metisillin natriy – penisillinning yarim sintetik xosilasi, kam zaxarli, kumulyativ xususiyatlari yo'q, 1,0 g dan bir kunda 4 maxalgacha buyuriladi.

Oksasillin natriy – ayniqsa stafilokokklarga yaxshi ta'sir qiladi. Ichganda me'daning kislotali muxitida o'z aktivligini yo'qotmaydi. Ovkatdan bir soat avval 0,25-0,5 g dan 4 maxal buyuriladi.

Dikloksasillinning natriyli to'zi – penisillinaza fermenti xosil qiluvchi mikroorganizmlarga ancha samarali ta'sir qiladi, 0,5 g dan 4 maxal buyuriladi, kattalar uchun davo kursi 2,0 g, ammo me'da yoki un barmok ichak yara kasalliklarida bo'lishi mumkin emas.

Aralash hamda surunkali piodermitlarda ampicillin ancha unumli, u ta'sir doirasi keng antibiotiklarga kiradi, 0,25 va 0,5 g dan tabletka xolida yoki 0,5 g dan kuniga 2-3 maxal muskul orasiga yuborish buyuriladi.

Karbensillinning dinatriyli to'zi strepto – stafilokokkli piodermitlarda kul laniladi. Kattalar uchun bir kunga 4 g dan 8 g gacha in'eksiya xolida muskul orasiga yuborish buyuriladi.

Tetrasiklinlar. Tetrasiklin va tetrasiklin gidroxlorid keng spektrda ta'sir qiladigan antibiotiklar bo'lib, ular yaxshi naf beradi. Ichish uchun 0,2-0,25 g dan kuniga 3-4 maxal buyuriladi. 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi (kalsiy bilan birikib erimaydigan kompleks xosil qiladi va suyaklarda tuplanib kolishi mumkin).

Metasiklin gidroxlorid – tetrasiklinning yarim sintetik maxsuloti. Bir kunda 2 maxal, kundalik mikdori kattalar uchun 0.6 g. Jigar va buyrak xastaliklarida hamda 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga buyurilmaydi.

Doksisillin gidroxlorid – (vibramisin) oksitetrasiklinning yarim sintetik maxsuloti, stafilokokk va streptokokklarga nisbatan ancha aktiv ta'sir qiladi, ichilganda yaxshi suriladi va Boshqa tetrasiklinlarga nisbatan qon tarkibida o'zoq saklanadi. Birinchi kuni 0,2 g, keyingi kunlari 0.1 g. Dan sut yoki katik bilan ichiladi.

Boshqa gurux antibiotiklar. Gentamisin sul'fat – ogir kechadigan piodermitlarni davolashda ancha samarali ta'sir qiladi. Ayniksa aralash infeksiyali yoki umuman ko'zgatuvchisi aniqlanmagan; yiringli kasalliklarda ishlatgan ma'kul , uni kuniga 1-2 ml dan 2-3 maxal muskul orasiga yuboriladi. Tobromisinning gentamisinga nisbatan oto-nefrotoksikligi past, xar qilogramm vaznga 2-5 mg xisobida 2-3 maxal ichiladi. Sizomisin sul'fat gentomisinga qaraganda ancha aktiv bo'lib, 5 % li eritma (50 mg/ml) xolida chiqariladi, uni 1-2 ml dan muskul orasiga 2 maxal yuborish buyuriladi. Monoterapiya

maksadida ta'sir doirasi penisillinlarga yaqin bo'lgan eritromisin kul laniladi, 0,1-0,25 g dan 4-6 martagacha ichish mumkin.

Metasillinorezistent stafilokokklarga hamda aralash infeksiyaga sefolosporinlar (sefaloridin, sefaleksin, sefalizin, kefzol) kuchli ta'sir etadi. Sefaloridin 0.5 g dan 2-3 maxal yoki sefazolin 0,25-0.5-1.0-2.0 g dan xar 8 soatda buyuriladi.

Linkomisin gidroxloridning ham antibakterial ta'siri ancha keng bo'lib, ayniksa Boshqa antibiotiklar yaxshi naf bermaganda muvaffaqiyatli kul laniladi. Uni 0,5 g dan 2-3 maxal ichiladi yoki 1-2 ml dan 30 % li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Fo'zidin – natriy ichilgandan sung qonning tarkibida o'zoq vaqt saklanib kolish xususiyatiga ega. SHuning uchun uni ambo'latoriyaga katnab davolanadigan bemorlarga tavsiya etiladi. Fo'zidin – natriyni 0,5 g dan 3 maxal sut bilan ichish buyuriladi.

Umuman antibakterial preparatlarni kabo'l qilish muddati 2-3 xaftadan oshmasligi keraq Antibiotiklar infil'tratlangan tukimalarning yiringlab ketishiga yo'l qo'ymaydi, natijada katta-katta chandik bo'lishning oldi olinadi. Ammo surunkali ogir kechadigan jarayonlarda 1-1,5 oy buyurishga to'g'ri keladi; kandidoz, disbakterioz, qaytalovchi neytropeniya, ba'zan allergik reaksiyalarning oldini olish uchun dori-darmonlarni Boshqasiga almashtirib turiladi.

Ayniksa surunkali piodermitlarda antibiotiklarni bir nechtasini birgalikda kul lash samarali ekanligi kuppina mutaxassislar tomonidan isbotlangan (A.M.Buxorovich, 1984 y, R.S.Topuriya, 1984 y). Masalan, eritromisin –tetrasiklin; olendomisin-tetrasiklin; ampicillin-oksasillin; monomisin-eritromisin, linkomisin gidrat-seporin va Boshqalar.

Piodermitlarni etiotrop davosi uchun sul'fanilamid preparatlarni ham ishlatish mumkin. Ular ayniksa, surunkali piodermitlarda antibiotiklardek natija bermasligi mumkin. Ammo, ayrim bemorlar antibiotiklarni kutara olmasliklari sababli, ular urnini sul'fanilamidlar bilan almashtirgan ma'kul .

Sul'famometaksin (difadin)- preparat kam zaxarli bo'lib, ta'sir doirasi va muddati ancha keng. Stafilokokk, streptokokk va gramm manfiy bakteriyalarga kattik ta'sir qiladi. Birinchi kunlari 0,5 – 1 g dan 2 maxal, kolgan 7-10 kun mobaynida 1 g dan bir maxal ichishga buyuriladi. Sul'fadimetaksin, sul'tfalen ham shu tarika ishlatiladi.

Sul'fanilamid preparatlarga juda chidamli bo'lgan gramm musbat va gramm manfiy mikroblu piodermitlarni davolashda baktrim (tarkibida sul'fametaksozol – 0,4 g va trimetoprim – 0,08 g saklaydi) ancha kul keladi.

Terining yiringli kasalliklarini oldini olish

Terining yiringli kasalliklari axolining moddiy farovonligi va madaniy sanitariya darajasini belgilovchi mezon hisoblanadi. Bu kursatgich past bo'lgan joylarda piodermitlar keskin kupashib ketadi. Piodermitlarning profilaktikasi davlat miqyosida katta hamiyatga ega, chunki bu kasalliklar barcha teri kasalliklari orasida birinchi urinda turadi va bemorlarning mexnat kobiliyatini vaqtincha yo'qotib qo'yishiga olib keladi.

Terining yiringli kasalliklarini oldini olishda umumiy qonun-koidalarga bekamu-kust amal qilish keraq Sanitariya-giena, davolash-profilaktika kabi amaliy ishlar ishlab chiqishdagi sanitariya texnikasi chora-tadbirlari bilan o'zluksiz bog'liq bo'lishi zarur.

B.I.II'in (1977 y) korxonalarda piodermitlarning oldini olish ishlarini uch bosqichda olib borishni taklif qilgan: 1. ish boshlashdan avval texnika xavfsizligi, shuningdek shaxsiy gigiena qonun-koidalari amal qilish, ish joyini tartibga solish, teridagi mayda yara chakalarni zararsizlantirish, terining ochiq joylariga ximoya pastalarini surtish, maxsus kiyim (korjoma)ni nazoratdan o'tkazish; 2. Ish vaqtida ruy bergan arzimagan jaroxatlarni tegishli dorilar bilan artib surtish, ish joyini doimo uta ozoda va saranjom – sarishta tutish; 3. Ishdan keyin ish joyi va maxsus kiyimlarni tartibga solish, terining kirlangan joyini yaxshilab yuvib tozalash va Boshqalar.

Ayniksa terining yiringli kasalliklariga moyil bo'lganlarini aniqlab, ularga ta'sir qiladigan kasbga aloqador omillarni urganish va o'z vaqtida bartaraf etish lozim. Ishga olishdan avval odamlarni maxsus tibbiy kurikdan o'tkazish zarur. Kumir qonlari, neft` maxsulotlarini qayta ishlash korxonalari, metallurgiya, mashina kurilishi va kimyoviy zavodlarga ba'zi bir surunkali dermatozlarga chalingan bemorlarning (neyrodermit, ekzema, qizil yassi temiratki, seboreyaning ogir xillari, gipergidroz, ixtioz va Boshqalar) ishga yarokligini belgilovchi maxsus sanitariya guruxlari to'zilib, ular muntazam ishlab turishini ta'minlash lozim.

Sanitariya guruxlari mexnatkashlarning ish joyi toza bo'lishini, ularning maxsus kiyim-kechak va turli anjomlar bilan ta'minlanishini ko'zatiib borishlari zarur. Ayniksa chuqur er ostida ishlovchi shaxtyorlar, issik sex ishchilari, metallurklar, frezerchilar va oynasozlar piodermiyaga kup chalinadilar. SHuning uchun ularning korjomlari xar 10 kunda yuvilib, dezinfeksiyalanishi hamda toza kiyimlari o'zlarining individual shkaflarida saklanishi zarur.

Piodermiyaning avj olishida mikrotravmalar asosiy sababchi ekanligini nazarda tutib, terining zirapcha kirgan, tirnalgan, shilingan va yorilgan joylariga zudlik bilan dezinfeksiyalovchi eritmalar (2,0 % li brilliant yashili yoki 2-5 % li yod) surtish lozim.

Terining shikastlangan joylariga iloji bo'lsa, yupka koplam xosil qiluvchi Novikoz eritmasi, BF-6 elimi yoki aerezollar ("neotizol", "Lifo'zol") sepilgani ma'kul.

Ishchilarni soglomlashtirish maksadida extiyotdan emlash g'oyat katta ahamiyatga ega. Keyingi paytlarda A stafilokokkli anatoksin bilan yoppasiga emlash yaxshi naf bermokda. Stafilokokkli anatoksin 30-45 kun oralatib 2 marta qilinadi. Jismoniy kuch hamda zaxarli va zararli omillar bilan ishlovchilarning badani yiliga 2 marta (15-20 seans) ul'trabinafsha nur ostida tozalanib turilishi keraq Kimyoviy zavod ishchilarining teri muxitini (rN) saklash maksadida, ular yuvinganlarida 0,5 % li vodorod xlorid kislotasidan foydalanganlari ma'kul.

YOsh bolalar piodermiya bilan og'rishga ko'proq moyil bo'lganlari uchun bemorlarning soglom bolalar bilan yurishiga yo'l qo'yilmaydi; piodermiyaga chalingan bolalar ajratib qo'yiladi, to ular to'zalgunlaricha bog'cha, maktab, internat va Boshqa jamoa joylariga kelishlari vaqtincha takiklanadi. Bolalar bilan muntazam ishlaydigan xodimlar, doimo profilaktik kurikdan utib turishlari lozim.

Maboda tugruksxonada piodermiyaga chalingan chakaloklar borligi aniqlansa, ular darxol soglom chakaloklardan ajratib qo'yiladi. Tugruksxona xodimlari va shu bilan birga barcha onalar sinchiklab tekshiriladi va tegishli davo choralari kuruladi.

Terining yiringli kasalligiga yo'likkan bolalarni xaddan ziyod issik kiyntirish va urab-chirmashga yo'l qo'ymaslik, shuningdek ularni ozoda tutish, badan terisini toza saklash, iloji boricha vaqtida chumiltirish, ich kiyimlarini tez-tez almashtirib turish lozim. Ularning kiyimlari, sochiqlari, xatto uyinchoklari sodali suvda kaynatib, dezinfeksiyalanadi va alohida saklanadi. Piodermiyaga chalinaveradigan bolalar dispanser nazoratiga olinadi va batamom tuzalib ketganidan keyingina bolalar muassasiga ruxsat etiladi. Demak piodermiyaning oldini olishda Quyidagi amallarni bajarish lozim:

1. Umumiy omillar: ishchi va xizmatchilarni muntazam tibbiy kurikdan o'tkazish, sanitariya-okartuv ishlarini yo'lga qo'yish, piodermiyaga sabab bo'ladigan omillarni bartaraf etish, bemorlarni o'z vaqtida aniqlab, ularga zarur shart-sharoitlar yaratish, maxsus sanatoriya va dam olish maskanlarini tashqil qilis.

2. Individual omillar: badantarbiya, ochiq xavoda yurish, qo'yosh nuridan foydalanish, mayda jaroxatlarni yod, anilin buyoklari bilan artib surtish, badan terisini ozoda saklash, ishlaganda maxsus korjomalardan foydalanish va xokazo.

Terining parazitlar kasalliklari

Qotir odam va xayvonlarning yuqumli kasalligi bo'lib, kasallikni qo'tir kanallari *Sarcoptes scabiei* ko'zgatadi. Qo'ir kasalligi odam terisining, ayniksa kechasi kattik kichishi bilan ifodalanadi. Bu kasallik insoniyatga kadimdan ma'lum bo'lib "Kichima" deb yuritilgan. Bundan taxminan turt ming avval Xitoyda, Kadimgi Misrda, Vavilon hamda Assiriyada qo'tir kasalligi odamlarga ma'lum edi. Rimda Sel's qo'tir kasalligi "Skobies" deb nom bergan, bu xozirga kadar tibbiyot amaliyotida kul lanilib kelinmokda. Abu Ali ibn Sino "Tib qonunlari" kitobida Boshqa kasalliklar Qatorida qo'tir kasalligi haqida ma'lumot berib o'tgan. Qator olimlar ("Avenzoara", Gil'degord 12 asr, Gale, 1812 y) o'z asarlarida qo'tir kasalligi bilan og'rigan bemor terisida kandaydir mayda tirik parazit jonivorlar bo'lishini yozib koldirganlar.

1834 yilda Korsikalik talaba Rinuchchi qo'tir kasalligining yuqumli ekanligi va uni kana ko'zgatishini aniq ma'lumotlar bilan isbot etdi. SHu davrdan boshlab unga qarshi davo va profilaktik chora-tadbirlar ishlab chiqila boshlandi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik ko'zgatuvchisi, ya'ni qo'tir kanasi tashqi kurinishi jixatidan toshbakaga uxshaydi. Urgochisi erkagidan birmuncha yirikrok bo'ladi. Tanasi serbar tuxumsimon, burmali, uchburchak tangachalar bilan koplangan, ogiz apparatlari changalsimon, kemirishga moslashgan. Bunday rivojlangan ogiz apparati orqali ular xujasining terisini teshib, tukima, qon, limfa va Boshqa suyukliklar bilan oziqlanadi. Oldi va orqasida ikki juftdan bugimlarga bo'lingan kiska

oyoqlari bor. Otalangan urgochi kana epidermisning yo'za katlamlariga kirib xar xil yo'llar ochadi shu joylarga tuxum kuyadi: erkagi esa xalok bo'ladi. Urgochi kanalarining xarakati chaqqon bo'lib, bir kunda 0.5 5 mm egri-bugri kovaklar xosil qiladi. Kanalar rivojlanib 3-7 hafta davomida jinsiy voyaga etadi. Bitta urgochi kanadan chikkan tuxumdan 3 oy mobaynida 130-150 mln kana paydo bo'lishi xisoblab chiqilgan. Odamga yukkanidan sung tez kupashib ketishiga ham sabab shu.

Kanalar odatda odam organizmidan tashqarida bir haftacha yashashi mumkin. Ko'zgatuvchilar odamga bemordan yoki uning buyumlari orqali utadi. SHuningdek bir urinda yotganda, ba'zan jinsiy mulokotda bo'lganda ham yukib koladi. SHuning uchun qo'tir kasalligi jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar Qatoriga kiritilgan.

Kasallikning yashirin (inkubasion) davri 7-10 kundan 20-30 kungacha boradi.

Klinikasi. Odam terisiga tushgan qo'tir kallasi zudlik bilan teri ichiga kovlab kirib olib, epidermis buylab teshishda davom etadi, kovak yo'lchalar xosil qiladi. SHu joylarda mayda pufaklar paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy belgisi terining kichishidir. Ko'pincha kana kovlagan kovakning boshlanish qismi, ya'ni kirgan joyi ochiq koladi, xuddi ana shu erda kattaligi 1-2 mm keladigan ichida seroz suyukligi bor okimtir pufakchalar paydo bo'ladi. Tuguncha va pufakchali mayda toshmalar 1 chizik buylab joylashishga moyil bo'ladi, kashlayverish oqibatida urnida nukta-nukta koramtir yo'llar xosil qiladi. Toshmalar barmoklar orasidagi burmalar, kaftning yon tomoniga, keyinchalik butun badanga (erkaklarda tanosil a'zolariga, ayollarda sut bezi surgichi atrofiga) toshadi. Ba'zan kul tirsaklarining tashqi qismida mayda nuktali kora qo'tirlar va tangachalarni (Gorchakov – Ardi simptomi) uchratish mumkin. Bemor xadeb kashinaverishi natijasida qo'tir badan terisining bir joyidan ikkinchi joyiga utadi. Toshmalar kattik kichishadi va bu xolat, ayniksa kechasi va issikda kuchayadi. Bemorning terisi lupa orqali ko'zdan kechirilganda, kana yo'lining boshlanishi, koramtir nuktali chiziklar (kovakchalar), mayda pufakchalarning teridan salgina burtib turganligini ko'rish mumkin, xuddi ana shu pufakchalar ichida kanalar bo'ladi. Koramtir nuktalar – urgochi kana tuxtab, tuxum qo'ygan kovakchalarning tepa teshiklaridir. Kashinaverish natijasida terining normal to'zilishi o'zgarib terida tiralgan, shilingan joylar, qora qo'tir pustlarni ko'zatish mumkin: Ko'pincha kichiganda terining tiralgan joylariga infeksiya tushishi natijasida yiringlar teri kasalliklari: follikulit, furunkul, impetigo, ektima va Boshqalar rivojlanishi ham mumkin, bunda kasallikning diagnozi murakkablashadi. Qo'tir kasalligi o'zoq cho'zilib ketganida yoki bemor muntazam davolanmaganida terining Boshqa kasalliklari – dermatit, ektima paydo bo'lishi mumkin. Kasallik shu tarika asoratlanadigan bo'lsa bemor qonida eozenofiliya ko'zatiladi.

YOsh bolalarda kasallikning belgilari xiyla Boshqacharok kechadi. Aksariyat tovon, kaftning ichki soxasi, son oraligi va dumba zararlanadi. Xosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon ogirlashishi mumkin.

Tez-tez yuvinadigan odamlarda kasallik bilinar-bilinmas kechadi. Toshmalar yoki kana yo'llari unchalik sezilmasada, ammo bemorning terisi kattik kichiydi. Bu xolat chala davolangan bemorlarda ham ko'zatiladi. Ammo bemorning butun badan terisi obdon ko'zdan kechirilganda, juft-juft joylashgan tuguncha va pufakchalar, kavarchiklar, tiralgan joylar hamda bitta-ikkita kana yo'llari topiladi.

Agar kasallik jinsiy mulokot tufayli yuqadigan bo'lsa, toshmalar kov atrofi kindik va qorin soxasida bo'ladi. Jinsiy a'zolar zararlanib tuguncha va pufakchalar toshadi va ular yiringlab ketishiga moyil bo'ladi. Ba'zan kasallikning klinik manzarasi zaxmga uxshab ketadi.

Gistologiyasi. Kana yo'llari terining mugo'z qavatida joylashadi, kovaklarning eng chuqur joyi tikansimon bazal qavatga etishi mumkin. Xuddi shu kovaklarga urgochi kana va uning tuxumlari joylashadi. Mal'pigi qavatida xujayralararo va xujayralar shishi va ular xisobiga pufakcha bo'ladi. Terining derma qismida asosan limfositlardan iborat surunkali infil'trat kurinadi. Bunda infil'tratlar kana yo'llari tagida joylashadi.

Diagnozi. Asosan bemorning shikoyatiga e'tibor beriladi. Qo'tirni ba'zan kichima bilan adashtiriladi. CHunki bu kasallikda ham teri kattik kichishadi. Ammo kasallik yillab davom etadi, teri kichishi bemorni tunu-kun bezovta qiladi. Bemorning limfa tugunlari shishadi, teri rangi sargimtir bo'lib, tugunchalar qonli qora qo'tir bilan qoplanadi va kul-oyo'qlarning buqiladigan soxasida joylashadi.

SHu bilan birga qo'tir kasalligini mikroob ekzemasini, chin ekzema bilan takkoslanadi. Lyoki n qo'tir kasalligiga tuguncha va pufakchali toshmalarining juft-juft bo'lib joylashishi, kana yo'llari borligi, kichishning aynan kechasi avj olishi, bir vaqtda oila a'zolaridan bir necha kishining kasallanishi,

Gorchakov –Ardi simptomining musbat bo'lishi qo'tirni Boshqa kasalliklardan farqlashda muxim rol uynaydi.

Bemorlarning terisida Ko'pincha pigmentli dog'lar, impetigo elementlarining izi qoladi. Ba'zan bemorning dumg'aza soxasida toshmalar, dumbaning yorgoq soxasi tomon yo'nalgan "Uchburchak belgisi" hosil qiladi.

Ayniqsa bemorning terisidagi toshmalardan (pufakchalardan) laboratoriyada topilgan kana diagnoz to'g'ri qo'yilganligini isbotlaydi.

Davosi. Qo'tirni davolashda terining mugo'z qavatini kuchirib, kana yo'llariga kirib boradigan hamda to'g'ridan to'g'ri kanani uldiradigan preparatlardan foydalaniladi. Ayniksa professor M.P.Dem'yanovich usuli juda kul ay bo'lib, bunda bemor o'zining asosiy ishidan kolmaydi, kiyimlari ifloslanmaydi.

Bu usul bo'yicha kasallikka davo qilishda ikki xil dori eritmasi, ya'ni 60 % li natriy tiosul'fat hamda 6 % li xlorid kislota eritmasi buyuriladi. Bemor natriy tiosul'fat № 1 eritmasini birorta idishga kuyadi va ikkala kaftini doriga botirib, buynidan to'vonigacha ishkallash yo'li bilan 2-5 minutda surtib chiqadi va 5-10 minut dam oladi. Kiska vaqt ichida 1-eritmaning suyuq qismi uchib ketadi, bemor badanida esa tiosul'fat kristallariqoladiva u xuddi upa sepgandek okarib ketadi. Keyin xlorid kislota № 2 eritmasi ham xuddi shu yusinda surtiladi hamda urin kurpa giloflarini almashtiradi. Ikki kun xuddi shu zaylda davo qaytalanadi, yuvinishiga ikki kundan sung ruxsat beriladi.

Qo'tir kasalligini davolashda Vil'kinson mazi ham keng kul laniladi, u dorixonalarda tayyor xolda sotiladi. Vil'kinson malhami yo'z va bosh qismidan tashkari butun badanga kuniga bir martadan 5 kun mobaynida surtiladi va 6-kuni bemor yaxshilab yuvinib, kiyim va urin-kurpasini almashtiradi. Buyrak xastaligi bor kasallarga bu usul kul lanilmaydi, aks xolda teri orqali surilib yomon asoratlarga olib kelishi mumkin. YOsh bolalarga Vil'kinson malhami rux pastasi bilan tengma-teng aralashtirib ishlatiladi.

Oltingugurtning 20-33 % li malhami, bolalarga 5-10 % 5-6 kun mobaynida xuddi yukoridagidek tartibda ishlatiladi. Birok malhamlar ba'zan odam terisini ta'sirlashi va doridan dermatit paydo qilishi, shuningdek o'zidan kul amsa xid chiqishi hamda kiyim, urin-kurpada dog koldirishi kabi illatlardan xoli emas.

Qo'tirga qarshi dori ishlatishdan oldin bemor yaxshilab yuvinishi lozim, chunki mexaniq yo'l bilan teri yo'zasidagi kanalar tushib ketadi. Mabodo ikkilamchi mikroblar tushib jarayon yiringlashgan yoki ekzemalashgan bo'lsa, chumilish tavsiya etilmaydi. SHu bilan birgalikda davo olib borilayotgan paytda ham chumilish yaramaydi. Antiparazitar moddalar, ayniksa burmali soxalarga singdirib surtiladi, yiringlashgan, impetigolashgan joylarga extiyotlik bilan surtish talab etiladi. SHu bilan birga ikkilamchi piokokk infeksiyasiga ham qarshi davo kul laniladi. Qo'tir kasalligini davolashda benzilbenzoat ancha naf beradi. Kattalar uchun 20 % li, yosh bolalarga sovunli – suvli benzilbenzoat eritmasi kul laniladi, eritma tayyorlangandan to 7 kungacha o'z kuchini saklaydi.

Bu dori 3 kun mobaynida 2 maxal 10 minutlik tanaffus bilan surtiladi. Keyin bemor yuvinib urin-kurpa giloflar va kiyimini almashtiradi.

Davolashda yana 5 % li "K" sovun emul'siyasidan ham foydalanish mumkin. Uni 5 kun davomida surtish tavsiya etiladi: xadeganda to'zalavermasa, 3-5 kundan sung shu tartib yana takrorlanadi. Kasallik allergik dermatit bilan asoratlanganida antiparazitar dorilardan tashkari sharoitga qarab desensibilizasiyalovchi va antigistamin preparatlar buyuriladi. Qo'tirga piokkok infeksiyasi qo'shilagn xollarda antibiotiklar sul'fanilamidlar, surtishga oltingugurt-degtyar, bordegtyar, oksikort, triderm malhamlari hamda anilin buyoklari, 2 % li salisil buyuriladi.

Kasallikning oldini olish va profilaktikasi. Kasallik borligi aniqlanganda maxsus xabarnoma tuldiriladi va tegishli joylarga ma'lum qilinadi. Bemor bilan mulokotda bo'lganlar, oila a'zolari obdon ko'zdan kechiriladi. Bemor bola batamom tuzalib ketmagunicha uni soglom bolalarga (yasli, bogcha, maktabga) qo'shilmaydi.

Bemorning ichki va ustki kiyimlari, etadigan urin-kurpalari ishlatgan asbob anjomlari, bolalarning uyinchoklari dezinfeksiya qilinishi zarur. (DDT, "K" sovuni). Dezinfeksiya maxsus nam kameralarda bajariladi. U bo'lmagan takdirida kiyim-kechaklarni kaynatib yuvish va yaxshilab dazmollash zarur. Urin-kurpalarini oftobga yoyib, xar kuni bir necha marta orqa ungini agdarib turish (4-5 kun) lozim.

Qo'tir kasalligi kupashib ketganda bemorlarni davolash uchun maxsus skobiozoriylar ochiladi, aholi urtasida qo'tir kasalligi haqida tushuntirish ishlari olib boriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Teri va shilliq qavatlarining anatomiyasi , gistologiyasi.
- 2) Teri va tanosil kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni tekshiruv usullari.
- 3) Dermatozlar rivojlanishida endogen va ekzogen omillar.
- 4) Teridagi patomorfologik o'zgarishlar.
- 5) Teri kasalliklarining sub`ektiv simptomlari.
- 6) Teri kasalliklarining ob`ektiv simptomlari.
- 7) Birlamchi morfologik elementlarga ta`rif bering.
- 8) Ikkilamchi morfologik elementlarga ta`rif bering.
- 9) Teri kasalliklarni umumiy davolash prinsiplari.
- 10) Teri kasalliklarini mahalliy davolash prinsiplari.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Piodermiyalarga ta`rif bering. Terining yiringli kasalliklari tasnifi.
- 2) Stafilokokkli piodermiyalarga ta`rif bering. Stafilokokkli piodermiyalar tasnifi.
- 3) Furunkul, karbunkul, gidradenit klinikasi, davolash prinsiplari. Ostiofollikulit, follikulit, sikoz klinikasi, davolash prinsiplari. CHakaloklar yiringli kasalliklari klinikasi, diagnostikasi davolash.
- 4) Streptokokkli piodermiyalarga ta`rif bering. Streptokokkli piodermiyalar klinikasi tasnifi.
- 5) Streptokokkli impetigo klinikasi davolash prinsipi. CHukur streptokokkli piodermiyalar klinikasi, davolash.
- 6) Aralash strepto-stafilokokkli piodermiyalar klinikasi, diagnostikasi, davolash.
- 7) Husnbuzar sabablari, turlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
- 8) Alopesiya sabablari, turlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
- 9) Terining yiringli kasalliklarini oldini olish chora-tadbirlari.
- 10) Qo'tir etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 11) Qo'tir klinikasi, davolash, profilaktikasi.

Mashg'ulotda qo'llanadigan interfaol usullar

Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish

Maqsad: Guruh talabalarining barchasini ishtirok etish darajasini oshirish, ularga bir-biridan o'rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari:

Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan alohida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan, har bir kichik guruh 30 minut davomida uchta topshiriqni tahlil qiladi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik guruh (2-3 kishi) 19 minut davomida muhokama qilib o'z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o'tadilar, shu tariqa davom etadilar. Har bir guruh o'zining rangli flomasterini oladi. 1- guruh – ko'k, 2 – guruh – qora, 3- guruh – yashil. Har bir qog'oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo'lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib bajariladi. Guruh o'zidan oldingi guruh bergan javoblarni o'qib qo'shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo'lmasligi kerak. Yana 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o'tadilar, qog'ozni o'qib o'zlarining javoblari bilan to'ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

Misol: 1) Teri kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillarini ko'rsating. Teri anatomiyasi, fiziologiyasi, gistologiyasi.

2) Teri kasalliklarining umumiy simptomokompleksi, sub`ektiv va ob`ektiv shikoyatlari, morfologik elementlar ta`rifi.

3) Teri kasalliklari diagnostikasi va davolash usullari.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir guruh bergan javobni baholashda qulay hisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo'yilib to'g'ri javoblarni sanashda qulay hisoblanadi. Eng ko'p javoblarni bergan kichik guruhlar maksimal ballarni olishadi.

“Stol ustida ruchka” usuli

Butun guruhga topshirik beriladi (masalan, revmatoidli artrit belgilari, tizimli kizil volchankada kulaniladigan dori preparatlari, glyukokartikoid preparatlarinig nojuya ta'siri va xokazo). Xar bir talaba uz variantini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, ruchkani stol urtasiga kuyadi. Assistent talabalarni tekshiradi va talabalar to'g'ri javoblarni uz daftarlariga kuchiradilar. Bunda talabalarning nazariy bilimlari sinaladi.

2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

«Galereya bo`ylab sayohat»

Maqsad: Talabalarga ma'lumotlarni tanqidiy baholash va ushbu muammo bo'yicha to'laqonligini aniqlashni o'rgatish.

Asosiy tamoyillari: Har bir guruhga bitta muammo taklif etiladi va ular 10 daqiqa davomida uni yozma ravishda hal etishadi, so'ng topshiriqlarni almashadilar. Avvalgi guruhning xatolarini aniqlash hamda javoblarga qo'shimchalar kiritish maqsadida savollar barcha ishtirokchilar bilan muhokama etilib, yakuniy javob varianti qabul qilinadi.

“Galereya bo`ylab sayohat” usuli talabalardan yuksak diqqat e'tiborni va ushbu bo`lim bo'yicha yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Bu usulning afzalliklari – talabalarning analitik qobiliyatini va klinik fikrlash ko`nikmalarini namoyish etishga imkon beradi.

Talabalarni guruhlariga taqsimlashda ular orasida liderlar borligini nazarda tutish lozim. Bu mashg`ulotga yakun yasalayotganda hisobga olinadi.

Misol: Mashg`ulot mavzusi: Streptokokkli piodermiyalar turlari va davolash.

Uch kichik guruhga bittadan savol beriladi:

1. Streptokokkli piodermiyalar klinik turlari.
2. Streptodermiyalar klinikasi, diagnostikasi.
3. Streptodermiyalarni davolash, oldini olish.

«Dumaloq stol»

Maqsad: Talabalarning ishtirok etish darajasini oshirish va ularga bir-biridan o'rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari: Stol ustiga vaziyatli masala yozilgan qog`oz tashlanadi. Har bir talaba o`zining javob variantini yozib, boshqa talabaga uzatadi. Hamma o`z javobini yozib bo`lgandan keyin tahlili qilinadi: noto`g'ri javoblar o`chirilib, to`g'ri javoblar muhokama qilinib, talabalarning bilim darajasi baholanadi. Bu usulni nafaqat yozma, balki og`zaki holda ham olish mumkin.

Masalan:

- Stafilodermiyalarga ta`rif bering.
- Sikoz klinikasini aytib bering.
- Sikozni zamonaviy davolash rejasini tuzing.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan ularni ish daftaringizga yozma ravishda bajaring.

1-masala

Bemorning yuz sog`asi terisida chegarasi uncha aniq bo`lmagan, teri sathidan ko`tarilmagan kattaligi 4-5 smli, pushtirang o`choq aniqlandi. Elementni bosganda yo`qoladi.

1. Morfologik elementni ko`rsating.
2. Bu morfologik element qaysi guruhga mansub?
3. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

2-masala

16 yoshli bemorning qo'l barmoqlari yon yuzalari sohasida aniq chegarali, oq rangli kattaligi 1-2, 2-2 smli o'choqlar aniqlandi. Bu sohada sezgirlik saqlangan, sub`ektiv sezgilar yo`q.

1. Morfologik elementni aniqlang.
2. Bu morfologik element qaysi guruhga mansub?
3. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

3-masala

Bemorning qo'l sohasi yozuvchi yuzalarida kattaligi 0,5-0,7 smli bo`shliqsiz, proliferativ, zich kansistensiyali teri sathidan ko`tarilgan toshmalar paydo bo`ldi. Elementlar aniq chegaraga ega bo`lib, aylana, yassi shaklli.

Morfologik elementni aniqlang.

1. Bu morfologik element qaysi guruhga mansub?
2. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

4-masala

Do`mboqcha-infil`trativ, bo`shliqli, o`tkir yallig`lanish xarakterdagi element bo`lib, teri sathidan ko`tarilib turadi. Tez-tez yaralanib, chandiqlanish yoki chandiqli atrofiya bilan tugaydi.

1. Yuqoridagi ma`lumotlardan xatoliklarni aniqlab, to`g`ri ma`lumotlar bilan to`ldiring.
2. Qaysi kasalliklarda do`mboqcha asosiy morfologik element bo`ladi?

5-masala

Bemorning yuz va ko`krak sohalarida o`tkir yallig`lanishli, teri sathidan ko`tarilib turgan, ichi seroz suyuqlik bilan to`lgan, kattaligi 0,3*0,5 smli bo`shliqli toshmalar aniqlandi.

1. Morfologik elementni ayting.
2. Bu elementga gistologik ta`rif bering va oqibati nima bilan tugaydi?

6-masala

Bemorning bo`yin orqa tarafida 5*6 sm kattalidagi o`choq bor. SHu sohaterisi quruq, zich, qalinlashgan. Teri tasviri o`choq sohasida kuchaygan, ya`ni biroz pigmentasiyalangan.

1. Morfologik elementni ayting.
2. Bu element qaysi morfologik guruhga mansub?
3. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

7-masala

Bemorning boldir sohasida epidermis va dermagacha etib borgan ,kattaligi 2-3 smli oval shaklli chetlari aniq, serozli-yiringli ajralma saqlovchi chuqur defekt bor.

1. Morfologik elementni ayting.
2. Morfologik element oqibatini ko`rsating.
3. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

8-masala

Bemor tanasi terisida aylana shaklli, kattaligi tangadek keladigan, teri sathidan ko`tarilgan zich, infil`trativ ko`plab o`choqlar aniqlandi.

1. Morfologik element xarakterini aniqlang.
2. Bu morfologik elementga ta`rif bering.
3. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

9-masala

Bemorning lab qizil hoshiyasida seroz ekssudat saqlagan ko`plab mayda bo`shliqli toshmalar bor.

1. Morfologik elementni ayting.
2. Morfologik elementga ta`rif bering va oqibati?
3. Qaysi dermatozlarda uchraydi?

10-masala

Preparatni gistologik tekshirishda donador qavat qalinlashganligi aniqlandi.

1. Gistopatologik jarayonni aniqlang.
2. Donador qavatga ta`rif bering.

11-masala

Teridan olingan bioptat tekshirilganda epidermis tikansimon qavat hujayralarining o`zaro bog`liqligi buzilganligi va Tsank hujayralari aniqlandi.

1. Patogistologik jarayonni ayting.

2. Tikansimon qavatga ta`rif bering.
3. Qaysi dermatozlarda uchraydi?

12-masala

Teridan olingan biopstatda Mal`pigi qavat hujayralararo shish va yadrolari piknozi aniqlandi.

1. Patogistologik jarayonni ayting.
2. Mal`pigi qavati to`g`risida ma`lumot bering.
3. Qaysi dermatozlarda uchraydi.

13-masala

Neyrodermit kasalligi bor bemor terisiga to`mtiq predmet bilan mexanik ta`sir berilganda oq chiziqlar ko`rinishidagi nerv-tomir reaksiyasi yuzaga keladi.

1. Reaksiya nomini ayting.
2. Qaysi dermatozlarda bu reaksiya kuzatiladi?

14-masala

Bemor tanasida qichish bilan kechuvchi urtikar toshmalar aniqlandi.

1. Morfologik elementni ko`rsating.
2. Morfologik elementga ta`rif bering.
3. Mahalliy davolashni ayting.

15-masala

Bemorning tanasi, qo`l-oyoqlari terisida ko`plab milliar, lentikulyar, numullyar papulalar, pilakchalar paydo bo`lib, usti oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan.

1. Morfologik elementlar xarakterini aniqlang.
2. Qaysi kasallik uchun xos?
3. Tashxisni tasdiqlash uchun qaysi simptom aniqlanadi?

16-masala

Bemor qizil yassi temiratki bilan kasallandi. Bunda toshmalar kuchli stress-qo`rqvudan keyin paydo bo`lgan.

1. Bu patologiyadagi morfologik elementlarga ta`rif bering.
2. Bemorga qaysi umumiy davo terapiyasi yordam beradi?

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan ularni ish daftaringizga yozma ravishda bajaring.

1-masala.

Bemor B. 22 yoshda. Bilakning ichki sohasida og`riqli tugun paydo bo`lgan. Tugun qonussimon shaklda bo`lib, markazida yiringli-nekrotik o`zagi bor. Periferik qonda leykositoz. ECHT oshgan.

1. Tashxis qo`ying.
2. Davolash rejasini tuzing.

2-masala.

2 yoshli bolaning yonoq va qo`l-oyoqlar sohasida aylana shaklli oqish rangli dog`lar bor. Dog`lar usti mayda kepakchalar bilan qoplangan. Kepakchalarni qirib olib tekshirilganda zamburug` aniqlanmadi. Bal`ser sinamasi dog`lar ustida manfiy. Periferik qonda Nv-90 g/l, erit – 4,5. ECHT -9.

1. Tashxis qo`ying.
2. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.
3. Davolash rejasini tuzing.

3-masala.

CHaqaloqning ensa, elka sohasida qizil-ko`kimtir rangli ko`plab tugunlar bo`lib kattaligi no`xat kattaligidek, pal`pasiyada flyuktuasiya aniqlanadi. Ochilgan tugunlardan yarim suyuq bo`lgan yiringli-gemorragik ajralma chiqadi.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Tashxisni aniqlash uchun qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.
3. Davolash choralarini belgilang.

4-masala.

Bemor D. 30 yoshli erkak. Bemorning soqol-mo'ylovlari sohasida ko'plab follikulitlarni, ostiofollikulitlarni va sarg'ish yiringli po'stchalar aniqlanadi. Jarayon qaytalanib turadi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Ostiofollikulit, follikulitlarga ta'rif bering.
3. Davolash rejasini tuzing.

5-masala.

Bemor K. 40 yoshda. Bemorning chap tomon qo'ltiq ostida og'riqli, zich teri bilan birlashgan tugun aniqlandi. Tugun qizg'ish-ko'kimtir rangli bo'lib, flyuktuasiya aniqlandi. Nekrotik sterjen' aniqlanmadi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu patologiya qaysi guruh kasalliklarga kiradi?
3. Bu patologiyada terining qaysi qismlari shikastlangan?
4. Davolash rejasini tuzing.

1- mavzuga oid testlar

1. Gistologik proliferativ o'zgarishlarga kiradi:

- A) giperkeratoz, parakeratoz, akantoz, granulyoz
- B) akantoz, spongioz, giperkeratoz
- V) akantolizis, parakeratoz, granulyoz
- G) karioreksis
- D) akantolizis, karioreksis, spongioz

2. Ektodermadan rivojlanadi:

- A) sochlar, epidermis
- B) qon tomirlari
- V) mushaklari
- G) limfa apparati
- D) nerv tolalari

3. Terida ter bezlari bo'lmaydi:

- A) lab qizil hoshiyasida
- B) qo'ltiq osti chuqurchasida
- V) kaftlarda
- G) tovonda
- D) qorin sohasida

4. Pustulaning turiga kiradi:

- A) teleangiektaziya
- B) ekskoriyasiya
- V) bulla
- G) vezikula
- D) fliktena

5. proliferativ elementni ko'rsating.

- A) tuguncha
- B) yiringcha
- V) pufak
- G) dog'
- D) pufakcha

6. Dog'li elementni ko'rsating.

- A) akne
- B) rupiya
- V) fliktena
- G) ektima
- D) eritema

7. Ikkilamchi elementni ko`rsating.
- A) vegetasiya
 - B) tuguncha
 - V) yiringcha
 - G) do`mboqcha
 - D) pufakcha
8. YOg` bezlari bo`lmaydi:
- A) kaft va tovonda
 - B) ko`krak sohasida
 - V) boshning sochli qismi terisida
 - G) kuraklararo sohasida
 - D) burun-lab uchburchagida
9. Terida ter bezlar bo`lmaydi:
- A) peshonada
 - B) ko`kraklar sohasida
 - V) qorin sohasida
 - G) kaft va tovonda
 - D) jinsiy olat boshchasida
10. "Meybomiev" yog` bezlari joylashgan:
- A) ko`z qovoqlari atrofida
 - B) genetal sohada
 - V) quloq suprasida
 - G) lab qizil hoshiyasida
 - D) ko`krak sohasida
11. Gistologik proliferativ o`zgarishlarga kiradi:
- A) giperkeratoz, parakeratoz, akantoz, granulyoz
 - B) akantoz, spongioz, giperkeratoz
 - V) akantolizis, parakeratoz, granulyoz
 - G) karioreksis
 - D) akantolizis, karioreksis, spongioz
2. Ektodermadan rivojlanadi:
- A) sochlar, epidermis
 - B) qon tomirlari
 - V) mushaklari
 - G) limfa apparati
 - D) nerv tolalari
3. Terida ter bezlari bo`lmaydi:
- A) lab qizil hoshiyasida
 - B) qo`ltiq osti chuqurchasida
 - V) kaftlarda
 - G) tovonda
 - D) qorin sohasida
4. Pustulaning turiga kiradi:
- A) teleangiektaziya
 - B) ekskoriyasiya
 - V) bulla
 - G) vezikula
 - D) fliktena
5. proliferativ elementni ko`rsating.
- A) tuguncha
 - B) yiringcha
 - V) pufak
 - G) dog`

- D) pufakcha
6. Dog`li elementni ko`rsating.
- A) akne
B) rupiya
V) fliktena
G) ektima
D) eritema
7. Ikkilamchi elementni ko`rsating.
- A) vegetasiya
B) tuguncha
V) yiringcha
G) do`mboqcha
D) pufakcha
8. YOg` bezlari bo`lmaydi:
- A) kaft va tovonda
B) ko`krak sohasida
V) boshning sochli qismi terisida
G) kuraklararo sohasida
D) burun-lab uchburchagida
9. Terida ter bezlar bo`lmaydi:
- A) peshonada
B) ko`kraklar sohasida
V) qorin sohasida
G) kaft va tovonda
D) jinsiy olat boshchasida
10. "Meybomiev" yog` bezlari joylashgan:
- A) ko`z qovoqlari atrofida
B) genetal sohada
V) quloq suprasida
G) lab qizil hoshiyasida
D) ko`krak sohasida
11. YOg` bezlari terining qaysi sohasida bevosita teriga ochiladi?
- A) jinsiy olat boshchasida
B) burun sohasida
V) boshning sochli qismi terisida
G) yonoqlar sohasida
D) kaftlar sohasida
12. Akantolizis – bu- ...
- A) tikansimon qavat hujayralari orasidagi desmasomalarning erishi
B) tikansimon qavat hujayralarining ko`payishi
V) muguzlanish jarayonining buzilishi
G) qavatning qalinlashuvi
D) epitelial hujayralarda atipik yadrolarning paydo bo`lishi
13. Parakeratoz –bu – epidermositlarning tugallanmagan muguzlanish jarayoni bo`lib, qaysi qavat hujayralari distrofiyasidan kelib chiqadi.
- A) donador qavat
B) bazal qavat
V) tikansimon qavat
G) so`rg`ichsimon qavat
D) to`r qavat
14. Granulyoz – bu - ...
- A) donador qavatning qalinlashuvi
B) donador qavatning noziklashuvi

- V) shox qavatning qalinlashuvi
 G) shox qavat hujayralarining struktur o`zgarishlari
 D) hujayralararo shish
15. Anaplaziya – bu - ...
 A) epiteliositlarda atipik yadrolarning paydo bo`lishi
 B) tikansimon qavat hujayralarining o`zaro bog`liqlikning buzilishi
 V) epiteliosit hujayralar bujmayishi
 G) hujayralar sitoplazmasida granularlarning bo`lishi
 D) sitoplazma vakuolizasiya
16. Spongioz – bu -...
 A) Mal`pigi qavati hujayralararo shish
 B) Mal`pigi qavatdagi vakuolli degenerasiya
 V) shox qavat hujayralararo shish
 G) dermada degenerativ o`zgarishlar
 D) hujayralarning kazeozli bo`kishi
17. Ekssudativ gistomorfologik o`zgarishlarni ko`rsating.
 A) granulyoz, parakeratoz
 B) spongioz, akantolizis
 V) giperkeratoz, granulyoz
 G) giperkeratoz, parakeratoz
 D) spongioz, giperkeratoz
18. Akantolizis jarayoni qaysi dermatoz uchun xos?
 A) vul`gar pemfigus
 B) vul`gar ektima
 V) vul`gar psoriaz
 G) vul`gar vitiligo
 D) neyrodermit
19. Granulyoz jarayoni qaysi dermatoz uchun xos?
 A) vul`gar pemfigus
 B) vul`gar vitiligo
 V) oddiy pufakli temiratki
 G) turniol`
 D) qizil yassi temiratki
20. Qaysi funktsiya teriga taalluqli emas?
 A) toksinlar hosil qilish
 B) so`rilish
 V) chiqarish
 G) termoregulyasiya
 D) sezgi organi
21. Qaysi moddalar qichishga qarshi?
 A) mentol
 B) dyogot`
 V) oltingugurt
 G) salisil kislota
 D) furasilin
22. Derma qavatini ko`rsating.
 A) yaltiroq
 B) donador
 V) so`rg`ichsimon
 G) tikansimon
 D) bazal

1. Piodermiyani keltirib chiqaruvchi faktorlarga kiradi:
 - A) uglevod almashinuvining buzilishi
 - B) UBN lar bilan nurlanish
 - V) qonning ivuvchanlik xususiyatining oshishi
 - G) qonda yod miqdorining etishmasligi.
 - D) rentgen nurlari bilan nurlanish
2. Stafilodermiyalarga kiradi:
 - A) vezinulopustulyoz
 - B) xasmol
 - V) vul`gar impetigo
 - G) oddiy temiratki
 - D) bullyoz impetigo
3. Streptokokkli infeksiyalarga kiradi:
 - A) vezinulopustulyoz
 - B) psevdofrunkulyoz
 - V) sikoz
 - G) Bokxart impetigosi
 - D) oddiy temiratki
4. Stafilokokkli infeksiyalarga kiradi:
 - A) Ritterning eksfoliativ dermatiti
 - B) turniol`
 - V) intertriginoz piodermiya
 - G) zaxmsimon papulyoz impetigo
 - D) bullyoz impetigo
5. Streptodermiyalarga quyidagilardan qaysi biri kiradi?
 - A) tirqishsimon impetigo
 - B) epidemik chilla yara
 - V) Bokxart impetigosi
 - G) ostiofollikulit
 - D) karbunkul
6. Quyidagilardan qaysi biri chaqaloqlar yiringli kasalliklariga kiradi?
 - A) gidradenit
 - B) furunkul
 - V) surunkali yarali piodermiya
 - G) oddiy temiratki
 - D) vezikulopustulyoz
7. Streptokokkli piodermiyalarning asosiy morfologik elementi:
 - A) flektena
 - B) bulla
 - V) pustula
 - G) papula
 - D) vezikula
8. Eksfoliativ Ritter dermatiti qaysi piodermiyalarga kiradi?
 - A) toksikodermiyaga
 - B) kasbga aloqador dermatitlarga
 - V) stafilodermiyalarga
 - G) streptodermiyalarga
 - D) qontakt dermatitlarga
9. Ritter dermatiti uchun qanday morfologik elementlar xos?
 - A) pufak, eroziyalar
 - B) papulalar
 - V) do`mboqchalar
 - G) mayda pufakchalar

D) qavarchiqlar

10. Ritter eksfoliativ dermatitida qaysi simptom musbat bo`ladi?

A) Uikxem simptomi

B) Nikol`skiy simptomi

V) Gorchakov-Ardi simptomi

G) Sisto belgisi

D) Filatov koplik belgisi

Amaliy ko`nikma

Bajarish tartibi (qadamlar)

Bosqich №	Teri va shilliq qavatlarini ko`zdan kechirish , teri holatiga baho berish Topshiriqni bajarish uchun-15daqqa	Maksimal ball	To`plangan ball
1	Bemorni ko`rikka tayyorlash	5	
2	Teri rangiga e`tibor berish	5	
3	Teri turgori, elastikligi, namligi yoki quruqligini aniqlash	5	
4	Tartib bo`yicha yo`z, kullar, tana, jinsiy a`zolar va oyo`qlarni ko`zdan kechirish. Toshmalar borligiga va ularning xususiyatlariga e`tibor berish	10	
5	Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, jarayon lokalizatsiyasiga e`tibor berish	20	
6	Elementlarning konfiguratsiyasiga, o`lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e`tibor berish	20	
7	Jarayonni izoxlash (Status localis)	35	
	Ja`mi	100	

Amaliy ko`nikma

Bajarish tartibi (qadamlar)

№	Qo`tir kanasini izlash uchun teridan qirna olish usuli Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt-20daqqa	Maksimal ball	To`plangan Ball
1	Be`morni ko`ruv uchun tayyorlash	5	
2	Tekshiriladigan Jarayonni aniqlash	20	
3	Yangi qo`tir toshmalaridan birini sharikli ruchka bilan lupa yordamida chegaralab chizib olinadi	30	
4	Skalpel uchi yoki igna yordamida qo`tir yo`li oxirida joylashgan pufakchani tomi sanchilib bo`ziladi, qo`tir kanasining yo`li bo`yicha yo`naltirilib teri qo`poriladi.	30	
5	Buyum oynachasiga 10foizli natriy ishqori tomiziladi, olingan material shu eritma bilan aralashtiriladi va qoplovchi oyna bilan yopiladi	10	
6	Tayyorlangan material 10 - 20 daqiqadan so`ng mikroskop ostida okul yar 10 ob`ektiv 8 kondensator tushirib ko`zatiladi	10	
7	Mikroskop ko`rish maydonchasida kana yoki uning bo`lakchalari, tuxumlari yoki ekskrementlari topiladi	20	
	Ja`mi	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Terining parazitlar va yiringli kasalliklari qiyosiy tashxisi. Zamonaviy diagnostika va davolashda yangiliklar

Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

2 mavzu-Piodermiyalar. Dermatozoonozlar

2.1.Ta`lim berish t exnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-8-10 ta
Mashg`ulot shakli	Kirish-amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	1.Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. 2.Piodermiyalar. 3. Piodermiyalar va dermatozoonozlarni umumiy, mahalliy davolash prinsiplari.
O`quv mashg`ulotning maqsadi:	Ta`limiy: Talabalarga teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasi to`g`risida umumiy ma`lumotlar berish.Teri kasalliklari va JYBYUI-lar bilan og`rigan bemorlarni tekshiruv usullari, terining patomorfologiyasi, morfologik elementlar haqida ma`lumotlar berish va dermatozlarni klinik tashxislash, umumiy davolash usullarini o`rgatishdan iborat. Talabalarga dermatozoonozlar va piodermiyalarni paydo bo`lishi va rivojlanishining endogen va ekzogen omillari to`risida bilimlar berish, kasalliklar tasnifi, ularni tashxislash va bemorlarni tekshirish usullari to`risida tushunchalar berish, yosh bolalarda mahalliy va umumiy davolash asoslari, simptomlar haqida tushunchalar berish, Status localis bo`yicha tavsiflash, Qo`tir va piodermiyalar birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlari to`risida bilimlar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o`z xissasini qo`shishga intilish, o`zi tanlagan kasbga mexr uyg`otish Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqaliah talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo`lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullari	interfaol usul
T-a`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp`yuter, proektor, multimediyali vositalar, TV video,baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg`ulotda joriy va mustaqil ish bo`yicha bilimlar darajasi baholanadi. Og`zaki nazorat:savol-javob, test, masala yechish.

1.2.Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi.Piodermiyalar.Dermatozoonozlar amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi

Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1.O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1.“Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar” mavzusiga oid bo`lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og`zaki savol, test, masala. 2.“Rotatsiya” interfaol usulda mavzu tahlili. 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“Dermatozlarni umumiy klinik belgilari va patomorfologiyasi. Piodermiyalar. Dermatozoonozlar” mavzidan og`zaki savol, test, masala. 2.Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3.“Galereya bo`ylab sayohat” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: Terining parazitlar va yiringli kasalliklari qiyosiy tashxisi. Zamonaviy diagnostika va davolashda yangiliklar. 3.Uyga vazifa beradi: Teri va zamburug`li infektsiyalar.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

Mavzu bayoni

Terining yiringli kasalliklari

Terining yiringli kasalliklari yoki piodermislar (yunoncha pyon –yiring, derma- teri degan so`zdan olingan) eng ko`p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Aksariyat terining yiringli kasalliklari surunkali kechib, tez-tez qaytalab turadi va o`zoq vaqt mobaynida davolanishni talab qiladi, ba`zan kishilarning mehnat qobiliyati pasayib ketishi yoki vaqtincha ishga yaroksiz bo`lib qolishlari ham mumkin. Professor YA.A.Hamelin (1980) ma`lumotiga qaraganda, keyingi 15 yil ichida piodermisga chalingan bemorlar mehnat qobiliyatining pasayishi 6,8 % dan 9,4 % ga oshgan, ilgari furunkul ez, karbunkul va gidrodenit kabi kasalliklar xar yili mehnatkashlarning juda ko`p ish kunlarining yuqolishiga sabab bo`lgan. SHuning uchun bu kasalliklarning profilaktikasi dolzarbligicha qolmoqda.

Bolalar dermatologiyasida ham piodermitlar salmokli urin egallaydi. Barcha dermatozlar orasida u 25-60 % ni tashqil qiladi. Piodermitlar birlamchi yoki biron bir boshqa teri kasalligining asorati bo'lishi ham mumkin.

Etiologiyasi: Teriga yiring paydo qiluvchi mikroblar – stafilokokk va streptokokklar, goho ayrim mikroorganizmlar – pnevmokokklar, ko'k yiring tayoqchasi, ichak tayoqchasi va boshqalarning tushishi sabab bo'ladi. Ba'zan bir nechta mikroorganizmlar birgalikda uchrashi ham mumkin. Tabiatda stafilokokk va streptokokklarning (uyda, kiyim-kechak, teri va shilliq qavatda) doimiy mavjudligi piodermitlarning tez-tez uchrab turishiga olib keladi. Barcha tekshirilganlarning 20-75 % ini basilla tashuvchilar tashqil qiladi. Sanitariya-gigiena qonun-koidalarini bilmaslik yoki uni kupol ravishda bo'zish, turmush va mehnat sharoitlaridagi kam-kust xolatlar terining yiringli kasalliklari tarkalishiga imkon yaratadi.

Soglom odam terisida doimo patogen bo'lmagan (saprofit) mikroorganizmlar bo'lib, ular tashqi muxitdan tushib turadi va soch follikul alari hamda yog bezlari tirkishiga urnashib oladi. Ularni kelib-ketuvchi (tranzitor) mikroorganizmlar deyiladi. SHu bilan birga terida doimiy (rezident) mikroorganizmlar ham mavjud. Mikroorganizmlarning teri yo'zasida tarkalishi bir xil bo'lmay, ular hatta fasl, yosh va jinsga qarab o'zgarib turadi. Terining yiringli kasalligiga chalingan bemorlarning terisi yo'zasida ayniksa patogen mikroblar – stafilokokk va streptokokklar kupashib ketadi.

Patogenezi: terida yiringli kasallik kelib chikishida avvalo mikroorganizmlarning patogenligi va virulentligi ahamiyatga ega, ammo ularning terida rivojlanib ketishi uchun ma'lum bir shart-sharoitlar zarur. Bo'lar terining himoya funksiyasi va piokokklarga nisbatan organizmning qarshilik ta'sirini susaytirib yuboradigan ekzogen va endogen sababla

Ekzogen sabablar:

13. Teridagi yo'za va mayda yara-chakalanish (mikrotravmalar)- tinalish, qirqilish, qo'yish, ishqalanish va boshqalar.
14. Terining xaddan tashkari ifloslanishi, oddiy gigiena qoidalariga rioya qilmasliq
15. Sovuq yoki issiq urishi, sovqotish.
16. Kasbkor omillar (ko'mir, sement, oxak, tuprok va neft` maxsulotlari bilan ishlash)
17. YOsh bolalarni notug`ri kiyintirish (sun`iy toladan tiqilgan kiyimlar, qalin qilib urab chirmash)
18. Teri muxitining (rN) o`zgarishi.

Endogen sabablar

1. Uglevodlar almashinuvining bo'zilishi (giperglikemiya), gipofiz hamda kalqonsimon bez faoliyatidagi etishmovchilik
2. Nerv sistemasi faoliyatidagi funksional bo'zilishlar (nevrozlar)
3. Organizm tomonidan oksil o'zlashtirilishining bo'zilishi (gipoproteinemiya)
4. Me`da – ichak sistemasi faoliyatining funksional (jigar, me`da-ichak kasalliklari) bo'zilishi
5. Gipovitaminozlar (ayniqsa A va S)
6. Irsiy omillar
7. Organizm immun mexanizmining bo'zilishi va boshqalar

YUkorida keltirilgan ekzogen va endogen sabablar birgalikda kasallikni vujudga keltirishi mumkin. Odatda bu omillar kompleks ravishda ta'sir qiladi. SHunga ko`ra mutaxassis bemorni qunt bilan tekshirishi va yuqorida qayd etilgan sabablarni aniqlab, shunga yarasha davo choralarini qo'llashi kerak bo'ladi. Bolalarda terining yiringli kasalliklari kelib chikishida, terining odatdagi fiziologik qarshilik kuchining xali tula rivojlanmaganligi ham katta ahamiyatga ega. Gudak tug`ilgan zamonok uning terisi va shilliq qavatlaridan saprofit va patogen mikroorganizmlar topiladi. Ammo bu mikroorganizmlar xar doim ham kasallik keltirib chiqaravermaydi. Kasallikning paydo bo'lishi tushgan mikroorganizmlarning soni, virulentligi, bola terisining namligi, muxiti (rN), kolloid-osmotik axvoli, immun sistemasi va Boshqalarga bog`liq. Piodermitlarning paydo bo'lishida ko'zg`atuvchining patogenligi, ayniksa stafilokokklarning plazmakoagulyasiya, gemolitik, toksigenlik va pigment xosil qilish xususiyatlari muxim ahamiyatga ega. Keyingi yillarda antibakterial preparatlarni xaddan ziyod ishlatish (organizmning reaktivligini o'zgartirish bilan bir Qatorda) kurgina mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar va streptokokklarning ba'zi biologik xususiyatlari ni (antigenlik, immunogenlik, virulentlik) o'zgarishiga olib keldi. Bu jarayon terida kasallik paydo qilmaydigan mikroorganizmlarning (epidermal stafilokokk) patogenlik tomonga siljishiga sabab bo'lmokda va ular tez-tez qaytalab

turadigan terining turli yiringli kasalliklarini keltirib chiqarmokda. SHu bilan birga penisillinni parchalovchi mikroorganizmlarning shtamlari (b-laktomaza ishlab chikuvchi, a-trasformasiyalangan kupashib bormokda.

Tasnifi: Terining yiringli kasalliklari etiologik omillarga qarab stafilokokkli, streptokokkli va aralash bo'ladi. Terining yiringli kasalliklari joylashishiga qarab yo'za va chuqur: kechishiga kura o'tkir va surunkali xillarga bo'linadi.

Stafilokokkli piodermitlarda yalliglanish jarayoni aksariyat teri xosilalari, soch follikul alari, yog va ter bezlarida bo'ladi. Asosiy morfologik element – madda. Uning shakli qonussimon, pusti esa qalin, tortilgan, ichida sargimtir-yashil yiring bo'ladi. Madda urtasidan mayin soch chikib turadi.

Stafilokokklardan farkli streptokokklar ko'zgatgan piodermitlarning morfologik elementlari soch va yog bezlari follikul alari bilan bog'liq bo'lmaydi. Yalliglanish jarayoni yo'za, maddalar shakli yassi, pusti nozik (fliklina) ichidagi eksudat seroz-yiringli va bir-biriga qo'shilib ketishiga moyil bo'ladi.

YO'za piodermitlarda morfologik elementlar faqat epidermisda bo'ladi, shuning uchun to'zalganidan keyin urnida vaqtinchalik dog koldiradi, xolos. Chuqur piodermitlarda esa yalliglanish hatto gipodermagacha boradi va o'zidan keyin chandik yoki atrofiyali chandik koldiradi.

Stafilokokkli piodermitlar (stafilodermiyalar). Terining stafilokokkli kasalliklariga ostiofollikul it, sikoz, chuqur follikul it, furunkul (chipqon), karbunkul (huppoz), gidradenit kiradi. Ostiofollikul it bilan sikoz terida chandik koldirmaydi, kolganlari esa tukimalarni shikastlab, chandik bilan bitadi.

YOsh bolalar terisi o'ziga xos to'zilishga ega, shuning uchun ularda stafilodermiya Boshqacharak kechadi, bunda toshmaning morfologik elementi yo'za nofollikul yar pufaklar xisoblanadi. Bolalar terisi stafilokokklarga nisbatan sezuvchanligi sababli yalliglanish tez va tarkok kechadi, ba'zan ogir oqibatlariga olib keladi. Asosan ularga vezikul opustulyoz, psevdofurunkul yoz, chilla yara va Ritterning eksfolitiv dermatiti kabi stafilokokkli kasalliklar ko'zatiladi.

Ostiofollikul it – soch xaltachasi ogzining yalliglanishi, asosan stafilokokklar ko'zg'atadi. Dastlab teri yo'zasida qonussimon shaklda, follikul yar madda (pustula) paydo bo'ladi. Madda urtasidan mayin soch (tuk) chikib turadi. Soch follikul asi atrofi biroz yalliglanib, kizaradi va pushti-qizil rangli yalliglanish toji bilan uralgan bo'ladi. Osteofollikul itlar yoki stafilokokkli impetigo terining kichik yoki keng xiylagina qismini egallashi mumkin. Bir necha kundan sung maddalar kuriydi va yalliglanishlar surilib ketadi. Osteofollikul itdan keyin xech kanday chandik kolmaydi, biroz pigmentli dog koladi, xolos.

Osteofollikul itda maddalar tup-tup bo'lib joylashsa ham bir-biriga qo'shilmaydi. Ba'zan ayrim elementlar nuxatdek bo'lishi ham mumkin, urtasidan mayin soch (tuk) chikib turadi. Buni Bokxartning stafilokokkli impetigosi deyiladi.

Osteofollikul itga asosan ekzogen omillar ishkalanish, tiralish va Boshqalar sabab bo'ladi. Maddalar aksariyat badanning bosilib ishkalanib turadigan qismlarida (buyin, bilak, boldir va son soxasi terisida) paydo bo'ladi.

Bolalarda asosan 2-3 yoshdan keyin ko'zatiladi, ayniksa 13-15 yoshli usmirlarda kup uchraydi. YO'za va chuqur follikul it fark qilinadi. YO'za follikul it odatda 2-3 kunda yo'qolib ketadi. To'zalgandan keyin yaradan iz ham kolmaydi.

CHuqur follikul it – soch xaltachasining chuqur qavati yalliglanganda teri kizarib turadi, terining shu erida kul ga kattik unaydigan infil'trat xosil bo'lib, bezillab og'riydi, keyinchalik madda boylamaydi. Madda qonussimon bo'lib. Urtasidan soch chikib turadi. Bir necha kundan sung madda kovjiraydi yoki yiringlanish rivojlanib, tukimalar nekrozga uchraydi. Odatda kasallik 5-6 kunda to'zaladi va urnida nukta-nukta chandiklar koladi.

Ko'pincha chegaralangan chuqur follikul itlar boshning sochli qismida, ensa soxasida va chov oraligida uchraydi.

Sikoz – soch follikulalarining surunkali yalliglanishi. Stafilokokkli yoki oddiy sikoz surunkali kechadi va tez-tez ko'zib turadi. Asosan erkaklarda uchraydi (yunoncha sjcosis – o'zum gujumi degan so'zdan olingan). Toshma elementlari osteofollikul it va follikul itlardan iborat. Stafilokokkli sikoz aksari yo'zning sokol va muylov usadigan qismida, ko'proq kosh, kovok va kul tikda, ba'zan boshning sochli qismi, buyin terisida, shuningdek jinsiy a'zolar atrofida, kov, son, boldir va badanning jun bilan koplangan Boshqa soxalarida ham paydo bo'lishi mumkin.

Dastlab soch atrofida mayda maddalar (osteofollikul it) paydo bo'lib, ularning asosi infil'tratlanadi, urtasidan soch chikib turadi, biroz og'riydi. Soch atrofi bilinar-bilinmas qizil jiyak bilan uraladi. Follikul itlarda bir-biri bilan pustulalar guruxini tashqil qiladi. 2-3 kundan sung yiring kotib pust bilan koplanadi, keyinchalik pust tushib ketib. Urnida yana yiringli maddalar paydo bo'ladi.

Tarqoq sikozda bemorning yo'zida yalliglanish o'choqlari paydo bo'ladi, undan noxush xid kelib turadi. Zararlangan joyning bir qismi bitsa atrofidan yangisi kurinadi.

Kasallik oylab, ba'zan yillab davom etadi. Bunda bemorning terisi tortishib, achishib og'riydi. Ayniksa zararlangan soxa yo'zda bo'lganida kasallik dam tuzalib, dam ko'zib turishi oqibatida bemorning ruxiy xolati o'zgaradi.

Stafilokokkli sikoz terining ifloslanishi, burun-tomok bo'shlig'ilagi turli surunkali infeksiyon kasalliklar, shuningdek endokrin bezlar va nerv faoliyatining bo'zilishlaridan kelib chiqadi.

Oddiy yoki stafilokokkli sikozning diagnostikasi unchalik murakkab emas, u yiringli-infil'trativ trixofitiya hamda asoratlangan ekzema (yiringlagan) bilan takkoslanadi. Birinchisida patogenli zamburuglar, ikkinchisida chin polimorfizm ko'zatiladi.

CHipqon – furunkul – soch xaltachasi atrofidagi tukimaning o'tkir yiringli-nekrotik yalliglanishi. CHipqon terining yiringli kasalliklari ichida eng kup uchraydigan bo'lib, uni stafilokokklar ko'zgatadi (ok va tillarang).

Patogenezi: CHipqon mutlako sog terida paydo bo'lishi yoki chuqur stafilodermiyaning asorati tufayli vujudga kelishi ham mumkin. Terida yog va ter ajralishining kuchayishi, avitaminoz, moddalar almashinuvining bo'zilishi bilan kechadigan kasalliklar (kandli diabet, semizlik), tozalikka va shaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, terining tiralishi va chakalanishi chipqonga sabab bo'ladi. CHipqon terining tukli qismida, Ko'pincha buyin, yo'z, bel, dumba, son va Boshqa erlarda uchraydi. CHipqonning yakka (bitta chipqon chiqadi) va qaytalanuvchi (xadeganda chipqon chiqaveradi) xillari fark qilinadi. CHipqonning ayni vaqtda kuplab toshishi furunkul yoz deyiladi, unga Ko'pincha chipqonni yaxshi davolamaslik, moddalar almashinuvining bo'zilishi, gipovitaminoz sabab bo'ladi.

Klinikasi: chipqonda uchta rivojlanish bosqichi tavofut qilinadi: 1. infil'trat paydo bo'lishi, 2, yiringlanish va nekroz, 3. to'zalish.

Dastlab soch tolasi follikul asi soxasida teri damidan biroz kutarilib turadigan, dumalok, qonussimon tuguncha shaklida kattik yalliglangan infil'trat paydo bo'lib, bezillab og'riydi, kizaradi; asta-syoki n kattalashadi (birinchi bosqich).

Kasallikning 3-4 kuniga kelib chipqonning kattaligi 1-3 sm ga etadi (ikkinchi bosqich), uning urtasida yiringli-nekrotik o'zakli pustula paydo bo'ladi. CHipqon qonussimon shaklni oladi. Kizgish-kukimtir tusga kirib, yaltirab turadi. Urtasidagi pustula soxasida nekroz rivojlanadi. Bu davrda bemorning xarakati cheklanib, darmoni kuriydi, xarorati (37-38 S) kutariladi, intoksikasiya alomatlari ko'zatiladi, chipqon luqillab og'riydi, keyin o'z-o'zidan yoki biror ta'sir tufayli yoriladi. Undan sargish, ba'zan qon aralash kuyuk yiring chiqadi. Yiring chikib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib koladi, uning tagida chipqon "o'zagi" kurinadi. Nekrotik o'zak ajralgach, infiltratli shish va og'rik keskin kamayadi. Yara "o'zagi" chikkandan sung, uning urni chandiklanib bitadi (uchinchi bosqich).

CHipqon badanning jun bilan koplangan hamma joyidan chikishi mumkin. Lyoki n Ko'pincha yo'z, buyin, son, dumba, bel soxasida uchraydi. YO'zga xususan ustki labga chikkan chipqon uta xavfli, chunki bu soxada qon tomirlar tutami juda yo'za joylashganligi sababli infeksiya qon okimiga utib sepsis, meningit kabi ogir asoratlarga sabab bo'ladi. CHipqonni o'z bilgicha sitish, ezish yaramaydi, aks xolda yomon oqibatlarga olib kelishi mumkin.

CHipqonga diagnoz qo'yish kiyin emas, uni asosan qo'ydirgi, gidradenit va chuqur trixofitiya bilan takkoslanadi.

Xuppoz, karbinkul, kuk yara – terining chuqur qavatlari va ostidagi yog katlamining yiringli nekrotik yalliglanishi. Katta yoshli kishilarda ko'proq uchraydi. Xuppozda yiringli – nekrotik jarayon derma, xatto gipodermaga etib boradi. Kasallik juda ogir utadi, ba'zan ogir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Xo'ppoz yoki karbinkul yunoncha "carbo" degan so'zdan olingan bo'lib "ko'mir" degan ma'noni bildiradi, chunki yiringli nekrotik jarayon oqibatida yalliglanish uchog'i xuddi kumir rangini oladi.

Patogenezi. Umumiy darmonsizlik, Ko'pincha och-naxor yurish, moddalar almashinuvining bo'zilishi (kandli diabet), Boshqa kasalliklar tufayli darmon ko'rishi xuppoz chikishiga sabab bo'ladi.

Kasallik ko'zgatuvchisi tillarang stafilikokq Aksariyat xuppoz buyin, bel va dumg'aza sohasida ko'proq uchraydi.

K l i n i k a s i avval terining chuqur qavatlarini va teri osti yog katlamlaridagi kichik bir joy zichlashib, bezillab koladi, infil'tratli tugunchalar avj oladi. Tugunchalar borgan sayin kattalashib, bu joy tez orada doira shakliga kiradi, ustidagi teri tarang tortib, yaltirab turadi, urtasi avval kuqaradi ("kuk yara" nomi shundan), 8-12 kundan keyin madda boylab oqaradi, atrofida mayda "ko'zlar" paydo bo'ladi (kasallikning birinchi bosqichi), keyin shu joydan yoriladi. Yiringli jarayon atrofiga tarkalmaganidan emirilgan (irigan) tukimalar kuchib tushadi va yashil. Ba'zan kizgish yiring chiqa boshlaydi. Yiring chikib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib koladi, uning tagida yiringli massa - ya'ni "o'zagi" kurinadi. Yiringlanish va nekrozlanish xuppozning ikkinchi bosqichi bo'lib, 2-3 haftada davom etadi. Keyinchalik yara urni chandik bo'lib bitadi.

Xo'ppoz, odatda, xaroratning (39-40 S) kutarilishi, ishtaxaning pasayishi, umumiy axvolining yomonlashuvi, bosh og'rig'i hamda xarakatning chegaralanishi bilan kechadi. Xo'ppoz chikkan soxa kizib, "luqillab" og'riydi. Odatda xuppoz bitta chiqadi. Lyoki n kasallik ogir kechganda o'zoqqa cho'ziladi. Bemorning xarorati ancha kutarilib, eti uvishadi. Ayni vaqtda limfa tomirlari ham yalliglanishi mumkin. CHipqonga yaqin turgan limfa tugunlari ham, bezlar ham yalliglanadi. Teri biroz shishadi. YO'zdagi xuppoz juda xavfli, chunki bunda jarayon yo'zdan qon tomirlari orqali miyaga o'tishi va turli asoratlar koldirishi mumkin.

Xo'ppozga diagnoz qo'yish uncha kiyin emas, asosan qo'ydirgi hamda chipqon bilan taqqoslanadi.

Gidradenit—apokrin ter bezlarining o'tkir yiringli yalliglanishi; tillarang stafilokokklar ko'zgatadi (yunoncha hudros – ter, aden- bez degani).

Patogenezi Soch follikulalari yoki limfa yo'llari orqali apokrin ter bezlari kanaliga stafilokokklar tushishi sabab bo'ladi. Darmonni kuritadigan surunkali kasalliklar, organizm umumiy qarshiligining pasayishi, kul tik osti, chov oraligi, anus soxasining kup terlashi, terning (rN) ishkoriyligi ayniksa shaxsiy gigiena koidalariga rioya qilmaslik gidradenit paydo bo'lishiga sharoit yaratadi. SHuningdek ustarabilan tuklarni kirganda terining kesilishi, kichiganda badan tiralishi hamda mayda yara-chakalar ham gidradenitga sabab bo'lishi mumkin. Gidradenit kandli diabetga chalinganlarda, jinsiy bezlar faoliyati izdan chiqqa kishilarda kup uchraydi. Terining anatomiyasidan ma'lumki, apokrin ter bezlari faoliyati inson balogatga etgan davrdan boshlanadi (kizlarga, bolalarga nisbatan ertarok). Apokrin ter bezlari ayollarda ko'proq, shuning uchun ham gidradenit ularda ko'proq uchraydi. YOsh o'tgan sayin bu bezlar faoliyati suna boradi, shu tufayli gidradenit keksalarda deyarli ko'zatilmaydi.

K l i n i k a s i Gidradenit yirik ter bezlari joylashgan kul tikda, ko'proq chov va orqa chiqaruv teshigi soxasida, shuningdek ayollarning kukrak bezlari uchida uchraydi.

Kasallik terining derma yoki gipoderma qismida bosib kurulganda kul ga unaydigan 1-2 ta tugunlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Tugunlar usti kizarib, og'rib turadi, biroz kichiydi, tugunlar asta-syoki n kattalashadi, ular yongokdek, xatto undan ham kattarok bo'lib ketadi. Zararlangan teri soxasi kizarib, shishib chiqadi, yupka tortib, bosganda yoki xarakatlanganda bezillab og'riydi. Tugunlar bir-biriga qo'shilib ketadi, teri biroz salkib, bilqillab turadi. O'tkir yalliglanishga xos infil'trat paydo bo'ladi. Bora-bora tugunlar yumshab yoriladi va sargimtir-kizgish yiring chiqa boshlaydi; gidradenitda nekrotik o'zak paydo bo'lmaydi.

Ba'zan infil'trat kattik (yogochdek) bo'lib yoyilib ketadi, bu xuddi flegmonani eslatadi. Bunday gidradenit juda ogir kechadi, bemor tinch turganida ham og'rik bezovta qiladi.

Tugunlar yorilgandan keyingina bemorning axvoli biroz engillashadi, issigi tushib, og'riklar yo'qoladi. Xosil bo'lgan chuqur yara, granulyasion tukima bilan tulib, chandik yo'zaga keladi. Gidradenit 15-20 kun davom etadi. Ammo diabetga chalingan, kup terlaydigan, zaif, darmoni kurigan, ozodalikka rioya qilmaydigan kishilarda kasallik oylab cho'zilishi ham mumkin. Kasallik diagnozini aniqlash mutaxassis uchun kiyinchilik tugdirmaydi. Gidradenit furunkul va kollikvativ teri sili bilan takkoslash keraq Gidradenitda nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kollikvativ teri sili o'zoq surunkali davom etishi, limfatik tugunlar zararlanishi, o'choqlarning teshik-teshik bo'lishi va og'rimasligi bilan fark qiladi.

Vezikul opustulyoz – chaqaloqlar orasida keng tarkalgan kasallik bo'lib, badanga turli kattalikdagi maddalar toshishi bilan ifodalanadi. Kasallik gudak xayotining dastlabki kunlaridayok boshlanadi. Bunda bolaning boshi, badanining serburma soxalari va oyoq-kul lariga chetlari qizil yalliglangan xoshiya bilan chegaralangan pustulalar chiqadi; pustulalar bitta, ikkita yoki bir nechta bo'lishi mumkin.

Gistologik tadkikotlar yalliglanishli o'zgarishlar ekrin ter bezlarining ogiz qismida bo'lishini kursatadi. Etiologiya, patogenez: Kasallikning kelib chikishiga stafilokokklarning turli shtammalari sabab bo'ladi. Kup terlar tufayli terining yo'za ta'sirlanishi, zaif yoki chala tugilganlik, sun'iy ovkatlantirish va Boshqa kasallikning rivojlanishiga olib keladi.

Gudaklar orasida uchraydigan barcha stafilodermiyaning 33 % ini vezikul opustelyoz tashqil qiladi. SHu kasallikka chalinganlarning 70 % ida absesslanish ko'zatiladi (YU.QSkripkin va Boshqalar).

Diagnozni aniqlashda asosan piodermiya Bilan asoratlangan qo'tir Bilan takkoslanadi. Vezikul opustulalar qo'tirda juft-juft joylashadi, aksariyat bolaning kafti, tovoni, dumba va qorin soxasi zararlanadi, qo'tir kanasi topiladi.

Bolalarda uchraydigan tarkok absesslar yoki Finger psevdofurunkul yozi. Aksariyat bir yoshgacha bo'lgan chakaloklarda ko'zatiladi, ekrin ter bezlari yo'luga (chiqaruv naychalari) vat eri yo'zasiga ochiladigan uchiga infeksiya tushishi sabab bo'ladi. Kasallik ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokk

P a t o g e n e z Xastalik Ko'pincha chala tugilgan, organizm ximoya funksiyasi sust, nimjon bolalarda uchraydi. Kup terlaydigan bolani ozoda tutmaslik, etarli ovkatlantirmaslik, shuningdek bola madorini kuritaligan ba'zi kasalliklar (enterit, distrofiya, umumiy infeksiya, kamqonlik va Boshqalar) tarkok absesslar paydo bo'lishiga olib keladi.

K l i n i k a Kasallik faqat ter bezining yo'li yo'zasi yalliglanishi Bilan kechsa, pustulalar xosil bo'ladi (perioporit). Pustulalar kattaligi bugdoydek bo'lib, ichidan kuyuk yiring chiqadi vat ezda kurib, pust xosil qiladi. Pust tushib ketgandan sung terida iz kolmaydi. Aksariyat bemorlarda ter bezlarining yo'lida hamda uning tutamlari (klubochkasi) yiringli yalliglanadi, unda dermaning chuqur katlamida aniq chegaralangan konsistensiyasi kattik, kukimtir – qizil rangli tugunchalar paydo bo'ladi; ularning kattaligi nuxatdek, keyinchalik yongokdek bo'lib ketadi. Tugun urtasi yumshab zararlangan soxa terisi yupka tortadi, bosganda bilqillab turadi, yorilsa qon aralash yiring okib chiqadi; yarada nekrotik o'zak bo'lmaydi. Kasallik pirovardida chandiklanish ko'zatiladi. Aksariyat bemorlarda yalliglangan tuguncha 1-2 ta, ba'zan bir nechta bo'ladi. Ko'proq bola badanining urin-kurpasiga tegib ishkalanadigan joylari, boshi, buyini, bel, dumg'aza soxasi zararlanadi.

Absesslanish chog'ida darmonsizlik, xarorat kutarilishi (38-39 S), xolsizlanish va umumiy dispeptik xolatlar ko'zgatiladi. Ayniksa, ilk gudaklik chogida kasallik ogir kechadi. Davo choralari o'z vaqtida kurulishiga qaramay, nimjon bolalarda kasallik xar 10-30 kunda qaytalanib turadi, otit, zotiljam, meningit, osteomielit, paraproktit va sepsis (bakteriemiya) kabi ogir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bolalarga kuplab toshadigan absesslar yoki soxta furunkul yozni follikul it yoki furunkul yoz bilan takkoslanadi. Ma'lumki, follikul it yoki furunkul yoz asosan kattalarda uchraydi hamda uning pustula markazidan soch chikib turadi va yorilganda ichidan nekrotik o'zak chiqadi. SHuningdek papulonekrotik teri silining boshlangich bosqichi bilan kiyoslanadi. Teri siliga chalingan bemorlarda Pirke reaksiyasi musbat bo'lib, Boshqa a'zolarida sil o'choqlari topiladi.

Kasallik oqibati bolaning umumiy axvoliga juda bog'liq bo'lib, ayniksa distrofiyaga uchraganlarda ogirrok kechadi. Ba'zan zotiljam yoki sepsis qo'shilib bolaning nobud bo'lishigacha olib kelishi mumkin. SHuning uchun bemor bola albatta kasalxonada davolanishi lozim.

CHakaloklarning epidemik pufakli yoki chilla yarasi – o'tkir boshlanib bir laxzada bolaning butun badaniga pustulalar toshib ketishi bilan ifodalanadi. Kasallikni asosan stafilokokklar, kamdan-kam xollarda streptokokklar ko'zgatadi.

P a t o g e n e z i Piokokkli pemfigoidning 40 % dan ziyodi ilk gudaklik chogidayok (chakalok 3-6 kunligida) boshlanadi. Kasallikning kelib chikishi gudak terisining turli noxush omillar (bakterial, travma, xomiladorlik toksikozi va Boshqalar) ta'siriga kursata olish qarshilik kuvvatiga bog'liq.

E p i d e m i o l o g i y a s i Epidemik pufakli yara uta yukuvchan bo'lib, uning asosiy manbai tibbiyot xodimlari yoki stafilokokk bilan og'rigan chakaloklarning onalari xisoblanadi. SHuningdek iflos choyshab, sochiq, ichki kiyimlardan ham yuqishi mumkin (kasal chakaloklarning kindigidan tushgan bo'ladi). Urin-kurpalar yoki ba'zi tibbiyot xodimlarining sanitariya talabi darajasida toza emasligidan bu kasallik birdan tarkalib, tugruksxonada epidemiya tusiga kirishi mumkin. Bunda zudlik bilan kasalxonaning chakaloklar bo'limi yopilib, dezinfeksiya qilinadi, barcha xodimlar tibbiy kurikdan o'tkaziladi.

K l i n i k a s i Badan terisining buyin, kindik, dumba soxalarida, shuningdek kul va oyoqlarda, biroz kizargan yoki o'zgarmagan teri yo'zasi buylab pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklar kattaligi nuxatdek,

konsistensiyasi zich, ichidagi suyaklik tinik yoki seroz sargimtir, atrofi gardish bilan uralgan bo'ladi. Pufaklar paydo bo'lishi bilan gudakning axvoli o'zgaradi, kattik bezovta bo'ladi, xarorati kutariladi. Pufaklar tezda kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi, ichidagi seroz suyaklik loykalanadi. Pufaklar yorilib, eroziyalanadi, periferiyadagi epidermis koldigi osilib turadi. Ba'zan yalliglanish ogiz, burun, ko'z va Boshqa a'zolar shilliq qavatiga ham tarkalib ketishi mumkin. Bu Ko'pincha zaif, nimjon, chala tugilgan bolalar orasida ko'zatiladi (yiring autoinkul yasiyasi). Bunda gudak kattik bezovtalanib, chirillab yiglaydi, xarorati 38-40 S gacha kutariladi, onasini emmay kuyadi, kayt qiladi, goxo ichi ketadi. CHora-tadbirlar kurilmasa zotiljam, otit, flagmona, xatto sepsis qo'shilishi mumkin.

Kasallik engil kechganda va o'z vaqtida tibbiy yordam kursatilganda pufaklardan chikib turadigan suyaklik kurib, kul rang-sargish tusli pust xosil bo'ladi.

D i a g n o z i Epidemik pemfigusni chakaloklar zaxm pemfigusi hamda tug'ma epidermoliz bilan takkoslash keraq

Zaxm pemfigusida pufaklar gudakning oyoq va kul kaftlarida, dumba soxasida bo'ladi. Undan tashkari erta tug'ma zaxmga bolaning tez-tez shamollashi, Goxzingerning diff'o'z infil'trasiyasi, pufaklardan okish treponemalarning topilishi, o'zun suyaklar jaroxati, Vasserman reaksiyasining musbat bo'lishi xosdir.

Tug'ma epidermoliz gudak tugilgan zaxotiyok paydo bo'lib, asosan shikastlangan soxada, masalan, bosh, elka va oyoq-kul larda joylashadi. Pufaklar bitta-ikkita bo'lib, yalliglanish jarayoni unchalik sezilmaydi.

Tug'ma epidermolizning distrofik xilida pufaklar urnida chandikli atrofiya ko'zatiladi. Aksariyat pufaklar ogiz shilliq qavatida uchraydi. SHu bilan birga gudakning tirnogi, sochi va tishlari distrofiyasi ko'zatiladi.

CHakaloklarning eksfoliativ dermatiti yoki Ritterning eksfoliatin dermatiti gudaklar orasida tarkalgan stafilodermiyaning eng ogir xili xisoblanadi. Kuppina mutaxassislar esa bu infeksiyon kasallikni klinik kechishi va yuqish darajasining balandligiga qarab, ba'zan uni mustaqil nozoologik forma deb ham yuritadilar.

Hozirgi paytda eksfoliativ dermatitning ko'zgatuvchisi tillarang stafilokokk ekanligi aniqlangan. Kasallikning kelib chikishi epidemik pemfigus bilan deyarli bir xil.

K l i n i k a s i Boshida kasallikning klinik kurinishi epidemik pemfigusga juda uxshab ketadi, ammo keyinchalik manzara butunlay o'zgaradi. Kasallik chakalok xayotining birinchi xaftasidayok boshlanadi. Dastlab ogiz atrofi, chov oraligi va orqa chiqaruv burmalari soxasiga toshma toshadi. Toshmalar zich konsistensiyali, katta xajmli sferik pufaklardan iborat bo'ladi. Ular tezda yoki salga yorilib, keng satxli namlangan eroziyalarni vujudga keltiradi; periferiyadagi epidermis koldiklari lentasimon bo'lib osilib yotadi. Kasallikning 8-12 kunlari gudak terisi giperemiyalanib, eroziya kattagina joyni egallaydi, xatto Nikol'skiy simptomi musbat bo'ladi. Terining kurinishi bamisoli kaynok suvda qo'ygandek, kukimtir-kizgish tusga kiradi, eroziya o'choqlarida yoriklar paydo bo'ladi.

Kasallik ba'zan bo'llyoz toshmalar bilan boshlanib, keyin eritrodermiya ko'zatiladi, aksariyat, birdan eritrodermiya boshlanib, 2-3 kunda butun badan terisini egallab oladi. Bunda gudakning umumiy axvoli keskin yomonlashadi, xarorati 40 S dan tushmaydi, avvaliga toksiko-septik xolat, keyinchalik sepsis ko'zatilishi mumkin. Bola ozib ketadi, me'da-ichak faoliyati bo'ziladi, leykositoz, ECHT kutariladi, zaif va nimjon bolalarga kandidoz, zotiljam, pielonefrit, flegmona, abscess, otit va yiringli qon'yuktivit qo'shilib yomon oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Bir necha oylik, ya'ni kattarok chakaloklarda kasallik birkadar engil kechadi. Keyingi paytda eksfoliativ dermatitning engilrok kechadigan (abortiv) xili ko'zotilmokda. Bunda giperemiya uncha rivojlanmagan bo'lib, epidermisning kuchishi sust kechadi. Eroziyalanish bo'lmaydi, faqat mugo'z qavat bir oz zararlanadi xolos. Gudaklarning umumiy axvoli deyarli o'zgaraydi.

Diagnozi Kasallikning tusatdan boshlanganligiga, epidermisning pust bo'lib kuchishiga, katta-katta eroziyalangan o'choqlarga e'tibor berish keraq Zararlangan o'choqlar ma'lum soxalarda joylashadi. Nikol'skiy simptomi musbat bo'ladi.

Ikkinchi darajali qo'yish, bo'llyozni epidermoliz, tug'ma zaxm pufak yarasi, hamda Leynerning deskvamativ eritrodermiyasi bilan takkoslanadi.

Leynerning deskvamativ eritrodermiyasi kattarok yoshli bolalarda uchraydi, zararlanish o'choqlari anogenital soxa va teri burmalaridan boshlanadi. Xuddi shu joylarda eritematoz-eksfoliativ yalliglanish

ruy beradi. Keyinchalik toshmalar bolaning yo'zi va boshiga toshadi. Eroziyalangan teri satxida yalliglanish unchalik o'tkir kechmaydi, tangachalar yo'zasi sargimtir yogli bo'lib, seboreyali ekzemani eslatadi. Kasallik tarixini urganib, uni P darajali qo'yishdan bemalol farqlash mumkin.

Streptokokkli piodermitlar (streptodermiya). Patogen streptokokklar stafilokokklardan fark qilib, soch xaltachalari yoki yog va ter bezlarini zararlantirmaydi, ular asosan teri kasalliklarining yo'za xillarga sabab bo'ladi. Streptodermiyaga ko'proq bolalar va ayollar chalinadi, chunki ularning terisi nozik va yupka bo'ladi. Birlamchi morfologik element – nozik pufak (fliktena) xisoblanadi. Pufak teri satxidan deyarli kutarilmaydi, ilvillab, shalpayib turadi va salga yoriladi.

Streptokokkli impetigo, satratki. Bolalar orasida eng kup tarkalgan yiringli kasallik bo'lib, toshmaning asosiy morfologik elementi nozik pufaklar xisoblanadi.

Etiologiyasi va patogenez: streptokokkli impetigo teriga streptokokklar tushishidan kelib chiqadi. Ba'zi tadkikotchilarning fikricha zararlangan o'choqlardan axyon-axyonda stafilokokklar ham topiladi. Bolalar va ayollarning terisi yupka hamda nozik bo'lganligi tufayli salga chakalanadi, shuning uchun kasallik ularning yo'zida va tanasining Boshqa ochiq qismlarida uchraydi.

Kasallikning kelib chikishida teri va shilliq qavatlarining butunligi katta ahamiyatga ega. Terining kashlanib tiralishi shu bilan birga rinit va otitda burun hamda kul okdan kelayotgan yiring epidermisni ta'sirlashi oqibatida infeksiya terida tez rivojlanadi. Organizm immun qarshiligining pasayib ketishi, umumiy darmonsizlik, me'da-ichak kasalliklari va gel'mintozlar kasallikning kelib chikishida muxim rol uynaydi. Ayniksa ozodalik qonun-koidaloriga rioya etmaslik (sochiq, kurpa-tushak va yostik jildlarining iflos bo'lishi) streptodermiya tez tarkalib ketishiga imkon yaratadi.

Klinikasi Kasallik tusatdan boshlanadi, bunda yiringli toshma teriga birdan toshadi. Zararlangan terida avvaliga giperemiyalangan xoshiya bilan uralgan yupka pufakchalar (fliktenalar) vujudga keladi. Pufakchalar turli kattalikda bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shib ketishiga va periferiyaga qarab usishga moyil bo'ladi. Ba'zan fliktenalar o'zgarmagan terida ham paydo bo'lishi mumkin. Bir-ikki kunda pufakchalar yumshab ichidagi suyuklik loykalanadi, yiringlaydi; yiring tezda kurib, sargimtir kora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketgan joylarda biroz namlanib turadigan kizgimtir eroziyalar ko'zga tashlanadi. Odatda fliktenalar bir-biridan alohida joylashadi, ammo periferiyaga yoyilishi oqibatida qo'shib xalkasimon (sirsinar) impetigo vujudga keladi. Kasallik 3-4 haftada davom etadi. Pirovardida qora qo'tir kuchib tushadi. Urnida sal pigmentlangan (vaqtincha) dog koladi. Ba'zan badan terisining Boshqa soxasidan yangi toshma elementlari chiqadi va shu yo'l bilan tarkalib boradi. Ayniksa bolalar kashlanib, terining soglom qismlariga infeksiya tarkatadi, eroziyalangan o'choqlar kupayadi va shu joylar tortishib, biroz og'riydi. Bunday bemorlar atrofidagilar uchun juda xavfli xisoblanadi. Fliktenalar Ko'pincha, yo'zda, aksari burun va ogiz atrofida joylashadi, lyoki n badanning yon qismlari va oyoq-kul panjalari, tizza va Boshqa joylarda ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallik to'zalganidan keyin yalliglangan o'choqlarda chandik va atrofik kolmaydi.

Streptokokk impetigosining bir necha klinik xillari mavjud. Bo'llyoz (pufakli) impetigo, bunda ko'proq kul barmoklarining yoni, tovon va boldir zararlanadi. Kattagina fliktena chiqadi. U yorilganda xosil bo'lgan eroziya periferiyasida pust koldigi turadi.

Lab bichilishi yoki tirqishsimon impetigo Dastlab labning bir yoki ikkala burchagida pufakchalar (fliktenalar) paydo bo'ladi. Ular tezda yorilib, kuribqoladiva kora qo'tirga aylanib, iz koldirmasdan tushib ketadi. Ovkatlanganda, gaplashganda, shuningdek yasama tishlardan va sulaklar ta'siridan lab burchagi tinmay ta'sirlanganda eroziyalar vujudga keladi. Eroziya markazida bezillab turadigan chuqur yoriklar paydo bo'ladi. Gaplashganda, ovkatlanganda bemor biroz kiynaladi. Bichilgan joy doim namlanib tursa, bemor beixtiyor tilini tegizib, uni battar achishtiradi va bichilgan joy ancha vaqtgacha to'zalmaydi. Kasallik mudom sulagi okib yuradigan, tishlari chirigan, rinit, qon'yuktivit hamda gipovitaminozdan (asosan "V" gurux vitaminlari etishmaganda) aziyat chekadiganlarda ko'proq uchraydi.

Tirqishsimon impetigo juda yuqumli bo'lib, u bemor bilan o'pishganda, u to'tgan idish-tovok, sochiq va Boshqalardan foydalanganda yukib koladi.

Kasallikka diagnoz qo'yishda uni lab burchaklari kandidozi va ikkilamchi zaxmdagi eroziyalangan papular bilan takkoslanadi.

Eritema-skvamoz impetigo yoki oddiy temiratki

Barcha streptokokkli impetigolar ichida kuruk kechishi bilan ajralib turadi. Asosan bolalarning yo'zi, lunji va jaglari atrofi, goxo oyoq-kul lari terisida doira hamda ovalsimon shakldagi, yo'zasi biroz kepaklanib turadigan okimtir yoki kizgimtir doglar paydo bo'ladi. Doglar ayniksa koramtir bolalarda yaxshi bilinadi. Qo'yoshga toblanganda doglar yana ham aniqrok kurinadi. Atrofidagi soglom teri biroz korayadi.

Kuruk streptodermiya, ba`zan eritematoz-skvamoz impetigo bilan birga kechishi mumkin. Aksariyat kasallik baxorda yoki ko'zda bolalar orasida ko'zatiladi. Ular deyarli engil kichishdan tashkari sub`ektiv Boshqa belgilarga shikoyat qilishmaydi.

YO'za panarisiy yoki turniol` (xasmol). Tirnok osti va atrofidagi tukimalarning o'tkir yalliglanishi. Bitta yoki bir nechta tirnoklar kasallanishi mumkin. Asosan kattalar, ba`zan bolalar kasallanadi. Barmokning kurinar-kurinmas chaka joylari orqali yumshok tukimalarga yiringlatuvchi mikroblar kirishi sabab bo'ladi. Tirnok atrofiga seroz-yiring to'tgan fliktenalar paydo bo'ladi. Pufaklar avvaliga seroz suyuklik saklaydi, keyin loykalanib yiringlaydi, periferiya tomon tarkalishga moyil bo'ladi. Fliktena tirnok chuqurchasi atrofiga xuddi takaga uxshab joylashadi. Jaroxatlangan barmoklar shishib og'riydi. Jarayon surunkali davom etib, bir barmokdan ikkinchisiga utib ketishi mumkin.

Fliktena yorilgandan sung yarim xalka shaklidagi eroziya vujudga keladi. Eroziya chetlarida epidermis pusti kuchib turadi, ba`zan tirnok plastinkasi ajralib tushadi. Bir necha barmoklarning tirnogi zararlansa, bemorning issigi chikib, uning umumiy axvoli biroz yomonlashadi, zararlangan soxaga yakin limfa tugunlari shishadi.

Intertriginoz streptodermiyada ko'proq shikastlanadigan, burmali joylar – kul ok orqasi, kul tik osti, chov oraligi, ayollarning kukrak bezlari tagida toshmalar toshadi. Tuladan kelgan semiz, ayniksa eksudativ diatez, kandli diabetga chalingan yosh bolalar orasida kasallik tez avj oladi. Toshmaning asosiy elementi yassi, kattaligi bugdoy donidek keladigan fliktena xisoblanadi. Fliktenalar ko'proq chikib, tezda bir-biriga qo'shilib ketadi va namlanib turadigan och pushti rangli eroziya o'choqlarini vujudga keltiradi. Eroziyalar asosi chizik-chizik bo'lib yoriladi. Bemor kup terlaydigan bo'lsa achishib og'riydi, o'choqlar atrofiga yangi pustelyoz elementlar paydo bo'ladi. Kasallik xar xil sub`ektiv belgilar bilan surunkali kechadi. Bemorga diagnoz qo'yishda asosan intertriginoz kandidoz bilan takkoslanadi. Kandidoz pufaklari ichidagi suyuklik sargish bo'lmaydi, ulardan achitkisimon zamburuglar topiladi.

Zaxmsimon papulez impetigo yoki papulo-eroziv streptodermiya

Aksariyat gudaklar orasida uchraydi. Uni ketlikdan kelib chikkan dermatit ham deyishadi. Gudakning jinsiy a`zolari, dumba, son va boldir soxasiga tez yoriladigan fliktenalar chiqadi. Fliktenalar infil`tratlangan eroziyalar xosil qiladi, bu odatda zaxmdagi eroziyalangan papulalarga uxshab ketadi. Asosan bolani parvarishlaganda ozodalikka rioya etmaslik (ichki kiyim va ketligini vaqtida almashtirmaslik) oqibatida kelib chiqadi.

Diagnozni aniqlashda asosan eroziyalangan papulyoz zaxm bilan takkoslanadi; zaxmda o'tkir yalliglanish ko'zatilmaydi, undan tashkari toshmalar ogiz shilliq qavatiga ham toshadi. Papulo-eroziv streptodermiyaga maxalliy va dezinfeksiyalovchi dori-darmonlar tez kor qiladi. SHunga qaramay qonning serologik reaksiyasi xal qiluvchi ahamiyatga ega.

VuLgar ektima – streptokokk impetigosining chuqur shakli. VAralardan olingan yiringli ajratmalar mikrobiologik tekshirilganda vul`gar ektimani streptokokkdan tashkari aralash mikroorganizmlar, ya`ni stafilo-streptokokklar ham ko'zgatishi aniqlangan. Sanitariya-gigiena koidaloriga rioya qilmaslik, ozib ketish, vitaminlar tankisligi (gipoavitaminoz), organizm umumiy qarshilik kuvvatining pasayib ketishi, moddalar almashinuvi hamda maxalliy qon, limfa aylanishining bo'zilishi va mayda yara-chakalar ektimalarning paydo bo'lishiga kul ay sharoit tugdiradi. Bolalarda vul`gar ektima kizamik, suvchechak, kukyutal kabi yuqumli kasalliklardan keyin avj oladi.

K l i n i k a s i Ektimalar asosan boldir, son, dumba yoki bel soxasida paydo bo'ladi. Turli kattalikdagi fliktena, pustula, shuningdek chegaralangan va og'riydigan infil`tratlar yo'zaga keladi (ektimada pufaklar epidermis tagida joylashadi). Pustulalar 1-2 tadan 10-15 tagacha, ichida yiring-yoki qon yiring aralash bo'ladi. Pufaklar atrofiga kizgish-kukimtir infil`trat shishi bo'ladi. Tez kunda pustulalar yo'zasi kovjirab, biri ikkinchisining ustiga katma-kat bo'lib tushadigan zich kora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketganidan keyin chuqur va og'rib turadigan yaralar ochilib koladi, uning tubida yiring bo'ladi; 2-3 haftadan sung yaralar bitib, yo'za yoki chuqur chandik koladi.

D i a g n o z i Vul'gar ektimani impetigo, chipqon, zaxm ektimasi va kollikvativ teri silidan klinik ajratish keraq Impetigo bilan chipqonda pustlok katma-kat bo'lmaydi; ektimada esa pufaklarning borligiga asoslaniladi, undan tashkari chipqondagi kabi nekrozli o'zak vujudga kelmaydi. Zaxm ektimasida eroziya atrofi va infil'trat asosi kattik bo'lib bo'lib, serologik reaksiyalar musbat natija beradi. Kollikvativ teri silida toshmalarning joylashishi, kurinishi o'ziga xos bo'lib, sil sinamasi musbat chiqadi.

Ba'zan kamkuvvat, ayniksa ichqilikka ruju qilgan, shuningdek ogir jismoniy ish bilan shugullanadigan kishilarda vul'gar ektimaning chuqur uyilib tushadigan yoki gangrenoz xili ko'zatilishi mumkin. Xuddi shu xolat zaif va nimjon chakaloklarda ham ko'zatiladi. Kasallikning kelib chikishida ikkilamchi infeksiyaning (kuk yashil tayokcha yoki ichak tayokchasi) roli katta Xozirgi vaqtda turli dori-darmonlarning mavjudligi kasallikdan butunlay forig' bo'lish imkonini beradi.

Aralash stafilo-streptokokkli piodermitlar. Bu kasalliklarni stafilokokk hamda streptokokklar ko'zg'atadi. Bunday piodermiyalarga vul'gar yoki aralash impetigo va atipik chuqur piodermitlar (yarali va vegetasiyalanuvchi piodermit, shankrsimon piodermiya va piogen granulyoma -baktriomikoma) kiradi.

Vul'gar yoki aralash impetigoning kelib chikishida bemorlarda ilgaridan mavjud bo'lgan, shuningdek kichima bilan kechadigan ikkilamchi kasalliklarning patogenetik ahamiyati katta. Teridagi mayda yara chakalar, tiralish, iflos yurish, lab burchaklarini doimo pilchirab turishi aralash impetigo paydo bo'lishida muxim omillardan xisoblanadi. Ko'proq bolalar, usmirlar va yosh ayollar kasallanadilar.

K l i n i k a s i Vul'gar impetigoda yalliglanish o'choqlari aksariyat bemorlarning yo'zida, ogiz va ko'z burchaklarida paydo bo'lib, ba'zan butun badangan ham, kul-oyo'qlar terisiga ham tarkalib ketadi. Avvaliga biroz kizarib, shishibrok turgan soxalarda streptokokk fliktenasi vujudga keladi. Keyinchalik ular stafilokokklar ta'sirida yiringga aylanadi; tez orada yiring kurib, sargimtir-mis rangli kora qo'tirlar paydo bo'ladi. Vul'gar impetigoning uta yukuvchanligini nazarda tutib, uni kantagioz impetigo ham deyiladi. Noto'g'ri davo qilinganida yoki zaif va nimjon bolalarda kasallik 1-2 oyga cho'zilishi mumkin. Bunda bemorning biroz issigi chiqadi, ishtaxasi bo'ziladi, limfa tugunlari shishib ketadi. Odatda davolash muolajalari o'z vaqtida va to'g'ri olib borilsa 1-1,5 xaftada misrang qora qo'tir tushib, urnida vaqtinchalik dogqoladiva bemor tezda sogayib ketadi.

Surunkali yarali va vegetasiyalanuvchi piodermitlar bilan ko'proq erkaklar og'riydi. Xar xil shikastlanishlar, sovuq urishi, biron kasallik tufayli organizm qarshilik kuvvatining pasayib ketishi, gipovitaminoz, ayrim soxalarda qon va limfa aylanishining bo'zilishi kasallikning kelib chikishida ma'lum rol uynaydi. Mutaxassislarning fikricha, ayniksa mikroorganizmlarning piokokk infeksiyasiga nisbatan sezuvchanligining zaiflashishi, shu bilan ular virulentligining pasayishi infeksiyaning bemor terisida o'zoq saklanishiga olib keladi. Ayniksa uglevodlar almashinuvining bo'zilishi bemorlarda surunkali yarali piodermitlarning xadeganda to'zalavermay cho'zilib ketishiga, tez-tez qaytalashiga va pirovardida mexnat kobiliyatining yo'qolishiga sabab bo'ladi. Bunday bemorlar qonida fagositoz va xemotoksis susayganligi hamda gumoral va xujayra immunitetining bo'zilganligi ko'zatiladi.

K l i n i k a s i Kasallikning klinik kurinishi juda xilma-xil bo'lib, asosan ko'zgatuvchisining virulentligiga (stafilokokk yoki stafilo - streptokokk) bog'liq. Ba'zan ichak tayokchasi ham birgalikda uchrashi mumkin.

Kasallik streptokokkli ektima, furunkul yoki o'ziga xos infil'trat paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Ular tezda yaralanib, nekrozlanadi va xar xil (oval, yumalok) shakldagi zararlangan o'choqlar vujudga keladi. Yarali o'choqlarning kirralari infil'tratlangan, egri-bugri bo'ladi, yaralar anchagina seroz-yiring saklaydi, tubida esa notyoki s granulyasiyalangan tukima joylashadi. Asosiy o'choqlar periferiyasi buylab yangi pustulalar paydo bo'ladi, dastlabki infil'tratlar tagi bir-biri bilan tutashib ketadi. Pust ostidagi yaralar chetga qarab kengayib boradi va nixoyat pust tushib, keng satxli, ochiq yaralar vujudga keladi. Patologik jarayon avval epidermis, sung dermaga utadi, keyinchalik gipodermaga etib boradi. Kasallik tufayli bemor ancha zaiflashib koladi, uykusizlik, kamqonlik alomatlar paydo bo'ladi. Zararlangan o'choqlardagi utmas og'rik bemorning tinkasini kuritadi, kasallik xadeganda to'zalavkrmasdan anchaga cho'zilib ketadi.

Ba'zan keng soxali yaralar yo'zasida tukimalarning sugalsimon usishi, ya'ni vegetasiyasi boshlanadi. Vegetasiya keyinchalik butun yara urnini egallashi mumkin (surunkali yarali – vegetasiyalanuvchi piodermiya). Ko'pincha vegetasiyalangan tukimalar ichida (pustulalar va follikul itlar urnida) fistullyoz

yo'llar bo'ladi. Ular bir-biriga tutash yoki tutashmagan bo'lib, ichidan doimo yiring yoki qon-yiring aralash chikib turadi. Vegetasiyalangan tukima kizgish-kukimtir va mayin bo'ladi hamda soglom teridan keskin ajralib turadi. Pilakchalar atrofida doimo qon-yiring tuplanganligi uchun pilchirab turadi. Kasallik surunkali kechib anchaga cho'ziladi.

Regressiyalanish jarayonida yaralar urtasidagi pilakchalar tushib ketadi, vegetasiyalanish tuxtaydi, mugo'zlanadi, yiring ajralmay koladi. YAralar urni uydin-chuqur chandik xosil qilib bitadi.

CHandiklanish kollikvativ teri silidagiga uxshab ketadi. Ba`zan patologik jarayon bir tomonda tugasa, Boshqa joyida yangidan boshlanadi (serpiginoz yoki emaklovchi yarali piodermiya).

Zararlanish uchogi badan terisining turli joyida, ko'proq boshning sochli qismi, bilak, elka kul tik atrofi, chov va dumba soxalarida uchraydi.

Gistopatologiyasi. Epidermisda distrofik, dermada esa granulamatoz o'zgarishlar bilan birga surunkali yayaliglanish, nekroz va absesslanish ko'zatiladi. SHuningdek epidermisda giperkeratoz, ba`zan parakeratoz va granulositlar saklovchi mikroabsesslar bo'ladi. Dermadagi perivaskul yar yoki diffo'z infil'trat chuqur qavatlariga xatto gipodermaga etib boradi.

D i a g n o z i Kasallikning klinik kurinishi va tarixiga e'tibor beriladi, shuningdek, kollikvativ va sugalsimon teri sili, chuqur mikoz va blastomikoz, aktinomikoz, sporotrixoz hamda uchlamchi zaxm bilan takkoslanadi.

SHankrsimon piodermiya. Asosan terining bakterial infeksiya bilan zararlanishi hamda uning zaxm (kattik) shankriga uxshash klinik jixatlari borligi E.Gauffman tomonidan (1934 y) izoxlangan. Xosil bo'lgan yara esa zaxmdagi shankrga juda uxshash bo'lib, xatto etuk mutaxassislar ham bemor qonini qayta-qayta serologik tekshiruvdan o'tkazib, yaradan okish treponema izlashadi.

SHankrsimon piodermiyada bakteriologik tekshirish uchun olingan yiringda asosan stafilokokklar, ba`zan streptokokklar ham topiladi.

SHaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, jinsiy olat uchidagi xar xil chakalanishlar, fimoz va Boshqa omillar oqibatida teri ta`sirlanadi va eroziya yoki yara vujudga keladi. SHankrsimon piodermiya jinsidan kat'iy nazar kattalarda ham, yosh bolalarda ham ko'zatilishi mumkin.

K l i n i k a s i Kasallik bemorning jinsiy a`zolari (olat boshi, katta hamda kichik uyatli lablar, kin daxlizi va Boshqalar), yo'zi, lab atrofi va tiliga bir yoki bir nechta ovalsimon yara chikishi bilan boshlanadi. Odatda, avvaliga pufak paydo bo'ladi, sungra u eroziyalanadi, asosi biroz infil'tratlanib doira shaklidagi yaraga aylanadi. Aksariyat bemorlarda eroziya yo'zasi gemorragik pust bilan koplanishi mumkin, pust tushib ketganidan sung yana kizgish pushti rangli, ichida biroz yiringi bor yara yo'zaga keladi. YAraga yakin bo'lgan limfatik tugunlar kattalashadi (1-2 sm), bu xolat Ko'pincha og'riksiz kechadi. Ko'pincha kasallik 2-3 haftada to'zala boshlaydi, ba`zan bir necha oylab cho'zilishi ham mumkin. Zararlangan o'choq urni iz koldirmay yoki yo'za chandik xosil qilib bitadi.

D i a g n o z i Asosan zaxmdagi kattik shankr bilan takkoslanadi. Qonning serologik analizi, kasallik tarixi va yaradan okish treponemalarning topilishi kasallikka aniq diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Pioallergidlar. Kokklarga nisbatan bemor terisining uta sezuvchanlik xolati bo'lib, o'ziga xos turli allergik toshmalar toshishi bilan ifodalanadi. Mutaxassislarining fikricha xuddi teri sili, terining zamburugli kasalliklaridagi kabi mikroorganizmlarning parchalanish maxsulotlari zararlangan o'choqlardan gematogen yo'l bilan butun organizmga tarkalib, uta sezgirlik kurinishidagi allergik xolatni namoyon qiladi.

Pioallergidlar birdan boshlanib, kepaklanib turadigan eritematoz doglar, papulovezikul alar, maddalar toshishi bilan kechadi. Odatda toshmalar badan terisiga va oyoq-kul larga simmetrik toshadi; xatto kul va oyoq kaftlariga kattik pustli pufakchalar va pufaklar chikishi mumkin. Bunday paytda bemorlarning issigi chikib, boshi og'riydi, kungli ayniydi va darmoni kuriydi. Toshmalar tarkalib, terining xiylagina qismini egallashi mumkin. 10-15 kundan keyin toshmalar kamayib regressiya boshlanadi.

Terining yiringli kasalliklarini davolash

Terining yiringli kasalliklariga davo kompleks tarzda olib boriladi. U etiotrop va patogenetik terapiyadan iborat bo'lib, asosan bemor organizmining immunologik qarshilik kuchini oshiradigan preparatlarni kul lash bilan birga olib boriladi. Aksariyat bemorlarning nerv, endokrin, ichki a'zo va sistemalari faoliyati zimdan bo'zilganligini nazarda tutib, kompleks davo faqat etiologik omillarga qaratilmay, balki butun organizm funksiyasini tiklashga qaratilgan bo'lishi keraq

Kompleks davo kursini buyurishdan avval, bemor obdon klinik tekshiruvdan o'tkaziladi. SHu bilan birga uning oila a'zolari ham tibbiy kurikdan o'tkaziladi, chunki ular oraasida infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Umumiy davo Sikoz, chuqur follikul itlar, chipqon, xuppoz, vezikul opustulyoz, terining kuplab absessi, bolalarning chilla yarasi va Ritterning eksfoliativ dermatitida antibiotiklar, sul'fanilamidlar, shuningdek spesifik va nospesifik immunobiologik terapiya hamda fizioterapevtik davo usullari kul laniladi.

Antibiotiklar bilan davolash Terining yiringli kasalliklarini davolashda (ayniksa surunkali xillarda) antibiotiklar juda samarali xisoblanadi. Antibiotiklarni kul lashda ularning antibakterial ta'sir doirasiga albatta e'tibor berish keraq

Penisillin guruxi preparatlari. Ularni buyurishdan avval bemor organizmining bu gurux preparatlarga sezgirligi aniqlanadi. Suvda eriydigan penisillin preparati (kaliy yoki natriyli to'zi) muskul orasiga 300000-500000 TV dan xar 4 soatda buyuriladi. Xar kanday xolda ham kasallik diagnozi, uni kechishi, bemorlarning umumiy axvoli va tana vazniga e'tibor beriladi.

Metisillin natriy – penisillinning yarim sintetik xosilasi, kam zaxarli, kumulyativ xususiyatlari yo'q, 1,0 g dan bir kunda 4 maxalgacha buyuriladi.

Oksasillin natriy – ayniqsa stafilokokklarga yaxshi ta'sir qiladi. Ichganda me'daning kislotali muxitida o'z aktivligini yo'qotmaydi. Ovkatdan bir soat avval 0,25-0,5 g dan 4 maxal buyuriladi.

Dikloksasillinning natriyli to'zi – penisillinaza fermenti xosil qiluvchi mikroorganizmlarga ancha samarali ta'sir qiladi, 0,5 g dan 4 maxal buyuriladi, kattalar uchun davo kursi 2,0 g, ammo me'da yoki un barmok ichak yara kasalliklarida bo'lishi mumkin emas.

Aralash hamda surunkali piodermitlarda ampicillin ancha unumli, u ta'sir doirasi keng antibiotiklarga kiradi, 0,25 va 0,5 g dan tabletka xolida yoki 0,5 g dan kuniga 2-3 maxal muskul orasiga yuborish buyuriladi.

Karbensillinning dinatriyli to'zi strepto – stafilokokkli piodermitlarda kul laniladi. Kattalar uchun bir kunga 4 g dan 8 g gacha in'eksiya xolida muskul orasiga yuborish buyuriladi.

Tetrasiklinlar. Tetrasiklin va tetrasiklin gidroxlorid keng spektrda ta'sir qiladigan antibiotiklar bo'lib, ular yaxshi naf beradi. Ichish uchun 0,2-0,25 g dan kuniga 3-4 maxal buyuriladi. 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi (kalsiy bilan birikib erimaydigan kompleks xosil qiladi va suyaklarda tuplanib kolishi mumkin).

Metasiklin gidroxlorid – tetrasiklinning yarim sintetik maxsuloti. Bir kunda 2 maxal, kundalik mikdori kattalar uchun 0.6 g. Jigar va buyrak xastaliklarida hamda 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga buyurilmaydi.

Doksisillin gidroxlorid – (vibramisin) oksitetrasiklinning yarim sintetik maxsuloti, stafilokokk va streptokokklarga nisbatan ancha aktiv ta'sir qiladi, ichilganda yaxshi suriladi va Boshqa tetrasiklinlarga nisbatan qon tarkibida o'zoq saklanadi. Birinchi kuni 0,2 g, keyingi kunlari 0.1 g. Dan sut yoki katik bilan ichiladi.

Boshqa gurux antibiotiklar. Gentamisin sul'fat – ogir kechadigan piodermitlarni davolashda ancha samarali ta'sir qiladi. Ayniksa aralash infeksiyali yoki umuman ko'zgatuvchisi aniqlanmagan; yiringli kasalliklarda ishlatgan ma'kul, uni kuniga 1-2 ml dan 2-3 maxal muskul orasiga yuboriladi. Tobromisinning gentamisinga nisbatan oto-nefrotoksikligi past, xar qilogramm vaznga 2-5 mg xisobida 2-3 maxal ichiladi. Sizomisin sul'fat gentomisinga qaraganda ancha aktiv bo'lib, 5 % li eritma (50 mg/ml) xolida chiqariladi, uni 1-2 ml dan muskul orasiga 2 maxal yuborish buyuriladi. Monoterapiya maksadida ta'sir doirasi penisillinlarga yakin bo'lgan eritromisin kul laniladi, 0,1-0,25 g dan 4-6 martagacha ichish mumkin.

Metasillinorezistent stafilokokklarga hamda aralash infeksiyaga sefolosporinlar (sefaloridin, sefaleksn, sefalizin, kefzol) kuchli ta'sir etadi. Sefaloridin 0.5 g dan 2-3 maxal yoki sefazolin 0,25-0.5-1.0-2.0 g dan xar 8 soatda buyuriladi.

Linkomisin gidroxloridning ham antibakterial ta'siri ancha keng bo'lib, ayniksa Boshqa antibiotiklar yaxshi naf bermaganda muvaffaqiyatli kul laniladi. Uni 0,5 g dan 2-3 maxal ichiladi yoki 1-2 ml dan 30 % li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Fo'zidin – natriy ichilgandan sung qonning tarkibida o'zoq vaqt saklanib kolish xususiyatiga ega. SHuning uchun uni ambo'latoriyaga katnab davolanadigan bemorlarga tavsiya etiladi. Fo'zidin – natriyni 0,5 g dan 3 maxal sut bilan ichish buyuriladi.

Umuman antibakterial preparatlarni kabo'l qilish muddati 2-3 haftadan oshmasligi keraq Antibiotiklar infilt ratlangan tukimalarning yiringlab ketishiga yo'l qo'ymaydi, natijada katta-katta chandik bo'lishning oldi olinadi. Ammo surunkali ogir kechadigan jarayonlarda 1-1,5 oy buyurishga to'g'ri keladi; kandidoz, disbakterioz, qaytalovchi neytropeniya, ba'zan allergik reaksiyalarning oldini olish uchun dori-darmonlarni Boshqasiga almashtirib turiladi.

Ayniksa surunkali piodermitlarda antibiotiklarni bir nechtasini birgalikda kul lash samarali ekanligi kuppina mutaxassislar tomonidan isbotlangan (A.M.Buxorovich, 1984 y, R.S.Topuriya, 1984 y). Masalan, eritromisin –tetrasiklin; olendomisin-tetrasiklin; ampisillin-oksasillin; monomisin-eritromisin, linkomisin gidrat-seporin va Boshqalar.

Piodermitlarni etiotrop davosi uchun sul`fanilamid preparatlarni ham ishlatish mumkin. Ular ayniksa, surunkali piodermitlarda antibiotiklardek natija bermasligi mumkin. Ammo, ayrim bemorlar antibiotiklarni kutara olmasliklari sababli, ular urnini sul`fanilamidlar bilan almashtirgan ma`kul .

Sul`famometaksin (difadin)- preparat kam zaxarli bo'lib, ta`sir doirasi va muddati ancha keng. Stafilokokk, streptokokk va gramm manfiy bakteriyalarga kattik ta`sir qiladi. Birinchi kunlari 0,5 – 1 g dan 2 maxal, kolgan 7-10 kun mobaynida 1 g dan bir maxal ichishga buyuriladi. Sul`fadimetoksin, sul`tfalen ham shu tarika ishlatiladi.

Sul`fanilamid preparatlarga juda chidamli bo'lgan gramm musbat va gramm manfiy mikrobl piodermitlarni davolashda baktrim (tarkibida sul`fametaksozol – 0,4 g va trimetoprim – 0,08 g saklaydi) ancha kul keladi.

Terining yiringli kasalliklarini oldini olish

Terining yiringli kasalliklari axolining moddiy farovonligi va madaniy sanitariya darajasini belgilovchi mezon hisoblanadi. Bu kursatgich past bo'lgan joylarda piodermitlar keskin kupashib ketadi. Piodermitlarning profilaktikasi davlat miqyosida katta hamiyatga ega, chunki bu kasalliklar barcha teri kasalliklari orasida birinchi urinda turadi va bemorlarning mexnat kobiliyatini vaqtincha yo'qotib qo'yishiga olib keladi.

Terining yiringli kasalliklarini oldini olishda umumiy qonun-koidalarga bekamu-kust amal qilish keraq Sanitariya-giena, davolash-profilaktika kabi amaliy ishlar ishlab chiqishdagi sanitariya texnikasi chora-tadbirlari bilan o'zluksiz bog'liq bo'lishi zarur.

B.I.II'in (1977 y) korxonalarda piodermitlarning oldini olish ishlarini uch bosqichda olib borishni taklif qilgan: 1. ish boshlashdan avval texnika xavfsizligi, shuningdek shaxsiy gigiena qonun-koidalariga amal qilish, ish joyini tartibga solish, teridagi mayda yara chakalarni zararsizlantirish, terining ochiq joylariga ximoya pastalarini surtish, maxsus kiyim (korjoma)ni nazoratdan o'tkazish; 2. Ish vaqtida ruy bergan arzimagan jaroxatlarni tegishli dorilar bilan artib surtish, ish joyini doimo uta ozoda va saranjom – sarishta tutish; 3. Ishdan keyin ish joyi va maxsus kiyimlarni tartibga solish, terining kirlangan joyini yaxshilab yuvib tozalash va Boshqalar.

Ayniksa terining yiringli kasalliklariga moyil bo'lganlarini aniqlab, ularga ta`sir qiladigan kasbga aloqador omillarni urganish va o'z vaqtida bartaraf etish lozim. Ishga olishdan avval odamlarni maxsus tibbiy kurikdan o'tkazish zarur. Kumir qonlari, neft` maxsulotlarini qayta ishlash korxonalari, metallurgiya, mashina kurilishi va kimyoviy zavodlarga ba'zi bir surunkali dermatozlarga chalingan bemorlarning (neyrodermit, ekzema, qizil yassi temiratki, seboreyaning ogir xillari, gipergidroz, ixtioz va Boshqalar) ishga yarokligini belgilovchi maxsus sanitariya guruxlari to'zilib, ular muntazam ishlab turishini ta`minlash lozim.

Sanitariya guruxlari mexnatkashlarning ish joyi toza bo'lishini, ularning maxsus kiyim-kechak va turli anjomlar bilan ta`minlanishini ko'zatib borishlari zarur. Ayniksa chuqur er ostida ishlovchi shaxtyorlar, issik sex ishchilari, metallurklar, frezerchilar va oynasozlar piodermiyaga kup chalinadilar. SHuning uchun ularning korjomlari xar 10 kunda yuvilib, dezinfeksiyalanishi hamda toza kiyimlari o'zlarining individual shkaflarida saklanishi zarur.

Piodermiyaning avj olishida mikrotravmalar asosiy sababchi ekanligini nazarda tutib, terining zirapcha kirgan, tirnalgan, shilingan va yorilgan joylariga zudlik bilan dezinfeksiyalovchi eritmalar (2,0 % li brilliant yashili yoki 2-5 % li yod) surtish lozim.

Terining shikastlangan joylariga iloji bo'lsa, yupka koplam xosil qiluvchi Novikoz eritmasi, BF-6 elimi yoki aerezollar ("neotizol", "Lifo'zol") sepilgani ma`kul .

Ishchilarni soglomlashtirish maksadida extiyotdan emlash g'oyat katta ahamiyatga ega. Keyingi paytlarda A stafilokokkli anatoksin bilan yoppasiga emlash yaxshi naf bermokda. Stafilokokkli anatoksin 30-45 kun oralatib 2 marta qilinadi. Jismoniy kuch hamda zaxarli va zararli omillar bilan ishlovchilarning badani yiliga 2 marta (15-20 seans) ul`trabinafsha nur ostida tozalanib turilishi keraq Kimyoviy zavod ishchilarining teri muxitini (rN) saklash maksadida, ular yuvinganlarida 0,5 % li vodorod xlorid kislotasidan foydalanganlari ma`kul .

YOsh bolalar piodermiya bilan og`risha ko`proq moyil bo`lganlari uchun bemorlarning soglom bolalar bilan yurishiga yo`l qo`yilmaydi; piodermiyaga chalingan bolalar ajratib qo`yiladi, to ular to`zalgunlaricha bog`cha, maktab, internat va Boshqa jamoa joylariga kelishlari vaqtincha takiklanadi. Bolalar bilan muntazam ishlaydigan xodimlar, doimo profilaktik kurikdan utib turishlari lozim.

Maboda tugruksxonada piodermiyaga chalingan chakaloklar borligi aniqlansa, ular darxol soglom chakaloklardan ajratib qo`yiladi. Tugruksxona xodimlari va shu bilan birga barcha onalar sinchiklab tekshiriladi va tegishli davo choralari kuriladi.

Terining yiringli kasalligiga yo`likkan bolalarni xaddan ziyod issik kiyntirish va urab-chirmashga yo`l qo`ymaslik, shuningdek ularni ozoda tutish, badan terisini toza saklash, iloji boricha vaqtida chumiltirish, ich kiyimlarini tez-tez almashtirib turish lozim. Ularning kiyimlari, sochiqlari, xatto uyinchoklari sodali suvda kaynatib, dezinfeksiyalanadi va alohida saklanadi. Piodermiyaga chalinaveradigan bolalar dispanser nazoratiga olinadi va batamom tuzalib ketganidan keyingina bolalar muassasiga ruxsat etiladi. Demak piodermiyaning oldini olishda Quyidagi amallarni bajarish lozim:

1.Umumiy omillar: ishchi va xizmatchilarni muntazam tibbiy kurikdan o`tkazish, sanitariya-okartuv ishlarini yo`lga qo`yish, piodermiyaga sabab bo`ladigan omillarni bartaraf etish, bemorlarni o`z vaqtida aniqlab, ularga zarur shart-sharoitlar yaratish, maxsus sanatoriya va dam olish maskanlarini tashqil qilis.

2.Individual omillar: badantarbiya, ochiq xavoda yurish, qo`yosh nuridan foydalanish, mayda jaroxatlarni yod, anilin buyoklari bilan artib surtish, badan terisini ozoda saklash, ishlaganda maxsus korjomalardan foydalanish va xokazo.

Terining parazit kasalliklari

Qotir odam va xayvonlarning yuqumli kasalligi bo`lib, kasallikni qo`tir kanallari *Sarcoptes scabiei* ko`zgatadi. Qo`tir kasalligi odam terisining, ayniksa kechasi kattik kichishi bilan ifodalanadi. Bu kasallik insoniyatga kadimdan ma`lum bo`lib "Kichima" deb yuritilgan. Bundan taxminan turt ming avval Xitoyda, Kadimgi Misrda, Vavilon hamda Assiriyada qo`tir kasalligi odamlarga ma`lum edi. Rimda Sel`s qo`tir kasalligi "Skobies" deb nom bergan, bu xozirga kadar tibbiyot amaliyotida kul lanilib kelinmokda.Abu Ali ibn Sino "Tib qonunlari" kitobida Boshqa kasalliklar Qatorida qo`tir kasalligi haqida ma`lumot berib o`tgan. Qator olimlar ("Avenzoara", Gil`degord 12 asr, Gale, 1812 y) o`z asarlarida qo`tir kasalligi bilan og`rigan bemor terisida kandaydir mayda tirik parazit jonivorlar bo`lishini yozib koldirganlar.

1834 yilda Korsikalik talaba Rinuchchi qo`tir kasalligining yuqumli ekanligi va uni kana ko`zgatishini aniq ma`lumotlar bilan isbot etdi. SHu davrdan boshlab unga qarshi davo va profilaktik chora-tadbirlar ishlab chiqila boshlandi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik ko`zgatuvchisi, ya`ni qo`tir kanasi tashqi kurinishi jixatidan toshbakaga uxshaydi. Urgochisi erkagidan birmuncha yirikrok bo`ladi. Tanasi serbar tuxumsimon, burmali, uchburchak tangachalar bilan koplangan, ogiz apparatlari changalsimon, kemirishga moslashgan. Bunday rivojlangan ogiz apparati orqali ular xujasining terisini teshib, tukima, qon, limfa va Boshqa suyukliklar bilan oziqlanadi. Oldi va orqasida ikki juftdan bugimlarga bo`lingan kiska oyoqlari bor. Otalangan urgochi kana epidermisning yo`za katlamlariga kirib xar xil yo`llar ochadi shu joylarga tuxum kuyadi: erkagi esa xalok bo`ladi. Urgochi kanalarning xarakati chaqqon bo`lib, bir kunda 0.5 5 mm egri-bugri kovaklar xosil qiladi. Kanalar rivojlanib 3-7 hafta davomida jinsiy voyaga etadi. Bitta urgochi kanadan chikkan tuxumdan 3 oy mobaynida 130-150 mln kana paydo bo`lishi xisoblab chiqilgan. Odamga yukkanidan sung tez kupashib ketishiga ham sabab shu.

Kanalar odatda odam organizmidan tashqarida bir xaftacha yashashi mumkin. Ko`zgatuvchilar odamga bemordan yoki uning buyumlari orqali utadi. SHuningdek bir urinda yotganda, ba`zan jinsiy mulokotda bo`lganda ham yukib koladi. SHuning uchun qo`tir kasalligi jinsiy yo`l bilan yuqadigan kasalliklar Qatoriga kiritilgan.

Kasallikning yashirin (inkubasion) davri 7-10 kundan 20-30 kungacha boradi.

Klinikasi. Odam terisiga tushgan qo'tir kallasi zudlik bilan teri ichiga kovlab kirib olib, epidermis buylab teshishda davom etadi, kovak yo'lchalar xosil qiladi. SHu joylarda mayda pufaklar paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy belgisi terining kichishidir. Ko'pincha kana kovlagan kovakning boshlanish qismi, ya'ni kirgan joyi ochiq koladi, xuddi ana shu erda kattaligi 1-2 mm keladigan ichida seroz suyukligi bor okimtir pufakchalar paydo bo'ladi. Tuguncha va pufakchali mayda toshmalar 1 chizik buylab joylashishga moyil bo'ladi, kashlayverish oqibatida urnida nukta-nukta koramtir yo'llar xosil qiladi. Toshmalar barmoklar orasidagi burmalar, kaftning yon tomoniga, keyinchalik butun badanga (erkaklarda tanosil a'zolariga, ayollarda sut bezi surgichi atrofiga) toshadi. Ba'zan kul tirsaklarining tashqi qismida mayda nuktali kora qo'tirlar va tangachalarni (Gorchakov – Ardi simptomi) uchratish mumkin. Bemor xadeb kashinaverishi natijasida qo'tir badan terisining bir joyidan ikkinchi joyiga utadi. Toshmalar kattik kichishadi va bu xolat, ayniksa kechasi va issikda kuchayadi. Bemorning terisi lupa orqali ko'zdan kechirilganda, kana yo'lining boshlanishi, koramtir nuktali chiziklar (kovakchalar), mayda pufakchalarning teridan salgina burtib turganligini ko'rish mumkin, xuddi ana shu pufakchalar ichida kanalar bo'ladi. Koramtir nuktalar – urgochi kana tuxtab, tuxum qo'ygan kovakchalarning tepa teshiklaridir. Kashinaverish natijasida terining normal to'zilishi o'zgarib terida tiralgan, shilingan joylar, qora qo'tir pustlarni ko'zatish mumkin: Ko'pincha kichiganda terining tiralgan joylariga infeksiya tushishi natijasida yiringlar teri kasalliklari: follikulit, furunkul, impetigo, ektima va Boshqalar rivojlanishi ham mumkin, bunda kasallikning diagnozi murakkablashadi. Qo'tir kasalligi o'zoq cho'zilib ketganida yoki bemor muntazam davolanmaganida terining Boshqa kasalliklari – dermatit, ektima paydo bo'lishi mumkin. Kasallik shu tarika asoratlanadigan bo'lsa bemor qonida eozenofiliya ko'zatiladi.

YOsh bolalarda kasallikning belgilari xiyla Boshqacharok kechadi. Aksariyat tovon, kaftning ichki soxasi, son oraligi va dumba zararlanadi. Xosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon ogirlashishi mumkin.

Tez-tez yuvinadigan odamlarda kasallik bilinar-bilinmas kechadi. Toshmalar yoki kana yo'llari unchalik sezilmasada, ammo bemorning terisi kattik kichiydi. Bu xolat chala davolangan bemorlarda ham ko'zatiladi. Ammo bemorning butun badan terisi obdon ko'zdan kechirilganda, juft-juft joylashgan tuguncha va pufakchalar, kavarchiklar, tiralgan joylar hamda bitta-ikkita kana yo'llari topiladi.

Agar kasallik jinsiy mulokot tufayli yuqadigan bo'lsa, toshmalar kov atrofi kindik va qorin soxasida bo'ladi. Jinsiy a'zolar zararlanib tuguncha va pufakchalar toshadi va ular yiringlab ketishiga moyil bo'ladi. Ba'zan kasallikning klinik manzarasi zaxmga uxshab ketadi.

Gistologiyasi. Kana yo'llari terining mugo'z qavatida joylashadi, kovaklarning eng chuqur joyi tikansimon bazal qavatga etishi mumkin. Xuddi shu kovaklarga urgochi kana va uning tuxumlari joylashadi. Mal'pigi qavatida xujayralararo va xujayralar shishi va ular xisobiga pufakcha bo'ladi. Terining derma qismida asosan limfositlardan iborat surunkali infil'trat kurinadi. Bunda infil'tratlar kana yo'llari tagida joylashadi.

Diagnozi. Asosan bemorning shikoyatiga e'tibor beriladi. Qo'tirni ba'zan kichima bilan adashtiriladi. CHunki bu kasallikda ham teri kattik kichishadi. Ammo kasallik yillab davom etadi, teri kichishi bemorni tunu-kun bezovta qiladi. Bemorning limfa tugunlari shishadi, teri rangi sargimtir bo'lib, tugunchalar qonli qora qo'tir bilan qoplanadi va kul-oyo'qlarning buqiladigan soxasida joylashadi.

SHu bilan birga qo'tir kasalligini mikrobo' ekzemasini, chin ekzema bilan takkoslanadi. Lyoki n qo'tir kasalligiga tuguncha va pufakchali toshmalarining juft-juft bo'lib joylashishi, kana yo'llari borligi, kichishning aynan kechasi avj olishi, bir vaqtda oila a'zolaridan bir necha kishining kasallanishi, Gorchakov –Ardi simptomining musbat bo'lishi qo'tirni Boshqa kasalliklardan farqlashda muxim rol uynaydi.

Bemorlarning terisida Ko'pincha pigmentli dog'lar, impetigo elementlarining izi qoladi. Ba'zan bemorning dumg'aza soxasida toshmalar, dumbaning yorgoq soxasi tomon yo'nalgan "Uchburchak belgisi" hosil qiladi.

Ayniqsa bemorning terisidagi toshmalaridan (pufakchalardan) laboratoriyada topilgan kana diagnoz to'g'ri qo'yilganligini isbotlaydi.

Davosi. Qo'tirni davolashda terining mugo'z qavatini kuchirib, kana yo'llariga kirib boradigan hamda to'g'ridan to'g'ri kanani uldiradigan preparatlardan foydalaniladi. Ayniksa professor

M.P.Dem`yanovich usuli juda kul ay bo`lib, bunda bemor o`zining asosiy ishidan kolmaydi, kiyimlari ifloslanmaydi.

Bu usul bo`yicha kasallikka davo qilishda ikki xil dori eritmasi, ya`ni 60 % li natriy tiosul`fat hamda 6 % li xlorid kislotasi eritmasi buyuriladi. Bemor natriy tiosul`fat № 1 eritmasini birorta idishga kuyadi va ikkala kaftini doriga botirib, buynidan to tovonigacha ishkallash yo`li bilan 2-5 minutda surtib chiqadi va 5-10 minut dam oladi. Kiska vaqt ichida 1-eritmaning suyuq qismi uchib ketadi, bemor badanida esa tiosul`fat kristallariqoladiva u xuddi upa sepgandek okarib ketadi. Keyin xlorid kislotasi № 2 eritmasi ham xuddi shu yusinda surtiladi hamda urin kurpa giloflarini almashtiradi. Ikki kun xuddi shu zaylda davo qaytalanadi, yuvinishiga ikki kundan sung ruxsat beriladi.

Qo`tir kasalligini davolashda Vil`kinson mazi ham keng kul laniladi, u dorixonalarda tayyor xolda sotiladi. Vil`kinson malhami yo`z va bosh qismidan tashkari butun badanga kuniga bir martadan 5 kun mobaynida surtiladi va 6-kuni bemor yaxshilab yuvinib, kiyim va urin-kurpasini almashtiradi. Buyrak xastaligi bor kasallarga bu usul kul lanilmaydi, aks xolda teri orqali surilib yomon asoratlarga olib kelishi mumkin. YOsh bolalarga Vil`kinson malhami rux pastasi bilan tengma-teng aralashtirib ishlatiladi.

Oltinugurtning 20-33 % li malhami, bolalarga 5-10 % 5-6 kun mobaynida xuddi yukoridagidek tartibda ishlatiladi. Birok malhamlar ba`zan odam terisini ta`sirlashi va doridan dermatit paydo qilishi, shuningdek o`zidan kul amsa xid chiqishi hamda kiyim, urin-kurpada dog koldirishi kabi illatlardan xoli emas.

Qo`tirga qarshi dori ishlatishdan oldin bemor yaxshilab yuvinishi lozim, chunki mexaniq yo`l bilan teri yo`zsidagi kanalar tushib ketadi. Mabodo ikkilamchi mikroblar tushib jarayon yiringlashgan yoki ekzematlashgan bo`lsa, chumilish tavsiya etilmaydi. SHu bilan birgalikda davo olib borilayotgan paytda ham chumilish yaramaydi. Antiparazitar moddalar, ayniksa burmali soxalarga singdirib surtiladi, yiringlashgan, impetigolashgan joylarga extiyotlik bilan surtish talab etiladi. SHu bilan birga ikkilamchi piokokk infeksiyasiga ham qarshi davo kul laniladi. Qo`tir kasalligini davolashda benzilbenzoat ancha naf beradi. Kattalar uchun 20 % li, yosh bolalarga sovunli – suvli benzilbenzoat eritmasi kul laniladi, eritma tayyorlangandan to 7 kungacha o`z kuchini saklaydi.

Bu dori 3 kun mobaynida 2 maxal 10 minutlik tanaffus bilan surtiladi. Keyin bemor yuvinib urin-kurpa giloflar va kiyimini almashtiradi.

Davolashda yana 5 % li “K” sovun emul`siyasidan ham foydalanish mumkin. Uni 5 kun davomida surtish tavsiya etiladi: xadeganda to`zalavermasa, 3-5 kundan sung shu tartib yana takrorlanadi. Kasallik allergik dermatit bilan asoratlanganida antiparazitar dorilardan tashkari sharoitga qarab desensibilizasiyalovchi va antigistamin preparatlar buyuriladi. Qo`tirga piokokk infeksiyasi qo`shilagn xollarda antibiotiklar sul`fanilamidlar, surtishga oltinugurt-degtyar, bordegtyar, oksikort, triderm malhamlari hamda anilin buyoklari, 2 % li salisil buyuriladi.

Kasallikning oldini olish va profilaktikasi. Kasallik borligi aniqlanganda maxsus xabarnoma tuldiriladi va tegishli joylarga ma`lum qilinadi. Bemor bilan mulokotda bo`lganlar, oila a`zolari obdon ko`zdan kechiriladi. Bemor bola batamom tuzalib ketmagunicha uni soglom bolalarga (yasli, bogcha, maktabga) qo`shilmaydi.

Bemorning ichki va ustki kiyimlari, etadigan urin-kurpalari ishlatgan asbob anjomlari, bolalarning uyinchoklari dezinfeksiya qilinishi zarur. (DDT, “K” sovuni). Dezinfeksiya maxsus nam kameralarda bajariladi. U bo`lmagan takdirida kiyim-kechaklarni kaynatib yuvish va yaxshilab dazmollash zarur. Urin-kurpalarini oftobga yoyib, xar kuni bir necha marta orqa ungini agdarib turish (4-5 kun) lozim. Qo`tir kasalligi kupashib ketganda bemorlarni davolash uchun maxsus skobiozoriylar ochiladi, aholi urtasida qo`tir kasalligi haqida tushuntirish ishlari olib boriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 10) Teri va shilliq qavatlarining anatomiyasi , gistologiyasi.
- 11) Teri va tanosil kasalliklari bilan og`rigan bemorlarni tekshiruv usullari.
- 12) Dermatozlar rivojlanishida endogen va ekzogen omillar.
- 13) Teridagi patomorfologik o`zgarishlar.
- 14) Teri kasalliklarining sub`ektiv simptomlari.
- 15) Teri kaslliklarining ob`ektiv simptomlari.
- 16) Birlamchi morfologik elementlarga ta`rif berib.

- 17) Ikkilamchi morfologik elementlarga ta`rif bering.
- 18) Teri kasalliklarni umumiy davolash prinsiplari.
- 10) Teri kasalliklarini mahalliy davolash prinsiplari.

Mavzuning asosiy savollari:

- 12) Piodermiyalarga ta`rif bering. Terining yiringli kasalliklari tasnifi.
- 13) Stafilokokkli piodermiyalarga ta`rif bering. Stafilokokkli piodermiyalar tasnifi.
- 14) Furunkul, karbunkul, gidradenit klinikasi, davolash prinsiplari. Ostiofollikulit, follikulit, sikoz klinikasi, davolash prinsiplari. CHakaloklar yiringli kasalliklari klinikasi, diagnostikasi davolash.
- 15) Streptokokkli piodermiyalarga ta`rif bering. Streptokokkli piodermiyalar klinikasi tasnifi.
- 16) Streptokokkli impetigo klinikasi davolash prinsipi. CHukur streptokokkli piodermiyalar klinikasi, davolash.
- 17) Aralash strepto-stafilokokkli piodermiyalar klinikasi, diagnostikasi, davolash.
- 18) Husnbuzar sabablari, turlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
- 19) Alopesiya sabablari, turlari, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari.
- 20) Terining yiringli kasalliklarini oldini olish chora-tadbirlari.
- 21) Qo`tir etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi.
- 22) Qo`tir klinikasi, davolash, profilaktikasi.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interfaol usullar

Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish

Maqsad: Guruh talabalarining barchasini ishtirok etish darajasini oshirish, ularga bir-biridan o`rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari:

Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan alohida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan, har bir kichik guruh 30 minut davomida uchta topshiriqni tahlil qiladi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik guruh (2-3 kishi) 19 minut davomida muhokama qilib o`z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o`tdilar, shu tariqa davom etadilar. Har bir guruh o`zining rangli flomasterini oladi. 1- guruh – ko`k, 2 – guruh – qora, 3- guruh – yashil. Har bir qog`oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo`lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib bajariladi. Guruh o`zidan oldingi guruh bergan javoblarni o`qib qo`shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo`lmasligi kerak. Yana 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o`tdilar, qog`ozni o`qib o`zlarining javoblari bilan to`ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

Misol: 1) Teri kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillarini ko`rsating. Teri anatomiyasi, fiziologiyasi, gistologiyasi.

2) Teri kasalliklarining umumiy simptomokompleksi, sub`ektiv va ob`ektiv shikoyatlari, morfologik elementlar ta`rifi.

3) Teri kasalliklari diagnostikasi va davolash usullari.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir guruh bergan javobni baholashda qulay hisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo`yilib to`g`ri javoblarni sanashda qulay hisoblanadi. Eng ko`p javoblarni bergan kichik guruhlar maksimal ballarni olishadi.

“Stol ustida ruchka” usuli

Butun guruhga topshirik beriladi (masalan, revmatoidli artrit belgilari, tizimli kizil volchankada kullaniladigan dori preparatlari, glyukokortikoid preparatlarinig nojuya ta`siri va xokazo). Xar bir talaba uz variantini yozadi va yonidagi talabaga uzatadi, ruchkani stol urtasiga kuyadi. Assistent talabalarni tekshiradi va talabalar to`g`ri javoblarni uz daftarlariga kuchiradilar. Bunda talabalarining nazariy bilimlari sinaladi.

2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalanadi

3. Slaydalar, multimedialardan foydalanadi

4. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi

«Galereya bo`ylab sayohat»

Maqsad: Talabalarga ma'lumotlarni tanqidiy baholash va ushbu muammo bo'yicha to'laqonligini aniqlashni o'rgatish.

Asosiy tamoyillari: Har bir guruhga bitta muammo taklif etiladi va ular 10 daqiqa davomida uni yozma ravishda hal etishadi, so'ng topshiriqlarni almashadilar. Avvalgi guruhning xatolarini aniqlash hamda javoblarga qo'shimchalar kiritish maqsadida savollar barcha ishtirokchilar bilan muhokama etilib, yakuniy javob varianti qabul qilinadi.

“Galereya bo`ylab sayohat” usuli talabalardan yuksak diqqat e'tiborni va ushbu bo`lim bo'yicha yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Bu usulning afzalliklari – talabalarning analitik qobiliyatini va klinik fikrlash ko`nikmalarini namoyish etishga imkon beradi.

Talabalarni guruhlariga taqsimlashda ular orasida liderlar borligini nazarda tutish lozim. Bu mashg`ulotga yakun yasalayotganda hisobga olinadi.

Misol: Mashg`ulot mavzusi: Streptokokkli piodermiyalar turlari va davolash.

Uch kichik guruhga bittadan savol beriladi:

4. Streptokokkli piodermiyalar klinik turlari.
5. Streptodermiyalar klinikasi, diagnostikasi.
6. Streptodermiyalarni davolash, oldini olish.

«Dumaloq stol»

Maqsad: Talabalarning ishtirok etish darajasini oshirish va ularga bir-biridan o`rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari: Stol ustiga vaziyatli masala yozilgan qog`oz tashlanadi. Har bir talaba o`zining javob variantini yozib, boshqa talabaga uzatadi. Hamma o`z javobini yozib bo`lgandan keyin tahlili qilinadi: noto`g`ri javoblar o`chirilib, to`g`ri javoblar muhokama qilinib, talabalarning bilim darajasi baholanadi. Bu usulni nafaqat yozma, balki og`zaki holda ham olish mumkin.

Masalan:

- Stafilodermiyalarga ta`rif bering.
- Sikoz klinikasini aytib bering.
- Sikozni zamonaviy davolash rejasini tuzing.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan ularni ish daftaringizga yozma ravishda bajaring.

1-masala

Bemorning yuz sog`asi terisida chegarasi uncha aniq bo`lmagan, teri sathidan ko`tarilmagan kattaligi 4-5 smli, pushtirang o`choq aniqlandi. Elementni bosganda yo`qoladi.

4. Morfologik elementni ko`rsating.
5. Bu morfologik element qaysi guruhga mansub?
6. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

2-masala

16 yoshli bemorning qo`l barmoqlari yon yuzalari sohasida aniq chegarali, oq rangli kattaligi 1-2, 2-2 smli o`choqlar aniqlandi. Bu sohada sezgirlik saqlangan, sub`ektiv sezgilar yo`q.

3. Morfologik elementni aniqlang.
4. Bu morfologik element qaysi guruhga mansub?
5. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

3-masala

Bemorning qo`l sohasi yozuvchi yuzalarida kattaligi 0,5-0,7 smli bo`shliqsiz, proliferativ, zich kansistensiyali teri sathidan ko`tarilgan toshmalar paydo bo`ldi. Elementlar aniq chegaraga ega bo`lib, aylana, yassi shaklli.

Morfologik elementni aniqlang.

3. Bu morfologik element qaysi guruhga mansub?
4. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

4-masala

Do`mboqcha-infil`trativ, bo`shliqli, o`tkir yallig`lanish xarakterdagi element bo`lib, teri sathidan ko`tarilib turadi. Tez-tez yaralanib, chandiqlanish yoki chandiqli atrofiya bilan tugaydi.

3. YUqoridagi ma`lumotlardan xatoliklarni aniqlab, to`g`ri ma`lumotlar bilan to`ldiring.
4. Qaysi kasalliklarda do`mboqcha asosiy morfologik element bo`ladi?

5-masala

Bemorning yuz va ko`krak sohalarida o`tkir yallig`lanishli, teri sathidan ko`tarilib turgan, ichi seroz suyuqlik bilan to`lgan, kattaligi 0,3*0,5 smli bo`shliqli toshmalar aniqlandi.

6. Morfologik elementni ayting.
7. Bu elementga gistologik ta`rif bering va oqibati nima bilan tugaydi?

6-masala

Bemorning bo`yin orqa tarafida 5*6 sm kattalidagi o`choq bor. SHu sohaterisi quruq, zich, qalinlashgan. Teri tasviri o`choq sohasida kuchaygan, ya`ni biroz pigmentasiyalangan.

4. Morfologik elementni ayting.
5. Bu element qaysi morfologik guruhga mansub?
6. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

7-masala

Bemorning boldir sohasida epidermis va dermagacha etib borgan ,kattaligi 2-3 smli oval shaklli chetlari aniq, serozli-yiringli ajralma saqlovchi chuqur defekt bor.

4. Morfologik elementni ayting.
5. Morfologik element oqibatini ko`rsating.
6. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

8-masala

Bemor tanasi terisida aylana shaklli, kattaligi tangadek keladigan, teri sathidan ko`tarilgan zich, infil`trativ ko`plab o`choqlar aniqlandi.

4. Morfologik element xarakterini aniqlang.
5. Bu morfologik elementga ta`rif bering.
6. Bu element qaysi dermatozlarda uchraydi?

9-masala

Bemorning lab qizil hoshiyasida seroz eksudat saqlagan ko`plab mayda bo`shliqli toshmalar bor.

4. Morfologik elementni ayting.
5. Morfologik elementga ta`rif bering va oqibati?
6. Qaysi dermatozlarda uchraydi?

10-masala

Preparatni gistologik tekshirishda donador qavat qalinlashganligi aniqlandi.

3. Gistopatologik jarayonni aniqlang.
4. Donador qavatga ta`rif bering.

11-masala

Teridan olingan bioptat tekshirilganda epidermis tikansimon qavat hujayralarining o`zaro bog`liqligi buzilganligi va Tsank hujayralari aniqlandi.

4. Patogistologik jarayonni ayting.
5. Tikansimon qavatga ta`rif bering.
6. Qaysi dermatozlarda uchraydi?

12-masala

Teridan olingan bioptatda Mal`pigi qavat hujayralararo shish va yadrolari piknozi aniqlandi.

4. Patogistologik jarayonni ayting.
5. Mal`pigi qavati to`g`risida ma`lumot bering.
6. Qaysi dermatozlarda uchraydi.

13-masala

Neyrodermit kasalligi bor bemor terisiga to'ntoq predmet bilan mexanik ta'sirot berilganda oq chiziqlar ko'rinishidagi nerv-tomir reaksiyasi yuzaga keladi.

3. Reaksiya nomini ayting.
4. Qaysi dermatozlarda bu reaksiya kuzatiladi?

14-masala

Bemor tanasida qichish bilan kechuvchi urtikar toshmalar aniqlandi.

4. Morfologik elementni ko'rsating.
5. Morfologik elementga ta'rif bering.
6. Mahalliy davolashni ayting.

15-masala

Bemorning tanasi, qo'l-oyoqlari terisida ko'plab milliar, lentikulyar, numullyar papulalar, pilakchalar paydo bo'lib, usti oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan.

4. Morfologik elementlar xarakterini aniqlang.
5. Qaysi kasallik uchun xos?
6. Tashxisni tasdiqlash uchun qaysi simptom aniqlanadi?

16-masala

Bemor qizil yassi temiratki bilan kasallandi. Bunda toshmalar kuchli stress-qo'rquvdan keyin paydo bo'lgan.

3. Bu patologiyadagi morfologik elementlarga ta'rif bering.
4. Bemorga qaysi umumiy davo terapiyasi yordam beradi?

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan ularni ish daftaringizga yozma ravishda bajaring.

1-masala.

Bemor B. 22 yoshda. Bilakning ichki sohasida og'riqli tugun paydo bo'lgan. Tugun qonussimon shaklda bo'lib, markazida yiringli-nekrotik o'zagi bor. Periferik qonda leykositoz. ECHT oshgan.

3. Tashxis qo'ying.
4. Davolash rejasini tuzing.

2-masala.

2 yoshli bolaning yonoq va qo'l-oyoqlar sohasida aylana shaklli oqish rangli dog'lar bor. Dog'lar usti mayda kepakchalar bilan qoplangan. Kepakchalarni qirib olib tekshirilganda zamburug' aniqlanmadi. Bal'ser sinamasi dog'lar ustida manfiy. Periferik qonda Nv-90 g/l, erit – 4,5. ECHT -9.

4. Tashxis qo'ying.
5. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.
6. Davolash rejasini tuzing.

3-masala.

CHaqaloqning ensa, elka sohasida qizil-ko'kimtir rangli ko'plab tugunlar bo'lib kattaligi no'xat kattaligidek, pal'pasiyada flyuktuasiya aniqlanadi. Ochilgan tugunlardan yarim suyuq bo'lgan yiringli-gemorragik ajralma chiqadi.

4. Faraziy tashxis qo'ying.
5. Tashxisni aniqlash uchun qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis qilinadi.
6. Davolash choralarini belgilang.

4-masala.

Bemor D. 30 yoshli erkak. Bemorning soqol-mo'ylovlari sohasida ko'plab follikulitlarni, ostiofollikulitlarni va sarg'ish yiringli po'stchalar aniqlanadi. Jarayon qaytalanib turadi.

4. Tashxis qo'ying.
5. Ostiofollikulit, follikulitlarga ta'rif bering.
6. Davolash rejasini tuzing.

5-masala.

Bemor K. 40 yoshda. Bemorning chap tomon qo'ltiq ostida og'riqli, zich teri bilan birlashgan tugun aniqlandi. Tugun qizg'ish-ko'kimtir rangli bo'lib, flyuktuasiya aniqlandi. Nekrotik sterjen' aniqlanmadi.

5. Tashxis qo`ying.
6. Bu patologiya qaysi guruh kasalliklarga kiradi?
7. Bu patologiyada terining qaysi qismlari shikastlangan?
8. Davolash rejasini tuzing.

2- mavzuga oid testlar

1. Gistologik proliferativ o`zgarishlarga kiradi:

- A) giperkeratoz, parakeratoz, akantoz, granulyoz
- B) akantoz, spongioz, giperkeratoz
- V) akantolizis, parakeratoz, granulyoz
- G) karioreksis
- D) akantolizis, karioreksis, spongioz

2. Ektodermadan rivojlanadi:

- A) sochlar, epidermis
- B) qon tomirlari
- V) mushaklari
- G) limfa apparati
- D) nerv tolalari

3. Terida ter bezlari bo`lmaydi:

- A) lab qizil hoshiyasida
- B) qo`ltiq osti chuqurchasida
- V) kaftlarda
- G) tovonda
- D) qorin sohasida

4. Pustulaning turiga kiradi:

- A) teleangiektaziya
- B) ekskoriyasiya
- V) bulla
- G) vezikula
- D) fliktena

5. proliferativ elementni ko`rsating.

- A) tuguncha
- B) yiringcha
- V) pufak
- G) dog`
- D) pufakcha

6. Dog`li elementni ko`rsating.

- A) akne
- B) rupiya
- V) fliktena
- G) ektima
- D) eritema

7. Ikkilamchi elementni ko`rsating.

- A) vegetasiya
- B) tuguncha
- V) yiringcha
- G) do`mboqcha
- D) pufakcha

8. YOg` bezlari bo`lmaydi:

- A) kaft va tovonda
- B) ko`krak sohasida

- V) boshning sochli qismi terisida
 - G) kuraklararo sohasida
 - D) burun-lab uchburchagida
9. Terida ter bezlar bo`lmaydi:
- A) peshonada
 - B) ko`kraklar sohasida
 - V) qorin sohasida
 - G) kaft va tovonda
 - D) jinsiy olat boshchasida
10. "Meybomiev" yog` bezlari joylashgan:
- A) ko`z qovoqlari atrofida
 - B) genetal sohada
 - V) quloq suprasida
 - G) lab qizil hoshiyasida
 - D) ko`krak sohasida
11. Gistologik proliferativ o`zgarishlarga kiradi:
- A) giperkeratoz, parakeratoz, akantoz, granulyoz
 - B) akantoz, spongioz, giperkeratoz
 - V) akantolizis, parakeratoz, granulyoz
 - G) karioreksis
 - D) akantolizis, karioreksis, spongioz
2. Ektodermadan rivojlanadi:
- A) sochlar, epidermis
 - B) qon tomirlari
 - V) mushaklari
 - G) limfa apparati
 - D) nerv tolalari
3. Terida ter bezlari bo`lmaydi:
- A) lab qizil hoshiyasida
 - B) qo`ltiq osti chuqurchasida
 - V) kaftlarda
 - G) tovonda
 - D) qorin sohasida
4. Pustulaning turiga kiradi:
- A) teleangiektaziya
 - B) ekskoriyasiya
 - V) bulla
 - G) vezikula
 - D) fliktena
5. proliferativ elementni ko`rsating.
- A) tuguncha
 - B) yiringcha
 - V) pufak
 - G) dog`
 - D) pufakcha
6. Dog`li elementni ko`rsating.
- A) akne
 - B) rupiya
 - V) fliktena
 - G) ektima
 - D) eritema
7. Ikkilamchi elementni ko`rsating.
- A) vegetasiya

- B) tuguncha
 V) yiringcha
 G) do`mboqcha
 D) pufakcha
8. YOg` bezlari bo`lmaydi:
 A) kaft va tovonda
 B) ko`krak sohasida
 V) boshning sochli qismi terisida
 G) kuraklararo sohasida
 D) burun-lab uchburchagida
9. Terida ter bezlar bo`lmaydi:
 A) peshonada
 B) ko`kraklar sohasida
 V) qorin sohasida
 G) kaft va tovonda
 D) jinsiy olat boshchasida
10. "Meybomiev" yog` bezlari joylashgan:
 A) ko`z qovoqlari atrofida
 B) genetal sohada
 V) quloq suprasida
 G) lab qizil hoshiyasida
 D) ko`krak sohasida
11. YOg` bezlari terining qaysi sohasida bevosita teriga ochiladi?
 A) jinsiy olat boshchasida
 B) burun sohasida
 V) boshning sochli qismi terisida
 G) yonoqlar sohasida
 D) kaftlar sohasida
12. Akantolizis – bu- ...
 A) tikansimon qavat hujayralari orasidagi desmasomalarning erishi
 B) tikansimon qavat hujayralarining ko`payishi
 V) muguzlanish jarayonining buzilishi
 G) qavatning qalinlashuvi
 D) epitelial hujayralarda atipik yadrolarning paydo bo`lishi
13. Parakeratoz –bu – epidermositlarning tugallanmagan muguzlanish jarayoni bo`lib, qaysi qavat hujayralari distrofiyasidan kelib chiqadi.
 A) donador qavat
 B) bazal qavat
 V) tikansimon qavat
 G) so`rg`ichsimon qavat
 D) to`r qavat
14. Granulyoz – bu - ...
 A) donador qavatning qalinlashuvi
 B) donador qavatning noziklashuvi
 V) shox qavatning qalinlashuvi
 G) shox qavat hujayralarining struktur o`zgarishlari
 D) hujayralararo shish
15. Anaplaziya – bu - ...
 A) epiteliositlarda atipik yadrolarning paydo bo`lishi
 B) tikansimon qavat hujayralarining o`zaro bog`liqlikning buzilishi
 V) epiteliosit hujayralar bujmayishi
 G) hujayralar sitoplazmasida granularlarning bo`lishi
 D) sitoplazma vakuolizasiya

16. Spongioz – bu -...
- A) Mal`pigi qavati hujayralararo shish
 - B) Mal`pigi qavatdagi vakuolli degenerasiya
 - V) shox qavat hujayralararo shish
 - G) dermada degenerativ o`zgarishlar
 - D) hujayralarning kazeozli bo`kishi
17. Ekssudativ gistomorfologik o`zgarishlarni ko`rsating.
- A) granulyoz, parakeratoz
 - B) spongioz, akantolizis
 - V) giperkeratoz, granulyoz
 - G) giperkeratoz, parakeratoz
 - D) spongioz, giperkeratoz
18. Akantolizis jarayoni qaysi dermatoz uchun xos?
- A) vul`gar pemfigus
 - B) vul`gar ektima
 - V) vul`gar psoriaz
 - G) vul`gar vitiligo
 - D) neyrodermit
19. Granulyoz jarayoni qaysi dermatoz uchun xos?
- A) vul`gar pemfigus
 - B) vul`gar vitiligo
 - V) oddiy pufakli temiratki
 - G) turniol`
 - D) qizil yassi temiratki
20. Qaysi funktsiya teriga taalluqli emas?
- A) toksinlar hosil qilish
 - B) so`rilish
 - V) chiqarish
 - G) termoregulyasiya
 - D) sezgi organi
21. Qaysi moddalar qichishga qarshi?
- A) mentol
 - B) dyogot`
 - V) oltingugurt
 - G) salisil kislota
 - D) furasilin
22. Derma qavatini ko`rsating.
- A) yaltiroq
 - B) donador
 - V) so`rg`ichsimon
 - G) tikansimon
 - D) bazal

Mavzuga oid testlar

1. Piodermiyani keltirib chiqaruvchi faktorlarga kiradi:
- A) uglevod almashinuvining buzilishi
 - B) UBN lar bilan nurlanish
 - V) qonning ivuvchanlik xususiyatining oshishi
 - G) qonda yod miqdorining etishmasligi.
 - D) rentgen nurlari bilan nurlanish
2. Stafilodermiyalarga kiradi:
- A) vezinulopustulyoz

- B) xasmol
 - V) vul`gar impetigo
 - G) oddiy temiratki
 - D) bullyoz impetigo
3. Streptokokkli infeksiyalarga kiradi:
- A) vezinulopustulyoz
 - B) psevdofrunkulyoz
 - V) sikoz
 - G) Bokxart impetigosi
 - D) oddiy temiratki
4. Stafilokokkli infeksiyalarga kiradi:
- A) Ritterning eksfoliativ dermatiti
 - B) turniol`
 - V) intertriginoz piodermiya
 - G) zaxmsimon papulyoz impetigo
 - D) bullyoz impetigo
5. Streptodermiyalarga quyidagilardan qaysi biri kiradi?
- A) tirqishsimon impetigo
 - B) epidemik chilla yara
 - V) Bokxart impetigosi
 - G) ostiofollikulit
 - D) karbunkul
6. Quyidagilardan qaysi biri chaqaloqlar yiringli kasalliklariga kiradi?
- A) gidradenit
 - B) furunkul
 - V) surunkali yarali piodermiya
 - G) oddiy temiratki
 - D) vezikulopustulyoz
7. Streptokokkli piodermiyalarning asosiy morfologik elementi:
- A) flektena
 - B) bulla
 - V) pustula
 - G) papula
 - D) vezikula
8. Eksfoliativ Ritter dermatiti qaysi piodermiyalarga kiradi?
- A) toksikodermiyaga
 - B) kasbga aloqador dermatitlarga
 - V) stafilodermiyalarga
 - G) streptodermiyalarga
 - D) qontakt dermatitlarga
9. Ritter dermatiti uchun qanday morfologik elementlar xos?
- A) pufak, eroziyalar
 - B) papulalar
 - V) do`mboqchalar
 - G) mayda pufakchalar
 - D) qavarchiqlar
10. Ritter eksfoliativ dermatitida qaysi simptom musbat bo`ladi?
- A) Uikxem simptomi
 - B) Nikol`skiy simptomi
 - V) Gorchakov-Ardi simptomi
 - G) Sisto belgisi
 - D) Filatov koplik belgisi

Amaliy ko'nikma

Bajarish tartibi (qadamlar)

Bosqich №	Teri va shilliq qavatlarini ko'zdan kechirish , teri holatiga baho berish Topshiriqni bajarish uchun-15daqiq	Maksimal ball	To'plangan ball
1	Bemorni ko'rikka tayyorlash	5	
2	Teri rangiga e'tibor berish	5	
3	Teri turgori, elastikligi, namligi yoki quruqligini aniqlash	5	
4	Tartib bo'yicha yo'z, kullar, tana, jinsiy a'zolar va oyoqlarni ko'zdan kechirish. Toshmalar borligiga va ularning xususiyatlariga e'tibor berish	10	
5	Birlamchi va ikkilamchi toshmalar borligiga, jarayon lokalizatsiyasiga e'tibor berish	20	
6	Elementlarning konfiguratsiyasiga, o'lchamiga, rangiga va bir-biriga nisbatan joylashishiga e'tibor berish	20	
7	Jarayonni izoxlash (Status localis)	35	
	Ja'mi	100	

Amaliy ko'nikma

Bajarish tartibi (qadamlar)

№	Qo'tir kanasini izlash uchun teridan qirna olish usuli Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt-20daqiq	Maksimal ball	To'plangan Ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyorlash	5	
2	Tekshiriladigan Jarayonni aniqlash	20	
3	Yangi qo'tir toshmalaridan birini sharikli ruchka bilan lupa yordamida chegaralab chizib olinadi	30	
4	Skalpel uchi yoki igna yordamida qo'tir yo'li oxirida joylashgan pufakchani tomi sanchilib bo'ziladi, qo'tir kanasining yo'li bo'yicha yo'naltirilib teri qo'poriladi.	30	
5	Buyum oynachasiga 10foizli natriy ishqori tomiziladi, olingan material shu eritma bilan aralashtiriladi va qoplovchi oyna bilan yopiladi	10	
6	Tayyorlangan material 10 - 20 daqiqadan so'ng mikroskop ostida okul yar 10 ob'ektiv 8 kondensator tushirib ko'zatiladi	10	
7	Mikroskop ko'rish maydonchasida kana yoki uning bo'lakchalari, tuxumlari yoki ekskrementlari topiladi	20	
	Ja'mi	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Terining parazitlar va yiringli kasalliklari qiyosiy tashxisi. Zamonaviy diagnostika va davolashda yangiliklar
Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentatsiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

3-mavzu: Teri va zamburug'li infeksiyalar.

3.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-8 -10nafar
--------------------	---------------------------

Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	1.Mikozlarning klinik tasnifi va epidemiologiyasi 2.Rang-barang temiratki. Eritrazma. 3.Dermatomikozlar. . YO`za va chuqur trixofitiya. Mikrosporiya. Kallik. 4.Kandidozlar. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. 5.Onixomikozlar. Laborator tekshirish usullari. 6.Davolash asoslari, dispanser nazoratiga olish.
O`quv mashg`ulotning maqsadi:	Ta`limiy: Talabalarni zamburuli infeksiyalarda zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish zamburuli infeksiyalar tasnifini berish , kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari turisida bilimlarni shakllantirish. , -klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish,- Status localis bo`yicha tavsiflash,-xususiy resteptura misollari bilan maxalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqali talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o`z xissasini qo`shishga intilish, o`zi tanlagan kasbga mexr uyg`otish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo`lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp`yuter, proektor, baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg`ulotda joriy va mustaqil ish bo`yicha bilimlar darajasi baholanadi

<i>3.2. Teri va zamburug`li infekstiyalari amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi</i>		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligii nazorat qilish 2.Talabalarning mashg`ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
1.O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish

Asosiy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Teri va zamburug’li infekstiyalar” mavzusiga oid bo’lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og’zaki savol, test, masala. 2. “Tezkorlik, aniqlik, to’laqonlik” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo’linadilar Tomosha qiladilar</p> <p>Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.</p>
Asosiy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Teri va zamburug’li infekstiyalar” og’zaki savol, test, masala. 2. Ko’rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. “Aylanma stol” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6. Mavzular asosida berilgan ma’lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag’batlantiradi va umumiy baholaydi 	<p>Kichik guruhlariga bo’linadilar Tomosha qiladilar</p> <p>Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.</p>
YAkuniy bosqich	<ol style="list-style-type: none"> 1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi: Kallik klinik kechishi, diagnostika va davolash. Onixomikoz zamonaviy diagnostika va davolash usullari 3. Uyga vazifa beradi: Dermatitlar. Toksikodermiyalar. Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar 	<p>Tinglaydi Yozib oladi</p> <p>Yozib oladi</p>

Terining zamburug’ kasalliklari

Zamburug’ kasalliklarini o’simlik parazitlariga mansub zamburug’lar qo’zg’atadi. Ular xavoda, tuproqda, o’t va suv xavzasi atrofida noaktiv hayot kechiradi. Ammo Boshqa sharoitlarda, masalan, odam yoki hayvon terisiga tushganda kasallik keltirib chiqaradi. Hozirda zamburug’larning 100.000 dan ortiq xili ma’lum bo’lib, ulardan 500 taga yaqini odam va hayvonlar uchun patogen hisoblanadi, ya’ni kasallik chaqiradi, Parazit zamburug’lar keltirib chiqargan teri kasalliklarini — dermatomikozlar (grekcha derma — teri; mikoz — zamburug’) deyiladi, zamburug’lar esa dermatofitlar deb ataladi. Patogen zamburug’lar guruhini ipsimon zamburuglar (dermatofitlar) tashqil etib, ular ipsimon miseliyalar va sporalar hosil qilish xususiyatiga ega.

Zamburug’li kasalliklar yuqumli bo’lib, tez tarqaladi, ayniqsa ular bolalar o’rtasida tez-tez uchraydi. Kasallik bemordan yoki kasal hayvondan odamga o’tadi. Kasallik asosan bemor bilan bevosita muloqatda bo’lganda yoki uning zararlangan buyumlaridan foydalanganda yuqadi.

Kasallik paydo qiluvchi zamburug’larning yana bir guruxini achitkisimon zamburug’lar tashqil qiladi. Ular Sandida turkumiga mansub bo’lib, sporalar hosil qilmay kurtaklanish yo’li bilan ko’payadi. Achitqisimon zamburug’lar psevdomiseliyalar hosil qilishga moyil. Bu zamburug’larning Sandida albicans turi patogen hisoblanadi. Qandida zamburug’lari tabiatda keng tarkalgan. Ular meva va sabzavot, sut maxsulotlari, shuningdek odam va hayvon terisi hamda shilliq qavatlarida saprofit holda yashaydi. Faqat muayyan sharoitlarda ular kandidozlar deb ataluvchi o’ziga xos kasallikni keltirib chiqaradi.

Hozirgi kunda dermatologlar tomonidan Quyidagi klassifikasiya (tasnif)dan keng foydalaniladi (N. D. Sheklakov, 1978).

I. Keratomikozlar

1. Rang-barang temiratki
2. Eritrazma
- P. Dermatomikozlar
 1. CHov epidermofitiyasi
 2. Oyoq panjasi epidermofitiyasi
 3. Rubromikoz
 4. Trixofitiya
 5. Mikrosporiya
 6. Favus
- III. Kandidoz
- IV. CHuqur mikozlar

Keratomikozlar

Kasallik teri mugo'z qavatining zararlanishi hamda yal-lig'lanishsiz kechishi bilan ifodalanadi. Keratomikozlarga rang-barang yoki kepaksimon temiratki va eritrazma kiradi.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki — terining yallig'lanishga dahli bo'lmagan yo'za infeksiyasidir. Qo'zgatuvchisi Ryugoyrogshp og'lsilapz (Mlsgozrogshp ^ig^ig) terining mugo'z qavatida joylashib, ko'p terlaydigan va terning kimeviy tarki-bi o'zgarib turadigan kishilarda tez ko'payadi.

Klinikasi. Ko'krak, orqa, bo'yin, kamdan-kam xollarda oyoq-qo'llarda, qorinda, boshning soch-li qismida keskin chegaralangan va turli shakl va katta-kichiklikdagi jigarrang dog'lar yo'zaga keladi. Bo'lar periferiyaga qarab o'sib bir-biriga ko'shilishga moyil bo'ladi va g'alati shakl hosil qiladi. Dog'lar rangi har xil: pushti-sariqdan to'k-qo'ng'irgacha, ko'pincha sutli kofe rangida bo'ladi. Dog'lar yo'zasi ko'zga sal ilg'aydigan kepaksimon tangachalar bilan koplanadi; sub'ektiv sezgilar deyarli bo'lmaydi, ahyonda badan sal qichishishi mumkin. Kasallik bir necha oy yoki yillab davom etadi. Zamburug' sochlarga zarar etkazmaydi, lyoki n ko'pincha boshning sochli qismi terisini shikastlaydi.

Diagnozi. Dog'lar va ular atrofidagi sog'lom teriga yod surtiladi, bunda uning yo'zasidagi tangachalar nodni ko'prok singdiradi, shuning' uchun shikastlangan joyda yod rangi sog'lom joyga qaraganda to'qroq bo'lib koladi. Boshning sochli qismini lyuminessent lampasi (VUD lampasi) orqali ko'rilganda, dog'lar yo'zasi qo'ng'ir rangda tovlanadi, YAllig'lanishsiz sal po'st tashlab turadigan har xil kattalikdagi qo'ng'ir-jigar-rang dog'lar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib diagnoz qo'yiladi.

Gistopatologiyasi. Terining mugo'z qavatida ko'plab zamburug'lar topiladi. YAlliglanish bo'lmaydi.

Davosi. Mugo'z qavatning zamburug'lar o'rnashib olgan yo'za qismini ko'chirib tushirish maqsadga muvofiq. Buning uchun zararlangan joylarga har kuni yashil sovun, Vil'kinson mazi, 10% li salisilat spirti eritmasi, 10—20% li oltingugurt moyi, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat moyi aralashmasi surtiladi. SHuningdek bir hafta mobaynida 60% li giposul'fit eritmasi va 6% li xlorid kislota eritmasini ketma-ket surtish yaxshi natija beradi (Dem'yanovich metodi). Kasallik qaytalamasligi uchun davolangan joylarni bir necha hafta mo-baynida kuniga 1 maxal 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi, lamizil malhami 2 hafta davomida kuniga 1—2 maxal surtiladi. Kepaksimon temiratki dog'lari qo'yosh nuri ta'sirida yo'qolib ketishi mumkin.

Eritrazma Qo'zgatuvchisi-korinobakteriyalar. So'nggi yillarda eritrazmani korinobakteriyalar qo'zgatadi deb, uni psevdomikozlar qatoriga kiritilmoqda. Eritrazma terining ko'p uchraydigan zamburugli kasalligi bo'lib, aksariyat erkaklarning teri burmalarida uchraydi.

Klinikasi. Son-yorg'oq burmasida, son terisida, qo'ltikda, ayollarda esa sut bezlari ostida qizil-jigarrang tusli keskin ajralib turadigan dog'lar paydo bo'ladi, ba'zan bu dog'lar oyoq, panjasi orasida ham ko'zatiladi. Ular bir-biriga qo'shilib, shaklan festonlarga o'xshab ketadigan katta-kichik o'choklarni hosil qiladi. Dog'larning yo'zi sal po'st tashlab turadi, badan bir oz qichiydi, ko'pincha sub'ektiv sezgilar bo'lmaydi, terlash natijasida ba'zan yallig'lanish jarayoni ko'shiladi, zararlangan joy qizarib shishib turadi va pufakchalar paydo bo'ladi.

Diagnozi. Lyuminessent lampa orqali qaralganda kasallik o'choqlari g'isht rang, qizil bo'lib tovlanadi. Qlinik ko'rinishi va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanib diagnoz ko'yiladi.

Davosi. Xuddi kepaksimon temiratkidagidek po'st tushira-digan va dezinfeksiyalovchi moddalar buyuriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin va 5% li eritromisin malhami qo'llaniladi. Keyinchalik kasallik qaytalamasligining oldini olish uchun 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi.

Dermatomikozlar:

Dermatomikozlar epidermis, derma va teri hosilalari (soch, tirnoq)ning zararlanishi bilan kechadi.

CHov epidermofitiyasi

Kasallikni eridermafitonlar zamburug'lari paydo qiladi, Ko'proq erkaklar kasallanadi.

Klinikasi. Sonning ichki yo'zasida kattaligi tangadek keladigan pushti qizil rangli dog'lar paydo bo'ladi. Dog'larning cheti teri sathidan bolishga o'xshab ko'tarilib turadi, ularning yo'zasida mayda-mayda pufakchalar, pustulalar bo'lib, markazida esa kepaksimon tangachalar ko'rinadi. Dog'lar yirik o'choqlar hosil qilib, bir-biri bilan qo'shilib ketishga moyil bo'ladi-Ular periferiya tomon o'sa borib, o'rtasi oqara boshlaydi va halqasimon yoki marjon shaklini xosil qiladi. Bemorni badan qichishishi va ba'zan og'riq bezovta qiladi.

Bu kasallik odatda kasalxona va ro'zg'or buyumlari (ichki ki-yim, mochalka, kleyonka, termometr, tag tuvak) dan foydalanganda (agar ular to'la dezinfeksiya qilinmagan yoki o'lda-jo'lda qilingan bo'lsa) yuqadi.

Diagnozi. Kasallikning klinik manzarasi va o'choqlardan olingan qirma, mikroskop ostida tekshirilg'anda, unda miseliy iplarining topilishi hamda u Saburo oziq muhitiga eqilganda zamburug' kul `turasi o'sishi diaqnoz qo'yishda muxim rol` o'ynaydi. ;},**.

Davosi. Kasallik o'choslariga 1—2% li yod nastoykasi, 3—5% li oltingugurt, qoramoy malhamini surtish tavsiya etiladi. Jarayon o'tkir kechganda (yallig'lanish kuchli bo'lsa) 0,25%_ li kumush nitrat, 1—2%_li rezorsin. 2%li borat kislota eritmasi va boshqalardan sovuq primochkalar qo'yishbilan bir qatorda umumiy davo qilinadi, ya'ni 10% li kalsiy xlorid eritmasi, dimedrol yoki boshqa antigistamin preparatlar terapevtik dozalarda tavsiya etiladi.

Oyoq panjasi epidermofitiyasi

Oyoq panjasi epidermofitiyasini trixofiton zamburug'lari qo'zg'atadi. Uni quyidagi klinik shakli tafovut qilinadi.

1. Skvamoz epidermofitiya.
2. Intertrig'inoz epidermofitiya.
3. Disgidrotik epidermofitiya.
4. Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz).

Skvamoz epidermofitiya tovonda, panjalar oralig'idagi burmalar terisining har er har erida plastinkasimon po'st tashlab turishi bilan ifodalanadi. Bu joylar terisi och rangda bo'lib, yo'zasi oqish kul rang po'stchalar bilan qoplanadi. Po'st tashlab turadigan bu o'choqlar ba'zan o'zoq vaqt turib, bemor hech narsa sezmasligi ham mumkin. Lyoki n biror noxush ta'sirot tufayli kasallik qo'ziydi, bunda teri qizaradi, kichishadi va pufaklar paydo bo'ladi.

Intertriginoz epidermofitiya. Epidermofitiyaning bu xili 4-va 5-, 4- va 3-barmoqlar orasidagi terining po'st tashlashi, bo'kkanga o'xshab yorilishi tarzida namoyon bo'ladi. Bar-moqlarning bir-biriga tegib turadigan yo'zalarida pufakchalar paydo bo'lib, ular yoriladi va shilinishlar vujudga keladi, ko'pincha ular chetida ko'chgan epidermisning osilib turgan jiyagi ko'zg'a tashlanadi. Jarayon barmoqlar orasidagi burmalardan oyoq kafti terisiga tarqaladi. Oyoq panjasi mikoziining` intertriginoz shakli ko'pincha piodermiya bilan asoratlanadi va lim-fa tugunlari hamda limfa tomirlarining` yallig'lanishiga olib keladi.

Disgidrotik epidermofitiya. Oyoq panjasining yon yo'zasida, oyoq kafti gumbazi sohasida bir talay pufakcha va pufaklar paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Ular ba'zan yo'za yoki chuqur joylashadi. Ko'pgina mayda pufakchalar qo'shilib. katta pufaklarni hosil qiladi. Pufaklar qobig'i tarang, ichidagi suyuqlik esa tiniq yoki biroz xira bo'ladi. Pufak va pufakchalar paydo bo'lganda ko'pincha bemorning tinkasi qurib, harorati ko'tariladi. Pufaklar yorilib, eroziyalar vujudga keladi, ular chetida esa epidermis bo'laklari ko'rinib turadi. Ba'zi pufakchalar kurib, qora ko'tir bilan qoplanadi va keyinchalik ular o'rnida po'stlanisrku`atiladi. Tez orada yangi pufakchalar va yangi eroziyalar hofylgbo'lishi va pilchirash ko'zatiladi. Bemor-ni qichishish va og'ryq bezovta qiladi. Disgidrotik epidermofitiya ko'pincha piodermiya bilan asoratlanadi, oyoq panjasi teri-sida pustulalar, shish va og'riq paydo bo'lib,

limfangit hamda limfadenitlar avj oladi. Kasallik o'zoq davom etib, tez-tez qaytalab turadi. Ayniqsa u bahor va yoz oylarida ko'ziydi.

Ko'pincha qo'l panjasiga ham pufakchalar toshadi, ba'zan badan va qo'l-oyoqlar terisi po'st tashlaydi va pushti-qizil rangli dog'lar va papulalar paydo bo'ladi. Bu toshmalar allergik bo'lib, ularda zamburug'lar bo'lmaydi. Bu toshmalar epider-mofitidlar deb ataladi va oyoq panjasidagi asosiy o'choqlarda yallig'lanish qaytgandan so'ng odatda yo'qolib ketadi.

Gistopatologiyasi. Terining tikansimon qavatida hu-jayralar vakuolizasiyasi va spongiozi ko'zatiladi. Bunda xujayralararo mayda bo'shliqlar hosil bo'lib, ularning qo'shilishi natijasida seroz suyuqlik yoki leykositlar bilan to'la ko'p katakli bo'shliqlar hosil bo'ladi. Dermaning so'rg'ich-simon qavatida qon tomirlarining kengayishi va ular atrofida limfositlardan iborat yallig'lanish infiltrati ko'zatiladi.

Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz) — epidermofitiyaning barcha klinik shakllarida ko'zatiladi. Bosh barmok bilan jimjiloq tirnoqlari ko'proq zararlanadi. Tirnoqlarning chetida va tirnoq plastinkasi bagrida sariq doglar paydo bo'lib, tirnoq xira, qalin, mo'rt va uvalanadigan bo'lib qoladi.

Diagnozi. Oyoq panjasi epidermofitiyasining klinik ko'rinishi ko'pincha boshqa teri kasalliklariga, masalan, ekzemaga o'xshagani sababli, epidermofitiyaning diagnozi laboratoriya tekshirishlari orqali tasdiqlanadi.

Epidermofitiyaning yuqish yo'llari va sharoitlari. Kasallik qo'zg'atuvchi zamburug'lar hammomning yuvinish xonasida, suvhavzalari, sport zallari va poyabzalda bo'ladi. Asosan, kasallik shaxsiy gigienaga ahamiyat bermay, bemorning pay-pogi va oyoq kiyimlarini kiyaveradigan kishilarga yuqadi.

CHo'milish vaqtida oyoq panjasi terisining yumshashi sog'lom odamlarga epidermofitiyaning yuqishiga qulay sharoit tug'diradi. Epidermofitiyaning kelib chiqishi va avj olib borishida organizmning individual xususiyatlari, oyoq panjasining ko'p terlashi, terning kimyoviy tarkibi, organizmning umumiy axvoli, nerv sistemasining funksional holati katta ahamiyatga ega.

Davosi Epidermofitiyaning skvamos shaklini davolash uchun 2% li yod eritmasi va Vil'kinson malhamidan foydalaniladi. Dastlab soda-sovunli iliq vanna qilinadi, keyin 5% li salisi-lat, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat malhami aralashmasi surtilib, boylamlar qo'yish tavsiya etiladi.

Oyoq panjasining intertriginoz epidermofitiyasida barmoq orasidagi burmalarga 2% li yod, nitrofungin eritmasi, salisilat-benzoat yoki 5% li oltingugurt- malhami va boshqa fungi-sid malhamlar surtiladi.

Disgidrotik epidermofitiyani bartaraf etishda umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Kasallik o'tkir kechganda desensibilizatsiyalovchi umumiy davo buyuriladi: venaga 10% li kalsiy xlorid, 30% li giposul'fit, 10% li kalsiy glyuqonat eritmaları yuboriladi, Antigistamin preparatlardan dimedrol, suprastin, tavegil, diazolin, diprazin va boshqalar, V va S guruh vitaminlari, nikotin kislotasi buyuriladi. SHu bilan birga maxalliy davo ham qilinadi.

Kasallikning o'tkir davrida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin, 1:1000 nisbatdagi rivanol, 1% li rux sul'fat, 1:5000 nisbatdagi furasillin, 2% li borat kislotasi eritmalaridan foydalanib, sovuq primochkalar qo'llaniladi. Pufaklar yorilib, o'tkir yallig'lanish jarayoni bosilib qolganidan keyin, 5% li dermatol mazi, Unna kremi hamda 2% li ixtiol pastasi buyuriladi. Malhamlardan klotrimazol, mikozolon, mikospor, ja-raen ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanganda esa triderm buyuriladi.

Kasallikning barcha shaklini davolashda Lamizil preparatining samarasi katta, Uni boshqa antifungal dorilarga (nizo-ral, grizeoful'vin) qaraganda nohush ta'sirlari juda ham kam. Lamizil tabletka shaklida 250 mg dan kuniga 1 maxal, 14 kun davomida ichiladi, Lamizil malhami esa kuniga 1—2 maxal 2 yoki 4 hafta davomida surtiladi.

Intertriginoz va disgidrotik epidermofitiyalar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanib, limfangit va limfadenitlar bilan kechganida antibiotiklar va sul'fanilamid preparatlari tavsiya etiladi. Allergik toshmalar bo'lsa desensibilizatsiya-lovchi va antigistamin preparatlar ko'llash bilan bir qatorda, kasallikning klinik ko'rinishiga qarab, mahalliy davo sifatida chayqatuvchi suyuqlik va indifferent upalar qo'llaniladi. CHov epidermofitiyasida teri ta'sirlanmasligi uchun ehtiyot bo'lib davo qilish talab etiladi. O'tkir yallig'lanish bo'lganida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin va boshqa eritmalaridan sovuq primochkalar qilinadi. Keyinchalik tarkibida 2—3% li salisilat va benzoat kislotalari bor malhamlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Oyoq ko'p terlashi tufayli epidermofitiya bot-bot qo'zib turadigan bo'lsa, ozodalikka bekami-ko'st amal qilish, paypokni tez-tez almashtirib turish, oyoq kaftiga 3% li formalin eritmasi surtish, vaqti-vaqti bilan upa sepib turish tavsiya etiladi. Epidermofitiyaning tarqalishiga qarshi

kurashish maqsadida hammom, dushxona hamda suv havzalarida ozodalik va tegishli sanitariya talablariga mos profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish talab etiladi. U joylardagi pol, o`rindiq hamda boshqa jixozlarni xloramin, krezolning 5% li eritmasi yoki xlorli ohak eritmasi bilan muntazam dezinfeksiya qilib turish zarur. Bu muassasalarda xizmat qiladigan xodimlar tibbiy tekshiruvdan o`tib turishlari, tekshirish vaqtida kasal deb topilganlar zsa davolanishlari lozim.

Rubromikoz Rubromikoz yoki rubrofitiyaga Rubromikoz zamburug`i sabab bo`ladi.

Klinikasi. Asosan qo`l-oyoq kaftlari, oyoq. barmoqlari ora-sidagi hamda chov va qo`ltiq ostidagi burmalar zararlanadi. Yirik burmalar terisi, ayniqsa ko`p kasallanadi. Qo`l-oyoq kaft terisi kurib, dag`allashadi, egatchalar bor joylar qipiqsimon tangachalar bilan qoplanadi. Natijada qo`l va oyoq kaftlari xuddi un sepib qo`ygandek kepaklanib turadi. Jarayon epidermofi-tiyadan farq qilib, oeq panjasi va barmoqlarning ustki hamda yon yo`zalariga ham o`tadi. Oeq panjasining kasallanishi ko`pincha qichishish bilan kechadi. Oyoq barmoqlari orasidagi burmalar quruqshab kepaklanadi. Rubromikozda oyoqningdeyarlihamma bar-moqlari orasidagi burmalar, shuningdek tirnoqlar zararlanadi. Qo`l-oyoq tirnoqlari sarg`ayib, hiralashadi hamda qalin tortib uvalanib turadi va ko`pincha tirnoq uchidan ko`chadi. Ko`chgan tirnoq kirkul rangtusga kiradi. Silliq terida kasallik o`choklarining cheti ko`tarilib turadigan, unsimon tangachalar bilan qoplanadi. Ba`zan, shak-lan festonlarga o`xshaydigan, po`stchalar bilan qoplangan qi-zil dog`lar, halqalar ko`rini-shida bo`ladi. Doglar ustida mayda, qizil rangdagi tuguncha-lar bo`lib, ularning yo`zasi qora qo`tir bilan qoplanadi.

Kasallik surunkali kechadi, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa issiq kunlarda qaytalab turadi.

Davosi. Qo`l-oyoq kaftlari terisi keratolitik va fungisid moylar bilan ko`chiriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin, Kastellani bo`yogi, 10% li salisilat va 5% li ol-tingugurt moyi, 5% li qoramoy, mikoseptin, mikozolon, unden-sin, sinkundan, amikozol, 1% li lamizil moylaridan foydalaniladi. Davoning spesifik vositalariga fungistatik xususiyat-ga ega bo`lgan grizeoful`vin, geful`vin, nizoral antibiotiklari va fungisid xususiyatli lamizil dorisi kiradi. Grizeofulvin 1 oy mobaynida har kuni 4—6 tabletkadan (0,125 g dan), keyingi oyda esa xuddi shu dozada, lyoki n kunora ichish, so`ngra soglom tirnoq plastinkalari o`sib chiqqunga qadar xuddi shu dozada 3 kunda 1 martadan ichib turishga buyuriladi. Nizoral dorisi har kuni 1 tabletkadan (200 mg) dan ichiladi.

Silliq teri rubromikozini davolashda lamizil xar kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichiladi. Agar zararlanish o`chog`i tirnoqlarda bo`lsa (onixomikoz), u holda lamizil har kuni 250 mg dan 6 haftadan 4 oygacha ichiladi.

Trioxofitiya Trioxofitiya-dermatomikozlar ichida eng keng tarqalgani bo`lib, uning kelib chiqishiga trioxofiton turkumiga mansub zamburug`lar sabab bo`ladi. Kasallik bolalar va kattalarda uchray-di. Ko`pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlar zararlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo`zg`atuvchisi trioxofiton turkumiga kiruvchi zamburug`lar bo`lib, ular sochning kay tariqa zararlashiga qarab ikki guruhga bo`linadi, Birinchisi trioxofiton endotriks deb atalib, zamburug` sporasi bilan miselliy iplari soch ichida turadi. Ikkinchi gurux esa trioxofiton ekzotriks bo`lib, zamburug`lar soch tolasining sirtida parazitlik qilib yashaydi. Goho zamburug` sporalarining zanjirlari soch kutikul asi (pardasi) da ham bo`ladi.

YO`za va chuqur yoki maddalangan infil`trativ trioxofitiya tafovut qilinadi. YO`za trioxofitiyani antropofil zamburug`lari; chuqur, maddalagan infil`trativ trioxofitiyani esa zoofil zamburug`lar paydo qiladi.

Epidemiologiyasi. YO`za trioxofitiya ko`pincha bemor bilan bevosita muloqotda bo`lganda yuqadi. SHuningdek, bemor ishlatgan har xil buyumlar-taroq, bosh kiyim va boshqalardan ham patogen trioxofitonlar yuqishi mumkin. Kasallikka asosan bolalar chalinadi, ular kasallikni yillab surunkali trioxofitiya bilan og`rigan kattalardan yuktirib oladilar.

CHuqur, maddalagan-infil`trativ trioxofitiya esa asosan xayvonlardan (mol, ot, cho`chqa, sichqon, kalamush va h.q lardan) yuqadi. Kasallikning bu xilida sog`lom odamning buyumlark orqali yuqish hollari nisbatan kam uchraydi.

Klinikasi. Trioxofitiyaning klinik ko`rinishi va kechishi kasallik qo`zgatuvchisining xususiyatlari, uning patogenligi va makroorganizm xolatiga bog`liq.

YO`za trioxofitiya. Kasallikning bu turi ko`pincha 4—15 yoshli bolalarda uchraydi. Ba`zan ko`krak yoshidagi bolalar yoki kattalarda ham ko`zatiladi. Balog`at davriga kelib kasallikning bu turi ichki sekresiya bezlari faoliyatining o`zgarishi tu-fayli o`z-o`zidan yo`qolib ketadi, Ayrim hollarda odam keksayguncha cho`zilaverishi ham mumkin. Kattalarning surunkali trioxofitiyasi deb shunga aytiladi.

YO'za trixofitiya Quyidagi klinik ko'rinishda kechadi. Bosh-ning sochli qismida kattaligi olchadek keladigan talaygina kasallik o'choqlari vujudga kelib, shu soha terisi po'st tashlab, sochlari siyraklashib koladi. Zamburug'lar bilan zararlangan sochlar mo'rtlashib, teri dami barobarida sinib tushadi va shu joylar qora nuqtalarga o'xshab qoladi; singan sochlar o'z rangi-ni yo'qotib, xiralashadi va biroz yo'g'on tortadi. Kasallik o'chog'idagi teri po'stlari orasidan ilmoqqa o'xshash soch bo'laklari ko'rinib turadi, xuddi shu joylarda aftidan sog'lom sochlar ham o'sadi. YO'za trixofitiya bolalarda o'zoq vaqt davom etadi. Agar u o'z vaqtida davolanmasa badanning boshqa tukli qismlariga tarqalib ketishi mumkin.

Silliq terining yo'za trixofitiyasi. Aksariyat hollarda boshning sochli qismi zararlanishi bilan birga kechadi, kasallik faqat terida uchrashi ham mumkin. Dastlab terida chetlari sal ko'tarilgan och qizil rang'li dumaloq yallig'langan dog' vujudga keladi. Dog' chetlarida qizg'imgir bolishcha bo'lib, markazi birmuncha yassi tortib po'stlar bilan qoplanib turadi. Keyinchalik dog' chetlarida tarikdek pufakchalar paydo bo'lib, ular yorilgach qora qo'tir bilan qoplanadi. Dog'lar chetga tomon o'sib borib yoki bir-biriga ko'shilib, turli shakllar hosil qili-shi mumkin.

Kattalarning surunkali trixofitiyasi. Ko'proq ayollarda uchraydi. YUqorida ta'kidlaganimizdek, balog'at davrida kelib markaziy nerv sistemasi va ichki sekresiya bezlari faoliyatining o'zgarishi trixofitonlar uchun noqulay shart-sharoit tug'diradi. SHuning uchun ko'pincha bu davrda yo'za trixofitiya o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ammo, ichki sekresiya bezlari faoliyatida, xususan tuxumdonlarda biror illati bor ayollarda kasallik surunkali kechib, yillab cho'zilishi mumkin. Kasallik ko'pincha boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlarning birga zararlanishi bilan kechadi. Boldir, bilak, tirsak, dumba, tizza soxalarida bir-biriga qo'shilishga moyil bo'lgan, kattaligi tangadek, po'st tashlab turadigan, binafsha rangli dog'lar vujudga keladi. Oyoq-qo'l kaftlari terisining mugo'z qavati qalin tortib, unda yallig'lanish belgilarisiz, po'st tashlab turadigan kasallik o'choklari vujudga keladi,

Boshning ensa va chakka soxalarida sochlar tagidan sinib qora nuqtalar hosil qiladi. SHuningdek, shu soxalarda biroz po'st tashlab turgan kichikroq zararlanish o'choqlari, ya'ni komedonlarni ko'zatish mumkin. Bundan tashqari, terida sochsiz atro-fiyaga uchragan joylar ham bo'ladi. Kasallik o'zoq kechadi, bunday xolarda katta yoshdagi bemorlar bolalar uchun kasallik manbai bo'lib kolishlari mumkin,

Maddalangan-infil'trativ yoki chuqur trixofitiya. Kasallik asosan xayvonlardan yuqadi. Bolalarda ko'proq boshning sochli qismi, kattalarda esa soqol-mo'ylovlar zararlanadi. Agar zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilsa, zanjirchalar ko'rinishidagi sporalar sochni g'ilofdek o'rab turganligini ko'rish mumkin.

Klinikasi. Kasallik o'choqlari keskin qizarib, shishadi. Boshning sochli qismida o'smasimon to'zilmalar paydo bo'lib, ularni ushlab ko'rilganda ko'lga hamirdek yumshoq undnaydi, bu o'choqlar yiringli yallig'langan soch follikul alaridan iborat bo'ladi. Asalari uyasiga o'xshab ketadigan bu o'choqlardan mog'or hidi kelib turadi va qo'l bilan bosilganda follikul a teshiklaridan yiring tomchisi chiqadi nomi bilan ham yuritiladi). O'choqlarda soch tag-tugi bilan yiringlab ketganligi uchun ham sochlar to'qilib ketadi.

YUqorida ta'kidlaganimizdek, kasallikning bu turi yallig'lanish alomatlari bilan kechadi. Bemorning xarorati ko'tarilib, boshi og'riydi, shuningdek bo'yin va ensa soxasidagi limfa tugunlari shishadi, ko'ngli aynaydi, qusadi, lohaslik ko'zatiladi. Ayrim bemorlarning oyoq-ko'l va badan terisida lixenoid tabiatiga ega, allergik toshmalar — trixofitidlar paydo bo'ladi. Bunga zamburug' zaxarlarining qon va limfaga o'tishi sabab bo'ladi. Oradan 2—3 oy o'tganidan keyin kasallik o'z-o'zidan tuzalib, kasallik o'choqlari o'rnida chandiqlar kolishi mumkin. Kasallikning maddalangan-infil'trativ xilida sillik terining zararlangan joyi dumalok bo'lib, qizarinqirab turadi, yo'zasi follikul yar pustula va ayrim joylari qoraqo'tir po'st bilan qoplangan bo'ladi.

Tirnoqlar trixofitiyasi. Nisbatan kamroq uchraydi. Bu kasallik boshning sochli qismi yoki silliq teridan zam-burug'larning tirnoqqa o'tishi natijasida vujudga keladi. Aksariyat qo'l barmoqlarining tirnoqlari zararlanadi. Kasallik jarayoni tirnoq plastinkasining erkin chetidan boshlanib, shu joyda asta-syoki n xira dog' paydo bo'ladi; kamgak tirnoqqa, zamburug' o'sib kirishi natijasida tirnoq plastinkasi qalin tortib, xira bo'lib qoladi. Keyinchalik tirnoq uvalana bosh-laydi va tirnoq plastinkasining yo'za qatlamlari ostida kam-gaklar hosil bo'ladi. Tirnoqlar trixofitiyasni o'zoq vaqt davom etadi.

Davosi. Kasallikning barcha xilida ham grizeofulvin an-tibiotikini qo'llash mumkin. Grizeoful'vinning kundalik miqdori bemorning vazniga qarab belgilanadi, odatda 15 mg/kg hisobida beriladi. Uni ovqat

vaqtida bir choy qoshiq baliq moyi yoki o'simlik yog'i bilan ichiladi. Davo 1 —1,5 oy va undan ham ko'proq davom etishi mumkin, Grizeofulvin 0,125.g dozali tabletkada chiqariladi, uni qabo'l qilishning 2 xil sxemasi mavjud; birinchi sxema bo'yicha tabletkalar 15—20 kun munta-zam ichiladi, keyin esa ikki kun oralatib, xuddi shu tartib, bemor to tuzalib ketguncha davom ettiriladi. Ikkinchi sxemada — tabletkada davolash boshlangandan to bemor to'zalgunga qadar ku-nora ichiladi. Dori qabo'l qilinganida ba'zan bosh og'rig'i, dis-peptik o'zgarishlar, leykopeniya, eozinofiliya, allergik derma-tit kabi noxush xolatlar ham ko'zatiladi. SHu bois porfiriya hamda o'tkir jigar kasalliklari, homiladorlik, leykopeniya, xavfli o'smalarda grizeofulvin qo'llanilmaydi. Keyingi yil-larda nizoral, lamizil kabi dorilar ham ishlatilmoqda. Tri-xofitiyani davolashda lamizil eng afzal vosita, uni har kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichish yoki malhamini surtish tavsiya etiladi.

Silliq teri trixofitiyasida kasallik o'choqlariga 5% li yod eritmasi surtiladi, 7—10, ba'zan undan ko'proq kun davomida Vil'kinson malhami, 10—15% li otlingugurt yoki qoramoy malhami qo'yiladi.

Kattalarning surunkali trixofitiyasida esa yuqorida aytil-ganlardan tashqari, organizmning umumiy kuvvatini oshiradigan biostimulyatorlar, vitaminlar, autogemoterapiya tavsiya eti-ladi.

Maddalangan-infil'trativ trixofitiyada esa dastlab moyli boylamlar ko'yib, qora ko'tir po'stlar tushiriladi, so'ngra 5— 10% li ixtiol, 0,25—0,5% li kumush nitrat eritmasi qo'llaniladiG~Burov suyuqligi, 1:5000 nisbatdagi sulema hamda etakridin laktat eritmasi va boshqalar bilan ho'l — qurituvchi bog'lamlar ko'yiladi. Bundan so'ng qo'lda epilyasiya qilish ancha oson bo'ladi. Agar flyuktuasiya juda ham rivojlangan bo'lsa, o'choqlarni steril holda yorib tozalanadi. O'tkir yallig'lanishdan so'ng esa Vil'kinson malhami ishlatiladi. Maxalliy davo si-fatida lamizilning 1% li kremini 14 kun davomida surtish yuqori samara beradi.

Tirnoqlar trixofitiyasini davolash tirnoqning boshqa mi-kozlarini davolashdan deyarli farq qilmaydi.

Profilaktikasi. Kasalligi aniqlangan bemor boshqalardan ajratib qo'yiladi, uning ust kiyimlari, choyshab va ko'rpalari zararsizlantiriladi. Ichki kiyim va yosti q jildlari oldin qaynatilib, so'ng yuviladi. Bemor turgan uyning poli dast-lab 5% li xloramin yoki lizol eritmasi bilan, so'ng qaynoq suv bilan yuviladi. Trixofitiyadan to'zalgan bolada 3 haftagacha ka-sallik belgilari topilmay, mikologik tekshirish natijalari 3 martagacha manfiy bo'lgandagina unga bog'chaga ruxsat etiladi. SHuningdek bolalar muassasasidagi barcha xodimlar muntazam ravishda rejali tibbiy ko'rikdan o'tkazilib turiladi.

Kasallik o'z vaqtida aniqlanishi lozim. Qasal bola oilasi-dagilar hamda uning atrofidagi barcha bolalar tekshirishdan o'tkaziladi. CHuqur maddalangan trixofitiya topilgudek bo'lsa, kasallik manbai bo'lgan joydagi xayvonlarni ham tekshiriladi.

MIKROSPORIYA

Mikrosporiyaga-mikrosporim turkumiga kiruvchi ipsimon zamburug'lar sabab bo'ladi. Ikkita asosiy turi: odamdan yuqadigan (antropofil) zangsimon mikrosporum va mushuk, goxo itlardan yuqadigan (zooantropofil) tukli mikrosporum; mushuk mikrosporum) tafovut qilinadi.

Mikrosporiyalar silliq teri hamda sochlarni zararlaydi. Kasallik yo'za joylashish xususiyatiga ega, chuqur formasi kam uchraydi.

Mikrosporiya bilan ko'proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kattalarda asosan silliq teri mikro-sporiyasi uchraydi. Jinsiy etilish davriga kelib mikrosporiya odatda o'tib ketadi.

Zooantropofil mikrosporiyasining klinika-si. Boshning sochli qismida diametri 3—4 sm keladigan 2—3 yirik va bir nechta mayda kasallik o'choqlari paydo bo'ladi. Yirik o'choqlar dumaloq bo'lib, keskn ajralib turadi (shtamplangan o'choqlar) va asbestsimon yupqa tangachalar bilan qopla-nadi, yallig'lanish belg'ilari deyarli ko'zatilmaydi. Kasallik o'chog'idagi sochlar bir xil o'zunlikda bo'lib, teri damidan 3—5 mm tepadan sinib ketadi; soch siniqlari kul rang oqish mufta bilan o'ralib turadi. Kasallik o'chog'ida sog'lom sochlar kam bo'ladi, ba'zan qora qo'tir vujudga keladi. Kamdan-kam xollarda yallig'lanish zo'rayib, teri qizaradi, follikul itlar paydo bo'lib. kasallik manzarasi yiringli trixofitiyaga o'xshab ketadi. Boshning sochli qismi lyuminessent lampa yorda-mida tekshirilganda mikrosporum bilan zararlangan sochlar yashil bo'lib tovlanadi. Bu muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib. bolalar maskanlari hamda jamoalarni profilaktik ko'rikdan o'tkazishda keng qo'llaniladi.

Silliq teri mikrosporiyasida — yo'z, lunj, qo'lning silliq terisi, badan va oyoqlarda keskin ajralib turadigan qizg'ish, dumaloq, yallig'lanish dog'lari bo'lib, ular kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi, markazi biroz ochroq rangdagi halqa shakliga o'xshash bo'ladi, cheti esa ko'tarilib pufakchalar bilan qoplanib turadi, bu manzara silliq teri trixofitiyasiga juda o'xshaydi.

Zangsimon mikrosporium tufayli kelib chiqadigan mikrosporiya yuqorida keltirilgan klinik manzaradan bir oz farq qiladi. Bunda — boshning sochli qismida bir galay mayda o'choklar bo'lib, yo'za trixofitiyaga o'xshaydi. Kasallyk o'chog'ida singan sochlar bilan bir Qatorda ta-laygina sog'lom sochlar saqlanib qoladi. Zararlangan sochlar teri damidan 5—8 mm yuqoridan sinib tushadi. Soch siniqlari sporalaridan iborat g'ilof bilan qoplangan bo'ladi. Kasallik o'choqlarining shakli noto'g'ri, ular bir-biriga qo'shilib ketishga moyil bo'lib, tarqalib boradi va boshning sochli qismidan ko'pincha soch chetlaridagi silliq teriga o'tadi. Teri pushti rangda bo'lib, po'st va tangachalar bilan qoplanadi, Kasallik o'ta yuqumli.

Silliq terining zararlanishi doiralar ko'rinishidagi o'choqlar paydo bo'lishi bilan ifodalanadi, bir doira ichida yangi dog' paydo bo'lib, keyin u ham doiraga aylanib qoladi (iris formasi). Mikroskop ostida ko'rilganda soch xuddi g'ilofga o'xshab zamburug' sporalari bilan o'ralgan bo'ladi, ular tarqoq holda joylashadi. Teri po'stchalarida zamburug' miseliylarini, ba'zan segmentlarga bo'lingan holda ko'rish mumkin.

Davosi. Talaygina patologik o'choqlari (3 tadan ortiq) bo'lgan yoki boshning sochli qismi zararlangan bemorlar kasalxonada davolanishlari zarur. Bemorning har kg vazniga 22 mg dan grizeofulvin tavsiya etiladi va shu miqdor tekshiruv nagijalari manfiy bo'lgunga qadar (laboratoriya tekshiruvlari har kuni o'tkaziladi) davom ettiriladi. So'ngra grizeofulvin bir hafta davomida kunora va keyinchalik esa xaftada ikki marota-ba ichiladi. Kasallik alomatlari yo'kolib, laboratoriya tekshi-ruvidan uchta manfiy natija olingach (har 5—7 kun ichida) gri-zeoful'vinni ichish to'xtatiladi.

Favus Favusga SHenleyn axoriyon zamburug'i sabab bo'ladi. asosan boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlar zararlanadi. Kasallik bevosita kasal kishilardan yoki ular to'tgan buyumlari (bosh kiyim, taroq va boshqalar) orqali loqadi. Hayvonlarni bu zamburug' zararlamaydi. Favusning yuki-shida organizmning umumiy ahvoli katta ahamiyatga ega. Yasli va maktabgacha yoshdagi bolalar, madorni kuritadigan surunkali kasalliklar bilan og'rikan kishilar bu kasallikka ko'proq moyil bo'ladilar. Favus trixofitiya va mikrosporiyaga qaragan-da kam yuqumli.

Zamburug' bilan zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilganda uning ichida miseliyning ko'ndalang to'siqlar bilan segmentlarga bo'lingan iplari ko'rinib turadi, soch tanasida havo pu-fakchalari va naqshdor shakldagi kichikroq sporalar to'plami joylashadi.

Klinikasi. Boshning sochli qismidagi favusning klinik manzarasi o'ziga xos bo'lib, favus qalqonchalari yoki skutulalari va undan keyin qolgan chandiqlar (atrofiyalangan joylar) hamda zararlangan sochlar bo'ladi. Favus skutulasi boshning sochli qismiga tushganidan keyin soch xaltachasi og'zi (follikul) da ko'payib, likopchasimon sariq rangli quruq qora ko'tir po'st hosil qiladi. Skutula markazi-dan soch chiqib turadi. Avvaliga skutula to'g'nog'ich boshidek, key-inchalik kattalashib diametri 1,5 sm ga etadi bundan ham ortadi. Skutula olib tashlangandan keyin uning o'rnida botiq och pushti rangli yo'za qoladi. Skutula o'zoq vaqt turadigan bo'lsa, uning atrofida atrofik chandiq paydo bo'lib, bu joyda soch o'smaydi.

Skutulalar ko'pincha to'p-to'p bo'lib joylashadi, ulardan qo'laisa xid kelib turadi. Skutulalar asta-syoki n qurib uvala-nadi va to'zg'ib sochlarni qoplab oladi. Zamburug' zararlagan sochlar odatdagi rangini, pigmenti, shuningdek mayinligi va jilvasini yo'qotib, xira, mo'rt bo'lib qoladi; teri sathidan yo'zada sinadi. Sochlardan ham qo'lansa xid kelib turadi.

Favusga o'z vaqtida davo qilinmaydigan bo'lsa, kasallik yillab davom etishi mumkin. Atrofik chandiqli joydagi sochlar nobud bo'lib, boshqa chikmaydi. Favus bosh sochli qismining hamma yog'ini zararlashi mumkin, faqat chetlaridagina jiyakka o'xshab o'sadigan sochlar saqlanib koladi.

Ko'pincha favusning a t i p i k xili ko'zatiladi. Favusning impetiginoz xilida sochlar bir-biriga yopishib qolib, impetigoli qora qo'tir bilan qoplanadi. Qora qo'tir olib tashlangandan keyin, atrofiyaga uchrab o'zgarib qolgan teri ko'rinib turadi. Kasallikning o'zoq davom etishi, o'tkir yallig'lanish alomatlari-ning bo'lmasligi va chandiqlanib atrofiyalangan joylar borli-gi favusni aniqlab olish imkonini beradi.

Favusning skvamos xili bir talay po'st ajralib turishi, okish sargimtir tangachalarning ustma-ust kalashib turishi bilan ifodalanadi; go'yo chang bosgan va «zafaron» bo'lib ko'rinadigan kul rang sochlar bilan bir qatorda chandiqlanib, atrofiyaga uchragan joylarning bo'lishi, kasallikka to'g'ri diagnoz qo'yishimkonini beradi.

Favusda silliq terining zararlanishi, birmuncha kam uch-raydi, bunda silliq terida kattaligi yasmiqdek keladigan dumaloq shaklli, kyopaksimon po'stchalar bilan koplangan qizgish-pushti dog'lar yoki likopsimon tipik sariq skutulalar paydo bo'ladi.

Qo'l va oyoq tirnoklari favusi ikkilamchi tartibda vujudga keladi. Lyoki n ba'zan barmoq terisida o'zgarishlar bo'lmasa ham, tirnoqlar zararlanishi mumkin. Tirnoqlar platinkasi-ning bag'rida kattaligi to'g'nog'ich boshidek keladigan doglar paydo bo'ladi, keyinchalik tirnoq plastinkasi tagida shoxsimon modda to'planib, tirnoq qalin tortadi, uvalanuvchan, xira bo'libqoladiva kul rang qo'ng'ir tusga kiradi.

Diagnozi. Kasallik diagnozi uning klinik manzarasi, shuningdek soch va po'stlarni mikroskopda tekshirish natijala-riga qarab quyiladi.

Davosi. Trixofitiyani davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar qo'llaniladi.

Kandidoz Kandidozga Sapdida turkumiga kiruvchi achitqisimon zamburug'lar sabab bo'ladi, Bunda teri, shilliq qavatlar, tirnoq va ichki a'zolar zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenez. Bu turkumga kiruvchi zam-burug'lar shartli patogen bo'lib, sog'lom kishilar organizmida hamma vaqt saprofit holda yashaydi, lyoki n bu zamburug'larning patogen xususiyati oshishida makroorganizm holatining roli katta. Odam immunitetini pasaytiruvchi kasalliklarda kandidozlar tez rivojlanadi. Me'da-ichak xastaliklari. moddalar almashinuvi (kandli diabet) hamda vitaminlar muvozanatining bo'zilishi, leykoz, shuningdek antibiotik va steroidlar bilan tartibsiz davolanish zamburug'lar faoliyatini oshirib, kasal-lik vujudga kelishiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishiga qarab yo'za (shilliq qavat va teri kandidozi, kandidozli onixiya va paronixiyalar) va sistemali (visseral) shakllari tafovut qilinadi. SHu bilan birga surunkali generalizasiyalangan (granulematoz) bolalar kandidozi ham alohida ajrati-ladi.

Iirik burmalar kandidozi (intertriginozli kandidoz) bolalar (chov va dumba orasidagi burmalarda) va kattalarda (ko'ltiq va ko'krak bezi ostida, semizlarda chov soxasida) uchraydi, Bu joylarda yo'za namlanib yaltirab turadigan, to'k qizil rangli, aniq chegaralangan, usti oqish gard bilan qoplangan eroziyalar paydo bo'ladi. O'choqlar atrofida epidermis qol-diklaridan iborat xoshiya va asosiy o'choqqa o'xshagan mayda joylar ko'zga tashlanadi.

Barmoqlar orasidagi kandidatezli eroziya— ko'proq kasbga oid bo'lib, qandolatchilar, idish-tovoq yuvuvchilar va boshqalarda uchraydi. Patologik jarayon 3- va 4-barmoqlar orasida joylashib, to'q qizil rangli, aniq chegaralangan va o'rtasida seroz suyuqlik bo'lgan eroziya borligi bilan ifodalanadi

Kandidatezli paronixiya. Tirnoq bolishida infil'trat, shish, giperemiya va tirnoq usti po'stlog'ning tushib keti-shi bilan kechadi, bunda tirnoq xira, mo'rt bo'lib qoladi, chetlari qayrilib, g'adir-budur, ko'idalang egatchalarga ega va turli xil qalinlikda bo'ladi; o'rnidan ko'chadi, tirnoq bilan et orasiga yiring yig'iladi; tirnoq bosilsa, atrofidan yiring chiqadi.

Og'iz burchaklari kandidozi asosan keksalarda uchraydi. Og'iz burchaklarida chuqur burmalar va maserasiya bo'lishi kandidozlar rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'diradi. Og'iz burchagidagi teri maserasiyalangan, nam va salga ko'chadigan oqish gard bilan qoplangan bo'lib, u olib tashlansa eroziyalangan yo'za ko'zatiladi. Patologik jarayon simmetrik bo'lib, ba'zan u lablarning qizil hoshiyasiga o'tishi mumkin; bemor ogzini ochganda og'riydi. Kandidozli jarayonni strepto-kokkli eroziya, sifilitik papula va shankrlardan farqlash keraq

Og'iz oqarishi. Asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Til, yumshoq tanglay, milk, lunj shilliq qavatlari qiza-rib (giperomiya) oq gard bilan qoplanadn: gardlar bir-bnri bi-lan qo'shilib yaxlit parda vujudga keladi. vaqt o'tishi bilan u shilliq qavatga shunchalik zich yopishadiki, uni ko'chirib olish ancha mushkul bo'lib qoladi. SHilliq qavatlar zararlanishi oqiba-tida kandidozli stomatit, glossit va angnning klinik kechishi ko'zatiladi.

S u r u n k a l i g e n e r a l i z a s i y a l a n g a n (granulyomatoz) bolalar kandidozi ko'pincha yoshligida og'iz bo'shligi shil-liq qavati kandidozi bilan og'rganlarda ko'zatiladi. YO'z (burun, lunj, peshona), boshning sochli qismi, badan, oyoq va qo'llarda psheremiyali, infil'tratln va po'st tashlayotgan dog'lar hosil bo'ladi. Bu dog'lar jimjimador chegaraln granule-matoz o'choqlarga aylanadi. Agar po'st olib tashlansa vegetasiya va giperkeratoz ko'zatiladi. Patolog'ik jarayon bosilinqiragan-dan so'ng silliq terida atrofiyaln chandi, boshning sochli kis-mida esa kal joylar bo'ladi. SHu bilan birga bunday bemorlar-da shilliq qavatlar (kandidatezli stomatit, glossit, angina)ning zararlanishi, kandidozli paronixiya, teri va ichki a'zolar kandidozi rivojlanadi.

Davosi. Umumiy davo vositalardan nistatin (soʻtkasiga 6 mln), levorin (soʻtkasiga 4 mln birlik), amfoterisn V, diflyuqan, lamizil (250 mg dan 14 kun davomida) va boshqa antifungan dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo uchun anilin boʻyoqlari (gensian violet, fukorsin, 5—10% li bura eritmasi), klotrimazol, levorin va lamizil malhamlari qoʻllaniladi. SHu bilan birga yoʻldosh ka-salliklarni davolashda yuqori dozada vitaminlar (V gurux vitaminlari) buyurish maqsadga muvofiqdir.

CHuqur miko-zlar Aktinominoz. Qoʻzgʻatuvchisi anaerob va aerob aktinomiset-lar boʻlib, ular nafas yoʻli, ichak shilliq qavatlar orqali organizmga kiradi va koʻpincha chuqur toʻqima va aʼzoldan te-riga oʻtadi. Qlinikasi. Kasallik gepodermada qattik infilʼtrativ pilakchalar va tugunlar (gumma) paydo boʻlishi (gummoz infilʼtrativ shakli) bilan boshlanadi. Soʻngra jarayon teri osti yogʻ qavatiga oʻtib, bu erda katta zich tugunlar vujudga keladn; keyinchalik tugunlar yumshab, yoriladi va teshik yaralar hosil boʻladi, shu yaralardan sargʻish, noxush hidli yiring chiqib turadi. Yiringda mayda-mayda donalar, yaʼni aktinomiset koloniyasi topiladi. Katta tugunlar emirilganda vegeta-siyali, nekrotik massali, chetlari yumshoq yaralar paydo boʻladi (yarali shakli) va yaralar koʻpriksimon, teri osti yogʻ qavatiga birikkan chandiklar xosil qilib bitadi. Baʼzan kasallikning nekroz va yara hosil boʻlishi bilan kechadigan doʻmboqchali pustulyoz shakli ham uchraydi. Diagnozi gistologik tekshirish natijalari va qoʻzgʻatuvchisining topilishiga qarab koʻyiladi. Davosi. Aktinolizat (patogen aerob aktinomii- etlar undirmasining filʼtrati) va antibiotiklar tavsiya etiladi.

Xromomikoz. Ular tuproq va oʻsimliklarda uchraydi va shikastlangan teriga tushib kasallik keltirib chiqaradi. Inkubasion davr taxminan 1—1,5 oyni tashqil etadi.

Qlinikasi. Koʻpincha oyoqda kizgʻish, qattiq konsistensiya-li, ahyon-ahyonda qichishadigan tuguncha va doʻmboqchalar toshadi, ular bir-biri bilan qoʻshilib katta infilʼtratlarni hosil qiladi. Patologik jarayon koʻkish bolishcha bilan oʻralgan, usti-da vegetasnya, yara va poʻstloqlar boʻlishi bilan kechadi.

Davosi. Ichishga yod preparatlari. D₂ vitamini, V amfote-risin inʼeksiyada, mahalliy davo sifatida diatermokoagulyasiya hamda jarrohlik usuli tavsiya etiladi.

Mavzuning asosiy savollari:

1. Terining zamburugʻli kasalliklari tasnifi.
2. Keratomikozalar: rang-barang temiratki etiopatogenezi, klinikasi.
3. Rang-barang temiratki diagnostikasi va davolash usullari.
4. Eritrazma etiopatogenezi, klinikasi.
5. Eritrazma diagnostikasi va davolash usullari.
6. Dermatomikozlar tasnifi.
7. CHov epidermofitiyasi etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi va davolash.
8. Oyoq panjasi epidermofitiyasi etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostikasi va davolash.
9. Trixofitiya etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostika va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
10. Mikrosporiya etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostikasi va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
11. Rubromikoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostika va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
12. Favus etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostikasi va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
13. Onixomikozlar klinika, diagnostika, davolash.

Mashgʻulotda qoʻllanadigan interfaol usulali

«Tezkorlik, aniqlik, toʻlaqonlik»

Maqsad: Talabalarga ushbu muammo boʻyicha bilimlarini tez, aniq, toʻlaqon aniqlashni oʻrgatish.

Asosiy tamoyillari:

Guruh talabalari bilim darajasiga mos holda ikki kichik guruhga boʻlinadi. Oʻqituvchi tomonidan tayyorlangan savollar qonvertlarga solingan boʻlib, raqamlanadi. Har bir guruh sardori navbat bilan raqam aytib savolni tanlaydi. Savol oʻqilgandan soʻng uch minut ichida guruh talabalari javob

tayyorlasa, qo'lidagi belgini ko'tarib bildiradi. Javob to'liq bo'lmasa, ikkinchi guruh talabalari to'ldiradi.

Mashg'ulotning mavzusi: Dermatomikozlar.

O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro'yxati:

1. Dermatofitiyalar tasnifi .
2. Quyidagi kasalliklarning tayanch belgilari.
CHov epidermofitiyasi.
Oyoq panjasi epidermofitiyasi.
Trixofitiya.
Mikrosporiya.
Rubromikoz.
Favus.
Onixomikozlar.
Oyoq panjasi epidermofitiyasini davolash.

Onixomikozlarning boshqa tirnoq zararlanishi bilan kechadigan dermatozlardan farqi.

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi har bir talaba ishtirokini, harakatlarini baholab mashg'ulotga yakun yasaydi.

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor B. 16 yoshda. Bo'yin va ko'krak sohalarida aylana shaklli 5-6 mmli dog'lar aniqlanadi. Dog'lar usti mayda kepakchalar bilan qoplangan. Dog'lar ustiga yod surtilsa atrofdagi sog' teridan farqli to'q rangga kiradi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday diagnostik usullarni o'tkazish mumkin?
3. Davolash rejasini tuzing.

2-masala

56 yoshli bemorning chov burmalari sohasida aniq chegaralangan g'isht rangli yallig'lanishsiz xarakterga ega dog'lar aniqlandi. Bemorda ter ajralishi kuchli.

1. Tashxis qo'ying.
2. Diagnostik usullarni ayting.
3. Davolash rejasini tuzing.

3-masala

23 yoshli bemorning oyoq barmoqlari orasidagi terisida yoriqchalar, chetlari bo'ylab epidermisning plastinkasimon po'stchalarini kuzatiladi. Ikkala oyoqning katta barmoqlari tirnoqlari sarg'ish, xira rangga kirgan.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu patologiyaning klinik ko'rinishlarini ayting.
3. Tirnoqlar zararlanishi bosqichlarini aytib bering.

4-masala

8 yoshli bemorning boshining sochli qismida aniq chegaralangan eritematoz-skvamoz o'choq aniqlanadi. O'choqlarda sochlar 6-8 mm balandlikda singan. Vud lampasida zararlangan o'choq sochlari ko'rilganda yashil rang shu'lalanish kuzatiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu patologiyada nimalar zararlanadi?
3. Kasallikni davolash uchun preparatlarni tanlang.

5-masala

9 yoshli bemorning boshning ensa sohasida aniq chegaralangan 5*6 smli infil'trasiyalangan 2 ta katta o'choq bor. O'choqlar usti yiringli qora qo'tir po'st bilan qoplangan. Po'stlar olib tashlangandan keyin tagidagi har bir soch follikulasidan alohida-alohida yiring ajralib chiqishi kuzatiladi. Bo'yin limfa tugunlari kattalashgan. Bemorni bosh og'rig'i, tana haroratining 38 ° S ga ko'tarilishi bezovta qilmoqda.

1. Faraziy tashxis qo'ying.

2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya usullarini o'tkazish mumkin?
3. Bu patologiyada kasallikni yuqtiruvchi manbani ayting.
4. Bu patologiyada qaysi simptomlar klinik belgilari ko'rsatilgan?
5. Davolash rejasini tuzing.

6-masala

6 yoshli bolaning elka ko'krak va orqa kurak sohalarida 2*2, 3*3 smli aylana shaklli, chegarasi aniq eritematoz-skvamoz toshmalar aniqlanadi. Zararlangan o'choqlar chetlari biroz ko'tarilgan o'rtasida papula-vezikulyoz toshmalar va ustida kepakchalar, po'stchalar aniqlanadi. Bemorda iris simptomi kuzatiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu patologiyaning etiopatogenetik omilini ko'rsating.
3. Davolash rejasini tuzing.
3. Kasallikni qaysi zamburuglar keltirib chiqaradi?
4. Bu qo'zg'atuvchilar yana nimalarni jarohatlashi mumkin?

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: Dermatomikozlar

Keys varianti:

6 yoshli bolaning elka ko'krak va orqa kurak sohalarida 2*2, 3*3 smli aylana shaklli, chegarasi aniq eritematoz-skvamoz toshmalar aniqlanadi. Zararlangan o'choqlar chetlari biroz ko'tarilgan o'rtasida papula-vezikul yoz toshmalar va ustida kepakchalar, po'stchalar aniqlanadi. Bemorda iris simptomi ko'zatiladi.

Bajarish shartlari:

1. Anamnestic ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblar va laborator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo'linadi.(3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situaiyani xal etishni tayyorlaydilar

O'qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko'rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to'qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko'rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal

etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini o'formit qiladilar, o'z to'zatislarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezentsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o'zlarining

taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak.Uni to'xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning

chiqishidan so'ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan echim variantlariga o'z munosbatlaini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtroki asoslangan bo'lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

3-mavzuga oid testlar

1. Keratomikozlarni ko'rsating.

- A) eritrazma
- B) chov epidermofitiya
- V) kandidoz
- G) rubromikoz
- D) trixofitiya

2. Keratomikozlarga qaysi kasallik kiradi?

- A) erizeopelioid
- B) po'stloqli temiratki
- V) saramas
- G) pedra
- D) kepaklanuvchi temiratki

3. Rang-barang temiratkini qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi?

- A) ikkilamchi zaxm
- B) trofik yara
- V) yuza trixofitiyasi
- G) chov epidermofitiya
- D) kandidoz

4. Rang-barang temiratkida qo'llanilmaydi .

- A) immunomodulyator
- B) vitaminlar
- V) keratolitik preparatlar
- G) antimikotiklar
- D) antibiotiklar

5. Oyoq panjasi epidermofitiyasi klinik ko'rinishini ko'rsating.

- A) yiringli infil'trativ
- B) antropoz
- V) tarqalgan
- G) disgidrotik
- D) seboreyali

6. Trixofitiyaning klinik belgisini ko'rsating.

- A) yiringli-infil'trativ
- B) skvamoza
- V) disgidrotik
- G) intertriginoz
- D) seboreyali

7. Yiringli-infil'trativ trixofitiyaga xos bo'lgan simptom

- A) Auspits
- B) Asbo-Gansen
- V) Pinkus
- G) "baliq ikrasi"
- D) "ari uyasi"

8. Tirnoqlar zararlanishi bilan kechadigan zamburug' kasalligi?

- A) rubromikoz
 B) rang-barang temiratki
 V) eritrazma
 G) aktinomikoz
 D) saramas
9. Silliq terining yuza trixofitiasini keltirib chiqaradi:
 A) antropofil zamburug`lar
 B) fil`tivlovchi viruslar
 V) korinobakteriyalar
 G) maktab yoshida
 D) zooantropofil zamburug`lar
10. Eritrazmaning tipik joylashish joyi:
 A) boshning sochli qismi
 B) tirnoq plastinkalarida
 V) chov burmalarida
 G) oyoq barmoqlari orasida
 D) oyoq panjasi gumbazi sohasida

Amaliy ko`nikma

№	Balster sinamasi	Maksimal ball	To`plangan ball
1	Be`morni ko`ruv uchun tayyarlash	5	
2	Tekshiriladigan toshmani aniqlash	25	
3	Tekshiruvchi toshma 5% yod yoki anilin bo`yog`i bilan bo`yaladi	30	
4	Yod yoki anilin bo`yoqlarni ta`siri natijasini aniqlashadi (natijani interpretastiyasi)	40	
	Jami	100	

4-Dermatomikozlar. Kandidozlar.

4.1 Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-8 -10nafar
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	1.Mikozlarning klinik tasnifi va epidemiologiyasi 2.Rang-barang temiratki. Eritrazma. 3.Dermatomikozlar. . YO`za va chuqur trixofitiya. Mikrosporiya. Kallik. 4.Kandidozlar. Og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. 5.Onixomikozlar. Laborator tekshirish usullari. 6.Davolash asoslari, dispanser nazoratiga olish.
O`quv mashg`ulotning maqsadi:	<p>Ta`limiy: Talabalarni zamburuli infeksiyalarda zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish zamburuli infeksiyalar tasnifini berish , kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari turisida bilimlarni shakllantirish. , -klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish,- Status localis bo`yicha tavsiflash,-xususiy resteptura misollari bilan maxalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish.</p> <p>Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqali talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o`z xissasini qo`shishga intilish, o`zi tanlagan kasbga mexr uyg`otish</p>

	Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi

<i>2.2. Teri va zamburug'li infekstiyalari amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi</i>		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Audotoriya tozaligii nazorat qilish 2. Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3. Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1. O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3. Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1. "Teri va zamburug'li infekstiyalar" mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. "Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik" interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1. "Teri va zamburug'li infekstiyalar" og'zaki savol, test, masala. 2. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Aylanma stol" interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi: Kallik klinik kechishi, diagnostika va davolash. Onixomikoz zamonaviy diagnostika va davolash usullari 3. Uyg'a vazifa beradi: Dermatitlar.	Tinglaydi Yozib oladi

	Toksikodermiyalar. Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar	Yozib oladi
--	--	-------------

Terining zamburug' kasalliklari

Zamburug' kasalliklarini o'simlik parazitlariga mansub zamburug'lar qo'zg'atadi. Ular xavoda, tuproqda, o't va suv xavzasi atrofida noaktiv hayot kechiradi. Ammo Boshqa sharoitlarda, masalan, odam yoki hayvon terisiga tushganda kasallik keltirib chiqaradi. Hozirda zamburug'larning 100.000 dan ortiq xili ma'lum bo'lib, ulardan 500 taga yaqini odam va hayvonlar uchun patogen hisoblanadi, ya'ni kasallik chaqiradi, Parazit zamburug'lar keltirib chiqargan teri kasalliklarini — dermatomikozlar (grekcha derma — teri; mikoz — zamburug') deyiladi, zamburug'lar esa dermatofitlar deb ataladi. Patogen zamburug'lar guruhini ipsimon zamburuglar (dermatofitlar) tashqil etib, ular ipsimon miseliyalar va sporalar hosil qilish xususiyatiga ega.

Zamburug'li kasalliklar yuqumli bo'lib, tez tarqaladi, ayniqsa ular bolalar o'rtasida tez-tez uchraydi. Kasallik bemordan yoki kasal hayvondan odamga o'tadi. Kasallik asosan bemor bilan bevosita muloqatda bo'lganda yoki uning zararlangan buyumlaridan foydalanganda yuqadi.

Kasallik paydo qiluvchi zamburug'larning yana bir guruxini achitkisimon zamburug'lar tashqil qiladi. Ular Sandida turkumiga mansub bo'lib, sporalar hosil qilmay kurtaklanish yo'li bilan ko'payadi. Achitqisimon zamburug'lar psevdomiseliyalar hosil qilishga moyil. Bu zamburug'larning Sandida albicans turi patogen hisoblanadi. Qandida zamburug'lari tabiatda keng tarkalgan. Ular meva va sabzavot, sut maxsulotlari, shuningdek odam va hayvon terisi hamda shilliq qavatlarida saprofit holda yashaydi. Faqat muayyan sharoitlarda ular kandidozlar deb ataluvchi o'ziga xos kasallikni keltirib chiqaradi.

Hozirgi kunda dermatologlar tomonidan Quyidagi klassifikasiya (tasnif)dan keng foydalaniladi (N. D. SHeklakov, 1978).

I. Keratomikozlar

1. Rang-barang temiratki

2. Eritrazma

P. Dermatomikozlar

1. CHov epidermofitiyasi

2. Oyoq panjasi epidermofitiyasi

3. Rubromikoz

4. Trixofitiya

5. Mikrosporiya

6. Favus

III. Kandidoz

IV. CHuqur mikozlar

Keratomikozlar

Kasallik teri mugo'z qavatining zararlanishi hamda yal-lig'lanishsiz kechishi bilan ifodalanadi.

Keratomikozlarga rang-barang yoki kepaksimon temiratki va eritrazma kiradi.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki.

Rang-barang yoki kepaksimon temiratki — terining yallig'-lanishga dahli bo'lmagan yo'za infeksiyasidir. Qo'zgatuvchisi Ryugoyrogshp og'lsilapz (Mlsgozrogshp ^ig^ig) terining mugo'z qavatida joylashib, ko'p terlaydigan va terning kimeviy tarki-bi o'zgarib turadigan kishilarda tez ko'payadi.

Klinikasi. Ko'krak, orqa, bo'yin, kamdan-kam xollarda oyoq-qo'llarda, qorinda, boshning soch-li qismida keskin chegaralangan va turli shakl va katta-kichiklikdagi jigarrang dog'lar yo'zaga keladi. Bo'lar periferiyaga qarab o'sib bir-biriga ko'shilishga moyil bo'ladi va g'alati shakl hosil qiladi. Dog'lar rangi har xil: pushti-sariqdan to'k-qo'ng'irgacha, ko'pincha sutli kofe rangida bo'ladi. Dog'lar yo'zasi ko'zga sal ilg'aydigan kepaksimon tangachalar bilan koplanadi; sub'ektiv sezgilar deyarli bo'lmaydi, ahyonda badan sal qichishishi mumkin. Kasallik bir necha oy yoki yillab davom etadi. Zamburug' sochlarga zarar etkazmaydi, lyoki n ko'pincha boshning sochli qismi terisini shikastlaydi.

Diagnozi. Dog'lar va ular atrofidagi sog'lom teriga yod surtiladi, bunda uning yo'zasidagi tangachalar nodni ko'prok singdiradi, shuning' uchun shikastlangan joyda yod rangi sog'lom joyga qaraganda

to'qroq bo'lib koladi. Boshning sochli qismini lyuminessent lampasi (VUD lampasi) orqali ko'rilganda, dog'lar yo'zasi qo'ng'ir rangda tovlanadi, YAllig'lanishsiz sal po'st tashlab turadigan har xil kattalikdagi qo'ng'ir-jigar-rang dog'lar va laboratoriya tekshiruvlariga asoslanib diagnoz qo'yiladi.

Gistopatologiyasi. Terining mugo'z qavatida ko'plab zamburug'lar topiladi. YAllig'lanish bo'lmaydi.

Davosi. Mugo'z qavatning zamburug'lar o'rnashib olgan yo'za qismini ko'chirib tushirish maqsadga muvofiq. Buning uchun zararlangan joylarga har kuni yashil sovun, Vil'kinson mazi, 10% li salisilat spirti eritmasi, 10—20% li oltingugurt moyi, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat moyi aralashmasi surtiladi. SHuningdek bir hafta mobaynida 60% li giposul'fit eritmasi va 6% li xlorid kislotasi eritmasini ketma-ket surtish yaxshi natija beradi (Dem'yanovich metodi). Kasallik qaytalamasligi uchun davolangan joylarni bir necha hafta mo-baynida kuniga 1 maxal 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi, lamizil malhami 2 hafta davomida kuniga 1—2 maxal surtiladi. Kepaksimon temiratki dog'lari qo'yosh nuri ta'sirida yo'qolib ketishi mumkin.

Eritrazma Qo'zg'atuvchisi-korinobakteriyalar. So'nggi yillarda eritrazmani korinobakteriyalar qo'zg'atadi deb, uni psevdomikozlar qatoriga kiritilmoqda. Eritrazma terining ko'p uchraydigan zamburugli kasalligi bo'lib, aksariyat erkaklarning teri burmalarida uchraydi.

Klinikasi. Son-yorg'oq burmasida, son terisida, qo'ltikda, ayollarda esa sut bezlari ostida qizil-jigarrang tusli keskin ajralib turadigan dog'lar paydo bo'ladi, ba'zan bu dog'lar oyoq, panjasi orasida ham ko'zatiladi. Ular bir-biriga qo'shib, shaklan festonlarga o'xshab ketadigan katta-kichik o'choqlarni hosil qiladi. Dog'larning yo'zi sal po'st tashlab turadi, badan bir oz qichiydi, ko'pincha sub'ektiv sezgilar bo'lmaydi, terlash natijasida ba'zan yallig'lanish jarayoni ko'shiladi, zararlangan joy qizarib shishib turadi va pufakchalar paydo bo'ladi.

Diagnozi. Lyuminessent lampa orqali qaralganda kasallik o'choqlari g'isht rang, qizil bo'lib tovlanadi. Qlinik ko'rinishi va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanib diagnoz ko'yiladi.

Davosi. Xuddi kepaksimon temiratkidagidek po'st tushiradigan va dezinfeksiyalovchi moddalar buyuriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin va 5% li eritromisin malhami qo'llaniladi. Keyinchalik kasallik qaytalamasligining oldini olish uchun 2% li salisilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi.

Dermatomikozlar:

Dermatomikozlar epidermis, derma va teri hosilalari (soch, tirnoq)ning zararlanishi bilan kechadi.

CHov epidermofitiyasi

Kasallikni eridermafitonlar zamburug'lari paydo qiladi, Ko'proq erkaklar kasallanadi.

Klinikasi. Sonning ichki yo'zasida kattaligi tangadek keladigan pushti qizil rangli dog'lar paydo bo'ladi. Dog'larning cheti teri sathidan bolishga o'xshab ko'tarilib turadi, ularning yo'zasida mayda-mayda pufakchalar, pustulalar bo'lib, markazida esa kepaksimon tangachalar ko'rinadi. Dog'lar yirik o'choqlar hosil qilib, bir-biri bilan qo'shib ketishga moyil bo'ladi-Ular periferiya tomon o'sa borib, o'rtasi oqara boshlaydi va halqasimon yoki marjon shaklini xosil qiladi. Bemorni badan qichishishi va ba'zan og'riq bezovta qiladi.

Bu kasallik odatda kasalxona va ro'zg'or buyumlari (ichki ki-yim, mochalka, kleyonka, termometr, tag tuvak) dan foydalanganda (agar ular to'la dezinfeksiya qilinmagan yoki o'lda-jo'lda qilingan bo'lsa) yuqadi.

Diagnozi. Kasallikning klinik manzarasi va o'choqlardan olingan qirma, mikroskop ostida tekshirilg'anda, unda miseliy iplarining topilishi hamda u Saburo oziq muhitiga eqilganda zamburug' kul `turasi o'sishi diagnoz qo'yishda muxim rol` o'ynaydi. ;},••.

Davosi. Kasallik o'choslariga 1—2% li yod nastoykasi, 3—5% li oltingugurt, qoramoy malhamini surtish tavsiya etiladi. Jarayon o'tkir kechganda (yallig'lanish kuchli bo'lsa) 0,25%_ li kumush nitrat, 1—2%_li rezorsin. 2%li borat kislotasi eritmasi va boshqalardan sovuq primochkalar qo'yish bilan bir qatorda umumiy davo qilinadi, ya'ni 10% li kalsiy xlorid eritmasi, dimedrol yoki boshqa antigistamin preparatlar terapevtik dozalarda tavsiya etiladi.

Oyoq panjasi epidermofitiyasi

Oyoq panjasi epidermofitiyasini trixofiton zamburug'lari qo'zg'atadi. Uni quyidagi klinik shakli tafovut qilinadi.

1. Skvamoz epidermofitiya.

2. Intertrig`inoz epidermofitiya.

3. Disgidrotik epidermofitiya.

4. Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikoz).

Skvamoz epidermofitiya tovonda, panjalar oralig`idagi burmalar terisining har er har erida plastinkasimon po`st tashlab turishi bilan ifodalanadi. Bu joylar terisi och rangda bo`lib, yo`zasi oqish kul rang po`stchalar bilan qoplanadi. Po`st tashlab turadigan bu o`choqlar ba`zan o`zoq vaqt turib, bemor xech narsa sezmasligi ham mumkin. Lyoki n biror noxush ta`siro tufayli kasallik qo`ziydi, bunda teri qizaradi, kichishadi va pufaklar paydo bo`ladi.

Intertriginoz epidermofitiya. Epidermofitiyaning bu xili 4-va 5-, 4- va 3-barmoqlar orasidagi terining po`st tashlashi, bo`kkanga o`xshab yorilishi tarzida namoyon bo`ladi. Bar-moqlarning bir-biriga tegib turadigan yo`zalarida pufakchalar paydo bo`lib, ular yoriladi va shilinishlar vujudga keladi, ko`pincha ular chetida ko`chgan epidermisning osilib turgan jiyagi ko`zg`a tashlanadi. Jarayon barmoqlar orasidagi burmalardan oyoq kafti terisiga tarqaladi. Oyoq panjasi mikoziyning` intertriginoz shakli ko`pincha piodermiya bilan asoratlanadi va limfa tugunlari hamda limfa tomirlarining` yallig`lanishiga olib keladi.

Disgidrotik epidermofitiya. Oyoq panjasining yon yo`zasida, oyoq kafti gumbazi sohasida bir talay pufakcha va pufaklar paydo bo`lishi bilan ifodalanadi. Ular ba`zan yo`za yoki chuqur joylashadi. Ko`pgina mayda pufakchalar qo`shilib. katta pufaklarni hosil qiladi. Pufaklar qobig`i tarang, ichidagi suyuqlik esa tiniq yoki biroz xira bo`ladi. Pufak va pufakchalar paydo bo`lganda ko`pincha bemorning tinkasi qurib, harorati ko`tariladi. Pufaklar yorilib, eroziyalar vujudga keladi, ular chetida esa epidermis bo`laklari ko`rinib turadi. Ba`zi pufakchalar kurib, qora ko`tir bilan qoplanadi va keyinchalik ular o`rnida po`stlanisrku`atiladi. Tez orada yangi pufakchalar va yangi eroziyalar hofylgbo`lishi va pilchirash ko`zatiladi. Bemor-ni qichishish va og`ryq bezovta qiladi. Disgidrotik epidermofitiya ko`pincha piodermiya bilan asoratlanadi, oyoq panjasi teri-sida pustulalar, shish va og`riq paydo bo`lib, limfangit hamda limfadenitlar avj oladi. Kasallik o`zoq davom etib, tez-tez qaytalab turadi. Ayniqsa u bahor va yoz oylarida ko`ziydi.

Ko`pincha qo`l panjasiga ham pufakchalar toshadi, ba`zan badan va qo`l-oyoqlar terisi po`st tashlaydi va pushti-qizil rangli dog`lar va papulalar paydo bo`ladi. Bu toshmalar allergik bo`lib, ularda zamburug`lar bo`lmaydi. Bu toshmalar epider-mofitidlar deb ataladi va oyoq panjasidagi asosiy o`choqlarda yallig`lanish qaytgandan so`ng odatda yo`qolib ketadi.

Gistopatologiyasi. Terining tikansimon qavatida hu-jayralar vakuolizasiyasi va spongiozi ko`zatiladi. Bunda xujayralararo mayda bo`shliqlar hosil bo`lib, ularning qo`shilishi natijasida seroz suyuqlik yoki leykositlar bilan to`la ko`p katakli bo`shliqlar hosil bo`ladi. Dermaning so`rg`ich-simon qavatida qon tomirlarining kengayishi va ular atrofida limfositlardan iborat yallig`lanish infiltrati ko`zatiladi.

Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikozi) — epidermofitiyaning barcha klinik shakllarida ko`zatiladi. Bosh barmok bilan jimjiloq tirnoqlari ko`proq zararlanadi. Tirnoqlarning chetida va tirnoq plastinkasi bagrida sariq doglar paydo bo`lib, tirnoq xira, qalin, mo`rt va uvalanadigan bo`lib qoladi.

Diagnozi. Oyoq panjasi epidermofitiyasining klinik ko`rinishi ko`pincha boshqa teri kasalliklariga, masalan, ekzemaga o`xshagani sababli, epidermofitiyaning diagnozi laboratoriya tekshirishlari orqali tasdiqlanadi.

Epidermofitiyaning yuqish yo`llari va sharoitlari. Kasallik qo`zg`atuvchi zamburug`lar hammomning yuvinish xonasida, suvhavzalari, sport zallari va poyabzalda bo`ladi. Asosan, kasallik shaxsiy gigienaga ahamiyat bermay, bemorning pay-pogi va oyoq kiyimlarini kiyaveradigan kishilarga yuqadi.

CHo`milish vaqtida oyoq panjasi terisining yumshashi sog`lom odamlarga epidermofitiyaning yuqishiga qulay sharoit tug`diradi. Epidermofitiyaning kelib chiqishi va avj olib borishida organizmning individual xususiyatlari, oyoq panjasining ko`p terlashi, terning kimyoviy tarkibi, organizmning umumiy axvoli, nerv sistemasining funksional holati katta ahamiyatga ega.

Davosi Epidermofitiyaning skvamoz shaklini davolash uchun 2% li yod eritmasi va Vil`kinson malhamidan foydalaniladi. Dastlab soda-sovunli iliq vanna qilinadi, keyin 5% li salisi-lat, 10% li oltingugurt va 5% li salisilat malhami aralashmasi surtilib, boylamlar qo`yish tavsiya etiladi.

Oyoq panjasining intertriginoz epidermofitiyasida barmoq orasidagi burmalarga 2% li yod, nitrofungin eritmasi, salisilat-benzoat yoki 5% li oltingugurt- malhami va boshqa fungi-sid malhamlar surtiladi.

Disgidrotik epidermofitiyani bartaraf etishda umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Kasallik o'tkir kechganda desensibilizatsiyalovchi umumiy davo buyuriladi: venaga 10% li kalsiy xlorid, 30% li giposul'fit, 10% li kalsiy glyuqonat eritmaları yuboriladi, Antigistamin preparatlardan dimedrol, suprastin, tavegil, diazolin, diprazin va boshqalar, V va S guruh vitaminlari, nikotin kislotasi buyuriladi. SHu bilan birga maxalliy davo ham qilinadi.

Kasallikning o'tkir davrida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin, 1:1000 nisbatdagi rivanol, 1% li rux sul'fat, 1:5000 nisbatdagi furasillin, 2% li borat kislotasi eritmalaridan foydalanib, sovuq primochkalar qo'llaniladi. Pufaklar yorilib, o'tkir yallig'lanish jarayoni bosilib qolganidan keyin, 5% li dermatol mazi, Unna kremi hamda 2% li ixtiol pastasi buyuriladi. Malhamlardan klotrimazol, mikozolon, mikospor, ja-raen ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanganda esa triderm buyuriladi.

Kasallikning barcha shaklini davolashda Lamizil preparatining samarasi katta, Uni boshqa antifungal dorilarga (nizo-ral, grizeoful'vin) qaraganda nohush ta'sirlari juda ham kam. Lamizil tabletka shaklida 250 mg dan kuniga 1 maxal, 14 kun davomida ichiladi, Lamizil malhami esa kuniga 1—2 maxal 2 yoki 4 hafta davomida surtiladi.

Intertriginoz va disgidrotik epidermofitiyalar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanib, limfangit va limfadenitlar bilan kechganida antibiotiklar va sul'fanilamid preparatlari tavsiya etiladi. Allergik toshmalar bo'lsa desensibilizatsiya-lovchi va antigistamin preparatlar ko'llash bilan bir qatorda, kasallikning klinik ko'rinishiga qarab, mahalliy davo sifatida chayqatuvchi suyuqlik va indifferent upalar qo'llaniladi. CHov epidermofitiasida teri ta'sirlanmasligi uchun ehtiyot bo'lib davo qilish talab etiladi. O'tkir yallig'lanish bo'lganida 0,25% li kumush nitrat, 1% li rezorsin va boshqa eritmalaridan sovuq primochkalar qilinadi. Keyinchalik tarkibida 2—3% li salisilat va benzoat kislotalari bor malhamlardan foydalanish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Oyoq ko'p terlashi tufayli epidermofitiya bot-bot qo'zib turadigan bo'lsa, ozodalikka bekami-ko'st amal qilish, paypokni tez-tez almashtirib turish, oyoq kaftiga 3% li formalin eritmasi surtish, vaqti-vaqti bilan upa sepib turish tavsiya etiladi. Epidermofitiyaning tarqalishiga qarshi kurashish maqsadida hammom, dushxona hamda suv havzalarida ozodalik va tegishli sanitariya talablariga mos profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish talab etiladi. U joylardagi pol, o'rindiq hamda boshqa jixozlarni xloramin, krezolning 5% li eritmasi yoki xlorli ohak eritmasi bilan muntazam dezinfeksiya qilib turish zarur. Bu muassasalarda xizmat qiladigan xodimlar tibbiy tekshiruvdan o'tib turishlari, tekshirish vaqtida kasal deb topilganlar zsa davolanishlari lozim.

Rubromikoz Rubromikoz yoki rubrofitiyaga Rubromikoz zamburug'i sabab bo'ladi.

Klinikasi. Asosan qo'l-oyoq kaftlari, oyoq. barmoqlari ora-sidagi hamda chov va qo'ltiq ostidagi burmalar zararlanadi. Yirik burmalar terisi, ayniqsa ko'p kasallanadi. Qo'l-oyoq kaft terisi kurib, dag'allashadi, egatchalar bor joylar qipiqsimon tangachalar bilan qoplanadi. Natijada qo'l va oyoq kaftlari xuddi un sepib qo'ygandek kepaklanib turadi. Jarayon epidermofitiyadan farq qilib, oeq panjasi va barmoqlarning ustki hamda yon yo'zalariga ham o'tadi. Oeq panjasining kasallanishi ko'pincha qichishish bilan kechadi. Oyoq barmoqlari orasidagi burmalar quruqshab kepaklanadi. Rubromikozda oyoqningdeyarlihamma bar-moqlari orasidagi burmalar, shuningdek tirnoqlar zararlanadi. Qo'l-oyoq tirnoqlari sarg'ayib, hiralashadi hamda qalin tortib uvalanib turadi va ko'pincha tirnoq uchidan ko'chadi. Ko'chgan tirnoq kirkul rangtushga kiradi. Silliq terida kasallik o'choklarining cheti ko'tarilib turadigan, unimon tangachalar bilan qoplanadi. Ba'zan, shak-lan festonlarga o'xshaydigan, po'stchalar bilan qoplangan qi-zil dog'lar, halqalar ko'rini-shida bo'ladi. Doglar ustida mayda, qizil rangdagi tuguncha-lar bo'lib, ularning yo'zasi qora qo'tir bilan qoplanadi.

Kasallik surunkali kechadi, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa issiq kunlarda qaytalab turadi.

Davosi. Qo'l-oyoq kaftlari terisi keratolitik va fungusid moylar bilan ko'chiriladi. Buning uchun 2% li yod eritmasi, nitrofungin, Kastellani bo'yogi, 10% li salisilat va 5% li ol-tingugurt moyi, 5% li qoramoy, mikoseptin, mikozolon, unden-sin, sinkundan, amikozol, 1% li lamizil moylaridan foydalaniladi. Davoning spesifik vositalariga fungistatik xususiyat-ga ega bo'lgan grizeoful'vin, geful'vin, nizoral antibiotiklari va fungusid xususiyatli lamizil dorisi kiradi. Grizeofulvin 1 oy mobaynida har kuni 4—6 tabletkadan (0,125 g dan), keyingi oyda esa xuddi shu dozada, lyoki n kunora ichish, so'ngra soglom tirnoq plastinkalari o'sib chiqqunga qadar xuddi shu dozada 3 kunda 1 martadan ichib turishga buyuriladi. Nizoral dorisi har kuni 1 tabletkadan (200 mg) dan ichiladi.

Silliq teri rubromikozini davolashda lamizil xar kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichiladi. Agar zararlanish o'chog'i tirnoqlarda bo'lsa (onixomikoz), u holda lamizil har kuni 250 mg dan 6 haftadan 4 oygacha ichiladi.

Trixofitiya Trixofitiya-dermatomikozlar ichida eng keng tarqalgani bo'lib, uning kelib chiqishiga trixofiton turkumiga mansub zamburug'lar sabab bo'ladi. Kasallik bolalar va kattalarda uchraydi. Ko'pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlar zararlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi trixofiton turkumiga kiruvchi zamburug'lar bo'lib, ular sochning kay tariqa zararlashiga qarab ikki guruhga bo'linadi, Birinchisi trixofiton endotriks deb atalib, zamburug' sporasi bilan miselliy iplari soch ichida turadi. Ikkinchi gurux esa trixofiton ekzotriks bo'lib, zamburug'lar soch tolasining sirtida parazitlik qilib yashaydi. Goho zamburug' sporalarning zanjirlari soch kutikul asi (pardasi) da ham bo'ladi.

YO'za va chuqur yoki maddalangan infil'trativ trixofitiya tafovut qilinadi. YO'za trixofitiyani antropofil zamburug'lari; chuqur, maddalagan infil'trativ trixofitiyani esa zoofil zamburug'lar paydo qiladi.

Epidemiologiyasi. YO'za trixofitiya ko'pincha bemor bilan bevosita muloqotda bo'lganda yuqadi. SHuningdek, bemor ishlatgan har xil buyumlar-taroq, bosh kiyim va boshqalardan ham patogen trixofitonlar yuqishi mumkin. Kasallikka asosan bolalar chalinadi, ular kasallikni yillab surunkali trixofitiya bilan og'rikan kattalardan yuktirib oladilar.

CHuqur, maddalagan-infil'trativ trixofitiya esa asosan xayvonlardan (mol, ot, cho'chqa, sichqon, kalamush va h.q lardan) yuqadi. Kasallikning bu xilida sog'lom odamning buyumlark orqali yuqish hollari nisbatan kam uchraydi.

Klinikasi. Trixofitiyaning klinik ko'rinishi va kechishi kasallik qo'zgatuvchisining xususiyatlari, uning patogenligi va makroorganizm xolatiga bog'liq.

YO'za trixofitiya. Kasallikning bu turi ko'pincha 4—15 yoshli bolalarda uchraydi. Ba'zan ko'krak yoshidagi bolalar yoki kattalarda ham ko'zatiladi. Balog'at davriga kelib kasallikning bu turi ichki sekresiya bezlari faoliyatining o'zgarishi tu-fayli o'z-o'zidan yo'qolib ketadi, Ayrim hollarda odam keksayguncha cho'zilaverishi ham mumkin. Kattalarning surunkali trixofitiyasi deb shunga aytiladi.

YO'za trixofitiya Quyidagi klinik ko'rinishda kechadi. Bosh-ning sochli qismida kattaligi olchadek keladigan talaygina kasallik o'choqlari vujudga kelib, shu soha terisi po'st tashlab, sochlari siyraklashib koladi. Zamburug'lar bilan zararlangan sochlar mo'rtlashib, teri dami barobarida sinib tushadi va shu joylar qora nuqtalarga o'xshab qoladi; singan sochlar o'z rangi-ni yo'qotib, xiralashadi va biroz yo'g'on tortadi. Kasallik o'chog'idagi teri po'stlari orasidan ilmoqqa o'xshash soch bo'laklari ko'rinib turadi, xuddi shu joylarda aftidan sog'lom sochlar ham o'sadi. YO'za trixofitiya bolalarda o'zoq vaqt davom etadi. Agar u o'z vaqtida davolanmasa badanning boshqa tukli qismlariga tarqalib ketishi mumkin.

Silliq terining yo'za trixofitiyas i. Aksariyat hollarda boshning sochli qismi zararlanishi bilan birga kechadi, kasallik faqat terida uchrashi ham mumkin. Dastlab terida chetlari sal ko'tarilgan och qizil rang'li dumaloq yallig'langan dog' vujudga keladi. Dog' chetlarida qizg'imtir bolishcha bo'lib, markazi birmuncha yassi tortib po'stlar bilan qoplanib turadi. Keyinchalik dog' chetlarida tarikdek pufakchalar paydo bo'lib, ular yorilgach qora qo'tir bilan qoplanadi. Dog'lar chetga tomon o'sib borib yoki bir-biriga ko'shib, turli shakllar hosil qili-shi mumkin.

Kattalarning surunkali trixofitiyasi. Ko'proq ayollarda uchraydi. YUqorida ta'kidlaganimizdek, balog'at davrida kelib markaziy nerv sistemasi va ichki sekresiya bezlari faoliyatining o'zgarishi trixofitonlar uchun noqulay shart-sharoit tug'diradi. SHuning uchun ko'pincha bu davrda yo'za trixofitiya o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ammo, ichki sekresiya bezlari faoliyatida, xususan tuxumdonlarda biror illati bor ayollarda kasallik surunkali kechib, yillab cho'zilishi mumkin. Kasallik ko'pincha boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlarning birga zararlanishi bilan kechadi. Boldir, bilak, tirsak, dumba, tizza soxalarida bir-biriga qo'shilishga moyil bo'lgan, kattaligi tangadek, po'st tashlab turadigan, binafsha rangli dog'lar vujudga keladi. Oyoq-qo'l kaftlari terisining mugo'z qavati qalin tortib, unda yallig'lanish belgilarisiz, po'st tashlab turadigan kasallik o'choklari vujudga keladi,

Boshning ensa va chakka soxalarida sochlar tagidan sinib qora nuqtalar hosil qiladi. SHuningdek, shu soxalarda biroz po'st tashlab turgan kichikroq zararlanish o'choqlari, ya'ni komedonlarni ko'zatisht mumkin. Bundan tashqari, terida sochsiz atro-fiyaga uchragan joylar ham bo'ladi. Kasallik o'zoq kechadi, bunday xolarda katta yoshdagi bemorlar bolalar uchun kasallik manbai bo'lib kolishlari mumkin,

Maddalangan-infil'trativ yoki chuqur trixofitiya. Kasallik asosan xayvonlardan yuqadi. Bolalarda ko'proq boshning sochli qismi, kattalarda esa soqol-mo'ylovlar zararlanadi. Agar zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilsa, zanjirchalar ko'rinishidagi sporalar sochni g'ilofdek o'rab turganligini ko'rish mumkin.

Klinikasi. Kasallik o'choqlari keskin qizarib, shishadi. Boshning sochli qismida o'smasimon to'zilmalar paydo bo'lib, ularni ushlab ko'rilganda ko'lga hamirdek yumshoq undnaydi, bu o'choqlar yiringli yallig'langan soch follikulalaridan iborat bo'ladi. Asalari uyasiga o'xshab ketadigan bu o'choqlardan mog'or hidi kelib turadi va qo'l bilan bosilganda follikulalar teshiklaridan yiring tomchisi chiqadi nomi bilan ham yuritiladi). O'choqlarda soch tag-tugi bilan yiringlab ketganligi uchun ham sochlar to'qilib ketadi.

YUqorida ta'kidlaganimizdek, kasallikning bu turi yallig'lanish alomatlari bilan kechadi. Bemorning xarorati ko'tarilib, boshi og'riydi, shuningdek bo'yin va ensa soxasidagi limfa tugunlari shishadi, ko'ngli aynaydi, qusadi, lohaslik ko'zatiladi. Ayrim bemorlarning oyoq-ko'l va badan terisida lixenoid tabiatiga ega, allergik toshmalar — trixofitidlar paydo bo'ladi. Bunga zamburug' zaxarlarining qon va limfaga o'tishi sabab bo'ladi. Oradan 2—3 oy o'tganidan keyin kasallik o'z-o'zidan tuzalib, kasallik o'choqlari o'rnida chandiqlar kolishi mumkin. Kasallikning maddalangan-infil'trativ xilida sillik terining zararlangan joyi dumalok bo'lib, qizarinqirab turadi, yo'zasi follikulalar yar pustula va ayrim joylari qoraqo'tir po'st bilan qoplangan bo'ladi.

Tirnoqlar trixofitiyasi. Nisbatan kamroq uchraydi. Bu kasallik boshning sochli qismi yoki sillik teridan zam-burug'larning tirnoqqa o'tishi natijasida vujudga keladi. Aksariyat qo'l barmoqlarining tirnoqlari zararlanadi. Kasallik jarayoni tirnoq plastinkasining erkin chetidan boshlanib, shu joyda asta-syoki xira dog' paydo bo'ladi; kamgak tirnoqqa, zamburug' o'sib kirishi natijasida tirnoq plastinkasi qalin tortib, xira bo'lib qoladi. Keyinchalik tirnoq uvalana boshlaydi va tirnoq plastinkasining yo'za qatlamlari ostida kam-gaklar hosil bo'ladi. Tirnoqlar trixofitiyasini o'zoq vaqt davom etadi.

Davosi. Kasallikning barcha xilida ham grizeofulvin an-tibiotikini qo'llash mumkin. Grizeofulvinning kundalik miqdori bemorning vazniga qarab belgilanadi, odatda 15 mg/kg hisobida beriladi. Uni ovqat vaqtida bir choy qoshiq baliq moyi yoki o'simlik yog'i bilan ichiladi. Davo 1—1,5 oy va undan ham ko'proq davom etishi mumkin, Grizeofulvin 0,125.g dozali tabletkada chiqariladi, uni qabo'l qilishning 2 xil sxemasi mavjud; birinchi sxema bo'yicha tabletkalar 15—20 kun munta-zam ichiladi, keyin esa ikki kun oralatib, xuddi shu tartib, bemor to tuzalib ketguncha davom ettiriladi. Ikkinchi sxemada — tabletkalar davolash boshlangandan to bemor to'zalgunga qadar ku-nora ichiladi. Dori qabo'l qilinganida ba'zan bosh og'rig'i, dis-peptik o'zgarishlar, leykopeniya, eozinofiliya, allergik derma-tit kabi noxush xolatlar ham ko'zatiladi. SHu bois porfiriya hamda o'tkir jigar kasalliklari, homiladorlik, leykopeniya, xavfli o'smalarda grizeofulvin qo'llanilmaydi. Keyingi yil-larda nizoral, lamizil kabi dorilar ham ishlatilmoqda. Tri-xofitiyani davolashda lamizil eng afzal vosita, uni har kuni 250 mg dan 14 kun davomida ichish yoki malhamini surtish tavsiya etiladi.

Sillik teri trixofitiyasida kasallik o'choqlariga 5% li yod eritmasi surtiladi, 7—10, ba'zan undan ko'proq kun davomida Vil'kinson malhami, 10—15% li otlingugurt yoki qoramoy malhami qo'yiladi.

Kattalarning surunkali trixofitiyasida esa yuqorida aytil-ganlardan tashqari, organizmning umumiy kuvvatini oshiradigan biostimulyatorlar, vitaminlar, autogemoterapiya tavsiya etiladi.

Maddalangan-infil'trativ trixofitiyada esa dastlab moyli boylamlar ko'yib, qora ko'tir po'stlar tushiriladi, so'ngra 5—10% li ixtiol, 0,25—0,5% li kumush nitrat eritmasi qo'llaniladi G~Burov suyuqligi, 1:5000 nisbatdagi sulema hamda etakridin laktat eritmasi va boshqalar bilan ho'l — qurituvchi bog'lamlar ko'yiladi. Bundan so'ng qo'lda epilyasiya qilish ancha oson bo'ladi. Agar flyuktuasiya juda ham rivojlangan bo'lsa, o'choqlarni steril holda yorib tozalanadi. O'tkir yallig'lanishdan so'ng esa Vil'kinson malhami ishlatiladi. Maxalliy davo si-fatida lamizilning 1% li kremini 14 kun davomida surtish yuqori samara beradi.

Tirnoqlar trixofitiyasini davolash tirnoqning boshqa mi-kozlarini davolashdan deyarli farq qilmaydi.

Profilaktikasi. Kasalligi aniqlangan bemor boshqalardan ajratib qo'yiladi, uning ust kiyimlari, choyshab va ko'rpalari zararsizlantiriladi. Ichki kiyim va yostiq jildlari oldin qaynatilib, so'ng yuviladi. Bemor turgan uyning poli dast-lab 5% li xloramin yoki lizol eritmasi bilan, so'ng qaynoq suv bilan yuviladi. Trixofitiyadan to'zalgan bolada 3 haftagacha ka-sallik belgilari topilmay, mikologik tekshirish natijalari

3 martagacha manfiy bo'lgandagina unga bog'chaga ruxsat etiladi. SHuningdek bolalar muassasasidagi barcha xodimlar muntazam ravishda rejali tibbiy ko'rikdan o'tkazilib turiladi.

Kasallik o'z vaqtida aniqlanishi lozim. Qasal bola oilasi-dagilar hamda uning atrofidagi barcha bolalar tekshirishdan o'tkaziladi. CHuqur maddalangan trixofitiya topilgudek bo'lsa, kasallik manbai bo'lgan joydagi xayvonlarni ham tekshiriladi.

MIKROSPORIYA

Mikrosporiyaga-mikrosporim turkumiga kiruvchi ipsimon zamburug'lar sabab bo'ladi. Ikkita asosiy turi: odamdan yuqadigan (antropofil) zangsimon mikrosporum va mushuk, goxo itlardan yuqadigan (zooantropofil) tukli mikrosporum; mushuk mikrosporum) tafovut qilinadi.

Mikrosporiyalar silliq teri hamda sochlarni zararlaydi. Kasallik yo'za joylashish xususiyatiga ega, chuqur formasi kam uchraydi.

Mikrosporiya bilan ko'proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kattalarda asosan silliq teri mikro-sporiyasi uchraydi. Jinsiy etilish davriga kelib mikrosporiya odatda o'tib ketadi.

Zooantropofil mikrosporiyasining klinika-si. Boshning sochli qismida diametri 3—4 sm keladigan 2—3 yirik va bir nechta mayda kasallik o'choqlari paydo bo'ladi. Yirik o'choqlar dumaloq bo'lib, keskn ajralib turadi (shtamplangan o'choqlar) va asbestsimon yupqa tangachalar bilan qopla-nadi, yallng'lanish belg'ilari deyarli ko'zatilmaydi. Kasallik o'chog'idagi sochlar bir xil o'zunlikda bo'lib, teri damidan 3—5 mm tepadan sinib ketadi; soch siniqlari kul rang oqish mufta bilan o'ralib turadi. Kasallik o'chog'ida sog'lom sochlar kam bo'ladi, ba'zan qora qo'tir vujudga keladi. Kamdan-kam xollarda yallig'lanish zo'rayib, teri qizaradi, follikul itlar paydo bo'lib. kasallik manzarasi yiringli trixofitiyaga o'xshab ketadi. Boshning sochli qismi lyuminessent lampa yorda-mida tekshirilganda mikrosporum bilan zararlangan sochlar yashil bo'lib tovlanadi. Bu muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib. bolalar maskanlari hamda jamoalarni profilaktik ko'rikdan o'tkazishda keng qo'llaniladi.

Silliq teri mikrosporiyasida — yo'z, lunj, qo'lning silliq terisi, badan va oyoqlarda keskin ajralib turadigan qizg'ish, dumaloq, yallig'lanish dog'lari bo'lib, ular kepaksimon tangachalar bilan qoplanadi, markazi biroz ochroq rangdagi halqa shakliga o'xshash bo'ladi, cheti esa ko'tarilib pufakchalar bilan qoplanib turadi, bu manzara silliq teri trixofitiyasiga juda o'xshaydi.

Zangsimon mikrosporum tufayli kelib chiqadigan mikrosporiya yuqorida keltirilgan klinik manzaradan bir oz farq qiladi. Bunda — boshning sochli qismida bir galay mayda o'choklar bo'lib, yo'za trixofitiyaga o'xshaydi. Kasallyk o'chog'ida singan sochlar bilan bir Qatorda ta-laygina sog'lom sochlar saqlanib qoladi. Zararlangan sochlar teri damidan 5—8 mm yuqoridan sinib tushadi. Soch siniqlari sporalardan iborat g'ilof bilan qoplangan bo'ladi. Kasallik o'choqlarining shakli noto'gri, ular bir-biriga qo'shilib ketishga moyil bo'lib, tarqalib boradi va boshning sochli qismidan ko'pincha soch chetlaridagi silliq teriga o'tadi. Teri pushti rangda bo'lib, po'st va tangachalar bilan qoplanadi, Kasallik o'ta yuqumli.

Silliq terining zararlanishi doiralar ko'rinishidagi o'choqlar paydo bo'lishi bilan ifodalanadi, bir doira ichida yangi dog' paydo bo'lib, keyin u ham doiraga aylanib qoladi (iris formasi). Mikroskop ostida ko'rilganda soch xuddi g'ilofga o'xshab zamburug' sporalari bilan o'ralgan bo'ladi, ular tarqoq holda joylashadi. Teri po'stchalarida zamburug' miseliylarini, ba'zan segmentlarga bo'lingan holda ko'rish mumkin.

Davosi. Talaygina patologik o'choqlari (3 tadan ortiq) bo'lgan yoki boshning sochli qismi zararlangan bemorlar kasalxonada davolanishlari zarur. Bemorning har kg vazniga 22 mg dan grizeofulvin tavsiya etiladi va shu miqdor tekshiruv nagijalari manfiy bo'lgunga qadar (laboratoriya tekshiruvlari har kuni o'tkaziladi) davom ettiriladi. So'ngra grizeofulvin bir hafta davomida kunora va keyinchalik esa xaftada ikki marota-ba ichiladi. Kasallik alomatlari yo'kolib, laboratoriya tekshi-ruvidan uchta manfiy natija olingach (har 5—7 kun ichida) gri-zeoful'vinni ichish to'xtatiladi.

Favus Favusga SHenleyn axorienn zamburug'i sabab bo'ladi. asosan boshning sochli qismi, silliq teri va tirmoqlar zararlanadi. Kasallik bevosita kasal kishilardan yoki ular to'tgan buyumlari (bosh kiyim, taroq va boshqalar) orqali loqadi. Hayvonlarni bu zamburug' zararlamaydi. Favusning yuki-shida organizmning umumiy ahvoli katta ahamiyatga ega. YAsli va maktabgacha yoshdagi bolalar, madorni kuritadigan surunkali kasalliklar bilan og'rigan kishilar bu kasallikkka ko'proq moyil bo'ladilar. Favus trixofitiya va mikrosporiyaga qaragan-da kam yuqumli.

Zamburug` bilan zararlangan soch mikroskop ostida ko`rilganda uning ichida miseliyning ko`ndalang to`siqlar bilan segmentlarga bo`lingan iplari ko`rinib turadi, soch tanasida havo pu-fakchalari va naqshdor shakldagi kichikroq sporalar to`plami joylashadi.

Klinikasi. Boshning sochli qismidagi favusning klinik manzarasi o`ziga xos bo`lib, favus qalqonchalari yoki skutulalari va undan keyin qolgan chandiqlar (atrofiyalangan joylar) hamda zararlangan sochlar bo`ladi. Favus skutulasi boshning sochli qismiga tushganidan keyin soch xaltachasi og`zi (follikul) da ko`payib, likopchasimon sariq rangli quruq qora ko`tir po`st hosil qiladi. Skutula markazi-dan soch chiqib turadi. Avvaliga skutula to`g`nog`ich boshidek, key-inchalik kattalashib diametri 1,5 sm ga etadi bundan ham ortadi. Skutula olib tashlangandan keyin uning` o`rnida botiq och pushti rangli yo`za qoladi. Skutula o`zoq vaqt turadigan bo`lsa, uning atrofida atrofik chandiq paydo bo`lib, bu joyda soch o`smaydi.

Skutulalar ko`pincha to`p-to`p bo`lib joylashadi, ulardan qo`lansa xid kelib turadi. Skutulalar asta-syoki n qurib uvala-nadi va to`zg`ib sochlarni qoplab oladi. Zamburug` zararlagan sochlar odatdagi rangini, pigmenti, shuningdek mayinligi va jilvasini yo`qotib, xira, mo`rt bo`lib qoladi; teri sathidan yo`zada sinadi. Sochlardan ham qo`lansa xid kelib turadi.

Favusga o`z vaqtida davo qilinmaydigan bo`lsa, kasallik yillab davom etishi mumkin. Atrofik chandiqli joydagi sochlar nobud bo`lib, boshqa chikmaydi. Favus bosh sochli qismining hamma yog`ini zararlashi mumkin, faqat chetlaridagina jiyakka o`xshab o`sadigan sochlar saqlanib koladi.

Ko`pincha favusning a t i p i k xili ko`zatiladi. Favusning impetiginoz xilida sochlar bir-biriga yopishib qolib, impetigoli qora ko`tir bilan qoplanadi. Qora ko`tir olib tashlangandan keyin, atrofiyaga uchrab o`zgarib qolgan teri ko`rinib turadi. Kasallikning o`zoq davom etishi, o`tkir yallig`lanish alomatlari-ning bo`lmasligi va chandiqlanib atrofiyalangan joylar borli-gi favusni aniqlab olish imkonini beradi.

Favusning skvamos xili bir talay po`st ajralib turishi, okish sargimtir tangachalarning ustma-ust kalashib turishi bilan ifodalanadi; go`yo chang bosgan va «zafaron» bo`lib ko`rinadigan kul rang sochlar bilan bir qatorda chandiqlanib, atrofiyaga uchragan joylarning bo`lishi, kasallikka to`g`ri diagnoz qo`yishimkonini beradi.

Favusda silliq terining zararlanishi, birmuncha kam uch-raydi, bunda silliq terida kattaligi yasmiqdek keladigan dumaloq shaklli, kyopaksimon po`stchalar bilan koplangan qizgish-pushti dog`lar yoki likopsimon tipik sariq skutulalar paydo bo`ladi.

Qo`l va oyoq tirnoklari favusi ikkilamchi tartibda vujudga keladi. Lyoki n ba`zan barmoq terisida o`zgarishlar bo`lmasa ham, tirnoqlar zararlanishi mumkin. Tirnoqlar platinkasi-ning bag`rida kattaligi to`g`nog`ich boshidek keladigan doglar paydo bo`ladi, keyinchalik tirnoq plastinkasi tagida shoxsimon modda to`planib, tirnoq qalin tortadi, uvalanuvchan, xira bo`libqoladiva kul rang qo`ng`ir tusga kiradi.

Diagnozi. Kasallik diagnozi uning klinik manzarasi, shuningdek soch va po`stlarni mikroskopda tekshirish natijala-riga qarab quyiladi.

Davosi. Trixofitiyani davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar qo`llaniladi.

Kandidoz Kandidozga Sapdida turkumiga kiruvchi achitqisimon zamburug`lar sabab bo`ladi, Bunda teri, shilliq qavatlar, tirnoq va ichki a`zolar zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenez. Bu turkumga kiruvchi zam-burug`lar shartli patogen bo`lib, sog`lom kishilar organizmida hamma vaqt saprofit holda yashaydi, lyoki n bu zamburuglarning patogen xususiyati oshishida makroorganizm holatining roli katta. Odam immunitetini pasaytiruvchi kasalliklarda kandidozlar tez rivojlanadi. Me`da-ichak xastaliklari. moddalar almashinuvi (kandli diabet) hamda vitaminlar muvozanatining bo`zilishi, leykoz, shuningdek antibiotik va steroidlar bilan tartibsiz davolanish zamburug`lar faoliyatini oshirib, kasal-lik vujudga kelishiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishiga qarab yo`za (shilliq qavat va teri kandidozi, kandidozli onixiya va paronixiyalar) va sistemali (visseral) shakllari tafovut qilinadi. SHu bilan birga surunkali generalizasiyalangan (granulematoz) bolalar kandidozi ham alohida ajrati-ladi.

Iirik burmalar kandidozi (intertriginozli kandidoz) bolalar (chov va dumba orasidagi burmalarda) va kattalarda (ko`ltiq va ko`krak bezi ostida, semizlarda chov soxasida) uchraydi, Bu joylarda yo`za namlanib yaltirab turadigan, to`k qizil rangli, aniq chegaralangan, usti oqish gard bilan qoplangan eroziyalar paydo bo`ladi. O`choqlar atrofida epidermis qol-diklaridan iborat xoshiya va asosiy o`choqqa o`xshagan mayda joylar ko`zga tashlanadi.

Barmoqlar orasidagi kandbdozli eroziya— ko`proq kasbga oid bo`lib, qandolatchilar, idish-tovoq yuvuvchilar va boshqalarda uchraydi. Patologik jarayon 3- va 4-barmoqlar orasida joylashib, to`q qizil rangli, aniq chegaralangan va o`rtasida seroz suyuqlik bo`lgan eroziya borligi bilan ifodalanadi

Kandidozli paronixiya. Tirnoq bolishida infil`trat, shish, giperemiya va tirnoq usti po`stlog`ning tushib keti-shi bilan kechadi, bunda tirnoq xira, mo`rt bo`lib qoladi, chetlari qayrilib, g`adir-budur, ko`idalang egatchalarga ega va turli xil qalinlikda bo`ladi; o`rnidan ko`chadi, tirnoq bilan et orasiga yiring yig`iladi; tirnoq bosilsa, atrofidan yiring chiqadi.

Og`iz burchaklari kandidozi asosan keksalarda uchraydi. Og`iz burchaklarida chuqur burmalar va maserasiya bo`lishi kandidozlar rivojlanishi uchun qulay sharoit tug`diradi. Og`iz burchagidagi teri maserasiyalangan, nam va salga ko`chadigan oqish gard bilan qoplangan bo`lib, u olib tashlansa eroziyalangan yo`za ko`zatiladi. Patologik jarayon simmetrik bo`lib, ba`zan u lablarning qizil hoshiyasiga o`tishi mumkin; bemor ogzini ochganda og`riydi. Kandidozli jarayonni strepto-kokkli eroziya, sifilitik papula va shankrlardan farqlash keraq

Og`iz oqarishi. Asosan yangi tug`ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Til, yumshoq tanglay, milk, lunj shilliq qavatlari qiza-rib (giperomiya) oq gard bilan qoplanadn: gardlar bir-bnri bi-lan qo`shilib yaxlit parda vujudga keladi. vaqt o`tishi bilan u shilliq qavatga shunchalik zich yopishadiki, uni ko`chirib olish ancha mushkul bo`lib qoladi. SHilliq qavatlar zararlanishi oqiba-tida kandidozli stomatit, glossit va angnning klinik kechishi ko`zatiladi.

S u r u n k a l i g e n e r a l i z a s i y a l a n g a n (granulyomatoz) bolalar kandidozi ko`pincha yoshligida og`iz bo`shligi shil-liq qavati kandidozi bilan og`riganlarda ko`zatiladi. VO`z (burun, lunj, peshona), boshning sochli qismi, badan, oyoq va qo`llarda psheremiya, infil`tratln va po`st tashlayotgan dog`lar hosil bo`ladi. Bu dog`lar jimjimador chegaraln granule-matoz o`choqlarga aylanadi. Agar po`st olib tashlansa vegetasiya va giperkeratoz ko`zatiladi. Patolog`ik jarayon bosilinqiragan-dan so`ng silliq terida atrofiyaln chandiq, boshning sochli kis-mida esa kal joylar bo`ladi. SHu bilan birga bunday bemorlar-da shilliq qavatlar (kandidozli stomatit, glossit, angina)ning zararlanishi, kandidozli paronixiya, teri va ichki a`zolar kandidozi rivojlanadi.

Davosi. Umumiy davo vositalardan nistatin (so`tkasiga 6 mln), levorin (so`tkasiga 4 mln birlik), amfoterisnn V, diflyuqan, lamizil (250 mg dan 14 kun davomida) va boshqa antifungan dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo uchun anilin bo`yoqlari (gensian violet, fukorsin, 5—10% li bura eritmasi), klotrimazol, levorin va lamizil malhamlari qo`llaniladi. SHu bilan birga yo`ldosh ka-salliklarni davolashda yuqori dozada vitaminlar (V gurux vitaminlari) buyurish maqsadga muvofiqdir.

CHuqur mikoziar Aktinominoz. Qo`zg`atuvchisi anaerob va aerob aktinomiset-lar bo`lib, ular nafas yo`li, ichak shilliq qavatlari orqali organizmga kiradi va ko`pincha chuqur to`qima va a`zoldan te-riga o`tadi. Qlinikasi. Kasallik gepodermada qattik infil`trativ pilakchalar va tugunlar (gumma) paydo bo`lishi (gummoz infil`trativ shakli) bilan boshlanadi. So`ngra jarayon teri osti yog` qavatiga o`tib, bu erda katta zich tugunlar vujudga keladn; keyinchalik tugunlar yumshab, yoriladi va teshik yaralar hosil bo`ladi, shu yaralardan sarg`ish, noxush hidli yiring chiqib turadi. Yiringda mayda-mayda donalar, ya`ni aktinomiset koloniyasi topiladi. Katta tugunlar emirilganda vegeta-siyali, nekrotik massali, chetlari yumshoq yaralar paydo bo`ladi (yarali shakli) va yaralar ko`priksimon, teri osti yog` qavatiga birikkan chandiklar xosil qilib bitadi. Ba`zan kasallikning nekroz va yara hosil bo`lishi bilan kechadigan do`mboqchali pustulyoz shakli ham uchraydi. Diagnozi gistologik tekshirish natijalari va qo`zg`atuvchisining topilishiga qarab ko`yiladi. Davosi. Aktinolizat (patogen aerob aktinomiitlar undirmasining fil`trati) va antibiotiklar tavsiya etiladi.

Xromomikoz. Ular tuproq va o`simliklarda uchraydi va shikastlangan teriga tushib kasallik keltirib chiqaradi. Inkubasion davr taxminan 1—1,5 oyni tashqil etadi.

Qlinikasi. Ko`pincha oyoqda kizg`ish, qattiq konsistensiya-li, ahyon-ahyonda qichishadigan tuguncha va do`mboqchalar toshadi, ular bir-biri bilan qo`shilib katta infil`tratlarni hosil qiladi. Patologik jarayon ko`kish bolishcha bilan o`ralgan, usti-da vegetasnya, yara va po`stloqlar bo`lishi bilan kechadi.

Davosi. Ichishga yod preparatlari. D₂ vitamini, V amfote-risin in`eksiyada, mahalliy davo sifatida diatermokoagulyasiya hamda jarrohlik usuli tavsiya etiladi.

Mavzuning asosiy savollari:

14. Terining zamburug`li kasalliklari tasnifi.

15. Keratomikozalar: rang-barang temiratki etiopatogenezi, klinikasi.
16. Rang-barang temiratki diagnostikasi va davolash usullari.
17. Eritrazma etiopatogenezi, klinikasi.
18. Eritrazma diagnostikasi va davolash usullari.
19. Dermatomikozlar tasnifi.
20. CHov epidermofitiyasi etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi va davolash.
21. Oyoq panjasi epidermofitiyasi etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostikasi va davolash.
22. Trixofitiya etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostika va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
23. Mikrosporiya etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostikasi va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
24. Rubromikoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostika va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
25. Favus etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari, diagnostikasi va davolash prinsiplari, profilaktikasi.
26. Onixomikozlar klinika, diagnostika, davolash.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interfaol usulali

«Tezkorlik, aniqlik, to`laqonlik»

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

Asosiy tamoyillari:

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

Mashg`ulotning mavzusi: Dermatomikozlar.

O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro`yxati:

3. Dermatofitiyalar tasnifi .
4. Quyidagi kasalliklarning tayanch belgilari.
 - CHov epidermofitiyasi.
 - Oyoq panjasi epidermofitiyasi.
 - Trixofitiya.
 - Mikrosporiya.
 - Rubromikoz.
 - Favus.
 - Onixomikozlar.
 - Oyoq panjasi epidermofitiyasini davolash.

Onixomikozlarning boshqa tirnoq zararlanishi bilan kechadigan dermatozlardan farqi.

Mashg`ulot so`ngida o`qituvchi har bir talaba ishtirokini, harakatlarini baholab mashg`ulotga yakun yasaydi.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor B. 16 yoshda. Bo`yin va ko`krak sohalarida aylana shaklli 5-6 mmli dog`lar aniqlanadi. Dog`lar usti mayda kepakchalar bilan qoplangan. Dog`lar ustiga yod surtilsa atrofdagi sog` teridan farqli to`q rangga kiradi.

4. Tashxis qo`ying.
5. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday diagnostik usullarni o`tkazish mumkin?
6. Davolash rejasini tuzing.

2-masala

56 yoshli bemorning chov burmalari sohasida aniq chegaralangan g'isht rangli yallig'lanishsiz xarakterga ega dog'lar aniqlandi. Bemorda ter ajralishi kuchli.

7. Tashxis qo'ying.

8. Diagnostik usullarni ayting.

9. Davolash rejasini tuzing.

3-masala

23 yoshli bemorning oyoq barmoqlari orasidagi terisida yoriqchalar, chetlari bo'ylab epidermisning plastinkasimon po'stchalarini kuzatiladi. Ikkala oyoqning katta barmoqlari tirnoqlari sarg'ish, xira rangga kirgan.

4. Tashxis qo'ying.

5. Bu patologiyani klinik ko'rinishlarini ayting.

6. Tirnoqlar zararlanishi bosqichlarini aytib bering.

4-masala

8 yoshli bemorning boshining sochli qismida aniq chegaralangan eritematoz-skvamoz o'choq aniqlanadi. O'choqlarda sochlar 6-8 mm balandlikda singan. Vud lampasida zararlangan o'choq sochlari ko'rilganda yashil rang shu'lanish kuzatiladi.

4. Tashxis qo'ying.

5. Bu patologiyada nimalar zararlanadi?

6. Kasallikni davolash uchun preparatlarni tanlang.

5-masala

9 yoshli bemorning boshning ensa sohasida aniq chegaralangan 5*6 sml infil'trasiyalangan 2 ta katta o'choq bor. O'choqlar usti yiringli qora qo'tir po'st bilan qoplangan. Po'stlar olib tashlangandan keyin tagidagi har bir soch follikulasidan alohida-alohida yiring ajralib chiqishi kuzatiladi. Bo'yin limfa tugunlari kattalashgan. Bemorni bosh og'rig'i, tana haroratining 38 ° S ga ko'tarilishi bezovta qilmoqda.

6. Faraziy tashxis qo'ying.

7. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya usullarini o'tkazish mumkin?

8. Bu patologiyada kasallikni yuqtiruvchi manbani ayting.

9. Bu patologiyada qaysi simptomlar klinik belgilari ko'rsatilgan?

10. Davolash rejasini tuzing.

6-masala

6 yoshli bolaning elka ko'krak va orqa kurak sohasida 2*2, 3*3 sml aylana shaklli, chegarasi aniq eritematoz-skvamoz toshmalar aniqlanadi. Zararlangan o'choqlar chetlari biroz ko'tarilgan o'rtasida papula-vezikulyoz toshmalar va ustida kepakchalar, po'stchalar aniqlanadi. Bemorda iris simptomi kuzatiladi.

4. Tashxis qo'ying.

5. Bu patologiyani etiopatogenetik omilini ko'rsating.

6. Davolash rejasini tuzing.

3. Kasallikni qaysi zamburuglar keltirib chiqaradi?

4. Bu qo'zg'atuvchilar yana nimalarni jarohatlashi mumkin?

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: Dermatomikozlar

Keys varianti:

6 yoshli bolaning elka ko'krak va orqa kurak sohasida 2*2, 3*3 sml aylana shaklli, chegarasi aniq eritematoz-skvamoz toshmalar aniqlanadi. Zararlangan o'choqlar chetlari biroz ko'tarilgan o'rtasida

papula-vezikul yoz toshmalar va ustida kepakchalar, po`stchalar aniqlanadi. Bemorda iris simptomi ko`zatiladi.

Bajarish shartlari:

1. Anamnestik ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblar va laborator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo`linadi.(3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situatsiyani xal etishni tayyorlaydilar

O`qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko`rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to`qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko`rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal

etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oformit qiladilar, o`z to`zatishlarini kiritadilar.

O`qituvchi: gurux ishi prezentsiyasini boshlashni e`lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o`zlarining

taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak.Uni to`xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning

chiqishidan so`ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan echim variantlariga o`z munosbatlaini bildiradilar, optimal

variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtroki asoslangan

bo`lishi kerak.

O`qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

4-mavzuga oid testlar

1. Keratomikozlarni ko`rsating.

- A) eritrazma
- B) chov epidermofitiya
- V) kandidoz
- G) rubromikoz
- D) trixofitiya

2. Keratomikozlarga qaysi kasallik kiradi?

- A) erizeopelioid
- B) po`stloqli temiratki
- V) saramas
- G) pedra
- D) kepaklanuvchi temiratki

3. Rang-barang temiratkini qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi?

- A) ikkilamchi zaxm
- B) trofik yara
- V) yuza trixofitiyasi
- G) chov epidermofitiya

- D) kandidoz
4. Rang-barang temiratkida qo`llanilmaydi .
- A) immunomodulyator
 B) vitaminlar
 V) keratolitik preparatlar
 G) antimikotiklar
 D) antibiotiklar
5. Oyoq panjasi epidermofitiyasi klinik ko`rinishini ko`rsating.
- A) yiringli infil`trativ
 B) antroponoz
 V) tarqalgan
 G) disgidrotik
 D) seboreyali
6. Trixofitiyaning klinik belgisini ko`rsating.
- A) yiringli-infil`trativ
 B) skvamozi
 V) disgidrotik
 G) intertriginoz
 D) seboreyali
7. Yiringli-infil`trativ trixofitiyaga xos bo`lgan simptom
- A) Auspits
 B) Asbo-Gansen
 V) Pinkus
 G) "baliq ikrasi"
 D) "ari uyasi"
8. Tirnoqlar zararlanishi bilan kechadigan zamburug` kasalligi?
- A) rubromikoz
 B) rang-barang temiratki
 V) eritrazma
 G) aktinomikoz
 D) saramas
9. Silliq terining yuza trixofitiyasini keltirib chiqaradi:
- A) antropofil zamburug`lar
 B) fil`tivlovchi viruslar
 V) korinobakteriyalar
 G) maktab yoshida
 D) zooantropofil zamburug`lar
10. Eritrazmaning tipik joylashish joyi:
- A) boshning sochli qismi
 B) tirnoq plastinkalarida
 V) chov burmalarida
 G) oyoq barmoqlari orasida
 D) oyoq panjasi gumbazi sohasida

Amaliy ko`nikma

№	Balster sinamasi	Maksimal ball	To`plangan ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyarlash	5	
2	Tekshiriladigan toshmani aniqlash	25	
3	Tekshiruvchi toshma 5% yod yoki anilin bo'yog'i bilan bo'yaladi	30	

4	Yod yoki anilin bo'yoqlarni ta'siri natijasini aniqlashadi (natijani interpretatsiyasi)	40	
	Jami	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Kallik klinik kechishi, diagnostika va davolash. Onixomikoz zamonaviy diagnostika va davolash usullari.

Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

6-Ekzema. Kasbga aloqador kasalliklar.

Ekzema - ekzema so'zi yunoncha "ekzeo" – kaynash so'zidan olingan bo'lib, mayda-mayda pufakchalar koplanib turadigan o'tkir ekzema uchogi kaynayotgan suvga uxshayotganligi uchun kasallikka shunday nom berilgan. Ekzema teri yo'za katlamlarining yalliglanishi bo'lib, o'ziga xos nevrogen-allergik tabiatga ega

Etiologiyasi va patogenez Ekzemaning kelib chikishi va rivojlanishida nerv sistemasi alohida urin tutadi. Xar bir dermatolog o'z tajribasida ekzema asabiylashish va kuchli stressdan sung paydo bo'lishi yoki qaytalashini ko'zatgan.

T.P.Pavlov (1894)ning ta'kidlashicha, ekzema bo'lgan soxa va uning atrofidagi terida og'rikka nisbatan elektr sezuvchanlik oshadi va bu ko'zgalishdan oldin namoyon bo'ladi. Ba'zan kasallik periferik nerv sistemasi jaroxatlangandan sung boshlanadi. Tekshirishlar shuni kursatdiki, ekzema bilan og'rigan bemorlarning kupchiligida markaziy nerv sistemasida turli o'zgarishlar va kasalliklar aniqlanadi. Bemorlar terisida asetilxolin moddasining kupashib ketishi ekzema patogenezida nerv sistemasining muxim ahamiyatga ega ekanligini yana bir bor isbotlaydi. Ekzemaning kelib chikishida me'da-ichak a'zolari faoliyati bo'zilisining ham salmog'i bor.

Schnitzer (1955) ekzema bilan og'rigan 136 bemorning 93 nafarida ichki a'zolarida turli xil patologik o'zgarishlarni ko'zatgan. Bunday bemorlarning jigarida ham moddalar almashinuvi bo'zilganligi, uning antitoksik funksiyasi pasayganligi aniqlanadi. Ekzemali bemorlar me'da shirasining kislotalik darajasi pastligi gastrit, kolit, xolisistit kasalliklarining tez-tez uchrab turishi, me'da – ichak sistemasining kasallik patogenezida muxim rol uynashidan dalolat beradi. Ekzemaning kelib chikishida turli xil moddalarning ham ahamiyati bor. Bunga uy bekalarida uchraydigan sintetik yuvuvchi vositalar (ishkor, poroshok) ta'sirida kelib chiqadigan ekzemani misol qilib kursatish mumkin. Xozirgi davrda "pnevmoallergenlar" deb nom olgan kasallik ko'zgatuvchilari kupchilik olimlar dikkatini o'ziga jalb etmokda. Pnevmoallergenlarga chang, tukimachilik tolasi, odam yoki xayvon epidermisi tangachalari va Boshqalar kiradi. Ekologik muxitning bo'zilisini oqibatida kasallik ko'zgatuvchi omillar yil sayin kupashib bormokda. Xar xil dorilar va antibiotiklar ishlatish natijasida ham ekzema vujudga kelishi mumkin. Ular haqida "Dermatitlar" mavzusida batafsil aytib utilgan. Ekzemaning etiologiyasi va patogenez haqida so'z ketganda, infeksiyon omillarni ham esdan chiqarmaslik keraq

Masalan, oyoq mikozi yoki chov epidermofitiyasida kasallik uchogidan ancha nari joylashgan soxalarda ikkilamchi allergik toshmalar – ekzematozli epidermofititlarning toshishi ko'zatiladi. SHunday xolatni mikroblilik ekzemada ham uchratish mumkin.

Klinikasi. Ekzema o'zining patogenetik xususiyati, etiologik omillari va asosan klinik kurinishiga qarab Quyidagi turlarga bo'linadi: chin, mikroblilik, kasbga oid, seboreyali ekzema va bolalar ekzemasini. Klinik kechishiga kura o'tkir, urtacha o'tkir va surunkali ekzemalar tafovut qilinadi.

CHin ekzema. Toshmalar polimorfizm, ya'ni kizarish, mayda tugunchalar, pufakchalar, yiringchalar, tangachalar, pustlokchalar paydo bo'lishi va teri shishi bilan ifodalanadi. Ekzema toshmali ma'lum bir evolyusiyani utadi, ya'ni toshmalar ketma-ket bir elementning o'zgarishi xisobiga ikkinchisi vujudga keladi. Masalan, tugunchalardan pufakchalar, ulardan esa pustlok xosil bo'ladi.

YUkorida keltirilgan alomatlar o'tkir chin ekzemaga xos bo'lib, toshmalar asosan yo'z, kul, oyoq terisi va badanning Boshqa joylarida bo'ladi va kattik kichishish, ba'zan achishish hamda kizib ketgandek bo'lib tuyulishi bilan davom etadi.

Ekzemaning klinik kurinishida morfologik elementlarning qay biri ko'p uchrashiga qarab xo'l, papulyoz, vezikul yar, pustulyoz, skvamoz va pustlokli xillari fark qilinadi.

O'rtacha o'tkir ekzema klinik kurinishi jixatidan o'tkir ekzemaning engilrok xili bo'lib, bilinar-bilinmas teri shishishi, kizarishi, shuningdek o'tkir toshmalar toshishining tuxtashi va kichishishning sezilarli darajada kamayishi bilan ifodalanadi. Ba'zan ekzemaning klinik kurinishiga qarab o'tkir yoki urtacha o'tkir ekanligini aniqlash ancha mushkul. Bunda kasallikning davom etishiga qarab shartli ravishda yukoridagi turlarga ajratiladi. Ekzemaning 6 xaftagacha bo'lgan davri o'tkir va bundan keyingisi urtacha o'tkir xisoblanadi.

Surunkali ekzemaga klinik va gistologik jixatdan yalliglanish infil'trasiyasi xos, shu sababli zararlangan joy terisi zichlashib, qalinlashadi. Infil'trasiyali, elastiklik xususiyati kam bo'lgan terida okish, sargish-jigarrang yoki kizgimtir pustloklarni, ba'zan tuguncha va pufakchalarni uchratish mumkin. Ma'lum bir nokul ay omillar ta'sirida surunkali ekzemaning zurayishi kuriladi; bunda terining kizargan joyi kupashib, shish va toshmalar paydo bo'ladi.

Ekzema xar doim bir xil kechavermaydi. Goxida toshmalar tez orada kaytib, o'zoq vaqtgacha qayta toshmaydi. Ekzema qaytalaganda kasallangan joydan Boshqa soxalarini ham egallab olishi mumkin.

Disgidrotik ekzema. Kul va oyoq kaftida mayda nuxatdek kattik pufakchalar xosil bo'lishi bilan kechadi. Teri salgina kizarib pufakchalar yoriladi va urnida shilingan iz koldiradi, ular usti sargish puslokchalar bilan koplanadi, ba'zida pufakchalar yorilmasdan ichidagi suyukligi bilan kotib kolish xollari ham ko'zatiladi. Kasallangan soxa atrofidagi sog teridan keskin ajralib turadi.

Mikrobli ekzemada. ko'prok yo'zaki piodermiya ikkilamchi yalliglanib, ekzemaga aylanadi. SHuning uchun ham klinik kurinishi ekzema va piodermiyaga xos alomatlar borligi bilan ta'riflanadi. Kasallik asosan boldirda, kul panjasining tashqi qismida va bosh terisida ko'zatilib, o'choqlar chegarasi keskin ajralib turadi va shakli yumalok hamda jimjimador bo'ladi. Toshmalar asimmetrik joylashadi. Terining zararlangan qismi plastinkasimon po'st bilan koplanadi, uni olib tashlansa urnida pushti rangli pilchiragan yo'za, ekzematozli kuduklar va seroz eksudat tomchilar ko'zatiladi. Ba'zan kasallangan o'choqlar atrofida mayda pustulalar paydo bo'lishi va ular yangi ekzematoz o'choqlarni xosil qilishi mumkin. Kasallik kichishish bilan kechadi. Mikrobl ekzemaning paratravmatik va varikoz xillari bor. Ularning paydo bo'lishiga mexaniq (gipsni noto'g'ri boglash), kimyoviy (yaralarni zuriktiruvchi dorilar bilan davolash) va biologik (infeksiyalar) omillar ham sabab bo'lishi mumkin.

Kasbga aloqador (professional) ekzema badan terisining ochiq qismlarida vujudga keladi. Kasallikning avj olishiga ishlab chiqishdagi allergenlar sabab bo'lib, ular organizmga sensibilizasiyalovchi ta'sir kursatishi mumkin. Kupchilik bemorlarda teridagi sinab ko'rish testi sensibilizasiyalovchi omillarga nisbatan musbat bo'ladi. Bunday dermatitlarning klinik kechishi yukorida keltirilgan ekzemalardan deyarli fark qilmaydi. Faqat allergenlar bartaraf etilgandan sung kasallik dermatitlarga nisbatan o'zoqrok davom etadi.

Seboreyali ekzema (moyli gush) – patologik jarayon asosan yog ajratib chiqaruvchi bezlar joylashgan terida, ko'proq boshning sochli qismi, kul ok supراسi, yo'z, kul tik osti, shuningdek kukrakni zararlaydi va mayda pustchalar bilan koplanib turadigan doglar hamda tugunchalardan, tangacha va pustlokchalardan iborat bo'ladi. Bu doglar sargish bo'lib, chegaralari ancha keskin ajralib turadi, aksariyat bir-biri bilan qo'shilib ketadi. Tugunchalarning urtasi okarib xalkali elementlar xosil bo'lishi mumkin. Kasallik jinsiy uygonish davridan boshlanadi. Seboreyali ekzema asosan pilchirashsiz kechadi. Kasallangan teri moydek yaltirab turadi, bu joylarning kichishib turishi xarakterli.

Bolalar ekzemas. Bolalar ekzemasiga asosan eksudativ diatez yoki irsiy omillar, shuningdek organizm immunologik reaktivligining o'zgarishi sabab bo'ladi. Ekzema bilan og'rigan bolaning otanasi yoki yakin karindoshlarida turli allergik kasalliklar bor-yo'qligi aniqlanadi. Bemor organizmining immunobiologik xususiyati pasayganligi tufayli ular kimyoviy moddalar, ozik-ovkatlar va dori-darmonlarga nisbatan juda sezuvchan bo'lib koladilar.

Kasallik bolalar xayotining dastlabki kunlaridanok boshlanishi mumkin. Patologik jarayon yo'z, buyin, boshning sochli qismidan boshlanib asta-syoki n tananing Boshqa soxalariga tarkaladi, badanning shu joylari kizarib, kichishadi va mayda-mayda eksudativ tugunchalar hamda pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilib, tana pilchirab turadi, sungra ustki qismi sargish-jirarrang pustloklar, kora-qo'tir bilan koplanadi, ba'zan bemorlarda eritematoz-skvamozli seboreidlarni uchratish mumkin. Kasallik keyinchalik diffo'z yoki disseminasiyalashgan neyrodermitga aylanishi mumkin.

Gistologiyasi. Epidermisning tikansimon qavatida spongioz ko'zatiladi, keyinchalik tikansimon qavat xujayralarini bir-biridan ajratib bo'shliqlar xosil qiladi. Mugo'z qavatida parakeratoz ko'zatiladi. Dermaning so'rg'ich qavatidagi qon tomirlar kengaygan bo'lib, atrofida limfosit, gistiositlardan to'zilgan infiltrat vujudga keladi. Kasallikning surunkali davrida tikansimon qavat qalinlashadi va akantoz, ba'zan kuchsiz spongioz ko'zatiladi.

Davosi. Bolalar ekzemasini davolashda ovkatlanish rejimini tartibga solish muxim ahamiyatga ega. Ovkati bilan birga iste'mol qilinayotgan uglevod, osh to'zi hamda suyuqlik miqdorini cheklash zarur, chunki ular terida yallig'lanish jarayonini kuchaytiradi. Bolalar ekzemasini davolashda ishlatiladigan dorilar ekzemaning boshqa turlarini davolash vositalaridan deyarli fark qilmaydi. Ularning farki faqat berilayotgan dorining miqdorida, xolos. Ekzemaning davolashda birinchi navbatda kasallikni yo'zaga keltiruvchi omillar (allergenlar) ni bartaraf etish hamda ichki a'zolar, nerv, endokrin va boshqa organ hamda sistemalarda aniqlangan kasalliklarni davolash zarur. Nerv sistemasini tinchlantiruvchi (trankvilizator va sedativ) dorilar- brom, novakain, tazepam, nozepam va boshqalar qo'llaniladi. Gipnozoterapiya va uyqu bilan davolash yaxshi samara beradi. Organizmning sensibilizatsiya, allergik holatini yo'qotish uchun kal'siy birikmalari (kalsiy xlorid, kal'siy glyuqanat), natri tiosulfat tavsiya etiladi. Davolashning birinchi kunidan boshlab antigistamin dorilar terapevtik miqdorda buyuriladi. Ekzema og'irroq kechganda bemorni kasalxonaga yotqizib, kortikosteroid dorilar bilan davolaniladi, ularning kunlik o'rtacha miqdori 30-40 mg ni tashqil etadi. Davolash kompleksiga vitaminlar, ayniqsa V guruh vitaminlar, nikotin kislotasi (vitamin RR) va boshqalarni qo'shish tavsiya etiladi. Seboreyali ekzema yuqorida keltirilgan dorilardan tashqari E vitamin (tokoferol) buyuriladi. Davolash chog'ida, shuningdek undan keyin ham parhezga rioya qilish, tuxum emaslik, qovurilgan, achchiq, sho'r, moshli ovqatlar iste'mol qilmaslik va spirtli ichimliklar ichmaslik talab etiladi.

Maxalliy davo har bir organizmning o'ziga xos tomonlari hamda kasallikning turi va klinik kechishiga qarab olib boriladi. Terida pilchirash va shish bo'lsa sovuq namlagichlar u xolat kamaysa, indifferant pastalar (qo'rg'oshin, Lassa, naftalan pastalar) tavsiya etiladi. O'tkir yallig'lanish jarayoni o'tganidan so'ng qichishishni kamaytiruvchi malhamlar (mentol, anestezin, dimedrol)dan foydalaniladi. Kortekosteroidli malhamlar va kremlarni qo'llash ham davo samarasini oshiradi. Surunkali ekzemaning davolashning asosiy vazifasi infiltratsiyani so'riltirishdir. Buning uchun oltingugurt (33%-5,0), naftalan (20%-1,00), dyogot (10%-2,0) malhamlari tavsiya etiladi.

Infiltratsiyani so'riltirishda Dorogov antiseptik stimulyatori (DAS)ning 3- flaksiyasi ancha shifobaxsh. Bu 5-10 % li malham sifatida surtiladi.

Kasbga aloqador kasalliklar

Ishlab chiqarishga aloqador omillar tufayli kelib chiqadigan teri o'zgarishlari yoki kasallik holatlari kasbga aloqador dermatozlar (profdermatozlar) deyiladi. Bunday dermatozlar kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarga qarab quyidagicha ajratiladi:

1. Kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan dermatozlar.

2. Fizik omillar tufayli vujudga keladigan dermatozlar.

3. YUqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchilari ta'sirida kelib chiqadigan dermatozlar.

Kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador dermatozlar Kasbga aloqador dermatozlar orasida kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan dermatozlar salmoqli o'rinni egallaydi. Odam organizmiga tashqaridan ta'sir qiladigan kimyoviy moddalar xilma-xil: a) to'g'ridan-to'g'ri teriga ta'sir etib, shu joylarda yallig'lanish o'chog'larini yo'zaga keltiradigan oddiy yoki obligat ta'sirotlar (mineral kislotalar, ishqorlar, to'zlar va boshqalar); mazkur moddalar hadeb ta'sir etaverishi oqibatida organizmning shu moddalarga sezuvchanligi (sensibilizatsiya) oshib ketib, ular makroorganizm uchun al-lergenaga aylanadi. Odatda bunday kimyoviy moddalarga hamma odamlarning ham sezgirligi oshavermaydi, ular faqat ba'zi odamlarning terisida yallig'lanish reaksiyasini yo'zaga keltiradi; b) ikki yoki undan ortiq (kombinatsiyada) moddaning (sensibilizator va obligat modda) birgalikda qo'zg'atadigan yallig'lanish reaksiyasi, masalan xrom to'zlar; v) neft ulevodlari va toshko'mir maxsulotlari — uchuvchi fraksiyalar (kerosin, benzin va boshqalar) banal dermatitlar, follikul yar apparatlarning yallig'lanishi, fotodermatitlar, giperkeratozlar, ba'zan teri o'smalariga sabab bo'ladi.

Klinik dermatologiyada kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador quyidagi dermatozlar ko'p uchraydi.

Kasbga aloqador dermatit terining o'tkir yallig'lanishi bo'lib, nshlab chiqarish jarayonida teriga biron bir modda tek-kan joyning o'zida yo'zaga kelib, undan nariga tarqalmaydi (ba-nal, qontakt dermatit). Bunda ta'sirot bartaraf etilgandan so'ng yallig'lanish o'choqlaridan nom-nishon qolmaydi.

Kasbga aloqador ekzema — ishlab chiqarish jarayonida orga-nizmning sezuvchanligini oshiradigan (sensibilizasiyalovchi) kimyovin modda (allergen) tushishi oqibatida kelib chiqadi. Bun-day dermatozlar klinik manzarasiga qarab chin ekzemadan deyar-li farq qilmaydi. YA'ni dog', tuguncha, pufakcha, madda, zroziya, qora qo'tir po'stlar yallig'lanishnng asosiy morfologik elemen-ti xisoblanadi. Kasallik tarqalishga moyil bo'ladi va tez-tez qaytalab turadi. Hatto ekzemaning bevosita kasbga aloqador bo'lgan biron moddaning zararli ta'siri natijasida kelib chiqqanligini aniqlash ancha mushkul bo'ladi. Keyinchalik ekzogen omilning yo'qotilishiga qaramay kasallik qaytalanaveradi.

Follikul itlar yoki moy husnbo'zarlari aksariyat ishlab chiqarishdagi neft` va toshko'mir mahsulotlari bilan bevosita ishlaydiganlarda ko'zatiladi. YAllig'lanish soch follikul lari va yog` bezlari bilan bog`liq bo'ladi. Asosan slesarlar, mashina moylovchilar, ko'mirchilar va boshqalar kasallanadi. Zararla-nish o'choqlari ko`proq bilak, son va qorin sohasi terisida uch-raydi. Dastlab soch follikul lari ustida moy va ko'mir changla-ridan iborat mayda qora nuqtalar to`planib, keyinchalik shu joylarda yasmiqdek keladigan yallig`langan tugunchalar va xusn-bo'zarlar paydo bo'ladi.

Toksik melonodermiya uglevodorodlarning teriga o'zoq vaqt ta'siri oqibatida paydo bo'ladi, Kasallik umumiy intoksika-siya, holsizlik, bosh og`rig'i, uyqu va ishtahannng pasayishi, ke-yinchalik bemorning yo'z, bo`ynn, ko`krak sohasi va butun badan te-risida eritema, pigmentli dog`, follikul yar giperkeratoz, telengiektaziya va boshqa belgilar bilan bo`ilaniadi, Zararlangan o'choqlar jigarrangnamo bo'lib, vaqt o'tishi bilan shu joylar chi-ziq-chiziq bo'lib bujmayib, yupqalashib qoladi va davolash yaxshi naf bermaydi.

Kasb-korga bog`lik xolda terining yara-chaqalanishi yoki so`galsimon o`smasi, uncha og`rimasligi, oval yoki yumalok bo`lishi. atrofida chegaralangan yallig'lanish halqasi borligi bilan ifodalanadi. Odatda bunday belgilar avval kesilgan, tirnalgan, shilingan joylarga yoki yoriqlar o`rniga kimyoviy moddalar xa-deb tushaverishi oqibatida yo'zaga keladi. Ular tashqi ko`rinishi jihatidan o`ziga xos bo'lib, xuddi «qush ko`zini» eslatadi. Teri-ning kasb-korga bog`liq yara-chaqalanishi kislotalar, ishkorlar, karbid va xrom bilan ishlaydiganlarning ko`l barmoqlari, bi-laklari, ba`zan oyoq boldirlarida uchraydi.

Toshko'mir va neft` mahsulotlari bilan o'zoq yillar ishlash oqibatida terida so`galsimon o`simtalar paydo bo'ladi. Ular ba-danning hoxlagan joyida ko'zatiladi, ko`rinishi esa odatdagi so`gal yoki papillomani eslatadi. Ba`zan ular xavfli o`sma-larga aylanib ketishi mumkii, shuning uchun ularni barvaqt aniqlashning ahamiyati juda katta.

Kasb-korga bog`liq allergik dermatozlar ishlab chiqa-rishda allergenning odam terisiga qayta-qayta tushishi va orga-nizm sezuvchanligining oshishi oqibatida paydo bo'ladi. Bunda asab, me`da-ichak sistemasi, endokrin bo`zilishlar, piokokk va zamburugli infeksiyalar allergik holatning kelib chikishiga sharoit tug`diradi.

Allergik dermatozlarda kasallikni ko`zg`atuvchi modda bilan sinama o`tkazilsa, u albatta musbat, boshqa allergen bilan esa manfiy bo'ladi. Qlinik manzarasiga ko`ra allergik dermatit-lar qontakt noallergik dermatozlarga o`xshab ketadi, ammo al-lergik dermatitlar tarkoqligi. ya`ni kimyoviy modda tegmagan joylarga ham toshmalar chiqib ketishi bilan fark qiladi. Al-lergik dermatozlar allergen yo`qotilganda tezda tuzalib, tak-ror duch kelganda yana qo`ziyveradi.

Fizik omillar ta`sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador dermatozlar- Bunday dermatozlar yuqori yoki past harorat, quyosh tig'i, turli mexaniq ta`sirotlar, elektr toki va boshqalar tu-fayli avj oladi. SHuningdek kasallikka og`ir jismoniy zo`riqishlar, yuk tashish, er kovlash, burg`i ishlari, asfal`t etqizish va hokazolar ham sabab bo`lishi mumkin.

Ishlab chiqarishdagi sharoitni yaxshilash, barcha og`ir ishlar-ni mexanizasiyalash fizik omillar oqibatida kelib chiqadigan kasb-kor dermatozlarning keskin kamayib ketishiga olib kela-di. Og`ir ishlarni qilib yurmagan kishilarning qo`llarida salga «suvli qadoqlar» paydo bo'ladi. Bu kasb-kor kasalligi bo`lmay, balki mexaniq ta`sirotgga organizmning fiziologik himoya reak-siyasidir. Ammo jismoniy zo`rikish ishlarini o'zoq yillar ba-jarish qo`l kaft terisi mugo`z qavatining qalinlashuviga olib keladi va shu odamlarda ma`lum bir kasb-kor belgilariga aylanib qoladi. Ba`zan shu joylar yorilib ikkilamchi piokokk infeksiyasi tushadi va u yiringli kasallikka sabab bo'ladi, bunda ishchi mehnat qobiliyatini vaqtincha yoki butunlay yo`qoti-shi mumkin.

Stigmalar turli kasb kishilarida har xil, masalan, durad-gor, temirchi, etikdo'z, kolxozchilarda quruq qadoq va mugo'zla-nishlar, qon ichishlari (shaxterlar), o't qalovchilar terisida to'planib qolgan dog'lar, issiq metall kukuni bilan ishlaydigan metallsozlarda qo'yishdan qolgan chandiqlar ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Bevosita tashqi muhit ta'siri ostida ishlaydiganlarda so-vuq yoki aksincha issiq urish holatlari ko'zatiladi.

Radioaktiv moddalar bilan ishlaganda sanitariya qonun-qoidalariga rioya qilmaslik, shuningdek o'z vaqtida dozimetrik nazorat o'tkazmaslik, atom elektrostansiyalaridagi nosozlik-lar o'tkir yoki surunkali kasalliklariga olib kelishi mumkin.

YUqumli kasalliklarning qo'zg'atuvchilari ta'sirida kelib chiqadigan kasbga aloqador dermatozlar. Agarda kasallik bevosita biron bir kasbga oid ishni bajarayotganda yuqib qoladigan bo'lsa, unda uni kasbga aloqador kasallik deyiladi. Biz shular-ning ayrimlariga, ya'ni tez-tez, uchraydiganlariga to'xtalib o'tamiz.

Kasbga aloqador bo'lgan terining zamburug'li kasalliklari

— aksariyat zamburug'li kasalliklarga chalingan hayvonlar bilan yaqin muloqotda bo'ladigan veterinariya va ferma hodimlari, zootexniklar, molbokarlar, sut sog'uvchilar, shuningdek hammom ishchilari, hayvonlar bilan tajriba o'tka-zuvchilarda uchrab, ular ish jarayonida mikrosporiya, trixofi-tiya, favus, epidermofitiya, rubromikoz, kandidoz, aktinomikoz, sporotrixoz kabi kasalliklarni o'zlariga yuqtirib olishlari mumkin. Odatda ular klinik ko'rinishiga qarab kasbga bog'liq bo'lmagan xuddi shunday kasalliklardan deyarli farq qilmaydi.

Erizepeloid yoki cho'chqa saramasi. Qo'zg'atuvchisi cho'chqalarda saramas qo'zg'atadigan basilla. Bu kasallikka asosan uy hayvonlari chalinadi, kasal hayvon bilan yaqin muloqotda bo'ladigan qassoblar, salloxlilar, kushxona xodimlari, qonserva, baliq va parranda korxonasi ishchilari, ish jarayonida o'zlariga kasallikni goqtirib oladilar. Basillalar terining zararlangan joyidan kirib, qisqa muddatli yashirin davridan so'ng' kasallikka xos klinik belgilarni namoyon qiladi. Avvaliga chegarasi aniq shish paydo bo'ladi va shu joylar qizil-ko'kimtir tusli eritemaga aylanib bezillab og'rib turadi. Zararlangan o'choqlarda tugunchalar, pufakchalar yo'zaga keladi. Bemorning bo'gimlari shishib ketadi, og'riydi, limfa tugunlari kattalashadi, harorati ko'tariladi va darmon-sizlanadi, Keyinchalik eritematoz o'chok pushti-ko'kimtir rangga kiradi. Kasallik bir necha kundan bir necha haftagacha cho'zilib surunkali kechishi mumkin. Bemorda doimiy immunitet qolmay-di, u yana kasallikni yuqtirib olishi mumkin.

Sut sog'uvchilarda bo'ladigan tugunchalar — qoramollar (sigir, qo'y, echki) bilan yaqin muloqotda bo'lganlarda uchraydi. Kasallikka veterinariya xodimlari, zootexniklar ham chalinishi mumkin, Qo'zg'atuvchisi qoramol chinchechagi virusi.

3—4 kunlik inkubasion davrdan so'ng qo'l barmoqlari, bilak, ba'zan yo'z terisida no'xatdek keladigan, yarimsharsimon tugunchalar paydo bo'ladi. Ularning rangi ko'kimtir-pushti, o'rtasi tug'maga o'xshab botiq bo'ladi, asosan giperemiyalangan va shishgan joylarda yo'zaga keladi. Ba'zan tugunchalar o'rtasidan yiringli pufakchalar chikishi mumkin. Kasallik bir necha qaftagacha davom etib, o'zidan keyin giperpigmentli dog' yoki yupqa chandiqli qoldiradi. Sut sog'ishni mexanizasiyalash natijasida kasallik keskin kamayib ketdi.

Kasbga aloqador kasalliklarni aniqlash usullari, davosi va profilaktikasi. Kasbga aloqador ba'zi dermatozlarni aniqlash uncha qiyin emas, chunki ular faqat ma'lum kasbdagi kishilarda (moyli follikul itlar, kasbkor yara-chaqalar) ko'zatiladi. Undan tashqari bir xil ish bilan band bo'lganlarning bir qanchasi birdaniga kasallanadi. SHunga qaramay, kasb-korga oid dermatozlarni u bilan bog'liq bo'lmagan dermatozlardan ajrata bilish ancha mushkul. Bu erda shuni ta'kidlash joizki, kundalik turmushimizda kir yuvish vositalari, shuningdek lak, elim, bo'yoq, nikel', skipidar kabi ko'pgina maishiy allergenlar-dan ham foydalanamiz, ularni albatta ishlab chiqarish bilan bog'liq bo'lgan allergenlardan farklay olish keraq

Ishlab chiqarishda ko'llaniladigan yoki olinadigan modda-larning xizmatchilarga allergik ta'sirini sanitariya-epidemi-ologiya stansiyasi mutaxassislari muntazam o'rganib boradilar, kasallikning klynik manzarasini esa profdermatolog baxo-laydi. Kasb-korga oid kasalliklarning yo'zaga kelishi va ular-ning klinik ko'rinishi avvalo ishchning xolatiga, ishlab chiqarish sharoitiga, tashqi muhitga hamda teri

sezuvchanligiga sabab bo'lgan moddalarning allergenlik xususiyatlariga, eng asosiysi ishchining sanitariya-gigiena malakasiga bog'liq.

Kasallikning kasb-korga moyilligini aniqlash va uning tabiatini baholashda quyidagi ma'lumotlardan foydalanish zarur:

1. Bajariladigan ish sharoiti va ta'sirlovchi modda bilan makroorganizmning yaqinligi. Bemor terisining qaysi joylari ta'sirlovchi moddaga yaqin bo'lishi, bundan avval ham xuddi shu modda bilan muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligi; ushbu korxonada xuddi shunday bemorlar yana qayd qilingan yo qilinmaganligini aniqlab olish keraq

2. Kasallik muddati, ya'ni bemor ishga kirishidan oldin te-risida o'zgarishlar bor-yo'kligi. Boshqa texnologik jarayon yoki yangi kimyoviy moddalar bilan ishlaganida kasallik yo'zaga kel-ganligini aniqlash zarur.

3. Kasallikning klinik kechishi. Aksariyat bemor o'z korxo-nasiga keldi deguncha kasallik qaytalaydi, orada biror muddat ishlamaydigan bo'lsa, darhol to'zaladi yoki axvoli ancha yax-shilanadi. O'zoq vaqt ishlamay qo'ysa bemor tuzalib ketadi. bunday xollarda kasallikning kasbga aloqasi borlign tas-diqlanadn. Kasallik hadeganda to'zalavermay (bemor o'zi ish-lab turgan joyida ishlamasa ham), uning o'rniga yangi zararla-nish o'choqlari paydo bo'laversa, demak xastalik kasbga bog'liq bo'lmaydi.

4. Zararlanish o'choqlarining joylashishi, Kasbga bog'lik, dermatozlarda zararlanish o'choqlari asosan terining ochiq joyla-rida uchraydi.

5. Dermatozlarning biron bir kasbga aloqadorligini (shu kasbda ishlatiladigan kimyoviy moddaga nisbatan organizmning sezuvchanligini aniqlash) isbotlash maqsadida teri sinamalari yoki testlari o'tkazildi. Dermatologiya amaliyotida kompress va tomchi sinamasi ko'p qo'llaniladi.

Qompress usuli. Qo'zg'atuvchi moddali eritmaga nam-langani 1,5X1,5 sm kattalikdagi doka to'rtga buklanib bilakning yozuvchi yo'zasiga qo'yiladi va ustidan 4X4 sm kattalikdagi komp-ress qog'oz yopiladi va boglab qo'yiladi. Snnama bir kun o'tkazib, ikkikungacha kayd qilib boriladi,

Tomchi usuli. Bu usul juda oddiy bo'lib, uni xar qanday sharoitda qo'llash mumkin. Tomchi usulida sinama o'tkazish uchun ishlab chiqarishda keng ishlatiladigan ta'sirlovchi moddalar-ning avvaldan spirtli eritmasi tayyorlab olinadi. Sog'lom teri yo'zasiga (qorin terisiga) bir tomchi eritmada tomiziladi va atrofi kimyoviy qalam bilan o'rab ko'yiladi. Natija 24—48 soat-dan keyin qayd qilinadi. Reaksiya musbat bo'ladigan bo'lsa, tom-chi tomizilgan joyda birmuncha eritema, shish, bir yoki bir nechta tuguncha yoki pufakchali toshmalar chiqadi. Nospesifik reaksiya-lardan ajratib olish uchun simmetrik ravishda kompress usulida sulemaning 1:1000, formalinning 4,5% li suvdagi eritmasi, tom-chi usulida 2% sulemaning spirtli eritmasidan iborat modda-lar bilan nazorat o'tkaziladi. Allergik reaksiyalarni o'tkazish mutaxassisdan juda katta mas'uliyat talab qiladi. SHu bilan birga teri sinamasining manfiy natija berishi kasallik kasb-ga aloqador ekanligini inkor etish uchun asos bo'la olmandi.

Kasbga aloqador bo'lgan dermatozlarni davolash. Avvalo te-riga tushgan ta'sirlovchi modda yoki allergenlarni darhol ket-kazish hamda terini zararsizlantirish va zararlangan teriga shu moddalarning qayta tushmaslik choralarini ko'rish keraq Ba'zan shu yordamning o'zi bemorning tuzalib ketishiga sabab bo'ladi. Allergik yoki noallergik kasbga aloqador dermatozlar

ni davolash noprofesional, ya'ni kasbga bog'liq bo'lmagan dermatozlarni davolash bilan deyarli bir xil.

Kasbga aloqador allergik dermatozlar o'tkir boshlangan bo'lsa, antigistamin preparatlar, 30% li natriy tiosul'fat eritmasi yoki 10% li kalsiy xlorid eritmasi 10 ml dan har ku-ni 8—10 kun mobaynida tomirga; muskul lar orasiga esa kalsiy glyuqonat yuboriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Oddiy dermatitni keltirib chiqaruvchi sabablar.
- 2) Oddiy dermatitlar klinikasi, diagnostikasi davolash.
- 3) Allergik qontakt dermatitlarni keltirib chiqaruvchi sabablar.
- 4) Allergik qontakt dermatitlar klinikasi, diagnostikasi davolash.
- 5) Toksikodermiyalar sabbablari, klinika, diagnostika.
- 6) Sul'fanilamidli eritema.
- 7) Stivenc - Djonson sindromi: sabablari, klinika, diagnostika, davolash.
- 8) Layell sindromi: sabablari, klinika, diagnostika, davolash.
- 9) Jiberning pushtirang temiratkisi, etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi, davolash.

10) Ko'p shaklli eksudativ eritema: etiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi, davolash.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Ekzemaga ta'rif bering
- 2) Ekzemaning etiopatogenezi
- 3) Ekzema klassifikatsiyasi
- 4) CHin ekzema klinikasi.
- 5) Bolalar va seboreyali ekzema.
- 6) Mikroblilik ekzema klinik turlari
- 7) Ekzemaning qiyosiy tashxislash.
- 8) Ekzemaning umumiy va maxalliy davolash.
- 9) Kasbga aloqador dermatozlar.
- 10) Kasbga aloqador ekzema
- 11) Ximiyaviy omillar ta'sirida kelib chikadigan kasblar aloqador kasalliklar
 - qontakt dermatit
 - moyli follikulit
 - allergik dermatitlar
 - epidermitlar
- 12) Fizik omillar ta'sirida kelib chikadigan kasbga aloqador kasalliklar
- 13) Infeksiyon omillar ta'sirida kelib chikadigan kasbga aloqador kasalliklar
 - erizipeloid
 - Paravaksina
 - kasbga aloqador mikroblilik
- 14) Kasbga aloqador kasalliklar tashxisoti (teri sinamalari)
- 15) Kasbga aloqador kasalliklarni davolash.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan interfaol usullar texnologiyasi

Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish

Maqsad: Guruh talabalarining barchasini ishtirok etish darajasini oshirish, ularga bir-biridan o'rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari:

Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan alohida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan, har bir kichik guruh 30 minut davomida uchta topshiriqni tahlil qiladi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik guruh (2-3 kishi) 19 minut davomida muhokama qilib o'z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o'tadilar, shu tariqa davom etadilar. Har bir guruh o'zining rangli flomasterini oladi. 1- guruh – ko'k, 2 – guruh – qora, 3- guruh – yashil. Har bir qog'oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo'lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib bajariladi. Guruh o'zidan oldingi guruh bergan javoblarni o'qib qo'shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo'lmasligi kerak. Yana 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o'tadilar, qog'ozni o'qib o'zlarining javoblari bilan to'ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

Misol: 1) Dermatitlar etiologiyasi va klassifikatsiyasi.

2) Layell sindromi, klinikasi, diagnostikasi.

3) Dermatitlar va toksikodermiyalarni umumiy hamda mahalliy davolash.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir guruh bergan javobni baholashda qulay hisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo'yilib to'g'ri javoblarni sanashda qulay hisoblanadi. Eng ko'p javoblarni bergan kichik guruhlar maksimal ballarni olishadi.

“Stol o'rtasida ruchka”

Mavzu: Nikol'skiy siptomi musbat bo'lgan kasalliklarni aytib tayanch belgilari bilan izohlash.

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

Masalan: talaba Layell sindromini tanladi. U quyidagicha tayanch belgilar bilan izohlaydi: Toksikodermiyaning og'ir shakli, o'tkir boshlanishi, tana harorati ko'tarilishi, intoksikasiya alomatlari, rivojlanishida to'rtta davrni o'z ichiga olishi. Toshmalardan pufaklar, eroziyalar, eritematoz fonda yuzaga kelishi. Nikol'skiy belgisi musbat, pufak suyuqligida Tsank hujayralarining topilmasligi. Periferik qonda leykositoz, ECHT oshgan, eozinofiliya, neytrofilliyoz, oqsillar kamaygan.

«Miya shturmi»

Maqsad: talabalarga qisqa muddat ichida tez va aniq fikrlashni o'rgatish.

Tamoyillari: guruh talabalarini tomonidan o'qituvchiga mos mos holda savol beriladi. Har bir talaba qisqa va tez muddatda o'z fikrlarini bildirishadi. Lekin, g'oyaning kelib chiqishi va shakllanishi jarayonida xech qanday tanqidiy fikr va mulohazalar bo'lmasligi kerak. Fikrlar aylanishini har tomonlama qo'llab – quvvatlash, binobarin har qanday g'aroyib g'oya yaxshidir. Iloji boricha ko'proq gap olish. G'oyalar kombinatsiyasi va ularni rivojlantirish kerak. Keng argumentatsiyasiz qisqa fikrlarni bayon etiladi. SHundan keyin g'oyalar, fikrlar mulohaza qilinib, guruhni fikrlarini ishlab chiqaradigan va ularni qayta ishlaydigan kishilarga bo'lishadi.

Afzalliklari: bu usul o'z fikrini boshqa kishiga ayta olish, hojlagan ekstremal holatda chiqish yo'lini topish, fikr almashinish, argumentatsiya, o'z raqiblarini, o'zining fikri to'g'riligiga ishonтира olish kabi qobiliyatlarni shakllantirishga o'rgatadi.

Mashg'ulotning mavzusi: Ekzema.

O'qituvchi tomonidan beriladigan savollar.

- 1) Ekzemaning tavsifi.
- 2) Ekzemaning asosiy klinik belgilari.
- 3) Ekzemaning klinik ko'rinishlari.
- 4) Mikrobli ekzema klinikasi.
- 5) Ekzemani umumiy davolash.
- 6) Ekzemani mahalliy davolash.

«Qaynoq kartoshka»

Maqsad: talabalarga ushbu muammo, yuzasidan bilimlarni tez, to'la qonli aniqlashni o'rgatadi.

Tamoyillari: O'qituvchi qatnashchilarga orqasi bilan turadi va qarsak chaladi yoki qalam bilan stolni taqqillatadi. Bu vaqtda qatnashchilar bir-birlariga ko'ptok uzatadilar. Bir necha sekunddan so'ng o'qituvchi taqqillatishni to'xtatadi, bu vaqtda ko'ptok kimning qolgan bo'lsa, o'sha qatnashchi savolga javob beradi. Agar javob noto'g'ri bo'lsa, boshqa qatnashchi javob berish imkoniyatiga ega bo'ladi. Jarayon bir necha marta takrorlanadi, toki qatnashchilarning ko'pchiligi javob berish imkoniyatiga ega bo'lsin.

Mashg'ulot mavzusi: Ekzema.

O'qituvchi tomonidan beriladigan savollar.

- 1) CHin ekzema tasnifi.
- 2) CHin ekzema klinikasi.
- 3) CHin va soxta polimorfizm.
- 4) Ekzemani mahalliy davolash.

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: Ekzema

Keys varianti:

6 oylik bolaning yo`zida yonoqlarida boshning sochli qismi tanasida shishgan giperimiyalangan terida bir-biri bilan qo`shilib ketgan ekssudasiya, tugunchalar, pufakchalar po`stchalar, eroziyalar aniqlanadi. Bemorni suvchirash va qichish bezovta qilmokda.

Bajarish shartlari.

1. Anamnestik ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblari va laborator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo`linadi. (3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situatsiyani xal etishni tayyorlaydilar

O'qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko`rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to`qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko`rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini o'zgartiradilar, o'z to`zatiishlarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezentatsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o`zlarining taqdimotlariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak. Uni to`xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning chiqishidan so`ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan echim variantlariga o`z munosbatlarini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtiroki asoslangan bo`lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor V. 40 yoshda. Qo`l barmoqlari terisida "qo`lqop" ko`rinishidagi simmetrik jarohatlanish o`choqlari bor. O`choqlar aniq chegaralangan terisi shishgan giperemiyalangan, pufaklar aniqlanadi. Bemorning aytishicha, kir yuvish vositadan keyin paydo bo`lgan.

1. Tashxis qo`ying.
2. Davolash rejasini tuzing

2-masala

Bemor K. 26 yoshda. ORV bilan kasallangan. Bemor sul`fadimetoksin qo`llagandan keyin jinsiy olat terisida qo`ng`ir-qizil tusli dog`lar paydo bo`lgan. Teri qichishi va achishish bezovta qiladi.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Qanday kasalliklar bilan taqqoslash kerak?
3. Davo choralarini belgilang.

3-masala

Bemor A. 15 yoshda. Angina bilan kasallangan. Bemor penisillin in`eksiya olganidan keyin tana terisida qo`ng`ir-qizil tusli dog`lar tez yoriluvchi pufaklar paydo bo`lgan. Nikol'skiy simptomi musbat. Septik isitma, nefrotik sindrom kuzatiladi. Laboratoriyada Tsank hujayralari aniqlanmadi.

1. Tashxis qo`ying.
2. Qanday kasalliklar bilan taqqoslash kerak?
3. Birinchi navbatda ko`riladigan davo choralarini belgilang

4-masala

Bemor B. 24 yoshda. Anjir daraxtidan hosilni yig'ish vaqtida bilak va qo'l kaft, barmoqlarda yorqin qizil rangli eritematoz dog'lar paydo bo'ldi. Bu o'choqlarda seroz suyuqlik bilan to'lgan tarang pufaklar kuzatiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Mahalliy davo choralarini belgilang!

5-masala.

Bemor D. 45 yoshda. Soch bo'yog'ini ishlatgandan keyin terida qizarish, qovoqlar va quloq supralari shishgan, mayda qizil rangli tugunchalar kuzatiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Davolash rejasini (umumiy va mahalliy) tuzing.

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

.1-masala

40 yoshli bemorning qo'l barmoqlari va bilak sohxalarida arxipiolog orollari ko'rinishdagi o'choqlar bor. Toshmalar polimorfizmi va suvchirash kuzatiladi. Bemorni qichish bezovta qiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Toshmalarga ta'rif Bering.
3. Davo rejasini tuzing.

2- masala

Bemorning chap boldir soxasida bola kafti kattaligidagi chegarasi anik aylana shaklida o'choq bor. O'choklarda infil'trasiya, po'stloqcha, tomchili suvchirash kuzatiladi. Bemorni kuchli qichish bezovta kiladi.

1. Tashxis qo'ying
2. Maxalliy va umumiy davollash rejasini tuzing.

3-masala

Bemorning bosh sochi qismi va quloq supراسi orqasida chegarasi anik eritematov-skvamoz o'choqlar bor. O'choklarda sarg'ish qat-qat po'stchalari bor. Bemorni qichish bezovta qiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Kasallikning yana qanday klinik turlari bor.
3. Davolash rejasini tuzing.

4- masala

6 oylik bolaning yuzida yonoqlarida boshning sochli qismi tanasida shishgan giperimiyalangan terida bir-biri bilan qo'shib ketgan eksudasiya, tugunchalar, pufakchalar po'stchalar, eroziyalar aniklanadi. Bemorni suvchirash va qichish bezovta qilmokda.

1. Tashxis qo'ying.
2. Davolash rejasini tuzing.

5- masala

30 yoshli qassobning o'ng qo'l barmog'ida chegaralangan shish, eritema aniklandi. SHu sohada pufakchalar, tugunchalar bor, kuchli og'riq bezovta qilmokda. Regional limfadenit kuzatiladi.

1. Tashxis quying.
2. Bu patologiya kaysi dermatozlarga kiradi.
3. Kasallikni keltirib chikaruvchi omil.

6-mavzuga oid testlar

1. Qontakt dermatitlarni keltirib chiqaradi:

- A) ta'sirlovchilarning mahalliy ta'siridan
- B) dorilarni parenteral yuborganda
- V) teridagi autoimmun jarayonlar natijasida
- G) ul'trabinafsha nurlar ta'sirida
- D) rentgen nurlaridan

2. Artifisial dermatitni qaysi ta'sirlovchilar keltirib chiqaradi:

- A) kosmetik mahsulotlar
- B) tillodan yasalgan yuvelir taqinchoqlar

- V) kumushdan yasalgan taqinchoqlar
 G) penisillinni in`eksiya qilish
 D) vitaminlarni in`eksiya qilish
3. Obligat ta`sirlovchilarga kiradi:
 A) qonsentrlangan kislota, ishqorlar
 B) sintetik yuvuvchi vositalar
 V) platinadan yasalgan yuvelir mahsulotlar
 G) ul`trabinafsha nurlar
 D) penisillinni in`eksiya qilish
4. Bullyoz toksik epidermoliz kelib chiqadi:
 A) dorilardan
 B) ionlashgan radiasiyadan
 V) qonsentrlangan kislotalardan
 G) terining uzoq vaqt tebranishidan
 D) qonsentrlangan ishqorlardan
5. Toksik epidermal nekroliz kiradi:
 A) toksikodermiyaga
 B) qontakt medikamentoz dermatitga
 V) fitodermatitga
 G) quyoshli dermatitga
 D) sovuq urishga
6. Toksikodermiyaning klinik ko`rinishini ko`rsating:
 A) fiksasiyalangan eritema
 B) sovuq urishi
 V) fotodermatit
 G) pellagroz dermatit
 D) qadoqlar paydo bo`lishi
7. Toksikodermiyaning og`ir shaklini ko`rsating:
 A) Layell sindromi
 B) fiksasiyalangan eritema
 V) fotodermatit
 G) bromoderma
 D) fitodermatit
8. Tarqalgan toksikodermiyani qaysi kasallik bilan qiyosiy tashxislash mumkin?
 A) Jiberning pushtirang temiratkisi
 B) psoriaz
 V) qizil yassi temiratki
 G) Borovskiy kasalligi
 D) Vidal temiratkisi
9. Ko`p shaklli eksudativ eritemaning klinik turini ko`rsating
 A) Stivens-Djonson sindromi
 B) Layell sindromi
 V) Senir-Asher sindromi
 G) Borovskiy kasalligi
 D) Jiberning pushtirang temiratkisi
10. Ko`p shaklli eksudativ eritemada asosiy klinik simptomini ko`rsating
 A) "qush ko`zi" simptomi
 B) "uchlik" belgisi
 V) Pinkus belgisi
 G) Pospelov belgisi
 D) "kapalak" simptomi

6-mavzuga oid testlar

1. CHin ekzema klinik turini ko`rsating

- a) nummulyar
 - b) seboreyali
 - v) varikoz
 - g) bolalar ekzemas
 - d) prurigoz
2. mikrobl ekzema turini kursating
- a) disgidrotik
 - b) varikoz
 - v) bolalar ekzemas
 - g) idiopatik
 - d) seboreyali
3. Ekzemaning qaysi turida zararlangan o`choqlar «arxipelag orollari»ni eslatadi
- a) chin
 - b) seboreyali
 - v) muchuzlanuvchi
 - g) mikrobl
 - d) mikoqli
4. Ekzemada qanday klinik belgi kuzatiladi
- a) «serrozli quduqchalar»
 - b) Uikxem to`ri
 - v) Sel`ning ari uyasi
 - g) olma jelesi
 - d) qonli shudring
5. Ekzemaning qaysi turida jarayon asimetrik bo`ladi
- a) mikrobl
 - b) kasbga alokador
 - v) disgidrotik
 - g) seboreyali
 - d) chin
6. Kasbga aloqador ekzemaga xos belgini ko`rsating.
- a) tananing ochik joylarida uchrashi
 - b) tananing hamma sohasida uchrashi
 - v) ta`siro to`xtatilsa ham davom kilishi.
 - g) ta`sirotlarga bog`liq emasligi
 - d) to`g`ri javob yo`q.
7. SHoxlanuvchi ekzemaga xos bulgan belgilar
- a) giperkeratoz, yoriqlar
 - b) qavarchiqlar
 - v) vegetasiya
 - g) follikulyar pustula
 - d) fliktena
8. Prurigoz ekzemani qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi.
- a) rang-barang temiratki
 - b) eritrazma
 - v) psoriaz
 - g) dermatitlar
 - d) neyrodermit
9. Disgidrotik ekzemaning asosiy joylashish joyi
- a) qo`l barmoqlari orqa yuzasi
 - b) sonning ichki yuzasi
 - v) boshning sochli kismi
 - g) ko`ltiq osti chuqurchasi
 - d) genetal sohalar

10. Paratratmatik ekzema ko`pincha rivojlanadi.

- a) boldirdagi trofik yaralar atrofida
- b) quloq supralarida
- v) tabiiy teshiklar soxasida
- g) yirik bugimlar ustida
- d) limfa tugunlari ustida

11. Ekzemaning suvchirash davrida qanday dori shakllari qo`llaniladi

- a) pastalar
- b) malhamlar
- v) dermatologik kompresslar
- g) kremlar
- d) ho`l bog`lamlar

12. Suvchirashsiz kechayotgan ekzemaning o`tkir osti davrida qanday malhamlardan foydalaniladi

- a) selestoderm
- b) oltingugurt - salisilatli
- v) «Irukson»
- g) «Elakom»
- d) «Vul`nuzan»

13. Kasbga aloqador «stgma»larni aniklang.

- a) qadoqlar hosil bo`lishi
- b) regionlar bubon
- v) nuqtali onixodistrofiya
- g) ekskoriyasiya
- d) vegetasiya

14. Kasbga aloqador allergik dermatit quyidagilarda uchraydi.

- a) bo`yoqchilarda
- b) o`qituvchilarda
- v) qassoblarda
- g) patalogoanatomlarda
- d) kislota ishqorlar bilan ishlovchilarda

15. Quyidagilarni qaysi birlari kimyoviy etilogiyali kasbga aloqador kasalliklarga kiradi.

- a) yog`li follikulitlar
- b) toksik melanodermiya
- v) allergik dermatitlar
- g) epidermitlar
- d) hammasi to`g`ri

16. Kasbga aloqador kasalliklar tashxisotida qo`llaniladigan usullar

- a) allergologik teri sinamalar
- b) qonni bioximik tekshirish
- v) koagulogramma
- g) uglevod miqdorini aniqlash
- d) orka miya suyuqligini tekshirish

17. Quyidagilarning qaysi biri infeksiyon tabiiy kasbga aloqador kasalliklarga kiradi

- a) erizipeloid
- b) qontakt dermatit
- v) toksik melanodermiya
- g) epidermit
- d) kasbga aloqador toksikodermiya

18. Sutsog`uvchilarda kasbga aloqador kasalliklardan kaysi biri uchraydi.

- a) paravaksina
- b) allergicheskiy dermatit
- v) ekzema
- g) yogli follikulitlar

- d) kandidoz
 19. Toksik melanodermiyani keltirib chikaradi
 a) rivanol
 b) antibiotiklar
 v) kislotalar
 g) ishkorlar
 20. Mikroblilik ekzema turini ko'rsating.
 a) paratravmatik
 b) bolalar
 v) seboreyali
 g) chin
 d) kasbga aloqador.

Amaliy ko'nikma

1. Dermografizmni aniqlash:

Kasallik diagnostikasida dermografizmning ahamiyati katta. Uni teri nerv -tomir sistemasining mexanik qitiqlashga nisbatan javob reaksiyasi bilan aniqlanadi. Agar teri satxida shpatel yurgazilsa u qizaradi va 2-3 daqiqadan so'ng rangi yo'qoladi. Bu normal dermografizmdir. Qizil dermografizm dermatitlarda, ekzema psoriasis, oq dermografizm esa qichima, neyrodermatit, eksfoliativ dermatit kabi kasalliklarda uchraydi.

Bajarish tartibi (qadamlar)

Bosqich №	Teri va shilliq qavatlarini ko'zdan kechirish, dermografizmni aniqlash	Maksimal ball	To'plangan ball
1	Bemorni ko'rikka tayyorlash	5	
2	Teri rangiga e'tibor berish	5	
3	Teri turgori, elastikligi, namligi yoki quruqligini aniqlash	5	
4	Tartib bo'yicha yuz, kullar, tana, jinsiy a'zolar va oyoqlarni ko'zdan kechirish. Toshmalar borligiga va ularning xususiyatlariga e'tibor berish	10	
5	teri satxida shpatel yurgazish. Teri qizaradi va 2-3 daqiqadan so'ng rangi yo'qoladi	20	
6	normal va patologik dermografizmga e'tibor berish	20	
7	Jarayonni izoxlash (Status localis)	35	
	Ja'mi	100	

Amaliy ko'nikma

Mahalliy davolash usullari: Namlash texnikasi

Namlash-kasallikning o'tkir, yarim o'tkir yallig'lanish davrlarida teri yo'zasi issiq va nam bo'lganda qo'llaniladi.

Ko'rsatma: o'tkir dermatitlar, suvli ekzemalar bolalar eksudativ diatezi.

Kerakli jihozlar: bint yoki marli dori moddasi buyraksimon idish.

Bajarish tartibi:

1. qo'l yuviladi, artiladi.
2. bemorga muolaja tushuntiriladi va qulay vaziyatga o'tkaziladi.
3. marli yoki bint 4-5 qavat qilib buklanadi va jarohatlangan teri hajmida qirqiladi.
4. idishdan marli doriga ho'llanadi biroq siqib so'ngra terining zararlangan qismiga bog'lab qo'yiladi.

5. bog`lov qurib qolmasligi uchun har 10- 20 minutda almashtirilib, namlab turiladi.

Bajarish tartibi (qadamlar)

№	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt - 10 daqiqa	Maksimal ball	To'plangan ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyorlash	5	
2	Tekshiriladigan jarayoni aniqlash	15	
3	Mahalliy dori vositasini kullashdan oldin patologik o'choqni yiring qipiqalar pufakcha va pufaklarni qobiqlaridan tozalash kerak.	30	
4	Jarayon qanchalik o'tkir bo'lsa tanlanayotgan dori vositasi shunchalik yuza ta'sir qilishi kerak.	10	
5	Yalliglanishning o'tkir va o'tkir osti turlarida namlash chayqatmalariidan sepma dorilaridan pastalardan foydalaniladi.	10	
6	Surunkali va chuqur jarayonlarda krem, malhamlar, pasta va kompresslardan foydalaniladi.	20	
7	Jami	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMning mavzusi: Sulfanilamid eritema. Stivens-Djonson sindromi. Layell sindromi

Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

7-mavzu: Neyrodermatozlar.

7.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-8 nafar
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	<ol style="list-style-type: none"> 1.Neyrodermit: chegaralangan va tarqalgan klinik turlari. 2.Qichima. Strofilyus. Teri qichimasi. Kvinke shishi. 3.Psoriaz etiopatogenezi, klinik turlari, qiyosiy tashxisi, teri va shilliq qavatlarining shikastlanishi. 4.Qizil yassi temiratki etiopatogenezi, klinik turlari, qiyosiy tashxisi, teri va shilliq qavatlarining shikastlanishi.Qiyosiy tashxis. 5.Psoriaz va qizil yassi temiratkini davolash prinsiplari
O`quv mashg`ulotning maqsadi:	<p>Ta`limiy:Talabalarni neyrodermatozlar kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish, neyrodermatoz kasalliklari tasnifini berish kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari to`risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish - Status localis bo`yicha tavsiflash, xususiy retseptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish</p> <p>Talabalarni psoriaz, qizil yassi temiratki, kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish, psoriaz, qizil yassi temiratki, kasalliklari tasnifini berish, kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari to`risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish Status localis bo`yicha tavsiflash -xususiy restseptura misollari bilan maxalliy va</p>

	umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o`z xissasini kushishga intilish, o`zi tanlagan kasbga mexr uyg`otish Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo`lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp`yuter, proektor, baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg`ulotda joriy va mustaqil ish bo`yicha bilimlar darajasi baholanadi.

4.2. Neyrodermatozlar. amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg`ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
1.O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
Asosiy bosqich	1 “Neyrodermatozlar. Psoriaz. Qizil yassi temiratki” mavzusiga oid bo`lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og`zaki savol, test, masala. 2. “Stol o`rtasida ruchka” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“Neyrodermatozlar. Psoriaz. Qizil yassi temiratki” og`zaki savol, test, masala. 2.Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3“Uch bosqichli intrevyu” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: Kasbga aloqador teri kasalliklari: ekzogen va endogen faktorlarni kasallik rivojlanishiga	Tinglaydi Yozib oladi

	tasiri 3.Uyga vazifa beradi: Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti.	Yozib oladi
--	--	-------------

NEYRODERMATOZLAR

Neyrodermatozlar — **badanning qattiq qichishishi** bilan kechadigan bir kancha teri kasalliklarini o'z ichiga oladi. Teri qichishishi, neyrodermitning xar xil turlari, qichima, eshakem va boshqalar shular jumlasidandir.

TERI QICHISHI (PRURITUS CUTANEUS)

Teri qichishishi uzoq vakt davom etib, qichish va teri shilinishlari bilan kechadi. Hozirgi vaqtda qichishni qabul qiluvchi spesifik reseptorlar xaqida anik fikr yo`k. Ba`zi olimlar ogriqni qabul qiluvchi reseptorlar qichishishni ham qabul qiladi; qichishish impul'slari nerv tolalari orqali subkortikal va kortikal markazlarga borib, sub`ektiv sezishga aylanadi degan fikrni aytadilar.

Teri qichishishida qon modda almashinuvi, jigar, buyrak, me`da osti bezi kasalliklarida ham uchraydi. SHu sababli dastlab bemorning ichki a`zolarini sinchiklab tekshirish zarur.

Teri qichishishining ob`ektiv belgilari terida birlamchi morfologik elementlar bo`lmasligi va ikkilamchi elementlardan shilinishlar va gemorragik po`stlok borligi bilan ifodalanadi. Demak, teri qichishishi sub`ektiv sezuvchanlikning buzilishi oqibatidir. Uzoq vaqt teri qichiyverishi okibatida bemorning tirnog`i «yaltiragan» ko`rinshda bo`ladi. Qichishish kunning ikkinchi yarmida yoki kechqurun kuchayadi, ba`zan shu darajada kuchli bo`ladiki, hatto bemorning mehnat kobilyatiga ta`sir etib, ruxiy tushkunlikka olib keladi. Teri qichishishp uzoq davom etganda lixenifikasiya avj oladi, bora-bora neyrodermitga aylanishi mumkin.

Teri qichishishining tarqoq yoki cheklangan xillyari ajrati-ladi, cheklangan xili ko`pincha jinsiy a`zolarida (yorg`oq. vul`va va orqa teshik sohasida) kuzatiladi, bunga — gijja, jinsiy a`zolar yallig`lanishi, vegetonevroz natijasida kelib chikdan mahalliy terlash, endokrin kasalliklar va boshqalar sabab bo`ladi.

Davosi. Birinchi navbatda yukorida keltirilgan etiologik sabablarni o`z vaqtida aniqlab, uni bartaraf etish kerak. Asosan simptomatik davo qilinadi, antigistamin, giposensibilizasiyalovchi dorilar, shuningdek tinchlantiruvchi dorilar—tazepam, elenium, seduksen, aminazin va boshqalar buyuriladi.

Mahalliy davo timol (1—2%), karbol (2%) hamda men-tol eritmalari; tarkibida mentol va anestezin bo`lgan sovutuvchi qorishmalar (boltushka) tavsiya etiladi. Qortikosteroidli malhamlar yaxshi naf beradi.

Neyrodermit-terining surunkali, tez-tez kaytalab turuvchi yallig`lanishi bo`lib, badanning qattiq qichishishi, keyinchalik tugunchali toshmalar — papulalar toshib, teri qalinlashishi, lixenifikasiya avj olishi bilan kechadi. Neyrodermitning kli-nik ko`rinishiga qarab diffuz (tarqoq) va chegaralangan xillari farq kilinadi. SHu bilan birga neyrodermitning gipertrofik, giperkeratotik, follikulyar, yuzning diffuz lixenifikasiyasi kabi atipik shakllari ham mavjud.

Etiologiyasi va patogenezi. Neyrodermitga asosan endogen omillar sabab bo`ladi, nerv sistemasining funksional o`zgarishlari, me`da-ichak yo`li, jigar, endokrin sistemasining kasalliklari, modda almashinuvi faoliyatlarining buzilishi neyrodermitning vujudga kelishida katta rol` o`yaydi. Nerv sistemasi tomonidan nevroitik buzilishlar: kuchli ko`zg`alish, darmonsizlik, asteniya, emosional o`zgaruvchanlik, uyqusizlik va boshqalar kuzatiladi. Elektroensefalografiya, pletizmografiya, xronoksimetriya kabi tekshirish usullari markaziy va vegetativ nerv snstemasida funksional o`zgarishlar borligini ko`rsatldi (turg'un ok dermografizm, aniq pilomotor refleksi, termoregulyasiya va ter ajralishning buzilishi va b.).

Ba`zan markaziy nerv sistemasi faoliyatining buzilishi ikkilamchi bo`lishi ham mumkin, ya`ni uyqusizlik va kuchli qichishish natijasida nerv sistemasi zo`riqadi va bu neyrodermitning klinik kechishiga salbiy ta`sir etadi.

Nerv sistemasining zo`riqishi (kuchli ko`zg`alish va boshqalar) oqibatida kelib chiqkan «stress» buyrak usti bezi po`stlog`ining faoliyatiga kuchli ta`sir etadi va bunda gormonlar ishlab chiqarishi susayadi yoki butunlay to`xtaydi; organizmning yallig`lanishga qarshi xususiyati susayadi, glyukokortikoidli gormonlarga bo`lgan talabi ortadi.

Demak, bemorlarda kortikosteroidlar miqdorining kamayishi allergik reaksiyaning kuchayishi yoki teridagi patologik jarayonning kaytalanishiga olib keladi.

YUqorida keltirilganlar nerv va endokrin sistemalar bir-biri bilan chambarchas bog'liqligini ko'rsatadi.

Neyrodermit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida qalqonsimon bez faoliyatining ortishi yoki susayishi aniqlangan.

Neyrodermit patogenezida allergik jaraenning ahamiyati quyidagi ma'lumotlarga qarab belg'lanadi:

1. Bemorlarning kasallik tarixi sinchiklab o'rganilganda, ular yoshligida bolalar diatezi bilan og'riganligi ma'lum bo'ladi; terida pufakchalar, pilchirash va ekzematoz «kuduqlar» boshqa elementlarga (infil'trasiya, lixenifikasiya) nisbatan ko'proq bo'ladi. Bu neyrodermitning ekssudativ turiga xos.

2. O'chokli neyrodermitda allergik toshmalarni zararlang'an o'choqdan ancha naridagi sohalarda ham uchratish mumkin.

3. Neyrodermit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida dori-darmonlar va oziq-ovqatlarga nisbatan allergiya kuzatiladi.

4. Neyrodermit ba'zan bronxial astma, vazomotor rinit, eshakem kabi allergik kasalliklar bilan birga uchraydi.

SHunday qilib, neyrodermitning kelib chiqishi va rivojlanishida neyroendokrin buzilishlar va allergik reaksiyalar muxim ahamiyat kasb etadi. Turli organ va sistemalardan topilgan patologik o'zgarishlar bir-biriga bog'liq xolda rivojlanishini ko'rsatadi.

Anus atrofida joylashgan chegaralangan neyrodermit patogenezida yo'g'on ichak va anal teshik yo'li shilliq qavatinig surunkali yallig'lanishi katta rol o'ynaydi. Surunkali gastrit, kolit, enterokolit, gastroenterokolit va proktoanusitlar ich qotishiga olib keladi. Natijada ichakdagi zaharli moddalar so'riladi va organizm autointoksikasiyaga uchraydi.

SHu bilan bir qatorda anus atrofidagi teri yoriqlari, gemorroidal tugunlar, gijjaning bo'lishi cheklangan neyrodermitni keltirib chiqaruvchi etiolog'ik omillar qatoriga kiradi.

Diffuz (tarqoq) neyrodermit. Diffuz neyrodermitning klinik ko'rinishida o'tkir bo'lmagan teri eritemasi fonida lixenifikasiya va infil'trasiya kuchli rivojlanadi.

Zararlanish o'chog'lari asosan yuz, bo'yin, qo'l va oyoq bukulmalari, jinsiy a'zolar va sonning ichki yuzasida bo'ladi. Birlamchi morfologik element tuguncha bo'lib, u normal o'zgarmagan teri yoki och pushti raigida bo'ladi. Bu tugunchalar bir-biri bilan qo'shib, infil'tratlangan soxalarni hosil qiladi. Patologik jarayondagi teri kuruq, usti ekskoriaiyya va mayda kepakli tangachalar bilan qoplanadi. SHuningdek, tananing tabiiy burmalarida uzun eriqlar yuzaga keladi. Terining kuchli qichishi, monomorf toshmalar, nerv sistemasi faoliyatining buzilishi, oqdermografizm, aniq pilomotor refleksi, neyrodermitga xos belgilardandir. Kuchli qichishish bemor uyqusining buzilishiga, nevrotik holatning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bemorlarda gipotoniya, giperpigmentasiya, adinamiya, allergik reaksiyalar, me'da shirasi hamda siydik kam ajralishi, gipoglikemiya, ozib-to'zish, tez toliqish kabi simptomlar namoyon bo'ladi.

Neyrodermitning klinik kechishi ko'pincha falsga bog'liq. Kasallik asosan qishda zo'rayib, yozda klinik remissiya holatida bo'ladi.

Neyrodermit bronxial astma, vazomotor rinit, pichan lixoradkasi va boshqa allergik kasalliklar bilan birga kechishn mumkin.

Ba'zi kuchli ko'zgatuvchi omillar ta'sirida patologik jara-yonning o'tkir yallig'lanish hollari (vezikulyasiya, pilchirash, qizarish) kuzatiladi.

Gistopatologiyasi. Terida para va giperkeratoz, akantoz, xujayralar ichida va ular orasida shish, dermadagi keskin kengaymagan k.on tomirlar atrofida esa limfo-gistiositli infil'trat kuzatiladi.

CHeklangan neyrodermit. Terining ma'lum bir sohasi kuchli kichib bezovta qiladi. Zararlanish o'choqlari bo'yinning orqa yoki yon qismi, jinsiy a'zolar, dumbalar orasidagi burmalar, katta bo'g'imlarning bukuvchi yuzalarida bo'ladi. Qasallik boshlanishda teridagi o'zgarishlar deyarli sezilmaydi. Qichishish kuchayganida terida mayda tugunchalar paydo bo'lib, ular kattiq kansistensiyali, yuzasi kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Keyinchalik tugunchalar bir-biri bilan qo'shib, xiylagina joyni egallashi mumkin. Toshmalar och-pushti, qo'ngir tusda, yassi yumaloq shaklga ega bo'ladi. Teri asta-sekin qalin tortib zichlashadi (lixenifikasiya) (22- rasm). Kasallik avj olgan davrida lixenifikasiyaga uchragan markaz usti yaltiroq yassi och-pushtirang tugunchalardan iborat o'rta va giperpigmentli peri-

ferik qismlari ajralib turadi, o'tkir yalliglangan o'choqlarda shilinishlar kuzatiladi. Hadeb qashlana berish natijasida chiqqan qon qotib, qora qo'tir bo'lib qoladi, ko'pincha ikkilamchi piodermiya avj oladi. Kasallik uzoq muddat davom etadi.

Gistopatologiyasi. Parakeratoz, akantoz, dermaning so'rg'ichsimon va to'r qavatlarida infil'trasiya kuzatiladi.

Davosi. Neyrodermitni davolashda sedativ va psixotrop dorilar qo'llaniladi. Organizmning allergik holatini pasaytirish uchun desensibilizatsiyalovchi va antigistamin dorilar (tavegil, zadigen, dimedrol va b.) tavsiya etiladi. Markaziy nerv sistemasi faoliyatini maromga keltirish va nevroitik holatni kamaytirish maksadida uyqu, gipnoz bilan davolash, brom preparatlari, neyroleptiklar (trioksazin, elenium, seduksen, meprostan), ganglioblokatorlar (nanofin, aminozin, geksoniy) va boshqalarni qo'llash yaxshi naf beradi. Vitaminlar (V guruh vitaminlari, A, RR) ishlatiladi. Qasallik og'ir kechganida kortikosteroidli dorilar (prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalar) buyuriladi.

Fizioterapevtik vositalardan oltingugurt vodorodi, radon vannalari, ul'trabinafsha nurlar, PUVA-terapiya va boshqalar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar (Sinalar, Lorinden, Flyusinar, Selestoderm, Dermatop va boshqalar) ishlatiladi. CHeklangan neyrodermitda zararlangan o'choqlar atrofiga gidrokortizon, kenolog va boshqa steroid-li gormonlar in'eksiya qilinadi. O'chokli neyrodermitda Bukki nurlarini qo'llash ham yaxshi natija beradi. Kasallikning zo'rayishi va qaytalanishining oldini olish maqsadida sanatoriyalarda (CHortoq, CHimyon) davolanish, surunkali infeksiyalarni bartaraf etish tavsiya etiladi.

Atopik dermatit Atopik dermatit mul'tifaktorial irsiy kasallik bo'lib, bolalar dermatologiyasida keng tarqalgan dermatoz hisoblanadn.

Etiologiyasi va patogenez. Kasallikning kelib chiqishida bemorning yoshligida o'tkazgan kasalliklari: bolalar ekzemi, diatezn, shuningdek yaqin qarindoshlarida allergik holatlar yoki xastaliklarining (allergik rinit, bronxial astma, ekzema va boshqalar) bor-yo'qligini aniqlash katta ahamiyatga ega. Ko'krak yoshida va ilk bolalik davrida me'da-ichak sistemasi xastaliklari (ovqat hazmining buzilishi, fermentopatiya, disbakterioz, vitaminlar va oqsil moddalarining yomon so'rnishi), shuningdek yoshi kattarak bolalarda esa — psixoemosional charchash, stress va boshqalar atopik dermatitga sabab bo'luvchi omillardir. Ba'zi olimlar atopik dermatit neyrodermitning bir ko'rinishi desalar, boshkalari esa har biri o'zicha mustaqil kasallik degan fikrdalar. Lekin bolalikda atopik dermatitni boshidan o'tkazganlarda, keyinchalik neyrodermitga xos klinik ko'rinish namoyon bo'lganligi ko'pchilikka ma'lum.

Klinikasi. Kasallik asosan yuz (ko'z va og'iz atrofida), bo'yin, tirsak va tizza osti bukulmalarida uchraydi. Patologik o'choqlarda eritema - skvamoz, follikulyar papulalar, vezikulyoz, eroziya, po'stloq, tangachalar ko'zga tashlanadi, bu elementlar asosan lixenifikatsiyaga uchragan terida joylashadi (23-rasm). SHu bilan birga terining analogik klinik ko'rinishini tananing boshqa sohalarida ham uchratish mumkin. Terining quruq bo'lishi va kuchli qichishishi atopik dermatitga xos bo'lib, ko'pincha asosiy o'choqlar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanadi.

Davosi. Neyrodermit va bolalar ekzemasini davolashga o'xshash. Tajribalarni ko'rsatishicha atopik dermatitni davolashda zaditen yaxshi naf beradi.

QICHIMA (PRURIGO) Qichima kasalligining bir necha xili ma'lum: bolalar qichimasi (prurigo infantum), kattalar qichimasi (prurigo adultorum), tugunli qichima (prurigo nodularis), Gebra qichimasi (prurigo Ne'gae).

Bolalar qichimasi. Bu kasallikni birinchi Wikkan va Bateman o'rganishib, uni strofulyus deb ataganlar. Kasallik 6 oylikdan 3—4 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Patologik jaraen hadeganda tuzalavermasa, bolalar qichimasi Gebraning klassik qichimasiga aylanishi mumkin. Ko'pchilik olimlar bola-lar qichimasini bolalar e s h a k e m i deb ham ataydilar.

Etiologiyasi. Bolalar qichimasini keltirib chiqaruvchi omillar bolalar ekzemasidagi omillardan farq qilmaydi. Bolalar qichimasi ko'proq eksudativ diatez bilan og'riydigan bolalarda (ba'zan, bolalikda toshgan eshakem keyinchalik qichimaga aylanadi) kuzatiladi. Gijjalar borligi, noto'g'ri ovqatlanish yoki bolani sun'iy sut mahsulotlari bilan bokish, ba'zi ovqat moddalari (tuxum, shokolad) ni ko'tara olmaslik tufayli ovqat hazmining buzilishi kasallikka sabab bo'ladi.

Klinikasi. Dastlab terida qavarchiqlar hosil bo`ladi. Talaygina qavarchiqlarning qoq o`rtasida kattaligi to`gnog`nch boshidek keladigan, berch, juda qichishib turadigan tugunchalar paydo bo`ladi. Tugunchalar yuzida pufakchalar vujudga keladi. Tugunchalar och qizil, mayda, qonussimon, qattiq kansistensiyali bo`ladi. Qavarchiqlar odatda tez yo`qolib ketadi, tugunchalar esa uzoqroq saqlanib turadi. Toshmalar qo`l va oeqqlarning yoziluvchi yuzalarida, dumbada paydo bo`ladi.

Badanning qattiq qichishib turishi bolalarning uyqusi bilan ishtahasini buzadi, ular injiq bo`lib qoladi. Badan terisining qashlanib tiralishi oqibatida ikkilamchi piodermiya qo`shilishi mumkin, Bunda kasallik surunkali davom etadi. Vaqtida davo qilinmaydigan bo`lsa, u kattalar qichimasiga yoki diffuz neyrodermitga aylanib ketishi mumkin.

Gistopatologiyasi. Qasallik boshlanishida teridagi o`zgarishlar eshakemdagi o`zgarishlardan deyarli farq kilmaydi. Keyinchalik dermoepidermal tuguncha hosil bo`ladi, uni serozli papula deb ham ataladi. Qon tomirlar atrofidagi infil`tratda limfosit, gistiosit va eozinofillar bo`ladi; papillomatoz, spontioz va epidermis ichida pufakchalar hosil bo`lishi kuzatiladi.

Davosi. Davolash asosini parxez bilan davolash tashkil qiladi; tuxum, asal, shokolad, qonfet, sho`r va qovurilgan ovqatlar berilmaydi. Ovqat asosan sabzavot (sabzi, karam, no`xat) va mevalardan iborat bo`lishi kerak. Sut maxsulotlari: asidofi-lin, kefir tavsiya etiladi. Ovqatda yog`, uglevodlar miqdori kam, vitaminlar (A, V, S)esa ko`p bo`lishi zarur.

Kasallikni gozaga keltiruvchi omillardan biri bo`lgan gij-jani va surunkali infeksiya o`choqlarini yo`qotish lozim.

Bemorlardagi o`ta sezuvchanlik holatini kamaytirish maqsadida antigistamin va neyroleptik dorilarni qo`llash maqsadga muvofiq, Qasallik og`irroq kechganida kortikosteroid dorilar buyuriladi. Mahalliy davo sifatida, 1% li dimedrol, anestezin va kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi. Kasallik asorat bersa, u xolda anilin bo`eqlar eritmasi, tarkibida antibiotik bo`lgan malhamlar surtiladi.

Kattalar qichimasi. Qo`l va oyoqlarning yoziluvchi yuzalari, bel, qorin, dumba soha terisi kichishib tugunchali toshmalar toshadi. Papulalar ternda sochilgan holda joylashib, ularning ko`pchiligi qonab qotib qolgan po`stlar bilan qoplanib turadi tugunchalar qattiq qichishadi, ular yo`qolib ketganidan keynn ba`zan chandiqlar qoladi. Teridagi ba`zi element-lar ko`pchib qavarchiqqa o`xshab ketadi. Ko`pincha kasallik ikkilamchi infeksiya bilan murakkablashadi. Qichimada ham neyrodermitdagidek bemorlarning umumiy ahvoli o`zgarib asabiy holat vujudga keladi. Qasallik surunkali kechadi.

Davolash neyrodermitni davolashga o`xshash.

Tugunli qichima. Bu kasallikni birinchi marta Hardaway 1880 yili ta`riflagan.

Etiologiya va patogenezi noma`lum. Ba`zi olimlar kasallikning kelib chiqishiga jinsiy bezlar faoliyatining buzilishi sabab bo`ladi desalar, boshqalari tugunli qichima patogenezida organizmning intoksikasiyasi muxim rol` o`ynaydi degan fikrdalar. Lekin, nerv va me`da-ichak sistemasi faoliyatining buzilishi ham shu kasallikning kelib chiqishi va rivojlanishiga ta`sir etadi. Hasharotlar (chivin va burga, qandala)ning chaqishi ham kasallikka sabab bo`lishi mumkin.

Klinikasi. Kattaligi 7—13 mm keladigan yarimsharsimon qattiq tugunlar va tugunchalar toshadi; tugunlar yong`okdek yoki undan ham katta bo`lishi mumkin. Kasallik kuchli kichishish bilan kechadi. Ba`zan toshmalar o`z xolicha yoki bir-biri bilan ko`shilib, hiylagina joyni egallashi va gipertrofiyaga uchrashi kuzatiladi. Tugunlar gipertrofiyalanishi yoki uzoq vaqtgacha saqlanib qolishi ham mumkin.

Gistopatologiyasi. Asosan muguz, ba`zan esa donador qavatning qalinlashuvi, dermada aniq akantoz, to`rsimon qavatda limfosit, fibroblast, gistiositlardan iborat infil`trasiya kuzatiladi. Infil`trat markazida kollagen va elastik tolalar yo`qligi, nerv tolasining giperplaziyasi, shvan qobi-g`ining qalinlashgani yaqqol ko`rinib turadi.

Davosi. Tugunlar yoniga va ostiga steroidli eritmalar, metilen ko`kining 25% va novokainning 1—2% li eritmasi yuboriladi. Tugunlarni yo`qotish maqsadida suyuq azot, karbonat kislota, diatermokoagulyantlar ishlatiladi; desensibilizasiyalovchi va antigistamin dorilar buyuriladi. Mahalliy davo kortikosteroidli yoki so`riltiruvchi (naftalan, ixtiol, DAS) malhamlarni qo`yishdan iborat.

Eshakem (URTICARIA) Eshakem — allergik kasallik bo`lib, terida, ba`zan shilliq qavatlarda qavarchiqlar paydo bo`lishi va qattiq qichishishn bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik asosida organizmning turli ta`sirotlarga o`ta sezuvchan bo`lib qolishi yotadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen {kimeviy, mexanik, fizik, dori-darmonlar, oziq-ovqatlar) va endogen (ichki organlar patologiyasi — me`da-ichak, jigar, nerv sistemasi

ishlash faoliyatlarining buzilishi) bo'lishi mumkin. Endogen va ekzogen omillar ta'sirida organizmda gistamin, serotonin va boshqa biologik aktiv moddalar miqdori ortadi, natijada bu moddalar kapillyarlarni kengaytirib, ularning o'tkazuvchanlik xususiyatini oshiradi va dermaning so'rg'ich qavatida o'tkir shish holatini vujudga keltiradn. Gistamin va boshqa bioaktiv moddalar asosan bazofil hujayralarda joylashib, ular proteaz fermentlar aktivligi oshganda hujayralardan ajralib chiqadi. Proteaza fermentining aktivligi antitelo-antigen reaksiyasi natijasida oshadi.

Klinikasi. Klinik kechishiga ko'ra eshakemning o'tkir, surunkaln residiv (qaytalab turuvchi) va turg'un tugunchali xillari farq qilinadi.

Utkir eshakem birdan bemor terisga qavarchiqlar toshishi va kuchli qichish bilan boshlanadi. Qavarchiqlar teri damidan ko'tarilib turadi va pushti-qizil rangda, shakli yumaloq yoki cho'zinchoq bo'lishn mumkin, ba'zan ular bir-biri bilan qo'shilib xar xil shaklga kiradi (25-rasm). Bunda bemorning umumiy ahvoli o'zgaradi, tana harorati ko'tariladi, darmonsizlik, me'da-ichak faoliyatining buzilishi, «eshakemli lixoradka» kuzatiladi. Eshakem badanning turli kismnga toshishi mumkin. Toshmalar ko'pincha hiqildok, halqum va boshqa soha shillnq qavatlarida ham paydo bo'lishi mumkin, bunda shu joylar shishib, nafas olish va yutish kiyinlashadi. Bir necha soatdan keyin eshyakem batamom yo'qoladi, ba'zan qaytalanib turadi.

Kvinkning o'tkir chegaralangan shishi (angionevrotik shish) — o'tkir eshakemning bnr xili bo'lnb, terida (yoki shilliq qavatda), teri osti kletchatkasida yoki jinsiy a'zolarida chegaralangan shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Teri dag'al, elastik, oqish yoki pushti rangda bo'ladi. Bemorlar qichishishga shikoyat qilmasliklari ham mumkin. Bu ko'pincha oddiy eshakem bilan birga kechadi. Kvinkning chegaralangan shishn xavfliroq bo'lib, uning xiqildokdagi toshmalari stenoz yoki asfik-siyaga sabab bo'lishi mumkin.

Surunkali qaytalanib turuvchi eshakemda toshmalar soni ko'p bo'lmaydi. lekin ular bir necha oy yoki yillab davom etadi. Eshakemning bu turi surunkali nneksion o'choklar (tonzillit, xolesnstit va bop qalar) tufayli vujudga keladi. Toshmalar toshganda bemorshshg umumiy axvoli o'zgaradi, bosh og'ringi, ko'ngil aynash, qusish va diarreya holatlari, shuningdek qonda eozinofiliya va trombositopeniya kuzatildi.

Turg'un tugunchali eshakem bemor terisidagi qavar-chnqli toshmalarning uzoq turishi va papulalarga anlanishi oqibatida vujudga keladi. Bunda teridagi chegaralangan shish o'rnini asta-sekin limfositlardan iborat infil'trat egallaydi va giperkeratoz, akantoz jarayoni kuzatiladi. Toshmalar asosan qo'l va oyoqnnng yozuvchi soxalariga toshib, qizgish-qo'ngir rangda bo'ladn.

Quyosh (oftob) ta'sirida vujudga keladigan e s h a k e m — fotodermatozlar gurug'iga mansub bo'lib, asosan jigar xastalign va porfirin modda almashinuvi buznlgan hamda quyosh nuriga nisbatan o'ta sezuvchan kishilarda uchraydi. Kasallik bahor va yoz oylarida ko'zib, badaniing quyosh nuri tushib turadigan ochiq joylarida (yuz, qo'l, bo'yin) uchraydi. Toshma elementlari oddiy eshakemdagi elementlardai fark kilmaydi.

Gistopatologiyasi. O'tkir yalliglanish jarayoni bilan ifodalanadi. Epidermisda hujayralar orasida shish, dermaning so'rg'ich qavatida esa — seroz suyuqlikning to'planishi, birikti-ruvchi to'qimaning mo'rtlashuvi, tomirlar atrofida eozinofil, limfosit va gistiositlardan iborat infil'trat kuzatiladi.

Diagnozi. Eshakemni aniqlash qiyin emas. Kasallikni strofulyus, hasharotlar chaqishidan kelib chiqkan dermatitlar, hamda Dgoringning gerpetiform dermatitidan farqlay bilish lozim.

Davosi. Birinchi galda kasallikni keltirib chiqargan omillarni (me'da-ichak va asab sistemasi patologiyasi, surunkali infeksiya o'choklari va boshqalar) aniqlash va ularni bartaraf etish zarur, Giposensibilizasiyalovchi, antigistamin va tinchlantiruvchi dorilar tavsiya etiladi og'irroq hollarda steroidli preparatlar ichish buyuriladi. O'tkir eshakemda surgi, tozalovchi xuqna qilish, siydik haydovchi dorilar (furosemid, laziks va boshkalar) berish maqsadga muvofiq.

Mahalliy davo sifatida suv va qo'rg'oshinli pasta, chayqatmalar, gormonal malham va kremlar ishlatiladi. Bemorlarga parhez qilish tavsiya etiladi.

Psoriasis —surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, uning asosida proliferasiya jarayonlarining kuchayishi va epidermis xujayralari differesirofkasi (rivojlanishi) bo'zilishi yotadi. Bu kasallik yillab davom etadi hamda residiv (qaytalanishi) va remissiyasi bilan almashinib turadi.

Epidemiologiyasi:

psoriasis bilan er shari aholisining 2 % kasallanadi. Adabiyotlarga qaraganda psoriasis G'arbiy Evropa va

Skandinaviyada keng tarqalgan. Masalan Daniyada -2,9 % , Buyuk Britaniyada 2,0 %, Norvegiyada 4,8%, Xitoy va Gonqongda 0,37 % ni tashqil qiladi. Erkaklar va ayollar bu kasallik bilan bir xil kasallanadilar. Psoriaz ko`pincha 20-40 yoshdagilarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezini.

Psoriaz kasalligining kelib chiqishida bir necha nazariyalar bor: irsiy, immunologik, neyrogen, endokrin, moddalar almashinuvining bo`zilishi (uglevodlar, oqsillar, yog`lar, siklik nukleotidlar, keylonlar va b.q.) nazariyalari .

- Irsiy nazariya. Psoriaz kasalligining qarindoshlar orasida irsiyatda ko`proq uchrashi aniqlangan. SHunga qarab psoriaz ikki xil tipga bo`linadi: 1- tipi psoriaz kasalligi bilan kasallanganlarning oilalarida, qarindoshlarida uchrab 18-25 yoshdan boshlanadi. Bu tipi 65 % ni tashqil qilib, kasallik og`irroq kechadi.2-tipi psoriaz 50-60 yoshlarda uchrab nisbatan engilroq o`tadi va oilaviy holatlar aniqlanmaydi. Bunday taxlillar shuni ko`rsatadiki, psoriaz mul`tifaktorial kasallik bo`lib, genetik ulushi 60-70 %ni tashqil qiladi. Psoriaz rivojlanishida har xil genlar yakka yoki birgalikda ishtirok qiladi. Psoriaz bilan kasallangan bemorlarda yog`, uglevod almashinuvining bo`zilishlari va terisida proteoglikogenlar (mys, fos, abl) miqdorining oshganligi aniqlangan.

- Immunologik nazariya. Immun sistemasining bo`zilishi psoriaz patogenezida asosiy rol` o`ynaydi. Bunda T- limfositlarning oshishi, proliferasiya va epidermis xujayralari differensirovkasi ikkilamchi jarayon hisoblanadi. Birinchi o`zgarishlar derma va epidermisda bo`lib o`tadi. Dermadagi yallig`lanish jarayoni epidermis xujayralar bo`linishi bo`zilishiga olib keladi, bu xolat proliferasiyani kuchayishi bilan namoyon bo`ladi. Giperproliferasiya keratinositlarning sitokinlar va eykozanoidlarning sekresiyasiga olib keladi. Bu esa psoriatik o`choqda yallig`lanishni qo`zg`atadi. Jarohatlangan o`choqlarda xujayralar interleykin -1 (IL-) ishlab chiqaradi natijada T- limfositlarni (xelperlarni) aktivlashtiradi. Bu faktor (IL-1) keratinositlar tomonidan ishlab chiqariladi va timus limfositlarini faollashtiradi.

IL-1 epidermisda T- limfositlar infil`trasiyasiga olib keladi. T- limfositlar interleykin va interferon ishlab chiqaradi. Bo`lar esa epidermis keratinositlari giperproliferasiyasi kuchayishiga olib keladi.

Keratinositlar proliferasiyasi bo`ziladi va normadan 28 marta ko`p keratinositlar hosil bo`lish jarayoni ortadi. T- limfositlarni kasal odamdan olib, sichqonlar terisiga yuborilganda eksperimental psoriaz paydo qilingan.

Trigger faktorlarga stresslar, fizik travmalar, dorilar, infeksiyon kasalliklar, gipokal`simiya, alkohol`, klimat va boshqalar kiradi.

Klinikasi. Psoriaz bemorlarda har xil klinik ko`rinishlarda boshlanadi. Birlamchi toshmasi keskin chegaralangan, aylana shaklli kattaligi to`g`nog`ich boshi kattalikdagi pushti rang dog` ko`rinishida namoyon bo`ladi.

M.S. Pil`kov psoriatik toshmaning pushti (qizg`ish) rangda bo`lishiga e`tibor bergan. (Pil`kov simptomi) toshmalar rangi yorqin- pushti (qizg`ish) rangdan toki yorqin-qizil rangacha bo`lishi mumkin. YO`zaki kizg`ish dog` paydo bo`lishidan boshlab ustida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan bo`ladi. Ba`zi holatlarda birlamchi element boshlanishidanoq paypaslab ko`rilganda tuguncha ko`rinishida namoyon bo`ladi. Bunday hollarda tangachalarni olib tashlansa, bu ko`rinish yo`qoladi. Toshmalar o`lchami asta-syoki n kattalashib boradi, infil`trasiya kuchayadi. Tangachalar kattalashib ko`payib tuguncha ko`rinishidagi monomorf toshmalar paydo bo`ladi. Toshmalarning periferik o`shishi yoki bir – biriga qo`shilishidan katta o`lchamli har xil shaklli pilakchalar paydo bo`ladi. Asosiy dastlabki joylashish joyi qo`l- oyoqlarning yozuvchi yo`zalari. Asosan, tirsak, tizza, boshning sochli qismi, teri burmalari va tana sohalarida joylashadi. Ba`zi bemorlarda psoriatik toshmalar yozuvchi va bukuvchi sohalarda ham joylashishi mumkin. Bunga qaytuvchi psoriaz (rsoriasis inversa) deb ataladi. Psoriaz diagnostikasida o`ziga xos uchta simptom (psoriatik triada) va Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi xarakterli. Psoriatik triada papulani tirnash yo`li bilan yo`zaga keladi, u uchta fenomendan iborat.

1) oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yog`i fenomeni), 2) tangachalar olib tashlangandan so`ng nam yaltiragan yo`za hosil bo`lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni), 3) tirnash davom ettirilsa qonli nuqtalar yo`zaga kelishi (Auspits yoki qonli shudring fenomeni) ko`zatiladi. Bu fenomenlar patogistologik o`zgarishlar (parakeratoz, akantoz, papillamatoz) natijasida kelib chiqadi. Psoriazning klinik kechishida 3 ta davr tafovut qilinadi.

4. Progressiv davri: bunda yangi toshmalar paydo bo'lib badanning qichishib turishi, eski elementlarning kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, ya'ni yallig'lanish gultojsi, Kyobner fenomeni va psoriatik triada paydo bo'lishi bilan belgilanadi.

5. Stasionar davri: yangi toshmalar toshishi, gultoqli yallig'lanishning periferiyaga qarab o'sishi to'xtaydi.

6. Regressiv davri: toshmalarning so'nish davri. Papulalar atrofida depigmentli gultoqi paydo bo'ladi (Voronovning psevdofatrofiya gultojsi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan so'rila boshlaydi. Elementlar so'rilgandan so'ng ko'pincha depigmentli, ba'zan giperpigmentli dog'lar qoladi.

Psoriatik toshmalarning kattaligiga qarab psoriaz turlari:

1) nuqtali toshmalar kattaligi to'g'nog'ich boshi kattaligicha bo'ladi.

2) tomchisimon toshmalar to'g'nog'ich boshidan kattaroq bo'ladi.

3) figurali toshmalar. Bunda o'choqlar har xil ko'rinishdagi figuralarni hosil qiladi.

4) tangasimon pilakchalar katta va yirik bo'ladi.

5) geografik bunda jarohat o'choqlari bir-biri bilan qo'shilib geografik kartani eslatadi.

6) halqasimon toshmalar markazdan regressga uchray boshlaganda halqasimon shaklni eslatadi

Psoriaz uchun Kyobner izomorf reaksiyasi xos, ya'ni jarohat olgan yoki tiralgan sohalarda 10-14 kun yoki undan kechroq psoriaz uchun xos papulalar paydo bo'ladi. Psoriazda shilliq pardalar kam jarohatlanadi. Asosan pustulyoz va og'ir artropatik turida uchraydi. Tirnoqlarning (ko'proq qo'l, ba'zan oyoq) zararlanishi psoriaz simptomlaridan biri hisoblanadi. Bunga "angishvona" simptomi deyiladi. Bundan tashqari chiziqli va ko'ndalang chiziqli zararlanish ham ko'zatilishi mumkin. Tirnoqlar rangi xiralashishi, tirnoq plastinkalari deformatsiyasi, erkin qismi sinishlari, onixolizis yoki onixog'rifozi ko'zatilishi mumkin. Tirnoqlar zararlanishi ko'proq artropatik, pustulyoz va psoriaz eritrodermiyalarida uchraydi. Tirnoqlar zararlanishi hamma vaqt ham kasallik og'irlik darajasini ifodalamaydi. YA'ni onixodistrofiya chegaralangan psoriaz turlarida ham uchrashi mumkin. Psoriazda tirnoqlar zararlanishini boshqa dermatozlar bilan qiyosiy tashxislash keraq

Psoriazda sub'ektiv belgilaridan bemorlar jarohat sohasidagi qichishga ayniqsa boshning sochli qismida joylashgan bo'lsa, artropatik turida esa bo'g'imlardagi og'riqqa shikoyat qiladi.

Psoriazning quyidagi klinik ko'rinishlari tafovut qilinadi:

1) vul'gar (oddiy) psoriaz

2) ekssudativ psoriaz

3) seboreyali psoriaz

4) artropatik psoriaz

5) psoriaz eritrodermiyasi

6) pustulyoz psoriaz

7) qo'l kafti va tovon psoriazi.

8) intertriginoz psoriaz

Ekssudativ psoriaz. Oddiy psoriazdan ekssudativ jarayonlar ustunligi bilan ajralib turadi, natijada psoriatik toshmalar yo'zasida tangacha va po'stchalar sarg'ish rangda bo'ladi. Po'stchalarni olib tashlanganda qon aralash suvchiragan yo'za chiqadi.

Seboreyali psoriaz. Asosan boshning sochli qismi va seboreyali sohalarda joylashib o'ziga xos klinik ko'rinishga ega. Jarayon o'zoq vaqt chegaralangan ko'rinishda kechadi va yallig'lanish kuchsiz bo'lgan kepaklanish ko'rinishida bo'ladi. Bunday holatlarda agar psoriazga xos toshmalar terining boshqa sohalarda bo'lmasa hamda irsiyatida bo'lmasa tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Bundan tashqari yo'zda, ko'krak sohasida chegarasi aniq ustida qat-qat tangacha bilan qoplangan papula yoki pilakchalar aniqlanadi. Psoriatik uchlik belgisi vul'garga nisbatan kuchsiz ifodalangan.

Artropatik psoriaz. Kasallikning og'ir formalaridan bo'lib, ko'pincha bemorni nogironlikka ba'zan kaxeksiyadan o'limga olib kelishi mumkin. Psoriazda bo'g'imlarning shikastlanishi jarayonning sistemali kechayotganligidan dalolat beradi. Bu turi ko'proq erkaklarda uchraydi. Kasallikning boshlanishi har xil. Bo'g'imlarning zararlanishi ba'zida chegaralangan uchrasa, ba'zan teri ko'rinishlari bilan birga uchraydi. Suyak bo'g'imlardagi rengenologik o'zgarishlar: bo'g'im atrofi osteoporoz, bo'g'im yoriqlari torayishi, ostiofitlar, suyak to'qimasi kistozi, suyaklar eroziyasi, oligoartritlar, psoriatik spondilit, psoriatik sakroilitlar ko'zatiladi. Bemorlar bo'g'imlardagi kuchli og'riqlarga shikoyat qiladi. Zararlangan bo'g'im kasallikning 1- davrida qizarib shishgan bo'ladi. Bemorning

umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tarilib ishtaha pasayadi, oshqozon-ichak trakti faoliyati bo'ziladi. Bu belgilar asta-syoki n yo'qolib, jarayon o'tkir osti va keyin surunkaliga o'tadi. Vaqt o'tishi bilan bo'g'imlar deformatsiyasiga va anqilozga olib keladi.

Psoriatik eritrodermiya. Psoriaz asorati sifatida, hamda chala davolanish, malhamlarni, UBN, insolyasiyani noto'g'ri qo'llash oqibatida rivojlanadi. Eritrodermiya asta-syoki n butun teri qoplamlarini egallab boradi. Bunda teri och-qizil rangga kirib usti yiringlaydi, quruq, oq tangachalar bilan qoplanadi. Bemor echingan mahalida undan oq kumushrang tangachalar ko'p miqdorda tushadi. YO'z terisi, quloq supralari, boshning sochli qismi xuddi un sepib qo'yganday ko'rinadi. Terisi infil'trasiyalangan, shishgan, paypaslaganda harorat va biroz dag'allashgan bo'ladi. Bemorlar teri qichishidan, teri tortilishi, achishidan shikoyat qiladi. Ba'zi teri sohalarida tipik psoriatik papula va pilakchalar uchraydi. Eritrodermiya psoriaz kechishini yomonlashtiradi. Bemorning umumiy ahvoli bo'zilgan, tana harorati 38-39S° gacha ko'tariladi, limfa tugunlari ayniqsa son va chov limfa tugunlari kattalashadi.

Pustulyoz psoriazning 2 ta ko'rinishi bor: generalizasiyalashgan pustulyoz psoriaz (Jumbush) va chegaralangan kaft-tovon pustulyozi (Barber). Generalizasiyalashgan formasi og'ir kechadi. Harorat ko'tarilishi, holsizlik, leykositoz ECHT oshishi bilan kechadi. Eritema fonida pilakchalar zonasi va o'zgarmagan teri sohalarida mayda papulalar paydo bo'ladi, bu holat og'riq va achishish bilan kechadi. Pustulyoz kaft-tovon psoriazi ko'p uchraydi, toshmalar simmetrik joylashadi. Pustulalar epidermis ichida paydo bo'lib, gipermiyalangan teri fonida infil'trasiya va lixenifikasiya ko'zatiladi.

Qo'l kafti va tovon psoriazi. Psoriazning bu turi fizik mehnat bilan shug'ullanuvchi 30-50 yoshdagi shaxslarda uchraydi. Klinik quyidagi turlari tafovut qilinadi: lentikul yar, aylana, shoxsimon, qadoqli. Terining boshqa sohalarida tipik psoriatik toshmalar uchraydi. Terminal parda va nuqtali qonli shudring fenomenlari qiyinchilik bilan aniqlanadi.

Intertriginoz psoriaz. Burmalar psoriazi ko'pincha bolalar va keksa yoshlarda, ayniqsa qandli diabet kasali borlarda uchraydi. Jarayon ko'pincha qo'ltiq ostida, sut bezlari ostida, kindik atrofi, oraliq sohada uchraydi. Kepaklanish bilinar bilinmas yoki yo'q, zararlangan o'choqlar aniq chegaralangan, yo'zasi silliq, qizg'ish rangda, ba'zan biroz ho'l bo'ladi. Burmalarda ba'zan yoriqlar paydo bo'ladi.

Qiyosiy tashxisi

Psoriazni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin.

parapsoriaz.

zaxm papulalari bilan

qizil yassi temiratki

psoriatik eritrodermiya

zamburug'li mikoziy eritrodermik turi bilan

qizil sochli temiratki

revmatoidli artrit

Reyter kasalligi bilan

Psoriazni tomchisimon parapsoriaz bilan qiyosiy tashxislash.

Psoriazda epidermal papulalar har xil kattalikda bo'lib usti oq kumushsimon tangachalar bilan qoplanadi. Psoriaz uchun "psoriatik uchlik" belgisi xos. Toshmalar ko'pincha qo'l-oyoqlarning yozuvchi yo'zalaridan boshlanib boshning sochli qismi yo'z va tanada joylashadi.

Parapsoriazda toshmalar ko'pincha tananing ikkala yonbosh sohalarida joylashadi, yo'z va boshda uchramaydi. Kepaklanish ko'zga tashlanmaydi, ya'ni papulalar bilinar-bilinmas nozik tangacha bilan qoplangan bo'lib, o'rtasi zich yopishgan chetlari biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Kepaklanish tirnalgandagina ko'zga tashlanadi (yashirin kepaklanish simptomi). Tangachalar psoriazga o'xshab oson ajralmaydi, rangi ham sarg'ish-oqish bo'ladi. Stearin dog'i va terminal parda fenomenlari ko'zatilmaydi, nuqtali qonli shudring fenomeni biroz ko'zatiladi. Toshmalar bir biri bilan qo'shilmaydi va bemorlarda teri qichishi ko'zatilmaydi. Parapsoriazda polimorfizm ko'zatiladi va o'zoq residivlanuvchi kasallik xisoblanadi.

Ikkilamchi papulyoz zaxmdan farqli tomonlari. Psoriazda toshmalar rangi yorqinroq bo'lib, epiderma-dermal papulalar ko'zatiladi. Ikkilamchi zaxm papulalari esa kuchsiz pushti rangda va dermal papulalar paydo bo'ladi. Psoriaz papulalarida ko'plab kepaklanish ko'zatiladi, periferiyaga o'sib borib bir-biri bilan qo'shiladi va pilakchalarni hosil qiladi. "Psoriatik uchlik" fenomeni ko'zatiladi. Zaxmdagi serologik reaksiyalar manfiy bo'ladi.

Qizil yassi temiratkidan farqli tomonlari psoriazda toshmalar yozuvchi yo'zalarda joylashadi rangi pushti qizil rangda bo'ladi. Kepaklanish ko'p, shilliq pardalar kamdan-kam holatda zararlanadi. Qizil yassi temiratkida toshmalar bukuvchi yo'zalarda joylashadi, rangi binafsharang bo'ladi. Papulalar o'rtasida kindiksimon botiqlik bor, Uikxem belgisi musbat bo'ladi, ko'pincha shilliq pardalar ya'ni og'iz shilliq pardalari zararlanishi bilan kechadi, kuchli intensiv teri qichishi ko'zatiladi.

Zamburug'simon mikozning eritrodermik turidan farqli tomonlari. Bu kasallik ancha kech boshlanib turg'un kechadi, Infiltratsiya kuchli ifodalangan bo'ladi, sochlar to'qilib, generalizasiyalashgan limfadenopatiya, intensiv doimiy teri qichishi, kaft-tovon giperkeratozi ko'zatiladi.

Psoriaz barmoqlar orasida tovon sohalarida joylashganda kandidozlardan rubromikoz va chov epidermafitiyasidan qiyosiy tashxislash keraq Yirik burmalar sohasi kandidozi o'tkir kechadi. Terining yo'za qismlari ko'proq jarohatlanib chegarasini aniqlash qiyin, suvchirash kuchli ifodalangan, epidermis qoldiqlari jarohat chetlaridan osilib turadi. SHu jaroxatga yaqin teri sohalaridan dog'simon-vezikul yoz ko'rinishdagi ko'plab mayda o'choqlarni aniqlash mumkin. Rubromikozdan farqi: psoriaz oyoq panchalarida uchraganda oyoq tirnoqlari kam zararlanadi, tirnoqlarda "angishvona" belgisi ko'zatiladi. "Psoriatik uchlik" fenomeni musbat va jarohat soxasidan rubromikozga o'xshash zamburug'lar topilmaydi. Oyoq panjalari sohasi rubromikozida kepaklanish judayam mayda unsimon ko'rinishida bo'lib, tirnoqlar sarg'ish, xira rangga kirgan, qalinlashgan, ko'pincha tirnoq plastinkalari uvalashib atrofiya holati ko'zatiladi va o'choqdan zamburug' aniqlanadi.

Artropatik psoriaz revmatoid artritga nisbatan og'irroq kechadi, ko'pincha erkaklarda ko'zatiladi. Artropatik psoriazda jarayon barmoqlarning oxirgi falangalari sohalarida tirnoq plastinkalari zararlanishi bilan kechadi. Bundan tashqari umurtqalararo va dumg'aza- yonbosh birlashmasi ham tezda qo'shilishi mumkin, jarayon ko'pincha asimmetrik bo'lib, bo'g'imlar deformatsiyasiga olib keladi, revmatoidli sinamalar manfiy bo'ladi.

Gistopatologiyasi:

Psoriazda patognomik belgilarning yo'zaga kelishida keratinizasiya jarayonining bo'zilishi yotadi, ya'ni normal mugo'zlanishga nisbatan keratinizasiya jarayoni 27 marta oshib ketadi. Epidermisda parakeratoz, akantoz, xujayralar ichida shish, xujayralar orasida dermadan kelgan neyetrofillarning yig'ilishi (Munro mikroabssessi) ko'zatiladi. Tuguncha ustidagi mugo'z qavat qalinlashadi, u asosan tayoqchasimon yadroga ega bo'lgan parakeratotik xujayralardan iborat bo'ladi. Mugo'z qavati xujayralari orasida juda ko'p tirqishlar bo'lib, ular havo bilan to'lganligi sababli tangachalar kumushsimon ko'rinishga ega bo'ladi. Eski toshmalarda parakeratozga nisbatan giperkeratoz ko'proq shakllanadi. Donador qavat yo'qolishi yoki bir qavatli xujayralardan iborat bo'lishi mumkin Dermada papillamatoz ko'zatiladi. So'rg'ichsimon qavatning kapillyarlari kengayib qon bilan to'lganligi yaqqol ko'zga tashlanadi. So'rg'ichsimon qavatda va uning ostida limfosit, gistiositlardan iborat yallig'lanish infiltrati bo'ladi.

Davolash: Psoriaz kasalligini davolash asosan, yallig'lanishga qarshi, epiteliositlar giperproliferasiyasiga qarshi va ular normalizasiyasi differensirovkasiga qaratilgan bo'lishi keraq Psoriazni dvolashda hozirgi paytda ko'pgina usullar bor, har qaysi davolash usulni tavsiya qilishdan oldin bemorga individual yondoshmoq lozim. Bunda bemorning jinsi, yoshi, kasbi, kasallikning klinik shakllari, davrlari, mavsumiyligi, jarayonning tarqalganligi, qo'shib kelgan yoki boshidan o'tkazgan kasalliklari, oldingi olgan davo kurslari hisobga olinishi keraq Bemorning psixologik holati ham katta ahamiyatga ega. Bemorlar bilan suhbatda unga bu kasalik haqida tushuntirish, davolashda erishilgan yutuqlar haqida aytish keraq

Bemorga o'z vaqtida davolanish va vrach ko'rsatmalariga amal qilish kerakligi haqida aytish, shu bilan kasallikni o'zoq vaqt remissiyaga erishish mumkinligi haqida tushuntirish keraq

Kasallikning klinik formasi va davrlariga qaramay psoriaz bilan og'rigan bemorlar parhezga va teri parvarishiga rioya qilishi keraq Bunday bemorlar alkohol ichimliklari ichmasligi o'tkir va yog'li ovqat mahsulotlarini iste'mol qilmasligi keraq Bundan tashqari tez hazm bo'ladigan uglevodlarni (qand, asal, murabbo) cheklash keraq Bo'lar o'rniga oqsilga boy sut mahsulotlari, baliq, go'shtli, sabzavodli mahsulotlardan, mevalardan iste'mol qilishni tavsiya qilish keraq

Umumiy davo usuli

giposensibilizatsiyalovchi dori preparatlari: 30%li natri tiosulfat, 10%li kalsiy xlor yoki kalsiy glyukonat.

antigistamin dori preparatlari: diozalin, suprastin, dimedrol, anallergin, loratal, tavegil, ketotifen va hokazo.

sedativ dori vositalari

vitaminlar (A,S,V, nikotinka)

immunomodulyatorlar

PUVA – terapiya

selektiv fototerapiya

aromatik retinoidlar

Re PUVA- terapiyametotreksat

Siklosporin A (sandimmun-Neoral)

Glyukokortikosteroidlar

PUVA terapiya. Psoriazni davolashda ultraviolet nurlar bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan ta'sirchanligini oshiradigan dorilarni (fotosensibilizatorlar) birga qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli PUVA terapiya deb ataladi. Fotosensibilizatorlar sifatida puvalen, lamadin, psoboran, ammifurinni qo'llash mumkin. Hozirgi paytda PUVA-22, PUVA- 22A, VAL` DMANN-UF-1000 kabi umumiy nur ta'sir qiluvchilar qo'l-oyoqlar uchun PUVA -12, PSORILYUKS- 3050 va bosh uchun PUVA -4 apparaturalaridan foydalanilmoqda. YA`ni gomogen intensiv ultraviolet nurlanish 320-400 nm diapazonni tashqil qiladi.

PUVA – terapiyani psoriazning teri satxida tarqalgan xolatlarida, boshqa davo usullari samarasiz bo'lganda tavsiya qilinadi. PUVA -terapiyaga qarshi ko'rsatmalar:

yurak- qon tomir kasalliklari, ikkinchi-uchinchi darajali gipertoniya kasalligi, jigar, buyrak, qalqonsimon bez, kasalliklar o'sma kasalliklarida homiladorlikda, ayollar hayz sikli mahalida o'tkir respirator kasalliklarda, bolalar va keksalarda, shuningdek UBN yoki fotosensibilizatorlarga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lgan kishilarda PUVA –terapiya bilan davolash qat'iyan man etila. Qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa bemor terisini UBNga nisbatan sezgiriligini aniqlash kerak. Buning uchun MED (ya'ni minimal eritem doza) "biodoza" ishlatiladi, bu degani terining aniq chegaralangan dastlabki qizarish dozasi. Bu holat PUVA terapiyaning boshlang'ich dozalariga to'g'ri keladi, ya'ni 0,25-0,5 DJ /sm². Davo kursi 20-30 muolajadan iborat.

PUVA- terapiya bilan davolanayotgan bemor o'zini boshqa nurlar, xususan, quyosh nuridan himoya qilishi lozim.

Selektiv fototerapiya (SFT). SFT ning tarixi PUVA – terapiyaga yaqinroq birinchi marta 1987 yil A. Wiskemann kashf qilgan. SFTda o'rta to'lqinli ultraviolet nurlar (UF-B) qo'llaniladi. To'lqinlar o'zunligi 315-320 nm. Davo kursida 25-30 ta prosedura qilinadi.

Aromatik retinoidlar ya'ni vitamin A ni qo'llash. Bu usulni ta'sir qilish mexanizmi epiteliy xujayralari proliferatsiyasini pasaytirishga, mugozlanish jarayonini yaxshilashga qaratilgan. Hozirgi vaqtda aromatik retinoid- asetritin (neotigazon) ishlatilmoqda. Qo'llash usuli: bemorning har 1 kg tana vazniga 0,5mg- 1mg dan tavsiya qilinadi. Davo kursi- 6-8 hafta. Neotigazon psoriatik artritda, qo'l kafti, tovon psoriazida, tirnoqlar psoriazida yaxshi davo effektini beradi.

Re-PUVA –terapiya. Bu usul PUVA terapiya bilan AR larni birga qo'llashga asoslangan. Bunda UBN va AR lar dozasi tavsiya qilingan dozaning yarmisigacha kamaytiriladi. Re-PUVA-terapiya psoriatik eritrodermiyada (o'tkir yallig'lanish belgilari o'tgandan keyin) og'irroq kechayotgan vul'gar psoriazda, psoriatik artritda yaxshi terapevtik effekt beradi.

Siklosporin A. Siklik polipeptid bo'lib, 11 ta aminokislotalardan to'zilgan va immunosupressiv effektga ega. Birinchi marta preparat transplantatni chiqarib tashlamaslik maqsadida qo'llanilgan. Siklosporin ta'sir mexanizmi T-limfositlar tomonidan aktivlashtirilgan interleykin va boshqa limfositlarni bosib qo'yishga asoslangan. Chunki interleykin T- limfositlar aktivligini epidermis va dermada pasaytiradi, shu orqali qon-tomirlar holatiga, epidermis giperproliferasiyasiga hamda hujayralarda yallig'lanish jarayonlarni avj olishiga olib keladi.

Siklosporin keratinositlar o'sishiga qarshi ta'sir qiladi. 3-4 mg/kg kuniga ichishga tavsiya qilinadi. Agar bemorning ahvoli yaxshilanib borsa preparat miqdori asta-syoki minimal miqdorga pasaytirib boriladi. Siklosporin nefrotoksik ta'sir qiladi, shuning uchun qon bosimini va qon zardobidagi

kreatininni ko'zati b borish keraq Siklosporin og'ir turlarida davo effekti samarasiz bo'lganda yoki boshqa davolash usullariga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda qo'llaniladi.

Glyukokortikoidlar bilan davolash.

Pustulyoz psoriasisda, artropatik, psoriasis eritrodermiyasida hamda boshqa sistem davolash usullari kam effektli bo'lganda yoki boshqa davolash usullariga qarshi ko'rsatmalar bo'lganda tavsiya qilinadi. Gormonal dori vositalaridan triamsinalon, deksametazon, prednizoloni qo'llash mumkin. Gormon miqdori kasallikning klinik ko'rinishi va og'irlik darajasiga qarab individual aniqlanadi. Odamda kichik (25-30 mg/kuniga) yoki o'rtacha (40-50 mg/ kuniga) miqdorda tavsiya qilinadi.

Metotreksat folat kislotasining antagonisti hisoblanadi. Sitostatik bo'lib DNK sintezini, hujayralar ko'payishini va kam darajada RNK sinteziga ta'sir qiladi. Metotreksatni qo'llash usuli har kuni 2,5 mgdan kuniga 2 mahal ichishga yoki 5 mgdan mushak orasiga kuniga 1 mahal 5 kun davomida 3 kun tanafus beriladi. Yana bir usuli 25-30 mg mushak orasiga yoki vena ichiga 1 mahal haftasiga berish.

Psoriasisda klinik remissiyaga erishish uchun 4-5 ta sikl o'tkaziladi.

3 kunlik tanafusdan keyin miqdori 5 mg/ kuniga -5 kun davomida olib boriladi. Bu miqdor keyingi sikllarda saqlanadi. Metotreksatni berish davomida kal'sium folinat bilan qo'shib olib boriladi.

Mahalliy davolash usullari.

Mahalliy davolashda dori preparatlarini tanlashda psoriasis kasalligi stadiyasi, klinik formalari hisobga olinadi. Mahalliy ishlatiladigan preparatlar yallig'lanish jarayonlarini, kepaklanishni, infil'trasiyani kamaytiradi. Bunday preparatlarga malhamlar, kremlar kiradi. Ular tarkibida 2%li salisilat kislotasi, 2-10%li oltingugurt, 10%li mochevina, 0,25-3 % ditranol saqlaydi. Bundan tashqari glyukokortikoidli kremlar, malhamlar los'onlar ishlatiladi. Los'onni odatda boshning sochli qismi sohalarida qo'llaniladi.

Kasallikning progressiv davrida odatda 2%li salisilat malhami hamda yallig'lanishga qarshi gormonal malhamlar ishlatiladi. Ftor saqlovchi gormonal malhamlar- selestoderm, sinalar, diprosaliq

- ditranol saqlovchi psoriasisga qarshi vositalar –psoraks, signolin, signoderm
- kal'sipotriol (sorkutan va dayvoneks) vitamin D3 ning sintetik analogi
- mahalliy immunomodulyatorlar: takrolimus (protopik) va pimekrolimus (elidel)
- zaralangan o'choqlarga kortikosteroidlarni yuborish – kenolog va diprospan
- sitostiklar bilan applikasiya o'tkazish
- (5- ftorurasil malhami) lyoki n nojo'ya ta'siri yuqori (eroziya, nekroz, toksik giperpigmen-tavsiya va ta'sirlantirish).

Hozirgi paytda ko'pgina dermatologlar bir necha usullarni birgalikda ishlatmoqdalar (PUVA-terapiya va aromatik retinoid),(mahalliy glyukokortikoidlar , mahalliy immunomodulyatorlar va kal'sipatriol), (metotreksat va mahalliy glyukokortikoidlar, PUVA- terapiya va kal'sipatriol , metotreksat va kal'sipatriol va boshqalar)

Qizil yassi temiratki

Qizil yassi temiratki surunkali kasallik bo'lib, teri va ko'rinadigan shilliq pardalarda monomorf papulyoz toshmalar toshib, kuchli qichishish bilan harakterlanadi. Qizil yassi temiratkini Wilson (1869 yil) aniqlab unda uchraydigan birlamchi elementni batavsil ifodalagan, ayrim hollarda tugunchalar chegaralangan xolda og'iz shilliq pardasi lab qizil xoshiyasida va jinsiy a'zolarida joylashishi mumkin. Qizil yassi temiratki teri kasalliklarining 0,5% tashqil qiladi. Kasallik turli yoshda uchrashi mumkin, shilliq pardalar jaroxatlanishi ko'proq 40-60 yoshlardagi ayollarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi to'liq aniqlangan emas. Ilmiy adabiyotlarda kasallikni kelib chiqishida turli nazariyalar mavjud.

Virusli nazariya tarafdorlari bemorlar terisida fil'trlanuvchi viruslar uchrab ular o'z aktivligini organizimning immunobiologik himoya qobilyati susaygan davirda kuchaytiradi degan fikirni aytadilar. L.N. Mashqilleyson (1965 yil) virusli nazariyani tasdiqlovchi quyidagi mezonlarni keltiradi.

1. Qizil yassi temiratki bilan og'irgan bemorlar terisida virusga o'xshash va boshqa infeksiyon agentlarning bo'lishi .
2. Qizil yassi temiratki bemorning boshqa oila a'zolarida ham uchrashi.
3. Toshmalar o'rab oluvchi temiratki singari joylashishib, qonda limfositoz, shuningdek limfa tugunlarini kattalashishi va boshqalar.
4. Ba'zan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash yaxshi natija beradi. Lyoki n xozirga qadar bemorlardan virus ajratib olinmagan.

Ko'pgina olimlar kasallikning vujudga kelishini **nerv sistemasi** faoliyatining bo'zilishiga (emosional hayajonlanish, stress) bog'liq deb qaraydilar. Bunda toshmalar nerv tolalari bo'ylab joylashishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda gipnozoterapiya yaxshi natija beradi.

Toksik (zaxarlanish) nazariyaga muvofiq qizil yassi temiratki organizimga turli xil dori darmonlar ta'sir etishi, autointoksikasiya, meda-ichak jigar xastaliklari oqibatida vujudga keladi. Antibiotiklar (streptomitsin, tetratsiklin), oltin, yod, qo'rg'oshin preparatlari, ftivazid va boshqa dorilar ta'sirida qizil yassi temiratki kelib chiqqanligi ma'lum.

Immunoallergik nazariya tarafdorlarining fikricha bemorlar qonida va terisida T- xujayralar sonining kamayishi T- limfasitlar subpopulatsiyasidagi nisbatning o'zgarishi ko'zatiladi. Monoklonal antitelolar yordamida dermal infil'tratda T- xujayralar va T- supressorlarning kamayishi natijasida bu koeffisient oshishi aniqlangan dermo- epidermal chegarada Langergans xujayralari sonining ortishi, Ig M ning cho'kishi immunoallergik nazariyani yana bir bor isbotlaydi.

Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki paydo bo'lishi, o'zoq kechishi davoga chidamliligi ma'lum darajada bemorda surunkali kasalliklarning borligiga, natijada organizm himoya vazifasining susayishiga olib keladi. Bu borada birinchi navbatda oshqozon ichak tizimi kasalliklari jigar, oshqozon osti bezi ahamiyatga ega. Ayrim kishilarda kasallik bevosita tomir (hafaqon) va endokrin (qandli diabet) patologiyalari bilan bog'liq ma'lum darajada og'iz shilliq pardasining tish patologiyasi tufayli travmatizatsiyaga uchrashiga sabab bo'ladi. Turli xil metallardan tayyorlangan qoplama tishlar sulak tarkibiga jiddiy ta'sir etadi, sulak tarkibida metal zarrachalari ko'zatilib, galvanik toklar xosil bo'ladi. Bu holat sabab, fermentlar ajralishi syoki nlashadi, bu ham kasallik kelib chiqishida ma'lum ahamiyatga ega.

Klinikasi kasallikning asosiy morfologik elementi dermo-epidermal papulalar bo'lib, diametri 1-3 mm uning quyidagi o'ziga xos xususiyatlari bor. 1. Poligonal, yassi shaqilli

2. Papulalar yo'zasida (asosan markazda) kindiksimon botiq bo'lishi.

3. Periferiyaga qarab o'sishi.

4. Toshmalar ustiga o'simlik moyi surtilsa, to'rsimon shakllar vujudga kelishi - Uikxem belgisi (epidermis donador qavatini notyoki kengayishi).

5. O'tuvchan yorug'likda papulalar yo'zasining pushti binafsha rangda yaltirab turishi.

Toshmalar aksariyat qo'l va oyoqning buqiluvchi sohalarida (tirsak oldi, bilak, oyoqda) yo'zaga kelib so'ng butun badanga tarqalishi mumkin. Toshmalar ba'zan og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolarining shilliq qavati, ko'proq lunjlarda, oqimtir tasmalar shaklida uchrab, bir-biri bilan qo'shib, plakchalar hosil qiladi. U surunkali davom etishi mumkin. Kasallikning avj olgan davrida yangi-yangi toshmalar toshadi va ular kattalashib boradi keyin kasallik stosional davrga o'tadi. Bunda papulalar asta syoki n surilib o'rnida to'q jigar rang dog' qoladi; terining ta'sirlangan joyida yo'ylar ko'rinishida joylashadigan papulalar paydo bo'ladi. Kasallik qattiq qichish bilan kechadi. Qaytalanish anchakam uchraydi. Qizil yassi temiratkida Kyobner izamorf reaksiyasi xos ba'zan tirnoqlar o'zgarib rangi xiralashadi ustida o'zinasiga ketgan chiziqlar paydo bo'ladi. Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki turli xil klinik ko'rinishga ega bo'ladi va uning 6 turi farq etiladi: tipik, ekssudativ giperemik, eroziv- yarali, bo'lyoz, giperkeratotik va atipik

Tipik turining klinik ko'rinishi - o'lchami 2 mm mayda oqish qo'ng'ir tusli, yaltiroq tugunchalar holida ko'zatilib, tugunchalar bir-biri bilan qo'shib to'r chiziq-chiziq bargsimon shaqillarni hosil qiladi. Tilda tugunchalar 1 sm gacha pilakcha ko'rinishida bo'ladi va lekoplakiyani eslatadi, yo'zasidagi qo'ng'ir oqish parda shpatel yordamida qirilsa ko'chmaydi.

Lab qizil hoshiyasida qo'shilgan tugunchalar ayrim hollarda yuldo'zsimon shaqilga ega bo'ladi. Ko'p xollarda qo'shib, yo'l-yo'l kepaklanuvchi plakchalar hosil qiladi. Ko'proq yo'zani qoplasa bemorlar quruqshab va issiq dag'al ovqat qabo'l qilish vaqtida biroz og'riq his etadilar, lunj shilliq pardasida joylashgan tugunchalar tish ildizlari atrofi, til, mil, og'iz tuguni jarohatlaydi, ko'proq quyi lab jaroxatlanadi. Ekssudativ giperimik turi tipik tugunchalar toshishi bilan harakterlanadi toshmalar qizarib shishgan shilliq pardalarda joylashadi. Bu turi og'riq bilan kechadi. Eroziv yarali qizil yassi temiratkining qandli deabet yoki xafaqon bilan birga kechishi Grinjshpal sindromi deb ataladi. Qizil yassi temiratkining bir necha xili bor.

Gipertrofik, so'galsimon xili tugunchalarning giperplaziyasi natijasida vujudga keladi. Xosil bo'lgan tugunchalar pushti, qizil- qo'ng'ir rangda bo'lib, ularning usti so'galsimon giper keratik qatlamlar bilan

qoplangan bo`ladi. Bunday toshmalr atrofida qizil yassi temiratkinining tipik toshmalarini uchratish mumkin.

Atrofik va sklerotik xilida papula va plakchalar so`rilib terida atrofik va sklerotik o`zgarishlar qolishi mumkin. CHandiqsimon atrofiya ochiq rangda bo`lgani uchun ba`zi dermatologlar uni oq temiratki deb yuritadilar. Bunda toshmalr bo`yin, qo`l, ko`krak, va qorin soxasida uchraydi. Ba`zan boshning sochli qismida atrofik o`zgarishlar psevdopelaga o`xshaydi va u qo`l va oyoqlarning yozuvchi yo`zalarida joylashgan follikul `yar keratoz bilan kechadi. Buni Littl - Lassyer simtomi deb ataladi.

Pemfigoidli yoki pufakli xilida qizil yassi temiratkinining tipik elementlari bilan birga kattaligi no`xat yoki olcha dek keladigan ichi seroz yoki qon seroz suyuqliklar bilan to`la pufakchalar toshadi.

moniliform qizil temiratkada kattaligi olcha danagi dek keladigan marjonsimon toshmalr toshishi ko`zatiladi. Bo`lar asosan peshona, quloq suprasi, qorin dumba terilarida uchrab ko`rinishi munchoqni esltadi.

o`tkir uchli turida yassi tugunchalar bilan birga uchli yoki qonussimon tugunchalar uchraydi.ular asosan follekulalarda joylashadi. Toshmalar boshni sochi qismida bo`lsa, kichik-kichik atrofiyali chandiqlar yo`zaga kelishi mumkin.

Halqasimon qizil yassi temiratki ko`pincha erkaklarning jinsiy a`zolarida uchraydi.

Kasallikning bu turi toshmalar o`rtasidan so`rilda boshlaydi. Qizil yassi temiratkinining psoriaziform, o`zunchoq zoostriiform xillari ham uchraydi.

Gistopatologiyasi:

Epidermisning hamma qavati qalinlashadi, akantoz, giperkeratoo`z ko`zatiladi. Donador qavat bir tyoki sda qalinlashmaydi, yan`ni gpergiranulozli donador qavat normal qalinlikdagi donador qavat bilan ketma-ket keladi. Dermaning ustki qavatida papilomatoz, asosan limfasitlardan tashqil topgan infil`trat ko`zatiladi.

Diagnozi : qizil yassi temiratki ro`yros namoyon bo`lganda diaqnoz qo`yish qiyin emas bunda yassi poleqanal, o`rtasi kindiksimon botiq pushti binafsha tugunchalarga ularning joylashishiga va Kyobnening izamorf reaksiyasiga ahaamiyat berish keraq Toshmalar jinsiy a`zolarining shilliq qavatlaridva bo`lsa, uni zaxm bilan taqqaslash kerak, zaxmga tekshirganda qonni seroreaksiyasini qilish, pilchiragan tugunchalardan oq treponemalarni izlash kasallik anamnezini yig`ish mumkin. Qizil yassi temiratki tugunchasi ustida Uikxem turi borligi, atrofiyaning yo`qligi uni eritematoo`zdan ajratib turadi. Eroziv yarali qizil yassi temiratkinining oddiy po`rsildoq yarasi bilan qiyoslaganda po`rsildoq yara atrofida tipik tugunchalar bo`lmaydi. Ammo eroziya atrofidagi tiklanayotgan epiteli oqish- perlamutir rangida bo`lib, qizil yassi temiratki tugunchalarining qo`shilganiga o`xshaydi. Bunday xollarda bosma surtma o`tkazisht kerak. po`rsildoq yarada aqontolitik xujayra aniqlanadi. Qizil yugurikda o`choq giperimiyalangan, infil`trasiyalangan, o`choq yo`zalarida mayda nuqta misoli giper keratoz ko`zatiladi. O`choq atrofida atrofiya bo`ladi va bu xil o`zgarishlar qizil yassi temiratkiga xos emas. Ko`p shaqilli ekssudativ eritemada shilliq pardalar rivojlangan giperimiya shish kukzatiladi, ular yo`zasida pufak va noto`g`ri shaqilli eroziya, fibroz parda bilan qaplangan bo`lib, kuchli og`riq bezovta qiladi. Eroziya atrofida tugunchalar bo`lmaydi jarohat 4-6 haftada bitadi.

Prognoz kasallik xush fel kechadi ammo o`zoq davom etadi. Ayniqsa erozivi yarali turi og`ir va o`zoq kechib bemorlar ovqatlanishi hatto gapirishi og`riqli va qiyin bo`ladi.

Davosi patogenetik davo tayin etish uchun bemorlar diqqat bilan tekshirilishi shart. Birinchi navbatda kasallkni keltirib chiqaruvchi bartaraf qilish infeksiya o`choqlarini sanatsiya qilish, oshqozon ichak tizimini tekshirish qonda qan miqdori aniqlanadi, qon bosimi aniqlanadi, bemorning asab pisihik statusi tekshiriladi. Og`iz shilliq pardasi joylashgan qizil yassi temiratki ko`zatisla og`iz bo`shlig`i sanatsiya qilinadi; har xil metal qoplamalari olib tashlanadi va rasional protezlash ahamiyati katta. Bu bemorlarga issiq va dag`al ovqat qabo`l qilish man etiladi.

Kasallikning barcha turida sedativ terapiya, tipik ekssudativ giperemiya turida retsinol –asetat, A vitaminining qonsentrati (10 tomchidan 3 mahal kuniga, 2 oy davomida, 2 oy tanaffo`z bilan) o`zoq vaqt V guruhi vitaminlari qabo`l qilish ayniqsa nikatin kislotasi tayin etiladi. Eroziv yarali vabo`lyoz turida prednizalon 20-25 mgr kuniga xingamid 0,25 gr dan 1-2 marta kuniga 4-6 xafta davomida, nikotin kislotasi 0,05 gr kuniga 3 mahal ovqatdan so`ng yoki tionikol` 1 tabletkadan kuniga 3 mahal yoki mushak orasiga 1-1,5 oy davomida. Prednizalon miqdori 7-10 kunda 5 mgrdan kamaytirib boriladi, chegaralangan eroziv yarali turida o`choqqa gidrokartizon subsenziyasi yoki prednizalon tayinlanadi.

In`eksiya 3 kunda 1 marta bi1-1,5 ml har bir eroziyaga bosqichda 8-12 in`eksiya bunday davo har 3 oyda qaytarilib turadi. Bemorni gipnoz elektir ta`sir ettirish yo`li bilan uxlatib davolash bo`ynidagi simpatik tugunlarni diatermiya, parovertebral bo`lokada qilish bel soxasida induktrometriya o`tkazish ham yaxshi natija beradi, PUVA terapiya tavsiya etiladi.

Mahalliy davo mentol va karbol spirti glyukokortikoidli malhamlardan iborat. Kasallikning gipertrofik turida toshmalarni diatermokolgulasiya qilish,SO2 suyuq azot bilan qo`ydirish tafsiya etiladi. Remissiya davrida bemoriga sanatoriya va kurortlarda davolanish buyuriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Neyrodermatozlarga ta`rif bering.
- 2) Neyrodermatozlar klassifikasiyasi teri qichishi etiopatogenezi va klinikasi.
- 3) Teri qichishini davolash.
- 4) Teri qichimasi etiopatogenezi va klinikasi.Teri qichimasi klinikasi. Teri qichimasini qiyosiy tashxislash.
- 5) Neyrodermitga ta`rif bering.Neyrodermit klassifikasiyasi.CHegaralangan neyrodermit.Diffuz neyrodermit
- 6) Neyrodermitni qiyosiy tashxislash.Neyrodermitni umumiy va maxalliy davolash.
- 7) Eshakemga ta`rif bering.Eshakem klinik turlari.
- 8) Kvinke shishi eshakemni qiyosiy tashxislash.Eshakemni davolash.
- 9) Antigistamin va dessensibilizasiyalovchi dori preparatlariga misol keltiring.
- 10) Gormonal malhamlarga misol keltirish.
- 11) Neytrodermitning atipik shakllari.

Mavzuning asosiy savollari:

1. Psoriaz kasalligiga ta`rif bering. Etiologiyasi, patogenezi.
 2. Psoriazda bemorning asosiy sub`ektiv va ob`ektiv klinik simptomlari
 3. "Psoriatik uchlik" belgisini izohlab bering.
 4. Psoriazning klinik ko`rinishiga qarab turlari.
 5. Psoriaz kechishiga qarab davrlari.
 6. Psoriaz eritrodermiyasi va artropatik turi to`g`risida.
 7. Psoriazni boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash.
 8. Psoriazni zamonaviy davolash usullari
 9. Psoriazda mahalliy davolash usullari
 10. Qizil yassi temiratkinining etiopatogenezi.
 11. Qizil yassi temiratkinining klinikasi.
 12. Qizil yassi temiratkini papulalarining asosiy xususiyatlari
 13. Qizil yassi temiratkinining atipik variantlari.
 14. Qizil yassi temiratkinining so`galsimon va halkasimon shakllari to`g`risida gapiring.
 15. Qizil yassi temiratkinining gistopatologiyasi
 16. Qizil yassi temiratki qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi.
 17. Qizil yassi temiratkini Knyobner va Uikxem belgilarini izoxlab bering.
 18. Qizil yassi temiratkini umumiy davolash usullari.
- Qizil yassi temiratkini mahalliy davolash usullari.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interfaol usullar texnologiyasi

Stol o`rtasida ruchka»

Mavzu: neyrodermatozlar.Terida intensiv teri qichishi bilan kechadigan kasalliklarni aytib, tayanch belgilari bilan izohlash.

Gurux talabarlari raqamlar bilan belgilanadi. Xar bir talaba o`zi yaxshi bilgan bittadan kasallikni tanlab qog`ozga yozadi. Ruchkani stol o`rtasiga qo`yib qog`ozni keyingi talabaga o`zatadi. Barcha talabalar o`zi tanlagan kasallikni yozgandan so`ng navbat bilan fikrlarini bayon kiladilar.

Masalan: Talaba neyrodermitni tanladi. U quyidagi tayanch belgilar bilan izohlaydi:

Kasallik etiopatogenezida kuchli teri qichishiga sabab bo'luvchi omillar bo'lishi. Bemorni sababsiz intensiv teri qichishi bezovta qiladi. Morfologik elementlardan tugunchalar, pilakchalar, infil'trasiya lixenifikasiya kuchsiz yallig'lanish fonida hosil bo'ladi. Neytrodermitning chegaralangan, diffuz hamda atipik klinik turlari bor. CHegaralangan neyrodermit asosan qo'l-oyoklar bukuvchi yuzlarida, bo'yin, yon orqa sohalari, dumbalararo va dumg'aza, genetal, sohalarda joylashadi. Neytrodermitni barcha neyrodermatozlardan farqi lixenifikasiya kuzatiladi. Davolash umumiy va mahalliy bo'lib asosan simptomatik va gormonal preparatlardan foydalaniladi.

«Uch bosqichli interv`yu»

Maksad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda, unga to'g'ri psixologik yondashishni o'rganish.

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

- 1) Nima to'g'ri bajarildi?
- 2) Nima noto'g'ri bajarildi?
- 3) Qanday bajarilishi kerak edi?

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

Misol: 30 yoshli ayol. SHifokorga quyidagi shikoyatlar bilan keldi. Ikkala oyok panja boldir bo'g'imi sohasida terisiga toshmalar toshishiga va kuchli qichishga. Anamnezidan bemor shu kasallik bilan 6 yildan beri kasal. Kasallik sababini aniq bilmaydi. Bunday kasallik avlodida borligini tasdiqlaydi. Kasallik har yili baxor-kuz oylarida 2-3 marta qo'zib turadi. Bemor bir necha marta davolanib chikkan. Ko'rganda umumiy holati yaxshi. Tana harorati 36,5 daraja, terisi kuruq elastik. YUrak tomirlari me'yoriy eshitiladi. Rs-85 ta ritmik, qon bosimi 120/80 mm sim ust nafas olish burundan, o'pkasida vezikulyar nafas, qorni yumshok, og'riqsiz, jigar va talok kattalashmagan. Patologik o'choqlar ko'rilganda: ikkala oyoq boldir panja birlashmasi terisida kuchsiz yallig'lanish fonida eritematoz yuzada papulalar, pilakchalar, infil'trasiya va lixenifikasiya aniqlanadi. Tirmoq izlari va biroz pigmentasiya bor. Periferik qonda patologik o'zgarishlar yo'q.

«Vrach» -bemor so'zidan aytilgan barcha ma'lumotlarga e'tibor berish, klinik belgilarga yondashgan holda bemorga aniq tashxis quyishi va dermatologiya bo'limiga yo'llanma berishi lozim.

«Ekspert» vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e'tibor berish lozim:

- Bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi?
- Kasallik anamnezi to'liq va aniq yig'ildimi?
- Bemorni ko'rikdan o'tkazganda toshmalar ya'ni morfologik elementlar xarakteristikasi(tavsifi) ga e'tibor berilib psoriasis kasalligi deb to'g'ri tashxis qo'yildimi.
- Kasallik kaysi davrdaligi aniklandimi?
- Bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maksadida shifoxonada yo'lladimi?
- Davolashda nimalarga e'tibor berish va davo sxemasini tuzishga yondashildimi?

Bemor xarakterlarini baholashda:

- Uz holatini qanchalik darajada ta'rifladimi?
- Kasallik tarixinin aniq ayta oldimi?
- kasallik belgilarini aniq ta'riflab berdimi?

Mashg'ulot so'ngida o'kituvchi e'tibor berilmagan tomonlarda va xar bir ishtirokchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarda to'xtalib mashg'ulotga yakun yasaydi.

«Stol o'rtasida ruchka»

Mavzu: Psoriasis kasalligiga xos klinik simptomlarini ko'rsatib izohlab berish.

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

Masalan: Talaba psoriasis kasalligida "psoriatik uchlik" belgisini tanladi. U bu simptomni quyidagicha izohlaydi: Psoriatik toshmalarga uchta fenomen xarakterli – Auspits fenomeni deyiladi:

1. Oq kumushrang tangachalarni tirnash yo'li bilan olib tashlaganda tagidan stearin dog'i aniqlanadi. Stearin dog'i fenomeni deyiladi.
2. Tirnash yana davom ettirilsa, nozik yaltiroq yuza parda chiqadi – psoriatik fenomeni deyiladi.
3. Tirnash yana davom ettirilsa, qonli nuqtalarni ko'rish mumkin – qonli shudring fenomeni deyiladi.

«Uch bosqichli interv`yu»

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

Asosiy tamoyillar:

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

- 4) Nima to'g'ri bajarildi?
- 5) Nima noto'g'ri bajarildi?
- 6) Qanday bajarilishi kerak edi?

Afzalliklari:

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

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

Bemor 45 yoshli erkak. SHikoyatlari: qo'l-oyoqlar yozuvchi yuzalariga tanasiga va boshning sochli qismiga toshmalar toshgan. Toshmalarda kepaklanish kuchli. Biroz qichish bezovta qiladi. Toshmalar asta-sekin ko'payib bormoqda. Anamnezidan bemor 15 yildan beri kasal. Kasallik sababini ish jarayonidagi asab buzilishlari bilan bog'laydi. Kasallik har bahor oylarida 1-2 marta qaytalanib turadi. Ko'rik vaqtidagi holati: ahvoli shrtacha og'irlikda (nisbatan qoniqarli) tana harorati 37 ° S. Terisi quruq, papulyozli toshmalar aniqlanadi. YUrak tonlari me'yoriy pul's - 85 ta, qon bosimi 120/80 mm sim.ust. nafas olishi burundan, o'pkasida vezikulyar nafas, tili biroz oq karash bilan qoplangan. Jigar-taloq kattalashmagan. Bemorning terisidagi holatni baholash.

Bemor terisidagi patologik holat surunkali yallig'lanishga xos xususiyat bilan kechmoqda. Asosan boshning sochli qismi terisida, qo'l-oyoqlar yozuvchi yuzalari va butun tanada joylashgan bo'lib, elementlardan biroz qizargan teri fonida kattaligi har xil tomchisimon toshmalar aniqlanadi. Toshmalar usti oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan. Toshmalarda "psoriatik uchlik" belgisi musbat, Kyobner izomorf reaksiyasi kuzatiladi. Periferik qonda Hb – 100g/l, leykosit – 5000, SOE-20.

“Vrach” bemor so'zidan yiqqan barcha ma'lumotlarga e'tibor berishi, klinik belgilarga yondoshib bemorga aniq tashxis qo'yishi va dermatologiya bo'limiga yo'llashi lozim.

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

- bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi?
- Kasallik anamnezi to'liq va aniq yig'ildimi?
- Bemorni ko'rikdan o'tkazganda toshmalarga, ya'ni morfologik elementlar xarakteristikasi (tavsifi)ga e'tibor berilib, psoriasis kasalligi deb to'g'ri tashxis qo'yildimi?
- Kasallik qaysi davrdaligi aniqlandimi?
- Bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maqsadida shifoxonaga yo'lladimi?
- Davolashda nimalarga e'tibor berish va davo sxemasini tuzishga yondashildimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

- O'z holatini qanchalik darajada ta'rifladi?

- Kasallik tarixini aniq ayta oldimi?
- Kasallik belgilarini aniq ta'riflab berdimi?
- Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi e'tibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtirokchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga to'xtalib mashg'ulotga yakun yasaydi.

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak.

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: Psoriaz

Keys varianti: Bemor K. 45 yoshda. U 15 yildan beri kasal. Bemor tanasida, qo'l-oyoqlarida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan lentikul yar papulalar va pilakchalar bor. Bemor tirnoqlarida nuqtasimon chuqurchali o'zgarishlar ko'zatiladi. Kyobner fenomeni musbat.

Bajarish shartlari

1. Anamnestik ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblar va laborator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo'linadi. (3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situatsiyani xal etishni tayyorlaydilar

O'qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko'rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to'qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko'rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oformit qiladilar, o'z to'zatishtlarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezentsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o'zlarining taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak. Uni to'xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning chiqishidan so'ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan echim variantlariga o'z munosbatlaini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtiroki asoslangan bo'lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor K. 30 yoshda shifokor kabuliga ikkala qo'l-kaft bilak birlashmasi ichki bukuvchi soxasida toshmalar toshishiga kuchli kichishga shikoyat kilib keldi. Ko'rganda: kaft bilak birlashmasi ichki yuzasidan kuchsiz yalliglanishi fonida tugunchalarni, pilakchalarni, infil'trasiya va lixenifikasiya aniklandi. SHu soxa terisi normal teri rangidan uzgargan. Anamnezidan shu kasallik bilan bahor oylarida qo'zib turadi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Davollash usulini tanlang.

2-masala

38 yoshli bemor, asal iste`mol qilganidan keyin ko`krak, qorin, dumba soxalarida birdaniga ko`p mikdorda teri satxidan ko`tarilgan qizil rangli urtikar toshmalar paydo bo`ldi. Bemorni kuchli qichishish va achishish bezovta qilmokda.

1. Tashxis qo`ying.
2. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi.
3. Bu kasallikning klinik turlarini ayting.
4. Davolash uchun preparatlar tanlang.

3-masala

55 yoshli ayolning ikkala oyok boldir soxalarida diametri 5-12mm li yarim sharsimon zich tugunchalar kuchsiz yallig`lanish fonida paydo bo`lgan. Bemorni kuchli qichish bezovta kiladi. Anamnezidan bemor kasallikni paydo bulishini pashshalar chaqishi va stresslar bilan boglaydi. Kasallik bemorni 5 yildan beri bezovta qilib kelmoqda. Vaqti-vaqti bilan kasallik kuzib turadi.

1. Tashxis qo`ying.
2. Bu patologiya qaysi dermaotzlarga kiradi.
3. Kasallik qaysi dermatozlar bilan qiyosiy tashxislanadi.
4. Davollash rejasini tuzing.

4-masala

2 yoshli bolaning yuz soxalari, tanasi va dumbalari soxasida kuchsiz yalliglanish fonida tugunchalar, pufakchalar, kavarchiklar paydo buldi. Bolani kuchli kichish bezovta kilmokda. Anamnezidan onasi aytishicha, bolada chakaloklik davrida ekssudativ diatez bulgan, xozir ham shokoladli maxsulotlar toshmalar toshishiga sabab buladi.

1. Tashxis qo`ying.
2. Kasallikning etiopatogenetik omillarini ko`rsating.
3. Davollash uchun preparatlarni tanlang.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

1 masala

Bemor A. 14 yoshda. O`zini 10 kundan beri kasal hisoblaydi. Kasalxonaga ikkala tirsak va soxalarida toshmalar paydo bo`lganligiga, toshmalarda kepaklanish avj olganligiga va ko`payotganligiga, qichishga shikoyat qilib keldi. Anamnezidan bemor shu kasallik bilan 2 yildan beri kasal hisoblaydi. Kasallik bahor oylarida vo`zib turadi. Sababini aniq bilmaydi. Ko`rik vaqtida bemorning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli. YUarak tonlari me`yoriy eshitaladi. Ps-80 ritmik A/B 100/60 mmnd ust. teng. Jigar, taloq kattalashmagan. Terisidagi patologik jarayon yallig`lanishga xos bo`lib, asosan ikkala qo`l-oyoqlarining yozuvchi yo`zalarida butun tana sohasida joylashgan bo`lib, elementlardan usti oq kumushroq rang tangachalar bilan qoplanagan lentikul yar papulalar aniqlanadi. Papulalarda Auspits belgisi musbat. Kyobner fenomeni musbat. Papulalar atrofida yallig`lanish gultojisi mavjud. 1-2 ta endi paydo bo`layotgan tugunchalar ham aniqlanadi.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Tashxis qo`yishda qaysi simptomlar ahamiyatga ega?
3. Kasallikda qaysi davr ko`zatilmoqda?

2-masala

Bemor K. 45 yoshda. U 15 yildan beri kasal. Bemor tanasida, qo`l-oyoqlarida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan lentikul yar papulalar va pilakchalar bor. Bemor tirnoqlarida nuqtasimon chuqurchali o`zgarishlar ko`zatiladi. Kyobner fenomeni musbat.

1. Tashxis qo`ying.
2. Qanday kasalliklar bilan taqqoslash kerak?
3. Kyobner fenomeni qanday namoyon bo`ladi?

3-masala

6 yoshli qizchanning yo`zida, qo`l-oyoqlarida bir-biriga qo`shilishiga moyil pushti rangli ko`plab papulalar, pilakchalar bo`lib usti sarg`ish kul rang tez to`qiladigan tangachalar bilan qoplangan, boshida diffo`z kepaklanish ko`zatiladi. Sochlar o`zgarmagan. Auspits "uchlik" belgisi ko`zatiladi.

1. Tashxis qo`ying.

2. Tekshiruv rejasini tuzing.
3. Auspits "uchlik" belgisini izohlab bering.

4-masala

Bemor M. 30 yoshda. SHifokorga quyidagi shikoyatlar bilan keldi: tana harorati ko'tarilishi, toshmalar butun tanaga tarqalgan eritrodermiya holati teri sathining ancha qismini egallagan. Bemor terisi patologik o'choqlarida palstinkasimon kepaklanish ko'zatiladi. Limfa tugunlari kattalashgan. Anamnezidan bemor o'zini 10 yildan beri kasal. Kasallik har yili 2-3 marta qo'zib turadi. Oxirgi 15 kunda kasallik yana qo'zib bemor uy sharoitida oltingugurt malhamini ishlatgan. Davolanishdan keyin diffo'z qizarishlar oshgan.

1. Tashxis qo'ying.
 2. Asosiy klinik belgilarini ko'rsatib bering.
 3. Umumiy va mahalliy davo usulini tanlang.
- Stressdan keyin bemor bilak terisi soxasida kattaligi 2-3 milli binafsha rang usti yaltirab turuvchi poligonal papular aniqlandi. Kuchli kichish bezovta qilmokda.

1. tashxis kuying.
2. Bu patalogiya kaysi dermatozlarga kiradi
3. bu patalogiya uchun yana kandy klinik belgilar xos.
4. Davollash rejasini tuzing.

7-mavzuga oid testlar

1. CHegaralangan neyrodermit kiradi.
 - A) qichish bilan kechuvchi dermatoz
 - B) moxovning klinik turiga
 - V) parazitar kasalliklariga
 - G) kollagenozlarga
 - D) genodermatozlarga
2. Neyrodermatozlarga kiradi:
 - A) teri qichishi
 - B) ekzema
 - V) piodermiyaalar
 - G) qo'tir
 - D) kantagioz molyusk
3. Neyrodermatozlarga kirmaydi
 - A) o`rab oluvchi temiratki
 - B) teri qichishi
 - V) qichima
 - G) neyrodermit
 - D) atopik dermatit
4. Teri qichishidagi morfologik elementlar
 - A) tugunlar
 - B) tugunchalar
 - V) qavarchiqlar
 - G) birlamchi morfologik elementlar bo`lmaydi.
 - D) eroziya, yaralar
5. Teri qichimasi to`rini ko`rsating.
 - A) strofilyus
 - B) teri qichishi
 - V) atopik dermatit
 - G) atrofik, sklerotik
 - D) halqasimon
6. Qichimaning turlariga kirmaydi
 - A) strofilyus
 - B) kattalar qichimasi

- V) tugunli qichima
 - G) teri qichishi
 - D) to`g`ri javob yo`q
7. Teri qichimasining tipik joylashish joyi.
- A) qo`l-oyoklarning yozuvchi yuzalari
 - B) qo`l-oyoklarning bukukvchi yuzalari
 - V) sonning ichki yuzalarida
 - G) genetal sohalarda
 - D) qo`ltiq osti chuqurchalarida
8. Teri qichimasiga xos morfologik element
- A) tushunchalar, qavarchiqlar
 - B) pufak, pufakchalar
 - V) dumboqcha, tugunlar
 - G) birlamchi morfologik elementlar bo`lmaydi.
9. Tugunli qichima asosan qaerda joylashadi.
- A) boldir sohalarda
 - B) yuz sohasida
 - V) boshning sochli qismida
 - G) qo`l-oyoqlarning bukuvchi sohalarda
 - D) genetal sohalarda
10. Bolalar qichimasi asoratlari
- A) neyrodermitga o`tishi
 - B) vitiligo paydo bo`lishi
 - V) qizil yassi temiratki
 - G) psoriaz
 - D) qo`tir

7-mavzuga oid testlar

1. Psoriazning klinik turlarini ko`rsating.
- A) atrofik, sklerotik
 - B) xalkasimon, so`galsimon
 - V) eksfolliativ
 - G) siboreyali, artropatik
 - D) differensiallashmagan
2. Po`stloqli temiratkining klinik kurinishlarini kursating.
- A) sistemali
 - B) atopik
 - V) sklerotik
 - G) o`choqli
 - D) pustulyoz
3. Bar`ber psoriazida toshmalarning tipik joylanish joyi:
- A) kaft, tovonda
 - B) boshning sochli qismida
 - V) genetal sohada
 - G) labning qizil xoshiyasida
 - D) yuz sohasida
4. Pustulyoz psoriazning klinik turini ko`rsating.
- A) eritordermiya
 - B) xalkasimon
 - V) lixenoidli
 - G) Sumbush psoriazi
 - D) ekssudativ

5. Psoriazga xos klinik simptomlarni kursating.
- A) Terminal parda» fenomeni
 - B) Nikol`skiy simptomi
 - V) Asbo-Ganzen simptomi
 - G) Garchanov –Ardi simptomi
 - D) Pinkus simptomi
6. Psoriazni kaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis kilish mumkin
- A) ikkilamchi zaxm, qizil yassi temiratki
 - B) kepaklanuvchi temiratki
 - V) urab oluvchi temiratki
 - G) surunkali trixofitiya
 - D) surunkali ekzema
7. Kaysi simptomlar psoriazga xos
- A) Auspits uchligi
 - B) shish, indurasiya , atrofiya
 - V) YArish-Lukashevich – Geksgeymera reaksiyasi
 - G) atrofiya, giperkeratoz
 - D) «qushburun», sklerodakteliya
8. Kaft tovon psoriazini qaysi dermatozlardan qiyosiy tashxislash kerak?
- A) eritrazma
 - B) demodekoz
 - V) rubromikoz
 - G) Dyuring dermatiti
 - D) erizepeloid
9. Boshning sochli kismi psoriaziga xos xususiyat:
- A) sochlarning zararlanmasdan kepaklanish kuzatiladi
 - B) mayda o`chokli atrofik soch to`kilishi
 - V) o`choqli soch to`kilishi
 - G) folikulyar giperkeratoz atrofiya
 - D) diffuz soch to`kilishi, leykotrexiya
10. Psoriatik onixodistrofiyani quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis kilinadi
- A) demodekoz
 - B) mikrosporiya
 - V) rubromikoz
 - G) kantagioz, molyusk
 - D) turniol
11. «Stearin dog`i» simptomi-asosida kandy patogistologik jarayon yotadi
- A) akantoz
 - B) granulyoz
 - V) akantoliz
 - G) vakuolli distrofiya
 - D) kazeozli nekroz
12. Terminal parda fenomeni asosida kandy patogistologik jarayon yotadi?
- A) parakeratoz
 - B) akantoliz
 - V) balonli degenerasiya
 - G) garanulematoz
 - D) amiloidos
13. «Nuqtali qontalash» fenomeni asosida kandy patogistologik jarayon yotadi.
- A) anaplaziya
 - B) polimorfizm
 - V) mikroapsesslar
 - G) gistiosiotitar infil`trat

D) papillomatoz

14. Kyobner izzomorf reaksiyasi kanday namoyon buladi.

A) tirnok izlari bo`yicha papularning paydo bulishi

B) epidermisning ko`chishi

V) tangachani olib tashlaganda og`riqli bo`lishi

G) papularni bosganda rangini o`zgarishi

D) nuqtali qon talashlarning paydo bo`lishi

15. PUVA – terapiya nimaga asoslangan?

A) ultrabinafsha nurlari bilan fotosensibilizatorlarni birga qo`llashga

B) ultrabinafsha nurlardan foydalanishga asoslangan

V) ultrabinafsha nurlari bilan aromatik retinoidlarni birga kullashda asoslangan.

G) infraqizil nurlardan foydalanishga asoslangan

D) lazer nurlaridan foydalanishga asoslangan.

16. PUVA – terapiyada kullaniladigan fotosensibilizatorlar:

A) puvalen, pusoberan

B) norflogsasin

V) siklosporen

G) novakain, lidokain

D) pirasin kuper

17. Psoriazni davolashda ko`llaniladigan maxalliy immunomodulyatorlar

A) takrolimus, elidel

B) dermovayt, selestoderm

V) triderm, gentriderm

G) levamikol, terbizel

D) diprosalik, 5-ftorurasil

18. Psoriazning progressiv davrida kanday malhamlardan foydalaniladi.

A) 2 % li salisillat malhami

B) olidel, elokom

V) 5-ftorurasil

G) xlorimazol, mikosepsin

D) sarkutam va dayvoneks

19. Psoriazni davolashda kullaniladigan immunosupresollar

A) metotreksal

B) nevral

V) bliomisin

G) diprospan

D) siklozporen

20. Psoriazning og`irroq kechuvchi turlarini ko`rsating.

A) artropatik, pustulyoz

B) kaft-tovon, tirnok psoriazi

V) intertriginoz

G) vul`gar, seboreyali atrofik, sklerotik

21. Intertriginoz psoriazni kaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis kilanadi.

A) burmalar kandidozi, streptodermiya

B) gidrodenit, furunkul

V) chov eridermofitiyasi

G) xaqiqiy leykoderma

D) atopik dermatit

Qizil yassi temiratkining etiopatogenetik omiliga kiradi.

A) Stress

B) insolyasiyaning oshishi

V) allergik holat

G) terlashning kuchayishi

- D) yod tankisligi
2. Qizil yassi temiratkada morfologik elementni kursating.
 - A) papula
 - B) tugun
 - V) rozeola
 - G) vezikula
 3. Qizil yassi temiratki papulasining o`ziga xos xususiyatini ko`rsating.
 - A) kindiksimon botiqlik
 - B) kepaklanishning kuchayishi
 - V) yaralanishga o`tishi
 - G) markaziy nekrozlanish.
 4. Qizil yassi temiratki papulasining uziga xos xususiyatini kursating.
 - A) poligonal shaklli
 - B) qonussimon shakli
 - V) aylana shakl
 - G) oval shakli
 - D) to`g`ri javob yo`k.
 5. Qizil yassi temiratki papulasi rangi bo`ladi.
 - A) pushti binafsharang
 - B) qizil rang
 - V) sargish rang
 - G) ok kumushrang
 - D) och pushtirang
 6. Qizil yassi temiratkining klinik turini kursating.
 - A) atrofik , sklerotik
 - B) intergeginoz
 - V) chegaralangan
 - G) prurigioz
 - D) diffuz
 7. Qizil yassi temiratkining klinik to`rini ko`rsating
 - A) pemfigoidli
 - B) gemorragik
 - V) gangrinoz
 - G) vul`gar
 - D) abortiv
 8. Qizil yassi temiratkining xalkasimon shakli kaerda uchraydi
 - A) erkaklar jinsiy olat boshchasida
 - B) kaft va tovonda
 - V) boshning sochli qismida
 - G) yuz soxasida
 - D) qo`l oyoklar yozuvchi soxalarida
 9. Qizil yassi temiratkiga xos simptom
 - A) Uikxem belgisi
 - B) Auspits belgisi
 - V) Pospelov belgisi
 - G) Nikol`skiy belgisi
 - D) Sisto belgisi
 10. Qizil yassi temiratkining klinik shaklini kursating.
 - A) so`galsimon
 - B) surunkali yarali
 - V) skvanoz
 - G) disgidrotik
 - D) artropatik

11. Qizil yassi temiratining og`iz bo`shligi shilliq qavatida uchraydigan toshmalarni qaysi kasallik bilan qiyosiy tashxislanadi
- A) ikkilamchi zaxm
 B) psoriaz
 V) strofulyus
 G) dermatofitiya
 D) kup shaklli ekssutativ eritema
12. Qizil yassi temiratkida toshmalarning asosiy joylashish soxalari.
- A) Qo`l-oyoq bukuvchi soxalarida
 B) Qo`l-oyoq yozuvchi soxalarida
 V) Kaft tovonda
 D) boshning sochli qismida
 Gsoning ichki yuzasida
13. Qizil yassi temiratkida bemorning sub`ektiv belgisi
- A) kuchli qichish
 B) Sub`ektiv belgilari
 V) og`riq
 G) paresteziya
 D) achishish sezgisi
14. Qizil yassi temiratkini maxalliy davollash ishlatiladi
- A) gormonal malhamlar
 B) keratoletik
 V) antiseptiklar
 G) keratoplastik
 D) Antibiotikli malhamlar
15. Qizil yassi temiratki papulasiga xos xususiyat
- A) Monomorf derma- epidermal papula
 B) Polimorf derma- epidermal toshmalar
 V) Gipodermal papula
 G) Epidermal papula
 D) Bo`tqasimon ajralma saqllovchi papula

Amaliy ko`nikma

Teri sinamalarini qo`yish:

Allergik kasalliklarni tashxisini tasdiqlash maqsadida ayniqsa, kasbga aloqador allergik dermatozlarni ba`zi bir infeksiyon kasalliklarni (sil) har xil teri sinamalaridan foydalaniladi.

Teri sinamalari 3 xil usulda qo`yiladi.

- 1) applikasion (bevosita teriga)
 - 2) skarifikasion
 - 3) teri ichi sinamasi (intradermal)
 - 4) tomchili
1. Oddiy tomchili sinama- bunda allergen elkaning ichki yuzasiga tomchi ko`rinishida surtiladi va sinama natijasi 24 soatdan keyin o`qiladi. Bunda natijalar quyidagicha bo`ladi:
- musbat (engil yoki kuchli giperemiya, shish har xil darajada, tugun, pufakchalar)ning paydo bo`lishi.
 - manfiy (sinama quyilagn sohada hech qanday o`zgarishlar kuzatilmaydi).
2. Applikasion sinama qo`yish- bunda allergen kompresli bog`lamlar ko`rinishida qo`yiladi. Bog`lamni bir kundan keyin echib olinadi, yana bir kun o`tgach, sinama natijasi o`qiladi.
3. Skarifikasion – bunda allergen skarifikator yoki skal`pel` bilan travmatizasiya qilingan teri sohasiga qo`yiladi.
4. Teri ichi sinamasi esa ba`zi bir zamburug` kasalliklari, sil, moxov va boshqalar qo`yiladi.

Amaliy ko`nikma

Psoriada diagnostik uchlikni aniqlash:

Qirish buyum oynasi yoki skal`pel`ning o`tmash tomoni bilan amalga oshiriladi.

1. Qirganda elementlar qitqilinishi oshadi va tangachalar tirnalgan stearin tomchisini eslatadi va oq rangga kiradi (stearinli dog` fenomeni)
2. Epidermisni donador qatlamigacha kirganda tangachalar tushib qoladi va pushti nam ko`rinishga ega bo`ladi (terminal parda yoki psoriatik parda fenomeni).
3. Qirishni davom ettirganda (so`rg`ichsimon qatlamgacha) plyonka yuzida qonli nuqtalar (mayda tomchilari) paydo bo`ladi (qonli shudring fenomeni).

Bajarish tartibi: (qadamlar)

№	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt - 10 daqiqa	Maksimall ball	To`plangan ball
1	Be`morni ko`ruv uchun tayyorlash	5	
2	Shu kasallik uchun xos birlamchi toshmalarni aniqlash	10	
3	Toshmani qirib, "stearin dog` " fenomenini aniqlash (kumish rangli tangachalar paydo bo`ladi)	25	
4	Toshmani qirib, "terminal yoki psoriatik parda fenomeni" aniqlash (yaltirok yuza paydo bo`ladi)	30	
5	Qirishni davom ettirganda " qonli shudring eki Auspits fenomeni" aniqlanadi (nuqtali qontalash paydo bo`ladi)	30	
	Jami	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Kasbga aloqador teri kasalliklari: ekzogen va endogen faktorlarni kasallik rivojlanishiga tasiri Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentasiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

8-mavzu: Psoriaz. Qizil yassi temiratki.

8.1 Ta`lim berish t exnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-8 nafar
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	<p>1.Psoriaz etiopatogenezi, klinik turlari, qiyosiy tashxisi, teri va shilliq qavatlarining shikastlanishi.</p> <p>2.Qizil yassi temiratki etiopatogenezi, klinik turlari, qiyosiy tashxisi, teri va shilliq qavatlarining shikastlanishi.Qiyosiy tashxis.</p> <p>3.Psoriaz va qizil yassi temiratkini davolash prinsiplari</p>
O`quv mashg`ulotning maqsadi:	<p>Ta`limiy:Talabalarni neyrodermatozlar kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish, neyrodermatoz kasalliklari tasnifini berish kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari to`risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish - Status localis bo`yicha tavsiflash, xususiy retseptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish</p> <p>Talabalarni psoriaz, qizil yassi temiratki, kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish, psoriaz, qizil yassi temiratki, kasalliklari tasnifini berish, kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari to`risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish Status</p>

	<p>localis bo'yicha tavsiflash -xususiy resteptura misollari bilan maxalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish.</p> <p>Tarbiyaviy:Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini kushishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish</p> <p>Rivojlantiruvchi:Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.</p>
Ta`lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

4.2. Neyrodermatozlar. amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1.O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1 "Neyrodermatozlar. Psoriaz. Qizil yassi temiratki" mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. "Stol o'rtasida ruchka" interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1. "Neyrodermatozlar. Psoriaz. Qizil yassi temiratki" og'zaki savol, test, masala. 2.Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3 "Uch bosqichli intrevyu" interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: Kasbga aloqador teri kasalliklari:	Tinglaydi Yozib oladi

	ekzogen va endogen faktorlarni kasallik rivojlanishiga tasiri 3.Uyga vazifa beradi: Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti.	Yozib oladi
--	---	-------------

Psoriaz –surunkali qaytalanuvchi kasallik bo`lib, uning asosida proliferasiya jarayonlarining kuchayishi va epidermis xujayralari differensirovkasi (rivojlanishi) bo`zilishi yotadi. Bu kasallik yillab davom etadi hamda residiv (qaytalanishi) va remissiyasi bilan almashinib turadi.

Epidemiologiyasi:

psoriaz bilan er shari aholisining 2 % kasallanadi. Adabiyotlarga qaraganda psoriaz G`arbiy Evropa va Skandinaviyada keng tarqalgan. Masalan Daniyada -2,9 % , Buyuk Britaniyada 2,0 %, Norvegiyada 4,8%, Xitoy va Gonqongda 0,37 % ni tashqil qiladi. Erkaklar va ayollar bu kasallik bilan bir xil kasallanadilar. Psoriaz ko`pincha 20-40 yoshdagilarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezini.

Psoriaz kasalligining kelib chiqishida bir necha nazariyalar bor: irsiy, immunologik, neyrogen, endokrin, moddalar almashinuvining bo`zilishi (uglevodlar, oqsillar, yog`lar, siklik nukleotidlar, keylonlar va b.q.) nazariyalari .

- Irsiy nazariya. Psoriaz kasalligining qarindoshlar orasida irsiyatda ko`proq uchrashi aniqlangan. SHunga qarab psoriaz ikki xil tipga bo`linadi: 1- tipi psoriaz kasalligi bilan kasallanganlarning oilalarida, qarindoshlarida uchrab 18-25 yoshdan boshlanadi. Bu tipi 65 % ni tashqil qilib, kasallik og`irroq kechadi.2-tipi psoriaz 50-60 yoshlarda uchrab nisbatan engilroq o`tadi va oilaviy holatlar aniqlanmaydi. Bunday taxlillar shuni ko`rsatadiki, psoriaz mul`tifaktorial kasallik bo`lib, genetik ulushi 60-70 %ni tashqil qiladi. Psoriaz rivojlanishida har xil genlar yakka yoki birgalikda ishtirok qiladi. Psoriaz bilan kasallangan bemorlarda yog`, uglevod almashinuvining bo`zilishlari va terisida proteoglikogenlar (mys, fos, abl) miqdorining oshganligi aniqlangan.

- Immunologik nazariya. Immun sistemasining bo`zilishi psoriaz patogenezida asosiy rol` o`ynaydi. Bunda T- limfositlarning oshishi, proliferasiya va epidermis xujayralari differensirovkasi ikkilamchi jarayon hisoblanadi. Birinchi o`zgarishlar derma va epidermisda bo`lib o`tadi. Dermadagi yallig`lanish jarayoni epidermis xujayralar bo`linishi bo`zilishiga olib keladi, bu xolat proliferasiyani kuchayishi bilan namoyon bo`ladi. Giperproliferasiya keratinositlarning sitokinlar va eykozanoidlarning sekresiyasiga olib keladi. Bu esa psoriatik o`choqda yallig`lanishni qo`zg`atadi. Jarohatlangan o`choqlarda xujayralar interleykin -1 (IL-) ishlab chiqaradi natijada T- limfositlarni (xelperlarni) aktivlashtiradi. Bu faktor (IL-1) keratinositlar tomonidan ishlab chiqariladi va timus limfositlarini faollashtiradi.

IL-1 epidermisda T- limfositlar infil`trasiyasiga olib keladi. T- limfositlar interleykin va interferon ishlab chiqaradi. Bo`lar esa epidermis keratinositlari giperproliferasiyasi kuchayishiga olib keladi.

Keratinositlar proliferasiyasi bo`ziladi va normadan 28 marta ko`p keratinositlar hosil bo`lish jarayoni ortadi. T- limfositlarni kasal odamdan olib, sichqonlar terisiga yuborilganda eksperimental psoriaz paydo qilingan.

Trigger faktorlarga stresslar, fizik travmalar, dorilar, infeksiyon kasalliklar, gipokal`simiya, alkogol`, klimat va boshqalar kiradi.

Klinikasi. Psoriaz bemorlarda har xil klinik ko`rinishlarda boshlanadi. Birlamchi toshmasi keskin chegaralangan, aylana shaklli kattaligi to`g`nog`ich boshi kattalikdagi pushti rang dog` ko`rinishida namoyon bo`ladi.

M.S. Pil`kov psoriatik toshmaning pushti (qizg`ish) rangda bo`lishiga e`tibor bergan. (Pil`kov simptomi) toshmalar rangi yorqin- pushti (qizg`ish) rangdan toki yorqin-qizil rangacha bo`lishi mumkin. YO`zaki kizg`ish dog` paydo bo`lishidan boshlab ustida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan bo`ladi. Ba`zi holatlarda birlamchi element boshlanishidanoq paypaslab ko`rilganda tuguncha ko`rinishida namoyon bo`ladi. Bunday hollarda tangachalarni olib tashlansa, bu ko`rinish yo`qoladi. Toshmalar o`lchami asta-syoki n kattalashib boradi, infil`trasiya kuchayadi. Tangachalar kattalashib ko`payib tuguncha ko`rinishidagi monomorf toshmalar paydo bo`ladi. Toshmalarning periferik o`sishi yoki bir – biriga qo`shilishidan katta o`lchamli har xil shaklli pilakchalar paydo bo`ladi. Asosiy dastlabki joylashish joyi qo`l- oyoqlarning yozuvchi yo`zalari. Asosan, tirsak, tizza, boshning sochli qismi, teri burmalari va tana sohalarida joylashadi. Ba`zi bemorlarda psoriatik toshmalar yozuvchi va bukuvchi

sohalarda ham joylashishi mumkin. Bunga qaytuvchi psoriasis (rsoriasis inversa) deb ataladi. Psoriasis diagnostikasida o'ziga xos uchta simptom (psoriatik triada) va Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi xarakterli. Psoriatik triada papulani tirnash yo'li bilan yo'zaga keladi, u uchta fenomendan iborat.

1) oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yog'i fenomeni), 2) tangachalar olib tashlangandan so'ng nam yaltiragan yo'za hosil bo'lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni), 3) tirnash davom ettirilsa qonli nuqtalar yo'zaga kelishi (Auspits yoki qonli shudring fenomeni) ko'zatiladi. Bu fenomenlar patogistologik o'zgarishlar (parakeratoz, akantoz, papillamatoz) natijasida kelib chiqadi. Psoriasisning klinik kechishida 3 ta davr tafovut qilinadi.

7. Progressiv davri: bunda yangi toshmalar paydo bo'lib badanning qichishib turishi, eski elementlarning kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, ya'ni yallig'lanish gultojsi, Kyobner fenomeni va psoriatik triada paydo bo'lishi bilan belgilanadi.

8. Stasionar davri: yangi toshmalar toshishi, gultoqli yallig'lanishning periferiyaga qarab o'sishi to'xtaydi.

9. Regressiv davri: toshmalarning so'nish davri. Papulalar atrofida depigmentli gultoji paydo bo'ladi (Voronovning psevdatrofiya gultojsi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan so'rila boshlaydi. Elementlar so'rilgandan so'ng ko'pincha depigmentli, ba'zan giperpigmentli dog'lar qoladi.

Psoriatik toshmalarning kattaligiga qarab psoriasis turlari:

1) nuqtali toshmalar kattaligi to'g'nog'ich boshi kattaligicha bo'ladi.

2) tomchisimon toshmalar to'g'nog'ich boshidan kattaroq bo'ladi.

3) figurali toshmalar. Bunda o'choqlar har xil ko'rinishdagi figuralarni hosil qiladi.

4) tangasimon pilakchalar katta va yirik bo'ladi.

5) geografik bunda jarohat o'choqlari bir-biri bilan qo'shib geografik kartani eslatadi.

6) halqasimon toshmalar markazdan regressga uchray boshlaganda halqasimon shaklni eslatadi

Psoriasis uchun Kyobner izomorf reaksiyasi xos, ya'ni jarohat olgan yoki tirnalgan sohalarda 10-14 kun yoki undan kechroq psoriasis uchun xos papulalar paydo bo'ladi. Psoriyada shilliq pardalar kam jarohatlanadi. Asosan pustulyoz va og'ir artropatik turida uchraydi. Tirnoqlarning (ko'proq qo'l, ba'zan oyoq) zararlanishi psoriasis simptomlaridan biri hisoblanadi. Bunga "angishvona" simptomi deyiladi. Bundan tashqari chiziqli va ko'ndalang chiziqli zararlanish ham ko'zatilishi mumkin. Tirnoqlar rangi xiralashishi, tirnoq plastinkalari deformasiyasi, erkin qismi sinishlari, onixolizis yoki onixog'rifozi ko'zatilishi mumkin. Tirnoqlar zararlanishi ko'proq artropatik, pustulyoz va psoriasis eritrodermiyalarida uchraydi. Tirnoqlar zararlanishi hamma vaqt ham kasallik og'irlik darajasini ifodalamaydi. YA'ni onixodistrofiya chegaralangan psoriasis turlarida ham uchrashi mumkin. Psoriyada tirnoqlar zararlanishini boshqa dermatozlar bilan qiyosiy tashxislash keraq

Psoriyada sub'ektiv belgilaridan bemorlar jarohat sohasidagi qichishga ayniqsa boshning sochli qismida joylashgan bo'lsa, artropatik turida esa bo'g'imlardagi og'riqqa shikoyat qiladi.

Psoriasisning quyidagi klinik ko'rinishlari tafovut qilinadi:

1) vul'gar (oddiy) psoriasis

2) ekssudativ psoriasis

3) seboreyali psoriasis

4) artropatik psoriasis

5) psoriasis eritrodermiyasi

6) pustulyoz psoriasis

7) qo'l kafti va tovon psoriazi.

8) intertriginoz psoriasis

Ekssudativ psoriasis. Oddiy psoriyadan ekssudativ jarayonlar ustunligi bilan ajralib turadi, natijada psoriatik toshmalar yo'zasida tangacha va po'stchalar sarg'ish rangda bo'ladi. Po'stchalarni olib tashlanganda qon aralash suvchiragan yo'za chiqadi.

Seboreyali psoriasis. Asosan boshning sochli qismi va seboreyali sohalarda joylashib o'ziga xos klinik ko'rinishga ega. Jarayon o'zoq vaqt chegaralangan ko'rinishda kechadi va yallig'lanish kuchsiz bo'lgan kepaklanish ko'rinishida bo'ladi. Bunday holatlarda agar psoriyaga xos toshmalar terining boshqa sohalarida bo'lmasa hamda irsiyatida bo'lmasa tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Bundan tashqari yo'zda,

ko'krak sohasida chegarasi aniq ustida qat-qat tangacha bilan qoplangan papula yoki pilakchalar aniqlanadi. Psoriatik uchlik belgisi vul'garga nisbatan kuchsiz ifodalangan.

Artropatik psoriaz. Kasallikning og'ir formalaridan bo'lib, ko'pincha bemorni nogironlikka ba'zan kaxeksiyadan o'limga olib kelishi mumkin. Psoriazda bo'g'imlarning shikastlanishi jarayonning sistemali kechayotganligidan dalolat beradi. Bu turi ko'proq erkaklarda uchraydi. Kasallikning boshlanishi har xil. Bo'g'imlarning zararlanishi ba'zida chegaralangan uchrasa, ba'zan teri ko'rinishlari bilan birga uchraydi. Suyak bo'g'imlardagi rengenologik o'zgarishlar: bo'g'im atrofi osteoporozi, bo'g'im yoriqlari torayishi, ostiofitlar, suyak to'qimasi kistozi, suyaklar eroziyasi, oligoartritlar, psoriatik spondilit, psoriatik sakroilitlar ko'zatiladi. Bemorlar bo'g'imlardagi kuchli og'riqlarga shikoyat qiladi. Zararlangan bo'g'im kasallikning 1- davrida qizarib shishgan bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tana harorati ko'tarilib ishtaha pasayadi, oshqozon-ichak trakti faoliyati bo'ziladi. Bu belgilar asta-syoki n yo'qolib, jarayon o'tkir osti va keyin surunkaliga o'tadi. Vaqt o'tishi bilan bo'g'imlar deformasiyasiga va anqilozga olib keladi.

Psoriatik eritrodermiya. Psoriaz asorati sifatida, hamda chala davolanish, malhamlarni, UBN, insolyasiyani noto'g'ri qo'llash oqibatida rivojlanadi. Eritrodermiya asta-syoki n butun teri qoplamlarini egallab boradi. Bunda teri och-qizil rangga kirib usti yiringlaydi, quruq, oq tangachalar bilan qoplanadi. Bemor echingan mahalida undan oq kumushrang tangachalar ko'p miqdorda tushadi. YO'z terisi, quloq supralari, boshning sochli qismi xuddi un sepib qo'yganday ko'rinadi. Terisi infil'trasiyalangan, shishgan, paypaslaganda harorat va biroz dag'allashgan bo'ladi. Bemorlar teri qichishidan, teri tortilishi, achishidan shikoyat qiladi. Ba'zi teri sohalarida tipik psoriatik papula va pilakchalar uchraydi. Eritrodermiya psoriaz kechishini yomonlashtiradi. Bemorning umumiy ahvoli bo'zilgan, tana harorati 38-39S°gacha ko'tariladi, limfa tugunlari ayniqsa son va chov limfa tugunlari kattalashadi.

Pustulyoz psoriazning 2 ta ko'rinishi bor: generalizasiyalashgan pustulyoz psoriaz (Jumbush) va chegaralangan kaft-tovon pustulyozi (Barber). Generalizasiyalashgan formasi og'ir kechadi. Harorat ko'tarilishi, holsizlik, leykositoz ECHT oshishi bilan kechadi. Eritema fonida pilakchalar zonasi va o'zgarmagan teri sohalarida mayda papulalar paydo bo'ladi, bu holat og'riq va achishish bilan kechadi. Pustulyoz kaft-tovon psoriazi ko'p uchraydi, toshmalar simmetrik joylashadi. Pustulalar epidermis ichida paydo bo'lib, gipermiyalangan teri fonida infil'trasiya va lixenifikasiya ko'zatiladi.

Qo'l kafti va tovon psoriazi. Psoriazning bu turi fizik mehnat bilan shug'ullanuvchi 30-50 yoshdagi shaxslarda uchraydi. Klinik quyidagi turlari tafovut qilinadi: lentikul yar, aylana, shoxsimon, qadoqli. Terining boshqa sohalarida tipik psoriatik toshmalar uchraydi. Terminal parda va nuqtali qonli shudring fenomenlari qiyinchilik bilan aniqlanadi.

Intertriginoz psoriaz. Burmalar psoriazi ko'pincha bolalar va keksa yoshlarda, ayniqsa qandli diabet kasali borlarda uchraydi. Jarayon ko'pincha qo'ltiq ostida, sut bezlari ostida, kindik atrofi, oraliq sohada uchraydi. Kepaklanish bilinar bilinmas yoki yo'q, zararlangan o'choqlar aniq chegaralangan, yo'zasi silliq, qizg'ish rangda, ba'zan biroz ho'l bo'ladi. Burmalarda ba'zan yoriqlar paydo bo'ladi.

Qiyosiy tashxisi

Psoriazni quyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin.

parapsoriaz.

zaxm papulalari bilan

qizil yassi temiratki

psoriatik eritrodermiya

zamburug'li mikoziy eritrodermik turi bilan

qizil sochli temiratki

revmatoidli artrit

Reyter kasalligi bilan

Psoriazni tomchisimon parapsoriaz bilan qiyosiy tashxislash.

Psoriazda epidermal papulalar har xil kattalikda bo'lib usti oq kumushsimon tangachalar bilan qoplanadi. Psoriaz uchun "psoriatik uchlik" belgisi xos. Toshmalar ko'pincha qo'l- oyoqlarning yozuvchi yo'zalaridan boshlanib boshning sochli qismi yo'z va tanada joylashadi.

Parapsoriazda toshmalar ko'pincha tananing ikkala yonbosh sohalarida joylashadi, yo'z va boshda uchramaydi. Kepaklanish ko'zga tashlanmaydi, ya'ni papulalar bilinar-bilinmas nozik tangacha bilan qoplangan bo'lib, o'rtasi zich yopishgan chetlari biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Kepaklanish

tirnalgandagina ko`zga tashlanadi(yashirin kepaklanish simptomi). Tangachalar psoriazga o`xshab oson ajralmaydi, rangi ham sarg`ish- oqish bo`ladi. Stearin dog`i va terminal parda fenomenlari ko`zatilmaydi, nuqtali qonli shudring fenomeni biroz ko`zatiladi. Toshmalar bir biri bilan qo`shilmaydi va bemorlarda teri qichishi ko`zatilmaydi. Parapsoriazda polimorfizm ko`zatiladi va o`zoq residivlanuvchi kasallik xisoblanadi.

Ikkilamchi papulyoz zaxmdan farqli tomonlari. Psoriazda toshmalar rangi yorqinroq bo`lib, epiderma-dermal papulalar ko`zatiladi. Ikkilamchi zaxm papulalari esa kuchsiz pushti rangda va dermal papulalar paydo bo`ladi. Psoriaz papulalarida ko`plab kepaklanish ko`zatiladi, periferiyaga o`sib borib bir-biri bilan qo`shiladi va pilakchalarni hosil qiladi. “Psoriatik uchlik ” fenomeni ko`zatiladi. Zaxmdagi serologik reaksiyalar manfiy bo`ladi.

Qizil yassi temiratkidan farqli tomonlari psoriazda toshmalar yozuvchi yo`zalarda joylashadi rangi pushti qizil rangda bo`ladi. Kepaklanish ko`p, shilliq pardalar kamdan-kam holatda zararlanadi. Qizil yassi temiratkida toshmalar bukuvchi yo`zalarda joylashadi, rangi binafsharang bo`ladi. Papulalar o`rtasida kindiksimon botiqlik bor, Uikxem belgisi musbat bo`ladi, ko`pincha shilliq pardalar ya`ni og`iz shilliq pardalari zararlanishi bilan kechadi, kuchli intensiv teri qichishi ko`zatiladi.

Zamburug`simon mikoizning eritrodermik turidan farqli tomonlari. Bu kasallik ancha kech boshlanib turg`un kechadi, Infiltratsiya kuchli ifodalangan bo`ladi, sochlar to`qilib, generalizasiyalashgan limfadenopatiya, intensiv doimiy teri qichishi, kaft-tovon giperkeratozi ko`zatiladi.

Psoriaz barmoqlar orasida tovon sohalarida joylashganda kandidozlardan rubromikoz va chov epidermafitiyasidan qiyosiy tashxislash keraq Yirik burmalar sohasi kandidozi o`tkir kechadi. Terining yo`za qismlari ko`proq jarohatlanib chegarasini aniqlash qiyin, suvchirash kuchli ifodalangan, epidermis qoldiqlari jarohat chetlaridan osilib turadi. SHu jaroxatga yaqin teri sohalaridan dog`simon-vezikul yoz ko`rinishdagi ko`plab mayda o`choqlarni aniqlash mumkin. Rubromikozdan farqi: psoriaz oyoq panchalarida uchraganda oyoq tirnoqlari kam zararlanadi, tirnoqlarda “angishvona” belgisi ko`zatiladi. “Psoriatik uchlik” fenomeni musbat va jarohat soxasidan rubromikozga o`xshash zamburug`lar topilmaydi. Oyoq panjalari sohasi rubromikozida kepaklanish judayam mayda unsimon ko`rinishida bo`lib, tirnoqlar sarg`ish, xira rangga kirgan, qalinlashgan, ko`pincha tirnoq plastinkalari uvalashib atrofiya holati ko`zatiladi va o`choqdan zamburug` aniqlanadi.

Artropatik psoriaz revmatoid artritga nisbatan og`irroq kechadi, ko`pincha erkaklarda ko`zatiladi. Artropatik psoriazda jarayon barmoqlarning oxirgi falangalari sohalarida tirnoq plastinkalari zararlanishi bilan kechadi. Bundan tashqari umurtqalararo va dumg`aza- yonbosh birlashmasi ham tezda qo`shilishi mumkin, jarayon ko`pincha asimmetrik bo`lib, bo`g`imlar deformatsiyasiga olib keladi, revmatoidli sinamalar manfiy bo`ladi.

Gistopatologiyasi:

Psoriazda patognomik belgilarning yo`zaga kelishida keratinizasiya jarayonining bo`zilishi yotadi, ya`ni normal mugo`zlanishga nisbatan keratinizasiya jarayoni 27 marta oshib ketadi. Epidermisda parakeratoz, akantoz, xujayralar ichida shish, xujayralar orasida dermadan kelgan neyetrofillarning yig`ilishi (Munro mikroabssessi) ko`zatiladi. Tuguncha ustidagi mugo`z qavat qalinlashadi, u asosan tayoqchasimon yadroga ega bo`lgan parakeratotik xujayralardan iborat bo`ladi. Mugo`z qavati xujayralari orasida juda ko`p tirqishlar bo`lib, ular havo bilan to`lganligi sababli tangachalar kumushsimon ko`rinishga ega bo`ladi. Eski toshmalarda parakeratozga nisbatan giperkeratoz ko`proq shakllanadi. Donador qavat yo`qolishi yoki bir qavatli xujayralardan iborat bo`lishi mumkin. Dermada papillamatoz ko`zatiladi. So`rg`ichsimon qavatning kapillyarlari kengayib qon bilan to`lganligi yaqqol ko`zga tashlanadi. So`rg`ichsimon qavatda va uning ostida limfosit, gistiositlardan iborat yallig`lanish infiltrati bo`ladi.

Davolash: Psoriaz kasalligini davolash asosan, yallig`lanishga qarshi, epiteliositlar giperproliferasiyasiga qarshi va ular normalizasiyasi differensirovkasiga qaratilgan bo`lishi keraq Psoriazni dvolashda hozirgi paytda ko`pgina usullar bor, har qaysi davolash usulni tavsiya qilishdan oldin bemorga individual yondoshmoq lozim. Bunda bemorning jinsi, yoshi, kasbi, kasallikning klinik shakllari, davrlari, mavsumiyliги, jarayonning tarqalganligi, qo`shilib kelgan yoki boshidan o`tkazgan kasalliklari, oldingi olgan davolash kurslari hisobga olinishi keraq Bemorning psixologik holati ham katta

ahamiyatga ega. Bemorlar bilan suhbatda unga bu kasalik haqida tushuntirish ,davolashda erishilgan yutuqlar haqida aytish kerak

Bemorga o'z vaqtida davolanish va vrach ko'rsatmalariga amal qilish kerakligi haqida aytish, shu bilan kasallikni o'zoq vaqt remissiyaga erishish mumkinligi haqida tushuntirish kerak

Kasallikning klinik formasi va davrlariga qaramay psoriasis bilan og'rikan bemorlar parhezga va teri parvarishiga rioya qilishi kerak Bunday bemorlar alkogol ichimliklari ichmasligi o'tkir va yog'li ovqat mahsulotlarini iste'mol qilmasligi kerak Bundan tashqari tez hazm bo'ladigan uglevodlarni (qand, asal, murabbo) cheklash kerak Bo'lar o'rniga oqsilga boy sut mahsulotlari, baliq, go'shtli, sabzavodli mahsulotlardan, mevalardan iste'mol qilishni tavsiya qilish kerak

Umumiy davo usuli

giposensibilizatsiyalovchi dori preparatlari: 30%li natri tiosulfat, 10%li kalsiy xlor yoki kalsiy glyuqonat.

antigistamin dori preparatlari: diozalin, suprastin, dimedrol, anallergin, loratal', tavegil, ketotifen va hokazo.

sedativ dori vositalari

vitaminlar (A,S,V, nikotinka)

immunomodulyatorlar

PUVA – terapiya

selektiv fototerapiya

aromatik retinoidlar

Re PUVA- terapiyametotretsat

Siklosporin A (sandimmun-Neoral)

Glyukokortikosteroidlar

PUVA terapiya. Psoriazni davolashda ultraviolet nurlar bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan ta'sirchanligini oshiradigan dorilarni (fotosensibilizatorlar) birga qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli PUVA terapiya deb ataladi. Fotosensibilizatorlar sifatida puvalen, lamadin, psoboran, ammifurinni qo'llash mumkin. Hozirgi paytda PUVA-22, PUVA- 22A, VAL` DMANN-UF-1000 kabi umumiy nur ta'sir qiluvchilar qo'l-oyoqlar uchun PUVA -12, PSORILYUKS- 3050 va bosh uchun PUVA -4 apparaturalaridan foydalanilmoqda. YA'ni gomogen intensiv ultraviolet nurlanish 320-400 nm diapazonni tashqil qiladi.

PUVA – terapiyani psoriasisning teri satxida tarqalgan xolatlarida, boshqa davo usullari samarasiz bo'lganda tavsiya qilinadi. PUVA -terapiyaga qarshi ko'rsatmalar:

yurak- qon tomir kasalliklari, ikkinchi-uchinchi darajali gipertoniya kasalligi, jigar, buyrak, qalqonsimon bez, kasalliklar o'sma kasalliklarida homiladorlikda, ayollar hayz sikli mahalida o'tkir respirator kasalliklarda, bolalar va keksalarda ,shuningdek UBN yoki fotosensibilizatorlarga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lgan kishilarda PUVA –terapiya bilan davolash qat'iyan man etilaQarshi ko'rsatmalar bo'lmasa bemor terisini UBNga nisbatan sezgirligini aniqlash kerak Buning uchun MED (ya'ni minimal eritem doza) "biodoza" ishlatiladi, bu degani terining aniq chegaralangan dastlabki qizarish dozasi. Bu holat PUVA terapiyaning boshlang'ich dozalariga to'g'ri keladi, ya'ni 0,25-0,5 DJ /sm². Davo kursi 20-30 muolajadan iborat.

PUVA- terapiya bilan davolanayotgan bemor o'zini boshqa nurlar, xususan, quyosh nuridan himoya qilishi lozim.

Selektiv fototerapiya (SFT). SFT ning tarixi PUVA – terapiyaga yaqinroq birinchi marta 1987 yil A. Wiskemann kashf qilgan. SFTda o'rta to'lqinli ultraviolet nurlar (UF-B) qo'llaniladi. To'lqinlar o'zunligi 315-320 nm. Davo kursida 25-30 ta prosedura qilinadi.

Aromatik retinoidlar ya'ni vitamin A ni qo'llash. Bu usulni ta'sir qilish mexanizmi epiteliy xujayralari proliferatsiyasini pasaytirishga, mugo'zlanish jarayonini yaxshilashga qaratilgan. Hozirgi vaqtda aroamatik retinoid- asetritin (neotigazon) ishlatilmoqda. Qo'llash usuli: bemorning har 1 kg tana vazniga 0,5mg- 1mg dan tavsiya qilinadi. Davo kursi- 6-8 hafta. Neotigazon psoriatik artritda , qo'l kafti, tovon psoriasisida, tirnoqlar psoriasisida yaxshi davo effektini beradi.

Re-PUVA –terapiya. Bu usul PUVA terapiya bilan AR larni birga qo'llashga asoslangan. Bunda UBN va AR lar dozasi tavsiya qilingan dozaning yarmisigacha kamaytiriladi. Re-PUVA-terapiya psoriatik

eritrodermiyada (o`tkir yallig`lanish belgilari o`tgandan keyin) og`irroq kechayotgan vul`gar psoriazda, psoriatik artritda yaxshi terapevtik effekt beradi.

Siklosporin A. Siklik polipeptid bo`lib, 11 ta aminokislotalardan to`zilgan va immunosupressiv effektga ega. Birinchi marta preparat transplantatni chiqarib tashlamaslik maqsadida qo`llanilgan. Siklosporin ta`sir mexanizmi T-limfositlar tomonidan aktivlashtirilgan interleykin va boshqa limfositlarni bosib qo`yishga asoslangan. Chunki interleykin T- limfositlar aktivligini epidermis va dermada pasaytiradi, shu orqali qon-tomirlar holatiga, epidermis giperproliferasiyasiga hamda hujayralarda yallig`lanish jarayonlarni avj olishiga olib keladi.

Siklosporin keratinositlar o`shishiga qarshi ta`sir qiladi. 3-4 mg/kg kuniga ichishga tavsiya qilinadi. Agar bemorning ahvoli yaxshilanib borsa preparat miqdori asta-syoki n minimal miqdorga pasaytirib boriladi. Siklosporin nefrotoksik ta`sir qiladi, shuning uchun qon bosimini va qon zardobidagi kreatininni ko`zatiib borish keraq Siklosporin og`ir turlarida davo effekti samarasiz bo`lganda yoki boshqa davolash usullariga qarshi ko`rsatmalar bo`lganda qo`llaniladi.

Glyukokortikoidlar bilan davolash.

Pustulyoz psoriazda, artropatik, psoriaz eritrodermiyasida hamda boshqa sistem davolash usullari kam effektli bo`lganda yoki boshqa davolash usullariga qarshi ko`rsatmalar bo`lganda tavsiya qilinadi. Gormonal dori vositalaridan triamsinalon, deksametazon, prednizolonni qo`llash mumkin. Gormon miqdori kasallikning klinik ko`rinishi va og`irlik darajasiga qarab individual aniqlanadi. Odamda kichik (25-30 mg/kuniga) yoki o`rtacha (40-50 mg/ kuniga) miqdorda tavsiya qilinadi.

Metotreksat folat kislotasining antagonisti hisoblanadi. Sitostatik bo`lib DNK sintezini, hujayralar ko`payishini va kam darajada RNK sinteziga ta`sir qiladi. Metotreksatni qo`llash usuli har kuni 2,5 mgdan kuniga 2 mahal ichishga yoki 5 mgdan mushak orasiga kuniga 1 mahal 5 kun davomida 3 kun tanafus beriladi. Yana bir usuli 25-30 mg mushak orasiga yoki vena ichiga 1 mahal haftasiga berish.

Psoriazda klinik remissiyaga erishish uchun 4-5 ta sikl o`tkaziladi.

3 kunlik tanafusdan keyin miqdori 5 mg/ kuniga -5 kun davomida olib boriladi. Bu miqdor keyingi sikllarda saqlanadi. Metotreksatni berish davomida kal`sium folinat bilan qo`shib olib boriladi.

Mahalliy davolash usullari.

Mahalliy davolashda dori preparatlarini tanlashda psoriaz kasalligi stadiyasi, klinik formalari hisobga olinadi. Mahalliy ishlatiladigan preparatlar yallig`lanish jarayonlarini, kepaklanishni, infiltrasiyani kamaytiradi. Bunday preparatlarga malhamlar, kremlar kiradi. Ular tarkibida 2%li salisilat kislotasi, 2-10%li oltingugurt, 10%li mochevina, 0,25-3 % ditranol saqlaydi. Bundan tashqari glyukokortikoidli kremlar, malhamlar los`onlar ishlatiladi. Los`onni odatda boshning sochli qismi sohalarida qo`llaniladi.

Kasallikning progressiv davrida odatda 2%li salisilat malhami hamda yallig`lanishga qarshi gormonal malhamlar ishlatiladi. Ftor saqllovchi gormonal malhamlar- selestoderm, sinalar, diprosaliq

- ditranol saqllovchi psoriazga qarshi vositalar –psoraks, signolin, signoderm
- kal`sipatriol (sorkutan va dayvoneks) vitamin D3 ning sintetik analogi
- mahalliy immunomodulyatorlar: takrolimus (protopik) va pimekrolimus (elidel)
- zaralangan o`choqlarga kortikosteroidlarni yuborish – kenolog va diprosan
- sitostiklar bilan applikasiya o`tkazish
- (5- ftorurasil malhami) lyoki n nojo`ya ta`siri yuqori (eroziya, nekroz, toksik giperpigmen-tavsiya va ta`sirlantirish).

Hozirgi paytda ko`pgina dermatologlar bir necha usullarni birgalikda ishlatmoqdalar (PUVA-terapiya va aromatik retinoid),(mahalliy glyukokortikoidlar , mahalliy immunomodulyatorlar va kal`sipatriol), (metotreksat va mahalliy glyukokortikoidlar, PUVA- terapiya va kal`sipatriol , metotreksat va kal`sipatriol va boshqalar)

Qizil yassi temiratki

Qizil yassi temiratki surunkali kasallik bo`lib, teri va ko`rinadigan shilliq pardalarda monomorf papulyoz toshmalar toshib, kuchli qichishish bilan harakterlanadi. Qizil yassi temiratkini Wilson (1869 yil) aniqlab unda uchraydigan birlamchi elementni batavsil ifodalagan, ayrim hollarda tugunchalar chegaralangan xolda og`iz shilliq pardasi lab qizil xoshiyasida va jinsiy a`zolarida joylashishi mumkin. Qizil yassi temiratki teri kasalliklarining 0,5% tashqil qiladi. Kasallik turli yoshda uchrashi mumkin, shilliq pardalar jaroxatlanishi ko`proq 40-60 yoshlardagi ayollarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezini to'liq aniqlangan emas. Ilmiy adabiyotlarda kasallikni kelib chiqishida turli nazariyalar mavjud.

Virusli nazariya tarafdorlari bemorlar terisida fil'trlanuvchi viruslar uchrab ular o'z aktivligini organizimning immunobiologik himoya qobiliyati susaygan davirda kuchaytiradi degan fikrni aytadilar. L.N. Mashqilleyson (1965 yil) virusli nazariyani tasdiqlovchi quyidagi mezonlarni keltiradi.

1. Qizil yassi temiratki bilan og'riqan bemorlar terisida virusga o'xshash va boshqa infeksiyon agentlarning bo'lishi .

2. Qizil yassi temiratki bemorning boshqa oila a'zolarida ham uchrashi.

3. Toshmalar o'rab oluvchi temiratki singari joylashishib, qonda limfositoz, shuningdek limfa tugunlarini kattalashishi va boshqalar.

4. Ba'zan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash yaxshi natija beradi. Lyoki n xozirga qadar bemorlardan virus ajratib olinmagan.

Ko'pgina olimlar kasallikning vujudga kelishini **nerv sistemasi** faoliyatining bo'zilishiga (emosional hayajonlanish, stress) bog'liq deb qaraydilar. Bunda toshmalar nerv tolalari bo'ylab joylashishi mumkin.

Ko'pchilik bemorlarda gipnozoterapiya yaxshi natija beradi.

Toksik (zaxarlanish) nazariyaga muvofiq qizil yassi temiratki organizimga turli xil dori darmonlar ta'sir etishi, autointoksikasiya, meda-ichak jigar xastaliklari oqibatida vujudga keladi. Antibiotiklar (streptomitsin, tetratsiklin), oltin, yod, qo'rg'oshin preparatlari, ftivazid va boshqa dorilar ta'sirida qizil yassi temiratki kelib chiqqanligi ma'lum.

Immunoallergik nazariya tarafdorlarining fikricha bemorlar qonida va terisida T- xujayralar sonining kamayishi T- limfasitlar subpopulatsiyasidagi nisbatning o'zgarishi ko'zatiladi. Monoklonal antitelolar yordamida dermal infil'tratda T- xujayralar va T- supressorlarning kamayishi natijasida bu koeffisient oshishi aniqlangan dermo- epidermal chegarada Langergans xujayralari sonining ortishi, Ig M ning cho'kishi immunoallergik nazariyani yana bir bor isbotlaydi.

Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki paydo bo'lishi, o'zoq kechishi davoga chidamliligi ma'lum darajada bemorda surunkali kasalliklarning borligiga , natijada organizm himoya vazifasining susayishiga olib keladi. Bu borada birinchi navbatda oshqozon ichak tizimi kasalliklari jigar, oshqozon osti bezi ahamiyatga ega. Ayrim kishilarda kasallik bevosita tomir (hafaqon) va endokrin (qandli diabet) patologiyalari bilan bog'liq ma'lum darajada og'iz shilliq pardasining tish patologiyasi tufayli travmatizatsiyaga uchrashiga sabab bo'ladi. Turli xil metallardan tayyorlangan qoplama tishlar sulak tarkibiga jiddiy ta'sir etadi, sulak tarkibida metal zarrachalari ko'zatilib, galvanik toklar xosil bo'ladi. Bu holat sabab, fermentlar ajralishi syoki nlashadi, bu ham kasallik kelib chiqishida ma'lum ahamiyatga ega

Klinikasi kasallikning asosiy morfologik elementi dermo-epidermal papulalar bo'lib, diametri 1-3 mm uning quyidagi o'ziga xos xususiyatlari bor. 1.Poligonal, yassi shaqilli

2. Papulalar yo'zasida (asosan markazda) kindiksimon botiq bo'lishi.

3. Periferiyaga qarab o'sishi.

4.Toshmalar ustiga o'simlmk moyi surtilsa, to'rsimon shakllar vujudga kelishi - Uikxem belgisi (epidermis donador qavatini notyoki s kengayishi).

5. O'tuvchan yorug'likda papulalar yo'zasining pushti binafsha rangda yaltirab turishi.

Toshmalar aksariyat qo'l va oyoqning buqiluvchi sohalarida (tirsak oldi, bilak, oyoqda) yo'zaga kelib so'ng butun badanga tarqalishi mumkin. Toshmalar ba'zan og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolarining shilliq qavati, ko'proq lunjlarda, oqimtir tasmalar shaklida uchrab, bir-biri bilan qo'shilib, plakchalar hosil qiladi. U surunkali davom etishi mumkin. Kasallikning avj olgan davrida yangi-yangi toshmalar toshadi va ular kattalashib boradi keyin kasallik stosional davrga o'tadi. Bunda papulalar asta syoki n surilib o'rnida to'q jigar rang dog' qoladi ; terining ta'sirlangan joyida yo'ylar ko'rinishida joylashadigan papulalar paydo bo'ladi. Kasallik qattiq qichish bilan kechadi. Qaytalanish anchakam uchraydi. Qizil yassi temiratki Kyobner izamorf reaksiyasi xos ba'zan tirnoqlar o'zgarib rangi xiralashadi ustida o'zinasiga ketgan chiziqchalar paydo bo'ladi. Og'iz shilliq pardasida qizil yassi temiratki turli xil klinik ko'rinishga ega bo'ladi va uning 6 turi farq etiladi: tipik, ekssudativ giperemik, eroziv- yarali, bo'llyoz , giperkeratotik va atipik

Tipik turining klinik ko'rinishi – o'lchami 2 mm mayda oqish qo'ng'ir tusli, yaltiroq tugunchalar holida ko'zatilib, tugunchalar bir -biri bilan qo'shilib to'r chiziq-chiziq bargsimon shaqillarni hosil

qiladi. Tilda tugunchalar 1 sm gacha pilakcha ko`rinishida bo`ladi va lekoplakiyani eslatadi, yo`zasitdagi qo`ng`ir oqish parda shpatel yordamida qirilsa ko`chmaydi.

Lab qizil hoshiyasida qo`shilgan tugunchalar ayrim hollarda yuldo`zsimon shaqilga ega bo`ladi. Ko`p xollarda qo`shilib, yo`l-yo`l kepaklanuvchi plakchalar hosil qiladi. Ko`proq yo`zani qoplasa bemorlar quruqshab va issiq dag`al ovqat qabo`l qilish vaqtida biroz og`riq his etadilar, lunj shilliq pardasida joylashgan tugunchalar tish ildizlari atrofi, til, mil, og`iz tuguni jarohatlaydi, ko`proq quyi lab jaroxatlanadi. Ekssudativ giperimik turi tipik tugunchalar toshishi bilan harakterlanadi toshmalar qizarib shishgan shilliq pardalarda joylashadi. Bu turi og`riq bilan kechadi. Eroziv yarali qizil yassi temiratkinining qandli deabet yoki xafaqon bilan birga kechishi Grinjshpal sindromi deb ataladi. Qizil yassi temiratkinining bir necha xili bor.

Gipertrofik, so`galsimon xili tugunchalarning giperplaziyasi natijasida vujudga keladi. Xosil bo`lgan tugunchalar pushti, qizil- qo`ng`ir rangda bo`lib, ularning usti so`galsimon giper keratik qatlamlar bilan qoplangan bo`ladi. Bunday toshmalr atrofida qizil yassi temiratkinining tipik toshmalarini uchratish mumkin.

Atrofik va sklerotik xilida papula va plakchalar so`rilib terida atrofik va sklerotik o`zgarishlar qolishi mumkin. CHandiqsimon atrofiya ochiq rangda bo`lgani uchun ba`zi dermatologlar uni oq temiratki deb yuritadilar. Bunda toshmalr bo`yin, qo`l, ko`krak, va qorin soxasida uchraydi. Ba`zan boshning sochli qismida atrofik o`zgarishlar psevdopelaga o`xshaydi va u qo`l va oyoqlarning yozuvchi yo`zalarida joylashgan follikul`yar keratoz bilan kechadi. Buni Littl - Lassyuer simptomi deb ataladi.

Pemfigoidli yoki pufakli xilida qizil yassi temiratkinining tipik elementlari bilan birga kattaligi no`xat yoki olcha dek keladigan ichi seroz yoki qon seroz suyuqliklar bilan to`la pufakchalar toshadi.

moniliform qizil temiratkada kattaligi olcha danagi dek keladigan marjonsimon toshmalr toshishi ko`zatiladi. Bo`lar asosan peshona, quloq suprasi, qorin dumba terilarida uchrab ko`rinishi munchoqni esltadi.

o`tkir uchli turida yassi tugunchalar bilan birga uchli yoki qonussimon tugunchalar uchraydi. ular asosan follekul alarda joylashadi. Toshmalar boshni sochi qismida bo`lsa, kichik-kichik atrofiyali chandiqlar yo`zaga kelishi mumkin.

Halqasimon qizil yassi temiratki ko`pincha erkaklarning jinsiy a`zolarida uchraydi.

Kasallikning bu turi toshmalar o`rtasidan so`rilda boshlaydi. Qizil yassi temiratkinining psoriaziform, o`zunchoq zoostriiform xillari ham uchraydi.

Gistopatologiyasi:

Epidermisning hamma qavati qalinlashadi, akantoz, giperkeratoz ko`zatiladi. Donador qavat bir tyoki sda qalinlashmaydi, yan`ni gpergiranulozli donador qavat normal qalinlikdagi donador qavat bilan ketma-ket keladi. Dermaning ustki qavatida papilomatoz, asosan limfasitlardan tashqil topgan infil`trat ko`zatiladi.

Diagnozi : qizil yassi temiratki ro`yros namoyon bo`lganda diagnoz qo`yish qiyin emas bunda yassi poleganal, o`rtasi kindiksimon botiq pushti binafsha tugunchalarga ularning joylashishiga va Kyobnerning izamorf reaksiyasiga ahaamiyat berish keraq Toshmalar jinsiy a`zolarining shilliq qavatlaridva bo`lsa, uni zaxm bilan taqqaslash kerak, zaxmga tekshirganda qonni seroreaksiyasini qilish, pilchiragan tugunchalardan oq treponemalarni izlash kasallik anamnezini yig`ish mumkin. Qizil yassi temiratki tugunchasi ustida Uikxem turi borligi, atrofiyaning yo`qligi uni eritematoo`zdan ajrratib turadi. Eroziv yarali qizil yassi temiratkinining oddiy po`rsildoq yarasi bilan qiyoslaganda po`rsildoq yara atrofida tipik tugunchalar bo`lmaydi. Ammo eroziya atrofidagi tiklanayotgan epiteli oqish- perlamutir rangida bo`lib, qizil yassi temiratki tugunchalarining qo`shilganiga o`xshaydi. Bunday xollarda bosma surtma o`tkazisht kerak. po`rsildoq yarada aqontolitik xujayra aniqlanadi. Qizil yugurikda o`choq giperimiyalangan, infil`trasiyalangan, o`choq yo`zalarida mayda nuqta misoli giper keratoz ko`zatiladi. O`choq atrofida atrofiya bo`ladi va bu xil o`zgarishlar qizil yassi temiratkiga xos emas. Ko`p shaqilli ekssudativ eritemada shilliq pardalar rivojlangan giperimiya shish kukzatiladi, ular yo`zasida pufak va noto`g`ri shaqilli eroziya, fibroz parda bilan qaplangan bo`lib, kuchli og`riq bezovta qiladi. Eroziya atrofida tugunchalar bo`lmaydi jarohat 4-6 haftada bitadi.

Prognoz kasallik xush fel kechadi ammo o`zoq davom etadi. Ayniqsa erozivi yarali turi og`ir va o`zoq kechib bemorlar ovqatlanishi hatto gapirishi og`riqli va qiyin bo`ladi.

Davosi patogenetik davosi tayin etish uchun bemorlar diqqat bilan tekshirilishi shart. Birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi bartaraf qilish infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, oshqozon ichak tizimini tekshirish qonda qan miqdori aniqlanadi, qon bosimi aniqlanadi, bemorning asab psixik statusi tekshiriladi. Og'iz shilliq pardasi joylashgan qizil yassi temiratki ko'zatsilsa og'iz bo'shlig'i sanatsiya qilinadi; har xil metal qoplamalari olib tashlanadi va rasional protezlash ahamiyati katta. Bu bemorlarga issiq va dag'al ovqat qabo'l qilish man etiladi.

Kasallikning barcha turida sedativ terapiya, tipik eksudativ giperemiya turida retsinol –asetat, A vitaminining qonsentratlari (10 tomchidan 3 mahal kuniga, 2 oy davomida, 2 oy tanaffo'z bilan) o'zoq vaqt V guruhi vitaminlari qabo'l qilish ayniqsa nikahtin kislotasi tayin etiladi. Eroziv yarali vabo'lyoz turida prednizalon 20-25 mgr kuniga xingamid 0,25 gr dan 1-2 marta kuniga 4-6 xafta davomida, nikotin kislotasi 0,05 gr kuniga 3 mahal ovqatdan so'ng yoki tionikol 1 tabletkadan kuniga 3 mahal yoki mushak orasiga 1-1,5 oy davomida. Prednizalon miqdori 7-10 kunda 5 mgrdan kamaytirib boriladi, chegaralangan eroziv yarali turida o'choqqa gidrokartizon subsenziyasi yoki prednizalon tayinlanadi. In'eksiya 3 kunda 1 marta bi1-1,5 ml har bir eroziyaga bosqichda 8-12 in'eksiya bunday davosi har 3 oyda qaytarilib turadi. Bemorni gipnoz elektir ta'sir ettirish yo'li bilan uxlatib davolash bo'nyidagi simpatik tugunlarni diatermiya, parovertebral bo'lokada qilish bel soxasida induktrometriya o'tkazish ham yaxshi natija beradi, PUVA terapiya tavsiya etiladi.

Mahalliy davosi mentol va karbol spirti glyukokortikoidli malhamlardan iborat. Kasallikning gipertrofik turida toshmalarni diatermokolgulasiya qilish, SO₂ suyuq azot bilan qo'ydirish tafsiya etiladi. Remissiya davrida bemoriga sanatoriya va kurortlarda davolanish buyuriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 12) Neyrodermatozlarga ta'rif bering.
- 13) Neyrodermatozlar klassifikatsiyasi teri qichishi etiopatogenezi va klinikasi.
- 14) Teri qichishini davolash.
- 15) Teri qichimasi etiopatogenezi va klinikasi. Teri qichimasi klinikasi. Teri qichimasini qiyosiy tashxislash.
- 16) Neyrodermitga ta'rif bering. Neyrodermit klassifikatsiyasi. Chegaralangan neyrodermit. Diffuz neyrodermit
- 17) Neyrodermitni qiyosiy tashxislash. Neyrodermitni umumiy va mahalliy davolash.
- 18) Eshakemga ta'rif bering. Eshakem klinik turlari.
- 19) Kvinke shishi eshakemni qiyosiy tashxislash. Eshakemni davolash.
- 20) Antigistamin va desensibilizatsiyalovchi dori preparatlariga misol keltiring.
- 21) Gormonal malhamlarga misol keltirish.
- 22) Neyrodermitning atipik shakllari.

Mavzuning asosiy savollari:

19. Psoriaz kasalligiga ta'rif bering. Etiologiyasi, patogenezi.
20. Psoriazda bemorning asosiy sub'ektiv va ob'ektiv klinik simptomlari
21. "Psoriatik uchlik" belgisini izohlab bering.
22. Psoriazning klinik ko'rinishiga qarab turlari.
23. Psoriaz kechishiga qarab davrlari.
24. Psoriaz eritrodermiyasi va artropatik turi to'g'risida.
25. Psoriazni boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash.
26. Psoriazni zamonaviy davolash usullari
27. Psoriazda mahalliy davolash usullari

28. Qizil yassi temiratkining etiopatogenezi.
29. Qizil yassi temiratkining klinikasi.
30. Qizil yassi temiratkini papulalarining asosiy xususiyatlari
31. Qizil yassi temiratkining atipik variantlari.
32. Qizil yassi temiratkining so'galsimon va halkasimon shakllari to'g'risida gapiring.
33. Qizil yassi temiratkining gistopatologiyasi
34. Qizil yassi temiratki qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi.

35. Qizil yassi temiratkini Knyobner va Uikxem belgilarini izoxlab bering.

36. Qizil yassi temiratkini umumiy davolash usullari.

Qizil yassi temiratkini mahalliy davolash usullari.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interfaol usullar texnologiyasi

Stol o`rtasida ruchka»

Mavzu: neyrodermatozlar. Terida intensiv teri qichishi bilan kechadigan kasalliklarni aytib, tayanch belgilari bilan izohlash.

Gurux talabarlari raqamlar bilan belgilanadi. Xar bir talaba o`zi yaxshi bilgan bittadan kasallikni tanlab qog`ozga yozadi. Ruchkani stol o`rtasiga qo`yib qog`ozni keyingi talabaga o`zatadi. Barcha talabalar o`zi tanlagan kasallikni yozgandan so`ng navbat bilan fikrlarini bayon kiladilar.

Masalan: Talaba neyrodermitni tanladi. U quyidagi tayanch belgilar bilan izohlaydi:

Kasallik etiopatogenezida kuchli teri qichishiga sabab bo`luvchi omillar bo`lishi. Bemorni sababsiz intensiv teri qichishi bezovta qiladi. Morfologik elementlardan tugunchalar, pilakchalar, infil`trasiya lixenifikasiya kuchsiz yallig`lanish fonida hosil bo`ladi. Neytrodermitning chegaralangan, diffuz hamda atipik klinik turlari bor. CHegaralangan neyrodermit asosan qo`l-oyoklar bukuvchi yuzlarida, bo`yin, yon orqa sohalari, dumbalararo va dumg`aza, genetal, sohalarda joylashadi. Neytrodermitni barcha neyrodermatozlardan farqi lixenifikasiya kuzatiladi. Davolash umumiy va mahalliy bo`lib asosan simptomatik va gormonal preparatlardan foydalaniladi.

«Uch bosqichli interv`yu»

Maksad: Bemorning muammolarini aniqlash va hal qilishda , unga to`g`ri psixologik yondashishni o`rganish.

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

7) Nima to`g`ri bajarildi?

8) Nima noto`g`ri bajarildi?

9) Qanday bajarilishi kerak edi?

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

Misol: 30 yoshli ayol. SHifokorga quyidagi shikoyatlar bilan keldi. Ikkala oyok panja boldir bo`g`imi sohasida terisiga toshmalar toshishiga va kuchli qichishga. Anamnezidan bemor shu kasallik bilan 6 yildan beri kasal. Kasallik sababini aniq bilmaydi. Bunday kasallik avlodida borligini tasdiqlaydi. Kasallik har yili baxor-kuz oylarida 2-3 marta qo`zib turadi. Bemor bir necha marta davolanib chikkan. Ko`rganda umumiy holati yaxshi. Tana harorati 36,5 daraja, terisi kuruq elastik. YUrak tomirlari me`yoriy eshitiladi. Rs-85 ta ritmik, qon bosimi 120/80 mm sim ust nafas olish burundan, o`pkasida vezikulyar nafas, qorni yumshok , og`riqsiz, jigar va talok kattalashmagan. Patologik o`choqlar ko`rilganda: ikkala oyoq boldir panja birlashmasi terisida kuchsiz yallig`lanish fonida eritematoz yuzada papulalar, pilakchalar, infil`trasiya va lixenifikasiya aniqlanadi. Tirnoq izlari va biroz pigmentasiya bor. Periferik qonda patologik o`zgarishlar yo`q.

«Vrach» -bemor so`zidan aytilgan barcha ma`lumotlarga e`tibor berish, klinik belgilarga yondashgan holda bemorga aniq tashxis quyishi va dermatologiya bo`limiga yo`llanma berishi lozim.

«Ekspert» vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga e`tibor berish lozim:

- Bemorga to`g`ri psixologik yondashdimi?

- Kasallik anamnezi to`liq va aniq yig`ildimi?

-Bemorni ko`rikdan o`tkazganda toshmalar ya`ni morfologik elementlar xarakteristikasi(tavsifi) ga e`tibor berilib psoriaz kasalligi deb to`g`ri tashxis qo`yildimi.

-Kasallik kaysi davrdaligi aniklandimi?

-Bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maksadida shifoxonada yo`lladimi?

Davolashda nimalarga e`tibor berish va davo sxemasini tuzishga yondashildimi?

Bemor xarakatlarini baholashda:

-Uz holatini qanchalik darajada ta`rifladimi?

- Kasallik tarixinin aniq ayta oldimi?

- kasallik belgilarini aniq ta`riflab berdimi?

Mashg`ulot so`ngida o`kituvchi e`tibor berilmagan tomonlarda va xar bir ishtirokchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarda to`xtalib mashg`ulotga yakun yasaydi.

«Stol o`rtasida ruchka»

Mavzu: Psoriaz kasalligiga xos klinik simptomlarini ko`rsatib izohlab berish.

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

Masalan: Talaba psoriaz kasalligida “psoriatik uchlik” belgisini tanladi. U bu simptomni quyidagicha izohlaydi: Psoriatik toshmalarga uchta fenomen xarakterli – Auspits fenomeni deyiladi:

4. Oq kumushrang tangachalarni tirnash yo`li bilan olib tashlaganda tagidan stearin dog`i aniqlanadi. Stearin dog`i fenomeni deyiladi.

5. Tirnash yana davom ettirilsa, nozik yaltiroq yuza parda chiqadi – psoriatik fenomeni deyiladi.

6. Tirnash yana davom ettirilsa, qonli nuqtalarni ko`rish mumkin – qonli shudring fenomeni deyiladi.

«Uch bosqichli interv`yu»

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

Asosiy tamoyillar:

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

10) Nima to`g`ri bajarildi?

11) Nima noto`g`ri bajarildi?

12) Qanday bajarilishi kerak edi?

Afzalliklari:

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

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

Bemor 45 yoshli erkak. SHikoyatlari: qo`l-oyoqlar yozuvchi yuzalariga tanasiga va boshning sochli qismiga toshmalar toshgan. Toshmalarda kepaklanish kuchli. Biroz qichish bezovta qiladi. Toshmalar asta-sekin ko`payib bormoqda. Anamnezidan bemor 15 yildan beri kasal. Kasallik sababini ish jarayonidagi asab buzilishlari bilan bog`laydi. Kasallik har bahor oylarida 1-2 marta qaytalanib turadi. Ko`rik vaqtidagi holati: ahvoli shrtacha og`irlikda (nisbatan qoniqarli) tana harorati 37 ° S. Terisi quruq, papulyozli toshmalar aniqlanadi. YUrak tonlari me`yoriy pul`s - 85 ta, qon bosimi 120/80 mm sim.ust. nafas olishi burundan, o`pkasida vezikulyar nafas, tili biroz oq karash bilan qoplangan. Jigar-taloq kattalashmagan. Bemorning terisidagi holatni baholash.

Bemor terisidagi patologik holat surunkali yallig`lanishga xos xususiyat bilan kechmoqda. Asosan boshning sochli qismi terisida, qo`l-oyoqlar yozuvchi yuzalari va butun tanada joylashgan bo`lib, elementlardan biroz qizargan teri fonida kattaligi har xil tomchisimon toshmalar aniqlanadi. Toshmalar usti oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan. Toshmalarda “psoriatik uchlik” belgisi musbat, Kyobner izomorf reaksiyasi kuzatiladi. Periferik qonda Hb – 100g/l, leykosit – 5000, SOE-20.

“Vrach” bemor soʻzidan yiqqan barcha maʼlumotlarga eʼtibor berishi, klinik belgilarga yondoshib bemorga aniq tashxis qoʻyishi va dermatologiya boʻlimiga yoʻllashi lozim.

“Ekspert” vrach faoliyatini baholashda quyidagi holatlarga eʼtibor berishi lozim:

- bemorga toʻgʻri psixologik yondashdimi?
- Kasallik anamnezi toʻliq va aniq yigʻildimi?
- Bemorni koʻrikdan oʻtkazganda toshmalarga, yaʼni morfologik elementlar xarakteristikasi (tavsifi)ga eʼtibor berilib, psoriasis kasalligi deb toʻgʻri tashxis qoʻyildimi?
- Kasallik qaysi davrdaligi aniqlandimi?
- Bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maqsadida shifoxonaga yoʻlladimi?
- Davolashda nimalarga eʼtibor berish va davo sxemasini tuzishga yondashildimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

- Oʻz holatini qanchalik darajada taʼrifladi?
- Kasallik tarixini aniq ayta oldimi?
- Kasallik belgilarini aniq taʼriflab berdimi?
- Mashgʻulot soʻngida oʻqituvchi eʼtibor berilmagan tomonlarga va har bir ishtirokchining harakatlarida aniqlangan kamchiliklarga toʻxtalib mashgʻulotga yakun yasaydi.

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha

Gurux aʼzolari soni 3-5 kishi

Guruxlar oʻzaro aloqa qilmasliklari kerak.

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list boʻlishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: Psoriasis

Keys varianti: Bemor K. 45 yoshda. U 15 yildan beri kasal. Bemor tanasida, qoʻl-oyoqlarida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan lentikul yar papulalar va pilakchalar bor. Bemor tirnoqlarida nuqtasimon chuqurchali oʻzgarishlar koʻzatiladi. Kyobner fenomeni musbat.

Bajarish shartlari

1. Anamnestik maʼlumotlarni toʻplash.
2. Dastlabki diagnozni toʻqri qoʻyish.
3. Asboblar va laborator tekshiruvlarni oʻtkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qoʻyish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga boʻlinadi. (3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situatsiyani xal etishni tayyorlaydilar

Oʻqituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini koʻrib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish toʻqrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat koʻrinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oʻformit qiladilar, oʻz toʻzatishlarini kiritadilar.

Oʻqituvchi: gurux ishi prezentsiyasini boshlashni eʼlon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va oʻzlarining taqdimatlariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak. Uni toʻxtatish mumkin emas. Savollar faqat uning chiqishidan soʻng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan echim variantlariga oʻz munosbatlaini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtiroki asoslangan boʻlishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor K. 30 yoshda shifokor kabuliga ikkala qo'l-kaft bilak birlashmasi ichki bukuvchi soxasida toshmalar toshishiga kuchli kichishga shikoyat kilib keldi. Ko'rganda: kaft bilak birlashmasi ichki yuzasidan kuchsiz yalliglanishi fonida tugunchalarni, pilakchalarni, infil'trasiya va lixenifikasiya aniklandi. SHu soxa terisi normal teri rangidan uzgargan. Anamnezidan shu kasallik bilan bahor oylarida qo'zib turadi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Davollash usulini tanlang.

2-masala

38 yoshli bemor, asal iste'mol qilganidan keyin ko'krak, qorin, dumba soxalarida birdaniga ko'p mikdorda teri satxidan ko'tarilgan qizil rangli urtikar toshmalar paydo bo'ldi. Bemorni kuchli qichishish va achishish bezovta qilmokda.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi.
3. Bu kasallikning klinik turlarini ayting.
4. Davolash uchun preparatlar tanlang.

3-masala

55 yoshli ayolning ikkala oyok boldir soxalarida diametri 5-12mm li yarim sharsimon zich tugunchalar kuchsiz yalliglanish fonida paydo bo'lgan. Bemorni kuchli qichish bezovta kiladi. Anamnezidan bemor kasallikni paydo bulishini pashshalar chaqishi va stresslar bilan boglaydi. Kasallik bemorni 5 yildan beri bezovta qilib kelmoqda. Vaqti-vaqti bilan kasallik kuzib turadi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Bu patologiya qaysi dermatozlarga kiradi.
3. Kasallik qaysi dermatozlar bilan qiyosiy tashxislanadi.
4. Davollash rejasini tuzing.

4-masala

2 yoshli bolaning yuz soxalari, tanasi va dumbalari soxasida kuchsiz yalliglanish fonida tugunchalar, pufakchalar, kavarchiklar paydo buldi. Bolani kuchli kichish bezovta kilmokda. Anamnezidan onasi aytishicha, bolada chakaloklik davrida ekssudativ diatez bulgan, xozir ham shokoladli maxsulotlar toshmalar toshishiga sabab buladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Kasallikning etiopatogenetik omillarini ko'rsating.
3. Davollash uchun preparatlarni tanlang.

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1 masala

Bemor A. 14 yoshda. O'zini 10 kundan beri kasal hisoblaydi. Kasalxonaga ikkala tirsak va soxalarida toshmalar paydo bo'lganligiga, toshmalarda kepaklanish avj olganligiga va ko'payotganligiga, qichishga shikoyat qilib keldi. Anamnezidan bemor shu kasallik bilan 2 yildan beri kasal hisoblaydi. Kasallik bahor oylarida vo'zib turadi. Sababini aniq bilmaydi. Ko'rik vaqtida bemorning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli. YUarak tonlari me'yoriy eshtiladi. Ps-80 ritmik A/B 100/60 mmnd ust. teng. Jigar, taloq kattalashmagan. Terisidagi patologik jarayon yalliglanishga xos bo'lib, asosan ikkala qo'l-oyoqlarining yozuvchi yo'zalarida butun tana sohasida joylashgan bo'lib, elementlardan usti oq kumushroq rang tangachalar bilan qoplanagan lentikul yar papulalar aniqlanadi. Papulalarda Auspits belgisi musbat. Kyobner fenomeni musbat. Papulalar atrofida yalliglanish gultojisi mavjud. 1-2 ta endi paydo bo'layotgan tugunchalar ham aniqlanadi.

4. Faraziy tashxis qo'ying.
5. Tashxis qo'yishda qaysi simptomlar ahamiyatga ega?
6. Kasallikda qaysi davr ko'zatilmoqda?

2-masala

Bemor K. 45 yoshda. U 15 yildan beri kasal. Bemor tanasida, qo'l-oyoqlarida oq kumushrang tangachalar bilan qoplangan lentikul yar papulalar va pilakchalar bor. Bemor tirnoqlarida nuqtasimon chuqurchali o'zgarishlar ko'zatiladi. Kyobner fenomeni musbat.

1. Tashxis qo'ying.
2. Qanday kasalliklar bilan taqqoslash kerak?
3. Kyobner fenomeni qanday namoyon bo'ladi?

3-masala

6 yoshli qizchani yo'zida, qo'l-oyoqlarida bir-biriga qo'shilishiga moyil pushti rangli ko'plab papulalar, pilakchalar bo'lib usti sarg'ish kul rang tez to'qiladigan tangachalar bilan qoplangan, boshida diffo'z kepaklanish ko'zatiladi. Sochlar o'zgarmagan. Auspits "uchlik" belgisi ko'zatiladi.

4. Tashxis qo'ying.
5. Tekshiruv rejasini tuzing.
6. Auspits "uchlik" belgisini izohlab bering.

4-masala

Bemor M. 30 yoshda. SHifokorga quyidagi shikoyatlar bilan keldi: tana harorati ko'tarilishi, toshmalar butun tanaga tarqalgan eritrodermiya holati teri sathining ancha qismini egallagan. Bemor terisi patologik o'choqlarida palstinkasimon kepaklanish ko'zatiladi. Limfa tugunlari kattalashgan. Anamnezidan bemor o'zini 10 yildan beri kasal. Kasallik har yili 2-3 marta qo'zib turadi. Oxirgi 15 kunda kasallik yana qo'zib bemor uy sharoitida oltingugurt malhamini ishlatgan. Davolanishdan keyin diffo'z qizarishlar oshgan.

4. Tashxis qo'ying.
 5. Asosiy klinik belgilarini ko'rsatib bering.
 6. Umumiy va mahalliy davo usulini tanlang.
- Stressdan keyin bemor bilak terisi soxasida kattaligi 2-3 milli binafsha rang usti yaltirab turuvchi poligonal papulalar aniqlandi. Kuchli kichish bezovta qilmokda.
5. tashxis kuying.
 6. Bu patalogiya kaysi dermatozlarga kiradi
 7. bu patalogiya uchun yana kanday klinik belgilar xos.
 8. Davolash rejasini tuzing.

8-mavzuga oid testlar

1. CHegarlangan neyrodermit kiradi.
 - A) qichish bilan kechuvchi dermatoz
 - B) moxovning klinik turiga
 - V) parazitar kasalliklariga
 - G) kollagenozlarga
 - D) genodermatozlarga
2. Neyrodermatozlarga kiradi:
 - A) teri qichishi
 - B) ekzema
 - V) piodermiyaalar
 - G) qo'tir
 - D) kantagioz molyusk
3. Neyrodermatozlarga kirmaydi
 - A) o'rab oluvchi temiratki
 - B) teri qichishi
 - V) qichima
 - G) neyrodermit
 - D) atopik dermatit
4. Teri qichishidagi morfologik elementlar
 - A) tugunlar
 - B) tugunchalar

- V) qavarchiqlar
 - G) birlamchi morfologik elementlar bo`lmaydi.
 - D) eroziya, yaralar
5. Teri qichimasi to`rini ko`rsating.
- A) strofilyus
 - B) teri qichishi
 - V) atopik dermatit
 - G) atrofik, sklerotik
 - D) halqasimon
6. Qichimaning turlariga kirmaydi
- A) strofilyus
 - B) kattalar qichimasi
 - V) tugunli qichima
 - G) teri qichishi
 - D) to`g`ri javob yo`q
7. Teri qichimasining tipik joylashish joyi.
- A) qo`l-oyoklarning yozuvchi yuzalari
 - B) qo`l-oyoklarning bukukvchi yuzalari
 - V) sonning ichki yuzalarida
 - G) genetal sohalarda
 - D) qo`ltiq osti chuqurchalarida
8. Teri qichimasiga xos morfologik element
- A) tushunchalar, qavarchiqlar
 - B) pufak, pufakchalar
 - V) dumboqcha, tugunlar
 - G) birlamchi morfologik elementlar bo`lmaydi.
9. Tugunli qichima asosan qaerda joylashadi.
- A) boldir sohalarda
 - B) yuz sohasida
 - V) boshning sochli qismida
 - G) qo`l-oyoqlarning bukuvchi sohalarda
 - D) genetal sohalarda
10. Bolalar qichimasi asoratlari
- A) neyrodermitga o`tishi
 - B) vitiligo paydo bo`lishi
 - V) qizil yassi temiratki
 - G) psoriaz
 - D) qo`tir

7-mavzuga oid testlar

1. Psoriazning klinik turlarini ko`rsating.
- A) atrofik, sklerotik
 - B) xalkasimon, so`galsimon
 - V) eksfolliativ
 - G) siboreyali, artropatik
 - D) differensiallashmagan
2. Po`stloqli temiratkining klinik kurinishlarini kursating.
- A) sistemali
 - B) atopik
 - V) sklerotik
 - G) o`choqli
 - D) pustulyoz

3. Bar`ber psoriazida toshmalarning tipik joylanish joyi:
- A) kaft, tovonda
 - B) boshning sochli qismida
 - V) genetal sohada
 - G) labning qizil xoshiyasida
 - D) yuz sohasida
4. Pustulyoz psoriazning klinik turini ko`rsating.
- A) eritodermiya
 - B) xalkasimon
 - V) lixenoidli
 - G) Sumbush psoriazi
 - D) ekssudativ
5. Psoriazga xos klinik simptomlarni kursating.
- A) Terminal parda» fenomeni
 - B) Nikol`skiy simptomi
 - V) Asbo-Ganzen simptomi
 - G) Garchanov –Ardi simptomi
 - D) Pinkus simptomi
6. Psoriazni kaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis kilish mumkin
- A) ikkilamchi zaxm, qizil yassi temiratki
 - B) kepaklanuvchi temiratki
 - V) urab oluvchi temiratki
 - G) surunkali trixofitiya
 - D) surunkali ekzema
7. Kaysi simptomlar psoriazga xos
- A) Auspits uchligi
 - B) shish, indurasiya , atrofiya
 - V) YArish-Lukashevich – Geksgeymera reaksiyasi
 - G) atrofiya, giperkeratoz
 - D) «qushburun», sklerodakteliya
8. Kaft tovon psoriazini qaysi dermatozlardan qiyosiy tashxislash kerak?
- A) eritrazma
 - B) demodekoz
 - V) rubromikoz
 - G) Dyuring dermatiti
 - D) erizepeloid
9. Boshning sochli kismi psoriaziga xos xususiyat:
- A) sochlarning zararlanmasdan kepaklanish kuzatiladi
 - B) mayda o`chokli atrofik soch to`kilishi
 - V) o`choqli soch to`kilishi
 - G) folikulyar giperkeratoz atrofiya
 - D) diffuz soch to`kilishi, leykotrexiya
10. Psoriatik onixodistrofiyani kuyidagi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis kilinadi
- A) demodekoz
 - B) mikrosporiya
 - V) rubromikoz
 - G) kantagioz, molyusk
 - D) turniol
11. «Stearin dog`i» simptomi-asosida kandy patogistologik jarayon yotadi
- A) akantoz
 - B) granulyoz
 - V) akantoliz
 - G) vakuolli distrofiya

- D) kazeozli nekroz
12. Terminal parda fenomeni asosida kanday patogistologik jarayon yotadi?
- A) parakeratoz
 B) akantoliz
 V) balonli degenerasiya
 G) garanulematoz
 D) amiloidos
13. «Nuqtali qontalash» fenomeni asosida kanday patogistologik jarayon yotadi.
- A) anaplaziya
 B) polimorfizm
 V) mikroapsesslar
 G) gistiosiotitar infil`trat
 D) papillomatoz
14. Kyobner izzomorf reaksiyasi kanday namoyon buladi.
- A) tirnok izlari bo`yicha papularning paydo bulishi
 B) epidermisning ko`chishi
 V) tangachani olib tashlaganda og`riqli bo`lishi
 G) papularni bosganda rangini o`zgarishi
 D) nuqtali qon talashlarning paydo bo`lishi
15. PUVA – terapiya nimaga asoslangan?
- A) ultrabinafsha nurlari bilan fotosensibilizatorlarni birga qo`llashga
 B) ultrabinafsha nurlardan foydalanishga asoslangan
 V) ultrabinafsha nurlari bilan aromatik retinoidlarni birga kullashda asoslangan.
 G) infraqizil nurlardan foydalanishga asoslangan
 D) lazer` nurlaridan foydalanishga asoslangan.
16. PUVA – terapiyada kullaniladigan fotosensibilizatorlar:
- A) puvalen, pusoberan
 B) norflogsasin
 V) siklosporen
 G) novakain, lidokain
 D) pirasin kuper
17. Psoriazni davolashda ko`llaniladigan maxalliy immunomodulyatorlar
- A) takrolimus, elidel
 B) dermovayt, selestoderm
 V) triderm, gentryderm
 G) levamikol, terbizel
 D) diprosalik, 5-ftorurasil
18. Psoriazning progressiv davrida kanday malhamlardan foydalaniladi.
- A) 2 % li salisillat malhami
 B) olidel, elokom
 V) 5-ftorurasil
 G) xlorimazol, mikosepsin
 D) sarkutam va dayvoneks
19. Psoriazni davollashda kullaniladigan immunosupresollar
- A) metotreksal
 B) nevril
 V) bliomisin
 G) diprospan
 D) siklosporen
20. Psoriazning og`irroq kechuvchi turlarini ko`rsating.
- A) artropatik, pustulyoz
 B) kaft-tovon, tirnok psoriazi
 V) intertriginoz

- G) vul`gar, seboreyali atrofik, sklerotik
21. Intertriginoz psoriazni kaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxis kilanadi.
- A) burmalar kandidozi, streptodermiya
 B) gidrodenit, furunkul
 V) chov eridermofitiyasi
 G) xaqiqiy leykoderma
 D) atopik dermatit
- Qizil yassi temiratkining etiopatogenetik omiliga kiradi.
- A) Stress
 B) insolyasiyaning oshishi
 V) allergik holat
 G) terlashning kuchayishi
 D) yod tankisligi
2. Qizil yassi temiratkada morfologik elementni kursating.
- A) papula
 B) tugun
 V) rozeola
 G) vezikula
3. Qizil yassi temiratki papulasining o`ziga xos xususiyatini ko`rsating.
- A) kindiksimon botiqlik
 B) kepaklanishning kuchayishi
 V) yaralanishga o`tishi
 G) markaziy nekrozlanish.
4. Qizil yassi temiratki papulasining uziga xos xususiyatini kursating.
- A) poligonal shakli
 B) qonussimon shakli
 V) aylana shakl
 G) oval shakli
 D) to`g`ri javob yo`k.
5. Qizil yassi temiratki papulasi rangi bo`ladi.
- A) pushti binafsharang
 B) qizil rang
 V) sargish rang
 G) ok kumushrang
 D) och pushtirang
6. Qizil yassi temiratkining klinik turini kursating.
- A) atrofik , sklerotik
 B) intergeginoz
 V) chegaralangan
 G) prurigioz
 D) diffuz
7. Qizil yassi temiratkining klinik to`rini ko`rsating
- A) pemfigoidli
 B) gemorragik
 V) gangrinoz
 G) vul`gar
 D) abortiv
8. Qizil yassi temiratkining xalkasimon shakli kaerda uchraydi
- A) erkaklar jinsiy olat boshchasida
 B) kaft va tovonda
 V) boshning sochli qismida
 G) yuz soxasida
 D) qo`l oyoklar yozuvchi soxalarida

9. Qizil yassi temiratkiga xos simptom
- A) Uikxem belgisi
 - B) Auspits belgisi
 - V) Pospelov belgisi
 - G) Nikol`skiy belgisi
 - D) Sisto belgisi
10. Qizil yassi temiratkning klinik shaklini kursating.
- A) so`galsimon
 - B) surunkali yarali
 - V) skvanoz
 - G) disgidrotik
 - D) artropatik
11. Qizil yassi temiratkning og`iz bo`shligi shilliq qavatida uchraydigan toshmalarni qaysi kasallik bilan qiyosiy tashxislanadi
- A) ikkilamchi zaxm
 - B) psoriaz
 - V) strofilyus
 - G) dermatofitiya
 - D) kup shaklli ekssutativ eritema
12. Qizil yassi temiratkada toshmalarning asosiy joylashish soxalari.
- A) Qo`l-oyoq bukuvchi soxalarida
 - B) Qo`l-oyoq yozuvchi soxalarida
 - V) Kaft tovonda
 - D) boshning sochli qismida
- Gsoning ichki yuzasida
13. Qizil yassi temiratkada bemorning sub`ektiv belgisi
- A) kuchli qichish
 - B) Sub`ektiv belgilari
 - V) og`riq
 - G) paresteziya
 - D) achishish sezgisi
14. Qizil yassi temiratkini maxalliy davollash ishlatiladi
- A) gormonal malhamlar
 - B) keratoletik
 - V) antiseptiklar
 - G) keratoplastik
 - D) Antibiotikli malhamlar
15. Qizil yassi temiratki papulasiga xos xususiyat
- A) Monomorf derma- epidermal papula
 - B) Polimorf derma- epidermal toshmalar
 - V) Gipodermal papula
 - G) Epidermal papula
 - D) Bo`tqasimon ajralma saqllovchi papula

Amaliy ko`nikma

Teri sinamalarini qo`yish:

Allergik kasalliklarni tashxisini tasdiqlash maqsadida ayniqsa, kasbga aloqador allergik dermatozlarni ba`zi bir infeksiyon kasalliklarni (sil) har xil teri sinamalaridan foydalaniladi.

Teri sinamaları 3 xil usulda qo`yiladi.

- 5) applikasion (bevosita teriga)
- 6) skarifikasion
- 7) teri ichi sinamasi (intradermal)

8) tomchili

1. Oddiy tomchili sinama- bunda allergen elkaning ichki yuzasiga tomchi ko`rinishida surtiladi va sinama natijasi 24 soatdan keyin o`qiladi. Bunda natijalar quyidagicha bo`ladi:

-musbat (engil yoki kuchli giperemiya, shish har xil darajada, tugun, pufakchalar)ning paydo bo`lishi.

-manfiy (sinama quyilagn sohada hech qanday o`zgarishlar kuzatilmaydi).

2. Applikasion sinama qo`yish- bunda allergen kompresli bog`lamlar ko`rinishida qo`yiladi. Bog`lamni bir kundan kyin echib olinadi, yana bir kun o`tgach, sinama natijasi o`qiladi.

3. Skarifikasion – bunda allergen skarifikator yoki skal`pel` bilan travmatizasiya qilingan teri sohasiga qo`yiladi.

4. Teri ichi sinamasi esa ba`zi bir zamburug` kasalliklari, sil, moxov va boshqalar qo`yiladi.

Amaliy ko`nikma

Psoriabda diagnostik uchlikni aniqlash:

Qirish buyum oynasi yoki skal`pel`ning o`tmas tomoni bilan amalga oshiriladi.

4. Qirganda elementlar qitqilanishi oshadi va tangachalar tirnalgan stearin tomchisini eslatadi va oq rangga kiradi (stearinli dog` fenomeni)

5. Epidermisni donador qatlamigacha kirganda tangachalar tushib qoladi va pushti nam ko`rinishga ega bo`ladi (terminal parda yoki psoriatik parda fenomeni).

6. Qirishni davom ettirganda (so`rg`ichsimon qatlamgacha) plyonka yuzida qonli nuqtalar (mayda tomchilari) paydo bo`ladi (qonli shudring fenomeni).

Bajarish tartibi: (qadamlar)

No	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt - 10 daqiqa	Maksimal ball	To`plangan ball
1	Be`morni ko`ruv uchun tayyorlash	5	
2	Shu kasallik uchun xos birlamchi toshmalarni aniqlash	10	
3	Toshmani qirib, “stearin dog` ” fenomenini aniqlash (kumish rangli tangachalar paydo bo`ladi)	25	
4	Toshmani qirib, “terminal yoki psoriatik parda fenomeni” aniqlash (yaltirok yuza paydo bo`ladi)	30	
5	Qirishni davom ettirganda “ qonli shudring eki Auspits fenomeni” aniqlanadi (nuqtali qontalash paydo bo`ladi)	30	
	Jami	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Kasbga aloqador teri kasalliklari:

ekzogen va endogen faktorlarni kasallik rivojlanishiga tasiri Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentasiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

9-mavzu: Pufakli dermatozlar: Akantolitik po`rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti

9.1. Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti–	Talabalar soni-8ta
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	1.Akantolitik po`rsildoq yara kasalligi: etiopatogenezi, klinik tasnifi, og`iz shilliq qavatining shikastlanishi. Tashxis qo`yish, davolash, dispanserizasiya. 2.Dyuringning gerpetiform dermatosi etiopatogenezi, klinikasi, tashxisi,

	davolash. Og'iz shilliq qavatining shikastlanishi. 3. Pufakli dermatozlarning qiyosiy tashxisi.
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: alabalarga teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasi to'g'risida umumiy ma'lumotlar berish. Teri kasalliklari va JYBYUI-lar bilan og'riqan bemorlarni tekshiruv usullari, terining patomorfologiyasi, morfologik elementlar haqida ma'lumotlar berish va dermatozlarni klinik tashxislash, umumiy davolash usullarini o'rgatishdan iborat. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqalish talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda uz xissasini kushishga intilish, uzi tanlagan kasbga mexr uygotish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli.
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

9.2. Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1 "Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti" mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. "Stol o'rtasida ruchka" interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1. "Pufakli dermatozlar: Akantolitik po'rsildoq yara kasalligi. Dyuring dermatiti." og'zaki savol, test, masala.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	2.Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. "Uch bjsqichli intervyu" interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa kiladi 2.Mustaqil ish beradi: Psoriaz, qizil yassi temiratkini zamoaviy diagnostikasi va davolash tamoyillari 3.Uyga vazifa beradi: Terining virusli kasalliklari. OITS.	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

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

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

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

Nevrogen nazariya tarafdori T.V. Nikol`skiy kasallik asosida trofonevroz yotadi deb tushuntiradi.turli xil ruxiy holat, emosional hayajonlanish va nevrologik kasalliklar ham pemfigusga sabab bo`lishi mumkin. Bemorning orqa va bosh miya, hamda orqa miya gangliyalari xujayralarida degenerativ o`zgarishlar bo`lishi nevrogen qonsepsiyani yana bir bor tasdiqlaydi.

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

Kasallik kechishida barcha patologik o`zgarishlar terida epidermisning tikansimon qavatida "akantolizis" gistologik o`zgarishning yuzaga kelishiga olib keladi. Akantolizis bu epidermis tikanaksimon qavati xujayralari orasidagi ko`prikchalar (desmosomalar) ning sementlovchi moddasini emirilishi oqibatida, o`zaro bog`liqlikning buzilishi. Terida akantoliz yuzaga kelishida proteolitik fermentlarning ahamiyati katta. Pemfigus va boshqa pufakli kasallik bilan og`rigan bemorlarning qon

zardobi yuqori proteolitik fermentlar aktivligining oshishi epidermisda akantoliz jarayonini yuzaga keltirishi mumkin.

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

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

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

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

Vul'gar (oddiy) pemfigus Pemphig vulgaris

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

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

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

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

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

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

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

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

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

surtmalarda akantolitik xujayralar topilmaydi.

4. toksin epidermal nekroliz ya'ni Layell sindromi oddiy pemfigusdan og'irroq kechishi bilan, bemorning umumiy ahvoli tezda yomonlashuvi bilan farqlanadi. Layell sindromida bemorning dori preparatlarini qo'llaganligi asosiy ahamiyatga ega. Toshmalar polimorfizmi va jarayonning o'tkir rivojlanishi bilan ajralib turadi. ya'ni yuqori tana harorati, bemor ahvolidagi yomonlashuvi kuzatiladi. Nikol'skiy belgisi musbat, pufak tubidan olingan surtmalarda akantolitik xujayralar aniqlanadi.

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

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

Vul'gar pemfigusda vegetasiyalanuvchidan farqi toshmalar og'iz shilliq qavatlari va tana terisida tarqalgan holda joylashadi. Eroziya tubida vegetasiyaning bo'lmasligi, Nikol'skiy belgisining zararlangan sohalardan ancha uzoqda ya'ni jarohatlanmagan terida ham musbat bo'lishi. Gistologik tekshiruvlarda pufaklar bazal qavat ustida joylashib, akantoz, papillomatoz kuchli ifodalangan bo'lib, epidermis ichi eozinofilli abscesslar bo'lmaydi.

ikkilamchi residiv zaxmdagi keng kandilomalar pufaklarning bo'lmasligi, Nikol'skiy simptomi manfiy bo'lishi , akantolitik xujayralar bo'lmasligi bilan farq qiladi. Bundan tashqari zaxmdagi serologik reaksiyalar keng kandilomalarda musbat bo'ladi va yuzasidan oq treponemalar topilmaydi.

YApproqsimon (qat-qat) pemfigus

Boshlang'ich klinik belgilari ekzema, seboreyali dermatit, tosikodermiyadagi eritematoz-skvamoz o'zgarishlarga o'xshash. Kasallik avval teridagi qizarishli – yallig'langan asosda, yuqqa qobiqli yuzaki joylashgan pufaklar paydo bo'lishi bilan boshlanib, qobiqlar yorilishi oqibatida, och qizg'ish rangli eroziyalar yuzaga keladi, tez orada ekssudat qobiq qoldiqlari bilan birgalikla qalin qatqaloq hosil qiladi. Qatqaloq ostida patologik jarayon davom etib yangi qatqaloqlar qavati paydo bo'ladi, oqibatda pufaklar

usti qat-qat joylashgan qalamasimon qatloqlar bilan qoplanadi. Patologik jarayon eritrodermiya ko`rinishida tarqalishiga moyil bo`lib, yuz sohasi boshning sochli qismi, tirnoqlarning zararlanishi ham kuzatiladi. Nikol`skiy belgisi keskin musbat bo`ladi. SHilliq qavatlar deyarli zararlanmaydi. Bemorlarda sub`ektiv og`riq achishish va qichishish kabi belgilar kuzatiladi, pufak surtmalarida akantolitik xujayralar aniqlanadi. Jarayonning tarqanligi uchun bemorning umumiy ahvoli yomonlashib tana harorati ko`tariladi, ikkilamchi infeksiya qo`shilib, kaxeksiya rivojlanadi. Bemorlar steroidlar bilan davolanmasa tezda nobud bo`ladi.

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

Taqqoslash tashxisoti

1. Ikkilamchi eritrodermiya ekzema yoki psoriasis kasalliklari asorati sifatida yuzaga kelib yaproqsimon pemfigusdan farqi terida infil`trasiya kuchli ifodalangan bo`lib residivlanuvchi pufaklar bo`lmaydi, Nikol`skiy simptomi manfiy, akantolitik xujayralar yo`q.

2. Toksik epidermal nekroliz Layell. VAproqsimon pemfigusdan farqi o`tkir boshlanib yashin tezligida kechadi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi (yuqori harorat, qaltirash, komatoz shok holati kuzatiladi). Bundan tashqari Layell sindromida anamnezda dori preparatlari qo`llanilmaganligini aniqlash mumkin. Layell sindromi II-III darajali kuyish klinikasini eslatadi. VA`ni 2-3 kun ichida giperemiyalangan teri yuzasida katta pufaklar paydo bo`ladi. Pufaklar tezda yorilib eroziyali sohalarda paydo bo`ladi. Eroziyalar usti nekrotik yoki seroz- qonli po`sloqlar bilan qoplanadi.

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

Seboreyali (eritematoz) pemfigus

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

Taqqoslov tashxisoti. Eritematoz seboreyali po`rsildoq yarani quyidagi kasalliklar bilan taqqoslov tashxisoti o`tkaziladi. Qizil yuguruk yuz sohasidagi “kapalak” belgisi va eritematoz – skvamoz toshmali bilan Senir –Asher sindromini eslatadi. Ayniqsa jarayon boshning sochli qismida chegaralangan holatda bo`lib, alopesiya va chandiqli atrofiya rivojlansa, kasallikni qiyosiy taqqoslash qiyin bo`ladi. Seboreyali pemfigusda jarohatlar yorilgan pufaklar natijasida paydo bo`ladi. Seboreyali pemfigus uchun mavsumiylik xos emas. Qizil yuguruk uchun mavsumiylik (bahor va yoz) xos. Qizil yugurukda Nikol`skiy simptomi manfiy, gistologik tekshiruvlarda esa aqantolitik xujayralar va muguz qavat osti yoriqlar, pufaklar bo`lmaydi.

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

Davolash

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

Odatda steroid gormonlar qabul qilinayotganda bemorning ahvoli ancha engillashadi, terida yangi toshmalar toshishi to'xtab, eroziyalar o'rni bita boshlaydi. SHu vaqtdan boshlab berilayotgan dori miqdorini asta-sekin kamaytirilib boriladi. Steroid gormonlar dozasi saqlab turuvchi miqdorgacha kamaytiriladi, bu davrda bemorning ahvoli bir maromga kelib, kasallikning zo'rayishi (residivi) kuzatilmaydi. Saqlab turuvchi miqdor masalan, prednizolon uchun 15-20 mg. Bemor bu dozani kasalxonadan chiqqandan keyin uzoq vaqtgacha qabul qilishi zarur. Bir necha yildan so'ng kortikosteroidlar bilan davolash to'xtatilishi mumkin. Bunda shifokor bemorning umumiy ahvoli va kasallik qaytalamasligini inobatga olmog'i lozim. Mikroelementlar miqdorini saqlab turishi uchun kal'siy glyukanat, panangin, kaliy orotat dori vositalari qo'llaniladi. Kortikosteroidlar natijasida yuzaga keladigan nojo'ya oqibatlarini oldini olish maqsadida bir vaqtning o'zida sitostatiklar tavsiya qilinadi: metotreksat, azotioprin, sandimmun, prospidin va boshqalar. Bemorlarga yana anabolik gormonlar – metandrostenolon, nerobolil, metilandrosteniol, vitaminlar (askorbin kislotasi, rutin, askorutin, riboflavin, kal'siy pantotenat, folat kislotasi) ham tavsiya etiladi. Ikkilamchi infeksiyani oldini olish maqsadida antibiotiklar qabul qilinadi.

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

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

Pemfigus og'iz bo'shlig'ida bo'lsa, stomatolog ko'rigidan o'tkazish va og'izni furasillin (1: 5000), metilin ko'ki, rivanol eritmasi bilan chayib turish zarur.

Uchuqsimon Dyuring dermatiti

Dyuringning gerpetiform dermatiti (Dermatitis herpetiformis Duhring).

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

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik kelib chiqishida turli nazariyalar mavjud bo'lib, ulardan asosiylari quyidagilar:

allergik nazariya – ushbu nazariyaga ko'ra bemorlarda yod, brom mikroelementlariga nisbatan yuqori sezuvchanlik holati kuzatilib, qonda eozinofiliya va qon zardobida gistaminni parchalovchi omil faolligining pasayishi qayd etilgan.

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

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

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

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

Klinikasi. Kasallik boshlanishidan avval bemorlarda prodramal o`zgarishlar: subfebril tana harorati ko`tarilishi, artralgiyalar kuzatiladi.

Kasallik o`tkir boshlanib, eritematoz dog`li asosida guruh-guruh holda joylashgan ekssudativ toshma elementlari: pufaklar, pufakchalar, yiringchalar, tuguncha-pufakchalar, qavarchiqlar yuzaga keladi. Kasallik klinik manzarasi xususan, toshmalarning to`p-to`p bo`lib turishi bu kasallikni oddiy pufakli temiratki, (gerpes)ga qiyoslab uni gerpetiform dermatit deb atashga sabab bo`lgan.

Dermatoz ko`pincha 25-50 yoshlar atrofidagi kishilarda uchraydi, ba`zan bolalar yoki keksalarda ham uchraydi. Kasallik o`zining polimorf toshmalari bilan ajralib turadi. Toshmalarning simmetrik to`p-to`p joylashishi, surunkali, residiv bilan kechishi xos. Kasallik kuchli qichishish, achishish ba`zan og`riq bilan kechadi. Bemorning badani, oyoq va qo`larining yozuvchi sohalarida eritematoz tugunchalar, qavarchiqlar, ular ostida esa pufakcha va yiringchalar paydo bo`lishi bilan birga davom etadi. Ba`zan pufaklar ham yuzaga kelib, ular tashqi ko`rinishidan pemfigusni eslatadi. Pufak, pufakcha va yiringchalar ichida gemorragik suyuqlik bo`lishi ham mumkin. Keyinchalik toshmalar qotishi natijasida eroziyalar, qora qo`tir po`stloqlar va boshqalar vujudga keladi. SHilliq qavatlarning zararlanishi juda kam (10%)ni tashkil qiladi. Nikol`skiy simptomi manfiy bo`ladi. Bemorlar qonida hamda pufaklar suyuqligida eozinofiliya kuzatiladi, immunoflyuorensiya yo`li bilan esa bazal membranada immunoglobulin borligi aniqlanadi. Kasallik uzoq davom etib, vaqti-vaqti bilan qo`zib turadi.

Gerpetiform dermatitning katta va kichik pufakli turlari farqlanadi. Katta pufakli turlari tanada, qo`l va oyoqlarning yozuvchi yuzalarida joylashadi. Kichik pufakli turlarida pufakchalar kattaligi moshday yoki no`xatday bo`lib, ular asosan yuz, chov va qo`ltiq osti sohalarida joylashadi. Bemorning umumiy ahvoli engil, o`rta yoki og`ir bo`lishi mumkin. Og`irroq kechgan hollarda bemorning madori qurib, asabiylashadi, organizmda suv va tuz almashinuvi keskin buziladi. Dermatoz ikkilamchi infeksiya bilan murakkablanishi mumkin.

Kasallik diagnostikasida dermatozning yodga bo`lgan sezuvchanligini hisobga olish kerak. Yodning 50% li malhami teriga surtiladi yoki 3-4 % kaliy yoki natriyli yod eritmasi ichiriladi (VAdasson sinamasi). Yodli eritmasi ichirilganda kasallik juda qo`zib ketishi, malham surtilganda esa 24-48 soatdan keyin teri qizarib, yangi toshmalar bo`lishi mumkin. Lekin kasallik zo`riqqan davrida bunday diagnostika usulidan foydalanish yaramaydi, aks holda yomon oqibatlar ro`y berishi mumkin.

Gistopatologiyasi. Epidermis ostida pufaklar va ular ichidagi suyuqliklarda eozinofiliya kuzatiladi. Dermada asosan eozinofillardan iborat infil`trat bo`ladi. Tsank xujayralari topilmaydi.

Taqqoslash tashxisoti

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

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

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

Oshqozon – ichak traktida yuzaga kelgan o`zgarishlarni e`tiborga olib, oziqa rasionida o`simlik oqsillari, ayniqsa bug`doy va boshqa boshhoqlilarni cheklash taviya etiladi. Mahalliy davo choralari anilin bo`yoqlari, glyukortikoid (lorinden, flyusinar, sinaflan, sinalar, selestoderm, dermovayt) va

atibiotikli (eritromisin, streptomisid, levomekol`) malhamlari buyuriladi. Kasallikning oqibati yaxshi bo`lib, ba`zan o`z-o`zidan remissiya holatiga o`tishi va klinik sog`ayish kuzatiladi.

Mavzuning asosiy savollari:

1. Pufakli dermatozlarga ta`rif bering.
 2. Pufakli dermatozlar klassifikatsiyasi.
 3. Akantolitik pemfigus etiologiyasi.
 4. Akantolitik pemfigus patogenezi.
 5. Akantolitik pemfigus turlari.
 6. Akantolitik pemfigus klinik ko`rinishlari.
 7. Akantolitik pemfigus klinikasi.
 8. Vegetasiyalanuvchi pemfigus klinikasi.
 9. Vul`gar pemfigus klinikasi.
 10. Bargsimon pemfigus klinikasi.
 11. Seboreyali pemfigus klinikasi.
 12. Akantolitik pemfigus diagnostikasida laboratoriya ma`lumotlari.
 13. Tsank hujayralariga ta`rif bering.
 14. Akantolitik pemfigus qiyosiy tashxisi.
 15. Akantolitik pemfigusni davolash.
 16. Dyuring dermatitiga ta`rif bering.
 17. Dyuring dermatiti etiopatogenezi.
 18. Dyuring dermatiti klinikasi va laboratoriya tekshirish usullari.
 19. Dyuring dermatiti qiyosiy tashxisi.
- Dyuring dermatitini davolash

Mashg`ulotda qo`llaniladigan interfaol usullar

“Stol o`rtasida ruchka”

Mavzu: Pufakl simptomini bilan kechuvchi kasalliklarni aytib, tayanch belgilari bilan izohlash.

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

Masalan:

Talaba akantolitik pemfigusni tanladi. U quyidagicha tayanch belgilar bilan izohlaydi:

Kasallik kelib chiqishidagi nazariyalar, kasallikning patogenezi, klinik turlari, kasallikda kuzatiladigan asosiy simptomlarga ta`rif berish: Nikol`skiy, Asbo-Ganzen, SHEklakov simptomlari, ichki organlardagi o`zgarishlar, periferik qondagi o`zgarishlar va kasallik oqibatlari.

«Uch bosqichli interv`yu»

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

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

- 13) nima to`g`ri bajarildi?
- 14) Nima noto`g`ri bajarildi?
- 15) Qanday bajarilishi kerak edi?

Afzalliklari:

Dars mavzusi bo`yicha bemorlar bo`lmagan holatlarda ushbu usulni keng qo`llash mumkin. Usul rolli o`yinlarni eslatadi, ammo u uchinchi ishtirokchi – ekspert bilan to`ldirilgan va bir vaqtning o`zida 2-3

klirik variantlar muhokama qilinadi. Bu mashg'ulot mazmunini boyitadi, o'quv jarayonini jonlantiradi va talabning bilim darajasini chuqurroq baholashga imkon yaratadi.

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

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

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

Ko'rik vaqtidagi holati:

Ahvoli o'rtacha og'irlikda, tana harorati 37 ° S terisida. Bulyoz toshmalar aniqlanadi. YUrak tonlari bo'g'iqroq pul's – 90 ta ritmik, qon bosimi 100/60 mmnd ust. Nafas olishi me'yoriy o'pkasida kuchaygan vezikulyar nafas. Jigar, taloq kattalashmagan.

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

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

“Vrach” bemor so'zidan yiqqan barcha ma'lumotlarga e'tibor berishi, klinik belgilarni chuqurroq kuzatishi, Nikol'skiy, Asbo-Ganzen simptomlarini bevosita amalda bajarib, musbatligiga ishonch hosil qilib, bemorni dermatologiya bo'limiga yo'llashi lozim.

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

- Bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi?
- Kasallik tarixi to'g'ri yig'ildimi?
- Bemorni ko'rikdan o'tkazganda toshmalarga e'tibor berilib, vul'gar pemfigus deb to'g'ri tashxis qo'yildimi?
- Bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maqsadida shifoxonaga yo'lladimi?
- Davolashda nimalarga e'tibor berish va davo sxemasini tuzishga tugri yondashildimi?
- Kasallikning klinik turi aniqlandimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

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

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

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1-masala

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

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

2-masala

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

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

3-masala

Bemor 40 yoshda. Qo`l-oyoqlari terisida to`p-to`p bo`lib joylashgan simmetrik papulalar, qavarchiqlar, eroziyalar, po`stchalar aniqlanadi. Bemorni kuchli teri qichishi bezovta qilmoqda. Nikol`skiy simptomi aniqlanmadi. Qon tahlilida va pufak suyuqligida eozinofiliya kuzatiladi.

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

4-masala

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

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

5-masala

Bemor J. 66 yoshda. Qabulxonaga quyidagi shikoyatlar bilan keldi: qo`l-oyoqlari va tana sohasida to`p-to`p guruh joylashgan toshmalar toshishiga, kuchli teri qichishi va umumiy holsizlikka.

Anamnezidan bemor 10 kundan beri kasal. Kasallik qo`l-oyoqlar sohasida kuchli qichishli pufakchalar paydo bo`lishi bilan boshlangan. Bemor o`zicha bu yaralarga 5 % li yodli eritmani surtgan. Kasallik battar avj olib toshmalar ko`payib ketgan. Ko`rgandagi holati: umumiy ahvoli o`rtacha og`irlikda, tana harorati 37,5 ° S, holati notinch, terisida giperemiyalangan yuzada qo`l-oyoqlar, ko`krak sohasida guruh-guruh simmetrik joylashgan pufak, pufakcha, qavarchiq, eroziya papula, po`stchalarni ko`rish mumkin. Nikol`skiy, Asbo-Ganzen simptomlari aniqlanmadi. ECHT – 24 g/soatni tashkil qiladi.

Tashxis qo`ying.

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

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi

Guruxlar o`zaro aloqa qilmasliklari kerak

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo`lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: Pufakli dermatozlar

Keys varianti:

Bajarish shartlari

1. Anamnestik ma'lumotlarni to`plash.
2. Dastlabki diagnozni to`qri qo`yish.
3. Asboblar va laborator tekshiruvlarni o`tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo`yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo`linadi.(3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situaiyani xal etishni tayyorlaydilar

O`qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko'rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to'qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko'rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal

etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oformit qiladilar, o'z to'zatishtlarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezenttsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o'zlarining

taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak. Uni to'xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning

chiqishidan so'ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan echim variantlariga o'z munosbatlaini bildiradilar, optimal

variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtroki asoslangan

bo'lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

“Keys” usulining kullanilishi.

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha.

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi.

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak.

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

5-mavzuga oid testlar

1. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik turlarini ko'rsating.

- A) bargsimon, seboreyali
- B) seboreyali, intertriginoz
- V) Stivens-Djonson sindromi
- G) chaqaloqlarning chilla yarasi
- D) halqasimon, vul'gar

2. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik ko'rinishlarini ko'rsating

- A) Senir Asher sindromi
- B) Reyno sindromi
- V) Stivens-Djonson sindromi
- G) Layell sindromi
- D) Tib'erj – Veysenbax sindromi

3. Akantolitik po'rsildoq yaraning klinik turlarini ko'rsating

- A) vegetasiyalanuvchi
- B) bullyoz toksikodermiya
- V) bullyoz impetigo
- G) bullyoz epidermoliz
- D) halqasimon

4. Akantoliz qaysi simptomning morfologik asosi bo'lib hisoblanadi?

- A) Nikol'skiy simptomi
- B) Pospelov simptomi
- V) Gorchakov-Ardi simptomi

- G) Asbo-Ganzen simptomi
D) Auspits simptomi
5. Nikol'skiy simptomi qaysi dermatozlarning patognomik belgisi hisoblanadi?
A) Layell sindromi
B) Dyuring dermatiti
V) Lever pemfigoidi
G) Stivens-Djonson sindromi
D) Ikkilamchi eritrodermiya
6. Vul'gar pemfigusning asosiy morfologik elementi:
A) intraepitelial pufak
B) subepidermal pufak
V) subkorneal pufak
G) fliktena
D) vezikula
7. Akantolitik pufak hosil qilmaydigan dermatozlarga kiradi:
A) Dyuring dermatiti
B) Ritter kasalligi
V) Layell sindromi
G) Sener Asher sindromi
D) vul'gar pemfigus
8. Vul'gar pemfigus odatda boshlanadi:
A) og'iz bo'shlig'idan
B) boshning sochli qismidan
V) tabiiy burmalar sohasidan
G) qo'l-oyoqlar barmoqlari orasidan
D) genetal a'zolari sohasidan
9. Seboreyali pemfigusni qaysi dermatozlar bilan taqqoslash mumkin?
A) chandiqli eritematoz
B) ko'p shaklli eksudativ eritema
V) zaxm pemfigusi
G) intertriginoz psoriaz
D) mikroblilik ekzema
10. Vegetasiyalanuvchi pemfigusning xos bo'lmagan lokalizatsiyasi
A) tabiiy burmalar sohasida
B) seboriyali sohalarda
V) qo'l-oyoq kaftlarida
G) tizza va tirsak sohalarda
D) yuqori tanglay sohasida

Amaliy ko'nikma

Akantolitik (tsank) hujayralarni tekshirish

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

1. 1 minut davomida materialni metil spirti yordamida fiksatsiya qilinadi, xona haroratida quritiladi va Romanovski Gimza bilan bo'yaladi.
2. Preparatni tayyorlagandan keyin va bo'yalgandan keyin, uni 10x40 marta kattalashtirib mikroskop ostida ko'riladi.
3. Akantolitik hujayralar normal epitelial hujayralardan kamroq yumaloq shaklda, yadrosi katta bo'lib, intensiv binafsha rangga yoki siyoh-ko'k rangga bo'yaladi va sal kam butun hujayrani egallaydi.

№	Akantolitik (tsank) hujayralarni tekshirish	Maksimal ball	To'plangan ball

1	Be'morni ko'ruv uchun tayyarlash	5	
2	Birlamchi toshmani aniqlash	10	
3	Yangi pufak tubi yuzasidan material olinadi va buyum oynasiga kuyiladi	15	
4	1 minut davomida materialni metil spirti erdamida fiksastiya kilinadi	20	
5	Xona xaroratida materialni fiksastiya qilishadi	10	
6	Romanovskiy –Gimze bo'yicha bo'yashadi	20	
7	Mikroskop tagida 10x40 kattaligida preparatni akantolitik xujayralarga tekshirishadi	20	
	Jami	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMning mavzusi: Psoriaz, qizil yassi temiratkini zamoaviy diagnostikasi va davolash tamoyillari
Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

10 mavzu: Terining virusli kasalliklari.

10.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-8nafar
Mashg'ulot shakli	Amaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1. Terining virusli kasalliklari. Oddiy pufakchali temiratki. 2. O'rab oluvchi temiratki. 3. Kontagioz mollyusk. otkir uchli kondilomalar. 4. Tashxis qo'yish asoslari. Davolash.
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarni virusli infeksiyalarda zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o'rgatish, virusli infeksiyalar tasnifini berish .kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari to'risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko'rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish. Status localis bo'yicha tavsiflash, xususiy resteptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini kushishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

6.2. Terining virusli infeksiyalari amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2. Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini	Berilgan topshiriqlarni bajarish.

(5 daqiqa)	tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Mashulotga tayyor bo'lish
1.O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1.“Terining virusli infeksiyalari mavzusiga oid bo`lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og`zaki savol, test, masala. 2.“Akvarium” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“Terining virusli infeksiyalari, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik ko`rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari” og`zaki savol, test, masala. 2.Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3.“Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5.Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: klinik kechishi, diagnostikasi va davolash. Gerpetik infektsiya, STMV infektsiya. Lever pemfigoidi 3.Uyga vazifa beradi: Jinsiy yo`l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

Terining virusli kasalliklari

Klassifikatsiyasi:

7. Oddiy uchuq- Herpes simplex
8. Oddiy uchuq virusi I-tipda –lab, og`iz bo`shlig`i, ko`z, genital soha uchuqlari kuzatiladi.
9. II-tipda genital uchuq va chaqaloqdagi generalizatsiyalashgan uchuq .
10. Varicella Joster- belbog`simon uchuq yoki o`rab oluvchi (herpes zoster)
11. Virus Epshteyna-Barra – infeksiyon mononukleoz va limfoma Berketa.
12. Sitomegalovirus-sitomegaliya.

Oddiy uchuq

Oddiy uchuq virusli teri kasalliklari ichida ko`p uchraydigan kasallik bo`lib, mutahasislarning ma`lumotlariga qaraganda katta yoshdagi odamlar orasida oddiy uchuq 90% ga etadi. Oddiy uchuq virusi boshqa viruslardan farq qilib, u organizmdagi lab saqlanishi ba`zi noxush omillar ta`sir etganda,

ular faollashib kasallikni yuzaga keltirishi mumkin. Aksariyat cho`chish, sovuq qotish, shamollash, gipovitaminoz, ruxiy ta`sirotlar ham viruslarni qo`zg`atib, oddiy uchuqqa sabab bo`ladi.

Klinikasi. Badanning turli qismida teri qizarib, g`uj-g`uj mayda pufakchalar hosil bo`ladi. Kasallik alomati ko`ringo`nga qadar huddi shu joylar sal -pal achishib, qichishadi, biroz sanchib turadi. Oradan bir, ikki kun o`tgach kattaligi tariq donidan tortib, to mosh danagidek keladigan g`uj-g`uj pufakchalar paydo bo`ladi. Ular asosan gipermiyalanib turgan teri yuzasiga toshadi, ichida tiniq suyuqlik bo`ladi. Pufakchalar ichidagi suyuqlik bora-bora loyqalanadi, tortishib og`riydi. Ular tezda yorilib, sarg`imtir, yupqa qora qo`tir bilan qoplanadi. U tushib ketgan joyda yangi po`sichalar paydo bo`ladi. Oddiy uchuq asosan lab burchaklarida, lunjda, burun qanotlarida, og`iz bo`shlig`i shilliq qavatida, ko`z qovoqlarida va jinsiy a`zolarida uchraydi.

Kasallik alomatlari 10-14 kun ichida o`tib ketadi, pufakchalar o`rnida vaqtincha jigar rang dog` qoladi. Ba`zan kasallik qaytalanishi mumkin, bunda: bosh og`riq, harorat ko`tarilishi, darmonsizlik, ishtaha yo`qolishi kuzatiladi. Sovuq qotish, o`ta toliqish, ruhiy istirob, yuqumli kasallik qo`zg`ashiga sabab bo`ladi. Bunda bemor xolsizlanadi, uyqusi buziladi, yangi paydo bo`lgan uchuqlar achishib og`riydi, regionar limfa tugunlar shishadi.

Klinik belgilariga qarab uchuqning bir necha turi farq qilinadi:

1. Engil tez o`tib ketadigan.
2. SHish bilan kechadigan.
3. Og`ir kechadigan.
4. O`rab oluchi yoki belbog`simon uchuqqa o`xshash xili.
5. Tez-tez qaytalanadigan xili.

Gistopatologiyasi. patologik jarayon asosan epidermisda bo`ladi. Bunda eksudativ, alterativ jarayon avj olib, malpigi qavatida pufakchalar chiqishiga olib keladi, akantoliz kuzatiladi. Derma deyarli sezilarsiz o`zgarib, so`rg`ichsimon qavatdagi tomirlar kengayadi va ular atrofi biroz yallig`lanadi.

Diagnozi. Kasallik odatdagidek kechganda tashxis osongina qo`yiladi. Pufakchalar jinsiy a`zolarida bo`lsa, yorilib, mayda eroziyalar hosil qiladi, ko`pincha birlamchi zaxmga o`xshab ketadi, ammo achishib og`rib turishi, inkubasion davrning qisqaligi, chov limfaadinitining yo`qligi hamda treponemalarning topilmasligi, uchuqni zaxmdan ajratib olish imkonini beradi.

Davosi. terida paydo bo`lgan pufakchalar eroziyalangan mayda yara –chaqalarga anelin bo`yoqlari, metilin ko`ki, birlant yashili, kostelani bo`yog`i surtiladi. Qora qo`tir bo`lgan joyda yoriqlar eroziyalarga 3-5 %li oq simob mazi, sintamitsin emulsiyasi 1-3 %li oksalin, interferon, bonafton, gossipol, florenal mazlari surtiladi. Namlangan sohalarni quritish va dizenfeksiyalash uchun 1-4 %li kumush nitrat, 1-2 %li pioktanin eritmaları ishlatiladi. Og`iz bo`shlig`i yallig`langanda borat kislotasi, vadarod peroksid, kaliy permanganat, etokridin laktat, bikorbanat natriy eritmaları bilan chayqab turish buyuriladi. Ikkilamchi infeksiya qo`shilganda antibiotiklar buyuriladi. Maxsus davodan tashqari simtamati immunostimul`yar va umumiy davo choralari ko`riladi.

Asiklovirni tabletka yoki malham holida qo`llash davolash samarasini oshiradi. Timolin 10-30mg dan, Taktivin 80-100 mg dan 1 davo kursiga 8-10 in`eksiya, Splenin 1 ml dan, Prodigiozon 0,5 ml dan muskullar orasiga yuborish, Eleuterokokk, Levamizol ichishga buyuriladi. Tanosil a`zolaridagi uchuqqa qarshi immunoglobulin 3 mldan 3-4 kun oralatib, 5-7 in`eksiya hamda har 7 kunda 1 mahal jami 5 in`eksiya o`ldirilgan gerpetik vaksina qilinadi.

O`rab oluvchi yoki belbog`simon uchuqni fil`tirlanuvchi neyrotrop virus qo`zg`atadi. Kasallikning inkubasion davri 7-8 kun, mustaqil yoki biron bir boshqa kasallik asorati sifatida namoyon bo`lishi mumkin.

Klinikasi. Badanning muayyan bir nervi yoki nerv tarmoqlari bo`ylab gipermiyalangan sohaga pufakchalar toshadi. Toshmalar aksariyat tananing bir tomoniga toshadi. Toshmalar toshishidan oldin, bemorning ko`ngli behuzur bo`lib, boshi og`riydi, biror nerv simvoli bo`ylab tutib turadigan og`riq hamda xuddi shu joylarning achishib turishi kuzatiladi. Pufakchalar po`sti qattiq bo`lib, ichi tiniq suyuqlikka to`lib turadi, bora-bora suyuqlik loyqalana boshlaydi. Pufakchalar bir –biriga qo`shilib, qator joylashadi, ular atrofi gipermiyalanib, qizarib turadi.

Klinik belgilariga qarab quyidagi turlari farq qilinadi.

6. Engil

7. Gemoragik- bunda avvaliga pufakchalar ichi loyiqalanib, qon yiring boylaydi, natijada pufakchalar qon bilan to'lib qoladi.
8. Gangrenoz- yara-chaqa , nekroz, gangrenoz holatlar kuzatiladi.
9. Bullyoz – bunda pufaklar va pufakchalar uchraydi.
10. Tarqalgan - generalizasiyalangan xili .

Pufakchalar ko'z, quloq, qovurg'alararo nervlar shuningdek bo'yin, bel nervlari va nerv tarmoqlari bo'ylab toshadi. Toshmalar og'iz (2-3 shoxli nerv), lab va tanglay shilliq qavatiga toshganda aksariyat yuz va bo'yin terisi ham zararlanadi. Ko'z sohasiga uchuq chiqishi juda xavfli. Uchuq toshgan soha qattiq tortishib og'riydi, pufakchalar yorilib, yara-chaqa, eroziyalar, qo'ng'ir sariq qora qo'tir po'stlar hosil bo'ladi. 2-3 haftada kasallik alomatlari yo'qolib, bemor tuzaladi, ba'zan pufakchalar davriy ravishda yangidan toshib turishi mumkin. Jarohat tuzalib ketgach xuddi shu joylarda muskullar parezi va nevrалgiya seziladi. Pufakchalar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar og'ir formalarida esa, chandiqli yoki atrofiyali o'zgarishlar qoladi. Sovuqotish, grip, sil, saramas, zaharlanish aksariyat limforganulematoz, xavfli o'smalar, leykoz, o'rab oluvchi uchuqning avj olishiga sabab bo'ladi. Bunday holat yilning bahor va kuz oylarida ko'p uchraydi. Kasallik asosan katta yoshlarda kuzatiladi. Pufakchalar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar, og'ir formalarda esa chandiqli yoki atrofiyali o'zgarishlar qoladi.

O'rab oluvchi uchuq. sovuqotish, gripp, sil, saramas, zaharlanish, aksariyat limforganulematoz, xavfli o'smalar, leykoz o'rab oluvchi uchukning avj olishiga sabab bo'ladi. Bunday holat yilning baxor va kuz oylarida ko'p uchraydi. Kasallik asosan katta yoshlilarda kuzatiladi; 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda kamdan-kam uchraydi.

Pufakchalar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar, og'ir formalarida esa chandiqli yoki atrofiyali o'zgarishlar qoladi.

Gistapatologiyasi. Epidermal hujaralarning ritikul'yar degenerasiyasi, hujayralari ichida virusli kiritmalar , nerv tolalarida degenerativ o'zgarishlar; so'rg'ichsimon qavat hujayralari shishi, kengayishi, o'tkir yallig'lanish hamda gistiosit, fibroblast, limfosit va lekositlardan iborat polimorf hujayrali infilt'rat kuzatiladi.

Diagnozi. Uchuqning bu turiga diagnoz qo'yish uncha qiyin emas pufakchalarning ma'lum bir nerv yo'li bo'ylab joylashishi achishib, qattiq og'rishi uni oddiy uchuqdan va boshqa kasalliklardan ajratib olish imkonini beradi.

Davosi. Kasallik engil kechganda xech qanday davosiz ham o'tib ketadi. Interferon, Metesazon, Kutizon, Interferonagen kabi dorilar bilan birga salisilatlar, analgetiklar ishlatiladi. Bemorning yoshiga qarab Rozerin qo'llash yaxshi naf beradi. Gemoragik va gangrenoz xillarida Amidoperin, butadion, Reopirin vitaminlar (V1,V5,V6,V12,S), autogemoterapiya, gammaglobulin, antibiotiklar(penisillin, levomisitin, ampisillin) buyuriladi. Sollyuks, ul'tratovush, ul'trabinafsha nurlar, bo'yin simpatik tugunlari sohasiga diatermiya. Bernar diadinamik toki fizioterapevtik muolajalarni qo'llash maqsadga muvofiq. Qattiq og'riqni bosish uchun novakainli elektroforez, sirkulyar blokada 50% li interferon mazi bilan fonoferez qilinadi. Tarqoq xilida kortikosteroidlar prednizalon , deksamentazon, triamsinolon (15-20 mg dan kuniga) qilinadi. O'tkir formalarida yaramaydi. YAllig'lanishga qarshi va dezinfeksiyalovchi pasta, krem 1-2 % li oksolin mazi, 5 %li "Florenal", 20-25 % li interferon "Lorinden S", "Dermazolon" va spirtli anilin eritmalari ishlatiladi. Ayniqsa virusga qarshi mazlarni (Gossipol, tebropfen, bonafton) anilin bo'yoqlari bilan almashtirib buyurish yaxshi naf beradi. SHuningdek asikloveni tabletka yoki malham hoida qo'llash yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Iloji boricha bemorlar bilan yaqin muloqotda bo'lmaslik, intoksikasiya va sovuqotishdan saqlanish zarur.

YUqumli mollyusk (molluscum contagiosum)

YUqumli mollyusk bolalarda uchraydigan yuqumli kasallik.

Etiologiyasi va patogenez. Kasallik qo'zg'atuvchisi fil'tirlanuvchi virus bo'lib, u ma'lum viruslarning eng kattasi hisoblanadi. Aksariyat bog'cha, kichik maktab yoshdagi bolalar (3-7 yosh) kasallanadi. Ularga kasallik to'g'ridan-to'g'ri virus tashuvchidan yoki umumiy sochiq, vanna, idish-tovoq, o'yinchoq va boshqalardan foydalanganda yuqish mumkin. Kasallik bolalar muassasasida birdan tarqalib ketishi mumkin.

Klinikasi. YUz, ikki ko'z atrofi, bo'yin, ko'krak, qo'l panjasi, qorin sohasi, jinsiy a'zolarning ko'z ilg'amaydigan terisida, ba'zan badan terisining kattagina qismida yasmiqdek keladigan mayda-mayda tugunchalar paydo bo'ladi. Bu tugunchalar sog'lom teri rangida, o'rtasida kindikka o'xshab bosilgan yassi shaklda berch bo'lib, og'rimaydi. Ikki yon tomondan siqib ko'rilsa, mollyusk tanachalari deb ataladigan muguzlangan epiteliy hujayralaridan iborat bo'tqasimon massa chiqadi. Ba'zilar teri satxidan sal osilibroq turadi, uni oyog'ida o'tirgan mollyuska tugunchalari deyiladi. Ba'zan tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib katta-kichik molyusklar hosil qiladi.

Diagnozi. Diaqnoz tez va aniq qo'yiladi, odatda uni o'smirlar so'gali bilan taqqoslab ko'riladi. YUqumli mollyusk tugunchalari anatomik pinsetda qattiq qisib ko'rilganda, ichidan xuddi suzmaga o'xshash massa ajralib chiqadi; mikroskopda ko'rilganda, katta-katta oval protoplazmasida kiritmalari bor xujayralar topiladi. (mollyuskli tanachalar). O'smirlar so'galining o'rtasida kiprikka o'xshash botiqlar bo'lmaydi; yuqumli mollyusk qo'l-oyoq kaftlari hamda tovonda uchramaydi.

Davosi. Tugunchalar pinset bilan siqib tashlanadi yoki o'tkir uchli Fol'kman qoshiqchasi bilan qirib olinadi; o'rni 2-3 %li yod eritmasi bilan artiladi. 3% li oksolin, interferon malhamlari surtiladi. Ba'zan diatermokoagulyasiya, krioterapiya qo'llaniladi.

Kasallikning oldini olish maqsadida uni vaqtida aniqlash va davolash muhim; bemor bolalar muassasasidan ajratib qo'yiladi.

O'tkir uchli kandiloma (CONDILOMATA ACUMINATA)

Teri va shilliq qavatlarining doimiy ishqalanadigan qisimlarida paydo bo'ladigan so'galsimon o'smalar.

Etilogiyasi va patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchisi Popova guruhiga mansub papillomatoz-akantomatoz fil'trlanuvchi virusidir. U o'zining ko'pgina belgilari bilan oddiy va o'rab oluvchi uchuq virusiga o'xshab ketadi. SHaxsiy gigienaga rioya qilmaslik, surunkali nospesifik yallig'lanish, trixomonoz, kandidoz, xlamidioz, ureaplazmoz kabi kasalliklar o'tkir uchli kandilomaning avj olishiga sabab bo'ladi. Jinsiy muloqot vaqtida ham yuqib qolishi mumkin. Aksariyat 20-40 yoshdagilar va undan kattalar kasallanadi, bolalarda juda kam kuzatiladi. Inkubasion davri 7-8 haftadan 9-10 oygacha.

Klinikasi. O'tkir uchli kandiloma ko'pincha bemorning jinsiy a'zolari atrofida, olat kертmagida, anus sohasida, qo'l'tiqda, ayollarning jinsiy uyatli lablari va qin qirrasida, ko'krak bezi ostida uchraydi. Ayrim vaqtlari siydik kanalining oldingi sohasi shilliq qavatida ham kuzatiladi. Dastlab shu sohalarda uncha qattiq bo'lmagan mayda pushti tugunchalar paydo bo'ladi, ular qo'shilib, gulkaramni yoki xo'roz tojisini eslatuvchi yumshoq so'rg'ichsimon o'sma hosil qiladi.

O'tkir uchli kandilomaning ba'zi elementlari bir ingichka asosga (oyoqqa) jamlangan bo'lib, yuzasi namlanib turuvchi kepaklar bilan qoplanadi va undan qo'lansa hid kelib turadi. Ishqalanish natijasida achishib, qichishib turadi, yara-chaqalanib eroziyalanadi. Eroziyalanib yara-chaqalangan o'smalar biroz qon chiqarib turadi. O'smalarni tirnab turilsa quyuuq massali ajralma chiqadi.

Diagnoz. O'tkir uchli kandilomaga diaqnoz qo'yish uncha qiyin emas. Asosan zaxmdagi serbar kadilomalarga taqqoslanadi. Zaxmdagi kandilomalar tekshirilganda ko'plab oqish triponemalar topiladi hamda serologik reaksiyalarning barchasi musbat bo'ladi. Kamdan-kam hollarda bir bemorning o'zida ham serbar, ham o'tkir uchli kandilomalar bo'lishi mumkin.

Davosi. O'tkir uchli kandilomalar asosan kuydiriladi. Diatermokoagulyasiya, krioterapiya, elektroinsiziya qo'llaniladi. Kaliy permanganatning o'tkir eritmasi, uch xlor sirka kislotasi, podofillinning 20%li spirtidagi eritmasi ferezol kabi kuchli eritmalar bilan kuydiriladi. Rezorsinning tal'k bilan 1:1 aralashmasi, kolhamin mazlari buyuriladi. O'tkir uchli kandilomalar kam bo'lsa, o'tkir uchli Fol'kman qoshiqchasi bilan qirib olib tashlanadi.

So'gallar (VERRUCAE) So'gallar terida paydo bo'ladigan yuqumli xavfsiz o'smalar. Aksariyat bolalar va o'smirlar orasida keng tarqalgan. Popova turkumiga mansub fil'tirlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. Quzg'atuvchisining xususiyatlariga qarab akantomatoz, papilomatoz va kritma (vakuola) hosil qiluvchi shtamlari bor. So'gallar kattaligi bir necha millimetrdan 1-2sm keladigan epidermal o'smalar. Kasallik yuqumli bo'lib, sog'lom odamga bemordan to'g'ridan-to'g'ri muloqotda bo'lganda yoki bemorning ro'zg'or buyumlari orqali yuqib qoladi. Odam terisidagi yara-chaqalar, tirnalishlar, ishqalanishlar, suv-lipid almashinuvining buzilishi so'gal toshishiga moyil qilib qo'yadigan omillardandir. Barcha yuqumli kasalliklarda kuzatilgandek so'gallarda ham inkubasion (bir necha haftadan 2-3 oygacha), prodromal, toshmalar chiqishi, susayish va tuzalish

kabi davrlari bor. So'gallar joylashishi, qo'zg'atuvchisi va ko'rinishiga qarab turlicha bo'ladi:

1. Oddiy so`gallar.
2. O`smirlarning yassi so`gallari.
3. Oyoq kafti so`gallari.
4. Keksalar so`gallari ajratiladi.

Oddiy so`gallar yallig`lanishga aloqasi yo`q tugunchalar ko`rinishida bo`lib, kattaligi tariq, ko`pi bilan no`xat donidek keladi, zich, yarimsharsimon yoki yassi shaklli, normal teri rangida yoki qoraroq bo`ladi. Ularning yuzi giperkeratoz tufayli notekis. Qo`l panjasining orqa yuzasi, kaft, yuz va badanning boshqa joylarida eng ko`p uchraydi. Ular odatda og`rimaydi, lekin tirnoq bolishlarida bo`lsa, ishqalanish tufayli og`rib turishi mumkin.

Davosi. Psixoterapiya, gipnoz yaxshi naf beradi. Elektrokolgulyasiya, diatermokoagulyasiya, krioterapiya, suyuq azot, uchxlorsilka kislotasi bilan kuydirish buyuriladi. 2% li oksolin, 1-3 li "Florenal", gossipol bilan Fovler eritmasi (40% fenol, 60% trikrezol) va interferon, kolxisin moddalar bor malhamlar ishlatiladi.

O`smirlarning yassi so`gallari- teri damidan ko`tarilib turadigan och pushti sarg`ish rangdagi maydamayda epidermal o`smalardir, ularning yuzi odatda silliq bo`ladi. YUzda (lunj, peshona, engakda) bo`yinda, qo`l panjasining orqa yuzasida uchraydi. Ba`zan so`gallar qator bo`lib joylashadi, o`smirlarning yassi so`galiga diagnoz qo`yish qiyin emas.

Oyoq kafti so`gallari. Oyoq kafti terisining eng ko`p bosilib turadigan joylarida paydo bo`ladi. YUrgan vaqtda bezillab turadi va rangi sarg`imtir jigarrang shaklli yumaloq yoki aval kattaligi tangadek keladigan teri qalinlashmasidan iborat bo`lib, qadoqlarga o`xshab ketadi. Bu so`gallar so`rg`ichli o`simtalari (okantoz, papilomatoz, giperkeratoz) borligi bilan qadoqlardan farq qiladi. Poyafzalni noto`g`ri kiyish, tovonning chaqalanishi va gipergidroz oyoq kafti so`gallariga sabab bo`ladi.

Keksalar so`gallari - yoshi 40dan oshgan odamlarda tana bo`yin va yuzda kul rang, jigar rang yoki qora usti yog` bilan qoplangan dog`lar ko`rinishida vujudga keladi.

Davosi. Suyuq azot eritmasi (krioterapiya) kolhamin malhami ishlatiladi, podofillinning 10-20 % eritmasi surtiladi. Quyidagi kuydiruvchi modddalar aralashmasini qo`llash mumkin:

Rp Ac. salicylici 1,0

Ac. acetici 9,0

Collodi elastici 10,0

M.D.S cirtga surtish uchun.

Ikki hafta davomida 50 R dan rentgen nurlari berish, elektroakustika qilish, muz sirka kislotasi, Fovler eritmasi surtish, hadeganda tuzalavermasa jarrohlik yo`li bilan olib tashlash tavsiya etiladi.

OITS

Dunyoda kasallanganlar 50 millionga, OITS dan bir yilda ko`z yumganlar soni 3mln ga yaqinlashib qolgan bo`lsa, mustaqil hamdo`stlik davlatlarida ham OITS yildan yilga oshib bormoqda va 2005 yilgacha bu qo`shni davlatlarda yuktirib olganlarning soni 4 mln ga etishi mumkin. Respublikamizda esa 2003 yil avgustgacha ro`yxatga olingan OITSni yuktirganlar soni 3000taga etadi va u barcha xududlarda kayd kilindi.

Etiologiyasi. Odamlarda OITS bilan kasallanishini, asosan, OITV-1 va OITV-2 retroviruslar olib keladi. Virus genomi yaxshi o`rga-nilgan bo`lib, uning kattaligi 100-200 mikron va u ko`payish jaryonida 9ta asosiy antigenlar strukturasi tashkil kiladi.

Patogenezi. OITS ni patogenezi ham yaxshi o`rganilgan. Virus tirik xujayra-lar ichida kupayadi va ular munosabatida bir necha bosqichlar ajratiladi:

1. Virus xujayraga bog`lanishi.
2. Virus echinishi va xujayraga kirishi.
3. Virus ko`payishi va tarkibida antigenlar va boshka moddalar hosil bo`lishi.
4. Xujayra genomi ichiga virus genomini joylashishi. Normal ishlab turgan organizmga tushgan viruslarni kup yillar immun sistema bosib turadi, lekin asta-sekin immun tizimi virusga qarshi kurashish xususiyatini yukotadi va bu organizmda virus to`siqsiz ko`paya boshlaydi.

YUqish yo`li

OITV organizmga jinsiy aloqa, parenteral muolajalar (nosteril igna, shipris va boqa asbob uskunalarini qo`llash), qon va uning o`rnini bosuvchi dorilarni qo`llash, a`zo va to`qimalarni ko`chirib o`tkazish vaqtida yuqadi.

OITS bilan ogʻrigan bemorlarning koʻpchiligini gommio va biseksuallar, fohishalar, norkamanlar, shu kasallikni qoʻzgʻatuvchi virus bilan zararlangan donnorlardan qon va uning mahsulotlarini qabul qilgan shaxslar – respientlar va boshqalar tashkil etadi. Organizmga kirgan OITV limfositlarning funksional aktivligini pasaytirib, limfopeniya va immun sistemasi tanqisligiga olib keladi.

Epidemiologiyasi.

OITS oʻta xavfli yukimli antroponoz kasallik va u bemordan yoki OITS virusini tashib yuruvchi shaxslardan sogʻ odamga yuqadi.

OITS virusining yuqish yoʻllari:

- jinsiy aloka orkali (vaginal, anal, oral, gomoseksual yoki geteroseksual),
- parenteral zararlangan qon va qon mahsulotlari orkali (pshris va asbob-uskunalar)
- bemor onadan homilaga (tugʻilish vaktida) yoki bolaga (ona suti orqali).

OITS virusi jaroxatlanmagan teri va shilliq qavatdan oʻtmaydi.

Klinik koʻrinishi

OITSning kechishi 5 davrga ajratiladi:

1. Kasallikning oʻtkir davri.
2. Belgilarsiz - tashuvchilik davri.
3. Persistik generalizasiyalashgan - limfadenopatiya davri.
4. OITSGa assosiasialangan kompleks davri.
5. OITS.

Uzbekistonda OITS klinikasini yoritishga va yordamni rejalashtirishda koʻprok V.I.Pokrovskiy (1989 i.) bergan kasallik tasnifi qoʻllaniladi va u boʻyicha:

2. Inkubasion davri.

2. Birlamchi belgilar davri:

A. Oʻtkir isitmalik fazasi.

B. Kasallikning belgilarsiz fazasi.

V. Qaytalanuvchi tarqoq limfadenopatiya fazasi.

Z. Ikkilamchi belgilar davri:

A. Tana vaznining 10% dan kam miqdorini yoʻqotish, teri va shillik qavatlarni zamburugʻ, bakteriya va viruslar tomonidan shikastlanishi, oʻrab oluvchi temiratki, sinusitlar va kaytalanuvchi faringitlar kuzatilishi.

B. Tana vaznining 10% dan koʻprogʻini yoʻqotish, 1 oydan ortik; sababsiz diareya va isitmalash, tilning «tukli» leykoplakiyasi, oʻpka sili, ichki aʼzolarning bakteriya, zamburugʻ, virus, sod-da parazitlar tomonidan jaroxatlanishi (disseminatsiyasiz) yoki teri va shillik; qavatlarning chukur jaroxatlanishi, disseminatsiyalangan oʻrab oluvchi temiratki, maxalliy Kaposhi sarkomasi.

V. Bakteriya, virus, zamburugʻ, sodda parazitlar tomonidan chaqirilgan turli xil tarkalgan kasalliklar, pnevmo-sistli zotiljam, qizilungach kandidozi, atipik mikobakterioz, oʻpkadan boshka aʼzolarida uchraydigan sil kasalligi, tarqalgan Kaposhi sarkomasi, turli xil sabablarga koʻra markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

4. Terminal davri.

YUkorida bayon etilgan klinik belgilardan tashqari OITSni borligini quyidagi taxliliy oʻzgarishlar tasdiklaydi:

- T-xelperlar qondagi sonining kamayishi;
- T-xelperlarning T-supressorlarga nisbati kamayishi;
- kamqonlik yoki leykopeniya, trombositopeniya, limfopeniya;
- qon zardobida A- G-immunoglobulinlar miqdorining oshib ketishi;
- qonda aylanib yuruvchi immun birikmalar miqdorining oshishi;
- mitogen (immunostimulyator) taʼsirida limfositlarning yadroviy uzgarish xususiyatining kamayishi;
- terining antigenga nisbatan sekinlashgan tipdagi, yuqori sezuvchan allergik reaksiyasi.

Amaliyotda OITSGa gumon qilish uchun mujassamlashgan belgilardan ikkita va undan koʻprok klinik va taxliliy koʻrsatkichlar boʻlishi kerak.

Davosi.

OITS kasalligining klinik kechishiga, davriga karab antiretrovirusli (zidovudin, azidotimidin, didanozin, zalʼsita-bin, stavudin, lamivudin, neviralin, lavirid, idinavir, ritonavir), simptomatik va patogenetik davo olib boriladi.

Genital herpes

Kasallikning yuqish yo'li jinsiy yo'l bilan. Kasallik bilan zararlanish qachonki jinsiy sherikda infeksiya o'chog'i borligi va infeksiyani residivlanishi bilan kechadi.

Genital gerpising Asimptom formasi ko'proq tarqalgan.

Klinika.

- Birlamchi genetal herpes- VPG bilan qontakda bo'lmagan kishilarda uchraydi. Genital va ekstrogenetal zararlanish bilan harakterlanadi. Ko'pincha proses katta va kichik jinsiy labda, qin va bachadon bo'yni shilliq qavatida, jinsiy olat boshchasi va siydik chiqarish kanalida kechadi.

Inkubasion davrning 1-5 kunlarida zararlangan sohada og'riq, qichish, ajralma ajralishi kuzatiladi. 60 % bemorlarda temperatura ko'tarilishi, bosh va mushaklarda og'riq kuzatiladi. 23% bemorlarda qov va son sohasi limfa tugunlari kattalashadi. Zararlangan sohada deametri 1-3 mm kattalikdagi qizargan terida serozli pufakcha

kuzatiladi. Pufak boshlanishida tiniq keyinchalik loyiqali, yiringli bo'ladi. Pufak yorilgandan so'ng ochiq qizil eroziya hosil bo'ladi, yupqa parda bilan qoplangan bo'lib, jarohat sohasida tuzalgandan so'ng chandiq qolmaydi, lekin vaqtinchalik qizarish yoki pigmentasiya qoladi. Kasallik davomiyligi o'rtacha 10-12 kun.

Siydik chiqarish kanali kasallik bilan zararlanganda, to'satdan shiliqli ajralma ajralishi kuzatiladi, rangi rangsiz. Bemorlar siydik chiqishi qiyinligiga og'riqqa, tashqi jinsiy a'zolarida qichishish, achishishga shikoyat qiladilar. Kasallik belgilari 1-2 haftadan so'ng yo'qoladi. Ko'p bemorlarda kasallik bir necha hafta yoki bir necha yildan so'ng qaytalanishi mumkin.

Ikkilamchi genetal herpes. Kasallik engil kechib, tuzalish tez kuzatiladi. Toshmali elementlar kam kuzatiladi. Birlamchi genetal genetal gerpisinga qaraganda ikkilamchi genetal gerpesning ritsidivlanishi erta va tez.

Diagnostika. Virusologik va bachadon bo'yni rakiga tekshirish shart. Ikkilamchi genetal garpes jinsiy olat boshi rakiga olib keladi.

Davolash.birlamchi genetal gerpesni davolashda 5 %li asiklover mazi yoki kremi mahalliy surtiladi. Asiklaver tabletka 200mgdan kuniga 5 mahal 5 kun davomida ichishga yoki tana vazniga qarab, 5 mg xar 8 soatda 5 kun davomida tomir ichiga qilinadi, Banoftana , Tebrofena yoki Oksalin mazi kuniga 6 marta 15-20 kun davomida surtiladi. Immunostimulyatorlar qilinadi. Uretra zararlanganda interferon tomchilash, eroziyada interferon, biferon primochkasi yoki supozitori qo'llaniladi.

Genetal herpes qaytalanishida

tashqi 5 %asiklover kremi kuniga 5 marta 10 kun davomida, immunostimulyator.

Yiliga ikki kundan ko'p qaytalanadi- asiklover berish davom ettiriladi.100mg 4-5 marta

Mashg'ulotda qo'llanadigan interfaol usullar

Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish

Maqsad: Guruh talabalarining barchasini ishtirok etish darajasini oshirish, ularga bir-biridan o'rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari:

Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan alohida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan, har bir kichik guruh 30 minut davomida uchta topshiriqni tahlil qiladi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik guruh (2-3 kishi) 19 minut davomida muhokama qilib o'z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o'tadilar, shu tariqa davom etadilar. Har bir guruh o'zining rangli flomasterini oladi. 1- guruh – ko'k, 2 – guruh – qora, 3- guruh – yashil. Haar bir qog'oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo'lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib bajariladi. Guruh o'zidan oldingi guruh bergan javoblarni o'qib qo'shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo'lmasligi kerak. VAna 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o'tadilar, qog'ozni o'qib o'zlarining javoblari bilan to'ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

Misol:

1) Genetal herpes etiologiyasi klinikasi davolash.

2) Kantagioz mollyusk etiologiya klinika, davolash, diagnostika.

3) O`tkir uchli kandiloma etiologiyasi klinikasi, qiyosiy tashxisi, davolash.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir guruh bergan javobni baholashda qulay hisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo`yilib to`g`ri javoblarni sanashda qulay hisoblanadi. Eng ko`p javoblarni bergan kichik gurux maksimal ballarni olishadi.

“Akvarium”

Maqsad: talabalarning mavzu bo`yicha bilimlarini tez, aniq bayon etishga o`rgatish.

Bu uslubning afzallik tomonlari:

- Mavzu o`rtada muhokama qilinadi.
- Mavzuni ochib beradi.
- Talabalarning bilimini tekshiradi.
- Diskussiya qilish tajribasi oshadi.
- O`yin usulida o`tkaziladi.
- Hamma talaba ishtirok etadi.

Asosiy tamoyillari:

Bunda guruhdan 3 kishi tanlanib o`rtaga qo`yiladi, ular – “baliq” bo`lsa, qolgan talabalar kuzatuvchilar bo`ladi. O`rtadagi talabalar 1 minut ichida javob topsa, ular o`rniga boshqa uchlik o`tiradi.

Misol: O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro`yxati:

1. Terining virusli dermatozlariga qaysi kasalliklar kiradi?
2. Oddiy pufakli temiratining qo`zg`atuvchisi va klinik davrlari.
3. Genital herpesning qo`zg`atuvchisi va yuqish yo`llari.
4. O`rab oluvchi temiratining klinik turlari.
5. O`rab oluvchi temiratini davolash.
6. Kantagioz mollyusk asosiy klinik belgilari va laboratoriya tekshiruvi.
7. So`gallar qo`zg`atuvchisi va klinik turlari.
8. Virusga qarshi dori preparatlariga misol keltiring.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan ularni ish daftaringizga yozma ravishda bajaring.

1-masala

Bemor K. 32 yoshda. Perianal sohasi terisida ko`rinishi “gulkaramga” o`xshash tor oyoqchasi bor so`galsimon o`simtalar aniqlandi. VR – manfiy, Tsank hujayralari yo`q.

1. Tashxis qo`ying.
2. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?
3. Davolash sxemasini rejalashtiring.

2-masala

5 yoshli bolaning yuz, bo`yin, barmoqlar yon yuzalarida diametri 5-7 mmli yarimsharsimon shaklli o`rtasi kindiksimon botiqli, marjon kulrang tusli tugunchalar aniqlandi. Sub`ektiv belgilar yo`q.

1. Tashxis qo`ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini o`tkazish lozim?
3. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?

3-masala

Bemor 23 yoshli erkak. Qov sohasi va qorindan pastki sohada kantagioz mollyusk aniqlandi.

1. Bu patologiya uchun qanday toshmalar xos?
2. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?
3. Davolash sxemasini rejalashtiring.

4-masala

62 yoshli bemorning chap ko`krak sohasi qovurg`alararo nerv yo`nalishi bo`yicha giperemiyalangan yuzada guruhlashgan to`p-to`p bo`lib joylashgan pufakchalar paydo bo`lgan. Toshmalar chiqishi xurujsimon og`riqlar, qaltirash bilan birga kelgan.

1. Tashxis qo`ying.
2. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?

3. Davolash sxemasini rejalashtiring.
4. Kasallikning qo`zgatuvchisini ayting.

5-masala

Bemor 35 yoshda. SHamollashdan keyin, labning qizil hoshiyasida qizarish, shish paydo bo`ldi. 2 kundan keyin guruhlashgan mayda pufakli ichi seroz suyuqlik bilan to`lgan toshmalar paydo bo`ldi. Achishish, biroz og`riq bezovta qiladi.

1. Tashxis qo`ying.
2. Davolash sxemasini rejalashtiring.
3. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin?

10-mavzuga oid testlar

1. Terining virusli kasalliklariga kiradi:
 - A) qontageoz mollyusk
 - B) tugunli eritema
 - V) qichima
 - G) skrofuloderma
 - D) saramas
2. Terining virusli kasalliklariga kirmaydi:
 - A) po`stloqli temiratki
 - B) o`rab oluvchi temiratki
 - V) oddiy pufakli temiratki
 - G) so`gallar
 - D) kantagioz mollyusk
3. Vul`gar so`gallarga xos belgi:
 - A) giperkeratoz
 - B) o`tkir yallig`lanish
 - V) tez rivojlanishi
 - G) gipodermal tugunlar hosil qilishi
 - D) kuchli qichish bo`lishi
4. Vul`gar so`gallarga xos bo`lmagan belgi:
 - A) o`tkir yallig`lanish
 - B) qichish bo`lmasligi
 - V) sekin rivojlanishi
 - G) giperkeratoz
 - D) epidermal tugunchalar hosil qilishi
5. Terining virusli dermatozlariga kiradi:
 - A) o`tkir uchli kandiloma
 - B) keng serbar kandiloma
 - V) kepaklanuvchi temiratki
 - G) po`stloqli temiratki
 - D) skrofuloderma
6. O`tkir uchli kandilomaning qo`zg`atuvchisi:
 - A) Papova guruhiga mansub viruslar
 - B) herpes virus
 - V) oddiy herpes virusi
 - G) SMV
 - D) chin chechak virusi
7. Kantagioz mollyusk bu - ...
 - A) papula
 - B) eritema
 - V) putula
 - G) vezikula
 - D) yara

8. VICH ko`p miqdorda bo`ladi:
 A) vaginal suyuqlikda
 B) qonda
 V) spermada
 G) ona sutida
 D) bittasidan tashqari hammasi to`g`ri
9. VICHning asosiy yuqish yo`li?
 A) jinsiy aloqa orqali
 B) transfuzion yo`l bilan
 V) in`eksiyalar orqali
 G) maishiy xizmat ko`rsatish yo`li bilan
 D) bittasidan tashqari hammasi to`g`ri
- 10.OITSda xavfli guruhlar:
 A) biznesmenlar
 B) uy bekalari
 V) narkomanlar
 G) xizmatchilar
 D) somatik kasallikka chalinganlar

Amaliy ko`nikma

Virusli kasalliklarga qarshi ishlatiladigan dori preparatlarini qo`llash usuli

(Oddiy herpes) ni davolash

- 1) Virusga qarshi preparatlar aniqlovchi 200ml kuniga 5 mahal 7-10 kun ichiga.
 YOki asiklovir 400ml kuniga 4 mahal 7-10 kun ichishga
 - vasiklovir 500 ml kuniga 2 mahal 7-10 kun ichiga
 - interferon induktorlari va virusga qarshi preparatlar (proteflazid, sikloferon, neovir, poludan, pirogenal, pro-digiozan, megasin, larifan va boshqalar)
- 2) Immunomodulyatorlar (levamizol, T- aktivin, timalin, timoptin, timozin immunomodulin va boshqalar)
- 3) Gerpetik vaksina
- 4) Mahalliy davolashda qo`llaniladi.
 - ekssudasiya holatlarida 3% li borat kislotasi eritmasi, 1%li tanin eritmasi kuniga 3-4 mahal.
 - Keyin jarohat sohasiga 2-5%li yod, kastellani bo`yog`i yoki brilliant ko`kning 1-2 %li spirtli eritmasi surtiladi.
 -Jarohat sohasiga virusga qarshi malhamlar ham ishlatiladi -3-5 %li malhamlar krem zaviraks, viroleks, asiklostad, gerpevir, 0,25-3% oksolin malhami kuniga 3-5 mahal 10 kun davomida.

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: OITSni klinik kechishi, diagnostikasi va davolash. Gerpetik infektsiya, STMV infektsiya. Lever pemfigoidi
 Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentasiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

11-mavzu: OIV/OITS.

11.1 Ta`lim berish texnologiyasining modeli

Mashg`ulot vaqti -	Talabalar soni-8nafar
Mashg`ulot shakli	Amaliy mashg`ulot
Mashg`ulot rejasi:	1. OIV/OITS. 2. O`rab oluvchi temiratki. 3. Kontagioz mollyusk. otkir uchli kondilomalar. 4.Tashxis qo`yish asoslari. Davolash.
	Ta`limiy: Talabalarni virusli infeksiyalarda zamonaviy tashxislash, qiyosiy

O`quv mashg`ulotning maqsadi:	tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o`rgatish, virusli infeksiyalar tasnifini berish .kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o`ziga xos xususiyatlari to`risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko`rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish. Status localis bo`yicha tavsiflash, xususiy reseptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o`z xissasini kushishga intilish, o`zi tanlagan kasbga mexr uyg`otish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo`lib etishishiga erishish.
Ta`lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp`yuter, proektor, baner plakatlar
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg`ulotda joriy va mustaqil ish bo`yicha bilimlar darajasi baholanadi.

6.2. OITS amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi (5 daqiqa)	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg`ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
1.O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
Asosiy bosqich	1.“Terining virusli infeksiyalari, OITS.” mavzusiga oid bo`lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og`zaki savol, test, masala. 2.“Akvarium” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“Terining virusli infeksiyalari, OITS etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik ko`rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari” og`zaki savol, test, masala. 2.Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3.“Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5.Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va

	ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: OITSni klinik kechishi, diagnostikasi va davolash. Gerpetik infektsiya, STMV infektsiya. Lever pemfigoidi 3.Uyga vazifa beradi: Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

OITS

Dunyoda kasallanganlar 50 millionga, OITS dan bir yilda ko'z yumganlar soni 3mln ga yaqinlashib qolgan bo'lsa, mustaqil hamdo'stlik davlatlarida ham OITS yildan yilga oshib bormoqda va 2005 yilgacha bu qo'shni davlatlarda yuktirib olganlarning soni 4 mln.ga etishi mumkin. Respublikamizda esa 2003 yil avgustgacha ro'yxatga olingan OITSni yuktirganlar soni 3000taga etadi va u barcha xududlarda kayd kilindi.

Etiologiyasi. Odamlarda OITS bilan kasallanishini, asosan, OITV-1 va OITV-2 retroviruslar olib keladi. Virus genomi yaxshi o'rga-nilgan bo'lib, uning kattaligi 100-200 mikron va u ko'payish jara-yonida 9ta asosiy antigenlar strukturasi tashkil kiladi.

Patogenezi. OITS ni patogenezi ham yaxshi o'rganilgan. Virus tirik xujayra-lar ichida kupayadi va ular munosabatida bir necha bosqichlar ajra-tiladi:

1. Virus xujayraga bog'lanishi.
2. Virus echinishi va xujayraga kirishi.
3. Virus ko'payishi va tarkibida antigenlar va boshka moddalar hosil bo'lishi.
4. Xujayra genomi ichiga virus genomini joylashishi. Normal ishlab turgan organizmga tushgan viruslarni kup yillar immun sistema bosib turadi, lekin asta-sekin immun tizimi virusga qarshi kurashish xususiyatini yukotadi va bu organizmda virus to'siqsiz ko'paya boshlaydi.

YUqish yo'li

OITV organizmga jinsiy aloqa, parenteral muolajalar (nosteril igna, shipris va boqa asbob uskunalarini qo'llash), qon va uning o'rnini bosuvchi dorilarni qo'llash, a'zo va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish vaqtida yuqadi.

OITS bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligini gomme va biseksuallar, fohishalar, norkamanlar, shu kasallikni qo'zg'atuvchi virus bilan zararlangan donorlardan qon va uning mahsulotlarini qabul qilgan shaxslar – respientlar va boshqalar tashkil etadi. Organizmga kirgan OITV limfositlarning funksional aktivligini pasaytirib, limfopeniya va immun sistemasi tanqisligiga olib keladi.

Epidemiologiyasi.

OITS o'ta xavfli yukumli antroponoz kasallik va u bemordan yoki OITS virusini tashib yuruvchi shaxslardan sog' odamga yuqadi.

OITS virusining yuqish yo'llari:

- jinsiy aloka orkali (vaginal, anal, oral, gomoseksual yoki geteroseksual),
- parenteral zararlangan qon va qon mahsulotlari orkali (pshris va asbob-uskunalar)
- bemor onadan homilaga (tugilish vaktida) yoki bolaga (ona suti orqali).

OITS virusi jaroxatlanmagan teri va shilliq qavatdan o'tmaydi.

Klinik ko'rinishi

OITSning kechishi 5 davrga ajratiladi:

1. Kasallikning o'tkir davri.
2. Belgilarsiz - tashuvchilik davri.
3. Persistik generalizasiyalashgan - limfadenopatiya davri.
4. OITSGa assosiasialangan kompleks davri.
5. OITS.

Uzbekistonda OITS klinikasini yoritishga va yordamni rejalashtirishda ko`prok V.I.Pokrovskiy (1989 i.) bergan kasallik tasnifi qo`llaniladi va u bo`yicha:

3. Inkubasion davri.

2. Birlamchi belgilar davri:

A. O`tkir isitmalik fazasi.

B. Kasallikning belgilarsiz fazasi.

V. Qaytalanuvchi tarqoq limfadenopatiya fazasi.

Z. Ikkilamchi belgilar davri:

A. Tana vaznining 10% dan kam miqdorini yo`qotish, teri va shillik qavatlarni zamburug`, bakteriya va viruslar tomonidan shikastlanishi, o`rab oluvchi temiratki, sinusitlar va kaytalanuvchi faringitlar kuzatilishi.

B. Tana vaznining 10% dan ko`prog`ini yo`qotish, 1 oydan ortik; sababsiz diareya va isitmalash, tilning «tukli» leykoplakiyasi, o`pka sili, ichki a`zolarning bakteriya, zamburug`, virus, sod-da parazitlar tomonidan jaroxatlanishi (disseminatsiyasiz) yoki teri va shillik; qavatlarning chukur jaroxatlanishi, disseminatsiyalangan o`rab oluvchi temiratki, maxalliy Kaposi sarkomasi.

V. Bakteriya, virus, zamburug`, sodda parazitlar tomonidan chaqirilgan turli xil tarkalgan kasalliklar, pnevmo-sistli zotiljam, qizilungach kandidozi, atipik mikobakterioz, o`pkadan boshqa a`zolarida uchraydigan sil kasalligi, tarqalgan Kaposi sarkomasi, turli xil sabablarga ko`ra markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

4. Terminal davri.

YUkorida bayon etilgan klinik belgilardan tashqari OITSni borligini quyidagi taxlil o`zgarishlar tasdiklaydi:

- T-xelperlar qondagi sonining kamayishi;
- T-xelperlarning T-supressorlarga nisbati kamayishi;
- kamqonlik yoki leykopeniya, trombositopeniya, limfopeniya;
- qon zardobida A- G-immunoglobulinlar miqdorining oshib ketishi;
- qonda aylanib yuruvchi immun birikmalar miqdorining oshishi;
- mitogen (immunostimulyator) ta`sirida limfositlarning yadroviy uzgarish xususiyatining kamayishi;
- terining antigenga nisbatan sekinlashgan tipdagi, yuqori sezuvchan allergik reaksiyasi.

Amaliyotda OITSga gumon qilish uchun mujassamlashgan belgilardan ikkita va undan ko`prok klinik va taxlil ko`rsatkichlar bo`lishi kerak.

Davosi.

OITS kasalligining klinik kechishiga, davriga karab antiretrovirusli (zidovudin, azidotimidin, didanozin, zal`sita-bin, stavudin, lamivudin, neviralin, lavirid, idinavir, ritonavir), simptomatik va patogenetik davo olib boriladi.

Genital herpes

Kasallikning yuqish yo`li jinsiy yo`l bilan. Kasallik bilan zararlanish qachonki jinsiy sherikda infeksiya o`chog`i borligi va infeksiyani residivlanishi bilan kechadi.

Genital gerpisning Asimptom formasi ko`proq tarqalgan.

Klinika.

• Birlamchi genital herpes- VPG bilan qontakda bo`lmagan kishilarda uchraydi. Genital va ekstrogenetal zararlanish bilan harakterlanadi. Ko`pincha proses katta va kichik jinsiy labda, qin va bachadon bo`yni shillik qavatida, jinsiy olat boshchasi va siydik chiqarish kanalida kechadi.

Inkubasion davrning 1-5 kunlarida zararlangan sohada og`riq, qichish, ajralma ajralishi kuzatiladi. 60 % bemorlarda temperatura ko`tarilishi, bosh va mushaklarda og`riq kuzatiladi. 23% bemorlarda qov va son sohasi limfa tugunlari kattalashadi. Zararlangan sohada deametri 1-3 mm kattalikdagi qizargan terida serozli pufakcha

kuzatiladi. Pufak boshlanishida tiniq keyinchalik loyiqali, yiringli bo`ladi. Pufak yorilgandan so`ng ochiq qizil eroziya hosil bo`ladi, yupqa parda bilan qoplangan bo`lib, jarohat sohasida tuzalgandan so`ng chandiq qolmaydi, lekin vaqtinchalik qizarish yoki pigmentasiya qoladi. Kasallik davomiyligi o`rtacha 10-12 kun.

Siydik chiqarish kanali kasallik bilan zararlanganda, to`satdan shiliqli ajralma ajralishi kuzatiladi, rangi rangsiz. Bemorlar siydik chiqishi qiyinligiga og`riqqa, tashqi jinsiy a`zolarida qichishish, achishishga

shikoyat qiladilar. Kasallik belgilari 1-2 haftadan so`ng yo`qoladi. Ko`p bemorlarda kasallik bir necha hafta yoki bir necha yildan so`ng qaytalanishi mumkin.

Ikkilamchi genetal herpes. Kasallik engil kechib, tuzalish tez kuzatiladi. Toshmali elementlar kam kuzatiladi. Birlamchi genetal genetal gerpisga qaraganda ikkilamchi genetal herpesning ritsidivlanishi erta va tez.

Diagnostika. Virusologik va bachadon bo`yni rakiga tekshirish shart. Ikkilamchi genetal garpes jinsiy olat boshi rakiga olib keladi.

Davolash. birlamchi genetal herpesni davolashda 5 %li asiklover mazi yoki kremi mahalliy surtiladi. Asiklover tabletka 200mgdan kuniga 5 mahal 5 kun davomida ichishga yoki tana vazniga qarab, 5 mg xar 8 soatda 5 kun davomida tomir ichiga qilinadi, Banoftana , Tebrofena yoki Oksalin mazi kuniga 6 marta 15-20 kun davomida surtiladi. Immunostimulyatorlar qilinadi. Uretra zararlanganda interferon tomchilash, eroziyada interferon, biferon primochkasi yoki supozitori qo`llaniladi.

Genetal herpes qaytalanishida

tashqi 5 %asiklover kremi kuniga 5 marta 10 kun davomida, immunostimulyator.

Yiliga ikki kundan ko`p qaytalanadi- asiklover berish davom ettiriladi. 100mg 4-5 marta

Mashg`ulotda qo`llanadigan interfaol usullar

Rotasiya usuli yordamida fikrni bayon etish

Maqsad: Guruh talabalarining barchasini ishtirok etish darajasini oshirish, ularga bir-biridan o`rganishga imkon berish.

Asosiy tamoyillari:

Bu usul mavzuni kichik guruhlar bilan alohida va butun guruhlar bilan tahlil etishiga asoslangan, har bir kichik guruh 30 minut davomida uchta topshiriqni tahlil qiladi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyaga bir necha topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik guruh (2-3 kishi) 19 minut davomida muhokama qilib o`z variantlarining javobini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o`tdilar, shu tariqa davom etadilar. Har bir guruh o`zining rangli flomasterini oladi. 1- guruh – ko`k, 2 – guruh – qora, 3- guruh – yashil. Har bir qog`oz uchchala flomaster bilan belgilangan bo`lishi kerak. 10 minutdan keyin topshiriqlar almashtirilib bajariladi. Guruh o`zidan oldingi guruh bergan javoblarni o`qib qo`shimcha kiritadi. Bunda takroriy javoblar bo`lmasligi kerak. Yana 10 minutdan keyin keyingi topshiriqqa o`tdilar, qog`ozni o`qib o`zlarining javoblari bilan to`ldiradilar. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan tahlil etishga qaratilgan.

Misol:

- 1) Genetal herpes etiologiyasi klinikasi davolash.
- 2) Kantagioz mollyusk etiologiya klinika, davolash, diagnostika.
- 3) O`tkir uchli kandiloma etiologiyasi klinikasi, qiyosiy tashxisi, davolash.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir guruh bergan javobni baholashda qulay hisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo`yilib to`g`ri javoblarni sanashda qulay hisoblanadi. Eng ko`p javoblarni bergan kichik gurux maksimal ballarni olishadi.

“Akvarium”

Maqsad: talabalarining mavzu bo`yicha bilimlarini tez, aniq bayon etishga o`rgatish.

Bu uslubning afzallik tomonlari:

- Mavzu o`rtada muhokama qilinadi.
- Mavzuni ochib beradi.
- Talabalarining bilimini tekshiradi.
- Diskussiya qilish tajribasi oshadi.
- O`yin usulida o`tkaziladi.
- Hamma talaba ishtirok etadi.

Asosiy tamoyillari:

Bunda guruhdan 3 kishi tanlanib o`rtaga qo`yiladi, ular – “baliq” bo`lsa, qolgan talabalar kuzatuvchilar bo`ladi. O`rtadagi talabalar 1 minut ichida javob topsa, ular o`rniga boshqa uchlik o`tiradi.

Misol: O`qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro`yxati:

9. Terining virusli dermatozlariga qaysi kasalliklar kiradi?
10. Oddiy pufakli temiratkinining qo`zg`atuvchisi va klinik davrlari.
11. Genital herpesning qo`zg`atuvchisi va yuqish yo`llari.
12. O`rab oluvchi temiratkinining klinik turlari.
13. O`rab oluvchi temiratkini davolash.
14. Kantagioz mollyusk asosiy klinik belgilari va laboratoriya tekshiruvi.
15. So`gallar qo`zg`atuvchisi va klinik turlari.
16. Virusga qarshi dori preparatlariga misol keltiring.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

Diqqatingizga quyidagi bir qator jumboqli masalalar berilgan ularni ish daftaringizga yozma ravishda bajaring.

1-masala

Bemor K. 32 yoshda. Perianal sohasi terisida ko`rinishi "gulkaramga" o`xshash tor oyoqchasi bor so`galsimon o`simtalar aniqlandi. VR – manfiy, Tsank hujayralari yo`q.

5. Tashxis qo`ying.
6. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?
7. Davolash sxemasini rejalashtiring.

2-masala

5 yoshli bolaning yuz, bo`yin, barmoqlar yon yuzalarida diametri 5-7 mmli yarimsharsimon shaklli o`rtasi kindiksimon botiqli, marjon kulrang tusli tugunchalar aniqlandi. Sub`ektiv belgilar yo`q.

4. Tashxis qo`ying.
5. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini o`tkazish lozim?
6. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?

3-masala

Bemor 23 yoshli erkak. Qov sohasi va qorindan pastki sohada kantagioz mollyusk aniqlandi.

4. Bu patologiya uchun qanday toshmalar xos?
5. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?
6. Davolash sxemasini rejalashtiring.

4-masala

62 yoshli bemorning chap ko`krak sohasi qovurg`alararo nerv yo`nalishi bo`yicha giperemiyalangan yuzada guruhlashgan to`p-to`p bo`lib joylashgan pufakchalar paydo bo`lgan. Toshmalar chiqishi xurujsimon og`riqlar, qaltirash bilan birga kelgan.

8. Tashxis qo`ying.
9. Bu kasallik qaysi dermatozlarga kiradi?
10. Davolash sxemasini rejalashtiring.
11. Kasallikning qo`zg`atuvchisini ayting.

5-masala

Bemor 35 yoshda. SHamollashdan keyin, labning qizil hoshiyasida qizarish, shish paydo bo`ldi. 2 kundan keyin guruhlashgan mayda pufakli ichi seroz suyuqlik bilan to`lgan toshmalar paydo bo`ldi. Achishish, biroz og`riq bezovta qiladi.

4. Tashxis qo`ying.
5. Davolash sxemasini rejalashtiring.
6. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash mumkin?

11-mavzuga oid testlar

1. Terining virusli kasalliklariga kiradi:

- A) qontageoz mollyusk
- B) tugunli eritema
- V) qichima
- G) skrofuloderma
- D) saramas

2. Terining virusli kasalliklariga kirmaydi:

- A) po`stloqli temiratki
 - B) o`rab oluvchi temiratki
 - V) oddiy pufakli temiratki
 - G) so`gallar
 - D) kantagioz mollyusk
3. Vul`gar so`gallarga xos belgi:
- A) giperkeratoz
 - B) o`tkir yallig`lanish
 - V) tez rivojlanishi
 - G) gipodermal tugunlar hosil qilishi
 - D) kuchli qichish bo`lishi
4. Vul`gar so`gallarga xos bo`lmagan belgi:
- A) o`tkir yallig`lanish
 - B) qichish bo`lmasligi
 - V) sekin rivojlanishi
 - G) giperkeratoz
 - D) epidermal tugunchalar hosil qilishi
5. Terining virusli dermatozlariga kiradi:
- A) o`tkir uchli kandiloma
 - B) keng serbar kandiloma
 - V) kepaklanuvchi temiratki
 - G) po`stloqli temiratki
 - D) skrofuloderma
6. O`tkir uchli kandilomaning qo`zg`atuvchisi:
- A) Papova guruhiga mansub viruslar
 - B) herpes virus
 - V) oddiy herpes virusi
 - G) SMV
 - D) chin chechak virusi
7. Kantagioz mollyusk bu - ...
- A) papula
 - B) eritema
 - V) putula
 - G) vezikula
 - D) yara
8. VICH ko`p miqdorda bo`ladi:
- A) vaginal suyuqlikda
 - B) qonda
 - V) spermada
 - G) ona sutida
 - D) bittasidan tashqari hammasi to`g`ri
9. VICHning asosiy yuqish yo`li?
- A) jinsiy aloqa orqali
 - B) transfuzion yo`l bilan
 - V) in`eksiyalar orqali
 - G) maishiy xizmat ko`rsatish yo`li bilan
 - D) bittasidan tashqari hammasi to`g`ri
10. OITSda xavfli guruhlar:
- A) biznesmenlar
 - B) uy bekalari
 - V) narkomanlar
 - G) xizmatchilar
 - D) somatik kasallikka chalinganlar

Amaliy ko`nikma

Virusli kasalliklarga qarshi ishlatiladigan dori preparatlarini qo'llash usuli

(Oddiy herpes) ni davolash

5) Virusga qarshi preparatlar aniqlovchi 200ml kuniga 5 mahal 7-10 kun ichiga.

YOki asiklovir 400ml kuniga 4 mahal 7-10 kun ichishga

- vasiklovir 500 ml kuniga 2 mahal 7-10 kun ichiga

- interferon induktorlari va virusga qarshi preparatlar (proteflazid, sikloferon, neovir, poludan, pirogenal, pro-digiozan, megasin, larifan va boshqalar)

6) Immunomodulyatorlar (levamizol, T- aktivin, timalin, timoptin, timozin immunomodulin va boshqalar)

7) Gerpetik vaksina

8) Mahalliy davolashda qo'llaniladi.

- ekssudasiya holatlarida 3% li borat kislotasi eritmasi, 1%li tanin eritmasi kuniga 3-4 mahal.

- Keyin jarohat sohasiga 2-5%li yod, kastellani bo'yog'i yoki brilliant ko'kning 1-2 %li spirtli eritmasi surtiladi.

-Jarohat sohasiga virusga qarshi malhamlar ham ishlatiladi -3-5 %li malhamlar krem zaviraks, viroleks, asiklostad, gerpevir, 0,25-3% oksolin malhami kuniga 3-5 mahal 10 kun davomida.

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: OITSni klinik kechishi, diagnostikasi va davolash. Gerpetik infektsiya, STMV infektsiya. Lever pemfigoidi

Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentasiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

12-mavzu: Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. Zaxm. Birlamchi va ikkilamchi zaxm

12.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti –	Talabalar soni-8nafar
Mashg'ulot shakli	Aamaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar. 2. JYBYUI-ning zamonaviy tasnifi. 3. Zaxm kasalligining umumiy kechishi. Zaxmning mikrobiologiyasi va epidemiologiyasi. Zaxmdagi immunitet. 4. Birlamchi va ikkilamchi zaxmning klinik belgilari.
O`quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarni JAYo'q, birlamchi va ikkilamchi zaxm kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o'rgatish. JAYo'q, birlamchi va ikkilamchi zaxm kasalliklari tasnifini berish, kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari to'risida bilimlarni shakllantirish. Klinik ko'rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish. Status localis bo'yicha tavsiflash -xususiy retseptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda o'z xissasini kushishga intilish, o'zi tanlagan kasbga mexr uyg'otish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish	jamoaviy, kichik guruxli

shakllari		
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp`yuter, proektor, baner plakatlar	
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya	
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg`ulotda joriy va mustaqil ish bo`yicha bilimlar darajasi baholanadi.	
<i>7.2. Jinsiy yo`l bilan. yuqadigan infekstiyalar. Zaxm kasalligining umumiy kechishi. amaliy mashg`ulotining texnologik kartasi</i>		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg`ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
1.O`quv mashg`ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo`lish
Asosiy bosqich	1 “Jinsiy yo`l bilan yuqadigankasalliklar. Zaxm yuqadigan infekstiyalar kasalligining umumiy kechishi” mavzusiga oid bo`lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og`zaki savol, test, masala. 2. “Uch bosqichli interv`yu” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1. “Zaxm: epidemiologiyasi, klinik ko`rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari” og`zaki savol, test, masala. 2.Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. “ Stol o`rtasida ruchka” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlarga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: Zaxm infekstiyasini zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash 3.Uyga vazifa beradi: Uchlamchi va tug`ma zaxm..	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi

Jinsiy yo`l bilan yuquvchi kasalliklar klassifikatsiyasi

Kasallikning nomi

Kasallik qo`zg`atuvchisi

Zaxm

So'zak
YUmshoq shankr (shankroid)
Venerik limfogradulematoz
Venerik granulema (chov)

Treponema pallidum

Neisseria gonorrhoeae
Haemophilus dukreyi
Chlamydia trachomatis
Calymmatobact. gran.

Jinsiy a'zolari zararlanishi bilan kechuvchi JYBYUllar

Urogenital xlamidioz	Chlamydia trachomatis
Trixomaniyaz	Trichomonas vaginalis
Urogenital kandidoz	Candida albicans
Mikoplazmoz	Mycoplasma hominis
Genital herpes	Herpes simplex virus
Papilomavirusli infeksiyalar	Papilomavirus hominis
YUqumli molluska	Molluscovirus hominis
Bakterial vaginoz	Gardnerella vaginalis
Urogenital shigerraz	Shigella species
Qovuq pedikulezi	Phthirus pubis
Qo'tir	Sarcoptes scabiei

Yakini faqat zaxm, so'zak, yumshoq shankr, venerik limfo-granulema va donovanoz venerik kasalliklar deb yuritilgan. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga qaraganda oxirgi 10 yil ichida, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar soni 20 dan oshib ketgan. Ushbu bo'limda teri va tanosil kasal-liklari mutaxassisi tajribasida ko'p uchraydigan venerik kasalliklar o'z aksini topgan.

Zaxm (sifilis)

Zaxm surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, uni oqish treponema qo'zg'atadi. Zaxm o'ziga xos klinik kechishiga ega: aktiv klinik ko'rinish davrining yashirin davr bilan almashinishi; klinik va patologoanatomik jihatdan terida kuchli bo'lgan yal-lig'lanishlardan to chuqur spesifik infeksiyon granulemalar xos bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu granulemalar keyinchalik nekrotik yo'l bilan iriydi va ularning o'rnida chandiq rivojlanadi.

Zaxmning kelib chiqish tarixi haqida qisqacha ma'lumot. Zaxm qadimdan ma'lum. Uning er yuzida paydo bo'lishi va tarqalishi haqida uchta nazariya mavjud.

Birinchi nazariyaga asosan zaxm Evropaga 1493 yili, ya'ni Amerika kit'asi kashf etilgan yili, Xristofor Kolumbning zaxm bilan og'rikan matroslari tomonidan olib kelingan. Taxminiy ma'lumotlarga qaraganda Kolumb matroslari zaxm infeksiyasini lama xayvonlari bilan doimo jinsiy aloqada bo'lgan mahalliy aholidan yuqtirib olganlar (lama hayvon-larida spiroxetoz borligi qadim zamonlardan ma'lum va isbotlangan). Ispaniyaga qaytib kelgan Kolumb matroslari zaxm infeksiyasini boshqalarga yuqtirishgan. Keyinchalik esa qirol Karl VIII o'z qo'shinlari bilan Rimga kelib, u erda ispan fohishalari bilan tartibsiz jinsiy aloqada bo'lishgan va natijada askarlar orasida «xavfli kasallik» keng tarqalgan. Bundan xabardor bo'lgan qirol o'z qo'shinlarini tarqatib yuborgan, natijada Evropada zaxm epidemiyasi boshlangan. SHunday qilib, birinchi nazariyaga asosan zaxmning vatani Markaziy Amerika xisoblanadi. Ikkinchi nazariya tarafdorlari esa zaxmning vatani Afrika qit'asi deb hisoblaydilar. Ular (Qokbern va Gudzon ismli olimlar) endemik yoki tropik treponematozlarning qo'zg'atuvchilari va venerik zaxmning qo'zg'atuvchisi treponemalar avlodining turli ko'rinishi degan fikrdalar. Odamning paydo bo'lishi va uning evolyusiyasi davomida treponematozlar venerik zaxmning qo'zg'atuvchisi shakliga aylangan. Afrika qit'asidagi aholining Evropa va Osiyoga olib chiqib ketilishi (ko'pincha qul sifatida) zaxmni boshqa k, it'alarda ham keng tarqalishiga sabab bo'lgan.

Nihoyat uchinchi nazariyani yoqlovchilar zaxm Evropa, Osiyo va YAqin SHarqda qadim zamonlarda ham mavjud bo'lgan degan fikrdalar. O'tmishning buyuk olimlari Galen, Gippokrat, Abu Ali ibn Sino va boshqalarning asarlarida yozilgan kasallik belgilari (yara, afta, kandidoma va boshqalar) aynan zaxm kli-nikasini eslatadi. Odam suyaklarida zaxmga xos bo'lgan rentgenologik o'zgarishlarning topilishi,

zaxmni davolashda qo'llanilgan simobli moddalarning qon tomirlarida aniqlanishi Evropaliklar nazariyasini yana bir bor tasdiqlaydi.

SHunday qilib, yuqorida keltirilgan nazariyalardan hech bi-ri umumiy tan olinmagan. Lekin ehtimolga loyiq fikr, bu zaxmning Er yuzida deyarli inson bilan birga paydo bo'lishidir.

Etiologiyasi. Zaxmni oqish treponema qo'zgatadi. Bu 1905 y. F. SHaudin va E. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Optik mikroskop ostida oqish treponema spiral ko'rinishida ekanligi va 8—12 bir tekis burmalar tutganligi kuzatiladi. Oqish treponema juda xilma-xil — tripanemmayadniksimoi-to'lqinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Oqish treponema boshka treponemalardan o'zining bir tekis xarakat qilishi bilan ajralib turadi. Ular fakul'tativ anaerob bo'lganligi sababli, limfatik sistemada uzoq vaqt yashaydi. Elektron mikroskop yordamida o'tkazilgan tekshirishlar shuii ko'rsatadiki, oqish treponema uch qavat qobiq bilan o'ralgan bo'lib, xar bir qavat o'z strukturasi va vazifasiga ega. Qavatlar ostida fibrillalar va sitoplazma tutuvchi sitoplazmatik membrana joylashadi. Fibrillalar ip shaklida bo'lib, bir uchi bilan bleforoplastlarga yopishadi. Fibrillalar yordamida treponemalar harakatlanadi. Sitoplazmatik membrali ham tashqi qobiq singari 3 qavagdan iborat. Sitoplazma tarki bida turli xil kattalikdagi ribosomalar joylashgan bo'lib, ular oqsil molekulari, vakuola va lizosomalar sintezini amalga oshiradi.

Oqish treponemalar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan ko'layadi. Atrof muhitda treponemalar uchun noqulay sharoit vujudga kelishi (antibiotiklar ta'siri, etarli darajada oziqa bo'lmasligi va boshqalar) ularning «omon qolish» shakllariga ('- shakl, sistalar) aylanishiga olib keladi. Sistalar ko'ptokcha shaklida o'ralgan treponemalar bo'lib, tashqi tomonidan dori-darmonlar ta'siriga chidamli musinsifat qobiq bilan o'ralgan. Sista shakliga o'tgan treponemalar organizmga patogen ta'sir ko'rsatmaydi va tanada uzoq muddat saqlanadi. Organizm tomoni-dan ham javob reaksiyasi bo'lmaganligi sababli makro- va mikroorganizm orasida shartli «muvozanat» holati vujudga keladi. Lekin makroorganizmning immunobiologik hususiyati pasayganda va mikroorganizmga ta'sir etuvchi noqulay sharoitlar bartaraf etilganda sista shakldagi mikroblar patogen treponemalarga aylanadi. Bu jarayon reversiya deb ataladi.

Sist va ' — shaklli treponemalar hosil bo'lishining oldini olish maqsadida zaxm bilan og'rikan bemorlarni davolashda antibiotiklarni yukori mikdorda qo'llash tavsiya etiladi.

Eksperimental zaxm birinchi marotaba shimpanze maymunida (I. I. Mechnikov va E. Ru, 1903 y.), keyinchalik quyonda ko'zga'tilgan. Hozirgi vaqtda zaxmning klinik kechishi, patogenez va antibiotiklarning oqish treponemalarga ta'sirini o'rganishda quyonlarni model sifatida qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Zaxmning yuqish yo'llari. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali kiradi. U bemor qonida, terndagi yarasida, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, nerv to'qimalarida va hamma a'zolarida. xatto zaxm bilan og'rikan ayol sutida yoki erkak shahvati (sperma) da ham bo'ladi. Zaxm bilan og'rikan bemor kasallikning aktiv davrida atrofdagilar uchun juda yuqumli hisoblanadi. CHunki ishkalanish, friksiyalar (jinsiy aloqada), mexanik va kimyoviy qitiqlanish natijasida zararlangan teri to'qimalaridan oqish treponemalarga boy bo'lgan seroz suyuqlik ajralib chikadi.

Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir; u sog'lom kishi bilan o'pishganda, jinsiy aloqa qilganda yoki uning idish-ovoqlaridan foydalanganda kasallik yuqadi. Kasallik ko'pincha jinsiy aloqa yo'li orkali yuqadi.

Keyingi yillarda qon quyish yo'li bilan ham zaxm yuqish xollari ahyonda kuzatiladi. Bunda bemor organizmidan (donordan) qon oluvchi organizmga zaxm infeksiyasi (transfuzion) o'tadi.

Zaxmning umumiy kechishi

Zaxmning klinik kechishida teri va shilliq qavatlarga tosh-gan toshmalarning asta-sekik regressga uchrashi va toshmalardan halos bo'lgan davri bilan almashinishi xarakterli. Qasallikning bunday kechishi organizmning immunologik reaktivligi bi-lan bogliq, ya'ni kasallikning boshlangich davridagi gumoral immunitet so'nnb,. asta-sekin hujayrali immunitet rivojlana-di. Hujayrali immunitetning yuzaga kelishi ko'pincha spesifik infeksiyon granulema xosil bo'lishn bilan kechadi.

Zaxmning klinik kechishida inkubasion, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlar tafovut qilinadi.

Inkubasion davr organizmga oqish treponemalar kirgandan boshlab, to kasallikning birinchi belgisi — ogrimaydigan qat-tiq shankr paydo bo'lgunga qadar davom etadi. Bu davr o'rta xisobda 1 oycha davom

toshishi 3-4 marta qaytalanishi mumkin. Ikkilamchi residiv .zaxmda uchraydigan toshmalar ikkilamchi yangi zaxmdagi toshmalardan kattaligi, son jihatidan kamligi, oqish rangi, guruhlashishga moyilligi, shakl xosil qilishi va ko'p kitiqlanuvchi sohalarda (anogenital soha, og'iz bo'shlig'i) cheg'aralangan holda joylashgan-ligi bilan fark. kiladi.

Zaxmning uchlamchi davri. 3-5 yildan keyin ikkinchi davr zaxmning uchinchi davriga o'tadi; zaxmning bu davri bemor-larning hammasida ham kuzatilavermaydi. Vaqt o'tishi bilan organizmdagi oqish treponemalar soni kamayadi, lekin to'qima-larning infeksiya qo'zg'atuvchisiga nisbatan bo'lgan sensibiliza-siyasi oshadi. Zaxmning uchlamchi davri yillab davom etadi. YAl-lig'langan infil'tratlar, olcha danagidek do'mbokchalar yoki tu-xumdek, ba'zan undan kattarok gummalar paydo bo'lib, to'qima^charni emiradi, yaraga aylanadi va chandiqlanib bitadi. Kasallik oqibati gummalar o'rnashgan joyga bog'liq. Miya, yurak, tomir, jigar kabi hayot uchun muxim a'zolar zararlangan, bemor hayoti xavf ostida qoladi; yuz zararlangan bo'lsa, burun skeleti emi-rilib, bemor badbashara, burni egarsimon bo'lib qoladi. Hara-kat, ko'ruv, eshituv a'zolari, nerv sistemasining zararlanishi kishini umrbod mayib kilib qo'yadi. Uchlamchi zaxmda uchraydigan toshmalar atrofdagilar uchun kam yuqumliligi bilan ifodalanadi. CHunki bu toshmalarning ajralmalarida oqish treponemalar juda kam bo'ladi yoki umuman bo'lmaydi. Uchlamchi zaxmdagi toshmalar birdan paydo bo'lib, monomorf, son jixatdan kam, assi-metrik va gurux-gurux joylashishi bilan ifodalanadi. Uchlamchi zaxmning aktiv yoki manifest va yashirin xillari tafovut kilinadi. Uchlamchi zaxmga yo'liqqan bemorlarning ayrimlarida progressiv falaj va orqa miya so'xtasi kabi ogir kechuvchi yallig'lanish-degenerativ o'zgarishlari uchraydi. Ba'zan zaxm xech bir belgisiz kechib, keyinchalik esa nerv sistemasi va visseral (ichki a'zolar) a'zolarining zararlanishi bilan ifodalanadi. Zaxm bilan og'rigan va davolangan bemorlarda orttirilgan immunitet rivojlanmaydi. ularda tug'ma immunitet ham bo'lmaydi. Zaxm bilan qayta eararlanish (reinfeksiya) ham mumkin. Zaxm infeksiyasi bor organizmda rivojlanayotgan immunitet steril bo'lmagan, infeksiyon immunitet deb ataladi. Bunday immunitet organizmning oqish treponemaga qarshi javob reaksiyasi bo'lib, infeksiyon immunitet organizm tarkibida infeksiya saqlanib qolgunga kadar davom etadi. Agar zaxm bilan og'rigan organizmga oqish treponemalarning yangi «qismi» tushsa, bu holat superinfeksiya deb ataladn. Zaxmning turli davrlarida superinfeksiya turlicha namoyon bo'ladi. Superinfeksiya natijasida paydo bo'lgan morfologik elementlar bemorda kechayotgan zaxm davrining elementlariga mos bo'ladi (masalan, ikkilamchi yashirin zaxm bilan og'rigan bemor yana zaxm infeksiyasi bilan zararlangan, u holda bemor terisida ikkilamchi zaxmga xos elementlar — papula, rozeola - va boshkalar toshadi). Agar bemor inkubasion davrda yoki birlamchi zaxmning birinchi 10—14 kunida yana sifilitik infeksiya bilan zararlangan, u holda shu bemorda qisqa inkubasion davrdan so'ng kichik va yangi qattik. shankr paydo bo'ladi. Zaxmning uchlamchi davrida, oqish treponemalar shu darajada kam bo'ladiki, bunda organizmning immunobiologik reaktivligi yuqori darajada saqlana olmaydi. Bunday organizmning yana oqish treponemalar bilan zararlanishi (superinfeksiya) qattiq shankr paydo bo'lishi yoki ikkilamchi davrga xos bo'lgan simptomlar ko'rinishida kechadi. S. T. Pavlov bunday xolatni resuperinfeksiya deb atagan.

Zaxm klassifikasiyasi. Inkubasion davrdan so'ng zaxmning quyidagi davrlari kuzatiladi:

1. Birlamchi seronegativ zaxm.
2. Birlamchi seropozitiv zaxm.
- 3- Birlamchi yashirin zaxm.
- 4- Ikkilamchi yangi zaxm.
5. Ikkilamchi residiv (davolanmagan) zaxm.
- 6- Ikkilamchi residiv (davolangan) zaxm.
- 7.Ikkilamchi yashirin zaxj: bunda serologik reaksiyalar va qavs ichida birinchi qo'yilgan diagnoz ko'rsatiladi.
8. Seroresidiv zaxm, ya'ni «ikkilamchi yashirin zaxm, serologik residiv» deb talqin qilinadi-
9. YAshirin serorezistent zaxm.
- 10.YAshirin serofiksasiyalangan zaxm, ya'ni serorezistent zaxmni qo'shimcha davolash vositalari (nospesifik davolash usullari) bilan davolagandan so'ng serologik reaksiyalar mus-bat bo'lib koladi.
- 11 Uchlamchi aktiv zaxm.
- 12 Uchlamchi yashirin zaxm.

13 Erta yashirin zaxm — ya'ni klinik kechishi asimptom, serologik reaksiyalar esa musbat bo'lgan va zararlanganiga 2 yil bo'lmagan zaxm.

14 Kechki yashirin zaxm, ya'ni klinik kechishi bo'yicha asimptom, lekin serologik reaksiyalari esa musbat va zararlanganiga 2 yildan ortiq vaqt o'tgan zaxm.

15. Aniqlanmagan yashirin zaxm — serologik reaksiyalari musbat, lekin zararlangan vaqti aniq bo'lmagan zaxm.

16. Erta tug'ma zaxm. Bu ko'krak yoshidagi (1 yoshgacha bo'lgan chaqaloqlarda) va kichik yoshdagi bolalar tug'ma zaxmini (1 yoshdan-4 eshgacha bo'lgan bolalarda) o'z ichiga oladi.

17. Qechki tug'ma zaxm.

18. Tug'ma yashirin zaxm.

19. Nerv sistemasining erta zaxmi-zaxm infeksiyasining 5 yilgacha bo'lgan muddatda nerv sistemasini zararlashi.

20. Nerv sistemasining kechki zaxmi, bunda nerv sistemasi-ning zararlanishi, odatda kasallik yuqqanidan 5 yil keyin pay-do bo'ladi.

21. Orqa miya so'xtasi.

22. Progressiv falaj.

23. Visseral zaxm, bunda ichki a'zolarning qay biri zararlanganligi ko'rsatiladi.

Zaxmning birlamchi davri

Oqish treponema teriga yoki shilliq qavatlarga kirgach u erda zaxmning birlamchi effekt belgilari (qattiq shankr) paydo bo'lib, u to ikkilamchi davrga xos belgilari bilan almashgunga qadar bo'lgan muddat zaxmning birlamchi davri deb ataladi. Birlamchi davr bemor qonidagi Vasserman va cho'kma reaksiyalarning natijalariga qarab seronegativ va seropozitiv davr-larga bo'linadi. Zaxmning klassik kechishida birlamchi zaxm o'rtacha 6—8 hafta davom etadi.

Zaxmning birlamchi aktiv davri oqish treponema tushgan te-rida qattiq shankr, regional limfadenit, ba'zan limfangit hosil bo'lishi bilan ifodalanadi.

Qattiq shankr yoki birlamchi sifiloma oqish treponema kirgan teri va shilliq qavatlarda chegaralangan infil'trat hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik in-fal'tratning yuza qismi nekrozga uchrab, eroziya yoki yara vujudga keladi. Qattiq shankrning joylashgan o'rniga qarab zaxm infeksiyasining yuqish yo'li haqida bir fikrga kelish mumkin. Qattiq shankr ko'pincha jinsiy a'zolarida (jinsiy olat boshchasi, prepusial xaltacha, anus, katta va kichik jinsiy uyatli lablar, bachadonning bo'yin qismida) bo'ladi va bu kasallikning jinsiy yo'l bilan yuqqanini ko'rsatadi. Ba'zan qattiq shankrni oyoq, qorin va boshqa sohalarda uchratish mumkin. Qattiq shankr badan terisi yoki shilliq qavatlarning har qan-day joyida, ko'pincha lab, til, ko'krak va bodomcha bezlarida joylashadi va bu kasallikning nojinsiy yo'l bilan o'tganini bildiradi.

Odatda qattiq shankr oval yoki yumaloq, atrof teridan aniq chegaralangan, qattiqligi jimjiloq tirnog'iday keladigan ero-ziyadir. Eroziyalarning rangi qizil, chetlari tekis, yulinmagan va bir oz ko'tarilgan bo'lib, tubiga tomon nishab bo'lib boradi (idish shaklini eslatadi). YAraning yuzi tekis, silliq, go'sht rangida bo'ladi, uning markazi goho sarg'ish yog' g'ubori bilan qoplan-gan bo'lishi mumkin. Eroziyalardan bir oz seroz suyuqlik chiqib, shankrga yaltirok,, «laklangan» ko'rinish beradi. Qattiq shankrning xarakterli belgilaridan biri — qattiq kansistensiyali infil'tratga ega ekanligidir. Barmoqlar bilan pal'pasiya qilib, eroziya ostidagi qattiq infil'tratni aniqlash mumkin. YArali qattiq shankrning chekka qismi tubidan ko'ra balandroq bo'lib, tagidagi qattiq infil'trat qo'lga yaxshi unnaydi. Eroziyali shankrlar epitelizasiya yo'li bilan tuzalsa, yaralisi o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Birlamchi sifiloma sub'ektiv belgilarsiz, ba'zan esa sezilarsiz og'rik. bilan kechadi.

So'nggi yillarda qattiq shankrning klinik ko'rinishida ma'lum bir o'zgarishlar yuz berdi. Ilgari zaxm bilan og'rigan bemor-larning 80—90% ida yagona (bitta) shankr uchragan bo'lsa, hozir ikki va undan ortiq shankrlar borligi kuzatilmoqda. SHu bilan birga yarali shankrlar va ularning piogen infeksiyasi bilan asoratlanish hollari ham tez-tez uchrab turadi. Qattiq shankrning anogenital sohalarda uchrashi ko'proq kuzatilmoqda. Qattiq shankrni og'iz bo'shlig'ida bo'lishi ko'proq ayollarda kuzatilsa, uning anus atrofida joylashishi esa erkaklarga xos; birlamchi sifilomaning shu sohalarda uchrashi jinsiy aloqaning nomaqbul ko'rinishlari mavjudligidan darak beradi.

Atipik shankrlar. Qattiq shankrlar quyidagi atipik ko'rinishlarda uchraydi: indurativ shish, amigdalit-shankr, panarisiy-shankr.

Indurativ shish ko`pincha katta va kichik uyatli lablarda, erkaklarning moyak haltachasida va olat boshchasining chekka qismi-da paydo bo`lib, og`riqsiz kechadi. Jinsiy a`zolar to`qimasi shishgan va qattiqlashgan bo`ladi, bosib ko`rilsa barmoq izi qol-maydi.

Amigdalit-shankrda bodomcha bezi bir tomonlama kattalashadi, biroz shishadi, qizaradi, qattiqlashadi, ammo og`rimaydi, yara va eroziyalar ba`zan ko`rinmaydi, Bemorning issig`i chiqmaydi, ovqatlangan vaktida og`rimaydi va bemalol yutinaveradi. Ammo o`sha tomondagi bo`yin va jag` osti limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o`zgarmaydi.

Panarisiy-shankr ko`pincha tibbiyot xodimlari (ginekolog, stomatolog va laborantlar) ning` ko`rsatkich barmog`ida uchraydi. Bunda barmoq kattalashadi, gungurt-ko`kish rangga kiradi, chetlari notekis, shakli esa noto`g`ri bo`ladi, u og`riydi; tirsak limfa tugunlari kattalashadi. Kasallikning klinik kechishi streptokokkli panarisiyni eslatadi. Lekin qattiq infil`trat, regionar skleradenitlarning kuzatilishi va o`tkir yallig`lanish eritemasining yo`kligi panarisiy-shankr uchun xosdir.

Qattiq shankrning asoratlanishi. Qattiq shankrning ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanishi va o`z vaqtida tegishli davolash ishlari olib borilmaganligi natijasida eroziv balano-pastit, fimoz, parafimoz, g`angrena, fagedenizm kabi asoratlar vujudga keladi.

Eroziv balanopostit — kattiq shankrning eng ko`p uchraydigan asoratlaridan biri. Prepusial xaltachada etarli namlik, bir xil harorat va oziqlanish uchun qulay muxitning paydo bo`lishi mikroorganizmlarning tez muddat ichida ko`payishiga olib keladi. Qattiq shankr atrofida shish, eritema, eroziyalar hosil bo`ladi va natijada ularning usti seroz-yiringli eksudat bilan qoplanadi. Bunday manzara qattiq shankrning klas-sik klinik kechishini o`zgartirib yuboradi.

Limfatik tomirlarga boy bo`lgan prepusial xaltachada bir oz yallig`lanish jarayonining rivojlanishi fimozni keltirib chiqarishi ham mumkin. Bunda olat boshchasining chekka kertmagi kattalashadi, elastikligini yo`qotadi va prepusial xaltacha jinsiy olat boshchasini chiqarishga halaqit beradi. Prepusial haltacha ichidagi maserasiya olat boshchasida katta eroziyalar hosil qiladi; toraygan prepusial haltacha teshigidan eksudat oqnsi kuzatiladi. Reg`ionar limfatik tugunlarni paypaslaganda og`riydi va harakatchanligi kamayadi.

Prepusial xaltachaning shishi va infil`trasiyasi natijasn-da prepusial halqa olat boshchasini siqib qo`yadi. Natijada qon va limfa aylanishi buzilib olat boshchasi va prepusial xaltachaning to`qimasi nekrozga uchrashi mumkin. Bu parafimoz deb ataladi.

Gangrena va fagedenizm qattiq shankr asoratining eng og`ir ko`rinishi bo`lib, u kamquvvat va ichkilik ichadigan kishilarda uchraydi. Bunda fuzospirillyoz infeksiyasi qo`shilishi kasallikning tez rivojlanishiga olib keladi. Qattiq shankr yuzasida kir—qora yoki qalin qora rangli chirik (gangrena) paydo bo`ladi va u ko`chganida gemorragik-yiringli, yarali defekt vujudga keladi. Defekt asta-sekin granulyasion to`qima bilan qoplanib, o`zidan so`ng chandiq qoldiradi. Agar gangrenali shankrdagi yallig`lanish jarayoni atrofga va ichkariga tarqalsa uni fagedenizm deb ataladi. Bunda bemor titrab-qaqshaydi, issig`i ko`tariladi, boshi og`riydi, zaharlanish alomatlari kuzatiladi; to`qimalarning kuchli parchalanishi katta va chuqur yaralar hosil bo`lishi hamda qon oqishiga olib keladi.

Regionar skleradenit birlamchi zaxmning ikkinchi asosiy belgisi, u qattiq shankr paydo bo`lgandan 5—7 kun o`tib rivojlanadi. Agar qattiq shankr tashqi jinsiy a`zolarida joy-lashsa, u holda chov sohasidagi limfatik tugunlar kattalashadi. Agar u bachadon bo`ynida yoki to`g`ri ichak sfinkteridan yuqorida joylashsa, u xolda kichik chanoqdagi limfa tugunlar kattalasha-di. Jag` va dahan ostidagi limfa tugunlarning kattalashishi qattiq shankrning lab eki og`iz bo`shlig`ida joylashganligida ku-zatiladi. Limfa tugunlarning loviyadek kattalashishi, qattiq elastik kansistensiyaga ega bo`lishi, paypaslab ko`rilganda ular-ning harakatchanligi, bir-biri va teri bilan birlashmaganligi hamda og`rimasligi regionar skleradenit uchun xarakterlidir,

Rikorning yozishicha «skleradenit kattik shankrga yo`ldosh, u bilan doimo birga uchraydi, shankr ketidan izma-iz boradn, bubonsiz kattiq shankr uchramaydi».

Diagnozi. Qattiq shankrni oddiy pufakchali temiratki, shankrsimon piodermiya va rakda uchraydigan yaralardan farqlash lozim. Oddiy pufakli temiratkada pufaklardan hosil bo`lgan eroziyalar shishgan bo`lib, ular giperemiyali terida joy-lashadi, polisiklik chegaraga ega, asosida esa qattiqlik aniqlanmaydi, og`riq seziladi.

SHankrsimon piodermiya kamdan kam uchrasada, uni qattiq shankr bilan qiyoslash ma`lum bir qiyinchiliklar tug`diradi. CHunki shankrsimon piodermiyada ham og`riqsiz qattik yara yoki eroziyalar

bo'ladi va regional limfa tugunlar kattalashadi. Diaqnoz qo'yishda eroziya yoki shankrdan bir necha marotaba oqish treponemaga tekshirish, Vasserman reaksiyasining natijalari-ni hisobga olish katta ahamiyatga ega.

Teri o'smasidagi (teri raki) yara aniq chegaralangan, tubi qattiq, cheti notekis, egri-bugri, ko'pincha emirilgan va atrofi sal-pal yallig'langan bo'ladi. Bunday yara, birlamchi sifilomaga nisbatan, chukur joylashganligi sababli undan qon oqishi va se-kin (torpid) kechishi kuzatiladi. SHuningdek teri o'smasidagi yaralar ko'prok kariyalarda uchraydi.

Zaxmning ikkilamchi davri

Zaxmning ikkilamchi davri oqish treponema bilan zararlangandan o'rtacha 2—3 oy yoki birlamchi sifiloma paydo bo'lgandan 6—7 hafta o'tgach teri va shilliq qavatlarda toshmalar toshishi bilan boshlanadi. Qasallik davolanmagan holda 3—5 yil davom etadi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a'zolar, xarakatlanish apparaglari va nerv sistemasida turli xil patologik o'zgarishlar kuzatiladi.

Ikkilamchi zaxmning birinchi 5—7 kunida ba'zi bemorlarda (10—15%) umumiy darmonsizlik, lanjlik, bosh og'rig'i, harorat ko'tarilishi (37,2—38°S), kechqurunlari bo'g'im va suyaklarda og'riq bo'lishi kuzatiladi. Lekin ko'pincha bemorning umumiy axvoli deyarli o'zgarmaydi.

Zaxmning ikkilamchi davri ikkilamchi yangi zaxm (toshmalarning birinchi marta toshishi) va ikkilamchi residiv zaxmga (toshmalarning qayta. toshishi) bo'linadi. Toshmalar toshishi orasi-dagi vaqt ikkilamchi yashirin zaxm deb ataladi.

Ikkilamchi davrda toshmalarning paydo bo'lishi va yo'qoli-shi, shuningdek ularning soni, morfologik xususiyatlari oqish treponemalarning aktivligiga va ularning makroorganizm bi-lan bo'lgan immunobiologik munosabatiga bog'liq.

Ikkilamchi davrda uchraydigan toshmalar umumiy xususiyatga ega. Ular badanning turli sohalorida uchrab, shakli dumaloq, keskin chegaraga va ko'kimtir-qizg'ish rangga ega, ko'shilishga moyil emas, sub'ektiv sezgilar bo'lmaydi, davolash choralari o'tkazilmasa ham ma'lum bir vaqtdan keyin iz qoldirmasdan yo'qolib ketadi. Ikkilamchi sifilidlarning eroziyali yuzasida ko'p miqdorda oqish treponemalar bo'lib, ular juda ham qonta-gioz hisoblanadi. Vasserman va cho'kma reaksiyalar ikkilamchi yangi zaxmda 100% keskin musbat bo'lsa (reaginlar titri yuqori — 1:160, 1:320), ikkilamchi residiv zaxmda 96—98% bemorlarda keskin musbat bo'ladi (reaginlar titri past), Immunoflyuores-sensiya reaksiyasi 100% bemorda keskin musbat bo'ladi. Oqish treponemalarning immobilizasiya reaksiyasi (OTIR) ikkilamchi yangi zaxm bilan og'riqan bemorlarning taxminan yarmida (40—60% immobilizasiya) va ikkilamchi residiv zaxm bilan og'riqan bemorlarning 60—80% ida musbat bo'ladi (okish trepo-nemaning immobilizasiyasi esa 70—90% ni tashkil etadi).

Ikkilamchi zaxm bilan og'riqan bemorlarni antibiotiklar bilan davolash vaqtida Lukashevich — YArish—Gerksgeymer re-aksiyasi (harorat ko'tarilishi, umumiy simptomlarning paydo bo'lishi, toshmalar sonining ortishi va rangining yorqinlashishi) kuzatiladi. Antibiotiklar ta'sirida ko'plab oqish treponema-lar nobud bo'ladi va natijada bu mikroorganizmlar tarkibidan pirogen (toksik) moddalar ajralib chikadi. Bu moddalar qon tomirlarga ta'sir etadi va klinik jihatdan Lukashevich —YArish--Gerksgeymer reaksiyasi bilan ifodalanadi.

Ikkilamchi zaxmda morfologik elementlardan dog` (rozeola), tuguncha (papula), ba`zan esa pufakcha (vezikul) va madda (pustula) uchraydi. SHu bilan birga bu davrda sifilitik leykoderma va soch to`kilishi (sifilitik alopesiya) ham kuzatiladi.

Zaxmning ikkilamchi yangi davridagi sifilidlar mayda va ko'p, yorqin rangli, simmetrik, atrofga yoyilmaydi, usti kepak-lanmaydi. Bu davrda ba'zi bemorlarda qattiq shankrning qol-diqlarini va regional skleradenitni aniqlash mumkin, 80—90% bemorlarda poliskleradenit holati rivojlanadi. Ikkilamchi residiv zaxmda toshmalar yirik va soni kam, ko'pincha simmetrik bo'lmay, guruhlashishga moyil bo'ladi va ko'p ishqalanuvchi sohalarda (son, jinsiy a'zolar, ogiz bo'shlig'i) joylashadi.

Dog'simon sifilid (sifilitik rozeola). Zaxmning ikkilamchi davri ko'pincha sifilitik rozeola bilan boshlanadi. Dog'larning kattaligi jimjiloqdek yoki undan kichikrok, rangi pushti-qizil, shakli esa dumaloq bo'ladi. Agar dog'ni bosib ko'rilsa yo'qolib ketadi, lekin yana paydo bo'ladi, po'st tashlamaydi, teri damidan ko'tarilmaydi. Rozeolalar ko'pincha teri yuzasida: ko'krak, qorin va ko'l, dumba, son va og'iz shilliq qavatida uch-raydi. Rozeola 1—2 hafta davomida toshib, 3—4 haftagacha o'zgarmay turaveradi, keyin rangsizlanadi va sekin-asta hech qanday dog` qoldirmay yo'qolib ketadi.

YUqorida bayon etilgan tipik rozeoladan tashqari ba`zan uning atipik yoki kam uchraydigan xillarini ham uchratish mum-kin:

1. Qepaklanuvchi rozeola — elementning usti kepakli tanga-chalar bilan qoplanadi, o`rtasi esa biroz botiq bo`ladi.

2. Bo`rtib turadigan (elevirlovchi) rozeola—perivaskulyar shish hisobiga atrofida teridan biroz ko`tarilib turadi va klinik jihatdan eshakemni eslatadi.

3. Qo`shiluvchi rozeola — elementlarning ko`shilishi hi-sobiga vujudga keladi va katta eritematoz soxalarni hosil qiladi.

4. Follikulyar (nuqtali) rozeola — soch so`rg`ichlari atrofida perivaskulyar infil`trat hisobiga vujudga kelib, rozeola va papula orasidagi oralik element xnsoblanadi.

Papulyoz sifilid. Papulyoz sifilid ikkilamchi zaxmning residiv davrida ko`proq uchraydi. Papulalarning katta-kichikli-giga qarab lentikulyar (yasmiqsimon) va miliar xillari tafovut etiladi.

Lentikulyar papulalar yarim oysimon shaklga zga, chegarasi aniq va keskin, pushti rangli bo`lib, bir biri bilan qo`shilmaydi, usti kepaklanadi va tangachalar papulalarning atrofida joylashadi («Biyott yoqachasi» simptomi). Miliar papulalar soch follikularining chiqish joyida va ko`pincha darmo-ni qurigan bemorlarda uchraydi. Bunday papulalar to`g`nog`ich bo-shiday kattalikda bo`lishi mumkin.

CHov, jinsiy a`zolar va orqa chiqaruv teshigi atrofida joy-lashgan papulalar ishqalanish va qitiklovchi ajralmalar ta`sirida kattalashadi (gipertrofik papulalar), ular qo`shilishi natijasida pilaksimon papulalar yoki keng kandilomalar vujudga keladi. Bunday katta papulalarning usti ishkalanish oqibatida eroziya (eroziv papula) va pilchirash (xo`llanuvchi papula) paydo bo`ladi. Bunday eroziv va ho`llanuvchi papulalar sirtida juda ko`p oqish treponemalar bo`lib, u atrofda uchun juda xavfli xisoblanadi. Kaft va tovonda joylashgan papulyoz toshmalar terining umumiy sathidan ko`tarilmaydi, to`q-qizil rangdagi dog`larni eslatadi, Papulalar qattiq kansistensiyali va usti qalin, zich joylashgan tangachalar bilan koplangan bo`ladi. Zaxmning ikkilamchi davrida psoriaz (psoriazsimon sifilidlar) va seboreyaga (seboreyali sifilitik papulalar) xos papulalarni ham uchratish mumkin. Sifilitik papulalar asta-sekin so`rilib, o`zidan so`ng pigmentli doglar qoldiradi. Dog`lar ham vaqt o`tishi bilan yo`qolib ketadi.

Gistopatologiyasi. Dermada yallig`lanish infil`trati vujudga keladi. Infil`trat asosan plazmatik hujayralardan tashkil topgan bo`lib, bu hujayralar so`rg`ichsimon qavat qon to-mirlari atrofida diffuz holatda joylashadi. Tomirlar endo-teliysi keskin giperplaziyaga uchraydi.

Diagnozi. Sifilitik papulalarni psoriaz, qizil yassi te-miratki, qizil volchankada uchraydigan papulalardan ajratish lozim. Keng kandilomalarni o`tkir uchli kandilomalardan, ge-morraidal tugunlardan farqlash lozim.

Pustulyoz sifilid. Pustulyoz sifilid asosan organizmning reaktivligi pasaygan va ichkilikka ruju qilgan kishilarda uchraydi. Toshmalar asosan boshning sochli qismi, bel va boldirlarga toshadi.

Pustulyoz toshmalar ko`pincha papulyoz sifilidlar bilan birga uchraydi. Pustulyoz sifilidning bir necha xili tafovut qilinadi:

1. Zaxm impetigosida papula markazida madda (pustula) bo`lib, u tez orada kuriydi va po`st paydo bo`ladi. Elementlar periferiya tomon o`smaydi, bir-biriga qo`shilmaydi va sub`ektiv sezgilar bo`lmaydi.

2. Husnbuzarsimon sifilid klinik ko`rinishi jihatidan oddiy husnbuzarni eslatadi. Lekin husnbuzarsimon sifilidlar seboreyali bo`lmagan soxalarda \am joylashadi, seboreyaning simptomlari (kamedonlar)bo`lmaydi.

3. CHEchaksimon sifilid. SHarsimon pustula hosil bo`lib, tez orada o`rtasi cho`kib quriydi (shu klinik ko`rinishi bilan chechakni eslatadi), atrofida qo`ng`ir-qizil rangli infil`tratli bo-lishcha kuzatiladi. Pustulalar soni ko`p bo`lmaydi (10—20) va uzoq vaqt saqlangandan so`ng o`zidan keyin chandiqli qoldirmaydi.

4. Sifilitik ektimada qalin, kul rang yoki qo`ng`ir po`st bilan qoplangan chuqur pustula hosil bo`ladi. Po`st tagida yara bo`lib, keyinchalik u tekis chandiqli bilan bitadi. Element atro-fida qizil gardish bilan o`ralgan qattiq bolishli infil`trat bo`ladi. Pustulalar boldirning oldingi yuzasida, ba`zan esa badan, qo`l-oyoqlarda va boshning sochli kismida joylashadi. Banal ektimaning sifilitik ektimadan farqi shundaki, uni strepto-kokklar qo`zg`atadi; dumba va belda joylashadi hamda atrofida eritema katta bo`ladi.

5. Sifilitik rupiya, zaxm rupiyasi. Sifilitik ektimaning bir xili bo`lib, bunda infil`trat kattalashaveradi, tubidan chiqqan suyuqlik qotishi natijasida katlam-qatlam qonussimon, chuqur yaraga aylanadi, Rupiya kasallik boshlangandan keyin vujudga keladi va ektima kabi zaxmning og`ir kechishidan darak beradi. Zaxmning ikkilamchi davrida teridagi kabi shillik. qavatlarda (og`iz bo`shlig`i, tomoq, halkum, lablarning qizil hoshiyasi. katta va kichik uyatli lablarning shilliq qavatlari) ham dog`simon papulyoz va pustulyoz sifilidlar uchraydi. SHilliq qavatlar pushti rangda bo`lganligi sababli bu elementlarni darxol ajratib olish (diagnostika qilish) qiyin. YUmshoq tan-lay, tanglay tilchasi, bodomcha bezidagi rozeolalar bir-birlari bilan qo`shilishib katta o`choq hosil qiladi va buni sifilitik angina deb ataladi. Sifilitik angina bir yoki ikki tomonlama bo`lishi, sub`ektiv belgilersiz kechishi, harorat ko`tarilmas-ligi va toshmalar chegarasi keskin ajralganligi bilan xarak-terlanadi.

Shillik. qavatlarda papulyoz toshmalarini ham uchratish mum-kin. Ular yassi, dumalok, chegarasi keskin, ushlab ko`rilganda zich, rangi esa to`q qizil bo`ladi. Ogiz bo`shlig`ida joylashgan pa-pulaning epitelisi shikastlansa, u oqish bo`lib, chetida qizg`ish rangli bolishcha ko`rinadi. Analogik palulyoz toshmalarini tanglay, milk, jinsiy a`zolarning` shilliq qavatida uchratish mum-kin. Agar papulalar ovoz (tovush) paylarida eki xikildoqda joylashsa, u xolda ovoz hirillab qoladi.

Sifilitik alopesiya. Sifilitik alopesiyaning mayda o`choqli, yalpi (diffuz) va aralash xillari tafovut etiladi. Mayda o`choqli sifilitik alopesiyada soch to`kilgan joy terisi o`zgarmaydi, qipiklanmaydi. soch kichik-kichik o`choq xosil kilib to`kiladi, chetidagi soch qo`l bilan sekin tortilsa yulini chiqadi, yallig`lanish belgilari kuzatilmaydi. YAlpi (diffuz) alopesiyada esa boshdagi sochlar bir tekis to`kiladi, Soqol, qosh, kipriklar ham to`kilishi mumkin, Birin-ketin to`kilishi va o`sishi xisobiga kipriklar xar xil uzunlikda bo`ladi va zinapo-yani eslatadi (buni Pinkus belgisi deb ataladi), Qoshlarning mayda o`choqli to`kilishini «tramvayli» yoki «omnibusli» sifi-lid deb atashadi. Ba`zi bemorlarning sochi butunlay to`kilib ketishi mumkin. Terida hech qanday yallig`lanish elementlari, shuningdek qipiqlanish ham kuzatilmaydi, teri tep-tekis bo`lib turaveradi. YAlpi soch to`kilishi ko`pincha zaxmning ikkilamchi davrida uchraydi.

Aralash soch to`kilishi. Bunda ham o`choqli, ham yalpi soch to`kilishini ko`rish mumkin. Zaxmda soch to`kilishi kasallik-ka xos alomat hisoblanadi. lekin bir necha oydan keyin soch yana o`sib chiqadi.

Sifilitik leykoderma yoki pigmentli sifilid Oifshstnk leykoderma ko`pincha zaxmning ikkilamchi residiv davrida uchraydi. U oqish dog` ko`rinshida bo`lib, bemorni bezovta qilmaydi. Ko`krak, bo`yin va orqada, ba`zan esa elka va qo`llarda kattaligi no`xatdek yoki undan kichikroq doglarni ko`rish mumkin. Ok. dog`lar bir-biri bilan ko`shilib to`r hosil kilgandek ko`rinadi. Sifilitik leykoderma bilan og`rigan bemorlarning 56% ida (T. V. Va-sil`ev, 1963) orqa miya suyuqligida patologik o`zgarishlar aniqlanadi. Lekin sifilitik alopesiya va leykoderмага ega bo`lgan bemorlarning 73% ida likvor patologiyasi aniqlanadi (A. K- YAkubson, 1940). Leykoderma bir necha oydan so`ng spesifik davolash usullari o`tkazilmasa ham asta-sekin yo`qolib ketadi.

Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a`zolar, nerv sistemasi va harakat apparatlarining zararlanishi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a`zolar, nerv sistemasi' va xarakat apparatlari-ning zararlanishi juda kam uchraydi va paydo bo`lgan patologik o`zgarishlar bemor hayoti uchun biror xavf tug`dirmaydi.

Ba`zan Botkin kasalligini eslatuvchi o`tkir gepatitning klinik ko`rinishini kuzatish mumkin. Bemorlarning jigari kattalashadi, pal`pasiya qilganda og`riydi, funksiyasi buziladi. Qora talok. ham kattalashishi mumkin. Bunday bemorlar qonida serologik reaksiyalar keskin musbat bo`ladi.

Ikkilamchi zaxmda bo`yrakning zararlanishi — proteinuriya, sifilitik lipoidli nefroz bilan ifodalanadi.

YUrak-qon tomir sistemasida elektrokardiografiya bilan aniqlanadigan sifilitik miokardit (charchash, umumiy holsizlanish, nafas qisishi) uchraydi.

Me`da-ichak faoliyatining buzilishi (ko`ngil aynash, keki-rish, ishtaha yo`qolishi, gipoasid gastrit) kuzatiladi.

Nerv sistema tomonidan esa — yashirin (latent) sifilitik meningit, o`tkir generalizasiyalangan meningit, bazal meningit va sifilitik gidrosefaliyalarning klinik simptomlarini di-agnostika qilish mumkin.

Ikkilamchi zaxmning boshlang`ich davrida oyoqning uzun nanli suyaklarida og`riq paydo bo`lib, uni kechga borib kuchayishi xarakterlidir. SHu bilan birga og`riq bilan kechadigan periostit va osteoperiostitlarning klinik simptomlari rivojlanadi,

Agar bemor penisillin yoki boshka antibiotiklar bilan o`z vaktida davolansa, yuqorida aytilgan patologik jarayonlararo asta-sekin qaytadi (regressga uchraydi).

Mashg'ulotda qo'llanadigan interfaol usullar

«Stol o'rtasida ruchka»

Mavzu: Zaxmning uchta davriga xos klinik belgilarni aytib, tayanch belgilar bilan izohlash. Guruh talabalarini raqamlar bilan belgilanadi. Har bir talaba o'zi yaxshi bilgan bittadan kasallikni tanlab qog'ozga yozadi. Ruchkani stol o'rtasiga qo'yib, qog'ozni keyingi talabaga uzatiladi. Barcha talabalar o'z kasalliklarini yozgandan so'ng navbat bilan fikrlarini bayon qiladilar.

Masalan:

7. Talaba ikkilamchi residiv zaxmni tanladi. U bu davrga xos klinik belgilarni izohlaydi: Zaxmning ikkilamchi davri ikkilamchi yangi zaxm (toshmalarning birinchi marta toshishi) va ikkilamchi residiv zaxmga (toshmalarning qaytib toshishi) hamda ikkilamchi yashirin zaxmga bo'linadi. Residiv zaxm kasalligiga chalingandan so'ng o'rta hisobda 5-6 oydan keyin namoyon bo'ladi. Ikkilamchi residiv zaxmga xos klinik belgilar: papulyoz sifilid, pustulyoz sifilid, zaxm alopesiyasi, zaxm leykodermasi, ichki a'zolar, nerv sistemasi va harakat a'zolarining zaralanishi kuzatiladi.

«Uch bosqichli interv`yu»

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

Asosiy tamoyillar:

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

- 16) nima to'g'ri bajariladi?
- 17) Nima noto'g'ri bajariladi?
- 18) Qanday bajarilishi kerak edi?

Afzalliklari:

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

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

Bemor 38 yoshli ayol, qabulxonaga quyidagi shikoyatlar bilan keldi: Tanasida hech qanday sababsiz toshmalar chiqishiga, qo'l kaftlari va tovon sohasiga tugunchalar paydo bo'lishiga va anus atrofida ham toshmalar paydo bo'lganligiga.

Ko'rik vaqtida holati yaxshi, badan terisiga ayniqsa ko'krak sohasida bir-biriga qo'shilmagan yirik usti yoqasimon kepaklanuvchi oqish—qizg'ish rangli rozeolyoz toshmalar bor. Qo'l kafti va tovon sohasida teri sathidan ko'tarilmagan kichik o'lchamli papulalar borligi, anus sohasidan bir-biriga qo'shilib ketgan keng asosli yuzasi biroz eroziyalangan ko'rinishi gulkaramni eslatuvchi keng kandidomalar aniqlandi.

YUrak tonlari me'yoriy eshitaladi pul's - 85 ta, qon bosimi 120/80 mm sim.ust. o'pkasida vezikulyar nafas eshitaladi. Jigar-taloq kattalashmagan. Kasallik anamnezidan. Bemorga bundan uch oy oldin ham tanasida sababsiz toshmalar toshib, o'z-o'zidan yo'qolib ketgan.

“Vrach” bemor so'zidan yiqqan barcha ma'lumotlarga e'tibor berishi, klinik belgilarga yondoshib bemorni terii tanosil kasalliklar kasalxonasiga yo'llashi lozim.

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

- bemorga to'g'ri psixologik yondashdimi?
- Kasallik anamnezi to'liq va aniq yig'ildimi?
- Bemorni ko'rikdan o'tkazganda klinik belgilarga asoslanib zaxm kasalligiga shubha qildimi?
- Bemorni keyingi tekshiruvlar va davolash maqsadida shifoxonaga yo'lladimi?
- Jinsiy aloqada bo'lgan shaxslarni tekshirish o'tkazishga yo'llanma berdimi?

Bemor harakatlarini baholashda:

- O`z holatini qanchalik darajada ta`rifladi?
- Kasallik anamnezini aniq ayta oldimi?
- Kasallik belgilarini to`g`ri ta`riflab berdimi?

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

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor V. 32 yoshda. Bemor tanasida har xil joylashgan ko`plab rozeolyoz toshmalar va lentikulyar papulalar bor. Jinsiy olat bo`yinchasida asosi infil`tratlangan epitelizasiyalanuvchi yara aniqlanadi. Oldin bemor hech nima bilan og`rimagan va davolanmagan.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini rejalash lozim?

2-masala

Bemor K. 30 yoshda. 1 hafta oldin bemorning lab qizil hoshiyasida 1 sm kattalikdagi og`riqsiz, go`sht rangli, chegarasi aniq yara paydo bo`lgan. Pal`pasiyada yara asosida qattiq infil`trat, jag`osti limfa tugunlari kattalashganiligi, konsistensiyasi qattiq elastik, og`riqsiz, harakatchanligi aniqlandi. Teri qoplamlari toza, toshmalar yo`q

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini rejalash lozim?
3. Qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashxislanadi?

3-masala

Bemor SH. 54 yoshda. Jarohatdan keyin tizza sohasida chuqur tugun paydo bo`lgan. Bir oydan keyin tovuq tuxumidek bo`lib yorilgan. YOrilgan mahalda yopishqoq elimsimon sarg`ish rangli 2 ml atrofida suyuqlik ajralib chiqdi. Hosil bo`lgan yara – oval shaklida, aniq chegaralangan, chekkasi teri damidan biroz ko`tarilgan, qattiq konsistensiyali va tubida nekrozga uchragan to`qimasi sterjen` bor. Sub`ektiv sezgilar va umumiy o`zgarishlar yo`q.

1. Faraziy tashxis qo`ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini rejalash lozim?
3. Epidemiologik jihatdan bemorlar qanday holatda.

4-masala

Bemor A. 35 yoshda. Bo`yinning orqa va ikkala yon sohalarida ya`ni elkaga va ko`krakka o`tish joylarida kattaligi no`xat kattaligidan tanga kattaligigacha bo`lgan, alohida – yakka holda joylashgan ko`plab gipopigment dog`lar aniqlanadi. Dog`larusti kepaklanmaydi, yallig`lanish belgilari yo`q..

1. Tashxis qo`ying, qaysi kasallik uchun xos klinika berilgan?
2. Kasallikning qaysi klinik belgisi to`g`risida ma`lumot berilmoqda?
3. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya usulidan foydalaniladi?

5-masala

Bemor SH. 28 yoshda. Tashqi jinsiy a`zolar va anus sohalarida, bir-biriga qo`shilib ketgan keng asosli yuzasi eroziyalangan vegetasiyalanuvchi hosilalar aniqlanadi. Bu toshmalarning periferiyasida ko`plab lentikulyar papulalar bor. Terida boshqa toshmalar yo`q.. Bemorning umumiy ahvoli yaxshi.

1. Tashxis qo`ying, qaysi kasallik uchun xos klinika berilgan?
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya usulidan foydalaniladi?
3. Bu kasallikda yana qanday klinik belgilarni kuzatish mumkin?
4. Bunday klinik o`zgarishlar bilan bemor atrofdagilar uchun yuquqlimi yoki yo`q?

12-mavzuga oid testlar

1. Zaxmning inkubasion davri qaysi holatda qisqaradi?
A) keksalik davri bo`lsa
B) treponemalar virulentligi kuchsizlanganda
V) bipolyar shankr bo`lsa
G) boshqa kasalliklar bo`lganda

- D) to`g`ri javob yo`q
2. Zaxmning inkubasion davri qaysi holatda uzayadi?
- A) antibiotiklarni qabul qilganda
 B) vitaminlarni qabul qilganda
 V) alkogol`ni ko`p iste`mol qilganda
 G) ko`plab shankr bo`lganda
 D) treponemalar virulentligi yuqori bo`lganda
3. Zaxm kimlarda ko`p uchraydi:
- A) ukituvchilarda
 B) bolalarda
 V) hayvonlar bilan ishlovchilarda
 G) uzoq shaharlarga qatnovchi haydovchilarda
 D) qariyalarda
4. Ko`rsatilgan sifilidlarning qaysi biridan oq treponema topiladi?
- A) keng kandilomalardan
 B) ikkilamchi yangi zaxm rozeolalaridan
 V) ikkilamchi rezidiv zaxm rozeolalaridan
 G) uchlamchi zaxm rozeolalaridan
 D) kaft-tovon papulalaridan
5. Ko`rsatilgan sifilidlarning qaysi biri kam miqdorda oq treponema saqlaydi?
- A) eroziyalangan shankr
 B) keng kandilomalar
 V) gumma
 G) og`iz bo`shlig`idagi eroziyalangan papular
 D) bipolyar shankr
6. Epidemologik nutai nazardan zaxmning qaysi davri xavfli hisoblanadi?
- A) erta yashirin zaxm
 B) ikkilamchi residiv zaxm
 V) uchlamchi faol zaxm
 G) uchlamchi yashirin zaxm
 D) ikkilamchi yangi zaxm
7. Neyrozaxmni qaysi tekshirish usuli diagnostika qiladi?
- A) Borde-Jangu reaksiyasi
 B) YArish-Lukashevich reaksiyasi
 V) Tindal fenomeni
 G) Lange reaksiyasi
 D) Vasserman reaksiyasi
8. Xlamidiya qaysi kasallikni keltirib chiqaradi?
- A) uretrit
 B) proktit
 V) Reyter kasalligi
 G) traxoma
 D) donovanoz
9. Gonokokklar qaysi kasallikni keltirib chiqaradi?
- A) uretrit, proktit
 B) Reyter kasalligi
 V) donovanoz
 G) xolesistit
 D) glaukoma
10. YUmshoq shankr qo`zg`atuvchisi surtmalarda qanday ajratiladi?
- A) spiralsimon ko`rinishga ega
 B) juft-juft joylashgan gramm manfiy diplokokk
 V) sigaret tayoqchalari

- G) surtmalarda aniqlanmaydi
D) to'g'ri javob yo'q

Amaliy ko'nikma

Orqa teshikni ko'zdan kechirish

Birlamchi, ikkilamchi siflidlar va boshqa venerik kasalliklari aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Bemordan oyoqlarni bukmasdan egishni va qo'li bilan dumbalarini tortib turishni so'raladi.

1. SHifokor bir uchi paxtali tayoqcha yordamida orqa teshik, to'g'riichakning tashqi yuzasini, orqa teshik atrofidagi terini ko'zdan kechiradi.
2. Orqa teshikda ajralma bo'lsa, surtma olinadi va gonokokk bor yo'qligi tekshiriladi.
3. Agar anogenetal jinsiy aloqa borligi gumon qilinsa, to'g'riichak oynasi yoki koproskop yordamida to'g'ri ichakning pastki qismi ko'riladi va shilliq qavatida eroziya yara bor-yo'qligiga e'tibor beriladi.
4. Halqacha yoki Fol'kmanovskiy qoshiqchasi yordamida shilliq qavatlardan surtma olinadi va mikroskopda gonokokklar bor yo'qligi tekshiriladi.
5. Tekshirish uchun material to'g'ri ichak ampulasidan ag'darish (ayollarda) yoki to'g'ri ichakni yuvish orqali olinadi.
6. Qinning orqa teshigi orqali ko'rsatkich barmoq bilan orqateshik ichki sfinkterining shilliq pardasi ag'dariladi va shilliq qavatlarni ko'zdan kechiriladi va tekshirish uchun surtma olinadi.

Yara yuzasidan rangsiz trepomemaga tekshirish uchun surtma olish uslubi

№	Topshiriqni bajarish	Maksimal ball	To'plangan Ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyarlash	5	
2	Tekshiriladigan toshmani aniqlash (shilinish, yara, shilingan tuguncha, yirik kondiloma)	15	
3.	Element yuzasi steril paxta eki dokali tampon bilan tozalanadi.	15	
4	Spirtovka alangasida surtma olish uchun maxsus temir xalka petlya kizdiriladi va sovutiladi	15	
5	Qovuzloq erdamida element yuzasi to'zardobli tukima suyukligi ajralib chikmaguncha mexanik ta'sirlanadi va suyuklik olinadi.	15	
6	Material (to'qima suyugligi) xamda fiziologik eritma kam mikdorda eg'sizlangan buyum oynachani ustiga surtiladi va kichkina oynacha bilan epiladi	20	
7	Agar surtma bo'yalmi qolsa, uni mikroskop tagida kuruvdan o'tqazish kerak	15	
	Ja'mi	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Zaxm infekstiyasini zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

13-Mavzu: Uchlamchi, yashirin va tug'ma zaxm

13.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli.

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-8nafar
Mashg'ulot shakli	Aamaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1.Zaxmda og'iz shilliq qavatining shikastlanishi. Qiesiy tashxis. 2.YAshirin zaxm. Patogenezi, serologik diagnostikasi, qiyosiy tashxis, davolash. 3.Uchlamchi va tug'ma zaxm. Gummali va do'mboqchali zaxm. 4. Zaxmdagi ichki a'zolar va asab tizimining shikastlanishi. 5.Tug'ma zaxmning klinik alomatlari. 6.Zaxmga duchor bo'lgan bemorlarni davolash asoslari, dispanserizasiyasi 7.Kasallarni faol aniqlash. Klinik va serologik nazorat. Tug'ma zaxmning oldini olish choralari.
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarga teri anatomiyasi, gistologiyasi va fiziologiyasi to'g'risida umumiy ma'lumotlar berish.Teri kasalliklari va JYBYUI-lar bilan og'rikan bemorlarni tekshiruv usullari, terining patomorfologiyasi, morfologik elementlar haqida ma'lumotlar berish va dermatozlarni klinik tashxislash, umumiy davolash usullarini o'rgatishdan iborat. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda uz xissasini kushishga intilish, uzi tanlagan kasbga mexr uygotish Rivojlantiruvchi: mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli.
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash.	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

13.2. Uchlamchi, yashirin va tug'ma zaxm amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1.O'quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1. "Uchlamchi, yashirin va tug'ma zaxm" mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala.	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar

	2. “Galereya bo`ylab sayohat” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1. “Uchlamchi, yashirin va tug`ma zaxm” og`zaki savol, test, masala. 2. Ko`rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3. “Tezkorlik, aniqlik, to`laqonlik” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5. Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6. Mavzular asosida berilgan ma`lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag`batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo`linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1. YAkunlovchi xulosa qiladi 2. Mustaqil ish beradi: Tug`ma zaxm. Zaxmda ichki a`zolar va sistemalar shikastlanishi 3. Uyga vazifa beradi: So`zak (gonoreya). Noso`zak (nonokokkli) uretritlar	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

Zaxmning uchlamchi davri Sunggi yillarda zaxmning uchlamchi davri bilan og`rigan bemorlar soni ancha kamaydi. Bu bemorni tula yoki mutlako davolanmaganligi natijasida kelib chiqadi. Uchlamchi davrning ri-vojlantirishida travma (ruxiy, fizik) va surunkali kasalliklar, zaxarlanishlar, bemorning yoshi hamda Boshqa omillarning ahamiyati katta. Uchlamchi davr 3—5 yil yoki undan ham kechroq boshlanadi va teri, shilliq qavatlar, ichki a`zolar, nerv siste masi hamda xarakat apparatlarining zararlanishi bilan xarakterlanadi. Uchlamchi zaxmni klinik kechishiga qarab faol (aktiv) va yashirin davrlarga bo`linadi. Bu davr yana o`z navbatida dumbokcha va tugun (gumma) toshish davriga ajratiladi. Toshmalar son jixatdan oz bo`lib (dumbokchalar 10-20 bo`lsa, gumma odatda bitta yoki ikkita bo`ladi), o`zidan sung chandik koldiradi. Agar toshmalar xaet uchun muxim a`zo va sistemalarda joylashsa, u bemor xayoti uchun jiddiy xavf tugdiradi. Elementlar atrofdegilar uchun kam yuqumli xisoblanadi, chunki ular yo`zasida oqish treponemalar juda oz bo`lib, asosan infil`trat tubida joyla-shadi. Uchlamchi zaxm organizmni ogir o`zgarishlarga olib keladi. Bu davr ichida teri osti yog qavatida, suyak va muskul larda, nerv sistemasi va ichki a`zolarida o`zgarishlar ko`zatiladi. Uchlamchi davr elementlari yod va ogir metall saqllovchi dorilarga ta`sirchan bo`lib, ular bilan davolanganda elementlar tezda regressga uchraydi. Bemorlarning 30—35% ida standart serologik reaksiyalar manfiy bo`ladi. Lyoki n okish treponemalarni immobilizasiya qilish reaksiyasi kamdan kam xollarda manfiy natija beradi. SHu sababli bemorlar k,onini OTIRga tekshirish katta ahamiyatga ega.

Do`mbokchali sifilid. Bemor terisining derma qavatida xujayrali infil`trat xosil bo`lishi natijasida dumbokchali sifilid vujudga keladi. Bu terining hamma qismida uchraishi mumkin. Dumbokdalar og`rimaydi, kichishmaydi hamda yalliglanmaydi. Ular yarimoysimon yoki yassi, rangi esa kizgish bo`lib, terida asimmetrik joylashadi. Dumbokdalar olcha danagidek bo`lib, kattik, konsistensiyasi va aniq, chegaralanganligi bilan xarakterlanadi. Dumboqchalar derma va epidermis qavatida joylashadi. Dumbokcha infiltrati vaqt o`tishi bilan ne-krozga uchraydi va yaralar xosil bo`ladi. YAralarning usti granulyasion tukima bilan koplanib tortilgan chandiklar vujudga keladi. Kuruk yo`l bilan regressga uchragan dumbokchalar urnida atrofiya vujudga keladi. Dumboqchalarning birin-ketin toshib CHIQISHI sababli ular regressga uchraganda morfologik jixat-dan elementlarning turli bosqichda ekanligi ko`zatiladi. Dumbokdali sifilidlarning bir necha xili tafovut qilinadi:

guruxlashgan (elementlar gurux-gurux bo'lib joylashadi, lyoki n bir-birlari bilan qo'shilmaydi), emaklovchi yoki serpingioz (dumbokchalar qo'shiladi, markazidan regressga uchraydi va peri-ferik soxalarda yangi elementlar xosil bo'ladi), maydonchali (dumbokchalar qo'shib, maydoncha xosil qiladi), pakana (tarik doniday keladigan dumbokchalar ko'zatiladi). Dumbokchali sifilid sub'ektiv o'zgarishlarsiz kechadi.

Diagnozi. Uchlamchi sifilid dumbokdasini sil yugurugida-gi dumbokchadan, moxovning tuberkuloid (silimon) xili, mumkin. \$tkir kurinishga Ko'pincha reaktiv artritlar kiriti-lib, ular bugimga yaqin joylashgan gummoz jarayon bilan ifodalanadi (epifiz, metafizda). Ko'pincha surunkali sinovial artritlar uchraydi va ularni allergii tabiatga ega deb tushuntiri-ladi. Klinik jixatdan bu xildagi artritga bugim shishi va og'rigi, ichiga suyuqlik yigilishi va natijada bugim vazifasi-ning qisman bo'zilishi xos. Osteoartritlar bugimga yaqin joylashgan suyaklarning gummoz zararlanishi natijasida paydo bo'ladi va rivojlanadi (ular gummoz epifizitlar deb ham ataladi). Rentgenologii tekshiruvlar natijasida epifizlarda yumaloq kurinishdagi defektlar (nuksonlar) kurinib, atrofida sklerotik reaksiya kam ifodalangan bo'ladi. Tizza, elka, tirsak va tupik bugimlari kup zararlanadi. SHunga qaramay, zarar-langan bugim xarakati saklanadi, bilinar-bilinmas og'riq bo'lib, bemorning umumiy axvoli deyarli o'zgarmaydi. Bu belgilarning hammasi, shuningde klinik va laboratoriya tekshiruv natijalari qiyosiy diagnoz paytida, ayniksa, sil artritlari bilan o'tkazilganda e'tiborga olinadi.Zaxm o'zining eng boshlangich davrlaridayok, ichki a'zolar va sistemalarning zararlanishiga sabab bo'ladi. Zaxmning kechki kurinishlari, jumladan, uchlamchi zaxmda ichki a'zolardan, Ko'pincha yurak-k,on tomir sistemasi va jigar zararlanadi. Ik-qilamchi va ayniksa uchlamchi davrda zaxm miokarditi, nafas kisishi, toliqish, umumiy xolsizlanish, aritmiya, yurak tonlari-ning eshitilmasligi va yurak chegarasining chap tomonga kengayishi ko'zatiladi. Zaxm miokarditi o'ziga xos klinik belgilarga ega emas va u boshk,a tabiatli miokarditlardan deyarli fark, qilmaydi. Uning diagnozi zaxmning boshqa klinik va laborator belgilari asosida quyiladi. Bunda ayniksa, miokardit bilan birga kechadigan aortitga e'tibor berish zarur.Zaxm artriti visseral zaxmning eng kup uchraydigan kuri-nishi bo'lib, asosiy o'zgarishlar aortaning urta kobigida ko'zatiladi (mezaortit). U aorta devorining kattiklashib, k'origa kutariluvchi qismining kengayishiga olib keladi (oxirgi belgi zaxm bilan zararlangan aortaga xos). Agar normada soglom odamda aortaning yukoriga kutariluvchi qismi 3-3,5 sm ga teng bo'lsa, mezaortitda u 5-6 sm ga etadi va Ko'pincha kolbasimon kurinishda kengayadi. Zaxm aortiti asoratlanib aorta anevriz-masiga sabab bo'lishi mumkin. Uning yorilib ketishi musibatli xollarga olib keladi.Zaxmning uchlamchi davrida jigarning zararlanishi visseral zaxmning 2-4% ida uchraydi. O'CHOQ.LI gummoz, miliar gummoz yoki tarkoq infil'trativ va surunkali epitelial zaxm hepatitlari ko'zatiladi.Uchlamchi zaxm davrida ichki a'zolardan - buyrak, upka, me`da-ichak va Boshqalarning zararlanishi kamdan-kam uchraydi (hammasini qo'shib xisoblaganda uchlamchi zaxmdagi visseral pa-tologiyaning 1-1,5% ini tashqil qiladi).Zaxmning uchlamchi davrida nerv sistemasi tomonidan qo'yi-dagi patologii o'zgarishlar (kechki neyrosifilis) ko'zatiladi: kechki yashirin (latent) sifilitik meningit, kechki diffo'z me-ningovaskul yar zaxm, miya qon tomiri zaxmi (vaskul yar zaxm), orqa miya ko'rish (suxtasi) va progressiv falaj.Kechki yashirin sifilitik meningit, asosan, zaxm infeisiyasi organizmga tushgandan sung bir necha yillar utib boshlanadi. Ba`zan zaxmning ikkilamchi davrida ko'zatiladigan erta yashirin sifilitik meningit asta-syoki n kechki yashirin sifilitik meningitga o'tishi mumkin. Neyrosifilisning bu xili bilan shikastlangan bemorlarda, erta yashirin sifilitik meningitga uxshash, sub`ektiv belgilar ko'zatilmaydi. Ba`zan ular uncha kuchli bo'lmagan bosh og'rigi, qulok shangillashi, eshitishning pa-sayishiga va bosh aylanishiga shikoyat qiladilar. Oftal`mologii tekshirishda ko'z nervi diskining giperemiyasi va papillit ko'zatiladi.Kasallik diagnostikasida ork,a miya suyuqligini (likvor) tekshirish katta ahamiyatga ega. Likvorda uncha rivojlanmagan yalliglanish belgilari (oqsil mikdorining oshishi, sitoz, globo`lin reaksiyalari), musbat Vasserman reaksiyasi, kolloidli oltin(Lange) reaisiyasining patologii eianligi io'zatiladi. Lii-vordagi patologii jarayon zaxmga k,arshi olib borilgan davoga nisbatan ancha barkdror (rezistent) bo'ladi. Erta yashirin zaxmda esa davolash davomida likvor tezda tozalanadi (sanasiya).Kechki diffo'z meningovaskul yar zaxm asosan yashirin sifilitik meningit fonida rivojlanadi va miya qobik,larining oz bo'lsada patologii jarayonga jalb etilganligi bilan ifodala-nadi. Bemorlar kuchsiz bosh og'rigi va bosh aylanishiga shikoyat qiladilar. Miya k,on tomirlarining zararlanishi natijasida kasallik belgilari gipertonik kriz alomatlariga uxshab ie-tadi. SHu bilan birga miya nervlarining zararlanishi, sezuvchanligining yo`q.olishi, patologii refleks, paresteziya, gemiparez, falaj, xotira va talaffo'zning

bo'zilishi ko'zatiladi. Ork, a miya suxtasi (ko'rishi, tabes), surunkasiga ogir o'tishi bilan ajralib turadi. Bunda ork, a miya kobiklari, ustunlari va pustloklari shikastlanadi, kuchli og'riq ko'zatiladi. Og'rik, lar yurak sanchigi yoki buyrak va jigar krizlaridagi og'rikda uxshab ketadi. Bunday og'riklar birdan boshlanib, tezda yo'qolishi, ba'zan o'zoq. vaqt davom etishi ham mumkin. Orqa miya suxtasida segmentar xususiyatiga ega bo'lgan paresteziya, siyish va defika-siyaning bo'zilishi, miya nervlari parezi, io'z k, orachigi funnsiyasining bo'zilishi, ko'z nervining atrofiyasi, tabetik artropatiya, tovonda chuqur trofik yaralar paydo bo'lishi, soch tuqilishi, tish-larning tushishi, osteopatiya va Boshqa simptomlar io'zatiladi. Ork, a miya suyukligi tekshirilganda, unda oksil mikdorining oshganligi, sitoz (1 mm^3 da 20-30 limfositlar), musbat globo'lin, Vasserman reaksiyalari va paraletik kurinishga ega bo'lgan Lange reaksiyasi aniqlanadi.

Progressiv falaj. Kasallik asosida miyadagi mayda qon to-mirlarning (kapillyarlar) yalliglanishi va bosh miya moddasi, miyacha hamda markaziy kul rang yadrolarning shikastlanishi yota-di. Natijada barcha qavatdagi xujayralar atrofiyasi ko'zatiladi. Kasallik avj olgan davrda degradasiya, progressiv ravishda aklning zaiflanishi, gallyusinasiya, kaxeksiya, alaxlash va Boshqalar ko'zatiladi, uning sunggi bosqichida dement, ekspan-siv, ajitirlangan va depressiv kabi progressiv falajning turli shakllari rivojlanishi mumkin.

Progressiv falajning dement shaklida bemorning atrofda-gilar bilan xech ishi bo'lmay koladi, tezda apatiya, esi pastlik, umumiy falaj ko'zatiladi. Ekspansiv shaklida esa bemorda eyforiya, megalomaniya va psixikaning aynishi uchraydi. Kasallikning ajitirlangan shaklida bemor kuchli ko'zgalgan bo'lib, u atrofda-gilar uchun xavfli xisoblanadi. Kurkuv, ruxiy tushkun-lik depressiv shaklga mansub.

Progressiv falajning erta psixik o'zgarishlariga Quyidagi -lar kiradi:

1. Kishi xulk-atvorining o'zgarishi: bemorda dimogchoglik, serzarda yoki yigloqilik, mujmal yo uta muloyimlik xollari ko'zatiladi. Bemor tabiatidagi bunday o'zgarish tusatdan sodir bo'ladi. SHu sababli shifokor bemorning yurish-turishi, shuningdek fe'l-atvoridagi bunday o'zgarishlarga ahamiyat berishi lozim.
2. Xotira o'zgarishi, bunda bemor bir vaqtlar bo'lib o'tgan xodisalarni eslab, yakinda ruy bergan vokealarni unutib kuyadi.
3. Psixik o'zgarish tufayli bemor to'g'ri sanay olmaydi.
4. Bemor to'g'ri eza olmaydi, yozuvi paydar-pay bo'ladi.
5. Bemor tez yoki syoki n gapiradigan bo'lib koladi, gaplari o'zuk-yuluk bo'ladi.

Laboratoriya tekshirishlari o'tkazilganda bemorning standart serologik reaksiyalari qonda 95—98%, likvorda esa 100% musbat; Likvorda Lange reaksiyasi paralitik kurinishga ega bo'lib, OTIR va RIF 90—94% xollarda musbat bo'ladi.

YUkorida keltirilgan orqa miya suxtasi va progressiv falajning oqibati davolash choralari nechogli o'z vaqtida o'tka-zilishiga bog'liq. Kasallikning ilk davrida penisillin bilan davolash yaxshi naf beradi.

Taboparalich: Agar bemorda progressiv falaj va orqa miya suxtasiga xos alomatlar birga uchrasa, u xolda taboparalich di-agnosi qo'yiladi.

YAshirin zaxm

Sifilidolog ba'zan zaxm diaqnozini faqat qondagi musbat serologik reaksiyalari asosida kuyadi. YAshirin zaxm bilan og'rigan bemorlarning terisi, shilliq, k, avati, ichki a'zolari, nerv sistemasi, xarakatlanish apparatlari tomonidan zaxmning klinik kurinishi ko'zatiilmaydi. Statistika ma'lumotlariga Qaraganda yashirin zaxm ko'proq. uchraydi. Serologik diaqnosti-kaning yaxshi yo'lga qo'yilganligi, axolini o'z vaqtida serologik tekshiruvdan o'tkazish, turli kasalliklarda (gripp, pnevmoniya, bronxit, angina va Boshqalar) antibiotiklarni kul lash, bemorning o'z xolicha davolanishi va Boshqalar yashirin zaxmni vaqtida aniqlashni kiyinlashtiradi shu bois yashirin zaxm ko'proq ko'zatiladi. YAshirin zaxmning erta va kechki hamda noma'lum xillari ta-fovut qilinadi.

Erta yashirin zaxm birlamchi seropozitiv va ikkilamchi residiv zaxm davrlariga teng bo'lgan muddatni o'z ichiga olib, aktiv klinik belgilarga ega emas. Bu davrning, infeksiya tushgan-dan sung, urtacha davom etish muddati 2 yilni tashqil etadi. Erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlar terisi va shilliq qavatla-rida yuqumli bo'lgan toshmalar toshishi mumkin. SHu sababli bunday bemorlarga nisbatan epidemiologik qarshi chora-tadbirlar o'tkazish (stasionarga yotqizish, spesifik davolash tadbirlari, jinsiy

va uy-ro'zgardagi mulokotlarini tekshirish) keraq Erta yashirin zaxmni aniqlashda Quyidagi ma'lumotlar yordam beradi:

1. Sinchkovlik bilan yigilgan anamnez. Bemordan sungi 1—2 yilda jinsiy a'zolari, ogiz bo'shlig'ida eroziya yoki yaralar bo'lganligi, sochi tuqilganligi va antibiotiklar kabo'l qilgan-qilmaganligi haqida ma'lumot olinadi.
2. U bilan jinsiy aloqada bo'lgan kishilarni tekshirish, chunki bemor bilan jinsiy aloqada bo'lganlarda Ko'pincha zaxmning aktiv (erta) formasi aniqlanadi. Bu esa erta yashirin zaxm diagnozini qo'yishga yordam beradi.
3. Klinik tekshirish natijasida birlamchi sifiloma urnida chandik yoki atrofiya, regional skleradenit koldiklari bor-yo'qligi aniqlanadi.
4. K,onda serologik reaksiyalar keskin musbat va yukori reaginlar titriga (1:120, 1:160, 1:320) ega bo'ladi. Lyoki n antibiotiklar bilan davolangan yoki erta yashirin zaxmning boshlangich davrida (muddat bo'yicha birlamchi seropozitiv zaxm davriga to'g'ri kelganda) serologik reaksiyalar kuchsiz musbat yoki reaginlar titri past bo'lishi mumkin.
5. Penisillinoterapiya o'tkazish vaqtida ba'zan qaytalanish reaksiyasi (Gerksgeymer reaksiyasi) ko'zatiladi.
6. Davolash davrida reaginlar titrining pasayishi va sero-logik reaksiyalarning tezda negativasiyaga uchrashi.
7. Bemorning yoshi Ko'pincha 40 va undan ham yosh bo'ladi.
8. Orqa miya likvorida normal kursatkichlar aniqlanadi.

Kechki yashirin zaxm epidemiologii jixatdan xavfli emas. Zaxmning bu xili bilan og'rigan bemorni asosan serologii reak-siyalar va profilaktik tekshirish chogida aniqlanadi. Kasallik diagnostikasi va uni tasdiklashda albatta spesifik reaksiya-lardan (RIF va OTIR) foydalanish keraq

Kechki yashirin zaxmni aniqlashda Quyidagi ma'lumotlar yordam beradi:

1. Anamnez. Bemorlardan 2—3 yil avval zaxmning aktiv klinik kurinishi ko'zatilgani yoki yo'qligi haqida ma'lumot olinadi. Lenin Ko'pincha, kasallik klinik va serologik assymptom o'tishi mumkin.
2. Qonfrontasiya. Bemor bilan jinsiy aloqada bo'lgan kishi-larda zaxmning kechki formalari aniqlanadi yoki ularda sifilitik infeksiya bo'lmaydi.
3. Serologik reaksiyalar musbat yoki keskin musbat bo'lib, reaginlar titri past (1:5, 1:10, 1:20); spesifik reaksiyalar (RIF, OTIR) musbat yoki keskin musbat bo'ladi.
4. Spesifik davolash choralari o'tkazilganda serologik reaksiyalar o'zoq muddatdan sung negativasiyaga uchraydi.
5. Penisillinoterapiya davrida qaytalanish reaksiyasining (Gerksgeymer reaksiyasi) bo'lmasligi.
6. Likvorda patologik jarayon bo'lib, davolash vaqtida sanasiya juda syoki n kechadi. Likvorda degenerativ komponent rivoj-langan bo'ladi.
7. Bemorlar nevropatolog, terapevt, oftal'molog, otolaringologlar tomonidan sinchiklab tekshiriladi va Ko'pincha ularning ichki a'zolarida spesifik o'zgarishlar aniqlanadi.

Tug'ma zaxm

Zaxm bilan og'rigan xomilador onadan sifilitik infeksiya qorindagi bolaga utadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deb ataladi.

XX asrga kadar tug'ma zaxmning kelib chikishini tushuntiruv-chi bir qancha nazariyalar mavjud edi.

XX asrdan tug'ma zaxm to'g'risida Boshqacha fikrlar paydo bo'la boshladi. Tekshirishlar natijasida oqish treponema xomilador onadan yo'ldosh orqali qorindagi bolaga o'tishi aniqlangan. Bu jarayon xomiladorlikning ikkinchi yarmida, ya'ni yo'ldosh qon aylanish doirasi ishga tushgandan sung ruy beradi. Zaxm bilan og'rigan ayolning 3—4 oylik nobud bo'lgan xomilasidan okish treponemalar topilmagan, ular 6 va 7-oy

urtasida topilgan. Tug'ma zaxmning vujudga kelishi ayol orga-nizmida kechayotgan sifilitik infeksiyaning kay bosqichda ekanligi, uning kechish muddatiga bog'liq. Zaxmning ikkilamchi davri xomila uchun xavfli xisoblanadi. Ba'zan, uchlamchi va kechki tug'ma zaxm bilan og'rigan ayollardan infeksiyaning xomilaga o'tishi ham mumkin. Xomiladorlikdan oldin yoki xomiladorlik davrida ayollarga spesifik davolash muolajalari o'tkazilsa, u xolda tug'ma zaxmning oldi olingan bo'ladi.

Yo'ldosh orqali sifilitik infeksiyaning xomilador ayoldan xomilaga utish yo'llari.

1. Embol kurinishida kindik venasi orqali.
2. Kindik tomirlarining limfatik tirkichi orqali.
3. Okish treponomalardan zararlangan yo'ldosh orqali (normal yo'ldosh okish treponemalarni o'tkazmaydi).

Zaxm bilan zararlangan yo'ldosh kattalashib, gipertrofiyaga uchraydi, vazni xomilaning 1/4—1/3 qismiga teng keladi (nor-mada — 1/6—1/5). Yo'ldosh tomirlarida peri-va endarteriitlar, absesslar xosil bo'lganligi aniqlanadi. Xomila organiz-mida sifilitik infeksiyaning septisemiyasi vujudga keladi va ichki a'zolarida okish treponemalar topiladi. Xomilador ayol zaxm bilan og'rib davolanmasa, odatda xomiladorlikning 4—5 oyida bolasi tushadi yoki zaxm bolaning chala (7—8 oyligida) yo o'lik tugilishiga sabab bo'ladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab tug'ma zaxm Quyidagi 4 xilga bo'linadi: 1) xomila zaxmi; 2) erta tug'ma zaxm (tugilgandan to 4 yoshgacha bo'lgan davr); 3) kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda); 4) yashirin tug'ma zaxm (turli yoshda uchraydi).

Xomila zaxmi. Sifilitik infeksiya ta'sirida yo'ldoshda oziklanish, moddalar almashinuvi bo'ziladi, va 6—7 oylarda sababsiz bola tushishi ruy beradi. Xomiladorlikning U-oyidan sung onadan xomilaga o'tgan okish treponemalar ta'sirida uning ichki a'zolarida mayda xujayrali infil'trat (limfosit, plazmativ xujayralardan tashqil topgan) kurinishidagi diffo'z-yalliglanishli o'zgarishlar, keyinchalik biriktiruvchi tukimaning usib ketishi va miliar hamda solitar gummalar vujudga kelishi ko'zatiladi.

Ichki a'zoldan, Ko'pincha, jigar, kora talok, upka, ichki sekresiya bezlari, markaziy nerv sistemasi zararlanadi. Jigar kattalashadi, yo'zasi sillik, kesib kurilganda sargish-jigar-rang tusda bo'ladi. Ba'zan jigar kovjirab, parenximasi diffo'z-fibrozli atrofiyaga uchraydi. Kora talok ham kattalashib, konsistensiyasi kattiklashadi. Upka al'veolalari orasidagi tusikda infil'trat, al'veola epiletitsining giperplaziya va deskvamasiyasi ko'zatiladi. Bunday o'zgarishlar ok pnevmoniya deb ataladi va tezda xomila nobud bo'lishiga olib keladi.

Me'da va ichaklarda yupka nnfil'tratlar va ularning emi-rilishi oqibatida yaralar paydo bo'ladi.

Markaziy nerv sistemasida leptomeningit, meningoensefalit, glandulyar ependimatit va ba'zan o'zunchok miyaning gummasi ko'zatiladi.

Agar lomila nobud bo'lmay, yashab ketsa u xolda akliy va jis-moniy rivojlanishdan orqada koladi.

Erta tug'ma zaxmning kukrak yoshidagi (yoshga kadar) va kichik yoshdagi (1 yoshdan 4 yoshga kadar) xillari tafovut etiladi.

Kukrak yoshidagi bolalarda tug'ma zaxmning klinik belgilari bola xayotining birinchi 3 oyidayoq namoyon bo'la boshlaydi, zaxm toshmalari toshadi. Barcha ichki a'zolar, nerv sistemasi, xarakatlanish apparati, teri va shilliq qavatlarining zararlanishi ko'zatiladi.

YAngi tugilgan chakaloq karimsik kurinadi, terisi burishgan, xaltim-xaltim va xira bo'ladi. Bolaning boshi katta, kumush rang tangachalar bilan koplangan, teri osti yog qavati yaxshi ri-vojanmagan, distrofiyaga uchragan bo'ladi. Suyaklar zararlani-shi kattik og'rikka sabab bo'ladi, bola uxlay olmaydi va kattik kichkirib yiglayveradi (Sisto simptomi).

YO'z, kaft, tovon va dumba terisida Goxzingerning diffo'z-papulyoz infiltrati ko'zatiladi. YO'z, ogiz atrofi, daxan, peshona va koshlardagi tugunchalar esa infil'trat xosil k,ilib kat-tiklashadi. Teridagi infil'trat kukrak yoshidagi tug'ma zaxmning birinchi belgisi kisoblanadi. Kasallik terida dog yoki diffo'z eritema paydo bo'lishi bilan boshlanadi, sungra teri qalinlashib, kattiklashadi va tuk-qizil rangga kiradi, atrofida o'zun-o'zun yoriklar paydo bo'ladi, ular chandik bilan bitib umrbod saklanibqoladi(Robinzon — Furn'e simptomi). Agar diffo'z infil'trat kosh, kiprik va boshda bo'lsa, usha joydagi sochlar tuqiladi; burun shilliq, qavatida joylashsa bolaning nafas olishi va emishi kiyinlashadi. Infil'tratlar tekshiril-ganda ulardan okish treponemalar topiladi.

Kukrak yoshidagi zaxm uchun sifilitik pemfigus xarakterli. Oyoq va kaftlarda (ba'zan yo'z, badan, oyoq va kul larda) kattali-gi tarikday, ba'zan nuxatday keladigan, seroz-yiringli pufak-lar paydo bo'ladi. Ularning sirti tarang bo'lib, simmetrik joylashadi va asosida infil'trat saklaydi. Pufaklar bir-bi-ri bilan qo'shilishga moyil bo'lib, sub'ektiv sezgilarni yo'zaga keltirmaydi.

Teridagi papulalar kurinishi ikkilamchi zaxm davridagi lentikul yar papulalarni eslatadi, lyoki n bo'lar bir-biriga qo'shilishga moyilligi bilan farq qiladi.

Burun shilliq qavatining shikastlanishi **sifilitik rinit** deb ataladi. Uning 3 bosqichi tafovut etiladi. Birinchi (eritematoz) bosqichda burun shilliq qavati bir oz shishib, qalinlashadi. Bunda bolaning nafas olishi va emishi kiyinlashadi. Ikkinchi (sekreter) bosqichda - burun shilliq qavati shi-shadi va undan yiring okib turadi. Burundan nafas olish kiyinlashadi, nafas olganda xushtak chalganga uxshash ovoz eshitiladi. Uchinchi (yarali) bosqichda burunning togay va suyaklarida destruktiv o'zgarishlar ko'zatiladi, natijada burun egarsimon bo'lib koladi. Sifilitik tumov kukrak yoshidagi tug'ma zaxmga xos simptom bo'lib, xalkum shilliq, qavatining zararlanishi ovoz xirillashi, afoniyasi, ba'zan esa stenoziga olib keladi.

Kukrak yoshidagi tug'ma zaxmda suyaklarning zararlanishidan, asosan sifilitik osteoxondrit, periostit va osteoperiostitlar ko'zatiladi. Bunday o'zgarishlar albatta rentgen nuli bilan aniqlanadi. Suyak o'zgarishlarida o'zun naysimon suyaklarning (Ko'pincha kul, elka suyaklari) sifilitik osteoxondriti ko'proq uchraydi. Dastlab rentgenda I va II darajadagi osteoxondrit aniqlanadi. Togay bilan metafiz chegarasida boshlangich suyaklanishning notyoki s kengaygan zonasi ko'zatiladi (2—2,5 mm gacha; normada u tyoki s, aniq tizimcha kurinishida bo'lib, kengligi 0,5 mm ni tashqil qiladi), bu 1-darajali osteoxondritdir. II-da-rajali osteoxondritda suyaklanish zonasi 2-4 mm gacha kengaya-di va epifizga qaragan tomonida tikansimon o'smalar va gadir-budurlar \osil bo'ladi (bola bir oyligida epifiz rentgeno-grammalarida kurinmaydi, chunki u togay to'zilishiga ega). Skeletni 3 oygacha bo'lgan davrda rentgen qilish zarur, chunki keyinchalik bu o'zgarishlar yo'qolib ketishi mumkin. Zaxmning Boshqa klinik belgilari bo'lmasa, faqat osteoxondritning I- da-rajali belgilariga asosan tug'ma zam diagnozini qo'yish yaramay-di, chunki suyakning bunday o'zgarishlari turli patologik xolatlarda ham uchraydi (vitamin D- gipervitainozi, gipotrofiya, gipovitainozlar va Boshqa x,olatlar). Osteoxondritning II-darajasida birlamchi suyaklanish zonasi xuddi yuvilib ket-gandek yo'qoladi. Metafizda kora rangdagi destruksiya tizimchasi joylashadi. Uning qalinligi 2—5 mm ni tashqil etadi. Suyakning granulyasion tukima bilan almashinishi metafiz ichida suyakning sinishiga sabab bo'ladi va Parro psevdoparalichi rivojlanadi: bola og'rigan kul i va oyogini kimirlatib yoki bukib, erkin xarakat qila olmaydi, lyoki n barmoklarning sezuvchanligi va xarakati saklanib koladi. Bu tug'ma zaxmning bir-dan-bir belgisi xisoblanadi.

Bo'lardan tashkari sifilitik periostit va osteoperiostit ko'zatiladi, ular Ko'pincha o'zun naysimon suyaklarda joylashadi, natijada suyak yo'zasida uncha ifodalanmagan, cheklangan og'rikli shishlar paydo bo'ladi. Ba'zan esa, ular miyaning yassi suyaklari soxasiga joylashadi, bunda bosh suyakning o'zgarishi ko'zatiladi («dumbaga uxshash bosh suyak» va «Olimpiacha peshona» simptomi, ya'ni kalla suyagida peshona va tepa du'mboqlarining duppayib chiqib turishi). Periostit va osteoperiostitlar Ko'pincha diffo'z xarakterda bo'ladi (ekssudativ-proliferativ jarayon), lyoki n gummoz bo'lishi ham mumkin. Ba'zan sifilitik falangit yoki daktilitlar paydo bo'lishi mumkin. Ular tug'ma zaxmga xos bo'lib, bunda asosiy falangalar zararlanadi. Diffo'z yoki gummoz yalliglanish tufayli suyaklar silindrsimoi yoki duksimon kurinishda shishadi, barmoklar shishib butilkachalarga uxshab koladi. Odatda falangalarning kup qismi zararlanadi, ba'zi-da jarayon bir tomonlama rivojlanadi, og'rik va teshilish ko'za-tiladi. Bu bilan zaxm daktiliti sil daktilitidan farq qila-di. Daktilit tug'ma zaxmning yagona belgisi bo'lib, Ko'pincha I yosh-dan 4—5 yoshgacha, xatto 6 yosh bolalarda ham rivojlanadi.

Sezgi a`zoldan Ko'pincha ko'z shikastlanadi. Bu yoshda Ko'pincha tug'ma zaxm xorioretiniti (ko'zning tur va tomirli par-dasi zararlanadi) ko'zatiladi, ko'z sokkasi tubining chekka qism-larida o'ziga xos sarik nukta-nukta doglar xosil bo'ladi. Bola-ning kurit kobiliyati odatda o'zgarmaydi. Ichki a`zoldan (jigar, kora talok, buyrak, upka, moyak) diffo'z-infil`tratlar natijasida vujudga kelgan sklerotik o'zgarishlar rivojlanadi. Avvaliga qon tomirlari atrofida boshlangan infil`tratlar, syoki n-asta butun a`zoldan tarkaladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningit, meningoensefalit, gidrosefaliya kurinishida namoyon bo'ladi.

Erta kukrak yoshidagi zaxmda koining serologik reaksiyalari (Vasserman reaksiyasi, OTIR, RIF) xar doim musbat bo'ladi.

Kichik yoshdagi bolalar zaxmida (I yoshdagi 4 yoshgacha bo'lgan davr) zaxmning klinik belgilari suet namoyon bo'ladi. Orqa chiqish kanali, jinsiy a`zoldan, chov terisida pilchirab turadigan, vegetasiyali, chegaralangan, katta papulalar, shuningdek organizmi zaif bolalarning yo'z va boshining sochli qismiga esa pustulalar (madda) toshadi. Tug'ma zaxmda rozeola orttirilgan

zaxmga nisbatan juda kam uchraydi. Ogiz shilliq qavatida ero-ziyaga uchragan papulalar toshadi. Ogiz burchaklaridagi papulalar eroziyalanib, tashqi kurinishi xuddi piokokk va achitkisi-mon zamburuglar ko'zgatadigan yalliglanish jarayoniga uxshash o'zgarishlar ni keltirib chiqaradi. Lyoki n papula atrofida tuk-qizil rangli infil`trat bo'lishi va mugo'z qavatdan xosil bo'lgan shoqila yo'qligi (tirkishsimon streptodermiyada bo'ladi) tug`ma zaxm uchun xarakterlidir. Bunda barchya limfa tugunlar kattalashadi, soch tuqiladi, periostit va osteoperiostitlar, ich-ki a`zolar (gepatit, nefrozonefrit, pnevmoniya) va nerv siste-masi tomonidan (gemiplegiya, gidrosefaliya, meningit va Boshqalar) patologik o'zgarishlar ko'zatiladi. Ko'pincha qonning serologik reaksiyalari musbat bo'ladi.

Kechki tug`ma zaxm. Zaxmning bu davri 4 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. U emizukli davrda boshdan kechiril-gan va aniqlanmay hamda davolanmay kolgan tug`ma zaxmning residivn deb xisoblanadi.

Klinik kechishiga qarab kechki tug`ma zaxm orttirilgan uchlam-chi zaxmni eslatadi, chunki gumba yoki gummozli infil`tratlar teri, shilliq qavatlar, suyaklar (gummoz periostitlar, osteoperiostitlar), bugimlar, ichki a`zolar va nerv sistemasida (gummoz meningitlar) joylashadi. Terida dumbokchali sifilidlar paydo bo'ladi. Ba`zi endokrin bezlari, bosh yoki orqa miya qon tomirlari shikastlanishi mumkin (bunday o'zgarishlar parez, fa-laj va to'tkanokka olib keladi). Kamdan kam xollarda orqa miya suxtasi yoki progressiv falaj rivojlanadi.

YUkorida sanab utilgan belgilardan tashkari (ular orttirilgan zaxmning uchlamchi davridagn belgilariga xos) faqat kechki tug`ma zaxmga xos belgilar tafovut kshshnadi. Ular u ch guruxga_ajratiladi. Birinchisn ishonchli yoki shartsiz belgilar^ bo'lib, kechki tug`ma zaxmga xosdir. Ikkinchi guruxni extimolli belgilar tashqil ztib, ular zaxm borligini tasdiklovchi Boshqa belgilar mavjud bo'lgandagina e`tiborga olinadi (bo'larga qonning serologik reaksiya natijalari, likvordagi patologik o'zgarishlar, ona va bolaning anamiezi va ularning tekshirish natijalari). Uchinchi gurux — bu distrofiya (stigma) lar bo'lib, surunkali infeksiyon kasalliklarda uchraydn va ular tug`ma zaxmga xos deb xisoblanmaydi. Birok, bir necha distrofiyalar yigindisi va sifilitik infeksiya borligini tasdiklovchi Boshqa dalillar (masalan, ona va bola qonidagi Vasserman reaksiyasining ijobiy natijalari) kasallikni to'g'ri aniqlashga yordam beradi. Bundan tashkari, distrofiya-larning mavjudligi parasifilitik kasalliklarni aniqlash-da ham ahamiyatga ega.

Kechki tug`ma zaxmning shartsiz yoki ishonchli belgilariga Getchinson uchligi (parenximatoz keratit, sifilitik labirintit va Getchinson'tishlari) kiradi. Parenximatoz keratit ko'z mugo'z pardasining sizarishi va xiralashishi, yoruglikka qaray olmaslik, ko'z yoshlanishi va ko'rish o'tkirligining pasayishi bilan ifodalanadi. Odatda, avval bir ko'z, keyin ikkinchi ko'z zararlanadi. Davo qilinadigan bo'lsa, keratit Ko'pincha qaytadi, lyoki n ko'z mugo'z pardasining xiralashgani koladi, ba`zan u ogir o'zgarishlarga uchrab, kurlikka ham olib borishi mumkin. Ba`zan sifilitik keratit, irit, iridosiklit va xorioretinit bilan kechadi, Sifilitik labirintit yoki labirintli karlik tusatdan paydo bo'lib, eshitishninag pasayishi (odatda ikkala kul ok, shikastlanadi) va kul okda shovkin paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Bu klinik belgilar labirintning infil`trativ yalliglanishi va eshituv nervining degenerasiyasi bilan 5. Qarabelli dumbokchasi — yukori jagda birinchi molyar tishning chaynov yo'zasida qo'shimcha beshinchi dumbokcha (burtma) bo'lishi.

6. Gashe distemasi — yukori kesuvchi tishlarning bir-biridan o'zoqrok joylashishi.

7. Gipertrixoz, sertuklik avj oladi (sochlar usib, ba`zan koshlarga qo'shilib ketadi}-

8. Bosh suyagining o'zgarishi, guvalaboshlik, peshona va chekka burtmalari turtib chisib, ular orasidagi tusik, botikda bo'l-maydi.

Kechki tug`ma zaxmda RIF va OTIR musbat bo'ladi.

Tug`ma zaxm profilaktikasi. Tug`ma zaxmning oldini olishda kasallikni o'z vaqtida aniqlash va uni davolash muxim ahamiyatga ega. Ayniksa xomilador ayollarni o'z vaqtida tekshi-rib turish va davolash ishlariiii o'tkazish maksadga muvofik, Mavjud kursatmaga binoan ayollar (qonsul`tasiyalari) maslaxatxonalarini barcha xomilador ayollarni xisobga oladi va klinik hamda serologii tekshiruvdan o'tkazadi. Serologii tekshirish ikki marta — xomiladorlikning birinchi va ikkinchi davrida o'tkaziladi. Agar xomilador ayolda aktiv yoki yashirin (latent) zaxm aniqlansa, unda faqat antibiotiklar bilan max-sus davolash ishlari olib boriladi. Agar ayol ilgari zaxm bilzn og'rib, davolangan bo'lsa, xomiladorlik davrida yana zaxmga qarshi profilaktik davo o'tkaziladi;

profilaktik davolashdan maksad soglom bola tugilishini ta`minlashdan iborat. SHunday Qilinmagan xollarda yangi tugilgan chakalok Soglikni saklash vazirligi tomonidan tasdislangan sxema asosida profilaktik kurikdan o`tkaziladi va davolanadi.

Zaxmni davolash

Zaxmni davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar spesifik bo`lib, uni zaxm diagnozi ko`yilgandan so`ng, profilaktika yoki diagnozni aniqlashda sinama terapiya sifatida ishlatiladi. Kasallikni davolashda zaxm davrlari, bemorning yoshi va uni nerv sistemasi hamda ichki a`zolari qay darajada zararlanganligi, shuningdek dorilarga nisbatan allergik reaksiyasini e`tiborga olish keraq

Zaxmni davolashda penisillin, bisillin-1, bisillin-3, bi-sillin-5 ea Boshqa antibiotiklar ishlatiladi. Bu dori-darmon-lar oqish treponemaga bevosita ta`sir etadi. SHu bilan birga organizmning immunobiologik xususiyatini oshirish va infeksiyani engish maqsadida spesifik davodan tashqari nospesifik davolash vositalari ham qo`llaniladi. Nospesifik davo spesifik davolash bilan birga o`tkaziladi.

Zaxmga yo`liqqan bemorni davolashdan tashkari zaxmga qarshi kurashda quidagi davolash usullari qo`llaniladi.

1. Preventiv davolash — zaxmning kelib chiqishini oldnni olish maqsadida zaxmni erta davridagi bemorlar bilan jinsiy va maishiy mulokotda bo`lgan (agar muloqot muddati 3 oydan osh-magan bo`lsa) kishilarga o`tkaziladi.

2. Profilaktik davolash — nlgari zaxm bilan og`rigan yoki ayni vaqtda badanida zaxm infegariyasi bor bo`lgan xomilador aellar va ularning bolalariga (uyaarda serologik va klinik belgilar bo`lmasa ham) o`tkaziladi.

3. Nerv sistemasi, ichki a`zolarining zaxm bilan zararlan-ganligi gumon qilinganda sinama davolash belgilanadi.

Zaxmning kechki davrlarida (uchlamchi zaxm, ichki a`zolar va nerv sistemasi zararlanganda) maxsus davo tadbirlari belgi-lanadi; 1—2 hafta davomida yod, vismutli preparatlar (biyo-xinol 2 ml dan kunora, umumiy doza 40—50 ml) qo`llaniladi, So`ngra penisillin 400.000 dan har 3 soatda muskul orasiga yuboriladi. Oradan 1,5—2 oy o`tgach ikkinchi davolash kursi o`tkaziladi. Bunda biyoxinol o`rniga bismoverol buyuriladi 1,5 ml dan haftasiga 2 maxal, davo kursi 18—20 ml.

Nospesifik dazolashni serologik reaksiyalarning negativ-lashishi sust kechganda yoki qoni negativasiyalanmagan bemorlar-ga, kechki yashirin zaxm, neyro-, visserozaxm, tug`ma zaxmda qo`l-lash tavsiya etiladi. Nospesifik davo vositalari sifatida pirogen preparatlar (pirogenal, prodigiozan) vitaminlar, biogen stimulyator (aloy ekstrakti, splenin, steklovidnoe telo) va immunomodulyatordar (dekaris, metilurasil, natriy nukleinat) qo`llaniladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Uchlamchi zaxm tasnifi .
- 2) Uchlamchi zaxm kechishi
- 3) do`mboqchali sifilid
- 4) sifilitik gumba
- 5) Uchlamchi zaxmda harakterlanish aparatining zararlanishi.
- 6) Uchlamchi zaxmda ichki a`zolar va nerv sistemasining zararlanishi.
- 7) YAshirin zaxm tasnifi.
- 8) Erta va kechki yashirin zaxmni aniqlash kiteriyalari.
- 9) Tug`ma zaxm klinik turlari
- 10) Homila zaxmi.
- 11) Erta tug`ma zaxm belgilari.
- 12) YAshirin tug`ma zaxm
- 13) Kechki tug`ma zaxm belgilari.

Mashg`ulotda qo`llanadigan interfaol usul

«Galereya bo`ylab sayohat»

Maqsad: Talabalarga ma'lumotlarni tanqidiy baholash va ushbu muammo bo'yicha to'laqonligini aniqlashni o'rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Har bir guruhga bitta muammo taklif etiladi va ular 10 daqiqa davomida uni yozma ravishda hal etishadi, so'ng topshiriqlarni almashadilar. Avvalgi guruhning xatolarini aniqlash hamda javoblarga qo'shimchalar kiritish maqsadida savollar barcha ishtirokchilar bilan muhokama etilib, yakuniy javob varianti qabul qilinadi.

“Galereya bo'ylab sayohat” usuli talabalardan yuksak diqqat e'tiborni va ushbu bo'lim bo'yicha yaxshi nazariy tayyorgarlikni talab qiladi.

Bu usulning afzalliklari – talabalarning analitik qobiliyatini va klinik fikrlash ko'nikmalarini namoyish etishga imkon beradi.

Kamchiliklari:

Javoblarni muhokama qilishda tanbehlariga salbiy reaksiya tug'ilishi mumkin.

Talabalarni guruhlariga taqsimlashda ular orasida liderlar borligini nazarda tutish lozim. Bu mashg'ulotga yakun yasalayotganda hisobga olinadi.

Misol: Mashg'ulot mavzusi: Uchlamchi va tug'ma zaxm klinikasi, davolash.

Uch kichik guruhga bittadan savol beriladi:

Uchlamchi zaxm klinik ko'rinishlari

Tug'ma zaxm klinik ko'rinishlari.

Kechki tug'ma zaxmga xos simptomlar.

«Tezkorlik, aniqlik, to'laqonlik»

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

Asosiy tamoyillari:

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

Mashg'ulotning mavzusi: Zaxmning birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi zaxm va tug'ma zaxmning kechishi

1) O'qituvchi tomonidan tayyorlangan savollar ro'yxati:

2) Uchlamchi zaxm tasnifi

3) Uchlamchi zaxm klinik belgilari

4) Uchlamchi zaxm asorati

5) Tug'ma zaxm tanifi

6) Tug'ma zaxm klinik belgilari

7) Kechki tug'ma zaxm ishonchli belgilari

8) Kechki tug'ma zaxm stigmatalari

9) Zaxmda o'tkaziladigan laboratoriya usullari

Mashg'ulot so'ngida o'qituvchi har bir talaba ishtirokini, harakatlarini baholab mashg'ulotga yakun yasaydi.

“Ari uyasi”

Maqsad: guruh talabalarini hammasini jalb qilib hozirjavoblikka tezda qaror va xulosa qabul qilishga o'rgatish.

Asosiy tamoyillari:

Muammo butun guruh yoki ikkita kichik guruhlar bilan tahlil qilinadi. Vazifa turli xil bo'lishi mumkin yoki bitta butun guruhga, 10-15 minut davomida guruhlar muammoni echib hamkorlariga eshittiradilar.

Eng yaxshi variant ajratib olinadi

Misol:

1. Uchlamchi davrda kuzatiladigan zaxm gummasi to'g'risida gapiring.

2. Tug'ma zaxm tasnifini ayting.

3. Erta tug`ma zaxm tasnifi va klinik belgilari.

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha.

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi.

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak.

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: zaxm

Keys varianti:

23 yoshli bemor sochi to`kilishi kuchayganligi bilan shikoyat qilib keldi: ko`rganda tananing ikkala yon sohalarida oqish-pushtirang halqasimon shaklli rozeolalar aniqlanadi. Qichish yo`q, limfa tugunlari qattiq, , harakatchan, og`riqsiz, kattalashgan.

Bajarish shartlari

1. Anamnestik ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblar va labarator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo'linadi.(3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situauiyani xal etishni tayyorlaydilar

O'qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko'rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to'qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko'rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oformit qiladilar, o'z to'zatishtlarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezentsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o'zlarining taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak.Uni to'xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning chiqishidan so'ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan yechim variantlariga o'z munosbatlaini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtroki asoslangan bo'lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

Mavzuga oid vaziyatli masallar

1-masala

Bemor SH. 54 yoshda. Jarohatdan keyin tizza sohasida chuqur tugun paydo bo'lgan. Bir oydan keyin tovuq tuxumidek bo'lib yorilgan. YOrilgan mahalda yopishqoq elimsimon sarg`ish rangli 2 ml atrofida suyuqlik ajralib chiqdi. Hosil bo'lgan yara – oval shaklida, aniq chegaralangan, chekkasi teri damidan biroz ko'tarilgan, qattiq kansistensiyali va tubida nekrozga uchragan to`qimasi sterjen` bor. Sub`ektiv sezgilar va umumiy o`zgarishlar yo`q.

4. Faraziy tashxis qo`ying.
5. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini rejalash lozim?
6. Epidemiologik jihatdan bemorlar qanday holatda.

2-masala

Qabulxonaga quyidagi klinik belgilari bo'lgan bemor murojaat qildi: tanada kam miqdorli yirik rozeolalar, mayda o'choqli leykoderma, katta lablarda chandiq va oraliq sohasida keng kandilomalar aniqlanadi. VR – musbat.

1. Tashxis qo'ying.
2. YAna qanday laboratoriya usullaridan foydalaniladi?
3. Ichki organlar tomonidan qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin?

3-masala

23 yoshli bemor erkak shifokorga quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qildi: hech qanday sababsiz tanasida 8-10 kun oldin toshmalar toshgan, sub`ektiv belgilar yo`q, ko`rganda eritematoz angina, tananing ikkala yon tomonlarida tartibsiz joylashgan oqish-pushtirang dog`lar aniqlanadi. Dog`lar kattaligi no`xat kattaligidan jimjiloq barmoq tirnoq yuzasi kattaligicha bo`lgan ko`plab miqdorni tashkil qiladi. Dog`lar aylana shaklli bo`lib, yuzasi silliq, kepaklanish yo`q, anusdan chaproqdagi teri burmasida chiziqli eroziya bor.

1. Tashxis qo'ying
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya usulidan foydalaniladi?
3. YAna qanday klinik belgilar kuzatilishi mumkin?

4-masala.

23 yoshli bemor sochi to`kilishi kuchayganligi bilan shikoyat qilib keldi: ko`rganda tananing ikkala yon sohalarida oqish-pushtirang halqasimon shaklli rozeolalar aniqlanadi. Qichish yo`q, limfa tugunlari qattiq, , harakatchan, og`riqsiz, kattalashgan.

1. Faraziy tashxis qo'ying
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya usulidan foydalaniladi?

5-masala.

27 yoshli bemor QVPga kaftlari sohasiga qadoqlar paydo bo`lganligi bilan murojaat qildi. Ko`rganda qo`l kafti va tovonida qattiq kansistensiyali, mis qizil rangli yoqali kepaklanishi bor papulalar aniqlandi. Polioidenit kuzatilmogda.

1. Tashxis qo'ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya tekshiruvlarini rejalash lozim?
3. Davolash rejasini tuzing.

13-mavzuga oid testlar

1. Uchlamchi zaxmga xos belgi:

- A) o`tkir yallig`lanish belgilarining bo`lmasligi.
- B) sub`ektiv sezgilarning bo`lmasligi
- V) sekin kechishi
- G) kam yuqumli bo`ltshi
- D) hammasi to`g`ri

2. Uchlamchi zaxmda serologik reaksiyalarning qaysi biri 95-100% musbat natija beradi.

- A) OTIR va RIF
- B) Vasserman reaksiyasi
- V) gummani oq treponomaga tekshirish
- G) immunobolilit
- D) ZPR

3. Uchlamchi aktiv zaxmga xos belgi:

- A) gipodermal tugun- gumba
- B) allopesiya
- V) leykoderma
- G) bipolyar shankr
- D) regionar limfadenit

4. Pakana do`mboqchalar quyidagicha regressga uchraydi:

- A) yaralanib chandiqlanadi
- B) yulduzchali chandiq hosil qiladi
- V) vaqtinchalik dog` hosil qiladi
- G) quruq yo`l bilan

- D) mozaykali chandiq
5. Zaxm papularini qaysi kasalliklar bilan taqqoslash mumkin?
- A) psoriaz
 B) parapsoriz
 V) qizil yassi temiratki
 G) teri sili
 D) hammasi to`g`ri
6. Pustulyoz sifilid turlari
- A) Zaxm impetigosi
 B) husnbuzarsimon sifilid
 V) chechaksimon sifilid
 G) zaxm rupiyasi
 D) hammasi to`g`ri
7. Morfologik nuqtai nazardan gumba bu - ...
- A) gipodermadan rivojlanuvchi tugun
 B) dermadan rivojlanuvchi tugun
 V) epidermasdan rivojlanuvchi tugun
 G) Dermadan rivojlanuvchi do`mboqcha
 D) hammasi to`g`ri
8. Uchlamchi zaxmga xos belgi:
- A) Furn`ening uchlamchi rozeolasi
 B) psoriatik uchlik belgisi
 V) Sisto belgisi
 G) Goxzingerning diffuz papulyoz infil`tr
 D) zaxm pemfigusi
9. tug`ma zaxmning ishonchli belgisiga kiradi:
- A) Getchinson uchligi
 B) Robinson- Furn`ening radiar chandiqlari
 V) xorioretiniti
 G) boldirning yo`g`onlashuvi
 D) Sisto belgisi
10. Getchinson uchligiga kiradigan belgi:
- A) parenximatoz keratit
 B) zaxm labirinititi
 V) A va G javoblar to`g`ri
 G) Avsitydiyskiy belgisi
 D) A va B javoblar to`g`ri

Amaliy ko`nikma

Serologik taxlil uchun qon olish texnikasi:

Kerakli jihozlar 5 ml li shpris, 70%li spirt, steril paxta , probirka, yo`llanma, steril` rezina qo`lqop.

Bajarilish tartibi:

1. qo`l yuvilib zararsizlantiriladi, steril sal`fetskaga artiladi.
2. steril` qo`lqop kiyiladi.
3. bemorni qulay sharoitga o`tqizilib, tirsak ostiga yostiqcha qo`yiladi, tirsakdan yuqoriga jgud bog`lanadi.
4. hamshira ko`rsatkich barmog`i bilan vena qon tomirini pypaslab topadi.
5. venani 70%li spirtga ho`llangan paxta bilan zararsizlantirilib, igna orqali tomirga tushadi.
6. shprisga 5 ml qon olib, bo`lgandan keyin jgudni echadi va 70 %li spirtga ho`llangan steril` tanpon qo`yib turib ignani tortib oladi.
7. ignani probirka devoriga tekkizib, qon quyiladi va yo`llanma bilan laboratoriyaga jo`natiladi.

8. shpris va igna zararsizlantiriladi.

Siydik kanalidan oqmalar paydo bo'lganiga shikoyatlar bilan bemor qabulga keldi. .Siydik chiqarish kanalidan surtma olishni (erkaklarda) tushuntirib bering

№	Topshiriqni bajarish	Maksimal ball	To'plangan ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayorlash	5	
2	Fiziologik eritmaga hullangan paxtali tampon bilan erkaklarning jinsiy a'zolarga ishlov beriladi .	15	
3	Ajralmalarni qovuzloq eki qoshiqcha bilan olishadi Buyum oynachasi cheti eki xalka bilan tomchi buyum oynasiga joylashtirilib uning yuzasiga bir tekis surtiladi.	20 30	
4	Preparat xavoda quritib laboratoriyaga yo'llanma bilan yuboriladi (yo'llanmada be'mor xaqida xamma ma'lumotlar beriladi) Jami	30 100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: Tug'ma zaxm. Zaxmda ichki a'zolar va sistemalar shikastlanishi

Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

14-mavzu:So'zak (gonoreya).

14.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-9-10 ta
Mashg'ulot shakli	Aamaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1.So'zak (gonoreya) 2.Asoratlangan va asoratlanmagan so'zak 3.Noso'zak (nogonokokkli) uretritlar 4.Trixomoniaz. Xlamidioz 5.Urogenital kandidoz. Bakterial vaginoz 6.Davolash prinstiplari
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarni JAYo'q, uchlamchi va tuma zaxm kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o'rgatish. JAYo'q, uchlamchi va tuma zaxmkasalliklari tasnifini berish, kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari turisida bilimlarni shakllantirish.-klinik ko'rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish- Status localis bo'yicha tavsiflash -xususiy resteptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda uz xissasini kushishga intilish, uzi tanlagan kasbga mexr uygotish Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.

Ta`lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash	
Ta`lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli	
Ta`lim berish vositalari	O`quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar	
Ta`lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya	
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.	
<i>14.2. So'zak (gonoreya). Noso'zak (nogonokokkli) uretritlar. amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi</i>		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta`lim beruvchi	Ta`lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1.O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo'yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1.“So'zak (gonoreya). Noso'zak (nogonokokkli) uretritlar ” mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. “Qaynoq kartoshka” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“So'zak (gonoreya). Noso'zak (nogonokokkli) uretritlar. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari” og'zaki savol, test, masala. 2.Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3.“Asalari uyasi” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5.Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: So'zakni, noso'zakli uretritlarhihg zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash 3.Uyga vazifa beradi: So'zakni, noso'zakli uretritlarhihg zamonaviy kechish xususiyatlari	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

So'zak

Yuqumli tanosil kasalligi bo`lib, asosan jinsiy yo`l bilan yuqadi. So`zak grekcha «gonoreya», nemischa «tripper» deb ham ataladi, ya`ni — oqish demakdir. So`zakda asosan siydik tanosil a`zolari. ba`zan to`g`ri ichak, ko`z, og`iz shilliq, qavatlar ham zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. So`zakning qo`zgatuvchisi — gonokokkni 1879 yili nemis olimi Al`bert Neysser toptan. E. Bum esa uni maxsus oziqli muxitda undirishga muvaffak, bo`lgan (1885).

So`zak yuqish ko`proq uchraydigan yo`li jinsiy yo`ldir, ya`ni bu kasallik so`zakka muhtalo bo`lgan bemor bilan jinsiy aloqa qilganda, shuningdek surunkali so`zak bilan og`rigan erkak va ayollardan yuqadi. Kasallik bemor foydalangan buyumlar: choyshab, sochiq, va boshqalar orqali ham yuqadi. Xatto ular ba`zi antibiotiklarga, masalan, penisillina qarshi penisillinaza fermentini ishlay boshlaydi. Gonokokklar grammanfiy, harakatsiz mikroorganizm bo`lib, odatda spora hosil qilmaydi. Odam organizmidan tashqarida chidamsiz, qalin yiringda va xar xil buyumlarda (yoki nam ichki kiyimlarda, sochiq va Boshqalarda) bir so`tka, ba`zan undan ham ortiq, saqlanadi. Odam organizmida ularning chidamliligi birmuncha ko`proq, bo`ladi.

Gonokokklar ayniksa issikka chidamsiz, 40—°S dan yukori temperatura, shuningdek dezinfeksiyalovchi eritmalar ta`sirida tez uladi. 1:100 nisbatdagi kumush nitrat eritmasi, yod va spirt gonokokklarni shu xaxoti uldiradi. Vakuun xosil qilib mo`zlatilganda, ular antigenlik xususiyatini o`zoq vaqt saklab koladi. Masalan, 5 yildan sung yana qayta ozik muxitda undirilgan tadjikotlar ma`lum. Toza gonokokklar undirmasidan (kul `tulasi) tayerlangan elektron-yupka preparatlarni elektron mikroskopda 100.000 marta kattalnkda tekshirib kurilganda, ularning ikkita oval-simon kokklardan iborat ekanlngini kuramiz. Gonokokklarning tashqi kobigi, sitoplazmasi va membranasi uch qavatdan nborat bo`lib, ular mikroorganizmlar kurinishini saklaydi. Gonokokklar sitoplaamasida kuplab ribosoma (oksillar fabrikasi) donachalari, yadro kiritmalari joylashgan. Ke-yingi yillarda gonokokklarninag kobigi atrofida kapsulasi-mon qismi borligi aniqlandi. Bu xar bir kokkni bir-biridan bo`lak ushlaydi. Elektron mikroskopda o`tkazilgap tadjikotlar-dan, gonokokklarning taishi sobigida ingichka iplar (pilakcha-lar) tarmogi borligi, ular o`zlarida genetik informasiyani syaklab, mikroorganizmning virulentligini belgilaydi degan fikrlar bor.

Gonokokklar odatda yashab, kupayishi uchun ma`lum bir ozik.li muxitlarni tanlaydi, shu sababli ular oddiy muxitlarda usmaydi. Ularning usishi uchun ok.sil (assit suyusligi) bo`lishi zarur. Masalan, azrob sharoitda 36—37°S da assit bo`l`on va assit agar ular uchun eng yaxshi ozikli muxit sanaladi.

Tabniy sharoitda xayvonlar so`zak bilan kasallanmaydi, ularga kasallik yuktirish tadjik,otlari natijasiz bo`lmokda. Keyingi yillarda ba`zi tadjik,in,otchilar maymunga s`zak kjtira olganliklari xak.ida adabiyotlarda ma`lumotlar bor.

Kasallikning yo`qish yo`llari. YUkorida biz gonokokklar odam organizmidan tajjarida juda chidamsiz ekanligini aytib utdik. So`zak asosan soglom odamga bemor bilan jinsiy alokada bo`lganida yuqadi. Kasallik manbai so`zak bilan og`riganligini bilmay yurgan yoki surunkali so`zakka chalingan bemorlar xisoblanadi. Ayniksa ayollar, o`zlarining kasal ekan-liklarini o`zoq, vaqtgacha bilmay yurishlari mumkin. Katta yoshdagi erkaklarga so`zak Ko`pincha jinsiy aloka k.ilganda kjadi. Sinashta bo`lmagan kishilar bilan jinsiy aloka qilish ham kasallikka zamin yaratadi, bunda gonokokklar t`gri ichak yoki ogiz-burun bo`shlig`i shilliq qavatlarini zararlantiradi. Bunday xolat besokolbozlik (gomoseksualizm) bilan shugullyanuvchilarda ko`zatiladi. Ba`zyan so`zak bilan og`rigan kizlarning shaxsiy gigiena koidalarnag rioya qilmasliklari oqibatida, ularning jinsiy a`zolaridan kelayotgan infeksiyali ajralmalar to`g`ri ichak shilliq qavatiga tushib uni yalliglantiradi.

Orogenital mulokotdan sung gonokokklar bodomcha bezlar va tomok. shilliq qavatini birlamchi yalliglantirishi mumkin. YOsh bolalar jinsiy a`zolaridzgi infeksiyani bilmay ogiz bo`shlig`iga yuktirganliklari xakida adabiyotlarda aytib utilgan. Gonokokkli qon`yunktivit kattalarda deyarli ko`zatilmaydi, shaxsiy gigienaga rioya qilmagan bemor uni ^z kul i bilan yuktirishi mumkin. Ko`zatishlar shuni kursatadiki, so`zak bilan og`rigan bemor-larning deyarli 95—99% uni jnnsiy aloka oqibatida kjtirib oladi.

Patogenezi. So'zakka qarshi tug'ma immunitet ham, orttirilgan immunitet ham yo'q SHu bone kasaldzn to'zalgan bemor yana qayta kasallanishi mumkin.

So'zak bilan og'rikan bemorlar qoni tekshirilganda oradan ancha vaqt o'tishiga qaramay, unda antitelolar, komplement bog'lovchilar borligi aniqlangan, ammo ular qayta kasallanishdan saklay olmaydi, Bir kishi so'zak bilan bir necha marta og'rishi mumkin (reinfeksiya). O'tkir so'zakda, aksariyat gonokokklar, leykositlar sitoplazmasida joylashadi, fagositoz jadal kechadi; bunda fagositoz tugallanmay kolib, gonokokklar leykositlar ichida bo'linishini davom ettiradi, oqibatda leykosit sitoplazmasi yorilib, gonokokklar tashkariga chiqadi. Bunday fagositoz organizmni infeksiyadan saklamay, aksincha mikroorganizmlarning spesi-fik immunitetini gumoral faktorlaridan saklaydi. Polimorf yadroli leykositlar ichidagi gonokokklar yakin a'zo va tukim-larga utib ketishi mumkin. Ximnoterapevtik dori-darmonlar, xususan penisillinning o'z vaqtida kul lanilishi fagositozning t o'lik yakunlanishini ta'minlaydi.

So'zakda asosiy patologii jarayon, odatda ko'zgatuvchi birlamchi kirgan joyidan boshlanadi. SHunga asosan, siydik tano-sil a'zolari (genital), ekstragenital va metastatik so'zak tafovut qilinadi. Metastatik so'zak genital va estragenital so'zaklar asorati xisoblanadi. Gonokokklar, aksariyat siydik tanosil a'zolari shilliq qavatlarining silindrik epiteliylarini (uretra, bachadonbuyni, ko'z shilliq, qavati, to'g'ri ichak) zararlaydi. Gonokokklar tushgan zaxoti shu joydagi xujayra vorsinkasiga maxkam yopi-shib olib, u bilan zararlangan kishi jinsiy alokadan sung siyganida tushib ketmaydi; uretra shilliq, qavatiga tushgan gonokokklar xujayralararo bushlikda, 3—4 kundan keyin subepite-lial biriktiruvchi tukimaga etib boradi va yalliglanish jarayonini yo'zaga keltiradi. Bunda gonokokklar tushgan joyga leykositlar, limfositlar va plazmatik xujayralar migrasiya-si boshlanadi va uretradan chikindi ajralishiga sabab bo'ladi, Ba'zan mikroorganizmlar tuxum ortigiga tushib uni yal-liglantiradi. Ko'zgatuvchi limfogen yo'l bilan ham o'tishi mumkin Gematogen disseminasiyasi axyonda bir uchraydi. Odam qoni zardobidyagi qillin-faktor ta'sirida gonokokklar tezda xalok bo'ladi. Organizmning immun hamda bakterioiid ximoya funksiyasi susayganida gonokokkli sepsis ruy berishi mumkin. Ayollarda gonokokklar avval siydik chiqish kanali (uretra), bachadon buynn, sungra bachadon va naylarini hamda tuxumdonni zararlantiradi. Gonokokklar ajratgan gonotoksin tu-fayli bemorning boshi og'rib, ishtaxasi yo'qoladi, anemiya ko'zatiladi, bugimlar, nerv sistemasi va Boshqa a'zolar ham zararlanadi.

Erkaklar so'zagi. So'zak bo'lgan ayol bilan jinsiy aloqa qilgan erkakda 3—5—7 kunlik inkubasion davrdan keyin siydik chiqish kanalidan sargish-kukimtir yiring ajrala boshlaydi. Kasallikning inkubasion davri ba'zan 2—3 xaftagacha davom etadi. Agar kasallik boshlanganiga 2 oydan oshgan bo'lsa, uni surunkali so'zak deb yuritiladi. SHuningdek kasalligi aniqlan-magan bemorlarni ham so'zakning surunkali xiliga kiritiladi.

Ba'zi bemorlarda gonokokk bo'lishiga k.aramay kasallik xech k.anday sub`ektiv yoki ob`ektiv belgilarsiz, ya`ni asimptom kechadi, bunday xolat yashirin (latent) so'zak yoki gonokokk tashuvchilar deb yuritiladi. Kupgina mutaxassislarning tushuntirishi-cha, keyingi yillarda so'zakning asimptom kechishi tez-tez ko'zatiilmokda. Erkaklar so'zagining Quyidagi shakllari mavjud: 1. VAngi so'zak, a) o'tkir, b) urtacha o'tkir, v) suet kechadigan (torpid turi). 2. Surunkali so'zak. 3. VAshirin (latent) so'zak.

O'tkir so'zak uretriti. Bemor siydik chik.arish kanalining old qismida qichish, qizish va biroz achishish sezadi. Bu sub`ektiv belgilar aynik.sa bemor ertalab siyganida bezovta niladi. Uretra kanali ogzi yopishib, giperemiyalanib shishib ketadi. Siydikda shilimshik, va yiringli ipchalar kurinadi. Bora-bora bemor siyganida og'rik, turib, kattik. achishishidan, ereksiyada og'rik sezilishidan noliydi. Siydik kanalidan juda kup sargish-gungurt yiring keladi govak tana ushlab kurilganda uning kattiklashganli gi, bosgyanda og'rik. sezilishi mumkin. VAlliglanish kuchaygavida ajralayotgan chikindi qon aralash bo'lib, rangi sargimtir jig-ar-rang tusga kiradi. So'zak uretritida, uretraning faqat oldingi kisni zararlanganmi yoki zararlanish uning orqa qismida ham bormi, ana shuni aniqlab olish kerak. Buning uchun ikki stakanli sinama qilib kuriladi: bemor avval bir stakanga, keyin ikkin-chisiga siydiriladi, bunda uretraning faqat oldingi qismi zararlangan bo'lsa, yiring siyish vastida siydik okimi bilan yuvi-lib, birinchi stakanga tushadi, ikkinchi stakandagi siydik

tinik kolaveradi. Uretraning orqa qismi ham zararlangan bo'lsa, ik-kala stakandagi siydik ham loyka bo'ladi. Kasallikning uchinchi xaftasiga kelib sub`ektiv va ob`ektiv belgilar, yalliglanish alomatlari, yiring ajralishi o`z-o`zidan kamayadi. Kasallikning 3-4 xaftalari oxirida yalliglanish uretraning old qismidan orqasiga utadi va o`tkir total so`zak uretriti avj oladi. Uretraning oldingi qismi zararlanganligi bel-gilariga uning orqa tomoni yalliglangani simptomlari Qo`shiladi. Kasallik belgilari zurayadi (uretrosistit). Bemor tez-tez siyadi, siyganida og`rik, sezadi, siydigida qon bo`lishi Ham mumkin (terminal gematuriya). Uretraning orqa kismi zararlanishi ba`zan xech kanday alomatlarsiz ham kechishi mumkin. Bunday bemorlar ikki stakanli sinama qilib aniqlanadi, unda xar ikkala stakandagi siydik rangi xira bo'ladi (total piuriya). YAngi torpid so`zakda uretraning oldingi qismi zararlanganda, siydik chiqish kanali atrofida shish, kizarish unchalik sezilmaydi, ajralayotgan chikindi mikdori kam, shilimshikli, yiringli bo`lib, faqat ertalablari ajraladi, xolos. Stakandagi siydikda bitta-ikkita yiringli iplar chukmasi kurinadi (nimxira siydik). Bemorlar siyishdan oldin shu soxada achishish, kichishishga shikoyat qilishadi. Aksariyat bemorlar o`zining ka-salligini sezgani xolda, jarayon uretraning orqa qismiga o`tishi mumkin. Siydik kanalining orqa qismi yalliglanganligini ikki stakanli

sinama bilan aniqlanadi, bunda \ar ikkala stakandagi siydik loyka bo'ladi (total uretrit). O`tkir so`zak uretriti, torpid uretritdan tashkari urtacha o`tkir uretrit ham ko`zatiladi. Uning belgilari yukorida aytilgan_xar ikkala uretritning oraligida turadi. O`tkir so`zak uretritida siydik kanalining orqa qismi zararlanib, unda odatda prostata bezi va tuxum ortiklarn ham zararlanadi, bunda davo choralari murakkablashadi. O`tkir so`zakda yukorida kayd qilinganlardan tashkari harorat ko`tarilishi, ishtaxa pasayishi, umumiy kuvvatsizlik ko`zatiladi. Bu belgilar gonokokklar toksinlarining qonga surilishidan kelib chiqadi.

Surunkali so`zak. Bemor o`z vaqtida davolanmasa yoki palapartish davolansa, shuningdek parxez va davo rejimiga rioya qilmasa jarayon o`tkirdan surunkaliga utadi. Xuddi shu hol gonokokklar preparatlar ta`siriga chidamli yoki organizm reaktivligi past bo`lganda ham ko`zatiladi.

Surunkali so`zak o`zining sub`ektiv va ob`ektiv belgilari bilan xuddi torpid so`zakka uxshab ketadi. Surunkali so`zakka chalingan bemorlarning 60% kam ifodalangan belgilar bilan kechadi. Ba`zan surunkali so`zak ko`zib turadi. Ayniksa bemor achchik, shur taomlar iste`mol qilsa, spirtli ichimliklar ichsa, jinsiy aloka qilsa yalliglanish zurayadi. Jarayon qaytalanganida kasallikning klinik kurinishi xuddi o`tkir yoki urtacha so`zakka uxshab ketadi. Bunday bemorlarning kasallik tarixiga qarab aniq diagnoz qo`yiladi. Surunkali so`zak asosida siydik kanalining boshdan oyoq zararlanishi etadi, bunda yalliglanish uchogi kengayib, torayib turadi. Kengayish avvaliga yumshok yalliglanish infil`tratidan iborat bo`lib, bora-bora chandik tukimasiga uxshab kattiklashadi, siydik kanali torayib kolishi mumkin. Torayish anchagina bo`lsa bemor siyganida og`rik turib siyish jarayoni cho`zilib ketadi, siyganidan keyin yana bir necha tomchi siydik keladi; chov oraligida utmas og`rik, jinsiy funksiya bo`zilishi ko`zatiladi. Odatda so`zakka chalingan bemorlarda u yoki bu asorat koladi.

Gistopatologiyasi. Kasallikning o`tkir davrida siydik kanali tukimasida barcha yalliglanishlarga xos morfologik o`zgarishlar ko`zatiladi. Epiteliyda diffo`z eksudativ o`zgarish, ayrim joylarda yo`zaki eroziyalar bo`ladi. shilliq qavat ostida plazmatik va limfoid xujayralardan iborat infil`trat xosil bo`ladi. Morgan`i kriptalari va Litter bezlarida polinuklear neytrofililar va epitelial xujayralardan iborat yalliglanish maxsuloti - yiring yigiladi (Litterit, Morga-nit). Ularning chiqish naylari byoki lib psevdobesslar paydo bo`ladi. Kasallik surunkali kechgan xollarda eksudativ yalliglanishlarga proliferativ o`zgarishlar qo`shiladi. shilliq qavat ostida infil`tratlar o`choq-o`choq bo`lib joylashadi. U joylarda limfoid va plazmatik xujayralar bilan birga fibroblastlar paydo bo`ladi. Ba`zan yumshok infil`tratli, ba`zan qo`shimcha tukimali kattik infil`tratlar vujudga keladi.

Erkaklar so`zaging asoratlari. Siydik chiqarish kanali strikturasi (uretra strikturasi) yoki uretraning chandikli torayishi, asosan uretraning oldingi qismida paydo bo`ladi; siyish akti cho`zilib, siydik okimi ingichkalashib koladi, bemor siyishga kiynaladi, achishish xissi paydo bo`ladi; bemor siyganidan keyin ham bir-ikki tomchi siydik keladi. Zamonaviy davo choralari kullash tufayli uretra strikturasi keyingi yillarda mutlako uchramay koldi. So`zak prostatiti pala-partish davolanish, Ko`pincha parxez va davo rejimining bo`zilishi natijasida kelib chiqadi. Gonokokklar prostata bezining chiqish yo`llari orqali shu bezga kiradi. Bunday kataral prostatit asimptom kechadi. Bunda kechalari tez-tez zaxar tang qilib turadi, siydik loykalanadi, ba`zan tinik bo`lsa ham, unda ipir-ipirlar paydo

bo'ladi. Bunda kasallikning klinik belgilari, xuddi uretraning orqa qismi yalliglanganidek (orqa uretrit) namoyon bo'ladi. Be-morning axvoli yomonlashib, darmoni kuriydi, ishtaxasi pasayadi. CHov oraligida utmas og'rik., ich dam bo'lishi, kabziyat ko'zatiladi. Tana xarorati 38-39°S ga etadi, kechalari tez-tez zaxar tang qilib, stakanli sinamada siydikning xar ikkala qismi loyka, chukmasida yiring bo'ladi. To'g'ri ichak orqali (rektal) tekshirib kurilganda bemor og'rikka shikoyat qiladi, prostata bezi kul ga kattik va katta-lashgan bo'lib unmaydi (parenximatoz prostatit), yalligla-nishlar ancha ifodalangan bo'ladi, ba'zan nuxatdek yoki undan ham kattarak., bosganda og'riydigan tugunchalar, shuningdek shu bez bagrida absesslar (follikul yar prostatit) paydo bo'lib, uretra yoki to'g'ri ichakka yoriladi. Bunda bemorlar siyish va xojat vak,tida siydik chiqish kanali, yorgok., dumgaza soxasiga utadigan og'rikka shikoyat qiladilar. Tana xarorati kutariladi. Prostata bezini tekshirishda extiyot bo'lish lozim. To'g'ri va rejali davo choralaridan keyin o'tkir prostatit belgilari yo'qoladi. Noto'g'ri davolanganda o'tkir prostatit yoki surunkali so'zak uretriti surunkali prostatitga utib ketadi. Gonokokklar ba'zan prostata bezi ichida (so'zakdan sung) o'zoq, vaqt saklanib xech kanday ob`ektiv va sub`ektiv belgilar namoyon qilmaydi, u Ko'pincha cho'zilib ketgan yoki surunkali so'zak uretritida ko'zga tashlanib koladi. Surunkali prostatitning klinik kurinishi polimorf. Bemorlar bel soxasida utmas og'rik siydik chiqish kanalining achishishi, tez-tez zaxar tang qilishi, xojat (defekasiya) dan keyin prostata bezi suyukligi chikishi (prostatoreya) dan, jinsiy funksiya bo'zilib, ereksiya sustligidan, vaqtidan ilgari shaxvat ajralashidan shikoyat qiladilar. Kasallik siydik chiqish kanali ogzi sezilar-sezilmas giperemiyalanib, ertalablari biroz shilimshik yiringli ajralma chikib turishi bilan birga davom etadi; siydik ikkinchi porsiyada loyka bo'ladi. Antibakterial terapiya yordamida gonokokklar yo'qotilganda ham surunkali yalliglanishlar anchagacha davom etadi. Olimlarning fikricha prostata bezi tukimalaridagi neyrodistrofik o'zgarishlar, autoagressiya xolati va ikki-lamchi infeksiya bunga sabab bo'ladi. Prostata bezining o'zi to'g'ri ichak orqali, bez sekreti mikroskopda tekshirilgandan keyingina surunkali prostatit diagnozi tasdiklanadi. Bemorlar sekretida leykositlarni ko'rish may donidagi soni 40—50 tadan oshib ketadi, ular tup-tup bo'lib joylashadi. Aksincha leysitin donachalari esa kamaynb ketadi. Kataral yalliglanishda prostata bezi barmoklarga unchalik unnamaydi, follikul yar o'zgarishda esa kattiklashtan tugunchalar seziladi. Surunkali parenximatoz prostatitda bezning bir bo'lagi yoki butunlay kattalashib ketishi mumkin. Bezning markazi yassilanib bosganda kattik og'riydi. Ko'pincha prostata bezining surunkali yalliglanishlari urug dumbokchasi (kollikul it) va urug pufakchalarining yalliglanishlari (vezikul it, spermatozistit) bilan birga kechadi. Bemorlarning 10% ida epididimit ham birga uchraydi. Gonokokklar urug chiqaruvchi yo'l orqali, u antiperistal'tik tarzda kiskarganida, uretraning orqa qismidan moyak ortigiga utadi va so'zak epididimitiga sabab bo'ladi. Uretraning orqa qismi shikastlanmagan bo'lsa ham gonokokklar u erga uning ol-dingi qismidan limfa va qon yo'llari orqali o'tishi mumkin. Moyak ortigining zararlanishi birdan boshlanadi: yorgok terisi kizarib shishadi, bezillab turadi, moyak ortigi kattalashib qattiq, og'riydi. Urug chiqaruv nuli yutonlashib, zich tizimcha kurinishida kul ga unmaydi. Bemorning issigi kutariladi, bosh og'rigi, umumiy darmonsizlik, uykusizlik paydo bo'ladi. Moyak, odatda o'zgarmay kolaveradi, ba'zan uning kobigi (gidrosele, o'tkir periorxit) biroz zararlanadi. Zamonaviy davu usullari kul lanilganda ham moyak ortigining shikastlangan tukdshalari asli xoliga kdytmaydi. Moyak ortigning dum soxasidagi infil'tratlari butunlay surilib ketmay, unda kattik chandikqoladi- bu spermatazoidlar xarakatiga tuskinlik qiladi; xar ikkala moyak ortigi yal-liglanga azospermiya ruy beradi va so'zakning eng xavfli asorati bepustlik ko'zatiladi.

Ayollar so'zagi o'zining klinik ko'rinishi va kechishi jixatidan erkaklarnikidan biroz fark qiladi-bu erkak va ayol siydik tanosil a'zolarining to'zilishidagi tafovutlargabog'liq. Ayollarda so'zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bacha-don buyni, shuningdek to'g'ri ichakni bir yo'la shikastlantiradi va jadal kechadi. Keyingi yillarda so'zakning klinik simptomlari o'zgarishi, kasallik epidemiologiyasi, diagnostikasi va davosida o'z ifodasini topmokda. Ayniksa ayollar so'zagi diagnostikasi uning 75-80% sub`ektiv asimptom kechishi xisobiga murakkablashmokda. Infeksiya asosan jinsiy yo'l bilan yuqadi. Favkul odda bemorlar ishlatgan buyumlaridan (sochiq, ichki kiyim, o'rin-ko'rpa va Boshqalar) yukib kolishi mumkin. Gonokokklar xul buyumlar-dagi yiringda 24 soatgacha tirik saklanadi. Bemor bilan jinsiy mulok.ot qilinganda gonokokklar avval uretraga, keyin ba chadon buyniga tushib, ularni yalliglantiradi. Keyinchalik katta vestibolyar bezlar va to'g'ri ichakning qo'yi qismi zararlanadi. Ba'zan bo'zuk mulokot qilinganda to'g'ri ichak va ogiz bo'shlig'i shilliq qavati infeksiya manbai bo'lishi mumkin.

Gonokokklar yuqqanidan keyin, kasallikning 3-5 kun yashirin davriga o'tadi. Ba'zan bu davr 14-15 kunga cho'zilib ketadi. Kasallikning sub'ektiv belgilari sustligi tufayli, ayollar infeksiya yuqtirgan vaqtini tayin ayta olmaydi. Ayollar so'zagi klinik kechishiga qarab xuddi erkaklarnikidek tafovut qilinadi: 1. YAngi so'zak (o'tkir, urtacha o'tkir, tor-pid). 2. Surunkali so'zak (ikki oydan oshgan so'zak). Siydik tanosil a'zolarining faqat qo'yi qismi (kin daxlizi, bartolin bezlari, uretra, bachadon buyni) so'zak bilan zararlangan bo'lsa — bu asorat bermagan, mabodo bachadonning ichki k.ismi, tuxumdon ortiklari va Boshqa a'zolari ham zararlangan bo'lsa, bunday kasallik yukori kutariluvchi asorat bergan so'zak deyiladi. Ayollar so'zagining o'tishi o'tkir va xronik (surunkali) bo'ladi. Kasallikka chalingan ayollarning 71-96% ida so'zak uretriti ko'zatiladi, bunda asosan ayollar uretrasining kiska (3-4 sm) va enliligi sabab (erkaklarnikidan 1,5 marta enli) bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida bemorlar uretraning sanchib og'rishiga, surunkali davrida esa tez-tez og'rikli siyishga shikoyat qiladilar.

Ob`ektiv simptomlar. Uretra daxlizi giperemiyala-nib shishib turadi, bosganda infil`tratlanish va og'rik. seziladi, OK.ISH sargimtir ajralma keladi. Parauretral yo'llar yal-liglanib, kul ga tugunchadek unnaydi. Ayollarning asorat bermagan so'zagida odatda bachadon buynining so'zakdan yalliglanishi (o'tkir so'zakda deyarli 85- 90%, surunkalida esa 94-98%) ko'zatiladi. Bachadon buynining kin soxasi kizarib shishib turadi, kindan shilimshik yiringli suyuklik chiqadi, yo'zaki eroziya xosil bo'ladi. Surunkali jarayonda shish, giperemiyaga nisbatan follikul yar eroziya kup uchraydi. Bemorlarning umumiy axvoli deyarli o'zgarmaydi, ular asosan kichishish, achishish, chikindi ajralishidan shikoyat qiladilar.

Vul'va va kinning so'zakdan yalliglanishi axyon-axyonda uchraydi, chunki bu a'zolarining shilliq qavati so'zak infeksiyasiga chidamli kup qavatli yasen epiteliy bilan koplangan. Vul'va va kinning so'zakdan zararlanishi yosh kizlar, xomilador ayollar va klimaks davrini boshidan kechirayotgan ayollardagina kuriladi. Bunday bemorlarning tashqi jinsiy a'zolari shishib gipere-miyalanadi, klitor osti kriptalari, katta va kichik uyatli lablar yo'zasi kizarib yiring bilan koplanadi. Kichik uyatli lab-lar shishib, yopishib turadi, ba'zan yara-chakalanib eroziyalana-di. Bemor og'rikka, kichishish, achishish va chikindi ajralayotganiga. noliydi. Bunga ikkilamchi infeksiya qo'shilsa qisman regionar limfadenit ko'zatiladi. Bartolin bezlarining so'zakdan yalliglanishi (so'zak barto-liniti) uretra yoki bachadon buynidan gonokokkli yiring o'tishi natijasida vujudga keladi va ayollar so'zagining 20—30% ida uchraydi.

Katta vestibolyar bezlar yalliglanishning olti xil klinik kurinishi tafovut qilinadi: yo'za kanalikul it, kanalikul it, soxta abscess, chin abscess, katta vestibolyar bezlar usmasi (kista), nodoz (tugun) xili.

Bez chiqaruv naylarining ozgi qismi zararlanganda (yo'za kanalikul it), shu soxa kizarib turadi, qizil doglar ko'zga tashlanadi, bu doglar bosib kurilsa yiringli ajralma chiqadi. Bez tanasining zararlanishi (abscess, usma) juda bezillab turadigan usma kurinishida namoyon bo'ladi, usha usma bosib kurilganda kattik og'riydi, ko'zgaluvchan bo'ladi. Bora-bora abscessga aylanib ketishi mumkin. Gonokokklarga ikkilamchi mikroorganizmlar qo'shilishi tufayli chin abscess vujudga keladi. Bunda bemorning umumiy axvoli yomonlashib, xarakati keskin chegaralanadi, tana xarorati kutariladi. Ular jarroxlik usulida davolanadi. Ba'zan katta vestibolyar bezlar-dagi yalliglanish kamayib, ularning chiqaruv yo'llari tiqilib kolsa, unda nuxatdek yoki undan kattarok sharsimon, yumshok. usmalar (kista) vujudga keladi. Usmalar deyarli og'rimaydi, bemorni bezovta qilmaydi, yorilganda ichidan yopishkok ajralma chiqadi.

YUqoriga ko'tariluvchi so'zak. Parhez va rejim bo'zilsa (jinsiy alqoa, ogir jismoniy ish qilinadigan bo'lsa), o'z vaqtida davo qilinmasa, organizm qarshiligi susayib ketsa, asorat bermagan so'zak asorat beradigan, yukoriga kutariluvchi so'zakka aylanib ketishi mumkin. YUqoriga kutariluvchi jarayon so'zakning eng ogir kurinishi bo'lib, odatda kasallikdan keyin-gi birinchi yoki ikkinchi xayzdan sung boshlanadi. YUqoriga kutariluvchi so'zak o'tkir so'zakdan sung 6-9%, surunkalisida 28-30% xollarda uchraydi (E. N. Turanova, 1972). X,ozirgi paytda ancha kam uchraydi.

Klinik kurinishiga kura yukoriga kutariluvchi so'zak, ayollarda uchraydigan Boshqa yalliglanish jarayonlariga uxshab ketadi. Bunda asosan qorinning pastki qismida og'rik turpb, og'rik xarakteri yalliglanish uchogiga bog'liq bo'ladi. Bemorning kungli ayniydi, kayt qiladi, xarorati kutarilib, kaltiraydi (sal'pingooforit, pel'vioperitonit). Bachadon ichi yalliglanganda shilimshik.li bir talay seroz niringln va qon aralash suyuklik kelib turadi. Ayniksa bemorda avvaldan Boshqa ginekologik

yalliglanishlar bor bo'lsa (ad neksit, bachadondan qon ketish, bachadon buyni eroziyasi), unda kasallik ogirrok kechadi.

YUkoriga kutariluvchi so'zak bachadon ichi shilliq qavati, mus-kul lari (endometrit, endometriometrit), bachadon naylari (sal'pingit) va tuxumdon (oofarit) ning yalliglanishiga olib kelishi mumkin. Ayniksa bachadon naylarining ikki tomonlama so'zakdan yalliglanishi, bachadon naylarining bitib kolishi va piro-vardda bepustlikka olib keladi.

Qizlar so'zagi. Asosan 2-8 yoshlardagi kizlarda ko'zatiladi. Kizlar so'zak bilan og'rigan onalari, karindoshlari yoki o'zlariga qaraydigan ayollardan odatda nojinsiy yo'l bilan kasallikni yuktirib oladilar. SHaxsiy va umumiy sanitariya koidalari bo'zilganda, shuningdek kasal bilan bir urinda yotilganda, chikindilardan, ifloslangan vanna, tuvak, sochiq. orqali ham kasallik yo'qishi mumkin. Kasallikning shu yo'l bilan yo'qishi 85—95% ni tashqil qiladi. So'zak bilan og'rigan kizlar-ning asosiy kasallik yuktirish manbai onasi xisoblanadi. Kizlarning 80-93% ida so'zak o'tkir kechadi. Ayollar so'zagidan farkli ularok. kizlarda asosan, siydik tanosil a'zolarining kup qavatli yassi epiteliy bilan koplangan soxalari zararlanadi. Bachadon va ortiklarinnig zararlanishi, odatda ko'zati olmaydi. Kasallikning inkubasion davri kisk.a, 3 kun davom etadi. YAlliglanish kup o'choqli bo'lib bemorlarning deyarli 100% kin va kin daxlizi, 85% uretrasi, 50-82% ida to'g'ri ichakning qo'yi qismi shilliq qavati zararlanadi. Kasallikning klinik manzarasi mikroorganizmning reaktivligi hamda gonokokklarning virulentligiga bog'liq. So'zak vul'vitida katta va kichik uyatli lablar terisi kizarib shishadi, yo'zasi shilimshik, yiringli suyuqlik bilan koplana-turadi, klitor va kizlik pardasi shishib ketadi. Siydik chiqish kanali ham giperemnyalanib, so'zak uretriti avj oladi. Bunda siydik kanalidan yiring chikib turadi, tez-tez zaxar tang qilib, siyish vaqtida og'rik paydo bo'ladi. Olti yoshgacha bo'lgan kizlarda katta vestibolyar bezlarning yalliglanishi ko'zati olmaydi, to'g'ri ichakning tashqi sfinkteri zararlanishi mumkin. Bunda tashqi sfinkterning burmali kis-mi giperemiyalanib shishib turadi. SHu soxada kichishish, xojat vaqtida og'rik ko'zatiladi, ba'zan mayda yoriklar paydo bo'ladi. So'zak vaginitida kin shilliq qavati shishib, kizarib turadi, birtalay yiringli suyuqlik chikib oralik va sonning ichki yo'zasini ta'sirlaydi. Surunkali so'zak kizlarda kamdan-kam ko'zatiladi. Aksariyat Kizlarning umumiy axvoli biroz o'zgaradi, ular bushashib, jiz-zaki bo'lib koladi, ishtaxasi yo'qoladi, son soxasini xadeb kash-layveradigan bo'lib koladi. Bir qancha xollarda kizlar so'za gining sub'ektiv va ob'ektiv belgilari uncha ifodalanmagan, yalliglanish xodisalari bilan suet bo'lib o'tishi mumkin.

Davosi. So'zakni davolash mutaxassisidan antibakterial, immunoterapevtik, maxalliy va fizioterapevtik muolajalar-ni bir yo'la mukammal kul lay bilishni talab qiladi; yukoridagi usullarni kul lash zararlangan o'choqning xarakteriga qarab olib boriladi. Masalan, yangi xali asorat bermagan so'zakda faqat antibio-tiklar bilan davolansa, asorat bergan x,amda surunkali shakl-larida kompleks davo usullari talab etiladi. So'zakka k.arshi kul laniladigan dorilarning xili, mikdori va ishlatish usullari 1996 yildagi «So'zakning davosi va profilaktikasi kursatmasi»ga asoslanadi. Gonokokka qarshi antibiotiklar ishlatganda uni yuborishdan 20-30 minut avval allergik reaksiyaning oldini olish uchun antigistamin preparatlar, dimedrol, pipol'fen va Boshqalar be-riladi. Erkak va ayollarning o'tkir so'zagida benzilpenisillinning davo kursi 6 mln TB buyuriladi. YAngi torpid xilining asorat bermagan hamda o'tkir asoratlangan erkaklar so'zagida, yukoriga kutariluvchi va surunkali so'zakda davo kursi 10-12 mln TB ga etadi. Bemorlar qonida antibiotikning yukori qon-sentrasiyasini xosil qilish uchun davo katta dozada, ya'ni birinchi in'eksiyani 600,000 TB da muskul lar orasiga, keyingilari esa 400.000 TB da xar 3 soatda buyuriladi. Bisillin-1, Bisillin-3, Bisillin-5 larda bir martalik doza 600.000 TB dan qilib olinganida 6 ta in'eksiyalar orasida 24 soat utadigan bo'lsa, bir martalik doza 1.200000 TB qilib olinganida oradan utadigan vak/g 48 soatni tashqil qiladi. Erkak-larning o'tkir, urtacha o'tkir va ayollarning o'tkir so'zagida 4,8 mln TB buyuriladi, so'zakning Boshqa shakllarida 6 mln TB, xar 24 soatda 600.000 TB dan qilinadi.

Ampisillin (davo kursi 8,0 g), ampioks 0,5 g dan xar 4 soatda 4—5 kun, oksasillin (davo kursi 0,5 g dan 5 maxal, jami 10.0 g), levomisitin kuniga 3,0 g, davo kursiga 8,0 g, tetrasiklin davo kursi 8,0 g dan buyuriladi. Antibiotik-makrolidlar ham keng kul laniladi: eritromisin 400.000 TB dan 5-6 maxal, jami 10 mln TB, oletetrim jami 6 mln TB, erisiklin jami 3,0 g. Rifampisin — yarim sun'iy antibiotik 0,3 g dan (birinchisi 0,6 g), xar 6 soatda ovkatdan 30-60 minut avval beriladi, davo kursi 3,0 g. Penisillin bilan davolash yaxshi naf bermasa yoki bemorning bu dorilarga sezgirliги yukori bo'lsa, u xolda sul'fanilamid

preparatlar buyuriladi: dastlab sul'famonometoksin va sul'fa-dimetoksin ikki kun 1,5 g dan, keyingi kunlari 1,0 g dan uch maxal, jami davro kursiga 15,0 g buyuriladi. Biseptol 4 tabletkadan xar 6 soatda ichiladi, jami davro kursi 16 tabletkaga (7,68 g). Kasallik cho'zilib ketganida yoki asorat bilan kechganida antibakterial preparatlar miqdori ikki barobar oshiriladi. Gono-kokkli sepsis, so'zak artriti va pel'vioperitonitda benzilpeni-sillin kuniga 6-10 mln TB dan buyuriladi, jami 7-10 kun. Bemorlarning infeksiyaga qarshi reaktivligini oshirish maksadida spesifik (gonokokkli zardob) va nospesifik (pirogenal, prodigiozan, autogemoterapiya, levomizol, kaliy orotat, metil-urasil) davro buyuriladi. Dori-darmonlardan tashk,ari maxalliy davro choralari ham kuriladi. Siydik chik,arish kanali 1:6000, 1:10000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi bilan yuviladi; kanalga 0,25% li ku-mush nitrat yoki 1-2% li protorgol eritmasi yuboriladi (instillyasiya qilinadi). Uretraga metall buj kiritiladi hamda tampon qo'yiladi. Ayniksa fizioterapevtik (parafinoterapiya, diatermiya, elektroforez, yuk.ori chastotali terapiya, massaj va boshqalar) muolajalarni birga kul lash yaxshi naf beradi. Bolalar so'zagini davolash kattalarniki bilan deyarli bir xil bo'lib, fak,at urinda yotish buyuriladi. Antibiotiklar ularning yoshi va vazniga qarab 200.000-500.000 TB dan xar 3-4 soatda yuboriladi. Surunkali so'zakda 3 yoshdan katta bo'lgan bolalarga avval 50-100 mln mikroob tanachasiga ega bo'lgan gonokokkli zardob buyuriladi. Uch yoshgacha bo'lganlarga immunoterapiya tavsiya etilmaydi, maxalliy davro sharoitga qarab buyuriladi. So'zakdan tuzalib ketganlikni kursatuvchi mezon: bemorda so'zak yo'qolib ketganligini aniqlash maksadida davro tamom bo'lganidan 7—10 kun o'tgach, aralash provokasiya usuli bilan tekshirish o'tkaziladi. Bu usul zararlangan o'choqlarning ta`sirlanishiga (yashirin kolib ketgan o'choqlar) asoslangan. Provakasiyadan keyin uch kun mobaynida (24, 48, 72 soat) ja-roxatlangan soxadan chiqadigan suyuqlik laboratoriya tekshiruvidan o'tkaziladi. Tekshirish natijalari manfiy bo'lsa, bir oydan keyin provakasiya yana takrorlanadi. Bakteriologik tadqiqotlarni sharoitga qarab o'tkazish zarur. So'zakning klinik belgilari bo'lmasligi hamda zararlangan soxadan chiqadigan suyuqlikni tekshirish natijalarining manfiy bo'lishi, kasalni tuzalib ketgan deb xisoblashga imkon beradi. So'zakni boshidan kechirgan bemorlar 2 oy mobaynida dispanser va laboratoriya tekshiruvlari nazoratida bo'ladilar. Ayollar kam deganda ikki xayz sikli davrida ko'zatiladi. Infeksiya manbai aniqlanmagan bo'lsa, bemorlar jami 6oy Xisobda turadi, 6 oy o'tgach, uni xisobdan chiqariladi. Ba`zan so'zak-zaxm infeksiyalari bo'lishi mumkin deb gumon qilinganda, ularda shu davr mobaynida zaxm serologiyasi tekshiruvi olib boriladi.

Siydik-tanosil a`zolarining trixomonadadan zararlanishi.

Siydik-tanosil a`zolarining trixomonadadan zararlanishi (trixomoniaz) eng kup tarkalgan parazitar kasalliklardan xisoblanadi. Mualliflarning ma'lumotlariga kura xar yili dunyoda 180—200 mln kishi bu dardga chalinar ekan. Odatda kasallik erkaklarga ham ayollarga ham bir xilda yuqadi, ammo kasallik simptomlarning kam bo'lishi aksarnyat ayollardan kura erkaklarda ko'proq. kuriladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashqilotining (Jeneva, 1984) kasalliklar klassifikasiyasi to'g'risidaga ma'lumotiga Qaraganda trixomoniaz tanosil (venerik) kasalliklar ruyxatiga kiritilmagan, ammo u xlamidioz, ureaplazmoz, gardnerellez singari jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar Qatorida turadi. Kasallikni qin trixomonadasi qo'zgatadi. Trixomonada xivchinlilar sinfiga mansub bir xujayrali sodda parazit. O'zoq, yillar davomida trixomonadalar ayollarda uchraydigan odatdagi zararsiz mikroorganizmlardan deb xisoblanib kelingan. Ammo avvaliga Noeppe (1916) keyinchalik Sarek (1927) trixomonadali kol'pitga chalingan ayol bilan jinsiy mulokotda bo'lgan ikki erkakda trixomonadali uretrit rivojlanganligini ko'zatgan va bu kasallikdan forik bo'lish uchun erkak ham, ayol ham birga davolanishi zarurligini aytib utishgan.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik manbai bemor; soglom kishilarga jinsiy yo'l bilan yuqadi, ayollarda ko'proq. uch-raydi. Rektal va orogenital munosabatlar tufayli kasallik vu-judga kelmaydi, chunki kii trixomonadasi ogiz bo'shlig'i va to'g'ri ichakda yashay olmaydi. Nojinsiy yo'l bilan yo'qish kamdan-kam uchraydi. Bolalarga esa tugruk paytida bemor onadan utadi. Silindrik epiteliylarni shikastlaydigan gonokokklardan farkli ularok., kin trixomonadalari faqat yassi epiteliyal xujayralarni zararlaydi. Erkaklarda trixomonadalar uretra shilliq. qavati buylab tarkdlib, uning mayda bezlari va lakuna-lariga kiradi. Trixomonadalar prostata beziga ham kirib, ular prostatitga xos klinik belgilarni yo'zaga chiqishi mumkin. Keltirilgan ma'lumotlarga kura 25—30% bemorlarda trixomonadali prostatit yashirin kechadi. Trixomonadalar o'zidan endo- yoki ekzotoksin ajratmaydi, ammo ular bevosita makroorganizm xujayralariga yopishib ularni zararlaydi. Trixomonadalarning parazitlik xususiyatlari

mukammal urganilgan. Jumladan, soglom odamning siydik kanaliga ulgan trixomonadalar yuborilganda, xech kdnday yal-liglanish jarayonlari yo`zaga kelmaydi. Ba`zan erkaklar siydik kanaliga tushib k.olgan trixomonadalar, u joyda klinik o`zgarishlarga olib kelmaydi (asimptom infeksiya) yoki ma`lum muddatdan sung trixomonadalar o`z-o`zidan yo`qoladi (tranzitor tashuvchanlik) yoki ulib ketadi. Trixomoniaz bilan og`rigan bemorlarda turli zardob va sekretor antitelolar yo`zaga kelsa ham, immuniteti turgun emas. SHuning uchun trixomoniaz bilan qayta-qayta og`rish mumkin.

Qin trixomonadasi antibiotiklar va sul`fanilamid prepa-ratlarga juda chidamli bo`lib, ular ta`sirida nobud bo`lmaydi. Ular fagositoz nuli bilan ayrim kokklar va tayoklarni xazm vakuollariga kabo`l qila oladi. SHu bilan ular ikkilamchi in-feksiyalarni antibiotiklar ta`siridan saklab koladi. Elektron mikroskopda olib borilgan izlanishlar tufayli Trixomonadalarning xazm vakuollarida gonokokklar borligi aniqlangan (N.M. Ovchinnikov va V. V. Delektorskiylar). Ammo trixomonadalar organizmida gonokokklarni parchalay oladngan proteolitik fermentlar yo`q., shuning uchun gonokokklar ular ichida rivojla-nishni davom ettiradi va vaqti kelib yorib chiqadi. Trixomonada bilan so`zak infeksiyasi birga uchrasa, trixomonadalar so`zak uchun manba bo`lib kolishi mumkin. SHuning uchun bir yo`la so`zak bilan trixomonizga kdrshi davo qilish kerak.

K l i n i k a s i . Trixomoniazning yashirin davri 3-7 kundan 3-4 xaftagacha, urtacha 10—15 kun, ba`zan o`zoqrok cho`zilishi ham mumkin.

Ayollarning xayz ko`rishi, shuningdek erkaklarning achchik, shur taomlar iste`mol qilishi yoki spirtli ichimliklar ichishi kasallikning ko`zishiga sabab bo`ladi. Trixomoniazning qo`yida-gi klinik kurinishi tafovut k,ilinadi:

1. Siydik-tanosil a`zolarining yangi trixomoniasi: a) o`tkir, b) urtacha o`tkir, v) torpid (kam alomatli) trixomoniaz.
2. Surunkali trixomoniaz (kasallik 2 oydan ziyod davom etganda).
3. Belgilarsiz (asimptom) trixomoniaz.

Erkaklarda trixomoniaz uretrit, prostatit, epididimit va Boshqa klinik kurinishda namoyon bo`ladi.

Trixomonada uretriti aksariyat kam alomatli bo`lib bemor uni uncha sezmasligi ham mumkin, ba`zan siydik kanalidan ozrok okimtir chikindi keladi. Bemor tez-tez siyadi. Uretra ogzi k.iza-rib shishib turadi, shu soxa kichishib achishadi, Ba`zan jinsiy aloka tugashi bilan bemorda achishish xissi paydo bo`ladi. Ayniksa yangi uretritda kasallik simptomlari shiddat bilan ke-chadi. 3—4 kunlik inkubasion davrdan sung siydik kanalidan kupikli-yiring ajraladi, bemorning siydigi xiralashadi, bunda u o`tkir so`zak uretritiga juda uxshab ketadi. Kasallik yashi-rin kechganida yalliglanish jarayoni uretraning old qismidan orqasiga prostata beziga, urug pufakchasi, moyak ortnk,lari va kovukda, axyonda buyrak jomlariga ham tarkab ketishi mumkin. O`tkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuklik I—2 xafta ichida o`z-o`zidan kamayib, kasallik alomat-lari barx.am topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga utib, vak/gi-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar xisoblanadi. Trixomonadali uretritdan bemor yaxshi davolanmasa yoki davo rejimi va parhez saklamaydigan bo`lsa, ularda (5—10%) uretra strikturasi, chandiklanish kabi asoratlar koladi. Trixomonadali prostatit birlamchi surunkali yalliglanish tarzida rivojlanadi. Prostatadagi zararlanish Ko`pincha kam alomatli bo`lib, bemorlar o`zlarini soglom xisoblaydilar; prostata sekretida trixomonadalar borligi aniqlangandan keyin diagnoz qo`yiladi. Bemor chov oraligida ogirlik, tez-tez zaxar tang qilishi, mizoj zaifligi va nevrostenik o`zgarishlarga shikoyat qiladi. Trixomoniazga chalinganlarning 40% dan ortigida prostatit borligi k,ayd qilingan. Trixomonadali epididimitda patologik jarayon tuxum ortigining dum va tana qismida, yalliglanish jarayoni esa Ko`pincha bir yok.lama bo`ladi. Aksariyat kasallik tusatdan tana xarora-ting kutarilishi hamda og`rik. bilan boshlanadi. Trixomonadalar tuxum ortigi kanali epiteliylari va oralix tukimalarda infil`trat yo`zaga keltiradi. Ba`zan jarayonga moyakning yal-liglanishi ham qo`shilib (orxoepididimit) ketadi. Trixomonadali vezikul it, kuperit va sistitlarda klinik alomatlar ko`zga tashlanmay, balki yashirin kechadi. Trixomoniaz jinsiy faoliyatning bo`zilishiga olib keladi (5-6%). Ayollar trixomoniazida yalliglanish asosan, siydik tanosil a`zolarining pastki qismida bo`lib (98,9%), vaginit, vul`vit, vestibol`lit, uretrit, bartolinit va endoservisit kabi klinik kurinishlarda kechadi. U o`zining kup o`choqli bo`lishi hamda xaddan ziyod kup uchrashi bilan erkaklarnikidan fark qiladi. Kasallikning yashirin davri o`tgandan sung bemor ayol tashqi jinsiy a`zolari soxasining kichishib, achishib turishidan, k,in-dan chikindi ajralayotganidan shikoyat qiladi.

CHikindi kupiksimon, ba`zan biroz yiring aralash bo`ladi. ^zini pokiza tutmaydigan ayollarning kinidan o`ziga xos kul ansa xid keladi, qin daxlizi o`tkir yalliglanib, shishib klzarib ketadi; tashqi jinsiy uyatli lablar burmalarida mayda-mayda yo`za eroziyalar paydo bo`ladi. Ba`zan chov oraligi, anus atrofi terisini chikin Ayniksa yangi uretritda kasallik simptomlari shiddat bilan ke-chadi. 3—4 kunlik inkubasion davrdan sung siydik kanalidan kupikli-yiring ajraladi, bemorning siydigi xiralashadi, bunda u o`tkir so`zak uretritiga juda uxshab ketadi. Kasallik yashirin kechganida yalliglanish jarayoni uretraning old qismidan orqasiga prostata beziga, urug pufakchasi, moyak ortik,lari va kovukda, axyonda buyrak jomlariga ham tarkab ketishi mumkin.O`tkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuqlik I—2 hafta ichida o`z-o`zidan kamayib, kasallik alomat-lari barx.am topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga utib, vakgi-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar xisoblanadi. Trixomonadali uretritdan bemor yaxshi davolanmasa yoki davo rejimi va parxez saklamaydigan bo`lsa, ularda (5-10% } uretra strikturasi, chandiklanish kabi asoratlar koladi.Trixomonadali prostatit birlamchi surunkali yalliglanish tarzida rivojlanadi. Prostatadagi zararlanish Ko`pincha kam alomatli bo`lib, bemorlar o`zlarini soglom xisoblaydilar; prostata sekretida trixomonadalar borligi aniqlangandan keyin diagnoz qo`yiladi. Bemor chov oraligida ogirlik, tez-tez zaxar tang qilishi, mizoj zaifligi va nevrostenik o`zgarishlarga shikoyat k,iladi. Trixomoniazga chalinganlarning 40% dan ortigida prostatit borligi k,ayd qilingan.Trixomonadali epididimitda patologik jarayon tuxum or-tigining dum va tana qismida, yalliglanish jarayoni esa Ko`pincha bir yok.lama bo`ladi. Aksariyat kasallik tusatdan tana xarora-tining kutarilishi hamda og`rik. bilan boshlanadi. Trixomonadalar tuxum ortigi kanali epiteliylari va oralix tukimalarda infil`trat yo`zaga keltiradi. Ba`zan jarayonga moyakning yal-liglanishi ham qo`shilib (orxoepididimit) ketadi.Trixomonadali vezikul it, kuperit va sistitlarda klinik alomatlar ko`zga tashlanmay, balki yashirin kechadi. Trixomoniaz jinsiy faoliyatning bo`zilishiga olib keladi (5-6%).Ayollar trixomoniazida yalliglanish asosan, siydik tanosil a`zolarining pastki qismida bo`lib (98,9%), vaginit, vul`vit, vestibol`it, uretrit, bartolinit va endoservisit kabi klinik kurinishlarda kechadi. U o`zining kup o`choqli bo`lishi hamda xaddan ziyod kup uchrashi bilan erkaklarnikidan fark qiladi. Kasallikning yashirin davri o`tgandan sung bemor ayol tashqi jinsiy a`zolari soxasining kichishib, achishib turishidan, k,in-dan chikindi ajralayotganidan shikoyat qiladi. CHikindi kupiksimon, ba`zan biroz yiring aralash bo`ladi. ^zini pokiza tutmaydigan ayollarning kinidan o`ziga xos kul ansa xid keladi, qin daxlizi o`tkir yalliglanib, shishib klzarib ketadi; tashqi jinsiy uyatli lablar burmalarida mayda-mayda yo`za eroziyalar paydo bo`ladi. Ba`zan chov oraligi, anus atrofi terisini chikin aksiyasini oshiradngan nospesifik dorilar hamda maxalliy davo usullari birga olib boriladi. Aralash infeksiyali trixomoniazda davo kursiga albatta antibakterial preparatlar qo`shiladi.Trixomonadaga qarshi dorilardan metronidazol (trixopol), flagil, orvagil, klion, tinidazol (fasijin) va naksogin (nimarazol), atriikan amaliyotda kup kul laniladi. Bu preparatlar 0,25 va 0,5 g dan tabletkaga yo'ki kinga muljallangan shamchalar xolida chiqariladi. Metronidazolning ichish sxemasi: birinchi kun 2 tabletkadan (0,5 g) uch maxal xar 8 soatda, ikkinchi kuni 0,5, 0,25, 0,5 g, uchinchi kupi - 0,5, 0,25, 0,25 g, turtinchi kuni 0,25, 0,25, 0,25 va nixoyat be-shinchi kuni 0,25, 0,25 e dan ikki maxal, jami 5 g mikdorda ichishga buyuriladi. Metronidazol preparatlarini yana Boshqa sxemalarda kabo`l qilish tavsiya etilgan.Tinidazol (fasijin, triqonidazol va Boshqa) preparatlari trixomonadalarga ta`sir etish xususiyatlari jixatidan metronidazolga uxshab ketadi, bu preparatlar ham 0,5 g dan Quyidagi sxema bo`yicha buyuriladi:1. bir ichishga 2 g (4 tabletkaga).2. 0,5 g dan xar 15 minutda bir soat ichiladi (4 tabletkaga). Tinidazol hamda metronidazol preparatlarini xomilador va emi-zikli ayollar, shuningdek qon kasalliklari hamda markaziy nerv sistemasi xastaliklarida tavsiya etilmaydi. O`tkir gono-kokkli va trixomonadali infeksiyada so`zakka va trixomonadalarga qarshi preparatlar bir maxalda, surunkali xilida esa avval immunoterapiya metronidazol preparatlari bilan, keyin esa so`zakka qarshi antibiotiklar beriladi. Bemor davolanib bo`lganidan sung 7-10 kun o`tkazib davo nazorati olib boriladi. Erkaklar 2 oy, ayollar 3 marta xayz kurguicha, kizlar esa 3 oy davomida dispanser ko`zatuvida bo`ladilar. Takror-takror o`tkazilgan laboratoriya tekshirishlari manfiy natija berib, bemor butunlay tuzalib ketgandagina x.isobdan chiqariladi. Trixomoniazda profilaktika maksadida kasallarni dispanser ko`zatuvida o lit va davolashdan tashkari, infeksiya manbai bo`lganlarni, shuningdek bemorga yakin yurgan kishilarni davola-nishga majbur qilish, trixomonadalar bo`lmasa ham, ular bilan davo kursini o`tkazish zarur.

Siydik-tanosil a`zolari xlamidiozi va mikoplazmozi

Keyingi yillarda jaxon miqyosida so`zak, zaxm kabi xavfli yuqumli tanosil kasalliklari bilan bir Qatorda gonokokksiz (nagonokokk) uretrit (nospesifik uretrit, so`zakdan keyingi uretrit) deb ataladigan tanosil kasalliklari uchrab turadi. Ma`lumotlarga kura, bunday kasalliklar so`zakka Qaraganda 2-3 baravar ko`proq siydik tanosil a`zolari yalliglanishiga sabab bo`lmokda. Mazkur kasalliklar bilan og`rigan bemorlar soni rasmiy ma`lumotlarga Qaraganda dunyo bo`yicha 750-800 mln dan oshib ketdi. Ularning 60-65% ini urogenital xlamidioz va mikoplazmoz (ureaplazmoz) tashqil etadi deb tushuntirilmokda, epidemiologik nazoratga olish esa mushkul ligicha kolmokda. Aslida xlamidioz va mikoplazmoz bilan kasallanish bundan ham kup-rokdir. Birok, kuppina laboratoriyalarda etiologik tekshirish usullarining yo`qligi, mazkur kasalliklar klinik belgilari-ning mujassam emasligi va shuningdek tibbiyot xodimlarining kasallik xakida t o`lik tushunchaga ega emasligi tufayli bu kasalliklar servisit, uretrit, vaginit, adneksit kabi nospesifik (gonokokkarsiz) kasalliklar diagnozi ostida yashirin kolmokda. Oqibatda bemor faol mexnat kobiliyatini yo`qotadi, xatto ba`zi ayollarda bachadondan tashkari xomiladorlik, neonatal ulim yo`z berish xollari ko`zatilgan. Ayniksa, kasallikning yukori kutarilishi va Boshqa a`zolarga tarkalishi, ogir aso-ratlar koldirishi va Boshqalar, bunda x,am, xuddi zaxm kasal-liklaridek bemorlarni nazoratga olish xizmatini joriy qilishni takozo etadi. Xlamidiy va mikoplazmalar keltirib chiqaradigan siydik-tanosil yo`llari yalliglanishi kasallik-larining zamonaviy diagnostikasi va davosini takomillashti-rish, etiolognyasi noma`lum bo`lgan kuppina kasalliklarni o`z vaqtida aniqlash noxush asoratlarni bartaraf etish imkonini beradi.

Siydik – tanosil a`zolari xlamidiozi

Siydik-tanosil a`zolari xlamidioziga xlamidiyalar sabab bo`ladi. Ular mayda gramm-manfiy kokklar shaklida bo`lib, prokariotlarga xos bakteriyalarga uxshab ketadi; morfologik va biologik xossalari jixatidan ikki xil yashash shakliga ega bo`lib, elementar va inisial (retikul yar) tanachalar sifatida ifodalanadi (66- raem). Xlamidiyalar 24—48 soatlik rivojla-nish bosqichini bosib utib, odatda xujayralar ichida va tashkarisida yashashga moslashgan. SHu bilan birga ularning patogenlik xususiyatlari ham bir-biridan fark qiladi. Mayda uta infeksiyon elektron-kattik nukleoidga ega bo`lgan, kattaligi 0,2—0,3 mkm elementar tanachalar xujay-ralar yo`zasiga urnashib, fagositoz tufayli xujayin xujay-ralari ichiga kirib oladi, keyin xujayralarda o`zi xujayinlik qiladi. Bunday xujayralar sitoplazmasining yo`za membranasi-dan mayda tanachalar atrofida vakuolalar paydo bo`ladi. Mayda tanachalar diametri 0,5—7,0 mkm keladigan katta tanachagaaylanib koladi, ular kattik. elektron nukleoidga ega emas. Xuddi mana shu davrda ularning tarkibidagi ribosoma va poliri-bosomalar soni ortadi, xajmi kattalashadi va binor usulida bilina boshlaydi. YUkorida keltirilgan xolat bemorning xujayra vakuolalari ichida sodir bo`ladi va shu tarika inisial tanachalar tuplanib boradi. Inisial tanachalar xujayinning xujayralari ichida yashashga moslashgan parazit bo`lib, metabo-lik jixatdan faol mikroorganizmlarning reproduksiyasini ta`minlab turadi, ammo xujayra tashkarisida juda chidamsiz.

Xlamidiylar uch turni o`z ichiga oladi. Bo`lar ichida S I statusNa 1 gaspotaiy ko`proq uchraydi Ular jinsiy yo`l bilan yuqadi va siydik-tanosil a`zolari kasallik-lariga sabab bo`ladi. Ba`zan xlamidiyalar maishiy yo`l bilan ko`z shilliq qavatlariga tushib, uning yalliglanishiga sabab bo`lishi mumkin. CHakaloklarga esa Ko`pincha tugruk. jarayonida bemor onadan yukib koladi. Bunda aksariyat xollarda kasallik-ka xos klinik alomatlar qon`yunktivit, zotiljam, ba`zan gastroenterokolit, artrit kurinishida yo`zaga chiqadi. Siydik-tanosil a`zolari xlamidiozida kasallikning klinik kurinishi bo`yicha 20 dan ortik sindromni ko`z atish mumkin. Jumladan, gonokokksiz yoki gonokokkdan keyingi uretrit, epididimit, proktatit, servisit, sal`pingit, perigepatit, faringial infeksiya, zotiljam, otit, vul`vovaginit va Boshqa patolo-gik xolatlar. Ayollarda xlamidiylar fallopiy naylari o`tkazuvchanligining bo`zilishi, bepushtlik, bola tashlash, xomilaning ona kornida kasallikka chalinishi va shu bilan birga neonatal ulimga sabab bo`lishi ko`zatiladi.

K l i n i k a s i . Siydik-tanosil a`zolari xlamidiozi (urogenital xlamidioz) va mikoplazmozi klinik kurinishi bo`yicha s`zakka, trixomoniazga uxshab ketsada, o`ziga xos belgilari bilan undan fark. qiladi. Bunda yalliglanish o`tkir yoki suet, ko`proq. asorat bilan kechadi, so`zakka kyarshi antibakterial pre-paratlarga ancha chidamli bo`ladi. Kasallik asosan jinsiy yo`l bilan yuk,adi. Inkubasion davr 2.0—30 ku_n, ba`zan bu muddat sal o`zgarib turadi. Urogenital xlamidioz kechishiga qarab ilk (yangi) va

surunkali; klinik kurinishi bo'yicha-o'rtkir, urtacha o'rtkir va torpid; kasallikning ogir-engilligiga qarab esa - engil, urtacha va ogir xi-larga ajratiladi. YAlliglanish o'choqlarining joylashishiga Qarab xlamidiyali uretrit, prostatit, epididimit, servisit, oofarit, sal'pingit va xokazolarga ajratish mumkin. Aksariyat bir vaqtning o'zida siydik va tanosil a'zolaridan bir nechtasi zararlanadi.

Kasallik o'rtkir kechganida uretra kanali ogzi va shilliq Qavatlarida giperemiya va biroz shilimshikli yiring ajralishi ko'zatiladi. Ayollarda ham siydik-tanosil a'zolarining qo'yi qismi zararlanib, kindan okimtir yiringli chikindi keladi; bemor tez-tez siyishga va siyganida kichishiga shikoyat qiladi. Kasallikning surunkali shakli kup uchraydi. Ularda kasallikning o'rtkir belgilari kam, ammo shilliq-yiringli chikindi kup bo'ladi. Ayniksa o'zoq vaqt snimay yurganda alkogol yoki achchik taomlar iste'mol qilganda ajralma kupayadi. Uretra ogzi giperemiyalanib, bemor siyganida achishish va og'rik sezadi. YAlliglanish jarayoni bo'l'bouretal bezlarga etib borishi mumkin, ba'zan Kuper bezlari zararlanadi. Bemorning chov oraligi va orqa chiqaruv teshigi atroftida utmas og'rik bo'ladi. Xlamidiyali prostatit aksariyat surunkali yoki torpid kechadi, juda kamdan-kam xollarda o'rtkir kechishi mumkin. Bunda bemorning uretra kanali ogzi doimo ozrok. ajralma bilan yopishibturadi, siyganida va ichi kelganida chikindi keladi. Ba'zan kechki diurez soni ortadi. Aksariyat xollarda siydik rangi o'zgarmaydi, ammo keyinchalik u biroz xiralashib koladi. Xlamidiyli vezikul it, prostatit yoki epididimit bilan birga kechadi. Urug pufaklarshshng yalliglanishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lib, odatda kam belgilar namoyon bo'ladi. Kichik chanok, k.ov va Boshqa soxalarda utmas og'rik seziladi. Xlamidiyalar ko'zgatgan epididimit o'rtkir, urtacha o'rtkir va surunkali kechadi. Surunkali epididimit o'z xolicha yoki o'rtkir va urtacha o'rtkir yalliglanish jarayonining asorati sifatida yo'zaga chiqadi. YAlliglanish jarayoni moyakning bir kobigiga yoki hamma yogiga tarkalib, orxoepididimitga olib keladi. Oqibatda moyakning bittasi, ba'zan xar ikkalasi shishib, taranglashadi, ushlab kurganda kattik og'riydi. Bir tomonlama kechayotgan torpid orxoepididimit, prostatit, vezikul it va deferentiti bor bemorlarda mizoj sustligi hamda spermogramma o'zgarishi ko'zatiladi. Ayollarda ham xlamidiylar erkaklardagi kabi siydik-tano-sil a'zolari yalliglanishiga sabab bo'ladi. Ayollarda infeksiya Ko'pincha yashirin, surunkali kechadi va aksariyat jinsiy jufti-ni gonokokksiz uretritga sinchiklab tekshirish paytida ma'lum bo'ladi. Zararlanish o'zoq, davom etgan xollarda bachadon buyni, uretra, katta vestibolyar bez yo'llari, to'g'ri ichak biroz yalliglanishi mumkin. Nogonokokksiz uretridagi kabi xlamidiaz-niig ham klinik belgilari ruy-rost ruyobga chikmaydi. Ayollarda qorin soxasida og'rik,, paresteziya, kindan chikindi kelishi ko'zatiladi, ularning kupchiligida kasallik xech kandy belgilarsiz boshlanadi. Ba'zan bemor tez-tez siyadi va siyganida achishish va og'rik sezadi. O'rtkir sal'pingitga chalingan ayollar tekshirib kurilganda, ularning 25% ida xlamidiy infeksiyasi borligi aniqlangan. Teri va tanosil kasalliklari dispanseriga murojaat qilgan-larning 10—37% ida, ginekologik bemorlarning 19% ida xla-midiyli servisit topilgan. Gipertrofik eroziyasi bor ayollar-ning 87—88% ida xlamidiyalar borligi aniqlangan. Keyingi yillarda, servikal usmaning paydo bo'lishida xlamidiyalarning ham roli bor degan fikrlar mavjud. Xlamidiylar bachadon buyni buylab dastlab bachadon ichiga va naylariga tushadi hamda uning shilliq., muskul va seroz k,avatlari yalliglanish jarayonlarini keltirib chik.aradi. Bunday bemorlarning k,orin pastida, dumgaza soxasida og'rik bo'lib, Qorin devori taranglashganda, kuchanganda, xayz ora-ligida u kuchayadi. Bemorning nssigi (37—37,5°S) kutariladi, qon, siydik va surtmada leykositlar soni ortadi. A s o r a t i. Bemorlarning kupchiligida bir necha xaftadan sung spontan to'zalish ko'zatiladi. Ammo bundagi klinik o'zgarish etiologik o'zgarishiga olib kelmaydi. Davolanmagan bemorlarning kupchiligida turli asoratlar: epididimit, orxoepididimit, gemorragik sistit, uretra strikturasi ko'zatiladi.

Siydik-tanosil a'zolari mikoplazmozi

Mikoplazma infeksiyasi keltirib chiqaradigan kasalliklar xilma-xil bo'lib, organizmning umumiy intoksikatsiyasi va turli a'zo hamda sistemalarning shikastlanishi bilan kechadi. Siydik-tanosil a'zolarining mikoplazmasiga mikoplazmalar (ureaplazmalar) sabab bo'ladi. Ular antibiotiklarga chidamliligi hamda bakterial fil'trdan utib ketish xususiyatla-ri bilan viruslarga biroz uxshab ketadi. Mikoplazmalar juda mayda mikroorganiemlar bo'lib, bak-teriyalar kabi o'zining xujayra kobigiga ega emas. Ular oval, cho'zinchok va sferik shaklda bo'lib, kattaligi 0,2-0,3 mkm Mikoplazmalarining T- shtammasi o'zidan «ureaza» fermenti-ni ajratish xususiyatiga ega. U mochevinani ammiak hamda SO₂ ga parchalaydi. Bunday xususiyat barcha mikoplazmalar ichida faqat

T-shtammaga xos. SHuning uchun bunday mikoplazmalarni ureaplazma urealitikum deyiladi. Ureaplazmalar birinchi marta gonokokksiz uretrit bilan ogʻrigan erkak uretrasidan ajratib olingan; mazkur kasallikda ureaplazmalarning etiologik ahamiyati borligi isbotlangan. Keyinchalik endoservisit, oofarit, salpingit, kolpit, oy kuniga etmay tugish, xomila tushishi, oʻlik tugish, boʻyida boʻlmaslik, uretrit, vezikulit kabi kasalliklarning yoʻzaga kelishida ham ureaplazmalarning taʼsiri borligi aniqlangan. Sepsis, miya absessida ureaplazmalar ajratib olindi, glomerulonefrit, sistit va prostatit kabi kasalliklarda ularning ahamiyati urganilmokda. Tadqiqotlardan siydik-tanosil kasalliklari bilan ogʻrigan ayollarning 40-50% ida, gonokokksiz uretritga chalingan erkaklarning 51,2% ida ureaplazmalar borligi koʻz atildi.

Klinikasi. Ureaplazmalar tufayli yoʻzaga kelgan uretritlar spesifik klinik kurinishiga ega emas. Barcha nongonokok uretritlar (NGU) kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. SHuning uchun inkubasion davrini belgilash ham mushkul. Bemorlarning maʼlum bir qismida (4-5%) ureaplazmali uretritdagi yalliglanish jarayonining klinik kurinishi soʻzakdagiga uxshab ketadi. Kasallik bunday kechganda inkubasion davr 3-5 kunga teng boʻladi. Ammo aksariyat xollarda mikoplazmali uretritlar urtacha oʻtkir yoki surunkali kechib, inkubasion davri 30—40 kunga surilib ketishi mumkin. Urogenital ureaplazmozni ogir-engilligiga qarab engil, urtacha ogir va ogir xillarga ajratiladi. Engil shakliga nongonokok uretrit, ayollar siydik-tanosil aʼzolari qoʻyi qismining yalliglanishi kirs, urtacha ogir shakliga esa aellarda kichik chanok. aʼzolarining urtacha oʻtkir va surunkali yalliglanishi, erkaklarda prostatit, orxoepidimit, vezikulit kiradi. Ogir shakliga abort va tugrukdan keyingi kichik chanok. aʼzolaridagi kuchayib boradigan oʻzgarishlar kiradi, Kasallik muddatini aniqlash xuddi soʻzak va trixomoniazlarga uxshash, yaʼni ikki oygacha yangi, keyin esa surunkali deb yuritiladi. Surunkali yalliglanish jarayoni kup oʻchoqliligi va oʻzoq, da-vom etishi bilan xarakterlanadi. Surunkali ureaplazmozga chalingan ayollarning kupchiligida bachadon nayi, tuxumdonlar ham yalliglanishi koʻz atiladi. Quyidagi xollarda ayollar va erkaklar ureaplazma va xlamidiy infeksiyasiga tekshirilishi lozim: soʻzak, trixomoniazdan keyingi asoratlarda, nongonokokksiz uretritda, kichik chanok, aʼzolarida surunkali yalliglanishi boʻlganda, buyida boʻlmaslik, bepushtlik, xomila tashlash, tugrukdan keyingi patolo-gik jarayonlar, bugim kasalliklari va pala-partish jinsiy xaet tarzi va Boshqalar.

Diagnozi. Urogenital xlamidioz va ureaplazmozni aso-san surunkali soʻzak va trixomoniaz, shuningdek bakteriyalar hamda achitki zamburugi keltirib chiqaradigan siydik-tanosil aʼzolari yalliglanishi kabi kasalliklar bilan takdoslanadi. Faqat laboratoriya usulida u yoki bu infeksiyaning topilishi toʻgʻri diagnoz qoʻyish imkonini beradi.

Davosi. Davolashda koʻzgatuvchilarning biologik xususi-yatlarini xisobga olish kerak. Ular zararlangan oʻchoqlar epiteliy xujayrasini zararlabgina k,olmay, balki oʻziga moe mem brana bilan chegaralangan epiteliy qismida joylashib oladi. Bu esa koʻzgatuvchilarni dori taʼsiridan saklaydi va natijada davolash benafiligicha koladi. Buni mutaxassis davo choralari kul layotganida eʼtiborga olishi zarur. Ureaplazmali va xlamidiyali uretritga chalingan bemorlar-ni davolash. 1. Doksisiklinoterapiya: bir ichishga 200 mg doksi-siklin (zarb doza) berilib, keyin xar 12 soatda 100 mg dan yana beriladi, bir kursi 1000 mg (1 g). 2. Metasiklinoterapiya: bir ichishga 600 mg, keyin xar b soatda 300 mg dan ichiladi. Erkaklar uchun davo kursi 4-5 kun, bir kursga hammasi boʻlib 3900—4800 mg; ayollar uchun 6-7 kun, bir kursi 4800—7100 mg. Mikoplazma infeksiyasini davolashda tetrasiklin gidroxlorid ichishga 500 mg, 7 kun mobaynida xar 6 soatda beriladi; asorat boʻlgan takdirda va xlamidiy infeksiyasida davolash kursi 10-14 kunga choʻziladi (kurs dozasi - 28 g). Ureaplazma va xlamidiy infeksiyalari residivlarini davolash uchun 7 kun mobaynida xar 6 soatda 500 mg dan eritromisinni kul lash va shu bilan bir vaqtda nistatin yoki levorin (bir kecha-kundoʻzda kamida 2 mln TB) berib borish tavsiya etiladi (bir kurs dozasi 14-20 mln TB).

Ureaplazmozga chalingan ayollarni davolash. Eng makboʻl davo gentamisin, bir kursi 600 mg. Uni odatda parenteral yoʻl bilan 5 kun mobaynida xar 8 soatda 40 mg dan berib boriladi (bir flaqon dori moddasi 2 ml natriy xloridning izotonik eritmasida eritiladi). SHu bilan bir vakdda infeksiya oʻchoqlari maxalliy davolanadi. Kandidoz super-infeksiyasi nistatin bilan profi-laktik ravishda davolanadi. Ureaplazmalar servikal shilliq., vaginal ajralma va uretradan birinchi inʼeksiyadan sung ora-dan 6—12 soat oʻtgandan keyingina yoʻqola boshlaydi. Surunkali xlamidiy-ureaplazma infeksiyalarini davolashda rifampisin bilan eritromisin kul laniladi. Rifampisin 1- kun bir maxal 900 mg (zarb doza), 2 va 3- kuni 150 mg dan 4 maxal, 4 va 5- kunlari 150 mg dan 3 maxal (bir kursiga 3,0) ichi-riladi. SHu bilan bir

vaqtda eritromisin 0,5 g dan 4 maxal (bir kursiga 12,0 g) berib boriladi. Davolashni pirogenalote-rapiya fonida olib boriladi. Soʻzaktan keyingi xlamidiy va ureaplazmalar keltirib chik, argan jarayonlarga chalingan ayollarni davolashda doksisik-lin kul laniladi, bir kurs dozasi 1,5 mg, birinchi marta 0,2 (zarb doza), oradan 12 soat oʻtkazib 0,1 g dan beriladi. Davolash kursi 7 kun. Doksisiklinning 5- kuni pirogenal terapiya Qoʻshiladi. Uni dastlab 50 MPM dozadan boshlanadi, bir kun oʻtkazib oldingi dozani yana 50 MPM ga koʻpaytiriladi (500 MPM dozagacha). Pirogenaloterapiyaning kursi 20 kun. Taktivin Xar kuni 100 mkg dan, bir kursiga 10—12 in`eksiya buyuriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 1) Gonoreya etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 2) Gonoreya klinikasi, diagnostikasi.
- 3) Gonoreyaning klinik turlari.
- 4) Laborator tekshirish usullari.
- 5) Gonoreya qiyosiy tashxisoti.
- 6) Gonoreyani davolash prinsiplari.
- 7) Trixomonada etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 8) Trixomonada klinikasi, diagnostikasi, laborator tekshirish usullari.
- 9) Xlamidioz, mikoplazmoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 10) Xlamidioz, mikoplazmoz klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisoti.
- 11) Xlamidioz, mikoplazmoz davolash prinsiplari.

Mashgʻulotda qoʻllanadigan interfaol usul «Qopdagi mushuk» oʻyini

Maqsad: Talabalarga ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega boʻlishni taʼminlash.

Tamoyillari: Oʻqituvchi talabalar uchun mavzu boʻyicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba roʻyhat boʻyicha qopdan savollarning birini oladi. Bu mahsus kartochka qilib tayyorlangan boʻladi. Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach qonsul tantlar balllar miqdorini eʼlon qiladi va eng tuplangan ballarni aytadi.

Mashgʻulotning mavzusi: Soʻzak (gonoreya) nosoʻzak (nogonokokkli) uretritlar.

Oʻqituvchi tomonidan beriladigan savolalar:

1. Gonoreya etiopatogenezi.
2. Gonoreya epidemiologiyasi.
3. Gonoreya tasnifi.
4. Gonoreya klinikasi.

«Qaynoq kartoshka»

Maqsad: Talabalarga ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega boʻlishni taʼminlash.

Tamoyillari: Oʻqituvchi qatnashchilarga orqasi bilan turadi va qarsak chaladi yoki qalam bilan stolni taqqillatadi. Bu vaqtda qatnashchilar bir-birlariga koptok uzatadilar. Bir necha sekunt dan soʻng, oʻqituvchi taqqillatishni toʻxtatadi, bu vaqtda koptok kimning qoʻlida qolgan boʻlsa, shu qatnashchi savolga javob beradi. Agar javob notoʻgʻri boʻlsa, boshqa qatnashchi javob berish imkoniyatiga ega boʻladi. Jarayon bir necha marta takrorlanadi, toki qatnashchilarning koʻpchiligi javob berish imkoniyatiga ega boʻlsin.

Mashgʻulotning mavzusi: Soʻzak (gonoreya) nosoʻzak (nogonokokkli) uretritlar.

Oʻqituvchi tomonidan beriladigan savolalar:

1. Trixomoniaz etiopatogenezi.
2. Trixomoniaz klinikasi.
3. Trixomoniazni davolash.

“Asalari uyasi”

Maqsad: Talabalarni oʻzaro fikrlashib, toʻgʻri qaror chiqarishga oʻrgatadi, jamoa boʻlib ishlashga undaydi.

Asosiy tamoyillari:

Guruh talabarlari ikkita mayda guruhchalarga bo'linishadi. O'qituvchi har bir guruhga alohida yoki umumiy savol beradi. Talabalar 10-15 daqiqa muhokama qilishib, o'zaro fikr almashinishadi. SHular orasidan to'g'ri variant tanlab olinadi.

Mashg'ulot mavzusi: So'zak (gonoreya) noso'zak (nogonokokkli) uretritlar.

Masala: Bemor K. 28 yoshli erkak. Bemor poliklinikaga quyidagi shikoyatlar bilan keldi. Siydik chiqarish kanalidan juda ko'p sarg'ish- gungurt yiring kelishiga, siyganda qichishish, achishishga shikoyat qilib keldi. Anamnezidan bemor o'zini 5 kundan beri kasal hisoblaydi, sababini aniq bilmaydi.

Anamnezidan bemor oilalik, 1 ta farzandi bor. 2 yildan beri boshqa joyda ishlashga ketgan. SHu joyda oxirgi jinsiy alokasi (boshqa ayollar bilan) vaqti 10 kun oldin bo'lgan.

Bemor umumiy ahvoli qoniqarli, es-xushi joyida vaziyati faol. Periferik limfa tugunlar kattalashmagan, o'pkasida vezikul'yar nafas, yurak toklari me'yoriy eshitiladi, pul's ritmik 85 ta bir daqiqada, qon bosimi 120/70 mm sim. Ust teng. Qorni yumshoq, og'riqsiz, jigar, taloq kattalashmagan. Ich o'tishi me'yoriy, siydik chiqarishi biroz og'riqli, achishish bilan va sarg'ish gungurt yiring keladi.

Faraziy tashxis qo'ying.

1. Bemorni tekshirish rejasini tuzing.
2. Davolash rejasini tuzing.

Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor A. 22 yoshda. Tasodifiy jinsiy aloqadan 2 oy o'tgandan keyin uretrada qichishish va achishish paydo bo'ldi. Uretradan tomchisimon seroz yiringli ajralma keladi. Ertalablari ajralma miqdori oshadi.

1. tashxis qo'ying.
2. tashxisni tasdiqlash uchun qanady tekshirish usuli o'tkaziladi.
3. pvakasiya usullarini ayting.

2-masala

Bemor D 25 yoshda. Tasodifiy jinsiy aloqadan keyin uretradan ajralma kela boshladi. Siyganad og'riqli holat kuzatiladi. Kechroq siydik chiqarishning ohiri og'riqli bo'lib, tez tez siydik chiqish va yana terminal gematuriya paydo bo'ldi. 2 stakanli sinamada siydikning ikkala porporsiyasi ham xira bo'ladi.

1. faraziy tashxis.
2. kasallikning inkubasion davrini ayting.
3. kasallikning asoratlarini ayting.

3-masala

CHaqlaloq tug'ilganadan 2 kun o'tgach, tug'rug'xonada ikkala qovoqlarida giperemiya, shish va ko'zlaridan yiringli ajralma aniqlanadi.

1. tashxis qo'ying.
2. tashxisni tasdiqlash uchun laboratoriya usulini ayting.
3. kasallikning yuqish yo'llarini va oldini olish choralarini ayting.

14-mavzuga oid testlar

- 1) Gonoreyaning inkubasion davri.
 - a) 3-7 kun.
 - b) 6 oy
 - s) bir necha soat.
 - v) 1-3 hafta
 - g) 3-4 hafta.
- 2) Ayollar so'zagi quyidagi ko'rinishda bo'ladi.
 - a) servisit, uretrit
 - b) vaginit, servisit.
 - v) proktit, vaginit.
 - g) uretrit, vaginit.
 - d) to'g'ri javob yo'q.
- 3) Ayollarda gonoreya quyidagi asoratlarni berishi mumkin.

- a) sal`pingit
 - b) endometrit
 - v) oofarit
 - g) endometriometrit
 - d) hammasi to`g`ri
- 4) Surtmalarda gonokokklar qanday ajratiladi.
- a) gramm manfiy diplokokklar
 - b) gramm musbat tayoqchalar
 - v) xujayra tashqarisida joylashgan tayoqchalar
 - g) xujayra ichida joylashgan tayoqchalar
5. Peshobni ikki stakanli sinamani kuyishdan maksad nima
- a) topik diagnostika uchun
 - b) gonokokklar mikdorini aniqlash
 - c) kasallik davrini aniqlash
 - d) siydik tarkibini tekshirish
 - e) kasallik asoratini aniqlash uchun
6. Gonoreya asoratiga kirmaydi
- a) plevrit
 - b) prostatit
 - c) epididimit
 - d) peritonit
 - e) endometrit
7. Bemorda kupiksimon, xarakterli xid bidan yashil rangli ajralma kuzatiladi Tashxis
- a) trixomoniaz
 - b) xlamidioz
 - c) suzak
 - d) kandidoz
 - e) mikoplazmoz infeksiya
8. Suzak kuzgatuvcchisi kachon aniklangan
- a) 1879
 - b) 1905
 - c) 1970
 - d) 1913
 - e) 1870
9. Suzakning kaysi formasida ertalab turib bosilganda bir oz uretral ekssudat chikishi kuzatiladi
- a) surunkali
 - b) utkir
 - c) utkir osti
 - d) latent
 - e) torpid
10. Bemorda kutir, kutirda piodermiyadan keyin balonit paydo bulishi kuzatiladi, uretradan yiringli ajralma ajralmokda antibiotik yuborguncha kanaka tekshiruv o`tkazish kerak buladi
- a) Uretradan gonokokka surtma olish
 - b) Borde-Jangu reaksiyasi
 - c) Ozik muxitga bakteriologik ekish
 - d) Dederleyn tayokchasiga tekshirish
 - e) prostata suyukligini tekshirish
11. Suzak kuzgatuvcchisi uzini patogenligini kaysi muxitda saklaydi:
- a) 0.2% kumush nitrat eritmasi
 - b) T-57 s
 - c) 50 etil spirt
 - d) 0.5% xlorid kislata eritmasi
 - e) yiringda.

12. Erkaklarda suzak nimaning spesifik yalliglanishi

- a) siydik chikaruv kanalining
- b) prostata bezining
- c) moyak
- d) urug yo`lining
- e) moyak ortigining

13. Toza (utkir) suzak uretritida infeksiyani rivojlanish davri:

- a) 2 oygacha
- b) 1 oy
- c) 3 oygacha
- d) 6 oygacha
- e) 2,5 oygacha

14. Suzakning inkubasion davri:

- a) 3-7 kun
- b) 2-4 soat
- c) 4-6 xafta
- d) 1-3 oy
- e) .3 oydan oshik

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha.

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi.

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak.

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: zaxm

Keys varianti:

Bemor D 25 yoshda. Tasodifiy jinsiy aloqadan keyin uretradan ajralma kela boshladi. Siyganad og'riqli holat kuzatiladi. Kechroq siydik chiqarishning ohiri og'riqli bo'lib, tez tez siydik chiqish va yana terminal gematuriya paydo bo'ldi. 2 stakanli sinamada siydikning ikkala porporisiasi ham xira bo'ladi.

Bajarish shartlari

1. Anamnestik ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblar va labarator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo'linadi.(3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situaiyani xal etishni tayyorlaydilar

O'qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko'rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to'qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko'rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oformit qiladilar, o'z to'zatishlarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezenttsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o'zlarining taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak. Uni to'xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning chiqishidan so'ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan yechim variantlariga o'z munosbatlaini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtiroki asoslangan bo'lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

Amaliy ko'nikma **Siydik chiqarish kanalidan surtma olish**

Quyidagi hollarda qilinadi: gonoreyada, trixomoniazda, kandidozda, xlamidiozli infeksiyada, bakterial uretritda.

Bajarish tartibi:

№	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt 10 daqiqa	Maksimall ball	To'plangan Ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyorlash	5	
2	Avval fiziologik eritma bilan ho'llangan paxta bilan jinsiy a'zolariga ishlov beriladi. Erkaklarda jinsiy olat boshchasini, ayollarda jinsiy lablarni, qin dahlizini, klitorni va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigiga ishlov beriladi	15	
3.	Ajralmalarni qovuzloq eki qoshiqcha bilan olishadi Erkaklarda siydik chiqarish kanalining orqa yuzasiga barmoq bilan bosganda yiring ajralmasa, engil harakat bilan tashqi teshik tomon harakat qildirib ajralma tomchisini bosib ajratiladi, buyum oynasi cheti yoki halqa bilan tomchi buyum oynasiga joylashtirilib uning yuzasi bo'yicha bir tekis surtiladi	15	
4	Preparat havoda quritiladi va laboratoriyaga yo'llanma bilan jo'natiladi, yo'llanma bemorning ismi, sharifi, otasining ismi, kasallik tarixi yoki material olingan joyning ambulator kartasi ko'rsatiladi	15	
	<i>Ja'mi</i>	100	

Ayollar jinsiy a'zolaridan surtma olish

Ayollarning siydik chiqarish kanalidan, bachadon bo'ynidan va qindan surtma olinadi. Kerakli jihozlar: Folkman qoshig'i, tabaqasimon ko'zgu qoshiqcha, steril doka tampon.

Bajarilish tartibi:

№	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt 10 daqiqa	Maksimall ball	To'plangan Ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyorlash	5	
2	Qo'l yuviladi, zararsizlantiriladi	10	
3.	Bemor akusherlik stoliga yotqiziladi	10	
4	Avval jinsiy lablar kerilib, siydik chiqarish kanalining kirish qismi quruq doka tampon bilan artib tozalaniladi va siydik chiqarish kanalidan surtma olinadi, buyum oynachasiga	20	

	surtiladi		
5	Keyin tabaqasimon ko'zgu qinga qo'yiladi. Bachadon bo'ynidan surtma olinadi va buyum oynasiga surtiladi	20	
6	Qin devorlaridan surtma olinadi va buyum oynachasiga surtiladi Eslatma: har bir joyda surtma olinayotganda qoshiqchalar almashtiriladi	15	
7	Ishlatilgan buyumlar zararsizlantiriladi	10	
8	Yo'llanma yozilib, laboratoriyaga yuboriladi	10	
	<i>Jami</i>	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMning mavzusi: So'zakni, noso'zakli uretritlarhig zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash
Kafedrada TMI talabalar tomonidan quyidagi variantlarda kilinadi : prezentasiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

15-mavzu: Noso'zakli (nagonokokkli) uretritlar.

14.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti -	Talabalar soni-9-10 ta
Mashg'ulot shakli	Aamaliy mashg'ulot
Mashg'ulot rejasi:	1.Noso'zak (nagonokokkli) uretritlar 2.Trixomoniaz. Xlamidioz 3.Urogenital kandidoz. Bakterial vaginoz 4.Davolash prinstiplari
O'quv mashg'ulotning maqsadi:	Ta'limiy: Talabalarni JAYo'q, uchlamchi va tuma zaxm kasalliklarida zamonaviy tashxislash, qiyosiy tashxislash va optimal davoni aniqlash masalalariga o'rgatish. JAYo'q, uchlamchi va tuma zaxmkasalliklari tasnifini berish, kasalliklar etiopatogenezi va bola yoshidagi o'ziga xos xususiyatlari turisida bilimlarni shakllantirish.-klinik ko'rinishlari, simptomlar, sindromlarni berish- Status localis bo'yicha tavsiflash -xususiy resteptura misollari bilan mahalliy va umumiy davolash asoslari haqida tushunchalar berish. Tarbiyaviy: Mavzuga oid hayotiy misollar orqaliah talabalar ongida xalk salomatligini yaxshilash, axolining tibbiy saviyasini oshirishda uz xissasini kushishga intilish, uzi tanlagan kasbga mexr uygotish Rivojlantiruvchi: Mavzuni tushuntirishda yangi adabiyotlar asosida, ilmiy asoslangan dalillar orqali talabalarni zamon talabiga mos kadrlar bo'lib etishishiga erishish.
Ta'lim berish usullari	interfaol usul, kichik guruhlar bilan ishlash
Ta'lim berish shakllari	jamoaviy, kichik guruxli
Ta'lim berish vositalari	O'quv uslubiy kullanma, elektron darslik, komp'yuter, proektor, baner plakatlar
Ta'lim berish sharoiti	Metodik jixatdan jixozlangan audotoriya
Monitoring va baholash	Talabalar bilimi reyting nizomi talablariga muvofiq baholanadi. Mashg'ulotda joriy va mustaqil ish bo'yicha bilimlar darajasi baholanadi.

15.2. So'zak (gonoreya). Noso'zak (nagonokokkli) uretritlar. amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi		
Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyatning mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1.Audotoriya tozaligini nazorat qilish 2.Talabalarning mashg'ulotga tayyorgarligini tekshirish 3.Davomatni nazorat qilish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
1.O`quv mashg'ulotiga kirish bosqichi	1.Mavzu bo`yicha o`quv mazmunini tayyorlash. 2.Mavzu uchun taqdimot slaydalarini tayyorlash 3.Fanni o`rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro`yxatini ishlab chiqish	Berilgan topshiriqlarni bajarish. Mashulotga tayyor bo'lish
Asosiy bosqich	1.“So'zak (gonoreya). Noso'zak (nagonokokkli) uretritlar ” mavzusiga oid bo'lgan boshlangich bilim darajasini aniqlash og'zaki savol, test, masala. 2. “Qaynoq kartoshka” interfaol usulda mavzu tahlili 3. Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi 4. Multimediyalardan foydalaniladi 5. Kuratsiya ishlarini olib boradi 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
Asosiy bosqich	1.“So'zak (gonoreya). Noso'zak (nagonokokkli) uretritlar. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari, va davolashning zamonaviy xususiyatlari” og'zaki savol, test, masala. 2.Ko'rgazmali plakatlardan foydalaniladi. 3.“Asalari uyasi” interfaol usulda mavzu tahlili 4. Multimediya, video namoyishi 5.Mavzuga oid bemor kuratsiyasi. Bemorlar bilan ishlash, davolash ishlarini olib borish 6.Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi, faol ishtirokchi talabalarni rag'batlantiradi va umumiy baholaydi	Kichik guruhlariga bo'linadilar Tomosha qiladilar Qatnashadilar Tinglaydilar va savollarga javob beradilar. Tomosha qiladilar va yozib oladilar.
YAkuniy bosqich	1.YAkunlovchi xulosa qiladi 2.Mustaqil ish beradi: So'zakni, noso'zakli uretritlarhihg zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash 3.Uyga vazifa beradi: So'zakni, noso'zakli uretritlarhihg zamonaviy kechish xususiyatlari	Tinglaydi Yozib oladi Yozib oladi
Jami		

Siydik-tanosil a`zolari xlamidiozi va mikoplazmozi

Keyingi yillarda jaxon miqyosida so'zak, zaxm kabi xavfli yuqumli tanosil kasalliklari bilan bir Qatorda gonokokksiz (nagonokokk) uretrit (nospesifik uretrit, so'zakdan keyingi uretrit) deb ataladigan tanosil kasalliklari uchrab turadi. Ma'lumotlarga kura, bunday kasalliklar so'zakka Qaraganda 2-3 baravar ko'proq siydik tanosil a`zolari yalliglanishiga sabab bo'lmokda.Mazkur kasalliklar bilan og'rigan bemorlar soni rasmiy ma'lumotlarga Qaraganda dunyo bo`yicha 750-800 mln dan oshib ketdi. Ularning 60-65% ini urogenital xlamidioz va mikoplaz-moz (ureaplazmoz) tashqil etadi deb

tushuntirilmokda, epidemi-ologik nazoratga olish esa mushkul ligicha kolmokda. Aslida xlamidioz va mikoplazmoz bilan kasallanish bundan ham kup-rokdir. Birok, kupgina laboratoriyalarda etiologik tekshirish usullarining yo'qligi, mazkur kasalliklar klinik belgilari-ning mujassam emasligi va shuningdek tibbiyot xodimlarining kasallik xakida t o'lik tushunchaga ega emasligi tufayli bu kasalliklar servisit, uretrit, vaginit, adneksit kabi nospesifik (gonokokkarsiz) kasalliklar diagnozi ostida yashirin kolmokda. Oqibatda bemor faol mexnat kobiliyatini yo'qotadi, xatto ba'zi ayollarda bachadondan tashkari xomiladorlik, neonatal ulim yo'z berish xollari ko'zatilgan. Ayniksa, kasallikning yukori kutarilishi va Boshqa a'zolariga tarkalishi, ogir aso-ratlar koldirishi va Boshqalar, bunda x,am, xuddi zaxm kasal-liklaridek bemorlarni nazoratga olish xizmatini joriy qilishni takozo etadi. Xlamidiy va mikoplazmalar keltirib chiqaradigan siydik-tanosil yo'llari yalliglanishi kasallik-larining zamonaviy diagnostikasi va davosini takomillashti-rish, etiolognyasi noma'lum bo'lgan kupgina kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash noxush asoratlarni bartaraf etish imkonini beradi.

Siydik – tanosil a'zolari xlamidiozi

Siydik-tanosil a'zolari xlamidioziga xlamidiyalar sabab bo'ladi. Ular mayda gramm-manfiy kokklar shaklida bo'lib, prokariotlarga xos bakteriyalarga uxshab ketadi; morfologik va biologik xossalari jixatidan ikki xil yashash shakliga ega bo'lib, elementar va inisial (retikul yar) tanachalar sifatida ifodalanadi (66- raem). Xlamidiyalar 24—48 soatlik rivojlanish bosqichini bosib utib, odatda xujayralar ichida va tashkarisida yashashga moslashgan. SHu bilan birga ularning patogenlik xususiyatlari ham bir-biridan fark qiladi. Mayda uta infeksiyon elektron-kattik nukleoidga ega bo'lgan, kattaligi 0,2—0,3 mkm elementar tanachalar xujay-ralar yo'zasiga urnashib, fagositoz tufayli xujayin xujay-ralari ichiga kirib oladi, keyin xujayralarda o'zi xujayinlik qiladi. Bunday xujayralar sitoplazmasining yo'za membranasi-dan mayda tanachalar atrofida vakuolalar paydo bo'ladi. Mayda tanachalar diametri 0,5—7,0 mkm keladigan katta tanachagaaylanib koladi, ular kattik. elektron nukleoidga ega emas. Xuddi mana shu davrda ularning tarkibidagi ribosoma va poliri-bosomalar soni ortadi, xajmi kattalashadi va binor usulida bilina boshlaydi. YUkorida keltirilgan xolat bemorning xujayra vakuolalari ichida sodir bo'ladi va shu tarika inisial tanachalar tuplanib boradi. Inisial tanachalar xujayinning xujayralari ichida yashashga moslashgan parazit bo'lib, metabo-lik jixatdan faol mikroorganizmlarning reproduksiyasini ta'minlab turadi, ammo xujayra tashkarisida juda chidamsiz.

Xlamidiylar uch turni o'z ichiga oladi: Bo'lar ichida S I statusNa 1 gaspotaiy ko'proq uchraydi Ular jinsiy yo'l bilan yuqadi va siydik-tanosil a'zolari kasallik-lariga sabab bo'ladi. Ba'zan xlamidiyalar maishiy yo'l bilan ko'z shilliq qavatlariga tushib, uning yalliglanishiga sabab bo'lishi mumkin. CHakaloklarga esa Ko'pincha tugruk. jarayonida bemor onadan yukib koladi. Bunda aksariyat xollarda kasallik-ka xos klinik alomatlar qon'yunktivit, zotiljam, ba'zan gastroenterokolit, artrit kurinishida yo'zaga chiqadi. Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozida kasallikning klinik kurinishi bo'yicha 20 dan ortik sindromni ko'zatishtash mumkin. Jumladan, gonokokksiz yoki gonokokkdan keyingi uretrit, epididimit, proktatit, servisit, sal'pingit, perigepatit, faringial infeksiya, zotiljam, otit, vul'vovaginit va Boshqa patolo-gik xolatlar. Ayollarda xlamidiylar fallopiy naylari o'tkazuvchanligining bo'zilishi, bepustlik, bola tashlash, xomilaning ona kornida kasallikka chalinishi va shu bilan birga neonatal ulimga sabab bo'lishi ko'zatiladi.

K l i n i k a s i . Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi (urogenital xlamidioz) va mikoplazmozi klinik kurinishi bo'yicha s'zakka, trixomoniazga uxshab ketsada, o'ziga xos belgilari bilan undan fark. qiladi. Bunda yalliglanish o'tkir yoki suet, ko'proq. asorat bilan kechadi, so'zakka kyarshi antibakterial pre-paratlarga ancha chidamli bo'ladi. Kasallik asosan jinsiy yo'l bilan yuk,adi. Inkubasion davr 2.0—30 ku_n, ba'zan bu muddat sal o'zgarib turadi. Urogenital xlamidioz kechishiga qarab ilk (yangi) va surunkali; klinik kurinishi bo'yicha-o'otkir, urtacha o'tkir'va torpid; kasallikning ogir-engilligiga qarab esa - engil, urtacha va ogir xi-larga ajratiladi. YAlliglanish o'choqlarining joylashishiga Qarab xlamidiyali uretrit, prostatit, epididimit, servisit, oofarit, sal'pingit va xokazolarga ajratish mumkin. Aksariyat bir vaqtning o'zida siydik va tanosil a'zolaridan bir nechtasi zararlanadi.

Kasallik o'tkir kechganida uretra kanali ogzi va shilliq Qavatlarida giperemiya va biroz shilimshikli yiring ajralishi ko'zatiladi. Ayollarda ham siydik-tanosil a'zolarining qo'yi qismi zararlanib, kindan okimtir yiringli chikindi keladi; bemor tez-tez siyishga va siyganida kichishiga shikoyat qiladi. Kasallikning surunkali shakli kup uchraydi. Ularda kasallikning o'tkir belgilari kam, ammo

shilliq-yiringli chikindi kup bo'ladi. Ayniksa o'zoq vaqt snimay yurganda alkogol` yoki achchik taomlar iste`mol qilganda ajralma kupayadi. Uretra ogzi giperemiyalanib, bemor siyganida achishish va og`rik sezadi. YAlliglanish jarayoni bo`l bouretal bezlarga etib borishi mumkin, ba`zan Kuper bezlari zararlanadi. Bemorning chov oraligi va orqa chiqaruv teshigi atrofida utmas og`rik bo'ladi. Xlamidiyali prostatit aksariyat surunkali yoki torpid kechadi, juda kamdan-kam xollarda o`tkir kechishi mumkin. Bunda bemorning uretra kanali ogzi doimo ozrok. ajralma bilan yopishibturadi, siyganida va ichi kelganida chikindi keladi. Ba`zan kechki diurez soni ortadi. Aksariyat xollarda siydik rangi o`zgarmaydi, ammo keyinchalik u biroz xiralashib koladi. Xlamidiyli vezikul it, prostatit yoki epididimit bilan birga kechadi. Urug pufaklarshshng yalliglanishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo`lib, odatda kam belgilar namoyon bo'ladi. Kichik chanok, k.ov va Boshqa soxalarda utmas og`rik seziladi. Xlamidiyalar ko`zgatgan epididimit o`tkir, urtacha o`tkir va surunkali kechadi. Surunkali epididimit o`z xolicha yoki o`tkir va urtacha o`tkir yalliglanish jarayonining asorati sifatida yo`zaga chiqadi. YAlliglanish jarayoni moyakning bir kobigiga yoki hamma yogiga tarkalib, orxoepididimitga olib keladi. Oqibatda moyakning bittasi, ba`zan xar ikkalasi shishib, taranglashadi, ushlab kurganda kattik og`riydi. Bir tomonlama kechayotgan torpid orxoepididimit, prostatit, vezikul it va deferentiti bor bemorlarda mizoj sustligi hamda spermogramma o`zgarishi ko`zatiladi. Ayollarda ham xlamidiylar erkaklardagi kabi siydik-tano-sil a`zolari yalliglanishiga sabab bo'ladi. Ayollarda infeksiya Ko`pincha yashirin, surunkali kechadi va aksariyat jinsiy jufti-ni gonokokksiz uretritga sinchiklab tekshirish paytida ma`lum bo'ladi. Zararlanish o`zoq, davom etgan xollarda bachadon buyni, uretra, katta vestibolyar bez yo`llari, to`g`ri ichak biroz yalliglanishi mumkin. Nogonokokksiz uretritdagi kabi xlamidiaz-niig ham klinik belgilari ruy-rost ruyobga chikmaydi. Ayollarda qorin soxasida og`rik,, paresteziya, kindan chikindi kelishi ko`zatiladi, ularning kupchiligida kasallik xech kanday belgilersiz boshlanadi. Ba`zan bemor tez-tez siyadi va siyganida achishish va og`rik sezadi. O`tkir sal`pingitga chalingan ayollar tekshirib kurilganda, ularning 25% ida xlamidiy infeksiyasi borligi aniqlangan. Teri va tanosil kasalliklari dispanseriga murojaat qilgan-larning 10—37% ida, ginekologik bemorlarning 19% ida xla-midiyli servisit topilgan. Gipertrofik eroziyasi bor ayollar-ning 87—88% ida xlamidiyalar borligi aniqlangan. Keyingi yillarda, servikal usmaning paydo bo`lishida xlamidiyalarning ham roli bor degan fikrlar mavjud. Xlamidiylar bachadon buyni buylab dastlab bachadon ichiga va naylariga tushadi hamda uning shilliq., muskul va seroz k,avatlari yalliglanish jarayonlarini keltirib chik.aradi. Bunday bemorlarning k,orin pastida, dumgaza soxasida og`rik bo`lib, Qorin devori taranglashganda, kuchanganda, xayz ora-ligida u kuchayadi. Bemorning nssigi (37—37,5°S) kutariladi, qon, siydik va surtmada leykositlar soni ortadi. A s o r a t i . Bemorlarning kupchiligida bir necha xaftadan sung spontan to`zalish ko`zatiladi. Ammo bundagi klinik o`zgarish etiologik o`zgarishiga olib kelmaydi. Davolanmagan bemorlarning kupchiligida turli asoratlar: epididimit, orxoepididimit, gemorragik sistit, uretra strikturasi ko`zatiladi.

Siydik-tanosil a`zolari mikoplazmozi

Mikoplazma infeksiyasi keltirib chiqaradigan kasalliklar xilma-xil bo`lib, organizmning umumiy intoksikasiyasi va turli a`zo hamda sistemalarning shikastlanishi bilan kechadi. Siydik-tanosil a`zolarining mikoplazmasiga mikoplazmalar (ureaplazmalar) sabab bo'ladi. Ular antibiotiklarga chidamliligi hamda bakterial fil`trdan utib ketish xususiyatla-ri bilan viruslarga biroz uxshab ketadi. Mikoplazmalar juda mayda mikroorganiemlar bo`lib, bak-teriyalar kabi o`zining xujayra kobigiga ega emas. Ular oval, cho`zinchok va sferik shaklda bo`lib, kattaligi 0,2-0,3 mkm Mikoplazmalarning T- shtammasi o`zidan «ureaza» fermenti-ni ajratish xususiyatiga ega. U mochevinani ammiak hamda SO₂ ga parchalaydi. Bunday xususiyat barcha mikoplazmalar ichida faqat T-shtammaga xos. SHuning uchun bunday mikoplazmalarni ureaplazma urealitikum deyiladi. Ureaplazmalar birinchi marta gonokokksiz uretrit bilan og`rigan erkak uretrasidan ajratib olingan; mazkur kasallikda ureaplazmalarning etiologik ax.amiyati borligi isbotlangan. Keyinchalik endoservisit, oofarit, sal`pingit, kol`pit, oy kuniga etmay tugish, xomila tushnshi, o`lik tugish, bo`yida bo`lmaslik, uretrit, vezikul it kabi kasalliklarning yo`zaga kelishida ham ureaplazmalarning ta`siri borligi aniqlangan. Sepsis, miya absessida ureaplazmalar ajratib olindi, glomerulonefrit, sistit va prostatit kabi kasalliklarda ular-ning ahamiyati urganilmokda. Tadkik,otlardan siydik-tanosil kasalliklari bilan

og'riyan ayollarning 40-50% ida, gonokokk-siz ureatritga chalingan erkaklarning 51,2% ida ureaplazmalar borligi ko'zlatildi.

Klinika si. Ureaplazmalar tufayli yo'zaga kelgan uret-ritlar spesifik klinik kurinishiga ega emas. Barcha nogono-kokk uretritlar (NGU) kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. SHuning uchun inkubasion davrini belgilash ham mushkul. Bemorlarning ma'lum bir qismida (4-5%) ureaplazmali uretritdagi yalliglanish jarayonining klinik kurinishi so'zakdagiga uxshab ketadi. Kasallik bunday kechganda inkubasion davr 3-5 kunga teng bo'ladi. Ammo aksariyat xollarda mikoplazmali uretritlar urtacha o'tkir yoki surunkali kechib, inkubasion davri 30—40 kunga surilib ketishi mumkin. Urogenital ureaplazmozni ogir-engilligiga qarab engil, urtacha ogir va ogir xillarga ajratiladi. Engil shakliga-nogonokokk uretrit, ayollar siydik-tanosil a'zolari qo'yi qismining yalliglanishi kirs, urtacha ogir shakliga esa aellarda kichik chanok. a'zolarining urtacha o'tkir va surunkali yalliglanishi, erkaklarda prostatit, orxoepididimit, vezikul it kiradi. Ogir shakliga abort va tugrukdan keyingi kichik chanok. a'zolaridagi kuchayib boradigan o'zgarishlar kiradi, Kasallik muddatini aniqlash xuddi so'zak va trixomoniazlarga uxshash, ya'ni ikki oygacha yangi, keyin esa surunkali deb yuritiladi. Surunkali yalliglanish jarayoni kup o'choqliligi va o'zoq, da-vom etishi bilan xarakterlanadi. Surunkali ureaplazmozga chalingan ayollarning kupchiligida bachadon nayi, tuxumdonlar ham yalliglanishi ko'zlatiladi. Quyidagi xollarda ayollar va erkaklar ureaplazma va xlamidiy infeksiyasiga tekshirilishi lozim: so'zak, trixomoniazdan keyingi asoratlarda, nogonokokksiz uretritda, kichik chanok, a'zolarida surunkali yalliglanishi bo'lganda, buyida bo'lmaslik, bepushtlik, xomila tashlash, tugrukdan keyingi patolo-gik jarayonlar, bugim kasalliklari va pala-partish jinsiy xaet tarzi va Boshqalar.

Diagnozi. Urogenital xlamidioz va ureaplazmozni aso-san surunkali so'zak va trixomoniaz, shuningdek bakteriyalar hamda achitk.i zamburugi keltirib chiqaradi-gan siydik-tanosil a'zolari yalliglanishi kabi kasalliklar bilan takdoslanadi. Faqat laboratoriya usulida u yoki bu infeksiyaning topilishi to'g'ri diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Davosi. Davolashda ko'zgatuvchilarning biologik xususi-yatlarini xisobga olish kerak. Ular zararlangan o'choqlar epiteliy xujayrasini zararlabgina k,olmay, balki o'ziga moe mem brana bilan chegaralangan epiteliy qismida joylashib oladi. Bu esa k.o'zgatuvchilarni dori ta'siridan saklaydi va natijada davolash benafligicha koladi. Buni mutaxassis davo choralari ni kul layotganida e'tiborga olishi zarur. Ureaplazmali va xlamidiyali uretritga chalingan bemorlar-ni davolash. 1. Doksisiklinoterapiya: bir ichishga 200 mg doksi-siklin (zarb doza) berilib, keyin xar 12 soatda 100 mg dan yana beriladi, bir kursi 1000 mg (1 g). 2. Metasiklinoterapiya: bir ichishga 600 mg, keyin xar b soatda 300 mg dan ichiladi. Erkaklar uchun davo kursi 4-5 kun, bir kursga hammasi bo'lib 3900—4800 mg; ayollar uchun 6-7 kun, bir kursi 4800—7100 mg. Mikoplazma infeksiyasini davolashda tetrasiklin gidroxlorid ichishga 500 mg, 7 kun mobaynida xar 6 soatda beriladi; asorat bo'lgan takdirda va xlamidiy infeksiyasida davolash kursi 10-14 kunga cho'ziladi (kurs dozasi - 28 g). Ureaplazma va xlamidiy infeksiyalari residivlarini davolash uchun 7 kun mobaynida xar 6 soatda 500 mg dan eritromisinni kul lash va shu bilan bir vaqtda nistatin yoki levorin (bir kecha-kundo'zda kamida 2 mln TB) berib borish tavsiya etiladi (bir kurs dozasi 14-20 mln TB).

Ureaplazmozga chalingan ayollarni davolash. Eng makbo'l davo gentamisin, bir kursi 600 mg. Uni odatda parenteral yo'l bilan 5 kun mobaynida xar 8 soatda 40 mg dan berib boriladi (bir flaqon dori moddasi 2 ml natriy xloridning izotonik eritmasida eritiladi). SHu bilan bir vakdda infeksiya o'choq.lari maxalliy davolanadi. Kandidoz super-infeksiyasi nistatin bilan profi-laktik ravishda davolanadi. Ureaplazmalar servikal shilliq., vaginal ajralma va uretradan birinchi in'eksiyadan sung ora-dan 6—12 soat o'tgandan keyingina yo'qola boshlaydi. Surunkali xlamidiy-ureaplazma infeksiyalarini davolashda rifampisin bilan eritromisin kul laniladi. Rifampisin 1- kun bir maxal 900 mg (zarb doza), 2 va 3- kuni 150 mg dan 4 maxal, 4 va 5- kunlari 150 mg dan 3 maxal (bir kursiga 3,0) ichi-riladi. SHu bilan bir vaqtda eritromisin 0,5 g dan 4 maxal (bir kursiga 12,0 g) berib boriladi. Davolashni pirogenalote-rapiya fonida olib boriladi. So'zakdan keyingi xlamidiy va ureaplazmalar keltirib chik, argan jarayonlarga chalingan ayollarni davolashda doksisik-lin kul laniladi, bir kurs dozasi 1,5 mg, birinchi marta 0,2 (zarb doza), oradan 12 soat o'tkazib 0,1 g dan beriladi. Davolash kursi 7 kun. Doksisiklinning 5- kuni pirogenal terapiya Qo'shiladi. Uni dastlab 50 MPM dozadan boshlanadi, bir kun o'tkazib oldingi dozani yana 50 MPM ga ko'paytiriladi (500 MPM dozagacha). Pirogenaloterapiyaning kursi 20 kun. Taktivin Xar kuni 100 mkg dan, bir kursiga 10—12 in'eksiya buyuriladi.

Mavzuning asosiy savollari:

- 12) Gonoreya etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 13) Gonoreya klinikasi, diagnostikasi.
- 14) Gonoreyaning klinik turlari.
- 15) Laborator tekshirish usullari.
- 16) Gonoreya qiyosiy tashxisoti.
- 17) Gonoreyani davolash prinsiplari.
- 18) Trixomonada etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 19) Trixomonada klinikasi, diagnostikasi, laborator tekshirish usullari.
- 20) Xlamidioz, mikoplazmoz etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini.
- 21) Xlamidioz, mikoplazmoz klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisoti.
- 22) Xlamidioz, mikoplazmoz davolash prinsiplari.

Mashg'ulotda qo'llanadigan interfaol usul

«Qopdagi mushuk» o'yini

Maqsad: Talabalarga ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega bo'lishni ta'minlash.

Tamoyillari: O'qituvchi talabalar uchun mavzu bo'yicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro'yhat bo'yicha qopdan savollarning birini oladi. Bu mahsus kartochka qilib tayyorlangan bo'ladi. Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach qonsul'tantlar ballar miqdorini e'lon qiladi va eng tuplangan ballarni aytadi.

Mashg'ulotning mavzusi: So'zak (gonoreya) noso'zak (nogonokokkli) uretritlar.

O'qituvchi tomonidan beriladigan savolalar:

5. Gonoreya etiopatogenezi.
6. Gonoreya epidemiologiyasi.
7. Gonoreya tasnifi.
8. Gonoreya klinikasi.

«Qaynoq kartoshka»

Maqsad: Talabalarga ushbu mavzu yuzasidan chuqur bilimga ega bo'lishni ta'minlash.

Tamoyillari: O'qituvchi qatnashchilarga orqasi bilan turadi va qarsak chaladi yoki qalam bilan stolni taqillatadi. Bu vaqtda qatnashchilar bir-birlariga koptok uzatadilar. Bir necha sekunt dan so'ng, o'qituvchi taqillatishni to'xtatadi, bu vaqtda koptok kimning qo'lida qolgan bo'lsa, shu qatnashchi savolga javob beradi. Agar javob noto'g'ri bo'lsa, boshqa qatnashchi javob berish imkoniyatiga ega bo'ladi. Jarayon bir necha marta takrorlanadi, toki qatnashchilarning ko'pchiligi javob berish imkoniyatiga ega bo'lsin.

Mashg'ulotning mavzusi: So'zak (gonoreya) noso'zak (nogonokokkli) uretritlar.

O'qituvchi tomonidan beriladigan savolalar:

4. Trixomoniaz etiopatogenezi.
5. Trixomoniaz klinikasi.
6. Trixomoniazni davolash.

“Asalari uyasi”

Maqsad: Talabalarni o'zaro fikrlashib, to'g'ri qaror chiqarishga o'rgatadi, jamoa bo'lib ishlashga undaydi.

Asosiy tamoyillari:

Guruh talabalari ikkita mayda guruhchalarga bo'linishadi. O'qituvchi har bir guruhga alohida yoki umumiy savol beradi. Talabalar 10-15 daqiqa muhokama qilishib, o'zaro fikr almashinishadi. SHular orasidan to'g'ri variant tanlab olinadi.

Mashg'ulot mavzusi: So'zak (gonoreya) noso'zak (nogonokokkli) uretritlar.

Masala: Bemor K. 28 yoshli erkak. Bemor poliklinikaga quyidagi shikoyatlar bilan keldi. Siydik chiqarish kanalidan juda ko'p sarg'ish- gungurt yiring kelishiga, siyganda qichishish, achishishga shikoyat qilib keldi. Anamnezidan bemor o'zini 5 kundan beri kasal hisoblaydi, sababini aniq bilmaydi.

Anamnezidan bemor oilalik, 1 ta farzandi bor. 2 yildan beri boshqa joyda ishlashga ketgan. SHu joyda oxirgi jinsiy aloqasi (boshqa ayollar bilan) vaqti 10 kun oldin bo`lgan.

Bemor umumiy ahvoli qoniqarli, es-xushi joyida vaziyati faol. Periferik limfa tugunlar kattalashmagan, o`pkasida vezikul`yar nafas, yurak toklari me`yoriy eshitiladi, pul`s ritmik 85 ta bir daqiqada, qon bosimi 120/70 mm sim. Ust teng. Qorni yumshoq, og`riqsiz, jigar, taloq kattalashmagan. Ich o`tishi me`yoriy, siydik chiqarishi biroz og`riqli, achishish bilin va sarg`ish gungurt yiring keladi.

Faraziy tashxis qo`ying.

3. Bemorni tekshirish rejasini tuzing.

4. Davolash rejasini tuzing.

Mavzu bo`yicha vaziyatli masalalar

1-masala

Bemor A. 22 yoshda. Tasodifiy jinsiy aloqadan 2 oy o`tgandan keyin uretrada qichishish va achishish paydo bo`ldi. Uretradan tomchisimon seroz yiringli ajralma keladi. Ertalablari ajralma miqdori oshadi.

4. tashxis qo`ying.

5. tashxisni tasdiqlash uchun qanady tekshirish usuli o`tkaziladi.

6. pvkasiya usullarini ayting.

2-masala

Bemor D 25 yoshda. Tasodifiy jinsiy aloqadan keyin uretradan ajralma kela boshladi. Siyganad og`riqli holat kuzatiladi. Kechroq siydik chiqarishning ohiri og`riqli bo`lib, tez tez siydik chiqish va yana terminal gematuriya paydo bo`ldi. 2 stakanli sinamada siydikning ikkala porporsiyasi ham xira bo`ladi.

4. faraziy tashxis.

5. kasallikning inkubasion davrini ayting.

6. kasallikning asoratlarini ayting.

3-masala

CHaqqaloq tug`ilganadan 2 kun o`tgach, tug`rug`xonada ikkala qovoqlarida giperemiya, shish va ko`zlaridan yiringli ajralma aniqlanadi.

4. tashxis qo`ying.

5. tashxisni tasdiqlash uchun laboratoriya usulini ayting.

6. kasallikning yuqish yo`llarini va oldini olish choralarini ayting.

15-mavzuga oid testlar

3) Gonoreyaning inkubasion davri.

b) 3-7 kun.

b) 6 oy

s) bir necha soat.

v) 1-3 hafta

g) 3-4 hafta.

4) Ayollar so`zagi quyidagi ko`rinishda bo`ladi.

a) servisit, uretrit

b) vaginit, servisit.

v) proktit, vaginit.

g) uretrit, vaginit.

d) to`g`ri javob yo`q.

5) Ayollarda gonoreya quyidagi asoratlarni berishi mumkin.

b) sal`pingit

b) endometrit

v) oofarit

g) endometriometrit

d) hammasi to`g`ri

6) Surtmalarda gonokokklar qanday ajratiladi.

b) gramm manfiy diplokokklar

b) gramm musbat tayoqchalar

- v) xujayra tashqarisida joylashgan tayoqchalar
 - g) xujayra ichida joylashgan tayoqchalar
5. Peshobni ikki stakanli sinamani kuyishdan maksad nima
- f) topik diagnostika uchun
 - g) gonokoklar mikdorini aniqlash
 - h) kasallik davrini aniqlash
 - i) siydik tarkibini tekshirish
 - j) kasallik asoratini aniqlash uchun
6. Gonoreya asoratiga kirmaydi
- f) plevrit
 - g) prostatit
 - h) epididimit
 - i) peritonit
 - j) endometrit
7. Bemorda kupiksimon, xarakterli xid bilan yashil rangli ajralma kuzatiladi Tashxis
- a) trixomoniaz
 - b) xlamidioz
 - c) suzak
 - d) kandidoz
 - e) mikoplazmoz infeksiya
8. Suzak kuzgatuvcisi kachon aniklangan
- f) 1879
 - g) 1905
 - h) 1970
 - i) 1913
 - j) 1870
9. Suzakning kaysi formasida ertalab turib bosilganda bir oz uretral ekssudat chikishi kuzatiladi
- f) surunkali
 - g) utkir
 - h) utkir osti
 - i) latent
 - j) torpid
10. Bemorda kutir, kutirda piodermiyadan keyin balonit paydo bulishi kuzatiladi, uretradan yiringli ajralma ajralmokda antibiotik yuborguncha kanaka tekshiruv o`tkazish kerak buladi
- f) Uretradan gonokokka surtma olish
 - g) Borde-Jangu reaksiyasi
 - h) Ozik muxitga bakteriologik ekish
 - i) Dederleyn tayokchasiga tekshirish
 - j) prostata suyukligini tekshirish
11. Suzak kuzgatuvcisi uzini patogenligini kaysi muxitda saklaydi:
- f) 0.2% kumush nitrat eritmasi
 - g) T-57 s
 - h) 50 etil spirt
 - i) 0.5% xlorid kislata eritmasi
 - j) yiringda.
12. Erkaklarda suzak nimaning spesifik yalliglanishi
- f) siydik chikaruv kanalining
 - g) prostata bezining
 - h) moyak
 - i) urug yo`lining
 - j) moyak ortigining
13. Toza (utkir) suzak uretritida infeksiyani rivojlanish davri:
- f) 2 oygacha

- g) 1 oy
 - h) 3 oygacha
 - i) 6 oygacha
 - j) 2,5 oygacha
14. Suzakning inkubasion davri:
- f) 3-7 kun
 - g) 2-4 soat
 - h) 4-6 xafta
 - i) 1-3 oy
 - j) .3 oydan oshik

“Keys” usulining kullanilishi

Ish vaqti 15 dan 40 daqiqagacha.

Gurux a'zolari soni 3-5 kishi.

Guruxlar o'zaro aloqa qilmasliklari kerak.

qar bir guruxda xal qilish, yozish va alternativ uchun katta list bo'lishi kerak. qar bir gurux prezentatsiyaga

javob beruvchi stikerni mustaqil tanlaydi.

Keys mavzusi: zaxm

Keys varianti:

Bemor D 25 yoshda. Tasodifiy jinsiy aloqadan keyin uretradan ajralma kela boshladi. Siyganad og'riqli holat kuzatiladi. Kechroq siydik chiqarishning ohiri og'riqli bo'lib, tez tez siydik chiqish va yana terminal gematuriya paydo bo'ldi. 2 stakanli sinamada siydikning ikkala porporosiyasi ham xira bo'ladi.

Bajarish shartlari

1. Anamnestik ma'lumotlarni to'plash.
2. Dastlabki diagnozni to'qri qo'yish.
3. Asboblar va laborator tekshiruvlarni o'tkazish.
4. Boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika.
5. Yakuniy diagnozni qo'yish.
6. Davolash rejasi.

Talabalar guruxlarga bo'linadi.(3-4 kishi). 10 daqiqa davomida yozma analiz va situaiyani xal etishni tayyorlaydilar

O'qituvchi

Keys bilan individual ishlash xulosalarini ko'rib chiqishni taklif etadi, analiz va situatsiyani xal qilish to'qrisidagi xabarni tayyorlaydi va buni plakat ko'rinishida prezentatsiyaga joylashni taklif etadi.

Talabalar

Individual ishni birgalikda analiz qiladilar. Vaziyatni muxim aspektlarini, asosiy muammolar va ularni xal etish usullari aniqlaydilar, mos keluvchi echim variantlarini topish xulosasini oformit qiladilar, o'z to'zatishlarini kiritadilar.

O'qituvchi: gurux ishi prezentsiyasini boshlashni e'lon qiladi.

Gurux spikerlari: vaziyatni xal etish variantlarini taqdim etadilar, savollarga javob beradilar va o'zlarining taqdimtolariga aniqlik kiritadilar.

Spikerlarning chiqishi 10-15 daqiqadan oshmasligi kerak. Uni to'xtatish mumkin emas. Savollar faqat uning chiqishidan so'ng beriladi.

Talabalar: baxo beradilar, guruxlar taqdim etgan yechim variantlariga o'z munosbatlaini bildiradilar, optimal variantni tanlaydilar.

Umumiy munozara 20-25 daqiqa davom etadi. Munozarada barcha qatnashuvchilarning keng ishtroki asoslangan bo'lishi kerak.

O'qituvchi - munozarani tashqilotchisi:

Savollar beradi, luqma tashlaydi, nazariy materialni eslatadi.

Amaliy ko'nikma

Siydik chiqarish kanalidan surtma olish

Quyidagi hollarda qilinadi: gonoreyada, trixomoniazda, kandidozda, xlamidiozli infeksiyada, bakterial uretritda.

Bajarish tartibi:

№	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt 10 daqiqa	Maksimall ball	To'plangan Ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyorlash	5	
2	Avval fiziologik eritma bilan ho'llangan paxta bilan jinsiy a'zolariga ishlov beriladi. Erkaklarda jinsiy olat boshchasini, ayollarda jinsiy lablarni, qin dahlizini, klitorni va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigiga ishlov beriladi	15	
3.	Ajralmalarni qovuzloq eki qoshiqcha bilan olishadi Erkaklarda siydik chiqarish kanalining orqa yuzasiga barmoq bilan bosganda yiring ajralmasa, engil harakat bilan tashqi teshik tomon harakat qildirib ajralma tomchisini bosib ajratiladi, buyum oynasi cheti yoki halqa bilan tomchi buyum oynasiga joylashtirilib uning yuzasi bo'yicha bir tekis surtiladi	15	
4	Preparat havoda quritiladi va laboratoriyaga yo'llanma bilan jo'natiladi, yo'llanma bemorning ismi, sharifi, otasining ismi, kasallik tarixi yoki material olingan joyning ambulator kartasi ko'rsatiladi	15	
	<i>Ja'mi</i>	100	

Ayollar jinsiy a'zolaridan surtma olish

Ayollarning siydik chiqarish kanalidan, bachadon bo'ynidan va qindan surtma olinadi. Kerakli jihozlar: Folkman qoshig'i, tabaqasimon ko'zgu qoshiqcha, steril doka tampon.

Bajarilish tartibi:

№	Topshiriqni bajarish uchun ajratilgan vaqt 10 daqiqa	Maksimall ball	To'plangan Ball
1	Be'morni ko'ruv uchun tayyorlash	5	
2	Qo'l yuviladi, zararsizlantiriladi	10	
3.	Bemor akusherlik stoliga yotqiziladi	10	
4	Avval jinsiy lablar kerilib, siydik chiqarish kanalining kirish qismi quruq doka tampon bilan artib tozalaniladi va siydik chiqarish kanalidan surtma olinadi, buyum oynachasiga surtiladi	20	
5	Keyin tabaqasimon ko'zgu qinga qo'yiladi. Bachadon bo'ynidan surtma olinadi va buyum oynasiga surtiladi	20	
6	Qin devorlaridan surtma olinadi va buyum oynachasiga surtiladi Eslatma: har bir joyda surtma olinayotganda qoshiqchalar almashtiriladi	15	

7	Ishlatilgan buyumlar zararsizlantiriladi	10	
8	Yo`llanma yozilib, laboratoriyaga yuboriladi	10	
	<i>Jami</i>	100	

TMI: Kafedra tomonidan keltirilgan TMIning mavzusi: So'zakni, noso'zakli uretritlarhihg zamonaviy kechish xususiyatlari va davolash
Kafedrada TMI talabalar tomonidan kuyidagi variantlarda kilinadi : prezentastiya (multimedia varianti), krossvordlar, referatlar, tarkatma materiallar

YAKUNIY NAZORAT SAVOLLARI

1. Teri va shilliq qavatlarining anatomiyasi va gistopatologiyasi.
1. Teri kasalliklari tanosil kasalliklari bilan og`rigan bemorlarni tekshiruv uslublari.
2. Dermatozlar rivojlanishida endogen va ekzogen omillari.
3. Teridagi potomorfologik o`zgarishlar.
4. Teri kasalliklaridagi sub`ektiv va ob`ektiv shikoyatlari.
5. Birlamchi va ikkilamchi morfologik toshmalar.
6. Teri kasalliklarining umumiy va mahalliy davolash prinsiplari.
7. Terining yiringli kasalliklarining klinik tasnifi.
8. Stafillokokkli piodermiyalar: tasnifi, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
9. CHaqaloqlar yiringli kasalliklari: Vezikul opustulyoz, chilla yara, Ritterning eksfoliativ dermatiti, Fingerning psevdofurunkul yozi: etiologiyasi, klinika, diagnostika va davolash usullari.
10. Streptokokkli piodermiyalar: tasnifi, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
11. Aralash: stafilo-streptokokkli piodermiyalar: tasnifi, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
12. Husnbo'zar sabablari, turlari, klinika, diagnostika, davolash, prinsip.
13. Alopesiya sabablari, turlari, klinika, diagnostika, davolash, prinsip.
14. Dermatozoonozlar: qo'tir: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolashning zamonaviy usullari.
15. Bitlash: sabablari, epidemiologiyasi, turlari, klinika, diagnostika, davolash, prinsip.
16. Teri leshmaniozi: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik turlari, klinikasi, diagnostika, differensial diagnostika, davolashg prinsiplari.
17. Terining zaburug`li kasalliklari tasnifi.
18. Keratomikozlar: rang-barang temiratki, eritrazma: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
19. Dermatomikozlar tasnifi.
20. CHov va oyoq panjasi epidermofitiyasi, etiologiyasi, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
21. Trixofitiya: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik turlari, klinikasi diagnostika, davolashning prinsiplari, profilaktikasi.

22. Mikrosporiya: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari, profilaktikasi.
23. Rubromikoz: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik turlari, klinikasi diagnostika, davolashning prinsiplari, profilaktikasi.
24. Favus: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik turlari, klinikasi diagnostika, davolashning prinsiplari, profilaktikasi.
25. Onixomikozlar: klinikasi diagnostika, davolash.
26. Kandidozlar: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik turlari, klinikasi diagnostika, davolashning prinsiplari, profilaktikasi.
27. Og`iz shilliq qavatining kandidozdagi o`zgarishlari.
28. CHuqur mikozi: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik turlari, klinikasi diagnostika, davolashning prinsiplari.
29. Zamburug` kasalliklari laboratoriya tekshiruv usullari, zamonaviy tashxislash va davolash usullari, profilaktika.
30. Dermatit: sabablari, klinik turlari.
31. Oddiy dermatit: klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
32. Allergik dermatit: klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
33. Toksikodermiyalar sabablari: klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
34. Sul`fanilamidli eritema.
35. Layella sindromi: sabablari, klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
36. Jiberning pushtirang temiratkisi etiologiyasi, klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
37. Ko`p shaklli eksudativ eritema: klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
38. Stivens-Djonson sindromi: sabablari, klinika, diagnostika, davolashning prinsiplari.
39. Ekzema: sabablari, klinik tasnifi: CHin ekzema, mikroblilik ekzema, seboreyali va bolalar ekzemasini, klinika diagnostika, differensial diagnostika, davolash prinsiplari.
40. Kasbga aloqador ekzema: klinika diagnostika, differensial diagnostika, davolash prinsiplari.
41. Kasbga aloqador kasalliklar: klinika diagnostika, differensial diagnostika, davolash prinsiplari, profilaktika.
42. Neyrodermatozlar tasnifi.
43. Teri qichishi: sabablari, klinik turlari, diagnostika davolash.
44. Teri qichimasi: sabablari, klinikasi, klinik turlari, diagnostika, davolash prinsiplari.
45. Neyrodermit: sabablari, klinik turlari, klinikasi, diagnostika, davolash prinsiplari.
46. Eshakem: sabablari, klinikasi, klinik turlari, diagnostika, davolash prinsiplari.
47. Kvinke shishi: sabablari, klinikasi, klinik turlari, diagnostika, differensial diagnostika, davolash.
48. Rossolimo –Merkel`son-Rozental` sindromi.
49. Xeylitlar turlari, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
50. Labning rak oldikasalliklari: leykoplakiya.
51. Psoriasis: etiopatogenez, etiologiyasi, klinik turlari, klinikasi, diagnostika, davolashning zamonaviy usullari.
52. Eksudativ va pustulyoz psoriasis: klinik tashxislash va davolash.
53. Qizil yassi temiratkisi: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, klinik turlari diagnostika, davolashning zamonaviy usullari, differensial diagnostika.
54. Qizil yassi temiratkisi atrofik va so`galsimon turi.
55. Pufakli dermatozlar tasnifi.
56. Akantolitik po`rsildoq yara kasalligi : etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, laborator tashxisoti, davolash prinsipi.

57. Dyuringning gerpetiform dermatozi: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolashning zamonaviy usullari.
58. Pufakli dermatozlarning qiyosiy tashxisi.
59. Lever pemfigoidi.
60. Terining virusli kasalliklari tasnifi.
61. Oddiy uchuq (pufakchali temiratki) etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsipi.
62. O`rab oluvchi temiratki: etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsipi.
63. Kantagioz mollusk: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolash usullari.
64. So`gallar: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolashning zamonaviy usullari.
65. O`tkir uchli kandiloma: etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinika, diagnostika, davolash prinsiplari.
66. VICH infeksiyasi: etiologiyasi, klinik turlari, klinik bosqichlari, davolash, profilaktika.
67. OITS- klinik turlari, davolash, profilaktika.
68. Gerpetik infeksiya – markyori.
69. Jinsiy yo`l bilan yuqadigan infeksiya: Zaxm kasalligining umumiy kechishi. Zaxmning mikrobiologiyasi va epidemiologiyasi.
70. Birlamchi va ikkilamchi zaxmning kechishi.
71. Uchlamchi zaxmning kechishi (gummali va do`mboqchali zaxm)
72. Tug`ma zaxmning kechishi (klinik alomatlari)
73. YAshirin zaxmning kechishi
74. Zaxm kasalligida laborator tekshiruv usullari, serologik usullar (Em va Vasserman, RIF).
75. Zaxm davrlarida ichki a`zolar va asab tizimining shikastlanishi.
76. Zaxm bilan kasallanganlarni davolash asoslari.
77. Zaxmni, tug`ma zaxmni oldini olish choralari.
78. So`zak (gonoreya) etiologiya, klinika, tasnifi, differensial diagnostika, klinika, diagnostika, davolashning zamonaviy usullari.
79. Asoratlangan va asoratlanmagan so`zak.
80. Erkaklar so`zagi.
81. Qizlar va ayollar so`zagi.
82. Noso`zakli uretritlar: trixomoniaz, xlamidioz, urogenital kandidoz, bakterial vaginoz. Davolash prinsiplari, profilaktikasi.
83. Qattiq shankr xususiyatlari. Atipik shankr turlari davolash.
84. Toshmalar tavsifi va tasnifi.

Fan bo`yicha yakuniy xulosalar

Teri va tanosil kasalliklari nafaqat bizning respublikamizda, balki er yo`zidagi barcha mamlakatlarning xo`dudida ko`p uchraydigan kasalliklardandir. Ularni o`rganish tabobatning dolzarb muamosidir. Har bir tibbiyot hodimi mutaxassisligidan qat`iy nazar teri va tanosil kasalliklarning etiopatogenezini, klinikasini, tashxisoti, qiyosiy tashxisotini, oldini olish tadbirlarini UASH taktikasini, reabilitasiyasini, dispanzerizasiyasini bilishi kerak. Ayniqsa tibbiyot institutida ta`lim olayotgan bo`lajak hakimlar teri va tanosil kasalliklari haqida tushunchaga ega bo`lishi, teri va tanosil kasalliklarni tashxislash, qiyosiy tashxislash asoslarini, laborator tekshirishlar ko`rsatkichlarini o`zlashtirishi lozim. Teri-tanosil kasalliklari klinik simptomlari va sindromlarini, davolash xususiyatlarini bilib olishi hamda kasalliklarning oldini olish asoslarini batafsil egallashi zarur.

Foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxati

Asosiy adabiyotlar:

1. Arifov S.S., Eshbaev E.X. Teri-tanosil kasalliklar. T.,1997
2. Vaisov A.Sh. Teri-tanosil kasalliklari, T., 2004
3. Vladimirov V.V., Zudin V.I. Кожные i venericheskie bolezni. Atlas. Uchebnoe posobie dlya studentov med. VUZov.

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Skripkin Yu.K. Rukovodstvo po kojnym i venericheskim boleznyam. M.Meditsina, 1999.
2. Pavlov S.T., Shaposhnikov O.K., Samtsov V.I., Пыи I.I. Кожные i venericheskie bolezni.
3. Shadiev X.K., Axmedov. Teri-tanosil kasalliklar.,T. 1993.
4. Teri va tanosil kasalliklar buyicha ma'ruza matnlari.
5. Fitzpatric T. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. 1999.
6. Fitzpatric T.V. Dermatology in General Medicine/1987, 2730 p.
7. Ghata Heliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316 p
8. Kalamkaryan A.A., Mordovtsev V.N. Klinicheskaya dermatologiya. M.1989
9. Milich M.V. Evolyutsiya sifilisa, 1979.
10. Somov B.A., Dolgov A.B. Профессиональные заболевания koji v vedущих otraslyax narodnogo khozyaystva. ML 976.
11. Studnitsin A.A., Berenbeyn B.A. Дифференциальная диагностика kojных заболеваний. M.Med.,1989
12. Shaposhnikov O.K., Venericheskie bolezni. L.1991.
13. Djeymys Ye. Fitzpatric. Секреты дерматологии. 1999.
14. Elinor Ye. San. Dermatologiya. 100 sluchaev iz praktiki. 2001
15. Philip C. Anderson Managing Skin Diseases. 1999. 368 p.
16. Sams W.M., Linch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014 p.

Internet saytlar:

1. www.ziyonet.uz;
2. www.mediashhera.aha.ru//dermatol//derm-mn.htm;
3. www.matrix.ucdavis.edu//DOJ.html;
4. www.cc.emory.edu//WHSCIV/medweb.dermatology.html.;
5. wwwl.Mosbycom//Mosby//Periodicals//medical//CPDM//dm/html;
6. www.skindex.com.;
7. www.ama-assn/org//journals//standing//derm//denhome.htm.;
8. www.Crawford.com//epo//mm wz//wor ld. html.
9. [www.info@minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)
10. www.info@tma.uz