

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОЎЛИНИ
САЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Ўқув – услубий қўланма



Тошкент – 2006

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҶЛИҶИНИ
САҶЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҶАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўз. Р. ССВ Кадрлар
ва ҳкув юртлари бош
бошқармаси бошлиғи
проф. Ш.Э. Атаханов
2006 й. 11. 14

ДЕРМАТОМИОЗИТ

Ўув – услубий ўлланма

Тошкент – 2006

Тузувчилар:

Рустамов М.Р. – 1 сон госпитал педиатрия
кафедрасининг мудири

	т.ф.д. профессор
Язданов А.М. -	кафедра доценти
Махмудова Ф.В.	– кафедра ассистент
Шамсиева Э.Р.	– кафедра ассистент
Гарифулина Л.М.	– кафедра ассистент

Таъризчилар:

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

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

ДЕРМАТОМИОЗИТ

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

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

Этиологияси ва патогенези – ҳозирги вақтгача тўқалигича аниқланманган. Охирги адабиётлардаги маълумотларга қараганда касаллик ривожланишида яширин вирусли инфекция муҳим ўрин тутаяди, эҳтимол у эмбрионал даврда йўлдош орқали қониқмага утади ва бу вирусга қарши иммун ҳимоя механизмлари болаларда такомиллашмаган бўлади. Дерматомиозитнинг ривожланишида вируслардан ташқари ирсий мойиллик, организмнинг реактивлигини издан чиқариши, иммун ва аутоиммун жараёнларнинг бузулиши ҳам катта аҳамият касб этади. Беморлар анамнезида экссудатив диатез, аллергия реакциялар (эшак еми, Квинке шиши, аллергия ринит, конъюнктивит), ички ва ташқари муҳитнинг ноқулай омиллари (инсоляция, совотиш, профилактик эмлашлар, дори воситалари, ҳон қуйиш ва бошқалар) аниқланиши бу фикрни тасдиқлайди. Булар касалликнинг ривожланишида преморбид фон бўлиб хизмат қилади ва организмни бириктирувчи тўқимасининг ноадекват жавоб реакциясига олиб келади (Ю.Ф. Домбровский, Л.А. Исаева, 1962).

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

Касаллик ривожланишида организмнинг реактивлиги, иммун ва аутоиммун реакциялар муҳим ўрин тутаяди. Патогенезнинг таркибий ҳисми бўлган тарқалган ангиопатия белгилари ёш болаларда катталарга нисбатан кўпроқ аниқланади. Гемодинамик ўзгаришлар микроциркуляциянинг бузилиши ва томирлар зарарланиши фонида кечади. Ҳон-томирлар ўтказувчанлиги ошади, капилляритлар, васкулитлар, васкуля лимфоид - макрофагал инфильтрация кузатилади ва улар охир-оқибат ҳон томирлар деворининг склерози ривожланишига олиб келади. Оғир некробиотик жараёнлар орган ва тўқималарнинг шикастланишига, функционал ва органик ўзгаришларга олиб

келади. Касаллик миозит ривожланиши билан намаён бўлади. Ички ва ташқи мушкнинг бир қанча омиллари касаллик ривожланишига мойиллик яратади. Буларга ўткир респиратор касалликлар, болалар ўткир юшми касалликлари, ўчоқли инфекцияларнинг қайталаниши, жисмоний ва руҳий юктамалар, совотиш ёки исиб кетиш, инсоляция таъсир қилиши киради. Бир қатор кузатишларга кўра дерматомиозит профилактик эмлашлар, гамма – глобулин, антибиотиклар ва бошқа бир қанча доривор моддалар қўллашдан кейин ҳам ривожланиши мумкин.

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

Касаллик ўткир бошланганида - илк симптом ўчоқли ёки тарқалган тери шиши бўлиши мумкин. Тери ва тери ости ёқ қатлами зарарланиши мушак - бўғим синдроми ва висцерал симптомлар билан бирга кечади. Касалликни ўтувчи белгилари билан бир қаторда яллиқланиш белгилари яққол намоён бўлади ва бемор ақволи тезда оқирлашади.

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

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

Тўқ бинафша рангли эритеманинг дерматомиозитга хослиги учун адабиётда «Бинафша касаллиги» деб қам аташганлар (Гланцман, Фанкони ва бошқалар, 1960 йил). Бинафша ранг эритема ва шиш параорбитал соқани ўраб олади. Адабиётда касалликнинг бу белгиси «Кўз ойнак», «Дерматомиозит кўз ойнаги» деб ҳам аталади. Эритема бўйин, пешона, қулоқ чиқаноқларида ҳам тарқалиши мумкин. Баъзан терида худди қизил югирикдаги «Капалак» ёки «Карнавал ниқоби» дек ўзгаришлар ҳам кузатилади. Тўқ бинафша ранг шиш баъзан бошнинг соқли қисмида, бўйинда, елкада, қўлларнинг проксимал қисмида

пайдо бўлади. Симметрик эритематоз, бинафша рангли тошмалар ўл фалангаларининг ёзувчи юзаларида ўпроқ аниқланади.

Шиллиқ пардаларнинг зарарланиши – деярли ҳамма касалларда оқиз бўшлиқ шиллиқ пардаси, юқори нафас йўллари ва конъюнктива зарарланиши кузатилади.

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

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

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

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

Асаб тизимининг зарарланиши – энцефалит, менингоэнцефалит, бош миянинг пўстлоқ ости ва пўстлоқ қисми (хореясимон гиперкинезлар, эпилепсия ва

бошқалар), нервларининг (кўзни қаракатлантирувчи нервлар, кўрув, уч шохли нерв) зарарланиш симптомлари, сезгининг бузилиши тарзида бўлади. Гиперестезия, гипоестезия ва парестезия, вегетатив асаб тизими томонидан астеноневротик реакциялар аниқланади.

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

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

Кўпинча буйраклар паталогик жараёндан четда қолади. Протенурия, баъзан микрогематурия ва цилиндурия буйраклар фаолияти сақланган ҳолда кузатилиши мумкин. Жуда кам ҳолларда миоглобинурия билан кечадиган буйрак етишмовчилиги бўлиши мумкин.

Кўп ҳолларда беморлар қароратининг кўтарилиши субфебрил ҳолда бўлади. Умумий дистрофия, тишларнинг зарарланиши, оссалгия, остеопароз, юлғори фаолликдаги дерматомиозит кузатилади. Қон тақлилида нормахром анемия, кучли бўлмаган лейкоцитоз, баъзан лейкопения, ЭЧТ ошганлиги аниқланади. Қон зардобиди ферментлар (креатининфосфокиназа, лактатдегидрогеназа, аспарат ва аланинаминотрансфераза, алдалаза) ва креатининнинг миқдори ошади. Қонда шунингдек альфа₂, гамма-глобулин фракциялари, иммуноглобулинлар ҳам бир оз ошган бўлади, асосан G синфи қисбида.

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

III - юлғори фаоллик даражасида қарорат фебрил қолатгача ошади. Теридаги ўзгаришлар яқин намоён бўлади, ўчоқли ёки тарқалган шишлар, бўлимларда оғриқ, мушакларнинг тарқалган зарарланиши кузатилади. Оғриқ синдроми билан бир қаторда яқин дизартрия, афония, дисфагия, кўкрак қофаси нафас экскурсиясининг чегараланиши аниқланади. Қар хил висцерал бузилишлар, ЭМГ да тебраниш амплитудасининг пасайиши ёки бирданига «биоэлектрик

тинчлик» қайд қилинади. Қонда ферментлар, қонда ва сийдикда креатинин миқдори (3 – 5 марта) ошади, ЭЧР тезлашади.

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

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

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

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

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

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

Қиёсий ташхис – дерматомиозит бир қатор бириктирувчи тўқиманинг тарқалган касалликлари билан таққосланади. Юздаги эритема, иситманинг бўлиши, бўқимларнинг зарарланиши қизил тизимли югурук касаллигини инкор

Ўилишни таъъоза ѳилади. Теридаги ўзгаришлар, бинафша рангли эритема, миозитлар дерматомиозит учун ѳарактерли. ѳизил югурук миозити кортикостероидлар билан даволанганда тез ўтади. ѳизил югурикнинг ўзига хос ўзгаришлари: панцитопения, ѳонда LE – хужайралари ва АНФ аниѳланиши. Дерматомиозитда ферментлар активлиги ошади ва гиперкреатининурия кузатилади.

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

Юѳори ѳарорат, бош айланиши, ѳайт ѳилиш, кўнгил айниши, кўз ѳаракатининг бузилиши, энса мушакларининг таранглиги, бульбар паралич белгилари, ўткир дерматомиозитни миянинг ўткир юкумли яллиѳланиш касалликлари: энцефалит, менингит, менингоэнцефалитлар билан таъѳослашни талаб ѳилади. Буларни фарѳ ѳилишга клиник, лаборатор маълумотлар, орѳа мия суюѳлигини текшириш, ЭМГ, тери ва мушакларни морфологик текширишлар муѳим аѳамият касб этади.

Даволаш: - индивидуал бўлиши керак. Боланинг ёши, касаллик кечишининг фаоллиги ѳисобга олинади. Асосий даволаш препаратлари кортикостероидлар ѳисобланади ва кўпинча преднизалон ѳўлланилади. Преднизолон дозаси бола аѳволининг оѳирлиги ва жараённинг фаоллик даражасига боѳлиѳ бўлади. Биринчи фаоллик даражасида преднизалон ўртача 0,5мг/кг, II фаоллик даражасида 1,0 мг/кг, III фаоллик даражасида 1,5 мг/кг тана оѳирлигига берилади. Оѳир кечаётган дерматомиозитда преднизолон 5,0 мг/кг ва ундан ортиѳроѳ миѳдорда ѳўлланилади. Ютиш акти бузилган ѳолларда преднизалонни мушак орасига ёки вена ичига юборилиши мумкин. Шуни эсда саѳлаш керакки парентерал йўл билан юборилган гармонлар тез ва ѳисѳа таъсир ѳилади. Бундай ѳолларда уларнинг суткалик миѳдори оширилади. Глюкокортикоидларни ѳўллаш муддати 1 – 2 ойга тенг. Актив паталогик жараёнларда преднизалоннинг миѳдори клиник, лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларига ѳараб камайтирилади.

Интеркурент касалликлар, стресс ѳолатлар, баѳор ва ёз фаслларида глюкокортикоидлар дозаси секин камайтирилади. Ушлаб турувчи дозаси 2,5мг дан то 20 мг гача бўлади. Ривожланиб боровчи ва стероидларга сезувчан дерматомиозитларда кортикостероидларни узоѳ ѳўллаш мумкин эмас (айниѳса юѳори дозаларда), бундай ѳолларда актив иммунодепрессив даволаш олиб борилади. Жумладан, цитостатик препаратлар буюрилади. Метотрексат – фолат

кислота антогонисти 1 суткада 2,5 – 7,5 мг миқдорда 2 – 3 ой давомида, циклофосфамид 1-3 мг/сут 2-3 ой давомида берилади. Асосий касалликка трофик бузилишлар ва иккиламчи инфекциялар ўйшилганда цитостатик препаратлар миқдори чегараланади.

4 – аминохинол препаратлари жараён активлиги паст бўлганда ўлланади: делагил, хлорахин 0,125 – 0,5 грамм ёки плаквенил 0,2 - 0,8 грамм бола ёшини ўйибга олган олда буюрилади. Яллиўланишга ўрши воситалар: ацетил салицилат кислота, пиразолон препаратлари (бутадион, реопирин, индометацин, индоцид, бруфен) буюрилади. Касалликни фаол даврида, яўол ифодаланган дисфагия ва дизартрияда, шунингдек миопатик синдромда патогенетик воситаларга антиўолинэстераза препаратлари (прозерин, оксазил, местинон) ўйилади. Бу препаратлар бемор ёшига ўараб овўатдан 20 минут олдин буюрилади. Даволаш муддати 3 – 4 хафта, даво курсини 20 – 25 кундан сўнг ўайтариш мумкин.

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

Оўибати - Дерматомиозит ногиронлик ва ўлимга олиб келиши мумкин. Ногиронлик, тарўалган мушаклар гипотрофияси, кальцинозлар, баъзан пай - мушак контрактураси билан боўлик бўлади. Ўлимнинг сабаби бўлиб: 1- ўринда нафас етишмовчилиги туради. Бу нафас мушакларининг зарарланиши билан боўлиў, 2 - ўринда ошўозон ичак тракти томонидан ярали – эрозив жараёнлар туради, улар кон кетиш ва перфорацияга сабаб бўлади.

Ўлимнинг яна бир сабаби инфекциянинг кўшилиши, яъни сепсиснинг ривожланиши бўлади. Ўлим касалликни 1 – 2 йилида юз беради.

ТЕСТЛАР

1. Дерматомиозит касаллигида юзага келадиган гистологиик ўзгаришлар турлари кўрсатилган латорни белгиланг.
 - А) Мушакларда кундаланг таргилликининг йў олиши, некроз, дегенерация, атрофия, фиброз.
 - Б) Мушакларда кўндаланг таргиллик са ланган, дегенерация, атрофия, фиброз.
 - В) Мушакларда фа ат кўндаланг таргиллик йў олган, бош а ўзгаришлар йў .
 - Г) Мушакларда ҳеч андай ўзгаришлар кузатилмайди.
 - Д) каммаси турлари
2. «Ойнак» симптоми кайси коллагеноз учун хос?
 - А) Системали кизил югурик.
 - Б) Дерматомиозит.
 - В) Ревматоидли артрит.
 - Г) Системали склеродермия.
 - Д) Ревматизм
3. Электрмиограммадаги ўзгаришлар: «мушаклар эркин турганда нормал фаолликга эга бўлиши, ис арганда эса фаоллигининг пасайиши» айси коллагенозга хос?
 - А) Системали кизил югурик.
 - Б) Дерматомиозит.
 - В) Ревматоидли артрит.
 - Г) Тугунли периартрит.
 - Д) Склеродермия
4. Дерматомиозит касаллигини даволашда айси гуруҳ дорилари самарали кисобланади.
 - А) Антибиотиклар

- Б) Кортикостероидлар
 - В) Анаболик гармонлар
 - Г) 8- оксихинолинлар
 - Д) Витаинлар
5. «Кўз ойнак» симптоми коллагеноз касалликларининг қайси бири учун хос.
- А) Системали эрозив югурик.
 - Б) Ревматоидли артрит.
 - В) Дерматомиозит
 - Г) Системали склеродермия.
 - Д) Каммаси тугри
6. Дерматомиозит қайси жинс вакилларида нисбатан кўп учрайди.
- А) Аёлларда эркакларга нисбатан 3 марта кўп.
 - Б) Эркакларда аёлларга нисбатан 1,5 марта кўп.
 - В) Эркак ва аёлларда тенг учрайди.
 - Г) Аёлларда эркакларга нисбатан 2 марта кўп.
 - Д) Каммаси тугри
7. Дерматомиозит касаллигида теридаги тошмалар қарактери.
- А) Буллёз
 - Б) Визикула
 - В) Эритема.
 - Г) Папула
 - Д) Пустула
8. Дерматомиозитда кузатиладиган теридаги ўзгаришлар системали эрозив югурикнинг тери формасидан нима билан фарқ қилади ?
- А) Турпун бўлади.
 - Б) Доимий бўлмайди.
 - В) Фарк қилмайди.
 - Г) Кипикланган бўлади
 - Д) Турпун бўлмайди
9. Дерматомиозит бу :
- А) Коллагеноз касаллик бўлиб кўндаланг таргил мушакларнинг, терининг ва қисман ички органларнинг зарарланиши билан кечади.
 - Б) Коллагеноз касаллик бўлиб кўндаланг таргил мушаклар ва бўйимларнинг зарарланиши билан кечади.
 - В) Аутоиммун касаллик бўлиб суяклар ва шиллиқ саватларнинг зарарланиши билан кечади.
 - Г) Аутоиммун касаллик бўлиб тери ва ички органларнинг зарарланиши билан кечади.
 - Д) Аутоиммун касаллик бўлиб шиллиқ саватларнинг зарарланиши билан кечади.
10. Дерматомиозит касаллиги сабаби нима?
- А) Стресс
 - Б) Аллергия
 - В) Инсоляция
 - Г) Экологик ўзгаришлар

Д) Хаммаси

11. Дерматомиозитда асосий патологик жараён қайси системада кузатилади ?

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

12. Дерматомиозитда кальцинозни даволаш учун қайси дорини қўллаймиз:

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

13. Дерматомиозитни даволашда нима тавсия этилмайди ?

- А) Лидазали ионофарез
- Б) Витаминотерапия
- В) Гормонотерапия
- Г) Қўёшда қўп вақт булиш
- Д) Физотерапевтик муолажалар

1-масала.

Бемор Ш. Аршиева Л., 9 ёш. 3 кундан бери тана қарорати $37,9^\circ\text{C}$ гача қўтарилган. Шикояти қўлларида оқриқ, қолсизлик, нафас олишини қийинлашуви ва иштахасининг йўқлигига. Беморнинг умумий ақволи ўртача оқирлиқда. Тери ва тери ости ёлпираб қолган, тизза ва тирсак буғимларининг ёзувчи соҳасида симметрик эритемалар ва атрофик чандиқлар мавжуд. Юзи шишган, периорбитал соҳада ялпираб қолган кўзга ташланадиган эритемалар мавжуд. Мушаклар

пальпация  илинганда о ри  сезилади, мушаклар тонуси ошган ва уларнинг гипотрофияси кузатилади. Нафас олиши бурун ор али эркин. Нафас олиши кийинлашган. Ўпкасида  уру  хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари б  и лашган. Пульси ритмик, 72 та уриш 1 да и ада. О зидаги шили  пардалар  изарган.   орни дам, пальпацияда бироз о ри ли, жигар ва тало и катталашмаган. Ахлат чи иши  ийин, сийиши мунтазам.

Лаборатор та лиллари: Нв - 79 г л, ЭЧТ - 20 мм с, лейкоцитоз, АлАТ, АсАТ ошган.

Сизнинг ташхисингиз? Даволаш курси тугагандан с нг  айси дорини   ллаш мумкин эмас?

2- масала.

Бемор Саидова Г., 12 ёшда,  уйдаги шикоятлар билан мурожат килди:  олсизликга, ишта исининг пастлигига, ов ат еганда ютинишнинг  ийинлигига, овозининг ман аланишга, й талишга, юрагида бироз санчи  борлигига. Умумий а воли  они арли, юзи ва танасининг ранги мармарсимон,   л бармоклари ва кафтларида эритемалар мавжуд. К з атрофи шишган, мушаклар тонуси пасайган,   лининг проксимал  исмида о ри  сезилади. Нафас олиш бурун ор али эркин. Ўпкасида  уру  хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бу и , юрак ч   исида систолик шов ин эшитилади. Тилини о здан  ийинчилик билан чи аради.   орни дам, о ри сиз. Жигар ва тало и катталашмаган. Сийиши ва ахлати мунтазам. Лаборатор та лиллари: Нв - 79 г л, ЭЧТ -20 мм с лейкоцитоз, АлАТ, АсАТ ошган.

Ташхисингиз?

3-масала.

Бемор Комилова Н., 10 ёш. Касалхонага  уйидаги шикоятлар билан мурожаат этди: 1 йилдан бери касал. Шикояти  олсизлик, дармонсизлик, жисмоний иш  илганда тез чарчашга, сочини к п т килишига, овозини ман алашишига ва ютинишини  ийинлашувига.

К рикда беморнинг умумий а воли  они арли. Териси  уру , мармарсимон, бир-икки жойда эритема мавжуд. К з атрофи шишган,  изарган. Мушаклар тонуси пасайган, пальпацияда о ри ли,  аракати  ийинлашган. Бурун ор али чу ур нафас олиш  ийинлашган. Юрак тонлари бу и лашаган. О из шилли  пардалари  изарган.   орни юмшо , о ри сиз. Жигар ва тало и катталашмаган. Ахлат ва сийдик чи ариши мунтазам. Лаборатор та лиллари: Нв - 79 г л, лейкоцитоз, ЭЧТ -20 мм с, АлАТ, АсАТ ошган.

Сизнинг ташхисингиз? Кортикостероидларнинг дозаси?

4-масала.

Бемор Исломов И., 9,5ёш. Шикояти бу имларда о ри  ва  аракатнинг чегараланганлиги, тана  ароратини к тарилиши, о  ва  улларида дармонсизлик ва терисидаги тошмаларга. Анамнездан касаллик ёзда оромгохда дам олганида  уёшда куп юрганидан с нг бошланган. Умумий а воли ўрта о ирликда, тана  арорати -37,8. Тери  опламлари о имтир, юзида ва бу имлар атрофида бинафша рангли эритема мавжуд. Умумий дистрофия белгилари кузатилади. Б  имлар деформациясиз. Ўпкада  атти  нафас эшитилади. Юрак тонлари ани , юрак чу   исида систолик шов ин эшитилади.   орни юмшо , о ри сиз. Жигари +1,5 +2,0см, тало и катталашмаган.   он тахлили: Нв-100,0 г л, лейко. – 12 х 10⁹, нейтроф: т-5 %, с – 60 %, лимф - 30,0%, м-4,0%, ЭЧТ-15мм соат. Биохимик текширувлар:  олди  азот -0,45г л, умумий о сил - 81,7г л, ДФА-0,290ед, серомукоид-1,81г л, протомбин -96%, LE хужайралар топилмаган.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш тактикангиз?

ЖАВОБЛАР

ТЕСТЛАР

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

МАСАЛА

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

- Делагил 8-10 мг/кг

АДАБИЁТЛАР

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