

**TIBBIET OLIY
BILIMGOHLARI
TALABALARI UCHUN**

UKUV ADABIETI

Kh.K. Shodiev, K.R. Ahmedov

Teri va tanosil kasalliklari

TOSHKENT -2010

TIBBIET OLIY BILIMGOHLARI TALABALARI UCHUN UKUV ADABIETI

Kh.K. Shodiev, K.R. Ahmedov

Teri va tanosil kasalliklari

Uzbekiston Respublikasi oily va urta mahsus talim
vazirligi tomonidan tibbiyet oily ukuv uyrtlari
talabalari uhun ukuv kullanmasi sifatida tavsia etilgan

Toshkent
Ibn Sino nomidagi
nashriet-matbaa birlashmasi
2010

Taqrizchi – Voisov Adham Shavkatovich – Toshkent 1 – tibbiyot oliy bilimgo­hining teri va tanosil kasalliklari kafedrasining mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

Toshkent bolalar tibbiyoti oliygo­hining bolalar dermatologiyasi kafedrasining jamoasi mazkur qo'llanmaning chop etilishiga homiylik qilgan Sug'diyona savdo ishlab chiqarish birlashmasiga o'z minnatdorchiligini bildiradi.

Shodiev H. Q. , Ahmedov Q. R.
Sh 74 Teri va tanosil kasalliklari: Tibbiyoti oliy o'quv yurt. Talabalar uchun qo'llanma. – T.: Ibn Sino nomidagi nashriyot – matbaa birlashmasi, 1993. 248 b – (Tibbiyot oliy bilimgo­hlari ucuhn adabiyoti).

1. Avtordosh.

Shodiev X. Q. , Axmedov Q. R. Kojnie I venericheskie bolezni.

Mazkur o'quv qo'llanmasi tibbiyot oliy bilimgo­hlarining pediatriya kulliyoti talabalariga, bolalar dermatologiyasi bo'yicha malakasini oshirayotgan vrachlarga, shuningdek pediater – dermatologlariga mo'ljallangan.

Sh 4108170000 – 059
354(04) – 93 e'lon qilinmagan

ISBN 5 – 638 – 00848 – 9

H.Q. Shodiev, Q.R.Ahmedov, 2010

SO'Z BOSHI

Dermatovenerologiyadan o'zbek tilida yozilgan darslik yoki o'quv qo'llanmasining yo'qligi va rus tilidagi darsliklarni o'qishda talabalarning qiynalishlari va bu darsliklarda teri kasalliklarining o'lkamizga xos xususiyatlari yoritilmaganligi mazkur o'quv qo'llanmasini yozishga undadi.

Qo'llanma tibbiyot oliy bilimgothlarining pediatriya kulliyoti talabalari uchun kafedra xodimlari tomonidan tuzilgan dastur asosida o'n to'rt mashg'ulotga bo'lib yozilgan. Bu dastur Toshkent bolalar tibbiyot oliy bilimgothining o'quv-uslubiy bo'limida muhokama qilinib, ilmiy kengashida tasdiqlangan. Har bir mashg'ulot olti qismdan iborat bo'lib, quyidagilarni o'z ichiga oladi: mashg'ulot mavzusi, mavzuning qisqacha mazmuni, mashg'ulotning maqsadi, uyga vazifa, adabiyotlar, talabalarning o'z ustida ishlash rejasi. Mavzularning qisqacha mazmunida kasalliklarning sabablari, rivojlanish jarayoni, klinik belgilari va davolash sohasidagi zamonaviy ma'lumotlar qisqacha tarzda berildi. Hozirgi vaqtda o'zbek tilida yozilgan darslik va qo'llanmalarda ba'zan tushunish qiyin bo'lgan jummlar uchrab turibdi. O'zbek tilidagi terminlar goho masalaning mohiyatini to'liq ochib berayotgani yo'q. Ana shunday kamchiliklarni chetlab o'tish maqsadida biz dermatozlarni ta'riflayotganda sodda va aniq terminlar va iboralardan foydalandik. Qo'llanmaga baho berish va o'z taklif-mulohazalarini bildirish kitobxonga havola albatta. Ammo kitobxonning aksariyatini talabalar tashkil etishini hisobga olish, ularning turli viloyatlardan kelganligini e'tirof etish qo'llanmani sodda tilda yozishga undadi. Shuningdek, dermatozlarning nomlarini keltirishda ularni xalqimiz orasida qo'llanilayotgan nomlar bilan atashga harakat qildik. Masalan, ekzemani gush, psoriazni qo''bus, teri leyshmaniozini pashshaxo'rda, impetigoni shirincha, ektimani ko'zyara, follikulitni sizlog'ich deb atashga, ya'ni qadimiy turkiy atamalarni qo'llashga jazm etdik. Qo'llanmada mashg'ulot maqsadining alohida ta'kidlanishi talaba zimmasiga anik, vazifa yuklaydi. Bu vazifalarni to'g'ri bajarish uchun uyga vazifa bo'limi yordam beradi, shuningdek, o'z-o'zini nazorat etishga sharoit yaratadi. Adabiyotlarning ko'pchiligi asosan rus tilida bo'lganligi tufayli mazkur kitoblarning nomlari ham rus tilida berildi. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi oliy tibbiy pedagogika va Sog'liqni Saqlash Vazirligining o'quv-uslubiy idorasi talabalariga javob beradi degan umid bildiramiz.

Ma'lumki, teri va tanosil kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladigan maxsus laboratoriya tekshiruv usullari dermatovenerologiya bo'yicha yozilgan darsliklarda qisqa yozilgan, ba'zi darsliklarda bu kerakli bo'lim umuman yoritilmagan. Shu sababli o'lkamizda ko'p uchraydigan teri va tanosil kasalliklarining laboratoriya diagnostikasini qisqacha ta'riflashga qaror qildik. Bu ilovada biz faqat talabalar ehtiyojini qondirish bilan chegaralanmasdan, balki dispanserlar va maxsus kasalxonalar laboratoriyalarida ishlayotgan mahalliy millatga mansub laborantlarimiz talabalarini ham qondirishga harakat qildik.

Teri kasalliklari diagnostikasida qo'llanilayotgan klinik tekshiruv usullari endigina mustaqil ishlay boshlagan yosh shifokorlarimizga ham asqotadi degan umiddamiz. Chunki uzbek tilida dermatologik klinik tekshiruv usullari bayon etilgan adabiyotlar yo'q.

Vrach-dermatolog o'zining ish faoliyatida ko'pgina jumboqlarga yoki echimi chigal masalalarga duch keladi. Bunday masalalar ayniqsa tanosil kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlar bilan ishlaydigan vrachlarimiz faoliyatida ko'p kuzatiladi. Mazkur o'quv qo'llanmasi yordamida biz yosh mutaxassislarni diagnostik chigallarni osonrok. echishga yordamlashmoqchi bo'ldik. Kolaversa, o'quv dasturiga binoan oliygohlarimiz talabalaridan klinik masalalarni echish talab etiladi.

Uzbek tili davlat tili deb e'lon qilingach, asosiy hujjat hisoblangan kasallik tarixini barcha davolash muassasalarida uzbek tilida bayon etish talab qilina boshladi. Kasallik varakalarini uzbek tilida yozishda paydo bo'lgan qiyinchiliklar bilan bir qatorda dermatologik bemorlarda asosiy kasallik bayonini uzbek tilida yozish o'ziga xos qiyinchiliklar tug'dirdi. Hanuzgacha ko'pgina kasalxonalarda kasallik tarixining bu mas'uliyatli qismi pala-partish, sifatsiz yozilmoqda. Shifokorlarimiz duch keladigan mazkur qiyinchilikni engish maqsadida asosiy kasallikning bayonidan namunalar berdik. Bunda biz respublikamizda ko'p uchraydigan va vrachlarimizni har kuni qayta va qayta yozishga undaydigan dermatozlarni tanladik.

Xullas, qo'lingizdagi dermatovenerologiyadan qisqacha o'quv qo'llanmasi ko'pgina ko'rsatma, talab va mulohazalar asosida yozildi. Qullanmaning o'ziga xos uslubda yozilganligi, an'anaviy usullardan chetga chiqilganligi tufayli qator kamchiliklari bo'lsa, ajab zmas. Biz qo'llanmaga doir har qanday taklif va tanqidiy mulohazalarni bajonidil qabul qilamiz

1-MASHG'ULOT

1. Mashg'ulotning mavzusi. Dermatovenerologiya to'g'risida umumiy tushuncha. Terining umumiy tuzilishi va vazifalari. Teri toshmalari. Zaxm, kasallikning umumiy kechishi.

2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Dermatovenerologiya ikkita alohida sohani (dermatologiya va venerologiya) o'z ichiga oladi.

Dermatovenerologiya teri va teri kasalliklari haqidagi fandır. U terining normal va patologik tuzilishini, vazifalarini o'rganadi. Shuningdek turli-tuman kasalliklarda kuzatiladigan klinik manzarasi va alohida teri kasalliklarini (dermatozlarni) o'rganadi. Dermatologiya asosan ikki qismdan: umumiy va maxsus qismlardan iborat.

Umumiy dermatologiya terining anatomiyasi, fiziologiyasi, patogistologiyasini o'rganadi. Teri kasalliklarini keltirib chiqaradigan sabablar va ularning rivojlanish jarayoni to'g'risida ma'lumotlar beradi. Teri kasalliklari diagnostikasida hal kiluvchi ahamiyati bo'lgan morfologik elementlarga atroflicha ta'rif beradi. Shuningdek dermatozlarni umumiy va mahalliy davolash, ularning oldini olish choralari to'g'risida kerakli ma'lumotlar beradi.

Maxsus dermatologiya muayyan teri kasalliklarining (kasalliklarning klassifikatsiyasi (tasnifi) bo'yicha) etiologiyasi, patogenezi, simptomatologiyasi, diagnostikasi, davolash usullari va oldini olish bo'yicha barcha ma'lumotlarni beradi. Mazkur fan biror kasal-

ka ta'rif berayotganda terining alohida a'zo ekanligini e'tirof etadi va uni organizmning boshqa a'zolari bilan chambarchas bog'langan deb tushunadi. Bunday printsipda yondoshish dermatozlarning tabiatini to'g'ri tushunishga va samarali davo usullarini ishlab chiqishga yordam beradi. Maxsus dermatologiya teri kasalliklarini turli-tuman sohalarga bo'lib o'rganadi: dermatomikozlar,

dermatozoonozlar, allergik dermatozlar, piodermitlar, genodermatozlar va boshqalar.

Venerologiya tanosil kasalliklari haqidagi fandır. Ko'pincha jinsiy yaqinlik qilish paytida o'tadigan yuqumli kasalliklar tanosil kasalliklari deb nom olgan. Umuman «venerologiya» so'zi lotincha «venus» (Venera) so'zidan olingan bo'lib, sevgi ma'budasi demakdir. Bu ibora tanosil kasalliklarining asl mohiyatini ochib bera olmaydi.

Tanosil kasalliklarining barchasi yuqumlidir, ya'ni ularning maxsus kasallik paydo qiluvchi mikroorganizmlari mavjud. Hozirgacha tanosil kasalliklari qatoriga zaxm, so'zak, yumshoq yara, chov limfogranulematozi kiritilardi. Bugunga kelib bu guruhga mansub dardlar jinsiy aloqa paytida yuqadigan kasalliklar degan nom oldi. Oxirgi o'n-o'n besh yil ichida jinsiy aloqa paytida yuqadigan kasalliklar soni birmuncha oshdi: mikonlazmoz, xlamidioz, donovanoz, jinsiy a'zolar herpesi (uchugi), o'tkir uchli qondiloma, yuqumli mollyusk, trixomoniaz, amyobiaz, lyamblioz, achitqi zamburug'lar keltirib chiqaradigan vulvovaginit, chovning bitlashi, ko'tir va boshqalar shular qatoriga kiradi. Ijtimoiy nuqtai nazardan mazkur kasalliklarning barchasi tanosil kasalliklaridir.

Mazkur o'quv qo'llanmasida jinsiy yaqinlik qilish paytida o'tadigan kasalliklardan ko'p tarqalganlari va diqqatga sazovorlari: zaxm va so'zak muhokama kilinadi. Shuningdek orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (SPID) to'g'risida qisqacha ma'lumotlar berildi.

TERINING UMUMIY TUZILISHI

Teri odam tanasini tashki tomondan qoplab turadigan a'zo hisoblanadi. U murakkab tuzilishga ega. Katta yoshdagi odam terisining umumiy yuzasi 1,5-1,6 m.kv.ni tashkil etadi. Terining qalinligi (teri osti yog' qavatidan tashqari) 0,5-1 mm dir. Teri odam tanasining ba'zi sohasida (og'iz, burun, orqa chikaruv teshigi, siydik yo'li va qin) asta-sekin shilliq qavatga aylanadi. Terining rangi quyidagilarga: tana sathining u yoki bu sohasidagi to'qimalarning turiga, qon tomirlari bilan ta'minlanish darajasiga, teridagi maxsus rang beruvchi modda - melaninning miqdoriga bog'liq. Teri sathida turli-tuman shaklga ega bo'lgan maydonchalar va pushtalarni kuzatish mumkin. Bu maydoncha va pushtalar terining u yoki bu sohasida katta yoki kichik,

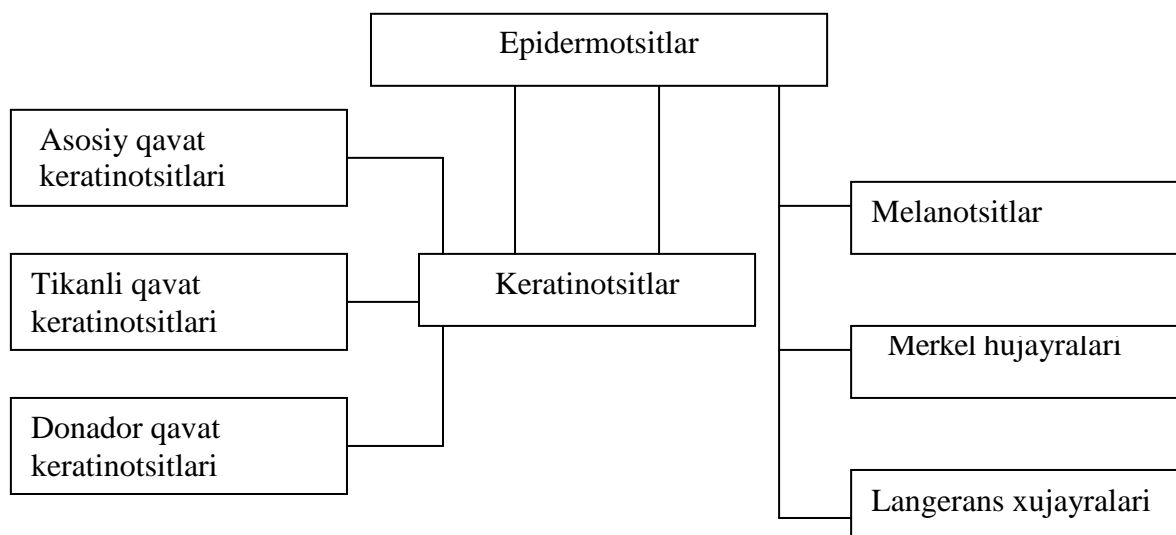
uzun yoki qisqa bo'lsa-da ma'lum bir yo'nalishda tortilgandir. Bu manzara qo'l va oyoq kaftlarida yaxshi va se-zilarli kuzatiladi. Ayniqsa qo'l kafti va oyoq kaftidagi yonma-yon yo'nalishga ega bo'lgan do'mboqcha va pushtalar har xil shaklda bo'lib, har kimda har xil bo'ladi. Shu tufayli ikki marta takrorlanmaydigan bu chiziqchalar va yo'nalishlar ba'zi odamlarni tanishda, ya'ni bir-biridan ajratishda muhim belgi hisoblanadi.

Odam tanasining deyarli barcha sohalarida teri soch bilan qoplangandir. Faqatgina terining ayrim joylaridan (qo'l kafti, oyoq kafti, labning qizil hoshiyasidan, zakar boshchasidan, katta va kichik jinsiy lablarning ichki yuzasidan) soch chiqmaydi.

Teri ikki asosiy qavatdan iborat: ustki qavat (epidermis-epidermis) va asl teri (derma-derma). Tuzilish jihatdan bir-biridan tubdan farq qiladigan terining bu ikki qavati bir-biri bilan chambarchas bog'langandir. Terining asl qavati hisoblangan dermaning ostida teri osti qavat (gipoderma-tela adiposa) joylashgan.

Terining ustki qavati (teri po'sti-epidermis) epiteliy to'qimasidan tashkil topgandir. Epidermis teri sathining turli sohalarida turlicha rivojlangan bo'lib, shu tufayli mazkur qavatning qalinligi turlichadir. Qo'l kafti va oyoq kaftida juda kalin, yuqori qovoqning terisida va jinsiy olatning qalpog'ida esa juda yupqa. Teri po'sti hujayralari epidermotsitlar deb ataladi. Mazkur hujayralarning asosiy qismi keratin moddasini ishlab chiqaradi, ya'ni terining po'st tashlashida ishtirok etadi, shu sababli keratinotsitlar deb ataladi. Epidermisda boshqa vazifalarni bajaruvchi hujayralar ham bor. Masalan, teriga rang beruvchi melanin moddasini ishlab chiqaruvchi melanotsitlar deb ataluvchi hujayralar; sezish vazifasini bajaruvchi Merkel hujayralari, fagotsitoz xususiyatiga ega bo'lgan Langergans hujayralari va boshqalar.

Epidermis - teri po'sti. Teri po'sti (epidermis) 5 qavatdan iborat. Agar bu qavatlarni pastdan yuqoriga qarab sanaydigan bo'lsak, eng ostki qavat - asosiy, o'suvchi qavat (bazal qavat-stratum basale) hisoblanadi. Bu qavat bir qator tizilgan tsilindrsimon (prizmatik) hujayralar dan iborat. Bu hujayralarni bir-biridan qisqa, ko'zga ko'rinmas yoriqsimon bo'shliqlar ajratib turadi. Bu hujayralarning tuxumsimon shakldagi yadrolari xromatin moddasiga boydir. Shu tufayli ularning yadrolari boshqa qavatlarda joylashgan hujayralarning yadrolaridan to'qroq bo'yaladi va mikroskopda yaqqol ko'zga tashlanib turadi. Asosiy (bazal) qavat o'suvchi qavat degan nomni bejiz olmagan. Chunki epidermisning ustki qavatlarida joylashgan hujayralar o'suvchi qavat hosilasidir, ya'ni teri po'stini tashkil etuvchi hujayralar bazal qavat hujayralarining bo'linib ko'payishi (mitoz) natijasida hosil bo'lgan.



Keratinotsitlar protoplazmasining yuqori qismida, yadro ostida melanin donachalari joylashgan. Oq tanli odamlarda melanin donachalari faqat bazal qavat hujayralarining protoplazmasi tarkibida kuzatiladi. Terisi bug'doy rang kishilarda esa bu modda tikanli qavat hujayralarida ham bo'ladi. Kora tanlilar terisi melanin moddasiga juda boy. Bu irqqa mansub odamlar terisining hatto donador qavat hujayralarida ham melanin donachalari kuzatiladi. Oq tanli kishilar terisi-

ning ba'zi sohalarida (ko'krak bezlari, moyak xaltasi - yorg'oqning terisi, tashqi chiqaruv teshigi atrofida) melanin donachalari tikanli qavat hujayralarida ham uchrashi mumkin.

Asosiy qavat keratinotsitlari orasida melanotsitlar joylashgan. Epidermis tarkibidagi melanotsit hujayralari birinchi marta 1917 yilda V. V1osh tomonidan kashf etilgan. Bu o'siqchasimon hujayralarning protoplazmasi melanin donachalari bilan to'lgan. Melanotsitlar o'z o'siqchalari (tarmoqlari) yordamida yonida joylashgan keratinotsitlar bilan bog'lanib turadi. Aslida teriga rang beruvchi modda-melanin pigmenti melanotsitlar ichida hosil bo'lib, o'z tarmoqlari orqali melaninni keratinotsitlarga o'tkazib beradi. Melanin moddasining hosil bo'lish jarayoni murakkab jarayondir.

Melanin DOFA - oksidaza fermenti ta'sirida 3,4-digidrooksifenilalanin (DOFA)dan hosil bo'lar ekan. Umuman olganda melanin tirozindan hosil bo'ladi, ya'ni tirozin (aminokislota) mis bilan bog'langan tirozinaza ta'siri ostida ultrabinafsha nurlar yordamida asta-sekin DOFAga aylanadi. DOFA esa o'z navbatida DOFA - oksidaza ta'sirida melaninga o'tadi. Bu jarayonni quyidagi shaklda tushuntirish mumkin:

DOFA - oksidaza

!

Tirozin (aminokislota) -DOF A+oqsil = melanin

!	!
Ultrabinafsha	Tirozinaza
nurlar	+
	mis

Melanin pigmentining hosil bo'lish jarayoni gipofiz bezida hosil bo'ladigan, melanin moddasi ishlab chiqarilishiga undaydigan modda (gormon) bilan idora etiladi. Shuningdek, melanin ishlab chiqarish adrenalini, noradrenalin, qalqonsimon bez va jinsiy bezlar gormonlari ta'sirida idora etiladi. Melanin moddasining ko'p yoki kam hosil bo'lishi quyosh nurlari aktivligiga ham bog'liq. Ana shu tufayli quyoshli mamlakatlarda yashovchi xalqlarning terisi qoramtir bo'ladi, shimoliy xalqlarning terisi oq bo'ladi. Ba'zi kimyoviy moddalar, masalan, furokumarin terida rang hosil bo'lishini kuchaytiradi. Vegetativ asab sistemasining simpatik bo'limini ta'sirlash, ya'ni aktivlashtirish-pigment hosil bo'lish jarayonini keskin susaytirib yuboradi, hatto melanin hosil bo'lishini butunlay to'xtatib qo'yadi. Melanin moddasining hosil bo'lishida ko'pgina vitaminlar, jumladan askorbin kislota muhim rol o'ynaydi.

O'suvchi qavatda joylashgan Merkel hujayralari son jihatidan keratinotsitlardan ancha kam bo'lsa-da, ulardan anchagina yirik. Bu hujayralarning tsitoplazmasi juda tiniq va bunda osmiofil donachalari mavjud. Merkel hujayralariga mielin moddasi bo'lmagan nerv tolalari jips holda ulangan. Shu sababli teri po'sti sezish xususiyatiga ham egadir. Teri po'stining bazal qavati ustida joylashgan navbatdagi qavati tikanli qavat (stratum spinosum) deb ataladi. Bunda 3-8 qator noto'g'ri va ko'p qirrali keratinotsit hujayralari mavjud. Tikanli qavat keratinotsitlari bir-biridan hujayralararo yoriq va ariqchalar bilan ajralib turadi. Biroq mazkur hujayralar sertarmok va shoxlangan bo'lib, ana shu «tikanli» shoxlar yonma-yon joylashgan hujayralar protoplazmasi ichiga kirib ketgandir. Shu yo'l bilan hujayralar jipsligi ta'minlanadi. Bu qavatning tikanli deb nom olishining sababi ana shunda. Tikanli qavat hujayralari bir-birlari bilan desmosomalar yordamida ham uzviy bog'langan. Desmosomalar ikki qo'shni hujayra elementlaridan tashkil topgan bo'lib, har bir desmosoma o'ziga ro'para joylashgan ikkinchi hujayra qobig'ining qattiqlashgan qismini mujassamlashtirgan. Tikanli qavat hujayralari teri po'sti yuzasiga yaqinlashgan sari o'z shaklini o'zgartirib, yassilashib boradi, ya'ni tikanli qavatning pastki qatorlarida joylashgan hujayralar kubsimon shaklda bo'lsa, uning ustki qatorlarida esa yassi epiteliy shaklida uchraydi. Tikanli qavat hujayralarining yadrolari yumaloq yoki pufaksimon bo'lib, xromatin moddasiga boy emas. Shuning uchun mazkur qavat hujayra yadrolari bo'yoqlarni o'ziga kam oladi, bo'yaganda och, rangpar bo'yaladi. Xujayra tsitoplazmasida kuzatiladigan tonofibril deb ataluvchi shoxsimon o'simtalar hech qachon bir hujayradan ikkinchisiga o'tmaydi, ular tsitoplazma qobig'ida tugallanadi.

Tikanli qavat keratinotsitlari orasida Langergans hujayralari ham joylashgan. Bu hujayralarning yadrosi oddiy bo'yoqlar bilan yomon bo'yaladi, ular bir qancha shoxlarga bo'linadigan sertarmoq hujayralar hisoblanadi. Tarkibida melanin pigmenti yo'q. Langergans hujayralari uzoq yillar davomida nerv hujayralarining maxsus turi deb hisoblangan. Chunki ular oltin bo'yoqlar bilan juda yaxshi bo'yaladi, hujayralarning bu xususiyati nerv hujayralariga ko'proq xosdir. Ba'zilar Langergans hujayralarini sobiq pigment hujayralari ham deb hisoblashadi. Keyingi tekshiruv va kuzatuvlarning ko'rsatishicha, bu hujayralar hujayralar fagotsitozida faol ishtirok etar ekan. Hozir Langergans hujayralarining teri immunitetidagi roli to'g'risida ma'lumotlar ko'payib bormoqda.

Donador qavat (stratum granulosum) tikanli qavatning eng yuqori qatorida joylashgan hujayralar bo'lib shakl jihatidan asta-sekin yassilashib sezilarsiz donador qavatga o'tib ketadiki, bu ikki qavat o'rtasidagi chegarani hamma vaqt ham aniqlab bo'lavermaydi. Umuman donador qavat 1-2 qator yassi - rombsimon epiteliy hujayralaridan iborat, terining ba'zi sohalarida (qo'l kafti, oyoq kafti) 3-4 qatorni tashkil etadi. Bu hujayralar bir-birlari bilan jips joylashgan, ularning yadrolari tikanli qavat hujayra yadrolariga nisbatan kichikdir. Donador qavat hujayralari tsitoplazmasi tarkibida keratogialin donalari mavjuddir, ular anilin bo'yoqlari bilan juda yaxshi bo'yaladi. Shu tufayli mikroskopda aniq ko'rinadi (donador qavat nomini ana shundan olgan). Keratogialin donachalari o'z tarkibiga ko'ra dezoksiribonuklein kislotaga (DIK) juda yaqindir. Donador qavat hujayralari protoplazmasida tonofibrillalar deyarli uchramaydi. Terining ba'zi sohalarida (yuz terisi, burmalar) donador qavat ko'pincha kuzatilmaydi!

Teri po'stining uch qavati (asosiy, tikanli va donador qavatlar) birgalikda o'suvchi yoki muallifi nomi bilan Malpigiy qavati deb nomlanadi. Hozirgi davrda Malpigiy qavati deganda bazal va tikanli qavatlar tushuniladi.

Yaltiroq qavat (stratum lucidum) donador qavat ustida joylashgan, u teri po'stining 4-qavati hisoblanadi. Bu qavat yadrosiz bir xil tuzilishga ega bo'lgan keratinotsit hujayralaridan, aniqrog'i eleidin moddasidan tuzilgan. Mazkur qavatda eleidin oqsil modasidan tashqari, glikogen va yog' moddalari (olein kislota, lipoidlar) ham bor. Eleidin qavati oddiy bo'yash usullari bilan bo'yalganda yaltiroq, tiniq shishasimon chiziq holida ko'rinadi, yaltiroq yoki shishasimon qavat nomi ana shundan olingan.

Shox qavat yoki muguz qavat (stratum corneum) teri po'stining eng ustki qavatidir. Bu qavat tashki muhit bilan bevosita aloqa qiladi, shu sababli doimo har xil omillar ta'sirida faollik ko'rsatadi. Muguz qavat qo'l va oyoqlarning ichki yuzasida, qorin sohasi, odam tanasining yon yuzalarida, ayniqsa tashqi jinsiy a'zolar terisida juda yupqadir. Qo'l kafti, oyoq kaftida esa anchayin qalin, ya'ni juda rivojlangan. Shox qavat hujayralarining soni tashqi ta'sirotlarning ko'p yoki kamligiga ham bog'liq. Teriga ta'sir etuvchi omillar qanchalik ko'p bo'lsa, muguz qavat shunchalik qalinlashadi. Bu hol fiziologik giperkeratoz deb ataladi. Muguz qavat yupqa va yadrosiz shox hujayralar yig'indisidan iborat. Muguzli po'stlar bir-biri bilan jips joylashgan. Shox tangachalar keratin deb ataluvchi muguzli (shox) moddadan iborat. Keratin-albuminga o'xshash oqsil modda bo'lib, oltingugurtga boydir, lekin tarkibida suv kam.

Asl teri - dermis. Asl teri qo'shuvchi (biriktiruvchi) to'qimadan iborat. Biriktiruvchi to'qima tolalari orasida kollagen, elastik va argirofil tolalar, shuningdek silliq mushak tolalari mavjud. Shuningdek mazkur to'qima tolalari orasidagi maxsus bir tuzilishga ega bo'lmagan amorf oraliq moddalar joylashgan. Bunday moddalarning diqqatga sazovori glikoaminoglikandir. Boshqacha qilib GAG (gialuron va xoidroitin-sulfat kislota) deyiladi. Asl teri hujayralari turli-tuman bo'lib, ular fibrotsitlar, gistiotsitlar, melanofaglar, fibroblastlar, limfotsitlardan iborat. Shuningdek plazmatik hujayralar, retikulyar va endotelial hujayralar, leykotsitlardan tuzilgan. Mana shu hujayralar va tolalarni bir-biri bilan biriktirib umumiy yagona to'qima hosil qilishda amorf oraliq moddalarning ahamiyati katta. Asl terida shartli ravishda ikki qavat farqlanadi:

- a) yuzaki - so'rg'ichsimon qavat (stratum papillare),
- b) chuqur - to'rsimon qavat (stratum reticulare).

Derma ma'lum sohalarida teri po'stiga kirib ketgan, bu hol mikroskopda so'rg'ichni eslatadi. Terining fiziologik giperkeratoz kuzatiladigan sohalarida so'rg'ichlar yaxshi rivojlangan, teri

burmalarida esa so'rg'ichlar unchalik yaxshi ko'rinmaydi. So'rg'ichsimon qavatda mayin va elastik, argirofil tolalar ko'proq joylashgan. Bu erda muqonolisaxaridlar ham to'rsimon qavatga nisbatan ko'p miqdorda. Aksincha, to'rsimon qavatda etuk rivojlangan fibroblastlar, kollagen tolalari ko'proq joylashgan. Kollagen tolalar to'plami, ular orasidagi elastik tolalar, turli-tuman hujayralar qon tomirlari (kapillyarlar) butun bir chigal to'rni eslatadi, to'rsimon qavat nomi ana shundan olingan.

Teri po'sti (epidermis) va asl teri (derma)ning orasida ko'zga ko'rinar-ko'rinmas yupqa parda joylashgan. Bu parda asosiy membrana (membrana basilaris) deyiladi. Bazal parda diqqat bilan kuzatilganda, unda o'suvchi qavat hujayralarining barmoqsimon o'simtali va argirofil tolalardan iborat chigal to'rni ko'rish mumkin. Ana shu o'simtalar va tolalar yig'indisi maxsus pardani, ya'ni bazal membranani hosil qiladi. Keyingi yillarda asosiy pardaga ko'p e'tibor berilmoqda. Teri po'sti hujayralarini, xususan bazal qavat hujayralarini oziq moddalar bilan ta'minlash ham ana shu asosiy parda orqali amalga oshiriladi. Bazal parda gisto-kimyoviy tuzilishi jihatdan xondroitin-sulfat kislotasi, shuningdek lipidlar va mukopolisaxaridlardan tuzilgan. Terida kuzatiladigan u yoki bu kasalliklarning shakllanishi asosiy pardaning biologik holatiga ham bog'liq.

Teri osti yog' qavati (hypoderma). Teri osti yog' qavati turlicha rivojlangan. Qorin va dumba sohasida ularning qalinligi bir necha santimetr ga etadi. Yog' to'qimalari o'zining mayinligi bilan terini tashqi ta'sirotlardan himoya qiladi. Mazkur qavat asl teri bilan uzviy bog'langandir. To'rsimon qavat kollagen tolalari qalin bog'lamlar hosil qilib, teri osti yog' qavati ichiga kirib borgan. Ular yog' qavati bag'rida keng bog'lamlar to'rlar hosil qiladi, bu bog'lamlarning ichi yog' hujayralari bilan to'lgandir. Yog' hujayralari sharsimon shaklga ega, ularning tuxumsimon yadrolari hujayra tsitoplazmasining chetida joylashgan.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va bog'cha yoshigacha bo'lgan bolalarning teri osti yog' qavati yumshoqligi va yog' bo'lakchalarining ko'pligi bilan kattalarnikidan farq qiladi. Gipoderma og'irligining tana og'irligiga nisbati bolalarda kattalarnikiga nisbatan 5 marta ko'pdir. Bolalarda yog' hujayralarining tsitoplazmasi ko'piksimon oppoq bo'lib, yadrosi katta bo'ladi. Yog' hujayralari tarkibidagi stearin va palmitin yog' kislotalarining miqdori kattalarnikidan ko'p, olein yog' kislotasining miqdori esa kamdir.

Teri bezlari. Teri yog' va ter bezlariga boydir. Yog' bezlari (glandulae sebaceae) terining barcha sohasida joylashgan, faqat qo'l kafti va oyoq kaftida yo'q. Yog' bezlari va soch tolasini yonmayon joylashgandir, ularning yog' chiqaruv teshigi soch tolasining tanasiga ochiladi. Terining ma'lum sohasidagina (labda, zakar boshchasida, kichik jinsiy lablarda, ko'krak bezlarining so'rg'ichlarida) yog' bezlarining alohida tashqi chiqaruv teshigi bo'lib, teri yuzasiga ochiladi. Bitta soch tolasining atrofida 6-8 tagacha yog' bezlari joylashgan bo'lishi mumkin. Yog' bezlari morfologik tuzilishi jihatidan oddiy alveolyar bezlar qatoriga kiradi. Bezlarning tanasi biriktiruvchi to'qimali qavatdan iborat, ularning eng tashqi qobig'i bir qator tuzilgan prizmatik epiteliydan tashkil topgan. Alveolyar hujayralarning markaziy qismi yog' bilan to'lgan. Yog' bezlarining tashqi chiqaruv yo'llari ko'p qavatli epiteliy hujayralari bilan qoplangan.

Bolalar terisi kattalarnikiga nisbatan yog' bezlari bilan ko'proq ta'minlangan. Ularda bezlarning hajmi ham kattaroq. Ayniqsa yuz terisida, boshning sochli qismida, jinsiy a'zolar sohasida bezlar juda ko'p. Bolalarda yog' bezlarining faoliyati ham kattalarnikidan kuchliroqdir. Shu sababli ularda turli-tuman yallig'lanish jarayonlari ko'proq kuzatiladi. Bolaning yoshi kattalashgan sari yog' bezlarining faoliyati susaya boradi, ma'lum bir qismi bujmayib o'z ishini butunlay to'xtatadi.

Ter bezlari (glandula sudoriferae)ning soni 3,5 milliongacha etadi. Odam terisining barcha sohalari ter bezlari bilan to'lgan. Jinsiy olat boshchasida, kichik jinsiy lablarning tashqi yuzasidagina ter bezlari uchramaydi.

Ikki xil ter bezlari farqlanadi: ekkrin va apokrin ter bezlari. Ter bezlarining ko'p qismi ekkrin bezlari hisoblanadi, ya'ni bu bezlarning hujayralari o'z faoliyatlari natijasida nobud bo'lmaydi. Apokrin bezlari hujayralarining ma'lum qismi ter ishlab chiqargach, nobud bo'ladi. Apokrin bezlari hajmi jihatdan ekkrin bezlaridan kattadir. Shuningdek ularning ter chiqaruv yo'llari xuddi

yog' bezlari singari soch tolasining tanasiga ochiladi. Apokrin bezlari ma'lum sohalarda: qo'ltiqda, orqa chiqaruv teshigi atrofida, ko'krak bezlarining so'rg'ichlari atrofida, katta jinsiy lablarning terisida joylashgan. Ularning ish faoliyati jinsiy bezlar faoliyati bilan bog'liqdir. Shu tufayli ularning faoliyati balog'atga etish davrida boshlanadi. Jinsiy aloqa paytida ter ishlab chiqarish xususiyati kuchayadi. Ter bezlari asl terining eng pastki qatlamlarida, teri osti yog' qavatining yaqinida joylashgan. Shu sababli ularning ter chiqaruv yo'llari uzun bo'lib, asl teri va teri po'sti orqali o'tadi.

Sochlar. Sochlar (pilus) turli-tuman bo'lib, bola hali ona qornidagi paytidayoq o'sib chiqadi. Bu birlamchi sochlar deb ataladi. Birlamchi sochlar bola tug'ilmasdan yoki tug'ildandan so'ng ko'p o'tmasdan tushib ketadi. So'ngra ikkilamchi, ya'ni doimiy sochlar chiqadi. Doimiy sochlar ikki turga bo'linadi: uzun va mayin sochlar. Uzun sochlar qo'ltiq ostida, qov sohasida, tashqi jinsiy a'zolar terisida, yuz terisida chiqadi, boshning sochli qismida, qo'l va oyoqlarda ko'p o'sadi. Mayin sochlar balog'atga etish davrida o'sa boshlaydi.

Teri quyidagi vazifalarni bajaradi:

- a) himoya vazifasi - turli-tuman ta'sirotlardan saqlash;
- b) issiqlikni idora etishda qatnashadi;
- v) chiqaruv vazifasi (ter va yog'ni teri sathiga chiqaradi. Yod, brom va boshqa zaharli moddalarni tashqariga chiqaradi);
- g) tashqi sezgilarni (og'riq, harorat, bosim va hokazo) bosh miyaga etkazadi;
- d) singish (shimish) vazifasi, ya'ni turli-tuman kimyoviy moddalarning teri orqali so'rilishini amalga oshiradi;
- e) nafas olishda qatnashadi;
- yo) moddalar (keratin, melanin, mineral tuzlar, vitamin V, A, S) almashinuvida ishtirok etadi.

TERINING TOSHMA ELEMENTLARI

Dermatozlar va tanosil kasalliklari diagnostikasi teri va shilliq qavatlarda kuzatiladigan turli-tuman o'zgarishlar natijasida hosil bo'ladigan toshmalar (mor-fologik elementlar)ga asoslanadi. Mazkur toshmalar dermatovenerologiyaning alifbosidir, bu alifbodagi har bir harf morfologik elementlardir. Toshmalarning turi, soni, xarakteri, joylashish tartibi, ko'p uchraydigan sohalari u yoki bu dermatologik tashxis qo'yishni taqozo qiladi. Kasalliklar diagnostikasida jami o'n sakkiz element (sakkizta birlamchi va o'nta ikkilamchi) ishtirok etadi. Kasallik keltirib chiqaruvchi agent (sabab) larning ta'siri natijasida yuzaga chiqadigan teridagi birlamchi o'zgarishlar birlamchi toshmalar deb ataladi. Shu sababli birlamchi toshmalargina kasallikning turini, tabiatini aniqlash imkonini beradi. Birlamchi toshmalar terida birlamchi paydo bo'lishi bilan birga ikkilamchi toshmalarning shakllanishiga sababchi bo'ladi; Ikkilamchi toshmalar birlamchi toshmalar paydo bo'lgan-dan so'ng, ularning rivojlanishi (evolyutsiyasi) oqibatida hosil bo'ladi. Shunday ekan, ikkilamchi elementlar kasallikning kechish jarayonini (zo'rayishi yoki susayishini) ko'rsatadi.

Birlamchi elementlarga quyidagilar kiradi:

1. Dog' (masula) - teri rangining o'zgarishi, bunda terining qattiq-yumshoqligi va sathi o'zgarmaydi. Dog'lar yallig'langan (rozeola, eritema) va yallig'lanmagan (pes dog'lar, norlar, sepkil) bo'lishi mumkin.
2. Tuguncha (raru1a) - ho'jayralarning bo'linib ko'payishi natijasida hosil bo'ladigan qattiq toshma. Kattaligi jihatidan miliar, lentikulyar, nummulyar va yassi bo'ladi.
3. Do'mboqcha (tuegsulum) - yallig'lanish maddasining shakllanishidan hosil bo'lgan toshma. Toshmaning so'rilishi oqibatida chandiq yoki dog' qoladi.
4. Tugun (nodus) - terining chuqur qavatlarida hosil bo'ladigan o'smasimon qattiq element. Teri sathidan hamma hollarda bo'rtib chiqavermaydi.
5. Qavarchiq (urtica) -teri sathidan bo'rtib, qavarib chiqadigan chegaralangan toshma. Yuzasi tekis va silliq, qichishish bilan kechadi.
6. Pufak (bulla) - epidermis va uning tagida suyuqlik to'planishi natijasida hosil bo'ladigan bo'shliqli element. Pufak muguz qavat ostida (subkorneal), tikanli qavat bag'rida

(intraepidermal) va asl terida (subepidermal) joylashishi mumkin. Kichigi no'xatday, kattasi tuxumday keladi.

7. Pufakcha (vezisula) - tarkibida seroz yoki qonli suyuqlik saqlaydigan kichik bo'shliqli toshma. Eng katta pufakcha tariqdek bo'ladi. Pufakcha asosan yallig'langan dog'lar sathida toshadi.

8. Yiringcha (rustula)-tarkibida yiring saqlaydigan bo'shliqli element. Yiringcha bo'shlig'i epidermisda hosil bo'ladi. Joylashish tarziga qarab yuzaki, chuqur va follikulyar yiringchalar farqlanadi.

Teri toshmalari faqat bir turdagi birlamchi elementlardan tuzilgan bo'lishi mumkin. Bunga monomorf toshma deyiladi (masalan, qo''busdagi tugunchalar). Toshmalar turli-tuman birlamchi elementlardan iborat bo'lsa, polimorf toshma deb ataladi. Masalan, gushda eritema, tuguncha, pufakcha va yiringcha kuzatiladi. Agar toshma tarkibida birlamchi element bilan birga bir necha ikkilamchi elementlar kuzatilsa, soxta polimorfizm deb atash lozim. Pufakli epidermolizda pufaklar bilan qaloq, shilinish va pigmentli dog'larning uchrashi bunga misol bo'ladi.

Ikkilamchi toshma elementlariga quyidagilar kiradi: 1. Pigmentli dog'lar (pigmentatio) - giperpigmentli va gipopigmentli bo'ladi. Giperpigmentli dog'lar ko'pincha birlamchi (tuguncha, pufakcha, pufak, yiringcha) va ikkilamchi (yoriq, eroziya) toshmalarning o'rnida melanin pigmenti to'planishi natijasida hosil bo'ladi. Gipopigmentli dog'lar esa qipiqlanuvchi dog'lar va tugunchalarning so'rilishi natijasida paydo bo'ladi. Bunday dog'lar soxta leykoderma deb ataladi (kepaksimon temiratkida, qo''busda).

2. Qipiq (squama) - teri sathidan ko'chib tushadigan, g'ovaklashgan muguz qavatning tangachasimon hujayralaridir. Rangi oqimtir, sarg'ish, kulrang, jigarrang bo'lishi mumkin. Kattaligiga qarab unsimon, kepaksimon, tangachasimon va bargsimon bo'ladi.

3. Qaloq (sgusta) - bo'shliqli elementlar pardasining va ulardan ajralib chiqqan suyuqlikning qurishi natijasida hosil bo'ladi. Birlamchi toshmaning xarakteriga qarab seroz, yiringli, gemorragik qaloklar farqlanadi. Shu sababli ularning rangi sariq, yashil, qizil, qora bo'lishi mumkin.

4. Bichilish, nuqson (egosio)-terining yuzaki nuqsoni. Asosan pufak, pufakcha va yiring pardalarining yirtilishi natijasida ularning o'rnida hosil bo'ladi. Eroziyalarda nuqson chuqurligi epidermisdan pastga o'tmaydi, ana shu sababli chandiqsiz bitadi.

5. Yoriq (fissura) - terining chiziqsimon nuqsoni. Ko'pincha teri elastikligining yo'kolishi natijasida hosil bo'lib, burmalar sohasida ko'proq kuzatiladi. Yorik chuqurligi epidermis qalinligida (g'zziga) va dermagacha kirib borishi mumkin. Shuning uchun yuzaki yoriqlar izziz, chuqurlari esa chandiqlanish yo'li bilan bitadi.

6. Tirnalish, shilinish (exsoriatio) - tirnalish, qashinish va boshqa jarohatlar oqibatida teri butunligining buzilishi. Terining tiralgan joylari yuzaki(epidermisda) va chuqur (dermada) bo'lishi mumkin.

7. Yara (ulcus) - teridagi chuqur nuqson. Ba'zan nuqson chuqurligi teri osti yog' qavati, mushak qavati va hatto suyaklargacha etib borishi mumkin. Ular birlamchi elementlar (do'mboqcha, tugun, chuqur yiring) to'qimalarining chirishi natijasida hosil bo'ladi. Yaralar barcha hollarda chandiqlanish yo'li bilan bitadi

8. Chandiq (sicatrix) - biriktiruvchi to'qima elementlaridan iborat tuzilma. Chandiq teridagi chukur nuqsonlarning bitishi natijasida shakllanadi, Chandiqning hosil bo'lishi o'sha sohada joylashgan ter va yog' bezlari, soch tolasi, tomirlar va elastik tolalarning nobud bo'lishi bilan kechadi. Gipertrofii va atrofik chandiklar farqlaiadi.

9. Yag'irlik (lichenificatio) - teri ko'rinishi kuchaygan o'choq, bunda teri qalinlashadi, qattiqlashadi, quriydi va giperpigmentatsiyaga uchraydi. Ko'pincha burmalar sohasida (tirsak, tizza, chov, bo'yin) kuzatilib, qichishish bilan kechadi.

10. O'sish, rivojlanish, kurtaklanish (vegetationes)- terining so'rg'ichsimon kalinlashishi. Ko'pincha yallig'lanish oqibatida dermaning so'rg'ichsimon va epidermis tikanli qavatining o'sishi natijasida shakllanadi. Ular asosan tuguncha va yara sohalarida paydo bo'lib, qonashi va shilinishi mumkin.

Zaxm yuqumli kasallik bo'lib, uni rangpar treponemalar keltirib chiqaradi (1905 y.). Okish treponemalar (*Treponema pallidum*) asosan JINSIY yo'l bilan yuqqanligi tufayli tanosil kasalliklari qatoriga kiradi. Zaxm Ovrupoda «sifilis» deb ataladi. Oqish treponemalar mikroskop ostida spiralsimon ip shaklida ko'rinadi. Uning 8 tadan 13 tagacha o'ramlari bo'lib, bu o'ramlarning shakli, uzunligi va qalinligi bir xildir. Spirosetalar o'ziga xos harakatlanish xususiyatiga ega. Ular ilgari lama, turtkisimon, mayatniksimon, to'lqinsimon harakatlanadi, shuningdek o'z o'qi atrofida xam aylanma harakat qiladi. Bu harakatlar ma'lum tartib bilan bir tekisda amalga oshiriladi (valsiga o'xshash harakat). Oqish treponemalarga xos yuqorida bayon etilgan shakl va xususiyatlar ularni saprofit treponemalardan ajratishda amaliy yordam beradi. Ko'pincha og'iz bo'shlig'ida yashovchi saprofit spirosetalar qo'pol shaklga ega bo'lib, o'ramlarining soni kam, yo'g'on va notekis bo'ladi. Shuningdek saprofitlar ko'pincha tez va tartibsiz urchuqsimon harakat qiladi (buni tvistsimon harakat deyiladi).

Oqish treponemalar tashqi muhitda, organizmdan tashqarida, tez nobud bo'ladi. Ayniqsa biologik suyuqliklarning suvsizlanishi ularni qisqa muddat ichida qirilib ketishiga sabab bo'ladi. Tarkibida oqish treponemalar bo'lgan suyuqliklar 60°gacha qizdirilganda 15 daqiqa mobaynida, 100°gacha qizdirilganda o'sha zahotiyoq nobud bo'ladi. Turli-tuman kimyoviy moddalar (fenol, margimush, simob eritmalari va kislotalar) ta'sirida xam tezda nobud bo'ladi. Biroq rangpar treponemalar past haroratga nisbatan chidamli bo'ladi. Jumladan, namli muhitda 12 soatgacha yashashi mumkin. Alohida ishlov berilgan (qonservatsiya deb ataladi) donorlar qonida zaxm qo'zg'atuvchilari 3-6 kungacha tirik saqlanib qolishi va patogenlik xususiyatini yo'qotmasligi mumkin.

Rangpar treponemalarni oziq muhitlarda ekib o'stirish uchun murakkab sharoit (maxsus oziq muhitlar, anaerob sharoit) talab qilinadi. Shuningdek maxsus oziq muhitlarda ekib o'stirilgan spirosetalar o'zlarining morfologik va patogenlik xususiyatlarini yo'qotadi.

Rangpar treponemalar elektron mikroskop ostida (N. M. Ovchinnikov, V. V. Delektorskiy) ilonni yoki yomg'ir chuvalchangini eslatadi. Shuningdek ularning uch qavatli qobig'i borligi aniqlangan. Ayniqsa ularning tashqi qavati juda rivojlangan bo'lib, antibiotiklarning hujayra tsitoplazmasiga o'tishiga to'sqinlik qiladi. Treponemalar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Noqulay sharoitlarda (yuqori harorat, antibiotiklar ta'siri, antagonist mikroorganizmlar) tsista hosil qilib, o'zini himoya qilish xususiyatiga ega, yoki L-shakliga, yoriqsimon va ipsimon shakllarga kirishi mumkin. Bunday notipik shakllarda ular uzoq muddat, yillar davomida saqlanishi mumkin. Bunday hollarda bemor organizmi bilan spirosetalar o'rtasida vaqtinchalik shartli «muvozanat» hosil bo'ladi. Ammo bemor organizmi qarshilik ko'rsatish qobiliyatining pasayib borishi, boshqa kasalliklarning qo'shilishi spirosetalarning qaytadan spiralsimon patogen shakllarga aylanishiga (reversiya deb ataladi) sharoit yaratib beradi. Shuningdek kasallik yuqqandan so'ng zaxm jarayoni hech qanday belgilersiz uzoq muddat yashirin kechishi mumkinligi amalda isbot etilgan.

Ma'lumki, rangpar treponemalarning tsista shakllari ham antigenlik xususiyatiga egadir. Demak, ularga nisbatan hosil bo'lgan qarshi tanachalar serologik reaksiyalarning musbat natijalar berishiga olib keladi. Bu tadbir yashirin kechayotgan zaxmni aniqlashga yordam beradi.

Laboratoriya tekshiruv usuli. Tekshirilayotgan biologik suyuqlik va zaxm toshmalaridagi spirosetalarni qidirib topish qorong'ilashtirilgan ko'rish maydonida amalga oshiriladi. Bu Tindal fenomeniga asoslangan. Rangpar treponemalar anilin bo'yoqlarni o'ziga yomon qabul qiladi, ba'zan bu bo'yoqlar bilan umuman bo'yalmaydi. Zaxm qo'zg'atuvchilarining rangpar yoki oqish treponemalar deb atalishi bejiz emas. Bundan tashqari, spirosetalar bo'yalganda ular nobud bo'lib, muhim farqlovchi belgi, ya'ni o'ziga xos harakat turlarini kuzatish imkoni bo'lmaydi. Bu hol patogen spirosetalardan saprofit spirosetalarni ajratish imkoniyatidan mahrum etadi. Shu sababli zaxm qo'zg'atuvchilari tirik holatlarda tekshiriladi. Buning uchun mikroskopning qondepso-riga qora qogoz qo'yilib, ko'rish maydoni qorong'ilashtiriladi va yon tomondan yorug'lik nuri beriladi. Tekshirish uchun zaxm toshmalaridan bir - ikki tomchi to'qima suyuqligi (serum deb ataladi) olinib, predmet (buyum) oynasiga tomiziladi, so'ngra bir-ikki tomchi fiziologik eritma tomizilib spirosetalarning harakatlanishi uchun qulay sharoit yaratiladi.

Tekshirilaetgan suyuqlik qoplagich oynacha bilan yopilib mikroskop stol-chasiga qo'yiladi. Tegishli yorug'lik va kattalashtiruvchi uskunalar yordamida ko'rish maydoni topilgach, spiroxetalarni qidira boshlanadi. Qorong'i ko'rish maydonida rangpar treponemalar kumush rangda jilvalanadi. Bordi-yu dastlabki laboratoriya tekshiruvlarida treponemalar topilmasa, izlanish bir necha bor takrorlanadi.

Takroriy tekshiruvlar paytida tekshirilayotgan toshmalar yuzasi izotonik eritma yordamida 24 soat davomida namlanib turiladi. Tekshirilayotgan toshmalarda zaxm qo'zg'atuvchilari topilmasa, limfa tugunlarining punktati - to'qima suyuqligi tekshiriladi.

Zaxmning yuqish yo'llari. Kasallik quyidagi yo'llar bilan bemordan sog'lom kishiga o'tadi:

1. Jinsiy yo'l - jinsiy aloqa paytida zararlanish. Bunga jinsiy a'zolar ishtirok etadigan yaqinlikning barcha turlari kiradi. Bemor jinsiy a'zolarida joylashgan toshmalarda rangpar treponemalar ko'p miqdorda bo'ladi.

2. Nojinsiy yo'l:

a) jinsiy a'zolar ishtirokisiz yaqinlik qilish

(o'pishish, to'shakda birga yotish);

b) qon orqali yuqish (zaxmga chalingan bemorlarning qoni quyilganda);

v) kasbga aloqador zararlanish (tibbiy xodimlarning ehtiyotsizligi tufayli muolaja paytida kasallik yuqtirishlari);

g) maishiy yo'l bilan yuqish (turmush anjomlaridan umumiy foydalanish natijasida).

Zaxm kasalligining yuqish sharoitlari. Zaxmga uchragan bemorlar bilan yaqinlik qilish kasallik yuqtirish degan so'z emas. Zaxm qo'zg'atuvchilarini sog'lom kishiga o'tishi uchun quyidagi shartlar mavjud bo'lishi lozim;

1) teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishi. Zaxm kasalligi bor bemorlar bilan jinsiy va boshqa turdagi aloqa bo'lganda terining butunligi buzilishi mumki. Shuningdek, teri va shilliq qavatlarda "turli-tuman yara-chaqalar"ning bo'lishi zaxm qo'zg'atuvchilarining terining chuqur qavatlariga kirib borishi uchun shcharoit yaratadi. Rangpar treponemalar sog'lom teridan o'ta olmaydi.

2) «yangi» organizmga o'tgan spiroxetalar miqdorining ko'pligi. Ma'lumki, teri orqali o'tgan rangpar treponemalar organizmning fagotsitar qarshiligiga uchraydi. Agar yuqqan spiroxetalar miqdori kam bo'lsa, ularning barchasi makrofaglar tomonidan nobud etiladi. Ko'p miqdorda o'tgan spiroxetalarni himoyachi hujayralar eplay olmaydi, oqibatda ular qonga o'tib ko'paya boshlaydi.

3) spiroxetalar virulentlik darajasining yuqori bo'lishi. Fagotsitlar «jangi»da patogenlik darajasi yuqori bo'lgan spiroxetalargina g'olib chiqadi. Turli-tuman antibiotiklar ta'sirida zaiflashgan treponemalar miqdori ko'pligiga qaramasdan makrofaglar tomonidan qirib yuboriladi. Davolanayotgan zaxmli bemorlar bilan jinsiy yaqinlik qilinganda kasallikning ko'pincha yuqmaslik sababi xam ana shunda.

4) makroorganizm immunobiologik holatining keskin pasayishi. Turli kasalliklar bemor organizmining qarshilik ko'rsatish qobiliyatini pasaytirib yuboradi, jumladan, fagotsitlar aktivligini susaytiradi. Bu hol organizmni kasallik yuqtirishga moyil qilib ko'yadi.

Zaxmdan davolangan bemorlarda orttirilgan immunitet vujudga kelmaydi, shuningdek ularda tug'ma immunitet ham rivojlanmaydi. Zaxm kasalligi ikki, hatto uch marta qayta yuqishi (reinfektsiya deyiladi) mumkin.

Zaxm organizmda mavjud bo'lgan davrda vaqtinchalik immunitet hosil bo'ladi. Zaxm bilan kasallangan bemorlar kasallikning ma'lum davrlarida qo'shimcha zararlanishlari, ya'ni bemor organizmiga treponemalarning yangi shtamlari tushishi mumkin (superiifektsiya deb ataladi). Qo'shimcha kasallik yuqqanda paydo bo'ladigan zaxm belgilari bemor organizmida ketayotgan zaxm jarayoni qaysi davrga to'g'ri kelganligiga bog'lik, Masalan qo'shimcha zararlanish zaxmning yashirin davriga birlamchi zaxmning dastlabki kunlariga navbatma-navbat yangi qattiq yaralarning paydo bo'lishiga olib keladi. (ulcera indurata succentruata). Ikkilamchi yashirin zaxm davrida qo'shimcha spiroxetalar tushsa, bemor terisida ikkilamchi zaxm belgilari (tuguncha va dog') paydo bo'lishiga olib keladi. Shu sababli venerologning ish faoliyatida superinfektsiyani

reinfeksiyadan, shuningdek, superinfeksiyani kasallikning qaytalanishidan ajratish qiyin bo'ladi.

ZAXMNING UMUMIY KECHISHI

Zaxm yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi. Barcha yuqumli kasalliklar singari zaxmning kechishi davrlarga bo'linib tsiklik o'zgarishlar bilan bo'ladi. Ortirilgan va davolanmagan zaxmning kechishida davrlarning almashinib turishi kuzatiladi. Zaxm ma'lum bir davrning boshqa davr bilan ashinishi ma'lum qonuniyatlar asosida boradi, buni frantsuz sifilidologi F. Rikor isbotlab bergan. Ana shunga binoan zaxmning to'rt davri: inkubatsion, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlari farqlanadi. Rikorning fikricha, yuqorida sanab o'tilgan davrlarning navbatma-navbat tartib bilan almashinuvi shartdir. Masalan, birlamchi zaxm belgilari kuzatilgan bemorda uchlamchi zaxm belgilari namoyon bo'lishidan avval albatta ikkilamchi zaxm simptomlari kuzatilishi shart. Mazkur qonuniyat faqat orttirilgan va davolanmagan zaxmga tegishlidir.

Zaxmning inkubatsion (yashirin) davri rangpar treponemalar organizmga tushganidan to aniqlanguncha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi, u o'rta hisobda bir oyni tashkil etadi. Eng qisqa yashirin davr 2 haftadir, bu hol organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyati keskin pasayib ketgan bemorlarda (og'ir yuqumli kasalliklar, sil, qand kasalligi, jarrohlik muolajalaridan so'ng va hokazo) kuzatiladi. Yashirin davrning qisqarishi treponemalarning darajasi va miqdoriga ham bog'liq. Yashirin davr cho'zilib ketishi organizmga yuborilgan antibiotiklar va boshqa treponemotsid dorilarga bog'liq. Antibakterial moddalar bemor organizmiga qanchalik ko'p yuborilgan bo'lsa, yashirin davr ham shunchalik cho'ziladi. Amaliy sifilidologiyada yashirin davrning maksimal uzayish muddati uch oy deb qabul qilingan. Agar kasallik yuqish xavfi aniqlangan kundan uch oy mobaynida qattiq yara hosil bo'lmasa va klassik serologik reaksiyalar manfiyligicha qolsa, tekshirilayotgan shaxs sog'lom hisoblanadi.

Birlamchi zaxm (syphilis primaria) o'rta hisobda 6-8 hafta davom etadi. Bu davrda teri va shilliq qavatlarining ma'lum sohaslarida, ko'pincha jinsiy a'zolar sohasida qattiq yara hosil bo'ladi, shuningdek limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Qattiq yara (birlamchi sifiloma) hosil bo'lgandan so'ng 2-3 hafta mobaynida KSR (VR, KR, ZVR) manfiy natijalar beradi. Bu davr birlamchi seromanfiy zaxm (syphilis 1 seronegativa) deb yuritiladi.

So'ngra serologik reaksiyalar, jumladan Vasserman reaksiyasi musbat natijalar beradi, bu davrga birlamchi seromusbat zaxm (syphilis 1 seropositiva) deyiladi. Zaxmning birlamchi davrining seromanfiy (negativ) va seromusbat (pozitiv) zaxmlarga bo'linishi faqatgina Vasserman reaksiyasining natijasiga bog'liq. Zero birlamchi zaxmning bu ikkala davrida qattiq shankr va limfadenitdan boshqa belgilar kuzatilmaydi. Ko'pincha qattiq shankr paydo bo'lgandan so'ng 1 hafta o'tar-o'tmas o'sha sohadagi limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi (regionar limfadenit deb ataladi). Zaxmning birlamchi davri oxiriga kelib qattiq shankrdan uzoqda joylashgan limfa tugunlarini ham paypaslash imkoni yaratiladi. Aniqrog'i, regionar limfa tugunlarigina emas, balki bir necha guruh limfa tugunlari ham paypaslana boshlaydi. Bu hol poliadenit deyiladi.

Birlamchi manifest (belgili) zaxmdan so'ng birlamchi yashirin zaxm keladi. Ko'pchilik hollarda kasallik hech qanday yashirin davrsiz ikkilamchi zaxmga o'tadi. Teri va shilliq qavatlarda turli-tuman toshmalar (ko'pincha dog'lar va tugunchalar, ba'zan yiringcha va pufakchalarning) paydo bo'lishi zaxmning ikkilamchi davri (syphilis sekundaria) boshlanganidan guvohlik beradi. Ikkilamchi zaxm belgilari dastlab namoyon bo'lganda unga ikkilamchi yangi zaxm (syphilis II recens) nomi beriladi. Mazkur belgilar ko'pi bilan 2-3 oy mobaynida hech qanday davo choralarisiz yo'qoladi, bunda hatto iz ham qoldirmaydi. Bu davr ikkilamchi yashirin zaxm (syphilis II latens) deb nomlanadi. Yuqorida qayd etilgan toshmalarning takroriy namoyon bo'lishi (ayniqsa, tugunchalar va dog'larning) ikkilamchi qaytalanган zaxm (syphilis II recidiva) deb yuritiladi.

Zaxmning ikkilamchi davri 2-3 yil, ba'zan 5-6 yil davom etadi. Shu orada toshmalar bir necha marta qaytalanishi mumkin. Bunda toshmalar miqdori kamayib boradi, hajmi esa

kattalashaveradi. Terining ma'lum sohalarida to'planib guruh bo'lib joylashadi, bunda har xil shakllar (yoy, halqa, taqa va hokazo) paydo bo'ladi.

Zaxmning uchlamchi davri (syphilis tertiaria) kasallik yuqqandan so'ng, kamida 3-5 yil o'tgandan so'ng rivojlanadi, ba'zan (davo choralari o'tkazilmaganligiga qaramasdan) uzoq yillardan so'ng shakllanadi. Uchlamchi zaxmga aloqador toshmalar (tugunchalar va do'mboqchalar) faqatgina teri va shilliq qavatlarda joylashibgina qolmasdan, balki ichki a'zolarida, asab sistemasi, suyak va bo'g'imlarni ham zararlaydi. Uchlamchi zaxm belgilari teri va shilliq qavatlari chetlab o'tib, birinchi navbatda ichki a'zolarida va asab sistemasida ko'rinishi mumkin. Zaxmning dastlabki (erta) davrlarida davolanmagan barcha bemorlarda uchlamchi zaxm belgilarining paydo bo'lishi shart emas (bu hol tegishli mavzularda bayon etiladi). Zaxm jarayonining bir davrdan ikkinchisiga o'tish tezligi organizmning immunobiologik qobiliyatiga, jumladan, hujayralarning ahvoliga, ularni zaxm qo'zg'atuvchisi bilai o'zaro munosabatiga, shuningdek qator tashqi va ichki omillarga bog'liq. Bu omillar ichida bemorning yoshi, turmush va mexnat sharoitlari, bemorda kuzatilgan boshqa kasalliklar muhim rol o'ynaydi.

Biz yuqorida orttirilgan va davolanmagan zaxmning kechishida zaxm davrlarining navbat bilan biridan ikkinchisiga o'tishi shart ekanligini ta'kidlagan edik. Biroq oxirgi qariyb 20 yillik kuzatuvlar (M. V. Milich, 1968) zaxm jarayonidagi davrlar almashinuvi hamma vaqt ham ma'lum qonuniyat asosida kechmasligini ko'rsatdi. Qator bemorlarda zaxm kasalligi yuqqandan so'ng belgisiz (simptomsiz) kechishi mumkin va bunday belgisiz kechish uzoq yillar davom etishi mumkin. Keyingi yillarda sifilidologiya bo'limlarida zaxmning kechikkan turlari bilan davolanayotgan bemorlarning ko'pchiligi (70-90%) o'z kasalliklari tarixini hikoya qilayotganlarida, yoshligida zaxm bilan og'rimaganliklari-rini ta'kidlamoqdalar. Ular teri va shilliq qavatlarida umr bo'yi hech qanday toshmalar kuzatmaganligini isbotlashga urinmoqdalar. Bu hol zaxmning uzoq yillar mobaynida simptomsiz kechishi mumkinligini ko'rsatmoqda. Keyingi yillarda ochilgan kashfiyotlar, serologik fanida aniqlangan yangiliklar bu fikrni tasdiqlamoqda. Ma'lumki, spiroxetalar «yangi organizmga» o'tgandan so'ng o'ziga qulay shart-sharoitlar topa olmasa, atipik shakllarni qabul qiladi. Jumladan, tsista hosil kiladi, yoki L-formaga aylanadi, yoxud yoriqsimon, ipsimon ko'rinishlarga o'tadi. Bu notipik ko'rinishga ega bo'lgan spiroxetalar o'z aktivligini yo'kotib, manifest (belgili) zaxm qo'zg'atishga qodir bo'lmasligi ma'lum bo'ldi. Shu sababli zaxm yashirin kecha boshlaydi. Bu jarayon uzoq yillar davom etishi mumkin. Turli-tuman sabablarga ko'ra treponemotsid dorilar qabul qilish, jumladan antibiotiklar bilan davolanish «noqulay muhit» muddatining cho'zilishiga, ya'ni zaxmning yashirin kechish muddatining uzayishiga olib keladi. Bunday hollarda zaxmning yuqumli, erta davri belgilari kuzatilmaydi. Nihoyat, yillar o'tishi bilan organizmning zaiflashishi natijasida zaxmning biror davri belgilari ro'yobga chiqadi.

Zaxm qo'zg'atuvchilari «yangi organizmga» tushgandan so'ng zaxm jarayoni umuman vujudga kelmasligi mumkii. Agar rangpar trepopemalar kam miqdorda bo'lib, virulentlik darajasi past bo'lsa, shuningdek treponemotsid dorilar ta'siriga birdaniga duchor bo'lsa, zaxm jarayoni rivojlanmasligi mumkin.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar dermatovenerologiya fani to'g'risida umumiy ma'lumotlarga ega bo'lishlari, terining tuzilishi va vazifalarini to'g'ri bayon qilishlari lozim. Ular terida kuzatiladigan toshmalar - birlamchi va ikkilamchi elementlarni yod bilishlari, ularning diagnostik mohiyatini anglashlari lozim. Shuningdek zaxm to'g'risida kerakli ma'lumotlarni va kasallikning umumiy kechishini bilishlari lozim. Talabalar quyidagilarni yaxshi o'zlashtirib olishlari lozim:

- a) teri po'sti va asl terining qavatlari;
- b) birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlar;
- v) rangpar treponemalarni qorong'ilashtirilgan maydonda ko'rish usuli;
- g) zaxm toshmalaridan to'qima suyukligini olish usuli.

4. Uyga vazifa.

- 1) terining rangi nimalarga bog'liq?
- 2) Malpigi qavati tuzilishini tushuntiring.

- 3) birlamchi toshmalar ikkilamchi toshmalardan qanday farqlanadi?
- 4) zaxm kasalligi yuqishi uchun qanday shart-sharoit zarur?
- 5) orttirilgan manifest zaxmning odatdagi kechishini tushuntiring.

ADABIYOTLAR

Yu. K. Skripkin va boshqalar. Rukovodstvo po detskoy dermatovenerologik. M. 1983. 5-12, 21-29, 376-383-betlar.

S T. Pavlov va boshqalar. Kojnie i venericheskie bolezni. M. 1U85, 5-36, 253-273-betlar.

P. V. Kojevnikov. Obschchaya dermatologiya. L. 1970. 69-114-betlar.

5. Talabalarining o'z ustida ishlash rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Morfologik elementlar bilan tani-shish;	a) bemorlar terisida kuzatiladigan u yoki bu toshchmalarni ko'rib chiqish;	a) teri kasallik-larida uchraydi-gan toshmalarni o'zlashtirish
2. Zaxmning umumiy kechishi bilan tani-shish (chizmalar, rasmlar, slaydlar asosida):	b) kuzatilgan toshmalar xarakterini daftarga yozib olish; a) elementlar toshishi bilan kuzatiladigan sub'ektiv belgilarni (qichishish, achishish va h.k.) bemorlardan so'rab surishtirish g) orttirilgan zaxmning umumiy kechish sxemasini daftarga chizish.	b) orttirilgan zaxmning kechishi va turlarini o'zlash tirish.

2-MASHG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Birlamchi va ikkilamchi zaxm.

2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Zaxmning birlamchi davri. Kasallik yuqqandan 3-4 hafta o'tgach oqish treponema tushgan joyda qattiq shankr hosil bo'lishi bilan zaxmning birlamchi davri boshlanadi. Agar kasallik odatdagicha o'tadigan bo'lsa, zaxmning bu davri 6-8 hafta davom etadi. Serologik reaksiyalarning (SR) manfiy yoki musbat ekanligiga qarab birlamchi seronegativ (SR-manfiy) va birlamchi seropozitiv (SR-musbat) zaxmga bo'linadi.

Endi kasallikning yashirin davri, qattiq shankr, uning atipik formalari, asoratlari, regionar bubon, birlamchi seronegativ va seropozitiv zaxm to'g'risida batafsil to'xtalib o'tamiz.

Kasallikning yashirin davri o'rta hisobda 3-4 hafta davom etadi, lekin bu davr 9-10 kungacha qisqarishi yoki 3-6 oygacha uzayishi ham mumkin. Inkubatsion davrning qisqarishi quyidagi hollarda kuzatiladi: gipovitaminoz, ichki a'zolar sili, surunkali alkogolizm, revmatizm, oshqozon-ichak kasalliklari hamda orttirilgan immunitet etishmovchiligi sindromi (SPID). Keyingi yillarda inkubatsion davrning 6 oygacha cho'zilish hollari ko'p qayd etilmoqda. Bu o'zgarishchlarning asosiy sabablaridan biri aholi tomonidan antibiotiklarni pala-partish ko'p qo'llanilishi hisoblanadi. Bu hol inkubatsion davr muddatini cho'zib yuboradi. Shuningdek so'zak va zaxm bilan bir vaqtning o'zida kasallanish, so'zakka qo'llanadigan antibiotiklar miqdori zaxmning yashirin davrida ham oqish treponemalarni yo'q qila olmaydi, bu miqdor faqat yashirin davrni bir necha oyga cho'zadi xolos.

Qattiq yara (ulcus durum) yoki birlamchi sifiloma.

Inkubatsiya davri tugagandan keyin oqish treponema tushgan joyda qattiq shankr hosil bo'ladi.

Qattiq shankr ko'p hollarda jinsiy a'zolar terisida va unga yaqin joylarda uchrab, kasallikning jinsiy yo'l bilan yuqqanligini ko'rsatadi. Kasallik nojinsiy yo'l bilan yuqqanda qattiq shankr jinsiy organlardan tashqarida joylashadi va ekstragenital qattiq shankr deb ataladi, ya'ni og'iz shilliq pardasida, bodomcha bezlarida, lab terisida, barmoqlarda yoki oqish spiroxeta tushgan har qanday boshqa joyda uchrashi mumkin. Qattiq shankrning boshqa toshmalardan farq qiluvchi o'ziga xos belgilari bor. Bu toshma yara yoki eroziya ko'rinishida bo'lib, oval yoki dumaloq shaklda, agar teri yoki shilliq pardalar burmalarida joylashgan bo'lsa, tirqishsimon

ko'rinishda bo'ladi. Birlamchi sifilomaning chetlari tekis bo'lib, tubiga tomon nishab bo'lib boradi, yuzasi tekis, silliq, yangi go'sht rangida bo'lib, yaltirab turadi, vaqt o'tishi bilan sar-g'ayib, yuzasidan ozgina seroz suyuqlik-g'ubor (to'qima suyuqligi-serum) chiqib turadi va mikroskopning qorong'ilatilgan maydonida ko'rilganda juda ko'p oqish spiroxetalarni topish mumkin. Birlamchi sifiloma paypaslab ko'rilsa, asosida tog'aysimon qattiqlik (infiltrat) seziladi, shuning uchun ham qattiq shankr deb ataladi. Yarali shankrlarda bu infiltrat yaqqol sezilib turadi. Qattiq shankrning kattaligi tug'nog'ich boshidan tortib (mitti shankr), 5 tiyinlik chaqadek (bahaybat shankr) bo'lishi mumkin. Qattiq shankr ko'p hollarda sub'ektiv o'zgarishlar yuzaga keltirmaydi. Ilgarilari zaxm qattiq shankrning yakka chiqishi bilan ifodalanardi. (80-90%). Keyingi yillarda esa ikki va undan ortiq shankrli bemorlar soni (34-45,7%) ko'payib bormoqda. Bundan tashqari, yarali shankrlar soni hamda ularning yiringli asoratlari ko'p uchramoqda. Qattiq shankrning erkaklarda orqa chiqaruv teshigi atrofida, ayollarda esa og'iz shilliq pardalarida joylashish hollari tez-tez kuzatilmoqda.

Oddiy shankrlar o'rnida ba'zida atipik shankrlar uchraydi va ular quyidagi ko'rinishlarda bo'lishi mumkin: 1) jinsiy organlarning qattiqlashgan shishi; 2) hasmol-shankr; 3) shankr amigdalit-bodomcha bezlarining shankri.

Qattiqlashgan shish - odatda katta va kichik jinsiy lablar, jinsiy olat xaltachasi sohasida (limfa tomirlariga boy joylarda) uchraydi va tarqoq infiltrat hisobiga bu a'zolar bir necha marta kattalashadi. Shikastlangan joyga qo'l bilan bosib ko'rilsa, o'rnida chuqurcha qolmaydi. Shish sohasidagi teri o'zgarmaydi, ba'zi hollarda esa ko'kimtir-binafsha rangida bo'lib, kasallik aytarli bezovta qilmaydi. Chov limfa tugunlari kattalashadi.

Hasmol-shankr ko'pincha shifokorlarda (laborantlarda, ginekologlarda, stomatologlarda, jarrohlarda) uchraydi. Hasmol-shankr qo'l jimjilog'i shishishi, ko'kish-gungurt rangli bo'lishi va og'riq bilan o'tishi bilan oddiy hasmolni eslatadi, lekin qattiq infiltratning borligi, o'tkir yallig'lanishning bo'lmasligi hamda tirsak limfa tugunlarining kattalashishi hasmolning aniq tabiatini anglab olishga yordam beradi. Shunga qaramasdan, faqat klinik belgilari asosida hasmol-shankr deb xulosa chiqarish noto'g'ri hisoblanadi.

Shankr-amigdalit - bodomcha bezining kattalashishi va qattiqlashishi bilan ta'riflanadi. Agar bodomcha bezi ustida eroziya yoki yara bo'lsa, unda shankr-amigdalit emas, balki bodomcha bezida joylashgan birlamchi sifiloma deb hisoblanadi. Bodomcha bezidagi yallig'lanish chegaralangan bo'lib, atrofdagi shilliq pardalar o'zgarmaydi, jag' osti limfa tugunlari kattalashadi, skleradenit; bir tomonlama joylashadi va yutinganda og'riq sezilmaydi, badan harorati o'zgarmaydi. Bularning hammasi shankr-amigdalitni kataral anginanadan farq qilishga xizmat qiladi.

Uchchala holda ham kasallik tarixini surishtirish, zararlangan joylardan oqish treponemani topish, bemorning jinsiy sheriklarini tekshirish va musbat serologik reaksiyalar diagnoz qo'yishda hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Qattiq shankr yuzasiga ikkilamchi infeksiyaning tushishi natijasida uning asoratlari ~ balanit, balanopostit, fimoz, parafimoz, jinsiy olat gangrenasi va fegedenizatsiyasi rivojlanishi mumkin. Qattiq yaraning balanit, balanopostit, fimoz, parafimoz kabi asoratlari qattiq shankr zakar boshchasida yoki preputsial xaltachaning ichki varag'ida joylashganda uchraydi. Bunday hollarda shankr atrofi qizarib shish paydo bo'ladi, shankr yuzasidan ajralayotgan seroz-suyuqlik yiringlanadi, bu esa o'z navbatida oqish treponemani topishni qiyinlashtiradi.

Balanit - zakar boshchasining yallig'lanishi bo'lib, o'z vaqtida davolanmasa, zakar boshchasini yopib turgan xaltachani ham yallig'lantiradi, ya'ni balanopostitga aylanadi. Balanopostitda yallig'lanish kuchli bo'lganidan zakar boshchasi xaltachasining teshigi torayib, zakar boshchasi ochilmaydigan bo'lib qoladi. Bu holat fimoz deb atalib, qattiq shankr zakar boshchasida yoki zakar xaltachasining ichki varag'ida joylashganda uni ko'rib bo'lmaydi. Fimoz holatida zakar boshchasini kuch bilan ochishga harakat qilish parafimozga olib keladi. Parafimoz qattiq shankrning o'ziga xos asoratlaridan bo'lib, yiring zakar boshchasini siqib qo'yadi, bu esa zakar boshchasida qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Vaqtida davo choralari ko'rilmasa, uning chirishiga sabab bo'lishi mumkin.

Jinsiy olat gangrenasi va fagedenizmi - qattiq shankrning jiddiy asoratlaridan bo'lib, fuzosperillyoz infektsiya tushishi hisobiga yuzaga keladi. Gangrena boshlanganda shankr tubi irib, unda qora rangli chirik chiqindi hosil bo'ladi. Fagedenizatsiyada esa irish qattiq shankrdan ham ichkariga, ham atrofga tarqalib boradi. Natijada jinsiy olat qismlarga ajraladi. Bu asoratlar bemor haroratining ko'tarilishi, bosh og'rishi, badan uvishishi va boshqa zaharlanish alomatlari bilan o'tadi. Yara bitgandan keyin o'rnida xunuk chandiq qoladi.

Yuqorida aytib o'tganimizdek, qattiq shankr asoratlari oqish treponemani topishni birmuncha qiyinlashtiradi. Tekshirish oldidan qattiq shankr yuzasi natriy xloridiing izotonik eritmasida ho'llangan paxta bo'lakchasi bilan tozalanadi (paxtani namlashda dezinfektsiya qiladigan eritmalardan foydalanish mumkin emas). Agar asoratlar fimoz yoki parafimoz ko'rinishida bo'lsa, yallig'lanishni kamaytirish va shuning natijasida zakar boshchasini ochish maqsadida sulfanilamid preparatlari ichishga berilib, jinsiy olat natriy xloridiing iliq izotonik eritmasida yuviladi. Parafimoz dori-darmon qo'llanilganda qaytmasa, u holda jarrohlik bilan hatna (sunnat) qilinadi. Birlamchi zaxmning ikkinchi eng muhim belgisi - regionar skleradenitdir. Qattiq shankr paydo bo'lgandan 7-10 kun o'tgach, unga eng yaqin joylashgan limfa tuguni kattalashadi. Limfa tugunlarining kattaligi no'xatdan tortib o'rmon yong'og'igacha bo'lishi mumkin. Zaxm limfadenitiga quyidagi belgilar xosdir:

1. Limfa tuguni ustidagi va atrofdagi terining rangi o'zgarmaydi, og'riq bilan kechmaydi.
2. Limfa tugunlari harakatchan, bosib ko'rilganda juda qattiq bir-biri bilan ham, atrofdagi to'qimalar bilan ham qo'shilmaydi.
3. Limfadenit ancha vaqt saqlanib turadi va juda sekinlik bilan yo'qoladi.

Agar qattiq shankr yo'g'on ichakda yoki bachadon bo'yinchasida joylashgan bo'lsa, regionar skleradenit qorin bo'shlig'ining pastki qavatida joylashgan bo'ladi, shu sababli uni paypaslab bo'lmaydi, bu esa diagnoz ko'yishda bir oz qiyinchilik tug'dirishi mumkin.

Birlamchi zaxmning yana bir belgisi limfangit bo'lib, qattiq shankr bilan eng yaqin yotgan limfa tuguni orasida arqonsimon ko'rinishda bo'rtib turadi. Limfadenit ham. limfangit ham bemorlarni bezovta qilmaydi.

Qattiq shankrni quyidagi kasalliklardan farqlash kerak: pufakchali temiratki, qo'tir ektimasi, eroziyali balanopostit, rak yarasi.

Pufakchali temiratki jinsiy a'zolar va orqa chiqaruv teshigi atrofida joylashgan eroziyali qattiq shankrdan farqlanadi. Pufakchali temiratkada to'p-to'p moshdek yoki undan kichikroq pufakchalar paydo bo'lib, ular yorilib chetlari arrasimon shakldagi eroziyalarga aylanadi. Bu eroziyalarning tubi toza bo'lib, seroz suyuqlik chiqib turadi va achishadi. Chov limfa tugunlari kattalashmaydi.

Qo'tir ektimasi - yiringli yara va qo'tir kasalligining asorati sifatida namoyon bo'ladi. Yara yiringli qora qo'tir bilan qoplanib, atrofidagi teri yallig'lanadi, yara tubida qattqlik sezilmaydi. Bundan tashqari, bemorni tungi qichishishch bezovta qiladi.

Eroziv balanopostit zakar boshchasi va xaltachasida noto'g'ri shakldagi katta-kichik eroziyalar bo'lishi bilan ta'riflanadi, ularning tubida qattqlik va atrofida yallig'lanish bo'lmaydi. Regionar limfa tugunlari kattalashmaydi.

Rak yarasi asta-sekin rivojlanib borishi bilan xarakterlanadi. Yaraning chetlari qalin, go'yo ag'darilib chiqqandek ko'rinadi, yara tubi notekis bo'lib, qon aralashgan suyuqlik ajralib turadi, limfa tugunlari paypaslab ko'rilganda qo'lga qattqlik unmaydi, atrofdagi to'qimalar bilan birikib ketgan bo'ladi.

Barcha hollarda ham bu kasalliklarni qattiq shankrdan farqlash laboratoriya usuli bilan aniqlanadi. Toshmalardan ajralib chiqayotgan to'qima suyuqligidan treponemani topish bemorda zaxm borligini isbotlaydi. Vrachning navbatdagi vazifasi zaxm o'z rivojlanishining qaysi davrida turganligini aniqlashdan iboratdir. Buning uchun bemorning bilak tomiridan qon olinib, Vasserman reaksiyasi qo'yiladi. Agar qon qattiq shankr hosil bo'lgandan so'ng birinchi 3-4 haftada olingan bo'lsa, Vasserman reaksiyasi manfiy (birlamchi seronegativ zaxm), agar qon 3-4 haftadan keyin olingan bo'lsa, musbat (birlamchi seropozitiv zaxm) bo'lishi mumkin.

Yuqorida ko'rsatilgan laboratoriya xulosalari asosida kasallik tasdiqlangandan keyin davv choralarini boshlanadi.

ZAXMNING IKKILAMCHI DAVRI

Odatda qattiq yara paydo bo'lgandan so'ng 6-7 hafta, yoki kasallik yuqqandan so'ng 9-10 hafta o'tgach boshlanadi. Bu davr ko'pincha kasallikning dastlabki (prodromal) belgilari ko'rinishida boshlanadi. Teri va shilliq qavatlarda toshmalar toshishidan 7-10 kun avval kuzatiladigan bu holat bemorlarda turlicha ko'rinishda kechadi. Bemorlar ko'pincha darmonsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, bosh og'rig'i, suyak, bo'g'im va mushaklarda og'riq bo'lishidan hamda badan haroratining ko'tarilishidan (38-39^S gacha) shikoyat qiladilar. Bu holat hamma bemorlarda har xil ko'rinishda o'tib, asosan kasallik qo'zg'atuvchi oqish trepopemalar qonda yoppasiga tarqalgan davriga to'g'ri keladi.

Ikkilamchi zaxm teri va shilliq qavatlarda turli ko'rinishdagi toshmalarining toshishi bilan boshlanadi, bu bemor organizmining kasallikka umumiy javob reaksiyasidir zaxmning bu davrida ikkilamchi yangi, ikkilamchi yashirin va ikkilamchi qaytalama zaxmlar tafovut qilinadi. Ikkilamchi zaxm kasallik yuqqandan 2,5-3 oy, ayrim hollarda 1 oydan keyin boshlanadi va o'z vaqtida davolanmasa 2-3 yilga cho'ziladi.

Ikkilamchi zaxm teri sathi va shilliq qavatlarida toshmalar toshishi bilan boshlanadi. Toshmalar dumaloq shaklda bo'lib, betartib, bir-biri bilan qo'shilmagan, to'q qizil yoki qizil bo'ladi. Toshmalar noxush belgilarisiz kechadi, bemorlar davolanmasa xam o'z-o'zidan izsiz yo'qolib ketadi. Kasallik qo'zg'atuvchi treponemalar toshmalar sathida ko'p miqdorda bo'ladi, shuning uchun bemorlar bu davrda atrofdagi kishilar uchun xavfli hisoblanadilar.

Klassik serologik reaksiyalar ikkilamchi yangi zaxmda 100% ikkilamchi qaytalama zaxmda 96-98% musbat natijalar beradi. Reaginlar miqdori yangi zaxmda juda yuqori (1:160, 1:320), qaytalangan zaxmda esa past (1:30, 1:60) bo'ladi. RIF (immunologik yog'dulanish reaksiyasi) ikkilamchi zaxmli bemorlarning barchasida musbat natijalar beradi. RIT (trepopemalar harakatini cheklash reaksiyasi) esa ikkilamchi yangi zaxmda 50%, kaytalangan zaxmda 80-100% hollarda musbat natijalar beradi.

Zaxmning ikkilamchi davrida quyidagi toshmalar: ko'proq dog'lar (rozeola, leykoderma) va tugunchalar. ba'zan yiringcha va pufakchalar kuzatiladi. Shuningdek sochning to'kilishi. shilliq qavatlar va ichki a'zolarining zararlanishi yuzaga keladi. Mazkur davrda suyak va bo'g'imlar xam shikastlanadi. Ikkilamchi zaxm dog'lari yallig'langan; chegaralangan, pushti rangli bo'lib, bosib ko'rilganda yo'qoladi. Ko'pincha aylanma yoki oval shaklda ba'zan shaklsiz bo'lib, bir-biri bilan qo'shilmaydi, teri sathidan bo'rtib chiqmaydi. Ba'zan rozeolalar qo'shilib (roseola confluens) yoki teri sathidan sezilar sezilmas ko'tarilib chiqishi, (gozeola eleuata) mumkin. Odatda dog'lar qipiqlanmaydi, noxush belgilar bilan kechmaydi. Oradan 3-4 hafta o'tgach rozeolalar izsiz yo'qolib ketadi. Ko'p qaytalangan rozeolalar kattaligi, rangi, guruhlashishga moyilligi bilan birlamchi rozeolalardan farq qiladi. Ba'zan ular halqa yoki yoy shaklini oladi. Tugunchalar ko'pincha ikkilamchi qaytalangan zaxmda uchraydi. Ular qattiq, bo'shliqsiz, teri sathidan bo'rtib chiqib turadi. Dastlab pushti rang, so'ngra qizil, to'q qizil, ko'kimtir qizil tus oladi. To'mtoq naycha (zond) bilan bosib ko'rilganda bemorlar og'riqni sezadilar (Yadasson belgisi). Kasallik tuzalib borgan sayin tugunchalar qipiqlanadi va tuguncha sathida (yuzasida) aylana yoqa (Bielt yoqachasi) shaklini oladi. Kattaligi jihatidan tugunchalar miliar (kunjut donidek), lentikulyar (tariq, no'xatdek), tangasimon (nummulyar) va yassi (burdasimon) bo'lishi mumkin. Tugunchalarning barcha turi qo''busda (psoriazda) xam kuzatiladi. Biroq qo''bus tugunchalari baliq tangachalaridek qipiqlar bilan qoplanadi. Shuningdek, stearin dog'i, psoriatik parda, qonli shudring simptomlari uni zaxm tugunchalaridan farqlashda yordam beradi. Zaxmda teri burmalarida joylashgan tugunchalar terlash natijasida, issiqlik va ishqalanish ta'sirida suvchiraydi, tugunchalarni qoplab turgan shox qavati g'ovaklanib bo'kadi, natijada tugun sathiga seroz suyuqlik sizib chiqa boshlaydi. Bu suyuqlikning tarkibida oqish spiroxetalar ko'plab topiladi. Shilingan tugunchalar(syphilis papulosa erosiva) mana shunday hosil bo'ladi. Zaxm pilakchalari va tangachasimon tugunchalarning ishqalanib suvchirashi natijasida serbar qondilomalar hosil bo'ladi. Ular ko'pincha jinsiy a'zolar sohasida, orqa chiqaruv teshigi atrofida

kuzatiladi, tashqi ko'rinishi bilan ular o'smalarni eslatadi. Suvchiragan tugunchalar va serbar qondilomalar ikkilamchi qaytalangan zaxmda ko'p uchraydi.

Ikkilamchi yangi zaxmni ikkilamchi qaytalangan zaxmdan quyidagi belgilar asosida farqlash mumkin (1-jadval).

Zaxm yiringchalari juda kam uchraydi. Ular alohida yoki boshqa sifilidlar bilan birga uchrashi mumkin. Yiringchali sifilidiing quyidagi klinik turlari mavjud: 1) husnbuzarsimon sifilid;

2) chechaksimon sifilid;

3) zaxm shirinchasi: A) zaxm ko'z yarasi; B) zaxm rupiyasi.

Zaxmning ikkilamchi davrida soch to'kilishi ancha ko'p kuzatiladi. Ayniqsa sochning o'choqsimon (kichik o'choqli) 1-j a d v a l. to'kilishi ko'p uchraydigan belgidir.

Ikkilamchi yangi va qaytalama zaxmlarni bir-biridan klinik farqlash

Kasallik belgilari	Ikkilamchi yangi zaxmda	Ikkilamchi qaytalama zaxmda
1. Toshmalar soni va joylashish xarakteri	1.Ko'p sonli, simmetrik joylashgan	1.Kam sonli, ayrim sohalarda
2. Toshmalar kattaligi va rangi	2.Mayda, ba'zan juda mayda va qizil, pushti rang betartib	2.Katta, ba'zan ancha katta va och qizil, oqimtir pushti
3. Toshmalarning joylashishi	3.Bor yoki o'rnida yangi chandiq kuzatiladi	3.Guruhlashishga moyil yoki guruhlashchgan
4. Qattiq yaraning bor-yo'qligi	4.Kuzatiladi	4.Kuzatilmaydi yoki o'rnida chandiq kuzatiladi
5. Poliadenit	5.Juda kam hollarda kuzatiladi,	5.Bo'lmaydi,ba'zan kuzatiladi.
6. Alopetsiya	6.Aksariyat hollarda kuzatilmaydi	6.Ko'pgina bemorlarda kuzatiladi
7. Leykoderma	7.Kuzatilmaydi	7.Ko'pincha kuzatiladi

Boshning chakka va ensa sohasidagi terida kattaligi 1-2 tiyinlik chaqadek keladigan o'choqlar uchrab, mazkur sohalarning terisi o'zgarmaydi, yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Yuzning sochli qismida, qosh va kipriklar sohasida ham soch ko'p to'kiladi. Kipriklarning narvonsimon to'kilishi (Pinkus belgisi), qoshning mayda o'choqli to'kilishi (Furnening omnibus sifilidi) diagnostik nuqtai nazardan diqqatga sazovordir. Sochning yoppasiga to'kilishi yoki aralash to'kilishi ham kuzatiladi. Umuman sochning to'kilishi ikkilamchi qaytalangan zaxmda ko'p uchrab, ikkilamchi yangi zaxmda esa onda-sonda uchraydi. Soch to'kilgan o'choqlar o'ni bir necha oy mobaynida yangi sochlar bilan qoplanadi.

Zaxm leykodermasi faqat ikkilamchi qaytalangan zaxmda kuzatiladi. Ayollarda erkaklarga nisbatan ko'p uchraydi. Asosan bo'yin, ensa, ko'krak va qo'ltiq sohalorida oqimtir dog'lar paydo bo'ladi. Dog'lar chegaralangan, aylana shaklida bo'lib, har xil kattalikka ega. Ayniqsa bo'yinning orqa qismida kuzatiladigan leykoderma bo'yinga taqiladigan marjonni eslatadi («Venera marjonlari»). Dog'lar bir necha oy turib qoladi, juda sekinlik bilan yo'qoladi. Leykodermaning paydo bo'lish sababini ba'zi olimlar neyrodistrofik jarayon (orqa miya suyuqligidagi o'zgarishlar) deb hisoblashsa, ikkinchilari buyrak usti bezidagi o'zgarishlar bilan bog'laydilar.

Ikkilamchi zaxmda ichki a'zoldan jigar, buyrak, oshkozon ko'p zararlanadi. Shuningdek, zaxm miokarditi, quruq plevrit, ko'z va quloqning zararlanishi kuzatiladi. Suyaklar og'riydi, og'riq kechalari zo'rayadi. Periostit, osteoperiostit kuzatilishi mumkin. Bemorning harorati ko'tarilib, artralgiya rivojlanadi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar zaxmda birlamchi va ikkilamchi davrlarning kechishini, jumladan kuzatiladigan toshmalar xarakterini bilishlari lozim. Qattiq yaraning turlarini va asoratlarini bilishlari, zaxm

limfadenitini soʻzlab berishlari zarur. Ikkilamchi toshmalarni taʼriflash, ikkilamchi yangi va qaytalagan zaxmlarning bir-biridan farqini, shuningdek serologik reaksiyalarning diagnostik ahamiyatini toʻgʻri tushinishlari lozim. Talabalar quyidagilarni oʻzlashtirib olishlari lozim:

- zaxm tugunchalarini qoʻʻbus tugunchalaridan farqlash;
- zaxm limfadenitini oddiy limfadenitdan farqlash;
- zaxm toshmalardan rangpar spiroxetalarga toʻqima suyuqligini olish;
- zaxm toshmalariga ishlov berish.

Uyga vazifa:

- Qattiq yaraga taʼrif bering.
- Qattiq yaraning atipik turlarini oʻxshash kasalliklardan farqini aytib bering.
- Zaxmning ikkilamchi davrini taʼriflang.
- Ikkilamchi yangi toshmalar bilan ikkilamchi qaytalangan toshmalarning farqini ayting.
- Birlamchi va ikkilamchi zaxmning serologik farqi nimada?

ADABIYOTLAR

S. T. Pavlov va boshqalar. Kojnie i venericheskie bolezni. M. 1985. 274-294-betlar.

Yu. K. Skripkin va boshqalar. Rukovodstvo po detskoy dermatovenerologik. L. 1983. 383-394-betlar.

Venericheskie bolezni (O. K. Shaposhnikov tahriri ostida). M. 1991. 42-102-betlar.

- Talabalarning oʻz ustida ishlash rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maksadi
1. Guruh bilan birgalikda videouratlar bilan tanishish.	a) birlamchi zaxm belgilari tasvirlangan izohli videourat larni koʻrish; b) ikkilamchi zaxm belgilari tasvirlangan izohli videouratlari i koʻrish;	a) birlamchi zaxm diagnostikasini oʻzlashtirish; b) ikkilamchi zaxm diagnostikasini oʻzlashtirish;
2. Nazoratchi videouratlar bilan tanishish (oʻqituvchi ishtirokida).	v) kerakli maʼlumotlarni daftarga yozib olish; g) tovushsiz videouratlarni koʻrib, kasallikka tashxis qoʻyish.	a) zaxmning oʻrta davrlariga tashxis qoʻyishni oʻrganish. *

3-MASHGʻULOT

- Mashgʻulot mavzusi. Zaxmning uchlamchi davri (zaxm doʻmboqchalari va tugunlari). Yashirin zaxm (erta va kech yashirin zaxm). Zaxmda qoʻllaniladigan serologik reaksiyalar.

- Mavzuning qisqacha mazmuni.

Uchlamchi zaxm Zaxmning uchlamchi davri kasallik yuqqandan soʻng 3-5 yil oʻtgach rivojlanadi. Zaxm belgilari erkak va ayollarda deyarli bir xil tarzda kuzatiladi.

Uchlamchi zaxmning rivojlanishida quyidagi omillar muxim rol oʻynaydi:

- kasallikning birlamchi va ikkilamchi davrlarida davo choralarining oʻtkazilmasligi yoki pala-partish davolanish;
 - turli-tuman surunkali kasalliklarga chalinish yoki mazkur kasalliklar bilan zaxm yuqqanga qadar kasal (sil, bezgak, bod, kamqonlik va boshqalar);
 - spirtli ichimliklarga ruju qilish yoki giyohvandlik dardiga muhtalo boʻlish;
- A) kasbga aloqador zaharlanishlar (sanoat va qishloq xoʻjaligida qoʻllanadigan zaharli boʻyoqlar, rang beruvchi moddalar, mineral oʻgʻitlar, gerbitsidlar va hokazolar). Mehnat

sharoitlarining noqulayligi, sifatsiz va noto'g'ri ovqatlanish, har xil ruhiy ta'sirotlar va ko'ngilsiz voqealar ham uchlamchi zaxmning shakllanishiga sabab bo'ladi.

Bemorning yoshi, turli-tuman jarohatlarining ham ahamiyati katta. Ko'pchilik hollarda uchlamchi zaxm yoshi 45-50 yoshdan oshgan bemorlarda rivojlanadi.

Uchlamchi zaxm quyidagilar bilan ta'riflanadi:

a) uchlamchi davr toshmalari (sifilidlar) teri va shilliq qavatlarining ma'lum sohalarida joylashgan bo'lib, ko'pincha chegaralangan bo'ladi;

b) toshmalar miqdori ko'p bo'lmaydi: tugunlar (nodus) bitta-ikkita, do'mboqchalar (tuberculum) esa o'nga etadi va bundan oshadi;

v) uchlamchi zaxm belgilari odatda noxush sezgilar bilan kechmaydi, shu tufayli bemorda shikoyatlar bo'lmaydi;

g) toshmalar ushlab ko'rilganda qattiq, teri chuqur jarohatlanadi, yaraga aylanishi mumkin. Shu sababli zaxm jarayoni chandiqlanish bilan tugaydi;

d) uchlamchi zaxm toshmalari kam yuqumli yoki butunlay yuqmaydigan bo'ladi. Toshmalar tarkibida oqish spiroxetalar topilmaydi yoki ular juda kam miqdorda bo'ladi;

e) zaxmning uchlamchi davrida ichki a'zolar va asab sistemasi zararlanadi. Shu sababli uchlamchi zaxm ichki a'zolar zaxmi va asab sistemasining zaxmi bilan birga kechadi;

yo) klassik serologik reaksiyalar uchlamchi rivojlangan zaxmga yo'liqqan bemorlarning 60-70% ida, uchlamchi yashirin zaxmli bemorlarning esa 50% ida musbat natijalar beradi. RIT (THChR) va RIF (IYoR)ning javobi barcha bemorlarda musbat bo'ladi. Uchlamchi rivojlangan zaxmda bemorlarning teri va shilliq qavatlarida asosan ikki xil toshmalar kuzatiladi:

1. Do'mboqchalar, ya'ni yuzaki tugunli sifilid.

2. Tugunlar, ya'ni teri osti gummasi.

Do'mboqchali sifilid (syphilis tuberkulosa) yarimsharsimon yoki yassi shaklda bo'lib, rangi mis qizil va ko'kimtir bo'ladi. Kattaligi ko'pincha olcha danagidek, qattiq va aniq chegaralangan. Atrofida o'tkir yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Zaxm do'mboqchalari «quruq» va yara hosil bo'lish yo'llari bilan rivojlanadi. Do'mboqchalarning sekin kichraya borib so'rilib, ketishi «quruq» yo'l hisoblanadi. Bunday holda do'mboqcha so'rilib ketgan joyda terining yupqalashishi (atrofiya) kuzatiladi va vaqtincha ikkilamchi dog' qoladi.

Noqulay sharoitlarda do'mboqchalar yiringlab chiriydi, natijada yara hosil bo'ladi. Yaralar aylana yoki oval shaklida, qattiq, tubi o'ydim-chuqur va shilliqli chirigan massa bilan qoplanib turadi.

Do'mboqchali sifilidning quyidagi klinik turlari tafovut qilinadi:

1) guruh-guruh bo'lib joylashadigan do'mboqchali sifilid;

2) o'rmalovchi do'mboqchali sifilid;

3) pakana (mitti) do'mboqchali sifilid;

4) maydonchasimon do'mboqchali sifilid.

Zaxm do'mboqchalarining tabiatini aniqlashda kasallik tarixi (bemorlarning zaxmning erta davri belgilarini eshlari, zaxm bemorlari bilan jinsiy aloqada bo'lganliklarini tan olishlari) va serologik reaksiyalar muhim amaliy ahamiyatga ega. Ayniqsa RIT (THChR) va RIF (IYoR) mazkur do'mboqchalarni zaxmga aloqador ekanligini aniqlashda katta yordam beradi.

Zaxm gummasi (syphilis nodosa seu gumma subcutaneum) teri osti yog' to'qimasida shakllanadi. Boldirning oldingi yuzasida, to'sh va chov-son sohalarida ko'p uchraydi. Dastlab kattaligi o'rmon yong'og'idek va yarimsharsimoin bo'lib, asta-sekin kattalasha boradi. Tugunchalar bir-biri bilan, atrofdagi to'qimalar bilan qo'shilib ketmaydi, og'rimaydi. Yunon yong'og'i yoki tovuq tuxumidek kattalashgach ustidagi teri qizaradi, tugunning markaziy qismi yumshaydi. Bosganda bilqillab, terisi yupqalashgan gumma teshiladi. Hosil bo'lgan teshikdan sarg'ish quyuk suyuqlik oqa boshlaydi. Gumma yaralarining tubi anchayin chuqur, tubini qoplab olgan elimsimoi suyuqlik «gumma o'zagi» deb nom olgan. Zaxm jarayonining oxirida yara o'rnini biriktiruvchi to'qima qoplaydi. Hosil bo'lgan chandiq qattiq, markazga nisbatan tortilgan yulduzsimon shaklini oladi.

Uchlamchi zaxmning terida kuzatiladigan yana bir belgisi uchlamchi eritemadir. Bu belgi Furnening uchlamchi rozeolasi ham deb ataladi. Bunday rozeolalar juda kam uchraydi. Diametri 6-12 sm gacha etadigan halqa shaklidagi bu och tusli rozeolalar qipiqanmaydi, noxush sezgilar bemorni bezovta qilmaydi. Dog'lar ko'pincha son, dumba, bel, bilak va jinsiy a'zolar sohasida kuzatiladi. Uchlamchi rozeola xam uchrasada, ba'zan zaxmning uchlamchi davrini yakkayu-yagona belgisi xisoblanadi.

Uchlamchi rivojlangan zaxm tashxisi quyidagi ma'lumotlar asosida qo'yiladi: a) zaxmga aloqador kasallik tarixi; b) tekshirilayotgan bemorlarda do'mboqchalar yoki gumma borligining aniqlanishi; v) spetsifik serologik reaksiyalarning musbat natijalari.

Uchlamchi yashirin zaxm tashxisini qo'yish uchun spetsifik serologik reaksiyalarning musbat natijalaridan tashqari, bemorning uchlamchi zaxm belgilarini boshdan kechirganligi to'g'risida ishonchli ma'lumotlar bo'lishi lozim.

Yashirin zaxm (syphilis latens). Zaxm kasalligi belgisiz (simptomsiz) kechishi mumkin. Bunda zaxm kasalligining belgilari teri va shilliq qavatlarda, shuningdek, ichki a'zolar va asab sistemasida ko'rinmaydi. Yashirin zaxm faqat serologik reaksiyalar yordamida aniqlanadi. Serologik reaksiyalar rangpar spiroxetalarga nisbatan musbat natijalar bergan, ammo teri va boshqa a'zolarida zaxm belgilari bo'lmagan bemorlarga yashirin zaxm deb diagnoz qo'yiladi.

Keyingi yillarda Sog'liqni saqlash vazirligining buyrug'iga binoan profilaktik tibbiy ko'rikdan o'tayotgan barcha kishilar, ayollar maslahatxonasida ko'rikdan o'tayotgan homilador ayollar va shifoxonalarda davolanayotgan bemorlarning qoni zaxmga tekshirilyapti. Natijada serologik reaksiyalar rangpar spiroxetalarga nisbatan musbat natijalar borayotgan shaxslar topilyapti. Shu sababli yashirin zaxm bemorlarining soni oshib borayapti. Yashirin zaxmning ko'payishiga yana quyidagilar ham sabab bo'layapti:

- 1) joylarda qo'yiladigan serologik reaksiyalar sifatining yaxshilanishi;
- 2) antibiotiklar va spiroxetalarni o'ldiradigan boshqa dorilarning keng ko'lamli qo'llanilishi;
- 3) zaxm to'g'risida etarli ma'lumoti bo'lmagan bemorlar orasida o'z-o'zini davolashga urinishning avj olishi (kasallikni yashirish maqsadida);
- 4) nomutasaddi tibbiyot xodimlari tomonidan zaxmni sifatsiz davolash va shunga o'xshash zaxm jarayonining yashirin kechishiga olib keluvchi boshqa omillar.

Yashirin zaxmning belgisiz o'tish muddati bir necha oydan bir necha yilgacha cho'ziladi. Shuningdek zaxm belgilari dastlab yuzaga chiqib, ma'lum muddatdan so'ng yo'qolishi mumkin. Shu tufayli birlamchi va ikkilamchi yashirin zaxm farqlanadi. Birlamchi yashirin zaxm deganda rangpar treponemalar tushgandan sung zaxmning xech kanday belgilari ko'rinmasdan, faqatgina serologik reaksiyalarning musbat natijalari asosida diagnoz qo'yilgan yashirin zaxmni tushunish lozim. Zaxm belgilaridan ba'zilar dastlab yuzaga chiqib, ma'lum muddat ichida yo'qolib ketgandan so'ng aniqlangan yashirin zaxm ikkilamchi yashirin zaxm deb ataladi.

Kasalliklarning Xalqaro klassifikatsiyasiga (tasnifi)ga binoan, yashirin zaxm erta va kech yashirin zaxmga bo'linadi, Shuningdek, aniqlanmagan yashirin zaxm farqlanadi.

Erta yashirin zaxm (syphilis lateens praecox). Yashirin zaxmning mazkur turi birlamchi seromusbat zaxmdan to ikkilamchi qaytalangan zaxmgacha bo'lgan davrga to'g'ri keladi. Bu davr o'rta hisobda kasallik yuqqandan so'ng ikki yilgacha bo'lgan muddatni tashkil etadi.

Erta yashirin zaxmni aniqlashda quyidagi ma'lumotlar asqotadi:

- a) kasallik tarixini chuqur o'rganish, jumladan, oxirgi bir-ikki yil ichida jinsiy a'zolar sohasida yara-chaqalar paydo bo'lgan-bo'lmaganligini aniqlash. Shuningdek, terida har xil toshmalar paydo bo'lganligini so'rab bilish. «Gripp», «quloq-tomoq og'rig'i» va shunga o'xshash asl tabiati aniqlanmagan kasalliklarga qarshi antibiotiklar qo'llanilganligini so'rab bilish xam muhim ahamiyatga ega. Teridagi bemor eslagan yara chaqalar va toshmalar, sochning to'kilishi, turli-tuman noaniq kasalliklar zaxm belgilaridan bo'lishi mumkin. Antibiotiklar esa bu belgilarning tez kunda yo'qolib ketishiga olib keladi, ya'ni manifest zaxmning yashirin zaxmga o'tishiga sabab bo'ladi. Bunday ma'lumotlarni yig'ish yashirin zaxm diagnostikasini engillashtiradi.

b) bemorning jinsiy sherigini tekshiruvdan o'tkazish. Ko'pchilik hollarda erta yashirin zaxm taxmin qilinayotgan bemorlarning jinsiy sheriklari tekshiruvdan o'tkazilganda, ularda manifest (simptomli) zaxmning erta belgilari aniqlanib kelayapti. Bu dalil tekshirilayotgan bemorga erta yashirin zaxm deb diagnoz qo'yishga yordam beradi.

v) zaxm belgilarining qoldiqlarini aniqlash. Ma'lumki, birlamchi zaxm belgilari yo'qola borishi jarayonida yara (ulcus durum) o'rnida chandiq yoki terining qattiqlashganini aniqlash mumkin. Shuningdek kattalashgan limfa tugunlaridan ba'zilar kichrayib ulgurmagan bo'lishi ehtimol. Ana shu chandiq va paypaslanayotgan limfa tugunlarini zaxmning qoldiq belgilari deb taxmin qilish va shu dalilga asoslanib tegishli tekshiruvlar o'tkazish diagnostikani osonlashtiradi;

g) reaginlar miqdorini aniqlash. Ma'lumki, yashirin zaxmning erta davrida qondagi spiroxetalar miqdori yuqori bo'ladi. Bu hol anti (qarshi) tanachalar miqdorining maksimal darajaga chiqishiga olib keladi. Demak, bemorlar qonidagi reaginlar (to'qima antitanachalari) miqdorini aniqlash (ular miqdori 1:120, 1:160, 1:320 ni tashkil etadi) yashirin zaxmning qaysi davrda ekanligini bilishga yordam beradi;

d) treponemalar reaksiyasini aniqlashch. Ma'lumki, zaxmli bemorlarni davolash boshlangan vaqtda ularning harorati ko'tarilib, suyak va bo'g'imlar qaqshaydi. Ba'zan bezgak tutib, ko'ngil ayniydi, qayt qilishi mumkin. Shuningdek, ularning terisida toshmalar (dog'lar) paydo bo'lishi mumkin, Gerksgeymer reaksiyasi deb ataluvchi bu holat yashirin zaxmning erta davridan dalolat beradi. Agar treponemalar reaksiyasi terida oz miqdorda bo'lsa-da toshmalar (dog'lar) paydo bo'lishiga olib kelsa, bunday bemorlarga erta yashirin zaxm deb diagnoz qo'yilmaydi chunki bu hol umuman yashirin zaxm hisoblanmaydi. Teri va shilliq, qavatlarda paydo bo'lgan toshmalar manifest (simptomli) zaxmdan darak beradi. Aniqrog'i, bu dog'lar ikkilamchi zaxm belgilaridir;

e) erta yashirin zaxmda VR (Vasserman reaksiyasi) va IYoR - immunologik yog'dulanish reaksiyasi o'ta musbat (4+) natijalar beradi. Biroq THChR (treponemalar harakatini cheklash reaksiyasi) barcha bemorlarda ijobiy natijalar beravermaydi, ya'ni treponemalar harakatini cheklash darajasi 40-70% gacha bo'lishi mumkin yoki manfiy natijalar beradi;

yo) yashirin zaxm davrini davolash jarayonida aniqlash. Yashirin zaxmda qondagi reaginlar miqdori davolash kursining oxiridayoq keskin pasayib ketadi. Davolash kursi tugamasdan IYoR butunlay manfiy natijalar beradi. Bu holat zaxm jarayoni xali yosh ekanligidan (birlamchi yoki ikkilamchi davr), ya'ni erta yashirin zaxmligini bildiradi;

j) erta yashirin zaxmda orqa miya suyuqligini (likvor) tekshirish musbat natijalar bermaydi, Bordiyu orqa miya *suyuqligida* ma'lum bir o'zgarishlar aniqlansa bu o'zgarishlar zaxmga qarshi davolash jarayonida qisqa muddat ichida yo'qoladi. Yuqorida sanab o'tilgan ma'lumotlarni yig'ish va aniqlash erta yashirin zaxm jarayoni qaysi muddatda kechayotganligini aniqlashga yordam beradi.

Bu esa tegishli davo choralarini qo'llashga va aniq, klinik-serologik nazorat olib borishga yordam beradi.

Kech yashirin zaxm (syphilis lateens tarda). Kech yashirin zaxmli bemorlar ko'pincha tasodifan aniqlanadi. Bunday bemorlarni topishda shifoxonalarda davolanayotgan bemorlar qonini zaxmga tekshirish tadbiri yordam beradi. *Shu* ningdek, profilaktik tibbiy ko'rikdan o'tayotgan shaxslarni va qon beruvchi kishilar - donorlar qonini zaxmga tekshirish yashirin kechayotgan zaxmli aniqlashda juda amaliy ahamiyatga ega. Yashirin zaxm diagnozini qo'yish uchun quyidagi ma'lumotlarni yig'ish zarur:

a) kasallik tarixining o'ziga xos xususiyatlari. Bunday bemorlar zaxmga qachon chalinganliklarini bilmaydilar, hatto kasallik muddatini taxmin qila olmasliklari mumkin. Shu sababli bunday bemorlar zaxmga duchor bo'lmaganliklarini isbotlashga harakat qiladilar. Darhaqiqat, mazkur bemorlarda zaxm belgilari kuzatilmay-di. Kamdan-kam hollarda bemor zaxm dardiga 3-4 yil avval muhtalo bo'lganligini, ammo bu taxminiy fikr ekanligini bildiradi. Chunki o'sha paytlarda terida kuzatilgan yara-chaqalar yoki dog'lar haqiqatan ham zaxmga tegishli bo'lganligini isbotlash juda mushkuldir;

b) kech yashirin zaxmda Vasserman reaksiyasini qo'yish yo'li bilan aniqlanadigan reaginlar miqdori (Boas bo'yicha) kam bo'ladi (1:5, 1:10, 1:20 gacha teng). Bu dalil qondagi spiroxetalar miqdorining

kamligidan dalolat beradi. RIF va RIT ijobiy natijalar bergan barcha bemorlarda ularning natijasi o'ta musbat bo'ladi;

v) treponemalar reaksiyasi kuzatilmaydi. Bu hol qondagi treponemalar miqdorining juda kamligidan, ya'ni haqiqatan ham kech yashirin zaxm jarayonidan guvohlik beradi;

g) orqa miya suyuqligida ma'lum o'zgarishlar kuzatiladi, jumladan kech zaxm meningiti belgilari namoyon bo'ladi. Mazkur biologik suyuqlik bilan qo'yiladigan V asserman va Lang reaksiyalari ko'p hollarda musbat natijalar beradi.

Kech yashirin zaxm diagnozini qo'yish murakkab va mas'uliyatli vazifadir. TXChR va IYoRning musbat natijalarini olmasdan turib bunday diagnozni qo'yish xato hisoblanadi. Kech yashirin zaxm taxmin qilingan bemorlar terapevt, nevropatolog, okulist, otorinolarinolog, rentgenolog va boshka ixtisoslikdagi vrachlarning tekshiruvidan albatta o'tishlari lozim. Mazkur mutaxassislar tomonidan zaxmga aloqador u yoki bu o'zgarishlar borligining aniqlanishi yashirin zaxm diagnozining o'zgarishiga olib keladi. Bunday bemorlarga aniqlangan zaxm belgilarining turiga qarab (asab zaxmi yoki ichki a'zolar zaxmi) manifest zaxm diagnozi qo'yiladi.

Kech yashirin zaxm diagnozi davolash jarayonida tasdiqlanishi lozim. Gap shundaki, klassik serologik reaksiyalar davolash kurslarining oxiridagina manfiy natijalar beradi. Ba'zan davolash kursining tugaganiga qaramasdan KSR musbatligicha qolishi mumkin. Kech yashirin zaxm deb diagnoz qo'yilgan bemorlarning jinsiy sheriklarida xam odatda zaxmning kech yashirin turi aniqlanadi. Jinsiy sheriklarniig ma'lum qismida esa zaxmning belgilari umuman topilmaydi. Bunday shaxslar sog'lom hisoblanib, ogohlantiruvchi davo choralari o'tkazilmaydi.

Shuni ta'kidlash lozimki, kech yashirin zaxmga qarshi davo choralari o'tkazish aniqlangan seromusbat reaksiyalarni manfiylashtirishga qaratilgan emasdir. Bunday bemorlarni davolash ichki a'zolar zaxmi va asab sistemasi zaxmi rivojlanishining oldini olishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi.

Aniqlanmagan yashirin zaxm (syphilis ignorata). Agar na vrach, na bemor zaxm kasalligining kimdan, qachon, qanday sharoitda yuqqanligini bilmasa, ya'ni aniqlay olmasa, bunday hollarda aniqlanmagan yashirin zaxm diagnozi qo'yiladi. Bunday diagnoz ilgari zaxmning turi aniqlanmasdan turib davolash boshlangan bemorlarga ham qo'yiladi. Chunki sifatsiz davo natijasida zaxm bedgilari yo'qoladi. Biroq organizmda spiroxetalar qolganligi tufayli serologik reaksiyalar musbat natijalar beradi. Bunday hollarda spiroxetalar qachon, kimdan va qanday sharoitda yuqqanligini aniqlash imqoni bo'lmaydi. Shu sababli aniqlanmagan yashirin boshqacha qilib ko'rinmas zaxm xam deb ataladi.

Aniqlanmagan yashirin zaxm diagnozi juda mas'uliyatli diagnozdir. Bunday diagnozni qo'yishdan avval serologik reaksiyalar soxta musbat natijalar berishi mumkinligini ham doim yodda tutish lozim. KSR, jumladan Vasserman reaksiyasi natijalarini zaxmga aloqador emasligini aniqlash maqsadida THChR (treponemalar harakatini cheklash reaksiyasi) qo'llaniladi. Agar tekshirilayotgan shaxsda KSR bilan bir qatorda THChR va IYoR musbat natijalar bersa, mazkur reaksiyalar natijalarini zaxmga aloqador deb hisoblash lozim, ya'ni bunday shaxslarga yashirin zaxm diagnozi qo'yiladi. Serologik reaksiyalar ichida THChR eng spetsifik reaksiya hisoblanishi bejiz emas.

Keyingi yillarda venerologiya va serologiya fanlarining rivojlanishi, jumladan, yashirin zaxmning erta va kech turlarga bo'linishi aniqlanmagan yashirin zaxmli bemorlar sonining keekin kamayib ketishiga olib kelmoqda.

ZAHMDA QO'LLANILADIGAN SEROLOGIK REAKTSIYALAR

Zaxm jarayonini aniqlash maqsadida bir qancha serologik reaksiyalar qo'yiladi. Yashirin kechayotgan yoki kech rivojlangan zaxm diagnostikasida tekshirilayotgan shaxslar qon zardobini serologik ko'rikdan o'tkazishda bu reaksiyalar muhim amaliy ahamiyat kasb etadi. Rangpar treponemalar murakkab antigen tuzilishga zga ekanligi tufayli, bemorlar qonida bir necha xil antitanalar hosil bo'ladi. Ana shu antitanalar zaxmning turli davrlarida turlicha namoyon bo'ladi. Bu hol amaliy venerologiyada bir vaqtning o'zida bir necha xil serologik reaksiyalar qo'yishni taqozo etadi.

Serologik reaksiyalarning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

1) Vasserman reaksiyasi - mazkur reaksiya komplement bog'lab olish reaksiyasiga asoslangan. Bunda antilipidli qarshi tanachalar (reaginlar deb ataladi) aniqlanadi. Zamonaviy immunologiya, jumladan, serologiya fanining tushuntirishicha, Vasserman reaksiyasida rangpar treponemalarning o'ziga qarshi paydo bo'ladigan antitanalar emas, balki zaxmga duchor bo'lgan makroorganizmning lipidlariga qarshi hosil bo'lgan antitanalar aniqlanar ekan, ya'ni lipidlar gapten (yarim antigen) rolini bajaradi, Bundan xulosa shuki, Vasserman reaksiyasi etarli darajada sezuvchan emas. Shuning uchun, VR birlamchi zaxmning dastlabki kunlarida manfiy natija beradi. Shuningdek, uchlamchi rivojlangan zaxm asab sistemasining zaxmi va tug'ma zaxmda ham manfiy natijalar berishi mumkin. VRning yana bir kamchiligi - uning kam spetsifikligidir. Zaxmga chalinmagan shaxslarda ham VR soxta musbat (nospetsifik) berishi mumkin. Masalan, moxov va bezgak kasalligi, xavfli o'smalarda va bir qator boshqa kasalliklarda ham, shuningdek homilador ayollarda, giyohvandlarda, spirtli ichimliklar iste'mol qilingandan so'ng va boshqa holatlarda ham VRning soxta-musbat natijalari kuzatiladi. VRning soxta-musbat javob bergan hollarida reaginlar miqdori kam (1:5, 1:20) bo'lib, ularning javobi musbat (3+), kam musbat (2+) bo'ladi va ikkilanuvchi (+) javob beradi.

Haqiqiy zaxm jarayoni kuzatilgan bemorlarda VR o'ta musbat (4+) javob beradi. Ommaviy serologik tekshiruvlar paytida 0,1-0,15% hollarda VR nospetsifik musbat natijalar beradi. VRning kamchiliklarini tuzatish maqsadida, ayniqsa uning sezuvchanligini oshirish uchun mazkur reaksiya sovuq muhitda (Kolmer reaksiyasi deb ataladi) qo'yiladi. Shuningdek VR bilan bir paytda cho'kma reaksiyalari (Kan va Zaks- Vitebskiy reaksiya-lari) qo'llaniladi. Cho'kma reaksiyalarining immunologik mohiyati VR dan farq qilmaydi Kan va Zaks-Vitebskiy reaksiyalarini qo'yganda antigenlarning quyuk eritmalari tayyorlanadi. Shu sababli antigenlar va reaginlarning o'zaro reaksiyaga kirishishi oqibatida ko'zga ko'rinadigan darajada cho'kma hosil bo'ladi. Cho'kmalarning hosil bo'lish darajasiga binoan ularning javobi 4+, 3+, 2+, 1+ bilan ifoda etiladi (xuddi Vasserman reaksiyasidek).

Yuqorida sanab o'tilgan serologik reaksiyalar birgalikda klassik serologik reaksiyalar (KSR) deyiladi. Vasserman, Kan va Zaks-Vitebskiy reaksiyalarining bir vaqtda qo'yilishi soxta-musbat natijali serologik reaksiyalarining oqibatida yo'l qo'yiladigan diagnostik xatolarning kamayishiga olib keladi;

2) treponemalar harakatini cheklash reaksiyasi (TRI- Tgeronema rallidum immunobilization) yoki RIT. Mazkur reaksiya tekshirilayotgan qon zardobidagi treponemalar harakatini to'xtatishga asoslangan, ya'ni treponemalarga qarshi hosil bo'lgan maxsus antitanalar (immobilizinlar deyiladi) anaerob sharoitda komplementlar yordamida zaxm qo'zg'atuvchilari harakatini cheklar ekan. Immobilizinlar ta'sirida harakatlanish xususiyatini yo'qotgan treponemalar mikroskop ostida sanalib, ularning nisbiy soni foizlarda ifoda etiladi. Agar immobilizatsiya darajasi 51 dan 100% gacha bo'lsa, reaksiya musbat hisoblanadi, 31 dan 50% gacha - kam musbat, 21 dan 30% gacha - taxminiy musbat, 0 dan 20% gacha - manfiy hisoblanadi. Treponemalar harakatini cheklash reaksiyasining ijobiy javobi boshqa serologik reaksiyalarning javoblaridan kechroq kuzatiladi. Shu sababli THChR zaxmning yuqumli turlariga diagnoz qo'yishda qo'llanilmaydi. Biroq shuni ta'kidlash lozimki, zaxmning ikkilamchi davrida 85-100% hollarda THChRning ijobiy natijalari kuzatiladi. Ikkilamchi yangi zaxmda - 85%, qaytalangan zaxmda - 100%. Ayniqsa, uchlamchi zaxm, ichki a'zolar zaxmi va tug'ma zaxmda THChR 98-100% hollarda musbat natijalar beradi. Bu hol KSR manfiy natijalar bergan bemorlarda THChRning qiymatini yanada oshiradi. Zaxm diagnostikasida qo'llaniladigan serologik reaksiyalar ichida yuqori spetsifik reaksiya TXChR hisoblanadi. Ammo bu reaksiya ham nospetsifik musbat javoblar berishi mumkin. Ko'pincha tekshirilayotgan qon zardobida treponemotsid dori moddalari (penitsillin\ tetratsiklin, eritromitsin) bo'lganda nospetsifik immobilizatsiya holati kuzatilishi mumkin. Bunday murakkab hollarda qon zardobidagi *IgM* ga mansub antitanachalarni aniqlash, kasallikning aniq tabiatini aniqlashga yordam beradi. *IgM* - *G*'TA - AVS deb nomlangan ana shu tekshiruv usuli (test) tekshirilayotgan organizmda zaxm bor-yo'qligini ishonchli darajada aniqlab beradi.

3) immunologik yog'dulanish reaksiyasi (G'TA - test fluorescent treponemal antibody) yoki RIF. Bu reaksiya tekshirilayotgan qonda yog'dulanish xususiyatiga ega bo'lgan antitreponemal qarshi tanachalarni aniqlashga asoslangan. Bunday antitanalar lyuminestsent mikroskop yordamida aniqlanadi. Agar zardob tarkibida antitreponemal antitanalar bor bo'lsa, treponemalar yog'dulanadi, ana shu yog'dulangan spiroxetalarning miqdoriga qarab reaksiyaning javobi 1+ dan 4+ gacha ifodalanadi.

Standart serologik reaksiyalar (Vasserman va cho'kma reaksiyalari) quyidagi maqsadlarda qo'llaniladi: zaxm deb qo'yilgan klinik diagnozni tasdiqlash uchun; zaxmga qarshi davo choralarini natijalarini aniqlash va nazorat etish uchun; zaxmdan tuzalganlik mezonini aniqlash uchun. Spetsifik treponemal serologik reaksiyalar (TrI va G'TA va boshqalar) esa KSR javobining spetsifligini aniqlash maqsadida va zaxmning kech davrlari, diagnostikasida kuzatilishi mumkin bo'lgan murakkab hollar echimini echishda qo'llaniladi. Ayniqsa zaxmning yashirin davrlari diagnostikasi, jumladan aniqlanmagan yashirin zaxmda hal qiluvchi ahamiyatga egadir.

Ommavi profilaktik tibbiy tekshiruvlar o'tkazilganda serologik reaksiyalarning tez (ekspres) usuli juda qo'l keladi. Mazkur usulda reaksiya javobi qisqa vakt ichida olinsa-da spetsifiklik darajasi standart serologik reaksiyalar bilan tekshirilishi lozim. Ekspres usulning musbat javobi KSRning musbat javobi bilan tasdiqlangandan keyingina zaxmga aloqador deb xisoblanadi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar uchlamchi zaxmning rivojlanishida xal qiluvchi rol o'ynaydigan omillar to'g'risida ma'lumotga ega bo'lishlari, kasallikning barcha klinik belgilarini bilishlari lozim. Yashirin zaxmli bemorlarning ko'payish sabablari va yashirin zaxm klassifikatsiyasini aytib berishlari lozim. Shuningdek, erta va kech yashirin zaxmlarni bir-biridan farqlashda kerak bo'ladigan ma'lumotlarni so'zlab berishlari, yashirin aniqlanmagan zaxmning mohiyatini tushunishlari lozim. Talabalar quyidagilarni o'zlashtirib olishlari lozim:

- a) klassik serologik reaksiyalari zaxmning erta davrlari diagnostikasida qo'llay bilishlari;
- b) soxta musbat reaksiyalarni spetsifik musbat reaksiyalardan ajrata olishlari;
- v) spetsifik serologik reaksiyalarni zaxmning kech davrlari diagnostikasida qo'llay bilishlari lozim.

4. Uyga vazifa:

- 1) uchlamchi rivojlangan zaxm belgilarini sanab bering;
- 2) erta va kech yashirin zaxm diagnostikasida asqotadigan klinik-laboratoriya ma'lumotlarini so'zlab bering;
- 3) aniklanmagan yashirin zaxm deganda nimani tushunasiz?
A) orttirilgan zaxmning kechishida serologik reaksiyalarning tutgan o'rnini so'zlab bering.

ADABIYO TLAR

S. T. Pavlov va boshqalar. Kojnie i venericheskie bolezni. M. 1985. 294-303, ZTs6-321-betlar.

M. V. Milich. Evolyutsiya sifilisa. M. 1987. 47-62-betlar.

Venericheskie bolezni. *O. K. Shaposhnikov* tahriri ostida. M. 1991. 122-130-betlar.

5. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi.

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
--------------	-----------------	-----------------

<p>1. arxivdan olingan uchlamchi zaxm bemorlarining kasallik tarixi bilan tanishish.</p> <p>2. Yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlar bilan ishlash.</p> <p>3. Tibbiy hujjat ma'lumotlarini guruh bilan muhokama qilish.</p>	<p>a) arxiv ma'lumotlari asosida qisqacha kasallik tarixini bilish;</p> <p>b) serologik reaksiyalar dinamikasini ko'chirish;</p> <p>v) bemorlardan anamnez yig'ish;</p> <p>g) bemorlarni sinchkovlik bilan ob'ektiv tekshiruvdan o'tkazish;</p> <p>d.) kasallik tarixi ma'lumotlari asosida qo'yilgan tashxislarni to'g'ri-noto'g'riligini o'rganish.</p>	<p>a) uchlamchi zaxmga uchragan bemorlarning kasallik tarixini o'rganish;</p> <p>b) yashirin zaxm diagnostikasini o'zlashtirish;</p> <p>v) bemorlarga tashxis qo'yishni o'rganish.</p>
---	---	--

4-MASHG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Tug'ma zaxm (qisqacha tushuncha, klassifikatsiyasi (tasnifi), klinik belgilari, diagnostikasi, oldini olish).

2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

TUG'MA ZAXM

Zaxmga duchor bo'lgan ayollardan tug'ilgan bolalarda kuzatiladi. Bunda rangpar treponemalar homila yo'ldoshi (platsentar qon aylanish yo'li bilan) orqali go'dak organizmiga o'tadi. Tug'ma zaxmga chalingan bolalarning onalari sinchkovlik bilan tekshirilsa, ularda zaxm kasalligining aniqlanishi muqarrar. Onasi zaxmga chalinmagan kishilarda tug'ma zaxm rivojlanmaydi.

Bolalarda kuzatiladigan tug'ma zaxm belgilarining rivojlanish darajasi ona qachon kasallik yuqtirganligiga bog'liq. Onada kechayotgan zaxm jarayoning dastlabki 3 yili homila uchun juda xavflidir. Biroq, kasallik yuqqandan 5-10 yil keyin tug'ilgan bolalarda ham tug'ma zaxm belgilari kuzatilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda kasallikdan 10 va undan ko'proq yil o'tgandan so'ng homilador bo'lgan ayollardan tug'ilgan bolalarda tug'ma zaxm belgilari kuzatilmaydi. Bunday bolalarda bir necha yillardan so'ng (bolalik va o'smirlik davri, etuklik yoshi) kasallik belgilari namoyon bo'lishi mumkin.

Tug'ma zaxmning kechishi bemor ayolning zaxmning qaysi davrida homilador bo'lganligiga bog'liq. Zaxmning birlamchi va ikkilamchi davrlarida o'tkazgan homilador ayollarning aksariyatidan tug'ilgan bolalarda tug'ma zaxm belgilari kuzatiladi. Ayniqsa, ikkilamchi yangi zaxmga duchor bo'lgan homilador ayollardan tug'ilgan bolalarning barchasida tug'ma zaxm belgilari namoyon bo'ladi. Zaxmning uchlamchi davrida homilador bo'lgan ayollardan tug'ilgan bolalarda tug'ma zaxm belgilari kuzatilmaslighi mumkin. Chunki, oqish spiroxetalar sonining keskin kamayib ketishi, ona organizmining qarshilik ko'rsatish qobiliyati kuchayishi homilaning zaxm infeksiyasi hujumidan saqlab kolishi mumkin, yoki bunday bolalarda kech tug'ma zaxm rivojlanadi.

Tug'ma zaxmga chalingan homilador ayollardan bemor bola tug'ilishi mumkin. Ammo bunday voqealar juda kam uchraydi.

Zaxm bilan kasallangan ayollarda homiladorlik turlicha natijalar: bola tashlash, muddatidan oldin kasal bola tug'ish, oy kuni to'lgan kasal bola tug'ish yoki sog'lom bola tug'ilishi bilan tugashi mumkin. Davolanmagan homilador ayollarning sog'lom bola tug'ishi kamdan-kam uchraydigan voqea hisoblanadi. Homiladorlik davrida va ungacha yaxshi davolanib yurgan ayolardan sog'lom bolalar tug'iladi. Shu sababli homiladorlikning erta muddatlarida zaxmni aniqlash va davolash tug'ma zaxmning oldini oladi.

Kasalliklarning 1975 yilda qayta ko'rib chiqilgan xalqaro tasnifiga binoan tug'ma zaxmning quyidagi klinik turlari farqlanadi:

1. Erta tug'ma zaxm (go'daklik davrining 2 yoshigacha kuzatiladigan barcha ko'rinishlarini o'z ichiga oladi);

- a) belgilari namoyoi bo'lgan erta tug'ma zaxm;
- b) belgisiz kechadigan erta tug'ma zaxm.

2. Kech tug'ma zaxm (2 yoshdan so'ng kuzatiladigan tug'ma zaxmning barcha ko'rinishlari):

- a) belgili kech tug'ma zaxm;
- b) yashirin kech tug'ma zaxm.

ERTA TUG'MA ZAXM (SYPHILIS CONGENITA PRAECOX)

Belgilari asosan go'dak hayotining dastlabki ikki oyi davomida namoyon bo'ladi. Tug'ma zaxmning aniq belgilari bilan tug'ilgan go'daklar ko'p yashamaydi. Ular hayotlarining birinchi soatlari yoki kunlaridayoq nobud bo'ladilar. Bunday go'daklarning jussasi juda kichik, terisi quruq va bujmaygan, teri osti yog' qavati bo'lmaydi. Bemorlarning qo'l va oyoqlari juda ozg'in, burmalar bilan qoplangan, yuzlari za'faron, qari kishini eslatadi. Bosh suyagi tanasiga nisbatan ancha katta, teri ostidan kengaygan ko'k tomirlar (vena) bo'rtib chiqib turadi. Miya bo'shliqlarida suyuqlik to'planganligi (istisqo) tufayli bosh suyagi o'z shaklini o'zgartiradi. Ichki a'zolarida yuz beradigan o'zgarishlar bemor go'dakning nobud bo'lishini tezlashtiradi. Yashashga layoqatli bemor bolalarning teri va shilliq qavatlari quyidagi o'zgarishlar yuzaga keladi: zaxm chilla yarasi (pufaklari), qattiqlashgan tarqalgan madda (infiltrat), zaxm tumovi (rinit), papulalar, rozeolalar, sochning to'kilishi va h.k. Zaxm pufakchalari (remphigus syphiliticus) go'dak hayotining dastlabki kunlari va haftasidayoq paydo bo'ladi va shakllanadi. Pufaklarning kattaligi no'xat, olcha, ba'zan gilosdek bo'lib, ular to'q qizil suyuqlik yoki yiring bilan to'lgan. Pufaklar tipiq seroz suyuqlik yoki yiring bilan to'lgan, ba'zan qon aralash bo'ladi. Pufaklar qurib qatqalok hosil qiladi yoki pufakcha pardasi yirtilib yallig'lanish suyuqligi chiqadi. Mazkur pufakchalarning, qo'l yoki oyok kaftlarida joylashganligi diagnostik belgi bo'lib xizmat qiladi. Pufak suyuqligi tarkibida ko'p miqdorda oqish spiroxetalar topiladi. Zaxm pufaklarini stafilokokklar paydo qiladigan pufakli (yuqumli) yaradan farqlash lozim. Zaxm pufaklari ostida qattiq madda paypaslanadi, pufak qobig'i mustahkam bo'lib osonlikcha yorilmaydi. Pufaklar bir-biri bilan qo'shilib ketmaydi. Ba'zan pufaklar paydo bo'lgunga qadar yallig'langan dog'lar va tugunchalar ko'rinishidagi toshmalar hosil bo'ladi. Yuqumli (pufakli) yara toshmalar esa badanning ko'p sohasiga (orqa, kurak, qo'l-oyoqlar, yuzga tarqaladi, pufak pardasi yupqa bo'ladi, osongina yoriladi. Pufaklar tezda bir-biri bilan qo'shilib ketadi, atrofida yallig'langan hoshiya kuzatilmaydi. Pufak suyuqligida stafilokokklar ko'p bo'ladi.

Qattiqlashgan tarqalgan madda (Goxzinger, 1808) - bola hayotining 8-10 haftalarida paydo bo'ladi. Qo'l va oyoq kaftida hosil bo'lgan tarqoq yallig'langan dog'lar (eritema) asta-sekin qattiqlasha boradi. Bunday qattiqlashgan o'choqlar yuzda, og'iz atrofida, ensa sohasida xam vujudga keladi. Zararlangan soxalardagi maddalash ko'payib, terini taranglashtiradi, to'q qizil yoki ko'kimtir qizil tusga kirib, usti yaltiray boshlaydi. Ayniqsa, yuzdagi lab qalinlashadi, shishadi, kattalashib, taranglashadi. Shishning qattiqlashishi bolaning emishini qiyinlashtiradi. Natijada go'daklarning ko'p yig'lashi oqibatida shu'lasimol yoriqlar hosil bo'ladi. Nihoyat, yallig'lanish jarayoni tugab, bu shu'lasimon yoriqlar nursimon chandiqlashish bilan tugaydi (Robinson-Furne belgisi). Bu belgi uzoq yillardan keyin xam tug'ma zaxm tashxisi qo'yishga yordam beradi.

Goxzingerning qattiqlashgan maddalari kuzatiladigan davrda, bola hayotining 4-8-haftalarida tugunchali (papula) toshmalar ham paydo bo'ladi. Tugunchalar qo'l va oyoqlarda, dumba, yuz, katta burmalar (chov, son) sohasida ko'p uchraydi. Ba'zan tugunchalar kech (3 oydan keyin) paydo bo'lishi mumkin. Burmalar sohasda joylashgan tugunchalar ishqalanish oqibatida namlanadi, yaraga aylanadi. Ko'pincha yiringli kokklar tushib, yiringcha (po'stulalarga) aylanadi. So'ngra ular qurib qalok hosil qiladi.

Rozeolalar erta tug'ma zaxmda juda kam kuzatiladi. Ular chegaralangan pushti-jigar rangda bo'lib, pigmentli dog'larni eslatadi. Rozeolalar ko'pincha yuz, tana va oyoq kaftida kuzatilib, kam miqdorda bo'ladi. Ko'pchilik kasal bolalarda sochning to'kilishi kuzatiladi. Ayniqsa, qattiqlashgan madda boshning sochli qismida, qosh va kipriklar sohasida joylashganda soch ko'proq to'kiladi. Sochlar tarqoq holda har er-har erdan yoki o'choqsimon to'kilishi mumkin.

Zaxm tumovi kasal bola hayotining birinchi oyida, ba'zan tug'ruqxonadagilik paytidayoq namoyon bo'ladi. Rinit burun bo'shlig'i shilliq qavatining yalpi yallig'lanishidir; Tumov 3 bosqichda kechadi:

1. Quruq bosqich - shilliq qavatning qalinlashishi (gipertrofiya);
2. Kataral bosqich - yiringli va qon aralash quyuc yiring ajralishi;
3. Yaralar paydo bo'lish bosqichi - shilliq qavatda eroziya va yaralarning hosil bo'lishi, qon aralashgan badbo'y yiring chiqishi.

Bu jarayon bemor bolalarni og'iz orqali nafas olishga majbur qiladi. Emayotgan paytda bola tez-tez, to'xtab, nafas olib yana emishda davom etadi. Burun bo'shlig'idan ajralib chiqayotgan yallig'lanish suyuqligida ko'p miqdorda rangpar treponemalar topilishi diagnostikasini osonlashtiradi. Tumovning uzoq muddat davom etishi burun suyak-togay qismining emirilishiga, natijada burunning cho'kishiga (egarsimon burun) olib keladi. Rinit ba'zi bemorlarda tomoqning zararlanishiga sabab bo'ladi. Bunday hollarda tovush bo'g'ilib, bemorlar xirillab qoladilar, ba'zan tovush butunlay chiqmay qoladi.

Erta zaxmning diqqatga sazovor yana bir belgisi **osteoxondritdir**. Osteoxondrit suyaklarda kuzatiladigan zaxm belgilaridan eng ko'p uchraydiganidir. Homiladorlikning birinchi oylaridayoq uzun naysimon suyaklarning epifizi va diafizi orasida joylashgan tog'ay to'qimasining qon bilan ta'minlanishi kuchayadi. Bu hol mazkur sohada rangpar spiroxetalarning haddan tashqari ko'payishiga va yig'ilib qolishiga imkoniyat yaratadi. Shakllangan spetsifik yallig'lanish tog'ay to'qimasining suyak to'qimasiga o'tishiga, kaltsiy tuzlarining to'planishiga halal beradi. Natijada metafiz sohasida suyaklarning qotishi sekinlashadi. Ba'zan butunlay to'xtaydi (osteomalyatsiya).

Osteoxondrit aslida yallig'lanish emas, balki kaltsiy hosil bo'lishining, ya'ni suyaklanish jarayonining buzilishidir. Osteoxondrit qovurg'a, kurak, chanoq va bosh suyaklarda xam kuzatiladi. Bunda elka va boldir suyaklarini rentgenologik tekshiruvdan o'tkazish kifoya. Osteoxondrit rentgenologik belgidir, uning 3 bosqichi farqlanadi. Osteoxondritning Z-bosqichida to'qimalarning emirilishi oqibatida et oluvchi (granulyatsion) to'qima xosil bo'ladi. Bu to'qima tog'ay qavatining ostida, diafiz yaqinida joylashib, turli ta'sirotlar ostida yirtilishi mumkin. Natijada suyakning epifiz qismi diafiz qismidan ajralib ketadi. Mana shu tariqa suyaklarning metafizar (yopiq) sinishi sodir bo'ladi. Bu hol soxta falajlik holatinn keltirib chiqaradi, ya'ni suyakning sinishi natijasida paydo bo'lgan kuchli og'riq o'sha qo'l yoki oyoqda harakatni butunlay to'xtatib qo'yadi. O'sha sohani qimirlatish bemorning og'riq zo'rligidan chinqi-rib yig'lashiga sabab bo'ladi. Bunday bemorlarda teri va mushaklarning sezuvchanligi va o'tkazuvchanligi saqlangan bo'ladi. Mazkur belgilarning barchasi falajlikning soxta ekanligini aniqlashda yordam beradi. Erta tug'ma zaxmda periostit va osteoperiostit ko'p kuzatiladi, osteoskleroz va osteoporoz esa kamdan-kam uchraydi.

Ichki a'zoldan jigar va taloqning kattalashganligi erta tug'ma zaxmda ko'p uchraydigan belgilardan hisoblanadi. Shuningdek buyrakning zararlanishi, moyakning kattalashganligi, periferik limfa tugunlarining paypaslanishi kuzatilishi mumkin,

Erta tug'ma zaxm tashxisi quyidagi ma'lumotlar asosida qo'yiladi:

1. Tug'ma zaxm taxmin qilinayotgan bolalarning ota-onalarida zaxm belgilarining kuzatilishi yoki ularning zaxmga qarshi davolanganligini aniklash.
2. Teri, shilliq qavatlar, suyaklar va ichki a'zoldarda erta tug'ma zaxmga aloqador belgilarning kuzatilishi.
3. Zararlangan to'qima va a'zoldarda oqish spiroxetalarning topilishi.

A. Standart (VR, KR, ZVR) va spetsifik (IYoR, THChR) serologik reaksiyalarining musbat natijalar berishi. Zaxmga duchor bo'lgan ayollardan tug'ilgan bolalarda serologik reaksiyalarning musbat natijalar berishiga qaramasdan zaxm klinik belgilarining topilmasligi yashirin tug'ma zaxm diagnozini qo'yishga asos bo'la oladi.

KECh TUG'MA ZAXM. (SYPHILIS CONGENITA TARDA)

Belgilari ko'pincha 7-15 yoshdagi bolalar va o'smirlarda, ba'zan maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda, hatto katta yoshdagi (20-30 va 50 yoshdagi) kishilarda ham kuzatiladi. Kasallik belgilari orttirilgan zaxmning uchlamchi davrini eslatadi. Bemorlarning terisi va shilliq qavatlarida do'mboqchalar va gummalar hosil bo'ladi. Suyaklarda gümma li periostit, osteoperiostit va osteomieliit kuzatiladi. Shuningdek, jigar va taloq-ning kattalashishi, endokardit va aorta anevrizmasi, bosh miyaning zararlanishi (meningit, meningonevrit, meningomieliit), hatto orqa mnya suxtasi va rivojlangan falajlik kuzatilishi mumkin. Biroq kech tug'ma zaxmga xos shunday belgilar borki, ular orttirilgan (uchlamchi) zaxmda bo'lmaydi. Kech tug'ma zaxmga xos ishonchli belgilar Getchinson uchligida (triadasida) o'z ifodasini topgan, bu belgilar zaxmning tug'ma ekanligini isbotlaydi:

1. Ko'z muguz qavatining zararlanishi (parenximatoz keratit). Ko'z muguz (shox) qavati xiralashadi, yosh oqadi, bemorlar yorug'likka qaray olmaydi. Ko'zning ko'rish qo-biliyati asta-sekin pasayib bemor ko'r bo'lib qoladi. Dastlab bir ko'z, 6 - 10 kun o'tgach ikkinchi ko'z ham kasallanadi. Ko'zning boshqa qavatlari ham zararlanadi: qon'yunktivit, irit, xorioretinit, ko'rish nervining atrofiyasi. Parenximatoz keratitga duchor bo'lgan bemorlarda ko'zning ko'rish qobiliyati tiklanmaydi.

2. Getchinson tishlari - bunda yuqorigi o'rta kesuvchi tishlar gipoplaziyaga uchraydi. Tishlarning erkin kesuvchi qirrasini yarimoysimon shaklni olib, o'roqni eslatadi. Tishlarning tanasi kengaygan va qalinlashgan, milkka kirib turgan qismi ingichka, shu sababli sandonsimon yoki xumsimon shaklni oladi.

3. Zaxm karligi (eshituv chig'anog'ining zararlanishi, labirintit). Bunda quloq shang'illaydi, bosh aylanadi, eshituv qobiliyati pasayib, kar bo'lib qolishga olib kelishi mumkin. Karlik ichki quloqda (labirint) shakllangan yallig'lanish jarayoni (labirintit) va gemorragiya oqibatida, shuningdek eshituv nervining distrofiyasi natijasida kelib chiqadi. Odatda karlik to'satdan boshlanadi. Ayniqsa, 4 yoshgacha bo'lgan bolalarda rivojlangan karlik nutqni buzadi va gunglikka olib keladi.

Parenximatoz keratit va zaxm labirintitida spetsifik davo choralari naf bermaydi, zararlangan to'qimalarda rangpar spiroxetalar ham topilmaydi. Bu hol mazkur dardlarni allergik tabiatga ega, deb taxmin qilishga sabab bo'layapti. Hozirgi paytda zaxmda ko'z va quloqning zararlanishi maxsus allergik reaksiya oqibatidir, deb tushuntiruvchi olimlar soni oshib borayapti. Parenximatoz keratitda glyukokortikoidlarning naf berishi bu fikrni tasdiqlamokda.

Yuqorida sanalgan kech tug'ma zaxmning uchta ishonchli belgilari bir vaqtning o'zida uchramaydi. Ko'pincha Getchinson uchligining bitta belgisi, ba'zan ikkitasi kuzatiladi.

Kech tug'ma zaxm tashxisini qo'yishda quyidagi beqaror (shart bo'lmagan) belgilar ham yordam beradi: qilichsimon boldir, qilichsimon bilak, Robinson-Furne belgisi, dumbasimon bosh, egarsimon burun, xumsimon tishlar.

Birok bu belgilar kech tug'ma zaxm diagnozini tasdiqlay olmasada, balki taxmin qilishga asos bo'ladi. Beqaror belgilardan qilichsimon boldirni erta zaxmda kuzatiladigan osteoxondrit oqibatidir, degan fikrlar bor. Shuningdek, Robinson-Furne chandiqlari qattiqlashgan madda natijasida xosil bo'lishini eslatib o'tmoqchimiz. Mana shu sabablarga ko'ra ba'zi mualliflar qilichsimon boldir va Robinson-Furne chandiqlarini tug'ma zaxmning ishonchli belgilari qatoriga kiritmoqdalar.

Kech tug'ma zaxmga xos bo'lgan asosiy klinik belgilarni beqaror belgilar bilan taqqoslashda quyidagi distrofik belgilarning bor-yo'qligini aniqlash diagnos-tikani engillashtiradi: Avstidiyskiy belgisi, «olimpiya» peshonasi, kalta jimjiloq, qattiq tanglayning baland joylashishchi, hanjarsimon o'simtaning yo'qligi, Karabelli do'mboqchalari, g'ilaylik va boshqa belgilar. Kech tug'ma zaxm diagnostikasida spetsifik serologik reaksiyalarning javobi muhim rol o'ynaydi. Ayniqsa anamnestik ma'lumotlar olish qiyin bo'lgan xollarda (bemorlarning ota-onasini tekshiruvdan o'tkazish imkoniyati bo'lmaganda) THChR va IYoRning javobi hal qi-luvchi ahamiyatga ega. Kech tug'ma zahmda QSR 70-92% hollarda va spetsifik reaksiyalar deyarli barcha hollarda musbat natijalar beradi. Kech tug'ma zaxm diagnozini qo'yish juda mas'uliyatli vazifadir. Chunki zaxmning bu turida oqish

spiroxetalarni topish imkoni deyarli bo'lmaydi. Ishonchli belgilar qatoriga kiruvchi Getchinson uchligi o'z tabiati jihatidan hamma xollarda zaxmga aloqador bo'lavermaydi. Ana shu tufayli treponemalar harakatini cheklash va immunologik yog'dulanish reaksiyalarining musbat natijalari tug'ma zaxm diagnostikasini engillashtiradi.

Tug'ma zaxmga qarshi kurash umuman zaxm kasalligiga qarshi kurash bilan chambarchas bog'diqdir. Ayollar orasida zaxmning o'z vaqtida aniqlanishi va davo qilinishi tug'ma zaxmning oldini olishning eng asosiy yo'lidir. Davolash muassasalariga, ayollar maslahatxonalariga murojaat etadigan va umumiy ko'rikdan o'tayotgan ayollarda zaxmning yashirin va aniqlanmagan turlarini aniqlash ham muhim profilaktik ahamiyat kasb etadi. Shuningdek aholining zaxm yuqtirish xavfi yuqori bo'lgan tabaqalarini (ofitsiantlar, haydovchilar, mehmonxona xodimlari) muntazam klinik-serologik tekshiruvdan o'tkazish zaxmga uchragan bemorlarning faol ravishda aniqlanishiga imkoniyat yaratadi. Bolalar muassasari (yasli, bog'cha va go'daklar uylari) va oziq-ovqat mahsulotlarni tayyorlaydigan, pishirish, sotish bilan bog'liq va aloqador xodimlarni (opshazlar, oziq-ovqat do'konining sotuvchilari, kandolatchilik shirkatlarining ishchilari) klinik va serologik tekshiruvlardan o'tkazish xam zaxmga yo'liqqan bemorlarning o'z vaqtida aniqlanishiga olib keladi.

Tug'ma zaxmning oldini olishda ayollar maslahatxonalarining ahamiyati benihoya katta. Sog'likni saqlash vazirligining buyrug'iga binoan ayollar maslahatxonasiga murojaat etuvchi barcha homilador ayollar kamida ikki marta (homiladirlikning birinchi va ikkinchi yarmida) zaxmga tekshirilishi, jumladan, ulardan Vasserman reaksiyasiga qon olinishi lozim. Jinsiy a'zolarining surunkali yallig'lanish kasalliklaridan davolanayotgan bemor ayollar va homiladorlikni sun'iy to'xtatish maqsadida vrachga murojaat etgan ayollarning qoni xam zaxmga tekshiriladi. Bulardan tashqari, zaxmga qarshi davolanayotgan va zaxm tashxisi bilan klinik va serologik kuzatuvda turgan ayollarning barchasi haqidagi ma'lumotlar tegishli ayollar maslahatxonalariga berilishi kerak. Bu tadbir ular homilador bo'lgan takdirda tegishli tekshiruvlar o'tkazishga va profilaktik davo choralarni ko'rishga yordam beradi. Zaxmga chalingan ayollarga homiladorlikni to'xtatish imkoniyati beriladi. Biroq bu muolaja homilador ayolda kuzatilgan zaxmning yuqumli belgilari bartaraf etilgandan so'ng amalga oshiriladi. Zaxm bilan og'rigan ayolda homiladorlik aniqlangach, ushbu ayolning tibbiy hujjati yashab turgan joyi bo'yicha tug'ruqxonaga yuborilishi kerak.

Agar ayollar maslahatxonasida zaxmga tegishli tekshiruvlar o'tkazilgan bo'lmasa, bu tug'ruqxonalarda homiladorlarni o'z vaqtida (tug'ishdan avval) klinik va serologik tekshiruvlardan sinchkovlik bilan o'tkazish lozim. Zaxmga tekshirilayotgan, homilador ayollarda Vasserman va boshka klassik serologik reaksiyalarining musbat javoblari tekshirilayotgan ayolda zaxm bor, degan xulosa chiqarish uchun kifoya qilmaydi. Bunday hollarda Vasserman reaksiyasiga soxta musbat javob olish ehtimoli borligini hisobga olishimiz lozim. Bunday tashqari, homilador ayol tuqqandan keyin 10-15 kun ichida xam VR soxta musbat javob berishi mumkinligini yodda saqlash lozim. Shu sababli bunday ayollar tuqqanlaridan 2-3 hafta o'tgach takroriy serologik tekshiruvlar o'tkazilishi lozim. Mana shu davrlardan keyin o'tkazilgan serologik reaksiyalarining musbat javobigina uning spetsifikligini ko'rsatadi. Qolaversa, KSRning spetsifiklik darajasi treponemalar harakatini cheklash reaksiyasi yordamida aniqlanishi lozim. Qo'llanmaga binoan KSRning musbat javobi bilan birga THChR va IYoR ning musbat natijalari asosida homilador ayollarga yashirin zaxm tashxisi qo'yiladi.

KSRLar kam musbat javob bergan hollarda THChR va IYoRlarining musbat natijalari tekshirilayotgan ayolga yashirin zaxm tashxisi qo'yishga asos bo'ladi.

Zaxmga duchor bo'lgan ayollardan tug'ilgan barcha bolalar xam sinchkovlik bilan klinik va serologik tekshiruvlardan o'tkazilishi kerak. Teri va shilliq qavatlarida hamda ichki a'zolarida zaxm belgilari topilmagan, shuningdek rentgenologik tekshiruvlarda o'zgarishlar aniqlanmagan bolalarda serologik reaksiyalarining manfiy javobi tug'ilgan go'dakning sog'lomligidan guvohlik beradi. Rentgenologik tekshiruvlar ko'pi bilan 3 oy mobaynida o'tkazilishi shart. Sog'lom tug'ilgan bolalarda profilaktik davo kursini o'tkazish tug'ma zaxmning kech belgilari paydo

bo'lish xavfining oldini oladi. Yuqorida sanab o'tilgan hamma profilaktik davo choralari tug'ma zaxm rivojlanishining oldini oladi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar tug'ma zaxmning tub mohiyatini tushunib olishlari, klinik turlarini bilishlari, erta va kech tug'ma zaxmning barcha belgilarini so'zlab berishlari lozim. Erta tug'ma zaxmda kuzatiladigan simptom va sindromlarni o'xshash kasalliklardan ajrata olishlari kerak. Erta va kech zaxm diagnostikasi, tug'ma zaxmda serologik reaksiyalar dinamikasini bilishlari lozim. Shuningdek tug'ma zaxmning oldini olish borasida aniq tasavvurga ega bo'lishlari zarur.

Talabalar quyidagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari lozim:

- a) tug'ma zaxmning klassifikatsiyasini (tasnifi);
- b) tug'ma zaxm bilan kasallangan bemorlardan rangpar treponemalarga material olish metodikasi;
- v) erta tug'ma zaxm diagnostikasi.

4. Uyga vazifa:

Tug'ma zaxmning shakllanishining sabablarini tushuntiring. Tug'ma zaxm klassifikatsiyasi nimaga asoslangan? Robinson-Furne chandiqlarining hosil bo'lish mexanizmini tushuntiring. Parroning soxta falajligi nima sababdan kuzatiladi? Qilichsimon boldirning shakllanish sababi nimada?

ADABIYO TLAR

Yu. K. Skripkin va boshtsalar. «Rukovodstvo po detskoy dermatovenerologii». 1983. 399-433-betlar.

«Venericheskie bolezni» (*O. K. Shaposhnikov* taxriri ostida). M. 1991, 216-246-betlar.

Yu. K. Skripkin. «Kojnie i venericheskie bolezni», M. 1980, 471-487-betlar.

5. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Arxivdan olingan kasallik tarixi asosida tug'ma zaxmga uchragan bemorlar bilan tanishish (mus-taqil)	a) kerakli ma'lumotlarni daftarga yozib olish; b) mazkur bemor to'g'risidagi ma'lumotlarni darslik ma'lumotlari bilan taqqoslash.	a) tug'ma zaxmga uchragan bemorlar kasallik tarixi (maxsus bo'lim)ni yozishni o'rganish; b) bemorlarga tashxis qo'yishni o'rganish.
2. «Vestnik dermatologii i venerologii» oynomasidagi tug'ma zaxm haqidagi maqolalar bilan tanishish (guruh bilan birga)	v) maqola bilan tanishish mobaynida kerakli ma'lumotlarni yozi b olish; g) dermatologik statusni ko'chirib olish.	g) olingan ma'lumotlar asosida talabalar qo'ygan tashxisning to'g'riligini tekshirish

5-MASHG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Zaxmni davolash (spetsifik, nospetsifik, ogohlantiruvchi, oldini oladigan va sinov davolar. Zaxmda qo'llaniladigan dori vositalari).

2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Zaxmga chalingan bemorlarni davolash 1937 yilda tasdiqlangan qo'llanmaga binoan amalga oshiriladi. Mazkur qo'llanma tibbiyot oliy bilimgozlarining teri-tanosil kasalliklari kafedralarida va ilmiy-tadqiqot iistitutlarida davo usullarini soddalashtirishch maqsadida keyingi yillarda to'plangan tajribalar asosida ishlab chiqilgan va tavsiya etilgan.

Davolashning quyidagi usullarn joriy etilgan:

1. Zaxm bilan kasallangan bemorlarda spetsifik davo qo'llaniladi, davo kasallikni qo'zg'atuvchi spiroxetalarni nobud qilishga qaratilgandir. Shu maqsadni amalga oshirish uchun qo'llaniladigan dorilar spetsifik dorilar deyiladi.
2. Nospetsifik davo. Zaxmga uchragan bemorlar organizmini qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshirish va serologik reaksiyalar javobining manfiy bo'lishini tezlashtirish maqsadida qo'llaniladi. Bunday dorilar nospetsifik preparatlar deyiladi.
3. Ogohlantiruvchi (preventiv) davo zaxmga yo'liqqan bemorlar bilan jinsiy yoki yaqin maishiy munosabatda bo'lgan shaxslarda o'tkaziladi (bunda antibiotiklar ishlatiladi).
4. Kasallikning oldini oladigan (profilaktik) davo. Zaxm bilan kasallangan bemorlardan tug'ilgan bolalarda va zaxmni boshdan kechirgan homilador ayollarda qo'llaniladi (penitsillin bilan).
5. Sinov davo. Zaxmning kech davrlarida kuzatiladigan diagnostik noaniqlik paytlarida o'tkaziladi (ko'pincha vismut preparatlari, ba'zan antibiotiklar qo'llaniladi).

Zaxm kasalligini davolashda quyidagi spetsifik dori vositalari qo'llanishga ruxsat etilgan: penitsillin preparatlari, eritromitsin, tetratsiklin, oletetrin, vismut va yod preparatlari.

Penitsillin preparatlari. Ko'p yillik klinik kuzatuvlar va ilmiy tadqiqotlar natijasida penitsillinlar guruxining zaxm infeksiyasida shifobaxsh ta'sir ko'rsatishi tasdiqlangan. Penitsillin preparatlari zaxmga qarshi yolg'iz o'zi yoki vismut preparatlari bilan birgalikda qo'llanilishi mumkin. Agar penitsillinning xar bir ml qondagi miqdori 0,03 TV dan oshsa, bu miqdor zaxmni davolashga qodir deb hisoblanadi.

Benzilpenitsillin ta'sir etish muddati uzaytirilgan boshqa preparatlarga nisbatan bemorlar tomonidan yaxshi kabul qilinadi, u kamdan-kam hollarda asoratlar qol-diradi. Shunga qaramasdan bemorning kasallik tarixida penitsillinga nisbatan ko'ngilsiz voqealar bo'lgan bo'lmaganligini aiiqlash lozim. Penitsillin dastlabki yuborishdan 30 daqiqa avval har ehtimolga qarshi gistaminga qarshi dorilardan birortasini (dimedrol, diazolin, suprastin) berish lozim. Shuningdek, gisgaminga qarshi dorilar penitsillinining ta'sir muddati uzaytirilgan preparatlarini yuborishdan avval har safar qo'llanilishi lozim.

Penitsillin preparatlarining quyidagilari zaxmni davolashda qo'llaniladi:

1. Benzilpenitsillin-benzilpenitsillin kislotaning suvda eriydigan natriyli va kaliyli tuzi. Suvdagi eritmasi har 3 soatda tungi tanaffuslarsiz mushak orasiga yuboriladi (dorining miqdori zaxmning turiga bog'liq). Penitsillinning qondagi shifobaxsh miqdorini bir me'yorda saqlab turish uchun dori har 3 soatda yuborilishi shart. Aks holda dorining qondagi miqdori kamayib ketib, penitsillinning treponemalarni o'ldirish qobiliyati susayadi, oqibatda davolash muvaffaqiyatsiz chiqadi.
2. Bitsillin-3 - benzilpenitsillinning natriyli yoki kaliyli tuzi, shuningdek novokain va dibenziletilediamii tuzlaridan iborat aralashmasi. Mushak orasiga ikki lahzali usul bilan har 4 kunda bir marta yuboriladi.
3. bitsillin-1 (benzilpenitsillinning dibenziletilediamin tuzi) va bitsillin-5 (benzilpenitsillinning 80% dibenziletilediamin tuzi) va 20% li novokain tuzlari (aralashmasi). Mazkur preparatlar mushak orasiga har 5 kunda 1 marta ikki lahzali usul bilan yuboriladi. Yuboriladigan dori modda qon tomirlari ichiga tushib qolmasligi uchun dastlab ignaning o'zi sanchilishi lozim. Ignadan qon chiqmayotganligiga ishonch hosil qilingandan keyin, unga shprits kiygizish lozim. So'ngra dori modda asta-sekin va ehtiyotlik bilan yuboriladi.
4. Eritromitsin - treponemalarni halok qilish xususiyatiga ega bo'lgan antibiotik. Penitsillin preparatlarini qo'llash oqibatida ro'y beradigan har xil asoratlar kuzatilganda ishlatiladi. Eritromitsinning zaxmga nisbatan shifobaxsh kuchi penitsillinikiga nisbatan pastdir. Shu tufayli yolg'iz o'zi zaxmni davolashda qo'llanilmaydi, ya'ni eritromitsin bilan davolanish kursi tugagach, vismut tuzlari yuboriladi. Eritromitsin har 6 soatda (sutkasiga 4 marta) 0,5 g dan ovqatdan keyin ichish uchun beriladi.
5. Tetratsiklin va oletetrin. Bu dori moddalarini penitsillin va eritromitsinga sezuvchanligi oshgan bemorlarda qo'llaniladi. Bunda vismut preparatlari tetratsiklin va oletetrinlar bilan bir

vaqtning o'zida qo'llaniladi. Mazkur antibiotiklar 0,5 g dan sutkasiga 4 maxal beriladi.

Agar vismut preparatlari bilan davolashga moneliklar bo'lsa, davo faqat antibiotiklar bilan olib boriladi. Zaxmni davolashda davoning nospetsifik usullari ijobiy natijalar beradi (pirogenal, vitaminlar, biologik quvvatni oshiruvchi moddalar).

Antibiotiklar bilan davolashda kuzatiladigan asoratlari quyidagilar:

Davolanayotgan bemorlarda tana haroratining ko'tarilish reaksiyasi (Gerksgeymer reaksiyasi). Bu asorat ko'p hollarda kuzatiladi (ko'ngil ozishi, bosh og'rig'i, kasallik belgilarining yaqqol namoyon bo'lishi va hokazo). Bunday ko'ngilsiz hodisalar uzog'i bilan bir kun davom etib, keyin yo'qoladi. Shu tufayli davo choralarini davom ettirishga to'sqinlik qilmaydi.

Penitsillin, ayniqsa ta'sir muddati uzaytirilgan penitsillin preparatlari bilan davolashda allergiyaga aloqador turli-tuman asoratlari kuzatilishi mumkin. Bunda terida paydo bo'ladigan toshmalar eshakem yoki allergik dermatit (toksidermiya) ko'rinishida uchraydi. Bunday hollarda penitsillin bilan davolash to'xtatilib, darhol gistamininga qarshi moddalar va kaltsiy preparatlarini qo'llash lozim. Shuningdek, qon tomirlarga tomchilab fiziologik eritma yoki gemodez yuborish yaxshi natijalar beradi.

Antibiotiklar ta'sirida kuzatiladigan eng og'ir va jiddiy asorat organizmning himoyasiz turtki holati (anafilaktik shok) hisoblanadi. Bu holat qon bosimining keskin pasayib ketishi bilan ta'riflanadi, bemor hushidan ketib, qaltiroq tutadi, terisi qonsizlanib, lablari ko'karadi. Bunday hollarda zudlik bilan qon tomirlarni toraytiradigan va qon bosimini oshiradigan dorilar (adrenalin, noradrenalin, efedrin, kofein), shuningdek prednizolon eritmasi, dimedrol kabi allergiyaga qarshi moddalar tomir ichiga yuborilishi lozim. Eritromitsin esa ko'pincha allergik toshmalar paydo qiladi, bemorning ko'ngli aynib, ichi ketishi mumkin.

Penitsillin guruhi va zaxmni davolashda qo'llaniladigan boshqa antibiotiklarni qo'llashga moneliklar: allergik kasalliklar (bronxial astma, eshakem), ichki sekretiya bezlarining kasalliklari, o'tkir oshkozon-ichak kasalliklari, rivojlangan sil jarayoni, qon kasalliklari, yurak-tomirlar sistemasining og'ir kasalliklari;

tetratsiklin va oletetrin homilador ayollarga, 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga berilmaydi. Bundan tashqari, ma'lum bemor organizmiga u yoki bu dori moddalarining individual monelik qilishi mumkinligi hisobga olinishi lozim.

Vismut preparatlari. Qo'llanmaga binoan zaxmni davolashda quyidagi vismut dorilari qo'llaniladi:

1. Biyoxinol - shaftoli moyida eritilgan vismut, yod va xinin aralashmasi. Tarkibida 25% vismut, 56% yod va 19% xinin bor. Mushak orasiga, dumbaning yuqori tashqi chorak qismiga uzun igna yordamida ikki lahzali usul bilan yuboriladi. 1ml biyoxinolning tarkibida 0,02 g sof vismut bor. Biyoxinol va boshqa vismut preparatlarini mushak orasiga yuborishdan avval issiq suvda isitilib, yaxshilab chay-qatiladi. Har kuni 1 ml hisobida, kun ora 2 ml dan yoki haftasiga 2 marta 3 ml dan yuboriladi. Davolash kursining miqdori 40-50 ml.
2. Bismoverol. Monovismutin kislotaning vismutli tuzini shaftoli moyidagi aralashmasi. 1ml aralashmada 0,05 g sof vismut bor. Haftasiga 1 marta 1,5 ml dan yuboriladi, bir kurs davomida 10-20 ml yuboriladi.
3. Pentabismol. Tarkibida 47,9% sof vismut bo'lgan suvda eriydigan aralashma. Har 1 ml eritma tarkibida 0,01 g sof vismut bor. Kun ora 2 ml dan mushak orasiga yuboriladi, davo kursi 40-50 ml ni tashkil etadi.

Og'iz shilliq qavatining kasalliklari, buyrak va jigar kasalliklari, sil, qand kasalligi vismut preparatlari bilan davolashga monelik qiladigan hollar hisoblanadi.

Vismut preparatlari bilan davolash quyidagi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin:

1. Milkalarda, ayniqsa uning chekkalarida vismut tuzlarining yig'ilishi, bunda ko'kimtir kul rang hoshiyalar hosil bo'ladi. (vismut hoshiyalari deyiladi). Milkalarning zararlanishi gingivit deb ataladi.
2. Stomatit - og'iz bo'shlig'ining zararlanishi. Kam

uchrasa-da, bemorni uzoq vaqt bezovta qilishi mumkin.

3. Buyraklar zararlanishi (nefropatiya.) - bunda siydik tarkibida oqsillar paydo bo'ladi (albuminuriya), ba'zan tsilindrlar ko'rinadi (tsilindruriya). Nefropatiyaning zaxmga aloqador ekanligini isbotlovchi dalil siydikda vismut hujayralarining (donador tsitoplazmali epiteliy hujayralari) paydo bo'lishidir. Yod preparatlaridan natriy yod, kaliy yod va kaltsiy yod (sayodin)lar keng qo'llaniladi. Bu dori moddalarini asosan uchlamchi zaxm, ichki a'zolar zaxmi, sezgi organlari zaxmi va kech tug'ma zaxmda ko'p qo'llaniladi. Bundan tashqari, harorat ko'tarilishi reaksiyasi (Gerksgeymer reaksiyasi)ning oldini olish maqsadida zaxmning erta turlarida xam qo'llanilyapti. Bunday maqsadlarda yod preparatlari spetsifik dori moddalarini qo'llashdan avval beriladi (ayniqsa penitsillin preparatlarini yuborishdan oldin). Vismut preparatlari bilan davolanayotgan bemorlarga ana shu vismut tuzlarini organizmdan tez chiqarib yuborish (eliminatsiya deyiladi) maqsadida xam qo'llaniladi. Unda yod preparatlari davolash kurslari o'rtasida, ya'ni tanaffus paytlarida beriladi. Yod serologik reaksiyalar natijalarining tez manfiylashishiga xam yordam beradi. Yod preparatlari do'mboqcha va tugunchalarni, shuningdek katta hajmdagi boshqa yallig'lanish maddalarining so'rilishini tezlashtiradi, tungi suyak og'riqlarini pasaytiradi.

Kaliy yod va natriy yodidning 3-4-5% eritmalari 1 osh qoshiqdan 3 maxal ovqatdan keyin sut bilan ichiladi. Kaltsiy yodid esa 1-2 tabletkadan 3 maxal ovqatdan so'ng 1 - 1,5 oy mobaynida ichiladi. Har kursda 60 80 g sof yod beriladi.

Yod preparatlarini qo'llashga monelik qiluvchi kasalliklar:

1. Yod preparatlariga nisbatan sezuvchanlikning oshishi va allergiya holatlari.
2. Rivojlangan o'pka sili.
3. Buyrak kasalliklari (nefritlar va nefrozlar).
4. Qayta tiklanmaydigan o'zgarishlar bilan kechayotgan yurak-tomirlar sistemasining kasalliklari.
5. Qon yaratadigan organlar kasalliklari.

yod preparatlari quyidagi ko'ngilsiz holatlarni keltirib chiqarishi mumkin: - kon'yunktivitlar (ko'zning kon'yunktival pardasining yallig'lanishi), rinit (burun bo'shlig'i shilliq qavatining yallig'lanishi), bronxit (o'pka nafas yo'llarining yallig'lanishi), oshqozon-ichak yo'llarining kasalliklari, yod toshmalari (yod husnbuzarlari), o'smalar (yododerma).

Yuqorida sanab o'tilgan yodizm belgilari paydo bo'lganida yod bilan davolashni vaqtincha to'xtatish lozim. Zaxmga uchragan bemorlar quyidagi usullar bilan davolanadilar. Birlamchi seronegativ, birlamchi seropozitiv, ikkilamchi yangi zaxm va ogohlantiruvchi davolash o'tkazilayotganda penitsillin eritmasini 400 000 TB dan har 3 soatda 14 kun mobaynida yuboriladi. Jami 44,8 mln TB.

Ikkilamchi qaytalangan va erta yashirin zaxm bilan kasallangan bemorlarga 400 000 TB dan sutkasiga 8 marta 28 kun davomida penitsillin yuboriladi. Jami 89,6 mln TB.

Kech yashirin zaxmda (orttirilgan va tug'ma) dastlab biyoxinol (2ml dan kunora, 12-14 ml ga etguncha) yuboriladi. So'ngra penitsillin (200 000 TB dan har 3 soatda, jami 40 mln TB) bilan davolanadi. Davo oxirida biyoxinol miqdori 40-50 ml ga etkaziladi. Oradan 1,5-2 oy o'tgach penitsillin-vismut davo kursi takrorlanadi. Bunday bemorlarni davolash tugadi deb hisoblash uchun vismut preparatlari bilan yana ikki davo kursi o'tkazilishi lozim. Har gal vismut dorisining turi o'zgartirilib (goh bismoverol, goh pentobismol) turilishi va davo kurslari o'rtasida 1,5-2 oy tanaffus qilinishi kerak.

Uchlamchi zaxm bilan og'rikan bemorlarni davolash kech yashirin zaxmda bo'lganidek olib boriladi. Bunda dastlab yuboriladigan biyoxinol miqdori 20 ml ga etkazilishi lozim.

Erta tug'ma zaxm (belgisi va yashirin)ga chalingan bemor bolalar faqatgina penitsillin bilan 30 kun davomida uzluksiz davolanadi. Dorini bir martalik va sutkalik miqdori 2-jadvalda ko'rsatilgan.

2-j a d v a l Erta tug'ma zaxmga uchragan bolalarni davolash

Go'dakning yoshi	Dorining har bir kg tana og'irligiga to'g'ri keladigan sutkalik miqdori	Dorini yuborilish miqdori (har 4 soatda)
0 oygacha	100 000 TB/kg	50 000-100 000 TB dan 100
6 oydan 1 yoshgacha	75 000 TB/kg	000-150 000 TB dan 100
1 yoshdan 2 yoshgacha	50 000 TB/kg	000-200 000 TB dan

Masalan, og'irligi 6 kg bo'lgan 4 oylik go'dakni davolash **uchun** penitsillin eritmasi sutkasiga 600 000 TBdan (100 000TB dan har 4 soatda) 30 kun davomida (jami 18 mln TB) yuborilishi kerak. Penitsillin eritmasi bilan oldini oladigan (profilaktik) davo 2 hafta davomida o'tkaziladi. Bunda dorining sutkalik miqdori 100 000 TB/kg ni tashkil etadi. Masalan, og'irligi 5 kg bo'lgan bir oylik chaqaloqqa kuniga 500 000 TB, jami 7 mln TB penitsillin yuboriladi. Ogohlantiruvchi (preventiv) davo ko'pincha 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkazilib, penitsillinning davo miqdori go'dakning yoshiga qarab turlicha:

- 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga 500 000 TB/kg;
- 1-5 yoshga 400 000 TB/kg;
- 6-10 yoshga -300 000 TB/kg;
- 11-15 yoshga - 200 000 TB/kg;
- yoshi 15 dan oshgan o'smirlarga 100 000 TB/kg ni tashkil etadi.

Zaxmga uchragan bemorlarni davolashda qo'llaniladigan nospetsifik davo usullari ko'pincha uning kech davrlarida (kech yashirin zaxm, uchlamchi zaxm, ichki a'zolar va asab sistemasining zaxmi) yaxshi samaralar beradi. Ikkilamchi qaytalangan va erta yashirin zaxmlarda ham nospetsifik dori-darmonlar berish maqsadga muvofiqdir. Bunda ko'proq quyidagi nospetsifik preparatlar ishlatiladi:

1. Pirogen moddalar (pirogenal, prodigiozan);
2. Biogen stimulyatorlar (aloe, FiBS, shishasimon tana, splenin);
3. Vitaminlar (tiamin, piridoksin, vitamin S, vitamin V12).
4. Noepetsifik immun dorilar (dekaris, natriy nukleinat, metiluratsil);
5. Qonni ultrabinafsha nurlar bilan nurlab qayta yuborish (reinfuziya);
6. Davoga moslashishni tezlashtiruvchi (adaptogen) preparatlar (pantokrin, eleuterokokk va boshqalar). Serorezistent zaxmda, serologik qaytalanish hollarida, orqa miya suyuqligida chuqur o'zgarishlar kuzatilganda nospetsifik davoni keng ko'lamda qo'llash, ayniqsa pirogen davo kutilgan natijalar beradi.

Hozirgi paytda zaxm kasalligi muvaffaqiyatli davolanmoqda. Zaxmning eng og'ir turlari (ko'rish nervining atrofiyasi, orqa miya so'xtasi, rivojlangan falajlik) kam kuzatilmoqda. Tug'ma zaxm ham kamayib borayapti. Zaxmning erta davrlarida davo choralarini boshlash kasallikning butunlay tuzalib ketishiga garov bo'la oladi.

Zaxmga qarshi davolangan bemorlarda kasallik belgilarining yo'qolishi, serologik reaksiyalar javobining manfiylashishi bemor zaxmdan holi bo'adi, degan so'z emas. Zaxm belgilari ma'lum muddatdan so'ng yana paydo bo'lishi, serologik reaksiyalar qayta musbat javob berishi mumkin. Shu sababli zaxmdan davolanganlik mezoni davo olgan bemorlarni uzoq muddat mobaynida kuzatib borilganda aniqlanadi. Dispanser hisobiga olingan bemorlar bir yildan 5 yilgacha kuzatiladi:

- birlamchi seronegativ zaxmga uchragan bemorlar - 1 yil;
- birlamchi seropozitiv, ikkilamchi yangi zaxm - 3 yil.
- ikkilamchi qaytalangan, yashirin va uchlamchi zaxm, shuningdek zaxmning boshqa kech turlari - 5 yil.

Erta va kech tug'ma zaxmga qarshi davolangan bemorlar va oldini oladigan (profilaktik) davo olgan bolalar 5 yillik muvaffaqiyatli klinik va serologik kuza-tuvdan so'ng hisobdan chiqariladi.

Bunda zaxm bilan og'riqan bemorlarda klassik serologik reaksiyalarning barchasi manfiy javob bermaguncha ular xar oyda klinik va serologik nazoratdan o'tkazib turiladi. Shundan so'ng bir yil mobaynida har chorakda, kuzatuvning ikkinchi va uchinchi yillarida esa har olti oyda bir marta klinik-serologik tekshiruvdan o'tkaziladi. Nazoratning keyingi yillarida bemorlar yiliga bir marta klinik va serologik tekshiruvlardan o'tib turishlari. shart. Klinik va serologik kuzatuvlarning barcha davr va bosqichlari bemor qaysi tuman yoki viloyatda yashab turgan bo'lsa, o'sha joydagi dispanserda o'tkaziladi. Gap shundaki, davolash boshqa shaharlarda joylashgan dispan-serlarda o'tkazilgan bo'lishi mumkin.

Zamonaviy davolash usullari yordamida sifatli va vaqtida o'tkazilgan davo zaxmga uchragan bemorlarning butunlay sog'ayib ketishlariga olib keladi. Davolangan bemorlarni quyidagilar asosida zaxm infeksiyasidan holi bo'lgan deb hisoblash mumkin:

- 1) zaxmning barcha davrlarida, xususan uning birlamchi va ikkilamchi davrlarida boshlangan va sifatli o'tkazilgan davo tufayli mazkur bemorlarda butun kuzatuv mobaynida zaxmning biror belgilari paydo bo'lmasligi;
- 2) zaxmning yangi belgilari faqat qayta (takroriy) yuqish oqibatida paydo bo'lganda;
- 3) spetsifik davo o'tkazilgandan so'ng homilador bo'lgan ayollardan tug'ilgan bolalarda zaxmning ham klinik, ham serologik belgilari kuzatilmashligi, bu o'rinda homiladorlikning birinchi yarmida o'tkazilgan sifatli davo natijasida ham sog'lom bolalar tug'ilayotganligini ta'kidlash lozim;
- 4) zaxmga qarshi sifatli davolangan, ammo boshqa baxtsiz hodisalar natijasida o'lgan kishilar yorib ko'rilganda ularning ichki a'zolarida zaxmning biror spetsifik belgilari topilmaganligi.

Ammo ba'zi bemorlarda o'tkazilayotgan davo choralariga qaramasdan klassik serologik reaksiyalar musbat javob berishi mumkin. Uzluksiz usul bilan davolanganidan so'ng bir yildan ortiq bo'lgan muddat mobaynida KSR natijalarining o'ta musbat qolish hollariga serochidamlilik zaxm deyiladi. Shuningdek surunkali usul bilan davo o'tkazilayotgan va davolashning oxirgi kursi boshlangan bemorlarda KSRning musbat javoblar borish hollari ham serochidamlilik deb tushuniladi. Zaxm bemorlarida serochidamlilik hollari kuzatilganda qo'shimcha davo kurslari buyuriladi. Bunday hollarda ko'pincha ikkilamchi qaytalama zaxmga uchragan bemorlarda o'tkaziladigan davo takrorlanadi. Serochidamli zaxmda antibiotiklar va vismut preparatlari yig'indisini o'z ichiga olgan 3 kurs davo o'tkazilsa ham bo'ladi. Serochidamlilik zaxmga qarshi tanlangan davo usullaridan qat'i nazar, bu spetsifik davo nospetsifik davo usullari bilan qo'shib o'tkazilgan ma'qul. Zaxmning kech davrlarida (ichki a'zolar va asab sistemasi zaxmlarining barcha turlarida) o'tkazilgan davo choralariga qaramasdan KSRning musbat javob berish hollari serochidamlilik deb tushunilmaydi. Shu sababli qo'shimcha davo kurslari buyurilmaydi. Zaxmning bunday kech turlarida kasallikning klinik belgilarining yo'qolishi davoning asosiy tuzalganlik mezonini hisoblanadi.

Zaxmga qarshi davolangan bemorlarda quyidagilar davolanganlik mezonini bo'lib xizmat qiladi:

- a) o'tkazilgan davo choralarining sifati (qo'llanilgan usulning to'g'riligi, dori miqdorining etarli darajada bo'lishi, preparatlarni almashtirib turish tartibi, davo kurslari orasidagi muddat va boshqalar);
- b) teri va shilliq qavatlarida zaxmga aloqador belgilarning yo'qligi;
- v) ichki a'zo va sistemalarda kuzatiladigan spetsifik o'zgarishlarning hozirgi holati;
- g) rentgenologik tekshiruv natijalari;
- d) laboratoriya (klinik, serologik, likvorologik) tekshiruvlarning natijalari

Shu sababli orttirilgan va tug'ma zaxm bo'lib o'tgan bemorlar hisobdan chiqarilishidan avval, ular sinchkovlik bilan har tomonlama tekshiruvdan o'tkazilishi kerak. Ayniqsa, pediatr va terapevt (bemorning yoshiga qarab), nevropatolog, okulist, otolaringolog, ginekolog (ayol va qizlarda), rentgenologlarning klinik tekshiruvlari natijasi juda muhim. Shuningdek qon va orqa miya suyug'ligi olinib, barcha serologik reaksiyalar (KSR, THChR, IYoR) qo'yilishi lozim. Rentgenologik kuzatuv o'tkaziladi.

Klinik, serologik kuzatuvlar davrida zaxmning yangi belgilari kuzatilmagan, barcha a'zolari va sistemalarida rivojlanayotgan spetsifik o'zgarishlar aniqlanmagan, serologik reaksiyalar manfiy natijalar bergan bemorlar (zaxmning kech davrlari bundan istisno) sog'lom deb tan olinadi va hisobdan chiqariladi.

Zaxmning yuqumli turlari bilan kasallanib o'tgan odamlarga bolalar muassasalarida va umumiy ovqatlanish muassasalarida sifatli davo natijasida kasallikning barcha klinik belgilari yo'qolgandan so'ng ishlashga ruxsat beriladi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar zaxmni davolashda asosiy hujjat-qo'llanmaning tub mohiyatini anglashlari, davolash usullari, zaxmda qo'llaniladigan dori moddalarining turlarini va xossalari bilishlari lozim. Shuningdek, zaxmni davolashga qo'yiladigan talablar, bemorlarning davolanganlik mezonini aniqlash va ularni hisobdan chiqarish qoidalarini so'zlab berishlari lozim. Ular quyidagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari kerak:

- a) penitsillinning dyurant preparatlari va vismut dorilarni ikki lahzali usul bilan yuborish;
- b) dori moddalarini qo'llash oqibatida namoyon bo'ladigan noxush hodisalar, jumladan allergik toshmalarni aniqlash;
- v) qo'llanmaga tayanib zaxmning u yoki bu turlarini davolash rejalarini tuzishlari, preparatlarning sutkalik va davo miqdorini matematik yo'l bilan hisoblay olishlari lozim.

4. Uyg'a vazifa:

Spetsifik dorilarning ta'sir mexanizmini tushuntiring. Vismut preparatlarini qo'llashga monelik qiluvchi holatlar va kasalliklarni sanab bering. Bolalarda tug'ma zaxm qanday davolanadi? Kasallikdan davolanganlik mezonini qanday aniqlanadi?

ADABIYOTLAR

S. T. Pavlov va boshqalar. «Kojnie i venericheskie bolezni», M. 1985. 321-332-betlar.

«Venericheskie bolezni» (*O. K. Shaposhnikov* tahriri ostida), M. 1991. 268-273, 275-281-betlar.

«Instruktsiya po lecheniyu i profilaktike sifilisa», M. 1988.

5. Talabalarni o'z ustida ishlash rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Zaxm bemorlariga davo rejasini tuzish (berilgan masalalar asosida)	A)masalada qo'yilgan maqsad asosida dori moddalari tizmasini tuzish; b)rejaga kiritilgan dorilarga monelik bor yo'qligini aniqlash; v)spetsifik dorilarning davo kursi miqdorini hisoblash;	a) zaxmga uchragan bemorlarni davolashni o'rganish;
2. Zaxmga aloqador (preventiv, profilaktik) davo usullarini muhokama qilish (berilgan masalalar asosida).	g)masala shartiga binoan zaxmga qarshi davo usullarini tanlash va izohlash.	b) zaxmga aloqador davo usullarini qo'llashni o'rganish

6-MASHG'ULOT

1-Mashg'ulot mavzusi. Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. 2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

OITS teskari transkripsiya (ko'chirib olish) jarayonini ta'minlaydigan retroviruslar tomonidan qo'zg'atiladi. Mazkur viruslar T-limfotsitlarga atayin ta'sir etadi, ularning irsiy apparatini izdan chiqaradi. Natijada ularning hujayra halok bo'lgunga qadar virus oqsillari va bo'lakchalarini ishlab chiqarishda majbur etadi. Hosil bo'lgan yangi virus tanachalari boshqa hujayralar ichiga kirib olib, ularni ham yangi viruslar ishlab chiqarishga majbur etadi. Shu yo'sinda soat va kun sayin qondagi viruslar soni oshib borib, limfotsitlar, ayniqsa T-limfotsitlar soni tobora kamayib boraveradi. Hujayralar immunitetiga javobgar hisoblangan T-limfotsitlarning kamayib borishi organizmning immunologik qobiliyatining susayib borishiga sabab bo'ladi. Ana shu tariqa bemorlar organizmida orttirilgan immunitet tanqisligi holati yuzaga keladi. Bunda organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyati kundan-kunga pasayib boradi, oqibatda turli-tuman kasalliklarning paydo bo'lishiga sharoit yaratiladi. Ketma-ket rivojlanayotgan, tabiatan turli-tuman bo'lgan patologik jarayonlar odam organizmining nobud bo'lishiga olib keladi.

Qisqacha tarixiy ma'lumot. Kasallikka orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (Acquired immunodeficiency syndrome) degan nom 1982 yilda berilgan. O'sha davrda uni besozolbozlar (gomoseksualistlar) kasalligi deb hisoblanar edi. Tez orada bu kasallikning giyoxvandlarda shuningdek gemofiliyaga duchor bo'lgan bemorlarda ko'p uchragani ma'lum bo'ldi. Keyinchalik kasallikning bemor onalardan bolalarga yo'ldosh orqali o'tishi aniqlandi. Yig'ilgan ma'lumotlarning barchasi mazkur dardning o'z qo'zg'atuvchisi bo'lishi kerak, deb taxmin qilishga asos bo'ldi. Ko'pgina mamlakatlarda OITSning kelib chiqish sabablarini aniqlashga kirishildi. Jumladan, Amerikada Robert Gallo, Frantsiyada Lyuk Montan'e rahbarligida olib borilgan ilmiy-tadqiqot va kuzatishlar kutilgan samaralarni berdi. Ularning 1982-1984 yillarda o'tkazgan kuzatuvlarida OITS ning virus kasalligi ekanligi aniqlandi, kasallikni retroviruslar qo'zg'atishi isbotlandi. Yangi kashf etilgan viruslarga HTLV-1, HTLV-II, HTLV-III (Numan T-lumrnotgoris virus) va LAV (Lumphadenopathy associated virus) deb berilgan nomlar umumlashtirildi. Nihoyat, 1986 yilda OITSni qo'zgatuvchi virusga HIV (human immunodeficiency virus) degan nom berildi. Biz uni immunitet tanqisligi keltirib chiqaradigan virus deb tarjima qildik, Shuningdek tibbiy adabiyotda qulaylik yaratish maqsadida qisqacha qilib ITV (immunitet tanqisligi virusi) deb atadik.

Kasallikning sabablari. Hozirgi paytda immunitet tanqisligi virusining kamida 2 xil irsiy turlari HIV-I, HIV-II borligi aniqlandi. ITV bakteritsid eritmalar ta'sirida tez nobud bo'ladi. Ayniqsa formaldegidning 0,5% eritmasi, lizolning 0,5%, xloramin, efir, atsetonlarning 3%, natriy gipoxloridning 0,2% eritmalarida va 70% spirtida tez yuqumsizlanadi. ITV ning yuqumlilik xususiyati homiladorlikka qarshi maxsus modda - spermitsid ta'sirida yo'qoladi. Spermitsid jumladan ITVning teskari transkriptaza ferment aktivligini ham susaytiradi. Turli-tuman buyumlar tarkibidagi ITV ni yuqori harorat (57° dan yuqori) ham butunlay nobud qiladi. Ammo retrovirus quritilgan holda 22°S da 4-6 kun mobaynida o'zining yuqumlilik darajasini saqlab qolishi mumkin. Shuningdek OITS qo'zg'atuvchilari radioaktiv nurlanishlar va ultrabinafsha nurlariga birmuncha chidamli.

ITV bemorlarning biologik to'qimalari va suyuqliklari tarkibida ko'p miqdorda topilgan. Ayniqsa qon tarkibidagi viruslar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Qon kasallik manbaigina emas, u kasallik qo'zg'atuvchisini boshqa shaxslarga tashuvchi vazifasini ham bajaradi. Ammo kasallikning asosiy sababchisi erkaklarning urug' suyuqligi (sperma) dir. IIIu bilan birga ayollarning jinsiy suyuqligi (qin va bachadon bo'ynidan ajraladigan suyuqlik) tarkibida ITV patogen holda saqlanadi. Geteroseksualistlar orasida OITSning keng tarqalayotganligi sababini mana shu hol bilan tushuntirish mumkin. Boshqa biologik suyuqliklar (so'lak, ko'z yoshlari, ter, ayollar suti, orqa miya suyuqligi) tarkibida retroviruslar ma'lum miqdorda topilgan. Ammo bu suyuqliklarning miqdori kam bo'lganligi va ularning tarkibida viruslar soni ham kam topilganligi sababli ularning kasallik yuqtirish xavfi past. Faqat ona suti orqali kasallik bolaga o'tishi mumkin (agar ona uzoq muddat davomida emizayotgan bo'lsa). ITV qondagi monotsitlarda, limfa tugunlarida, o'pka to'qimasida, suyak iligida. shuningdek asab sistemasi to'qimalarida ham

topilgan. OITSning yuqish yo'llari. Kasallik quyidagi yo'llar bilan boshqa shaxslarga o'tishi mumkin:

1. Jinsiy yo'l - turli-tuman usuldagi jinsiy aloqa paytida erkaklar yoki ayollar suyuqligi tarkibidagi retroviruslar jinsiy sherik organizmiga o'tadi.

2. Tibbiy muolaja paytida yuqish - retroviruslar tushgan igna, shprints va boshqa asboblardan yuqish, mazkur asboblarni takroriy qo'llash natijasida, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmaslik oqibatida yuzaga keladi.

3. Bemor onalardan bolalarga o'tish. Bu asosan yo'ldosh orqali kindik tomiri vositasida sodir bo'ladi.

Shuningdek tarkibida retroviruslar bo'lgan qonni quyish yoki o'sha qondan tayyorlangan qon preparatlari ishlatilganda ITV boshqa shaxslarga o'tadi. Mazkur kasallikning gemofiliya dardiga duchor bo'lgan bemorlar orasida uchrashi ham ana shundan

OITSGa duchor bo'lgan bemorlarning 3/4 qismini gomoseksualistlar tashkil etadi. Bu holning asosiy sabablari quyidagilar:

1. O'z jinsidagi shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lish zrkaklar orasida ayollarga nisbatan keng tarqalgandir. Besoqolbozlarda jinsiy yaqinlik qilish soni ham yuqori va ular o'z jinsiy sheriklarini tez-tez almashtirib turadilar.

2. Gomoseksualistlarning asosiy qismi eng yirik shaxarlarda joylashgandir. Bu Nyu-York, Parij, Rim, Los-Anjelos va boshqa shaharlar. Mazkur shaharlardagi aholining iihoyatda ko'pligi gomoseksual jinsiy aloqa sonining ko'payishiga sabab bo'ladi, bu hol retroviruslar yuqish ehtimolini oshiradi.

3. To'g'ri ichakning shilliq qavati bir qator tizilgan epiteliy hujayralaridan iborat. Shu sababli gomoseksual aloqa paytida to'g'ri ichak shilliq qavati osongina shikastlanadi va ITV ning qonga o'tishi uchun keng yo'l ochiladi.

4. To'g'ri ichakka quyiladigan urug' suyuqligi - spermaning o'zi ham immunodepressiv xususiyatga ega. Jinsiy yaqinlik paytida to'g'ri ichak orqali qonga viruslar bilan birga sperma ham so'riladi. Bu hol qon tarkibida antispermal antitanachalarning hosil bo'lishiga olib keladi. Mazkur antitanalar organizmning immunobiologik qobiliyatiga ta'sir etib, immunitetning pasayishiga sabab bo'ladi.

5. Gomoseksual jinsiy aloqa paytida passiv sherikdan tashqari aktiv sherik ham zararlanishi mumkin. Passiv sherikning to'g'ri ichagidan chiqqan qon tarkibidagi retroviruslar jinsiy olat terisining butunligi buzilgan aktiv sherikka o'tishi mumkin (ko'pincha gomoseksual jinsiy aloqa paytida jinsiy olat terisining butunligi buziladi).

6. Besoqolbozlarning ko'pchiligi giyohvandlardir. Hozirgi vaqtda giyohvandlar jinsiy qoniqish (orgazm)ni kuchaytirish maqsadida ko'pincha amilnitrit va butilnitrit kabi miorelaksantlarni kabul qilishadi. Nitritlar orqa chiqaruv teshigi mushaklarini yumshatib, jinsiy olatning chuqurroq kirishini ta'minlaydi va shu sababli shilliq qavatning ko'proq qismi shikastlanishiga olib keladi.

7. Besoqolbozlarda ko'p uchraydigan qo'shilib keladigan (hamroh) kasalliklar (kolit, dizenteriya, gepatit V, jinsiy a'zolar gerpesi, shuningdek zaxm) ITV ning qisqa muddat ichida rivojlanishiga sharoit yaratib beradi.

G'arbda besoqolbozlikning ko'payish sabablarini tushuntiruvchi bir necha nazariyalar va fikrlar (irsiy nazariya, ruhiy zaiflik gipotezasi, jinsiy gormonlar o'rtasidagi muvozanatning buzilishi, bolalarning asosan ona tomonidan tarbiyalanishi va boshqalar) mavjud. Ammo bunday fikrlar hozirgi zamonda bu masalaga ravshanlik kirita olmaydi va ko'pgina jumboqlarni echishga ojizlik qiladi. Ro'kach qilib ko'rsatilgan dalillar va omillar deyarli barcha mamlakatlarda mavjud bo'lishiga qaramasdan besoqolbozlik islom mamlakatlarida kam uchraydi.

OITS ga moyil bo'lgan guruhlar. Ortirilgan immunitet tanqisligi sindromi aholining quyidagi tabaqalarida ko'proq uchraydi:

Besoqolbozlar - ular OITS ga chalingan bemorlarning qariyb 75%ini tashkil etadi (buning sabablari yuqorida atroflicha tushuntirildi).

.....

1. Giyohvandlar - ularning soni turli mamlakatlarda turlicha (1 -17%), ularning ko'pchiligi besoqolbozlardir.

2. Gemofiliyaga duchor bo'lgan bemorlar. Bu kasallik bilan asosan erkaklar kasallanadilar. Bunday bemorlarda qonning ivishida ishtirok etadigan VIII -IX omillar etishmaydi. Yangi va tabiiy qondan tayyorlanadigan r\

3. ontsentrat (kerakli omillar yig'indisi) tayyorlash uchun 2000-5000 donorning qoni kerak bo'ladi. Bu hol ITVning yuqish xavfini oshiradi. Bunday bemorlar 1-4% ni tashkil etadi.

4. Turli sabablarga ko'ra qon quyiladigan bemorlar va boshqa toifadagi shaxslar. Qon va qon preparatlari oladigan kishilar orasida OITS hollari keyingi yillarda ko'payib bormoqda. Ular OITSga duchor bo'lgan bemorlarning 1,4-20,2% ini tashkil etadi.

5. Jinsiy sheriklarini tez-tez o'zgartirib turadigan geterosoksuallistlar. Kasallik ayniqsa «uqalash xona» lariga va islovotxonalarga qatnaydigan erkaklar va fohishalar orasida ko'paymoqda. Bemorlarning ko'pchiligini ayollar tashkil etmoqda (29-50%). Agar gomo-seksualizm erkaklar orasida OITSning keng tarqalishiga olib kelgan bo'lsa, geteroseksual jinsiy aloqalar va keng ko'lamda qon quyilish hollari kasallikning ayollar orasida ko'payishiga sabab bo'lmoqda.

6. Yuqorida sanab o'tilgan aholi tabaqalaridan tug'ilgan, ayniqsa OITS ga chalingan bemorlardan va ITV yuqqan shaxsdardan tug'ilgan bolalar. Bunda kasallik ko'pincha homila yo'ldosh orqali go'dakka o'tadi Shuningdek homila tug'ruq yo'llaridan o'tayotganida (tug'ish paytida) qin va bachadon bo'ynidagi retroviruslardan zararlanishi mumkin. Bemor onalar sutini emgan bolalarning OITS bilan kasallanishi yuqorida aytib o'tilgan edi.

OITS da teri va shilliq qavatlarning zararlanishi

ITV kasalligida terining zararlanishi atroflicha o'rganilmagan. Wagneg L. S. va Fisher V. K. (1988.), Yu. A. Ashmarin (1988 y.) teridagi o'zgarishlarni quyidagicha ta'riflaydi:

1. Terining o'smalardan zararlanishi. ITV kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarda, ayniqsa uning oxirgi davrlarida turli-tuman o'smalar paydo bo'lad (Kaposhi sarkomasi. limfomalar, kartsionomalar, Berkie o'smasi va boshqalar). Bu o'smalar son jihatdan turli-tuman bo'lib, ularning turlari kasallikning og'ir-engilligini belgilaydi. Ular orasida Kaposhi sarkomasi alohida o'rin tutadi. Ma'lumki, yoshi keksaygan, organizm ning immunologik quvvati pasaygan kishilarda Kaposhi sarkomasi uchrab turadi. Biroq ITV kasalligiga uchragan bemorlarda mazkur dardning o'ziga xos kechishi ma'lum bo'ldi:

- a) yoshlarda, hali 30-35 ga kirmagan kishilarda kuzatiladi;
- b) tananing barcha joylarida kuzatilib, ko'pincha qo'l-oyoq, jinsiy a'zolar va ichki organlarni zararlaydi;
- v) tugunlar soni ko'p bo'lib, ular qattiq, tezda yaraga aylanadi. O'smalar og'iz bo'shlig'ida, qorin bo'shlig'ida uchrashi mumkin,
- g) og'ir kechadi, nur bilan davolash bemorning ahvolini og'irlashtiradi;
- d) juda tez metastaz beradi, ko'pincha limfa tugunlari va ichki a'zolarga metastaz beradi;
- e) bolalarda, hatto go'daklarda ko'p uchraydi, tezda o'limga olib keladi.

2. Terining yuqumli kasalliklari:

- a) terining virusli kasalliklari: oddiy uchuq, belbog'simon uchuq, so'gallar, shilliq qavatlardagi o'smachalar, virusli gush;
- b) terining yiringli kasalliklari: follikulit, chipqon, streptodermiya, surunkali piodermiyalar, oqma yara, husnbuzar va hokazo;
- a) terining zamburug'li kasalliklari: kandidozlar, spergillez, kriptokokkoz, toksoplazmoz va hokazolar.

3. Terining nospetsifik kasalliklari: a) silashdan paydo bo'lgan gush; b) terining qichishishi; v) atopik dermatit; g) eshakem; d) qichima

Kasallikning erta davrlarida terining turli sohalarida toshmalar paydo bo'ladi. Mazkur toshmalar betoblik belgilari bilan kechadi, ya'ni holsizlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi,

suyaklarning qaqshashi, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Ba'zan qaltiroq tutib, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi va u yotib qoladi. Yuqorida sanab o'tilgan belgilar qizamiq, ich terlama, qizilcha, toshmali terlama kabi kasalliklarni eslatadi. Kasallikning 2-3-haftasida toshmalar (rozeola) kattalashib, eritemaga (yallig'langan dog'larga) aylanadi. Bunda ularning hajmi bir tiyinlik chaqaday va undan ham katta bo'lib, o'sha sohalardagi teri qichishadi, qiziydi. Bu dog'lar ko'pincha yuz terisida, so'ngra tana sathida joylashgan bo'ladi. Kasallikning rivojlanish jarayonida dermatit - terining o'tkir yallig'lanishi gushga aylanishi mumkin.

Klinikasi. ITV kasalligining o'ziga xos aniq spetsifik belgilari yo'q. Kasallik ko'pincha bosqichma-bosqich o'tadi. Bunda kasallikning qo'zish va susayish davrlari navbatma-navbat almashib, bemorning ahvoli og'irlashib boradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining taklifiga binoan kasallikning 5 bosqichini tafovut etish qabul qilingan.

1-bosqichi. Dastlabki bosqich - bu bosqichda yuqumli mononukleozning belgilari namoyon bo'ladi. O'rta hisobda 3-14 kun davom etib, so'ngra barcha belgilar yo'qolib ketadi. Terida asosan och pushti rangli dog'lar kuzatiladi. Ular aylana va oval shaklida, kattaligi tariqdek keladi.

2-bosqichi. Belgisiz bosqich - bunda kasallikka xos biror belgi kuzatilmaydi. Bu bosqich faqat laboratoriya usuli bilan aniqlanadi. Mazkur bosqich 5 oydan 5-6 yilgacha davom etishi mumkin.

3-bosqichi. Tarqalgan limfadenopatiya bosqichi - bunda bir necha limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Agar kamida ikki guruh limfa tugunlarining kattalashishi kuzatilsa, bu simptom OITSGa aloqador deb hisoblanadi. Bunda kattalashgan limfa tugunlari belning yuqori sohasida joylashgan bo'lishi lozim.

4-bosqichi. OITSGa aloqador belgilar yig'indisi. Holsizlik, terlash, qaltirash, yo'tal, mushak va bo'g'imlarning og'rishi, oriqlab ketish, ich ketishi, turli-tuman infeksiyon kasalliklar, o'smalar va ichki a'zolarida kuzatiladigan o'zgarishlar yig'indisi bemor ahvolini og'irlashtiradi. Teri va shilliq qavatlarida turli-tuman: dog'cha, tuguncha, tugun, qavarchiq va hokazolar kuzatiladi. U yoki bu turdagi dermatozlar (ekzema, eshakem), kandidoz, oddiy uchuq, kamarsimon uchuq, shunga o'xshagan boshqa dermatozlar shakllanadi.

5-bosqichi. Orttirilgan immunitet tanqisligi bosqichi - bunda barcha immunologik ko'rsatkichlar keskin pasayib ketadi. Bu davrdan avval paydo bo'lgan simptomlar zo'rayib, bemorni holdan toydiradi. OITS bosqichida uning 4 turi farqlanadi:

a) o'pka turi; b) nevrologik tur; v) oshqozon-ichak turi; g) isitma bilan o'tadigan turi; OITSDa kuzatiladigan turli simptomlar biror turdagi belgilarning rivojlanishi, shuningdek bir vaqtning o'zida bir necha turdagi o'zgarishlarning "chuqurlashishi" hayotiy muhim a'zolarining ishdan chiqishiga olib keladi. Organizm immunologik qobiliyatining keskin pasayishi, jumladan, T-limfotsitlar sonining 1000 - 100 tagacha tushishi uni rivojlanayotgan turli xil patologik jarayonlarga qarshi kurasha olmaydigan qilib qo'yadi. Bu hol bemorlarning o'limiga olib keladi. Boshqacha qilib aytganda, OITS bosqichi VICH (ITV) kasalligining oxirgi bosqichi bo'lib, bu bemor taqdirini hal qiladi. Teri va shilliq qavatlaridagi yuqorida sanab o'tilgan o'zgarishlar zo'rayib, bemor terisiga o'ziga xos tus beradi. Ayniqsa Kaposhi sarkomasi va boshqa o'smalarning yomon sifatli (xavfli) kechishi metastazlar sonining oshishiga olib keladi.

Kasallikning aniq tabiatini aniqlashda ularni teri va yuqumli kasalliklardan farqlashda laboratoriya tekshiruv usullari yordam beradi. Immunologik analizlardan limfotsitlar turlarini sanash va taqqoslash usuli g'oyat amaliy ahamiyatga ega. Bunda yordamchi limfotsitlar - xelperlar soni kamayib ketadi, biroq limfotsitlarning umumiy soni kamaymagan bo'lishi mumkin. Limfotsitlar umumiy sonining kamayishi (limfotsitopeniya) kasallikning keyingi davrlarida kuzatiladi. Bunda limfotsitlarning 1 ml qondagi soni 500 tagacha tushishi mumkin (sog'lom kishilarda 1200-1700 dona]. Ma'lumki, normada xelperlarning supressorlarga nisbati - 1,5:1,8 ga tengdir, VICH kasalligida bu raqam 1 dan pastga tushib ketadi. Sog'lom geteroseksualistlarda Tx/Ts-1.75, sog'lom

gomoseksualistlarda esa Tx/Ts-1,2 -(Sthe1 et al., 1982).

Surunkali har xil teri kasalliklari (gush, gulafshon, qichima, eshakem va hokazolar) bo'lgan bemorlar VICH kasalligiga chalinsa, ularning eski teri kasalliklari qo'ziydi. Buning ustiga-ustak yangi shakllangan toshmalar diagnostikasi murakkablashtiradi. Biroq kasallik tarixini mukammal o'rganish, OITS ga tegishli belgilarni topish va diagnostika maqsadlarida foydalanish, shuningdek immunobiologik va virusologik laboratoriya tekshiruvlarini o'tkazish kasallikning aniq tabiatini aniqlashga yordam beradi.

Ommaviy tekshiruvlarda keng qo'llaniladigan IFA usuli - immunoferment analiz deb ataladi. Mazkur usul ancha sezuvchan bo'lib, hatto 1 ml qon tarkibida bir molekula qarshi tanacha bo'lgan taqdirda ham uning borligini sezadi. Biroq, immunoferment usuli OITS ga chalingan bemorlarning 82% ida ijobiy, 16% ida esa taxminiy natijalar beradi va 2% ida BICH kasalligi borligini aniqlay olmaydi (manfiy natijalar beradi). Immunoferment usulidan afzalrog'i immunobloting usuli deyiladi. Immunobloting usuli IFA musbat natijalar bergan shaxslargagina qo'yiladi, chunki uni ommaviy tekshiruvlarda qo'llash qimmatga tushadi.

Retroviruslarga nisbatan hosil bo'ladigan qarshi tanachalar kasallik yuqqandan so'ng 6-8 hafta o'tgach qonda paydo bo'ladi. Shuningdek, VICH ga qarshi tanachalarning hosil bo'lishi 3-6 oygacha cho'zilishi mumkin. Shu sababli tekshirilayotgan shaxsda IFA usuli manfiy natijalar bersa, kasallik yuqmagani degan xulosaga kelish xato hisoblanadi, ya'ni bu holda qarshi tanachalar etarli miqdorda hosil bo'lib ulgurmagani bo'lishi mumkin. Shu-ning uchun IFA usulini 2 marta qo'llash lozim. Hozirgi paytda faol ish olib borayotgan barcha OITS laboratoriyalari aholi orasida VICH kasalligini aniqlash maqsadida IFA usulini keng qo'llamoqda. Ayniqsa, zaxmga duchor bo'lgan homilador ayollar, qon beruvchi donorlar, giyohvandlar, silga uchragan bemorlar, tanosil kasalligiga duchor bo'lganlar va alohida ijtimoiy tabaqaga kiruvchi shaxslar VICH kasalligiga sinchkovlik bilan tek-shirilishi lozim. Sog'liqni saqlash vazirligining maxsus ko'rsatmasiga muvofiq, yuqorida sanab o'tilgan shaxslar V gepatitini qo'zg'atuvchi virusga (NVSAg) ham tekshirilishi lozim.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar kasallikning sabablari, rivojlanish jarayoni, jumladan retroviruslar to'g'risida tushunchaga ega bo'lishlari, OITS-ga ko'proq chalinadigan aholi tabaqalarini, ya'ni «moyil bo'lgan guruhlar»ni birma-bir sanab berishlari va mazkur tabaqalarga ta'rif berib, ularning mohiyatini tushuntirishlari lozim. Shuningdek kasallikning yuqish yo'llari va OITS retroviruslari qanday biologik suyuqliklarda mavjud bo'lishi mumkinligini bilishlari lozim. Bundan tashqari, mazkur kasallikda teri va shilliq qavatlarining zararlanishini, ya'ni dermatologik belgilarni mukammal egallashlari, kasallikning klinik bosqichlari, kechishi va laboratoriya diagnostikasini puxta bilishlari lozim.

4. Uyga vazifa:

- a) OITS retroviruslariga ta'rif bering;
- b) retroviruslar qanday to'qimalar va biologik suyuqliklarda topilgan;
- v) kasallikning yuqish yo'llarini tushuntiring;
- g) OITS ga moyilligi bo'lgan guruhlarni sanab bering;
- d) teri va shilliq qavatlarda kuzatiladigan qanday belgilarni OITSGa xos deb hisoblash mumkin?
- e) kasallikning kechishida tafovut etiladigan bosqichlarni sanab, ularni ta'riflang;
- yo) ommaviy tekshiruvlarda qo'llaniladigan laboratoriya usullarini so'zlab bering.

ADABIYOTLAR

«Venericheskie bolezni» (O. K. Shaposhnikov tahriri ostida), M., 1991, 486-506-betlar.

Axmedov Q, R. «SPID nima?». Toshkent«Meditsina», 1990.

5. Talabalar nng o'z ustida ishlash rejasi

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. OITSga aloqador rangli suratlar bilan tanishish;	a) talabalar OITS qo'zg'atuvchi viruslar va ularning xususiyatlari tasvirlangan suratlar bilan tanishadilar;	a) OITS mikro-biologiyasi va patogenezi o'zlashtirish;
2. Rangli slaydlar bilan tanishtirish.	b) kasallik patogeneziga va klinik belgilariga aloqador slaydlarni ko'rib, ular to'g'risida aniq tasavvurga ega bo'ladilar; v) bemorlarning umumiy ahvoli, teri simptomlari tasvirlangan videouratlarni o'rganadilar; g) kerakli ma'lumotlarni o'z daftarlariga yozib oladilar; d) tovushsiz videouratlarni ko'rib, bemorga dastlabki tashxis quyishni o'rganadilar.	b) moyil bo'lgan guruhlar mohiyatini aniqlash v) OITS ga dermatologik tashxis qo'yishni o'zlashtirish.

7-MAShG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. So'zak (sabablari, yuqish yo'llari, klinik belgilari, diagnostikasi, davolash, oldini olish).
2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

So'zak siydik-tanosil a'zolari kasalligidir. Kasallikning qo'zg'atuvchi gonokokklarni Olmoniyalik olim Neysser 1879 yilda kashf etgan. Gonokokklar Gram usulida manfiy bo'yaladigan diplokokklardir. Ular loviya shaklida bo'lib, uzunligi 1,25 mkm, eni 0,75 mkm ni tashkil etadi. Gonokokklar faqat odam organizmini zararlaydi, tarkibida oqsil moddasi bo'lgan sun'iy oziq muhitlarda yaxshi rivojlanadi.

Kasallik katta yoshdagi kishilarga jinsiy aloqa paytida yuqadi. Bolalarga nojinsiy yo'l bilan: kasallikka chalingan ota-onalaridan va uy-ro'zg'or buyumlari orqali yuqadi.

Gonokokklar tsilindrsimon epiteliy hujayralari bilan qoplangan shilliq qavatlarda yashaydi va ularni zararlaydi. Shu sababli odatdagi so'zak jarayoni quyidagi a'zolarining yallig'lanishiga olib keladi: siydik chiqaruv yo'li (uretrit), bachadon bo'yni (endotservitsit), yo'g'on ichakning pastki qismi (proktit), qiz bolalarda qin (vaginit) va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ko'zning kon'yunktival va muguz qavatlari (gonoblenoreya). Boshqa siydik-tanosil a'zolarining va ekstragenital organlarning gonokokklardan zararlanishi so'zakning asorati hisoblanadi.

So'zakda bemor orgaknimiga tushgan gonokokklar qon zardobida maxsus qarshi tanachalar (komplement bog'lab oluvchi, bir-biriga yopishib cho'kmaga tushuvchi va boshqa turdagi antitanalar) hosil bo'lishiga olib keladi. Bu antitanalar oqsillarning 6-8 turiga mansubdir. Biroq hosil bo'lgan immun tanachalarning himoya kuchi juda past bo'ladi. Ular bemorlarni organizmga qayta tushgan gonokokklardan himoya qila olmaydi. Shu sababli so'zakdan davolangan bemorlarga kasallik qayta yuqishi mumkin (reinfeksiya). So'zak bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladigan fagotsitoz asosan ko'p yadroli neytrofillar tomonidan olib boriladi. Ammo bunday fagotsitoz tugallanmagan hisoblanadi (endotsitobioz). So'zakning kechishi, kasallikning og'ir yoki engil o'tishi bemor organizmining immunobiologik holatiga bog'liq. So'zak sepsisining ko'pincha organizmi zaiflashib qolgan bemorlarda kuzatilishi fikrimizning dalilidir.

Amaliy venerologiyada so'zakning quyidagi klinik turlarini farqlash qabul qilingan:

1. Yangi so'zak (kasallik muddati 2 oydan ko'pga cho'zilgan bo'lmasa);
 - a) o'tkir so'zak - kasallik belgilari o'ta rivojlangan;
 - b) o'rtacha o'tkir so'zak - kasallik belgilari rivojlangan;
 - v) torpid, sezilar-sezilmas so'zak - kasallik belgilari kam yoki ahyon-ahyonda namoyon bo'ladi.
2. Surunkali so'zak (kasallik shakllanganiga 2 oydan ko'p vaqt o'tgan). Bunda so'zak jarayoni chuqurlashadi, o'choqli tus oladi, so'zak asoratlari kuzatiladi. Kasallikning klinik belgilari ko'pincha sust bo'ladi, ba'zan u qo'zib turadi. Yillab davom etishi mumkin.

Yashirin so'zak yoki gonokokk tashuvchanlik. So'zakning bu turida kasallik belgilari kuzatilmaydi. Ammo bemor organizmida, ayniqsa uning siydik-tanosil a'zolarida gonokokklar mavjud bo'lib, ular laboratoriya usullaridagina aniqlanadi. Gonokokklar tashuvchi odamlar ko'pchilik hollarda o'zlarini sog'lom deb hisoblaydilar. Ular kasallik yuqtirish manbai hisoblanadi. Gonokokk tashuvchanlik diagnozi odatda tasodifan qo'yiladi, ya'ni tekshirilayotgan shaxsda bakterioskopik va bakteriologik usullar yor-damida so'zak kokklari topilgandan so'ng ularning kasallik manbai ekanligi isbotlanadi. Uretritlar. Siydik chiqaruv yo'lining yallig'lanishi uretrit deb ataladi. Uretritlar odatda kasallik yuqqanidan so'ng 3-5 kun o'tgach rivojlanadi. Ba'zan 1 kun-dan va, aksincha, 15 kundan keyin ham kasallik belgilari paydo bo'lishi mumkin. Dastlab bemorlarni uretraning achishishi yoki qichishishi bezovta qiladi. So'ngra uretra og'zida shilliqli yoki shilliq-yiringli suyuqlik paydo bo'ladi. Siydik chiqaruv kanalining tashqi chiqaruv teshigi shishadi, atrofi qizaradi. Uretradan kelayotgan yiring kanal og'zida qotib qolib, siyishni qiyinlashtirishi mumkin.

Kasallik rivojlana borgach jinsiy olat tanasida og'riq paydo bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda uretraning sim arqondek qotganini sezamiz, og'riq kuchayadi. Siydik chiqarish yo'lidagi yallig'lanish jarayoni dastlab uretraning oldingi qismida, keyin orqa qismida rivojlanadi. Mazkur jarayonni topografik jihatdan aniqlash maqsadida ikki stakanli sinov usuli qo'llaniladi. Bemorga navbat bilan birinchi va ikkinchi stakanlarga siyish buyuriladi. Bunda birinchi stakanga quyiladigan siydik oqimi uzilmasligi lozim. Oldingi uretritda faqat birinchi stakandagi siydik loyqalanadi. Ikkinchi stakandagi siydik esa tiniq va toza bo'ladi.

Agar so'zak jarayoni orqa uretrani ham zararlagan bo'lsa, ikkala stakandagi siydik ham loyqalanib, unda ipir-ipir iplar suzib yurganini yoki quyqaning cho'kmaga tushayotganini ko'ramiz (total uretrit). Diagnostik xatoga yo'l qo'ymaslik uchun bemor kamida 200-300 ml miqdorda siyishi lozim. Shuningdek, siydik boshqa sabablarga ko'ra (masalan, siydik-tosh kasalligi) ham loyqalanishi mumkinligini hisobga olish zarur. Ayniqsa, buyrak va siydik pufagi kasalliklariga xos bo'lgan o'zgarishlar siydik tarkibida turli-tuman tuzlar, bakteriya va yiringli massalarning (piuriya) to'planishiga olib keladi. Agar siydik fosforli tuzlar hisobiga loyqalangan bo'lsa, unga xlorid kislotani tomizish siydikning tiniqlashishiga sabab bo'ladi. Uratlar (siydik kislotaning tuzlari) hisobiga loyqalangan siydik uni qizdirish yo'li bilan aniqlanadi.

Yuqorida ta'riflangan belgilarning rivojlanishi darajasiga qarab, uretritlarning o'tkir, o'rtacha o'tkir va torpid turlari farqlanadi.

So'zak diagnostikasida, jumladan uretritlarning so'zakka aloqadorligini aniqlashda bakterioskopik va bakteriologik usullar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Siydik chiqarish yo'lidan ajralayotgan yiringli suyuqlikdan surtma tayyorlab, uni Gramm usulida bo'yash lozim. Bo'yash natijalariga qarab (gonokokklar grammanfiy bo'yaladi) so'zak qo'zgatuvchilari diplokokklardan farqlanadi. Shuningdek gonokokklarning hujayra ichida joylashganligi (endotsitoparazit), juft uchrashi, loviyasimon shakli va boshqa belgilari uretritlarning asl tabiatini aniqlashda yordam beradi.

Erkaklarda so'zak uretrit quyidagi asoratlar qoldiradi:

1. Parauretrit - uretra yonidagi yo'lchalarning yallig'lanishi;
2. Balanopostit - zakar boshchasi va jinsiy olat qalpogi ichki yuzasining yallig'lanishi;
3. Kuperit - Kuper bezlarining zararlanishi;
4. Prostatit - prostata bezining yallig'lanishi;
5. Epididimit - moyak ortig'ining kasallanishi;
6. Vezikulit - urug' pufakchasining zararlanishi;
7. Tsistit - siydik pufagining yallig'lanishi;
8. Orxit - moyakning zararlanishi;
9. Pielonefrit - buyrak va buyrak jomining yiringli yallig'lanishi va boshqa asoratlar.

Prostatit ko'pchilik hollarda jinsiy o'zlikka olib kelsa, orxit bola ko'rmaslikka (farzandsizlikka) sabab bo'ladi.

So'zakning ekstragenital asoratlari asosan metastaz yo'li bilan rivojlanadi: so'zakli sepsis, endokardit, bo'g'imlarning zararlanishi, asab sistemasi va terining zararlanishi. Yangi so'zakda asoratlar juda kam kuzatiladi, surunkali so'zakda esa deyarli barcha hollarda u yoki bu turdagi asoratlar paydo bo'ladi. So'zak asoratlarini aniqlash nafaqat diagnostik ahamiyatga ega. Ularning tabiatini bilish davolash rejasining to'g'ri tuzilishiga imkoniyat yaratib beradi. So'zak asoratlari ko'pincha gonokokklarning o'zidan vujudga keladi. Shu bilan bir qatorda qo'shib keladigan yuqumli mikroorga-nizmlar va boshqa allergik jarayonlar ham so'zak asoratlarining qisqa muddat ichida shakllanishiga va xilma-xil bo'lishiga sababchi bo'lishi mumkin.

Eng ko'p uchraydigan so'zak asoratlaridan (45-50%) prostatitga to'xtalib o'tamiz. Prostata bezining spetsifik zararlanishi odatda orqa uretraga o'tgan gonokokklarning bez chiqaruv yo'llariga tushishi natijasida shakllanadi. Ba'zan gonokokklar limfogen va gematogen yo'llar bilan ham bezga o'tishi mumkin. Kasallikning kechishiga qarab, o'tkir va surunkali prostatitlar farq qilinadi. O'tkir prostatit kam qayd etiladi. Surunkali prostatit kasallikning o'tkir turi sifatsiz davolanganda yoki butunlay davolanmaganda rivojlanadi. Shuningdek, surunkali prostatit birlamchi (o'tkir formasiz) shakllanishi mumkin. Kasallikning tabiati va beziing yallig'lanish darajasiga qarab kataral, follikulyar va parenximatoz prostatitlar tafovut qilinadi.

Kataral prostatitda yallig'lanish o'chog'i asosan bez bo'lmachalarining chiqaruv yo'llari sohasida kuzatiladi. Prostata bezi paypaslab ko'rilganda patologik o'zgarishlar deyarli sezilmaydi. Faqatgina bez suyuqligi mikroskopda tekshirilganda katta miqdorda leykotsitlar borligi aniqlanadi va letsitin donachalarining kamayganligi ma'lum bo'ladi.

Follikulyar prostatitda esa bez sohasida bilqillaydigan og'riqli o'smalar yoki chegaralangan tugunlarni paypaslab ko'rish mumkin. Bemorlarning shikoyatlaridan oraliq sohasida og'riq sezish, urug' otilish muddatining tezlashganligi, jinsiy olatning sust taranglashishi, jinsiy qoniqish sezgisining pasayganligi diqqatni jalb etadi.

Parenximatoz prostatitda yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlar kuchayadi. Siyganda achishish, qichishish, uretradan shilliq-yiringli suyuqlikning ahyon-ahyonda kelishi bemor kayfiyatini buzadi. Jinsiy ojizlik belgilarining ko'payishi ularga uyqu bermaydi. Bez suyuqligida ko'p miqdorda leykotsitlar topilishi bilan birga letsitin donachalarining keskin kamayib ketganligi aniqlanadi. Prostatitning so'zakka aloqador ekanligini isbotlash uchun uretral suyuqlikdan tayyorlangan surtmalarda gonokokklarni topish lozim. Bakterioskopik usullar foyda bermagan bemorlarda ekib o'stirish usuli yordam beradi.

QIZ BOLALAR SO'ZAGI

Qiz bolalarda so'zak kasalligi ko'pincha vulvovaginit va uretrit ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bachadon va bachadon ortiqlarining zararlanishi deyarli kuzatilmaydi. Gonokokklar qo'zg'atadigan vulvovaginit qizlar jinsiy a'zolarida kuzatiladigan yuqumli kasalliklarning 4% ini tashkil etadi.

Qizlarni so'zakka nisbatan moyilligi ular organizmining o'ziga xos anatomik, fiziologik, biokimyoviy va gormonal xususiyatlari bilan tushuntiriladi. Ayniqsa qin suyuqligining ishqoriy muhiti, qin devorining ko'p qavatli yassi epiteliydan tuzilmaganligi va gonokokklarning antagonisti hisoblangan Dederleyn tayoqchalarining rivojlanmaganligi qin shilliq qavatining yallig'lanishiga sabab bo'ladi.

So'zakdan davolanmagan yoki sifatsiz davolangan qizlarda so'zak jarayoni jinsiy balog'atga etish davrigacha cho'zilishi mumkin. Jinsiy balog'at (pubertat davr) ga etgan qiz bolalar organizmida kuzatiladigan o'zgarishlar natijasida organizmning o'z-o'zidan davolanish holati kuzatiladi. Bunga qin shilliq qavatida kuzatiladigan gistologik o'zgarishlar, qin suyuqligining fizik va kimyoviy xossalari, boshqa immunologik o'zgarishlar sabab bo'ladi.

So'zakning inkubatsion davri qiz bolalarda o'rtacha 5-7 kunni tashkil etadi. Kasallik jinsiy a'zolar va orqa chiqaruv teshigi sohalarida kuzatiladigan og'riq achishish, qichishish kabi belgilar bilan boshlanib, bemor qizning umumiy harorati ko'tariladi, tez-tez siyish, siyganda achishish sezgisi bezovta qiladi. Kichik jinsiy lablar terisida, qin dahlizi, qinning devori, siydik chiqarish naychasi va to'g'ri ichakning pastki qismlarida yallig'lanish belgilari kuzatiladi. Bundan tashqari, katta uyatli lablar va oraliq terisida ham qizarish, shishish kabi belgilar

namoyon bo'ladi. Jinsiy yoriqdan oqqan yiringli suyuqlik jinsiy lablar sohasida qurishi natijasida sarg'imtir-jigar rang qatqaloqlar hosil bo'ladi. Qin dahlizida mayda eroziyalar paydo bo'lishi mumkin. Ba'zan o'tkir yallig'lanish jarayoni oqibatida qinning devori, uretraning og'zida polipoz o'simalarning rivojlanganligini ko'rish mumkin.

Vulvovaginitga duchor bo'lgan qizlarning barchasida uretrit belgilari kuzatiladi: uretraning tashqi chiqaruv teshigi qizargan, shishgan va kengaygan; siydik yo'lining pastki devori bosib ko'rilganda undan yiringli suyuqlik ajraladi. Qiz bolalar tez-tez siydik ajratib turadi, ba'zan siydigini tutib tura olmaydilar. So'zak 3-7 yoshli qizlarda bartolinit va endotservitsit kabi asoratlar berishi mumkin. Bunday hollarda bu bezlarning kattalashganligini, chiqaruv yo'llari sohasida esa qizil nuqtalarni yaqqol ko'rish mumkin. Bachadon bo'yni qizargan va shishgan. Uning og'zidan yiring suyuqligi ajralib turadi, atrofida esa mayda-mayda eroziyalar kuzatiladi. Qiz bolalarda so'zak diagnozini qo'yish uchun Gramm usulida va metilen ko'ki bilan bo'yalgan surtmalarda albatta gonokokklarni topish lozim.

So'zakni davolash maxsus uslubiy qo'llanma asosida olib boriladi. Mazkur qo'llanmaga asosan kasallikni davolashda antibiotiklar, sulfanilamidlar, spetsifik va nospetsifik immunologik dorilar, shuningdek mahalliy davo preparatlari qo'llaniladi. Antibiotiklardan penitsillin tuzlari, levomitsetin, tetratsiklinlar, eritromitsin, monomitsin va kanamitsinlar ishlatiladi. Keyingi yillarda so'zakni davolashda tsefalosporinlarning (tseporin, tsefamizin, kefzol, tsefuroksim, tsefoleksin) samaradorligi tekshirildi.

Sulfanilamidlardan sulfomonometoksin, sulfadimetoksin, sulfaton va biseptol-480 qo'llaniladi.

Immunologik davo o'tkazilayotganda gonovaktsina, pirogenal, prodigiozan, autoqon va vitaminlardan keng foydalaniladi.

Yangi o'tkir, o'rtacha o'tkir asoratsiz so'zak faqat antibiotiklar bilan davolanadi. Ko'pincha penitsillin va uning ta'siri uzaytirilgan hosilalari qo'llaniladi. Benzilpenitsillin 300 000 TB dan har 4 soatda, bitsillinlar 1 200 000 TB dan har 48 soatda yuboriladi, jami 3 mln TB.

Yangi torpid va surunkali asoratsiz so'zaklarni davolashda dastlab immun davo, so'ngra antibiotiklar bilan davo o'tkaziladi. (penitsillin guruxi davo kursiga 4,2-6 mln TB).

Yangi va surunkali asorat qoldirgan so'zaklarni davolayotganda ham dastlab immun davo va so'ngra antibiotiklar qo'llaniladi. Ammo so'zakning bunday murakkablashgan turlarida antibiotiklarni tanlashdan oldin ularga nisbatan gonokokklarning sezuvchanligi aniqlanadi. Shu bilan birga asoratning turiga qarab u yoki bu xil mahalliy davo o'tkaziladi (uretrani yuvish, prostata bezini uqalash, moyak xaltasiga (yorg'oqqa) suspensoriy kiygizish va hokazo). Sulfanilamidlar asosan surunkali asorat qoldirgan so'zak bilan kasallangan bemorlarda antibiotiklarga nisbatan chidamlilik holati yoki noxush belgilar kuzatilganda ishlatiladi.

Yashirin so'zakda navbat bilan immun davo va antibiotiklar bilan davo o'tkaziladi. Bunday hollarda bir vaqtning o'zida ikki turdagi antibiotikni qo'llash mumkin (ularning gonokokklarga nisbatan sezuvchanligini hisobga olgan holda).

Bolalar so'zagini davolayotganda davo choralari statsionar (kasalxona) sharoitida olib borilishi lozim. Qizlarning yangi asoratsiz so'zagi penitsillin (500 000 TB dan har 3 soatda yuboriladi, jami 2 mln TB) bilan davolanadi. Yangi asoratli va surunkali so'zakda penitsillin miqdori 4 mln TB gacha, eritromitsin 6-8 mln gacha etkaziladi. Biroq kerakli natija olish maqsadida antibakterial davoga qadar immun davo (yoshi 4 dan oshgan qizlarda) o'tkaziladi. Qin va to'g'ri ichak 1-2-3% protargol yoki kollargol eritmasi bilan yuviladi. Bachadon bo'yniga ixtiolning 5-10% glitserinli eritmasi surtiladi.

So'zakka qarshi davo o'tkazilgandan 7 - 10 kun o'tgach, bemorlarda davolanaganlik mezonini aniqlanadi. Buni aniqlash uchun qo'shma provokatsiya (kasallikni sun'iy qo'zg'atish) usullaridan foydalaniladi. Kasallikni sun'iy qo'zg'atishning quyidagi turlari mavjud:

- 1) biologik usul - mushak orasiga gonovaktsina yuborish, katta yoshdagi kishilarga 0,5 mlrd, bolalarga 200 mln - 300 mln mikrob tanachalari;
- 2) kimyoviy usul - 1-3% kumush nitrat eritmasi mahalliy qo'llaniladi;
- 3) alimantar usul - o'tkir va sho'r taomlar iste'mol qilish;

- 4) mexanik usul - uretraga buj kiritish;
- 5) fizik usul - turli isituvchi muolajalar o'tkazish.

Qo'shma provokatsiya usullari o'tkazilgaandan so'ng 24, 48, 72 soat o'tgach 3 marta surtma tayyorlanib, bakterioskopik tekshiruvdan o'tkaziladi. Shuningdek, ekib o'stirish yo'li qo'llaniladi, prostata bezining suyuqligi tekshiriladi va uretroskopiya qilinadi.

Agar surtmalarda, oziqli muhitlarda, jinsiy bezlar suyuqligida va siydik yo'llarida kasallik belgilari kuzatilmasa, shuningdek gonokokklar topilmasa, tek-shirilayotgan bemor sog'lom, ya'ni butunlay davolangan deb hisoblanadi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar gonokokklarning mikrobiologiyasi va immunologik xususiyatlari to'g'risida tushunchaga ega bo'lishlari, yuqish yo'llari va klassifikatsiyasi (tasnifi)ni bilishlari, kasallikning klinik belgilarini so'zlab berishlari, asoratlarini birma-bir sanab chiqishlari va davolash printsiplarini tushunib olishlari lozim. Shuningdek, huyidagilarni o'zlashtirib olishlari lozim:

- a) yallig'lanish suyuqligidan surtma tayyorlash;
- b) gonokokklarni diplokokklardan farqlash;
- v) qizlar so'zagining diagnostikasi.

4. Uyg'a vazifa:

- a) gonokokklar qanday a'zolarni ko'p zararlaydi? Sababini tushuntiring; b)so'zak bilan bir necha marta kasallanish mumkinmi?
- v) so'zak klassifikatsiyasining zamirida nima yotadi?
- g) qizlar so'zagining mohiyatini tushuntiring;
- d) kasallikni sun'iy qo'zg'atishning qanday usullarini bilasiz? Amaliy ahamiyatini tushuntiring;
- e) kasallikdan tuzalganlik mezoni qanday aniqlanadi?

ADABIYO TLAR

Yu. K. Skripkin va boshqalar. «Rukovodstvo po detskoy der-mato-veperologik» L., 1983. 434-441-betlar.

«Venericheskie bolezni» (*O. Shaposhnikov* taxriri ostida) M., 1991. 289-324, 339-342-betlar.

Instruktsiya po lecheniyu i profilaktike gonorei M. 1988.

N. M. Ovchinnikov va boshqalar. Laboratornaya diagnostika zabolevaniy peredayushchixsya polovim putem. M. 1987. 30-44-betlar.

5. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Shahar tanosil kasalliklari dispanseriga borish; a)so'zakka duchor bo'lgan bemorlar bilan tanishish; b) zaxmga uchragan bemorlar bilan tanishish; v) serologik laboratoriya bilan tanishish.	a) so'zak bilan og'rigan bemorlarga dermatologik status (bo'lim) yozish; b) kuzatilgan biologik suyuqliklardan surtma tayyorlash; v) mikroskop ostida gonokokklarni diplokokklardan ajratish; g) bemorlardan olingan ma'lumotlar asosida dermatologik qismni yozish; d) mikroskop ostida	a) so'zak bo'lgan bemorlarga kasallik tarixini yozishni o'rganish; b) so'zakning laboratoriya diagnostikasini o'zlashtirishi; v) zaxm bo'lgan bemorlarga kasallik tarixini yozishni o'rganish; g) zaxmning laboratoriya diagnostikasini o'rganish; d) zaxm serodiagnostikasini o'zlashtirish.

	rangapar aniqlash; e) serologik texnikasi bilan tanishish.	spiroxetalarni reaktsiyalar	
--	--	--------------------------------	--

Eslatma: Ettinchi mashg'ulot tanosil kasalliklari bo'yicha o'tkazilgan oxirgi mavzu bo'lganligi va institut dermatologik klinikasida venerologik bemorlar bo'lmaganligi sababli talabalar shahar teri-tanosil kasalliklari dispanseriga borganlarida ayni vaqtda so'zak va zaxm bo'lgan bemorlar bilan ham tanishadilar. Shuningdek, serologik reaksiyalar qo'yish texnikasi bo'yicha ma'lum tasavvurga ega bo'lib qaytadilar.

8-MASHG'ULOT

1. Mashgulotning mavzusi. Piodermitlar (terining yiringli kasalliklari).
2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Terining yiringli kasalliklari (piodermitlar).

Kattalar va bolalarning teri kasalliklari ichida eng ko'p tarqalgani piodermitlardir, ular dermatozlarnint 25-60% ini tashkil etadi. Ma'lumki, odam terisida deyarli barcha hollarda stafilokokklar mavjud bo'ladi. Streptokokklar ko'pchilik kishilarning terisida, ayniqsa teri burmalarida topiladi. Ana shu yiringli kokklar (piokokklar) qo'zg'atadigan terining yiringli yallig'lanishi piodermitlar deb ataladi.

Piodermitlarning paydo bo'lishi va rivojlanishi tashki (ekzogen) va ichki (endogen) omillarga bog'liq. Tashki omillarga terining ifloslanishi, har xil ko'zga ko'rinmas ta'sirotlar (mayda shikastlar), terining ishqalanishi va shilinishi, terining sovuq olishi yoki haddan tashqari isib ketishi misol bo'la oladi. Ayniqsa katta yoshdagi kishilarga xos kasbga aloqador ifloslanishlar: benzin, kerosin, yog'lovchi suyuqliklar, ohak, bo'yoq va loklar piodermiyaga eng ko'p sabab bo'ladigan omillardir. Yosh bolalarni haddan tashqari o'rab-chirmash yoki sovuq oldirish, yuvintirish qoidalariga rioya qil-maslik, endi tug'ilgan chaqaloqlarda esa kindik yarasi, terlash, ter va yog bezlari faoliyatining buzilishi shunday kasalliklarga sabab bo'ladi.

Piodermiyaning rivojlanishida ma'lum ahamiyat kasb etadigan ichki omillardan quyidagilarni ko'rsatib o'tish mumkin: gipovitaminoelar (A, S), oshqozon-ichak faoliyatining izdan chiqishi, modda almashinuvining buzilishi, steroid preparatlar va immunodepressantlarni uzoq muddat qabul qilish va hokazolar. Yiringli kokklarga nisbatan immunitet qisqa muddatli bo'ladi va ko'pincha uning teskarisi - allergik reaksiyalar ro'yobga chiqadi.

Piodermitlarning yagona, ko'pchilik e'tirof etadigan tasnifi yo'q. Ko'pincha ularni qo'zg'atuvchi sabablariga qarab, stafilodermiyalarga (stafilokokklar qo'zg'atadigan turi) va streptodermiyalarga (streptokokklar qo'zg'atadigan turi) bo'ladilar. Bolalarda streptodermiyalar stafilokokklarga nisbatan ko'proq uchraydi. Faqat yangi tug'ilgan chaqaloqlardagina aksariyat hollarda stafilodermiyalar kuzatiladi.

Streptodermiyalar qo'zg'atadigan piodermiyalar terining yuzaki qavatlarini zararlaydi. Ammo, bu yuzaki joylashgan toshma elementlari tez tarqaluvchan bo'ladi va yiringli joylar tez kattalashishga moyil bo'ladi. Streptodermiyalarning asosiy klinik belgisi seroz yiringli suyuqlik bilap to'lgan pufakdir. Bunda pufak pardasi juda yupqa va tez yirtiluvchan bo'ladi, chetlari osilib turadi. Bunday toshma elementi fliktena deb ataladi. Streptodermiyalarda kuzatiladigan yiringli pufak va pufakchalar teri sathi bo'ylab tez tarqalishga moyil bo'lganligi sababli xalq orasida sachratqi degan nom bilan yuritiladi. Sachratqida pufak va yiringlar epidermis bag'rida joylashadi. Ana shu sababli o'tkir yallig'lanish belgilari kam rivojlangan bo'ladi. Uning ba'zi turlarida esa (masalan, xushki, ya'ni oddiy temiratki) yallig'lanish belgilari deyarli ko'rinmaydi. Streptodermiyalarda toshma elementlari so'rilib yo'qolgach, o'rnida vaqtinchalik pigmentli dog' qoladi.

Stafilodermiyalarda kuzatiladigan yallig'lanish o'choqlari ko'pincha soch tolalari, ter va yog' bezlarining atrofida joylashadi. Yallig'lanish yiringli va yiringli-nekrotik tabiatga ega bo'lib,

chuqur o'zgarishlar bilan kechadi. Asosiy toshma elementi yiring va yiringchalardir. Ular yarim aylana shaklida bo'lib, pufak pardasi qalin, ichi quyuq va sarg'imgir-yashil rangli yiring bilan to'lgan. Stafilodermiyalarda kuzatiladigan toshma elementlari terida chuqur o'rnashadi. Ular dermaning pastki qatlamlari yoki teri osti yog' qavatida joylashgan hollarda chandiqli yoki chandiqli atrofiya kuzatiladi. Ba'zan stafilodermiyalar terining yuzaki qavatlarini zararlantirishi bilan cheklanishi mumkin. Bunda teri ortiqlarining zararlanishi kuzatilmaydi. Masalan, endi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladigan stafilodermiyalarda kasallik yuzaki pufaklar paydo bo'lishi bilan o'tadi. Ter bezlari va soch tolalari zararlanmaydi. Bundan soxta chipqon va vezikulopostulyozlar istisno. Stafilodermiyalar bemor organizmining umumiy holatiga xam ta'sir etib, umumiy haroratning ko'tarilishi, emalimaslik, holsizlik kabi belgilar ham yaqqol namoyoi bo'ladi. Ko'pincha sepsis bilan asoratlanadi.

Stafilodermiyalar ichida ko'p tarqalgani sizlog'ich (follikulit), chipqon (furunkul) va suv chipqon (gidradenit)dir. Shuningdek ho'ppoz (karbunkul) va yiringli husnbuzar (sikoz) ham uchrab turadi. Yosh bolalarda esa suv chipqon (periporit), yuqumli yara (chaqaloq bolalarning epidemii pufak yarasi), soxta chipqon (pseudofurunkullyoz), bargsimon ko'chadigan dermatit (eksfoliativ dermatit) kabi turlari ko'p kuzatiladi. Sizlog'ich. Soch tolasini qinining yiringli yallig'lanishi follikulit deyiladi. Dastlab terida pushti yoki qizil tuguncha paydo bo'lib, u tezda yiringcha (postula) ga ajraladi. Odatda yiringchaning o'rtasida soch tolasini ko'rinib turadi. Oradan 3-4 kun o'tgach yiringcha qurib, usti qatqaloq bilan qoplanadi, so'ngra u qichishib ko'chib tushadi va o'rnida shilinish paydo bo'ladi. Ma'lumki, yog' bezlarining chiqaruv teshigi sochning tolasiga ochiladi. Shu sababli soch tolasining yiringli yallig'lanishi yog' bezlari chiqaruv yo'lining ham yallig'lanishiga olib keladi. Bu hol osteofollikulit deyiladi.

Chipqon. Soch tolasini va uning atrofidagi biriktiruvchi to'qimaning yiringli-nekrotik yallig'lanishi furunkul, ya'ni chipqon deyiladi. Odatda chipqon follikulit yoki osteofollikulitdan boshlanadi. Bu jarayon rivojlanib, atrofdagi to'qima yiringlaydi, so'ngra biriktiruvchi to'qima elementlarining nobud bo'lishi natijasida nekrotik chiqindi hosil bo'ladi. Bunda terida kuzatilgan osteofollikulitning atrofi qizarib shishadi, kuchli og'riq paydo bo'ladi. Madda to'planishi natijasida qizargan teri ko'karadi yoki to'q qizil rang oladi. So'ngra hosil bo'lgan tugunning o'rtasi yumshab bil-qillay boshlaydi, nihoyat teshilib yiringli madda ajralib chiqib boshlaydi, shundan so'ng og'riq kamayadi. Shu yo'sinda yara hosil bo'lib, bu jarayon engil chandiqlanish bilan tugaydi.

Suv chipqon. Apokrin ter bezlarining yiringli yallig'lanishi gidradenit deyiladi. Dastlab teri ostida kattaligi no'xatdek keladigan og'riqli tugunlar (yoki tugun) paydo bo'ladi. So'ngra tugun kattalashib hajmi yong'oqdek bo'ladi. Tugun ustidagi teri yallig'lanib yupqalashadi, rangi qizil, to'q qizil, ko'kimtir qizil va nihoyat yoriladi. Undan nohush hidli yiring ko'p miqdorda ajralib chiqadi. Ba'zan suv chipqon yorilmasligi mumkin. Vaqtida boshlangan davo natijasida tugun yumshab kichraya boshlaydi va so'rilib ketadi. Gidradenit erkak va ayollarda balog'at yoshiga etgandan so'ng kuzatilib, ko'pincha qo'ltiq ostida, orqa chiqaruv teshigi atrofiga, katta uyatli lablar sohasida uchraydi.

Yuqumli yara. Mazkur yara chaqaloq hayotining 3-4 kunlarida, ya'ni tug'ruqxonada paytidayoq boshlanadi. Kasallik asosan tilla rang stafilokokklar tomonidan qo'zg'atilib, ularning yuqumlilik darajasi yuqoridir. Tug'ruqxonalarning yaxshi isitilmasligi yoki elvizakka yo'l qo'yilishi, shuningdek tibbiy xodimlarning sanitariya-gigiena qoidalarini buzishlari, shaxsiy gigienaga rioya qilmasliklari oqibatida kasallik rivojlanadi. Bu dardni «epidemik pufak yarasi» ham deyiladi. Bu kasallikda dastlab yupqa pardali pufaklar (fliktena deyiladi) paydo bo'ladi. Pufak bo'shligida avval seroz suyuqligi, so'ngra yiring hosil bo'ladi. Pufak atrofidagi teri qizaradi, ba'zan shishadi. Oradan bir necha kun o'tgach pufak pardasi yorilib yallig'lanish suyuqligi chiqib ketadi va o'rnida nam eroziya (shilinish) qoladi. Shilinish epiteliy to'qimasi bilan qoplanib, yara bitib ketadi, jarayon mana shu yo'sinda tugaydi. Yuqumli yaraning shirinchedan farqi shuki, «epidemik yara»da pufak pardasining qurishi natijasida qatqaloq hosil bo'lmaydi. Parda nam davridayoq ko'chib tushib ketadi. Toshma ko'pincha terining qorin, elka, qo'l-

oyoqlar sohasida va teri burmalarida joylashadi. Son jihatidan bir-ikkita, ba'zan butun badanga tarqalib ketadigan ko'p sonli bo'lishi mumkin.

Agar yuqumli yaraga duchor bo'lgan go'daklarga pnevmoniya (zotiljam, otit kabi kasalliklar qo'shilsa, yiringli yallig'lanish zo'rayib bichilishga aylanishi mumkin. Ba'zan yiringli sepsis shakllanadi. Yuqumli yarani zaxm yarasidan farq qilish lozim. Zaxmda pufaklar qo'l kafti va oyoq kaftida ko'proq joylashgan bo'ladi. Pufakning ostidagi madda qattiq bo'ladi. Shuningdek bemorda tug'ma zaxmning boshqa belgilari ham kuzatiladi. Pufak suyuqligidan esa rangpar treponemalar topiladi.

Soxta chipqonlar (psevdofurunkullyoz). Kasallik go'dak hayotining birinchi 3-4 oylarida ko'proq kuzatiladi. Kasallik ekkrin ter bezlarining yiringli yallig'lanishi bilan o'tadi. Bunda yog bezlari va soch tolasi zararlanmaydi, ana shuning uchun ham «soxta chipqon» deyiladi. Toshmalar boshning ensa sohasida, bo'yin terisi, qo'l-oyoqlar va dumba sohasida ko'proq joylashadi. Paydo bo'ladigan teri osti tugunlarining kattaligi o'rmon yong'og'idek bo'lib, rangi to'q qizil, ba'zan ko'kimtir qizg'ish tus oladi. So'ngra tugunlarning o'rtasi yumshab, teshiladi va undan yiring oqa boshlaydi. Asl chipqondan yana bir farqi shuki, ularda nekrotik «o'zak» kuzatilmaydi. Soxta chipqonni periporitlar (vezikulopo'stullyoz)dan ham farqlash lozim. Bu kasallikda ter bezlarining chiqaruv teshigigina yiringli yallig'lanadi, shu sababli engilroq kechadi.

Soxta chipqon jiddiy kasallikdir. Bunda go'dak bolalarning harorati 38-39°S gacha ko'tariladi, bemorning ishtahasi yo'qoladi, oriqlay boshlaydi, dispepsiya kuzatiladi, gipotrofiya shakllanadi. Go'dakning jigar va talog'i kattalashishi mumkin. Qonda anemiya, leykotsitoz, EChT oshadi va soatiga 30-40 mm ga etadi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, eritrotsitlar va tsilindrlar topiladi. Qisqasi sepsis holati kuzatiladi, shu sababli tez davo choralari o'tkazishni talab qiladi.

Yosh bolalar suv chipqoni (periporitlar) chaqaloq hayotining 3-5-kunlarida rivojlanadi. Kasallik belgilari boshning sochli qismida, burmalar sohasida, qo'l va oyoqlarda paydo bo'lib, asosan yiringchalardan iborat bo'ladi. Elementlar atrofidagi terida yallig'lanish belgilari ko'zga tashlanadi. Yiringlar ko'p sonli, ular ketma-ket paydo bo'ladi. Yangilari paydo bo'lishi bilan bir qatorda eskilari qurib qotaveradi. Qatqaloqlar ostida bir vaqtning o'zida epiteliylanish jarayoni kuzatiladi. Gistologik jihatdan suv chipqonda ekkrin ter bezlarining og'zida yallig'lanish kuzatilganligi tu-fayli bu kasallik periporit ham deyiladi. Mazkur dermatoz asoratsiz kechganda o'rta hisobda 3-10 kun davom etadi, umumiy haroratning uncha yuqori bo'lmagan ko'tarilishi (subfebrilitet) bilan o'tadi. Ba'zi bolalarda og'ir kechishi mumkin. Bunday hollarda ter bezlarining atrofini madda boylaydi, bezning barcha qismlari zararlanib, yiringli o'choqlar shakllanadi. Jarayon ham chuqur to'qimalarda, ham teri sathi bo'ylab tarqalishga mumkin. Stafilokokklar gematogen va limfogen yo'llar bilan tarqalib, ichki a'zolari, suyak sistemani zararlaydi. Natijada septikopiemiya holati rivojlanadi. Suv chipqon pnevmoniya, otit va kamqonlik (normoxrom va gipoxrom) kabi asoratlar qoldiradi. Periporitlar yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladigan stafilodermiyalarning eng ko'p uchraydiganidir. Barcha stafilodermiyalarga nisbatan 33% ni tashkil etadi. Bargsimon ko'chadigan dermatit pragalik pediatr Ritter fon Rittersgayn tomonidan 1878 yilda tasvirlangani uchun Ritter dermatiti ham deyiladi. Terining zararlangan sohalarida tillarang stafilokokklar topiladi, bu kokklar 33% hollarda qonda ham aniqlangan. Yuqumli yara bilan Ritter dermatiti o'rtasida uzviy bog'lanish bor. Ba'zi olimlar Ritter kasalligi yuqumli pufaksimon yaraning keyingi bosqichi deb hisoblanadi. Kasallikning dastlabki belgilari pufaklar paydo bo'lishi bilan boshlanadi, so'ngra pufaklar yorilib, katta-katta eroziya o'choqlari paydo bo'ladi. Ular bir-biri bilan qo'shilib, ma'lum bir sohani egallaydi. Teri kuchsiz mexanik ta'sirotlar natijasida ko'chib tusha boshlaydi. Ko'chib tushayotgan teri iilakchalari bargni eslatgani uchun u bargsimon ko'chadigan dermatit nomini olgan. Tug'ruqxonalarda yuqumli yara epidemik tus olgan paytlarda Ritter dermatitiga eng zaif chaqaloqlar chalinib qoladilar. Chaqaloqning yoshi bilan kasallikning kechishi o'rtasida ma'lum bog'lanish bor: dermatit chaqaloq hayotining 3-5-kunlarida boshlansa og'r o'tadi. Hayotning 3-haftasida Ritter kasalligiga chalingan chaqaloqlarda esa u engil o'tadi.

Mazkur dermatozda kuzatiladigan ko'p sonli eroziya o'choqlari, terining o'tkir qizarishi, ko'chib tushayotgan teri sohalariidagi teri po'stlari chetlarining qayrilib va osilib turishi, terining ko'kimtir-qizg'ish rangli bo'lib «pishib qolgandek» ko'rinishi xuddi qaynoq suvga pishib qolgan chaqaloq tersini eslatadi. Bola terisining zararlangan sohalariga bexosdan tegib ketish ham terining bargsimon ko'chishiga sabab bo'ladi (Nikolskiyning musbat belgisi). Bunday bemorlarda kindik yarasi bitmagan, balki yallig'langan (omfalit deyiladi) bo'ladi.

Bargsimon ko'chib tushadigan dermatitga chalingan chaqaloqlarning umumiy ahvoli og'ir, isitmasi 39-40°S gacha chiqadi. Ularning ko'pchiligida intoksikatsiya belgilari rivojlanadi, keyinchalik sepsis holati kuzatiladi. Oshqozon-ichak sistemasining faoliyati izdan chiqadi, tana og'irligi qisqa muddat ichida kamayib boradi. Qondagi o'zgarishlar: leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, gipoxrom kamqonlik, EChT oshishi, gipoproteinemiya, gipoxolesterinemiya va boshqa belgilar kasal chaqaloq ahvolidan og'irlashayotganidan darak beradi. Ba'zi bolalarda pielonefrit rivojlani-shi mumkin. Ritter dermatitida quyidagi asoratlar: shilliq qavatlar kandidozi, pnevmoniya, teri ostida yiringli o'choqlar paydo bo'lishi, otit, yiringli kon'yunktivit va boshqalar ko'p kuzatiladi. Kasallikning og'ir va asoratlar bilan kechishi chaqaloqning nobud bo'lishiga olib keladi.

Streptodermiyalarning eng ko'p uchraydigan va diqqatga sazovor turlari shirincha (impetigo), ko'zyara (ektima), xushki (quruq streptodermiya) va saramas (roja) hisoblanadi.

Streptokokkli impetigo (shirincha) terining eng ko'p tarqalgan yiringli kasalliklari qatoriga kiradi. Bu kasallikda terida avval yallig'langan dog' (eritema) paydo bo'ladi, so'ngra yumshoq pufak (fliktena) rivojlanadi. Pufakning atrofi qizarib, hajmi kattalashib boradi. Pufak ochilib, suyuqligi chiqqach ko'kimtir sarg'ish qatqaloq hosil bo'ladi. Qatqaloq ko'chib tushib teri bitadi, bunda atrofiya yoki chandiqlik hosil bo'lmaydi. toshmalar ko'pincha ochiq sohalariida (yuz, qo'l) uchraydi. Ba'zan pufaklar yuzni butunlay qoplab oladi, yiringli-seroz suyuqlik oqib turadi. «Shirincha» nomi ana shundan kelib chiqqan.

Ko'zyara (vulgar ektima) streptodermiyalarning yara xosil kiladigan turidir. Avval pufak va yiringcha paydo bo'ladi. Biroq, bu ikki toshma chuqur joylashgan bo'ladi. Ko'zyarada kuzatiladigan pufaklar (fliktena) teri po'sti ostida joylashgan bo'lib, yallig'lanish jarayoni butun dermani egallab oladi. Pufaklar va yiringlarni qoplaydigan qatqaloq ochilgandan so'ng chuqur yara hosil bo'ladi. Bu yaraning tubi teri osti yog' qavatigacha etadi, «ko'zyara» deb atalish sababi ham ana shundan. Yaraning shakli aylana yoki ovalsimon, chetlari maddalagan. tubidan shilliqli-yiring ajralib turadi, ba'zan qonaydi. Ko'zyaraning chipqondan farqi yara chuqur joylashgan bo'lishiga qaramasdan deyarli og'rimaydi, ichida o'zagi yo'q. Shirinchadan farqi shuki, kasallik sekin rivojlanadi, yaraning tubi yiringdan tozalangach chandiqlanadi. Shirincha esa o'tkir kechadi, yara va chandiqlar hosil bo'lmaydi. Ko'zyara zaxm yarasi (zaxm ektimasi)dan ham farq qilinishi zarur. Zaxmda yaralarning cheti qattiq, asosida to'plangan madda ham qattiq. Qolaversa zaxmga xos boshqa belgilar va serologik reaksiyalarning javobi uni ko'zyaradan farqlashda yordam beradi.

Xushki (oddiy temiratki). Streptodermiyaning quruq klinik ko'rinishidir. Bunda pufak va yiringlar paydo bo'lmaydi, toshma namlanmaydi. Kasallik maktabgacha va maktab yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi. Bunda yuzning yonoq sohasida, pastki jag' terisida yallig'lanmaydigan dog'lar paydo bo'ladi. Bunday dog'lar badanda, qo'l va oyoqlarda ham kuzatiladi. Dog'lar aylana va oval shaklida bo'lib, kattaligi no'xatdek, bir tiyinlik cha-qadek, ba'zan undan ham katta bo'lishi mumkin. Chetlari chegaralangan, oqimtir, qizg'imgtir rangli, yoki kul rang. Dog'larning barchasi mayda qipiqlar bilan qoplangan. Ayniqsa terisi qoramtir bolalarda oqarib ko'rinadi. Ko'pincha bahorda va kuzda paydo bo'lib, davolanmasa ham yo'qolib ketadi, biroq yana paydo bo'ladi. Qipiqlar bilan qoplangan va yallig'lanmaydigan bu dog'lar kepaksimon temiratkini eslatadi. Ammo Baltser sinovining manfiy javobi va zamburug'larning yo'qligi kasallikning aniq tabiatini aniqlashda yordam beradi. Davolangan xushki pesni eslatadi. Shunday qipiqlardan tozalangan bu oq dog'lar bemorlarni va ota-onalarini juda tashvishga soladi. Biroq kasallikning faslga aloqador kechishi, o'ziga xos joylashgani uni pesdan farqlashda yordam beradi.

Terining yiringli kasalliklarini (strepto- va stafilodermiyalarni) davolashda antimikrob dorilar: antibiotiklar, sulfanilamidlar keng qo'llaniladi. An-tibiotiklardan penitsillin guruhi, tetratsiklin guruhi ko'proq naf beradi. Ta'sir muddati uzaytirilgan sulfanilamidlardan sulfadimetoksin, sulfomonometoksinlar yiringli toshmalarning tezroq so'rilib ketishi uchun yordam beradi. Yuqumli yara, soxta chipqon kabi sepsisga sabab bo'luvchi piodermidlarni davolashda qon yoki uning zardobini quyish, shuningdek poliglyukin, gemodez kabi suyuqliklarning tomchilab quyilishi intoksikatsiyani pasaytiradi. Surunkali davom etib, qaytalanib turadigan piodermidlarda spetsifik immun davo yaxshi natijalar beradi. Ular (stafilokokkli vaksina, anatoksin va antifagin) maxsus qoida asosida teri ostiga yuboriladi. Piodermidlarning (ayniqsa chipqon, suv chipqon) kechikkan turlarida jarrohlik usullarini qo'llash asqotadi.

Terining yiringli kasalliklarini mahalliy davolashda terida kuzatiladigan jarayonning tabiatiga va piodermidning turiga qarab davolashga turlicha talablar qo'yilishi lozim. Jumladan, suvlanib, yiringli suyuqliklar bilan namlangan hollarida yallig'lanish o'choqlarini bakteritsid suyuqliklar (rezortsin, rivanol, Ali-bur suyuqligi, kaliy permanganat) bilan yuvib tozalash zarur. So'ngra antibiotikli malhamlar surtish mumkin. Pufaklar joylashgan sohalarda esa dastlab pufaklar kesilib, yallig'lanish suyuqligi chiqariladi. Keyin Kastellyani eritma si yoki metilen ko'ki eritmasi bilan ish-lov beriladi. Hali kesilmagan tugunlar va maddalar ixtiol, naftalan malhamlari yordamida yumshatilib mad-daning so'rilishi u chuya imqoniyat yaratpladi. Terining sezuvchanligi oshishi bilan kechadigan piodermidlarda tarkibida antibiotiklar saqlanadigan steroid malham-larni (gioksizon, lorinden S) qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladigan lioder-dermiyalarni davolash muhim va mas'uliyatli vazifadir. Shifokor-lediatrlar o'z mehnat faoliyatlarida, ayniqsa streptodermiyalar va stafilyodermiyalarnitsg turli-tuman asoratlangan xillarini uchratadilar. Piodermiyalarning bunday og'ir formalari davo choralarini o'sha zahotiy oq boshlashga undaydi. Endi tug'ilgan chaqaloqlarda piodermiyalarni (ayniqsa stafilodermiyalarni) davolash kompleks olib borilishi lozim. Kasallikni qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarga qarshi kurashish bilan birga chaqaloq organizmining qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshiruvchi preparatlarni buyurish o'lim xavfining oldini oladi. Shuningdek funktsional o'zgarishlarga qarshi kurash va modda almashinuvida kuzatiladigan nuqsonlarni to'ldirish kasallik va uning asoratlarini tezda bartaraf etishga yordam beradi. Piodermiyalarga duchor bo'lgan chaqaloqlarni ona suti bilan boqish (onalarini esa oqsil, uglevod, yog', vitaminlar va mikroelementlarga boy oziq-ovqat mahsulotlari bilan boqish) davolashning asosiy talablaridan biri hisoblanadi.

Bemorlarga antibiotiklar buyurilganda kasallik ko'zg'atgan mikroorganizm turlari va aniqlangan shtammlarining antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini yaniqlash muhim amaliy ahamiyat kasb etadi. Keyingi vaqtlarda penitsillin va tetratsiklin guruhlariga nisbatan chidamliligi yuqori bo'lgan stafilokokklar shtamm-lari ko'payib bormoqda. Ammo, og'ir va asoratlar bilan kechayotgan piodermiyalarda bakteriologik tekshiruv natijalarini kutmasdan o'sha zahotiy oq yarim sintetik peni-tsillinlar guruhini (metitsillin, oksatsillin, dikloksatsillin) qo'llash lozim. Bu tadbir chaqaloq ahvolini engillashtirish bilan birga rivojlanayotgan sepsisning oldini oladi. Jumladan, Ritter dermatitida penitsillinlarning yuborilishi «epidermolitik» toksinlar hosil bo'lishini to'xtatadi. Chaqaloqlarga antibiotiklar mushak orasiga, lozim bo'lsa tomir ichiga yuborilishi lozim.

Umumiy ta'sirga ega bo'lgan, organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshiruvchi dori vositalaridan gammaglobulin, stafilokokka qarshi gammaglobulinlar va poliglobulinlar yaxshi naf beradi. Ular davo kursi mobaynida 2-3 marta yuborilishi lozim. Stafilokokka qarshi plazma yuborish (har 1 kg tana og'irligiga 5-8 ml dan 3-5 marta 2-3 kunlik tanaffus bilan) qondagi stafilokokklarning qirilishiga olib keladi. Toksikoz holatiga qarshi kurashda 5-20% li glyukoza, gemodez, albumin, plazma, poliglyukin kabi suyuqliklar kutilgan natijalarni beradi. Ma'lumki, antibiotiklarni uzoq muddatga qo'llash, shuningdek ichaklarning stafilokokklardan zararlanishi disbakterioz hodisasini keltirib chiqarishi mumkin. Bu hol soxta chipqon va Ritter dermatitiga

duchor bo'lgan yosh bolalarda ko'proq kuzatiladi. Bifidumbakterin, laktobakterin kabi fermentli preparatlar esa ana shu disbakteriozni davolashda keng qo'llaniladi. Laktobakterin 6 oygacha bo'lgan bolalarda sutkasiga 1-2 dozadan, bifidumbakterin esa 3 dozadan beriladi (dorivor moddaning sutkalik miqdori 2-3 ga bo'lib beriladi). Davo kursi 2 haftani tashkil etadi.

Mahalliy davo individual olib borilishi lozim. Periporitlarda yiringli pufaklar toza igna yordamida ochilib, so'ngra anilin bo'yoqlari bilan ishlov beriladi. Ayniqsa Kastellani suyuqligi, metilen ko'ki kabi eritmalar keng qo'llaniladi. O'choqlar quriy boshlagach, rux oksidining talk aralashmasi (5-10%) upa ko'rinishida sepiladi. Soxta chipqon elementlari esa skalpel yordamida muntazam ravishda qirqib olinadi. Ochilgan chipqon o'choqlariga spirtli dezinfektsiyalovchi eritmalarini surtish epiteliylanish jarayonini tezlashtiradi.

Fizioterapevtik usullardan ultrayuqori chastotali elektr maydoni bilan davolash (6-8 davo seansi) yiringli o'choqlarning so'rilishiga sabab bo'ladi. Kasallik tuzalish arafasida ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirish (15-20 seans) yiringli o'choqlarning asoratsiz bitishiga va chaqaloq organizmi umumiy holatining yaxshilanishiga olib keladi.

Yuqumli yara aniqlangan chaqaloqlar boshqa bolalardan ajratilib, alohida xonalarga joylashtirilishi lozim. Tug'ruqxonalarda yuqumli pufaksimon yaraning epidemik tarqalishi mazkur tug'ruqxonaning vaqtinchalik yopib qo'yilishiga sabab bo'ladi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Piodermitlarning sabablari, ularning rivojlanishida tashqi va ichki omillarning ahamiyati, klinik turlarini sanab berish talabalar oldiga qo'yiladigan birinchi vazifadir. Talabalar chipqonni ho'lpoz va soxta chipqondan, yiringli husnbuzarni oddiy husnbuzardan, yuqumli yarani zaxm yarasidan, shirinchan ko'zyaradan ajrata olishlari lozim. Shu bilan bir qatorda stafilodermiyalar va streptodermiyalarning davolash yo'llarini aytib bera olishlari kerak. Ular quyidagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari lozim:

- a) emizikli bolalarda kuzatiladigan piodermiyalarni aniqlash va davolash;
- b) piodermitlarning jiddiy asoratlari kuzatilganda zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatish choralarini bilish;
- v) piodermitlarning barcha turlarida mahalliy davo o'tkazishni o'rgangan bo'lishlari;
- g) bolalar bog'chalari va maktablarda yiringli kasalliklarning oldini olish choralarini o'zlashtirgan bo'lishlari lozim.

4. Uyga vazifa:

- chipqonning follikulitdan farqini aytib bering.
- nega gidradenit chaqaloqlarda kuzatilmaydi?
- yuqumli yarani zaxm yarasidan ajratib turadigan belgilarni aytib bering.
- streptokokklar qo'zg'atadigan ektima nega «ko'zyara» deb ataladi?
- piodermitlarning qaysi turlarida jarrohlik davo usullari qo'llaniladi?

ADABIYOTLAR

Yu. K. Skripkin va boshqalar. Bolalar dermato-venerologiyasidan qo'llanma. L. 1983. 92-16-betlar.

Yu. K. Skripkin. Teri va tanosil kasalliklari. M., 1970. 124-162-betlar

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Piodermitlar bilan davolanayotgan bolalarning kasallik tarixini o'rganish;	a) anamnez va epidemiologik anamnez yig'ish; b) dastlabki tashxis asosida mazkur kasallikni darslikdan mukammal o'rganish; v) piodermiyalarga xos bo'lgan toshmalar bilan tanishish;	a) dastlabki tashxis qo'yish, o'xshash kasalliklardan farqlash a) bemorga qo'yish; b) tuzilgan davo rejalarini to'g'ri-noto'g'riligini tekshirish;
2. Bemor bolalar va ularning kasallik tarixini guruh bilan	g) toshmalarni farqlash	v) talabalarning piodermitlar sohasidagi bilimlarini

bir-ga muhokama qilish.	asosida piodermiyaning turini aniqlash. a) bemorning dastlabki tashxisini muhokama qilish; b) toshmalarning turiga aniqlik kiritish; v) bemorga davo rejasini tuzib, uni muhokama yo'li bilan tasdiqlash	oshirish.
-------------------------	---	-----------

9- MASHG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Dermatitlar. Terining allergik kasalliklari (gush, neyrodermit, qichima, eshakem). 2- Mavzuning qisqacha mazmuni.

Dermatitlar. Terining epidermis va derma qavatlarining yallig'lanishi dermatit deb ataladi. Dermatitlar tashqi va ichki manbalarning salbiy ta'siri natijasida shakllanadi. Tashqi ta'sirlovchi manbalar shartli va shartsiz bo'lishi mumkin. Shartsiz (obligat) manbalar teriga ma'lum kuch bilan, aniq vaqt ichida ta'sir etganda terining yallig'lanishi yuzaga keladi. O'tkir kislotalar va ishqorlarning teriga tomishi natijasida hosil bo'lgan epidermis va derma qavatlarining o'tkir yallig'lanishi bunga misol bo'la oladi. Bu xil dermatitlar oddiy dermatitlar deb ataladi. Shartli (fakultativ) ta'sirlovchi manbalar esa qator patogenetik sharoitlar mavjud bo'lgan taqdirdagina teri yallig'lanishini keltirib chiqaradi. Shu tufayli bunday dermatitlar mazkur ta'sirlovchi moddaga nisbatan organizmning sezuvchanligi oshgan shaxslardagina paydo bo'ladi. Demak, shartli ta'sirlovchilar bir marta ta'sir etganda terining yallig'lanishi kuzatilmaydi. Chunki teri sezuvchanligining oshish hodisasi hali shakllanib ulgurmagani bo'ladi. «Vetnam balzami» ni bir necha marta teriga surtish natijasida hosil bo'lgan teri yallig'lanishi bunga misoldir. Bu xil dermatitlar allergik dermatitlar deb ataladi.

Agar oddiy dermatitlarning hosil bo'lishiga tashqi manbalar sabab bo'lsa, allergik dermatitlarning shakllanishida esa ichki manbalarning ahamiyati katta.

Jumladan, ovqat hazm qilish a'zolarining kasalliklari (gepatit, gastrit, enterokolit va boshqalar) allergik dermatitlarning rivojlanishini tezlashtirib yuboradi. Mazkur kasalliklarga hali duchor bo'lmagan bemorlarda, ayniqsa yosh bolalarda ichaklardagi so'rilish jarayonining susayishi muhim patogenetik rol o'ynaydi.

Shuningdek, asab sistemasi va ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi, modda almashinuvidagi o'zgarishlar va immunologik buzilishlar xam ma'lum ahamiyat kasb etadi.

Amaliy dermatologiyada oddiy va allergik dermatitlar tushunchasi keng qo'llaniladi.

Oddiy dermatitlar. Oddiy (artifitsial) dermatitlarda terining zararlanishi faqatgina tashqi ta'sirotlar ta'sir etgan joydagina kuzatiladi. Bunda yallig'lanishga sabab bo'lgan omillarning ta'sir darajasiga qarab zararlangan soxa terisida qizarish va shish paydo bo'lishi (eritematoz dermatit) yoki teri qizargan joyda pufak va pufakchalar yuzaga kelishi mumkin (bullyoz dermatit). Shuningdek, yallig'lanish jarayoni yara paydo bo'lishi va terining nobud bo'lishi (nekroz) bilan kechishi mumkin (nekrotik dermatit). Boshqacha qilib aytganda, oddiy dermatitda yallig'lanish jarayoni odatda o'tkir o'tadi. Biroq yosh bolalarda oddiy dermatitlar kiyim-kechak va poyabzalning, shuningdek past va yuqori haroratning uzoq vaqt davomida ta'sir etishi natijasida ham shakllanadi. Bunday oddiy dermatitlar surunkali kechadi. Surunkali davom etadigan oddiy dermatitlarda ham terining qizarishi, shishishi va suvchirashi, pufak, pufakcha, shilinish va eroziya kabi belgilar paydo bo'ladi. Aniq yig'ilgan anamnez, jumladan, teriga ta'sir etgan omillarni aniqlash uni allergik surunkali dermatitlardan ajratishda yordam beradi.

Allergik dermatitlar. Bunday dermatitlarning klinik belgilari asl polimorfizm bilan ta'riflanadi. Bunda terining yallig'lanish reaksiyasi yallig'langan dog' (eritema), pufakchalar, tugunchalar va suvchiragan sohalar shakllanishi bilan o'tadi. Terining yallig'lanishiga sabab bo'lgan omilning turiga qarab toshmalarning turi va tabiati turlicha bo'lishi mumkin. Masalan,

ovqat mahsulotlarining sensibilizatsiyasi natijasida shakllangan allergik dermatitlarda ko'pincha pushti rangli eritemalar va pufakchalar paydo bo'lsa, dorivor moddalardan paydo bo'lgan allergik dermatitlarda esa yirik-yirik pufaklar va gemorragik dog'lar ko'p kuzatiladi. Umuman olganda allergik dermatitlarning ikki turi tafovut etiladi: kontakt allergik dermatitlar (KAD) va toksik allergik dermatitlar (TAD). Kontakt allergik dermatitlar allergenlarning teriga bevosita ta'sir etishi natijasida yuzaga chiqadi. Bunda terining sezuvchanligini oshiruvchi moddalar bevosita terining allergik yallig'lanishiga olib keladi. Toksik allergik dermatitlar allergenlarning bemor organizmiga nafas olish va hazm yo'llari orqali ta'siri natijasida, shuningdek, turli-tuman kimyoviy moddalarni tomir ichiga va mushak orasiga yuborish oqibatida shakllanadi. Toksik allergik dermatitlar toksidermiyalarda deb ham ataladi. Sababp TAD da organizmga teridan boshqa yo'l bilan kiritiladigan modda nafaqat sensibilizatsiya, balki intoksikatsiya (zaharlanish) ham keltirib chiqaradi. Ma'lumki, sensibilizatsiya paydo qiladigan modda organizmga ikki va undan ortiq marta kiritilishi lozim. Demak, bemor anamnezida yuborilgani taxmin qilingan allergik moddani so'rab-surishtirish kasallik tabiatini aniqlashga yordam beradi. Allergik dermatit tashxisi allergik sinovlar qo'yish yo'li bilan tasdiqlanishi mumkin.

Oddiy dermatitlarni davolashda dastlab yallig'lanishga sabab bo'lgan omilning ta'sirini to'xtatish lozim. So'ngra yallig'lanishga qarshi tashqi mahalliy davolash choralarini qo'llaniladi. Bunda yallig'lanish belgilari hisobga olinishi darkor: pufaklarni ochib yallig'lanish suyuqligini chiqarib yuborish; bakteritsid eritmalar (kaliy permanganat, rivanol) bilan yuvish; rux, ixtiol va shunga o'xshash boshqa antiseptik malhamlar surtish; terining suvchiragan sohalarini kumush nitrat yoki tanin eritmasi bilan namlash; steroid malhamlar qo'llash; Kastellani suyuqligini surtish va hokazo.

Allergik dermatitlarni davolashda ham sensibilizatsiyaga sabab bo'lgan allergenni aniqlab, uni bekor qilish davolashdagi birlinchi talab hisoblanadi. Chuqur intoksikatsiya bilan kechayotgan toksidermiyalarda oshqozon va ichaklarni yuvish, siydik haydovchi moddalarni qo'llash muhim ahamiyatga ega. Shundan so'ng, sezuvchanlikni susaytiradigan va yallig'lanishga qarshi dori-darmonlar qo'llaniladi:

- a) antigistamin moddalar (dimedrol, tavegil, zaditen);
- b) kaltsiy preparatlari (kaltsiy xlorid, kaltsiy glyukonat);
- v) vitaminlar (askorbii kislota, rutin).

Mahalliy davolashda qo'llaniladigan dorilar ichida kortikosteroid malhamlar (predniizon, ftorokort, lorinden va hokazo) yaxshi naf beradi. Allergik dermatitlarning og'ir formalarida natriy giposulfit yoki Ringer eritmasini tomir ichiga yuborish, glyukokortikoidlarni qo'llash bemorlarni ko'ngilsiz oqibatlardan saqlab qoladi.

GUSH (EKZEMA)

Ekzema so'zi grekcha «eszeo» so'zidan olingan bo'lib, «qaynash» degan ma'noni anglatadi. Kasallikning o'tkir va qo'zigan davrlarida zararlangan teri sohasida to'plangan mayda pufakchalar qaynab turgan suv pufaklarini eslatadi.

Gush turli-tuman etiologik va patogenetik omillarning murakkab majmuasi oqibatida shakllanadi. Kasallikning rivojlanishida antigen-antitana reaksiyasi hal qiluvchi rol o'ynashi sababli gush allergik dermatozlar qatoriga kiritilgan. Ko'pincha pediatrlar go'daklarda kuzatiladigan ekzemani «ekssudativ diatez» deyishadi. Bu noto'g'ri, zero M. S. Maslovning «ekssudativ diatez kasallik emas, balki organizmning o'ziga xos anomal holati» deb ta'kidlashini unutmasligimiz lozim. Yosh bolalarda gush irsiy moyillik tufayli, ya'ni anomal holat zahirida shakllanadi.

Gushning quyidagi klinik turlari tafovut etiladi: asl (idiopatik) gush, seboreyali gush, mikrobl gush. Katta yoshdagi kishilarda esa kasbga aloqador gush ham farq qilinadi.

Asl gush. Odatda go'daklarning 3 - 6 oyligidayoq boshlanib, bunda ko'pincha terining yuz qismi (yonoq sohasi) zararlanadi. Shishib qizargan teri sohasida paydo bo'lgan tugunchalar, pufakchalar va chaqalar teri ostida madda to'planishiga olib keladi. Terining ustki yuzasi esa

suvlashib turadi. Boshning soch qismida paydo bo'lgan pufakchalar tezda yiringchaga aylanadi. Gush jarayoni vaqt o'tishi bilan tanaga tarqaladi, ayniqsa qo'l va oyoqlarni zararlaydi. Shu tufayli katta yoshdagi kishilarda asl gush ikki qo'l va ikki oyoqda simmetrik joylashgan bo'lib, yuz terisida deyarli kuzatilmaydi.

Seboreyali gush. Ekzemaning mazkur turi tananing yuqori qismida, ko'pincha boshning sochli qismi, quloq terisi va uning atrofida, yuz terisi, ko'krak va elka sohasida joylashadi. Zararlangan terining tashqi ko'rinishi seboreya kasalligini eslatadi. Shu sababli ko'pgina olimlar seboreyali gush deganda seboreya bilan gushning birga uchrashini tushunishadi. Biroq gushning bu turida bemor bolalarning aksariyatida terining suvlanib turishi va mikrovezikulalar kuzatilmaydi va shu bilan asl gushdan farq qiladi.

Mikrobli gush. Gushning bu turida kasallikning rivojlanishida stafilokokklar va streptokokklar patogenetik rol o'ynaydi. Bunday bemorlar organizmida sensibilizatsiya mikroorganizmlar tomonidan yuzaga keladi, ya'ni bemor organizmida kuzatiladigan mikrobli sensibilizatsiya immunologik tanqislik zahirida, jumladan fagotsitoz jarayonining etarli emasligi oqibatida rivojlanadi. Kasallik belgilari dastlab yiringli toshmalar atrofida paydo bo'lib, so'ngra boshqa sohalarga tarqaladi. Biroq ular ma'lum chegaraga ega bo'lib, lokal joylashadi, ba'zan tangasimon bo'ladi, ularga asimmetriya holatida joylashish xos.

Gushning barcha turlarida quyidagi bosqichlar kuzatiladi: eritemali - tugunchali - pufakchali-yiringchali - suvchirash - qatqaloqli - qipikli - tiklanish bosqichlari. Yuqorida sanalgan bosqichlarning navbatma-navbat o'tishi shart emas. Kasallikning turiga va davo choralariga bog'liq holda u yoki bu bosqichlar kuzatil-masligi mumkin.

Gush rivojlanishi jarayonida surunkali tus oladi. Yil fayollariga bog'liq holda tez-tez qo'zib turadi. Masalan, asl gush ko'pincha bahor faslida qo'zisa, mikrobli gush kuzda ko'p qo'ziydi. Gush jarayonini chuqurlashtiradigan va qo'zishiga olib keladigan omillar (jumladan, allergenlar) turli-tumandir. Ko'pincha gush jarayonining shakllanishiga oziq-ovqat moddalari va dorilar sabab bo'ladi. Kasallikning avj olishiga esa maishiy va kasbga aloqador omillar sabab bo'ladi. Demak, gushda kuzatladigan sensibilizatsiya turli-tumandir. Bu hol kasallikni davolashni murakkablashtiradi, amalda sensibilizatsiya paydo qilgan barcha allergenlarni yo'qotib bo'lmaydi va shu sababli gushning kechishi surunkali tus oladi va tez-tez qaytalanib turadi.

Gushni davolash kompleks holda olib borilishi lozim: gistaminga qarshi preparatlar, kaltsiy tuzlari, vitaminlar, tinchlantiruvchi moddalar, siydik haydovchilar va oromgohlarda davolash usullari.

Gistaminga qarshi dorilar (dimedrol, fenkarol, bikarfen, tavegil, sandosten va hokazolar) gistamin, bradikinin va serotonin kabi mediatorlarning biologik ta'sirini susaytiradi va shu yo'l bilan ularning naf berish darajasini oshiradi. Mazkur dorilarning miqdori va ishlatish muddati bemorning yoshiga qarab aniqlanadi va muntazam ravishda qo'llaniladi. Ammo bunday dorilarni ishlatish 10 kundan oshib ketmasligi kerak.

Go'daklar va yosh bolalarni davolashda kaltsiy tuzlari(xlorid, glyukonat, glitserofosfat, pantotenat, laktat) ko'p qo'llaniladi. Ular tomirlar devorining o'tka-zuvchanligini pasaytiradi, yallig'lanish suyuqligi to'planishining oldini oladi. Ayniqsa gushning suvchiragan bosqichida ko'p foyda beradi. Kaltsiy tuzlarini simpatikotoniya, ok dermografizm, qabziyatga moyillik bo'lganda berib bo'lmaydi. Tinchlantiruvchi moddalar - brom preparatlari, barbituratlar, shuningdek, trioksazin, elenium, seduksen kabi uxlatuvchp dorilar gushda kuzatiladigan noxush belgilarni (qichish, achish) pasaytirish bilan birga bemorlarning kayfiyatini yaxshilaydi. Mazkur dorilar 7 - 10 kun beriladi. Ularning uzoq muddat qo'llanilishi go'daklarni aqliy qobiliyatini susaytiradi va kaltafahmlikka olib keladi.

Vitaminlardan piridoksin, askorbin kislota ko'p ishlatiladi. Siydik haydovchilar (furosemid, laziks) kasallikning o'tkir bosqichlarida yallig'lanish suyuqligini kamaytirish maqsadida beriladi. Yiringli kokklar bilan og'irlashadigan paytlarda antibiotiklar (penitsillin, tetratsiklin, eritromitsin) qo'llaniladi.

Gushni mahalliy davolash bosqichma-bosqich olib borilishi lozim. Dastlab namlash usullari (rivanol, kumush nitrat eritmasi, tanin bilan), so'ngra o'tkir yallig'lanish belgilarini yo'qotadigan

yuzaki ta'sir etuvchi malhamlar (steroidlar, rux pastasi) qo'llaniladi. Nihoyat, zararlangan teri sohasidagi maddaning so'rilishini tezlashtiruvchi dorilarni (ixtiol, naftalan, oltintugurt malhamlari) ishlatish lozim. Gush kasalligi surunkali kechadigan va qaytalanib turadigan bemorlar oromgohlarda (Pyatigorsk, Issiqko'l, Chortoq, Toshkent mineral suvi) davolanishlari lozim. Bunda ultrabinafsha nurlar, fonoforez, parafin va ozokerit qo'yish naf beradi.

Neyrodermit tushunchasi fanga 1891 yilda frantsuz olimlari Brok va Jake tomonidan kiritilgan. Ular ushbu dermatozni kuchli qichishish bilan o'tadigan teri nevrozi deb tushunganlar. Xorijiy adabiyotlarda neyrodermit termini atopik dermatit so'zi bilan almashtirildi. Ular bu bilan mazkur allergik dermatozning tug'ma ekanligini ta'kidladilar. Rus tibbiy adabiyotlarida esa olimlar neyrodermatozlar so'zini allergik dermatozlar termini bilan almashtirib, bu guruhga kiradigan kasalliklar negizida allergiya holati yotganligini tushuntirmoqchi bo'ladilar. Haqiqatan ham neyrodermit, qichima (strofilyus va kattalar qichimasi), eshakem kabi neyrodermatozlarning patogeneza allergen-antitana reaksiyasi muhim rol o'ynaydi.

Bolalarda kuzatiladigan neyrodermit asosan chilla (ekssudativ diatez) zamirida rivojlanadi. Shuningdek gush jarayoni ham neyrodermitga aylanishi mumkin. Ma'lumki, chilla irsiy anomaliya holati hisoblanib, buning zamirida bir necha turdagi kasalliklar shakllanishi mumkin. Neyrodermit ham ota-onalarida allergik kasalliklar kuzatilgan bolalarda ko'proq uchraydi. Neyrodermit rivojlanishida noto'g'ri ovqatlanish (bolani bir tomonlama yoki sifatsiz boqish, sun'iy ovqatlan-tirish), modda almashinuvining buzilish kasalliklari, ichki a'zolar va ichki sekretiya bezlari faoliyatining izdan chiqishi kabi omillar muhim ahamiyatga ega. Bu o'zgarishlar kasallikning shakllanishigagina emas, balki uning uzoq muddat kechishiga, og'irlashishiga olib keladi. Atrof-muhit ta'siri, undagi noqulay omillar, zaharlanishlar, suv va havo tarkibidagi salbiy o'zgarishlar, shuningdek boshqa ekologik omillar ham kasallikni kuchaytiradi. Yil fasllariga qarab uning tez-tez qo'zib turishiga sabab bo'ladi.

Oliy nerv faoliyatining buzilishi ham etiologik va patogenetik ahamiyatga ega. Neyrodermitga duchor bo'lgan bolalarning ota-onalarida, ularning ma'lum qismida turli neyrogen o'zgarishlar, asab sistemasi kasalliklari, loaqal qo'zg'alish va susayish jarayonlari o'rtasidagi muvozanatning buzilishi aniqlangan. Kasallikning surunkali kechishi, kuchli qichishish xurujlari bilan o'tishi, uyqusizlik kabi noxush holatlar o'z navbatida bemor bolaning asab sistemasini ishdan chiqaradi. Bu neyrogen o'zgarishlar neyrodermit jarayonini chuqurlashtirib, kasallikning kechishini og'irlashtiradi. Demak, hosil bo'lgan uzluksiz halqa, ham irsiy, ham orttirilgan omillar yig'indisidan tashkil topgan. Neyrodermit nomi (teri nevrozi) mana shu boisdan kelib chiqqan.

Neyrodermitning allergik tabiatga ega ekanligini tasdiqlaydigan ma'lumotlar quyidagilardan iborat:

1. Kasallik ko'pincha chilla zamirida shakllanib, bolalarda gush kasalligidan keyin rivojlanadi.

- 2- Neyrodermitning chegaralangan turlarida allergik toshmalar va qichishish asosiy o'choqdan boshqa sohalarda ham kuzatilishi mumkin.

3. Mazkur dermatozga chalingan bemorlarning ma'lum qismida turli dorilar va antibiotiklarga, shuningdek oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan sensibilizatsiya holati kuzatiladi.

4. Neyrodermit ko'pincha boshqa allergik kasalliklar: allergik diqqinapas (astma), rinit, eshakem bilan birga kechadi.

5. Turli immunologik va allergik ko'rsatkichlar (Kumbs, Kune reaksiyalari, PGAR, allergik sinovlar) neyrodermitga duchor bo'lgan bemorlarda o'ta musbat natijalar beradi.

Xulosa qilib aytganda, neyrodermit markaziy nerv sistemasining funktsional o'zgarishlari, endokrin bezlar faoliyatidagi buzilishlar va allergiya holati bilan o'tadigan kasallik bo'lib, bu o'zgarishlarga irsiy va orttirilgan omillar sabab bo'ladi.

Neyrodermitning asosiy belgisi yag'irlanishdir. Yag'irlanish o'tkir yallig'lanish belgilarisiz o'tadigan eritematoz dog'lar sathida shakllanadi. Birlamchi toshma element laridan epidermal tugunchalar kuzatiladi. Bu papulalar tashqi ko'rinishi jihatidan sog'lom teridan unchalik farq qilmaydi. Ular bir-biri bilan qo'shilishi natijasida teri bir oz maddalaydi, zararlangan sohalarda

pigmentatsiya kuzatiladi. Qattiq qichishish esa ko'plab tirnashlar hosil bo'lishiga olib keladi. Zararlangan sohalardagi teri quruq, uning yuzi asta-sekin ko'chib tusha boshlaydi. Tabiiy burmalar sohasida rivojlangan madda hosil bo'lish jarayoni terida yo'l-yo'l yoriqlar paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. Yag'irlanish o'choqlari ko'pincha tirsak burmasida, tizzaning orqasida (taqimda), yuz terisi, bo'yin, qo'l va oyoqlarning bukiluvchi yuzasida joylashadi. Zararlangan sohalarda qichishish paydo bo'lib, vaqti-vaqti bilan zo'rayib turadi, teri dermatografizmi oq, soch-mushak refleksi rivojlangan. Neyrodermitga chalingan bemorlarda gipokortitsizm belgilari ham sezilarli darajada aniqlanadi. Bu belgilardan quyidagilar: giperpigmentatsiya, gipotoniya, adinamiya, allergik reaksiyalar, oshqozon shirasining sust ajralishi, gipoglikemiya, diurezning kamayishi, oriqlash, darmonsizlik ko'p uchraydi.

Klinik nuqtai nazardan neyrodermitning tarqalgan va chegaralangan turlari tafovut etiladi. Tarqalgan neyrodermitda toshma elementlari terining bir necha sohalarda (yuz, boshning sochli qismi, tana, qo'l va oyoqlar) kuzatiladi. Bunday bolalarning terisi juda quruq, lixenizatsiya o'choqlari bir necha, oq dermatografizm juda rivojlangan va gipokortitsizm belgilari yaqqol kuzatiladi. Tarqalgan neyrodermit belgilari ko'pincha yozda susayib, qish faslida kuchayadi. Turli allergik kasalliklar bilan birga kechadi. Terining zararlangan sohalarda piodermiya toshmalari, hatto gush (ekzema) elementlari tez-tez uchrab turadi. Ba'zan bir oz rivojlangan suvchirash va qizarish kabi belgilar ham kuzatilishi mumkin.

Chegaralangan neyrodermitda lixenizatsiya o'chog'i ko'pincha bitta va ma'lum sohalarda joylashadi. Ayniqsa bo'yinning orqa yuzasi, ensa sohasi, sonning ichki yuzalarida, dumba oralig'i burmasida, shuningdek jinsiy a'zolar terisida, katta bo'g'imlarning bukiluvchi sohalarda ko'proq kuzatiladi. Kasallik qo'shimcha qattiq qichishish bilan o'tadi. Qichishish lokal xarakterga ega bo'lib, kechki paytlari va tunda zo'rayadi. Dastlab teri-ning qichiydigan sohalarda toshma elementlari kuzatilmaydi. Qashinish natijasida qichishadigan sohalarda asta-sekin tugunchalar hosil bo'ladi. Tugunchalar deyarli barcha hollarda qattiq, ba'zan qattiqroq bo'lishi mumkin. Papulalarning usti kepaksimon qipiqalar bilan koplangan. Kasallikning rivojlanish jarayonida papulalar bir-biri bilan qo'shib, turli shakl va hajmdagi pilakchalar hosil qiladi. Neyrodermit pilakchalari och pushti rangdan to qoramtir qizg'ish ranggacha bo'lib, yuzasi yassi va ko'pincha aylana va oval shaklni oladi. Pilakchalar hosil bo'lish jarayoni zo'rayishi natijasida teri manzarasi kuchayadi, ya'ni kasallik o'chog'ining sathi notekis va g'adir-budur bo'lib, teri pushtalari yaqqol ko'zga tashlana boshlaydi, teri sarg'ish tus oladi. Yag'irlanish (lixenizatsiya) mana shu yo'sinda shakllanadi. Chegaralangan neyrodermit odatdagicha kechayotgan terining zararlangan sohasida uch zonani ko'rish mumkin:

- 1) markaziy zona- yallig'lanish shakllangan joy;
- 2) o'rta zona - tugunchalar to'plana boshlagan joy;
- 3) tashqi zona - teri giperpigmentatsiyaga uchragan joy.

Mazkur klinik belgilarning kuzatilishi bemorga tashxis qo'yishni osonlashtiradi. Chegaralangan neyrodermitning qo'zigan davrida o'tkir yallig'lanish belgilari rivojlanmagan eritematoz dog' kuzatilib, bunda papulyoz toshmalarning guruhlashgan, terining ko'chib tushishi, qichishishning zo'rayishi diagnostikaga yordam beradi..

Neyrodermitni davolash kompleks holda olib borilishi lozim. Bunda markaziy nerv sistemasi faoliyatini normallashtiruvchi dorilar: brom preparatlari, tinchlantiruvchi vositalar, trunkvilizatorlar yaxshi naf beradi. Trioksazin, elenium, seduksen, meprotran, meprobomatlar keng qo'llaniladi.

Antigistamin dorilarni (dimedrol, pipolfen, diprazin, suprastin, diazolin, zaditen) navbat bilan va tanlab qo'llash qichishishni kamaytirish bilan birga allergik toshmalarning oldini oladi, shuningdek boshqa qo'shib kelgan allergik kasalliklarning kechishini engillashtiradi. Vitaminlarning V guruhi, nikotin kislota, A va E vitaminlari ko'proq naf qiladi. Ular yag'irlanish o'choqlarining so'rilishini tezlashtirish bilan birga ma'lum darajada sensibilizatsiyani pasaytiradi.

Yuqorida sanab o'tilgan dorilar kam naf bergan hollarda glyukokortikoidlar qo'llaniladi. Ko'pincha prednizolon, uning unumlari ma'lum sxema asosida beriladi. Neyrodermitni

davolashda gipnoz, elektr yordamida uxlatish va turli tinchlantiruvchi muolajalar o'tkazish muhimdir. Ayniqsa elektr uyquni gipnoz bilan birga qo'llash va shu muolaja jarayonida glyukokortikoid gormonlarni kam miqdorda berish qichishishning sezilarli kamayishiga olib keladi. Bemor bolalar tinchlanib, kasallik elementlarining so'rilishi tezlashadi.

Serovodorodli va kremniyli suvlarda cho'milish, buyrak usti bezi sohalariga diatermiya qo'llash, ochiq havoda sayr qilish davolash samaradorligini oshiradi. Turli shifobaxsh o'simliklar qo'shilgan suvda cho'milib, so'ngra teriga oziqlantiruvchi kremlar surtish terisi quruq bemorlarga juda foydali bo'ladi.

Mahalliy qo'llaniladigan dorilardan naftalan, qatron, oltingugurt, ixtiol va ASD suyuqligidan tayyorlangan malhamlar surtiladi. Allergik toshma elementlariga kortikosteroid malhamlardan sinalar, tselestoderm, lokakorten, lorinden va prednizolonlar yaxshi naf beradi. Yiringlagan sohalarga anilin bo'yoqlari, oksikort, gioksizon surtgan ma'qul.

Eshakem (urticaria) terida kuzatiladigan allergik kasalliklarning tipik vakilidir. Ko'pgina olimlarning fikriga qaraganda eshakem toksiko-allergik dermatoz hisoblanadi. Eshakemning rivojlanishida oziq ovqat mahsulotlaridan kelib chiqadigan allergiya muhim rol o'ynaydi. Shuningdek chegaralangan yiringli infektsiya o'choqlari (tonzillit, otit, gaymorit, pielonefrit), gijjalarning bir necha turlaridan zararlanish, ovqat hazm qilish a'zolarining kasalliklari (gepatit, gastrit, enterit, kolit) eshakem hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Dori-darmonlarni pala-partish qo'llash, ayniqsa ko'p miqdorda antibiotiklar, isitmani pasaytiradigan preparatlar qabul qilish ham eshakemga olib kelayapti.

Eshakemning patogenezida antigen-antitana reaksiyasi muhim rol o'ynaydi. Organizmning sekin-tez tipdagi sezuvchanligining oshishiga turli allergenlar (mikrobli, oziq-ovqat, dori moddalari, gijjalar va bir hujayralilar) sabab bo'ladi. Bu ekzogen va endogen allergenlar qon va to'qimalarda ko'p miqdorda gistamin hosil bo'lishi belgilari bilan ham kechishi mumkin. Kvinke shishi yuz terisi, burun-tomoq sohasi va jinsiy a'zolarida ko'p uchraydi. Bunda teri taranglashgan, bosib ko'rilganda qattiq, og'riydi, bir oz qichishi va achishishi mumkin. Bahaybat eshakemning kekirdak yoki tomoq sohasida joylashishi juda xavflidir, bu tezda asfiksiya, ya'ni bo'g'ilishga olib keladi.

Surunkali qaytalama eshakem bir necha yillar davom etadi. Toshmalar goh qo'zib, goho yo'qolib, bemorni holdan toydiradi. Kasallik qo'ziganda subfebril harorat, oshqozon-ichak faoliyatida buzilishlar, artralgiya, bosh og'rig'i, darmonsizlik kabi noxush belgilar kuzatiladi.

Chidamli tugunchasimon eshakem odatda surunkali qichimadan so'ng paydo bo'ladi, aniqrog'i qavarchiqli eshakem tugunchali eshakemga o'tadi. Bunda paydo bo'lgan tugunchalar yallig'lanish belgilari bilan kechadi. Ular ko'pincha qattiq, ba'zan yumshoqroq bo'ladi. Tugunchalar qavarchiqning o'rnida paydo bo'lib, bo'rtmaning shakli va hajmini takrorlaydi.

Bolalar qichimasi (strofilyus). Qichimalar guruhiga kiruvchi va o'ziga xos xususiyatlari bilan ulardan ajralib turuvchi dermatoz. Kasallik chillaga duchor bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Ko'pincha ular hayotining birinchi yillaridayoq namoyon bo'ladi. Qichima rivojlanishida oziq-ovqat mahsulotlaridan kelib chiqqan allergiya asosiy rol o'ynaydi. Sensibilizatsiya holati ko'pincha sigir suti, baliqlar, tsitrus mevalari, qo'ziqorin, qulupnay, ertut, turli shirinliklarga nisbatan rivojlanadi. Emlashda qo'llaniladigan zardoblar, antibiotiklar, sulfanilamidlarni qo'llash natijasida shakllangan sensibilizatsiya ham qichimaga olib kelishi mumkin. Strofilyus rivojlanishida hazm qilish a'zolarining kasalliklari yoki ular faoliyatining buzilishi ham muhim patogenetik ahamiyatga ega. Bu holatlar oqibatida rivojlangan autointoksikatsiya va autosensibilizatsiyalar strofilyusni shakllantiradi.

Kasallikning dastlabki belgisi qavarchiqdir. Bo'rtmalar tana terisida, dumba sohasida, qo'l-oyoqlarning tashqi yuzalarida joylashadi. Bo'rtmaning o'rtasida tuguncha paydo bo'ladi. Tuguncha tariq kattaligida, qattiq, kuchli qichishish bilan kechadi (papulyoz strofilyus deyiladi). Strofilyusning boshqa klinik turi borki, bunda tugunchalar uchida pufakcha hosil bo'ladi (tugunchali - pufakchali qichima deyiladi). Tugunchalarning uchida pufak paydo bo'lishi mumkin (pufakli qichima). Qichishish oqibatida qashlangan qichishish izlari ko'pincha gemorragik qatqaloqlar bilan qoplanadi. Qichima su-, runkali kechadi. Ovqatlanishning

buzilishi, turli kasalliklarda antibiotiklar va boshqa preparatlarni uzoq muddat qo'llash bu kasallikning tez-tez qaytalanib turishiga sabab bo'ladi. Keyinchalik strofilyus neyrodermitga o'tadi, o'smir yoshdagi bolalarda esa kattalar qichimasiga aylanadi. Strofilyusni eshakemdan farqlashda dermatografizm usuli yordam beradi. Qichimaga chalingan bemor terisida qattiq tayoqchani yurgizilishi oqimtir chiziq paydo bo'lishiga olib keladi (oq dermatografizm). Eshakemda esa to'mtoq tayoqcha yurgizilgan joylarda teri qavarib, bo'rtib chiqadi, qichishish paydo bo'ladi; (eshakem dermatografizmi deb ataladi). Shuningdek strofilyusga chalingan bemorlarda tovon va qorin refleksi kamaygan, terisi quruq. Limfadenopatiya kuzatiladi. Qonda eozinofiliya, limfotsitoz va EChT oshadi.

Eshakem va qichimani davolashda parhezning muhim ahamiyati bor. Bunda gipoallergen parhez buyuriladi. Antigistamgtn dorilardan tavegil, zaditen, fenkorollar yaxshi foyda qiladi. Ovqat hazm qilish a'zolarining ishini yaxshilash maqsadida riboflavin, kaltsiy pantotenat, vitaminlardan askorbin va nikotin kislotalari, shuningdek piridoksinlar qo'llaniladi. Tomirlar o'tkazuvchanligini susaytirish va kapillyarlar ishini normallashtirish uchun eshakemda kaltsiy preparatlari (kaltsiy glyukonat, kaltsiy xlorid, kaltsiy glitserofosfat) va askorutinlar beriladi. Stroflyusda terining quruqligi va oq dermatografizm tufayli kaltsiy preparatlari tavsiya etilmaydi. Qichimada tinchlantiruvchi dorilar va trankvilizatorlarning nafi ko'proq tegadi.

Surunkali eshakemda va og'ir kechadigan strofilyusda kortikosteroidlar bilan anabolik steroidlarni birga qo'llash yaxshi samaralar beradi.

Mahalliy qo'llaniladigan dorilarning nafi kamroq bo'ladi. Ko'pincha eshakemda mentol suvi surtish bilan kifoya qilinadi, xolos. Qichimada esa naftalan va rux malhamlari (2-3%), steroid malhamlar (prednizolon, flutsinar, ftorokort) surtiladi. Fizioterapevtik usullar (diatermiya, fonoforez, ultrabinafsha nurlar) qichimada kutilgan yaxshi natijalar beradi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar teri allergik kasalliklari (allergik dermatitlar, gush, neyrodermit, eshakem, qichima) to'g'risida umumiy tushunchaga ega bo'lishlari lozim. Ayniqsa dermatitlar va gushning sabablari, rivojlanish jarayoni, endogen omillarning ahamiyati, kasallikning klinik turlarini so'zlab berishlari talab qilinadi. Shuningdek ular mazkur kasalliklarda kuzatiladigan toshmalarni bosqichma-bosqich sanab berishlari, o'xshash kasalliklardan ajrata bilishlari lozim. Talabalar quyi-dagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari lozim:

- a) allergik dermatozlarda uchraydigan elementlar va ularni farqlash;
- b) kasallik davrini aniqlash;
- v) mahalliy davo usullaridan namlash va suyuq upa surtishni bilib olish.

4. Uyga vazifa:

- asl polimorfizmning soxta polimorfizmdan farqini tushuntiring.
- toksidermiya qanday ma'lumotlar asosida allergik dermatitlardan farqlanadi?
- gush jarayoni bosqichlarini sanab bering.
- allergodermatozlarni mahalliy davolashni bosqichma-bosqich so'zlab bering.
- bolalar qichimasi bilan eshakemning farqishg ayting.

ADABIETLAR

Yu. K. Skripkin. Kojnie i venericheskie bolezni. M. 1979, 299-322, 333-349- betlar.

Allergicheskie bolezni u detey. M. Ya. Studenikin tahriri ostida. M., 1986, 170- 179-betlar.

Lechenie kojnix boleznen. A. M. Mashkilleyson tahriri ostida. M. 1990, 262-294-betlar.

Yu. K. Skripkin va boshqalar. Rukovodstvo po detskoy dermatovenerologii. L. 1983, 225-255-betlar.

5. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Allergik ka salliklarga duchor bulgan bemorlar bilan ish olib borish	A) kasallik tarixini yozish B) allergik sinov natijalarini o'qish V) allergik toshmalarni aniqlash	A) tibbiy xujjatlarni to'lg'azishni o'rganish B) sensibilizatsiyaga sabab bo'lgan allergenlarni aniqlash V) dastlabki tashxis qo'yishni

<p>2. Kasalliklar tarixi o'rganilgan bemorlarni gurux bilan muxokama qilish</p>	<p>G) toshmalarga tibbiy ishlov berish A) kasallik tarixini so'zlab berish B) toshmalarni ko'rsatish va bir-biridan farqlash V) ikkilamchi toshmalar asosida kasallikning kechishini o'rganish</p>	<p>o'rganish A) olgan bilimlarini to'g'riligini tekshirish va isbotlash B) klinik tashxis qo'yishni o'rganish</p>
---	---	---

10-MASHG'ULOT

Mashg'ulot mavzusi. Terining zamburug'li kasalliklari (Dermatomikozlar).

Mavzuning qisqacha mazmuni.

Terining zamburug'li kasalliklari. Patogen zamburug'lar tomonidan paydo bo'ladigan teri kasalliklari dermatomikozlar deb ataladi. Dermatomikozlarning shakllanishi zamburug'larning kasallik qo'zgatish darajasiga va makroorganizmning immunobiologik xususiyatlariga bog'liq, ya'ni terining zamburug'lardan zararlanishi odamning yoshiga, jinsiga va endokrin bezlarning holatiga bog'liq. Bunda epidermis va derma qavatining so'rilish xususiyatining kuchayishi, ko'p terlash, terining o'ziga xos kimyoviy tarkibi muhim rol o'ynaydi. Ayniqsa maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda soch va epidermis hu-jayralari tarkibida keratinning etishmasligi, teri suv-yog' himoya qavati rN ining kam ishqorli yoki mo''tadil davrga o'tishi zamburug'larning aktivlashishiga va virulentlik darajasining kuchayishiga olib keladi. Shu sababli surunkali va yuqumli kasalliklar natijasida zaiflashgan go'daklarda dermatomikozlar tez rivojlanadi.

Teri zamburug'li kasalliklarining yagona klassifikatsiyasi (tasnifi) yo'qdir. Hozirgi davrda Markaziy dermatologiya va venerologiya ilmiy-tadqiqot instituti xodimlari tomonidan taklif qilingan klassifikatsiya keng qo'llanilmoqda. Bunga binoan dermatomikozlar 4 guruhga bo'linadi:

1. Keratomikozlar - bu turdagi zamburug'lar asosan epidermisning muguz qavatini zararlaydi. Mazkur guruhga kepaksimon temiratki va tugunli trixosporiya kiradi.

2. Dermatofitiyalar - bularga epidermofitiya, rubromikoz, trixofitiya, mikrosporiya va kal (favus) kiradi. Odam terisini zararlaydigan patogen zamburug'lar Dermatofitlar deb ataladi. Bu guruhga kiradigan zamburug'lar teri po'stini, asl terini va teri ortiqlarini (soch va tirnoqlarni) zararlaydi.

3. Kandidozlar - achitqi zamburug'lar (candida albicans) qo'zg'atadigan kasalliklar. Ular teri va shilliq qavatlarni, shuningdek ichki a'zolari zararlaydi. Bu guruhga yuzaki kandidoz, surunkali tarqalgan kandidoz, ichki a'zolarining sistemali kandidozi kiradi.

Chuqur mikozlar - bular teri va shilliq qavatlardan tashqari ichki a'zolarida chuqur yiringli va nekrotik o'zgarishlar paydo qiladi. Bunga blastomikoz, gistoplazmoz, xromomikoz, aktinomikoz, koktsidiaz, kiradi.

Kepaksimon yoki rang-barang temiratki, me'da. Kasallikning qo'zg'atuvchisi Rtyrosporom orbiculare-dir. Mikozning bu turida faqat epidermisning shox qavati za-rarlanadi, shuning uchun yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Terida yallig'lanmagan jigar rangli dog'lar paydo bo'lib, ularning rangi to'q, och, qizg'ish va kul rang tus olishi mumkin. «Rang-barang temiratki» nomi ana shundan kelib chiqqan. Dog'larning ustki yuzasi odatda kepaksimon qipiqlar bilan qoplangan bo'ladi. Shu sababli: kepaksimon temiratki deyiladi. Toshmalar ko'krak, bo'yin, elkaning yuqori qismi va kuraklar o'rtasida joylashadi. Me'daning kelib chiqishiga ko'p terlash va. sun'iy matolardan tikilgan kiyimlar kiyish sabab bo'ladi. Kasallik oylab va yillab davom etadi. Bahor va kuz fasllari paydo bo'lib, qishning sovug'ida va yozning jaziramasida yo'qolib ketadi. Oftobda toblangan yoki mahalliy davo olgan bemorlarda qipiqlar kuzatilmaydi va dog'larning rangi oqarib depigmentatsiya paydo bo'ladi (soxta leykoderma). Bu hol pes (vitiligo) kasalligini eslatadi. Biroq yod bilan sinash usuli (Baltser sinovi) me'dani pesdan ajratishda yordam beradi, ya'ni g'ovaklashgan shox qavat hujayralari yodning spirtli eritmasi

surtilganda bo'yoqlarni o'ziga ko'p qabul qiladi, shu sababli zararlangan teri sohalorida to'q dog'lar paydo bo'ladi. Davolangan qipikli temiratki zaxm leykodermasiga ham o'xshab ketadi. Biroq «tirnoq bilan urish» sinamasining (Bene belgisi) musbat natijasi zararlangan joyda yashirin qipiqilanish jarayoni keta-yotganligini ko'rsatadi.

Me'dani davolayotganda zamburug'larga qarshi dorilar qo'llaniladi: 2-5% salitsil kislotaning spirtli eritmasi, 10-20% oltingugurt malhami, nitrofungin, Andriasyan suyuqligini va boshqalar. Fungitsid eritmalar bilan fungitsid malhamlarni navbatma-navbat qo'llash yaxshi samaralar beradi.

Epidermofitiya. Kasallik balog'atga etish davrida, ekkrin va apokrin ter bezlari faoliyatining oshishi natijasida rivojlanadi. Shuningdek Epidermophyton floccosum, Epidermophyton interdigitalis zamburug'larining virulentligi issiq va nam muhitda kuchayadi. Shuning uchun epidermofitiya issiq o'lkalarda yilning iliq facllarida ko'p kuzatiladi. Katta burmalarning epidermofitiasini, chov epidermofitiasini va oyoq kaftining epidermofitiasini farq qilinadi. Eng diqqatga sazovori oyoq kafti epidermofitiasini (Epidermophyton pedis) dir. Bu kasallik asosan oyoq kaftida, kaftning gumbazida va barmoqlar orasida kuzatiladi. Kasallik bemorlardan sog'lom kishilarga hammomlarda va suv havzalarida cho'milganda yuqadi. Shuningdek boshqa odamning oyoq kiyimi, paypoq va paytavalardan foydalanilganda o'tadi. Uning uch klinik turi mavjud:

a) ko'chib tushadigan (po'st tashlaydigan) skvamoz turi. Bunda oyoq kafti va barmoqlar orasidagi teri katta-katta palaxsalar shaklida ko'chib tusha boshlaydi, ba'zan yoriqlar paydo bo'ladi. Qichishish bezovta qiladi;

b) oyoq barmoqlari orasida joylashadigan turi (intertriginoz). Bunda barmoqlar orasidagi burmalar yupqalashadi, qizaradi, yoriladi va qichiydi. Teri po'stining ko'chishi natijasida shilinish o'choqlari paydo bo'ladi, achishadi. Bu hol uchinchi va to'rtinchi barmoq burmalari terisida yaqqol kuzatiladi. So'ngra kasallik jarayoni oyoqning kaftiga tarqaladi. Oqibatda bemorlar yurganida og'riq paydo bo'ladi;

v) suvchiraydigan (disgidrotik) turi. Epidermofitiyaning mazkur turida qalin pardali pufakchalar kuzatiladi. Ular oyoq kaftining gumbazida va tovon sohasida joylashib, ba'zan guruhlangan, ba'zida tarqoq holda bo'ladi. So'ngra pufakchalar quriydi, qatqaloq hosil bo'ladi. Ular ko'chib tushishi natijasida shilinish o'choqlari kuzatiladi. Bir-biriga tezda qo'shib ketadigan eroziyalar ma'lum sohani egallab namlangan (suvchiragan) maydoncha hosil qiladi. Oqibatda yallig'langan sohadagi maddalar so'rilib jarayon to'xtay boshlaydi.

Oyoq kafti epidermofitiasida qo'l kafti va barmoqlari sohasida ham pufakchali dog'li toshmalar kuzatiladi. Bu hol zamburug'li sensibilizatsiya oqibatida shakllanadi va epidermofitidlar deb yuritiladi. Shuning uchun barmoqlarida paydo bo'lgan toshmalariga shikoyat qiladigan bemorlarning barchasini oyoq kaftini tekshiruvdan o'tkazish lozim.

Oyoq kafti epidermofitiasini davolashda fungitsid dorilar ishlatiladi. Uning suvchirab turadigan va barmoqlar orasida joylashgan turlarida dastlab pufakchalar ochilib yallig'lanish suyuqligi chiqariladi. So'ngra shilinish o'choqlariga fungitsid eritmalar (Kastellani suyuqligi, 2-3% yod eritmasi) bilan ishlov beriladi. Suvchiragan maydon rivanol, kumush nitrat eritmasi kabi bakteritsid eritmalar bilan namlanadi. Epidermofitiyaning ko'chib tushadigan turidagi toshmalarda fungitsid malhamlar (mikoseptin, kanesten, oltingugurt va salitsil kislotadan tayyorlangan malhamlar) ko'proq naf beradi. Agar zamburug'li o'choqlar yiringlagan yoki yiringli kokklardan zararlangan bo'lsa, oyoq kafti kaliy permanganat eritmasi bilan yaxshilab yuviladi, so'ngra jonsizlangan et, osilib yotgan teri burmachalari qirqib olinadi. Terining qichishadigan, qizarib shishgan sohaloriga mikozolon, dermazolon, lorinden S kabi malhamlar surtiladi. Epidermofitiasini kuzatilgan bemorlarda gistaminga qarshi dorilar va kaltsiy preparatlarini qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Trixofitiya. Dermatofitiasini qatoriga kiradigan mazkur kasallik Trixophyton turiga mansub zamburug'lar tomonidan kelib chiqadi. Trixofitiasida boshning sochli qismi va silliq teri zarar ko'radi. Uning quyidagi klinik xillari ko'p uchraydi:

1. Silliq terining yuzaki trixofitiasini- bolalarda ko'p uchraydi. Terida aniq chegaralangan aylana yoki ovalsimon qizarib shishgan dog'lar paydo bo'ladi. Bu dog'-larning yuzasi tezda

qipiqlanib ko'chib tusha boshlaydi. Dog'lar ustida pufakchalar va qatqaloqlar kuzatiladi, ular halqasimon joylashadi. Halqasimon toshmalar ichida yangi halqalar paydo bo'lishi mumkin.

2. Bosh sochli qismining yuzaki trixofitiyasi - terida aylana yoki oval o'choqlar kuzatiladi. Diqqat bilan kuzatilganda o'choqlardagi sochning sinib tushayotganligi va to'kilayotganligi ko'rinadi. Sochlar teri sathidan 2-3 mm yuqorida sinadi. Zararlangan sohadagi teri sal qizargan va shishgan bo'lishi mumkin. Trixofitiya o'smirlar balog'atga etgan davrda o'z-o'zidan tuzalib ketadi.

3. Bosh sochli qismining surunkali trixofitiyasi - asosan ayollarda kuzatiladi. Ba'zan bolaligida trixofitiyaga chalingan qiz bolalarda kasallik tuzalmasligi mumkin. Shu sababli trixofitiya bir necha o'n yillab saqlanadi, bunda uning klinik belgilari juda kam rivojlanganligi sababli diagnoz vaqtida qo'yilmasligi mumkin. Terida sezilar-sezilmas, ma'lum bir shaklga ega bo'lmagan soch to'kilgan o'choqchalar kuzatiladi. Bunda sochning teri sathidan singanligi aniqlanadi. Shu sababli o'choqlarda qora nuqtalar kuzatiladi. Kasallik yana qora nuqtali trixofitiya deyiladi.

4. Silliq terining surunkali trixofitiyasi - terida qipikli yallig'langan dog'lar paydo bo'ladi. Bu dog'lardagi qipiqlar va yallig'lanish belgilari sust rivojlangan bo'ladi. Ularning yuzasida mayda qizil tugunchalar paydo bo'lib, guruhlanishga moyil bo'ladi. Trshmali o'choqlar boldir, dumba, bilak sohalarida ko'p uchraydi.

5. Soch qismining maddali-ynringlashgan trixofitiyasi - terida yallig'langan madda to'planib, o'smasimon shaklda bo'ladi. Chegaralangan madda og'riqli va qattiq bo'lib, uning yuzasida yiringchalar va singan sochlar ko'rinib turadi. Zamburug'li o'choq asta-sekin kattalashib boradi, hajmi tovuqning tuxumidek bo'lishi mumkin. So'ngra ularning yuzasi yiringli-gemorragik qatqaloqlar bilan qoplanadi. Qatqaloqlar ko'chib tushganda ularning o'rnida asalari uyalariga o'xshash kichik teshikchalar paydo bo'ladi. Mazkur teshikchalardan yiring tomchilab chiqadi, yiring bilan birga zararlangan soch tolasi ham chiqishi mumkin.

Mikrosporiya. Ko'pincha bolalar kasallanadi. Katta yoshdagi kishilar orasida juda kam uchraydi, ulardagi mikrosporiya faqat silliq terini zararlanadi, boshning sochli qismi va tirnoqlarda deyarli kuzatilmaydi.

Mikrosporiyani ko'pincha *Microsporium ferrugineum* (antropofil) va *Microsporium lanosum* (zoofil)lar qo'zg'atadi. Bolalarda kuzatiladigan mikrosporiyaning ikki klinik turi mavjud:

1. Bosh sochli qismi mikrosporiyasi. Kasallik beltilari uni paydo qilgan zamburug'ning turiga bog'liq. Agar kasallik zoofil zamburug'lar tomonidan yuzaga kelgan bo'lsa, boshda 1-2 ta o'choq hosil bo'ladi. Ular aylana yoki oval shaklida bo'lib zararlangan teri sohasidagi barcha sochlar sinadi. Singanda ham teri sathidan 5-8 mm balandlikda sinadi. Sochlar osonlikcha yulinadi. Mikrosporiya o'choqlaridagi teri qalin unsimon qipiqlar bilan qoplanadi. Agar kasallik antropofil zamburug'lardan kelib chiqqan bo'lsa, mikrosporiyaning klinik manzarasi yuzaki trixofitiyaga juda o'xshab ketadi. Biroq sochlarning yuqoridan sinishi, o'choqdagi barcha sochlarning zararlanmaganligi va ularning oqimtir rangi kasallik aniq tabiatini aniqlashda yordam beradi. Ayniqsa Vud chirog'i yordamida qo'llaniladigan lyuminestsent usul juda asqotadi. Bunda zararlangan o'choqlar yashil yog'dulanadi. Diagnoz noaniq paytlarda esa ekib o'stirish usuli yordam beradi.

2. Silliq terining mikrosporiyasi - klinik va mikroskopik jihatdan yuzaki trixofitiyadan farqlab bo'lmaydi. Faqatgina epidemiologik ma'lumotlar (tekshirilayotgan bemorning mikrosporiya tashxisi aniq qo'yilgan bolalar muassasasidan ekanligi) va bakteriologik tekshiruvlar (oziq muhitlarda *Microsporium*-ga xos manzaraning kuzatilishi) diagnostikaga yordam beradi.

Dermatofitiyalarni davolash mahalliy va umumiy olib boriladi. Umumiy davo dorilari ichida grizeofulvin keng qo'llanilmoqda. Grizeofulvin fungistatik ta'sir etadigan antibiotikdir, u tabletka ko'rinishida 0,125 dan chiqariladi. Dori ovqat yoki baliq yog'i bilan ichiladi. Grizeofulvin bilan quyidagicha davolanadi: trixofitiyada har 1 kg tana og'irligiga 15 mg dan, mikrosporiyada esa 22 mg dan buyuriladi. Bu miqdor laboratoriyadan birinchi manfiy javob olgunga qadar qo'llaniladi. So'ngra kunora 2 hafta davomida beriladi. Shundan so'ng haftasiga

2 marta beriladi. Grizeofulvin bilan davolash laboratoriyadan 3 marta manfiy javob olinguncha davom etadi. Laboratoriya tekshiruvlari haftasiga o'tkazib turilishi lozim. Grizeofulvinning qonda vitaminlarni parchalashi, shuningdek allergik reaksiyalar keltirib chiqarishi aniqlangan. Shu sababli mazkur dori bilan davolayotganda turli-tuman vitaminlar va antigistamin preparatlar buyurish maqsadga muvofiqdir.

Mahalliy davo umumiy davo bilan birgalikda olib boriladi. Dastlab zararlangan teri sohalari bakteritsid suyuqliklar bilan tozalanadi, terining sochli qismi ustalarda olinadi. So'ngra 2-5% yodning spirtli eritmasi (ertalab) va 10-20% li oltingugurt malhami (kechqurun) surtiladi. Mazkur mahalliy davo usuli 1 hafta davomida takrorlanadi. Hafta oxirida zamburug'li o'choqlar sovunlab, iliq suvda yuvilib tozalanadi va laboratoriya tekshiruvidan o'tkaziladi. Ikkinchi hafta davomida yana yod va malham surtish takrorlanadi, so'ngra laboratoriyada zamburug'lar qidiriladi. Ana shu yo'sinda 3 marta manfiy javob olinguncha mahalliy davo davom etaveradi. Shundagina bemor atrofdagilar uchun xavfsiz hisoblanib, shifoxonadan chiqariladi.

Kandidozlar. Bu guruhga mansub mikozlarni achitqisimon zamburug'lar turkumiga kiruvchi *Candida albicans* qo'zgatadi. Ular sporalar hosil qilmaydi va soxta mi-tseliylarga ega. Achitqisimon zamburug'lar tabiatda keng tarqalgan, meva va sabzavotlar tarkibida katta miqdorda topiladi. Shuningdek sog'lom terida va oshqozon-ichak yo'lining shilliq qavatida ham ko'p miqdorda bezarar yashaydi. Turli ekzogen va endogen sharoitlar mavjud. bo'lgandagina bu zamburug'lar patogenlik xususiyatini namoyon etib, kandidoz kasalligining shakllanishiga sabab bo'ladi.

Kandidozlar rivojlanishida quyidagi ekzogen omillar muhim rol o'ynaydi

1) atrof muhitning namlik darajasi va harorat namligining oshishi, haroratning ko'tarilishi suv-lipid mantiyasining o'zgarishiga, yupqalashishiga olib keladi. Bu hol ter-yog' qatlami o'tkazuvchanligini oshirib achitqisimon zamburug'larning teri bag'riga kirishiga qulay sharoitlar yaratib beradi;

2) teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishi. Har xil jarohatlar, mexanik ta'sirotlar, tor kiyim kiyish, go'dak bolalarni ortiqcha o'rab-chirmash va boshqa tashqi omillar teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishiga, natijada zamburug'larning qayta-qayta tushib, sensibilizatsiya holati yuzaga keltirishiga sabab bo'ladi. Teri gigienasining buzilishi (terining ifloslanishi) esa mikotik jarayonni chuqurlashtiradi;

3) oziqlanishning buzilishi, ya'ni bir tomonlama ovqatlanish, ovqat rejimining buzilishi, achitqi zamburug'lariga boy ovqatlarning haddan tashqari ko'p iste'mol qilinishi xam achitqisimon zamburug'larning o'z patogenlik xususiyatini namoyon etishiga sabab bo'ladi.

Kandidozlar rivojlanishida endogen omillarning ahamiyati nihoyatda katta:

- 1) moddalar almashinuvining buzilishi (qand kasalligi, yog' bosish, disproteinemiya);
- 2) qon kasalligi (kamqonlik, oqqonlik);
- 3) neyroendokrin sistemasi faoliyatining buzilishi . (ko'p terlash, Itsenko-Kushing sindromi, miksedema, tireotoksikoz) ;
- 4) gipovitaminozlar (ayniqsa riboflavin va piridoksin etishmasligi);
- 5) disbakterioz holatlari.

Emadigan go'dak bolalarda kuzatiladigan kandidozlar rivojlanishida qondagi fungistaza aktivligining kamayishi muhim rol o'ynaydi. Mazkur ferment achitqi zamburug'lari hayot faoliyatini keskin susaytiradi. Shuningdek bolalarda so'lak ajralish jarayonining etishmovchiligi, ayniqsa so'lak tarkibidagi lizotsimning zamburug'larga qarshi aktivligining pasayishi shilliq qavatlar kandidozining rivojlanishida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Antibiotiklar, glyukokortikoidlar va immunodepressiv preparatlarning keng ko'lamda qo'llanishi bolalar o'rtasida kandidozlar ko'payishiga sabab bo'layapti, jumladan ichki a'zolar kandidozi ko'proq uchrayapti.

Kandidozlar asosan ikki guruhga: yuzaki va vistseral kandidozlarga bo'linadi shuningdek bolalarda kuzatiladigan surunkali tarqalgan kandidoz va kandidamikidlar xam farq qilinadi.

Yuzaki kandidozlar (teri va shilliq qavatlar kandidozi, kandidozli onixiyalar va paronixiyalar) ko'pincha teri burmalari sohasidan boshlanadi. Bunda dastlab paydo bo'lgan eritematoz dog'lar sathida pufakchalar, kulrang tugunchalar, yiringchalar hosil bo'ladi. Burmalar ikkala yuzasining bir-biriga ishqalanishi natijasida bu eksudativ toshma elementlari yorilib, ularning o'rnida eroziya kuzatiladi. Kandidoz eroziyalari-ning yuzasi ko'pincha silliq, yaltiroq, oqimtir parda bilan qoplangan bo'ladi. Yuzaki kandidozlarning mana shu turi intertriginoz kandidoz deyiladi. Yallig'lanish o'choqlarining burmalar atrofidagi silliq teri bo'ylab tarqalishi esa silliq teri kandidozi deb ataladi. Silliq terida kuzatiladigan toshmalar xarakteriga qarab eritematoz va vezikulyoz turlari tafovut etiladi. Eritematoz turida terining yallig'langan o'choqlarida nam eroziyalar, qipiqqlar va qatqaloqlar ko'proq kuzatiladi. Kandidomikozlarning vezikulyoz turida esa pardasi shalviragan ko'p sonli mayda pufakchalar, tugunchalar, kasallikning asosiy belgilari hisoblanadi.

Shilliq qavatlar kandidozi yangi tug'ilgan go'daklar va ko'krak yoshidagi go'dak bolalarga xos. Asosan og'iz shilliq qavatlari ko'proq zararlanadi. Bunda tarqalgan eritema til, milk, yumshoq va qattiq tanglay sohalaridagi o'choqli eritemalarning qo'shilishi natijasida hosil bo'ladi. Yallig'langan deyarli barcha sohalar ustini oqimtir kulrang parda qoplab olib, ular juda oson ko'chadi, pardalar ko'chirib tashlanganda ular o'rnida serbar va nam eroziya o'choqlari ko'zga tashlanadi. Mazkur o'choqlar og'riq bilan kechadi, yutinganda, so'rilganda til harakatini qiyinlashtiradi. Og'iz burchaklari kandidozi va kandidozli xeylitlar ham yuzaki kandidozlar guruhiga kiradi. Ular alohida uchrashi mumkin yoki og'iz shilliq pardasi kandidozi bilan birga kechishi mumkin. Bu xastalik lablar yorilishi, qizil hoshiyanint ustki qismini ko'chib tushishi bilan kechadi. Og'iz burchaklari seroz-yiringli qatqaloqlar bilan qoplanadi yoki oqimtir parcha ostida yoriqlar kuzatilishi bilan kechadi. Lablar bir-biri bilan yaqinlashadigan sohada terining yaqqol qizarishi kuzatiladi (Kleyn chizig'i). Bu joyda nuqtasimon eroziyalar ham hosil bo'lib, ularning atrofida ko'cha boshlagan epiteliydan tashkil topgan hoshiya ko'rinib turadi.

Jinsiy a'zolarining achitqisimon zamburug'lardan zararlanish hollari ham ko'p uchrab turadi. Bunga kandidozli vulvovaginit, balanit va balanopostitlar misol bo'ladi. Qiz bolalarda kuzatiladigan vulvit va vulvovaginit siydik yo'lining zararlanishi bilan kechadi. O'g'il bolalarda uchraydigan balanit va balanopostitlar ham aksariyat hollarda uretritlar bilan birga kuzatiladi.

Qiz bolalarda qin dahlizi va qin qizaradi, shishadi. Achishish, qichishish, og'riq kabi nohush sezgilar bolalarni bezovta qiladi. Mazkur sohalardagi eroziyalar shilliq qavatlarining barcha qismlarini egallaydi, siydik chiqarish og'riq bilan o'tadi. Zakar boshchasi va zakar qalpoqchasi yallig'langanda kuzatiladigan eritematoz o'choqlar serozli, seroz-gemorragik suyuqliklar bilan qoplanadi. Ularning qurishi natijasida hosil bo'ladigan qatqaloqlar, qipiqqlar ham achishish va og'riq kabi sezgilar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Tirnoqlar va tirnoqlar atrofidagi terining kandidozli zararlanishi yosh bolalarda juda kam uchraydi,

Kandidamikidlar - achitqisimon zamburug'lar bilan sensibilizatsiyalangan bolalar organizmida kuzatiladigan ikkilamchi allergik toshmalardir. Kandidamikidlar rivojlanishiga kandidozlarni noto'g'ri davolash sabab bo'ladi. Shuningdek, glyukokortikoidlar bilan bir vaqtning o'zida ham mahalliy va umumiy davolash, anti-biotiklarni pala-partish qo'llash, terini qitqlovchi mahalliy dorilarni noto'g'ri qo'llash ham allergik toshmalar paydo bo'lishiga olib keladi. Kandidamikidlar terida eritematoz dog'lar paydo bo'lishi bilan boshlanadi, ana shu sohalarda pufakchalar, tugunchalar hosil bo'ladi. Eritemalarning kamayishi ular sathida ko'chib tushayotgan qipiqqlanish jarayoni rivojlanishiga olib keladi. Bupday bemorlarda umumiy harorat ko'tariladi, ularni darmonsizlik, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi kabi noxush belgilar bezovta qiladi. Asosiy o'choqlardagi yallig'lanish belgilari kuchayadi. Kandidozlarga uchragan asosiy o'choqlarni to'g'ri va sifatli davolash kandidamikidlarning o'z-o'zidan yo'qolib ketishiga sabab bo'ladi.

Bolalarda kuzatiladigan surunkali tarqalgan kandidoz ilk go'daklik davridayoq shakllanib, dastlabki belgilari ko'pincha og'iz bo'shlig'ida namoyon bo'ladi. Ana shu shilliq qavat kandidozini noto'g'ri davolash, jumladan antibiotiklar, sulfanilamidlar va gormonlar qo'llash uning surunkali tarqalgan tue olishiga sabab bo'ladi. Yuz terisida, boshning sochli qismi, badan

terisi va qo'l-oyoqlarda ko'p sonli eritematoz dog'lar paydo bo'ladi. Dog'lar aylana shaklida, chetlari notekis, juda qizargan va shishgan, ularning yuzasida qipiqalar bo'ladi. Mazkur dog'lar so'galsimon o'sishga moyil bo'lib, ko'pincha seroz-yiringli va ifloslangan qipiqalar bilan qoplanadi. Bu hol og'iz burchaklarida yaqqol ko'zga tashlanadi. Terining barcha sohalarida tugunsimon g'adir-budur o'smalar shakllanadi. Tirnoq ostida va tirnoqlar o'rnida toshmalar kurtaklanishi avj oladi. Natijada tirnoqlar shaklini o'zgartirib, qalinlashadi, sinuvchan, mo'rt bo'ladi. Tarqalgan kandidozning kechishi surunkali tus olib, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Kamqonlik, harorat ko'tarilishi, naysimon suyaklar osteoporozi, qaytalanuvchi bronxit, o'pka yallig'lanishi, ich ketishi kabi xastaliklar qo'shiladi. Kasallikni o'z vaqtida aniqlab, achitqisimon zamburug'larga qarshi davo o'tkazish yuqorida sanab o'tilgan noxush belgilar va hodisalarni bartaraf etadi. Biroq silliq terida chandiqli atrofiya, boshning sochli qismida soch to'kilishi uzoq vaqt saqlanib qoladi.

Kandidozlarni davolashda barcha patogenetik omillarni hisobga olish lozim. Tegishli tekshiruvlar natijasida aniqlangan patogenetik omillarga (ayniqsa endogen sabablar) qarshi choralarni ko'rish davolash samaradorligini oshiradi. Kandidozga chalingan bolalarni sabzavot, ho'l meva va vitaminlarga boy mahsulotlar bilan boqish davolash qoidalarining muhim shartlaridan biridir.

Shilliq qavat va silliq teri kandidozlari xususan mahalliy dori-darmonlar bilan davolanadi. Tetraborat natriyning 5-10% li glitserinli eritmasi, gidrokarbonat natriyning 2-5% li eritmasi, mis sulfat va rux sulfatning 0,25-0,5% li eritmalari, shuningdek Lyugol eritmasi bilan davolash kutilgan klinik natijalar beradi. Malhamlardan dekaminning 0,5-1% li, nitrofurilenning 0,05-1% li eritmalari, shuningdek nistatin, levorin, amfoteritsii, mikogeptin va kanestenlarni surtish yaxshi naf beradi. Og'iz shilliq qavati, bodomcha bezlari va tomoq zararlanganda dekamin qandi va levorin tabletkalarini til tagiga tashlab, so'rish buyuriladi. Bolalarda teri va shilliq qavatlarni yuvib tozalash va ingalyatsiya (purkash) qilish maqsadida levorin aerosol ko'rinishida qo'llaniladi. Bunday davo choralari kuniga 2-3 martadan 10-15 kun davomida o'tkaziladi. Vulvovaginitni davolashda qinga levorin tabletkasini yuborish maqsadga muvofiqdir. Bundan tashqari, kumush nitrat va natriy gidrokarbonatlarning 2% li eritmasi bilan qin, qin dahlizi artiladi, so'ngra levorin yoki nistatin eritmalari yordamida yuviladi.

Kandidozlar o'tkir yallig'lanish belgilari (suvlashgan eroziya o'choqlari) bilan kechganda dastlab tanin yoki kumush nitrat eritmalari bilan namlanib, so'ngra fukartsin yoki Kastellani suyuqliklari surtiladi. Bu tadbirlar yordamida o'tkir yallig'lanish belgilari yo'qolgach achitqisimon zamburug'larning o'ziga qarshi davo o'tkaziladi.

Surunkali kandidozlar davosi kompleks olib boriladi. Levorin, nistatin preparatlari bilan bir qatorda immun davolash (gamma-globulin, kandidovaktsina, qon quyish), vitaminlar va mikroelementlar (mis, rux, temir) qo'llaniladi. Mikogeptip, amfoteritsin, amfogyukaminlar davo samaradorligini kuchaytiradi. Kandida-mikidlarda antigistamin preparatlar va kaltsiy tuzlari qo'llaniladi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar terining zamburug'li kasalliklari (dermatomikozlar) to'g'risida tushunchaga ega bo'lishlari, ularning tasnifini bilishlari lozim. Shuningdek ko'p tarqalgan mikozlarning klinik belgilarini o'xshash kasalliklardan ajrata olishlari lozim. Dermatomikozlarni davolash, jumladan grizeofulvin preparatini qo'llash qoidasini va mahalliy davo dori-darmonlari haqida so'zlab berishlari talab etiladi. Bolalar bog'chalarida va maktablarda zamburug'li kasalliklarning oldini olish choralarni bilishlari kerak. Ular quyidagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari lozim;

- a) yod bilan sinash (Baltser) diagnostik usuli;
- b) oyoq kafti epidermofitiyasining turlari;
- v) zararlangan teri va sochni laboratoriya tekshiruviga olish texnikasi;
- g) lyuminestsent usul bilan mikrosporiyani trixofitiyadan ajratish.

4. Uyga vazifa:

- keratomikozlarda o'tkir yallig'lanish jarayoni nega kuzatilmaydi?

- dermatofitoyalarni «qaychilangan temiratki» deyishning sababi nimada?
- oyoq kafti epidermofitiasining issiq yoki havo namligi yuqori o'lkalarda ko'p uchrashi sababini tushuntiring.
- bosh soch qismining trixofitiasini va mikrosporiyasining klinik farqini so'zlab bering. kandidozlarga ta'rif bering

ADABIYOTLAR

- Yu. K. Skripkin.* Kojnie i venericheskie bolezni. M., 1979 162-193, 198-203-betlar
Lechenie kojnix bolezney. A. L. Mashkilleysen tahriri ostida. M. 1990. 220-230-betlar.
S. T. Pavlov va boshqalar. Kojnie i venericheskie bolezni M. 1985. 80-105-betlar
10. K% Skripkin va boshqalar. Rukovodstvo po detskoy dermatovenerologii. M. 1983. 116-156-betlar
 5. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Zamburug'li ka-salliklarga duchor bo'lgan bemorlarni kuratsiya qilish (kuzatish); 2. Kasallik tarixi yozilgan bemor bolalarni muhokama qilish	a) anamnez va epidemiologik anamnez yig'ish; b) zararlangan teri sohasini yozma ravishda ta'riflash; v) muolaja xonasida bemorlarga yordam berish. a) talabalarni kasallik tarixi bilan tanishtirish; b) Vud chirog'i yordamida bemorlarni lyuminestsent tekshiruvdan o'tkazish; v) laboratoriya tekshiruv natijalarini tahlil qilish; g) grizeofulvinning davo bo'ladigan miqdorini aniqlash (bemorning gavda og'irligi va yoshi asosida).	a) kasallik qo'zg'atgan manbani aniqlash; b) maxsus dermatologik qismini yozishni o'rganish; b) spetsifik muolaja usullarini o'rganish; a) baxslashuv yo'li bilan bemorning klinik tashxisini aniqlash; b) to'g'ri davo rejasini tuzishga zamin tayyorlash.

11-MASHG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Terining tugunchali kasalliklari (qo''bus, qizil yassi temiratki).

2. Mavzuning qisqacha mazmuni Qo''bus (psoriasis). Sinonimlari: gulafshon, tangachali temiratki, qipikli temiratki.

Psoriasis er yuzida ko'p tarqalgan kasalliklardan biridir, er kurrasining 2% aholisi qo''busga chalingan

Bolalar dermatozlari ichida davolash muassasalariga yotqizilayotgan bemor bolalarning 8% ini tashkil etadi. So'nggi yillarda maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar orasida qo''bus ko'payib borayapti. Hatto chaqaloq yoshidagi va yangi tug'ilgan go'daklarda ham psoriasis kuzatilyapti.

Psoriasis organizmning umumiy kasalligidir. Bunda barcha a'zolar va sistemalarda ma'lum funktsional va morfologik o'zgarishlar kuzatiladi. Ichki a'zolardagi o'zgarishlar darajasi kasallikning bosqichiga, kechishiga va turiga bog'liqdir. Ayniqsa, o'tkir kechadigan va tarqalgan qipiqsimon temiratki asab sistemasi va endokrin bezlar faoliyatining buzilishlari, moddalar almashinuvining buzilishi va immunologik o'zgarishlar aniqlanyapti.

O'tkazilgan gistokimyoviy va elektron mikroskopik tekshiruvlar psoriasisga duchor bo'lgan bolalar organizmida o'ziga xos o'zgarishlarni aniqladi. Bolalarda eksudatsiya jarayoni kuchli rivojlangan, hujayralar alteratsiyasi yaqqol ko'zga tashlanadi. Epidermis hujayralarida kuzatilayotgan glikogen va nukleoproteidlar miqdorining oshishi katta yoshdagi kishilarga taqqoslaganda kam rivojlangan. Kollagen tolalarning o'zgarishlari esa kasallikning o'troq (statsionar) bosqichida nisba-tan sezilarli rivojlangan. Shuningdek, keratoz jarayoni boshqa qo''bus jarayonlaridan ustunroq kechadi. Qo''bus rivojlanishida

organizmning irsiy moyilligi va genetik omillarining roli nihoyatda katta. Kasallikning bir necha avlodlarda o'rganilishi, bir oilada bir necha kishining qo''busga chalingan hollari qo''busning irsiy tabiatini tasdiqlamoqda. Kasallikning nasldan-naslga o'tish turi aniqlangan emas. Ko''bus shakllanishida irsiy omillar bilan birga atrof muhitning ta'siri ham ma'lum rol o'ynaydi. Ob-havoning o'zgarishi, yil fasllariga qarab kasallikning qo'zishi yoki susayishi ushbu kasallikning kechishida muhim patogenetik va klinik ahamiyat kasb etadi. Yozning issiq kunlari bemorlar terisidagi toshmalarning butunlay so'rilib ketishiga olib kelsa, ikkinchi guruhdagi bemorlarda quyoshli kunlarning boshlanishi qo''busning qo'zishiga sabab bo'ladi. Tangachasimon temiratkiga chalingan bolalarda oqsil almashinuvining buzilishi (gipoproteinemiya, gipergammaglobulinemiya, albumin-globulin koeffitsientining kamayishi), lipidlar almashinuviga aloqador turli-tuman o'zgarishlar, qondagi erkin aminokislotalarning ko'payishi va boshqa biokimyoviy ko'rsatkichlar mazkur bemor bolalar organizmida metabolizm jarayonlarining patogenetik rolidan guvohlik beradi.

Dermatozning qo'zishiga turli yuqumli kasalliklar (gripp, O'RVI, suvchechak, yuqumli parotit), shuningdek pnevmoniya, nefrit, gepatit kabi xastaliklar sabab bo'ladi. Bundan tashqari, yiringli otit, surunkali tonzillit, gaymorit, frontit, tish kariesi kabi surunkali kechadigan chegaralangan yiring o'choqlari ham qo''busning zo'rayishiga va turli asoratlar keltirib chiqarishiga sabab bo'ladi. Bolalarda tez-tez uchrab turadigan "qo'rqish, turli ruhiy kechinmalar psoriazning nafaqat qo'zishida, balki shakllanishida ham poydevor bo'lib xizmat qiladi.

Yuqorida sanalgan neyrogen, endokrin, virus va irsiy nazariyalar, modda almashinuvidagi o'zgarishlar, infeksiyon va infeksiyon-allergik nazariyalar turli tanqidlarga bardosh bera olmadi. Keyingi yillarda taklif etilgan multifaktorial (ko'p sababli) nazariya esa kasallikning tub mohiyatini ochib bera olmayapti.

Ko'pgina bolalarda qo''bus boshning sochli qismidan boshlanadi. Bunda terining maddalanishi, uning ustida qipiqalar va qatqaloqlar to'planishi kuzatiladi. Qaz-g'oqlanish deb hisoblangan bu hodisa bemor go'daklarning ota-onasini barcha hollarda ham pediater-dermatolog huzuriga boshlab kelavermaydi. Yosh bolalarda, ayniqsa emadigan bolalarda kasallikning boshlanishi o'ziga xos klinik xususiyatlarga ega. Dastlab teri burmalarida chetlari aniq chegaralangan qizgish rangli yallig'lanish o'choqlari hosil bo'ladi. O'choqlar chetida kuzatiladigan shox qavatning ko'chib tushishi va ishqalanish izlari bichilish, kandidoz yoki ekzematidlarini eslatadi. Psoriatik elementlar esa yuz terisi, jinsiy a'zolar sohasida va tabiiy burmalar sohasida paydo bo'ladi.

Kasallikning asosiy toshma elementi tuguncha (raru1a) hisoblanib, uning kattaligi tariqdek yoki moshdek keladi. Tugunchalar atrofidagi teri bir oz qizargan, ya'ni o'tkir yallig'lanish hoshiyasi bilan o'ralgan bo'ladi. So'ngra tugunchalar asta-sekin kattalashib boradi. Kattaligi loviyadek, o'rikning danagidek keladigan papulalar bir-biri bilan qo'shilishga moyil bo'ladi. Maktab yoshidagi bolalarda va o'smirlarda psoriatik toshmalar asosan simmetrik joylashib, ko'pincha qo'l va oyoqlarning tashqi sathini egallaydi. Ular asosan aylana, oval shaklida, teri sathidan bo'rtib chiqadi. Kasallik rivojlanib borishi bilan ularning rangi och qizil, pushti, och pushti tus oladi. Tugunchalarning ustki yuzasini asta-sekin tangachasimon, kepaksimon qipiqalar qoplaydi. Bunday qipiqalar oqish, kul rang va kumushsimon oq rangga ega bo'ladi. Panulyoz toshmalar qorin, elka, bel va ko'krak sohalarini ham egallashi mumkin. Tugunchalar tirsak, tizza va qorin sohalarida bir-biri bilan qo'shilib, ma'lum sohalarni qamrab oladi.

Kasallik o'z rivojlanish jarayonining ma'lum davrini o'tgach toshma elementlarining ko'payishi va hajm jihatidan kattalashishi to'xtaydi. Tugunchalar ustini oppoq kumushsimon tangachalar qoplab oladi, atrof teridagi yallig'lanish belgilari yo'qoladi. Psoriatik toshmalarning kamayishi va so'rilishi ularning markaziy qismidan boshlanadi. Bunday hollarda halqasimon, yarim halqasimon tugunchalar kuzatilib, ular jug'rofiya xaritasini eslatishi mumkin.

Qo''bus monomorf kasallikdir. Unda kuzatiladigan tugunchalar o'ziga xos belgilarga ega. Bu hol psoriatik uchlikda o'z ifodasini topgan. Psoriatik uchlikka quyidagi belgilar kiradi:

a) stearin dog'i belgisi. Bu simptomning asosiy sababi giperkeratozdir. Shuningdek parakeratoz ham qirtirlash paytida muguz hujayralarining tuxtovsiz ko'chib tushishiga olib keladi;

b) qo''bus pardasi belgisi. Tuguncha sathi bo'ylab qirtirlash davom ettirilganda muguz hujayralari qatlami ostida yupqagina parda paydo bo'ladi. Bu epidermis va derma o'rtasidagi bazal membranadir. Shuning uchun bu belgi yana oraliq pardasi belgisi deb ham ataladi;

v) qonli shudring belgisi. Qirtirlash oqibatida ko'chirilgan bazal membrana ostidagi dermaning so'rg'icheimon qavatida joylashgan kapillyarlar-dan qon keta boshlaydi. Tsonli shudring belgisining asosiy sababi papillamatozdir - derma so'rg'icheimon qavatining o'sishi. Qirtirlash butunligi buzilgan va o'ziga xos tuzilishga ega bo'lgan so'rg'ichlardan qon birdan emas, balki nuqtasimon ketadi. Shu tufayli bu belgi boshqacha, nuqtasimon qonash belgisi ham deyiladi.

Yuqorida sanalgan bu uchala belgi psoriatik papulalarni boshqa kasalliklarda kuzatiladigan tugunchalardan farq qilishda yordam beradi. Ammo, emadigan yoshdagi bemor bolalarda bu uchlik sust rivojlangan. Shuningdek, qo''bus tugunchalari tabiiy burmalar (qo'ltiq ostida, chovson burmasida) sohasida joylashgan hollarda stearin dog'i belgisi kuzatilmaydi. Umuman qo''busni ko'pchilik hollarda zaxm tugunchalari va qizil yassi temiratki tugunchalaridan farqlashga to'g'ri keladi.

Qo''bus surunkali kechadigan va tez-tez qaytalanib turagan kasallikdir. Bolalarda dermatoz ko'pincha qishda qo'ziydi (55,4% hollarda), yoz faslida kamroq 26%) kuz va bahorda undan kamroq hollarda qo'ziydi. Qo''bus jarayoni bir necha yillab kechishi natijasida yilning bir necha fasllarida ham qo'ziydigan bo'lib qoladi. Uning aralash turi 49% hollarda kuzatiladi. Davolash va oldini olish nuqtai nazaridan qo'busning 5 turi: qishki, bahorgi, yozgi, kuzgi va aralash turlari tafovut etiladi. Kasallikning qo'zish fasllarini aniqlash uning oldini olish choralarini ishlab chiqishga va qaytalanishiga qarshi davo rejasini tuzishga yordam beradi.

Qipiqsimon temiratkining kechishida uning uch bosqichi farq qilinadi: qo'zigan, susaygan va o'troq bosqichlari.

Qo'zigan (rivojlangan), ya'ni progressiv bosqichda yangi toshma elementlari paydo bo'ladi. Ular ko'pincha miliar va lentikulyar panulalar ko'rinishida bo'lib, rangi qizil, yallig'langan. Toshma atrofidagi terida o'tkir yallig'lanish hoshiyasi kuzatiladi. Terining sog'lom sohaloriga o'tkir buyum bilan ta'sir etish (masalan, igna sanchish) yangi tuguncha paydo bo'lishiga olib keladi (Kebner belgisi- musbat). Yangi toshmalarning hosil bo'lishi qichishish bilan kechadi.

Susaygan (qayta rivojlanayotgan), ya'ni regressiv bosqichda psoriatik tugunchalarning so'rilishi va ko'chib tushishi kuzatiladi. Shu sababli papulalarning rangi och: och qizil, pushti, och pushti. Ular atrofidagi terida o'tkir yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Kebner belgisi manfiy. Papulalar ustida kumushsimon qipiqlar kuzatiladi. Qichishishch ahyon-ahyonda bezovta qiladi yoki umuman yo'qolib ketadi. So'rilib tugagan tugunchalar o'r-nida ikkilamchi giperpigmentli yoki gipopigmentli dog'lar kuzatiladi (pigmentatsiya darajasi o'tkazilgan davoning turiga va malhamlarga bog'liq). Ko'pincha ikkilamchi leykoderma kuzatiladi.

O'troq (rivojlanishdan to'xtagan), ya'ni statsionar bosqichda yangi tugunchalar paydo bo'lmaydi, eskilari esa so'rilishdan to'xtaydi. Ko'pincha kumushsimon qipiqlar bilan qoplangan hajmi katta tugunchalar va «navbatchi pilakchalar» kuzatiladi. Shuningdek bu davrda rivojlanishdan to'xtagan papulalar atrofida muguz qavat hisobiga hosil bo'lgan burmachalarni (Voronovning soxta atrofik burmalari) ham ko'rish mumkin. Kasallikning rivojlanishi tugunchalar paydo bo'ladigan barcha davrlarda to'xtashi mumkin. Jumladan, endigina paydo bo'lgan miliar tugunchalar so'rilib ulgurmasdanoq psoriatik jarayon o'troq bosqichga o'tishi mumkin. Shu sababli statsionar bosqichda katta hajmdagi papulalar bilan birga juda mayda tugunchalar ham kuzatilishi mumkin. O'troq bosqich uzoq muddat, ba'zan bir necha oylab davom etishi mumkin. Bu hol katta yoshdagi kishilarda ko'p uchrab, yosh bolalarga unchalik xos emas.

Yuqorida tasvirlangan odatdagi gulafshondan tashqari, uning quyidagi turlari ham ma'lum: suvli gulafshon, qo'l-oyoq kafti gulafshoni, tomchisimon qo''bus, qo''bus artriti, qo''bus eritrodermiyasi va boshqalar. Yosh bolalarda tomchisimon qo''bus ko'p uchraydi.

Gulafshonga duchor bo'lgan bolalarni davolashda ular organizmini sinchkovlik bilan tekshirish, taxmin qilingan patogenetik omillarni aniqlash muhim amaliy ahamiyatga ega. Ayniqsa chegaralangan yiringli yallig'lanish o'choqlarini (tonzillit, gaymorit, otit) topish va davolash, turli-tuman shamollash kasalliklari, gijjalarni yo'qotish kasallikka davolashning garovidir. Katta yoshdagi kishilarda esa davolash parhez buyurishdan boshlanishi lozim. Uglevod va yog'larini chegaralash, oqsilli ovqatlarni buyurish juda foyda beradi. Keyingi yillarda ochlik bilan davolash ham keng va muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda.

Psoriazni dori-darmonlar bilan davolashda kasallikning davrlari hisobga olinishi lozim. Dardning rivojlangan (qo'zigan) davrida sezuvchanlikni pasaytiradigan dorilar (natriy giposulfit, zaditen, tavegil, dimedrol ichish va yuborish) ko'proq foyda qiladi. Bemor bolaga esa kaltsiy tuzlari (kaltsiy glyukonat, kaltsiy pantotenat va hokazo) ning nafi ko'p tegadi. Kasallikning tarqalgan va og'ir turlarida steroid preparatlar (prednizolon, presotsil, deksazon) berilishi lozim. Bemorlarga mahalliy davolash buyurilganda kasallangan teriga kuchsiz ta'sir etadigan yoki befarq hisoblangan malham-lar yozish maqsadga muvofiqdir (Unna kremi, borat malhami, bolalar kremi).

Gulafshonning susaygan davrida so'rilish jarayonini tezlashtiradigan dorilar (A, E, RR vitaminlari, pirogenal, prodigiozan) buyurish ko'p naf qiladi. Ana shular qatorida tinchlantiruvchi dorilar (meprobomat, tazepam, seduksen), antigistamin preparatlar berish davolash natijasini yaxshilaydi. Mahalliy davolash kuchaytirilishi lozim: oltingugurt, salitsilat kislota, naftalan va ixtioldan tayyorlangan malhamlar. Ularning miqdori ham asta-sekinlik bilan: 2-5-10-20% va undan ham ko'proq qilib oshirib boriladi. Glyukokortikoid malhamlarning barchasi (prednizolon, ftorokort, flyutsinar, lorinden, tselestoderm) ni qo'llasa bo'ladi.

Kasallikning yotoq (statsionar) davrida vitaminlar antigistamin dorilar, kaltsiy preparatlaridan tashqari tsitostatiklar (metotreksat, prospidin) va korti-kosteroidlar kutgan natijalarni olishga yordam beradi. Uzun to'liqlik ultrabinafsha nurlarni fotosensibilizatsiyalovchi dorilar bilan qo'shib (PUVA) qo'llash ham ko'p foyda qiladi.

Psoriazni susaygan va yotoq davrlarida oromgohda davolash usullarini qo'llash (quyosh nurlari, dengiz va ko'llarda cho'milish, serovodorod hovuzlarida yotish) davolash natijalarini oshiradi va kasallikning qaytalanish muddatini cho'zadi.

Qizil yassi temiratki. Kasallikning sababi aniqlangan emas. Taklif qilingan nazariyalar va taxminlar (mikroblar, viruslar, neyrogen, modda almashinuvining buzilishi, irsiy moyillik) amalda o'zini oqlay olmadi. Qizil yassi temiratki klinik jihatdan monomorf teri kasalliklari qatoriga kiradi. Bunda teri va shilliq qavatlarida tugunchalar (papula) hosil bo'lib, ular o'ziga xos belgilarga ega. Yassi tugunchalarning yuzasi silliq, yaltiroq och pushti rangga ega. Dastlab ularning hajmi ignaning boshchasidek keladi, so'ngra kattalashib tariq, no'xat, loviya va tangadek bo'lishi mumkin. Ko'pchilik tugunchalarning o'rtasida tugmasimon chuqurcha kuzatiladi. Tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib, burdalar hosil qilishi mumkin. Ularning yuzasi to'rni (Uikkem belgisi) eslatadi. Mazkur manzara zararlangan teri sohasiga o'simlik yog'i surtilganda va og'iz bo'shlig'ida yaqqol ko'rinadi. Toshmalar elka va bilaklarning ichki yuzasida, dumg'aza, tizza va jinsiy a'zolar sohasida ko'p uchraydi. Kasallik o'tkir boshlansada surunkali kechadi, ba'zan bir necha yillab davom etadi. Qizil yassi temiratki-ning kechishida rivojlangan (tugunchalarning hosil bo'lishi), yotoq (jarayonning to'xtashi) va susaygan (tugunchalarning so'rilishi) davrlar farq qilinadi.

Qizil yassi temiratkini gulafshon va zaxm tugunchalaridan farqlash darkor. Gulafshonda tugunchalar yuzasining qipiq bilan qoplanganligi va psoriatik uchlik uni mazkur kasallikdan ajratishda yordam beradi. Zaxmda esa tugunchalarning o'ziga xos joylashishi, Biyot yoqasi, Uikkem belgisining kuzatilmaligi, serologik reaksiyalarning musbat javoblari uni temiratkidan farqlab turadi. Qizil yassi temiratki xos yana bir belgi - qichishdir. Kasallikning barcha

davrlarida bemorlarni qichishish bezovta qiladi, ba'zan juda kuchli qichishish paydo bo'lib, bemorlar o'z badanini timdalab tashlaydilar. Bu belgi zaxm va gulafshonga xos emas.

Qizil yassi temiratkini davolashda antibiotiklar juda naf beradi. Ayniqsa tetratsiklin guruhi (jami 7 - 10 mln TV) yaxshi ta'sir qiladi. Shuningdek, tinch-lantiruvchi dorilarning (brom, valeriana, trioksazin, sibazon) foydasi katta. Vitaminlardan nikotinat kislotasi, piridoksin ko'p qo'llaniladi. Antigistamin pre-paratlarning (suprastin, fenkarol) ahamiyati katta.

Keyingi yillarda gipnoz, igna bilan davolash keng tarqaldi. Kasallikning surunkali kechadigan va og'ir turlarida kortikal steroidlar (prednizon, presotsil, kenokort, deksazon) maxsus qoida asosida qo'llaniladi. Davo choralari o'tkazilayotganda surunkali kechadigan mikroblar o'choqlarini topib, ulardan organizmni tozalash davo natijalarini kuchaytiradi.

Mahalliy davolash: qichishish zo'raygan paytlarda glyukokortikoid malhamlar (tselestoderm, lorinden, oksikort) buyurish maqsadga muvofiq. Kasallik susayganda so'rilish jarayonini tezlashtiruvchi malhamlar (naftalan, ixtiol, oltingugurt va hokazo) surtish kerak. Terining zararlangan sohalarida gidrokortizon bilan fonoforez o'tkazish, UVCh bilan davolagan ma'qul. So'galli turlarida sovuq bilan davolash, Bukki nurlarini qo'llash lozim.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar gulafshon va qizil yassi temiratki kasalliklarining sabablarini va mohiyati to'g'risida tushunchaga ega bo'lishlari lozim. Jumladan, kasallikning tabiatini tushuntiruvchi nazariyalar bilan tanish bo'lishlari lozim. Mazkur dermatozlarning asosiy klinik belgilari va davrlari, shuningdek, ularni bir-biridan farqlovchi simptomlarni birma-bir sanab berishlari lozim. Talabalardan psoriasis va qizil yassi temiratkini zahminig ikkilamchi davridan farq qilish ham talab qilinadi. Shuningdek ular tugunchali kasalliklarni davolashda keng qo'llaniladigan dorilarni va ishlatish usullarini bilishlari lozim. Talabalar quyidagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari kerak:

- a) gulafshon bo'yicha - psoriatik tugunchalarni ta'riflash, qirib ko'rish usuli yordamida «stearin dog'i», psoriatik «parda», «qonli shudring» simptomlarini aniqlashlari;
- b) qizil yassi temiratki bo'yicha - temiratki tugunchalarini zaxm va psoriasis tugunchalaridan farq qilishlari, Uikxem to'rini aniqlay olishlari, shuningdek mahalliy davolash usullarini qo'llay bilishlari lozim.

Uyga vazifa:

- psoriasisni qanday dermatozlardan farq qilish lozim?
- qanday belgilar asosida kasallik davri aniqlanadi?
- kasallikning davriga qarab davolash rejasini tuzib bering
- nega og'iz bo'shligida Uikxem belgisi yaqqol ko'rinadi?
- qizil yassi temiratkini davolashda antigistamin preparatlarni samara berish sababini tushuntiring

ADABIYOTLAR

Yu. K. Skripkin. Kojnie i venericheskie bolezni. M. 1979351-362. 362-366-betlar.

Yu. K. Skripkin va boshqalar. Rukovodstvo po detskoy derma dermatovenerologii. L. 1983. 200-206, 209-215-betlar.

5. Talabalarining o'z ustida ishlash rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1. Tugunchali dermatozlar (gulafshon, qizil yassi temiratki) bilan davolanayotgan bemorlarga kasallik tarixini to'l-dirish (har kim o'zicha)	a) bemorlarning anamnezida hamroh kasalliklarga e'tibor berish va ularning patogenezetik ahamiyatini tahlilni qilish; b) psoriatik triadani aniqlash; v) Uikxem belgisini aniqlash; g) bemorlar terisiga tegishli malhamlarni surtish.	a) bemorga dastlabki tashxis qo'yish; b) diagnostik algoritmdan foydalanib kasallik davrini aniqlash;

to'ldiradi); 2. Bemorlarni guruh bilan birga muhokama qilish	a) anamnestik ma'lumotlar bilan o'zaro tanishish; b) noaniq morfologik elementlarni aniqlash va ularni o'xshash toshmalardan farqlash; v) olingan yangi ma'lumotlarni daftarga yozib olish.	a) notanish bemorlar kasallik tarixini ko'rish; b) o'zaro suhbat yordamida noaniq masalalarni echish; v) talabalarni mazkur dermatozlar bo'yicha bilim saviyasini oshirish.
---	---	---

12-MASHG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Dermatozoonozlar (terining parazitlar kasalliklari): Qo'tir. bitlash. Pashshaxo'rda (teri leishmaniozi).

2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Hayvon parazitlari tomonidan qo'zg'atiladigan teri kasalliklari dermatozoonozlar deb ataladi. Hayvon parazitlaridan bitlar, burga, taxtakana, qo'tir kanasi, chivin va pashshalar, shuningdek leishmaniyalar turkumiga kiruvchi parazitlar terini zararlab, turli patologik o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Pediatr-dermatologlarning ish faoliyatida qo'tir va bitlash muhim o'rin tutadi. Ular atrof muhitda, odamlar va hayvonlar orasida keng tarqalib, aholining barcha tabaqalarini zararlamoqda. Mazkur mayda jonivorlar dermatozoonozlarga chalingan bemorlar bilan bevosita aloqada bo'lishi natijasida sog'lom kishi terisi ichiga kirib oladi va maxsus yashash davrlari qonuniyatlariga muvofiq parazitlik qiladi. Kana va bitlar bemorlarning kiyim va to'shaklaridan boshqa odamlar foydalanganda, shuningdek ularni buyum va asboblarni ishlatganda ham sog'lom kishiga o'tadi.

Hozirgi paytda maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda shaxsiy gigiena qoidalariga muntazam rioya qilmaslik, bolalar muassasalarida tibbiy profilaktik ko'rikning sifatsiz o'tkazilishi, ba'zi joylarda esa umuman o'tkazilmasligi bolalar orasida dermatozoonozlarning keng tarqalishiga sabab bo'lmoqda. Bundan tashqari, bolalar bog'chalari, maktablar, mahalla va qishloqlarda, ayniqsa aholi zich joylashgan uylarda profilaktik dezinfektsiya ishlarining etarli darajada yo'lga qo'yilmaganligi, turar joylarda axlatlarni o'z vaqtida olib ketmaslik va nihoyat, chivin, pashsha va kala-mushlarni ko'payib ketayotganligi ham dermatozoonozlarning aholi orasida ko'payishiga sharoit yaratmoqda.

Kana va bitlarning yoppasiga keng ko'lamda tarqalishida ekologik va iqlim omillarining ham roli katta, degan taxminlar ham bor. Ma'lum muhit sharoiti bu parazitlarning biologik aktivligiga ta'sir etib, ularning ko'payishiga sabab bo'lar emish.

Pashshaxo'rda. Sinonimi: Borovskiy kasalligi, teri leishmaniozi, yomon jarohat, pendinka. Kasallik qo'zg'atuvchisi *Leishmania tropica* 1898 yilda P. F. Borovskiy tomonidan Toshkentda topilgan. Pashshaxo'rda surunkali kechadigan terining zararkunanda kasalligi hisoblanib tropik va subtropik o'lkalarda ko'p uchraydi. Jumladan, O'zbekistonning Surxondaryo va Qashqsadaryo viloyatlarining janubiy tumanlarida, Buxoro viloyatining cho'l mavzellarida va Farg'ona vodiysida ko'proq kuzatiladi.

Leishmaniyalar tuxumsimon shaklda bo'lib, uzunligi 2-5 mkm, eni 1,5-4 mkm ni tashkil etadi. Protoplazmasida ikkita yadrosi bor, biri katta - oval (tuxum) simon, ikkinchisi kichik - tayoqchasimonidir. Shu sababli Borovskiy tanachalari ham deyiladi. Zararkunanda qonda va kasallangan teri moddasi tarkibida ko'p miqdorda topiladi. Shuning uchun to'qima suyuqligidan surtma tayyorlanadi va Romanovskiy-Gimza usuli bilan bo'yaladi. Bunda leishmaniyalarning protoplazmasi havorang, katta yadrosi qizil-binafsha, kichik yadrosi esa to'q binafsha rang bilan bo'yaladi. Zararkunandan bir necha turlari ma'lum. Shulardan ko'p uchraydigani va diagnostik ahamiyatga ega bo'lganlari *Leishmania tropica* major va *Leishmania tropica*

minor lardir. Kattasi hayvonlar organizmida, kichigi ham hayvon, ham odamlar organizmida yashaydi!.

Leyshmaniyalar iskabtopar (moskit) larni (pashshaning bir turi) chaqishi natijasida odamga o'tadi. Kasallik manbai bemor kishi va cho'l hayvonlari (kemiruvchilar)dir. Bemor odamni yoki hayvonni chaqqan, ya'ni qonini so'rgan iskabtoparlar o'z navbatida sog'lom kishilarni chaqadi va chaqish paytida o'z so'laklari orqali Borovskiy tanachalarini yuqtiradi. Shu sababli pashshalar kasallikning tashuvchisi hisoblanadi, «pashshaxo'rd» nomi ana shundan kelib chiqqan. Bu jarayonni chizma shaklida quyidagicha tasvirlash mumkin

Касаллик манбаи
(бемор кишилар ва
кемирувчилар)

Phlebotomus
pashshasi -> tashuvchi

Соғлом одам ёки
соғлом чўл
хайвонлари

Pashshaxo'rd kasalligi qo'zgatuvchilarining biologik xususiyatlari va yuqish yo'llariga qarab ikki turi tafovut etiladi: 1) zoonoz, qishloq, o'tkir, tez yaraga aylanadigan turi; 2) antropozoonoz, shahar, surunkali, kech chaqalanadigan turi.

Zoonoz leyshmaniozlar quyidagilar bilan ta'riflanadi. Kasallik qo'zg'atuvchisi Leishmania tropica major hisoblanadi, kasallik o'chog'i yovvoyi kemiruvchilar, jumladan kasallangan yumronqozlqardir. Inkubatsion davri qisqa (10-40 kun), pashsha chaqqan joyda hosil bo'lgan tugun 2-3 haftadan so'ng chuqur yaraga aylanadi. Yaraning chetlari va tubi notekis, yiringli suyuqlik va nekrotik massa bilan qoplangan. Yaraning tubida xamirsimon madda paypaslanadi, atrofida esa limfangit (limfa tomirlarining yallig'lanishi) kuzatiladi. Bolalarda ko'pincha pashshaxo'rd yarasiga ikkilamchi yiringli kokklar tushib, yallig'lanish jarayonini chuqurlashtiradi. Shu sababli ularda og'riq kuchli bo'ladi. Oqibatda yara yiring va nekrotik massadan tozalanib, o'rtasidan chandiqlana boshlaydi. Kasallikning 5-6-oylarida chandiqlanish jarayoni tugaydi.

Antropozoonoz leyshmaniozning xususiyatlari quyidagicha: kasallikni Leishmania tropica minor qo'zg'atadi, kasallik manbai bemor kishilardir. Inkubatsion davri 8 oydan 1 yilgacha, tugun paydo bo'lgandan yaraga aylanguncha 3-4 oy vaqt o'tadi, ya'ni kech yaraga aylanadi. Hosil bo'lgan yaralarning yuzasi katta bo'lishiga qaramasdan unchalik chuqur joylashmaydi. Ko'pincha yaralar yiringli-gemorragik qobiqlar bilan qoplanadi, qobiqlar ko'chirilganda qonaydigan yaralar ko'rinadi. Yaraning bitishi natijasida paydo bo'ladigan chandiq yuzaki va yupqa bo'ladi.

3-j a d v a l

Pashshaxo'rdaning qishloq va shahar turlarini bir-biridan farqlash

Ko'rsatkichlar	Shahar turi	Qishloq turi
1	2	3

1. Qo'zg'atuvchisi	Leishmania tropica minor	Leishmania tropica major
2. Inkubatsion davri	O'rtacha 2-6 oy, 1 yilgacha	2-5 hafta
3. Infeksiya o'chog'i	Leyshmaniozga chalingan	Kemiruvchilar va bemor kishilar
4. Kasallikning dastlabki belgilari	bemor kishilar Kichik tuguncha (leyshmanioma)	O'tkir yallig'lanish belgilari yaqqol namoyon bo'lgan madda (infiltrat)
5. Rivojlanish jarayoni	Leyshmaniomaning rivojlanishi sekin, dastlab eroziya bo'ladi. so'ngra chaqalanadi, infiltrat sekin so'riladi	Maddalagan o'choq tez yaraga aylanadi, kuchli og'riq bilan kechadi
6. Yarani ta'riflash	Yara tubi donador, zardobsimon viring bilan	Yara tubi notekis, kulrang sarg'imtir

7. Yaraga aylanish muddati	qoplangan, tez qurib qatqaloqlanadi	nekrotik chiqindi bilan qoplangan, yiring ko'p miqdorda ajraladi 2-4 hafta
8. Limfangit va limfadenitlar	3-8 oy	Ko'p uchraydi, og'ir kechadi, limfa tomirlari bo'ylab tugunchalar paydo bo'lganda, yaraga aylanadi. Ko'pincha ikki oyoq terisida, yuzda kam kuzatiladi.
9. Toshma elementlarining terida joylashgan sohalari	Kamdan-kam hollarda kuzatiladi	Yoz va kuz paytlari kuzatiladi, bemorlar dastlab iyul-oktyabr oylarida murojaat etadilar O'tkir, bir necha hafta davom etadi Saramas, yiringli yaralar kabi asoratlari ko'p kuzatiladi
10. Faslgaloqa-dorligi	Ko'pincha yuz terisida, qo'l-oyoqlarda kamroq kuzatiladi	Ko'pincha qishloqlarda, cho'l va adirlarda, shaharlar atrofidagi dala hovlida yashovchilarda
11. Kechishi	Yilning barcha fasllarida kuzatiladi	
12. Asoratlar berishi	Surunkali, oylab kechadi	
13. Geografik tarqalgan joylari	Piokokklar bilan kam asoratlanadi	
	Aksariyat hollarda shahar aholisi orasida uchraydi.	

Bolalarda pashshaxo'rdaning uchinchi turi, ya'ni tuberkuloid turi ham farqlanadi. Boshqacha qilib, metaleyshmanioz, do'mboqchali leyshmanioz, lyupoid leyshmanioz ham deyiladi. Teri leyshmaniozining tuberkuloid turi kam uchraydi (6-8% hollarda). Katta yoshdagi kishilarga nisbatan bolalar va o'smirlar orasida ko'p uchraydi. Pashshaxo'rdaning mazkur turi asosan yuz terisida kuzatiladi. Dastlab mayda tugunchalar paydo bo'ladi. Ular qattiqroq yoki xamirsimon qattqlikka ega bo'lib, pashshaxo'rda yaralaridan qolgan chandiqlar atrofida paydo bo'ladi. Ular ko'pincha yara yoki chandiqli halqasimon, yarim halqasimon shaklda o'rab oladi, sarg'ish-qoramtir rangli, atrofidagi terida o'tkir yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Shunga o'xshagan do'mboqchalar chandiqli o'zida hosil bo'lishi mumkin, aksariyat hollarda yuzaki, yuqqa chandiqlar sathida kuzatiladi. Mazkur elementlar teri silida kuzatiladigan do'mboqchalarga juda o'xshab ketadi. Hatto lupus vulgaris dek «olma mag'zi» belgisi ham kuzatiladi (Babayants soxta lyupomalari). Pashshaxo'rdaning bu turi ana shundan tuberkuloid nomini olgan. Biroq teri silida kuzatiladigan do'mboqchalardan farqi ularning uzoq vaqt saqlanishidir, ya'ni metaleyshmanioz do'mboqchalari bir necha yil, ba'zan 15-20 yil-gacha saqlanishi mumkin. Bu lyupomalar osonlikcha yaraga aylanmaydi. Qo'shilib keladigan kasalliklar (qizamiq, ko'kyo'tal, gripp) gina mazkur do'mboqchalarning rivojlanishini va yaraga aylanishini tezlashtirishi mumkin.

Metaleyshmanioz rivojlanishini quyosh nurlarining ta'siri bilan bog'lashadi, kasallikning yuz terisida ko'proq joylashishi sababini ham quyosh ta'siri bilan tu-shuntirishadi. Metaleyshmanioz do'mboqchalari to'liq etilmagan leyshmaniomalardir. Ayrim mualliflarning fikricha, ular

makroorganizm qarshilik ko'rsatishi natijasida tipik leishmaniomaga aylanmagan va surunkali tus olgan turi hisoblanadi.

Leishmaniozning barcha turlarida kasallikka davo qilingandan so'ng doimiy immunitet qoladi. Pashshaxo'rda surunkali kechadigan yiringli yaralardan, zaxm gum-masidan va teri silidan farq qilinishi lozim. Pashshaxo'rda tashxisi anamnestik, epidemiologik, klinik ma'lumotlar asosida qo'yilib, bakterioskopik usul (Borovski tanachalarining to'qima suyuqligida topilishi) bilan tasdiqlanadi. Diaqnoz noaniq bo'lgan hollarda Montenegro sinovi yordam beradi, ya'ni leishmanin bilan teriga qo'yilgan allergik sinov musbat natija beradi.

Pashshaxo'rdani davolashda antibiotiklar (monomitsin, metatsiklin) keng qo'llaniladi. Monomitsin har kg tana. og'irligiga 20 000-25 000 TB hisobida kuniga 2 martadan mushak orasiga 10-12 kun davomida yuboriladi. Monomitsin ichishga berilishi ham mumkin (har kg tana og'irligiga 50 000 TB hisobida). Keyingi yillarda metatsiklin muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Dori 0,3 g dan kuniga 2 marta 10-12 kun davomida ichiriladi. Agar yara 1-2 ta bo'lsa, akrixinning 1% eritmasi novokain bilan aralastirilib yara atrofiga yuboriladi. Shuningdek yaralarga 5% li monomitsin malhami yoki 3% li metatsiklin malhami buyuriladi.

Pashshaxo'rdaning oldini olishda qo'riq va cho'llarni o'zlashtirish, jumladan kemiruvchilarga qarshi kurash muhim ahamiyatga ega. Shuningdek pashshaxo'rdagi qarshi kurash (dimetilftalatni qo'llash) va undan saqlanish (pashshaxonalar tutish) kasallikning kamayishiga sabab bo'ladi.

Qo'tir (scabies). Kasallikni qo'tir kanallari quzgatadi. Qo'tir kanallarining ikki turi ma'lum: a) antropofil kanalar - faqat odam terisida zararkunandalik qiladi; b) zooantropofil kanalar - ham odam, ham hayvonlarda uchraydi. Bolalarda kuzatiladigan qo'tirni ko'pincha antropofil kanalar (*acarus hominis*) quzgatadi. Kanallarning erkagi kichik (uzunligi 0,2 mm), urg'ochisi katta (uzunligi 0,4 mm) bo'ladi. Erkak kanalar urg'ochisini urug'lantirgandan (kopulyatsiya) so'ng halok bo'ladi. Urg'ochi kanalar epidermis shox qavatining ichiga kirib olib tuxum qo'yadi. Kanallarning teri po'sti ichidagi harakati natijasida «qo'tir yo'llari» hosil bo'ladi, ularning uzunligi 5-10 mm ni tashkil etadi. Bitta kana 50 tagacha tuxum qo'yadi. Bir haftadan so'ng kanalar tuxumdan ochib chiqib, zararkunandalik qila boshlaydi. Uy kanallari 1,5-2 oy yashaydi.

Kasallik sog'lom bolalarga qo'tirga chalingan bemor bolalar bilan bevosita birga bo'lishi, o'ynashi natijasida yuqadi. Shuningdek kasallarning kiyimi, to'shagi va o'yinchoqlaridan foydalanilganda ham qo'tir kanallari o'tishi mumkin. Buning sababi shuki, kanallarning urg'ochisi buyumlarda o'z hayotini 5-10 kun davomida saqlab qoladi.

Qo'tirning inkubatsion davri o'rta hisobda 3-12 kuni tashkil etadi. Agar kasal boladan sog'lomiga kanallarning o'zi emas, balki tuxumlari o'tgan bo'lsa, kasallikning inkubatsion davri 1 - 1,5 oygacha cho'zilishi mumkin. Shundan so'ng terida juft-juft joylashgan tuguncha-pufakchali toshmalar paydo bo'ladi. Mazkur juft zlementlarning o'rtasida qo'tir yo'llari joylashgan, ya'ni toshmalarining biri (pufakcha) kananing kirgan joyi bo'lsa, ikkinchisi (tuguncha) chiqqan joyidir. Tuguncha va pufakchani o'rnida qavarchiq hosil bo'lishi ham mumkin. Bu hol ko'krak emadigan bolalarda ko'proq kuzatiladi. Toshmalar qo'l va oyoqlarning ichki yuzasida, barmoqlar orasida, bel va qorin sohasida, shuningdek jinsiy olat terisida joylashadi. Qo'tirda qattiq qichishish kuzatilib, qichishish tungi paytlarda zo'rayadi. Qo'tirning quyidagi klinik turlari farqlanadi: 1) tarqalgan qo'tir - bunda tuguncha-pufakchali toshmalar va qashinish izlari (excoriatio) butun badanga va qo'l-oyoqlarga tarqalib ketadi, qashinish kuchli bo'ladi; piokokklarning tushishi natijasida streptodermiya va stafilodermiya belgilari kuzatiladi; 2) chegaralangan qo'tir - bunda juft toshmalar terining ma'lum sohalaridagina, ayniqsa barmoq oralarida yoki jinsiy olat terisida kuzatiladi; 3) belgisiz qo'tir - bunda pufakcha, tuguncha va qavarchiq kabi qo'tirga xos elementlar kuzatilmaydi. Bemor faqat qichishishdan shikoyat qiladi, bu sezgining tungi paytlarda zo'rayishini ta'kidlaydilar. Ko'p miqdordagi tiralgan joylar kuzatiladi. Bemorlar o'z anamnezida qo'tirga chalingan kishilarga bevosita yaqin bo'lganliklarini ta'kidlaydilar.

Qo'tir tashxisi anamnestik, epidemiologik, klinik ma'lumotlar asosida qo'yiladi, qo'tir yo'llari va kanalarining topilishi bilan tasdiqlanadi.

Qo'tirda asosan mahalliy davo usullari qo'llaniladi:

1. Benzil benzoat bilan davolash. Mazkur dorining 20% sovunli eritmasi kattalar uchun, bolalarga 10% eritmasi surtiladi. Dori terining barcha sohalariga (boshdan tashqari) 10 minut davomida surtiladi. 10 minut tanaffusdan so'ng dori surtish takrorlanadi (10 minut mobaynida). Ertasi kuni shu muolaja qaytariladi. Davo tugagandan 3 kun o'tgach hammomga tushish yoki cho'milish mumkin. Shundan so'ng ichki kiyimlar va choyshablar almashtiriladi.

2. Demyanovich usuli. Bunda tiosulfat natriyning 60% eritmasi (1-sonli eritma) va xlorid kislotaning 6% eritmasi (2-sonli eritma) ishlatiladi. Dastlab 1-sonli eritma butun badanga 10 minut mobaynida surtiladi, so'ngra 5 minut tanaffus qilinib, yana 10 minut davomida 1-sonli eritma surtiladi. Nam teri qurigach 2-sonli eritma bilan 10 minut teriga ishlov beriladi va nihoyat 5 minutlik tanaffusdan so'ng 2-sonli eritmani surtish takrorlanadi. Shundan so'ng bemorning ichki kiyimlari almashtiriladi. Ertasi kun mazkur davo usuli takrorlanadi. Bolalarda natriy tiosulfatning 40% eritmasi va xlorid kislotaning 4% eritmasi qo'llaniladi.

3. Oltinugurt malhami bilan davolash. Malham 5 kun davomida kuniga 2 martadan surtiladi. Kattalarga 33%, bolalarga 10-20%, emadigan chaqaloqlarga 5% li malham buyuriladi.

Qo'tirga qarshi malhamlarni qo'llashdan avval bemorlarni cho'miltirish lozim. Shu yo'l bilan qo'tir kanalarining teri sathidan yuvilib tushishi ta'minlanadi. Kanalardan tashqari teri yiringli mikroorganizmlardan xam tozalanadi. Agar qo'tir bo'lgan bemorlarda piodermittlarning belgilari kuzatilsa, dastlab bakteritsid dorilar bilan davolanadi, so'ngra kanaga qarshi davo o'tkaziladi.

Qo'tirga qarshi kurashda aholi o'rtasida tibbiy profilaktik ko'riklar o'tkazish yaxshi samaralar beradi. Ayniqsa maktablarda, bolalar bog'chalarida muayyan ko'riklar o'tkazish qo'tirning kamayishiga olib keladi.

Bitlash (Pedicuiosis). Odam terisida bitlarning uch turi kuzatiladi: bosh, kiyim va qov bitlari. Bosh bitlari boshning sochli qismida, kiyim bitlari kiyimbosh va to'shaklarda, qov bitlari esa qov, oraliq, orqa chiqaruv teshigi, qo'ltiq sohalarida joylashadi. Sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmaslik, jumladan kiyim-boshlarni vaqtida yuvib tozalamaslik, haddan tashqari ifloslik bitlashga olib keladi. Tozalikka rioya qiladigan oilalarga bit maktab va bog'chalarga qatnaydigan bolalar tomonidan keltiriladi. Shu sababli bolalar bog'chalarida har kuni sifatli ko'rikni tashkil etish -bitlashning oldini oladi.

Bitlarning chaqishi natijasida terida dermatit rivojlanadi. Shuningdek bitning so'lagidagi toksin (zahar) badan terisida yallig'langan dog'lar, qavarchiq va tugunchalarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bit joylashgan teri sohaları qichiydi, tirnalgan izlar hosil bo'ladi, so'ngra ular o'rnida gemorragik qobiqlar paydo bo'lib, bu jarayon dog'lanish (pigmentatsiya) bilan tugaydi.

Bitlashni davolashda kerosin, simob malhamlari va benzil benzoat ko'p ishlatiladi. Bosh bitlaganda soch kerosin bilan yuviladi. Nobud bo'lgan bitlar va ularning tuxumlaridan sochni yog'lab tarash yo'li bilan tozalanadi. Kiyim va qov bitlarida esa kiyim va to'shaklar qaynatilib, dazmollanadi. Shu bilan birga bitlagan sohalaridagi sochlar ustara bilan qirilib, 5-10% oq yoki sariq simob malhami surtiladi. Nitifor va 25% benzil benzoat eritmasi ham yaxshi samara beradi.

5. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar terining parazitlar kasalliklarini qo'zg'atuvchilar to'g'risida tushunchaga ega bo'lishlari, ularning asosiy klinik belgilarini bilishlari va o'xshash kasalliklardan ajrata olishlari lozim. Shuningdek pashshaxo'rdan, qo'tir va bitlashning davolash usullarini va oldini olish choralarini bilishlari lozim. Buning uchun ular quyidagilarni o'zlashtirgan bo'lishlari shart:

a) pashshaxo'rdan kasalligi bo'yicha - leyshmaniyalarning tabiati, kemiruvchilarni ta'riflash, kasallik epidemiologiyasi, pashshaxo'rdan zoonoz va antropoz turlarining

simptomatologiyasi va bir-biridan farq qilish, davolashda qo'llaniladigan dori moddalari, pashshaxo'rdaga qarshi kurash;

b) qo'tir bo'yicha - qo'tir kanasini ta'riflash, kasallik diagnostikasi, zamonaviy davo usullari, bolalar muassasalarida qo'tirning oldini olish;

v) bitlash - bitlarning turlariga ta'rif berish, davolash.

4. Uyga vazifa.

— pashshaxo'rdaning qishloq turi nima uchun ko'zda ko'p uchraydi? Sababini tushuntiring.

— terida kuzatiladigan qanday yaralar pashshaxo'rdada yarasiga o'xshaydi?

— qanday belgilariga asoslanib qo'tirni qichimadan farqlash mumkin

— bosh, kiyim va qov bitlarining yuqish yo'llarida farq bormi?

ADABIYO TLAR

11. V. Gofmap-Kadoshnikov, D. F. Petrov. Biologiya umumiy genetika bilan. M., 1967. 384-888-betlar.

10 K. Skripkin va boshqalar. Bolalar dermatovenerologiyasidan qo'llanma. L., 1983, 156-159, 186-189-betlar.

S. T. Pavlov va boshqalar. Kojnie i venericheskie bolezni. M.. 1985, 105-109, 127-131-betlar.

5. Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi:

ISHNING NOMI	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1	2	3
1. Kasalxonada yotgan para-zitar kasalliklarga duchor bo'lgan bemorlar bilan ishlash;	a) bemorlardan qisqacha anamnez, jumladan epidemiologik anamnez yig'ish; b) pashshaxo'rdada yaralarini o'rganish, periferik limfa tugunlarini paypaslash; v) qo'tir juft-juft toshmalarini aniqlash; g) bitlarning turli-tuman turlarini qidirish; d) tibbiy hujjatlarni to'ldirish (089u-raqamli forma);	a) kasallikka dastlabki tashxis qo'yish, o'xshash kasalliklardan farqlash; b) tibbiy hujjatlarni to'g'ri to'ldirishni o'rganish;
1	2	3
2. Bemorlarni guruh bilan birga muhokama qilish.	a) talabalar o'zlari kuzatib borgan bemorlarining kasallik tarixini qisqacha aytib beradilar; b) mazkur kasallikka xos toshmalarga ta'rif berib, bemorlarda topilgan toshmalarni boshqa talabalarga ko'rsatish; v) bemorga buyurilgan individual davoni hamma o'z daftariga yozib oladi.	a) bahslashuv yo'li bilan o'z fikrini o'tkazish, haqligini isbotlash; b) notanish bo'lgan toshmalar bilan tanishish; v) talabalar klinik fikrlash qobiliyatini rivojlantirish.

1. Mashg'ulot mavzusi. Terining pufakli kasalliklari (po'rsildoq, uchuqsimon dermatoz). Biriktiruvchi to'qima kasalliklari (qizil yuguruk, sklerodermiya).

2. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Po'rsildoq, pufakli yara (Pemphigus). Kasallikning asl mohiyati aniqlanmagan. Pufakli yaraning hosil bo'lishini tushuntiruvchi bir qancha nazariyalar taklif etilgan: modda almashinuvining buzilishi, fermentativ, endokrin, neyrogen, virus, zaharlanish. Hozirgi paytda autoimmun nazariya ko'proq e'tirof qilinayapti. Mazkur nazariyaga muvofiq autoimmun o'zgarishlar hujayralararo moddalarga nisbatan antitanalar hosil bo'lishiga va oqibatda antigen-antitana immun kompleksi shakllanishiga olib kelar ekan. Bu kompleks hujayralarni bir-biri bilan jipslashtirib turadigan desmosomalar-ning ajralishiga va hujayralararo shish paydo bo'lishiga sabab bo'lar ekan. Bu jarayon akantoliz deyiladi. Akantoliz oqibatida teri po'sti ichida pufaklar (intraenidermal) hosil bo'ladi.

Po'rsildoq klinik jihatdan teri va shilliq qavatlarda pufakli yaralar hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Dastlab pufaklar og'iz bo'shlig'ida va tomoqda paydo bo'lib, bir necha oy davom etishi mumkin. So'ngra terida, ko'krak va orqa terisida tiniq rangli pufaklar paydo bo'ladi, natijada og'riq bezovta qiladi. Pufak pardasi yirtilib ichidan seroz suyuqligi chiqqandan so'ng o'rnida eroziya qoladi. Agar eroziya chetida osilib turgan teri po'sti pintset bilai ushlanib yuqoriga ko'tarilsa epidermis dermadan ajrala boshlaydi (Nikolskiy belgisi). Agar butunligi buzilmagan pufakning ustiga bosilsa pufak po'sti yorilmaydi, aksincha, yallig'lanish suyuqligi teri po'sti qavatlari ichiga o'tib ketadi va pufak bo'shab qoladi (Asbo-Ganzen belgisi). Kasallik surunkali davom etadi. Pufakli toshmalar vaqti-vaqti bilan toshib turadi.

Har gal toshmalarining paydo bo'lishi haroratning ko'tarilishi bilan kechadi, bemorning ahvoli og'irlashadi. Pufaklarning bir-biri bilan qo'shilishi natijasida ularning hajmi kattalashadi. Hosil bo'ladigan og'riqli eroziyalar butun bir sohani egallashi mumkin. Po'rsildoqning quyidagi klinik turlari mavjud:

1. Oddiy po'rsildoq - Pemphigus vulgaris pufakli yaralarning boshqa turlaridan o'zining xavfli kechishi bilan farq qiladi. Po'rsildoqlar ichida eng ko'p (75% hollarda) uchraydi. Kasallikning dastlabki belgilari og'iz bo'shlig'idan boshlanadi, bunda og'iz shilliq pardasida turli shakldagi va hajmdagi pufaklar kuzatiladi. Pufak pardasining yirtilishi natijasida hosil bo'ladigan eroziyalar bir-biri bilan qo'shilib noto'g'ri shakldagi yallig'lanish o'choqlari shakllanishiga olib keladi. Eroziyali o'choqlar og'riq bilan kechib, og'riq asta-sekin zo'rayadi. Paydo bo'lgan eroziyalar sekin bitadi, ya'ni epiteliylanish jarayoni sust boradi. Bolalarda odatdagi po'rsildoq ko'pincha og'iz bo'shligi, tomoq va jinsiy a'zolar shilliq pardasi, shuningdek tana terisining zararlanishi bilan kechadi.

Po'rsildoqning engil va og'ir turlari farq qilinadi. Kasallikning engil turida eroziya o'choqlari qisqa muddat ichida bitadi, davo choralari sezilarli darajada naf beradi. Ayniqsa, glyukokortikoidlar bilan davolash yangi po'rsildoqlarning paydo bo'lishini darhol to'xtatadi. Pufakli yaraning og'ir turi bolalarda kam uchraydi. Bunda bolalarning gavda og'irligi kamayib, tez oriqlaydi, aksariyat hollarda ikkilamchi yiringli infektsiya bilan asoratlanadi. Bemor bolaning umumiy harorati juda yuqori bo'lib, toshmalarining har gal paydo bo'lishi bezgak xuruji bilan kechadi. Yurak, buyrak va o'pka kabi muhim a'zolar chuqur asoratlar qoldiradi. Qonda EChT ning oshishi, eozinofiliya, natriy va xloridlar miqdorining yuqori bo'lishi kuzatiladi. Oqsillar miqdori, ayniqsa gammaglobulin va immunoglobulinlar kamayadi. Epidermis hujayralararo moddasiga qarshi paydo bo'ladigan antitanalar miqdorining ko'payishi akantoliz jarayonini chuqurlashtiradi. Bu hol Nikolskiy va Asbo-Ganzen simptomlarining osonlik bilan paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

2. O'suvchi (shoxlanuvchi) po'rsildoq - (Pemphigus vegetans) ning boshlanish davrida paydo bo'ladigan pufaklar odatdagi po'rsildoqni eslatadi. Bu davrda pufaklar terining sog'lom sohalarida paydo bo'lib, qisqa vaqt ichida yoriladi, hosil bo'ladigan eroziya o'choqlari kulrang parda bilan qoplanadi. Ana shu eroziyalar yuzasida so'rg'ichsimon o'simtalar rivojlanadi. O'suvchi po'rsildoq ko'pincha katta burmalar (qo'ltiq osti, chov, ko'krak bezlarining ostida) sohasidagi terida kuzatiladi. Mazkur burmalar terisi ko'p terlashi va ishqalanishi sababli

shoxlanish (kurtaklanish) jarayoni qisqa davr ichida terining ma'lum sohalarini egallaydi. Og'riq, achishish va qichishish kabi noxush sezgilarni keltirib chiqaradi. Kasallikning qo'zigan davrida Nikolskiy belgisi musbat, engil davrida esa akantoliz klinik belgilar bilan kechmasligi mumkin.

3. Yaproqsimon (bargsimon) po'rsildoq. Po'rsildoqni pemphigus foliaceus turi bolalarda uning boshqa turlariga nisbatan ko'proq uchraydi. Bunda tez va oson yori-ladigan bo'shashgan pufaklar terining yallig'langan sohalarida eritematoz dog'lar ustida paydo bo'ladi. Pufakchalar o'zining rivojlanish jarayonining nihoyasiga etmasdanoq quriy boshlaydi. Natijada bargsimon va tangachasimon qatqaloqlar qatlami shakllanadi. Ana shu qatqaloqlar ostida yallig'lanish suyuqligi to'planib, zararlangan o'choqlar qatlamaga tayyorlangan xamirni eslatadi. Yaproqsimon po'rsildoq terining boshqa sohala-riga tarqalishga moyil bo'ladi. Yuz terisi, boshning sochli qismi va tirnoqlar po'rsildoqning boshqa turlariga nisbatan ko'p zararlanadi. Shilliq qavatga kamdan-kam hollarda shikast etadi. Nikolskiy belgisi kasallikning deyarli barcha davrlarida musbat. Bemor bolalarni qichishish, og'riq, achishish bezovta qiladi. Bolalarda katta kishilarga nisbatan og'ir kechadi, oqibati ham jiddiyroq.

Qizil yuguruksimon po'rsildoq - Pemphigus erythematosus yoki Senir-Asher sindromi deyiladi. Pufakli yaraning bu turida aniq va yaqqol ko'rinadigan pufaklar bo'lmaydi. Kasallik yuz terisidan boshlanib, boshning sochli qismi, ko'krak, qo'l va oyoqlarga tarqaladi. Terining zararlangan sohalarida maddalanishga moyil eritemalar kuzatiladi. Ularning ustki yuzasi qatlam bo'lib joylashgan qatqaloq va qipiqlar bilan qoplangan bo'ladi. Yonoq va burun sohalarida joylashgan eritematoz dog'lar kapalak shaklini eslatadi. Kuzatiladigan pufaklar atrofidagi teri qizaradi, sezilar - sezilmas shishib chiqadi va shu tufayli yallig'lanish hoshiyasi rivojlanadi. Yuz va boshning sochli qismida kuzatiladigan eritematoz dog'lar qizil yugurukni eslatadi. Biroq qatqaloqlar ko'chirilganda nam eroziya o'choqlarining aniqlanishi mazkur kasallikning po'rsildoqqa aloqador ekanligidan guvohlik beradi. Bosma-surtmalarda akantolitik hujayralarning topilishi esa kasallikning aniq tabiatini ochib beradi. Pufaklar atrofidagi terida Nikolskiy belgisi musbat. Qizil yuguruksimon po'rsildok og'iz va jinsiy a'zolar shil-liq qavatlarida deyarli uchramaydi. Bundan tashqari, po'rsildoqning bu turiga qichishish, achishish va og'riq kabi belgilar xos.

Akantolitik po'rsildoqlarning u yoki bu turlarini davolash bir-biridan deyarli farq qilmaydi. Davo choralarini erta va o'z vaqtida qo'llash muhimdir. Glyuko-kortikoidlar asosiy davo preparati hisoblanadi. Bunda gormonning maksimal miqdorini tanlash juda muhim bo'lib, davoning keyingi bosqichlari va olinadigan samara ana shu tanlangan dozaga bog'liqdir. Gormonal preparatlardan prednizolon, prezotsil, urbazon, deksametazonlar keng qo'llaniladi. Prednizolonning sutkalik miqdori o'rtacha 10-20 mg ni (5-15 yoshli bolalarga) tashkil etadi. Qolgan glyukokortikoidlar miqdori prednizolonga nisbatan belgilanadi. Triamtsinolon ko'p asoratlar qoldirishi mumkinligi sababli tavsiya etilmaydi. Glyukokortikoidlarning katabolitik ta'sirini hisobga olgan holda bemorlarga anabolik steroidlarni buyurish maqsadga muvofiqdir. Nerabol, retabolil kabi anabolik gormonlar bolaning har bir kg og'irligiga 0,0001-0,0002 g dan yuboriladi.

Glyukokortikoid gormonlar bilan davolash natijasida rivojlanadigan mikroelementlar (kaliy, kaltsiy, marganets) etishmasligi kaltsiy glyukonat, panangin, kaliy orotat va boshqa mikroelementli preparatlar bilan to'ldiriladi.

Po'rsildoqqa chalingan bemorlarga immunostimulyator, metiluratsil, pentoksil, natriy nukleinat va antibiotiklar (penitsillin guruhi, yarim sintetik antibiotiklar) buyurish glyukokortikoidlarning immunodepressiv ta'sirini va yiringli kasalliklar rivojlanish xavfining oldini oladi qon va qon zardobini quyish, oqsilga boy suyuqliklar buyurish mazkur go'daklarda rivojlanayotgan gipoproteinemiyaning oldini oladi. Vitaminlardan aevit, kaltsiy pantotenat, riboflavin esa eroziya o'choqlarida bitish jarayonini tezlashtiradi. Mahalliy dorilardan anilin bo'yoqlar, steroid, malhamlar (lokakorten, gioksizon, lorinden S) va bakteritsid suyuqliklar yaxshi naf beradi. Po'rsildoqqa chalingan bemorlarning ovqati oqsillar, vitaminlar va mikroelementlarga boy bo'lishi lozim.

Uchuqsimon dermatoz (Dyuring kasalligi). Kasallikning aniq sababi aniqlangan emas. Kasallik tabiatini allergen, virus, autoimmun nazariyalar bilan tushun-tirishga urinishlar davom etmoqda. Dermatozning bevosita rivojlanishiga hazm a'zolarining (oshqozon, ichak, jigar) kasalliklari, askaridoz, xavfli o'smalar sabab bo'lishi mumkin. Yod va bromga nisbatan sezuvchanlikning oshganligi aniq isbotlangan.

Kasallik o'tkir boshlanadi. Ayniqsa bolalarda dastlab dispepsiya, artralgiya, subfebrilitet kuzatiladi. So'ngra pufak, pufakcha, yiringcha, tugunchali pufakcha, qavarchiq (polimorfizm) shakllanadi. Toshmalarining toshishi kuchli qichishish bilan o'tadi, og'riydi. Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda pufaklarning hajmi katta bo'lib, po'rsildoqni eslatadi. Katta burmalar sohasida pufaklar guruh-guruh bo'lib joylashadi, uchuqni eslatadi va ishqalanish oqibatida nam eroziyalar hosil bo'ladi. Kasallik surunkali kechadi, yillab (20-30 yil) davom etadi. Yoz faslida qo'ziydi, qishda va kuzda tuzaladi. Ayollarga nisbatan erkaklar ko'p kasallanadilar. Dyuring kasalligi bolalarning jinsiy balog'atga etish davrida o'z-o'zidan tuzalib ketishi mumkin.

Kasallik tashxisi quyidagi ma'lumotlar asosida qo'yiladi: uchuqsimon, guruhlangan polimorf toshmalar kuzatilishi, pufak suyuqligida eozinofillarning ko'p miqdorda topilishi, Yadasson sinovining (50% li kaliy yod malhami bilan) musbat natija berishi. Shuningdek 5% li kaliy yod eritmasi ichirilganda kasallik qo'ziydi (yangi toshmalar paydo bo'ladi, qichishish zo'rayadi). Dyuring kasalligida pufakli yaradan farqli o'laroq, Nikolskiy va Asbo-Ganzen simptomlari manfiy natija beradi. Shu bilan birga pufak suyuqligi tarkibida akantolitik hujayralar topilmaydi.

Uchuqsimon dermatozni davolashda DDS (diaminodifenilsulfon) keng qo'llaniladi. Bu dori tabletka holda 0,05-0,1 dan kuniga 2 marta 5-7 kun davomida beriladi. Bir-ikki kunlik tanaffusdan so'ng mazkur davo takrorlanadi. Agar bunday davo kam naf bersa, glyukokortikoidlar berish lozim. Dyuring kasalligiga duchor bo'lgan bolalarni davolashda gammaglobulin yaxshi Samara beradi. Dori 1,5-3 ml dan kunora, jami 4-6 marta yuboriladi.

Vitaminlardan kaltsiy pantotenat, piridoksin, riboflavinlar foyda qiladi. Mahalliy dorilardan ftorokort, flutsinar, lokakorten kabi malhamlar surtiladi. Eroziya o'choqlariga anilin bo'yoqlar (metilin ko'ki, Kastellani suyuqligi) bilan ishlov beriladi.

Bemorlar sinchkovlik bilan o'rganilib, qo'shib keladigan kasalliklarni topish zarur. Aniqlangan kasalliklarga nisbatan davo choralarini o'tkazish davolash samaradorligini oshiradi.

Qizil yuguruk (Erythematosus). Biriktiruvchi to'qima kasalliklari ichida dermatologik jihatdan eng diqqatga sazovori qizil yugurukdir.

Hozirgi paytda qizil yuguruk autoallergik kasallik hisoblanadi. Bemor organizmining o'z oqsillariga nisbatan autoimmunologik komplekslarning hosil bo'lishi, LE-hujayralarning shakllanishi mazkur nazariyaning yaratilishiga sabab bo'ldi.

1949 yilda Xazerik tomonidan «yadroga qarshi omil» deb ataluvchi oqsilning kashf etilishi fanda burilish yasadi. Bu modda sog'lom hujayralarning yadrosiga salbiy ta'sir etib, uni parchalar va hujayradan tashqariga ulotqirib tashlar ekan. Parchalangan yadro bo'laklari boshqa makrofaglar tomonidan hazm qilinib, ikki va ko'p yadroli hujayralarning paydo bo'lishiga sabab bo'lar ekan. Bunday hujayralar LE (Lupus Erythematosus) hujayralari nomini oldi. Tekshiriladigan bemor qonida qizil yuguruk hujayralarining aniqlanishi muhim diagnostik ahamiyatga ega.

Qizil yugurukka chalingan bemorlarda esterogenlar miqdori oshib ketishi ma'lum bo'ldi. Organizmning allergen holati va fotosensibilizatsiya darajasi estrogenlar miqdoriga bog'liq ekan. Kasallikning qizlar va yosh ayollarda ko'p uchrashi sababi xam mana shundan. Ayollar erkaklardak 8 marta ko'p kasallanadilar. Qizil yuguruk rivojlanishida yallig'lanish o'choqlari (tonzillit, gaymorit), antibiotiklar va sulfanilamidlarni tartibsiz va ko'p qabul qilish, turli nurlanishlar muhim ahamiyatga ega. Kasallik shakllanishida irsiy moyillik autosom-dominant turi bo'yicha o'tkazilar ekan. Hozirgacha qizil yugurukning yagona klassifikatsiyasi yo'q. Kasallikning surunkali, tarqalgan va o'tkir turlari tafovut etiladi. Qizil yugurukning chegaralangan (diskoid, surunkali) va tarqalgan (disseminatsiya) turlarida asosan teri

zararlanadi. Terida uchta muhim belgi kuzatiladi: eritema, giperkeratoz, atrofiya. Ko'pincha yuz terisida, boshning sochli qismida, ko'krakda bir yoki bir necha yallig'langan dog'lar (eritema) paydo bo'ladi. Mazkur dog' ikki yonoq sohasida yaqqol ko'rinib, burunning ustida bir-biri bilan tutashadi (kapalak simptomi). So'ngra yallig'langan dog'lar maddalanadi, teridan bo'rtib chiqadi va teri muguz qavati qalinlasha boshlaydi (giperkeratoz). Hosil bo'lgan burdalarning usti qalin, qiyin ko'chib tushadigan qipiqalar va qatqaloqlar bilan qoplanadi. Qipiqalarni ko'chirishga urinish kuchli og'riqqa sabab bo'ladi (Bene-Mesherskiy belgisi). Ko'chirilgan qipiqalar ostida o'tkir uchli tikanli o'smalarni («ayollar poshnasi» belgisi) ko'rish mumkin. Ma'lum davr o'tgach qalin qipiqalar bilan qoplangan dog'lar so'rila boshlaydi. Bunda o'choqlarning o'rtasidagi teri yupqalasha boshlaydi va natijada chandiqli atrofiya shakllanadi. Shuning uchun Yu. K. Skripkin qizil yugurukning surunkali turlarini chandiqli eritematoz deb atashni taklif etgan. Zararlangan o'choqlar terining bir necha sohalarida kuzatilishi tarqalgan qizil yuguruk diagnozini qo'yishga asos bo'ladi.

O'tkir (sistemali) qizil yugurukda kasallik belgilari bir vaqtning o'zida ham teri, xam ichki a'zolarida kuzatiladi. Ba'zi bemorlarning terisida umuman o'zgarishlar topilmasdan kasallikning umumiy belgilari va ichki a'zolarining zararlanishi birinchi o'ringa chiqishi mumkin. Umumiy belgilardan quyidagilar ko'p kuzatiladi: holsizlik, ishtahaning pasayishi, uyqusizlik, shuningdek mushak, suyak va bo'g'imlarda og'riq, isitma va boshqa belgilar. Ichki a'zolaridan buyrak ko'p zararlanadi: siydikda oqsil, tsilindr va eritrotsitlar paydo bo'ladi. Ba'zan qizil yuguruk nefriti uremiyaga olib kelib, o'limga sabab bo'lishi mumkin. Shuningdek yurak (endokardit, miokardit, perikardit), o'pka (bronxopnevmoniya, plevrit) va limfa tugunlari ham ko'p zararlanadi. Qonda anemiya, leykopeniya kuzatiladi. O'tkir qizil yuguruk diagnozini tasdiqlashda LE-hujayralarining topilishi muhim diagnostik ahamiyatga ega. Kasallikning oqibati yomon. O'tkir qizil yugurukdan butunlay tuzalib ketganlar juda kam. Qizil yugurukni davolashda bezgakka qarshi dorilar, glyukokortikoidlar, tsitostatiklar, vitaminlar va kasallik belgilariga qarshi dorilar ishlatiladi. Kasallikning surunkali turlarida delagil, rezoxin, plakvenil ko'p naf beradi. Ular 7-10 kun mobaynida 1 tabletkadan 2-3 mahal berilib, bunday davo kurslari 2-3 marta takrorlanadi. Vitaminlardan nikotin kislota, piridoksinning nafi katta. Qizil yugurukning o'tkir turlarida davoni kortikosteroidlar (ayniqsa prednizolon, kuniga 60-80 mg gacha) siz tasavvur etib bo'lmaydi. Bolalarga prednizolon 5-10 mg, urbazon 4-8 mg, deksametazon 0,5-2 mg dan klinik samaralar olguncha berilib, keyin ularning miqdori kamaytirib boriladi. Gormonlar bilai davo kam natijalar bergudek bo'lsa, tsitostatik (metotreksat, azatioprin) dorilar bilan bir vaqtda beriladi. O'tkir qizil yugurukda streptomitsin va sulfanilamidlar berish ta'qiqlanadi. Qo'shib kelgan kasalliklarni aniqlash va ularni davolash lozim.

Sklerodermiya. Biriktiruvchi to'qima kasalliklari qatoriga kiradi. Sclerodermia so'zi «qattiq teri» degan ma'noni anglatadi. Keyingi yillarda kasallik ko'p sababli (multifaktorial) hisoblanib, uning nasldan-naslga o'tishi turli-tuman genlar yordamida amalga oshiriladi, deb taxmin qilinmoqda. Sklerodermiyaning quyidagi klinik turlari farqlanadi:

- 1) tarqalgan formalari (jumladan sistemali sklerodermiya);
- 2) chegaralangan formalari (jumladan burdasimon sklerodermiya).

Sistemali sklerodermiya ko'pincha turli jarohatlar va kasalliklardan so'ng boshlanadi. Dastlab prodromal belgilar, so'ngra Reyno sindromiga xos belgilar (tomir-larning torayishi, tsianoz, sovqotish, paresteziya) kuzatiladi. Asta-sekin teri qattiqlasha boradi. Barmoq terisining qotishi tana va oyoqlar terisiga o'tadi. Ateroskleroz, sklerodaktiliya, kontrakturalar kabi belgilar shakllanadi. Yuz terisining qattiqlashishi «niqobsimon yuz»ni eslatadi. Shish, qattiqlashish va atrofiyalarning topilishi kasallikni aniqlashga yordam beradi.

Burdasimon sklerodermiya terida qizarib shishgan dog'lar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Dog'larning kattaligi tangadek, qo'lning kaftidek bo'lishi mumkin. Yal-lig'langan dog'lar kattalashgan sari qattiqlasha boradi. So'ngra dog'larning rangi oqarib, oq pushti, fil suyagi rangi va kul rang tus olishi mumkin. Dog'larning atrofiga saqlanib qolgan ko'kimtir-qizg'ish gardish (arg'uvon halqa) chegaralangan sklerodermiya tashxisini qo'yishda diagnostik belgi bo'lib

xizmat qiladi. Oqibat natijada qattiqlashgan teri sohasi yaltiray boshlaydi, sochlar chiqmaydi, burma hosil qilib bo'lmaydi. Sklerodermiya o'choqlarida sezuvchanlik pasayadi, ter va yog' ajralishi to'xtaydi. Xullas, teri atrofiyasi shakllanadi. Uch asosiy belgi: shish, qattiqlashish va atrofiya diagnoz qo'yishda amaliy yordam beradi.

Sklerodermiyaning barcha turlarini davolashda antibiotiklar (ayniqsa penitsillin, davolash kursi 50- 60 mln TB) ishlatiladi. Vitaminlardan A, E, S lar juda naf beradi. Nikotin kislotani maxsus qoida asosida tomirga yuborib davolash usuli muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Gialuronidaza preparatlari (lidaza, ronidaza, shmshasimon tana) sklerodermiyaning chegaralangan turlarida yaxshi natijalar bermoqda. Balchiq va parafin bilan davolash, ultratovush, shuningdek lidaza, gidrokortizon, kaliy yodidlar bilan elektroforez va fonoforez qilish terining qotgan sohaslarini-yumshatishda kutilgan samaralar bermoqda;

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar terining pufakli kasalliklari va kollagenozlarning etiologiyasi va patogenezi haqida tushunchaga ega bo'lishlari, ularning klassifikatsiyasini so'zlab berishlari lozim. Terining pufakli kasalliklaridan po'rsildoq va Dyuring kasalligining klinik belgilarini va ularni bir-biridan ajrata bilishlari lozim. Qizil yuguruk va sklerodermiyaning klinik manzaralari, ularga xos belgilar, jumladan teri toshmalarini ta'riflashlari lozim. Talabalar quyidagilarni o'zlashtirishlari kerak:

- a) pufak suyuqligidan bosma (ko'chirma)-surtma tayyorlash texnikasi;
- b) Nikolskiy va Asbo-Ganzen simptomlarini tekshirish;
- v) Yadasson sinovini o'tkazish;
- g) Bene-Mesherskiy belgisini aniqlash;
- d) malham bog'lam qo'yish texnikasi.

4. Uyga vazifa:

1. Po'rsildoqning klinik turlarini sanab bering va ularni ta'riflang.
2. Nega uchuqsimon dermatози bor bemorlarga 5% li kaliy yod eritmasini ichirish kasallikning qo'zishiga olib keladi?
3. «Qizil yuguruk hujayralari» hosil bo'lish jarayonini tushuntiring.
4. Nega qizil yuguruk qizlar va ayollarda erkaklarga nisbatan ko'p uchraydi.
5. Sklerodermiyaning klinik belgilarini so'zlab bering.

ADABIYOTLAR

Yu. K. Skripkin. Kojnie i venericheskie bolezni. M., 1980. 366-379, 282-296-betlar.

S. T. Pavlov va bonshchalar. Kojnie i venericheskie bolezni. t., 1985. 191-211-betlar.

// *A. Torsuev va boshkalar.* Puzirchatie dermatози. M., 1979 9-113, 152- 195-betlar.

5-Talabalarning o'z ustida ishlash rejasi

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maksadi
1. Pufakli dermatozlar va kollagenozlar bilan davolanayotgan bemorlar bilan ishlash; 2. Bemorlarni guruh bilan muhokama qilish	a)kasallikning qisqacha tarixini o'rganish; b)u yoki bu dermatozlarga xos simptomlarni aniqlash; v)bemorlarga davolash rejasini tuzish; g)muolaja xonasida ishlash dastlabki tashxisni qo'yish uchun kerak bo'lgan ma'lumotlar yig'ish; b)spetsifik dermatologik belgilarni	a) tibbiy hujjat bo'limlarini yozishni o'rganish; b) dermatologik holatni yozish qoidasini o'rganish; v) malhamli bog'lam qo'yishni o'rganish

	birbiriga ko'rsatish; v)kaliy yod malhami bilan qo'yiladigan diagnostik sinovii ko'rsatish.	
--	--	--

14-MAShG'ULOT

1. Mashg'ulot mavzusi. Tibbiy kosmetologiya, umumiy tushunchalar. Oddiy husnbuzar, qizil husnbuzar, pes. Kasallik tarixini himoya qilish. 12. Mavzuning qisqacha mazmuni.

Qadim zamonlardan buyon turli xalqlar va elatlarda kosmetik (pardoz) vositalarga va usullarga katta ahamiyat berib kelingan. Chunonchi, Misrda eramizgacha bo'lgan 2000-yilda tarkibida muskus singari xushbo'y va shifobaxsh moddalar saqlaydigan turli xil moylar kosmetika maqsadlarida ishlatilgan. Ko'hna Assuriyada ayollar o'z badanlariga, erkaklar esa sochlariga turli-tumak xushbo'y moddalar surtishni bilganlar. XVI-XVIII asrlarda yuz terisini xushro'y, muloyim qiladigan va oqartiradigan upa, xina, malham, dorivor giyohlar kabi kosmetik vositalarni ishlatish keng rasm bo'lgan.

Keyinchalik kosmetika pardozlik san'ati bo'libgina qolmay, balki muhim tibbiy yo'nalishlardan biriga aylangan va u teri, sochlar, tirnoqlarni gigienik parvarishlash usullarini ishlab chiqqan. Zamonaviy kosmetika hozir odamda uchraydigan rivojlanish nuqsonlari yoki turmushda orttirilgan kasalliklarni davolash masalalari bilan ham shug'ullanib kelayapti.

So'nggi yillarda aholining madaniy va moddiy saviyasining o'sishi natijasida tibbiy kosmetologiya jadal sur'atlar bilan rivojlanmoqda. Inson salomatligini saqlash deganda uning tana va yuz terisi, sochi va tirnoqlarining ham sog'lom, orasta va chiroyli bo'lishini ta'minlash tushuniladi. Hozirgi vaqtda kosmetika fanining tobora rivojlanib borayotganligi avvalo ana shu maqsadlarni ham ko'zda tutadi.

Kosmetika grekcha «kosmetisa» so'zidan olingan bo'lib, «bezash», «tuzatish» san'ati degan ma'noni anglatadi. Odatda, kosmetik nuqson deganda kishining tashqi ko'rinishini buzib turgan u yoki bu o'zgarishlar tushuniladi. Bu nuqsonlar uning kayfiyatiga, kishilar bilan bo'lgan o'zaro munosabatlariga ta'sir etadi va shu tariqa insonning jamiyat bilan ijtimoiy aloqasini belgilaydi. Shu sababli «tibbiy kosmetika» so'zi «estetik meditsina» deb nomlangan zamonaviy tushuncha bilan uzviy bog'langandir. Ko'pgina olimlar va mutaxassislar bu ikki tushunchaning bir-biridan farqi yo'q deb hisoblaydilar. Zero, tibbiy kosmetikani kishining tashqi ko'rinishini bezash, ya'ni kosmetik nuqsonlarini davolash bilan shug'ullanadigan fan deyish to'g'ri bo'ladi. Demak, kosmetologiya inson go'zalligi to'g'risida g'amxo'rlik qiladigan fandir.

Kosmetik nuqsonlarni bartaraf qiladigan usullar va preparatlarni ishlab chiqarish va tayyorlashda tibbiy talablar bilan bir qatorda davr va rasm-rusum talablarini ham hisobga olish lozim. Aksariyat hollarda kishi o'zi yashab turgan davr va muhitdagi rasm-rusumlar va odatlarga bo'ysunadi. Holbuki shunday ekan, u go'zallik yoki go'zallik nuqsoni tushunchalarini va boshqa estetik hissiyotlarni o'zi yashab turgan ana shu davr ma-daniyatiga mos keladigan holda tasavvur etadi. Go'zallik baxsh etuvchi kosmetik vositalar ham ana shu tasavvurdagi go'zallikni ta'minlan olishi lozim. Tuzatuvchi usullar esa mana shu davrda nuqson hisoblangan o'zgarishlarni yo'qotishga qaratilishi lozim.

Hozirgi kunda sodir bo'layotgan ilmiy-texnika taraqqiyoti, jumladan kimyo sanoatining rivojlanishi kosmetologik preparatlarga bo'lgan talabni o'zgartirmoqda. Avvallari «go'zallik qurbonsiz bo'lmaydi» deyishar edi. Endi esa ishlab chiqarilayotgan kosmetik preparatlar go'zallik baxsh etishi bilan birga ular odam organizmiga, ayniqsa teriga zarar etkazmaydigan bo'lishi lozim. Kosmetik moddalarni qo'llash natijasida kuzatilayotgan turli-tuman kasalliklar, allergik toshmalar va noxush sezgilar mazkur talabning shakllanishiga sabab bo'ldi. «Kosmetika» so'zi ham «tibbiy kosmetika» nomi bilan almashtirildi va A. Voina taklifiga binoan alohida fan sifatida tan olindi.

Kosmetologiya fani o'z navbatida turli tarmoqlarga (davolovchi kosmetika, jarrohlik kosmetikasi, go'zallik kosmetikasi, quyosh kosmetikasi, bolalar kosmetikasi, erkaklar

kosmetikasi) bo'lindi. Kosmetika sanoati tobora rivojlanib borayapti. Biroq kimyoviy yo'l bilan sintez qilinayotgan kosmetik moddalarga nisbatan talab anchagina kamaydi. Shifobaxsh o'simliklardan olinayotgan tabiiy bioaktiv moddalarga boy parдоз vositalariga talab kuchaydi. Qisqasi, fitokosmetika jadal sur'atlar bilan rivojlanib kelayapti.

Tibbiy kosmetikada keng qo'llaniladigan kosmetologik preparatlar quyidagilardir:

1. A vitaminli krem (vitamin A-sgem) keratinotsit hujayralar proliferatsiyasini kuchaytiradi, kamedonlarning bitishini tezlashtiradi. Husnbuzarning barcha turlarida qo'llaniladi va terisi quruq kishilarga ham tavsiya etiladi.
2. Panoksil 5% va 10% - antibakterial ta'sir etadi, teri sathida joylashgan lipidlar tarkibidagi erkin yog' kislotalarining miqdorini kamaytiradi va shu sababli teridagi yallig'lanish jarayonining oldini oladi, yangi toshmalar paydo bo'lishini to'xtatadi.
3. Selsum (2,5% li suspenziya) - seboreyaning barcha turlarida qo'llaniladi. Qazg'oqni sezilarli darajada kamaytiradi.
4. Sulsen pastasi (pastae Sulseni) - yog'li seboreyalarda, qo''busda qo'llaniladi. Ayniqsa boshning sochli qismi zararlanganda ko'proq naf beradi, qichishishni kamaytiradi.
5. Seboren (shampun) - yog'li va quruq seboreyalarda, shuningdek tangachasimon temiratkini mahalliy davolashda qo'llaniladi.
6. Sulsen sovuni - seboreyalarda qazg'oqni yo'qotish maqsadida va qichishishni kamaytirish uchun qo'llaniladi.
7. «Lada» kremi (Lada-sgem) - tarkibida estradiol, oltingugurt, vitaminlardan A va E, shuningdek geksaxlorofenlar bor. Suv va yog' aralashirilgan emulsiya ko'rinishida tayyorlangan. Oddiy husnbuzarning tugunchali va yiringchali turlarida, qizil husnbuzarning barcha turlarida, jumladan rinofimada ham qo'llaniladi.
8. Sulfakol 2% - kukun, oddiy husnbuzarning barcha turlarida upa sifatida ishlatiladi.
9. «Alantoin» losoni - tarkibida allantoin bor. Allantoin tabiiy bioaktiv modda bo'lib, shifobaxsh o'simlikning suvli ekstraktidir. Yog'li seboreyalarda va terini taranglashtirish maqsadida qo'llaniladi.
10. «Aroma» - yuz terisi uchun suv - tarkibida tabiiy organik kislotalar bor. Yuz terisini tozalash, tiniqlashtirish maqsadida yog'li seboreyalarda qo'llaniladi.
11. «Penofiks» -- shampun, seboreyaning barcha turlarida qo'llaniladi, yaxshi ko'piklanadi. Terini, undagi yog'li qalpoqlardan obdon tozalaydi.
12. «Perla» shampuni- tarkibida oltingugurt va vitamin G' bor. Qazg'oqqa qarshi qo'llaniladi, sochning tabiiy ko'rinishini saqlaydi.
13. «Kameliya» shampuni - yog'li seboreyalarda boshning sochli qismini yog'sizlantirish maqsadida qo'llaniladi.
14. Tuxumli shampun - tarkibida tuxum sarig'i bor. Soch o'sishini tezlashtiradi, qazg'oq hosil bo'lish jarayonini sekinlashtiradi. Sochi to'kilayotgan yoshlarda to'kilishni to'xtatadi, ma'lum darajada soch chiqishini ta'minlaydi.
15. «Alantoin» shampuni - alantoinga boy o'simliklar ekstraktidan tayyorlanib, sochning yog'lanish darajasini normallashtiradi.
16. «Miraj» shampuni - tarkibida aminokislotalar yig'indisi va vitamin G' bor. Tana terisi va sochni yuvishda qo'llaniladi. Seboreyaning barcha ko'rinishlarini davolashga mo'ljallangan.
17. Indometatsin malhami (ung. indometacini) 2% - tarkibida paraaminobenzoat kislota va xlorokindifosfat bor. Ushbu malham yog' ko'rinishidagi suvdagi emulsiyadir, terini quyosh nurlarining salbiy ta'sirlaridan saqlaydi. Quyoshda toblanayotganda va quyoshli kunlarda ochiq havoda sayr qilganda qo'llaniladi.
18. «Aplikort G'» losoni - tarkibida prednizolon, estradiol, oltingugurt va boshqa bioaktiv moddalar bor. Androgen soch to'kilishida boshqa surtish uchun mo'ljallangan.
19. «Aloresizan» - tarkibida salitsilat kislota, aminokislotalar yig'indisi, tokoferol, trietanolamin, izopropanol va hokazolar bor. Androgen va seboreyali soch to'kilishida soch chiqishini ta'minlaydi.
20. «Pit» - tarkibi efir yog'larining kompleksidan iborat tabiiy preparat. Androgen soch to'kilishi

va sababi aniqlanmagan soch to'kilishining barcha turlarida teriga surtish uchun mo'ljallangan.

21. «Biolaktin» - tarkibida vitamin G', xolesterin, letsitin kabi biologik moddalar bor. Sochlarni yog'li hammom qilishda qo'llaniladi.
22. «Stimulin» - tarkibida vitamin V2, paraaminobenzoat kislota va tirnoqlar tarkibiga kiruvchi tiaminlar saqlaydi. Tirnoqlar distrofiyasida va quruq sochlarga surtish uchun chiqarilgan.
23. «Tonik» losoni - antibakterial ta'sirga ega, shifobaxsh o'simliklardan tayyorlangan tabiiy preparat. Seboreyalarda va oddiy husnbuzarlarda qo'llaniladi.
24. «Siren» kremi- tarkibi odam sochlarini gidroliz qilish yo'li bilan olingan 16 turdagi aminokislotalardan iborat. Soch o'sishini tezlashtiradi, quruq va mo'rt sochlar elastikligini ta'minlaydi.
25. «Axromin» - krem, tarkibida quyoshdan saqlovchi modda va askorbinat kislota bilan boyitilgan gidroxinon bor. Giperxromiyalarning barcha turlarida (birlamchi va ikkilamchi) dog'larni yo'qotish maqsadida va terining zararlangan sohalarini oqartirishda qo'llaniladi.
26. «Erato» - quruq terilarga kunduzi surtiladigan krem. Tarkibi tabiiy yog'larga va vitaminlarga boy, teri elastikligini tiklaydi, to'qimalarning tiklanish jarayonlarini tezlashtiradi. Turli kasalliklarni mahalliy davolash natijasida hosil bo'lgan ikkilamchi pigmentli dog'larni yo'qotish muddatini tezlashtiradi.
27. «Melan», «Vesenniy», «Molochay», «Chistotel», «Luch», «Shit», «Ot zagara» - fotodermatozlar, fotodermatit, qizil yuguruk va boshqa quyosh nurlari salbiy ta'sir etadigan kasalliklarda davodan so'ng profilaktik maqsadlarda qo'llaniladigan kremlar.
28. Indometatsin - quyoshdan saqlovchi krem, indometatsin malhami kabi xususiyatlarga ega.
29. «Dianabol» - tarkibida vitamin G', estrogen va kaltsiy pantotenat saqlaydigan krem. Teri atrofiyasida va ajinlarni yo'qotishda qo'llaniladi.
30. «Vitamin» kremi - vitamin G' ga boy, ta'sirlanish belgilarini yo'qotadigan va bitish jarayonini tezlashtiradigan krem.
- 31- «Royal» krem-jelesi - ko'pincha terisi quruq kishilarga mo'ljallangan. Ayniqsa ko'z atrofidagi ajinlarni kamaytiradi, yog' bezlarining faoliyatiga ijobiy ta'sir etadi.
32. Krem «Lada» - tarkibida teri namligini saqlaydigan modda bor. Qari va terisini ajin bosgan kishilarga ko'proq tavsiya etiladi. Organizmni suvsizlanishga olib keladigan kasalliklardan endigina tuzalgan shaxslarga ham tavsiya etiladi.
33. «Vita» kremi - tarkibida A va E vitaminlar bor, terining barcha turlarida qo'llash mumkin. Teriga namlik va elastiklik beradi.

Quyida biz tibbiy kosmetikada keng qo'llaniladigan dorivor moddalar retsepturasidan namunalar keltiramiz:

1. Rp.: Sulf. coll. fluidi 10,0
Vit. B complex 5,0
Aq. dest. 583 ml.
Mentholi 0,1
Comphorae 0,5
Sp. vini 96° 417 ml.
M.D.S. Yog'li yuz terisiga qo'llaniladigan loson

2. Rp.: Sulf. coll. fluidi 10,0
Calc. D Pantothenat 1,0
Inasapt 1,0
Aq. destill. 583 ml.
Vit. H 1,0
Sp. vini 96° 417 ml.
M.D.S. Yog'li yuz terisiga qo'llaniladigan loson

Bu ikki retsept oddiy husnbuzarda, uning seboreya rivojlangan turlarida ham qo'llaniladi. Terining holatiga qarab u yoki bu turini ishlatish lozim.

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

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

D. S.

5. Rp.: Hexochloropheni 0,25

Zinci oxydati

Ol. Helianthi

Ol. Lini

Aq. Calcis

Lanolini aa 10,0

M. D. S.

Ushbu dori moddalari qizil husnbuzarda, jumladan og'iz atrofida rivojlangan dermatit va rinofima ko'rinishida o'tadigan turlarida ham yaxshi samaralar beradi. Signaturadan so'ng maxalliy qo'llaniladi., deb ko'rsatilishi shart.

Quyidagi koldkremlar qizil husnbuzarning odatdagi kechadigan turlarida sezilarli foyda beradi:

6. Rp.: Acidi borici 1,0

Naphthalani 1,5

Lanolini 10,0

Ol. Persicorum

Aq. destill. aa 10 ml.

M. D. S.

7- Rp.: Amyli Triticici

Zinci oxydati aa 2,5

Aq. destill.

Ol. Persicorum aa 7,5 ml.

Lanolini 10,0

M. D. S.

“Yam” malhami terini kuchli qitiqlash xususiyatiga ega bo'lib, surtilganda qisqa muddat ichida o'tkir yallig'lanish belgilarini yuzaga keltirishi mumkin. Shuning uchun malham dastlab 15 daqiqaga surtiladi, so'ngra o'simlik yog'i yordamida artib tashlanadi va o'rniga koldkrem surtiladi. Agar koldkrem surtilgandan so'ng 5 daqiqa ichida terining achishi to'xtasa, ertasiga malham 30 daqiqaga qoldiriladi. Ana shu tariqa malhamni surtish muddati bir necha soatgacha oshirib boriladi. Davo oxirida teri tomirlari “uqalanadi” (sovuq va issiq suv bilan yoki muz va efir bilan).

8. Rp.: Acidi Salicylici 5,0

Sulfur, pp. 10,0

Ol. Terebinthinae red. 2 ml.

Picis Iiquidae Betulae

Lysoli aa 5 ml.

Novocaini 1,0

Zinci oxydati 10,0

Lanolini 25,0

Vaselini 35,0

Ol. Lavandulae 2 ml.

M- f. ung.

D.S. “Yam” malhami, teriga surtish uchun

9. Rp.: Diaethylstilbaestrolis oleosae 0,5% 5 ml

Aetheris medicinalis

Spiritus aethylici 70° aa 50 ml

M.D.S. Tepiga cyptish uchun.

10. Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0,1% 5 ml.

Acidi Salicylici 2,0

Sulfuris praecipitati 10,0

Glycerini

Aetheris medicinalis

Spiritus aethylici 70° aa 50 ml

D.S. Chayqatiladigan eritma, surtish uchun

11. Rp.: Methandrostenoloni 0,3
Lanolini 10,0
Ol. Persicorum
Aq- destill. aa 10 ml.

M.D.S. Seboreyali soch to'kilishida

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

13. Rp.: Ol. Ricini _
Sulfur pp. aa 10,0
Aethanoli dil. 40% 200,0
M D. S.

Bu ikkala retsept seboreyaning turli ko'rinishlarida, jumladan seboreyali gushda ham kutilgan natijalarni beradi.

Androgen soch to'kilishida esa pilifortin preparatini qo'llash asqotadi. Quyidagi pilifortin eritmasi va emulsiyasining tarkibi bilan tanishtiramiz:

14. Rp.: Oestradioli 0,01
Hydrocortisoni 0,125
Panthenoli 5,0
Vit. B₆ amp. IV
Hexochloropheni 0,5
Sulf. coll. liq. 3,0

M.D.S. Teriga surtiladigan eritma

15. Rp.: Oestradioli 0,01
Hydrocortisoni 0,125
Panthenoli 5,0
Vit. B₆ amp. IV
Hexochloropheni 0,5
Sulfur, coll. lig. 3,0

M.D.S. Teriga surtiladigan eritma

16. Rp.: Cystini 0,5
Pyridoxini 0,1
Calcii panthotenati 0,15

M.D.S. Androgen soch to'kilishida 1 drajedan kuniga 3 mahal ichiladi.

Disxromiyalarda ko'pincha quyidagi dori moddalari mahalliy qo'llaniladi:

17. Rp.: Hydrochinoni 5,0
Vitamini A
Dexamethasoni aa 0,1
Doritin ad 100,0
M.D.S Giperxromiyalarda terini oqartirish uchun

18. Rp.: Hydrocortisoni 1,0
Dexamethasoni 0,1
Aiol Creme 50,0
M.D.S. Pigmentli dog'larni yo'qotish uchun

19. Rp.: Ol. Bergamottae 25,0
Sp. vini 70° 75,0

M.D.S Axromiyalarda teriga rang berish uchun maxalliy qo'llaniladi

Fotodermatozlarda quyosh nurlarining ta'sirini o'ziga singdirib, terini ultrabinafsha nurlardan saqlash xususiyatiga ega bo'lgan retsepturalardan namunalari:

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

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

22. Rp.: Acidi paraaminobenzoici 10,0
Aethanoli
Aq. destill. aa ad 100,0
M. D. S.

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

M. D. S.

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

M. D. S

Oxirgi koldkrem quyosh nurlaridan saqlovchi vosita sifatida va fotodermatozlarda yallig'lanish belgilarini yo'qotish uchun qo'llaniladi

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

Kosmetologik nuqsoplar ichida eng ko'p uchraydiganlari oddiy va qizil husnbuzar, shuningdek pes (vitiligo) hisoblanadi.

Oddiy husnbuzar (Asne vulgaris). Kasallik jinsiy balog'atga etish davrida shakllanadi (ko'pincha 12 - 13 yoshlarda). Bu davrda estrogen va androgen moddalar o'r-tasidagi miqdoriy muvozanat (balans) buziladi. Aniqrog'i, androgenlar miqdori oshib ketadi. Bu esa yog' bezlarining ko'p miqdorda ajralib chiqishiga olib keladi. Oddiy husnbuzarning asosiy qo'zg'atuvchilari patogen stafilokokklar va husnbuzar korinebakteriyalari (Sogunebacterium asne) dir. Mazkur mikroorganizmlar lipaza fermentini ishlab chiqarib, teri yog'i tarkibiga kiruvchi triglitseridlarni erkin yog' kislotalarigacha parchalaydi. Hosil bo'lgan erkin yog' kislotalari terida o'tkir yallig'lanish jarayoni rivojlanishiga olib keladi. Haddan tashqari ajralib chiqayotgan va kimyoviy tarkibi o'zgargan teri yog'i yallig'lanish jarayonining yanada chuqurlashishiga sababchi bo'ladi. Oddiy husnbuzar rivojlanishida quyidagi patogenetik omillarning roli katta: oshqozon-ichak yo'li faoliyatining buzilishi, gipovitaminozlar, modda almashinuvining o'zgarishi, ovqatlanishdagi nuqsoplar va irsiy omillarning ta'siri. Kasallikning klinik manzarasi yuz terisida, ko'krakning yuqori qismida va elka sohasida tuguncha va yiringchalar paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Dastlab paydo bo'ladigan tugunchalar tezda sarg'ish yoki oqimtir yiringchalarga aylanadi. So'ngra toshmalar maddalanib chuqurlashadi, oqibatda sezilarli chandiqlanadi. Oddiy husnbuzarni zaxm pustularidan va tugunchali teri silidan farq qilish lozim. Zaxm yiringchalarida o'tkir yallig'lanish kuzatilmaydi va serologik reaksiyalar musbat natijalar beradi. Teri silida esa

seboreya holati kuzatilmaydi, toshmalarning o'rtasi o'yilib quruq nekroz kuzatiladi. Hosil bo'lgan chandiqlar ham juda yupqa bo'lib tamaki qog'ozini eslatadi.

Oddiy husnbuzarni davolashda antibiotiklar (tetratsiklin, oletetrin, eritromitsin) ko'p qo'llaniladi. Nospetsifik immunologik davolash (stafilokatoksin, sta-filoantifagin, streptovaksina, pirogenal va boshqalar) yaxshi samara beradi. Bunday davolash shifobaxsh vitaminlar A, E, V₂, V₆ bilan birga buyuriladi. Oddiy husnbuzarni davolayotganda sababchi patogenetik omillarni aniqlash va ularni bartaraf etish davolash samaradorligini oshiradi.

Mahalliy davolash ko'pincha spirtli eritmalar (oltingugurt, rezortsin, salitsilat kislotasi, levomitsetin) yordamida o'tkaziladi. O'smirlarga 0,15-0,2% follikulin yoki sinestrolning spirtli eritmasi, shuningdek ulardan tayyorlangan malhamlar naf beradi. Shuningdek krioterapiya (muzlatish yo'li bilan davolash), vitaminli malhamlarni yuzga chaplash, meva va sabzavotlardan iborat parhez buyurishning foydasi katta.

Qizil husnbuzar (Asne gosasea). Keyingi yillarda mazkur dermatoz qon tomirlarining naslga aloqador nevrozi deb tushuntirilmoqda. Ko'pincha yoshi 40-50 dan oshgan ayollarda kuzatiladi. Qizil husnbuzarning rivojlanishiga klimaks davri, dismenoreya va homiladorlikka qarshi gormonal preparatlarning qo'llanishi sabab bo'lmoqda. Oshqozon-ichak kasalliklari (gastrit, kolit), qabziyat, gipovitaminoz hodisalari muhim patogenetik rol o'ynaydi. Sovuq ochiq havoda yoki juda issiq, tsexlarda ishlash ko'pgina bemorlarda qizil husnbuzarning rivojlanishini tezlashtiradi. Ko'pgina bemorlarda qizil husnbuzarning rivojlanishiga yog' kanalari (Demodex folliculorum) sababchi bo'ladi. Bu yog' kanalari chuvalchangsimon shaklga ega bo'lib, yog' bezlarida saprofit holida yashaydi (yog' kanasi nomi ana o'shandan olingan). Ular terida kuzatiladigan yiringchalar tarkibida osongina topiladi (mikroskop ostida).

Kasallikning dastlabki belgisi burun terisining qizarishidir. Dastlab burunning uchi yog'lanib qizaradi, so'ngra yonoq terisi va peshonaning o'rta qismi qizaradi (gosasea). Ayniqsa issiq ovqat iste'mol qilinganda, bug' ko'tarilib turgan choy yoki kofe ichilganda, shuningdek tandirda non yopilganda va o'choqqa olov yoqilganda yuzning qizarishi kuchayadi (eritroz). Oqibatda yuz terisida doimiy eritema paydo bo'ladi, teri kapillyarlari kengayadi (teleangiektaziya). Qizargan teri sohasida tugunchalar, yiringchalar paydo bo'ladi. Husnbuzar mana shu yo'sinda shakllanadi. Ba'zan kasallik ko'zga o'tishi mumkin, bunda kon'yunktivit va keratit paydo bo'ladi. Kasallik surunkali davom etadi. Ayrim bemorlarda burun sohasidagi ko'k qon tomirlar kengayib, qon to'planishi natijasida yog' bezlari va teri osti yog' qavati gipertrofiyaga uchraydi. Shu sababli burun terisi qalinlashadi, yuzasi o'smasimon shaklni olib, sathi g'adir-budur bo'lib qoladi. Teri rangi ko'karib teleangiektaziya zo'rayadi, yog' bezlarining chiqaruv teshiklari kattalashib ochilib qoladi. Bu manzara rinofima deb ataladi. Rinofima qizil husnbuzarning gipertrofik turi deb tushuntiriladi.

Qizil husnbuzarni davolashda dermatoz shakllanishiga olib kelgan barcha omillar hisobga olinishi lozim. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarini davolash, jumladan qabziyatni yo'qotish, engil hazm bo'ladigan parhez buyurish, shuningdek qaynoq va o'tkir taomlar iste'mol etishni man etish davolash garovi hisoblanadi. Antibiotiklardan tetratsiklin, metitsillin, tseporin, oleandomitsinlarning nafi ko'proq tegadi. Silga qarshi dorilardan ftivazid yaxshi samara beradi.

Mahalliy davolash teridagi yallig'lanish belgilarining tabiatiga bog'liq. Teri qizarib, tugun va yiringlar ko'paygan davrda tarkibida antibiotiklar bo'lgan steroid malhamlar (lorinden S, gioksizon), so'ngra shaftoli moyi, rux va naftalanlardan iborat malhamlar surtish maqsadga muvofiqdir. Yallig'lanish belgilari kamaygach ixtiol yoki oltingugurtli surtma dorilar buyuriladi. Davolashning oxirgi bosqichida, ayniqsa yog' kanalari topilgan hollarda teriga Demyanovich usuli bilan ishlov beriladi. Bunda kanalarning qirilib ketishi ta'minlanadi. «YaM» malhami ham ana shunday xususiyatga ega. Ba'zan kaliy yod eritmasi bilan elektroforez qilishga ham to'g'ri keladi. Rinofimani davolashda muzlatish usuli (kriodestruktsiya), elektr toki yordamida kuydirish usuli (diatermokoagulyatsiya) yaxshi foyda beradi. Agar mazkur usullarning nafi tegmasa, o'sgan to'qimalar jarrohlik yo'li bilan qirg'iqiladi.

Pes (Vitiligo). Amaliy kosmetologiyada oddiy va qizil husnbuzarlar faqatgina go'zallik nuqsoni deb qaralsa, pes ijtimoiy nuqson hisoblanadi. Buning sababi pes kasalligi oilaviy ko'ngilsizliklarga, nikohlarning buzilib ketishiga olib kelmoqda.

Kasallikning sababi aniqlangan emas. Taklif qilingan bir qancha nazariyalar (neyroendokrin, mikroelementlar va vitaminlarning etishmasligi, hazm a'zolarining buzilishi, melanogenezda qatnashadigan fermentlar faolligining susayishi va genetik nazariyalar) kasallikning tub mohiyatini tushuntirib bera olmaydi. Pes terining biror sohasida melanin pigmentining bo'lmasligi bilan ta'riflanadi. Kasallik ko'pincha bolalik va o'smirlilik davrida boshlanadi, surunkali kechadi, yillab, ba'zan umrbod davom etadi.

Bunda terining ma'lum sohalarida oq dog'lar (depigmentatsiya) paydo bo'ladi. Dog'lar yallig'lanmaydigan dog'lar qatoriga kirib, ularning soni bitta ikkita yoki tarqalgan, ba'zan terining hamma sohalarini egallaydi. Dog'larning shakli ham turli-tuman: aylana, ovalsimoi shaklda, ba'zan ma'lum shaklga ega bo'lmasligi mumkin. Hajmi no'xatdek, bir so'mlik tangadek, ba'zan juda katta bo'ladi. Kichik dog'lar asta-sekin bir-biri bilan qo'shilib pilakchalar hosil bo'ladi. Pes dog'lar terining barcha sohalarida kuzatiladi. Dastlab qo'l va oyoqlarda, tananing boshqa ochiq joylarida paydo bo'ladi. Depigmentatsiyaga uchragan teri sohalarida joylashgan sochlar saqlanib qoladi, ammo ular ham o'z rangini yo'qotadi. Vitiligo dog'larining ultrabinafsha nurlarga nisbatan sezuvchanligi oshgan bo'ladi, shu tufayli ochiq dog'lar sohasidagi teri qizargan va hatto shishgan bo'lishi mumkin. Dog'lar odatda bezovta qilmaydi, ba'zi bemorlarda dog'lar paydo bo'lish davrida va bahor faslida qichishish yoki achishish kabi noxush sezgilar paydo bo'lishi mumkin.

Pesni kepaksimon temiratki, zaxm leykodermasi va moxovdan farqlash lozim. Kepaksimon temiratki dog'lari ham yallig'lanmagan bo'ladi. Ammo ular faqat tananing yuqori qismida (ko'krak, bo'yin, elka, orqa, kurak sohaları) kuzatilib, dog'larning usti kepaksimon va unsimon qipiqalar bilan qoplangan bo'ladi. Baltser sinovi pesda manfiy natija beradi. Zaxm leykodermasi, ya'ni yallig'lanmaydigan dog'lar faqat ko'krak, bo'yin sohasida kuzatilib, teri butunlay oqarib ketmaydi. Zaxmda ko'pincha gipopigmentatsiya kuzatiladi. Shuningdek zaxmga xos boshqa belgilar ham kuzatilib, pesdan ajratishga yordam beradi. Pesda KSR larning javobi manfiy. Moxovda kuzatiladigan dog'lar sohasida teri sezuvchanligi yo'qolgan bo'ladi, bemorlar issiq-sovuqni, og'riqni va boshqa noxush sezgilarni sezmaydilar. Zararlangan teri sohalarida atrofiya ham kuzatiladi. Lepromin sinovi va lepromalarning paydo bo'lishi dog'larning pesga aloqador emasligini aniqlashga yordam beradi.

Kasallikni davolashda pes jarayonining aktivligini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Pesga chalingan bemorlar terisidagi jarayon 3 darajaga bo'linadi:

1-daraja: kam sonli pes o'choqlari oppoq, chegaralari aniq, sog'lom teridan yaqqol ajralib turadi. Depigmentatsiya dog'larining atrofidagi teri o'zgarmagan yoki bir oz qizargan. Bemorning anamnezida yangi dog'larning so'nggi 2-3 oy ichida paydo bo'lganligi yoki eski dog'larning kattalashayotganligi to'g'risida ma'lumotlar yo'q.

2-daraja: sutdek oq dog'lar bilan bir qatorda gipopigmentatsiyali dog'lar ham kuzatilib, bu dog'larning chegaralari noaniq, sog'lom teri bilan sezilar-sezilmas qo'shilib ketgan. Kasallik o'choqlari terining turli sohalarida turlicha, ya'ni bir sohada depigmentatsiya o'choqlarining paydo bo'lishi kuzatilsa, boshqa sohada dog'larning kichrayayotganligi kuzatiladi. Terining mexanik ta'sirotlarga duchor bo'lgan sohalarida yangi dog'lar paydo bo'ladi. Zararlangan sohalarda soch tolalari oqaradi.

3-daraja: pes o'choqlari terining bir necha sohalarini egallagan, ular de- va gipopigmentatsiyali dog'lardan iborat. Dog'lar bir-biri bilan qo'shilishga moyil, turli shakllarga kirgan dog'lar atrofidagi sog'lom teri turlicha ko'rinishga ega, jumladan pesning ko'rinishi uch rangda kuzatilishi ham mumkin. Ya'ni depigmentatsiyali dog' gipopigmentatsiyali hoshiya bilan, gipopigmentli dog' esa giperpigmentli hoshiya bilan o'raladi. Ko'pchilik bemorlar dog'lar sohasidagi qichishish, sanchish, achishish va og'riq kabi noxush sezgilardan shikoyat qiladilar.

Pesga uchragan bemorlarni kompleks usullar bilan davolash yaxshi samaralar beradi. Qo'llaniladigan usullarni quyidagicha guruhlash maqsadga muvofiqdir:

1. Furokumarin dorilar bilan davolash. Mazkur guruhga kiruvchi beroksan, psoboran, psoralen, ammifurin kabi dorilar maxsus qoidalarga binoan ichishga va dog'larga surtish uchun beriladi. Fotosensibilizatsiyalovchi xususiyati bo'lgan ushbu dori moddalarining tabletkalari ultrabinafsha nurlari (UBN) bilan nurlashdan ikki soat oldin ichiriladi. Dorini iste'mol etishdan 30 daqiqa oldin bemorga almagel ichish tavsiya etiladi. Bu tadbir furokumarin preparatlarining oshqozon shil-liq qavatini ta'sirlantirish kabi noxush asoratining oldini oladi.

UBN bilan nurlash bolalarda kun ora o'tkaziladi, odatda davo kursi mobaynida 60 marta nurlatiladi.

Nurlatishning dastlabki bosqichlarida 1-4 bidoza berilib, nur miqdori asta-sekin oshirib boriladi va nihoyat uni 6-8 bidozagacha etkazish mumkin. Fotosen-sibilizatorlarni qo'llaganda oshqozon kislotaligini hisobga olish lozim. Bu dorilarni anatsid holatlarda, yosh bolalarda esa anatsid va gipoatsid holatlarda berish tavsiya etilmaydi. Shuningdek 3 yoshgacha bo'lgan bemorlarga furokumarin dorilari qo'llanilmaydi. Keyingi yillarda meladinin, melagenin kabi fotosensibilizatsiyalovchi dorilar ham samarali qo'llanilmoqda.

Furokumarin preparatdani bilan davolanayotganda pes jarayoni aktivligini hisobga olish lozim. Kasallikning birinchi darajali aktivligi bo'lgan bemorlarga mazkur dorilar ichish va surtish uchun beriladi. Ikkinchi darajali aktivligi aniqlangan bemorlarga esa fotosensibilizatorlar faqat ichish uchun Berilishi lozim. Pes jarayoni uchinchi darajada bo'lgan bemorlarga furokumarinlar qo'llash turli asoratlarga olib keladi. Shu tufayli mazkur dorilar bilan davolash maqsadga muvofiq emas.

2. Vitaminlar bilan davolash. Ma'lumki, melanotsitlar va melanosomalar aktivligi organizmdagi qator vitaminlarning miqdoriga bog'liq. Masalan, V guruhiga mansub vitaminlarning etishmasligi melanogenezni susaytiradi. Bundan tashqari, RR va S kabi vitaminlar oziq-ovqat moddalarining hazm qilinishini yaxshilaydi, oksidlanish jarayonlari normallasishiga yordam beradi. Shu tariqa zararlangan teri sohalarini kerakli bioaktiv moddalar bilan ta'minlaydi. Vitaminlardan piridoksin gidroxlorid, piridoksal fosfat, askorbin kislota va vitamin RR yaxshi samaralar beradi. Ushbu vitaminlarning u yoki bu turlari tanlanayotganda organizmning umumiy ahvoli, qo'shilib keladigan kasalliklar va bemorning shu vitaminlarga ehtiyoji hisobga olinadi.

Mikroelementlar bilan davolash. Teri po'stining melanin pigmenti bilan ta'minlanishida mikroelementlarning roli benihoya katta. Melanogenezda temir, rux va mis bevosita ishtirok etadi. Shu sababli bu noorganik moddalarning dorivor preparatlari (ferropleks, ferrogradumet, ferramid, mis sulfat, rux oksidi kabi moddalar) kutilgan natijalar berayapti. Shuningdek kupir, piratsin preparatlari sinovdan o'tkazilyapti. Hozirgi kunda tarkibida vitaminlar va mikroelementlar bo'lgan taksofit, minolad kabi dorilar ham muvaffaqiyatli qo'llanilyapti.

4. Ovqat hazm qilish jarayonini yaxshilaydigan moddalar bilan davolash. Bu turdagi dorilarga pepsidil, atsidin-pepsin, tabiiy oshqozon shirasi, pankreatin, mezim-forte, panzinorm, karsil, essentsiale kabi moddalar kiradi. Keyingi yillarda ferment preparatlari barcha o'lka va respublikalar shifoxonalarida muvaffaqiyatli qo'llanilmokda. Ayniqsa furokumarin preparatlarini qo'llash mumkin bo'lmagan bemorlarda (doriga nisbatan sezuvchanlikning oshishi, anatsid va gipoatsid holatlar, shuningdek pes dog'larining yallig'lanish belgilari va noxush sezgilar bilan kechishi) ferment preparatlari davolashning asosiy vositasi vazifasini o'tamoqda. Jigar, oshqozon-ichak kasalliklari bilan kechayotgan pes jarayonini davolashda ferment preparatlarining samaradorligi benihoya kattadir. Mazkur dorilar ham boshqa turdagi preparatlar singari bemorning yoshi, ichki a'zolarining holati va pes o'choqlarining aktivlik darajasini hisobga olgan holda beriladi.

Davolash kompleksiga gijjaga qarshi dorilarni (dekaris, kombatrin, vermoks) qo'shish, shuningdek biologik stimulyatorlarni (aloe, torfot, pirogenal) qo'llash depigmentatsiya dog'larining yo'qolishiga yoki kichrayishiga olib keladi. Pesni igna bilan davolashga urinib ko'rishmoqda. Kortikosteroidlar bilan davolash, jumladan pes dog'lari atrofiga gidrokortizon yuborish usuli o'zini oqlamadi.

Pes dog'lari davolashda choralarisiz o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ammo bunday hollar juda kam uchraydi.

3. Mashg'ulotning maqsadi.

Talabalar kosmetologiya fani, uning asosiy yo'nalishlari to'g'risida tushunchaga ega bo'lishlari lozim. Oddiy va qizil husnbuzarning kelib chiqish sabablari, ularning rivojlanishida muhim ahamiyati bo'lgan omillarni bilishlari lozim. Husnbuzarlar va pesning asosiy klinik belgilarini, mazkur dermatozlarda kuzatiladigan toshmalarni ta'riflab berishlari va ularga o'xshash kasalliklardan ajrata bilishlari lozim. Shuningdek husnbuzarlarni umumiy va mahalliy davolashni so'zlab berishlari kerak. Pes kasalligini davolashda qo'llaniladigan dori moddalarini ta'riflash bilan birga, davolash qoidalarini hikoya qilib berishlari lozim. Shuningdek talabalar quyidagilarni o'zlashtirishlari kerak:

- oddiy va qizil husnbuzarga dastlabki tashxis qo'yish uchun kerak bo'lgan ma'lumotlar;
- husnbuzarlarni bosqichma-bosqich mahalliy davolash;
- pesni differentsial diagnostika qilish;
- vitiligoni davolash printsiplari.

4. Uyga vazifa:

- 1) nega oddiy husnbuzar pubertat davri boshlangandan keyin rivojlanadi?
- 2) qizil husnbuzarning yoshi keksaygan ayollarda ko'p uchrash sababini tushuntiring.
- 3) rinofima nima?
- 4) pesni davolashda mis preparatlarini muvaffaqiyatli qo'llanish sababini patogenetik izohlab bering.

ADABIYOTLAR

Yu. K. Skripkin. Kojnie i venericheskie bolezni. M., 1980, 400-405. 409-411-betlar.

O. Ferjtek Kosmetika i dermatologiya. M., 1990. 167-181. 215-226-betlar.]

H. Q. Shodiev va boshqalar. Kompleksnoe lechenie bolnix vitiligo (Metodicheskie rekomendatsii). M., 1990, 167-181, 215- 226-betlar.

5. Talabalarning o'z ustida **ishlash** rejasi:

Ishning nomi	Ishning mazmuni	Ishning maqsadi
1	2	3
1. Husnbuzarlar va pesga chalingan bemorlar bilan bo'limda mustaqil ishlash.	a) bemorlardan anamnez yig'ish; b) toshmalarni sinchiklab o'rganish; v) bemorlarga malham surtish; g) bemorlarda biologik dozani aniqlash. A) kasallik tarixini talabalarga navbatma-navbat tanishtirish	a) kasallik tarixini yozishni o'rganish; b) husnbuzar toshmalalarini bir-biridan farqlash; v) mahalliy davolash usullarini o'zlashtirish; g) terini ultrabinafsha nurlarga nisbatan sezuvchanligini aniqlash.
2. Gurux bilan o'rganilgan bemorlarni muxokama qilish	B) aniqlangan toshmalar bilan tanishtirish V) tuzilgan davolash rejasi bilan tanishtirish	a) mazkur kasalliklar sohasida nazariy bilimlarni oshirish va fikrlashga undash; b) teri toshmalari sohasida amaliy bilimlarni oshirish; v) bemorlarni davolashni o'rganish

6. Kasallik tarixini himoya qilish.

Kasallik tarixini himoya qilish guruhning barcha talabalari ishtirokida amalga oshiriladi. Bunda talabalar bemor bilan ishlash jarayonida yiqqan ma'lumotlarini kasallik tarixi bayonida

ifoda etib, maxsus kelishilgan tarzda navbatma-navbat so'zlab berishlari lozim. Ikki talabaga bir bemorni topshirish maqsadga muvofiq emas, Talabalar o'zlariga ajratilgan kunlar va soatlarda kasallik tarixida bayon etilishi lozim bo'lgan quyidagi qismlarni aniq va sodda til bilan yozishlari lozim.

- 1) bemor bola to'g'risidagi umumiy ma'lumotlar;
- 2) asosiy kasallikning rivojlanish tarixi;
- 3) bemorning hayot tarixi;
- 4) ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari;
- 5) asosiy kasallikning bayoni;
- 6) dastlabki tashxis;
- 7) laboratoriya tekshiruvlari ma'lumotlari;
- 8) farqlovchi tashxis;
- 9) klinik tashxis va uni asoslash;
- 10) davo rejasini va uni amalga oshirish;
- 11) kundaliklar (davo natijalari va kasallikning kechishi to'g'risidagi ma'lumotlar);
- 12) yakuniy ma'lumotlar;
- 13) nazariy qism;
- 14) retseptura.

Talaba yuqorida bayon etilgan ma'lumotlarni so'zlab berayotganida boshqa barcha talabalar uni diqqat bilan eshitishlari lozim. Bu talab, bir tomondan, ularga mazkur bemor tarixi bilan tanishish imkonini bersa, ikkinchi tomondan, ularning mazkur bemorning tashxisi davolash rejasini va boshqa masalalar bo'yicha muhokamada qatnashishlari uchun zamin tayyorlaydi. Talabalar o'zlarini olib borgan bemorlar kasallik tarixining barcha qismlarini, ayniqsa kasallikning rivojlanish tarixi, asosiy kasallikning bayoni va davo rejasini yoddan bilishlari lozim. Mazkur vazifa talabalarning bemorlar bilan ishlash jarayonida olgan bilimlarini mukammal o'zlashtirishlariga, shuningdek erkin bahslashuv jarayonida faol ishtirok etishlariga imkoniyat yaratib beradi.

Ko'pchilik hollarda vaqtni tejash maqsadida talabalardan «kasallik tarixi»ning u yoki bu qismlarini so'zlab berishlari so'raladi. Jumladan bemorning klinik tashxisini asoslab berish va davo rejasini maqsadga muvofiqligini isbotlash talab etiladi. Bahs diagnostika mavzusida ketganda ulardan mazkur kasallikda qo'llaniladigan dermatologik tekshiruv usullarini amalda qo'llashni va ko'rsatishni so'rash maqsadga muvofiqdir.

Davo rejasiga kiritilgan dori moddalarini mazkur bemorni davolashda qo'llanishni asoslab berish va shu preparatlarni ta'sir mexanizmini so'rash mashg'ulot o'tkazish sifatini yaxshilaydi. Har bir konkret himoya oxirida ana shu bemor va kasallik to'g'risidagi fikrlarni boshqa talabalardan so'rash mashg'ulotning samaradorligini oshiradi.

Talabalarga yakuniy baho ularning nazariy bilimlari, o'zlashtirgan amaliy ko'nikmalari va yozgan kasallik tarixining sifati asosida qo'yiladi

O'LKAMIZDA KO'P UCHRAYDIGAN DERMATOZLAR ASOSIY KASALLIK BAYONLARIDAN KO'CHIRMALAR

1- ilova

Atopik dermatit (chilla gushi yoki irsiyatga aloqador tarqoq neyrodermit) bilan xastalangan G. ismli go'dak kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI (STATUS LOCALIS)

Teridagi toshma elementlari tarqalgan tus olgan. Patologik jarayonning asosiy qismi yuz, bo'yin, tana, qo'l-oyoqlarning bukiladigan yuzalarida joylashgan. U ayniqsa bilak va chov burmalari, tizzalarning ostida juda rivojlangan.

Toshmalardan yag'irlanish ko'zga yaqqol tashlanib turibdi. Yag'irlagan sohalar hususan mayda tugunchalardan iborat bo'lib, teri rangidan unchalik farq qilmaydi. Ularning ostida oz-

moz maddalanish va eritematoz dog'lar sezilib turibdi. Zararlangan sohalardagi teri giperpigmentatsiyaga uchragan va qoramtir kul rang tus olgan. Lixenizatsiya (yag'irlanish) o'choqlarining ko'p qismida sarg'ish, jigar rang qipiqalar kuzatilmoqda. Qipiqalarning ko'pi tangachasimon va kepaksimon, yaltiroq. Qurish natijasida qipiqalarning chetlari ko'tarila boshlagan, ostida suvlangan va namlik yuza ko'rinib turibdi.

Yuz terisida va qo'l panjalari sohasida sarg'ish-jigar rang suyuqligi bo'lgan mayda pufakchalar kuzatilyapti. Ularning ko'p qismi seroz va seroz-yiringli qatqaloqchalar bilan qoplana boshlagan. Ko'pgina sohalarda (qo'l, oyoq, bel) mayda tiralish izlari (ekskoriatsiya) bor, ular qisman chiziqsimon qora qatqaloqlar bilan qoplangan bo'lsa, qisman surilgan Kastellani suyuqligi ta'sirida qurib, bita boshlagan.

Bemor terisining barcha sohalari quruq, ustki qismi ko'chib tusha boshlagan. Teri dermatografizmi oq va saqlanuvchan. Soch-mushak refleksi («g'oz terisi») juda rivojlangan.

Sub'ektiv sezgilardan qichishish tunu kun bezovta qiladi, qichishish juda kuchli, bemorning uyquusi yo'q, asablari taranglashgan, jahldor.

Dastlabki tashxis - atopik dermatit.

Yiringli pufak yara bilan og'rigan B. ismli go'dak kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI (STATUS LOCALIS)

Terida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan tus olgan. Toshmalar qorin terisida, orqa va elka sohalorida, qo'l va oyoqlarning terisida, shuningdek bel va chov burmalarida joylashgan.

Birlamchi toshma elementlarining ko'p qismini pufaklar, qisman yiring tashkil etib, ularning pardasi yupqa va tez yirtiluvchanligi bilan ajralib turibdi. Yupqa pardali pufaklar - fliktentalarning ko'p qismi qorin va qo'l terisida joylashgan bo'lib, ularning ichi seroz suyuqlik bilan to'lgan, ba'zi pufakchalarda esa seroz-yiringli suyuqlik kuzatilyapti. Ularning kattaligi no'xatdek, ba'zilari o'rikning danagidek keladi. Pufaklar tubida yumshoq madda paypaslandi. Orqa va elka sohasida joylashgan pufaklar son jihatidan kam bo'lsa-da, yiringli suyuqlik bilan to'lgan.

Oyoq terisida va chov burmalarida pufaklardan tashqari yiringchalar kuzatilmoqda. Ularning pardasi ham yupqa, ba'zi joylarda chetlari osilib turibdi. Barcha sohalarda joylashgan pufaklar atrofidagi teri qizargan, sezilar-sezilmas shishgan. Qo'l va oyoq kafti terisida toshmalar yo'q.

Ikkilamchi toshma elementlaridan eroziyalar va pigmentli dog'lar kuzatilyapti. Eroziyalar asosan pufakchalar pardasining yirtilishi natijasida hosil bo'lgan. Ularning ko'pchiligi qo'l panjalari va boldir sohasida joylashgan. Qorin sohasida eroziyalar bitishi tufayli ikkilamchi dog'lar, jumladan pigmentatsiya hodisasi kuzatilyapti. Quriy boshlagan pufaklar va yiringlar ustida qatqaloqlar ko'rinmaydi.

Sub'ektiv yoqimsiz sezgilardan og'riq, achishish bezovta qilyapti.

Dastlabki tashxis - yiringli pemfigoid (yuqumli pufakli yara), tarqalgan turi, qo'zigan davri.

Chin gush bilan og'rigan V. ismli bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgan toshmalar tarqalgan va simmetrik tus olgan. Ular ikkala qo'l panjasi va bilaklarining pastki qismlarida joylashgan

Birlamchi toshma elementlaridan pufakchalar, yallig'langan dog'lar, tugunchalar va yiringchalar kuzatilyapti. Pufakchalar soni ko'p bo'lib, ko'pincha mikrovezikulalar ko'rinishida. Ularning asosiy qismi qo'l panjalarining tashqi sathida va bilaklar terisining yon yuzalarida joylashgan. Eritematoz dog'lar pufakchali toshmalar kuzatilayotgan sohalardan va ularning atrofida joy olgan. Dog'larda yallig'lanish belgilari yaqqol namoyon bo'lib, asosan to'q-qizil tusdadir.

Kattaligi tariqdek keladigan pushti-qizg'ish tugunchalar soni bir necha o'nlab sanaladi, ular qo'l panjalarining barcha sathlarida kuzatilyapti. Pufakchalarning bir qismi yiringchalarga aylanyapti, ularning kichigi tariqdek, kattasi moshdek keladi, bo'shlig'i nim-yashil yiring bilan to'lgan.

Mikrovezikulyoz toshma elementlari to'plami mazkur sohalarning suvlanishiga sabab bo'lyapti. Patologik jarayon o'choqlarining maddalanishi sust rivojlanmoqda.

Ikkilamchi toshma elementlaridan qatqaloqlar, shilinish (eroziyalar) va qipiqalar kuzatilyapti. Sarg'ish rangli seroz qatqaloqlar bilan asosan bilak sohasidagi pufaklar qoplangan. Ko'p yiringchalarning ustida esa yiringli va yiringli-gemorragik qatqaloqlar mavjud. Qo'l panjalarida joylashgan ba'zi pufakchalarning yorilishi natijasida eroziyalar soni ko'payib turibdi. Ba'zi yallig'langan dog'larning usti tangachasimon va kepaksimon qipiqalar bilan qoplangan.

Noxush sezgilardan qichishish bezovta qilyapti. Teri bir maromda, kechayu kunduz qichishib turibdi.

Dastlabki tashxis - chin (idiopatik) gush, qo'zigan davri, tarqalgan turi.

Qizil yugurukka chalingan S. ismli bemor kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Teridagi patologik jarayon chegaralangan tus olgan. Toshmalar peshona va yuz terisining ikkala qismida simmetrik joylashgan. Birlamchi toshma elementlaridan eritematoz dog'lar kuzatilyapti. Bu yallig'langan dog'lar aylana, oval va noto'g'ri-oval shakllarda bo'lib, yonoq sohasida joylashganlari bir-birlari bilan tutasha boshlagan. Peshona terisidagi, ayniqsa ikki qosh (qanshar) oralig'idagi eritemalar alohida joylashgan. Eritematoz dog'lar sohasidagi teri bir oz qizargan, maddalangan. Deyarli barcha dog'larning sathi muguzli, tangachasimon qipiqalar bilan qoplangan. Ana shu sohalarda teri sezilarli qalinlashgan. Eritemalar ustida joylashgan qipiqalarni ko'chirishga urinish natijasida ularning osonlik bilan ko'chmasligi ma'lum bo'ldi. Ba'zi ko'chgan qipiqalar ostida chaqir tikanni eslatuvchi o'tkir uchli qattiq o'simtalar ko'zga tashlandi. Bene-Mesherskiy va «ayollar poshnasi» belgilari musbat.

Peshona sohasida joylashgan eritematoz dog'lar markazida chandiqli atrofiya kuzatilyapti. Yonoq sohasidagi eritemalar atrofidagi teri qoraygan, ikkilamchi pigmentli dog'lar ularni o'rab turibdi. Yuz terisining deyarli barcha qismlarida kuzatilayotgan qipiqalar va qatqaloqlar atrofida yuzaki qon tomirlarining kengayishi natijasida hosil bo'lgan dog'lar - teleangiektaziyalar yaqqol ko'zga tashlanib turibdi., Mazkur dog'lar vitropressiya paytida yo'qolib, so'ngra yana paydo bo'ldi.

Labning qizil hoshiyasi sezilar-sezilmas yallig'langan, maddalangan. Sinchiklab ko'rilganda (lupa yordamida) eritematoz dog'ning ustki qismida engil ko'chish kuzatildi, sayoz yoriqlar ham bor.

Bemor terisining boshqa sohalaridan toshma elementlari topilmadi. Qolgan sohalarda terisi silliq va mayin, o'z elastikligini yo'qotmagan.

Noxush sezgilardan bemorni og'riq va achishish bezovta qiladi.

Dastlabki tashxis - surunkali qizil yuguruk, chegaralangan turi.

enteropatik akrodermatitga duchor bo'lgan U. ismli qiz bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan xarakterga ega. Zararlangan o'choqlar dumba va oraliq sohalarida, jinsiy lablar va ularning atrofida, shuningdek qo'l va oyoq panjalarining terisida joylashgan. Mazkur sohalardagi patologik o'choqlar terining sog'lom sohalaridan aniq chegaralari bilan ajralib turibdi. O'choqlarning cheti turli shaklda, ko'p qismi simmetrik joylashgan.

Birlamchi toshma elementlaridan yallig'langan dog'

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan xarakterga ega. Zararlangan o'choqlar dumba va oraliq sohalorida, jinsiy lablar va ularning atrofida, shuningdek qo'l va oyoq panjalarining terisida joylashgan. Mazkur sohalardagi patologik o'choqlar terining sog'lom sohalaridan aniq chegaralari bilan ajralib turibdi. O'choqlarning cheti turli shaklda, ko'p qismi simmetrik joylashgan.

Birlamchi toshma elementlaridan yallig'langan dog'lar, pufaklar, yiringchalar va tugunchalar kuzatilyapti. O'tkir yallig'lanish belgilari bilan kechayotgan sohalardagi pufaklar aylana-ovalsimon, hajmi mosh va no'xatdek keladi. Bitta-ikkita pufakchalarning kattaligi bir tiyinlik chaqadek va ko'pgina pufaklar seroz-yiringli suyuqlik bilan to'lgan. Yiringchalarning aksariyati qo'l va oyoq panjalari sohasida joylashgan, ular atrofida teri qizarib, shishgan. Tugunchalarda ham yallig'lanish alomatlari bor, rangi qizil, pushti, atrofida terida eritema rivojlangan. Bullyoz toshmalar to'plami va ular pardasining buzilishi katta-katta eroziya o'choqlarini hosil qilyapti. Shilingan (eroziyalangan) sohalarning tubi chuqurlashib, yaraga aylangan.

Qo'l panjalarining distal uchlari yo'g'onlashgan, tirnoqlar ostida giperkeratoz kuzatilyapti. Aksariyat tirnoqlar elastikligini yo'qotgan, xiralashgan, mo'rt va tez sinuvchan, ba'zilar ushalib tushyapti.

Boshdagi sochlarning to'kilayotganligi yaqqol ko'zga tashlanib turibdi. Ba'zi soch tolalarining sinib tushayotganligi ma'lum bo'ldi. O'ng qoshidagi sochlar deyarli to'kilib bo'lgan, faqat bitta-ikkita soch tolalari ko'rinib turibdi. Ko'z va ko'z atrofida terida blefarit va dermatokon'yunktivit rivojlanyapti. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatlarida yallig'lanish alomatlari bor. Til esa oqimtir parda bilan qoplangan. Yuz labida endigina rivojlanayotgan xeylit kuzatilyapti.

Go'dakning notinchligidan sub'ektiv noxush sezgilar uni bezovta qilayotganligini anglash qiyin emas.

Dastlabki tashxis - enteropatik akrodermatit (Brant-Danbolt-Gloss sindromi).

Eshakemga chalingan S. ismli bemor kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terishgag zararlangan sohalorida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan tus olgan. O'tkir yallig'lanish belgilari bilan kechayotgan toshma elementlari ikkala qo'l va oyoq sohalorida, shuningdek qorii terisida simmetrik joylashgan.

Ko'p sonli toshmalarning barchasi qavarchiqdan iborat bo'lib, ularning ko'pchiligi noto'g'ri oval shaklda, ba'zilar aylanasimondir. Kavarchiqlarning eng kichigi o'rik danagidek, kattasi ellik tiyinlik tangadek keladi. Rangi ko'pincha qizg'ish va to'q qizil, qisman pushti rang. Toshmalarning yuzasi yassilashgan, o'rtasi oqimtir-kulrang. Ba'zi qavarchiqlarning o'rtasi qattiqlashgan, chinni-oq rangga ega. Qorin terisida kuzatilayotgan va yonma-yon joylashgan qavarchiqlarning bir-birlari bilan qo'shila boshlayotganligi ko'zga tashlanib turibdi. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida to'rt-beshta, noto'g'ri, oval shakldagi qavarchiqlar joylashgan. Yuz lablari qalinlashgan.

Toshmalar bilan qoplangan sohalarda teri qizargan, yaltiroq tusli, bir oz taranglashgan, paypaslab ko'rilganda qo'lga qattiqroq unnaydi.

Terining sog'lom sohalorida, uning asab-tomir apparatini mexanik ta'sirotlarga javob reaksiyasini tekshirish bemorda eshakem dermografizmi paydo bo'lganligini ko'rsatdi. Kuchli qichishish bilan kechgan, qavarchiqli bu qizg'ish-oqimtir yo'l 12-13 daqiqalardan so'ng yo'qola boshladi.

Sub'ektiv sezgilardan qichishish, achishish, yutinishning og'riq bilan kechishi bemorni bezovta qilyapti.

Dastlabki tashxis - surunkali eshakem, qo'zigan davri, tarqalgan turi.

Trixofitiyaga chalingan S. ismli bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Teridagi patologik jarayon chegaralangan tus olgan va boshning sochli qismida joylashgan. Kasallik o'choqlarining kattasi aylana shaklida, diametri 2-2,5 sm keladi, chetlari aniq chegaralangan, sog'lom teridan yaqqol ajralib turibdi, ular boshning tepa qismida joylashgan. Ikki-uchta kichik o'choqlar esa aylana-ovalsimon, boshning chakka qismida joylashgan, hajmi bir-ikki tiyinlik kattalikda. O'choqlar chegarasi noaniq, bir-biriga qo'shib ketishga moyilligi sezilib turibdi.

O'choqlar sinchkovlik bilan kuzatilganda soch tolalarining aksariyati teri sathidan 2-4 mm masofadan singanligi va kundasimon kulrang tusda ekanligi ma'lum bo'ldi. Ba'zi soch tolalarining teri sathidan singanligi aniqlandi. Patologik o'choqlar atrofida teri bir oz maddalagan, qizargan. Ana shu yallig'lanish sohalarida teri ustki qavatlarining ko'chib tushayotganligi ma'lum bo'ldi.

Kuzatilayotgan ikkilamchi toshma elementlaridan qipiqalar asosan singan soch o'choqlari va ularning atrofida joylashgan. Qipiqalarning ko'p qismi kepaksimon va qisman unsimon bo'lib, ma'lum masofadan ham yaqqol kuzatilyapti. Silliq terida boshqa toshma elementlari ko'rinmaydi. Tirnoqlar zararlangan emas.

Terining zararlangan sohalari Vud chirog'i bilan yoritilganda patologik o'choqlar o'z manzarasini, jumladan tusini o'zgartirmadi.

Vahti-vahti bilan bezovta qilayotgan oz-moz qichishish sezgisini qayd qilib o'tish lozim.

Dastlabki tashxis - bosh sochli qismining yuzaki trixofitiyasi.

Qo''bus bilan og'rigan G. ismli o'spirin bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terining zararlangan sohalarida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan tus olgan. Toshmalar simmetrik joylashib, ularning ko'p qismi qo'l va oyoqlarning tashqi yuzasidan, shuningdek qorin, ko'krak va bel sohalarining terisidan joy olgan.

Toshmalar xususan tugunchalardan iborat. Ular son-sanoqsiz, aylana va oval shaklda. Kichigi tariqdek, kattasi bir tiyinlik chaqadek keladi. Tugunchalarning ko'p qismi qizg'ish-pushti rang, ba'zilari to'q qizil tus olgan, yuzasi notekis va xira, yorug'da yaltiramaydi. Tirsak va qorin sohalarida bitta-ikkita yallig'langan dog'lar ham mavjud. Bu pushti rang dog'lar noto'g'ri aylana shaklida bo'lib, mosh-loviyadek keladi. Ko'p tugunchalar atrofida teri qizargan, sezilar-sezilmas shishgan, ya'ni izomorf reaksiya kuzatilmoqda.

Ikkilamchi toshma elementlaridan faqat qipiqalar mavjud, ular asosan terining tirsak va tizza sohalarida ko'proq kuzatilmoqda. Qipiqalarning talay qismi tangachasimon bo'lib, qisman kepaksimon, hammasi kumush rangli. Bunday qipiqalar bilai asosan hajmi kattaroq tugunchalar qoplangan.

Tanlab qirtishlangan tugunchada qo''bus uchligi (stearpi dog'i, oraliq parada, qonli shudring) belgilari musbat natijalar berdi.

Sub'ektiv sezgilardan bemorni qisqa muddatli, unchalik kuchli bo'lmagan qichishish bezovta qilmoqda. Qichishish goh kunduzi, gohi tunda paydo bo'lib, bemor uyqusiga ta'sir etganicha yo'q.

Dastlabki tashxis - qipiqsimon temiratki (qo''bus), tarqalgan shakli, rivojlangan bosqichda.

Uchuqsimon dermatozga chalingan D. ismli bemor bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Teridagi patologik jarayon tarqalgan tus olgan. Toshma elementlari og'iz atrofida, ikkala elka soha-sida, qorin, chov va sonning ichki yuzalarida joylashgan.

Birlamchi toshmalardan pufak, pufakcha, yiring va qavarchiqlar kuzatilmoqda. Mazkur elementlar og'iz atrofida va elka sohasida tarqoq joylashgan. Qorin terisida, sonning ichki sathlarida va chov sohasida to'p-to'p bo'lib joylashgan bo'lib, atrof teridagi kam sonli toshmalarning ham guruhlanishga moyilligi sezilib turibdi.

Pufaklar son jihatidan pufakchalardan ko'proq, aylana-oval shaklda, ularning pardasi mustahkam, seroz. suyuqligi ko'rinib turibdi. To'plangan pufakli toshmalarning pufak pardasi yirtilishi natijasida chov va son sohasida nam suvlashgan o'choqlar hosil bo'lgan. Nikolskiy va subepidermal perifokal ko'chish belgilari manfiy.

Terining barcha zararlangan sohasida o'tkir yallig'lanish belgilari (qizarish, shishish, maddalanish) ko'zga yaqqol tashlanmoqda. Eritematoz dog'lar sathida mahalliy harorat ko'tarilmagan, bir tusli qizg'ish, shaklsiz.

Terining sochli qismlarida soch to'kilishi yoki sinishi belgilari ko'rinmaydi. Barmoqlar va tirnoqlarda patologik o'zgarishlar yo'q.

Sub'ektiv noxush sezgilardan qichishish va og'riq bezovta qilmoqda. Yuz va chov sohasidagi toshmalar asosan og'riq bilan, qorin va elka terisida joylashganlari esa ko'pincha qichishish bilan kechmoqda.

Kaliy yodidning 50% li malhami bilan o'tkazilgan teri-allergik sinamasi musbat natija berdi. Pufak suyuqligi Ttsank usulida tekshirilganda katta miqdorda eozinofillar topildi, akantolitik hujayralar esa topilmadi.

Dastlabki tashxis - uchuqsimon dermatoz (Dyuring kasalligi).

Kepaksimop temiratki bilan og'riq chalingan K. ismli o'smir bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgani toshma elementlari tarqalgan va simmetrik tus olgan. Toshmalarning ko'p qismi ko'krak sohasining yuqori qismida, elka va bilaklarning barcha sathlarida joylashgan. Elementlar qisman bo'yinning yon yuzalarida va ensa sohasida ham kuzatilmoqda.

Birlamchi toshmalardan asosan yallig'langan dog'lar kuzatilmoqda. Bu dog'lar aylana, oval va noto'g'ri shakllarga ega bo'lib, rangi turlichadir: sariq, jigar rang, iushti, kul rang va oqimtir. Mazkur rang-barang dog'lar yuzasida va ularning atrofida yallig'lanish belgilari yo'q. Betartib joylashgan dog'lar ko'krak va elkalarning ustki yuzalarida bir-biri bilan qo'shilib, noto'g'ri shaklli tuzilmalar hosil qilgan. Mazkur ko'p shaklli dog'larning chetlari aniq, sog'lom teridan ajratish qiyin emas.

Ikkilamchi toshmalardan qipiqalar kuzatilmoqda. Qipiqalarning ko'p qismi kepaksimon, ba'zi sohalarda unsimon bo'lib, bu qipiqalar aksariyat dog'lar ustini qoplagan. Ensa va bo'yinning orqa yuzasida joylashgan dog'lar oqimtir-kulrang, oq, ularning ustida qipiqalar ko'rinmaydi. Bunday soxta leykodermalar yuzasi tirnoq bilan urib ko'rilganda yuzasidan unsimon qipiqalar to'kila boshladi.

Yod bilan o'tkazilgan Baltser sinamasi musbat natijalar berdi. Qirtirlash usuli yordamida depigmentatsiyaga uchragan dog'lar yuzasida yashirin qipiqalanish ketayotganligi aniqlandi.

Bo'yin sohasidagi dog'lar Vud lyuminestsent chirog'i bilan yoritilganda to'q jigar rang va sariq tusda yog'dulandi.

Dastlabki tashxis - kepaksimon (rang-barang) temiratki.

Pushti temiratki bilan og'riq A. ismli bemor bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSII KASALLIKNING BAYONI

Teridagi toshma elementlari tarqalgan xarakterga ega. Toshmalar bemor terisining deyarli barcha sohasini (qo'l, oyoq, qorin, ko'krak, bel, yuz) egallagan.

Birlamchi toshma elementlaridan yallig'langan dog'lar, qavarchiqlar va yiringchalar kuzatilmoqda. Toshmalarning asosiy qismini pushti dog'lar tashkil etgan. Eritematoz dog'lar qorin va ko'krak terisining yon yuzalarida, orqa sohasida, son, boldir va bo'yin terisida ko'p joylashgan. Aksariyat dog'larda o'tkir yallig'lanish belgilari juda rivojlangan bo'lib, ular pushti, qizil pushti, qizil tus olgan. Dog'larning bir qismi sarg'ish pushti va och pushti rangga ega. Ko'pchilik dog'lar ovalsimon, ba'zilari noto'g'ri oval shaklda, chegaralari noaiiq, sog'lom teri bilan asta-sekin qo'shilib ketgan. Ularning periferik qismlarida yallig'lanish belgilari tarqoq, teri bir oz shishgan, bitta-ikkita yallig'langan tugunchalar bilan o'ralgan. Ko'pchilik dog'larning markazida qipiqning o'ziga xos qatlami kuzatilmoqda («ezilgan papiros qog'ozi» belgisi). Yuz terisida bir necha qavarchiqlar kuzatilmoqda. Ular ham pushti rang, ovalsimon chetlari notekis, teri sathidan sezilarli darajada ko'tarilib turibdi. Ikkala bilak terisining ichki yuzalarida pustulalar ham bor. Kattaligi tariq va moshdek, atrofidagi teri qizargan, usti yiringli qatqaloqlar bilan qoplangan.

Chap son terisining ichki yuzasida kattaligi ellik tiyinlik tangadek keladigan ovalsimon pushti dog' kuzatilmoqda. Mazkur dog'ning yuzasi, ayniqsa markaziy qismi ko'chib tushishi natijasida qipiqalar bilan qoplangan.

Ikkilamchi toshma elementlari (qipiqalar va qatqaloqlar)ning asosiy qismi qorin, bilak va kurak terisida kuzatilmoqda. Qipiqalar faqat pushti dog'lar ustida emas, balki elka va qorin terisida ham kepaksimon ko'chib tushib turibdi, bilak va qorin terisida joylashgan qatqaloqlar esa tirnalinish izlarining ustini qoplab turibdi.

Limfa tugunlaridan bilak, elka va qo'ltiq sohasida joylashgani moshdan po'xatgacha bo'lgap kattalikda paypaslandi. Ular og'riqli, bir-biri va atrofidagi teri bilan qo'shilib ketishga moyil.

Noxush belgilaridan engil qichish bezovta qilayapti.

Dastlabki tashxis - Jiberning pushti temiratkisi.

Po'rsildoqqa chalingan S. ismli bemor bola kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan tus olgan. Toshma elementlari yuz terisida, qorin va ko'krak sohasida joylashgan.

Birlamchi toshma elementlaridan pufaklar ko'rinib turibdi. Yuz terisidagi pufaklarning kattaligi o'rikning danagidek, ko'krak va qorin sohasida esa uch-besh tiyinlik chaqadek keladi. Pufaklarnig ko'p qismi aylana-oval shaklda, ba'zilari noto'g'ri ovalsimon bo'lib, ularniig pardasi nozik va tez yirtiluvchanligi ma'lum bo'ldi. Pufaklar asosan seroz suyuqligi bilan, ba'zilari seroz-yiringli suyuqlik bilan to'lgan. Toshmalar atrofidagi teri o'zgarmagan, rangi tabiiy, yallig'lanish belgilari ko'rinmaydi.

Ikkilamchi toshma elementlaridan shilinish (eroziyalar) kuzatilmoqda. Eroziyalar yuz terisida aylana-oval shaklga ega bo'lib, betartib joylashgan, bir-biridan ajralgan holda ko'rinmoqda. Ko'krak sohasida joylashgan eroziya juda katta, ayniqsa ular bir-biri bilan qo'shilib ma'lum sohani egallagan, kattaligi 4x7x8 sm gacha keladi. Qorin terisida joylashgan eroziya o'choqlari ham betartib joylashgan bo'lib, bir-biri bilan qo'shila boshlagan.

Asbo-Xansen va Nikolskiy simptomlari musbat.

Endigina pufak pardasi yirtilgan eroziyalariing nam yuzasidan tayyorlangan bosmasurtmalarda bir necha akantolitik hujayralar (Ttsapk bo'yicha) topildi.

Dastlabki tashxis - odatdagi po'rsildoq pufakli yara.

So'zakka chalingan S. ismli bemor qiz kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Siydik-tanosil a'zolarining terisi va shilliq qavatlarida kuzatilayotgan patologik jarayoi tarqalgan tus olgan. Kichik jinsiy lablar, qin dahlizi, qin, siydik yo'li va orqa chiqaruv teshigi sohalarida yallig'lanish belgilari kuzatilmoqda.

Katta va kichik jinsiy lablar terisining tashqi yuzasi bir oz qizargan va shishgan, ichki yuzasida esa o'tkir yallig'lanish belgilari yaqqol ko'zga tashlanib turibdi. Jinsiy lablar terisi tabiiy yoriqdan oqqan yiringli suyuqlik qurishi natijasida hosil bo'lgan sarg'ish-yashil qatqaloqlar qatlami bilan qoplangan.

Qin dahlizi qip-qizil, sezilarli shishgan. Dahliz shilliq qavatining barcha sohaları mayda eroziya o'choqlari bilan to'lgan. Shilinish o'choqlarining o'rtasida yashil yiring tomchilari bor. Qin dahlizining pastki sathida yiring to'plangan o'choq kuzatilmoqda. Qin pardasida ham o'tkir yallig'lanish alomatlari yaqqol ko'rinib turibdi. Qin devorlari qizarib shishgan, yiringli suyuqlik oqishi va qisman qotishi natijasida qalinlashgai, shu sababli qin yo'li toraygan. Qin tubida yiring-li seroz suyuqlik katta miqdorda to'plangan.

Siydik chiqarish naychasi boshidan oxirigacha yallig'langan, bosib ko'rilganda qattiq og'ridi. Naychaning pastki devoriga bosish undan yiringli suyuqlikning chikishiga olib keldi, shuningdek bir oz siydik ajralib chiqdi.

Oraliq sohasi va orqa chiqaruv teshigining atrofidagi terida qizarish, shishish kabi belgilardan tashqari terining maddalaganligi va o'sha o'choqlardan suvlanish kuzatildi. Yallig'lanish o'choqlarining atrofida qipiqlanish ko'rindi, teri och pushti yoki yashilsimon-sarg'ish tus olgan.

Qin dahlizi, qin va siydik chiqarish kanalidagi yiringli suyuqliklardan tayyorlangan surtmalarda Nyoysser gonokokklari ko'p miqdorda topildi.

Dastlabki tashxis - yangi so'zak, so'zak vulvovaginiti, so'zakli uretrit.

Birlamchi zaxm bilan og'rigan bemorning kasallik tarixi asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilgan patologik jarayon chegaralangan tus olgan.

Toshma elementi yara ko'rinishida bo'lib, yuz pastki labining chap yarmida joylashgan, aylana shaklida, qizg'ish rang, kattaligi no'xatdek keladi. Yaraning chetlari chegaralangan, sog'lom teridan aniq ajralib turibdi va teri sathidan bir oz ko'tarilgan. Uning tubi tekis, yaltiroq, sezilar-sezilmas seroz suyuqligi bilan qoplangan. Yara tubida, uning markazida mayda gemorragiyalar kuzatilmoqda. Yara atrofidagi teri va shilliq qavat tabiiy rangda, o'tkir, yallig'lanish belgilari ko'rinmaydi. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida patologik o'zgarishlar va toshmalar yo'q. Ammo shilliq qavat, ayniqsa yuqori va qattiq tanglay shilliq qavatlari qalinlashgan. Til bir oz kattalashgan, undagi so'rg'ichlar birmuncha rivojlangan.

Periferik limfa tugunlaridan jag' osti va quloq oldi bezlari kattalashgan. Jag' osti tugunlari no'xatdek, quloq oldi sohasida joylashganlari esa moshdek keladi. Paypaslanayotgan limfa bezlari og'riqsiz, juda harakatchan, atrof to'qima bilan chatishmagan. Shuningdek, kattalashgan tugunlar ustidagi va atrofidagi terida patologik o'zgarishlar sezilmaydi.

Bemor tanasini va qo'l oyoqlarini qoplagan terining barcha sohalarida toshma elementlari va ularning izlari topilmadi.

O'tkazilgan dastlabki laboratoriya tekshiruvlari natijasida yaradan ajratib olingan to'qima suyuqligidan rangpar treponemalarning katta miqdori topildi.

Klassik serologik reaksiyalar manfiy natijalar berdi.

Dastlabki tashxis - birlamchi seromanfiy zaxm.

Ikkilamchi yangi zaxm aniklangan V. ismli o'smir qizning kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan

ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgan toshma elementlari tarqalgan tus olgan. Ular qorin va ko'krakning yon sathlarida, qo'lning barcha sohalarida, sonning ichki yuzasida joylashgan.

Birlamchi toshma elementlaridan yallig'langan dog'lar kuzatilmoqda. Dog'larning kichigi moshdek, kattasi no'xatdek keladi. Rangi ko'kimtir-qizil va qizg'ish, ko'pchiligi aylana shaklida. Bosib ko'rilganda yo'qolib, so'ngra yana paydo bo'ldi. Qichishish, og'riq kabi noxush sezgilar bemor qizni bezovta qilmayapti. Rozeolalar atrofidagi teri oqimtir sarg'ish. Qorin terisining pastki sohaları va sonning ichki yuzasida bo'rtmasimon yallig'langan dog'lar kuzatilmoqda. Bu qavarchiqli toshmalarning ko'p qismi oval shaklda, teri sathidan sezilarli bo'rtib chiqqan, qizg'ish pushti rangli, noxush sezgilersiz. Teri dermografizmi qizil va vaqtinchalik.

Katta jinsiy lablarning yuqorigi tutashgan sohasida aylana shaklidagi yara kuzatilmoqda. Yaraning hajmi bir tiyinlik chaqadek, chetlari bir oz ko'tarilgan, to'q qizil rangli. Yara tubi silliq va yaltiroq. Undan seroz suyuqligi ajralib turibdi. Paypaslab ko'rilganda yara ostida qattiq madda to'planganligi ma'lum bo'ldi. Og'riqsiz, boshqa noxush sezgilar yo'q. Yara atrofidagi terida yallig'lanish belgilari yo'q.

Periferik limfa tugunlaridan chov sohasidagi bezlar ikki tomonlama kattalashgan, hajmi gilos danagidek. Tizza osti bezlari olcha danagidek paypaslandi. Bezlarning barchasi qattiq, harakatchan. Tugunlar ustini qoplagan teri va atrof to'qimalar o'zgarmagan.

Teri va shilliq qavatlarning boshqa sohalarida toshma elementlari yoki boshqa o'zgarishlar kuzatilmadi.

Yaradan ajralib chiqayotgan to'qima suyuqligi bilan o'tkazilgan dastlabki laboratoriya tekshiruvi natija-sida ko'p miqdordagi rangpar treponemalar topildi.

Dastlabki tashxis - ikkilamchi yangi zaxm (zaxm rozeolalari, yarali shankr, poliadenit).

Kech tug'ma zaxm aniqlangan 24 yoshli bemor kiz kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Bemorda kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan va turli manzarali tabiatga ega.

Toshma elementlaridan do'mboqchalar kuzatilmoqda, ular o'ng elka va ikkala kurak sohalarida joylashgan. Do'mboqchalarning ko'n qismi olcha danagidek, aylana va oval shakllarda. Koramtir-qizil va jigarrang-qizg'ish do'mboqchalarning yuzasi silliq, tekis. Faqat o'ng kurak sohasida joylashgan ba'zi do'mboqchalar qipik aralash qatqaloqlar bilan qoplangan. To'p-to'p bo'lib joylashgan bu toshmalar bir-biri bilan qo'shilmagan, paypaslab ko'rilganda qattiqligi ma'lum bo'ldi. O'ng elka sohasidagi terida aylana shakliga ega bo'lgan va kattaligi moshdek keladigan ikkilamchi pigmentli dog'lar ham bor.

O'ng ko'z muguz pardasi xiralashgan, bir oz kulrang tus olgan. Kon'yunktival qavat qizargan, shishgan.

Tizza bug'imlarining hajmi kattalashgan, bir oz shishgan. Bug'im sohasidagi teri patologik o'zgarmagan. Bosib ko'rilganda og'riq va boshqa noxush sezgilar paydo bo'lmadi. Bo'g'im harakati chegaralanmagan. Bemor bemalol yuradi, qiynalmasdan o'tirib turadi.

Avsitiidskiy va Dyubua belgilari musbat.

Teri va shilliq qavatlarda boshqa toshma elementsnlarn va patologpk o'zgarishlar yo'q. Jumladan, og'iz shilliq qavati, tanglay va tishlarning holati joyida. Suyak-mushak sistemasida sezilarli klinik o'zgarishlar aniqlanmadi.

KSR (VR, KR, ZVR) ning barchasi manfiy natijalar berdi. IYoR - o'ta musbat. THChR - trepoiemalar harakati 90% cheklangan.

Klinik tashxis - kech tug'ma zaxm, belgilari rivojlangan turi (parenximatoz keratit, spetsifik gonit, do'm-boqchali sifilid). Eslatma:

Okulist ko'rigi - parenximatoz keratit.

Terapevt ko'rigi - spetsifik gonit.

Nevropatolog, otolaringolog va stomatologlar tomonidan zaxmga aloqador o'zgarishlar aniqlanmadi.

Naysimon suyaklar va bosh suyagining rentgenologik tekshiruvlari patologik o'zgarishlar topa olmadi.

Erta tug'ma zaxmga chalingan B. ismli 2 oylik go'dak kasallik tarixining asosiy kasalligi bayonidan ko'chirma

ASOSIY KASALLIKNING BAYONI

Terida kuzatilayotgan patologik jarayon tarqalgan tuz olgan. Asosan yuz terisi, peshona, boshning sochli qismi, qo'l kafti va oyoq kafti zararlangan.

Birlamchi toshma elementlaridan tugunchalar va eritematoz dog'lar kuzatildi.

Tugunchalar tariq va mosh kattaligida, mis-qizil rangli, tarqoq joylashgan. Ularning ko'p qismi yuz terisida, ayniqsa ensa sohasida, qisman boshning sochli qismlarida kuzatilmoqda. Ba'zi tugunchalar qipiq bilan qoplangan. Yuz terisida kuzatilayotgan eski papulalarning o'rnida qoramtir pigmentli dog'lar ham bor.

Qo'l kaftida, oyoq kafti terisida va qisman boshning sochli qismida tarqoq joylashgan terining maddalagan o'choqlari mavjud. Bu infiltratsiya o'choqlarida qizarish va shish kabi yallig'lanish belgilari sezilarli rivojlangan. Zararlangan o'choqlar bosilganda qattiq, teri elastikligi yo'qolgan. Ayniqsa kaft va tovon sohalaridagi teri quruq, silliq, yaltiroq. Mazkur sohalarning terisi yorila boshlagan. Boshning sochli qismida joylashgan madda hosil qiladigan o'choqlar sarg'ish jigar rang tus olib, noto'g'ri shaklga ega. Ular ustini qoplagan teri ham quruq, unda suvlashish, yiringlashish kabi o'tkir yallig'lanish belgilari ko'rinmaydi. Bulardan tashqari, zararlangan sohalardagi soch to'kila boshlagan, ma'lum qismi sinib tushgan, singan soch tolalari o'tkir tikandek tik holda ko'rinib turmadi. Qoshdagi sochlar ham siyraklashgan.

Periferik limfa tugunlari paypaslanmadi. Boshqa turdagi toshma elementlari aniqlanmadi.

Terining madda boylagan o'choqlaridan olingan to'qima suyuqligi tarkibida rangpar treponemalar topilmadi.

KSR (BR, KR, ZVR)larning barchasi o'ta musbat, IYoR- 4 (+), THChR - treponemalar harakati 80% cheklangan.

Klinik tashxis - erta tug'ma zaxm, klinik belgilari rivojlangan turi (Goxzingerning tugunchali qattiqlashgan terisi).

E s l a t m a:

Oftalmolog ko'rigiga binoan (ko'z tubida kuzatilgan «tuz va qalampir» belgisi asosida) xorioretinit aniqlandi.

Pediatr va nevropatologlarning ko'rigida boshqa spetsifik o'zgarishlar aniqlanmadi.

Naysimon suyaklar rentgenografiyasida go'dakning katta boldir suyaklarida 2-darajali osteoxondrit borligi ma'lum bo'ldi.

2- Ilova

TERI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASIDA QO'LLANILADIGAN MAXSUS KLINIK TEKSHIRUV USULLARI

1. Terini qavatma-qavat qirib tekshirish usuli.

Mazkur qirtirlash usuli epidermisda sodir bo'layotgan o'zgarishlarni, ayniqsa teri toshmalarida kuzatiladigan qipiqlanish jarayoni xarakterini aniqlashga yordam beradi. Masalan, parakeratoz jarayonida teri po'sti qavatlari g'ovak, giperkeratozda esa qattiq bo'ladi. Shuningdek, epidermis bag'rida kichik, yashirin pufakchalar bo'lishi mumkin. Asl terining so'rg'ichsimon qavatida joylashgan kapillyarlarning mo'rtlik darajasini ham qirib tekshirish yo'li bilan aniqlash mumkin. Bu usulga binoan tekshirilayotgan element (ko'pincha tuguncha) skalpel yoki buyum shishasi yordamida qavatma-qavat qirib boriladi.

Mazkur usul psoriazni parapsoriazdan ajratishda juda qo'l keladi. Tekshirilayotgan tugunchada epidermis qavatlari navbat bilan qirib borilganda stearin dog'i, chegara pardasi va qonli shudring simptomlari namoyon bo'lishi mazkur tugunning psoriazga aloqador ekanligini ko'rsatadi. Aksincha, parapsoriazda bu belgilar o'rnida boshqa belgi - yashirin qipiqilanish belgisi namoyon bo'ladi.

Qizil yuguruk (eritematoz) da toshmalar (follikulyar giperkeratoz) ustini qoplab olgan qipiqilarni qirtishlash kuchli og'riqqa (Bene simptomi) sabab bo'ladi va shu tariqa bemorning tashxisi aniqlanadi.

Zaxm tugunchalarini psoriatik tugunchalardan farqlashda ham qirtishlash usuli yordam beradi. Zaxmda stearin dog'i belgisi namoyon bo'lsa-da, chegara pardasi va nuqtasimon qonash belgilari kuzatilmaydi. Bu farq uni qo''busdan farqlashga imkon beradi.

2. Dermografizm usuli. Dermografizm teri nerv tomir apparatining tashqi ta'sirotlarga javob reaksiyasi deb tushunmoq kerak. Dermografizm terining funktsional holatini, jumladan qo'zg'alish xususiyatini aks ettiradi. Terining javob reaksiyasi nerv sistemasining alohida olingan a'zosi teriga nisbatan munosabatini ko'rsatsa-da, dermatografizm kuzatiladigan javob reaksiyasining mahalliy xarakterga ega ekanligini anglash lozim.

Dermografizm to'mtoq narsa bilan, masalan cho'p shpatel bilan aniqlanadi. To'mtoq tayoqcha yoki barmoq bilan aniqlasa ham bo'ladi. Hozir dermatograf deb ataluvchi asbob ham mavjud. Sog'lom terida, uning ma'lum sohasi bo'ylab yuritilgan shpatel o'rnida 15 sek dan so'ng qizil chiziq paydo bo'ladi, 15-45 sek ichida hosil bo'lgan chiziq atrofida eritema hosil bo'ladi. Oradan 1-1,5 daqiqa o'tgandan so'ng chiziq o'rtasi qavaradi va nihoyat 2-3 daqiqadan keyin izsiz yo'qolib ketadi. Bu holat normal dermatografizmdan dalolat beradi. Ko'pincha dermatografizm terini qorin sohasida, bilakning ichki yuzasida, son, orqa, kuraklar ostida tekshirib ko'riladi.

Dermografizm teri kasalliklarini bir-biridan ajratishda yordam beradi, zero kasalliklarning tabiatiga qarab teri tashqi ta'sirotlarga turlicha javob beradi. Masalan, gush va qo''busda dermatografizm qizil bo'lib, bunda eritema yaqqol namoyon bo'ladi. Teri sathi bo'ylab yurgizilgan shpatel o'rnida oq chiziq hosil bo'lishi mumkin. Bunday hollarda eritema va qavarchiq kuzatilmaydi. Bu turdagi terinning javob reaksiyasi oq dermatografizm deyiladi, u neyrodermit, qichima, qo'tir kasalliklarida va eritrodermiyalarda kuzatiladi.

Dermografizمنى maxsus turi eshakem dermatografizmidir. Bunda teri sathida yurgizilgan har qanday to'mtoq narsa o'rnida tezda bo'rtib chiqadigan keng, ravon qizil yo'l hosil bo'ladi. Mazkur eritema tezda qavarib, qavarchiqqa aylanadi. Eshakem dermatografizmi eshakem kasalligida (urticaria) kuzatiladi.

3. Mushak-soch refleksi («g'oz terisi»). Teri sathi bo'ylab sovuq buyum (predmet) yuritilganda teri bo'kib, soch tikka bo'ladi. Oradan 5-10 daqiqa o'tgach, yapa o'z holiga qaytadi. Bu holat sog'lom terida kuzatiladi.

Teri kasalliklarida mushak-soch refleksi paydo bo'lmasligi mumkin. Masalan, ixtiozlarda, qichima (Gebra) kasalligida vegetativ nerv sistemasi simpatik bo'limining innervatsiyasi buzilishi natijasida bu refleks kuzatilmaydi. «G'oz terisi» dermatozlarining u yoki bu turiga aniqlik kiritishdagina emas, balki ularni o'xshash kasalliklardan ajratishda ham yordam beradi. Masalan, qichima kasalliklarining eng tarqalgan turi neyrodermitda (Brok) pilomotor refleksi yuqori bo'ladi, ya'ni sovuq narsa ta'sirida hosil bo'lgan «g'oz terisi» uzoq saqlanib qoladi.

4. Shisha bilan bosib ko'rish usuli (vitropressiya yoki diaskopiya). Vitropressiya, ya'ni frantsuzcha vitragederaza oynasi, lotincha pressaie - bosish, siqish degan ma'noni bildiradi. Bunda terining zararlangan sohasi buyum oynasi, soat oynasi yoki shisha shpatel bilan bosib ko'riladi. Mazkur usul yordamida qon ketish natijasida hosil bo'lgan dog'larni qon tomirlarning kengayishi natijasida hosil bo'lgan dog'lardan ajratish mumkin.

Ma'lumki qon to'planishi natijasida paydo bo'lgan dog' shisha bilan bosib ko'rilsa ham yo'qolib ketmaydi. Aksincha, qon kapillyarlarining kengayishi natijasida hosil bo'lgan dog' shisha bilan bosilganda oqaradi, ya'ni rangsizlanadi (qonsizlanish natijasida). Masalan, zaxm rozeolalari (dog'lari) bosilganda yo'qoladi. Sheyn-lein-Genox sindromida kuzatiladigan gemorragik dog'lar soat oynasi bilan bosilganda ham yo'qolmaydi.

Shuningdek, teri silida kuzatiladigan to'q qizil rangli do'mboqcha (lyupoma) lar oyna bilan bosilganda sarg'ish dog' paydo bo'ladi (olma mag'zi simptomi).

Terining sovuqqa sezuvchanligini aniqlash usuli. Asosan eshakem kasalligi diagnostikasida qo'llaniladi. Eshakemning sovuqdan kelib chiqadigan turida bu sinov musbat natija beradi. Son, elka yoki dumba sohasiga muz parchasi qo'yilganda sog'lom bolalar terisining muz qo'yilgan joyi oqaradi, atrofi qizarib eritema shakllanadi. Oradan 15-30 sek o'tar-o'tmas eritema o'z-o'zidan yo'qoladi. Sovuqdan rivojlangan eshakemga duchor bo'lgan bemorlar terisida esa muz qo'yilgan joyda qavarchiq hosil bo'ladi, atrofida soxta-qavarchiq (pseudopodiya) kuzatiladi.

Allergik sinov usullari. Turli-tuman moddalarni teri orasiga yuborish, chaplash, tomizish va tomizib tilish taxmin qilingai kasalliklar tashxisini aniqlashda qo'llaniladi. Chunonchi:

a) moxov kasalligida lepromin bilan sinov o'tkaziladi. Bu usul moxovni boshqa o'xshash kasalliklardan farqlash bilan bir qatorda kasallik turini aniqlashda ham qo'llaniladi. Moxovning tuberkuloid turida lepromin sinovi musbat natija beradi. Lepromin lepromani qaynatib tayyorlangan suvli ekstraktdir, y 0,1 ml miqdorda teri orasiga yuboriladi. Ko'pincha 24-48-72 soatdan so'ng lepromin yuborilgan soha kizarib, tuguncha hosil bo'ladi (erta reaksiya) yoki 10-14 kundan so'ng lepromin yuborilgan joyda kattaligi 1 yoki 2 tiyinlik chaqadek keladigan tugun hosil bo'ladi (kech reaksiya).

b) teri silida tuberkulin bilan sinov (Pirke, Mantu reaksiyalari) ning diagnostik ahamiyati katta. Tuberkulin sinovi teriga tomizib tilish yoki teri orasiga yuborish yo'llari bilan amalga oshiriladi. Tuberkulin sinovining turlari, o'tkazish usullari maxsus adabiyotlarda keng yoritilgan.

v) Dyuring dermatitida kaliy yodidning 50% li malhami bilan o'tkaziladigan sinov (Yadasson bo'yicha).

Bu po'rsildoq va boshqa pufakli dermatitlardan farqlashda muhim diagnostik rol o'ynandi. Bunda malham chaplanishi lozim bo'lgan teri sohasi (ko'pincha bilakning ichki yuzasi) spirt-efir eritmaları bilan tozalanadi. So'ngra malhamning ozgina miqdori chaplanib, bir necha qavatdan iborat marmar parchasi (kattaligi 2x2 sm) bilan qoplanadi. Ustidan mumlangan qog'oz yopiladi va bint yordamida bog'lanadi, ba'zi mualliflar doka parchasi ustidan kompress kleyonkani yopib, yopishqoq plastir bilan mustahkamlashni taklif etadilar. Bu maqsadga muvofiq emas, chunki kleyonka va yopishqoq plastir teri sezuvchanligini oshirishi va dermatit rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu ham sinov natijasiga salbiy ta'sir etib, diagnostik xatoga yo'l qo'yilishiga olib keladi. Sinov javobi 24-48-72 soat mobaynida rivojlangan eritemaga (musbat javob) qarab o'qiladi.

Hozir terining allergik kasalliklari diagnostikasida turli-tuman allergenlar bilan o'tkaziladigan sinov usullari deyarli qo'llanilmayapti. Allergenlar bilan o'tkaziladigan sinov teridagi yallig'lanish jarayonining chuqurlashishiga, teri sezuvchanligining oshishiga, organizmda sensibilizatsiyaning kuchayishiga va nihoyat bemor ahvolidan og'irlagashishiga olib kelmoqda. Shu sababli allergik dermatozlar diagnostikasining bilvosita usullari (Kumbs reaksiyasi, lizotsimlar aktivligini va komplementlar miqdorini aniqlash, T va V limfotsitlar sonini sanash va hokazo) keng qo'llanilmoqda.

7. Terining toshma ko'rinishidagi javob reaksiyasi (izomorf reaksiya). Ba'zi teri kasalliklarida tashqi ta'sirotlar ostida klinik sog'lom terida toshmalar kuzatilishi

mumkin. Bu hol patologik terini aynan shu kasallikka xos javob reaksiyasi hisoblanadi. Mazkur holat izomorf reaksiya deb ataladi.

Bemor organizmning tanish ta'sirotlarga javob reaksiyasi teri ta'sirlangandan so'ng o'sha lahzadayoq namoyon bo'lishi yoki bir necha soatdan keyin ko'rinishi mumkin, yoxud toshmalar bir necha kundan keyin paydo bo'lyshi mumkin. Toshmalar paydo bo'lish tezligi bemor organizmining sensibilizatsiya darajasiga, jumladash teri sezuvchanligining qay darajada oshganligiga bog'liq.

Bolalarda kuzatiladigan gush va neyrodermitda ishqalanish, tiralish, quyosh nurlari ta'sirida terining mana shu omillar ta'sir etgan sohalarida yangi toshmalar paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Shuningdsk, eski toshmalar atrofida yangi gardish paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Bunday toshmalar ko'pincha o'sha zaxotiyoyq hosil bo'ladi. Eshakem kasalligida kuzatiladigan eshakem dermografizmi ham bunga misol bo'la oladi. Bunda terining sog'lom sathida yuritilgan tayoqcha o'rnida o'sha zahotiyoyq qavarchiqli yo'l paydo bo'ladi. Aksincha, psoriaz, qizil yassi temiratki kasalliklarida tashqi ta'sirotlar bir necha soat yoki kundan so'ng yangi toshmalar (tugunchalar) paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Izomorf reaksiya sun'iy yo'l bilan hosil qilinishi mumkin. Masalan, qo''busning rivojlanish bosqichini o'troq (statsionar) bosqichdan farqlash maqsadida bemor terisining sog'lom sathiga o'tkir buyum (masalan, igna) sanchiladi. Mazkur sohada yangi tugunchalar paydo bo'lishi kasallikning rivojlanish (progressiya) bosqichi kechayotganligini ko'rsatadi.

8. Muguz qavatni oydinlashtirish usuli. Epidermis bag'rida shakllanadigai ba'zi patologik o'zgarishlar teri yuzasidan ko'rinmasligi yoki xira ko'rinishi mumkin. Masalan, teri po'stining donador qavatining notekis patologik o'sishi (granulyoz) natijasida shakllanadigan o'ziga xos (to'rsimon yoki o'rgimchak uyasi shaklidagi) manzara barcha bemorlarda ham yaqqol ko'rinavermaydi. Faqat qizil yassi temiratki kasalligiga xos bo'lgan bu klinik belgi fanda Uikxem «to'ri» deb nom olgan. Mana shu simptomni aniqlash maqsadida zararlangan teri sathiga yog' surtilib (vazelin moyi, paxta va kungaboqar moylari), kasallikning klinik manzarasi oydinlashtiriladi. Uikxem simptomini ko'proq og'iz bo'shlig'idan (muguz qavatining yo'qligidan) izlash sababi ham ana shundan. Moy surtish ko'ruv maydonining muguz qavat sathidagi qipiqlardan va tez orada ko'chib tushadigan muguz hujayralaridan tozalanishiga olib keladi. Shu tariqa muguz qavat yupqalashadi va shishasimon qavat ostidagi o'zgarishlarni kuzatish osonlashadi.

9. Yod yoki anilin bo'yoqlar bilan sinov (Beltser usuli). Ma'lumki, rang-barang temiratki kasalligida terining zararlangan sohalaridagi muguz qavat g'ovak bo'ladi. Shu sababli kasallik o'choqlari kepaksimon yoki unsimon qipiqalar bilan qoplanadi. Ana shu rang-barang dog'lar yod yoki boshqa anilin bo'yoqlar bilan bo'yalganda zararlangan teri bo'yoqni o'ziga ko'proq tortib (singdirib) oladi. Shu tufayli dog'lar sog'lom teriga nisbatan to'qroq bo'yaladi. Bu hol musbat Baltser sinovi hisoblanib, rang-barang temiratki borligidan guvohlik beradi.

10. Yog'dulanish usuli. Bu usul lyuminestsent chiroq yordamida zararlangan teri sohalarini yoritishga asoslangan. Bunda zararlangan teri o'choqlari zararlanish tabiatiga qarab, turlicha yog'dulanadi. Masalan, boshning sochli qismi mikrosporiyasida kasallangan sochlar Vud chirog'i bilan yoritilganda zamburug'li o'choqlar yashil tusda yog'dulanadi.

Shuningdek kepaksimon temiratki kasalligida rang-barang dog'lar lyuminestsent (Vud) chiroq yordamida yoritilganda ular to'q jiggar rangga yoki sarg'ish qizil tusga kiradi.

11. Ter ajralish darajasini aniqlash usuli. Ter bezlari faoliyatini aniqlaydigan bir necha usullar (qopchalarga ter tomchilarini yig'ish, ter bezlarining chiqaruv yo'llariga mikropipetkalar o'rnatish, gigrometrik, kalorimetrik usullar va boshqalar) taklif etilgan. Bunday usullar ichida eng qulayi kalorimetriya usulidir. Bu usul maxsus asbob va

uskunalar talab etmaydi. Bu usulga binoan bo'yalgan ter tomchilari soniga qarab ter bezlari faoliyati to'g'risida xulosa chiqarish mumkin: terining tanlab olingan sohasiga 10% li kanakunjut moyi qo'shilgan yodning 1,5% li eritmasi surtiladi. Moylangan teri sathi qurigach, kraxmal kukuni bilan upalanadi. Natijada ter bezlaridan ajralayotgan ter tomchilari qo'ng'ir rangga bo'yaladi. Hosil bo'lgan qora nuqtalarning joylashgan o'rni va soniga qarab ishlab turgan ter bezlari to'g'risida ma'lum xulosaga kelinadi.

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASIDA QO'LLANILADIGAN MAXSUS LABORATORIYA TEKSHIRUV USULLARI

Dermatomikozlar diagnostikasi

1. Kepaksimom (rang-barang) temiratki kasalligini qo'zg'atuvchi zamburug'ni (*Pityrosporum orbiculare*) aniqlash uchun terining zararlangan sohasida joylashgan; qipiq bilan qoplangan rang-barang dog'lardan qirma olinadi. Dastlab material olinadigan dog'lar tanlanadi. Bunda mahalliy dorilar surilmagan va yangi paydo bo'lgan dog'ni tanlash maqsadga muvofiqdir. Buyum oynasi dog' yoniga qiya holda qo'yilib, skalpel yordamida dog'ni qoplab turgan qipiq oyna ustiga qirib olinadi. Qirma ustiga 1-2 tomchi 30% li o'yuvchi kaliy yoki natriy eritmasi tomiziladi, alangada qaynashga etmay qizdiriladi. So'ngra qoplagich oyna bilai yopilib, mikroskopni buyum stolchasi ustiga qo'yiladi. Avval kichik so'ngra katta (40+) ob'ektivda ko'riladi. Mikroskopda kalta va yo'g'on, uchlari qayrilgan mitseliylar, shuningdek mayda, yumaloq, uzum shingilini eslatadigan sporalar to'plamini ko'rish mumkin.

2. Oyoq kafti mikoziga tashxis qo'yish uchun uni qo'zg'atuvchi zamburug'lar (*Trichophyton interdigitale*, *Tr. rubrum*)ni topish zarur. Buning uchun bemor o'tqazilib, oyog'i maxsus stolga qo'yiladi. Skalpel bilan dastlab tovon gumbazining terisi qirib olinadi. So'ngra barmoq oralaridagi burmalar qiriladi. Har safar qirma buyum shishasining o'rtasiga tushirilib, 30%li o'yuvchi kaliy eritmasi tomiziladi, alangada qizdirilgach, qoplagich oyna bilan yopiladi. Pufaklardan material tayyorlash uchun pufak qobig'i (pardasi) qirib olinishi lozim. Preparat pufak pardasidan tayyorlanib, 30% li ishqor bilan ishlov beriladi. Tekshiruvning qolgan jarayoni qirma npreparat tayyorlash kabidir.

Tirnoqlarni patogen zamburug'larga tekshirganda (onixomikozlarda) dastlab bemor oyoqlarini sodali iliq suvga solib ivitish zarur. So'ngra zararlangan tirnoqlar yuzasi qirib tozalanadi. Tirnoqlar qaychi bilan navbatma-navbat qirib olinib, har qaysisi alohida qog'ozga o'raladi. Bunda tirnoqlarning qaysi barmoqdan olinganligiga qarab, belgi (raqam) qo'yib chiqiladi. Keyin barcha qog'oz o'ramlari yig'iladi, qog'oz qopchaga solinadi va laboratoriyaga jo'natiladi. Laboratoriyada har qaysi tirnoq alohida probirkalarga solinib, maxsus ishlov berilgandan so'ng mikroskop ostiga qo'yiladi.

Pufak qobig'idan, tirnoqlardan va qirib tayyorlangan preparatlarning barchasida kasallik paydo qiluvchi zamburug'larning qo'sh konturli sporalari zanjir shaklida ko'rinadi. Bo'g'imlardan tuzilgan mitseliy iplari esa uzilgan munchoqni eslatadi. Ba'zi zanjirlar yumaloq sporalardan iborat bo'lsa, ba'zilari to'g'ri burchakli sporalardan tuzilgan bo'ladi. Soxta (psevdo) mitseliylarni aniqlash maqsadida preparat alangada qizdiriladi, bu chora soxta mitseliylarning yo'qolib ketishiga (parchalanishiga) sabab bo'ladi.

3. Trixofitiyada tekshiruv uchun material silliq teridan qirib olinadi, tirnoqlarni qirib tayyorlanadi. Shuningdek, zararlangan sochlar kovlab yoki tirnab olinadi. Trixofitiyaning turiga qarab sochlar atrofidagi qipiq va qatqaloqlar ham tekshiruv materiali hisoblanadi, sochlarning ildizi qini bilan qo'shib olinadi. Silliq teridagi mayin tuklar skarifikator yordamida yonidan tilib olinadi. Zararlangan sochlarni pintset bilan

tortib yulib olish maqsadga muvofiq emas. Tekshiruvning keyingi bosqichlari boshqa mikozlardagi singari bo'ladi (ishqor bilan ishlang, qizdiring, qoplagich oyna yopish).

Terining yuzaki qavatlarini yallig'lantiradigan zamburug'larda (Tg. violaceum, Tg. crafertiforme) sporalar va mitseliylar sochning ichida joylashgan bo'ladi (Tg. endotrix). Shu sababli mikroskop ostida sporali tizmalardan iborat soch xaltachasini ko'rish mumkin. Zararlangan sochlarning ichi oval, aylana va to'rtburchak shakldagi sporalar tasmasi bilap to'lganligi kuzatiladi. Ba'zan sochlarning ichi sporalarga tiqilib ketib, ularning shakli o'zgarishi mumkin.

Terining chuqur qavatlarini zararlaydigan, jumladan maddali yiringlash jarayonini keltirib chnqaradigan zamburug'lar (Tg. mentagraphytes, Tr. verricosum) iing sporalari sochning tashqarisida joylashgan bo'ladi (Tg. ectotrix). Ba'zi zamburug'larning (Tg. mentagraphytes) sporalari kichik bo'lib, ko'pincha mayda uy hayvonlarida uchraydi. Tr. verricosum ning sporalari esa katta bo'lib, yirik uy hayvonlarida kuzatiladi. Mpkroskop ostida spora va mitseliylar tizmasi soch atrofini g'ilof shaklida o'rab turganligini ko'rish mumkin. Bunda ba'zan katta, ba'zan kichik sporalar to'plami kuzatiladi (zamburug'ning turiga qarab). Ektotriks tipiga mansub zamburug'larni mikrosporiya zamburug'laridan aj-

ratish lozim. Trixofitiya zamburug'lariga xos sporalarning tasmasimon joylashishi shuningdek soch ichida bir-ikkita ingichka mitseliy iplarining kuzatilishi ularni mikrosporiyadan farqlashda yordam beradi.

4. Mikrosporiya kasalligini paydo qiluvchn zamburug'larni topish uchun preparat zararlangan sochdan va silliq teri qirmasidan tayyorlanadi. Mikrosporiyada tirnoqlar zararlanmasligi sababli tirnoqlardan preparat tayyorlanmaydi. Zararlangan soch va qirma o'tkir ishqor bilan ishlanib, qizdirilgandan so'ng qoplagich oyna bilan yopilib, mikroskop ostiga qo'yiladi. Bunda kasallikka sabab bo'ladigan zamburug'lar (M. Ferrugineum, M. lanosum) sporalarinng sochni o'rab olib, guruh-guruh bo'lib to'planganligi ko'riladi. Ular tasma shaklida tizilmaydi, mitseliy iplari ham ko'rinmaydi (shu bilan trixofitiyadan farq qiladi). Sochlar odatda kul rang tus olib, ularning qobig'i yorilganligi darhol ko'zga tashlanadi.

Dermatozoonozlar diagnostikasi

Qo'tir. Kasallikni qo'tir kanalari (*Sarcoptes scabiei*) qo'zg'atib, ular teri po'stining muguz va mal-pigiy qavatlarida joylashgan bo'ladi, terining yupqa sohalarida osonlikcha topiladi. Kanalarni yangi qo'tir toshmalari ko'p joylashgan sohalarida qidirish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bunda juft joylashgan qo'tir toshmalarining yopiq uchida kuzatiladigan pufakcha va kana yo'li kavlab olinadi (Jenner yokn nayzasimon igna yordamida). Ko'pincha toshmalar kavlanayotganda igna ichida kananing o'zini ko'rish mumkin. Mikroskop yordamida qo'tir kanasini qidirish uchun kavlab olingan material buyum oynasiga qo'yiladi. Fiziologik eritma tomizilib, qoplagich oyna bilan yopiladi, 40^x li ob'ektivda ko'riladi. Qo'tir kanasini topish uchun kana yo'lini kesib olsa ham bo'ladi. Ko'pincha kana yo'liniig oxirida hosil bo'ladigan pufakcha tarkibida kana (urg'ochnsi) osonlikcha topiladi. Qo'tir kanasi mikroskop ostida toshbaqa shaklida ko'rinadi, odatda jigar rang, oldi va orqasida ikki juftdan juda qnsqa oyoqlari ko'rinadi.

Yuz kanasi (demodekoz). Yuz kanasi *Demodex folliculorum*, ya'ni chualchangsimoi kana odamda ko'pincha qizil husnbuzar paydo bo'lishiga olib keladp. Ular yog' bezlari tarkibida saprofit holida ham yashaydi. Shu sababli bez kana deb ham ataladi.

Domodekoz kanasini topish uchup endigina hosil bo'lgan toshma elementlaridan material tayyorlash zarur. Zararlangan terida joylashgan tuguncha yoki yiringcha nayzasimon yoki Jenner ignasi yordamida kavlab olinadi. Olingan to'qimali suyuqlik buyum oynasiga bir tekisda surtiladi, qoplagich oyna bilan yopiladi. Dastlab kichik (8^x), so'ngra katta (40^x) ob'ektivda ko'riladi. Bunda kanalar cho'zinchoq,

chuvalchangsimon shaklda ko'rinadi. Ularning bosh, tana, ko'krak va qorip qismlari bpr-biriga qo'shilib ketgan bo'lib, 4 juft qisqa oyoqlari ko'zga yaqqol tashlanib turadi.

3. Pashshaxo'rda (teri leyshmaniozi). Tekshiruv uchun material pashshaxo'rda yaralaridan ajralib chiqayotgan suyuqlikdan tayyorlanadi. Bemorning kasallikning qaysi davrida kelganiga qarab, turln-tuman yo'llar bilan material tayyorlash mumkin. Kasallikning rivojlangan davrida, ya'ni chuqur va keng yaralar hosil bo'lgan paytda yara sathi fiziologik eritma bilan artib tozalanadn. So'ngra yara chetidagi o'suvchi (granulyatsion) to'qima pintset bilan yulib olinadi va undan surtma tayyorlanadi.

Agar bemor yaralar bita boshlagan davrda murojaat etsa, yopilayotgan yaralar Jenner ignasi yoki skalpel bilan chuqur qilib teshiladi, so'ngra o'sayotgan (granulyatsion) to'qimadan qirqib olinib, surtma tayyorlanadi.

Surtmalar xona haroratida quritiladi, 90° etil spirtida fiksatsnya qilinadi (qotiriladi). So'ngra Romanovskiy usulida 50-60 minut mobaynida bo'yaladi. Keyin suvda yuviladi, quritiladi, mikroskopning emmersion ob'ektivida tekshiriladi. Pashshaxo'rda qo'zg'atuvchisi leyshmaniyalar, ya'ni Borovskiy tanachalarining tsitoplazmasi havo rangga, yadro va yadrochasi qizil yoki pushti ranga bo'yaladi, ular hujayra markazidan chetroqda joylashadi. Leyshmaniyalar odatda monotsitlar ichida g'uj-g'uj bo'lib joylashgan bo'ladi, ba'zan leykotsitlar ichida ham uchrashi mumkin.

Pufak suyuqligini tsitologik tekshirish usuli

Terining pufakli kasalliklari diagnostikasida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Po'rsildoqli - haqiqiy akantolitik pufakli yarani boshqa pufakli dermatozlardan farqlashda pufak suyuqligidan akantolitik hujayralarni (Ttsaik bo'yicha) topish usuli amaliy ahamiyatga ega. Buning uchun tekshirilayotgan pufak suyuqligidan bosma-surtma tayyorlanadi. Romanovskiy-Gimza usulida bo'yalgan bosma-surtmalarda akantolitik hujayralarning topilishi bemorning po'rsildoqqa duchor bo'lganidan guvohlik beradi. Bosma-surtma quyidagicha tayyorlanadi: dastlab oddiy o'chirg'ichdan qirqib tayyorlangan kubiklar qaynatilib, sterilizatsiya qilinadi, so'ngra zararlangan teri sohasidagi eroziyalardan yangisi tanlab olinadi, eroziya va uning atrofi doka bilan artnb tozalanadi. O'chirg'ichni qisqich bilan qattiq qisib eroziya yuzasiga bosib olinadi va o'sha zahotiyoy buyum oynachasiga bosib surtma tayyorlanadi. Surtmalarni 4- 5 ta tayyorlash lozim. Sababi, akantolitik hujayralar tez topilavermaydi, Bunday hollarda surtmalar navbat bilan ko'zdan kechiriladi. Akantolitik hujayralar mikroskop ostida aylana yoki oval shaklda ko'rinadi. Yadrosi juda yirik, tsitoplazmaning 3/4 qismini egallaydi. Romanovskiy usuli bilan bo'yalganda ularning yadrosi to'q ko'k rangga, tsitoplazmasi esa havo rangga bo'yaladi.

Bosma-surtmalarda akantolitik hujayralarning topilmasligi va ular o'rnida eozinofillarning kuzatilishi tekshirilayotgan pufak Dyuring dermatoziga tegishli ekanligidan guvohlik beradi.

Qizil yuguruk diagnostikasi

Bunda LE hujayralarini topish muhim amaliy ahamiyatga ega. Bu maqsadga etishish uchun oldindan tayyorlangan natriy oksalat eritmasiga 10 ml bemor qoni quyiladi. Qon natriy oksalat bilan probirkada yaxshilab aralastiriladi, so'ngra 1 soat mobaynida xona haroratida qoldiriladi. Keyin probirkaga 8-10 ta shisha munchoq tashlanadi, og'zi rezina tiqin bilan bekitiladi va 30 daqiqa mobaynida yuqoridan pastga, pastdan yuqoriga chayqatiladi. Ana shundai so'ng probirka zardob hosil bo'lguncha xonada qoldiriladi. Zardob pipetkada tortib olinib tsentrifugalanadn, hosil bo'lgai cho'kmadan bir necha surtma tayyorlanadi, spirt bilan qotirilgach Romanovskiy usulida 15-20 minut bo'yaladi. Bo'yalgan preparatlar leykotsitlarning gavjum joyini topish uchup kichik ob'ektivda ko'riladi, keyin immersion ob'ektivda ko'riladi. Bunda qizil yuguruk hujayralari qizil yoki qizil-binafsha rangga, leykotsit yadrosi esa to'q binafsha rangga bo'yaladi.

Zaxm diagnostikasi

Zaxm qo'zg'atuvchi oqish spiroxetalar (*Treponema pallidum*) bo'yalganda ularning ma'lum bir qismigina bo'ya-ladi, bo'yalganda ham yomon bo'yaladi. Shu sababli ulardan tabiiy, nam preparat tayyorlanib, qorong'ilashtirilgan ko'rish maydonida ko'riladi. Zaxm qo'zg'atuvchilaridan tirik, jonli (nativ) preparat tayyorlash spiroxetalar harakatini kuzatish imkonini beradi. Bu maqsadni amalga oshirish uchun mikroskopning Abbe kondensori maxsus qorong'i ko'rish maydonini ta'minlaydigan kondensor (kardioid yoki paraboloid) lar bilan almashtiriladi.

Oqish treponemalarni qorong'i ko'rish maydonida tekshirish Tindal fenomeniga (beo'xshov hodisa) asoslangan: agar qorong'i xonaga tor tirqish orqali yoruglik nurini kiritsak, tabiiy yorug'likda ko'rinmandigan mayda zarrachalar yog'dulanib yaqqol ko'zga ko'rinadi. Mikroskopni qorong'ilashtirilgan ko'rish maydoni ham ob'ektivga to'g'ridan-to'g'ri tushmaydigan, singan yorug'lik nuri bilai yoritiladi. Bu hol tabiiy yorug'likda ko'rinmagan treponemalarning ham mikroskop ko'rish maydonida ko'rinishiga sabab bo'ladi. Oqish spiroxetalar nurni juda kam darajada sindiradi. Shu tufayli kumush rangli o'ramlarning yodulanishi yaqqol ko'zga tashlanadi.

Nam va jonli preparat quyidagicha tayyorlanadi: tekshirilishi kerak bo'lgan element (eroziya, yara, nam tuguncha) yuzasidan bir tomchi to'qima suyuqligi olinib, buyum shishasiga tomiziladi. To'qima suyuqligi (serum) ni olish uchun tekshirilayotgan element yuzasi fiziologik eritma yordamida artib tozalanadi. Agar yaralar ustida qatqaloq, o'lgan to'qima va chiqindilar bo'lsa, pintset yordamida olib tashlanadi va fiziologik eritma bilan artiladi. Odatda oqish spiroxetalar chuqurroqda, biriktiruvchi to'qima oralig'ida, limfa va qon tomirlari atrofida yig'iladi. Shu sababli to'qima suyuqlign bir necha usullar (siqib chiqarish, tirnash, kuydirish) bilan olinadi. Bordi-yu mazkur usul yordamida spiroxetalar topilavermasa, tekshirilayotgan element fnziologik eritma bilan bnr necha soat davomida namlanadi.

Buyum shishasiga tomizilgan bir tomchi to'qima suyuqligi (serum) bir tomchi natriy xlorndning izotonik eritmasi bilan aralashtiriladi va qoplagich oyna bilan qoplanadi. So'ngra kondensor yuziga bir tomchi immersion moy yoki distillangan suv tomiziladi, preparat xuddi shu tomchiga tegizib o'rnatiladi. Rangpar spiroxetalar 10x40 kattalikda ko'zdan kechiriladi. Bunda mikroskop ko'zgusi OI - 10 yoritgichi bilan yoritiladi. Zaxm qo'zg'atuvchisi oqish spiroxetalar mikroskopning ko'rish maydonida o'zining spetsifik harakatlari (mayatniksimon, to'lqinsimon, tebranma, o'z o'qi atrofidagi harakati) bilan saprofit spiroxetalardan farqlanadi. Shuningdek, ularning ingichka va bir tekis joylashgan o'ramlari qorong'ida yaltirab, spiral shaklida ko'rinadi.

Boshqa turdagi spiroxetalar (*S. buccalis*, *S. Dentinum*) esa o'zlarining dag'al burmalari, har xil turdagi harakatlari bilai ajralib turadi. Bundan tashqari, ular goho to'xtab, goho keskin harakatlanadi va harakatlari davomida o'z shaklini o'zgartirib turadi.

Bordi-yu tekshirilayotgan elementlar tarkibida rangpar treponemalarni topib bo'lmasa (bu hol toshmalar tuzalayotgan, bitayotgan davrda kuzatiladi), limfa tugunlari punktsiya (sanchish) qilinib, bezning to'qima suyuqligi olinadi va mikroskop ostida tekshiriladi.

So'zak diagnostikasi

So'zak paydo qiluvchi gonokokklarni (*Neisseria gonorrhoeae*) aniqlashda sifatli surtma tayyorlash muhim amaliy ahamiyatga ega. Eraklardan surtma olish uchun siydik chiqaruv naychasining tashqi chiqaruv teshigi fiziologik eritma singdirilgan doka parchasi bilan artiladi. So'ngra ikki qo'lga ikkita buyum shishasi olinib, o'ng qo'ldagisining cheti yiringli ajralma chiqib turgan joyga tegiziladn. Ana shu bir cheti yiringli suyuqlikka bulg'angan o'ng buyum shishasi chap buyum shishasi yuzasi bo'ylab yurgiziladi, ya'ni bir tekis qilib surtiladi. Tayyorlang'an surtmaning juda yupqa bo'lishi maqsadga muvofivdir. Agar uretradan to'qima suyuqligi erkin ajralib chiqayotgan bo'lmasa (torpid, surunkali uretritlarda) jinsiy olatni siqib, qo'lni oldinga siljitish yo'li bilan ajralma chiqariladi.

Ayollar jinsiy a'zolaridan asosan uretra va bachadon bo'ynidan cyptma tayyorlanadi. Buning uchun uretra va tservikal naychani tashqi teshiklari fiziologik eritma bilan ho'llangan doka bilan artiladi. So'ngra metall qovuzloq, novsimon naycha yoqi Folkman qoshig'i (bu asboblardan yuqumsizlantirilgan bo'lishi shart) yordamida to'qima suyuqligi olinib, buyum oynasiga surtiladi. Surtmalar aylanma harakat qilish yo'li bilan ovalsimon shaklda tayyorlanadi.

Qiz bolalarda surtma olishda Kusko ko'zgusi qo'llash man etiladi. Tarnovsimon naycha yoki Folkman qoshiqchasi iffat pardasi halqasidan ehtiyotkorlik bilan o'tkazilib, qin tubi va bachadon bo'ynidan navbat bilan ajralma olinadi. Aylanma harakat qilib, buyum shishasiga surtiladi. Ayol va qizlarni uretra, bachadon bo'yni va qin g'umbazi kabi a'zolaridan surtma tayyorlayotganda har bir a'zoga alohida asbob qo'llash talab etiladi. Aks holda diagnostik xatoga yo'l qo'yilishi mumkin. Masalan, uretrada gonokokklardan ifloslangan asbob bilan tservikal yo'ldan surtma olish bachadon buyini surtmasida gonokokklarning topilishiga sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, tekshirilayotgan surtmalar tarkibida boshqa kasallik qo'zg'atuvchilari (trixomonadalar, achitqi zamburug'lari va boshqalar) ham bo'lishi mumkinligini nazarda tutish lozim. Gonokokklar barcha anilin bo'yoqlari bilan bo'yaladi. Gramm usulining muhim farqlovchi-diagnostik ahamiyati shundaki, u so'rtmalarni ana shu usulda bo'yalishi taqozo etadi. Bunda ular Gram manfiy bo'yaladi. Surtmalar mikroskopning 7x90 kattaligida ko'zdan kechiriladi. Bunda ko'rish maydonida kuzatilayotgan leykotsitlar, gonokokklarning leykotsitlar ichida joylashganligi, kattaligi bir xil kofi donachalari yoki loviyasimon juft kokklarning mavjo'dligi ularni boshqa diplokokklardan farq qilishda yordam beradi.

VENEROLOGIYA DAN MASALALA

1- masala.

4-ilova

VENEROLOGIYA DAN MASALALAR

1- masala.

Bolalar poliklinikasining jarrohiga o'ng chov sohasida «shish» paydo bo'lganligi sababli, 14 yoshli o'spirin murojaat etdi. Bemorni tekshirgan vrach chov sohasida o'ng tomonda bir necha limfa tugunlarining kattalashganini aniqladi. Tugunlarning kichigi no'xatdek, kattasi musichaning tuxumidek kelardi. Ular qattiq, harakatchan, bosib ko'rilganda og'rimas edi. Mazkur limfadenitni davolash maqsadida jarroh bemorni fizioterapiya bo'limiga yubordi (issiqlik muolajalarini o'tkazish uchun).

Jarrohning xatosi nimada?

Qanday kasalliklar to'g'risida mulohaza qilish kerak edi?

2- masala.

Jarrohga 15 yoshli o'spirin bola jinsiy olati og'riyotganligiga shikoyat qilib keldi. Tekshiruv natijasida jinsiy olat terisi kizarib, shishganligi, zakar boshchasi xaltasining og'zi torayganligi aniqlandi. Unda olat boshchasi ko'rinib turar, ammo seroz suyuqligi to'planishi natijasida rivojlangan madda zakar boshchasi xaltasining og'zini ochishga imkon bermas edi. Chov limfa tugunlari ikkala tomonda ham kattalashgan, qattiq, bosilganda bir oz og'riq bezovta qiladi.

Anamnestik ma'lumotlar yig'ish natijasida bemorni 40 kun avval noma'lum ayol bilan jinsiy aloqada bo'lganligi ma'lum bo'ldi.

Jarroh bemorni venerologga yo'llashga qaror qildi.

1. Venerologni mazkur bemorga nisbatan tutgan taktikasi qanday bo'lmog'i lozim?

2. Zaxm tashxisini tasdiqlash yoki inkor etish uchun qanday tekshiruvlar o'tkazilishi kerak?

3-masala.

Urologga 3 yashar bolani olib kelishdi. Bemor bolaning zakar boshchasi va tanasi terisida bir necha «yara»lar aniqlandi, siyganda og'riq bezovta qilardi. Sinchkovlik bilan ko'rilganda toshmalarning ko'p qismi yiringchalar, ba'zilar eroziyalar ekanligi ma'lum bo'ldi. Ular juft-juft bo'lib joylashgan, atrofi qizargan edi. Bolani qichishish bezovta qilib, tungi paytda kichishish zo'rayar ekan.

1. Sizni dastlabki tashxisingiz?

2. Kasallik tabiatini aniqlash uchun nima talab etiladi?

4-masala.

Yuqumli kasalliklar bo'limiga 14 yoshli qiz bola ich terlama kasalligi bilan yotqizildi. Bemorning qorin, elka va bilak sohalarida kattaligi tariqdek keladigan mayda dog'lar borligi ma'lum bo'ldi. Dog'lar och pushti rang, ba'zilar qizg'ish, aylana-oval shaklda, bosilganda yo'qoladi. Teri sathidan bo'rtib chiqmagan, noxysh belgilar bezovta qilmaydi. Kasalning tana harorati 38,3°, qorni og'riydi, boshi aylanadi, ko'ngli behuzur bo'lib, holsizlanib yotib qoldi.

Ikkilamchi zaxm rozeolalarini ich terlama toshmasidan qanday farqlash mumkin?

Aniq klinik tashxis qo'yish uchun vrach qanday tekshiruvlar o'tkazishi lozim?

5- masala.

«Dorilardan kelib chiqqan allergiya» tashxisi bilan 9 yoshli o'g'il bola travmatologiya bo'limidan aller-gologiya bo'limiga o'tkazildi. Bolaning qo'li singan, ko'p qon yo'qotgan, sho' tufayli 2 oydan ortiq davolangan edi. Travmatologning fikricha, ikki hafta davomida mumiyo bilan o'tkazilgan davo bolada allergik toshma bergan. Travmatolog fikrini tasdiqlagan allergolog bemorga «Allergik dermatit» diagnozini qo'ydi, uni antigistamin va steroid preparatlar bilan bir hafta davoladi. Ammo, bolaning badanida paydo bo'lgan dog'lar va tugunchalar ko'payib, qo'l va oyoqlarini ham egalladi. Shundan so'ng dermato-venerolog maslahatga chaqirildi. Tegishli anamnestik va klinik ma'lumotlar yig'gan mutaxassis bemor bolaga ikkilamchi yangi zaxm deb dastlabki tashxis qo'ydi.

Venorolog qanday ma'lumotlar yig'di?

Mazkur tashxisni tasdiqlash uchun qanday laboratoriya ma'lumotlari zarur?

6- masala.

Teri kasalliklari dispanseriga ikkilamchi yangi zaxm tashxisi qo'yilgan G. ismli bemorning jinsiy hamrohi sifatida T. ismli juvon taklif etildi. T. 2 oy avval G. bilan bir marta jinsiy yaqinlik qilganligini tasdiqladi. Biroq, klinik va serologik tekshiruvlar juvonda zaxm belgilari yo'qligini aniqladi.

T. ning salomatligi to'g'risida sizning fikringiz?

T. ga nisbatan vrachning navbatdagi munosabati qanday bo'lishi lozim?

7- masala.

«Chilla yara» tashxisi bilan bolalar bo'limiga yotqizilgan 9 haftalik nimjon go'dakning yuzi, boshning sochli qismi va ensa sohasi tarqalgan eritema bilan qoplangan edi. Boshning sochli qismida to'plangan madda qota boshlagan, ustki yuzasi qurib tangasimon qipiqalar bilan yopilib borardi. Bosh terisidagi sochning siyraklashganligi va to'kilib tusha boshlayotganining g'uvohi bo'lgan bo'lim boshlig'i go'dakka «gipotrofiya» tashxisini ham qo'shib qo'ydi. Go'dak hayotining 10-haftasida ensa sohasidagi teri qizarib, shishib, suvlasha boshladi. Maslahatga chaqirilgan allergolog go'dakni ko'zdan kechirganda, uning lablari qalinlashganligini, og'iz burchaklari yorila boshlaganini aniqladi. U «ovqatdan allergiya» diagnozini qo'yib, go'dakning o'ziga esa gistaminga qarshi dorilar buyurdi. Biroq, terida rivojlanayotgan jarayon kuchaya bordi. Shu sababli maslahatga dermatolog chaqirildi. Bemor bola terisi ko'zdan kechirilib,

onasi bilan suhbat o'tkazgan vrach o'sha zahotiy oq «erta tug'ma zaxm» degan tashxis qo'ydi.

Qanday belgilar va ma'lumotlar asosida venerolog tug'ma zaxm tashxisini qo'ydi?

Pediatr va allergologlarning xatolarini so'zlab bering.

8-masala.

Tibbiy ko'rikdan o'tayotgan N. ismli ayolni tekshirgan ginekolog qo'yidagilarni aniqladi: bachadon bo'ynidan yiringli suyuqlik ajralib turibdi, qinning tubi seroz oqimtir suyuqlik bilan to'lgan. Uretraning ogzi kengaygan, qizargan. Uning pastki devoriga bosilganda yiringli suyuqlik paydo bo'ldi. Bachadon bo'ynining o'ng tarafida diametri 1sm keladigan eroziya mavjud. Eroziya qip-qizil, tubi yaltiroq, chetlari bir oz ko'tarilgan, bosib ko'rilganda og'rimaydi.

N. bilan suhbatlashgan ginekolog, uning bir oy ilgari notanish kishi bilan jinsiy aloqada bo'lganligini aniqladi. N. o'zini sog'lom hisoblaydi.

Qanday kasallik to'g'risida fikr yuritish lozim?

Kasallikni aniqlash uchun qanday choralar ko'rish lozim?

9-masala.

Stomatolog qabulida bo'lgan bemorning qattiq tanglayida yara aniqlandi. Yara bir dona, kattaligi no'xatdek, ovqatlanganda og'rib, taom o'tishi qiyinlashgan edi. Yoriqsimon shaklga ega bo'lgan bu yaraning usti nekrotik parada bilan qoplangan, tubi chuqurlashib, teshilishiga oz qolgan edi.

Bemorning gapiga qaraganda yara bir necha oydan buyon mavjud. Etti-sakkiz yil avval ich terlama bo'lgan ekan.

1. Qanday kasalliklar to'g'risida fikr yuritish mumkin?

2. Zaxm bor-yo'qligini aniqlab bo'ladimi?

10-masala.

Ruhiy kasalliklar shifoxonasiga yotqizilgan va yoshligida zaxm o'tkazgan D. ismli bemorga rivojlangan falajlik degan tashxis qo'yildi. Uning rafiqasi klinik tekshiruvdan o'tkazilganda zaxm belgilari topilmadi. Biroq, serologik reaksiyalarning barchasi musbat natijalar berdi. Rentgenologik tekshiruvda aorta bosh tomirining yoyi kengayganligi (anevrizma) aniqlandi.

1. D. ning rafiqasiga qo'ygan tashxisingizni ayting.

2. Qanday epidemiologik choralar ko'rmoqchisiz?

11- masala.

Bolalar kasalxonasiga keltirilgan 2 oylik go'dakda quyidagi o'zgarishlar aniqlandi: o'pkaning ikkala qismi ham yallig'langan, o'zi nimjon, terisi qurib bujmaygan, burni bitib qolganidan qiynalib nafas olmoqda, qorni juda katta, jigar va talog'i kattalashgan. Qo'lning kafti va oyoq kafti terisi qizarib shishgan, madda to'planib, qattiqlashgan, yaltiroq.

1. Go'dakka dastlabki tashxis qo'ydingizmi?

2. Bemor bolada barcha klinik belgilarga izoh bering.

12- masala.

Okulist 14 yoshli qiz bolani «parenximatoz keratit» tashxisi bilan venerologga yo'lladi. Dispanserdagi tekshiruvlar qizning elkasidan yangi chandiqlar topdi, og'iz atrofida nursimon chandiqlar aniqlandi. Qizning hanjarsimon o'simtasi yo'q ekan.

Sizning dastlabki tashxisingiz?

Bemor qizning kasalligini aniqlash uchun algoritmik tekshiruv rejasini tuzing.

13- masala.

U. ismli 31 yoshli bemorni dermatolog maslahatiga yuborgan onkolog unga «Kaposhi sarkomasi» tashxisini qo'ydi. Mazkur kasallikning yoshlarda uchramasligini bilgan dermatolog bemorni atroflicha tekshirdi limfadenopatiya, leykopeniya va og'iz bo'shlig'ida yaraga aylangan tugun aniqlandi. Bemor ikki oy mobaynida sababsiz isitmalagan ekan.

Bemorga dastlabki tashxis qo'ying.

Kasallikning aniq tabiatini aniqlash uchun nimalar qilish kerak?

14- masala

Ichki kasalliklar bo'limiga astma (diqqinapas) kasalligi bilan yotqizilgan bemorda KSRLar musbat natijalar berdi. Shu sababli o'tkazilgan qo'shimcha serologik tekshiruv natijasi quyidagicha: IYoR- (4+), THChR - treponemalar harakatini cheklash darajasi 90%. Kurak sohasining pastida bir xil kattalikdagi bir guruh chandiqlar va pigmentli dog'lar aniqlandi. Terapevt va nevropatolog ko'riklari zaxmga aloqador belgilarni topa olmadi.

1. Bemorning tashxisi nima? Uni isbotlab, izoh bering.
2. Qanday epidemiologik choralar zarur?

15- masala.

Ikki hafta davomida sababsiz ichi ketgan (diareya) G. ismli bemor badanini yara bosib ketdi. Antibiotiklar bilan o'tkazilgan davo naf bermadi. Dardga yangi dardlar (kandidoz, oyoq kafti epidermofitiyasi) kelib qo'shildi. Chorasiz qolgan dermatolog bo'lim boshlig'ini maslahatga chaqirdi. Bemor bilan suhbatlashib, uning palapartish jinsiy hayot kechirib kelganligini aniqlagan tajribali shifokor darhol limfotsitlarning miqdorini va o'zaro nisbatini aniqlashni buyurdi.

Bo'lim boshlig'i laboratoriyadan qanday javob kutayapti?

G. ga aniq klinik tashxis qo'yish uchun yana qanday ma'lumotlar kerak?

16- masala.

A. ismli 22 yoshdagi yigit 1991 yil 8 sentyabrda teri kasalliklari dispanseriga moyak xaltasining terisiga yara chiqqanligi tufayli murojaat etdi. Bemorning anamnezidan uning 24 avgustda K. ismli noma'lum ayol bilan jinsiy aloqada bo'lganligi ma'lum bo'ldi.

A. ikki yil avval uylangan, bolasi yo'q. Hozirgi paytgacha turmush o'rtog'i bilan yashaydi, tanosil kasalliklari haqida tushunchaga ega emas. Uch kun avval oxirgi marta jinsiy aloqada bo'lgan. Keyingi to'rt hafta ichida dori moddalari, jumladan antibiotiklar qabul qilmagan.

Bolaligida Botkin kasalligini o'tkazgan, ba'zan jigari bezovta qilib turadi. Uch oy ilgari oshqozon yarasi tufayli jarrohlik muolajasini o'tkazgan.

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari: moyak xaltasining chap yarmida aylana shaklida eroznya kuzatilib, kattaligi bir tiyinlik chaqadek keladi. Eroziya noxush belgilarsiz, go'sht-qizil rangli. Yara tubidan oz miqdorda seroz suyuqlik ajralib turibdi, shu sababli yaltirok,. Eroziya ostida qattiq madda paypaslandi. Limfa tugunlaridan quyidagilari paypaslandi: chap tomondagi chov tuguni o'rikning danagidek, o'ng tomondagisi - no'xatdek. Ular qattiq, harakatchan, noxush belgilarsiz. Tugunlar ustidagi terida yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Teri va shilliq qavatlarining boshqa sohalarda toshmalar yo'q.

Savollar: 1. Sizniig dastlabki tashxisingiz?

Aniq klinik tashxis qo'yish uchun qanday anamnestik, klinik, laboratoriya ma'lumotlari zarur (olinadigan ma'lumotlarning turiga qarab, tashxisni izohlang) ?

Qattiq yapa suyuqligida oqish treponemalar topilmasa, sizning xulosangiz?

17- masala.

G. ismli 19 yoshli qizni tish og'rig'i stomatologga etaklab keldi. Og'iz bo'shlig'ini sinchkovlik bilan tekshirgan vrach chap bodomcha bezi sohasida «yara» borligini ko'rib qoldi. Bezni qoplab turgan shilliq qavatning shilinganligini G. bilmas edi, chunki toshma uni bezovta qilmas edi. Mazkur jarayonni oddiy stomatitlarga o'xshamasligini sezgan stomatolog qizni venorologga yuborishga qaror qildi.

Teri kasalliklari dispanserida bodomcha bezining yarasi atroflicha o'rganildi, undan ajralib chiqayotgan suyuqlikdan rangpar spiroxetalar topildi.

G. ning anamnezidan quyidagilar ma'lum bo'ldi: turmushga chiqmagan, ota-onasi bilan yashaydi, B. ismli yigit bilan muntazam jinsiy yaqinlik qilib turadi (unga turmushga chiqishga hozirlanayotgan ekan). Boshqa shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lmagan.

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari: chap bodomcha bezining shilliq qavatida oval shaklida bitta yara joylashgan, kattaligi loviyadek, tubi chuqur va yaltiroq, rangi qizg'ish. Yaraning asosida qattiq madda bor. Bo'yin, jag' osti, qo'lتيq va bilak limfa tugunlari kattalashgan (no'xatdan o'rik danagigacha).

KSR (VR, KR, ZVR) natijalari o'ta musbat. O'sha kuniyoq bemorga birlamchi seropozitiv zaxm tashxisi qo'yildi va davolash boshlandi. 400 000 TB penitsillin eritmasi yuborilgandan 2 soat o'tgach, bemorning tana harorati ko'tarila boshladi, boshi og'rib, ko'ngli noxush bo'ldi. So'ngra qaltiroq tutdi, isitmasi 39° gacha ko'tarildi. Qorin terisining yon sathlarida mayda yallig'langan dog'lar paydo bo'ldi. Ertasi kuni toshma elka va bilak sohalariga toshdi.

Savollar: 1. Bodomcha bezidagi yaraning tabiatini aniqlang va izohlang.

Penitsillin yuborilgandan so'ng namoyon bo'lgan noxush belgilarga klinik baho bering.

Bemor tashxisini muhokama qilib, to'g'ri-noto'g'riligini so'zlab bering.

18- masala.

Teri kasalliklari dispanseriga murojaat etgan V. ismli bemorning o'ng boldir sohasida katta yarasi borligi ma'lum bo'ldi. V. katta bir shifoxonaning jarrohlik bo'limida 26 kun davolangan ekan. Unga dastlab trofik yara, so'ngra oqma yara tashxislari qo'yilgan. O'tkazilgan barcha davo choralari (vitaminlar, biogen stimulyatorlar, immunomodulyatorlar) bemor V. ga naf qiladi, o'z xohishi bilan bo'limdan chiqib ketdi. Qo'shnisining maslahatiga ko'ra V. tabibda davolandi (mo'miyodan tayyorlangan malham bilan). Ko'p o'tmay yara bita boshladi, ancha kichraydi. Ammo 3 ko'n avval V. narvondan yiqilib, lat edi, shu sababli yara ochilib og'riq paydo bo'ldi. Bu hol uni bizning statsionarimizga boshlab keldi.

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari: o'ng boldirning pastki uchdan bir qismida, uning tashqi yuzasida 50 tiyinlik tangadek keladigan yara joylashgan. Yara aylana-oval shaklda, ko'kimtir-qizg'ish tusli, atrofida madda to'plangan, ozgina shishgan. Yaraning tubi chuqur, o'lik to'qimadan iborat chiqindi bilan qoplangan, o'rtasidan elimsimon yopishqoq suyuqlik ajralib turibdi.

Ajralayotgan yara suyuqligidan oqish spiroxetalar topilmadi. KSR (VR, KR, ZVR) manfiy natijalar berdi.

Bemor hayotining zaxmga aloqador tomonlari o'rganildi, uning 18 yil avval zaxmga duchor bo'lganligi aniqlandi. O'shanda V. chala davolangan edi. Bemorning rafiqasi S. klinik tekshiruvdan o'tkazilganda, undan zaxm belgilari topilmadi. VR musbat, cho'kma reaksiyalari manfiy chiqdi.

Savollar: 1. Boldir suyagi sohasidagi yaraga to'liq ta'rif bering, uning tabiati to'g'risida sizning xulosangiz?

2. V. ga aniq klinik tashxis qo'yish uchun qanday ma'lumotlar zarur?

3. V. ning rafiqasi S. ga to'g'ri tashxis qo'yish uchun vrach qanday tekshiruvlar o'tkazishi lozim?

19- masala.

Ikkilamchi yangi zaxmga duchor bo'lgan va yaxshi davolanmagan T. ismli go'dakda zaxm belgilari topilmadi. Pediatr tomonidan o'tkazilgan tekshiruvlar bolaning ichki a'zolarida spetsifik o'zgarishlar yo'qligini isbotladi. Serologik reaksiyalar quyidagi natijalarni berdi: VR-(4+), (4+), (4+); IYoR - 200 (4+), THChR- treponemalar harakatini cheklash darajasi 70%. Shundan so'ng naysimon suyaklar rentgenologik tekshiruvdan o'tkazildi va quyidagi o'zgarishlar aniqlandi: katta boldir suyaklarining metafiz qismida qalinligi 4 mm keladigan yorug' oqimtir xo'l (chiziq) mavjud. Mazkur

chiziqning tishli qirralari suyakning epifiz qismiga qarab turibdi. Boshqa suyaklarda patologik o'zgarishlar topilmadi.

T. ning otasi erta yashirin zaxm diagnozi bilan davolangan. Hozirgi kunda klinik-serologik kuzatish o'tkazilmoqda. Go'dakning ikkita akasi (4 yosh va 7 yosh) bor. Ular birga yashaydilar.

Savollar:

Bemor T. ga klinik tashxis qo'ying.

Katta boldir suyagida topilgan o'zgarishni qanday ta'riflaysiz?

Boshqa oila a'zolariga nisbatan vrachning munosabati qanday bo'lishi lozim?

20- masala.

X. ismli 62 yoshli ayol tibbiyot oliy bilimgoi kasalxonasining ichki kasalliklar bo'limiga xafaqon tashxisi bilan yotqizildi. Qondagi muvofiq KSRga olingan qon quyidagi natijalarni berdi: VR - (3+), (3+), (4+); KR-(2+), ZVR-(3+). Shu sababli maslahatga chaqirilgan venerolog bemorning teri va shilliq qavatlarida zaxmga aloqador belgilarni topa olmadi. Takroriy serologik tekshiruvlar quyidagi javobni berdi: VR-(3+), (3+), (4+); KR-(3+), ZVR-(3+), shuningdek IYoR - 200 (4+), THChR -harakatni cheklash darajasi - 65% .

Bemor X. ning umr yo'ldoshi O. klinik va laboratoriya tekshiruvlaridan o'tkazilganda, unda zaxm belgilari aniqlanmadi.

Er-xotin O. va X. lar butun umrlari mobaynida sog'lom turmush kechirganliklarini bir necha bor ta'kidladilar.

X. etti marta homilador bo'lgan, ettita farzandi bor. Ayolning gapiga qaraganda, u Z-bolasini tugayotganida ko'p qon yo'qotgan ekan. Ana shu sababli, unga tug'ruqxonada qon quyilgan. Shundan so'ng hozirgi davrga qadar X. ga qon va qon preparatlari quyilmagan. Xafaqon kasalligi tufayli tuman va viloyat shifoxonalarida bir necha bor davolangan.

Bemor X. terapevtning qayta ko'rigidan tashqari nevropatolog, xirurg, ginekolog, okulistlar tomonidan atroflicha tekshirildi. Rentgenologik tekshiruv o'tkazildi. Uning barcha a'zolari va sistemalarida zaxmga aloqador biror o'zgarish topilmadi.

Savollar:

1. Bemor X. ning kasalligi to'g'risida qanday xulosaga keldingiz?

2. X. da yashirin zaxm taxmin qilinadigan bo'lsa, nega O. da zaxm belgilari namoyon bo'lmadi? O'z fikringizni ayting.

3. Serologik tekshiruvlar javobini muhokama qiling.

21- masala.

J. ismli bemor 44 yoshda, mo'handis. Teri kasalliklari dispanseriga moyak xaltasining terisi va oraliq sohasida dog'lar va yaralar paydo bo'lganligi sababli murojaat etdi. Uning gapiga qaraganda bir hafta avval moyak xaltasida bir necha dog'lar va pufaklar paydo bo'lgan, 2-3 kun o'tar-o'tmas yaraga aylangan, so'ngra oraliq sohasiga tarqalgan. Bemorning anamnezidan quyidagilar ma'lum bo'ldi: u ikki oydan buyon kasal, sababsiz isitma bezovta qiladi. Dastlab gripp bo'lib yotgan, bunda tana harorati 38-39°S ga chiqqan, og'iz va lablarini uchuq bosgan, holsizlanish, bosh og'rig'i qiynagan, dori-darmonlar foyda qilmagan; so'ngra yo'tal bezovta qilib, o'tkir bronxit tashxisi bilan 3 haftadan ko'proq kasalxonada yotib davolangan. Shundan so'ng yutal o'tib ketgan, ammo isitma davom etavergan. Og'zidagi uchuqlar yo'qolib, yana paydo bo'lgan. Qarindoshlarining maslahati bilan davoni xalq tabobati usullari bilan davom ettirishga qaror qilgan. Biroq sababsiz boshlangan isitma sababsiz tushdi. Ishga chiqishga hozirlanib turgan J. da yara ko'payib ketdi.

Bemor J. ning xotini va 20 yoshli bolasi borligi ma'lum bo'ldi. Oxirgi 10 oy davomida o'zgaralar bilan jinsiy aloqada bo'lmagan. O'n oy avval ish yuzasidan Moskvaga qilgan safarida noma'lum ayol bilan 2 marta jinsiy yaqinlik qilgan.

Qon va qon preparatlarini umuman qabul qilmagan.

Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari: jinsiy a'zolar sohasida (moyak xaltasi, oraliq, orqa chiqaruv teshigi) o'ndan ortiq yara mavjud. Kichigi no'xatdek, kattalari bir tiynlik chaqadek keladi. Yaralarning ko'p qismi aylana-oval shaklida, atrofi halqasimon qizargan, tubi notekis va yiringsimon suyuqlik bilan qoplangan, ulardan noxush hid ajralib turibdi. Ko'pchilik yaralarning tubidagi va atrofidagi to'qima juda yumshoq, bosilganda kuchli og'riq paydo bo'ladi. Ba'zi yaralarning tubida qattiq madda paypaslandi. Periferik limfa tugunlari (bo'yin va qo'ltiq sohaslarida kabutar tuxumidek, o'mrov osti bezlarida o'rik danagidek, chov sohasida loviyadek) kattalashgan, harakatchan, kattiq va bezlar ustidagi teri yallig'lanmagan.

Yaralardan ajralib chiqayotgan to'qima suyuqligi tarkibida oqish spiroxetalar topilmadi. Mazkur suyuqlikdan tayyorlangan surtmada Dyukrey streptobatsillalari yo'q ekan.

Serologik tekshiruv natijalari quyidagicha: Vasserman reaksiyasi o'ta musbat, cho'kma reaksiyalari manfiy, IYoR - 200 manfiy, THChR - treponemalar harakati 10% cheklangan.

Qonning umumklinik tekshiruv natijalari: eritrotsitlar - 4,2 mln., gemoglobin - 90, leykotsitlar - 6200, trombotsitlar - 230 000.

Masala shartida berilgan ma'lumotlarni izohlang.

Sizning dastlabki tashxisingiz?

Kasallikni aniqlash uchun qanday anamnestik, klinik va laboratoriya ma'lumotlari zarur?

Mundarija

So'z boshi.....	3
(1 mashg'ulot).....	6
Terining umumiy tuzilishi.....	7
Terining toshma elementi.....	16
Zaxm.....	19
Zaxmning umumiy kechishi.....	23
Birlamch zaxm.....	24
(2 – mashg'ulot).....	27
Zaxmning ikkilamchi davri.....	32
Zaxmning uchlamchi davri (3 – mashg'ulot).....	37
Yashirin zaxm.....	40
Zaxmda qo'llaniladigan serologik reaksiyalar.....	45
Tug'ma zaxm (4 – mashg'ulot).....	49
Erta tug'ma zaxm.....	50
Kech tug'ma zaxm.....	54
Zaxmni davolash (5 – mashg'ulot).....	59
Spesifik dori vositalari.....	60
Nospesifik davo usullari.....	66
Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (6 – mashg'ulot).....	70
OITSDa teri va shilliq qavatlarining zaralanishi.....	75
So'zak (7 – mashg'ulot).....	80
Uretritlar.....	82
Qiz bolalar so'zagi.....	84
Piodermitlar (8 – mashg'ulot).....	89
Stafilodermiya.....	90
Stertodermiyalar.....	94
Dermatitlar (9 – mashg'ulot).....	94
Gush (Ekzema).....	100
Eshakem.....	102

Bolalar qichimasi.....	109
Terining zamburug'li kasalliklari (10 –mashg'ulot).....	111
Kepaksimon temiratki.....	114
Epidermofitiya.....	115
Trixofitiya.....	115
Mikrosporiya.....	117
Kandidozlar.....	118
Qo'bus (Psoriaz) (11 –mashg'ulot).....	119
Qizil yassi temiratki.....	125
Pashshaxo'rda(12– mashg'ulot).....	131
Qo'tir.....	134
Bitlash.....	139
Po'rsildoq pufak yara (13 – mashg'ulot).....	141
Uchuqsimon dermatoz.....	143
Qizil yuguruk.....	148
Sklerodermiya.....	150
Tibbiy kosmetologiya (14 – mashg'ulot).....	152
Oddiy husunbuzar.....	162
Qizil husunbuzar.....	163
Pes.....	164
O'lkamizda ko'p uchraydigan dermatozlar. Asosiy kasallik bayonlaridan ko'chirmalar.....	172
Teri tanosil kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladigan maxsus laboratoriya tekshiruv usullari.....	187
Teri kasalliklari diagnostikasida qo'llaniladigan maxsus laboratoriya tekshiruv usullari.....	193
Venerologiyadan masalalar.....	200
Dermatovenerologiyadan test sinovi uchun savol va masalalardan namunalar.....	210
Teri va tanosil kasalliklarini davolashda qo'llaniladigan dori moddalarnong qisqacha resepturasi.....	231

Буюртма №22. Адади 100 нусхада.
Келишилган нархда

Босмахона манзили: ООО«GEO FAN POLIGRAF» 100170, Тошкент,
И.Мўминов кўчаси, 13-ўй.