

М.А. МУКАРРАМОВ

**ТЕРИ ВА
ТАНОСИЛ
КАСАЛЛИКЛАРИ**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ИНСТИТУТИ

М.А. Мукаррамов

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Доктор
Бухани, еркин
Диморканова
Висоилова
Мукаррамов
Валиев
21.10.2006

Тошкент — 2006

Муаллиф: Мукаррамов Мухтор Ахрорович

Тақризчилар: 1. С.С. Арифов — тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент Врачлар малакасини ошириш институти дерматовенерология кафедраси мудири.
2. Т.Т. Шахобиддинов - тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси профессори.

Қўлланма дерматовенерология соҳасининг барча бўлимларини, шу жумладан кам учрайдиган тери касалликларини қамраб олган. Ушбу қўлланмада дифференциал диагностикага катта эътибор берилган, бу мақсадда тери касалликлари ҳамда терининг касалланиш синдромлари, дифференциал диагностикасини ҳозирги замон клиник, патоморфологик ва бошқа мезонлари келтирилган. Қўлланма ўзига хослиги билан ажралиб туради: унда барча касалликларда тошмаларнинг кўп учрайдиган ҳолатларига қараб бўлинганки, бундай ҳолат материални кўргазмалилик даражасини ошириб, уни ўзлаштирилишни анча енгиллаштиради.

Муаллиф Тошкент педиатрия тиббиёт институти тери-таносил касалликлари кафедраси мудири профессор Х.Қ. Шодиев раҳбарлигидаги кафедра жамоасига ушбу қўлланмани тузишда кўрсатган ёрдами учун ўзининг чуқур миннатдорчилигини билдиради.

СЎЗ БОШИ

Тиббиёт олий ўқув юртларида таълимнинг иккинчи босқичи — магистратуранини ташкил этиш борасида, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг таълим тўғрисидаги қарорида, кадрлар тайёрлаш миллий дастурида ва соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш дастурида қўйилган вазифаларни бажариш мақсадида, дерматовенерология ихтисослиги бўйича ўқув қўлланмаси ишлаб чиқишга қарор қилинди.

Тери ва таносил касалликларининг клиник кўринишлари жуда хилма-хилдир. Сўнгги ўн йилликда тери ва таносил касалликларига учраган болалар сони кескин ортди. Барча клиник ихтисосликлар бўйича ишлайдиган шифокорлар ўз фаолиятларида тери ва таносил касалликларига дуч келмоқдалар.

Дерматология ва венерология соҳаси кўпдан бери алоҳида тор ихтисослик бўлиб ҳисобланмайди, аксинча, бу фаннинг асосини билиш ҳар қандай соҳада ишлайдиган шифокорнинг кундалик ҳаётида зарур бўлиб, уни ўрганиш ҳар қандай ихтисослик бўйича шифокорлар тайёрлашда мажбурий бўлган босқичларидан бири бўлиб ҳисобланиши лозим.

Дерматовенерология фанидан таълим беришга ёндашув даволаш, педиатрия ва бошқа факультетларда ўзига хос хусусиятларга эгадир. Жумладан, педиатрия факультетида таълим беришдаги хусусиятлар болаларда патологик ҳолатни кечишида ўзига хосил бўлган ҳолатларда тери касалликлари ва захми кўринишлари билан боғлиқдир.

Юқорида зикр этилган ҳолатлар тиббиёт институтлари талабалари учун ҳам, магистрлар учун ҳам алоҳида таълим дастурларини яратишга даъват этади.

Ушбу ўқув қўлланмасини яратишда ўқувчи дастур бўйича зарур бўлимларни қийналмасдан толиб ўрганиши ва танланган ихтисослик бўйича мос бўлган барча саволларга жавоб топиши учун Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг барча талаблари эътиборга олинган.

Ушбу ўқув қўлланмаси бирламчи морфологик тошмалар бўйича бирлаштирилган тери касалликлари туркумлари тав-

сифланган. Улар розеолез-доғли, папулёз, дўмбоқчали, тугунчали, везикулёз, пустулёз, буллёз ва уртикар дерматозларни ўз ичига олади. Касалликнинг ҳар бир шаклини тавсифлашда уларга этиологик, клиник, гисто-патологик ва дифференциал диагностик нуқтаи назардан таъриф бериб ўтилган. Бундай ноанъанавий ёндашув авваламбор янада кенг-роқ ва чуқурроқ билим олиш, қолаверса касалликка тўғри диагноз қўйиш имконини беради.

Ўқув қўлланмасига дерматовенерология фанининг асосий масалаларига бағишланган тиббий адабиётлар маълумотлари бугунги кун талабларидан келиб чиққан ҳолда асос қилиб олинган. Қўлланмани ўрганишда қулайлик яратиш учун касалликларнинг қиёсий жадваллари ҳам келтирилган. Олинган билимларни назорат қилиб бориш учун эса 80 та тест саволлари таклиф этилган.

Ушбу ўқув қўлланма тиббиёт институтлари 6—7 курс талабалари, магистр-врачлар, клиник ординаторлар ва дерматовенеролог-врачлар учун катта муваффақият билан самарали хизмат қилиши мумкин.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти
дерматовенерология кафедраси мудирини,
Европа дерматологлари ва венерологлари
Академияси аъзосини, профессор
Ҳаким Қаюмович Шодиев

I - МАВЗУ

РОЗЕОЛЕЗ-ДОҒЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Розеолез-доғли тошмалар хилма-хил яллиғланишларга хос булган тери касалликлари туркумига киради.

Яллиғланган доғли тошмалар (эритема, розеола) тери касалликларининг асосий (ёки ягона) белгиси бўлиб, бундай касалликлар жумласига қуйидаги дерматозлар киради:

1. Кўп шакли экссудатив эритема;
2. Марказдан қочма ҳалқасимон эритема;
3. Кўчиб юривчи гулли эритема;
4. Кўчиб юривчи сурункали эритема;
5. Бир жойда тошадиган сульфаниламид эритема;
6. Лендорф-Лейнернинг ревматик эритемаси;
7. Венденинг турғун шаклдаги эритемаси;
8. Кўл ва оёқ кафтларининг туғма эритемаси;
9. Ферсоль-Беньенинг скарлатинасимон дескваматив қайталовчи эритемаси;
10. Вильсон-Брокнинг оғир тублашган эксфолиатив эритродермияси.
11. Лейнер-Муссунинг дескваматив эритродермияси.
12. Розенбах эризипелоиди.

Бундан ташқари, яллиғланган доғли тошмалар қуйидаги касалликлар учун хосдир:

1. Пушти ранг темиртки;
2. Токсикодермиялар;
3. Дерматитлар;
4. Розацеада кузатиладиган полиморф тошма компонентларидан бири.

Доғлар қизамиқ, скарлатина, тошмали терлама, қизилча, захм сингари юқумли касалликларнинг нишонларидан биридир, шунингдек улар терининг замбуруғли касалликлар нишонаси ҳам бўлиши мумкин.

КўП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА

Клиник нуқтаи назардан касалликнинг 2 шакли: идиопатик ва симптоматик шакллари фарқланади.

Х у с у с и я т л а р и:

- Йиллаб давом этади;
- Кўпроқ болалар, ёш ва ўрта ёшли одамлар касалланади.

К л и н и к а с и:

Идиопатик шакли	Симптоматик шакли
<ul style="list-style-type: none"> - юқумли-аллергик генезга (сурункали инфекция учоқлари билан, тонзиллит, тиш карнеси, отит, гайморит) эга - юқумли табиатта эга - қайталаниб кечади - йилнинг баҳор ва куз аасларида зураяди 	<ul style="list-style-type: none"> - аллергик генезга (дори препаратларига, антибиотикларга, сульфаниламид препаратларига, вакциналар) эга - юқумли бўлган табиат ва юқумли омиллар билан алоқага эга эмас - касалликни қайталаниши препаратларнинг қайта қабул қилиниши билан боғлиқ - бошланиши ва қайталаниши йил фаслларига боғлиқ эмас

- Субфебрилитет, дармонсизлик;
- ОРВИ, ангина касалликлари асосида ривожланади;
- Тери соҳалари симметрик равишда, кенг куламда касалланади;
- Букиладиган тана аъзоларида (бармоқлар, билаклар) маҳаллийлашади, касалликнинг 4-чи даражасида эса юз, буйин, болдир, товон кафти, баъзан оғиз ва лаб шиллиқ пардаси касалланади;
- Морфологик тошмалар кескин чегарали яллиғланган доғлардан иборат. Доғ (ёки шишган папула) доирасимон, 3-15 мм диаметр хажмидаги нимпушти ёки тўқ қизил рангда (одатда цианотик ҳошияли) бўлади. Марказдан қочма ўсиш марказий қисмда ботиқ ҳолда кечади, бунинг натижасида ҳалқасимон элементлар пайдо бўлади. Учоқ четида периферик валик ҳосил бўлиб, тошма маркази эса ботиқ цианотик тусга киради;
- Доғли тошмалар қўшилишга мойил бўлиб, полициклик чегараларга эга бўлган шакллар (гуллар, ёйлар) ҳосил қилади;
- Касаллик авжига чиққан пайтда уртикариялар, баъзан пуфакчалар, пуфаклар ҳосил бўлиши мумкин (бу муносабат билан касалликнинг доғли, папулёз, доғли-папулёз, везикулёз, буллёз ёки везикулёз-буллёз турлари фарқланади);
- Янги тошмалар дастлабки бир неча кунлар мобайнида пайдо бўлади, натижада беморда иситма чиқиши, дармонсизлик, бош оғриши ва тошма элементлар соҳасида оғриқлар кузатилади;
- Касаллик 10-15 кун давом этади ва изсиз йўқолади, айрим ҳолларда эса нотурғун кўринишга эга гиперпигментация сақланиши мумкин;
- Гистопатологияси: спонгиоз, хужайра ички шиши кўринишида бўлади.

Дифференциал диагнози:

Даръенинг марказдан қочма ҳалқасимон эритемаси; бир жойда муаллиқ ҳолда тошадиган сульфаниламид эритемаси; тугунчали эритема

Жунжикиш:

- Пайпаслаб кўрилганда оғрийдиган тўқ қизил рангли тугунчалар, «рангли шиш»га (доғга эмас) ўхшаб рангини ўзгартиради;
- Мавсумийлиги ва қайталанишга кўра ўхшаш бўлади;
- Оёқ-қўлларнинг дистал бўлимларида маҳаллийлашади;
- Кескин чегараланмаган эритематоз доғ ва тугунчаларни бўлишлиги билан фарқ қилади;
- Марказда ботиқлик бўлмайди;
- Марказда чуқурча мавжуд бўлмайди;
- Билакнинг олд юзасида маҳаллийлашади;
- Бемор иссиқ жойга кирганда қичишиш ҳолат кузатилади.

ДАРЪЕНИНГ МАРКАЗДАН ҚОЧМА ҲАЛҚАСИМОН ЭРИТЕМАСИ (ДМКҲЭ)

Ўрта яшар одамларда кўпроқ учрайди. Этиологияси номаълум (юқумли-аллергик; токсико-аллергик). Касаллик кескин тарзда ривожланади ва ойлаб давом этади (янги элементлар пайдо бўлади). Қайталаниб туриши мумкин.

К л и н и к а с и:

Морфологик тошмалар — кўчмайдиган сарғиш-пушти рангли доғли шишларга, буртиқ гулсимон-ҳалқасимон элементларга (боғичсимон пальпаторнога) айланади. Эксцентрик (марказдан қочма) ўсиш ҳисобига тошмалар диаметри 5 сантиметргача етиши мумкин. Марказий қисми тарамлашади ва хиёл пигментланади, баъзан эса марказда янги тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Танада, оёқ-қўлларнинг проксимал бўлимларида жараён маҳаллийлашади. Субъектив шикоятлар кузатилмайди, баъзан эса қичишиш ва ачишиш ҳолатлари кузатилади.

А т и п и к ш а к л л а р и:

- 1) кўчадиган шакли — тошмалар чети юпқа оқ ҳошия кўринишида кўча бошлайди;
- 2) везикулёз шакли — тошма элементлари четида вақти-вақти билан везикулалар пайдо бўлади ва тезда ўтиб кетади;
- 3) оддий гулсимон эритема — типик шаклидан доғларни қисқа вақт бўлиши, турғун майда гулсимон эритема ҳамда 1 см гача диаметрда бўлган кичкина элементлари билан фарқ қилади.

Гистологик кўриниши — мальпигий қатламининг ҳужайралараро ва ҳужайра ички шиши, дермал инфильтрация ҳолат кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Сурункали эшакем:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уртикар тошмалар, қичишиш, ачишиш, эфимер элементлар тошиши билан кечади 	<p>ДМКҚЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кўчмайдиган сарғиш-пушти доғли шишлар, буртиқ гулсимон-ҳалқасимон элементлар кўринишида кечади
<p>2. Ҳалқасимон гранулема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оёқ-қўлларнинг дистал бўлимларида, бўғимлар соҳасида маҳаллийлашади, эксцентрик шаклда ўсмайди ва яллиғланмайди - ўчоғларнинг периферик ҳошияси алоҳида доирасимон, ялтироқ пушти тугунчалардан иборат бўлади - гистологик нуқтаи назардан — некробиоз, коллаген некроз билан дегенерацияланади 	<ul style="list-style-type: none"> - оёқ-қўлларнинг проксимал бўлимларида аҳаллийлашади, эксцентрик ўсади ва яллиғланади - тошмаларнинг периферик худуди — «узун боғич»ни эслатувчи уртикар пушти ранг чизик шаклида бўлади - гистологик нуқтаи назардан - ҳужайралараро шиш, инфильтрация ҳолати кузатилади
<p>3. Кўп шаклли экссудатив эритема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён оёқ-қўллар дистал бўлимларининг букув соҳалари, юз, буйин, оғиз шиллиқ пардаларида маҳаллийлашади - морфологик элементлар секин ривожланади, четида цианогик ҳошия бўлади - ривожланиш чўққисида полиморф элементлар (доғ, папула, уртикариялар) пайдо бўлади - умумий ҳолатни ўзгариши (иситма чиқиши, дармонсизлик, бош оғриши) кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - жараён танада, оёқ-қўлларнинг проксимал бўлимларида маҳаллийлашади - тез ривожланади, марказий соҳа пигментланади - доғли шишлар пайдо бўлади - умумий ҳолатни ўзгариши содир бўлмайди
<p>4. Дюрингни учуқсимон дерматити:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қонда эозинофилия кузатилади - кўп сонли пуфакчалардан ташкил топади - «йодли синама» усули мусбат кўринишда бўлади - субъектив қичишиш, ачишиш ҳолатлари кузатилади 	<p>Касалликнинг везикулёз шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эозинофилия кузатилмайди - якка везикулали тошмалардан ташкил топади - «йодли синама» усули манфий кўринишда бўлади - субъектив ҳолатлар кузатилмайди

<p>5. Фурньенинг учламчи розеоласи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оч қизил рангли йирик ҳалқалардан, ёйлар ва ярим шаклли ҳалқалардан ташкил топади - якка элементлар кузатилади - эксцентрик ривожланиш ва тошмаларнинг четида боғичсимон шишлар кузатилмайдн - думбоқчали сифид билан бирга кўринишда кечади - серологик жараснлар мусбат кўринишда булади 	<p>ДМКХЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳалқасимон - кўп сонли элементлар - эксцентрик ривожланиш ва тошмаларни четида боғичсимон шиш кузатилади - думбоқчалар булмайди - серологик жараснлар манфий кўринишда булади
--	---

БИР ЖОЙДА ТОШАДИГАН СУЛЬФАНИЛАМИД ЭРИТЕМА (БСЭ)

Кўпгина сульфаниламид токсикодермиялар бир жойда тошадиган сульфаниламид эритема тарзида нишона беради. Аммо антипирин, амидопирин ва барбитуратларда ҳам шу манзара кузатилиши мумкин.

Клиникаси кўпинча кўп шаклли экссудатив эритемани эслатади.

Оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси, тана, оёқ-қўллар териси, баъзан жинсий олатлар териси касалланиши мумкин. Л.Н. Машкиллсейсон (1965) оғиз бўшлиғи, тана ва жинсий олатлар терисини касаллий маҳаллийлашувчи ўзига хос «учлик» сифатида қайд этган. Дастлаб битта, сўнг иккита ёки ундан ортиқ пушти-кўкиш ёки қорамтир-кўкиш, доирасимон, кескин чегарали, 2-7 см диаметрли доғлар пайдо бўлади. Периферик зонаси шишли ва нисбатан ёрқин. Доғлар сиртида баъзан пуфакчалар пайдо бўлади (буллёз шакли). Оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасида ва жинсий олатларда пуфакчалар тез ёрилади. Субъектив қичишиш, ачишиш қайд этилади.

Нотипик шакллари: пелагроид, экземасимон, тугунчали эритемага ўхшаш. Ҳар сафар сульфаниламид препарат янгидан қабул қилинганида касаллик қайталаниши мумкин. Янги элементлар аста-секин «қотади» ва турғун гиперпигментацияга айланади.

Гистологияси: акантоз, спонгиоз, кичик гиперкератоз, пигмент ҳосил бўлиши. Дермаси — ҳар хил даражали яллиғланишлар.

Касаллик ташхисини тасдиқлаш мақсадида сульфаниламид дори воситалари билан иммунологик тестлар (лимфоцитлар бласттрансформацияси тести) ўтказилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>Кўп шакли эксудатив (идиопатик) эритемаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мавсумийликка (баҳорда, кузда кучаяди) хос кўринишда кечади - жараён аъзоларнинг букилувчи сохаларида, кўпинча оёқ-қўлларнинг дистал қисмларида маҳаллийлашади - қизил рангли доғлар (ёки папулалар) кузатилади - диаметри – 3-15 мм катталиқда бўлади - марказдан қочма кўринишда ривожланади ва марказда ботиқлик ҳолати кузатилади - сульфаниламид дори моддалари берилганда қайталамайди - касаллик кучайганида полиморф тошмалар тошиши мумкин - сульфаниламид дори моддалари билан ўтказилган синамалар манфий натижа берди 	<p style="text-align: center;">БСЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мавсумийлик хос эмас - кўпинча шиллиқ пардаларда, камдан-кам ҳолларда оёқ-қўллар тери сохаларида маҳаллийлашади - пушти-кўкиш, қорамгир-кўкиш доғлар шаклида бўлади - диаметри 2-7 см гача бўлади - марказдан қочма кўринишда ривожланмайди, марказда ботиқлик ҳолати кузатилади, периферик ҳудуди шишли, нисбатан ёрқин кўринишда бўлади - қайталайди - полиморфизм кам ҳолларда кузатилади - сульфаниламид дори моддалари билан ўтказилган синамалар мусбат натижа беради
--	--

ЛЕНДОРФ-ЛЕЙНЕРНИНГ ҲАЛҚАСИМОН РЕВМАТИК ЭРИТЕМАСИ (ЛЛҲРЭ)

Ревматизм касаллигининг фаол босқичида, ревматик тунгунчалардан ташқари, касалликни тери кўринишларидан бири сифатида намоён бўлади.

К л и н и к а с и:

- Ҳар хил катталиқда бўлган кўп сонли ҳалқасимон ва ярим шарсимон кўчмайдиган эритематоз доғлар кузатилади;
- Жойлашган ўрни: тана, оёқ-қўллар, баъзан юз териси соҳасида бўлади;
- Хусусияти: алоҳида элементлари тезда изсиз йўқолади;
- Марказдан қочма кўринишда ривожланмайди.

Ўзига хос бўлган клиник манзарага асосланиб диагноз қўйилади: ревматизм касаллиги билан хасталанган беморларда касалликни кучайган босқичида кўп сонли, ҳалқасимон, нотурғун бўлган эритематоз доғлар пайдо бўлади. Буни ревматоид синамалар тасдиқлайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Дарьенинг марказдан қочма эритемаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар марказдан қочма кўринишда нмоён бўлади - тошма четі уртикар, зич ва боғичсимон бўлади - тошма анча турғун бўлади (ҳафталаб сақланади) - эски ўчоқлар марказида янги тошмалар («гунафша» шаклида) пайдо бўлиши мумкин 	<p>ЛЛХРЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар марказдан қочма кўринишда бўлмайди - тошмалар четі эритематоз кўринишда бўлади - алоҳида тошмалар тезда изсиз йўқолади - пайдо бўлмайди
<p>2. Токсикодермия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анамнез (аллерген); иммунологик тестлар (лимфоцитлар бласттранс-формацияси таъсири) ўтказилади - тошмалар камдан-кам ҳолларда мономорф кўринишда бўлади - олатда яллиғланган доғлардан ташқари тугунлар, везикулалар бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - ЛЛХРЭ учун ҳос эмас, аммо ревматик жараён билан узвий боғлиқлик мавжуд - мономорф тошмалар кузатилади - тугунчалар, везикулалар бўлмайди
<p>3. Бир жойда тошадиган сульфаниламид эритемаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўчоқлар турғунлиги билан ажралиб туради - нисбатан тўқ қизил ёки қорамтир-қизғиш рангда бўлиб, кейинчалик гиперпигментацияланади 	<ul style="list-style-type: none"> - ўчоқлари нотурғун кўринишда бўлади - қизғиш рангда бўлиб кейинчалик изсиз йўқолади

ВЕНДЕННГ ТУРҒУН ШАКЛДОР ЭРИТЕМАСИ (ВТШЭ)

Этиологияси: номаълум.

К л и н и к а с и:

- тана ёки оёқ-қўллар тери соҳаларида диаметри 5-10 см бўлган юмалоқ ёки доирасимон эритематоз доғлар пайдо бўлади;
- қичишиш ва инфильтрация ҳолат кузатилмайди;
- эритеманинг марказий қисми аста-секин пигментланади ва кўчади;
- периферик ҳудуд қизил рангда бўлиб, марказдагидан камроқ кўчади;
- узоқ вақт (йиллаб) давом этади.

Диагнози: бир ёки иккита касалланган ўчоғда юмалоқ ёки доирасимон, 5-10 см диаметр бўлган, маркази хиёл пигментланадиган кўчувчан эритемалар пайдо бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Тери сирти трихофитияси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - юмалоқ ёки доирасимон, кескин чегараланган, кучувчан эритематоз доғлар кузатилади - касалланган ўчоғлар тери юзаси бўйлаб тарқалиши, қўшилиши мумкин, ўчоғлар четида тулқинсимонлик ҳолати эҳтимоли яққол бўлмайди - чеккасида кескин гипермия фониди майда, тез қурийдиган везикулалар бўлиши мумкин - маркази ботиқ, ранги қорамтирсарғиш бўлади - эски ўчоғлар марказида тошмалар яна пайдо бўлиши мумкин - микроскопия касаллиги ўчоғида – <i>Trichosporon violaceum</i>; <i>T. Sphaeriforme</i> замбуруғлари топилади 	<p style="text-align: center;">ВТШЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қўшилмайди, тарқалмайди, четлари тулқинсимон бўлади - чеккасида везикулали тошмалар бўлади - гиперпигментация ҳолати кузатилмайди - маркази хиёл пигментланган бўлади - қайта пайдо бўлиши мумкин эмас - топилмайди
<p>2. Афцелиус-Липшютцни кучиб утадиган сурункали эритемаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳар қандай каналар чаққан жойда вужудга келади - эксцентрик ривожланади, ўчоғларнинг чети кучмайдиган эритемадан иборат бўлиб, марказий қисми эса хиёл пигментланган бўлади - нисбатан қисқа вақт давом этади 	<ul style="list-style-type: none"> - сабаби мавжуд эмас - эксцентрик ривожланмайди, чети ва марказидан кучиб тушади - узоқ вақт давом этади
<p>3. Дарьенинг ҳалқасимон эритемаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўчоғлар юмалоқ ва кўп сонли бўлади - кучиб тушмайди - ўчоғларининг марказида янги тошмалар тошиши кузатилади - ўчоғлар чети шишиб туради 	<ul style="list-style-type: none"> - яққа ўчоғлар кузатилади - кучиб тушади - марказий қисмида янги тошмалар кузатилмайди - ўчоғлар чети фақат эритематоз кўринишда бўлади
<p>4. Фурньенинг учламчи розеоласи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўчоғлар кучиб тушмайди, захмининг бошқа белгилари билан биргаликда кузатилади, серологик жараёнлар мусбат бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - кучиб тушади, серологик жараёнлар манфий бўлади

ҚҰЛ ВА ОЁҚ КАФТИ ТУҒМА ЭРИТЕМАСИ (ҚОКТЭ)

С а б а б и: артерияовеноз анастамозларининг туғма аномалияси. Касаллик туғма доғлар жумласига киради. Орттирилган эритема — жинсий безлар дисфункцияси ва интоксикация натижасида вужудга келади.

К л и н и к а с и:

- тўқ қизил ранглии симметрик диффуз эритема кўринишда кечади;

- жараён бармоқ суяклари, тенар ва гипотенар ҳудудида маҳаллийлашади;

- панжалар ва товоннинг ён юзасида жойлашиб, чегаралари кескин бўлади, панжалар ва товон ортида эса эритемалар кузатилмайди.

Диагнози: қўл ва оёқ кафти тери соҳасининг тўқ қизил рангда бўлишига қараб аниқланади. Панжалар ва товон орти соҳаси ўзгармайди. Эритема соҳасида кучиш ҳолат кузатилмайди. Оиланинг бир нечта аъзосида касалликни учраши эҳтимоли кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

	ҚОКТЭ
<p>1. Жигар кафти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қўл кафти (баъзан оёқ кафти) эритемаси ҳолати кузатилади - касаллик портал жигар циррози билан оғриган беморларда ривожланади - олатда касаллик катталарда учрайди - туғма хусусиятларга эга эмас 	<ul style="list-style-type: none"> - қўл ва оёқ кафти эритемаси кўринишда кечади - жигар функциясига боғлиқ эмас - болалиқдан ривожланади - туғма хусусиятга эга бўлади
<p>2. Девержи касаллигининг қўл ва оёқ кафтида учрайдиган шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анча кеч пайдо бўлади - ранги сариқ бўлиб, майда пластинкаларга ажралиб кучиб тушади - Девержи касаллигининг бошқа белгилари кузатилади - эритема диффуз характерга эга бўлиб, қўл ва оёқ кафти юзасини бутунлай қамраб олади 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик болалиқ давридан бошлаб ривожланади - ранги тўқ қизил бўлиб, кучиб тушиш ҳолати кузатилмайди - панжалар, тенар ва гипотенар юзаларидаги тери соҳалари касалланади, уларни орқа томони касалланмайди
<p>3. Қўл ва оёқ кафти псориази: (қилиқли темираткиси)</p> <ul style="list-style-type: none"> - қизғишлик кузатилмайди, қобиглари кучиб тушади, инфильтрация, ёрилиш ҳолати кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - қизғиш рангда бўлиб, кучиб тушмайди

<ul style="list-style-type: none"> - тирноқлар касалланади - ўчоқларининг чегаралари панжа ва товоиларни орқасига ўтиши мумкин - псориадик папулалар кузатилади - псориадик триада мусбат бўлиб, Кебнер феномени кузатилади - касаллик белгилари туғилгандан ёки илк болалик даврларидан бошлаб кузатилади-майди 	<ul style="list-style-type: none"> - тирноқлар касалланмайди - панжа ва товоиларнинг орт қисми касалланмайди - псориадик папулалар учраши кузатилади - псориадик триада манфий бўлиб, Кебнер феномени мусбат ўринида бўлади - касаллик белгилари туғилгандан сўнг ёки, илк болалик даврларидан бошлаб кузатилади
<p>4. Қўл ва оёқ қафти рубромикози:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қўл ва оёқ қафти териси диффуз касалланади, майда пластинкаларга ажралиб кўчиб тушади, тирноқлар касалланади - ранги оч қизил бўлади - қўзғатувчиси <i>Trichophyton rubrum</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - хос эмас - ранги малина рангида бўлади - қўзғатувчиси бўлмайди

ФЕРЕОЛЬ-БЕНЬЕНИНГ СКАРЛАТИНАСИМОН ДЕСКВАМАТИВ ҚАЙТАЛОВЧИ ЭРИТЕМАСИ (Ф-БСДҚЭ)

Оғир кечадиган ва қайталанадиган аллергик генезли тери касаллиги. Медикаментоз интоксикация, совуқ олдириш ҳолатлари, асаб бузилишларидан кейин, ҳамда грипп ва бошқа инфекциялар асосида ривожланади.

К л и н и к а с и:

- қўққисдан ёки қисқа продромал даврдан (2-3 кун мобайнида бош оғриши, дармонсизлик ва иситма чиқишидан) кейин пайдо бўлади;
- тошмалар мономорф, тўқ қизил рангли, ҳар хил катталикда бўлади, ўчоқларни бир-бири билан қўшилиши мумкин;
- 2-3 кундан кейин тошмалар йўқолади ва бутун тери сатҳи йирик пластинкалар ажратиб кўчади. Қўл ва оёқ қафлари мугуз қатлами қўлқоп кўринишида кўчиб тушади;
- қичишиш, ачишиш аломатлари кузатилиши мумкин;
- конъюнктиваларни ва оғиз шиллиқ пардасини касалланиши кузатилади (томоқ тезда қизаради);
- тирноқлар ҳам касалланиши мумкин (кўндаланг ариқсимон чизиқлар шаклида);
- бир неча йил мобайнида қайталаб туради (касалликни интенсивлик даражаси қайталагани сари камайиб боради);
- эозинофилия ҳолат кузатилади.

Гистологик нуқтаи назардан — паракератоз, гиперкератоз, дерма сўрғичлари қатлами томирлари оралигининг кенгайиши ва деворларининг қалинлашиши кузатилади.

Дифференциал диагнози:

<p>1. Скарлатина:</p> <ul style="list-style-type: none"> - умумий (продромал) узгаришлар билан кечеди; интоксикация, иситма чиқиши, ангина ҳолати кузатилади - тошмалар аввал буйишида, сунг юзда, танада, оёқ ва қўлларда пайдо бўлади, рангпар кўринишда скарлатина учбурчак кузатилади - катта бурмаларда Пастна петехия-симптоми кузатилади - тошмалар енгил ҳолатларда 2-4 кундан сунг, оғир ҳолатларда эса 6-8 ҳафтадан кейин йуқолади - тана тери соҳаси майда пластинкалар, қўл ва оёқ қафтлари эса йирик пластинкалар кўринишида кучиб тушади - касаллик қайталамайди 	<p>Ф-БСДҚЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - умумий узгаришлар кам ҳолатларда кузатилади - касаллик босқичларсиз кечеди - кузатилмайди - тошмалар 2-3 кундан кейин йуқолади - тери соҳалари йирик пластинкалар кўринишида кучиб тушади, «қўлқоп» синдроми кузатилади - бир неча йиллар мобайнида қайталаниб туради
<p>2. Сифилитик розеола:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тана тери соҳаси ва оёқ-қўлларнинг букиладиган соҳаларида, сонда, баъзан эса юз терисида маҳаллийлашади - розеолалар бир хил катталиқда (0,5-1 см) бўлади, бир-бири билан қўшилмайди - кучиб тушмайди (нотипик шаклларда майда пластинкалар кўринишида кучиб тушади) - серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - жараён барча тери соҳаларида маҳаллийлашади - тошмалар тўқ қизил рангда, ҳар хил катталиқда бўлади, бир-бири билан қўшилиши мумкин - йирик пластинкалар кўринишида кучиб тушади - серологик жараёнлар манфий кўринишда бўлади
<p>3. Қизамиқ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - майда тўқ қизил доғлардан ташкил топади - қўлоқ орқасидан бошлаб тошади ва учинчи кун юз, кўкрак тери соҳаларига ўтади, ҳамда бутун тери сиртини ва шиллиқ пардаларни қамраб олади - касалликни тўртинчи кундан кейин тошмалар ранги хиралашиб, қорамтир тус олади - шиллиқ пардаларда Бельский-Филатов-оплик доғлари (майда, оқ, қизил ҳошия билан ўралган) кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - тошмалар оч қизил, ҳар хил катталиқда бўлади - тошмалар барча тери сатҳларида кузатилади - 2-3 кундан кейин тери сатҳидан пластинкалар кучиб тушади - кузатилмайди

<p>4 Қизилча:</p> <ul style="list-style-type: none"> - йирик (3-10 мм гача хажмда), кўп миқдорда, оч пушти, юмалоқ тошмалар тошади - тошмалар тезда йўқолиб кетади, тери сатхилари кўчиб тушмайди - қонда лейкопения, лимфопения, плазмоцитларни камайиши ҳолати кузатилади - қизилчада беморлар умумий аҳволи ўзгармайди 	<ul style="list-style-type: none"> - ҳар хил катталиқда бўлган тўқ қизил тошмалар кузатилади - 2-3 кундан кейин тери сатхилан йирик пластинкалар кўчиб тушади - эозинофилия ҳолати кузатилади - беморлар умумий аҳволи ўзгаради
<p>5. Тошмали гифоз экзантемалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - доғли тошмадан ташқари касалликнинг 4-6 кун пайдо бўладиган петехиялар билан характерланади - аҳвол оғир бўлади (бош оғриши, безгак тутиши, уйқусизлик, дармон қуриши, тахикардия, асаб бузилиши, алаҳлаш, энцефалит ҳодисалар) 	<ul style="list-style-type: none"> - доғли тошмалар 2-3 кундан кейин йўқолади - беморлар умумий аҳволида мўътадил бузилишлар содир бўлади, касаллик ўртача оғирликда кечади

ВИЛЬСОН-БРОКНИНГ ОҒИР ТУБЛАШГАН ЭКСФОЛИАТИВ ЭРИТРОДЕРМИЯСИ (В-БОТЭЭ)

Этиологияси номаълум бўлиб, кам учрайдиган ва оғир кечадиган тери касаллиги бўлиб ҳисобланади. Терини диффуз касалланиши ва умумий аҳволни ўзгариши (дармон қуриши, уйқусизлик, безгак ҳолатни тутиши, диспепсия) билан кечади.

- Қайталаб туради;
- Интоксикация, совуқ олдириш, алкогольдан заҳарланиш ҳамда асабий ва руҳий жароҳатланишлардан кейин пайдо бўлади ва баъзан ўлим билан тугайди.

К л и н и к а с и:

- тери бурмаларида тўқ қизил рангли доғли тошмалар пайдо бўлади;
- 5-10 кундан кейин тошмаларни тарқалиши ва қўшилиши натижасида эритродермия ривожланади, бугун тери сатҳи тўқ қизил рангга киради, қалинлашади ва йирик пластинкасимон тангачалар билан қопланади;
- қўл ва оёқ кифти соҳаларида тошмалар пластинка кўринишида кўчиб тушади (мугуз пардаси қатлам-қатлам бўлиб кўчиб тушади);
- эктропион, соч ва тирноқларни тўкилиши ва дистрофия ҳолат кузатилади;

- шиллиқ пардалар соҳасида конъюнктивит, ринит, эрозив сто-
мапит, лимфатик тугунларнинг катталашishi; тана ҳароратини
38-39°C гача бўлиши, ич кетиши, қусиш ҳолатлари кузатилади;

- 3-4 ойдан кейин (касалик 2-3 марта қайталангач) бемор
соғая бошлайди;

- касалланган тери соҳаларида қичишиш ҳолат кузатилади.

Гистологик нуқтаи назардан — паракератоз, гиперкератоз, акантоз
кузатилади. Дермада — шиш, томирларнинг кенгайishi кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1.Замбуруғли микознинг эритродермик шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ора-орада касалланмаган тери «оролчалари» учрайди, узлуксиз эритродермияга қўшилиб кетувчи эритематоз-сквамоз доғлар кузатилади - жигарранг тусли эритродермиянинг турғун, оч биनाфша рангли қорамтир тусли чузиладиган шаклларига утади - гистологик нуқтаи назардан: «Потрие микроабсцесси», эпидермис ҳужайраларининг митотик фаоллиги ҳамда «микоз» ҳужайралар кузатилади 	<p>В-БОТЭЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - «оролчалар» учрамайди - туқ қизил бўлади - гистологик нуқтаи назардан: паракератоз, гиперкератоз, акантоз, микоз ҳужайралар кузатилади
<p>2.Девержи касаллигининг эритродермик шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бирламчи элементлар фолликуляр папулалар кўринишида жойлашади - «ишқаланиш феномени» (оёқ-қўлларнинг букланадиган тери сатҳларида) кузатилади - мугуз қатламлар ихтиоз касаллиги сингари қорамтир рангда бўлади - «Бенье конуслари» - тирноқ пластинкаларини дистрофияси (қалинлашган, сарғиш рангда, эгатлар билан қопланган, чуқур нуқталар кўринишида), ҳолати кузатилади, тирноқ ва сочлар туқилмайди 	<ul style="list-style-type: none"> - доғли тошмалар кўринишида бўлади - «ишқаланиш феномени» кузатилмайди - мугуз қатламлар пластинкасимон хусусиятта эга бўлади - мавжуд бўлмайди - тирноқ ва сочларни туқилиши ва дистрофияси кузатилади

<p>3. Япроқсимон (баргсимон) пўрсилдоқ (пемфигус)</p> <ul style="list-style-type: none"> - терининг яллиғланган сиртида бўшашган пуфаклар пайдо бўлади, тез ва осон ёрилиб, бири-бирига қўшилиб кетади, тублашишга мойил - йирик пластинкаларга ажралиб кўчиб тушади - терининг илгари касалланган жойларида пуфаклар қайта пайдо бўлади - Никольский симптоми мусбат бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - доғли тошмалар кўринишида бўлади - йирик пластинкасимон тангчалар шаклида қўл ва оёқ кафти тери соҳасида эса йирик пластинкаларга ажралиб кўчиб тушади - пайдо бўлмайди - Никольский симптоми манфий бўлади
--	--

ЛЕЙНЕР-МУССУНИНГ ДЕСКВАМАТИВ ЭРИТРОДЕРМИЯСИ (ЛМДЭ)

Касаллик аутоинтоксикация натижасида гудак организмда (энтерококк ва стрептококк инфекцияси, витаминлар алмашишининг бузилиши натижасида) бола ҳаётининг 1-4 ойларида содир бўлади.

К л и н и к а с и:

- қичишиш, эритематоз ёки эритематоз-сквамоз тошмалар кузатилади;
- думба соҳаси, чов ва сон бурмалари, бошнинг сочли қисми бичилади, жараён тезда (24-28 соатдан кейин) қорин, елка ва бўйин терисига тарқалади;
- касалланмаган тери соҳаларида майда шаклда оролчалари бўлган эритродермия шаклланади;
- эритродермия ҳолат бор соҳалар ёғли, серқават сарғиш тангачалар ажралиб кўчиб тушади;
- қўл ва оёқ кафти териси силлиқ, ялтироқ кўринишда бўлади;
- умумий аҳвол — ич кетиши, қусиш, шишлар, гипохром анемия ҳолат кузатилади.

Гистологик нуқтаи назардан — паракератоз, акантоз ҳолат кузатилади. Дерма соҳаси инфильтрацияланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Себореяли экзема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сурункали қичишади - бошнинг сочили қисмида, юзда жараён маҳаллийлашади ва терининг бошқа қисмларига аста-секин тарқалади 	<p>ЛМДЭ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - муътадил ҳолда қичишади - бутун танага тез тарқалади
<p>2. Риттер эксфолиатив дерматити:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳаётнинг дастлабки кунларида пайдо булади - бошланиши — пуфакчалар йирилингил-сероз, экссудатга тула булади ва тез ёрилиб эрозиялар ҳосил қилади - Никольский симптоми мусбат кўринишда булади - сепсис ва ўлим билан тугаши мумкин 	<ul style="list-style-type: none"> - ҳаётнинг 1-4 ойларида пайдо булади - эритематоз ёки эритемато-сквамоз тошмалар; пуфакчалар булмайди - Никольский симптоми манфий кўринишда булади - бемор аҳволи ўртача оғирликда булад

ЭРИЗИПЕЛОИД

Э т и о л о г и я с и: Касалликни *Erysipelotrix Rhysipothiae* микроорганизми келтириб чиқаради. Чўчқа, балиқ гўшт саноати хизматчиларида кўп учрайди. Инкубация даври — 1-3 кун давом этади.

К л и н и к а с и:

- кўпинча қўл панжалари касалланади;
- чекланган қизариш ва шиш ҳолат кузатилади;
- субъектив ачишиш, қичишиш, оғриқ булади;
- касалланган ўчоғларнинг марказида қизариш тўқ қизил ранг тусига киради, биринчи кунларда жароҳатлар изи (геморрагик пўстлоқлар) кузатилиши мумкин, бир неча соатдан кейин эса эритема атрофдаги тўқималарга, проксимал йўналишда кунига 1—3 см катталиқда тарқала бошлайди, касалликнинг 3—5 кунларида ўчоқлар марказий қисми оч кўк рангли цианотик тусга киради;
- ўчоқлар четлари тўқ қизил рангда, бироз шишинқираб, соғлом тўқима устида ликобча тарзида бўртиб туради;
- эритема чекка соҳаларидан кенгайиб боради, доғларни ривожланиши 3—5 кун давом этади, шундан сўнг четлари текислашади ва эритема алоҳида бўлган ўчоқларга ажралади;
- терининг соғлом жойларида қизариш эритеманинг сил-жишига қараб цианотик тусга киради;

- баъзан мазкур жараён панжалар ўртасидаги бўғимларга ҳам ўтади натижада улар қимирлатиш қийинлашади, регионар лимфатик тугунлар оғриши, дармонсизлик, жунжиш ҳолатлари кузатилади, субфебрил иситма чиқиши ҳолат кузатилади;

- касалланган ўчоқлар доирасида йирингли асоратлар кузатилмайди;

- гистологик нуқтаи назардан — сероз шишлар, капиллярларнинг кенгайиши, инфильтрация ҳолат кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Сарамас: - умумий ҳодисалар кузатилади - касалланган туқималарда гиперемия, шишлар ва оғриқ кузатилади - қон: лейкоцитоз, чапга бурилган нейтрофилёз, нейтрофилларда йирик доналар кузатилади 2. Паронихия ва тери ости хасмоли: - йиринглаш кузатилади - ўткир оғриқлар бўлиши кузатилади («уйқусиз тунлар» симптоми)</p>	<p>Эризипеолд: - умумий ҳодисалар ўртача оғирликда кузатилади - ранги ўзгаради - лимфоцитоз, нейтрофилларда майда доналар кузатилади - касалланган ўчоқлар доирасида йиринглаш каби асоратлар кузатилмайди - симптом ва ўткир оғриқлар сезилмайди</p>
--	---

ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ РАНГ ТЕМИРАТКИСИ (ЖПТ)

Тошманинг эритемато-сквамоз дерматози бўлиб, кўпинча куз ойларида кузатилади. Кўпроқ ўрта яшар одамларда учрайди, болалар эса кам ҳолатларда касалланади. Кўпинча бир нечта оила аъзолари касалланади.

Этиопатогенези номаълум.

Касаллик бирламчи оналик пиллакчасидан бошланади, 7—10 кундан кейин танага тарқалади. Даврларга бўлиниб кечади.

К л и н и к а с и: Дастлаб кўкрак ёки елкадаги тери соҳасида пушти-қизғиш доғлар пайдо бўлади, тери енгил кўчади, сирти артрофик бўлади («оналик пиллакчаси»). Сўнг танада, оёқ ва қўлларда, айниқса, қўлтиқ, чов ва сон бурмаларида доғли ёки доғли-папулёз тошмалар пайдо бўлади;

- тана ва оёқ-қўллари тери соҳасида Лангер чизиқлари симметрик кўринишда бўлади;

- юз, бошнинг сочли қисми, панжалар, товон тери соҳаси касалланмайди;

- доғли папулёз тошмалар оч пушти рангли, бироз чузиқ (0,5 x 1 см — 1 x 2 см ва ундан катта), қатъий чегараланган, юмалоқ, баъзан доирасимон, марказда ранги хирароқ бўлади;

- лаб қизил ҳошиясининг ранги тўқроқ, тошмалар сирти майда, чандиқсимон тангачалар билан қопланган бўлади;

- тошмаларнинг қушилиши ҳолат кузатилади, кам қичишади, шиллиқ пардалар кам касалланади;

- тошмалар аста-секин оқаради, тангачалар тўкилиб тушади, пигмент доғлар изсиз йўқолади;

- 6–8 ҳафта давом этади, қайталанмайди;

- нотипик шакллари: уртикар, везикулёз, папулёз темираткилар, цирцинар ҳошияли Видаль темираткиси (диаметри каттароқ, пушти-тўқ сариқ бўлади, секин кўчиб тушади) кўринишларида бўлади.

Гистологияси — акантоз, паракератоз, шиш, микроабсцесслар, инфильтрация, хужайралараро шиш.

Дифференциал диагнози:

1. Себореяли экзема: - оналик пиллакчаси бўлмайди - юзга, бошнинг сочли қисмига тошади - Лангер чизиқлари бўйлаб тошмалар кузатилмайди - тангачалари ёғли бўлади	ЖПТ: - оналик пиллакчаси мавжуд - юзга, бошнинг сочли қисмига, қўл панжалари ва товонга тошмайди - Лангер чизиқлари бўйлаб тошмалар кузатилади - тангачалари майда чандиқсимон бўлади
2. Псориаз - оналик пиллакчаси бўлмайди - бошга, юзга, қўл панжалари ва товонга тошади - тошмалар аста-секин қайтади - псориастик триада мусбат бўлади	- оналик пиллакчаси мавжуд - бошга, юзга, қўл панжалари ва товонга тошмайди - тошмалар тез қайтади - триада манфий бўлади
3. Томчисимон парапсориаз: - қопча кўринишида ажралиб кўчиб тушади - нуқтали геморрагия, яширин кўчиш ҳолат кузатилади	- майда чандиқсимон тангачалар кузатилади - геморрагиялар ва яширин кўчиш ҳолат кузатилмайди
4. Сифилитик розеола: - бир хил катталиқда бўлади - ранги хира бўлиб, кўчиб тушмайди	- ҳар хил катталиқда бўлади - пушти-қизил (ёрқинроқ) бўлиб, чандиққа ўхшаб майдаланиб кўчиб тушади

<p>5 Папулёз захм:</p> <ul style="list-style-type: none"> - папулёз тошмалари асосида инфильтрациялар бўлади - қизил-мигранг бўлади - Биетт ёқаси кўринишида кучиб тушади 	<ul style="list-style-type: none"> - асосида инфильтрация бўлмайди - пушти-қизил бўлади - якка чандиқсимон тангачалар кузатилади
<p>6. Трихофития:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оналик пиллакчаси мавжуд эмас - яллиғланиш кучли - кескин чегараланмаган - патоген замбуруғ аниқланади 	<ul style="list-style-type: none"> - оналик пиллакчаси мавжуд - яллиғланиш кучли эмас - кескин чегараланган - патоген замбуруғ аниқланади
<p>7. Пиллакчали парасориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пиллакчалар ранги бир хил, одатда қорамтир бўлади - жуда кам ҳолатларда майдаланиб кучади 	<ul style="list-style-type: none"> - ранги ёрқин бўлади - чандиқсимон кўринишида ажралиб кучади

ТОКСИКОДЕРМИЯ

Токсикодермия - терининг кескин ривожланувчи диссеминацияланган аллергик табиатга эга яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан дори ва овқат моддалари таъсирида вужудга келади.

Сабаблари: антибиотик, сульфаниламид препаратлари, В гуруҳи витаминлари ва ҳ.к.

К л и н и к а с и:

- полиморфизм (яллиғланиш доғлари, папулалар, уртикариялар, везикулалар) кўринишида бўлади;
- бутун терига тарқалган ҳар хил катталиқда, қизил рангдаги яллиғланган доғлар кузатилади;
- тошмалар симметрик ёки тартибсиз жойлашган бўлади;
- қичишади;
- оғир ҳолатларда диффуз кўринишида бўлган эритемаларга бирлашади;
- эритема фонида уртикариялар, пуфакчалар, пуфаклар (шаффоф пуфаклар), эрозиялар, пўстлоқлар, гиперпигментациялар кузатилади.

М и с о л л а р:

- Сульфаниламидлар — бир жойга тошадиган турғун эритема;
- Салицилатлар — скарлатинасимон эритематоз доғлар;
- Барбитуратлар — пўстлоқсимон ва скарлатинасимон эритема ва уртикариялар;
- Маргимуш — сальварсан эритодермиялари;
- Антибиотиклар — эритема, уртикария, пурпуроз ва буллёз тошмалар;
- Алиментар — доғли, уртикар тошмалар, ошқозон-ичак фаолиятининг бузилиш ҳолат безгак хуружи.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Кўп шаклли экссудатив эритема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маркази ботиқ, ҳалқасимон тошмалар - марказдан қочма ривожланиши, яллиғланган доғлар ёки папулалар - оёқ ва қўл соҳаларида маҳаллийлашади - кузда ва қишда қайталайди 	<p>Токсикодермия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ботиқсиз доғлар - қўшилиб кетади (огир ҳолларда), марказдан қочма ривожланмайди - ҳамма ерда маҳаллийлашади - мавсумга қараб қайталамайди
<p>2. Қизамиқ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касалликнинг бошланиши дори ёки аллергия овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлмайди - майда тўқ қизил доғли тошмалардан ташкил топади - қулоқ орқасидан бошлаб тошади ва учинчи кун юз, кўкрак терисига ўтади, бутун тери сиртини ва шиллиқ пардаларини қамраб олади - касалликни тўртинчи кундан кейин эса тошмалар ранги хиралашиб, қорамтир тус олади - шиллиқ пардаларда Бельский-Филатов-Коплик доғлари (майда, оқ, қизил ҳошия билан ўралган доғлар) кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - касалликнинг бошланиши ва зуриқиши дори ёки аллергия овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлади - ранги оч қизил ёки пушти, яслиқ донидан гудак муштигача катталиқда бўлади - терининг исталган жойидан бошланиши мумкин, аммо кўпинча юз ва оёқ-қўллар терисидан бошланади - тошмаларнинг қайтиши сенсibiliзация даражасига ва аллергиянинг бартараф этилишига боғлиқ бўлади - шиллиқ пардада марказга қараб хиралашмаган қизил доғлар бўлиши мумкин
<p>3. Пушти темиртки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тана тери соҳаларида Лангер линияси бўйлаб жойлашган эритемато-сквамоз, доғли-папулёз хиёл чўзиқ тошмалар кузатилади - «ғижимланган папирос қоғози» кўринишида тери кучиб тушади - жараён 6-8 ҳафта давом этади ва изсиз йўқолади - дори қабул қилиш билан боғлиқ бўлмайди 	<ul style="list-style-type: none"> - бутун тана бўйлаб жойлашувчи ҳар хил катталиқдаги полиморф, яллиғланувчи доғлар - кучиб тушиши жараённинг тескари ривожланиш босқичида кузатилиши мумкин - жараённинг давомийлиги сенсibiliзация даражасига ва аллергиянинг бартараф этилишига боғлиқ бўлади - дори қабул қилиш билан боғлиқ
<p>4. Захми розеолез тошмалари:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кучиб тушмайди - қўшилмайди ва қичишмайди - серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - кучиб тушиши мумкин - қаттиқ қичишиши мумкин - серологик жараёнлар манфий кўринишда бўлади

ОДДИЙ КОНТАКТ ДЕРМАТИТ (ОКД)

Фаол кўринишдаги эритема сингари намоён бўлади, ҳамда кимёвий, механик ва жисмоний омиллар (ишқаланиш, босим, совуқ, иссиқ, нурланиш) таъсирида келиб чиқиши мумкин.

1. Механик дерматити — ишқаланиш натижасида келиб чиқади, таъсир этган жой қизаради, оғир ҳолларда эритема худудида йирик эрозия пуфаклар ва яралар пайдо бўлади. Травматик таъсир омилли тўхтаганидан кейин касаллик тезда орқага қайтади. Каттик ишқаланиш бўлган жойларда бичилиш (шиш, мацерация, эрозия) ачишиш, ловуллаш ҳамда қичишиш ҳолатлари кузатилади. Кўзғатувчи омилларга куп терлашлик, касалнинг зўриқиши, иккиламчи инфекцияларнинг пайдо бўлиши кабилар киради. Совуқ олиши ва иссиқ таъсиридаги дерматит турлари фарқланади, улар механик омиллар натижасида эмас, балки ҳаво ҳарорати таъсирида пайдо бўлади.

2. Совуқ таъсири дерматити — касаллик белгилари терининг очик бўлган соҳаларида ҳаво ҳарорати таъсирида ривожланади. Совуқ олиши терининг турғун рангпарлиги кўрнишида бўлади, исиганидан кейин тери кўк-қорамтир тусга киради, ачишиш, оғриш, қичишиш ҳолатлари кузатилади. Касалликни зўриқиши тўхтайдиган ва касалланган соҳаларда ҳарорат таъсирига нисбатан бўлган каттик таъсирчанлик ҳолат узок вақтгача сақланиб қолади.

II ва III даражадаги совуқ олиши — эпидермисни пуфакли (ичига геморрагик суюқлик тўпланадиган) некрози ёки тери ва тери ости тўқималарининг тула некрози каби ҳолатда намоён бўлади.

Совуқ ҳарорат қайта таъсир қилганида жунжиш ҳолат содир бўлади, касаллик терининг очик бўлган соҳаларида (қулоқда, бурунда, қўл ва оёқ бармоқларида) маҳаллийлашади.

- тўқ қизил ёки кўкимтир рангдаги эритеманинг чегараланган соҳалари вужудга келади;

- тўқималар шишади (акроцианоз);

- ачишиш, оғриш, қичишиш (иссиқ текканида);

- касаллик узок давом этади;

- совуқ таъсирида касаллик тез-тез қайталаниб туради.

3. Болдир эритроцианози (қизларда) — йилнинг совуқ даврларида оёқ-қўллар терисини қизариши тарзида намоён бўлади.

- тери кўкимтир тусга киради, чети нотекис бўлади;

- фолликуляр гиперкератоз, телеангиэктазиялар, петехиялар кузатилади;

- патогенези асосида эндокринопатия ҳолатлари (тухумдонлар дисфункцияси) ётади.

4. Акроасфиксия — томирлар иннервациянинг касалланиши ва оёқ-қўллар тери соҳаларини турғун қизариши ҳолат кузати-

лади. Тери кўкимтир-қизғиш, ушлаб кўрилганда муздек бўлади, оёқ-қўлларни туширилган ҳолатда эса акроасфиксия содир бўлади.

Патогенези асосида иштаҳасизлик, юрак-қон томир тизимини патологияси ва ўпка касалликлари ҳолатлари ётади.

5. Қуёш дерматити — қуёшда кўп юрадиган қуёш нурига таъсирчан бўлган инсонлар терисининг алоҳида соҳаларида намоён бўлади.

а) эрта дерматитлар — ёйилган эритема, тери шиши, қаттиқ оғриш, ачишиш, қичишиш кўринишида намоён бўлади (I - даражаси). Сўнг шишган ва қизарган терида кўп камерали пуфакчалар пайдо бўлади, 2-3 кундан кейин яллиғланиш кузатилади, субъектив симптомлар кузатилмайди. Тери юзаси кўчиб тушади ва пигментланади.

б) сурункали дерматитлар — терининг қуруқланиши, пигментланган, инфилтрлар, аниқ кўринишдаги доғлар, атрофик чандиқлар, гемангиомалар, ангиомалар кўринишида намоён бўлади.

Гистологияси: томирларни кенгайиши, ҳужайралараро шиш ва ҳужайра ички шиши, везикулалар ҳолат кузатилади.

в) қуёшли турғун эритема — кўпинча 20-30 яшар инсонларда кузатилади, терининг очик бўлган соҳалари касалланади. Ёйилган қуёшли дерматит турида эса шиш, инфилтрация ва жиддий яллиғланиш ҳолат ривожланади. Касалланган ўчоқларининг сиртида тери кучиши, майда тугунчалар ва геморрагик пўстлоқлар бўлиши кузатилади.

Дифференциал диагнози:

<p>1. Юз терисининг сарамасли яллиғланиши:</p> <ul style="list-style-type: none"> - иситма чиқади - ўчоқлар чегараси оловли тил шаклида бўлади - яллиғланган шиш кўринишида бўлади - тез-тез оғриқ бўлиши кузатилади - регионар лимфа тугунлари сони кўпаяди, лейкоцитоз, СОЭ ҳолатларини тезлашиши - қуёш таъсири билан боғлиқ, бўлмайди 	<p>ОКД:</p> <ul style="list-style-type: none"> - иситма чиқмайди - чегаралари аниқ, кўпинча юмалоқ — доира шаклида бўлади - қаттиқ шишмайди - оғриқ бўлмайди - лимфатик тугунларини кўпайиши, лейкоцитоз, СОЭ тезлашиши кузатилмайди - қуёш таъсирга боғлиқ бўлмайди
<p>2. Марказдан қочма эритема типигаги қизил югурик:</p> <ul style="list-style-type: none"> - капалак шаклида жойлашади - LE ҳужайралар аниқланади - ядрога қарши омиллар кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - бундай тенденция кузатилмайди - LE ҳужайралари бўлмайди - кузатилмайди

РОЗАЦЕА

Бу касаллик кўп учрайдиган юз териси соҳаси патологияси, бўлиб ҳисобланади.

Патогенезида ангиневротик касалликлар (периферик соҳада қон таъминотини бузилиши, инсоляция, ошқозон-ичак йўли патологияси, безли секреция, алкоголь таъсирида вужудга келади) мажмуаси асосий ўрин тутди.

К л и н и к а с и:

- бўйин, пешона ва бурун тери соҳаларини турғун кўринишда бўлган эритемалар қоплаб олади;

- шиш ва гиперемия фонида жуда кўплаб ҳуснбузарли тошмалар, тугунчалар, пустулалар (пушти ҳуснбузарлар) ва телеангиэктазиялар пайдо бўлади.

Касаллик 4 босқичга: эритематоз, эритемато-папулёз, папуло-пустулёз ва папулёз (ринофима) босқичларига бўлинади.

Д и а г н о з и: ўзига хос бўлган маҳаллийлашишга ва клиник белгиларга (эритемалар, тугунчалар, телеангиэктазияларга) асосланади.

Эритематоз босқичида майда томирлар кенгайиши (телеангиэктазия) кузатилади.

Папуло-пустулёз босқичида дерма соҳасида ўчоқли лимфоплазмоцитли инфильтратлар, ёғ безларини гиперплазияси ҳолат кузатилади.

Тугунли босқичда склероз ва гиперэластоз ҳолат ривожланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Хабер синдроми:</p> <ul style="list-style-type: none">- ирсига боғлиқ розацеасимон тошмалар, интраэпидермал эпителиомалар шаклида қуёш нурига таъсирчан бўлади.аутосом-доминант туғма кўринишига мансуб бўлади- болалиқдан қуёшда юрилганлиги сабабли юз, бурун, ияк соҳасида турғун эритемалар пайдо бўлади- енгил қичишади- енгил гипертрихоз (юз ва ияк соҳасида) кузатилади- эритема фонида майда, фолликуляр қизил папулалар кузатилади	<p>Розацеа:</p> <ul style="list-style-type: none">- ирсиятга боғлиқ эмас, эпителиомалар бўлмайди- эритемаларни тошиши ва беморлар ёши билан боғлиқ бўлмайди, бўйин, пешона ва бурун соҳаларида жойлашади- қичишмайди- гипертрихоз ҳолат кузатилмайди- тери кўчиб тушмайди, чандиқлар ботиқ кўринишда бўлади
--	--

<p>- кучган тери соҳалари ва майда бопиқли чандиқлар ва телеангиоэктазиялар кузатилади</p> <p>- ёпиқ тери соҳаларида (елкада, кўкракда) субъектив сезгисиз гиперкератоз сугалсимон учоқлар шаклланади</p>	<p>- шакллланмайди</p>
<p>2. Перiorал дерматит:</p> <p>- кўпинча ёшларда кузатилади</p> <p>- оғиз, бурун-лаб бурмалари атрофида, нияда, юз, буйин ва пешона соҳаларида туқ қизил, эритематоз доғлар пайдо бўлиб, уларнинг фониде тукли фолликулалар билан боғлиқ бўлмаган тугунчалар ва сохта пустулалар гуруҳланади. Ясси ёки конуссимон шаклдаги папулез тошмалар пушти-сарғиш рангли эритема фониде жойлашади</p> <p>- баъзан учоқлар сариқ тангачалар билан қопланади, пустлоғи кучиб тушганидан кейин тери сарғимтил-қизғиш рангга киради («мис ранг тери»)</p> <p>Патогенези:</p> <p>- таркибиде кимёвий омиллар бўлган косметика воситаларидан (лаб бўёғидан) ёки кортикостероидли кремлар ва малҳамлардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлади</p>	<p>- ўрта ёшли одамларда ва қарияларда кузатилади</p> <p>- буйин, пешона, бурун соҳалариде мош катталигида пушти ранг, ярим шарсимон ёки ярим конуссимон шаклга эга папула ва пустулалар пайдо бўлади</p> <p>- тангачалар, пустлоқлар ва «мис ранг тери» ҳолаткузатилмайди</p> <p>Патогенези:</p> <p>- ангионевротик касалликлар, бирламчи касал-ланган томирлар (телеанги-эктазиялар) билан боғлиқ бўлади</p>

Тест саволлари

1. Доғ-тери касалланишининг асосий белгиси бўлган касалик:
А. Псориаз
В. Қизил ясси темирлатки
С. Бир жойда тошадиган сульфаниламид эритемаси
Д. Мохов
Е. Атопик дерматит
2. Кўп шаклли экссудатив эритемада касаллиги қанча давом этади:
А. 10-15 кун
В. 3-5 кун
С. 3 ой
Д. 30 кун
Е. 6 ой
3. Дарьенинг марказдан қочма ҳалқасимон эритемасига хос бўлган морфологик тошма:
А. Розеолалар
В. Ясси папулалар
С. Телеангиэктазиялар
Д. Тери билан кўчмайдиган сарғимтир-пушти, шишли доғлар
Е. Гипопигментланган тери билан кўчадиган доғлар
4. Бир жойда тошадиган сульфаниламид эритемада мавсумийлик қуйидагича кузатилади:
А. баҳор-ёз
В. мавсумийлик мавжуд эмас
С. куз-қиш
Д. қиш
Е. ёз
5. Токсикодермия касаллиги қуйидаги тошмалар кўри-нишида намоён бўлади (нотуғри жавобни кўрсатинг):
А. Пуфак
В. Қаварчиқ
С. Тугунча
Д. Тугун
Е. Пуфакча
6. Токсикодермия касаллигини вужудга келиши сабаблари:
А. антибиотикотерапияни ўтказилиши
В. электр токи таъсири
С. терини куйиши
Д. терини эзилиши
Е. кварц нурланиши таъсири

7. Лейнер-Муссунг дескваматив эритродермияси куйидаги ёшларда пайдо бўлади:
 А. 4-5 ёшда
 В. 8-12 ёшда
 С. 14-15 ёшда
 Д. 1-4 ойлик даврларда
 Е. 8-12 ойлик даврларда
8. Жибернинг пушти ранг темираткиси:
 А. тургун фонда пуфаклар ҳосил бўлишидан
 В. «она пиллакчаси» ҳосил бўлишидан
 С. нуқтали геморрагиялар ҳосил бўлишидан
 Д. тангачалар билан қопланган тугунчалар ҳосил бўлишидан
 Е. Биетт ёқаси кўринишида тери кўчишидан бошланади.
9. Токсикодермиялар куйидаги кўринишда учрайди (но-туғри жавобни топинг):
 А. псориаз
 В. эшакем
 С. кўп шакли эритема
 Д. пушти ранг темиратки
 Е. халқасимон эритематоз
10. Розацеада касаллигида куйидаги босқичлар кузатилмайди:
 А. эритематоз босқичи
 В. эритемато-папулёз босқичи
 С. папуло-пустулёз босқичи
 Д. қаварчиқли босқич
 Е. Тугунли босқич

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Арифов С.С., Эшбаев Э.У. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент. 1997; 350.
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина. 1999; 240.
3. Бухорович М.Н. Некоторые аспекты взаимоотношения многоформной экссудативной эритемы, синдромов Стивенса-Джонсона и Лайелла. Вестн. дерматол. венерол. 1980; 3: 33-34.
4. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. /Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. — М.: Медицина. 1989; 672.
5. Йегер Л. Клиническая иммунология и аллергология. М.: Медицина. 1986; 212.

6. Капкаев Р.А., Селицкий Г.Д., Адо А.Д. Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях. М.: Медицина. 1989; 184.
7. Мордовцева В.Н., Цветкова Г.М. Патология кожи. М.: Медицина. 1993; 105.
8. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматовенерология. М.: Медицина. 1965; 522.
9. Пыцкий В.И., Андриянова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М.: Медицина. 1999; 197.
10. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. Руководство по детской дерматовенерологии. М.: Медицина. 1983; 184.
11. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах. М.: Медицина. 1996.
12. Трапезников Н.Н., Шадиев Х.К. Паранеопластические дерматозы. Ташкент: Медицина. 1986; 123.
13. Туранов П.Л., Студницин А.А., Смелова И.С. Кожные и венерические болезни. Атлас. М.: Медицина. 1977; 88.
14. Barnet J., Estes S. Erysipeloid J. Amer. Acad. Dermatol. 1983; 25: 116-123.
5. Champion R. Disorders affecting small blood vessels: erythema and teleangiectasia In: Textbook of Dermatology. Oxford - London. 1979; 955-980.
16. Hammar H., Ronnerfalt L. Annular erythemas in infants associated with autoimmune disorders in their mother. Dermatologica. 1977; 2: 115-127.
17. Kirly J., Darby C. Erythema multiforme associated with a contact dermatitis to tepens. Cont. Dermatitis. 1970; 238-239.

II - МАВЗУ

ПАПУЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР

Тугунчали (ёки папулалар) тошмалар кўпгина дерматозларда учрайдиган бирламчи бўшлиқсиз морфологик тошмалар бўлиб ҳисобланади.

Ушбу бўлимда қуйидаги дерматозлар кўриб чиқилади:

1) эпидермал папулалар билан таърифланадиган дерматозлар. Улар жумласига псориаз, парапсориаз, қизил чандиқсимон тукли темирлатки, сўтал ва Дарье касаллигини киритиш мумкин;

2) эпидермал папулалар билан таърифланадиган дерматозлар. Улар қизил ясси темирлатки, нейродермит, Сульцбергер-Гебраннинг сурункали экссудатив ҳалқасимон яғирли дерматози, тикасимон ва ялтироқ темирлатки;

3) дермал папулалар билан таърифланадиган дерматозлар. Бу дерматозларга бурун соҳасига қизил дона-дона тошма тошиши, фолликуляр муциноз, Фокс-Фордайс касаллиги, Кирле касаллиги, Крости-Жанотти касаллиги, қулоқ супрасининг тугунчали хондродерматити, ҳалқасимон гранулёма, папулёз сохта захм ва папулонекротик сил касалликлари киради.

ПСОРИАЗ

Этиопатогенези: - Ҳозирга қадар охиригача узил-кесил аниқланмаган. Касалликни ривожланиш сабабларига юқумли касалликлар, ирсий ва невроген ҳолатлар, моддалар алмашинувини бузилиши ва бошқалар алоқадор бўлиб, бугунги кунда асосан ирсий ҳолат ва юқумли касалликлар сабаблари ахамият касб этади. Ирсий назария бўйича бу дерматоз билан оилавий касалланиши, псориазнинг популяцияда кенг тарқалиши ҳамда монозигот эгизакларнинг конкордантлиги даражасини дизигот эгизакларникига қараганда юқори бўлиши хосдир. Псориаз касаллигини туғма тури масаласи ҳозирга қадар узил-кесил ҳал қилинмаган, аммо ирсий компонентлари мавжуд бўлган кўп омилли касаллик эканлиги ҳақида маълумотлар олинган.

Инфекцияли назарияга келсак, псориаз касаллигини вужудга келишида вирусларни ахамиятини тасдиқдовчи баъзи бир далиллар олинган (иммунитет комплекслари, вирусларни эслатувчи аралашмалар, тўқималарда ва товуқ эмбрионида мазкур вируслар таъсирида цитоплазматик самарани мавжудлиги аниқланган) бўлсада, инфекция ҳолат ҳозиргача тажрибада кўрилмаган, вируслар идентификация қилинмаган ва псориаз касаллигини юқиши ҳолатлари тасдиқланмаган.

К л и н и к а с и:

Касалликни бирламчи морфологик элементи пушти ёки қиз-ғиш рангли, усти қипиқланувчи оқиш, кумуш ранг тангачалар билан қопланган папулалар бўлиб, улар қиртишлаб кучирилганида ташхис нуқтан назаридан муҳим бўлган феноменлар (стеарин доғи, «терминал плёнка» ва нуқтали қон қуйилиши) кузатилади. Касалликни бошланиш даврида тошмалар кўп бўлмайди, бир неча ҳафта, ой, баъзан йиллар мобайнида тошмалар сони аста-секин кўпайиб боради. Баъзан тошмалар касалликни бошланғич даври (юқумли касалликлардан, кучли руҳий ҳаяжонланишдан кейин, дорини кутара олмаслик оқибатида) кўп тошади ва тана тери соҳасини аксарият қисмини қоплаб олади. Бундай ҳолатларда тошмалар ранги тўқроқ, шишган, чегаралари нотекис тарзда бўлади, жуда тез кўпаяди ва баъзи ҳолларда эса қичишиш кузатилади.

Касалликнинг ривожланиш босқичида ўчоқлар ўрнида ҳамда қашланган тери соҳаларида янги папулалар пайдо бўлади (Кебнер феномени). Янги тошмалар майда бўлиб, атрофга ёйилади, касалликни кечиш даражасига қараб, аста-секин ёки анча тез кўринишда ҳар хил шакли пиллакчалар ҳосил бўлади. Одатда тошмалар симметрик, баъзан эса чизиқлар кўринишида, бир ёқлама жойлашади.

Стационар босқичда тошмаларни тез атрофга тарқалиши ва кўпайиши тўхтайди, ўчоқлар чегаралари анча текис кўринишда бўлиб қолади. Тошмаларни тананинг исталган жойида тошиши кузатилади, аммо кўп ҳолларда дастлабки тошмалар йирик бўғимларнинг букиладиган жойларида ва бошнинг сочли қисмларида пайдо бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Иккиламчи папулали захм:</p> <ul style="list-style-type: none">- тошмалар ранги нисбатан тўқроқ (тўқ қизил) бўлади- катта инфильтрация ҳолат ҳисобига папулалар нисбатан зич жойлашади- тошмалар атрофи Биетг ёқаси кўринишида ажралиб кўчади- папулалар (бурмалардаги папулалардан ташқари) одатда озми, кўпми бир хил катталиқда бўлади- периферик лимфа тугуналари сони кўпайиб боради- серологик жараён мусбат кўринишда бўлади	<p>Псориаз:</p> <ul style="list-style-type: none">- ранги нисбатан очроқ бўлади- папулалар қават-қават кўринишда жойлашади- тери сатҳи кўп ажралиб кўчади- тошмалар атрофга тарқалишга, қўшилишга ва пиллакчалар ҳосил бўлишга мойил бўлади- псориастик феноменлар мусбат кўринишда бўлади- периферик лимфатик тугуналар кўпаймайди- серологик жараён манфий кўринишда бўлади
--	---

<p>2. Қизил ясен темиртки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маркази киндиксимон кўринишда ботиқ бўлиб, ўзига хос кукимтир рангда, оз-моз қипиқланувчи алоҳида жойлашган ялтироқ, полигонал папулез тошмалар кўринишида бўлади - кўпинча шиллиқ пардалар касалланади - тошмалар кўпинча оёқ-қўлларни букилувчи жойларида, қорин соҳасида маҳаллийлашади - псориастик феноменлар манфий кўринишда бўлади - Уикхем симптоми мусбат бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - папулалар тошмалар оқиш, кумуш ранг тангачалар билан қопланган бўлиб, ўзаро қўшилиб пилакчаларга айланиб кетади, болаларда кўпинча терининг табиий бурмаларида, бошнинг сочли қисмида жойлашади, эмизикли болаларда асосан касалликнинг эксудатив шакллари учрайди - шиллиқ пардалар кам касалланади - оғир ҳолатда кечинида томирлар касалланади (psoriasis aporatica) - мусбат феномен кузатилади - Уикхем симптоми манфий бўлади
<p>3. Себорея:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кўпинча бутун бош соҳасини қоплаб олади, себорондлар, сариқ рангли пўстлоқлар бўлади - терида яллиғланиш кўринишида бўлган ўзгаришлар кузатилади - сочлар зарарланиши ёки тукилиши мумкин 	<p>Бошнинг сочли қисми псориази:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ажралган ҳолда узоқ вақт давом этиши мумкин - одатда терида яллиғланиш кўринишида бўлган ўзгаришлар кузатилмасдан терини кучиб тушиши ҳолат дастлабки касаллик белгиси бўлиб ҳисобланади - кўп йиллар мобайнида қазғоқланиш ва пилакчали тошмалар пайдо бўлишига қарамай, сочлар зарарланмайди ва тукилмайди
<p>4. Себореяли экзема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бошнинг бутун сочли қисми касалланади - сочларни зарарланиши ва тукилиши мумкин - сочларнинг проксимал учида тангачалар муфтасимон қатлам ҳосил қилиши мумкин - тошмалар фолликуляр жойлашишга мойил бўлади - ёғли, сариқ тангачалар ва себорондлар кузатилади - чандиқ ҳосил қилиб кўчади 	<ul style="list-style-type: none"> - псориазда бошнинг сочли қисми чегарасидаги тери соҳаси касалланади («псориастик тож») - сочлар тукилмайди - тошмалар фолликуляр жойлашишга камроқ мойил бўлади - тугунчали тошмалар қуруқ бўлади - кам учрайдиган чандиқлар ҳосил қилиб кучиш кузатилади
<p>5. Пиококкли ва сифилитик рупондлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - учоқларининг чегараси аниқ бўлмайди 	<p>Псориазнинг рупноид шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - чегаралари аниқ бўлади

<ul style="list-style-type: none"> - тангача, пўстлоқлар пуштулалар ўрнида қатламланади - тангача, пўстлоқлар кўчирилса, терининг йирингли сирти очилиб қолади Сифилитик рупийлар - оз сонли, купинча ассимметрик жойлашади - пўстлоқлар қатлами чегараларини ураб турадиган зич инфилтрат мавжуд бўлади, яллиғланиш жараёни туқималар ичига чуқур кириб боради ва ярали-некротик касалланиш ҳосил қилади - серологик жараёнлар мусбат бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - инфилтрланган асосда тангача ва пўстлоқлар қатламланади - тангача, пўстлоқлар кўчирилса, терининг сувли, қизғиш - кўкимтир сирти очилиб қолади, унда нуқтали қон оқиши ҳам кузатилиши мумкин - терининг бошқа соҳаларида псориазга хос бўлган ски йирингли тошмалар кузатилиши мумкин - серологик жараёнлар манфий бўлади
<p>6. Микробли экзема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - одатда йирингли тошмалар ўрнида пайдо бўлади - чегаралари тулқинсимон бўлиб, атрофида везикулёз тошмалар кузатилади - кучириб олинса, сувли, фасодли нуқталар юзаси очилади 	<p>Псориаз, эксудатив шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўчоқлари кучли инфилтрацияга эга, соғлом теридан аниқ чегараланган бўлиб, атрофида везикулёз тошмалар кузатилмайди - пластинкаларга ажралиб кучиб тушганидан кейин сувли, аммо фасодли нуқталарсиз юзалар соҳаси очилади
<p>7. Йирик бурмалар кандидози:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оғирроқ кечади, касалланган соҳалар сирти ёрқин, чегаралари ноаниқроқ бўлади, баъзан фасод боғлайди - ўчоқларининг четида мацерацияланган мугуз қатламининг кучиши ҳолат кузатилади - терини қўшни соҳаларида доғли, везикулёз хусусиятига эга бўлган кўп сонли майда ўчоқлар бўлади 	<p>Йирик бурмалар псориази:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нисбатан енгил кечади, сирти хирароқ, чегаралари аниқ бўлади, фасод боғламайди - мацерацияланган мугуз қатлами кучмайди - майда ўчоқлар бўлмайди
<p>8. Чов эпидермофитияси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - айниқса бош соҳасида анча оғир кечади - қичишади - ўчоқлар купинча полициклик чегараларга эга бўлади - узлуксиз тошмалар жойлашган соҳаларда яллиғланиш, пуфакчалар, пуштулалар, тангача ва пўстлоқларнинг қатламланиши кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - нисбатан енгил кечади - қичишмайди (кам қичишади) - аниқ чегараларга эга бўлади

<p>9. Замбуруғсимон микознинг эритродермик шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - замбуруғсимон микоз асосан ёши 40 дан ошган инсонларда ривожланади - тери шишади ва инфилтратцияланади, ранги хира, қизғиш-кукимтир рангда бўлиб, сочлар одатда сийраклашади ёки тўкилиб тушади - тублашган лимфаденопатия ва узлуксиз қичишиш ҳолат кузатилади - қўл ва оёқ қафти соҳалари гиперкератози ҳолат кучли бўлади, кўчмайди, кўпинча майда пластинкаларга ажралиб (юзда ва бошнинг сочли қисмларида ҳатто чандиқлар ҳосил қилиб) кўчиб тушади - вақт ўтиши билан атрофик ўзгаришлар содир бўлади 	<p>Псориадик эритродермия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - болалиқдан бу касаллик билан оғрийдиган шахсларда бир неча ой ёки йил мобайнида ривожланади - терининг инфилтратцияланиш даражаси ҳар хил бўлади - пластинкалар шаклида ажралиб кўчиб тушади - умумий аҳвол (дармонсизлик, безгак тутиши) айниқса, касаллик зуриққанида бузилади - периферик лимфатик тугунлари сони кўпаяди, сочлар тўкилиши кузатилади, томирлар касалланади - атрофия ҳолат кузатилмайди
<p>10. Эпидермолитик ихтиоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тугилгандан кейин оқ ривожланади ва касалликни псориадик шаклидан фарқли ўлароқ умр бўйи сақланиб қолади - тер безлари фаолиятининг ошиши ҳисобига тери соҳалари намроқ кўринишда бўлади - тери бурмалари соҳасида гиперкератоз, йирик бурмалар соҳасида эса пуфакли тошмаларни тошиши, папилломатоз ҳолат кузатилади - қўл ва оёқ қафти юзаларида гиперкератотик ўзгаришлар содир бўлади- 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик бир ёшдан ошгандан кейин ривожланади - тери соҳалари кўпинча қуруқ бўлади - бурмалар соҳаси касалланмайди - тирноқ, соч тузилиши ўзгаради, гипергидроз бўлмайди - соч ва тирноқлар тез ўсади, гипергидроз кузатилади
<p>11. Ревматоид артрит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эркак ва аёллар бир хилда касалланадилар - барча бугимлар (йириклари ҳам, майдалари ҳам) касалланади - тирноқ пластинкаларини тузилиши кам ўзгаради - бутун умуртқа погонасини касалланиши мумкин 	<p>Псориадик артрит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эркакларни кўпроқ касалланиши қайд этилади - бармоқ суяқларининг учида деструктив ўзгаришлар содир бўлади - тирноқ пластинкаларини тузилиши ўзгаради, асосан бармоқ суяқлари ўртасидаги дистал бугимлар касалланади - умуртқалараро соҳалар ва думғаза бугимлари жараёнга кўпроқ жалб этилади

- бўғимлар симметрик шаклда касалланади, мушакларда деформация ва атрофик ўзгаришлар содир бўлади

- Ваалер-Розе жараёни мусбат кўринишда бўлади

- бўғимларнинг симметрик ҳолатда касалланиши, мушакларда атрофик ўзгаришлар, бўғимлар деформацияси ҳолатлари кам кузатилади
- Ваалер-Розе жараёни одатда манфий бўлади

ҚЎЛ ВА ОЁҚ КАФТИ ЮЗАЛАРИ ПСОРИАЗИ

Касаллик белгиларини терининг маълум бир соҳаларида ёки барча тери соҳаларида кузатилиши билан биргаликда кечиши мумкин. Кўпинча жисмоний меҳнат билан шуғулланадиган инсонларда кузатилади, касаллик алоҳида папулёз тошмалар, диффуз, пилакчали, гиперкератотик, пустулёзли ўчоқлар кўринишида пайдо бўлиши мумкин. Касалликка қатъий чегараланган эритематосквамоз ўчоқлар ҳудудида ясси пустулаларни пайдо бўлиши хосдир.

ПАРАПСОРИАЗ

Парапсориаз касаллиги биринчи марта 1902 йилда тавсифланган бўлиб, нисбатан кам учрайдиган сурункали тери касалликлари жумласига киради. Бу ном асосида псориаз, қизил ясси темирлатки, себореяли экзема ва пушти ранг темирлатки касалликлари белгиларига ўхшаш белгилар кузатиладиган, асосан, папулалар ва доғли-сквамоз тошмалар кўринишида намоён бўладиган дерматоз кўриб чиқилади. Касалликни этиопатогенези аниқланмаган. Келиб чиқиши бўйича юқумли, аллергик сабабларга эга бўлиши мумкин.

Бундай касалларда капилляр қон томирларини ўтказувчанлиги ва резистентлигида ўзгаришлар бўлишлиги аниқланган. Ўткир парапсориаз касаллигини баъзи бир юқумли касалликлар (грипп, ангина, стрептококкли инфекция, сурункали тонзиллит) билан оғриш оқибатида келиб чиқиши мумкинлиги аниқланган. Кўпгина олимлар парапсориаз баъзан фокал инфекция ўчоқлари мавжуд бўлган ҳолларда вужудга келувчи юқумли ва захарли бўлган капиллярит деб қарайдилар.

К л и н и к а с и:

Касаллик хилма-хиллиги билан ажралиб туради. Парапсориазни тўртта клиник шакли: томчисимон, ўткир, пиллакчали ва яғирли шакллари фарқланади.

Одатда беморлар умумий аҳволи бузилмайди, ҳатто қичишиш ҳолат ҳам сезилмайди, аммо касалликни ўткир шаклидаги кечинишда бемор умумий аҳволи бузилади ва иситмаси чиқади.

Кўпгина беморларда парапсориаз касаллигини ўчоқлари узок вақт сақланиб қолиши мумкин. Ремиссия давлари кўпинча ёз ойларида кузатилиб, касаллик кейинроқ қайталайди. Баъзи бир беморларда қайталанган тошмалар ўрнида сохта лейкодермалар кузатилади.

Т о м ч и с и м о н п а р а п с о р и а з:

Диаметри 20 мм бўлган оч пушти, қорамтир, тўқ қизил рангли юмалоқ ёки доирасимон кўринишдаги тугунчали тошмалар кузатилади. Тугунчалар сирти ўзига хос қалин қопчани эслатадиган пўстлоқ билан қопланади. Енгил қирилса, пўстлоқлар синмасдан кўчади. Пўстлоқлар билан қопланмаган папулалар ҳам бўлиши мумкин, бундай папулалар қирилса чандиқсимон қипиқланиш, яъни «яширин тери кўчиши феномени» ҳолат кузатилади. Қаттиқроқ қирилса, тошмалар сиртида ва уларнинг яқинидаги соғлом тери соҳаларида нуқтали қон чиқиши ҳолат кузатилади ёки Брок пурпураси белгиси вужудга келади. Папулалар асосидаги инфильтрат жуда кичик кўринишда бўлиб, силаб кўрилган деярли сезилмайди, одатда тошмалар қичишмайди.

Тошмалар асосан тананинг ён томонида, оёқ-қўлларда, камдан-кам ҳолларда эса бошнинг сочли қисмида маҳаллийлашади.

Папулалар сўрилиб кетиши натижасида уларнинг ўрнида кўпинча депигментацияланган доғлар қолади, улар билан бирга баъзан розеолали тошмалар ҳам кузатилади. Бу тошмалар сатҳи кўпинча пластинкасимон тангачалар билан қопланади, улар сифилитик розеолаларга жуда ўхшаш.

Шиллиқ пардалардаги тошмалар сийрак, юз шиллиқ пардасида игна қулогидек катталиқда нуқтасимон оқиш бўртиқли папулалар кузатилади.

Катталарга қараганда болалар кам ҳолатларда касалланадилар. Аёллар эса эркакларга қараганда кўпроқ касалланадилар.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Псориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эпидермал кўринишдаги папулалар ҳар хил катталиқда, кумуш ранг пўстлоқлар билан қопланган бўлади - «стеарин доғи», «терминал плёнка», «нуқтали қон қуйилиши» феноменлари кузатилади - тошмалар кўпинча бошнинг сочли қисмида, баъзан эса юзда, кўп ҳолларда оёқ-қўлларни буқув соҳаларида маҳаллийлашади 	<p>Томчисимон псориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тугунчалар бир хил катталиқда бўлади - «қопча» ва «яширин кўчиш» феномени, «пурпура» белгилари кузатилади - бошнинг сочли қисми ва юз тери соҳалари кам ҳолатларда, тирсак ва тизза бугинлари соҳаларида эса касаллик белгилари жуда кам учрайди
<p>2. Папулёз захм:</p> <ul style="list-style-type: none"> - папулалар сарғиш-қизил рангда бўлади - папулалар асоси кўпинча инфилтрацияланади - папулалар атрофида Биетт ёқаси кўринишида тери соҳасини кўчиши кузатилади - специфик полиаденит ҳолат (айниқса, иккиламчи янги захмда) кузатилади - кўпинча буйида, баъзан кўкракнинг юқори қисмида лейкодерма ҳолат кузатилиб маҳаллийлашади ва улар бир хил катталиқдаги доирасимон рангпар доғлардан ташкил топади - серологик жараёнлар мусбат бўлади 	<p>Парапсориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - папулалар оч пушти рангда бўлади - кам инфилтрацияланади - папулалар тошмалар бутун сирти тангачалар билан қопланган бўлади - полиаденит ҳолат ҳамда иккиламчи захмнинг бошқа белгилари кузатилмайди - иккиламчи лейкодерма ҳолат кузатилиб, ўрни ва шакли бошқача кўринишда бўлади - серологик жараёнлар манфий бўлади

Ў т к и р п а р а п с о р и а з и: (синонимлари: ўткир яғирланувчи ва вариолиформ темиртки, Муха-Хаберман касаллиги).

Бу касаллик томчисимон парапсориазнинг ўткир кечадиган тури ҳисобланиб, кўпинча иситма кўтарилиши билан бошланади. Лимфатик тугунлар хажми катталашади, кўққисдан кўп сонли, ҳақиқий ва сохта полиморфизм кўринишдаги тошмалар пайдо бўлади. Томчисимон парапсориаз касаллиги учун хос бўлган «қопча», «яширин кўчиш» ва «нуқтали қон қуйилиши» кўринишидаги папула ва доғлар билан бир қаторда, марказида геморрагик пуфакчалар бўлган папулёз тошмалар ҳам пайдо

булади. Одатда, касалликнинг бошида, пайдо буладиган бундай тошмалар тезда қотиб, қорамтир пўстлоқлар ҳосил қилади. Пўстлоқлар кўчганидан кейин ўрнида гиперпигментли, майда чечаксимон чандиқлар ҳосил булади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасини ҳам касалланиши мумкин (юз, бурун ва тилнинг шиллиқ пардаларида оқиш папулалар пайдо булади), бу вақтда касалликни кечиши 5-6 ҳафта ва ундан ортиқ давом этади, баъзан эса сурункали тус олади.

Касаллик исталган ёшда (болалар кам касалланади), иккала жинс вакилларида, кўпроқ ўсмирларда кузатилади.

П и л а к ч а л и п а р а п с о р и а з и:

Касаллик кескин чегараланган, баъзан эгри ҳошияли қорамтир-сарғиш ёки жигар-ранг доғлар кўринишида намоён булади. Доғли тошмалар майда, зич, кўпинча сезилмайдиган тангачалар билан қопланади, аммо қиртишланганда оз-моз қипиқ ажралиб чиқиши кузатилади. Нуқта кўринишида қон чиқиши кузатилмайди, пилакчалар деярли инфилтрацияланмайди. Улар ҳажми икки тийинлик тангадан одам кафти катталигида булади. Майда тошмаларнинг қўшилиши натижасида эса тўлқинсимон ҳошияли йирик ўчоқлар пайдо булади.

Доғлар узок вақт сақланиши, ёз ойларида вақтинча йўқолиб, куз ойларида эса яна пайдо бўлиши мумкин. Қайтиб кетган тошмалар ўрнида баъзан лейкодерма пайдо булади, атрофия ҳолат одатда қолмайди.

Тана тери соҳаларида ва оёқларда, баъзан эса қўлларда ўчоқларни маҳаллийлаши кузатилади. Бошнинг сочли қисмида кам учрайди. Бу соҳаларда алопеция ўчоқлари ҳам вужудга келиши мумкин, қичишиш кузатилмайди. Пилакчали парапсориаз касаллиги 25-50 ёшли эркакларда аёлларга қараганда кўпроқ кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

1. Себорейли экзема:

- касаллик ўчоқлари асосан бошнинг сочли қисмида, юзда, танада, кўкрак соҳасида ва кураклар ўртасида маҳаллийлашади
- қичишиш ҳолат кузатилади
- теридаги жараён яллиғланиш, кучли тери кўчиши билан кечади

Пилакчали псориаз:

- ўчоқларни тана ва оёқ тери соҳаларида маҳаллийлашиши кузатилади
- қичишмайди
- теридаги жараён яллиғланиш кучсиз тери кўчиши ва билан кечади
- тошмалар ранги ҳар хил булади

<p>2. Замбуруғли микознинг премикопик босқичи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қичишиш ҳолат кузатилади - тошмалар тўқ рангда бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - қичишмайди - тошмалар оч рангда бўлади
<p>3. Силлиқ тери соҳасининг сурункали трихофитияси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик аёлларда кўпроқ кузатилади - учоқлар кўпинча чегараланган, сочларни ўзига хос тарзда касалланиши кузатилади - текширилганда патоген замбуруғлар мавжудлиги аниқланади 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик эркекларда кўпроқ кузатилади - касаллик учоқлари чегараланган бўлиб, алопеция ҳолат кузатилади - текширилганда замбуруғлар аниқланмайди

ҚИЗИЛ ЧАНДИҚСИМОН ТУКЛИ ТЕМИРАТКИ (ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ)

Девержи касаллиги болаларда кузатиладиган кам учрайдиган касаллик бўлиб, этиология ва патогенези номаълум.

Касалликни асосий тошмалари игна қулоғидек катталикдаги сарғиш-пушти ёки тўқ қизил папулалардан иборат бўлади. Тукли папулалар конус шаклида бўлиб, анча зич кўринишда жойлашади. Сирти чандиқ ҳосил қилиб ёки марказида мугуз тиқинга эга бўлиб кучиб тушади кейин эса улар ўрнида нуқтали чуқурчалар қолади. Касаллик бошланишида папулалари тошмалар алоҳида жойлашади, кейинчалик эса қўшилиб кетади ва оқиш пўстлоқ билан қопланган пилакчаларни ҳосил қилади. Пилакча атрофида қизил чандиқсимон тукли темираткининг алоҳида папулалари кўриниб туради. Бу пилакчалар псориаз ёки кератодермиядаги тошмаларни эслатиши мумкин. Тошмалар усти силанганда қирғични силагандек кўринишда тассурот қолади.

Тошмалар оёқ-қўлларнинг букув соҳаларида, тирсак ва тизза бўғинларида симметрик ҳолатда жойлашади. Қўл бармоқлари орқа томонидаги тошмалар айниқса касалликка хос бўлган кўринишга эга бўлади. Бошнинг сочли қисмида тошмалар диффуз хусусиятга эга бўлиб, қорамтир тангачалардан ташкил топади ва себорея касаллиги кўринишини эслатади.

Ўз соҳаси тери юзалари қизил, чандиқсимон тангачалар билан қопланади ва тортилгандек бўлиб кўринади. Баъзан эктропион ҳолат кузатилади. Қўл ва оёқ кафти тери соҳаларини мугуз қавати қалинлашади, тери қуруқ бўлади, ёриқ ва эгатчалар ку-

затилади. Тери хира тортиб, қалинлашади, шилинади, оғриқ ҳолат кузатилади. Баъзан шиллиқ пардаларнинг касалланиши (майда учли тугунчалар) кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Псориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - псориазик феноменлари мусбат кўринишда бўлади - юз териси диффуз кўринишда касалланмайди, узлуксиз қизиллик ва тери кучиши кузатилмайди - конус шаклидаги папулалар мавжуд бўлмайди 	<p>Девержи касаллиги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - феноменлар манфий бўлади - бармоқларнинг орқа томонида касалликка хос бўлган учли папулалар кузатилади - даволаш чораларига резистентлиги кўпроқ бўлиб, узоқ вақт давом этади - юз соҳаси қизаради, тери сатҳини кучиши кузатилади
<p>2. Дори аллергияси касаллиги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антибиотикларни, чечакка қарши вакциналарни кўтара олмаслик оқибатида келиб чиқади - касаллик тез ривожланади ва нисбатан қисқа вақт ичида қайтади - жараён қичишиш билан кечади - касаллик сабаби ва патогенези дорилар таъсири билан боғлиқ эмас - узоқ вақт давом этади - жараён қичишмай кечади 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик сабаби ва патогенези дорилар таъсири билан боғлиқ эмас - узоқ вақт давом этади - жараён қичишмай кечади
<p>3. Тукли темиртки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик еш аёлларда кўпроқ кузатилади - оёқ ва қўлларнинг букув соҳаларида жойлашади, акроцианоз ҳолат кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - кўпинча болаларда кузатилади - акроцианоз ҳолат бўлмайди
<p>4. Тугма ихтиозиформли эритродермия (ламелляр ихтиоз):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳаётнинг биринчи кунларидан бошланади - бурмалар соҳасида гиперкератоз, баъзан эса папилломатоз ҳолат кузатилади - пуфаклар тошиши, гипергидроз, соч ва тирноқларни тез ўсиши кузатилиши мумкин 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик болаликдан бошланади - оёқ ва қўл кафти гиперкератози ҳолат кузатилади - пуфакчалар, гипергидроз, соч ва тиноқларнинг тез ўсиши ҳолат кузатилмайди - тери соҳаларини қуриши ва ёриқлар кузатилади
<p>5. Фринодерма:</p> <ul style="list-style-type: none"> - А витамини етишмаслиги оқибатида вужудга келади 	<ul style="list-style-type: none"> - касалликни сабаби ва патогенези аниқланмаган

<p>- тери куруқлиги, қўл-оёқларнинг букиладиган жойларида, думбада, елкада фолликуляр гиперкератоз кузатилади, усувчи пиллакчалар сариқ-жигарранг бўлади</p> <p>- юз, тирноқнинг характерли касалланиши, оёқ ва қўл кафти кератозлари кузатилмайд</p>	<p>- касалликка хос конуссимон папулалар бўлиб, уларни пиллакчаларга қўшилиши ҳолат кузатилади</p> <p>-қўл ва оёқ кафти кератози, тирноқлар чизилиши, оғриши ва юз тери соҳаларини қизариши ҳолат кузатилади</p>
---	--

СЎГАЛЛАР

Касалликни филтрланувчи кариотроп вирус кўзғатади. Инкубация даври бир неча ҳафтадан ярим йилгача давом этади. Касаллик бемор билан мулоқотда бўлганда, тўғридан-тўғри ёки истеъмол буюмлари орқали юқади.

Акроцианоз, гипергидроз, микрожароҳатлар касалликни кўзғатувчи омиллари сифатида хизмат қилади.

Оддий сўгал кўпинча тананинг очиқ жойларида (қўл панжалари ва оёқ кафтлари орқа соҳаларида) кескин чегараланган, атроф теридан бўртиб турувчи, яллиғланиш белгиларисиз, гиперкератотик масса билан қопланган ғадир-будур тугунчалар шаклида жойлашади. Сўгаллар зич ҳолатда жойлашиб оч сариқ рангда бўлади. «Она» сўгалдан тарқаладиган кўп сонли сўгаллар қўшилиб кетади. Беморларда субъектив шикоятлар бўлмайди.

Болаларда ва ўсмирларда учрайдиган ясси сўгаллар кўп сонли бўлиб, кўпинча юз, бўйин ва қўл панжаларининг устки қисмларида оч пушти ёки сарғимтир рангда, думалоқ ёки япалоқ тугунчалар кўринишида вужудга келади. Улар қўшилиб кетиши мумкин. Субъектив шикоятлар бўлмайди.

Оёқ кафти тери юзаларида учрайдиган сўгал оёқнинг қаттиқ босиладиган жойларида кўпинча якка ҳолда пайдо бўлади, қаттиқ оғрийд, чуқур ўрнашиб, қалин мугуз қават билан қопланган бўлади. Бу қават кўчиб тушса, биров қонтаклашган сўргичли юзалар ҳосил бўлади, ўчоқлар сариқ рангда бўлиб, диаметри 1-2 см ҳажмда бўлади.

Ўткир учли кондиломалар юмшоқ, учли, сўгалсимон ўсимталар кўринишида асосан жинсий олат атрофида ва ортқи чиқарув тешиги теварагида маҳаллийлашади. Бу ўсимталар қўшилса, хўроз тожи кўринишидаги ўчоқларни вужудга келтиради.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Мибелли ангиокератомаси: - туқ қизил рангда бўлади - гистологик текширувларда капиллярлар кенгайиши ҳолат кузатилади</p>	<p>Сугаллар: - ранги оч жигарранг бўлади - акантоз, папиломатоз ҳолат кузатилади</p>
<p>2. Қизил ясси темирлатки: - папулалар маркази ботиқ кўринишда бўлади - оч бинафша рангда бўлади</p>	<p>- киндиксимон ботиқлик ҳолат кузатилмайди - ранги оч жигарранг бўлади</p>
<p>3. Себорейли сугаллар: - касаллик кекса одамларда учрайди - танада маркази бўртиқ, қалин кўкимтир ёки қора рангда бўлган қобиг билан қопланган бўлади, кўчириб ташланса ўрнида сугалсимон ўсимталар қолади</p>	<p>- болаларда, ўсмирларда ва аёлларда учрайди - панжалар ва оёқ кафти орти соҳаларида учрайди</p>
<p>4. Сирингиома: - кўп сонли бўлади - касаллик ёш аёлларда учрайди - пастки қовоқда, кўзнинг ички қисми четида, юзда, кўкрак соҳасининг олд қисмида маҳаллийлашади - ярим шарсимон шаклда бўлади - гистологик текширувларда тер безларининг кистоз кўринишдаги йуллари кузатилади</p>	<p>- иккала жинс вакилларида учрайди - панжалар ва оёқ кафти орти соҳаларида кузатилади - ясси шаклда бўлади - акантоз, папиломатоз ҳолатлари кузатилади</p>

КОНТАГИОЗ МОЛЛЮСКАСИ

Касалликка хос бўлган тошмалар кўпинча тана, жинсий олат, баъзан эса панжа ва оёқ кафтларининг орқа тери сатҳларида жойлашган бўлади. Тошмаларни кўриниши ярим шарсимон, усти ботиқ бўлиб, икки ёнидан босиб кўрилганда увоқланидиган оғизсимон модда ажралиб чиқади.

ДАРЪЕ КАСАЛЛИГИ

Даръе касаллиги туғма дерматоз бўлиб, тери соҳаларида безарар дискератоз ҳолат кузатилади. Касалликда рухий ривожланишдан кечикиш ҳамда қалқонсимон ва жинсий безлар фаолиятини бузилиши содир бўлиши мумкин.

Касаллик болалик ёки ўсмирлик даврларида кузатилиб, кўзгаллиши билан кечади. Морфологик тошмалар — 2 мм — 0,5 см диаметри кулранг ёки қорамтир папулалардан ташкил топиб, сиртига маҳкам ёпишган мугузлашувчи қаттиқ пўстлоқлар билан қопланган бўлади. Пўстлоқлар кўчиб тушганда, ўрнида чуқурча яъни ёғли тукли фолликуланинг кенгайган тешиги қолади. Баъзан эса фолликулалар билан боғлиқ бўлмаган тошмалар учраши кузатилади.

Тошмалар одатда бўйин, юз (кўпинча бурун ва лаб бурмаларида), кўкрак, икки кураклар соҳаси, кўлтиқ ости, чов ва сон бурмаларида маҳаллийлашади. Бошнинг сочли қисмида тошмаларни кўп тошиши алопеция ҳолатга олиб келмайди. Панжаларни орқа томонида жойлашган папулалар кўриниши ясси сўгалларга жуда ўхшаш бўлади. Кўл ва оёқ кафти юзаларида нуқтасимон кератозлар учрайди. Тирноқлар эгатсимон чизиқлар кўринишида осонгина синади. Тери бурмаларида, бўйинда, ортки чиқарув йўли теварагида папулалар ўзаро бирлашиб пилакчаларни ҳосил қилади, яллиғланади ва фасод боғлайди. Кейинчалик вегетация ҳолат ривожланади, пуфаклар, пуфакчалар ва чизиқли эрозиялар пайдо бўлади. Шиллиқ пардалар соҳаларида тошмалар кам ҳолатларда кузатилади. Оғиз бўшлиғи, томоқ, қизилўнғач, аёллар жинсий аъзолари шиллиқ пардаларида касаллик белгилари лейкоплакия хасталиғи кўринишини эслатиши мумкин. Тошмалар тукли тилли бўлиши мумкин. Даръе касаллиги болалик ёшларидан бошланиб, узоқ вақт мобайнида абортив кўринишда кечиши мумкин. Субъектив шикоятлар одатда кузатилмайди, беморларнинг умумий аҳволи бузилмайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Ясси сўгаллар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён юз соҳасида, бармоқларда, панжаларнинг орқа томони ва билакларда маҳаллийлашади. Юмалоқ ёки полигонал шаклга эга бўлиб, хиёл буртиб туради - тошмалар диаметри 2-3 мм катталиқда бўлиб, мугузла-шишга мойил бўлмайди 	<p>Даръе касаллиги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар бошнинг сочли қисми, бурун, лаб бурмалари соҳаларида, кўкрак ва кураклар орлиқлари тери соҳаларида себорея кўринишида маҳаллийлашади - тошмалар диаметри 2 мм — 0,5 см катталиқда бўлиб, мугузлашишга мойил бўлади
---	--

<p>2. Левандовский-Лупцининг верруциформли дисплазияси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик белгилари гурӯҳлашишга, қўшилишга мойил бўлиб, пушти-кулранг, жигар-ранг, юмшоқ ясси тугунчалар шаклида бўлади. Папулалар сирти пўстлоқ билан қопланмайди - гистологиясида ҳужайрали вакуолизация ҳолат кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - папулалар сирти пўстлоқлар билан қопланган бўлади - гистологиясида дискера-тоз ҳолат кузатилади
<p>3. Қизил ясси темиратки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - усти ялтироқ, ургасида киндиксимон ботиқлик бўлган кўкимтир майда полигонал папулалар кузатилади - вегетация ҳолат ва кератотик пўстлоқлар бўлмайди - тананинг букиладиган соҳаларида баъзан эса шиллик пардаларда жараён маҳаллийлашади - қичишиш ҳолат кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - уртаси ботиқсиз бўлган, кулранг папулалар кузатилади - вегетация ҳолат ва пўстлоқлар билан қопланиши кузатилади - қичишиш ҳолат бўлмайди

ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ

Касалликни табиати ҳалигача тўлиқ аниқланмаган бўлиб, уни асосида инфекциялар, невроген бузилишлар, токсико-аллергик таъсирлар катта роль ўйнайди.

Асосий морфологик тошмалар — 2 мм — 0,5 см диаметрли, полигонал ҳошияли, қизил, оч пушти ёки бинафша ранг, уртаси ботиқ, ялтироқ, ёнидан ёритилиб қаралганда аниқ кўринадиган ясси папулалардан иборат бўлади. Тери унчалик кўчмайди, тангачалар эса қийинлик билан ажралади. Нисбатан йирик бўлган тугунчали тошмалар сиртида, айниқса ўсимлик мойи суртилганидан кейин тўрсимон кўринишни (Уикхем тури симптоми) фарқлаш мумкин. Ўзига хос бўлган белгилари:

- тошмалар ғуж-ғуж бўлиб жойлашади, ҳалқалар, гул, чизикларни ҳосил қилиб гурӯҳлашади;
- тошма оёқ-қўлларнинг букиладиган жойларида, танада, жинсий олат тери соҳаларида симметрик кўринишда жойлашади;
- кўпинча оғиз бўшлиғи шиллик пардаларида учрайди;

- субъектив шикоятлари - қичишиш бўлади.

Касалликни зўриқиш пайтида Кебнер феномени мусбат кўринишда бўлади яъни тери соҳаларини зарарланган жойларида янги тугунчаларни пайдо бўлиши кузатилади.

Тирноқлар тузилиши ўзгаради.

К а с а л л и к н и т у р л а р и:

Lichen ruber planus pigmentasus — папулалар тошмалар билан бир қаторда пигментланган тугунчалар пайдо бўлади. Қизил ясси темираткини тери соҳаларида тошган тошмалари билан бўлган уйғунликда оғиз бўшлиғида ҳам тошиши мумкин.

- ҳалқа кўринишидаги тугунчали элементлар бирламчи тошмалар ўрни ҳисобига ёки пилакчаларнинг марказий қисмида уларни қайтишида ҳосил бўлади. Касалликнинг бу шакли жинсий олатда ҳам маҳаллийлашиши мумкин.

- Қайтловчи тугунчали тошмалар ўрнида атрофия кўринишидаги ўзгаришлар ривожланади.

- Типик кўринишга эга бўлган папулалар билан бир қаторда устида мугуз қобиғи бўлган учли фолликуляр тугунчалар ҳам мавжуд бўлади. Бундай тошмалар бошнинг сочли қисмида маҳаллийлашганда, жараён кўпинча атрофия ва соч тўкилиши (Литтл-Лассюэр синдроми) билан якунланади.

- Типик кўринишга эга папулалар ўрнида, баъзан нормал тери соҳаларида пуфак ва пуфакчали тошмалар пайдо бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Амилоид лихен:</p> <ul style="list-style-type: none">- тугунчалар полигонал ҳошияларга эга эмас. марказий қисми ботиқ бўлмайди- ранги оч жигарранг бўлади- тошмалар зич жойлашади, кўпинча қўшилиб, қалин сағрсимон пилакчалар ҳосил қилади- қаттиқ қичишади- оғиз бўшлиғида тошмалар бўлмайди- қизил конго билан мусбат синовдан ўтган- гистологиясида амилоидоз ҳолат кузатилади	<p>Қизил ясси темиратки:</p> <ul style="list-style-type: none">- полигонал ҳошияларга эга бўлиб, марказий қисмида киндиксимон ботиқлик кузатилади- қизил, бинафша рангда бўлади- қичишиш ҳолат қаттиқ бўлмайди- гистологиясида гиперкератоз, гранулёз, акантоз каби ўзгаришлар кузатилади
--	--

<p>2. Микседемали лихен:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик кекса аёлларда кўп учрайди - танада, қўлларда жараён маҳаллийлашади (шиллик пардалар касалланмайди) - тугунчалар ярим шарсимон кўринишда бўлиб, полициклик ҳошияларга эга бўлмайди - мумсимон ёки нормал тери рангида бўлади - гуж-гуж бўлиб жойлашади, шишиб кейинчалик қотиши мумкин, уларни кўриниши склеродермик тошмаларни эслатади 	<ul style="list-style-type: none"> - оёқ ва қўлларни букиладиган жойларида, танада, жинсий олат соҳаларида маҳаллийлашади (оғиз бушлиғининг шиллик пардаси касалланади) - полициклик ҳошияли бўлади - ранги бинафша рангда бўлади
<p>3. Тугунли қичима:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик белгилари кўпинча болдир соҳаларида учрайди - тошмалар одатда кам сонли, нисбатан йирик, зич, ярим шарсимон ёки овал шаклларида бўлади - сирти кўпинча геморрагик пўстлоқлар билан қопланади - шиллик пардаларда тошмалар кузатилмайди 	<p>Веррукозли қизил темиртки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик белгилари кўпинча болдир соҳаларида учрайди - тошмалар полигонал, кўп сонли майда папулалардан иборат бўлади - сирти геморрагик пўстлоқлар билан қопланмайди - шиллик пардаларда тошмаларни тошиши кузагилади
<p>4. Сўгалли сил:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қўл панжалари, бармоқларининг орқа томони касалланади - касалланиш зонаси учта бўлади: марказий — мугузлашган, сўгалли зона, ўрта - кўкимтир-тўқ қизил инфильтратив зона, периферик - оч қизил зона - чандиқ ҳосил қилади - сурункали қичишади 	<p>Қизил ясси темиртки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кўпинча болдир соҳалари касалланади - уч худудли касалланиш ҳолат бўлмайди - чандиқлар ҳосил қилмайди - муътадил равишда қичишади

АТОПИК ДЕРМАТИТ

Атопик дерматит терининг кўп омилли аллергик ирсий касалликлари жумласига киради. Касаллик бўсаға самарасига

эга бўлган генларнинг аддитив таъсирини ирсий йўллар билан полиген кўринишида ўтиши оқибатида вужудга келади. Тахминан 60-90% ҳолларда касаллик болаларда эмизикли даврининг биринчи яримида бошланади. Атопик дерматит касаллигини клиник кўринишлари хилма-хил бўлиб, турли омилларга боғлиқдир. Улар орасида бемор болаларнинг ёши алоҳида урин тутади.

Атопик дерматит касаллигини кечишида уч давр ёки босқич фарқланади: гўдаклик (0-2 ёшгача), болалик (2-10 ёшгача), ўсмирлик-етилиш (12 ёшдан кейин) босқичлари.

Г ў д а к л и к б о с қ и ч и — одатда касаллик бола ҳаётининг 7-8 ҳафталаридан бошланади, тери соҳалари экссудацияга мойил бўлиб, оғир ёки ўртача оғирликдаги яллиғланишлар содир бўлади. Касаллик кўпинча юз, лунж ва пешона соҳаларида маҳаллийлашади, бурун ва лаб соҳалари тошмалардан ҳоли бўлиб, баъзан жараён оёқ, қўл ва думбанинг ташқи томонини қамраб олиши мумкин. Дастлаб тошмалар эритематоз шишли ва эритематосквამоз ўчоқли, папуловезикулалар, фасод боғлаш ва пўстлоқлар кўринишида намоён бўлади. Вақт ўтиши билан эса экссудатив ҳолат камаяди ва касалликнинг яғирланувчи ва пруритиноз клиник кўринишлари кучайиб боради. Тахминан бир ярим йилдан сўнг тирсак ва тизза ости букув соҳаларида, панжаларда касалликка хос бўлган тошмаларни пайдо бўлиши кузатилади. Асосан болалар ҳаётининг иккинчи йилида инфилтратив, лихеноид, сквამоз ўзгаришлар рўй беради, эксскориациялар, яллиғланган фолликуляр папулалар пайдо бўлади. Иккинчи йилнинг охирида эса теридаги касаллик белгилари спонтан равишда ёки даволаш натижаларида йўқолади ёки касаллик ўзини иккинчи даврига (босқичга) ўтади.

Б о л а л и к б о с қ и ч и — яғирланиш ҳолатни ривожланиши, тошмалар бурмаларда маҳаллийлашиши билан таърифланади. Экссудатив ҳодисалар эса кузатилмайди, тери қуруқлашади соҳалари. Ушбу босқичнинг асосий тошма элементлари бўлган папулалар қўшилишга ва яғирланган ўчоқларни ҳосил қилишга мойил бўлади. Бемор болаларни бир қисмида «атопик юз» ҳолат шаклланади, яъни терини ранги хира, кулранг бўлади, периорбитал гиперпигментация ҳолат, пастки қовоқ соҳаларида қўшимча бурмалар (Денье-Морган) чизигини ривожланиши кузатилади. Терининг эритематосквَامоз кўринишдаги кечиши асосида кўз, лаб атрофларида ва бурун тешиклари соҳасида кўпинча ёриқларни пайдо бўлиши кузатилади. Бу даврда патологик жараён кўпинча тирсак ва тизза ости бурмаларида, билак ва болдир бўғимлари соҳаларида, панжаларни орқа томонида, елка соҳасида, буйиннинг орқа тарафида ва тананинг ён томонларида маҳаллийлашади.

ў с м и р л и к б о с қ и ч и — тошмаларни маҳаллийлашиш ҳолатни ўзгариши билан таърифланади. Бурмаларнинг касалланиши ўрнини юз ва бўйин соҳаси терисини тарқоқ касалланиши ҳолат эгаллайди. Лихенификацияланган ва инфилтрацияланган ўчоқлар, яғирли папулалар ва экскориациялар ҳолат кўпаяди. Кўпгина беморларда «атопик юз» белгилари кузатилади. Ўчоқлар асосан тирсак ва тиззаларни букув соҳаларида, бўйинда маҳаллийлашади. Қуруқ, инфилтрацияланган ва лихенификацияланган тери фониди қичишадиган папулалар жойлашади. Юзни (пешона, лунж, лаб, кўз атрофини) ўзига хос кўринишда касалланиши ҳолат кузатилади, касаллик белгилари болалик босқичидан фарқли ўлароқ, анча тарқоқ кўринишда кечади ва тери юзаларини кўпроқ кўчиши кузатилади.

У ёки бу белгилар ва морфологик тошмаларни кўринишига қараб касалликни қуйидаги клиник шакллари фарқланади: эксудатив, эритематосквამоз, эритематосквამоз хилининг лихенификация ҳолатга моил, яғирли пруритиноз шакллари.

Атопик дерматит касаллигини кечиши хусусиятларини баҳолаш мақсадида В.Н. Гребенюк ва А.М. Маннановлар таклиф қилган (1987 йил) ишчи таснифномадан фойдаланилди. Унинг асосини касалликни клиник-морфологик манзараси, тери жараёнини фаоллик даражаси ва касаллик кечишининг оғирлик даражаси ташкил этади (50-бетдаги жадвалга қаранг).

«Атопик дерматит» ташхисини қўйиш учун Hanifin J.M., Rajka G. лар таклиф қилган (1980 йил) диагностик мезонларнинг икки туркумидан фойдаланилди (асосий ҳамда ёрдамчи ёки кам хос бўлган белгилар) (51-бетдаги жадвалга қаранг).

АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИС МЕЗОНЛАРИ

Асосий (базис) мезонлари:

- 1 Қичишиш.
- 2 Ўчоқларининг ўзига хос кўринишдаги жойлашиши ва типик морфологияси.
- 3 Сурункали қайталама кўринишдаги кечиши.
- 4 Шахсий ва оилавий анамнезида атопик касалликларни мавжудлиги.

Ёрдамчи ёки кам хос бўлган мезонлари:

- 1 Ксероз.
- 2 Ихтиоз.

- 3 Тери соҳасига таъсир этиш тестига нисбатан зудлик билан жавоб бериш (I- турдаги).
- 4 Қон зардобида Jg E лар миқдорини кўплиги.
- 5 Касалликни болалик давридан бошланиши.
- 6 Терини турли инфекцияларига таъсирчанлиги.
7. Кўл панжалари соҳасини носпецифик дерматитга мойиллик ҳолат.
- 8 Сурғичлар соҳасидаги экзема.
- 9 Хеилит.
10. Қайталовчи конъюнктивит.
11. Денни-Морган инфраорбитал бурмаси.
12. Кератоконус.
13. Олд субкапсуляр катаракта.
14. Орбиталарнинг қорайиши.
15. Юз рангпарлиги ва юз эритемаси.
16. Пешона питириазиси.
17. Бўйинни олд қисми бурмаси.
18. Терлаганда қичишиш.
19. Интерларантлик (жун ва аралаштирувчиларни кўтара олмаслик).
20. Перефолликуляр акцентуация.
21. Овқатга нисбатан юқори сезувчанлик.
22. Касаллик жараёнига эмоционал ҳамда атроф муҳит омилларининг таъсири.
23. Оқ дермографизм ва секин оқариш.

БОЛАЛАР АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИ КЛИНИК ТАЪРИФИ

(В.Н. Гребенюк, А.М. Маннанов, 1987 йил)

АТД	Экссудатив шакли	<p>1. Юз (бўйин), биллак, думба, болдир, оёқ қафти соҳаларида – микровезикулаларни мавжудлиги;</p> <p>2. Эритема, шиш, папула, пуфакчалар, фасодли пўстлоқлар, импетигинизация, нўхот, олча ҳажмидаги лимфатик тугунчаларни кўпайиши, кучли қичишиш;</p>	<p><u>ери жараёнининг фаоллик даражаси</u></p> <p><u>Белгиларнинг фаоллик даражаси:</u></p> <p>I - енгил</p> <p>II – муътадил кўринишга эга</p> <p>III – аниқ кўринишга эга</p> <p><u>Терининг ахволи:</u></p> <p>Эритемато-сквамоз</p>
-----	------------------	--	---

	Эритемато-сквамоз шакли	<p>3. Дастлабки 1-1,5 йил давомида (дастлабки 2-3 ойда айниқса кучли экссудатив ҳолат намоён бўлади).</p> <p>1. Жараён юз (кўз ва оғиз атрофи), буйин, тана, тирсак ва тизза ости бурмалари ва уларга яқин жойлашган соҳаларда, билак, болдир, панжа ва товонда жойлашади;</p> <p>2. Ҳоқларда эритема, шиш, папулалар, тери кучиши, экскориация, пўстлоқлар, кузатилади. Ҳоқлар ноаниқ ҳошияли бўлиб, лимфаденопатия. (лимфатик тугунларни ловия, ёнгоқдек катталашиши) уртача ёки кучли қичишиш ҳолат кузатилади;</p> <p>3. Касаллик асосан 1,5-3 ёшларда кузатилади.</p>	<p>Ҳоқларда, кучсиз инфильтрация, яккам-дуккам тугунча ва экскориациялар кузатилади; учли инфильтрация, лихенификация, экскориация, ёриқ ва пўстлоқлар кузатилади; учли, тургун инфильтрация, лихенификация, чизиқли экскориация ва чуқур ёриқлар кузатилади.</p> <p><u>Қичишиш:</u> Кучсиз, нотургун; Уртача ёки кучли, давоми; Кучли, биопсияли, тургун;</p> <p><u>Лимфаденопатия:</u> Регионар лимфадент ёки кучсиз лимфаденит; Муътадил лимфаденит; Кучли лимфаденит;</p>
	Лихенификацияли эритематоз-сквамоз шакли	<p>1. Буйин, тизза ости ва тирсак бурмалари, панжалар, товон (орқа томони)</p> <p>2. Эритема, тери кучиши, папулалар, экскориация, лихенификация, лимфаденопатия, - лимфатик тугунлар ёнгоқдек катталиқда, уртача ёки кучли қичишиш, зўрайиб туради</p> <p>3. 3-5 ёшда</p>	<p>Касалликнинг кечиши</p> <p>Кечиши Енгил Уртача оғир Оғир Қайталаши Йилда 2-3 марта 2-3 ҳафтадан Йилда 3-4 марта 1-2 ойдан Йилда 4 мартадан ортиқ 2 ойдан ортиқ Қайтиши 6-8 ойда 2-3 ойда 1-1,5 ойда ёки бўлмади Тарқалиши (касалланган майдон)</p>

			Алоҳида чегараланган сатҳ (5% гача) Кўп сонли ўчоқлар (5-15%) Кўшилиб кетувчи кўп сонли ўчоқлар (15%). эритродермияга айланади
Яғирли шакли	1. Бўйин, тизза ости ва тирсак бурмалари, панжалар, товон (орқа томони) 2. Миллиар ёки лентикуляр кўшилувчи папулалар (яғирлилар), аниқ чегараланган ўчоқлар, лиоген инфекциянинг зўрайиши; лимфаденопатия – лимфатик тугунлар ёнғоқдек катталашади; биопсияли қичишиш 3.5-15 ёшда		
Пруригин-оз шакли	1. Бўйин. оёқ-қўлнинг букилувчи жойлари 2. Ярим шарсимон лентикуляр, йирик қалин папулалар, эскориация, қонталаш пўстлоқлар. лимфаденопатия – ёнғоқдек катталиқда, кучли қичишиш 3.12-15 ёшда		

Атопик дерматит касаллиги босқичларида клиник-морфологик шакллари кузатилганда гўдаклик даврида экссудатив, болалик даврида эса эритематосквამоз ва эритематосквამоз шаклини лихенификацияга ўтиш ҳолатлари кузатилади. Ўсмирлик балоғатга етиш босқичлари учун эса касалликни яғирланиш ва прurigосимон шакллари хос бўлади.

Мазкур дерматозни клиник манзарасини ва касаллик босқичларини болалар ёшига нисбатан олганда хилма-хиллигини

қайд этиш билан бирга, баъзи бир ҳолларда клиник-морфологик кўринишларни турли вариантларини хилма-хил кўринишдаги уйғунликда келиши мумкинлигини ҳам назардан қочирмаслик лозим.

Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб, шуни айтиш мумкинки, атопик дерматит касаллигига ташхис қуйидаги кетма-кетлик қондасига биноан амалга оширилади. Касаллик диагностикасига нисбатан бундай ёндашиш атопик дерматит касаллигини ҳақиқий манзарасини намойиш этишда катта аҳамият касб этади.

Ташхис	Касаллик босқичлари	Клиник шакллари	Кечиш фаоллиги	Оғирлик даражаси
*Атопик дерматит	* Гудаклик босқичи (0-2 ёш) * Болалик босқичи (2-12 ёш) * Усмирлик-епилиш босқичи (12 ёшдан кейин)	* Экссудатив шакли * Эритемато-сквамоз шакли * Эритемато-сквамоз турини лихенификацияга моил шакли * Яғирланиш шакли * Пруригиноз шакли	* I даража * II даража * III даража	* Енгил * Ўртача * Оғир

НЕЙРОДЕРМИТ

Касаллик қаттиқ қичишиш билан кечадиган папулёз элементларни намоён бўлиши билан кечади.

Касалликни тарқалишига қараб нейродермитни чегараланган, тарқалган ва диффуз турлари фарқланади.

Чегараланган нейродермит

Одатда бўйин орқа юзаси, энса соҳаси, тирсак ва тиззанинг букилувчи соҳаларида, думба оралиғи бурмасида ва жинсий олат терисида жойлашадиган тугунчалардан иборат бўлган пилакчалар шаклида таърифланади.

Пилакчалар кўпинча симметрик жойлашиб, овалсимон, нотекис чегараларга эга бўлади. Касаллик ўчоғлари соҳасида тери қуруқ, яғирланган бўлиб, улар атрофида аста-секин

соғлом терига кўшилувчи қорамтир гиперпигментация ҳолат кузатилади. Ҷочқлар марказига яқин жойларда миллиар папулез тошмаларидан иборат иккинчи худудни фарқлаш мумкин. Тугунчалар ранги пушти, қорамтир қизғиш рангда бўлиб, ясси, нотекис, баъзан полигонал ҳошияли, сирти ялтироқ кўринишларда бўлади.

Нейродермит касаллигига фасод боғламаслик хосдир, одатда ўчоқлар сирти кулранг-оқиш тангачалар ва геморрагик пўстлоқлар билан қопланган бўлади. Улар кўчиб тушганидан кейин эса ўрнида дегиперпигментацияли ёки гиперпигментацияли доғлар қолиши мумкин. Касаллик қаттиқ қичишиш (айниқса тунда) ҳолат билан кечади.

Нейродермит касаллиги сурункали кечиб, тез-тез қайталаб туради. Терининг турли соҳаларида ўчоқларни пайдо бўлиши, касалликка тарқалган нейродермит деб қаралишига асос бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Сурункали экзема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - иккиламчи қичишиш ҳолат кузатилади - ўзига хос бўлган полиморфизмга эга бўлади (доғлар, папулалар, везикулалар) - қизил дермографизм ҳолат кузатилади 	<p>Нейродермит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бирламчи қичишиш ҳолат кузатилади (тугунчали тошмалар пайдо бўлгунга қадар) - полиморфизм хос эмас, везикулалар ва фасод боғлаш кузатилмайди (ёки қисқа муддат кузатилади) - оқ дермографизм ҳолат кузатилади -бўйин, тирсак ва тиззанинг букиладиган соҳаларида жараён типик маҳаллийлашади
<p>2. Қизил ясси темирлатки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - полигонал, ўртаси киндиксимон ботиқ, турли соҳаларга тошган папулалар кузатилади - яғирланмайди - муътадил қичишиш кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - киндиксимон ботиқлик ҳолат бўлмайди - яғирланади - шиллиқ пардалар соҳаси касалланмайди - сурункали қичишади
<p>3. Катталар сурункали қичимаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар оёқ ва кулларни букув соҳаларида маҳаллийлашади - тошмалар тарқалиб тошади - уртикар тошмалар ва папуловезикулалар кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - букув соҳаларида жараён маҳаллийлашади - кузатилмайди

Д и ф ф у з н е й р о д е р м и т

Касалликни бу шакли оғир кечиб, тана, юз, оёқ ва қўллар, тирсак ва тиззанинг букув соҳаларида кўп сонли ўчоқлар кўринишида кечади. Кўпинча жинсий олат ва орқа чиқарув йўли соҳалари касалланади. Баъзан эса жараён иккиламчи эритродермия ҳолат билан асоратланади. Инфилтрацияланган ва яғирланган касаллик ўчоқлари бир-бири билан қўшилиб кетиши кузатилади. Фасод боғлаш (тери бурмаларида), экскорнация, геморрагик пўстлоқлар кузатилиб, жараён иккиламчи инфекциялар (пиодермия, лимфангит, лимфаденит) кўринишида асоратланади. Касаллик учун тургун оқ дермографизм ҳолат хос бўлади. Юз тери соҳасида кўпинча шиш ва майда оқ тангачалар билан қопланиш ҳолат кузатилади.

Диффуз нейродермит кўпинча бошқа аллергик касалликлар (эшакем, бронхиал астма) билан бирга кечади. Жараён асосан қиш ва баҳор ойларида қайталайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Гэбра пруригоси: - жараён оёқ ва қўлларни букув соҳаларида пруригиноз тугунчалар кўринишида маҳаллийлашади - яғирланмайди - пруригиноз бубон кўринишидаги лимфатик тугунлар кўпаяди</p>	<p>Диффуз нейродермит: - букув соҳаларида жараён маҳаллийлашади - яғирланади - кузатилмайди</p>
<p>2. Қизил ясси темиратки: - ялтироқ полигонал папулалар, ўртаси киндиксимон ботиқ - тошмалар ҳар ер-ҳар ерда жойлашади - яғирланмайди - шиллик пардалар соҳаси касалланади</p>	<p>- йўқ - касаллик белгилари ўзига хос кўринишда маҳаллийлашади - кўринарли шаклда яғирланади - шиллик пардалар соҳаси касалланмайди</p>
<p>3. Замбуруғли микознинг -премикотик шакли: - ўчоқларни кўпроқ инфилтрацияланиши кузатилади - ремиссия ҳолат кузатилмайди - мальпигий қатламида Потрие абсцесслари кузатилади</p>	<p>- камроқ инфилтрацияланади - ремиссия ёз ойларида кузатилади - абсцесслар кузатилмайди</p>

ЁШИШҚОҚ ТЕМИРАТКИ

Касаллик сабаби аниқ маълум эмас (А витамини етишмаслиги деб тахмин қилинади). Касаллик билан кўпинча болалар, жумладан ўғил болалар касалланади.

Маида фолликуляр папулёз элементлардан иборат тошмалар хисл қизарган тери соҳаларида жойлашади, кўпинча буйин, қорин, думба ва сон соҳаларида пайдо бўлади. Тугунчалар сиртида ипсимон тиканчалар кузатилади. Кўп сонли тошмалар кузатилиб, улар ўзаро қўшилиб кетмайди, аммо гуруҳланади. Бироз қичишиш ҳолат кузатилиб, сурункали кечади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Яғирли тери сили:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кучли яллиғланиш, аҳамиятсиз гиперкератотик ўзгаришлар кузатилади - конуссимон ва ясси папулалар бўлади - туберкулин синамалари мусбат натижа беради - гистологияси: эпителиод кўринишдаги думбоқчалар кузатилади 	<p>Ёпишқоқ темиратки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гиперкератотик ўзгаришлар кузатилади - конуссимон тиканли папулалар бўлади
<p>2. Фолликуляр муциноз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик катгаларда ривожланади - анча узоқ вақт давом этади, прогноз нохуш бўлади - сочлар тукилиши кузатилади - гистологияси: соч фолликулалари ва ёғ безларида муцин моддасини тупланиши кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик болаларда ривожланади - прогнози яхши- сочлар тукилмайди - гистологияси: оғиз соҳасида кенгайган фолликулалар, мугуз қопқоқли муътадил гиперкератоз ҳолат кузатилади
<p>3. Тукли темиратки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик қиз болаларда ёки ёш аёлларда кузатилади - жараён оёқ ва қўлларни букув соҳаларида учрайди, гуруҳланишга мойил бўлмайди - акроцианоз ҳолат кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - жараён ўғил болаларда кузатилади - буйин, қорин, думба ва сон соҳаларида учрайди - акорцианоз ҳолат кузатилмайди

ЯЛТИРОҚ ТЕМИРАТКИ

Касаллик сабаби номаълум.

Диаметри 1-2 мм бўлган, усти ялтироқ, қипиқланмайдиган, айланасимон, оч пушти ёки нормал тери рангидаги кўп сонли, алоҳида бўлган ясси папулалар кузатилади. Кўпинча тошмалар жинсий олат тери соҳасида жойлашади, камдан-кам ҳолларда тублашади. Шиллиқ пардаларда тошмалар кам учрайди. Субъектив симптомлари йўқ. Ялтироқ темиратки касаллиги асосан болалик ёшларидан бошланиб ривожланади. Узоқ давом этади, прогнози яхши, чунки тошмаларни ўз-ўзидан изсиз йўқолиши кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Қизил тукли темиратки: - киндиксимон ботиқлик кузатилиб, кукимтир рангда бўлади - ҳалқасимон шаклларга гуруҳланади - қичишади</p>	<p>Ялтироқ темиратки: - оч пушти рангда бўлиб, папулалар ўртасида ботиқ эмас - ҳалқасимон шаклларга гуруҳланмайди - қичишмайди</p>
<p>2. Яғирли тери сили: - жараён тананинг ён соҳаларида маҳаллийлашади, сарғиш-қизил рангда бўлади - конуссимон кўринишда бўлиб, қипиқланади - касалликни орқага қайтишида атрофия ҳолат кузатилади - ички аъзоларни касалланиши ёки тери силнинг фаол шакллари аниқланади</p>	<p>- ранги оч пушти рангда бўлади - қипиқланмайди - орқага қайтишида оқариш ҳолат кузатилади</p>
<p>3. Яғирли захм: - жараён тана соҳасида маҳаллийлашади - ранги қизғиш-жигарранг, конуссимон шаклда бўлади - захмни бошқа белгилари кузатилади</p>	<p>- ясси шаклда бўлади</p>
<p>4. Фолликуляр муциноз: - касаллик асосан 40 ёшдан ошган одамларда учрайди - жараён бошнинг сочли қисмида, қош, буйин соҳаларида маҳаллийлашади, тошмалар ранги сарғиш-қизил рангда бўлади</p>	<p>- касаллик асосан болаларда учрайди - жараён жинсий олат тери соҳасида маҳаллийлашади</p>

- тугунчалар ўзаро қушилиб, пилакчалар ҳосил қилади
- тошмалар худудидаги туклар туклиши кузатилади
- соч фолликулалари ва ёғ безларида муцин моддаси тупланади

БУРУННИНГ ҚИЗИЛ ДОНА-ДОНА ТОШМАСИ

Касалликни сабаби номаълум (асосида ирсий омил ва сил инфекцияси ҳолатларини ётиши таъкидланади). Клиник жиҳатдан бурунга қизил дона-дона тошма тошганда кукимтир қизариш, гипергидроз, оч пушти, тўқ қизил ранггача бўлган майда, хиёл учли, юзасида пуфакчалар бўлган тугунчалар кузатилади. Тугунчалар гуруҳланиши мумкин, аммо ўзаро қушилиб кетмайди. Тер чиқиши ҳолат касалликнинг характерли белгиси бўлиб ҳисобланади. Терининг бундай ўзгаришлари баъзан устки лаб ва лунжнинг ёндош соҳаларида кузатилади. Касаллик билан одатда болалар касалланади. Прогнози яхши бўлиб, балоғат ёшигача тошмалар қайтиб кетади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Майда тугунчали саркоидоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик асосан катталарда учрайди - юз соҳасида (пешонада, лунж ва иякда) кўп сонли тошмалар кузатилади - тошмалар ярим шарсимон, йирик, қорамтир рангда бўлади - чангланиш феномени кузатилади - касалликни қайтишида атрофия кузатилади, чандиқлар ҳосил бўлади - касалланган ўчоқларда гипергидроз ва акроцианоз ҳолатлари кузатилмайди 	<p>Буруннинг қизил дона-дона тошмаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик болаларда учрайди - бурун соҳасида кузатилади - учли бўлади <p>- гипергидроз ва акроцианоз ҳолатлари кузатилади</p>
<p>2. Пушти ранг (қизил) ҳусибузар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён катталарда кузатилади - ранги ёрқин бўлади, пешона, лунж ва буйинда жойлашади - пустулизация билан бирга кечади - гипергидроз ҳолат бўлмайди - телеангиэктазиялар кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - болаларда ривожланади - бурун соҳасида маҳаллийлашади

<p>3. Себореяли экзема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён бурун қанотларида маҳаллийлашади - нисбатан кеч бошланиб, агрофга тарқалиш ва узлуксиз қипиқланувчи учоқларга бирлашишга мойил бўлади, сарғиш рангли доғ ва тугунчалардан ташкил топади - тошмалар баъзан шаклдор бўлади - гипергидроз ва акроцианоз ҳолатлари кузатилмайди 	<ul style="list-style-type: none"> - бурун учида соҳасида маҳаллийлашади - тошмалар узаро қушилиб кетмайди - гипергидроз ва акроцианоз ҳолатлари кузатилади
<p>4. Бромли (йодли) ҳуснбузар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар анча кенг тарқалади - елка, юз, кукрак соҳаларида маҳаллийлашади, пустулизация ҳолат кузатилади - бром (йод) препаратларини бекор қилиниши натижасида ҳуснбузарлар одатда тез йуқолади 	<ul style="list-style-type: none"> - пустулизация ҳолат кузатилмайди

ФОКС-ФОРДАЙС КАСАЛЛИГИ

Касалликни сабаби номаълум бўлиб, уни ривожланишида асосан тер безлари дисфункцияси, тухумдон ва қалқонсимон без функцияларини бузилишига катта аҳамият берилади. Апокрин тер безлари жойлашган ерларда ялтироқ, ярим шарсимон, баъзан конуссимон, айланали, 2-3 мм диаметрли симметрик тошмалар пайдо бўлади. Тугунчалар ғуж-ғуж бўлиб жойлашади, аммо қушилишга мойил бўлмайди, периферик чегаралари аста-секин кичрайиб боради ҳамда папулалар юзасида гиперкератоз ҳолат кузатилади.

Тошмалар ранги қизил ёки цианотик бўлиб, учоқлар соҳаси сурункали қичишади. Кўпинча касаллик учоқларидаги тукларни синиши ёки тукилиши кузатилади. Касаллик асосан ёш ва ўрта яшар аёлларда учрайди. Жараён сурункали кечади, ҳайз келиши олдидан эса қичишиш ҳолатни кучайиши кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Чегараланган нейродермит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - апокрин безлари жойлашган ерларда касаллик учоқларини маҳаллийлашиши кузатилади 	<p>Фокс-Фордайс касаллиги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - апокрин безлар жойлашган ерларда маҳаллийлашади
---	--

<p>- тугунчалар нотекис чегараларга эга бўлади ва узлуксиз яғирланган пилакчаларга қўшилиб кетади</p>	<p>- чегаралари текис бўлади</p>
<p>2. Қизил ясси темирлатки: - оёқ ва қўлларни букув соҳаларида, оғиз шиллиқ қаватида, тана тери соҳаларида маҳаллийлашади - ўртача сурункали қичишади - тошмалар ясси шаклда бўлиб, полигонал папула ва киндиксимон ботиқлар кузатилади</p>	<p>- жараён қаттиқ қичишади - тошмалар ярим шарсимон бўлади</p>
<p>3. Эластик сохта ксантомаси: - жараён қичишмайди - касаллик нисбатан эрта бошланади - касаллик аёлларда ҳам, эркакларда ҳам бир хилда учрайди - жараён бўйин соҳасида маҳаллийлашади. тугунчалар турсимон кўринишда жойлашади, баъзан эса тошмалар бир-бири билан қўшилиб кетади - ранги сариқ, юмшоқ бўлади - атрофия ҳолат ривожланиши мумкин - кўпинча кўз соҳасида ўзгаришлар кузатилди</p>	<p>- сурункали тарзда қичишади - касаллик асосан аёлларда учрайди - апокрин безлар жойлашган ерларда маҳаллийлашади - ранги қизил ёки цианотик бўлади</p>

КИРЛЕ КАСАЛЛИГИ

Терига сингувчи фолликуляр ёки парафолликуляр гиперкератоз ёки Кирле касаллигининг сабаби номаълум бўлиб, уни асосида ирсий омиллар ҳамда А гиповитаминози роль ўйнаши тахмин қилинади.

Бирламчи тошмалар 2-3 мм диаметри, кулранг, оч жигарранг ёки сарғиш ранг фолликуляр кўринишида бўлади, баъзан эса парафолликуляр қалин мугуз папула тусини олади. Мугуз массаси қаватлари папулага сўгалсимон тус бериши мумкин. Тугунчалар атрофга тарқалишга ва қўшилишга мойил бўлиб, қуруқ, аниқ ҳошияли, полициклик, сўгалсимон пилакчалар ҳосил қилади. Тошмалар кўпинча болдир ва

билак соҳаларида бўлади, тананинг қолган соҳаларида эса кам ҳолларда кузатилади. Аммо жараён узоқ давом этган тақдирда ҳам қўл ва оёқ қафти, шиллик пардалар ҳамда бошнинг сочли қисми касалланмайди. Мугуз массаси кўчирилса, бироз нам ёки қонталаш кўринишдаги чуқурсимон ботиқликлар кўзга ташланади. Касаллик сурункали ҳолда кечади, айрим тошмалар 6-8 ҳафтадан кейин гиперпигментланган чандиқлар ҳосил қилиб қайтиши мумкин, аммо уларнинг ўрнига янгилари пайдо бўлади. Касаллик одатда катталарда кузатилади. Салбий шикоятлар бўлмайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Қизил ясси темираткининг веррукоз шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар кучсиз гиперкератотик хусусиятга эга, чегаралари нотекис бўлади - ранги кўкимтир бўлиб, папулалар сатҳида киндиксимон ботиқлик кузатилади - шакли ясси бўлади - чандиқлар бўлмайди - жараён шиллик пардаларда, оёқ ва қўл қафти соҳаларида маҳаллийлашади 	<p>Кирле касаллиги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нисбатан кучли гиперкератотик хусусиятга эга, чегаралари текис бўлади - оч жигарранг рангда бўлади - конуссимон шаклда бўлади - пигментланган чандиқлар кузатилади - жараён оёқ ва қўл қафти соҳаларида маҳаллийлашмайди
<p>2. Девержининг қизил тукли темираткиси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мугуз папулалар кичикроқ бўлади - ранги қизғиш-сарик рангда, юзасида конуссимон шаклдаги тангачалар бўлади (айниқса панжаларни орқа томонида кўпроқ кузатилади), сўгалсимон кўринишда эмас, тарқалишга, қўшилишга мойил, юзда, бошнинг сочли қисмида диффуз ўчоқлар кузатилади, қўл ва оёқ қафти соҳалари эритродермияси ва гиперкератози ривожланишига мойил - тери тортишиб қичишади 	<ul style="list-style-type: none"> - тошмалар йирик бўлади - ранги оч жигарранг, сарғиш бўлади - сўгалсимон кўринишда бўлади - қўл ва оёқ қафти, шиллик пардалар, бошнинг сочли қисми касалланмайди - салбий шикоятлари йўқ

<p>3. Фолликуляр псориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - асосан болаларда учрайди - папулалар нисбатан кўп сонли бўлади - ранги нисбатан ёрқин, сатҳи тангачалар билан қопланади - тошмалар чандиқ қолдирмай йўқолади - «стсарин доғ», «терминал парда», «нуқтали қон чиқиши» феноменлари мусбат бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - тошмалар нисбатан кам сонли бўлади - нисбатан хира, мугуз қопқоқлари бор- чандиқлар қолдиради - «псориадик триада» симптомлари кузатилмайди
--	---

БОЛАЛАР ПАПУЛЁЗ АКРОДЕРМАТИТИ (Крости-Жанотти синдроми)

Этиологияси номаълум касаллик бўлиб, синдром вирусли инфекциялардан сўнг келиб чиқиши тахмин қилинади. Касаллик болалик ёшдаридан бошланиб, кўпинча эрта баҳорда ривожланади, мўътадил безгак тутиши фонида пушти ранг ёки кўкимтир-қизил рангли, усти хиёл қипиқланувчан, бироз шишган кўп сонли папулёз тошмалар кўққисдан тошиши билан таърифланади. Тошмалар аввал панжа ва оёқ қафти соҳаларида маҳаллийлашади, кейин эса проксимал йўналишда тарқалади. Юз ва бўйинга сўнгги навбатда тошади, танада тошмалар одатда бўлмайди. Безгак тутиши ҳолатдан ташқари, дармонсизлик, диспепсик ҳолатлар кузатилиши мумкин, баъзан эса периферик лимфа тугунларининг кўпайиши қайд этилади. Таҳлил қилинганда жигар фаолиятини ўзгариши аниқланади. Қичишиш хос эмас. Кўпгина ҳолларда тошмалар 1-2 ойлардан кейин, баъзан ундан ҳам олдинроқ изсиз йўқолади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Яғирли токсидермиялар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар баъзан мономорф кўринишда бўлади, кўпинча яғирланиш билан бирга доғ, пуфакчалар пайдо бўлади - тошмалар ранги ёрқин, қизғиш рангда бўлади - жараён оёқ ва қўлларда маҳаллийлашишга мойил эмас - нисбатан тез ва оғир кечади 	<p>Болалар папулёз акродерматити</p> <ul style="list-style-type: none"> - мономорф кўринишда бўлади - хирароқ бўлади - жараён оёқ ва қўлларда маҳаллийлашади - узоқ кечади, бемор аҳволи қониқарли бўлади
--	---

<p>2 Юқумли моноуклеоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нисбатан оғир кечади - бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиғи касалланади, ангина касаллиғи кузатилади - касалликнинг дастлабки кунларида периферик лимфа тугунлари (авваламбор бўйинда ва жағ остида) анча кўпаяди - нисбатан аниқ моноуклеар реакцияли кучли лейкоцитоз кузатилади - полиморфизм ҳолат кузатилади - тошмалар нисбатан нотурғун кўринишда бўлади (касалликнинг дастлабки 6-8 кунда йўқолади) 	<p>уртача оғирликда кечади</p> <ul style="list-style-type: none"> - бурун-ҳалқум, оғиз бўшлиғи касалланмайди, ангина бўлмайди <p>- тошмалар турғун кўринишда бўлади</p>
<p>3. Эбт-Литтерер-Сиве касаллиғи (гистиоцитоз):</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик оғир кечади, прогнози оғир- қаттиқ септик безгак тутиш ҳолат кузатилади - гепатоспленомегалия ҳолат кузатилади - ясси ва найсимон суякларда деструктив ўзгаришлар бўлади - тошмалар полиморф хусусиятга эга (майда доғлар, геморрагиялар, папулёз тошмалар бўлади) - асосан танани ён томонида маҳаллийлашади 	<ul style="list-style-type: none"> - касаллик уртача оғирликда кечади, прогнози яхши - муътадил иситма чиқади - талоқ катталашиши одатда кузатилмайди, жигарда фақат трансaminaз ферменти фаоллигини ортиши кузатилади - оёқ ва қул соҳаларида маҳаллийлашади

ҚУЛОҚ СУПРАСИ ТУГУНЧАЛИ ХОНДРОДЕРМАТИТИ (ҚСТХ)

Касаллик сабаби номаълум (турли механик, термик таъсирлар, қулоқ супраси тоғайи қон таъминотининг бузилиши, қулоқ супрасининг таркибий аномалиялари роль ўйнайди). Касаллик асосан 50 ёшдан ўтган эркакларда кузатилади.

Қулоқ супраси бурмасининг ўстки қиррасида ярим шарсимон шаклда 0,5 см гача диаметрда бўлган, нормал тери рангида ёки кўкимтир-қизғиш тангачалар билан қопланган қалин (якка) тугунчалар пайдо бўлади. Тангачалар ўзаро қўшилганидан кейин тери сатҳида яралар пайдо бўлиши мумкин. Тугунчалар тагидаги тоғай қисми тўқимасига пайванд-

ланган бўлади. Атрофида кучсиз яллиғланиш ҳолат кузатилиши мумкин. Босиб кўрилганда қаттиқ оғриқ кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Ҳалқасимон гранулема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён оёқ ва қўл соҳаларида маҳаллийлашади - кўп сонли бўлади - кўпинча ёш аёлларда ва болаларда учрайди - ўчоқлар катта хажмда бўлиб, зич ҳолатда жойлашади, дерма қисмига чуқур ҳолда киради - оғриқсиз кечади - ҳалқалар, полициклик шакллар ҳосил қилади, ўртаси эса бироз ботиқ, баъзан хиёл атрофик ҳолда бўлади. аммо яралар ҳосил қилмайди 	<p>ҚСТХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён қулоқ соҳаларида маҳаллийлашади - якка сонли бўлади - 50 яшар эркакларда кўпроқ учрайди - оғриқ билан кечади - яралар ҳосил қилади
<p>2. Базалиома:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оғриқсиз кечади, яралар ҳосил қилмайди - майда, садафранг, шишгансимон тугунчалардан иборат бўлиб, периферик валик кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - оғрийди ва яралар ҳосил қилади - якка тугунлардан иборат бўлади
<p>3. Қизил югурук (люпус):</p> <ul style="list-style-type: none"> - эритема (анча ёрқин рангли) ҳолат кузатилади - фолликуляр кератоз бўлади - тангачаларнинг остки сиртида тиканчалар бўлади ва атрофия ҳолат кузатилади - босиб кўрилганда оғримайди - касаллик асосан ёш аёлларда кузатилади - касаллик зўрайиши об-ҳаво таъсирига боғлиқ бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - оғрийди ва яралар ҳосил қилади - якка тугунлардан иборат бўлади - хирароқ бўлади - кератоз ҳолат фолликуляр кўринишда бўлмайди - оғриқ билан кечади - асосан эркаклар касалланади

ҲАЛҚАСИМОН ГРАНУЛЕМА

Касаллик сабаби номаълум (инфекция, сил касаллиги, ревматизм, диабет ва аллергияк жараён, эндокринопатиялар ҳолат роль уйнаши мумкин). Мономорф тошмалар, кўп сонли, қатъий

чегараланган, дермага чуқур кирувчан, қалин, 3-4 мм диаметр-ли, айланасимон, куп бурчакли, тугунчали тошмалардан ташкил топади. Тошмалар бироз ялтироқ, садафранг, пушти ёки нормал тери рангида бўлади. Панжа ва оёқ кафти юзаларининг орқа томонида жараён маҳаллийлашади, баъзан тизза ва тирсак бугимлари, буйин, билак, думба терисида ҳам тошиши мумкин. Тошмаларнинг марказий қисми бирмунча ботиқ, цианотик рангли ва хиёл атрофик бўлади. Тошмалар бир пайтда тошмайди, шунинг учун ҳам эволюцион полиморфизм кузатилади. Субъектив сезгилар бўлмайди. Кўпинча болалар касалланади, жараён узок давом этади ва ўз-ўзидан изсиз йўқолиб кетиши мумкин. Қайталаш ҳолатларини ҳам учраши кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Моховнинг силсимон шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сезувчанлик, тери ажралиши бузилади - касалланган ҳудудларда тукларни тукилиши кузатилади - тошмалар зич жойлашмайди, қатор-қатор бўлиб тошади - қалинлашади ва асаб ўзаги соҳаси босиб курилса оғриқ сезилади - моховнинг бошқа шакли нишоналари кузатилади - сурункали кечиб реактив босқич билан алмашланиб туради 	<p>Ҳалқасимон гранулема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кузатилмайди - кузатилмайди - шаклдор пилакчалар ҳосил қилувчи тугунчалар бир қатор бўлиб жойлашади
<p>2. Лишид некробиозининг ҳалқасимон шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - касаллик урта яшар одамларда (углевод алмашинувининг бузилиши билан) учрайди - жараён болдир соҳасида маҳаллийлашади 	<ul style="list-style-type: none"> - асосан болаларда учрайди - панжа ва оёқ кафти соҳаларининг орқа томонида, тизза ва тирсак бугимларида, буйинда, билак ва думба соҳаларида маҳаллийлашади
<p>3. Ревматик тугунчалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жараён кўпинча йирик бугимлар соҳасида маҳаллийлашади - тошмалар анча катта бўлиб, алоҳида ёки гуруҳ-гуруҳ бўлиб чуқур ҳолда жойлашади - салбий шикоятларсиз кечади - босиб курилганда оғрийди 	<ul style="list-style-type: none"> - унча йирик бўлмай, қушилиб кетади

ПАПУЛЁЗ СОХТА ЗАХМ

Кам учрайдиган касаллик бўлиб, асосан аёлларда ва қиз болаларда кўпроқ кузатилади. Касаллик оқ трипонема инфекцияси оқибатида келиб чиқади. Жараён асосан катта уятлиқ лабларда, баъзан чов ва сон бурмаларида ҳамда оёқлар орасида, камдан-кам ҳолларда эса кичик уятлиқ лабларда ва ортки чиқарув йўли соҳаларида жойлашади. Бир вақтни ўзида ёки маълум вақт ўтганидан кейин, диаметри 0,5 см гача бўлган қалин алоҳида жойлашган, айланасимон, хиёл бўртиқ, ўртаси эса ботиқ бўлган (тугмасимон) папулалар тошмалар пайдо бўлади ва кучсиз яллиғланиш кузатилади. Тошмалар ранги тери рангидан деярли фарқ қилмайди, сирти куруқ, эрозияланмаган ҳолда бўлади, регионар лимфатик тугунлар катталашмайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>Сифилитик папулалар:</p> <ul style="list-style-type: none">- жараён катта уятлиқ лабларнинг қиррасида маҳаллийлашади, фасод боғлайди ва тошмаларда рангпар трепонемалар топилади- тошмалар ранги тўқ қизил бўлади- жараён катта ва кичик уятлиқ лаблар соҳасида, чотда, ортки чиқарув йўли соҳасида маҳаллийлашади- лимфатик тугунлар хажми катталашади, қалин бўлади, оғримайди- серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади- узоқ вақт сақланиб туради	<p>Папулез сохта захм:</p> <ul style="list-style-type: none">- фасод боғламайди-трепонемалар топилмайди- тери ранги меъёр рангида бўлади- жараён катта уятлиқ лабларда кузатилади- чов соҳасида лимфатик тугунлар хажми меъёрда бўлади- серологик жараёнлар манфий кўринишда бўлади- гигиена талабларига риоя қилинганида тез қайтиб кетади
--	--

ТЕРИ ПАПУЛОНЕКРОТИК СИЛИ

Папулонекротик сил тери силининг диссеминацияланган шакли турларидан бири бўлиб ҳисобланади. Микобактериялар қондан киради, жараён одатда бўйин лимфаденити, суяк-бўғим касалланиши ва скрофулодерма кўринишида кечади.

Тошмалар 2 мм-0,5 см диаметрли қалин оч қизил тугунчалардан иборат бўлиб, марказида пустикулалар кузатилади, сўнг жигарранг некротик пустилоқлар ҳосил бўлади. Пустилоқлар кўчирилганда, юмалоқ, чуқур яралар кўринади, кейинчалик эса улар ўрнида текис оқ чандиқлар қолади (ёки чандиқсиз йўқолади).

Жараён оёқ ва қўлларни букув соҳаларида, думба, тана, юз, баъзан эса бошнинг сочли қисмларида маҳаллийлашади. Тошмалар алоҳида жойлашади, қўшилиб кетмайди, баъзан қайта тошади. Касаллик билан кўпинча 15-40 ёшли бўлган хотин-қизлар касалланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Некротик хусибузар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўткир яллиғланиш ҳолат кузатилади - бошнинг сочли қисми соҳаларида тошмалар бўлмайди - тошмалар ўрнида чандиқлар бўлмайди 	<p>Тери папулонекротик сили:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кучсиз яллиғланиш ҳолат кузатилади - бошнинг сочли қисмида, пешонада тошмалар кузатилади - тошмалар ўрнида чандиқлар қолади - сил касаллиги туғрисидаги маълумотлар аниқланади
<p>2. Ёғли фолликулитлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўткир яллиғланиш ҳолат кузатилади - комедонлар бўлади - тошмалар ўрнида чандиқлар қолмайди 	<ul style="list-style-type: none"> - кучсиз яллиғланиш ҳолат кузатилади - комедонлар ҳосил бўлмайди - тошмалар ўрнида чандиқлар қолади - сил касаллиги туғрисидаги маълумотлар аниқланади
<p>3. Думбоқчали сифилид:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар диаметри 1 см бўлиб, соғлом теридан кескин чегараланган бўлади - ранги туқ қизил, қорамтир рангда бўлади - туғри юмалоқ ҳошияли кўринишда бўлади - емирилганда чети қалин ва юмалоқ чуқур яралар ҳосил бўлади - тошмалар ўрнида гиперпигментланган фокусли чандиқлар ҳосил бўлади - тошмалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади 	<ul style="list-style-type: none"> - кучсиз яллиғланиш ҳолат кузатилади - бошнинг сочли қисмида, пешонада тошмалар бўлади - тошмалар ўрнида чандиқлар қолади - сил касаллиги туғрисидаги маълумотлар аниқланади - тошмалар тарқоқ кўринишда жойлашади

ПАПУЛЁЗ ЗАХМ

Касаллик хар-хил катталиқда бўлган дермал папулалар (милиар, лентикуляр, тангасимон, кенг кондилломалар) тошиши билан таърифланади.

М и л л а р папулалар тана, оёқ ва кўл териси соҳаларида тошади. Тошмалар диаметри 1-2 мм хажмда, конуссимон шаклда, ранги қизғиш ёки тўқ қизил рангда бўлади. Майда тангачалар билан қопланади. Тукли фолликуллар оғиз соҳаси теварагида пайдо бўлади, гуруҳланишга мойил бўлади. Бундай тошмалар иккинчи касаллик специфик даволаш чораларига резистентлиги билан фарқ қилади. Жараён нуқтасимон чандиқлар ҳосил қилиб қайтади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>Тилларанг темиртки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар нисбатан рангпар бўлади - асосан сил билан хасталанган беморларда кузатилади - папулалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади - туберкулин синовлари мусбат кўринишда бўлади - серологик жараёнлар манфий кўринишда бўлади 	<p>Папулёз захм:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар ранги нисбатан ёрқин бўлади - анамнезида захм билан оғриган беморлар ёки жинсий алоқала бўлганлар қайд этилади - тошмалар бутун тана соҳаларида жойлашади - туберкулин синовлари манфий кўринишда бўлади - серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади
--	---

Л е н т и к у л я р сифилид захмда папулалар диаметри 0,5-1 см хажмда, тўғри, юмалоқ, ярим шарсимон шаклда бўлиб, атрофга тарқалмайди, бир-бири билан қўшилиб кетмайди. Қичишмайди. Тошмалар танада, оёқ ва кўл соҳаларида, юзда тошади, тўқ қизил рангда бўлиб, ҳалқа ва ёй шаклида маҳаллийлашади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Псориаз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - псориастик триада кузатилади маҳаллийлашади - тошмалар атрофга тарқалишга мойил бўлади ўзагида қалин инфильтрат кузатилмайди - полиаденит ҳолат кузатилмайди 	<p>Папулёз захм:</p> <ul style="list-style-type: none"> - феноменлар кузатилмайди - жараён маҳаллийлашувсиз бир текис ҳолда тошади - тошмалар атрофга тарқалишга мойил бўлмайди - ўзагида қалин инфильтрат кузатилади - полиаденит ҳолат кузатилади - серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади
---	--

<p>2. Қизил ясси темиратки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар полигонал ҳошияли, мумга ўшаб ялтирайди, марказида киндиксимон бопиқлик кузатилади - тошмалар қаттиқ қичишади 	<ul style="list-style-type: none"> - тошмалар қичишмайди
---	---

Т а н г а с и м о н папулёз захм папулалар 15 тийинли тангадек ёки ундан катта, юмалоқ, шарсимон шаклда бўлади. Иккиламчи захмда тошмалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, аммо ўзаро қўшилиб кетмайди.

К е н г к о н д и л о м а л а р кўпинча бурмаларда, орқа чиқарув йўли атрофида, уятлиқ лабларда жойлашади, сурункали ишқаланиш, таъсирланиш натижасида алоҳида папулаларнинг қўшилишидан ҳосил бўлади. Тошмалар катталиги 5 тийинлик тангадек, қалин бўлиб, кенг асос устида жойлашади, сирти кўпинча яланган шаклда бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Ўткир учли кондиломалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар булак-булак тузилишга эга бўлади - тор оёқча устида жойлашади - қалин инфильтратлар кузатилмайди - захмнинг бошқа белгилари кузатилмайди 	<p>Папулёз захм:</p> <ul style="list-style-type: none"> - умумий тузилишга эга - кенг асос устида жойлашган - қалин инфильтрат мавжуд - захмнинг бошқа белгилари кузатилади
<p>2. Геморроидал тугун:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар асосида қалин инфильтрат бўлмайди - сирти яланмаган бўлади - босганда оғрийди - қон аралаш патос оқади - серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - тошмалар асосида инфильтрат кузатилади - сирти яланган бўлади - оғримайди - қон аралаш патос оқмайди - серологик жараёнлар мусбат кўринишда бўлади

Тест саволлари

- 1 Псориастик триаданинг патогистологик ўзгаришлари:
 - A. гиперкератоз, гранулез
 - B. паракератоз, акантоз, папилломатоз
 - C. гиперкератоз, акантолизис
 - D. гранулез
 - E. акантолизис, гранулез
- 2 Кебнер феномени бу:
 - A. Ўсимлик ёғи суртилганида тўр ҳосил бўлиши
 - B. териға механик ва кимёвий агентлар таъсир қилганида янги папулёз элементлар пайдо бўлиши
 - C. тангачалар қирилганида кучли оғриқ туриши
 - D. касалланган жойларға йод суртилганида уларнинг жадал бўялиши кузатилиши
 - E. яланган участкалар ўртасидаги эпидермис қаватининг ажралиши
- 3 Қизил ясси темирткида тошмаларнинг хусусияти:
 - A. папулалар марказида қаварчиқлар кузатилади
 - B. фолликуляр папулалар сирти тангачалар билан қопланган бўлади
 - C. папулалар марказида майда пуфакчалар ҳосил бўлади
 - D. нофолликуляр папулалар кумушранг тангачалар билан қопланган бўлади
 - E. маркази ботиқ ялтироқ полигонал папулалар
- 4 Псориазнинг нотипик шакллариға қуйидагилар киради:
 - A. монилиформ псориаз
 - B. Ҳалқасимон псориаз
 - C. пуфакли псориаз
 - D. гипертрофик псориаз
 - E. пустулёз псориаз
- 5 Псориазнинг ривожланиш босқичиға қуйидаги симптом хос:
 - A. «қопча» симптоми
 - B. Пильнов симптоми
 - C. «Уикхем тури» симптоми
 - D. «капалак» симптоми
 - E. Бенъе симптоми
- 6 Парапсориазда қуйидаги симптом кузатилади:
 - A. «қопча» симптоми
 - B. «сероз қудуқлар» симптоми
 - C. «капалак» симптоми

- Д. «аёл пошнаси» симптоми
 Е. «асал сўталари» симптоми
7. Сўгаллар қуйидаги ном билан аталади:
 А. замбуруғлар
 В. ретровируслар
 С. филтрланувчи вируслар
 Д. стрептококклар
 Е. стафилококклар
8. Ўткир учли кондиломалар одатда қуйидаги соҳа тери-
 сида маҳаллийлашади:
 А. энсада
 В. қоринда
 С. оёқда
 Д. қўл панжаларида
 Е. жинсий олатларда
9. Чегараланган нейродермитнинг ўзига хос элементи:
 А. пуфак
 В. тугун
 С. яғирланиш (лихенефикация)
 Д. думбоқча
 Е. йирингли яра
10. Атопик дерматитнинг болалик босқичи қайси ёшда ку-
 затилади:
 А. 2-12 ёшда
 В. 4-15 ёшда
 С. 8-15 ёшда
 Д. 10-18 ёшда
 Е. 12 ёшдан кейин

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. М.: Медицина. 1999; 240.
2. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребенюк В.Н. Герпес (этиология, диагностика, лечение). М.: Медицина. 1986; 272.
3. Довжанский С.И., Суворов А.П. Фолликулярный дискератоз (Mogbus Darier). Вестн. дерматол и венерол., 1975; 4: 40-45.
4. Зверькова Ф.А., Придвижкин И.Т. Детский папулёзный акродерматит (синдром Gianotti-Grosti). Вестн. дерматол и венерол., 1980; 11: 34-37.

5. Каламаркин А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: Редкие и атопические дерматозы. Ереван: Айастан. 1989; 567.
6. Маннанов А.М. Иммуногенетические факторы предрасположенности к атопическому дерматиту у детей. Журнал теоретической и клинической медицины. 1999; 2: 116-117.
7. Потоцкий И.И., Сулейманов К.С. Красная волчанка. Ташкент: Медицина. 1979; 308.
8. Слесаренко Н.А., Довжанский С.И. К патогенезу красного плоского лишая. Тез. докл. VII Российского съезда дерматологов и венерологов. Казань. 1996; 1: 119.
9. Торопова Н.П., Синзвеская О.А., Христюк В.М., Бахтилин В.Я. Экзема и нейродермит у детей. Иркутск. 1986; 288.
10. Шодиев Х.К., Ибрагимов Т.Т. Патогенез и лечение атопического дерматита. Ташкент. 1996; 162.
11. Gernot Rassner. Atlas of Dermatology. Urban. Sohwarzenberg. Munchen – Baltimore. 1978; 200.
12. Joseph Kimming, Michael Janner. Tashenatlas der Haut and Geschlechts Kran Kheiten: fur stadium und Praxis 302 farbige Abbildungen 2, unveraderte Auflage. – Stuttgart: Jhime, 1978; 219.
13. Niels Hjorth, Henning Schmidt. Prastische Venerologie, Die sexuell ubertragenen KranKheiten. Stuttgart: Jhime, 1979; 93.
14. Proceedings of the Third Symposium of dermatologists of Socialist on Psoriasis. Moscow. 1987; 263.

III-МАВЗУ

ДУМБОҚЧАЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Думбоқчали тошмалар сил, захм, мохов, лейшманиоз сингари сурункали юқумли тери касалликларида, шунингдек этнологияси аниқланмаган баъзи бир дерматозларда (сарканидоз ва бошқаларда) кузатилади.

ТЕРИ СИЛИ

Тери сили касаллигини сил микобактерияси (*Mycobacterium tuberculosis*) кўзғатади. Терининг касалланиши одатда умумий сил инфекцияси (ўпка, лимфатик тугунлар ва суякларнинг сил билан касалланиши) фонида, сил микобактерияларини терига лимфатоген ёки гематоген йўл билан кириши ҳисобига ривожланади. Касалликнинг теридаги нишонлари хилма-хил бўлиб, микобактериялар турига, уларнинг вирулентлигига, организмнинг резистентлигига, шунингдек муҳит шароитига боғлиқдир.

Таққослов ташхиси: ушбу бўлимда сил люпусининг таққослов ташхиси масалалари кўриб чиқилади, чунки терининг сўгалли сили, тилларанг темирлатки, қалин эритема, колликватив ва папулонекротик тери силининг турли дерматозлар билан дифференциал диагностикаси тугунлар ва папулаларга бағишланган мавзуларда баён этилган.

СИЛ ЮГУРУГИ

Сил югуруги (СЮ) тери силининг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, болалик ва ўсмирлик даврларида кўп учрайди. Касаллик белгилари юзда, баъзан оёқ-қўлларда, перианал соҳада, камдан-кам ҳолларда эса танада кузатилади. Тошмалар кўпинча терида, баъзан эса бурун шиллиқ пардаси соҳаларида пайдо бўлади, сўнг жараён юзнинг қўшни соҳаларига ҳам тарқалади.

Сил думбоқчалари (дюпомалар) чуқур жойлашгани туфайли, улар диаметри 2 мм-0,5 см бўлган, нисбатан аниқ чегарали оч ёки тўқ жигарранг кўринишга эга бўлади. Бир неча ой мобайнида инфильтрация ҳолат кучаяди ва думбоқчалар хажми катталашади, аммо тери сатҳидан баланд кўтарилиб турмайди (*lupus vulgaris planus*). Баъзан касаллик ўчоқлари тери сатҳидан сезиларли кўтарилиб туради (*lupus vulgaris tumidus*). Диаскопия усули орқали текширилганда тошмалар ранги сарғимтир-жигаррангга ўзгаради («олма сариғи» белгиси).

Дўмбоқчалар юмшоқ бўлади, шунинг учун ҳам зонд билан босилганда тургун чуқурлик ҳосил бўлади, қаттикроқ босилганда эса тошма ёрилиб оғрийди ва қон чиқади («зонд чўкиши» белгиси). Люпомалар атрофга тарқалишга, кўшилишга ва ҳар хил катталиқ ва шаклдаги узлуксиз ўчоқлар ҳосил қилишга мойил бўлади. Аввал ўчоқлар сирти силлиқ бўлади, сўнг қипиқланади, баъзан қипиқланиш жараёни кучли бўлади, сўнг пўстлоқлар қаватланади, баъзан эса сўталсимон ўсимталар пайдо бўлади, кўпинча яралар ҳосил бўлади. Яралар юзаки, четлари юмшоқ, нотекис бўлади, улар атрофида оч жигарранг инфилтрат ҳолат сақланиб қолади.

Уларнинг туби грануляция жараёни ҳисобига донадор йиринг билан қопланган бўлади. Яралар атрофга ёки тери ости соҳаларига тарқалиши, бурун ва қулоқларнинг тоғайли қисмини бузиб чуқур кириб бориши ва мазкур аъзоларнинг хунуқлашишига олиб келиши мумкин.

Сил югурути узоқ кечади, даволанмаса жараён кўп йилларга чўзилади. Яралар ўрнида чандиқлар қолади. Югурук яра ҳосил қилмаса, ўзидан кейин нозик чандиқли атрофиялар қолдиради. Чандиқ ёки атрофия худудида янги типик люпомалар қайта кузатилади. Югурук узоққа чўзилганида (кўпинча эркакларда) lupus-sarcinoma ривожланиши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>I. Дўмбоқчали сифилид:</p> <ul style="list-style-type: none"> - катталарда кузатилади - буруннинг суякли қисми касалланади - дўмбоқчалар тошган пайтдан бошлаб бир неча ҳафта мобайнида ривожланади ва тарқалади - бир неча ой мобайнида мавжуд бўлади - элементлари қалин ва эластик - сифилидлар ранги тўқ қизил бўлади - дўмбоқчалар алоҳида жойлашади - яралар чуқурроқ, четлари йирик кесилган, қалин инфилтратнинг валиги билан қуршалган, туби некротик массалар билан қопланган бўлади 	<p>СЮ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эрта болалик даврларидан ривожланади - буруннинг тоғайли қисми касалланади - касалланиш ўчоқлари секин (бир неча йил мобайнида) ривожланади ва тарқалади - ўн йиллар мобайнида - элементлари юмшоқ - люпомалар сарғиш тусли оч қизил рангда - касаллик ўчоқларида дўмбоқчалар кўшилиб кетади - яралар юзаки, четлари юмшоқ, осилиб гуради, туби қизил, сарғимтир-кулранг фасод ва бироз қонталаш донадор грануляциялар билан қопланган бўлади
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - чандиқлар нотекис пигментланган, ғадир-будир бўлади, уларда янги тошмалар кузатилмайди - мусбат серологик реакцияга эга 	<ul style="list-style-type: none"> - чандиқлар силлиқ, рангсиз, уларнинг зонасида одатда «эски» ва янги люпомалар бўлади - «олма сариғи» ва «зонд чуқиши» феномени
<p>Саркоидознинг майда тугунчали шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - катталар купроқ касалланади - дўмбоқчалар қалин бўлади - ранги кўкимтир - диаскопияда учоғи сил люпундаги сингари сарғиш <p>- қорамтир тус олади, аммо у узлуксиз эмас, балки чангсимон, нуқтали бўлади</p> <ul style="list-style-type: none"> - баъзан яра ҳосил қилишга мойил 	<ul style="list-style-type: none"> - болалар купроқ касалланади - дўмбоқчалар нисбатан тарқоқ жойлашади - дўмбоқчалар сариқ бўлади - «олма сариғи» ва «зонд тешиши» феноменлари мусбат бўлади - дўмбоқчалар яра ҳосил қилишга мойил - чандиқ соҳасида типик люпомалар кузатилади - сскин ва узоқ йиллар кечади - инфилтратлар нисбатан юзаки - дўмбоқчалар нисбатан полиморф кўринишда
<p>3. Дисксимон қизил югурук:</p> <ul style="list-style-type: none"> - катталарда учрайди - фолликуляр гиперкератоз бўлади - тошмалар ёрқин рангда - симметрик (капалак шаклида) жойлашади - камдан-кам ҳолларда яра ҳосил қилади - люпомалар йуқ - фототаъсирчанлиги даражаси юқори бўлади - дўмбоқчалар кузатилмайди 	<ul style="list-style-type: none"> - болаларда учрайди - гиперкератоз бўлмайди - тошмалар хирароқ рангда - касаллик учоқларида яралар, чандиқ доирасида ва соғлом терида люпомалар бўлади - тери ёзда нисбатан яхшиланади - дўмбоқчалар кузатилади
<p>4. Люпоидли сикоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - урта ва кекса ёшдаги эркакларда учрайди - бирламчи тошма - фолликуляр пустила - якка касаллик учоқлари кузатилади - терининг тукли участкаларида (бош, муйлов, соқол, қовда) жойлашади - алоҳида тошмалар жуда тез ривожланади - тукли фолликуллар чандиқ ҳосил қилиб йуқолади 	<ul style="list-style-type: none"> - болаларда учрайди - люпома - учоқлари куп бўлади - юзнинг марказий қисмида жойлашади - узоқ давом этади - чандиқли атрофия

САРКОИДОЗ

Майда тугунчали саркоидоз – саркоидознинг энг кўп уч-райдиган клиник шакли. Асосан юз ва оёқ-қўл (баъзан тана) терисида маҳаллийлашади. Ҳочоқларда кескин чегараланган, ярим шарсимон, тери сатҳидан бўртиб турадиган майда қалин дўмбоқчали элементлар пайдо бўлади. Дўмбоқчалар ранги – пушти-қизил бўлиб, кейинчалик кўкимтир, оч жигарранг тус олади. Диаскопияда ўзига хос «чангланганлик» феномени (майда чангсимон сариқ ва сарғиш-қўнғир доғлар мавжудлиги) аниқланади. Дўмбоқчалар сиртида, айниқса қайтиш босқичида телеангиэктазиялар кузатилади. Узоқ давом этади ва қайтиб, тузалиб кетади. Жараён тизимли хусусият касб этса (ўпка, лимфатик тугунлар, суяк тўқимаси, жигар, талок касалланса), прогнози яхши бўлмайди.

Саркоидозда Никерсон-Квейман реакцияси диагностика аҳамиятга эга.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Пушти хуснбузар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - телеангиэктазияли ва пустулизацияли ёйилиб кетган ёрқин эритема хос - асосан юзда жойлашади - кўпинча катта ёшли (40 дан катта) одамларда учрайди 	<p>Саркоидоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - телеангиэктазияли ва пустулизацияли ёйилиб кетган ёрқин эритема хос эмас - юз терисида, оёқ-қўлларда, баъзан танада маҳаллийлашади - асосан 40 ёшга тулмаган кишилар касалланади
<p>2. Лейшманиознинг силсимон шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анамнездан - касаллар эндемик худудларда учрайди - яралар ҳосил қилади - регионар лимфаденитлар бўлади - касаллик ўчоқларидаги қириндиларда Боровский таначалари бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - бўлмайди - кўпгина ҳолларда яралар ҳосил қилмайди - регионар лимфаденитлар ҳосил бўлмайди - Боровский таначалари бўлмайди
<p>3. Қизил югурук:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўчоқлари ёрқин рангда ва катта бўлади - фолликуляр гиперкератоз - атрофияга айланади 	<ul style="list-style-type: none"> - нисбатан хира ва майда бўлади - гиперкератоз кузатилмайди - изсиз қайтади

4 Дўмбоқчали сифилид:
 - дўмбоқчалар ранги тўқ қизил бўлади
 - гуруҳ-гуруҳ бўлиб тошади
 - яралар ҳосил қилмайди ва ўзига хос (қурама) чандиқ қолдиради
 - мусбат серологик реакцияга эга

- оч қизил бўлади, сўнг кўкимтир, кейинроқ оч жигарранг тусга киради
 - гуруҳланмайди
 - камдан-кам ҳолларда яра ҳосил қилади
 - манфий серологик реакцияга эга

ДЎМБОҚЧАЛИ СИФИЛИД

Дўмбоқчали сифилид (ДС) захмнинг учламчи даврида, одатда даволанмаган ёки яхши даволанмаган беморларда касаллангандан сўнг 3-4 йил ва ундан ортиқ вақт ўтиб ривожланади.

Дўмбоқчали сифилид интоксикация, сурункали алкоғолизм, сурункали касалликлар (сил, анемия ва бошқалар), жароҳатлар, гиповитаминозлар ва иммунитетни сусайтирувчи бошқа омиллар оқибатида келиб чиқиши ҳам мумкин.

Асосан юз (бурун, пешона) терисида, оёқ-қўлларнинг букилувчи соҳаларида, слкада, шиллик пардаларда маҳаллийлашади. Аввал дўмбоқчалар тери ёки шиллик пардалар сиртида ҳеч қандай ўзгариш ҳосил қилмасдан тошади. Аста-секин улар катталашиб, диаметри 1-1,5 см га етади, тери сатҳидан ярим шарсимон бўлиб кўтарилиб туради, аниқ чегараланган, қалин, ранги дастлаб тўқ қизил, сўнг кўкимтир бўлади.

Яра ҳосил қилган тошмалар сирти силлик бўлади, аммо узок сақланиб қолса, тангачалар билан қопланиши мумкин. Яра ҳосил қилган дўмбоқчалар пўстлоқ билан қопланган бўлади (ҳамма дўмбоқчалар ҳам яра ҳосил қилмайди). Жараён чандиқ ҳосил бўлиши ёки чандиқли атрофия билан тугайди. Ўзига хос хусусияти - дўмбоқчалар атрофга тарқалишга ва кўшилишга, гуж бўлиб жойлашишга мойил бўлиб, бунинг натижасида касаллик ўчоғи яқин масофадан туриб узилган сочма ўқ теккан жойга ўхшаб қолади. Қурама чандиқ қолиши хос бўлиб, уларнинг шаклига (сирти нотекис, алоҳида чандиқлар орасида соғлом тери участкалари кузатилади, ранги қорамтир бўлади) қараб захмни жараённинг бошқа клиник белгилари йўқолиб кетганидан кўп йил ўтиб ҳам тахмин қилиш мумкин. Тошмалар бир неча ой мобайнида мавжуд бўлади, сўнг ўз-ўзидан ёки даволаш натижасида йўқолиб кетади. Аммо эски дўмбоқчалар билан бир қаторда янгилари пайдо бўлса ва касаллик ўчоғига серпигиоз хусусият бахш этса, жараён чўзилиб кетиши мумкин.

Дифференциал диагнози:

<p>1. Пушти хуснбузар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тошмалар симметрик жойлашади - пустулалар бўлади - эритемалар, телеангиэкта - зиялар кузатилади 	<p>ДС (юзда маҳаллийлашган бўлса):</p> <ul style="list-style-type: none"> - симметрик жойлашмайди - думбоқчалар бўлади - кузатилмайди
<p>2. Дисксимон қизил югурук:</p> <ul style="list-style-type: none"> - доғдан бошланади - симметрик жойлашади - фолликуляр гиперкератоз - яра ҳосил қилишга мойил эмас 	<ul style="list-style-type: none"> - думбоқчалар - симметрик жойлашмайди - мавжуд эмас - яра ҳосил қилади
<p>3. Кўл ва оёқ кафти псориази:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кўп йиллар давом этади - ранги ёрқин, пушти - папулалар юзаки жойлашади ва қўшилиб кетади - пиллакчалар кучли қипиқланади - яра ҳосил қилмайди - псориастик триада, ебнер изоморф реакцияси мусбат бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - ойлаб давом этади - ранги тўқ қизил - думбоқчалар чуқур жойлашади - тангачалар кам бўлади - яра ҳосил қилади - мусбат серологик реакцияга эга

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ

Тери лейшманиози (ТЛ) *Leishmania tropica* деб аталувчи эндемик юқумли касаллик бўлиб, асосан ўрта Осиё мамлакатлари худудларида кузатилади.

Тери лейшманиозининг икки клиник шакли тафовут қилинади: зооноз (ўткир некротик) ҳамда антропоноз (кеч яра ҳосил қилувчи) шакллар. Тери лейшманиозининг антропоноз шакли юқорида баён этилган думбоқчали дерматозларга кўпроқ ўхшагани учун мазкур бўлимда касалликнинг фақат шу шакли кўриб чиқилади.

Тери лейшманиозининг антропоноз шаклида терининг касалланиши йилнинг исталган мавсумида, москитлар чаққанидан 3-9 ой, баъзан бундан ҳам кўп вақт ўтиб ривожланиши мумкин. Тошмалар асосан терининг кийим билан тўсилмаган соҳаларида жойлашади. Москитлар чаққан жойда 2-5 мм диаметри, қалин, тўқ қизил ёки кўкимтир, якка ёки кўп сонли (чақилган жойлар сонига қараб) думбоқчалар пайдо бўлади. Думбоқчалар сиртида уларга қаттиқ ёпишган сий-

рак тангачалар кузатилади. Дўмбоқчалар узок сақланади, аста-секин катталашиб боради, баъзан кичкина ясси дўмбоқчаларга бирлашади, яра ҳосил қилади ва пўстлоқ билан қопланади. Пўстлоқ олиб ташланса, нотўғри шаклдаги юзаки ярачалар очилиб қолади. Регионар лимфангит бўлади (зооноз лейшманиоздагидан камроқ кузатилади). Узок (тахминан 1-2 йил) давом этади.

Дўмбоқчалар ўрнида тортилган чандиқ қолади. Баъзан (туберкулоидли лейшманиоз тўқималарида лейшманиялар сақланиб қолиши оқибатида) чандиқ ўрнида ёки атрофида янги дўмбоқчалар пайдо бўлади. Дўмбоқчалар ранги сарғиш-қорамтир бўлиб, диаскопияда «олма сариғлиги» феномени кўзга ташланади. Улар ҳар хил шаклларда гуруҳланиши мумкин. Туберкулоидли лейшманиоз кўп йиллар давом этади. Дўмбоқчалар йиллаб ўзгаришсиз сақланиб қолиши, камдан-кам ҳоллардагина яра ҳосил қилиши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Югуроксимон тери сили:</p> <ul style="list-style-type: none"> - асосан болаларда учрайди - дўмбоқчалар нисбатан қалин бўлади - зонд (ботиш) феномени манфий - тошмалар яра ҳосил қилишга мойил - юзаки чандиқ кузатилади 	<p>ТЛ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - исталган ёшда ривожланади - дўмбоқчалар ўртача қалинликда бўлади - зонд (чиқиши) феномени мусбат - туберкулоидли лейшманиоз тошмалари яра ҳосил қилишга мойил эмас - чандиқ чуқур тортилган
<p>2. Дўмбоқчали сифилид:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳамма ёқда (танада, юзда, оёқ-қўлларда, жинсий олатда) маҳаллийлашиши мумкин - дўмбоқчалар қалин бўлади - чандиқлар устида элементлар жойлашмайди - манфий «олма сариғи» феномени кузатилади - эрта яра ҳосил қилади - курама чандиқланади - мусбат серологик реакцияга эга бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - тошмалар асосан тананинг очиқ жойларида маҳаллийлашади - дўмбоқчалар нисбатан юпқа бўлади - чандиқлар устида тошмалар жойлашади - мусбат «олма сариғи» феномени кузатилади - кеч яра ҳосил қилади - тортилган чандиқ ҳосил қилади - манфий серологик реакцияга эга бўлади

МОХОВНИНГ ТУБЕРКУЛОИД ШАКЛИ

Моховни туберкулоид шакли асосан организми мохов микобактерияларига қаршилик кўрсатиш даражаси нисбатан баланд бўлган одамларда ривожланади. Моховнинг тузалиб кетадиган шакли бўлиб, бунда асосан тери ва периферик асаб системаси касалланади. Мохов микобактериялари жуда қийинлик билан (одатда касаллик зўрайганида) аниқланади.

Тошмалар терининг исталган соҳаларида маҳаллийлашиши мумкин. Одатда қизил-кўкимтир майда ясси дўмбоқчалар аниқ чегараланган, тери сатҳидан бироз бўртиб турадиган узлуксиз касалланиш ўчоғига қўшилиб кетади. Баъзан касаллик ўчоғларида инфилтратсия шу қадар оз бўладики, улар доғга ўхшаб кўрилади. Ҳочқлар атрофга тарқалиш ҳисобига аста-секин катталашади, марказида инфилтратсия камаёди, ҳалқасимон, полициклик элементлар, гипопигментация ҳолат вужудга келади. Қипиқланиш одатда кучли бўлмайди. Касаллик ўчоқларида ва уларга бевосита яқин жойларда анестезия ҳолат кузатилади, терламайди, туклар тукилмайди. Периферик асаб системасини (кўпинча тирсак, радиал, кичик болдир ва юз асаблари) касалланиши эрта аниқланади, бу ҳаракатланишни бузилишига ва трофик бузилишларга (парезлар, параличлар, лагофтальмлар, контрактуралар, трофик яралар, атрофия, панжалар ва товон мутиляциясига) олиб келади. Ички аъзолар, лимфатик тугунлар, кўзлар моховнинг туберкулоид шаклида, лепроматоз шаклидан фарқли ўлароқ, нисбатан кам касалланади.

Моховнинг туберкулоид шакли сурункали кечади, ўткир ски ўткиргга яқин кечадиган реактив босқич билан алмашиши мумкин. Касаллик моховнинг лепроматоз шаклига ўтиши мумкин. Диагностика учун бактериоскопик текширувлар, лепромин, никотин кислота, гистамин билан синаб кўриш усуллари аҳамият касб этади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

1. Сил югуруги:

- асосан юзда маҳаллийлашади
- болалик даврларида ривожланади
- ранги сарғиш бўлади
- ўчоқлари бироз қалин
- яра ҳосил қилади
- мусбат «олма сариги» ва «зонд чўкиши» феноменлари

Моховнинг туберкулоид шакли:

- асосан юзда маҳаллийлашишга мойил эмас
- кагталарда ривожланади
- ранги кўкимтир бўлади
- люпомалардан қалинроқ
- яра ҳосил қилмайди
- манфий «олма сариги» ва «зонд чўкиши» феноменлари
- мусбаг лепромин реакцияси кузатилади

<ul style="list-style-type: none"> - таъсирчан инервация бузилмайди - сочлар тукилмайди - периферик асаб системасида ўзгаришлар кузатилмайди - тошмалар ўрнида чандиқлар қолади ва унда янги тошмалар пайдо бўлади 	<ul style="list-style-type: none"> - таъсирчанлик ва тер ажралишида бузилишлар аниқланади - сочлар тукилади - периферик асабларда ўзгаришлар кузатилади - мохов микобактериялари аниқланади - тошмалар ўрнида атрофик чандиқ қолади, аммо унинг устида янги тошмалар бўлмайди
<p>2 Дўмбоқчати сифилид:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 ойдан 1 йилгача давом этади - ранги нисбатан ёрқин бўлади - яра ҳосил қилади - ўчоғининг атрофида инфильтрация кучли бўлади - полиневритлар, таъсирчанликнинг бузилиши кузатилмайди - зурайиш реакциялари кузатилмайди - мусбат серологик реакцияга эга бўлади) 	<ul style="list-style-type: none"> - нисбатан узоқ давом этади - ранги нисбатан тўқроқ бўлади - яра ҳосил қилмайди - ўчоғларда инфильтрация озми-кўпми текис бўлади - полиневритлар, таъсирчанликнинг бузилиши кузатилади - зурайиш реакцияси кузатилади - мусбат серологик реакциялар бўлиши мумкин (купинча лепроматоз шаклида
<p>3. Майда тугунли саркоидоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қушилиб кетмайди - полиневритлар, таъсирчанликнинг бузилиши кузатилмайди - зурайиш реакциялари кузатилмайди - дўмбоқчалар жигарранг бўлади - мусбат «чангланганлик» феномени кузатилади 	<ul style="list-style-type: none"> - элементлар ҳалқасимон, полициклик шаклларга қушилишга мойил бўлади - полиневритлар, таъсирчанликнинг бузилиши кузатилади - зурайиш реакцияси кузатилади - дўмбоқчалар кўкимтир-қизғиш бўлади - «чангланганлик» феномени манфий бўлади
<p>4. Антропоноз лейшманиоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тананинг очик тери соҳаларида жойлашади - шаклдор элементларга гуруҳланишга мойил эмас - лейшманиомалар пайдо бўлганидан 4-6 ой утиб яра ҳосил қилади - жараён бир йилда тугайди - чандиқланади - полиневритлар, таъсирчанликнинг бузилиши кузатилмайди - ўчоғлардан олинган қириқдиларда лейшманиялар осон топилади 	<ul style="list-style-type: none"> - терининг исталган соҳасида кузатилади - шаклдор элементларга гуруҳланишга мойил бўлади - яра ҳосил қилмайди - узоқ давом этади - атрофик чандиқ ҳосил қилади - полиневритлар, таъсирчанликнинг бузилиши кузатилади - бактериоскопик тадқиқотларда мохов микобактериялари топилади

Тест саволлари

- 1 Сил югурукида кузатилувчи симптом:
А. «ишқаланиш»
В. «қопча»
С. «зонд тешиши»
Д. «асал сўталари»
Е. «сероз қудуқлар»
- 2 Сил югурукига хос бўлган тошма элементи:
А. тугун
В. яланиш (эрозия)
С. тугунча
Д. йирингли ярача
Е. думбоқча
- 3 Сил югурукида кузатиладиган патогномоник симптом:
А. «олма сариғи»
В. «капалак»
С. «аёллар пошнаси»
Д. «кўлқоп»
Е. «балиқ увилдириғи»
- 4 Сил югуругининг дифференциал диагностикаси:
А. псориаз
В. қизил ясси темиртки
С. атопик дерматит
Д. қизил югурукнинг дисксимон шакли
Е. склеродермия билан ўтказиш лозим.
- 5 Тери лейшманиозини қўзғатувчилар:
А. стрептококклар
В. стафилококклар
С. замбуруғлар
Д. оддий қўзғатувчилар
Е. вируслар
- 6 Тери лейшманиозининг қуйидаги клиник шакллари кузатилади:
А. оддий ва диспластик
В. интертригиноз ва скутуляр
С. чегараланган ва тарқалган
Д. томчисимон ва нуммуляр
Е. шаҳар ва қишлоқ шакллари
- 7 Моховни қўзғатувчилар:
А. Кох микобактериялари
В. Ганзен микобактериялари
С. Вируслар

- Д. ранглар трепонема
 Е. Диплококклар
- 8 Тери лейшманиозиди касаллик учоқлари:
 А. Ҳайвонлар тишлаган жойда
 В. жароҳат урнида
 С. москитлар чаққан жойда
 Д. куйган жойда
 Е. тирналган жойда вужудга келади
- 9 Моховнинг туберкулоид шаклини:
 А. атопик дерматит
 В. тери антропоноз лейшманиози
 С. псориаз
 Д. дерматомиозит
 Е. витилиго билан таққослаш лозим
- 10 Тери лейшманиозига хос бўлган симптом:
 А. «аёллар пошнаси»
 В. «ниқобсимон юз»
 С. Дени-Морган инфраорбитал бурмалари
 Д. «балиқ увилдириғи»
 Е. «қонли шудринг»

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Антоньев А.А., Чайковский В.Т., Сосонкин И.Е. К вопросу об эризипелоиде. Вестн. дерматол. и венерол. 1974; 6: 24-30.
2. Ковалев Г.К. Эризипелоид (эпидемиология, клиника и профилактика). Сов. мед. 1979; 12: 66-70.
3. Литовченко О.В., Шаповалов М.И. Особенности туберкулеза кожи у детей. М.: Медицина. 1976; 133-141.
4. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей; в двух томах. Под редакцией Скрипкина Ю.К., Мордовцева В.Н. М.: Медицина. 1999.
5. Ольховский А.М. Туберкулезная волчанка наружного уха. Вестн. дерматол. и венерол. 1981; 7: 53-55.
6. Потоцкий И.И., Сулейманов К.С. Красная волчанка. Ташкент: Медицина. 1979; 308.
7. Тухватулина З.Г. Клетки Лангерганса: функция и роль в дерматопатологии. Новости дерматол. и венерол. 1999; 2: 29-34.
8. Чернуха А.М., Фролов Е.П. Кожа (строение, функция, общая патология). М.: Медицина. 1982; 342.
9. James M. Sarcoidosis of the skin. In: Fitzpatrick. Dermatology in general medicine. 2nd ed, New York. 1979.
10. Nathan M., Pinsker R., Chase P. Elynerabel Sarcoidosis presenting as lymphedema: Arch. Dermatol. 1974; 109-114.

ТУГУНЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Тугунлар бир қатор (яллиғланадиган, яллиғланмайдиган) дерматозларнинг, безарар ва хавфли тери касалликларининг асосий нишонаси ёки бир қатор юқумли касалликлар ва синдромларнинг нишоналаридан бири бўлиши мумкин.

Асосий бирламчи элементи тугун бўлган касалликлар жумласига қуйидаги нозологик касаллик шакллари: спонтан панникулит, совуқдан келиб чиқадиган панникулит, постстероид панникулит, олеогранулема-парафинома, инсулинли липодистрофия, тугунли эритема, Базен қалинлашган эритемаси, Дарье-Руссининг чуқур саркоидоз тугунлари, Капоши-Ирганг қизил люпусининг чуқур шакли, подагра тугунлари, тери кальцинози, янги туғилган чақалоқлар тери ости ёғ тўқимаси некрози киради.

Тугунлар қуйидаги безарар ва хавфли ўсмаларнинг асосий нишонаси бўлиб хизмат қилади: липома, ўсмасимон сил ксантомаси, Абрикосов миобластомаси, тери псаммомаси, полиморф-хужайрали кўп сонли саркоматоз, эозинофил гранулема, безарар тери плазмоцитомаси, мастоцитознинг тугунли шакли.

Тугунлар турли инфекциялар — захм (захм гүммаси), сил (бирламчи колликватив тери сили), мохов (мохов тугунлари), чуқур микозларнинг нишоналаридан бири бўлиши мумкин.

Тугунлар кўринишидаги тери тошмалари Франсуа синдроми ва Гейчлендер синдромининг нишонаси бўлиб хизмат қилади.

СПОНТАН ПАННИКУЛИТ

Спонтан панникулит (СП) касалликнинг (Вебер-Крисчен касаллиги) бирламчи элементи бўлиб, тери ости-ёғ тўқимасида турли чуқурликда жойлашган тугунлар ҳисобланади. Тугунлар терининг исталган участкасида маҳаллийлашиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда якка тугунлар тошади, кўпинча улар диссеминациялашган ва кўп сонли бўлади. Оёқ-қўлларда тугунлар кўпроқ тошади. Кўпгина беморларда тугунлар оёқ-қўлларда, думбада, кўпроқ кўкрак ва сут безларида, қоринда, панжаларда, қовда, лунжларда жойлашиб маҳаллийлашади.

Патологик жараён асосида пероксидли оксидланувчи (альдегид ва оксидланувчи гуруҳларга мансуб) маҳсулотларнинг ортиқча тўпланган ёғ тўқимасида оксидланиш жараёнларининг бузилиши ётади. Бу маҳсулотлар ҳаддан ташқари заҳарли бўлгани учун ёғ хужайраларидаги моддалар алмашинуви жараёнларининг бузилишига ва охир оқибатда ҳалок бўлишига олиб келади.

Клиник манзараси аввал ўткир бўлиб, юқумли касалликлар ёки зардоб касалликларини эслатади. Касаллик инкубация даври- сиз, дармонсизлик, бош оғриши, баъзан мушаклар ва бўғимлар оғришидан бошланади, беморни безгак тутаяди (37.0 дан 40°C гача иситма чиқаяди). Сўнг бу фонда тери ости ёғ тўқимасида тублаш- ган, диаметри 1 мм дан 1 см гача ва ундан катта бўлган тугунлар пайдо бўлади. Касаллик зўрайишлар билан кечаяди, ремиссиялар- нинг давомийлиги ҳар хил бўлади. Тугунлар алоҳида жойлашиши ёки қўшилиб, нотекис чегарали, гадир-будур, йирик ҳосилалар пайдо қилиши мумкин. Тугунлар одатда ёрилмайди, сўрилиб кет- ганида ўрнида атрофияли соҳалар ҳосил бўлади ёки тери ботиб қолади.

Касалликнинг уч клиник шакли: тугунли, пилакчали ва ин- фильтратив шакллари тафовут қилинади.

Тугунли шаклида тугунлар бир-биридан алоҳида жойлашади, қўшилиб кетмайди, атроф тўқималардан аниқ чегараланган ва тери ости ёғ тўқимасида қандай чуқурликда жойлашишига қараб турли рангга (нормал тери рангидан оч пуштигача) эга бўлади. Тугунлар диаметри бир неча миллиметрдан бир неча сантиметрга- ча етиши мумкин.

Пилакчали шаклида алоҳида тугунлар қўшилиб турли катта- ликдаги қурама ҳосил қилади ва катта жойни, баъзан болдир, сон, елка ва бошқа аъзоларнинг бутун сиртини қоплаб оладики, бу шунинг ҳосил бўлишига олиб келиши, томирли-нервли тутамлар эзилганида кучли оғриқ туриши мумкин. Бундай қурама пилак- чалар қалин-эластик, баъзан склеродермосимон қалин, сирти гадир-будур, чегаралари нотекис бўлади. Қурама ранги — пуш- ти, қуқимтир, тўқ қизил ранги олади.

Инфильтратив шаклида алоҳида тугунлар ёки қурама соҳа- сида ўчоқларининг ранги оч қизил ёки тўқ қизил бўлган фюкту- ациялар вужудга келади. Ўчоқлар флегмоноз инфильтратлар кўри- нишида бўлади, аммо улардан фарқли ўлароқ, ёрилганида йи- ринг эмас, сарғиш доғли масса чиқаради. Спонтан панникулит- нинг бу шаклига баъзан адашиб абсцесс ёки флегмона деб диаг- ноз қўйилади.

Панникулитнинг сурункали шаклида касаллик ўткир бош- ланганига қарамай, кейинчалик у ҳаёт учун безарар кечаяди. Ка- салларнинг умумий аҳволи одатда унча оғир бўлмайди, касаллик қайталаганда оғир кечмайди ва одатда беморлар ҳаёти учун беза- рар тутайди. Касалликнинг сурункали шаклида ремиссиялар узок давом этади. Клиник нуқтаи назардан беморларнинг ички орган- ларида ўзгаришлар содир бўлмайди. Аммо касалликнинг сурунка- ли шаклида жигарнинг функционал фаоллигини акс эттирувчи қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари ўзгаради.

Касалликнинг ўткирга яқин кечиши умумий симптомлар (узоқ септик безгак, ортиб боровчи дармонсизлик), қон таркибининг ўзгариши (лейкопения, СОЭ ортиши), патологик жараёнда жигарнинг иштирокига ишора қилувчи биокимёвий кўрсаткичлар билан характерланади. Спонтан панникулитнинг ўткирга яқин кечишига хос бўлган ремиссия ва қайталашларнинг тез алмашишида тугунлар сони одатда кўпаяди. Касалликнинг ўткирга яқин кечишига торпидлик, ҳар хил даволаш турларига резистентлик хос бўлади.

Ремиссия бир йилга яқин давом этади.

Баъзан (ўткир шаклида) умумий симптомлар кучайиб, дармон тинимсиз қуриб боради, беморлар ўриндан тура олмай қолади. антибиотикли-кортикостероидли даволаш ва симптоматик воситалар билан даволашга қарамай иситма тушмайди. Мушакларда, бўғимларда ва суякларда қаттиқ оғриқ туради, қон ва сийдикда ҳамда бикомиевий кўрсаткичларда (жигар касалланиши), терминал босқичда эса қоннинг ивитувчи системасида ҳам ўзгаришлар кучайиб боради. Ремиссия жуда қисқа (1-3 ой) бўлади. Ҳар бир янги қайталашида умумий аҳвол нисбатан оғирлашади, касаллик ўткир тус олади ва анча қисқа муддатда (3-12 ойда) ўлим билан тугайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

<p>1. Реактив панникулит: - турли дерматозлар билан бирга кузатилиши мумкин - асосий касалликни билиш муҳим</p>	<p>СП: - спонтан вужудга келади</p>
<p>2. Совуқдан келиб чиқадиган панникулит: - тугунлар совуқдан пайдо бўлади - тери ости ёғ тўқимасида маҳаллийлашади</p>	<p>- тери ости ёғ тўқимасида турли чуқурликда жойлашади</p>
<p>3. Постстероид панникулит: - кортикостероидли гормонлар қабул қилиш тўхтатилганидан кейин ривожланади - тугунлар сурилаётганида оз миқдорда кортикостероидли гормонлар қабул қилиш тайинланганидан кейин марказда ботиқ тери атрофияси қолмайди</p>	<p>- спонтан вужудга келади - марказда ботиқ атрофия қолади</p>

ОЛЕОГРАНУЛЕМА ВА ПАРАФИНОМА

Олеогранулема ва парафинома (ОП) тери остига дори моддаларнинг ёғли эритмалари, парафин, вазелин ва бошқа моддаларни киритилганидан кейин маълум вақт ўтгач вужудга келади. Юқорида зикр этилган моддалар киритилган жойлардаги тери ости ёғ тўқимасида кўп сонли, қалин, тоғайсимон, фасциялар билан бирлашган тугунлар пайдо бўлади. Улар узоқ вақт сақланиб қолиши, аста-секин сўрилиши ёки инкапсуляцияланиши мумкин.

Олеогранулемаларнинг уч тури тафовут қилинади: 1) сунъий ёки инъекцион oleогранулемалар; 2) ёғ тўқимасининг бузилиши ва ёғ ҳужайраларидан ёғнинг озод бўлиши натижасида ҳосил бўлувчи травматик oleогранулемалар; 3) бевоқифта яллиғланиш ўчоғи яқинида жойлашувчи яллиғланиш яқинидаги oleогранулемалар.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Спонтан панникулит: - касаллик маҳаллийлашган ҳамма жойларда тугунлар бўлади - талқик қилинганида ёғ касалнинг ўз ёғи эканлиги аниқланади	ОП: - тугунлар этиологик омил таъсир қилувчи ерда жойлашди ва ҳеч қачон бирламчи ўчоқдан узоқда вужудга келмайди - қопсимон тугунлар, ёғ — усимлик ёғи
---	--

ИНСУЛИНЛИ ЛИПОДИСТРОФИЯ

Инсулинли липодистрофия (ИЛ) қандли диабет билан касалланган беморларда инсулин инъекцияси киритилган жойларда вужудга келади. Диаметри 2-17 см бўлган, марказий қисмида ботиқ қалин ясси чегараланган ҳосилалар кўринишидаги тери ости ёғ тўқимасидаги тугунлар билан характерланади. Бу соҳада тери тугун билан чатишган бўлади ва пайпаслаганда ажралмайди. Тугунлар терининг инъекциядан узоқда жойлашган участкаларида (юзда, бўйинда, иякда, кўкракда) ҳам вужудга келиши мумкин бўлиб, бу трофоангиопатик бузилишлар ҳамда инъекция мушакка эмас, балки тери ости ёғ тўқимасига киритилиши билан боғлиқдир.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Спонтан панникулит: - бошланиши бошқа касалликлар билан боғлиқ эмас - тугунлар ясси эмас, тўлқинли	ИЛ: - ошқозон ости беги касаллиги (диабет, панкреатит ва бошқалар)нинг мавжудлиги - тугунлар ясси, атрофдаги тўқималардан аниқ чегараланган, склерасимон, инсулин инъекцияси киритилган жойларда вужудга келадн
--	---

БАЗЕННИ ҚАЛИНЛАШГАН ЭРИТЕМАСИ

Базенни қалинлашган эритемаси (БЭ) да тугунлар диаметри 3-5 см, аниқ чегараланмаган, кўпинча яккам-дуккам бўлади. Болдирнинг орқа томонида, мушаклар соҳасида маҳаллийлашади. Симметрик тошади. Сусти кечади. Учоқларининг ранги — оч кўкимтир. Касаллик сурункали кечади, йилнинг совуқ ва нам даврида қайталайди. Кўпинча тик оёқда ишлайдиган ёш аёллар касалланади. Қалинлашган эритема жунжиш билан бирга кечиши мумкин. Баъзан касалларда силли интоксикациянинг турли белгилари ҳамда силнинг бошқа шакллари билан уйғунлик аниқланади. Умумий аҳвол камдан-кам ҳолларда оғирлашади. 40 фоизгача ҳолларда тугунлар марказида яралар ҳосил бўлиши мумкин (Гетчинсон шакли). Яралар чандиқ ҳосил қилиб тузалади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Спонтан панникулит: - кўп соғли тугунлар - асосан оёқ-қўлларда маҳаллийлашади - кечиши: ўткир; ўткирга яқин; сурункали - спонтан касаллик - бошқа касалликлар билан боғлиқ эмас	БЭ: - яккам-дуккам тугунлар - болдир мушаклари, симметрик жойлашади - сусти кечади - касаллик совуқ ва нам ҳаво билан боғлиқ - силли интоксикация белгилари бўлиши мумкин
--	--

ДАРЪЕ-РУСИНИНГ ТЕРИ ОСТИ САРКОИДЛАРИ

Клиник жиҳатдан тери ости ёғ тўқимасида жойлашган, оғриқсиз, диаметри 3 см гача бўлган тугунлар кўринишида нишона беради. Тугунлар кўшилиб тери билан чатишган но-

текис, ғадир-будур, ийрик қурамалар ҳосил қилиши мумкин. Тугунлар устидаги тери ранги апельсин нуслогини эслатади. Тугунлар кўпинча сонда, қоринда ва тананинг ён томонларида жойлашади.

КАПОШИ-ИРГАНГ ҚИЗИЛ ЮГУРИГИНИНГ ЧУҚУР ШАКЛИ

Касалликни бу хили тери ости ёғ тўқимасида тублашган чуқур инфилтрат кўринишида пайдо бўлади. Юзда, баъзан оёқ-қулларда ассимметрик жойлашади. Жараён чандиқ ҳосил бўлиши билан тугайди.

Касаллик ва спонтан панникулитнинг дифференциал диагностикаси клиник манзарага ва патоморфологик белгиларга асосланади.

ПОДАГРА ТУГУНЛАРИ

Подагра тугунлари тери ости ёғ тўқимасида маҳаллийлашади ва дастлаб юмшоқ, сўнг қалин, тошдек қаттиқ консистенцияга эга бўлади. Тугунлар якка ва кўп сонли бўлиши, алоҳида жойлашиши ёки алоҳида гуруҳларга кўшилиб кетиши мумкин. Улар устидаги тери ранги ўзгармайди ёки кўкимтир-пушти бўлади. Тугунлар кўпинча панжалар ўртасидаги бўғимларда, қулоқ супрасида маҳаллийлашади ва узок вақт сақланиши, ўз-ўзидан сўрилиши ёки устидаги терини юпқалаштириб, ёрилиши ва гипссимон суюқлик чиқариши мумкин. Подагра тугунлари спонтан панникулитдан айнан шу билан фарқ қилади.

БИРЛАМЧИ ТЕРИ КАЛЬЦИОЗИ

Кальций (гиперкальциемий) алмашинувининг бузилиши ва қалқонсимонолди безнинг касалланиши билан боғлиқ. Тугунлар жуда қаттиқ, кам ҳаракатланувчи, ҳар хил катталикда, деярли оғриқсиз бўлиб, тери ости ёғ тўқимасида жойлашади. Улар устидаги тери ўзгармайди. Тугунлар ёрилганида бўтқасимон суюқлик ажралади. Чандиқ ҳосил қилиб тузалади. Аутом-рецессив йўл билан ўтган ирсий липоидтезауриемоз шакли — мушаклар ичида ривожланувчи липокальциогранулематоз (синоними: Гейчлендер синдроми) кальциознинг ўзига хос нишонаси бўлиб хизмат қилади. Тери ости ёғ тўқимасида қалин тугунлар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Тугунлар мушак фасцияларидаги бўғимлар ва суяклар яқинида, катта бўғимларнинг сумкаларида жойлашади.

Тугунлар ёрилиб, бўтқасимон кальций фосфати ажралиш мумкин. Вақти-вақти билан безгак тутади, кўпинча мушак дистрофияси, гиперхолестеринемия, остеопороз ривожланади. Касаллик 20 ёшгача бўлган одамларда кузатилади.

Шундай қилиб, гиподерма зарарланувчи юқоридаги касалликларда (подагра тугунлари, тери кальцинозида) баъзан спонтан панникулитни дифференциал диагностика қилишдаги сингари қийинчиликларга дуч келинади. Клиник ва морфологик жиҳатдан бу касалликлар осон фарқ қилинади.

ЧАҚАЛОҚЛАР ТЕРИ ОСТИ ЁҒ ТЎҚИМАСИ НЕКРОЗИ

Тери ости ёғ тўқимасида ривожланиш ва кўпайишга мойил тугунлар пайдо бўлиши билан таърифланади. Тугунларнинг чети бўртиб туради ва унча оғримайди. Лунжларда, елкада, кўкракда, думбада ва оёқ-қўлларда маҳаллийлашади.

Касаллик 3-4 ой давом этади, сўнг тугунлар ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Умумий аҳвол енгил бўлади.

ЛИПОМА

Бу безарар ўсма нормал ёғ тўқимасидан ташкил топади. Бир неча клиник шаклларда учрайди. Якка ёки кўп сонли липомалар одатда қоринда, елкада ва оёқ-қўлларда учрайди. Улар майда, оғриқсиз, ҳаракатчан, диаметри 1-10 см, нормал тери рангида бўлади. Липоматозларнинг бир неча тури тафовут этилади.

Lannois-Bensaude симметрик липоматозида липоматоз тугунлари бўйиннинг олди ва орқасида ҳамда жағ ости соҳасида маҳаллийлашади. Бўйин кўп сонли симметрик липоматози бўйин тери ости ёғ тўқимаси диффуз гиперплазияси ҳисобига ҳосил бўладиган симметрик жойлашувчи бўйин липомалари билан таърифланади. Липоматоз гипофизар бузилишлар фонида ривожланади.

Vemeuil-Potain липомаларида липоматоз тугунлар ўмров усти соҳаларида маҳаллийлашади.

Mun-Lepi диффуз симметрик липоматози қўлда, думба соҳасида ва баъзан терининг бошқа участкаларида симметрик равишда жойлашадиган кўп сонли липомалар билан таърифланади.

Магопон гипертрофик сохта мушак липоматози симметрик тублашган липоматоз бўлиб, мушакларда ривожланади. Липомалар мушаклар билан чатишиб кетади ва касалга Геркулес тусини беради.

Firi-Langmead кафт липоматозида липомалар кафтларда маҳаллийлашади.

Pasteur-Vallegi-Radot-Blamontier липоматози липомалар сегментар жойлашиши билан фарқ қилади.

Деркум касаллиги — липоматоз елкадаги, сондаги, думбадаги, қориндаги, қўлдаги, сут безлари соҳасидаги тери ости

ёғ тўқимасида жойлашган ёғ тўқимасидан ташкил топган, пайпаслаганда, жароҳатланганда ёки босганда оғрийдиган ўсмалар билан таърифланади. Шунингдек астения, психик бекарорлик, асаб ва психиканинг бузилиши, ўчоқли гиперпигментация, тери қичишиши хосдир. Гистологик ўрганишда липомалар худудида асаб толалари ўзгариши аниқланади.

Гортрон тери ости гипертоник гипогранулематози – гипертония билан оғрувчи семиз аёлларда ривожланадиган ҳамда тери ости ёғ тўқимасида диссеминацияланган тугунлар пайдо бўлиши билан таърифланадиган касаллик.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Спонтан паникулит:	Қоринда, думғазада ва сонда маҳаллийлувчи липомалар:
- қатин	- юмшоқ
- оғриқли	- оғриқсиз
- умумий аҳвол унча бузилмайди	- умумий аҳвол яхши булади

ЎСМАСИМОН СИЛ КСАНТОМАСИ

Гиперхолестеринемик ксантоматознинг кўриниши бўлиб, 1-3 см диаметри, сирти ғадир-будур қурамалар ҳосил қилиб кўшилишга мойил шарсимон тугунлар билан таърифланади. Тугунлар тирсак ва тизза бўғимларининг букиладиган соҳаларида, елкада, думбада, баъзан бошқа жойларда маҳаллийлашади. Дастлаб тугунлар юмшоқ бўлади, кейинчалик фиброз тўқимага айланиб қаттиқлашади. Тугунлар ранги кўпинча сариқ, баъзан қорамтир ёки кўкимтир-қизғиш бўлади. Шиллиқ пардалар касалланиши мумкин. Гиперлипемия ва гиперхолистеринемия ҳолат хос бўлиб, бунда эркин ва эфир билан боғлиқ холестерин фракциясининг нисбати ўзгармайди. Қон томирлар, бўғимлар ва суяклар эрта касалланиши билан фарқ қилади. Баъзан жараёнга жигар ва талоқ ҳам кўшилади. Касаллик туғилгандан ёки ҳаётнинг биринчи ойларида бошланади, секин кечади, баъзан зўрайиб туради. Атеросклероз эрта бошланиши кузатилади.

Франсуа синдроми ёки аутосом-доминантли йўл билан ўтган ирсий дерматохондрокорнеал дистрофия ксантоматознинг алоҳида шакли ҳисобланади. Синдром тери, суяк ва шох парда касалланадиган липоидознинг нишонаси бўлиб хизмат қилади. Сарғиш тугунлар (ксантомалар) билан таърифланади, оёқ-қўлларнинг букиладиган соҳаларида, бўғимлар атрофида, думбаларда ва гавданинг бошқа қисмларида, маҳаллийлашади. Майда суяклар эпифизлари қотиши жараёнларининг бузилиши ва шох парда дистрофияси билан бирга кечади. Жигар ва талоқ катталашмайди.

АБРИКОСОВ МИОБЛАСТОМАСИ

Тери ости ёғ тўқимасида ва тилда вужудга келувчи қалин, думалоқ, аниқ чегараланган майда ўсма (диаметри 0,5-2 см). Нисбатан йирик ўсмалар якка ҳолда бўлади. Лимфатик тугунларга метастазаланиши мумкин.

Тери псаммомаси — тери ости ёғ тўқимасида чуқур жойлашган чизикли шаклдаги, ясси, қалин, клиник жиҳатдан липи ва гипонидерматитлардан ажратиш қийин бўлган тугунлар билан таърифланади. Псаммомага эндотелийнинг концентрик ўсиши, строманинг гиалинизациялашиши ва томирларнинг бекилиб қолиши хосдир.

Полиморф хужайралар кўп сонли саркоматоз

Думалоқ, юмшоқ, диаметри 1-5 см ва ундан катта бўлган кўп сонли оғриқсиз тугунлар билан таърифланади. Ўсмалар емирилишга ва яра ҳосил қилишга мойил. Улар лимфатик тугунларга ва ички органларга метастазаланиши мумкин бўлиб, бу ҳол липомаларда ва спонтан панникулитда ҳеч қачон кузатилмайд.

Эозинофил гранулема уч шаклда учрайди: 1) анат ва перианат соҳаларда маҳаллийлашадиган инфилтратив-эрозив эозинофил гранулема; 2) юзда ва бошқа участкаларда маҳаллийлашадиган чегараланган инфилтратив эозинофил гранулема; 3) тери ости ёғ тўқимасида жойлашган, диаметри 3 см га етувчи тугунлар билан таърифланадиган тери ости эозинофил гранулемаси. Тугунлар ярим ҳаракатчан, оғриқсиз бўлиб, улар устидаги тери ўзгармайди. Думба соҳасида, сонда ва тананинг бошқа жойларида маҳаллийлашади.

Безарар плазмоцитома

Тери ости ёғ тўқимасидаги чегараланган, оғриқсиз, қалин, сиёҳранг шишли ўсма кўринишидаги тугунлар билан таърифланади. Безарар кечади; фақат рентген билан даволашда зарарли шакл касб этиши мумкин.

Юқорида зикр этилган тери ости ёғ тўқимасида маҳаллийлашадиган барча ўсмаларнинг дифференциал диагнози асосан ҳар бир алоҳида ҳолда морфологик хусусиятлардан келиб чиқиб ўтказилади, чунки ҳар бир ўсма ўзига хос патогномоник гистологик белгиларига эгадир.

ЗАХМ ГУММАСИ

Гумма — чуқур тугунсимон сифилид — тери ости ёғ тўқимасида ривожланади. Дастлаб гумма тери сиртида сезилмайди, аммо аста-секин катталашиб, тери сатҳидан диаметри 3-4 см бўлган шарсимон ёки айланасимон шаклда кўтарилади. Каттиқ эластик консистенцияли бўлиб, пайпаслаганда оғримайди ва атрофидаги тўқималарга нисбатан эркин ҳаракатланади. Специфик инфилтративнинг ортиши билан гумманинг ҳаракатчанлиги йўқолади ва

ўзини қуршаган туқималар билан чатишади. Гумма сиртидаги тери аввал пушти, сунг туқ қизил ранга киради, сирти ялалоқ, чегаралари кескин бўлади. Кейинчалик гумма емирилмасдан сўрилиб кетиши ёки творогсимон некрозга айланиши мумкин. Баъзан гуммада бирлаштирувчи туқиманинг катталаниши ҳисобига инкапсуляция содир бўлади ва у узоқ вақт қалин инкапсуляцияланган ўсма шаклида сақланиб қолади. Ниҳоят, гумма ўртасидан юмшаши ва тешилиши, тешиқдан сарғиш қуюқ суюқлик оқиши мумкин. Гумма бушлиғи устида ҳосил бўлган яра юмалоқ ҳошияли, тўғри геометрик шаклга эга бўлади. Яра туби гуммоз зарралардан аста-секин тозаланади, эт олади ва яра атрофидан марказга қараб чандиқланади. Чандиқ аввал қорамтир-жигарранг бўлади, аста-секин оқариб боради ва пигментланади. Гуммоз яра узоқ вақт сақланиб қолади. Субъектив сезгилар аҳамиятсиз, асаб узағи ва чигаллари, бўғимлар (бўғимлар атрофидаги тугунлар) соҳасида жойлашган гуммалар бундан мустасно бўлиб, уларда баъзан қаттиқ оғриқ туриши, шунингдек орган функцияси бузилиши мумкин. Одатда гуммалар якка ҳолда кузатилади, аммо бирваракай 6 тагача элемент бўлиши мумкинлиги тавсифланган.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Дастлаб гумма фибролипомани эслатиши мумкин. Алоҳида белгиси жараённинг узига хос тарзда кечишидир. Фибролипома бошдан охиригача овалсимон шаклдаги, ҳаракатчан, оғриқсиз, қаттиқ эластик консистенцияли тугун бўлиб қолади. Ҳеч қачон яра ҳосил қилмайди. Захм гуммасига хос бўлган тугуннинг босқичма-босқич ривожланиш белгилари мавжуд эмас.

Атерома — емирилиб кетадиган захм гуммасидан фарқли ўлароқ, ўзининг дастлабки кўринишини йиллаб ўзгартирмайдиган узоқ вақт сақланувчи ҳосила. Гуммоз яраларни сил ярасидан ажратиш қийинроқ.

Дифференциал диагностика қилишда сил ярасига хос бўлган қуйидаги белгилар ёрдам беради: яра четлари хиёл кавланган, юпқалашган, билқиллама, остида фистулёз йўлакчалар бўлади. Яра туби бироз қонталаш грануляциялар билан қопланган. Захм гуммасидан фарқли ўлароқ, яра тубининг асосида гуммоз узак мавжуд эмас. Сил яралари силнинг бошқа нишонлари билан уйғунлашиб кетади ва оғриқли бўлади. Вассерман реакциясининг мусбат натижасига, айниқса РИБТ ва РИФ га қараб захмни аниқлаш мумкин.

Гуммоз яра ўткир некротик лейшманиоздан Боровский касаллиги учун хос бўлган яра ва циркуляр жойлашган лимфангитлар атрофида ўткир яллиғланишли реакциянинг йўқлиги, шунингдек яра қириндиларида Боровский таначалар мавжуд эмаслиги билан фарқ қилади.

гак яраларига ташхис кўйишда ҳам қийинчиликлар туғи-
лиши мумкин. Яра эгри шаклда, кавланган гадир-будур тубли,
четлари қаттиқ ва бурма, оғриқли бўлиб, ўзини қуршаган те-
рини инфилтрациялайди. Бундан ташқари, атрофдаги лимфа-
тик тугунларга метастазаланадикки, бу ҳол захм гуммасида ку-
затилмайди. Захмининг бошқа нишонлари, мусбат Вассерман
реакцияси, кўпроқ мусбат РИБТ ва РИФ кўрсаткичлари орқ-
али шубҳали ҳолларда аниқ диагноз кўйишга ёрдам беради.

КОЛЛИКВАТИВ ТЕРИ СИЛИ (Скрофулодерма)

Тери ости ёғ тўқимасида чуқур тублашган, шарсимон шакл-
даги, 1-3 см диаметри тугунлар билан таърифланади. Кўпинча
тугунлар лимфатик томирлар йўналишида жойлашади. Уларнинг
сони битта ва бир нечта бўлиши мумкин. Тугунлар қалингина,
ҳаракатчан, оғриқсиз бўлади. Улар устидаги тери аввал ўзгар-
майди, кейинчалик бориб кўкимтир-тўқ қизил рангга киради.

Тугунлар тери билан чатишиб кетади, ҳаракатсиз бўлиб қола-
ди, тери сатҳидан бўртиб туради. Тугунларнинг марказий қис-
мида флюктуация пайдо бўлади, тери юпқалашиб ёрилади; бунда
юмшоқ четлари чуқур кавланган яралар ҳосил бўлади. Яралар
тубида сарғиш грануляцион тўқима битади. Жараён суст кечади
ҳамда кўприкчалар ва сўрғичсимон ўсимталардан иборат «йир-
тиқ» чандиқлар пайдо бўлиши билан тугайди.

Дифференциал диагностика кўпгина ҳолларда қийинчи-
лик туғдирмайди. Жараён одатда жағ ости ва бўйин безлари
соҳасида маҳаллийлашади, чандиқларнинг хусусиятига, ли-
фатик тугунларда, бўғимларда ва бошқа органларда сил жа-
раёнининг кечишига, захмга серологик реакцияларига қараб
колликтивит силни захм гуммасидан фарқлаш мумкин.

АКТИНОМИКОЗ

Касалликни *Actinomyces* замбуруғининг турлари кўзгатади.
Тери ости ёғ тўқимасида жойлашувчи қалин, «тахтасимон»
инфилтратлар кўринишидаги тугунлар билан таърифланади.
Улар устидаги тери дастлаб ўзгармайди, вақт ўтиши билан қиза-
ради ёки кўкимтир-тўқ қизил тусга киради. Инфилтратлар
ёрилса, таркибида актиномицеталар мавжуд сероз-йирингли
оқмалар ҳосил бўлади. Чандиқ ҳосил қилиб тузалади. Касаллик
асосан бўйин, бош, тил соҳасида маҳаллийлашади. Жараён му-
шаклар, суяклар, ички органларга ҳам тарқалиши мумкин.

Захм гуммасидан фарқлашда юқорида кўрсатилган кли-
ник хусусиятлардан ташқари актиномикоз кўзгатувчисининг
ажратилиши ва захмга нисбатан специфик серологик реак-
цияларнинг натижалари муҳим роль ўйнайди.

МОХОВНИНГ ЛЕПРОМАТОЗ ШАКЛИ

Фақат тери ости ёғ тўқимасини эмас, балки суякларни ҳам қамраб олиши мумкин бўлган тугунлар билан таърифланади. Тугунлар диффуз инфилтратларга қўшилиб кетади, бу эса уларнинг турғун қолиши ва йириклашишига олиб келади. Инфилтратдан қириб олинган бурун шиллиги соҳасидан Циль-Нильсен препарати ёрдамида текширилганида мохов кўзгатувчилари — Ганзен таёқчалари топилади.

Юзаки ва чуқур лепроз инфилтратлар тафовут этилади. Юзаки лепроз инфилтратлар тери сатҳидан кўтарилиб турмайди ва фақат пайпасланганда ёки тери рангидаги ўзгаришга (кўкимтир-тўқ қизил рангга) қараб сезилади. Улар устидаги тери апельсин пўстлогини эслатади. Вақт ўтиши билан бу инфилтратлар чуқурлашади ва бақувватлашади. Юзда жойлашган бундай инфилтратлар унга шер юзи тусини беради. Қош соҳасидаги туклар тўкилиб тушади, тери қалинлашади ва кучли бурмаларга йиғилади, бурун, лаб, қулоқ супраси ҳам қалинлашади. Бурун ва лаб бурмалари қалинроқ бўлади.

Чуқур инфилтратларда жараён фақат терига ва тери ости ёғ тўқимасигагина эмас, суякларга ҳам тарқалади. Лимфатик ва қон юрадиган системалардаги турғун ҳодисалар сурункали шишларга ва филлашувга олиб келади. Специфик сончов аденитлари кузатилади. Чуқур инфилтратлар яралар ҳосил қилишга мойил. Яраларнинг чандиқланиши турли функционал бузилишларга ва нуқсонларга олиб келади. Касаликда сезувчанликнинг бузилиши кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Гуммоз сифилиддан фарқлашда моховдаги инфилтратлар ўзига хос ва турғун бўлишини, сезувчанликнинг бузилишини, анамнестик маълумотларни (эндемик ўчоқлар зонасида бўлишини) ва қириндиларда Ганзен таёқчалари топилишини эътиборга олиш лозим. Бу белгилар захм гуммалари учун хос эмас. Лепрома ярасини чуқур эктимадан ҳам фарқлаш керак.

Тест саволлари

- 1 Спонтан панникулитда тошманнинг бирламчи элементи:
 - А. тугун
 - В. тугунча
 - С. йирингли яра
 - Д. қаварчиқ
 - Е. пуфакча
- 2 Спонтан панникулитда касалликнинг инкубация даври:
 - А. 10 кун

- В. 20 кун
 С. 1 ой
 Д. инкубация даври бўлмайди
 Е. 4 ой
- 3 Спонтан панникулитнинг қуйидаги клиник шакллари тафовут қилинади:
 А. тугуни, пиллакчали ва инфилтратив
 В. тарқалган ва чегараланган
 С. дисксимон, диссеминацияланган, марказдан қочма, чуқур
 Д. интертригиноз, сквамоз, дисгидротик
 Е. оқ доғлар касаллиги, пиллакчали, чизиқли
- 4 Олеогранулемалар нимадан пайдо бўлади:
 А. тери остига никотин кислотаси киритилганидан кейин
 В. қумурсқалар чаққанидан кейин
 С. тери остига дори моддаларининг ёғли эритмалари киритилганидан кейин
 Д. куйишдан
 Е. тери тирналганидан кейин
- 5 Базен қалинлашган эритемаси маҳаллийлашади:
 А. юзда
 В. болдирнинг орқа томонида
 С. кулларда
 Д. бўйинда
 Е. бутун тери сиртида
- 6 Липома бу:
 А. безарар ўсма
 В. хавфли ўсма
 С. яра
 Д. бўшлиқли ҳосила
 Е. терининг қалинлашиши
7. Захм гуммаси нима ҳосил қилиб битади:
 А. гиперпигментация
 В. депигментация
 С. курама чандиқ
 Д. юлдузсимон чандиқ
 Е. изсиз йўқолади
- 8 Захм гуммасининг дифференциал диагностикаси қай си касаллик билан ўтказилади:
 А. псориаз
 В. қизил ясси темиртки
 С. контагиоз моллюск
 Д. скрофулодерма
 Е. кўтир
- 9 Липома нимадан ташкил топади:

- А. эпителиал туқимадан
 - В. нормал ёғ туқимасидан
 - С. лейкоцитлар ва эпителийдан
 - Д. эпителий ва ёғ туқимасидан
 - Е. бирлаштирувчи туқимадан
- Ю. Моховнинг лепроматоз шакли учун хос бўлган симптом:
- А. «аёл пошнаси»
 - В. «қопча»
 - С. «шер юзи»
 - Д. «олма сарпги»
 - Е. «сероз қудуқлар»

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Бухарович М.Н., Остропяниц С.С., Баграчева А.И. Случаи симметричной прогрессирующей липодистрофии. Вестн. дерматол. и венерол. 1989; 1: 37-40.
2. Гребенников В.А., Гавриленко В.Е. Особенности клиники хронической красной волчанки в резко континентальном климате. Вестн. дерматол. и венерол. 1984; 20-24.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей./Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина. М.: Медицина. 1989; 672.
4. Добренравов В.Н. Липоидный некробиоз больных диабетом Урбаха. М.: Медицина. 1964. 3: 441-453.
5. Каламкарян А.А. Редкие и атипичные дерматозы. М.: Медицина. 1989; 459.
6. Коляденко В.Г. О распространенном кальцинозе кожи. Вестн. дерматол. и венерол. 1982; 3: 47-49.
7. Каламкарян А.А., Тимошина Г.Г. Случаи множественного пуберозного ксантоматора. Вестн. дерматол. и венерол. 1977; 5: 41-44.
8. Машкиллейсон А.Л. Красная волчанка. М.: Медицина. 1984; 204-215.
9. Попхристов П.А. Кожные болезни в детском возрасте. София. 1963; 430-431.
10. Справочник дерматовенеролога./Под ред. Капкаева Р.А., Скрипкина Ю.К., Борисенко К.К. М.: Медицина. 1992; 288.
11. Amroliwalla F. Vaccination scar with self-tissue atrophy restored by localinsulin treatment Brit. Med. J. 1977; 1: 1389-1390.
12. Jaixes D. et al. A world wide review of sarcoidosis. Ann N.Y. Acad. Sci. 1976; 278: 321-333.
13. Kolten B. Pedersen L. Calsinosiscutis and renal failure Arch. Dermatol. 1974; 110: 2: 256-257.

ВЕЗИКУЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР

Экзема, аллергик дерматит, иссиқлик, дисгидроз ва учуқли везикулёз дерматозлар туркумига мансуб касалликларнинг типик вакиллариدير.

ЭКЗЕМА

«Экзема» деганда сурункали ҳамда зўрайишлар билан кечадиган, турли экзоген ва эндоген сабаблар кўзгатадиган, элементларининг полиморфизлиги билан ажралиб турадиган, улар орасида пуфакчалар стакчи ўринни эгаллайдиган терининг аллергик яллиғланувчи касаллиги тушунилади. Экземанинг бир неча тури тафовут этилади.

А с л э к з е м а:

Сурункали кечади. Тез-тез зўрайишга мойил. Кўпинча терининг очиқ соҳаларида симметрик жойлашадиган ўткир яллиғланувчи ўчоқларнинг ривожланиши билан намоён бўлади. Асосий симптомлари — гиперемия, шиш, везикуляция, кучли фасод боғлаш. Ўчоқлар доирасида гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган майда пуфакчалар (везикулалар) кўплаб кузатилади. Уларнинг ичи шаффоф суюқликка тула бўлади. Пуфакчалар ёрилганидан кейин экземага хос бўлган микроэрозиялар («сероз қудуқлари») ҳосил бўлади. Ўчоқ атрофида якка-якка жойлашган тошмалар ва пуфакчаларни кузатиш мумкин. Кейинчалик янги ҳосил бўлувчи пуфакчалар сони камайиб боради, микроэрозиялар сиртига чиққан суюқликлар пўстлоқ бўлиб қотади, улар битганидан сўнг майда чандиқсимон қипиқланиш қолади. Полиморфизм билан характерланади. Яллиғланиш жараёни сурункали кечганида клиник манзара турғун гиперемия, касаллик ўчоғида тери инфильтрацияси содир бўлиши ва гиперпигментация билан таърифланади.

Экземани аниқлаш қийин эмас. Касаллик ўткир бошланади, асосан юзда ва оёқ-қўлларда маҳаллийлашади, касаллик ўчоқлари симметрик бўлади, касалликнинг ўзига хос белгилари (шиш, гиперемия, везикуляция, элементларнинг асл полиморфизми, кучли фасод боғлаш) кузатилади — буларнинг ҳаммаси экзема-ни аниқлаш имконини беради.

М и к р о б л и э к з е м а:

Касаллик ўчоқлари ассиметрик жойлашиши, асосан оёқда ва тери бурмаларида маҳаллийлашиши билан таърифланади. Касаллик чегаралари нотекис, ўчоқлари доирасида тери кўкимтир-қизил рангда, инфильтрланган бўлади. Фасод боғлаш ва йирингли пўстлоқлар кузатилади. Ўчоқлар атрофида якка пўстулёз, папуловезикулёз тошмалар бўлади.

Себореяли экзема:

Касалликнинг бу тури бошнинг сочили қисмида, табиий бурмаларда, кулоқ супраси ортида, пешона терисида, бурун ва лаб бурмаларида, кўлтиқ тағида, киндик атрофида, шунингдек кўкрак, елка терисида ва оёқ-қўлларнинг букиладиган соҳаларида жойлашади. Бошнинг сочили қисми қуруқлашади, гиперемия, кулранг чандиқсимон тангачалар кузатилади. Касаллик чегаралари кескин бўлади. Бальзан экссудация қўшилдиб, бош териси сероз ва сероз-йирингли пўстлоқлар билан қопланади. Пўстлоқлар кўчиб тушса, мадда боғлаган сирт очилиб қолади. Бурмаларда кучли шиш, гиперемия, фасод боғлаш, чуқур оғриқли ёриқлар кузатилади. Учоқлар атрофида кулранг-сарғиш тангачалар ва тангача-пўстлоқлар бўлади. Танада ва оёқ-қўлларда аниқ ҳошьяланган, сарғиш-пушти қипиқланувчи доғлар кузатилиб, уларнинг марказида майда тугунчали тошмалар учрайди.

Нейродермит — экземадан фарқли улароқ: везикуляциялар бўлмайди, касаллик учоқларининг яғирланиши ҳолат кузатилади, улар асосан тананинг букиладиган соҳаларида (тирсакда, тиззада, билакда) маҳаллийлашади.

АЛЛЕРГИК ДЕРМАТИТ

Аллергик дерматитларни кимёвий элементлар (скипидар, сунъий елим, лак, бўёқлар), косметика воситалари (урсол, парафенилендиамин), дори препаратлари (аминазин, инсектицидлар), ярим синтетик антибиотиклар, кир ювиш порошоклари ва ўсимликлар (наврўзгул, қисқ ўт, оқсасир, пастернак) билан қайта контактга киришиш кўзғатади.

Аллергик дерматитлар фақат сенсibiliзацияланган беморларда вужудга келади. Касаллик кўпинча яширин даврга эга бўлади. Аллергенлар таъсирига аниқ, ўзига хос жавоб реакцияси кузатилади. Кўчли таъсирчанлик ҳолатни саноат аллергияни билан аллергиялогик тери синовлари ўтказиш усули ёки лейкоцитлар миграциясини тўхтатиш реакцияси билан аниқлаш мумкин. Қайта зўрайганида ва бир нечта аллергия билан контактга киришганда поливалент сенсibiliзация ривожланиши мумкин. Маълумки, ишлаб чиқаришда бипта аллергия билан контактга киришганда касбий аллергия дерматит ҳаммада эмас, фақат алоҳида ишчиларда ривожланади. Бу организмнинг ирсий (конституцион) ёки орттирилган хусусиятга эга бўлиши мумкин бўлган реактивлигидаги фарқ билан изоҳланади.

Касбий аллергия дерматитнинг клиник манзараси асл экзема ни эслатади: шиш, гиперемия, гуруҳланишга мойил бўлган папулсиз ва везикуляр тошмалар, яланиш, фасод боғлаш, иккиламчи инфекция қўшилганида пайдо бўлувчи сероз ва кулранг-сарғиш пўстлоқлар. Субъектив симптомлари - қичишиш, ачишиш, касаллик учоқларининг қизиши.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Экзема билан — алергик дерматит анча безарар кечишини ва модда — сенсбилизатор билан контакт бартараф этилса, бутун-дай қайтиб кетишини эътиборга олиш керак. Агар касбий алергик дерматит билан хаста бемор ишлашни давом эттирса, касаллик касбий экземмага ўтади. Буни беморни қайта текширишда, касалликнинг клиник кечиши динамикасини кузатиш ва қўшимча тадқиқотлар ўтказиш йўли билан қайд этиш мумкин.

Урсолдан қўзғалувчи алергик дерматит — кўпроқ юзда, соч, қош ва киприк бўяш учун мўлжалланган косметик воситалар (қора бўёқ)дан фойдаланилганидан кейин вужудга келади ҳамда кучли эритема пайдо бўлиши, қовоқ, қулоқ супраси, юз шишиши, везикуялар тошмалар, баъзан йирик пуфаклар пайдо бўлиши билан таърифланади. Касаллик ўчоқлари ачишади, қичишади ва оғрийди.

Бутлиметакрилат елимдан қўзғалувчи дерматит полиморф тошмалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Бунда терининг мазкур елим билан контактта киришган жойларида (панжаларда, билакларда, бўйинда, қовоқда) кучли яллиғланиш реакцияси кузатилиши мумкин. Касаллик ринит ва конъюнктивитдан зўрайиши мумкин.

Ўсимликлардан қўзғалувчи алергик дерматит — эритематоз-везикуляр тошмалар пайдо бўлади, асосан панжалар, болдир, баъзан юз терисида маҳаллийлашади, чизиқсимон кўринишда бўлади, шунингдек кучли тер чиқиши, терига механик таъсир, терининг реза-реза сувланиши, қуёшдан кучли нурланиш ҳам таъсир қилиши, бундай дерматитларда фотосенсибилизация ҳолат ривожланиши мумкин.

И С С И Қ Л И К

Болаларда кўп учрайдиган тер безлари касаллиги. Гипергидроз билан боғлиқ бўлади. Кўпинча баланд ҳаво температураси намликнинг ошиши билан кечганида кузатилади. Кучли тер чиқиши ва секин буғланиши натижасида тер безлари кўп бўлган соҳаларда (елкада, бўйинда, оёқ-қўлларда) жуда кўп пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар диаметри 1-2 мм, ичи шаффоф суюқликка тўла бўлади. Касаллик ачишиш ва қичишиш билан кечади. Эмизикли ва кичик ёшдаги болаларда иссиқлик турлари: кристаллсимон, қизил, оқ, сариқ иссиқликлар кузатилади.

К р и с т а л л с и м о н и с с и қ л и к - ичи шаффоф суюқликка тўла пуфакчалар тана ва оёқ-қўллар терисидаги эпидермис мутуз қаватида жойлашади. Тер безларининг чиқиш йўларида тер ушланиб қолади. Пуфакчалар атрофидаги тери ўзгармайди. Тошмалар бир пайтда пайдо бўлади. Бир неча кундан сўнг пуфакчалар қуриб, тангачалар ва тангача-пўстлоқлар билан қопланади.

Қ и з и л и с с и қ л и к — яллиғланган ҳошия билан қуршалган қизил тугунчалар пайдо бўлади. Бола организми қат-

тик қизиб кетиши оқибатида ёки болалар юқумли касалликлари-
да безгак тутиши даврида вужудга келади. Яллигланган тутунча-
лар марказида маддалаган кичкина пуфакчалар бўлади. Асосан
танада, буйинда ва тери бурмаларида маҳаллийлашади.

О қ и с с и қ л и к — юқорида санаб ўтилган касалликлардан
фарқи шундаки, пуфакчаларининг ранги оқ бўлади. Бу пуфакча-
лар ичи стафилококклар билан иккиламчи касалланиши оқибат-
дир. Касалликнинг бу шакли кўпинча болаларда учрайди.

С а р и қ и с с и қ л и к — сарғиш мадда боғлаган асл
интраэпителлиал пуфакчалар ҳосил бўлиши билан фарқ қилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Иссиқликни, айниқса сариқ иссиқликни скарлатинадаги эк-
зантемалардан тафовут қилиш лозим. Улар юқумли касаллик фо-
нида вужудга келади. Бунда иситма кутарилади, дармонсизлик,
лоҳаслик, розеолез тошмалар пайдо бўлиши кузатилади. Иссиқ-
ликнинг экземадан фарқи аниқ кўриниб туради, чунки иссиқ-
ликда тошмалар мономорф, экземада эса — полиморф бўлади.

ДИСГИДРОЗ

Бу этиологияси ҳар хил ҳолатлар туркуми бўлиб, улар алоҳида
касалликлар ёки турли тери касалликларида учрайдиган симптом
бўлиши мумкин.

Дисгидрознинг асосий элементи кўпинча қўл ва оёқ кафтида
маҳаллийлашадиган пуфакчадир. Пуфакчалар панжаларнинг орқа
томонида ҳам бўлиши мумкин. Этиологияси аниқланмаган. Баҳорда
ва ёзда вужудга келади. Патогенезида асаб-эндокрин омиллари роль
ўйнайди. Асл дисгидроз ва дисгидротик экзема тафовут қилинади.

Асл дисгидрозга фақат панжаларнинг кафт соҳасида маҳаллий-
лашиш хос. Пуфакчалар игна қулоғидек катталиқда бўлади; қалин
қопламаси ортидан ичидаги шаффоф суюқлик оқариб туради. Асл
дисгидрозда пуфакчалар узоғи билан 10 кунгача сақланади, шун-
дан сўнг қайтиб кетади. Ичидаги мадда қурийди ва емирилади;
бошқа ҳолларда пуфакча ёрилади ва озгина сероз суюқлик ажра-
либ чиқади. Ёрилган пуфакчалар ўрнида юзаки яланиш (эрозия-
лар) ҳосил бўлади. Касаллик қичишади ва оғрийди, бу айниқса
бемор пуфакчаларнинг қолдиқларини юлиб олишга уриниб, тери-
ни жароҳатлаганида кузатилади. Кўшимча пуфакчалар одатда пай-
до бўлмайди, дисгидроз экземадан шу билан тафовут қилинади.

Дисгидротик экзема кучли асаб бузилишидан, терини таъсир-
лантирувчи моддалар (кир ювиш воситалари ва бошқалар) билан
контактдан кейин ўткир бошланиши билан таърифланади. Хиёл
қизарган ва шишган панжалар терисида алоҳида ёки гуруҳ-гуруҳ
бўлиб жойлашган жуда кўп майда пуфакчалар пайдо бўлади. Ичи-
даги суюқлик шаффоф бўлиб, пуфакчалар сони тинимсиз ортиб

боради. Уларнинг сирти ёрилади ва фасод боғлайди. Касаллик ўткир яллиғланишли хусусият касб этади, шиш каггалашиб борали. Баъзан иккиламчи инфекция қўшилади. Тирсак ва қўлтиқ ости лимфатик тугунлари шишади, иситма 38°C гача кутарилади. Ачишаиш, оғриқ ва қичишиш ҳис қилинади. Умумий аҳвол ёмонлашади, бош оғрийди, дармон қурийди. Диспидротик экзема кўпинча жиддий сабабсиз зўраяди, даволаш қийин бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Замбуруғли касалликлар (товон диспидротик эпидермофитияси) билан оғрийдиган одамларда вужудга келадиган диспидротик тошмалардан. Бундай ҳолларда бемор товонида бармоқлар ўргасидаги бурмаларда бичилиш, тирноқ пластинкалари касалланиши (онихомикоз), оёқ қафтада гиперкератоз ва ёриқлар, товон гумбазида эритемато-везикуляр тошмалар кузатилади. Панжа диспидрози товонлар антимикотик даволана бошлаганидан сўнг қайтиб кетиши мумкин. Қўшимча даволаш талаб этилмайди: микотик диспидроз қайтиб кетганидан кейин доира ва гул шаклида тери кўчиши сақланиб қолади.

УЧУҚ

О д д и й у ч у қ - бемор организмида латент ҳолатда бўладиган филтрланувчи вируси қўзғатади. Касалликнинг ривожланишига турли омиллар (совуқ олиши, безгак касалликлари, жароҳатлар, ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши, психик касалликлар, ҳайз курилиши ва бошқалар) сабаб бўлади.

Бироз қизарган ва шишган терида майда пуфакчалар гуруҳи пайдо бўлади. Улар бир-бирига яқин жойлашган, ичи шаффоф суюқликка тула бўлади. Пуфакчалар ярим айланасимон, тарикдек катталиқда, баъзан бундан ҳам катта бўлади. Пуфакчалар ичидаги шаффоф суюқлик 24-72 соатдан кейин хиралашади, баъзан йирингли ёки геморрагик хусусият касб этади. Тошмалар сони дастлабки кунларда бир мунча кўпайиши мумкин, аммо дастлабки учуқсимон пуфакчаларнинг бевосита яқинида янги тошмалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ичидаги мадда қуриб, қалин, сариқ ёки қорамтир пўстлоқлар ҳосил қилади. Улар баъзан бироз гиперемацияланган ва инфилтрланган терида маҳкам ушланиб қолади. Пўстлоқни кўчириб олиниши оқибатида гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган, ҳошияли, юмалоқ ёки доира-симон чуқур яланишлар ҳосил бўлиши мумкин. Бу касалликда атроф тўқималарнинг кучли яллиғланишли реакцияси ҳамда регионар лимфадениг кузатилиши мумкин.

Терининг турли соҳаларида маҳаллийлашади, аммо тошмалар кўпроқ лабларнинг қизил ҳошиясида, юз терисида пайдо бўлади.

Тошмалар маҳаллийлашишига қараб лаб, лунж, конъюнктива, бурун ва жинсий олат учуғи тафҳовут қилинади.

Жинсий олат учуғи - қаттиқ ва қайталаб кечиши билан фарқ қилади. Пуфакчалар жинсий олатларда, чотда маҳаллийлашади. Эркакларда преспуциал қопчанинг ички деворида, баъзан жинсий олат учида, сийдик чиқариш каналининг чуқурчасида оз сонли майда пуфакчалар пайдо бўлади. Аёлларда - катта ва кичик уятлиқ лабларнинг ички сиртида, диллоқ (клиттор) соҳасида, баъзан аёллар қини деворида еки бачадон буйнида вужудга келади. Механик жароҳатларда (coitus) пуфакчалар усти ёрилиб, четлари аниқ яланган юза очилиб қолади. Баъзан иккиламчи инфекция кўшилиб, баланит, фимоз ва урестрит ривожланади.

Оддий пуфакчали темирлаткида субъектив сезгилар турғун бўлмайди. Кўпинча беморлар учуқнинг қичишиши ва ачишишидан, баъзан — оғришидан нолийди, кейинчалик бу жойда учуқ тошмалари пайдо бўлади. Юқумли вирус фаоллашиши натижасида дармонсизлик, лоҳаслик, иситма кутарилиши (субфибралитет) кузатилади. Учук пуфакчалари қайтганида хиёл гиперемацияланган доғлар қолади. Бу доғлар урнида гиперпигментация вужудга келиши мумкин.

Дифференциал диагнози:

Оддий учук ураб олувчи учукдан нисбатан енгил кечиши билан фарқ қилади. Оддий учукда тошмалар табиий тешиклар яқинида жойлашади, ураб олувчи учукда эса бир томонлама хусусиятга эга бўлади ва асаб узаклари йўналишида жойлашади. Ураб олувчи учукда пуфакчалар нисбатан йирик бўлади ва кўшилиб, улар баъзан йирик учоқлар ҳосил қилади. Ичидаги суюқлиги кўпинча геморрагик хусусиятга эга бўлади, баъзан некротик усмалар ривожланади, уларнинг оғриғи сезиларли бўлади.

Яланган қаттиқ шанкрдан фарқи — анамнесини диққат билан ўрганиш, терини ва шиллиқ пардаларни, лаборатория текширувлари натижаларини кўриб чиқиш керак. Захмда шанкрлар учукдаги яланишларга қараганда каттароқ бўлиши мумкин. Улар нисбатан ёрқин рангда (туқ қизил), доирасимон, овалсимон, четлари қалин эластик бўлади. Асосида кучли инфильтрация кузатилади, пайпаслаганда яланиш ёки сиртидаги яралар доирасидан чиқмайди.

Иккиламчи инфекция зўрайтирган оддий пуфакчали учукда регионар лимфатик тугунлар кўпаяди, улар захмдаги оғриқсиз қаттиқ эластик лимфатик тугунлардан фарқли ўлароқ билқиллама бўлади. Захмда бошқа белгилар — розеолез, папулёз тошмалар ҳам кузатилади. Мусбат серологик реакциялар (РВ), РИТ ва РИФнинг мавжудлиги дифференциал диагностиканинг муҳим белгилари ҳисобланади.

Ураб олувчи учук - асаб системасини, терини, шиллиқ пардаларни касаллантирувчи, кучли оғриқ билан кечувчи вируслар қўзғатадиган ўткир касаллик. Баъзи бир муаллифлар ураб олувчи учук сувчечак билан касал бемор-

лардан юқиши мумкинлигини исботлаб берганлар. Касалликнинг ривожланишига вирусли инфекцияга нисбатан иммунитетнинг заифлашиши туртки беради, бу жараённинг фаолаштишига олиб келади. Вируслар хужайраларни зарарлантириб, жуда тез кўпаяди. Ва янги хужайраларни зарарлантириб, жуда тез кўпаяди.

Организмда (қонда, ликворда, аёллар периневрал жинсий олатида) кўзгатувчилар тез тарқалиши натижасида касаллик баъзан марказий ва периферик асаб системаси инфекциясига ўхшаш кечади. Аёллар ва кексалар кўп касалланади. Кўкрак, корин, бел, елка ёки бошнинг чакка ва энса соҳаларининг бир томонида жойлашадиган пуфакчалар гуруҳининг пайдо бўлиши касалликнинг асосий белгиси бўлиб хизмат қилади. Пуфакчалар ичида шаффоф суюқлик бўлади. Касаллик кучли оғриқлар, парестезиялар ва гиперестезиялар билан кечади. Касалланиш олдида дармонсизлик, лоҳаслик, иситма чиқиши ($38-39^{\circ}\text{C}$) кузатилади. Пуфакчалар ичидаги суюқлик тез қурийдиган ва қалин қўтир билан қопланади. Қўтирлар ажралганидан кейин ўрнида пигментлар, касалликнинг некротик шаклида эса — атрофи хиёл пигментланган алоҳида жойлашган чандиқлар қолади. Кўпгина ҳолларда касалликнинг бошида терида тошмалар пайдо бўлмайди, аммо беморлар ўраб олувчи (санчиқли, тортишувчи, симилловчи, жизилловчи) оғриқдан шикоят қилади. 48-72 соатдан кейин оғриқлар зонасида терида пуфакчалар гуруҳлари пайдо бўлади. Пуфакчали элементлар бир вақтда ёки бирин-кетин, одатда касалликнинг 3-7 кунини тошиши мумкин. Ушлаганда оғрийдиган регионар лимфатик тугунлар катталашishi мумкин.

Оғриқ хусусияти асаб системасининг касалланиш даражасига боғлиқ бўлади. Учук инфекцияси менингоэнцефалитлар, ўзакли энцефалит, менингеал ҳодисалар, кўкрак ва бел нервлари умуртқалараро ганглиитини кўзгатувган ҳоллар тавсифланган.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Экземадан фарқи — ўраб олувчи учукда ассимметрик оғриқ (экземада - қичишиш) кузатилади, пуфакчалар экземада тарқоқ жойлашса, ўраб олувчи учукда ғуж-ғуж бўлиб жойлашади.

Сувчечакдан фарқи — учук ундан асосий бирламчи элементларининг хусусияти билан ҳам, уларнинг жойлашиши билан ҳам фарқ қилади: учукда элементлар нерв йўллари бўйлаб тарқалса, сувчечакда диссеминацияланган бўлади. Сувчечакда ғуж-ғуж бўлиб тошадиган пуфакчалар эмас, балки ўртаси ботиқ пуфакчаларга ўтувчи майда тошмалар бирламчи элементлар ҳисобланади. Тошмалар юпқа пўстлоқ билан қопланади. Пўстлоқ тушиб кетгач, ўрнида хиёл пушти пигмент доғлар ва атрофик чандиқлар қолади. Тошмалар иситма кўтарилганида, бирин-кетин пайдо бўлади, шунинг учун ҳам юзда ва танада турли ривожланиш босқичидаги тошмаларни учратиш мумкинки, бу ўраб олувчи учукқа хос эмас.

Тест саволлари

- 1 Экземага хос бўлган симптом:
 - А. «асал сўтаси»
 - В. «аёл пошнаси»
 - С. «сероз қудуқлар»
 - Д. Бенье-Мешчерский симптоми
 - Е. «Биетт ёқаси»
- 2 Иссиқлик қандай касаллик:
 - А. ёғ безлари касаллиги
 - В. эккрин тер безлари касаллиги
 - С. ёғ ва тер безлари касаллиги
 - Д. апокрин тер безлари касаллиги
 - Е. эндокрин безлари касаллиги
- 3 Қизил иссиқлик қачон ривожланади:
 - А. организм қизиб кетганида
 - В. организм совуқ сганида
 - С. сув процедураларидан кейин
 - Д. стафилококklar билан иккиламчи касалланганда
 - Е. стрептококklar билан иккиламчи касалланганда
- 4 Оқ иссиқлик қачон ривожланади:
 - А. организм қизиб кетганида
 - В. организм совуқ сганида
 - С. сув процедураларидан кейин
 - Д. стафилококklar билан иккиламчи касалланганда
 - Е. стрептококklar билан иккиламчи касалланганда
- 5 Дисгидроза тошманинг асосий элементи:
 - А. тугунча
 - В. тугун
 - С. пуфакча
 - Д. пуфак
 - Е. йирингча
- 6 Оддий учуқнинг қўзғатувчилари:
 - А. папилломавируслар
 - В. оддий вируслар
 - С. стафилококklar
 - Д. филтрланувчи вируслар
 - Е. замбуруғлар
- 7 Оддий учуқ тошишининг асосий сабаби:
 - А. қизиб кетиш
 - В. совуқ сйиш
 - С. кўп еб қўйиш
 - Д. стафилококklar билан иккиламчи касалланиш
 - Е. парҳезнинг бузилиши

- 8 Ўраб олувчи учуқда касалланадиган орган:
 А. жигар
 В. суяк тўқимаси
 С. нерв тўқимаси
 Д. юрак
 Е. бирлаштирувчи тўқима
- 9 Оддий учуқда:
 А. майда пустулалар ҳосил бўлади
 В. йирик пуфаклар ҳосил бўлади
 С. гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган майда пуфаклар ҳосил бўлади
 Д. кенг эрозиялар ҳосил бўлади
 Е. тутунчалар ҳосил бўлади
- Ю Жинсий олат учугини қайси касаллик билан таққослаш лозим:
 А. яланма қаттиқ шанкр билан
 В. ярали қаттиқ шанкр билан
 С. папулёз сифилидлар билан
 Д. думбоқчали сифилидлар билан
 Е. гуммоз сифилидлар билан

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Адо В.А., Зябкова Н.М. Экология и аллергия. Воронеж. 1992; 297.
2. Владимиров В.В., Курьянова О.Н., Зудин Б.Н. Исследование уровня общего иммуноглобулина Е при некоторых дерматозах методом иммуноферментного анализа. Вестн. дерматол. 1987; 4: 16-18.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней. /Под ред. Беренбейн Б.А., Студницына А.А. М.: Медицина. 1989; 672.
4. Клиническая иммунология и аллергология. Т. 2: Пер. с нем./Под ред. Л. Йегера М.: Медицина 1986; 512.
5. Каламкарян А.А. Патогенез и терапия распространенных и хронических дерматозов. Киев. 1983; 43.
6. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах /Под ред. Ю.К. Скрипкина М.: Медицина. 1996.
7. Пыцкий В.И., Андриянова Н.В. Аллергические заболевания. М.: Медицина 1999; 197.
8. Руководство по детской дерматовенерологии. /Под ред. Скрипкина Ю.К., Зверьковой Ф.А., Шарাপовой Г.Я., Студницына А.А. - М.: Медицина. 1983.
9. Скрипкин Ю.К., Сомов Б.А., Бутов Ю.С. Аллергические дерматозы. М.: Медицина. 1975; 247.
10. Студницын А.А., Скрипкин Ю.К. Классификация экземы. Вестн. дерматол. 1979; 5: 3-10.
11. Kirly J., Darby C. Erythema multiforme associated with a contact dermatitis to tepens. — Cont. Dermatitis. 1970; 4: 238-239.
12. Voigtlander V. Allergology. 1984; 17: 9: 329.

VI - МАВЗУ ПУСТУЛЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР

ПИОДЕРМИЯЛАР

Кўп учраши жиҳатидан барча дерматозлар орасида биринчи ўринда туради.

Тери инфекцияси ва тери ости тўқимаси кўп касалланиши жиҳатидан барча дерматозларга нисбатан 4-5 ўринни эгаллайди.

Барча пиодермиялар икки туркумга таснифланади:

1) нормергик пиодермиялар — терининг нормал реакцияси сақланиб қоладиган, ўткир ва қисқа кечадиган, микробга қарши воситалар билан даволаш мумкин бўлган касалликлар;

2) патергик пиодермиялар — организм реактивлиги ўзгариши фонида ривожланадиган касаллик. Уларга аллергик ва гиперергик реакциялар, организм иммунологик ҳимоясининг бузилиши хосдир.

Пиодермиянинг дерматологик (стрептостафилодермия, фолликулитлар, чипқонлар, гидроаденит ва бошқалар) ҳамда хирургик (абсцесслар, панарицийлар, флегмонлар ва бошқалар) шакллари тафовут этилади.

Пиодермия ривожланишига туртки берувчи энг кўп учрайдиган экзема омиллари жумласига микрожароҳатлар, мацерация, тери ифлосланиши, организмнинг қизиб кетиши ва совиб кетиши, кислота тусиғи ва терининг биокимёвий кўрсаткичлари қаторидаги ўзгаришлар киради.

Пиодермиянинг чуқур, сурункали, қайталайдиган шакллари патогенезида моддалар алмашинуви, айниқса углевод алмашинувининг бузилиши, ички органлар (жигар, ошқозон, ичак ва бошқалар), нерв системасининг касалланиши, С витамини ва В гуруҳига мансуб витаминларнинг етишмаслиги роль ўйнайди. Пиодермиянинг вужудга келишида инфекция агентига нисбатан организм реакциясининг хусусияти, унинг иммунологик жараёнларининг фаоллиги катта аҳамиятга эга.

СТРЕПТОКОККЛИ ИМПЕТИГО

Стрептококклар кўзгатадиган контагиоз касаллик. Кўпинча болаларда, шунингдек териси нозик аёлларда учрайди. Касалликнинг ривожланишида майда жароҳатлар, мацерация, терининг ифлосланиши роль ўйнайди.

Усти буришиқ майда ясси пуфакчалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Оч қизил яллиғланган ҳошия билан қуршалган пуфакчалар ичида шаффоф ёки хиёл қорамтир суюқлик бўлади.

Фликтеналар қуриб сарғиш-сомонранг ёки қорамтир кўтир ҳосил қилади, бу кўтир тушиб кетса ўрнида пушти доғ қолади; ёки ёрилади ва сероз-йирингли яланиш очилиб қолади, бу йиринг қуриб кўтир ҳосил қилади. Элементларнинг бу эволюцияси 5-6 кун давом этади. Аутоинокуляция натижасида терининг соғлом участкаларига инфекциянинг ўтиши ва кўп сонли тошмалар пайдо бўлиши кузатилади. Касаллик кўпинча юз, панжалар терисида ва терининг бошқа очиқ участкаларида маҳаллийлашади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Стафилококк импетигодан — стрептококк импетиго тукка ёпишган, ичи сарғиш-яшил рангли йиринг билан тўлган, ўртасидан тук ўсиб чиққан, йиринг қуриб қорамтир-яшил ёки оч жигарранг кўтир ҳосил қиладиган конуссимон ёки ярим шарсимон пустулаларнинг йўқлиги билан фарқ қилади.

Вульгар импетигодан — стрептококкли импетиго сарғиш-яшил рангли массив қипиқланувчи кўтирнинг йўқлиги ҳамда вульгар импетиго учун хос бўлган регионар лимфа тугунларининг катталашиши билан фарқ қилади.

Импетигиноз сифилид — кўпинча иккиламчи янги захмининг нишонаси бўлиб хизмат қилади ва асосан бошнинг сочли қисми ва юз терисида маҳаллийлашади. Стрептококк импетиго ҳамиша папулалар эмас, балки тўқ қизил рангли мошдек келадиган фликтеналар пайдо бўлишидан бошланади. Бу фликтеналар сиртида кўп ўтмай импетигиноз сифилидда бўлгани сингари пустулалар пайдо бўлади. Тошмалар ўткир хусусиятта эга бўлмайди, асосида инфильтрат ҳамда иккиламчи захмининг бошқа нишоналари кузатилади, серологик реакциялар мусбат натижа беради.

Чақалоқлар эпидемик пўрсилдоғи — одатда туғруқхоналарда эпидемия тарзида кузатилади. Стрептококк импетигодан фарқли ўлароқ, пўрсилдоқ билан оғриган беморларда пайдо бўлувчи фликтеналар ва пуфаклар нисбатан катта (0,5-2 см диаметрли) бўлиб, асосан танада ва оёқ-қўлларда (юзда эмас), ўзгаришсиз ёки хиёл гиперемияланган асосда маҳаллийлашади. Бунда оғир умумий ҳодисалар — иситма кўтарилиши, ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши кузатилади. Касал ўз вақтида ёки оқилона даволанмаса, ўлим билан тугайдиган сепсис ривожланиши мумкин бўлиб, стрептококкли импетигода бундай ҳол одатда кузатилмайди.

Буллёз дерматитдан фарқли ўлароқ, стрептококкли импетигода тошмалар пайдо бўлиши билан кўзгатувчининг таъсири ва жароҳат жойида маҳаллийлашиш ўртасида аниқ алоқа маълум жуд эмас. Импетигода пуфаклар дерматитдаги сингари йирик эмас, анча майда бўлади.

Оддий учуқдан фарқи: стрептококкли импетигода майда (игна кулоғидек ёки тарикдек катталиқдаги) пуфакчалар асосан табиий тешиқлар яқинида ва жинсий уятлиқларда гуруҳ-гуруҳ бўлиб тошиши кузатилмайдди. Пуфакчалар ёрилса, микрополициклик четли яланиш ҳосил бўлиб, қичишади ва ачишади.

БУЛЛЁЗ ИМПЕТИГО

Стрептококкли пиодермиднинг тури. Жароҳатланган ёки мацерацияланган терига кирувчи стрептококк (баъзан стафилококк) кўзғатади. Кўпинча ёзда катталарда ҳам, болаларда ҳам учрайди. Касаллик пайдо бўлишига туртки берувчи омиллар — тери қоплами бутунлигининг бузилиши, терини нотўғри парвариш қилиш, организм қаршилик кўрсатиш қобилиятининг пасайиши. Касаллик сирти қалин, 1-2 см диаметрли ярим доирасимон пуфаклар пайдо бўлиши билан таърифланади. Пуфаклар ичида қорамтир, баъзан қон аралаш экссудат бўлади; улар кўпинча панжа ва болдир терисида маҳаллийлашади. Жарасн ўчоқлар атрофидаги терининг шишиши, лимфангит, лимфаденит, организм умумий аҳволининг бузилиши (иситма чиқиши, бош огриси, лоҳаслик), қонда лейкоцитоз пайдо бўлиши, нейтрофил силжиш, СОЭ ортиши билан оғирлашиши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Буллёз эпидермолиздан — буллёз импетигода буллёз эпидермолиздаги сингари ирсий-оилавий генез, касалликнинг сурункали кечиши, жароҳат жойида (панжаларда, товонда, тизза ва тирсак бугимлари соҳасида) пуфаклар пайдо бўлиши, чандиқли ва атрофик ўзгаришлар, миллиумсимон элементлар, тирноқ деформацияси, тиш дистрофияси, соч чиқишининг бузилиши, дисхромия, атрофик ва чандиқли ўзгаришлар билан шиллиқ пардаларнинг касалланиши қайд этилмайди.

Буллёз импетиго эрта туғма захмдан дарак бериб, бола ҳаётининг дастлабки 2-3 ойида пайдо бўладиган захм пўрсилдоғидан оёқ ва қўл кафтлари терисида, биллак ва болдирнинг букиладиган жойларида тошмалар йўқлиги билан фарқ қилади. Шунингдек асосида инфилтрат ва атрофида пуфаклар кузатилмайдди.

Пуфаклар ичидан чиққан маддада ранглар трепонемалар бўлмайди. Захм пўрсилдоғи билан оғрувчи беморларда захмнинг бошқа белгилари: қовоқлар атрофида, кафтларда, оёқ кафтида, думбада терининг диффуз инфилтрацияси, ички органларнинг касалланиши, захм тумови, остеохондрит, захмга мусбат серологик реакциялар кузатилади.

Буллёз импетигодан фарқли ўлароқ, панжалар ва товон дисгидрозида тошмалар оёқ ва қўл кафтларида сирти қалин пуфаклар кўринишида кузатилади, улар буллёз импетигодаги пуфаклардан кўпроқ вақт сақланиб қолади.

ЮЗАКИ ХАСМОЛ

Пуфакли импетиго шакли. Стрептококклар кўзғатади. Кўпроқ болаларда учрайди. Касалликнинг пайдо бўлишига жароҳат, тирноқ налиш, тирноқ жияги ёрилиши сабаб бўлади. Жараён панжаларда, баъзан товонда тирноқ пластинкалари атрофида маҳаллийлашади. Бир ёки бир нечта тирноқ пластинкасини тақалма шаклида ўраб олувчи фликтеналар билан таърифланади. Фликтеналар атрофга тарқалади ва сероз-йирингли суюқликдан иборат бўлади. Фликтеналар ёрилганида сероз-йирингли кўтир билан қопланган эрозия очилиб қолади. Касаллик безарар кечганида эрозия тез эпителизацияланади, аммо тирноқ кўчиши, лимфангит ва лимфаденит ривожланиши билан кечадиган чуқур хасмолга айланиб кетиши ҳам мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Хасмол-шанкр — бирламчи захм нишонаси бўлиб хизмат қиладди, кўпинча касбий зарарланиш натижасида акушер-гинекологларда, хирургларда, паталогоанатомларда учрайди, унги кўлнинг I ёки II бармоғида маҳаллийлашади. Хасмол-шанкрда бармоқлар игнасимон шаклда, кўкимтир-қизил рангда бўлади. Одатда яра асосида қалин инфилтрат сезилади. Рангтар трепонемага мусбат натижа олинади. Захмнинг бошқа белгилари ҳам кузатилади.

Аёлларда ва болаларда тублашган кандидоз нишонаси сифатида кузатиладиган тирноқ валиклари ва тирноқ кандидозидан фарқли ўлароқ, юзаки хасмолда тирноқ пўстлоғи сақланиб қолади, ёстиқсимон, шишган гиперемияланган тирноқ валиклари бўлмайди. Кандидозда тирноқ валги остидан йиринг чиқади. Тирноқ пластинкаси қорамтир-жигарранг, ёнлама чизиқлар тортилган бўлади. Тирноқ тагидан чиққан йирингда хамиртурушсимон замбуруғлар топилади.

ЧАҚАЛОҚЛАР ЭПИДЕМИК ПЎРСИЛДОҒИ

Буллёз импетиго шакли. Илгари касалликни стрептококклар кўзғатади деб ҳисобланган. Бугунги кунга келиб стафилококкнинг этиологик роли исботланган. Инфекция янги туғилган чақалоқларга пиодермия билан касланган тиббий персоналдан, оналардан ва бошқа чақалоқлардан юқали.

Касаллик тана ва оёқ-қўллар терисида ҳар хил катталиклдаги таранг ёки бўш пуфаклар пайдо бўлиши билан таърифланади. Яллиғланган, пушти ҳошияли пуфаклар ичида сероз-йирингли суюқлик бўлади. Пуфаклар ёрилиб, яланиш очилиб қолади. Безарар кечганида касаллик 2-4 ҳафта давом этади. Фаол даволаш натижасида бемор тuzалиб кетади. Ўз вақтида ва оқилона даволанмаган тақдирда жараён оғирлашади: бемор болаларнинг умумий

аҳволи, ошқозон-ичак фаолияти бузилади, иситма чиқади, баъзан сепсис ҳолат кузатилиб, жараён ўлим билан тугайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Эрта тугма захмнинг нишонларидан бири бўлган захм пўрсилдоғидан — эпидемик пўрсилдоқда пуфаклар асосан оёқ ва кўл қафтида маҳаллийлашмайди, пуфаклар асосида ва атрофида қалин инфильтрат бўлмайди, тошма (доғ, папула) полиморфизми, шунингдек тугма захмнинг бошқа симптомлари — специфик тумов, оғиз ва кўз бурчаклари ёриқлари, диффуз инфильтратлар, талоқнинг катталашishi, Парро сохта фалажи ва бошқалар кузатилмайди. Рангпар трепонемага текшириш ва захмга серологик реакциялар манфий натижа беради.

Сувчечакдан фарқли ўлароқ, пўрсилдоқлар маркази ботик бўлмай, типик кўтир ва чандиқларга эга эмас.

Бола ҳаётининг кейинги даврида (6 ойдан кейин) вужудга келадиган буллёз строфулюсга таққосланганда, эпидемик пўрсилдоқ касалликни сурункали кечиши, қичишиши, асосан оёқ-кўлларнинг букиладиган соҳаларида ва думбада маҳаллийлашиши, гўдакларни умумий аҳволининг бузилиши билан таърифланади.

РИТТЕР ФОН РИТЕРСХАЙННИ ЭКСФОЛИАТИВ ДЕРМАТИТИ

Чақалоқлар пўрсилдоғининг оғир шакли. Гўдак ҳаётининг дастлабки кунларида вужудга келади.

Касаллик тез купаювчи ва атрофга тарқалувчи пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланади. Уларнинг ичида сероз-йирингли экссудат бўлади; пуфаклар тез ёрилиб кенг яланиш ҳосил қилади. Терининг соғлом соҳаларида ишқаланганида мугуз қавати кўчиши кузатилади (Никольский симптоми). Гўдакнинг умумий аҳволи бузилади: иситмаси чиқади, диспепсик бузилишлар пайдо бўлади. Сепсис ва ўлим билан тугаши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Захм пўрсилдоғидан — эксфолиатив дерматитда пуфаклар асосан кўл ва оёқ қафтида маҳаллийлашиши кузатилмайди, пуфаклар асосида қалин инфильтрат бўлмайди. Манфий серологик реакцияга эга. Пуфаклар атрофга тез тарқалишга мойил. Захм пўрсилдоғидан фарқли ўлароқ, ўткир яллиғланишли ҳодисалар, Никольскийни мусбат симптоми кузатилади.

Буллёз эпидермолиздан фарқли ўлароқ, эксфолиатив дерматитда пуфаклар ўзгармаган теридаги жароҳат жойлари (тирсак ва тизза бўғимлари, панжа ва товон соҳаси) билан узвий алоқада маҳаллийлашмайди, сурункали эмас, ўткир кечади, буллёз эпидермолизда боланинг умумий аҳволи одатда бузилмайди.

Гўдак ҳаётининг кейинги (2-3 ойлик) даврида гипотрофия фюнида вужудга келадиган Лейнерни десквматив эритродермия-

сидан фарқли ўлароқ, жараён жинсий олат соҳасида ва бошнинг сочили қисмида эритродермияга айланувчи эритематоз-сквамоз тошмалар эмас, балки пуфаклар пайдо бўлишидан бошланади.

Риттерни эксфолиатив дерматитини токсикодермиядан тафовут қилишга тошмаларни тиббий воситалар қўлланиши ҳамда парҳезнинг бузилиши оқибатида пайдо бўлганини кўрсатувчи анамнестик маълумотлар ёрдам беради. Токсикодермиядан фарқли ўлароқ (эпидермолиз бундан мустасно), эксфолиатив дерматитда тошмалар мономорфлиги (пуфаклар), Никольскийни мусбат симптоми билан фарқ қилади.

КУЗЯРА (вульгар эктима)

Терининг йирингли касаллиги бўлиб, стрептококклар кўзгатади, аммо кейинчалик иккиламчи инфекция тарзида стафилококклар ҳам қўшилади.

Сурункали инфекциялар (сил) кузатилганда заифлашган болаларда, нерв системаси фаолияти бузилганида, сурункали алкоголизмда, витаминлар танқислигида, организм ҳимоя функциялари сустлашганида вужудга келади.

Касаллик 1-2 см диаметрли пустулаларни пайдо бўлиши билан бошланади. Пустулалар ичида сероз-йирингли ёки сероз-қонталаш суюқлик бўлади. Пустула ёрилгач қуриб, инфилтратив, кўкимтир-қизил ҳошия билан қуршалган қорамтир-жигарранг пўстлоқлар ҳосил қилади. Пўстлоқлар тушгач ўрнида чуқур, четлари тикка, туби нотекис, йирингли ва некротик масса билан қопланган яра кўринади. Яра доғли чандиқ ҳосил қилиб тuzалади. Баъзан лимфангит ва лимфаденит асоратлари билан оғирлашиши кузатилади. Жараён кўпинча тиззада, думбада ва танада маҳаллийлашади. Кўзюра 2-4 ҳафтада битиб кетади, аммо ноқулай шароитларда анча узок давом этиши мумкин. Чандиқланувчи кўзюралар билан бир қаторда янгилари пайдо бўлиши кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Захм кўзюраси — иккиламчи захм нишонларидан бири бўлиб, мусбат серологик реакциялар ва рангпар трепонеманинг мавжудлиги билан кечади. Кўзюра инфилтратив эмас, балки ўткир яллиғланган, тўқ қизил ҳошия билан қуршалган, захм кўзюраси сингари оғриқли бўлади.

Скрофулодермадан бўйин терисида, ўмров ости соҳасида, баъзан оёқ-қўлларда маҳаллийлашадиган тугуннинг йўқлиги, серпигнизация кузатилмаслиги, фистулёз йўлаклар, кўпол кўприксимон чандиқлар ҳосил бўлиши, гистологик текширишда инфилтрат силли тузилишга эгаллигини аниқланиши билан фарқ қилади.

Трофик яраларда қалин ёпишиб турувчи ва тублашувчи қорамтир-жигарранг пўст кузатилмайди, четлари нисбатан юмшоқ бўлади.

ди, яра атрофидаги тери ўзгаради (пигментланади, гемосидероз ҳодисалари, темирнинг варикоз кенгайиши каби ҳодисалар кузатилади).

ЧУҚУР КЎЗЯРА

Кўзяранинг оғир кечувчи шакли бўлиб, кам учрайди ва кўпинча кахексик болаларда вужудга келади, аммо катта ёшдаги болаларда ва кексаларда ҳам кузатилиши мумкин. Касалликни стафилококкдан ташқари кўк йиринг ва ичак таёқчаси ҳамда вульгар протей кўзгатади.

Патологик жараён нўхотдек ва ундан катта пустулёз элемент пайдо бўлиши билан бошланади. Пустулёз тезда ёрилади ва ўрнида йирингли-некротик масса билан қопланган яра куринади. Яра чуқурлашишга ва атрофга ёйилишга мойил бўлади. Тана, думба ва сон терисидаги яра анча катталаниши ҳамда чириши, сепсис ҳолат ривожланиши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Сурункали чуқур яралар-вегетацияли пиодермиядан фарқи — чуқур кўзярада полиморф тошма (фолликулитлар, экземасимон тошмалар, инфилтратив пиллакчалар), фистулёз яралар, яралар тубида сўрғичсимон ўсимталар, кўприксимон пахмоқ чандиқлар кузатилмайди, яранинг ўзи анча чуқурлиги билан фарқ қилади.

Яра ҳосил қилган лепромалардан фарқи — лепромаларга хос инфилтратив қадоқ босган ҳошиялар, кулранг-сарғиш мадда бойлаган тубли яралар кузатилади, улар нотекис гипохром келоид чандиқ ҳосил қилиб тузалади, моховнинг бошқа нишонлари (таъсирчанликнинг бузилиши ва мохов микобактерияларининг топилиши) кузатилади.

СТАФИЛОКОКК ИМПЕТИГО

Тукли фолликулит оғзининг йирингли яллиғланиши бўлиб, тилларанг, баъзан оқ стафилококклар кўзгатади.

Касалликнинг вужудга келишига экзоген омиллар (механик таъсирлар, тери ифлосланиши, мацерация, майда жароҳатлар, терининг чангланганлиги) ҳам, эндоген омиллар ҳам (организм иммунологик реактивлигининг пасайиши, бошдан кечирилган ўткир юқумли касалликлар, углевод, оқсил, ёғ, витамин алмашинувининг бузилиши, овқатланишнинг издан чиқиши) ҳам сабабчи бўлиши мумкин.

Остиофолликулитлар майда, игна қулоғидек, баъзан нўхотдек катталиқдаги юзаки пустулалардан иборат бўлади. Пустулалар ичида кулранг-оқиш қуюқ йиринг бўлиб, ўртасидан тук чиқиб туради.

Бошнинг сочли қисмида, юзда, оёқ-қўлларнинг букиладиган соҳаларида маҳаллийлашади. Пустулалар яқка ёки кўп сонли бўлиши

мумкин. Атрофи яллиғланган ҳошия билан куршаллади. Нисбатан қисқа вақт давом этади, 3-5 кундан кейин пўстлоқ ичи қуриб, сарғиш-қорамтир пўстлоқ ҳосил қилади. Пўстлоқ тушиб кетганидан сўнг ўрнида кейинчалик бориб йўқолиб кетадиган пигментланган доғлар ва қипиқланиш қолади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Тугунчали тошмалардан фарқи — ўткир яллиғланишли реакция, инфильтрациянинг йўқлиги, тошмаларни конуссимонлиги, йирингни мавжудлиги, одатда стафилококк кўзғатган юзакли пўстлоқлардан далолат беради.

ФОЛЛИКУЛИТ

Фолликулит - бу тукли фолликуланинг йирингли яллиғланиши. Инфильтрат кузатилади. Оғриқли кечади. Касалликни тўлларанг ёки оқ стафилококклар кўзғатади. Фолликулитнинг вужудга келишига остиофолликулитлардаги сингари экзоген ва эндоген омиллар сабабчи бўлади. Одатда фолликулит остиофолликулитдан ривожланади. Бунда қизиллик ҳолат кучаяди, инфильтрат ва оғриқ пайдо бўлади. Фолликулит одатда яслиқ дони катталигида, конуссимон, йиринг тўпланган жойнинг ўртаси тук билан қопланган бўлади. Ёрилиб, йиринг ажралганидан сўнг ўрнида кичкина яра қолади. Яра йирингли-қонталаш пўстлоқ билан қопланади. Кейинчалик бу пўстлоқ кўчиб тушади ва ўрнида пигментли доғ қолади. Бу доғ кейинчалик исиз йўқолади ёки кичкина чандиқ қолдиради. Фолликулитлар якка ёки кўп сонли бўлиши мумкин. Улар терининг тукли жойларида, кўпинча эркакларда ривожланади. Ноқулай шароитларда (гигиена талабларига риоя қилинмаганида, организмнинг табиий резистентлиги пасайганида ва бошқа ҳолатларда) янги фолликулитлар пайдо бўлиши, улардан чипқонлар ва хўппозлар ривожланиши мумкин. Баъзан фолликулитларда лимфангитлар ва лимфаденитлар ҳамда умумий ҳодисалар — лоҳаслик, иситма чиқиши ҳолат кузатилиши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Остиофолликулитдан фолликулит нисбатан катталиги, кучли инфильтрати ва оғриши билан фарқ қилади.

Фолликулит чипқондан фолликула, ёғ беши ва атрофдаги перифолликуляр тўқимани йирингли-некротик яллиғланиши кузатилмаслиги билан фарқ қилади. Чипқондан фарқли ўлароқ, фолликулитда некротик ўзак ҳосил бўлмайди.

Фолликулитларни фринодерма билан оғриган беморларда вужудга келадиган перифолликуляр тугунчалардан ҳам тафовут этиш лозим, аммо А гиповитаминозига хос бўлган белгилар

(терги қовжираши ва кўчиши)нинг йўқлиги, шунингдек элементларнинг йиринг бойлаши тўғри ташхис қўйиш имконини беради.

ЧИПҚОН

Чипқон - фолликула, ёғ беши ва атрофдаги перифолликуляр тўқиманинг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши. Касаллик оқ ва тилларанг стафилококклар кўзгатади. Чипқон баъзан фолликулитлардан ривожланади: аввал остиофолликулит пайдо бўлиб, чуқур фолликулитга айланади, унинг атрофида қизиллик, шиш вужудга келади, оғрийди, марказида некротик ўзак ҳосил бўлиб, куюқ кулранг-яшил йирингга кўшилиб чиқади. Ўзак ажралиб чиққанидан кейин урнида кратерсимон яра ҳосил бўлади. Ярага аста-секин эт битади ва чандиқ ҳосил қилиб тузалади. Чипқон анча оғриқли кечади. Касаллик 1-2 ҳафта давом этади; йирик чипқонлар бундан ҳам узоққа чўзилади. Чипқонда умумий аҳвол бузилмаслиги мумкин, баъзан чипқон жароҳатланганида (узини даволашга уриниб чипқон сиқилганида) лимфангит, лимфаденит ривожланиши ва иситма чиқиши ҳолат кузатилади.

Кўпинча бўйин, юз, қўл, бел, думба соҳаларида маҳаллийлашади. Бошда ва юзда, айниқса, устки лабга чиқадиган чипқон жуда хавфлидир, чунки бунда касаллик асорат қолдириши (менингит ва сепсис ривожланиши) мумкин. Чипқон кўпинча якка ҳолда чиқади. Бир нечта чипқон чиққан бўлса, бу касаллик фурункулёз деб аталади.

Ўткир ва сурункали фурункулёз тафовут этилади. Ўткир фурункулёзда бир нечта чипқон бир пайтда чиқади ва даярли бир пайтда қайтади. Сурункали фурункулёз эса анча узоқ (бир неча ойгача) вақт давомида кечади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Сохта фурункулёз (болалардаги кўп сонли абсцеслар)да эккрин тер безлари йирингли яллиғланади. Бир ёшгача бўлган нимжон, дармонсиз болаларда игна қулоғидек катталиқдаги пустулалар кўринишида бош, тана ва оёқ-қўллар терисидаги тер безлари чиқарув йўли оғизларида пайдо бўлади. Шу билан бир вақтда бир неча сантиметргача катталиқдаги абсцеслар ривожланади ва, чипқондан фарқли ўлароқ, некротик ўзак ҳосил қилмасдан суюқ йиринг чиқариб ёрилади.

Гидраденит — апокрин тер безларининг йирингли яллиғланиши бўлиб, чипқондан фарқли ўлароқ қўлтиқ тагида, қовда, жинсий олатлар соҳасида ва чотда маҳаллийлашади, ҳамда 0,5-3 см диаметрли оғриқли инфилтрат кўринишида кечади. Конуссимон абсцесс маркази юмшайди ва қаймоқсимон йиринг чиқариб ёрилади. Чипқонда бўладиган некротик ўзак гидроаденитда кузатилмайди.

ХҲППОЗ

Хўппоз - стафилококкли пиодермиянинг энг оғир шакли бўлиб, тери ва тери ости тўқимасининг йирингли-некротик яллиғланиши билан кечади. Касалликни тилларанг ва оқ стафилококклар кўзғатади. Вужудга келишига бир қатор омиллар: кексалик, силлани қуритувчи касалликлар, углевод ва ёғ ал-машинувининг издан чиқиши (диабет ва бошқалар) сабаб бўлади.

Бўйинни орқа томонида ва белда маҳаллийлашади. Терининг чегараланган соҳасида бир-бири билан қўшилиб кетган бир нечта чипқон пайдо бўлади. Терининг бу соҳаси қаттиқ оғрийди ва тўқ қизил рангда инфилтрланади. Чипқонлар ёри-либ некротик ўзак ажралиб чиқади, ўрнида яра ҳосил бўлиб катталашади. Яралар тубида некротик тўқима кўриниб турлади ва анчайин йиринг ажралади. Некротик тўқима секин-аста еми-рилади ва катта чуқур яра қолдириб ажралиб чиқади. Яра ўша заҳоти чандиқланади ва юлдузсимон шаклда битади.

Хўппозда одатда умумий аҳвол бузилади: иситма чиқади, бош оғрийди, дармон қурийди. Жараён 2-4 ҳафта давом этади; оғир ҳолларда анча узок чўзилади. Асоратлари — лимфангит ва лимфа-денит, баъзан пиемия ва сепсис вужудга келиши ҳам мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Касалликнинг бошланишида, фақат оғриқли чегараланган инфилтрат кузатилганида хўппозни флегмонадан тафовут қилиш мумкин. Кейинчалик, инфилтратда некротик ўзак ҳосил қилиб ёриладиган пустула ва чипқонлар пайдо бўлганида, хўппозга аниқ диагноз қўйиш мумкин.

Баъзи бир ҳолларда, хўппоз сиртида некротик пўст ҳосил бўлиб, ўткир яллиғланиш кузатилганида касалликни куйдир-ги хўппозидан тафовут этиш лозим. Ташхисни тасдиқлаш учун бактериоскопик тадқиқот ўтказиш керак.

Терининг чегараланган соҳасида жойлашган чипқонлардан хўппоз сиртида пустула ва чипқонлар жойлашган қалин ва оғриқли инфилтрати билан фарқ қилади. Бир-бирига яқин жойлашган чипқонларда бундай инфилтрат кузатилмайди.

ГИДРАДЕНИТ

Гидраденит — бу апокрин тер безларининг ўткир йирингли яллиғланиши. Касаллик тер безларининг чиқиш йўлларига ки-риб, ўша ерда кўпаядиган тилларанг ва оқ стафилококклар кўзғатади. Бунга кучли тер чиқиши, апокрин безларининг иш-қорли реакцияси, тана гигиенасига риоя қилмаслик сабаб бўлади. Кўпинча қўлтиқ тагида, баъзан қовда, кўкрак беши сўргичла-ри атрофида, жинсий олат соҳасида ва чотда маҳаллийлашади.

Кўпинча ёзда ёки ҳаво намлиги юқори бўлган иссиқ хоналарда ишлайдиган одамларда ривожланади. Патогенезида ёғ алмашинувининг, аёлларда жинсий безлар функциясининг бузилиши рол ўйнайди. Тери ва тери ости ёғ тўқимаси қатламида аввал нўхот катталигидаги оғриқли инфилтрат пайдо бўлади ва аста-секин катталаша бошлайди. Катталиги ёнғоқдек бўлиши ва ундан ҳам ошиши мумкин. Конуссимон абсцесс ўртаси инфилтрат юмшаёди ва оқма йўлагидан қуюқ йиринг чиқариб ёрилади. Бу йўлак кейинчалик чандиқланиб тузалади. Бир нечта гидраденит қўшилиб, қўлтиқ ости ботиғини қамраб олувчи катта гадир-будур инфилтрат ҳосил қилиши мумкин. Касаллик анча узоқ давом этиши мумкин. Гидрадетин билан касалланган беморларда оғриқ кучайиши, иситма чиқиши, лоҳаслик, бош оғриши, қон лейкоцитози кузатилади. Жараён лимфангит ва флегмоналар вужудга келиши билан оғирлашиши мумкин.

Д и ф ф е р с н ц и а л д и а г н о з и:

Колликватив сил ўткир бўлмаган яллиғланиш ҳодисалари билан кечади: касаллик ўчоғи қаттиқ оғримайди. Баъзан йиринг ажралади. Лимфатик тугунлар соҳасида маҳаллийлашади.

Қўшилиб кетган гидраденитлар флегмонани эслатиши мумкин, ammo уларнинг сирти гадир-будур, ит сўргичига ўхшаш бўлади.

СОХТА ФУРУНКУЛЁЗ

(Фингер сохта фурункулёзи, болалардаги кўп сонли абсцесслар)

Болаларда кузатиладиган эккрин безларининг йирингли яллиғланиши. Касаллик тилларанг ёки оқ стафилококклар кўзгатади. Кўпинча I ёшга тўлмаган болалар, баъзан эса катталар касалланади. Касалликнинг вужудга келишига силла қуриши, яхши емаслик, ҳаддан ташқари ўраниб юриш, пиодермия бошқа шакллариининг мавжудлиги сабаб бўлади.

Жараён бош, буйин, тана терисида маҳаллийлашади. Эмизикли болаларда катталардагига қараганда кенгроқ бўладиган тер безлари (перипоритлар) чиқиш йўлининг оғзида тарик катталигидаги майда пустулалар пайдо бўлади. Пустулалар тезда ёрилиб қурийди ва йирингли пўстлоқлар ҳосил қилади. Пустулалар унча катта бўлмайди, аввал тугунчалар кўринишида бўлиб, кейинчалик нўхатдек, ёнғоқдек ва ундан ҳам катта абсцессларга айланади. Улар устидаги тери қизил бўлиб, аста-секин юпқалашади ва пустулалар суюқ кулранг йиринг чиқариб ёрилади. Бунда некротик ўзак бўлмайди, жараён чандиқ ҳосил бўлиши билан яқунланади. Тошмалар касал хуруж қилганида тошади, баъзан умумий аҳвол бузилади (дармонсизлик, иситма чиқиши, ич кетиши кузатилади). Узоқ давом этади, сепсис ривожланиши ва ўлим билан тугаши ҳам мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:
Гидраденит маълум жойда (кўлтиқ тагида, сўрғичлар соҳасида, жинсий олатда, чотда) маҳаллийлашади ва болаларда кузатилмайди.
Колликватив сил (скрофулодерма) эмизикли ёшда жуда кам кузатилади, ўткир яллиғланиш ҳодисаларисиз кечади. Пайпаслаганда юмшоқ тугунлар хос бўлади. Жараён секин кечади. Тугунлар оқма йўллар ҳосил қилиб ёрилади, ўрнида яра ҳосил бўлади. Кейинчалик жаралар чандиқланади, ўзига хос кўприксимон чандиқлар ҳосил бўлади. Бу ҳодисалар ўткир йирингли жараён тарзида кечадиган сохта фурункулезда кузатилмайди.

ОДДИЙ СИКОЗ

Оддий сикоз сурункали кечадиган юзаки фолликулит. Касалликни тилларанг ёки оқ стафилококк кўзғатади. Касалликка нейроэндокрин системаси фаолияти, жинсий безлар ва ички органлар функциясининг издан чиқиши, асаб бузилиши ва кучли рухий ҳаяжонлар сабаб бўлади. Себорея ва ҳуснбузарлар ҳам сикоз ривожланишига туртки бериши мумкин. Баъзан сикоз сурункали ринит ва блефарит билан касалланган одамларда бурун шиллиқ пардаси касалланиши билан бошланади. Соқол, мўйлов, соҳасида маҳаллийлашади, бошнинг сочли қисмида, бўйинда, қовда, қовоқнинг кўприк ўсадиган чеккасида, кўлтиқ тагида ривожланиши мумкин. Сикознинг клиник манзараси жуда ўзига хос: кўп сонли остиофолликулитлар ҳамда гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашувчи фолликулитлар пайдо бўлади. Ўчоқлар яллиғланган ва инфильтрацияланган терида вужудга келади. Кейинчалик пустулалар ёрилиб, йирингли қонталаш пўстлар ҳосил бўлади. улар чандиқ ҳосил қилмасдан тушиб кетади, аммо янги тошмалар пайдо бўлади. Жараён ойлаб-йиллаб давом этади. Вақти-вақти билан қайталаб туради ва бир неча ойга чўзилади. Асоратлари — экзематизация, қичишиш, маддалаш кўшилади, сикозсимон экзема манзараси кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Сикозсимон экземадан оддий сикознинг фарқи: нисбатан ўткир бўлмаган яллиғланиш ҳодисалари билан кечади, камроқ қичишади ва маддаламайди.

Паразитар сикоздан оддий сикоз нисбатан кучсиз инфильтра-ти, қаттиқ туртиб чиққан тугунларнинг йўқлиги билан фарқ қилади. Сурункали кечадиган ва қайталашга мойил бўлган оддий сикоздан фарқли ўлароқ, паразитар сикоз анча ўткир кечади ва иммунитет ривожланиб бориши натижасида қайталамайди.

Диагностика учун оғир ҳолларда тук ва йирингни бактериоскопик текширишлар ҳамда трихофитин билан тери синовлари ўтказиш талаб этилади.

ОДДИЙ ҲУСНБУЗАР

Ёғ безлари ва тукли фолликулларнинг йирингли яллиғланиши. Стафилококк инфекциялари кўзгатади. Касалликнинг ривожланишига ирсий системанинг бир қатор омиллари: андроген гормонлар кўплиги ва экстроген гормонлар етишмаслиги, себорея, ошқозон-ичак йули касалликлари, парҳез бузилиши (ҳаддан ташқари кўп ёғ, ширинлик, уткир ва хушбуй таомлар истеъмол қилиш), сил интоксикацияси сабаб бўлади. Кортикостерондли препаратлардан узоқ вақт фойдаланиб келган шахсларда баъзи бир дорилар (йод, бром ва бошқалар)ни кўтара олмасликлари натижасида вужудга келади. Ҳуснбузарлар кўпинча ўсмирлар ва қизларда балоғатга етиш даврида кучайлади.

Тошмалар клиникаси ўзининг хилма-хиллиги билан ажралиб туради. Ҳуснбузар одатда ёғ безлари миқдори кўп бўлган тери соҳаларида (юзда, кўкракда, елкада) тошади. Бу ерда аввал тукли фолликуллар оғзи мугуз массалар ва тери ёғи билан беркилиб қолиши натижасида қора нуқталар кўринишида камедонлар ҳосил бўлади. Асосида оғриқли инфилтрат ривожланади. Дастлаб ҳуснбузар қизил конуссимон тугунча (папулёз акне) кўринишида бўлади. Кейинчалик жараён ривожланиб инфилтрат катталашиб боради ва тошма учиди йиринг тўпланади (пустулёз акне). Пустула пўст ҳосил қилиб ёрилади. Пўст баъзан чандиқ қолдириб тушиб кетади. Кўпинча яллиғланиш жараёни атрофдан ичкарига қараб тарқалади — пустула анча қалин асосга жойлашади (индуратив акне). Қатор ҳолларда жараён тери ости ёғ тўқимасига тарқалганида катта йирингли учоқ ҳосил қилиб бир-бири билан қўшиладиган абсцесслар вужудга келади (флегмоз акне). Абсцесс ёрилганида йиринг отилиб чиқади. Флегмоз акне анча узоқ давом этади.

Касалликнинг алоҳида шакли аспе песговіса бўлиб, бунда фолликул тубида некроз ривожланади. Бу тошмалар кўпинча пешонада ва чаккада вужудга келади. Ҳуснбузар учиди пустула пайдо бўлади, ичидаги мадда геморрагик хусусиятга эга бўлади. Кейинчалик қорақўтир ва чечаксимон чандиқ ҳосил бўлади.

Акне-келоид (бош сўргичли дерматити ёки энса склеротик фолликулити) эркакларда энса соҳасида ва буйиннинг орқа томонида кузатилади. Бу жойларда тасма шаклида жойлашувчи майда фолликуляр пустулалар гуруҳлари пайдо бўлади. Улар атрофидаги тери анча тортилган, тери чизиклари аниқ кўришиб туради ва сўргичли ўсмалардек таассурот уйғотади; туклар тутам-тутам бўлиб ўсади. Фолликулитлар битганида келоид чандиқлар қолади. Жараён анча узоқ кечади, яралар ҳосил бўлмайди.

АБСЦЕСС ҲОСИЛ ҚИЛУВЧИ ВА ЁРИЛУВЧИ ФОЛЛИКУЛИТ ҲАМДА ГОФМАН ПЕРИФОЛЛИКУЛИТИ

Абсцесс ҳосил қилишга мойил сурункали фолликулитлардан иборат патологик жараён. Фолликулитлар бошнинг сочили қисмида жойлашади, кучли инфилтратсия билан кечади ва абсцесс ҳосил қилиб қўшилади. Ёрилганида терини ёриб ўтиб, бир-бири билан қўшилувчи фистулёз йўллар ҳосил бўлади. Кейинчалик чандиқла- ниш содир бўлади, баъзан келоид чандиқлар ҳосил қилиб тузалади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Фолликуляр абсцесслардан ташкил топган якка, йирик, яхши чегараланган ўчоқлар хос бўлган инфилтратив-йирингловчи трихо- фитиядан фарқи: уларни босганда фолликуллар тешигидан асални эслатадиган суюқ йиринг чиқади, ўчоқлари эса асал сўгаларига ўхшаб кетади. Абсцесс ҳосил қилувчи фолликулитда кузатиладиган абсцес- слар ва кўп сонли фистулёз йўллар бўлмайди. Бактериоскопик тек- шириш чуқур трихофития ташхисини тасдиқлаш имконини беради.

Оддий ҳуснбузардан фарқи: улар қатрон, машина мойи, хлор, бром, йод таъсирида ҳам вужудга келиши мумкин. Бромли ёки йодли препаратларни узоқ вақт қабул қилгандан сўнг юзда, кўкракда, елкада оддий ҳуснбузарга ўхшаш папулопустулёз тош- малар — бромли (йодли) ҳуснбузарлар пайдо бўлиши мумкин. Улар олдин комедонлар ҳосил бўлмасдан вужудга келади. Мазкур тошмалар инфилтрати оддий ҳуснбузарларга қараганда катта, қалин ва ранги тўқ қизил бўлади. Кортикостероид ва бошқа нор- мал препаратлардан узоқ муддатли даволашда кенг фойдаланиш ҳам оддий ҳуснбузарларга ўхшаш стероид ҳуснбузарларни келти- риб чиқариши мумкин. Аммо беморлар ёши ва препаратлардан фойдаланиш тўғри ташхис қўйиш имконини беради.

Оқ ҳуснбузар (milia) секрет тўпланиши натижасида ривож- ланган ёғли-тукли фолликулларнинг ретенцион кистасидан ибо- ратдир. Игна қулоғидек катталиқдаги семиз, ярим шарсимон, қалин оқ тугунчалар юзда, баъзан қовоқда пайдо бўлади. Бу эле- ментлар нормал терида ҳамда туғма эпидермолиз, кечки тери периферияси ва бошқа пўрсилдоқ дерматозлардан кейин қолган чандиқлар устида вужудга келади.

ҚИЗИЛ ҲУСНБУЗАР

Унинг вужудга келишига бир қатор омиллар, кўпинча эн- докрин безлари фаолиятининг издан чиқиши (жинсий безлар дисфункцияси), ошқозон-ичак йўлининг сурункали касаллиқла- ри (ахилия), гиповитаминозлар, спиртли ичимликларни су- иистеъмол қилиш сабаб бўлади. Ҳуснбузар беши патогенетик роль ўйнаши ҳам эҳтимолдан ҳоли эмас.

Касаллик ёши 40 дан ўтган одамларда, кўпинча аёлларда юзда диффуз эритема ва телеангиэктазиялар пайдо бўлишидан бошланади. Себорея ҳодисалари кузатилганида турғун эритема фонида кўпинча фолликуляр тугунчалар ва тарқоқ жойлашган пустулалар пайдо бўлади.

Кейинчалик турғун эритема сурункали кузатилади ва жараён сурункали кечади, вақти-вақти билан зўрайиб туради. Баъзан бир вақтнинг ўзida конъюктивит, блефарит, камдан-кам ҳолларда кўриш қобилиятини сусайтирувчи кератит ривожланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Оддий ҳуснбузардан қизил ҳуснбузарнинг фарқи шундаки, у 40 ёшдан катта одамларда фақат юзда пайдо бўлади, ваҳоланки, усмирлик даврига хос бўлган оддий ҳуснбузар елкада, кўкракда вужудга келади ва комедонлар билан бирга кузатилади. Қизил ҳуснбузарга хос бўлган юз турғун эритемаси ва телеангиэктазиялар оддий ҳуснбузарда кузатилмайди.

Дисксимон қизил люпусдан қизил ҳуснбузар фолликуляр гиперкератознинг йўқлиги, касаллик ўчоқларининг инфилтрацияланиши, улар тарқалишга мойил бўлиши билан фарқ қилади. Қизил ҳуснбузарда атрофик ўзгаришлар содир бўлмайди.

Қизил ҳуснбузар аёлларда ривожланадиган ва ияк терисида, бурун ва лаб бурмаларида, баъзан лунжда вужудга келадиган периорал дерматитга ўхшаб кетиши мумкин. Бунда эритема фонида ярим шарсимон ва конуссимон папула ва пустулалар кўриниб туради. Қизил ҳуснбузардан периорал дерматит телеангиэктазияларнинг йўқлиги билан фарқ қилади.

Афтидан юз диссеминацияланган миллиар люпусининг тури бўлган Левандовский розацеасимон юз туберкулоиди 30 ёшдан ўтган аёлларда кўкимтир-қизил юз эритемаси ва телеангиэктазиялари кўринишида кечади. Бу касалликнинг клиник манзараси қизил ҳуснбузарнинг клиник манзарасига ўхшаб кетади. Бундан ташқари, унда югурук тугунчалари билан бир қаторда пустуласимон элементлар ҳам бўлиши мумкин, ammo гистологик жиҳатдан туберкулоид тuzилишга эга бўлади. Тошмалар битганидан кейин ўрнида майда чандиқчалар қолади.

Тест саволлари

1. Стрептококкли импетигода тошманинг асосий элементи:

- А. тугун
- В. пуфак
- С. фликтена
- Д. тугунча

- Е. қаварчиқ
- 2 Юзаки хасмол кўзғатувчиси: А. стафилококк
В. папилломавирус
С. филтрланувчи вирус
Д. стрептококк
Е. оддий кўзғатувчилар
- 3 Риттернинг эксфолиатив дерматити бу:
А. чақалоқлар эпидемик пўрсилдоғининг оғир шакли
В. зирқирама эктиманинг оғир шакли
С. стрептококк импетигонинг оғир шакли
Д. юзаки хасмолнинг оғир шакли
Е. фурункулёзнинг оғир шакли
- 4 Риттернинг эксфолиатив дерматитида кузатилувчи мусбат синдром:
А. Кебнер мусбат синдроми
В. Бенъе мусбат синдроми
С. Никольский мусбат синдроми
Д. Поспелов мусбат синдроми
Е. Унна мусбат синдроми
5. Гидраденитга хос хусусият:
А. эккрин безларнинг зарарланиши
В. апокрин безларнинг зарарланиши
С. тирноқ валикларининг зарарланиши
Д. тукли фолликулларнинг зарарланиши
Е. эпидермиснинг зарарланиши
- 6 Чишқон – бу:
А. йирингли пуфакча
В. қаватланган йирингли пўстлар
С. йирингли-некротик ўзакли тугун
Д. кумушранг тангачалар билан қопланган тугунча
Е. усти буш. йирингли пуфак
- 7 Фингер сохта фурункулёзи болаларда қайси ёшда кузатилади:
А. 1 ёшгача
В. 4 ёшгача
С. 12 ёшгача
Д. 10 ёшгача
Е. 6 ёшгача
- 8 Сохта фурункулёз бу:
А. эккрин безларнинг зарарланиши
В. апокрин безларнинг зарарланиши
С. тирноқ валикларининг зарарланиши
Д. тукли фолликулларнинг зарарланиши
Е. ёғ безларининг зарарланиши
- 9 Сикоз кимда кузатилади:
А. қиз болаларда
В. Уғил болаларда

С. аёлларда

Д. эркакларда

Е. чақалоқларда

Оддий хуснбузарга хос хусусият:

А. эккрин безларнинг зарарланиши

В. апокрин безларнинг зарарланиши

С. тирноқ валикларининг зарарланиши

Д. тукли фолликулларнинг зарарланиши

Е. ёғ безларининг зарарланиши

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Арифов С.С., Эшбаев Э.У. Тери ва таносил касалликларини. Тошкент. 1997; 350.

2. Алимов Б.Д., Ахмедов Д.А. Некоторые аспекты в лечении гнойничковых заболеваний кожи. 3-съезд дерматовенерологов Узбекистана. 1997.

3. Ашмарян Ю.Я., Крейнин В.М. Фурункулез. М.: Медицина. 1974; 96.

4. Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М.: Медицина. 1989; 672.

5. Голосовкер С.Я. Пиодермия у детей. Медгиз. 1960.

6. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста. М.: Медицина. 1994; 230.

7. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К. Справочник дерматовенеролога. 1992; 288.

8. Машкиллейсон А.А. Лечение кожных болезней. М.: Медицина. 1990; 560.

9. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. М.: Триада Х. 2000; 688.

10. Фицпатрик Т. Дерматология атлас справочник. Москва. 1999; 1088.

11. Хоронжак Т. Гнойничковые заболевания кожи. Варшава. 1970; 191.

12. Шадиев Х.К., Ахмедов К.Р. Тери ва таносил касалликлари. Тошкент. Ибн Сино. 1993; 247.

13. Diseases of the skin in children and adolescents. A. Color atlas. London. 1970; 233.

14. Fitzpatrick T.B., Polano M.K., Suurmond D. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. New-York. 1983; 412.

VII-МАВЗУ

БУЛЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР

ТОШМАНИНГ АСОСИЙ МОРФОЛОГИК ТУЗИЛИШИ ПУФАК БЎЛГАН ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

АСЛ (АКАНТОЛИТИК) ПЎРСИЛДОҚ

Сурункали тўлқинсимон кечиши, ўзгармаган терида ёки шиллик пардаларда тублашиш ва қўшилишга мойил пуфаклар ривожланиши, беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашиши билан таърифланадиган касаллик.

Асл пўрсилдоқнинг турли клиник шаклларида пуфаклар ҳосил бўлишининг умумий механизми акантолиз билан боғлиқ бўлади. Акантолиз ҳодисаси асл пўрсилдоқнинг муҳим диагностик белгиси — Никольский симптомининг негизида ётади. Бунда пуфак пардаси йиртилиб, ичидан сероз суюқлик чиққандан сўнг ўрнида эрозия қолади. Агар эрозия четида осилиб турган тери пўсти кўтарилса, эпидермис теридан ажрала бошлайди.

Клиник жиҳатдан асл пўрсилдоқ бир неча шаклларга бўлинади: оддий пўрсилдоқ, ўсувчи (шоҳланувчи) пўрсилдоқ, япроқсимон пўрсилдоқ, Бразилия пўрсилдоғи ва себореяли пўрсилдоқ.

О д д и й п ў р с и л д о қ:

Клиникаси ўзгармаган терида ёки шиллик пардаларда бир камерали пуфаклар кўққисдан, ҳеч қандай сабабсиз пайдо бўлиши билан таърифланади. Катталиги ҳар хил — майда, таранг, сирти ялтироқ пуфаклардан йирик (диаметри 10 см ва ундан катта), овал, ноқсимон ёки қийшиқ шаклли пуфакларгача — бўлади. Сирти жуда тез бужмайиб қолади. Ичидаги суюқлик дастлаб шаффоф, баъзан геморрагик тусда бўлади. Пуфаклар атрофидаги тери ўзгармайди, аммо яллиғланган эритематоз ҳошия кузатилиши мумкин, баъзан пуфаклар шишиқ эритематоз асосда вужудга келади. Пуфаклар пардаси 1-2 кун ичида ёрилиб, ўрнида мадаловчи, туби оч қизил эрозиялар ҳосил бўлади. Атрофида пуфаклар пардасининг бўлаклари ва ҳали ёрилмаган пуфаклар кузатилади.

Эрозиялар кейинчалик сероз-қонталаш ёки импетигеноз пўстлар билан қопланиши мумкин. Бундай касаллик ўчоғи узок вақт (бир неча ой) фақат бошнинг сочли қисмида ёки сут безлари бурмаларида, офиз бўшлигининг шиллик пардасида, лабнинг қизил ҳошиясида жойлашиши ва фақат шундан кейингина тошмаларнинг тублашиши содир бўлиши мумкин.

Никольский мусбат симптоми аниқланади. Кандидоз қўшилганида эрозиялар сирти оқиш фасод билан қопланади.

Баъзан оғиз бўшлиғининг шиллик пардаси кенг зарарланиши касаллик қаттиқ ва юмшоқ танглайни, лунжларни, тил ости соҳасини, мишқларни қамраб олади, касаллик ўчоқлари ҳатқум орқа деворига, ҳиқилдоқ ва қизиқунгач шиллик пардасига тарқатади.

Оддий пўрсилдоқ диагнози пуфаклар ва эрозиялар кўринишидаги мономорф тошмаларнинг мавжудлигига, касаллик тўхтовсиз ривожланиб боришига, баъзан беморларнинг умумий аҳволи оғирлашишига, Никольский мусбат симптомига, эрозиялар тубидан олинган суртмаларда акантолитик хужайралар топилишига, пуфаклар эпидермалар ичида, баъзан асос остида жойлашишига, гистологик текширишда эпидермиснинг хужайралараро субстанциясида қайд этилган IgG комплекслар мавжудлиги аниқланишига асосланади. Кўпинча ёши ўтган одамларда учрайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Дюрингги учуқсимон дерматитининг буллёз шакли авваламбор исталган ёшдаги (кўпинча ёш ва ўрта ёшли) одамларда кузатилиши ҳамда клиник жиҳатдан асосан шишиқ эритематоз фонда гурўланишга, циклик хуружлар билан ривожланишга, ачишиш ва қичишиш билан кечишга мойил бўлган таранг майда пуфакларнинг ривожланиши билан фарқ қилади. Оддий пўрсилдоққа зид ўлароқ, Дюринг учуқсимон дерматитининг буллёз шаклида тошмалар шиллик пардаларда жуда кам учрайди. Эрозиялар тубидан олинган суртмаларда акантолитик хужайралар аниқланади, аммо уларда эозонофиллар кўп миқдорда бўлади. Никольский симптоми манфий. Оддий пўрсилдоқдан фарқли ўлароқ, Дюринг учуқсимон дерматитининг буллёз шаклида Ядассон синови мусбат бўлади.

Кўп шаклини экссудатив эритеманинг буллёз шакли ўткир клиник кечиши, шишиқ юмалоқ эритематоз касаллик ўчоқлари атрофида маркази ботиқ, эритема зонасига эга буллёз элементлар мавжудлиги ва умумий ҳодисалар (дармонсизлик, иситма чикиши, артралгия) кузатилиши билан фарқ қилади.

Кўп шаклини экссудатив эритемада тошмалар оғиз бўшлиғининг шиллик пардасида маҳаллийлашган тақдирда оғриқли хусусият касб этади. Улар билан бир қаторда шишиқ эритематоз асосда таранг пуфаклар бўлиши ҳам мумкин. Никольский симптоми мусбат, акантолитик хужайралар аниқланмайди.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг безарар неакантолитик пўрсилдоғи оддий пўрсилдоқдан узоқ, аммо безарар кечиши, пуфаклар фақат оғиз шиллик пардасида маҳаллийлашиши, акантолитик хужайралар аниқланмаслиги ва гистологик жиҳатдан пуфаклар субэпителиал жойлашиши билан фарқ қилади.

Афтоз стоматит чегараланган, кўпинча юмалоқ шаклидаги, сероз-йирингли парда билан қопланган, асосан лунж ва қаттиқ танглай шиллик пардасида маҳаллийлашадиган оғриқли эрозияларнинг ривожланиши билан фарқ қилади. Оддий пўрсилдоқдан фарқли ўлароқ,

акрозо стоматитда эрозиялар четида пуфаклар пардаси қолдиқлари ва уларнинг сиртида акантолитик хужайралар кузатилмайдн.

У с у в ч и (шоҳланувчи) п ў р с и л д о қ:

Ичи сероз-геморрагик мадда билан тула, усти бўш, тез ёрилувчи парда билан қопланган пуфаклар кўкқисдан, ҳеч бир саббсиз пайдо бўлиши билан таърифланади.

Табиий бурмалар соҳасида (қов ва сон бурмалари, думба бурмаси, қўлти ости бурмаси, суг безлари остида), шунингдек жинтери билан туташган жойларда маҳаллийлашади.

Ёрилган пуфаклар ўрнида атрофга қараб ўсишга мойил эрозиялар пайдо бўлади. Эрозиялар сиртида яқин 4-6 кун ичида сассиқ маддали, ёрқин қизил рангли майда вегетациялар ривожланади. Эрозиялар қўшилиб 10-15 см диаметри ўсувчи пилакчалар ҳосил қилади. Пилакчалар атрофида қатор ҳолларда пустулалар кузатилади. Патологик жараён узоқ давом этганида вегетация сиртидаги экссудат қуриб қалин, баъзан сўгалсимон қаватли пўст ҳосил бўлади. Зарарланиш ўчоқлари тублашишга мойил бўлмай, фақат касаллик бошланганидан кейин кортикостероид даволашсиз 6 ой — 2-3 йил ўтиб ривожланувчи терминал босқичда оддий пўрсилдоқдаги пуфаклардан клиник жиҳатдан фарқ қилмайдиган кўп сонли пуфаклар вужудга келади. Ўсувчи пўрсилдоқ билан касалланган кўпчилик беморларда Никольский симптоми зарарланиш ўчоғига бевосита яқин жойда, ўзгармаган терида эса — фақат терминал босқичда мусбат бўлади. Акантолитик хужайралар пуфакларда ҳам, ўсувчи пилакчаларнинг сиртида ҳам топилади. Ўсувчи пўрсилдоқ диагнози табиий бурмалар соҳасида маҳаллийлашган, ичидан сассиқ мадда ажраладиган ўсувчи пилакчалар, зарарланиш ўчоқларига бевосита туташ тери участкаларида Никольский симптоми мусбат бўлиши, акантолитик хужайралар топилиши ва ўзига хос гистологик манзара кузатилишига асосланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Оддий пўрсилдоқ ўсувчи пўрсилдоқдан тошмалар гана терисида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида пуфаклар ва эрозиялар кўринишида жойлашиши, эрозиялар тубида ўсиш кузатилмаслиги, зарарланиш ўчоқлари яқинида ҳам, ўзгармаган терида ҳам Никольский симптоми мусбат бўлиши билан фарқ қилади.

Сурункали оилавий безарар пўрсилдоқ ўсувчи пўрсилдоқдан зарарланиш ўчоқлари соҳасида ўсиш кузатилмаслиги, узоқ вақт безарар кечиши ва гистологик жиҳатдан эпидермислар ичида жойлашган эозинофил абсцесслар бўлмаслиги билан фарқ қилади.

Дарье фолликуляр дискератозининг ўсувчи шакли ўсувчи пўрсилдоқдан узоқ муддат (кўпинча болаликдан) сурункали безарар кечиши, зарарланиш ўчоқлари тарқалиши, Никольский симптоми манфий бўлиши, гистологик препаратда дискератоз

белгилари — «юмалоқ таначалар», «донлар» ва «лакуналар» кузатилиши, шунингдек эпидермислар ичида жойлашган эозинофил абсцесслар бўлмаслиги билан фарқ қилади.

Я п р о қ с и м о н п ў р с и л д о қ :

Япроқсимон пўрсилдоқнинг дастлабки нишонлари манзара-си экзема, себорейли дерматит, токсикодермиядаги эритемато-сквамоз ўзгаришларни эслатиши ёки Дюрингни утуқсимон дерматитига, оддий пўрсилдоққа ўхшаб кетиши мумкин. Ўзгармаган ёки бироз гиперемияланган терида юпқа пардали бўшашган юзакли пуфаклар пайдо бўлади. Баъзан пуфаклар аниқ буртиб турмайди, балки эпидермис сиртида қийшиқ контури аниқланади.

Пуфаклар тезда ёрилиб, ўрнида сувланган, қизил, экссудатли эрозиялар очилиб қолади. Улар тезда қуриб, баргсимон ва тангачасимон қатқалоқлар қатлами шаклланади. Аввалги эрозиялар ўрнидаги қатқалоқлар остида юзакли пуфаклар қайта, баъзан узлуксиз ҳосил бўлиши япроқсимон пўрсилдоқнинг ўзига хос клиник белгиси ҳисобланади. Пуфаклар қушилиши натижасида қисман қатқалоқ билан қопланган катта эрозияли участкалар вужудга келади. Бу жиҳатдан улар эксфолиатив эритродермияга ўхшаб кетади. Никольский симптоми мусбат. Жарасн тублашиши оқибатида беморнинг умумий аҳволи издан чиқади, нейтма кўтарилади, иккиламчи инфекция қушилади, кахексия ривожланади ва бемор ҳалок бўлади. Аммо баргсимон пўрсилдоқ 15-20 йил мобайнида нисбатан безарар кечганини тасдиқловчи ҳолатлар ҳам қайд этилган.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и :

Япроқсимон пўрсилдоқдан оддий пўрсилдоқ нисбатан таранг пуфаклар ривожланиши, тангачасимон ва баргсимон қатқалоқ билан қопланган эски зарарланиш ўчоқлари ўрнида пуфаклар қайта пайдо бўлмаслиги, терининг диффуз эксфолиатив зарарланиши кузатилмаслиги билан фарқ қилади. Япроқсимон пўрсилдоқда пуфаклар эпидермис мугуз қавати остида жойлашса, оддий пўрсилдоқда эпидермисдаги ёпишқоқ қават ичида жойлашади. Япроқсимон пўрсилдоқдан анча оғир кечади.

Дюрингни утуқсимон дерматити (пуфакли шакли).

Тошмалар полиморфизми, шиш асосда таранг, гуруҳланган пуфак ва пуфакчалар кузатилиши, циклик кечиши, тери диффуз эксфолиатив зарарланмаслиги, ачишиши, пуфаклар ичида эозинофилия бўлиши, Никольский симптоми кузатилмаслиги билан фарқ қилади.

Гистологик жиҳатдан пуфаклар эпидермис остида жойлашади ва уларда акантолитик хужайралар аниқланмайди.

Вильсон-Брок универсал эксфолиатив дерматити ўз ривожланиши чўққисида терининг қипиқланиши, бир қатор ҳолларда пуфаклар пайдо бўлиши билан кечадиган диффуз эритродермия оқибатида клиник жиҳатдан япроқсимон пўрсилдоққа ўхшаб кетиши мумкин. Аммо экс-

форматив дерматитда тери тараф тортишган ва қизғиш тусда бўлади. Жараён тукларга (улар кўпинча тўқиб тушади) ва тирноқларга ҳам ўтади. Баъзан экземапизация ва фурункулез ривожланади.

Субъектив симптомлари - қичишиш, ачишиш, парестезиялар. Никольский симптоми манфий. Гистологияси — мугуз ости пуфаклари ва акантолитик ҳужайралар мавжуд эмас.

Э р и т е м а т о з (себореяли) п ў р с и л д о қ

Клиник манзараси эритематоз лиопус, пўрсилдоқ ва себореяли дерматитнинг алоҳида симптомларини ўз ичига олади.

Кўпинча юз терисиде, шундан сўнг танада маҳаллийлашади. Одатда лунж соҳасида, бурунда аниқ чегарали, сирғида кулранг-сарғиш рангли юпқа ёки юмшоқ пўстлар кузатилувчи эритематоз ўчоқлар пайдо бўлади. Фасод боғлаганидан кейин экссудатнинг қуриши натижасида зарарланиш ўчоқлари кулранг-сарғиш ёки жигарранг қатқалоқ билан қопланади. Қатқалоқлар зарарланиш ўчоқларида ёки уларга қўшни тери участкаларида ҳосил бўлади. Пуфаклар бўшашган, юпқа пардали бўлади ва тез ёрилади. Жараён тублашиши натижасида тошмалар тана терисиде, кўкракда, кураклар ўртасида, паравертебрал соҳаларда пайдо бўлади. Зарарланиш ўчоқлари қалин ёки юмшоқ пўстлар билан қопланиши, узоқ вақт алоҳида туриши ёки бир-бири билан қўшилиб кетиши мумкин. Пўст оғриб ажралади, остиде тукли фолликуллар оғзига мос келувчи тиканчалар кузатилади. Бошининг сочли қисмида тошмалар себореяли дерматит хусусиятига эга бўлади. Баъзан тана терисиде пиллакчалар билан бир қаторда қалин кулранг пўст билан қопланган папуласимон элементлар ёки ёгли, снгил кўчаниган тангачалар билан қопланган доғли тошмалар бўлиши мумкин.

Себореяли пўрсилдоқ диагностикаси ўзига хос клиник манзарага: юзда капалак шаклида эритематоз-сквамоз касаллик ўчоқлари, танада кўкракнинг ўрта қисмида, кураклар ўртасида эрозияли участкалар ва емирилган пуфаклар кузатилишига. Никольский мусбат симптомига, суртмаларда акантолитик ҳужайралар топиллишига ва гистологик текшириш маълумотларига (эпидермис ичидаги тешиклар, пуфаклар ва фолликуляр гиперкератоз) асосланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Қизил югурук — юзда капалак кўринишида маҳаллийлашади, эритематоз-сквамоз тошмалар кузатилади. Себореяли пўрсилдоқда зарарланиш ўчоқлари тез ёрилувчи бўшашган ясси пуфаклар ҳосил бўлиши натижасида шаклланади. Эритематоз пўрсилдоқнинг клиник кечиши йил фаслига боғлиқ бўлмайди (эритематозда баҳор ва ёзда касалнинг зўрайиши кузатилади). Себореяли пўрсилдоқнинг кенг тарқалган шаклида ка-

пшлляритлар ва системали эритематознинг бошқа симптомла-
ри бўлмайди. Қизил югурукда Никольский симптоми ман-
фий бўлади, акантолитик хужайралар топилмайди; гистоло-
гиясида мугуз ости тешиклари ва пуфаклар кузатилмайди.

Себореяли экзема — Никольский мусбат симптоми ва
акантолитик хужайралар бўлмайди, оғиз бўшлиғи шиллик
пардаларининг зарарланиши, шунингдек гистологик хусу-
сиятлар кузатилмайди (экземада мугуз ости тешиклари, пу-
факлар ва акантолиз бўлмайди).

ГУЖЕРО-ХЕЙЛИ-ХЕЙЛИНИ БЕЗАРАР СУРУНКАЛИ ОИЛАВИЙ ПЎРСИЛДОҒИ

Аутосом-доминантали йул билан утувчи ирсий дерматоз-
лар жумласига кирувчи, нисбатан кам учрайдиган касаллик.
Кўпинча 20-30 ёшда ва ундан кейин ривожланади.

Клиникаси ўзгармаган терида ёки хиёл гиперемиялан-
ган фонда пайдо бўлувчи буллёз тошмалар билан таърифлана-
ди. Кўпинча табиий бурмалар соҳасида: чов ва сондаги, думба-
даги, қўлтиқ остидаги, сут безлари остидаги бурмаларда. буйин-
нинг икки ёнида, жинсий олатда маҳаллийлашади. Баъзан тош-
малар симметрик жойлашади. Бирламчи элементи — сероз мад-
дали пуфак ёки унча катта бўлмаган пуфаклар гуруҳи. Субъск-
тив симптомлар мавжуд эмас. Пуфакларнинг юпқа пардаси тез
ёрилади. Пуфаклар урнида эрозиялар ҳосил бўлади, уларнинг
сиртида сероз-йирингли қатқалоқ вужудга келади.

Касаллик диагностикаси табиий бурмалар соҳасида ма-
ҳаллийлашадиган буллёз тошмалар мавжудлигига, касаллик
циклик ва узок вақт, беморлар учун безарар кечишига, анам-
нез маълумотларига, бир оиланинг бир неча аъзолари касал-
ланиши мумкинлигига, акантолитик хужайралар топиллишига,
эрозия тубидан олинган суртмаларда дегенератив ўзгариш-
лар кузатилмаслигига ва гистологик текшириш маълумотла-
рига (акантолиз йули билан ҳосил бўлган эпидермал базал
усти тешиклари ва пуфаклар мавжудлигига) асосланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Бурмаларда тошмалар кам маҳаллийлашган ҳолларда Дю-
рингни учуқсимон дерматити сурункали оилавий безарар
пўрсилдоқни эслатиши мумкин. Аммо Дюрингни дерматити
оилавий касаллик хусусиятига эга бўлмайди. Пуфаклар эпи-
дермис ичида эмас, эпидермис остида жойлашган бўлади. Уларда
ёпишқоқ хужайралар акантолизи кузатилмайди. Бундан таш-
қари, Ядассон синовининг кўрсатишича, Дюринг учуқсимон

дерматитида йодга таъсирчанлик кучли бўлади, сурункали оилавий безарар пўрсилдоқда эса бу кузатилмайди.

Сурункали оилавий безарар пўрсилдоқдан фарқли ўла-роқ, микробли экзема зарарланиш ўчоқларида инфильтра-ция, шиш, гиперемия ва везикуляция ривожланиши, кучли қичишиш, касаллик ирсий йўл билан ўтмаслиги ва кўпрок бошқа жойларда маҳаллийлашиши билан таърифланади.

Йирик бурмалар кандидозини баъзан, айниқса, кандидоз асосий касалликка қўшилган, лаборатория текширувлари эса хамиртурушсимон ҳужайралар мавжудлигини тасдиқлаган ҳол-ларда сурункали оилавий безарар пўрсилдоқдан фарқлаш жуда қийин бўлади. Аммо касалликнинг оилавий хусусиятига, эро-зия тубидан олинган суртмаларда акантолитик ҳужайралар мав-жудлигига ва ўзига хос клиник хусусиятларига (сурункали оила-вий безарар пўрсилдоқ тўлиқ ремиссия даврлари билан, анча узоқ давом этади) қараб тўғри ташхис қўйиш мумкин.

ПУФАКЛАР НЕАКТАНОЛИТИК ЙЎЛ БИЛАН ҲОСИЛ БЎЛУВЧИ ПЎРСИЛДОҚЛАР

Шиллик пардалар безарар пемфигоиди

Клиник манзараси оғиз бўшлиғи, кўз шиллик пардаси ва бир қатор беморларда кейинчалик тери касалланиши билан таърифланади. Кўпгина ҳолларда аввал оғиз бўшлиғи, бурун, ҳалқум, қизилўнгач, жинсий олатларнинг шиллик пардалари зарарланади ва шундан кейингина, орадан анча вақт ўтгач, патологик жараён кўз шиллик пардасига ўтади. Кейинроқ тош-малар терида пайдо бўлиши мумкин. Одатда пуфаклар чуқур жойлашади, таранг ва қалин парда билан қопланган бўлади. Улар узоқ вақт ёрилмайди. Пуфак пардаси ёрилганидан кейин ўрнида ярани эслатувчи эрозия ҳосил бўлади, чунки шиллик пардада оддий эрозияга қараганда чуқурроқ жойлашади. Ўзига хос хусусияти — пуфаклар ва эрозиялар битта жойда вужудга келади. Бу якуний ҳисобда чандиқли ўзгаришлар ривожлани-шига, пуфаклар ҳалқум, қизилўнгач, ортки чиқарув йўли ва уретра шиллик пардасида маҳаллийлашганда эса — тортмалар ва структуралар ривожланишига олиб келиши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Оддий пўрсилдоқдан акантолитик ҳужайраларнинг йўқлиги, Никольскийни манфий симптоми, оғиз бўшлиғининг шиллик пардаларида, терида ва энг муҳими, кўз шиллик пардасида чан-диқли ўзгаришлар ривожланиши, пуфакларни эпидермис остида жойлашиши, шунингдек, иммуноморфологик тадқиқот натижа-си билан фарқ қилади.

Стивен-Жонсон синдроми кўпинча ёшларда вужудга келиши, ўткир кечиши, безгак тутиши кузатилиши, беморлар аҳволи оғир бўлиши билан фарқ қилади. Теридаги тошмалар кўп шаклли экс-судатив эритемадагига ўхшаш бўлади. Конъюнктивит нисбатан ўткир, йиринглаш билан кечади, аммо чандиқланиш-тортилиш жараёни ва бемор кўр бўлиб қолиши билан тугамайди. Стивенс-Жонсон синдромида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасидаги тошмалар оғриб туради. Шиллиқ пардалар безарар пемфигоиддан фарқли ўлароқ, баъзан кўшилиб кетадиган эрозиялар сиртида некротик пардалар кузатилади.

Афтоз стоматитдан шиллиқ пардалар безарар пемфигоиди ногуллик ремиссиялар билан узоқ вақт кечиши, тошмалар шиллиқ пардалардан ташқари кўз шиллиқ пардасида ва терида маҳаллийлашиши, чандиқланиш-тортилиш жараёни ривожланиши билан фарқ қилади.

ТУҒМА БУЛЛЁЗЛИ ЭПИДЕРМОЛИЗ

Бу касалликнинг икки асосий шакли — оддий ва дистрофик шакллари тафовут этилади.

Оддий шакли аутосом-доминантали йўл билан ўтувчи туғма дерматознинг энг безарар ва кўп учрайдиган шакли ҳисобланади.

Клиник манзараси тери участкаларида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида, ҳатто аҳамиятсиз жароҳатлар ўрнида пуфаклар жуда тез ривожланишидан иборат. Тирсак, тизза, товон, болдир, думба, билак ва панжаларда маҳаллийлашади. Пуфаклар одатда ўзгармаган фонда вужудга келади. Улар юзада жойлашади, диаметри 1-7 см ва ундан катта, ичида шаффоф сарғиш ёки геморрагик мадда бўлади. Бир неча кундан сўнг пуфаклар ёрилади. Ҳосил бўлган эрозия ўрни пўст билан қопланади. Пўст смирilib тушиб кетгач, ўрнида гиперпигментация қолади. Никольский симптоми манфий. Пуфак ичида акантолитик хужайралар бўлмайди. Касаллик ҳаётнинг дастлабки 2 йилида вужудга келади.

Дистрофик шакли анча оғир кечиши билан фарқ қилади, чандиқли ўзгаришлар билан тугайди ва тери, тирноқ, суякларнинг оғир дистрофик зарарланишига, пуфаклар оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнгач шиллиқ пардасида маҳаллийлашганида эса чандиқли-тортилиш жараёни, баъзан стеноз ривожланишига олиб келади. Туғма дистрофик буллёз эпидермолизнинг икки шакли: аутосом-доминантали йўл билан ўтувчи гиперпластик ва рецессив йўл билан ўтувчи полидиспластик шакллари тафовут этилади.

Гиперпластик аутосом-доминантали туғма буллёз эпидермолиз 4-10 яшар болаларда терида, баъзан оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида пуфаклар спонтан пайдо бўлиши билан таърифланади. Пуфаклар таранг, сероз ёки геморрагик суюқликли, эпидермис

тагида жойлашган бўлади. Кейинчалик пуфаклар ўрнида чандиқ-ли атрофия ва мишиар эпидермал кисталар ривожланади. Лунж шиллиқ пардасида лейкокератоз ўчоқлари вужудга келади. Одатда бундай беморлар териси ихтиотик бўлади, тирноқ дистрофияси кузатилади (тирноқлар қалин, мўрт бўлади, баъзан тирноқ ости гиперкератози кузатилади). Шунингдек оёқ ва қўл қафти гиперкератози, тиш аномалияси учрайди.

Полидиспластик рецессив тугма буллёз эпидермолизга болаликли йирик пуфаклар жалалаб тошиши хосдир. Пуфаклар ўз-ўзидан вужудга келади ва механик таъсир билан боғлиқ бўлмайди. Пуфаклар ўрнида вужудга келадиган эрозиялар оғриқли, қонгаш бўлади ва ўсиб боради. Чандиқли атрофия билан тугайди.

Пуфаклар оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнғач, устки нафас олиш йўллари, кўз шиллиқ пардасида вужудга келиши ҳам мумкин. Тери қоплами қовжираган, атрофик бўлади, тирноқлар баъзан синиб тушади, анкилоз, суюк дистрофияси кузатилади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Чақалоқлар эпидемик пўрсилдоғи пуфаклар системасиз тарқалиши, уларнинг вужудга келиши механик жароҳат олиш билан боғлиқ бўлмаслиғи, қўл ва оёқ қафтида тошмалар кузатиламлиги, пуфаклар ичида йиринг тупланиши ва касаллик юқумли хусусиятга эгаллиги билан фарқ қилади. Бундан ташқари, пуфаклар чандиқли ўзгаришлар қолдирмайди.

Оддий пўрсилдоқни эпидермолиздан авваламбор беморлар ёшига, пуфаклар ўз-ўзидан пайдо бўлишига, Никольский мусбат симптомига, пуфаклар ичида акантолитик хужайралар топилишига ва чандиқли ўзгаришлар ҳосил қилишга мойил эмаслигига қараб ажратиш мумкин.

Энтеропатик акродерматит пуфаклар вужудга келиши механик жароҳат олиш билан боғлиқ бўлмаслиғи, шунингдек тошмаларнинг маҳаллийлашиши (оёқ-қўллардан ташқари табиий тешиклар атрофидаги тери зарарланади) билан фарқ қилади. Тугма буллёз эпидермолиздан фарқли ўлароқ, энтеропатик акродермитда ошқозон-ичак йўли албатта касалланади.

Бундан ташқари, бу касалликда пуфаклар ривожланиши чандиқли ўзгаришлар билан яқунланмайди.

УЧУҚСИМОН ДЕРМАТОЗЛАР

ДЮРИНГНИ УЧУҚСИМОН ДЕРМАТИТИ

Нисбатан кам учрайдиган касаллик. Кўпроқ ўрта яшар одамлар ва қариялар касалланади. Тошмалар қичишади, ачишади ва саничиб оғрийди. Баъзан бу симптомлар асл полиморфизм билан таъ-

рифланадиган тошмалар пайдо бўлишидан олдин кузатилади. Бир-дамчи тошмалар орасида қуйидагиларни ажратиш мумкин: 1) қўшилиб (гуруҳлашиб) хилма-хил шакллар ва контурлар ҳосил қиладиган уртикарсимон эритематоз элементларни; 2) шишган эритематоз асосда учуқсимон жойлашадиган ва гуруҳлашишга мойин бўлган таранг пуфакчаларни. Пуфаклар ёрилиб шиш фонда эрозия ҳосил қилади, атрофида пуфаклар пардасининг бўлаклари кўриниб туради. Эрозиялар сиртида пўстлар ҳосил бўлади. Пўстлар тагида жуда тез эпителийлашиш содир бўлади ва баъзан пиперпигментация участкаларини қолдирди; 3) Дюринг дерматитининг пуфакли шаклини. Кўпроқ кекса одамларда учрайди ва юқорида баён этилган элементлар фонда 0,5-2 см диаметри таранг пуфаклар ривожланиши билан таърифланади. Пуфаклар пардаси қалнин, ичидаги суюқлик аввал сероз бўлади, сўнг лойқа тусга киради. Пуфаклар одатда эритематозли, бироз шишган фонда вужудга келади, аммо сирти ўзгармаган терида ривожланиши ҳам мумкин. Пуфаклар ёрилганидан кейин ўрнида сирти сувланган, атрофга қараб ўсмайдиган қатқалоқлар билан қопланган эрозиялар ҳосил бўлади. Қатқалоқлар тушиб кетганида ўрнида турғун пиперпигментация қолади. Эрозия атрофида баъзан пигментланган участкалар устида янги учуқсимон пуфакчалар вужудга келади. Пуфакчалар ичидан эозинофиллар (10-30) топилади. Акантолитик ҳужайралар бўлмайди. Никольский симптоми манфий.

Дюрингни учуқсимон дерматити пуфакли шаклининг диагностикаси кўпгина ҳолларда шиш асосда эпидермис остида қичишадиган ва ачишадиган пуфаклар бўлишига, гуруҳ-гуруҳ бўлиб, учуқсимон жойлашадиган пуфаклар, уртикарсимон ва везикулёз элементлар кузатилишига, циклик сурункали кечишига, пуфакда, баъзан эозинофилия ривожланишига, акантолитик ҳужайралар йўқлигига ва Никольский манфий симптомига, йод препаратларига таъсирчанликка асосланади.

Д и ф ф е р с н ц и а л д и а г н о з и:

Кўп шакли буллёз экссудатив эритема. Везикобуллёз тошмалар билан бир қаторда қизил, цианотик тусли, маркази ботик эритематоз элементлар кузатилиши, тошмалар гуруҳ-гуруҳ бўлиб ва учуқсимон жойлашмаслиги, қичишиш ва ачишиш сезилмаслиги, пуфакларда эозинофиллар топилмаслиги ҳамда Ядассон манфий синови билан фарқ қилади.

ЭНТЕРОПАТИК АКРОДЕРМАТИТ

Асосан эмизикли болаларда кузатиладиган кам учрайдиган касаллик, аммо катта ёшдаги болалар ва катталарда ҳам учраши мумкин. Этиологияси номаълум.

Клиникаси тирсак ва тизза бугимлари терисида, оёқ-қўлларнинг дистал бўлимларида ва ошқозон-ичак касалликлари билан оғрийдиган одамларнинг табиий тешиклари теварагида гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашган пуфаклар ва пуфакчалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Дерматит узок вақт сурункали кечади, касалликнинг зўрайиши ошқозон-ичак касалликларининг зўрайиши билан боғлиқ бўлади. Пуфаклар ичида сероз ёки йирингли суюқлик кузатилади. Тошмалар кўшилиб пилакчасимон, сероз-йирингли пўст билан қопланган зарарланиш ўчоқлари ҳосил қилишга мойил. Бундай ўчоқлар узок вақт сақланиб қолганида оёқларнинг дистал бўлимларида узок тuzалмайдиган эрозияли-ярали ўчоқлар ривожланиши мумкин. Баъзан алопеция (кўпинча тотал алопеция), бир қатор ҳолларда психик бузилишлар кузатилади. Никольский симптоми манфий. Акантолитик ҳужайралар топилмайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Энтеропатик акродерматитда тирноқ дистрофияси ва паронихия ривожланган бўлса, бу касаллик Аллопони пустулёз турғун акродерматитига ўхшаб кетиши мумкин. Аллопо акродерматитининг асосий фарқи - панжалар ва товонда маҳаллийлашади, табиий тешиklar теварагида пуфаклар ва пуфакчалар ривожланиши ва ошқозон-ичак йўли касалланиши билан бирга кечмайди.

Учуқсимон дерматит энтеропатик акродерматитдаги сингари эмизикли болаларда эмас, балки 4-10 яшар болаларда кўпроқ кузатилади. Бунда тошмалар катталардаги сингари асл полиморфизми билан фарқ қилади. Аммо кичик ёшдаги болаларда учрайдиган учуқсимон дерматитда пуфаклар, баъзан анча катта пуфаклар кўп кузатилади. Бу пуфаклар табиий тешиklar теварагида маҳаллийлашишга мойил бўлмайди ва энтеропатик акродерматитдаги сингари ошқозон-ичак йўлининг зарарланиши билан бирга кечмайди.

ПУФАКЛАР НОТУРҒУН СИМПТОМЛАРДАН БИРИ БЎЛГАН ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ЎТКИР ПЎРСИЛДОҚ

Нисбатан кам учрайдиган касаллик. Асосан ишда ўлган ҳайвонлар билан контактга киришадиган одамларда (қассобларда, кушхона ишчиларида ва шу кабиларда) содир бўлувчи юқумли-септик жараён.

Касалликнинг клиник манзараси ҳолсизланиш, иситма чиқиши, бош оғриши, терида (оёқ-қўлларда, танада) ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида ўзгармаган ёки эритематоз фонда бўшашган пардали ва сероз-йирингли ёки геморрагик суюқликли пуфаклар пайдо бўлиши билан таърифланади. Пуфаклар пар-

даси тез ёрилади, ўрнида кўшилишга мойил бўлган оғриқли қонгалаш эрозиялар кўринади. Эрозия ўчоқлари қисман геморагик пўст билан қопланган бўлади. Регионар лимфатик тугунлар катталашади. Даволанмаса, касаллик ўлим билан тугайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Лайелл эпидермал токсик некролизи, ўткир пўрсилдоқ сингари, оғир умумий симптомлар ва эпидермал некролиз билан бирга кечади. Аммо Лайелл синдромида зарарланиш ўчоқлари жуда тез ривожланади ва ўша заҳоти диффуз хусусиятга эга бўлади, анализда эса кўпинча касаллик у ёки бу тиббий дори-дармонлар қабул қилиш билан боғлиқлиги аниқланади. Ўткир пўрсилдоқда продромал босқич кузатилади, интоксикацияга организмнинг умумий реакцияси ривожланганидан кейин маълум вақт ўтгач терида ва шиллиқ пардаларда пуфаклар пайдо бўлади, анамнезида касал ҳайвонлар мурдаси билан контактга киришгани кўрсатилади.

БУЛЛЁЗ ТОКСИКОДЕРМИЯ

Касаллик дори препаратларини (антибиотиклар, сульфаниламидлар, бром, йод, барбитуратлар ва бошқалар) қабул қилинганидан кейин вужудга келади. Сульфаниламид токсикодермияда кўпинча терида ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида эритема ўчоқлари ҳосил бўлади. Қатор ҳолларда бундай эритема сиртида атрофида эритеманинг периферик зонаси кўриниб турадиган таранг пуфак ривожланиши мумкин.

Антибиотиклар қабул қилиш натижасида вужудга келган токсикодермияда эритематоз ва везикулопапулёз хусусиятга эга бўлган тублашган тошмалар ривожланади. Баъзи ҳолларда тери табиий бурмалари соҳасида ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардасида бўшашган пардали тез ёриладиган пуфакларни кузатиш мумкин. Баъзан пуфаклар жинсий олатда ҳам маҳаллийлашади.

Бром ёки йод қабул қилиш натижасида вужудга келган токсикодермияда акнеформ доғли элементлар билан бир қаторда ўсувчи тубероз ўчоқлар вужудга келиши, қатор ҳолларда уларда пуфаклар кузатилиши мумкин. Пуфаклар тез ёрилади ва уларнинг ўрнида ўсувчи эрозиялар кўринади.

Барбитуратлар қабул қилиш натижасида вужудга келган токсикодермияда пуфаклар препарат қабул қилинган куннинг эртасига ёки ундан бир неча кун ўтгач бемор умумий аҳволининг бузилиши билан бирга вужудга келувчи оз сонли цианотик доғлар фонида ривожланади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Кўп шакли экссудатив эритемадан сульфаниламид токсикодермияда ривожланган буллёз эритемалар тошмаларининг нис-

батан сийраклиги, буллёқ элементлар билан бир қаторда бир жойда тошган эритема ўчоқлари, ўртаси ботик шишли элементлар мавжудлиги, бир жойда тошган эритема ўчоқлари турғун пигментланиши ва анамнестик маълумотлари билан фарқ қиладики, уларга қараб тошмаларнинг сульфаниламид препаратлар қабул қилиш билан сабабий алоқасини аниқлаш мумкин.

Барбитурат токсикодермияси кўп шаклли экссудатив эритемадан умумий заҳарланиш оғир симптомлари ва зарарланиш ўчоқларининг чегараланганлиги, бу ўчоқлар шианотик тусга эгаллиги, кўп шаклли эритемага хос маркази ботик шишган тошмалар кузатилмаслиги билан фарқ қилади.

ЛАЙЕЛЛНИНГ ТОКСИК ЭПИДЕРМАЛ НЕКРОЛИЗИ

Касаллик турли дори воситалари (сульфаниламидлар, антибиотиклар, барбитуратлар, аминазинлар, аспирин, анальгин ва бошқалар) қабул қилинишига нисбатан организмнинг токсико-аллергик реакциясидан иборат. Клиникаси турли эритематоз доғларни кўққисдан, ўткир ва тез ривожланиши билан таърифланади. Бу доғлар фонида II- даражали (қайноқ сувдан) куйишни эслатувчи улкан пуфаклар вужудга келади. Пуфаклар пардаси йиртилиб сероз маддали эрозиялар очилади. Атрофида пуфаклар пардаси бўлаклари кўриниб туради. Зарарланиш ўчоқлари атрофга қараб катталашади. Никольский симптоми мусбат бўлади. Тошмалар оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилунгач ва жинсий олат шишлик пардасида кузатилиши мумкин. Умумий ҳодисалар: иситма чиқиши, эт жунжиши, дармонсизлик, тахикардия, бош оғриши, мушак ва бугимлар оғриши. Касаллик кўпинча ўлим билан тугайди.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

II- даражали куйишни Лайелл синдромидан сўров маълумотларга ҳамда иситма таъсиридан ташқаридаги худудларда тошмаларни йўқлигига қараб осон фарқ қилиш мумкин.

Стивенс-Жонсон синдромини баъзан Лайелл синдромининг бошланғич кучсиз шаклидан ажратиш қийин бўлади. Ҳал қилувчи дифференциал диагностика мезони — Лайелл синдромида эпидермал некролиз ва Никольский белгиси мусбат бўлади.

СТИВЕНС-ЖОНСОН СИНДРОМИ

Бу синдром ўткир ва оғир кечади, иситма кўтарилади, безгак тутади, артралгия ҳолат кузатилади. Кўкрак, бўйин, юз, оёқ-қўл ва тана терисида кўп шаклли экссудатив эритемага хос бўлган тошмалар, папулалар, пуфаклар ва пуфакчалар жалалаб тошади. Оёқ ва қўл кафти юзасида гемorraгик компонентли

юмалоқ, тўқ қизил доғлар пайдо бўлади. Касалликнинг оғир кўринишлари оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида, қаттиқ ва юмшоқ ганглайда, ҳалқумда, баъзан ҳиқилдоқда кузатилади, бу ерларда пайдо бўлган пуфаклар тез ёрилиб катта эрозияли, ўткир оғрийдиган ўчоқлар ҳосил қилади. Аногенитал соҳаларда ва сийдик чиқариш канали тешиги атрофида тошмалар пайдо бўлади. Кўз зарарланиши жуда оғир асоратлар (блефароконъюнктивит, яра, шох парда яллиғланиши, кўрлик) қолдириши мумкин.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Бехчет синдромида шиллиқ пардаларда афтлар пайдо бўлади, терида Стивен-Жонсон синдромига хос бўлган ўзгаришлар кузатилмайди. Бехчет синдромида кўз зарарланиши — кўриш нерви атрофияси. Стивен-Жонсон синдромида эса — ярали креатин натижасида кўрлик ҳолат вужудга келади. Стивен-Жонсон синдроми баъзан оғир умумий ҳодисалар — безгак тутиши билан кечади. Бехчет синдромида бундай ҳол жуда кам кузатилади.

Стивен-Жонсон синдромидан фарқли ўлароқ, афтоз стоматитда терида ва кўз шиллиқ пардасида тошмалар бўлмайди.

ТАШҚИ МУҲИТНИНГ ЗАРАРЛИ ОМИЛЛАРИ ТАЪСИРИДА ВУЖУДГА КЕЛУВЧИ КАСАЛЛИКЛАР

БУЛЛЁЗ ДЕРМАТИТ

Буллёз дерматит — механик таъсир оқибатида вужудга келувчи касалликдир. Чегараланган гиперемия ўчоқлари ривожланиши билан таърифланади. Гиперемия худудида эпидермис остида ҳар хил катталикдаги, сероз ёки сероз-геморрагик суюқликли таранг пуфаклар пайдо бўлади. Дифференциал диагноз қўйиш қийин эмас, чунки зарарланган ўчоқлари механик таъсирлар бўлган жойларда (пойафзал қисганида — товонда, ишлаб чиқариш қуроли билан ишқаланишганда — кафтда) бўлади.

Паст ва баланд ҳарорат таъсиридаги буллёз дерматит.

II-даражали куйиш эритемаларни тез ривожланиши, сероз ёки геморрагик суюқликли таранг пуфакларни пайдо бўлиши, уларни қаттиқ оғриши билан таърифланади. Ёрилган пуфаклар ўрнида қисман қонталаш ёки сероз-йирингли пўстлар билан қопланган эрозиялар ҳосил бўлади. Пўстлар кўчиб тушганидан кейин ўрнида турғун тери гиперпигментацияси қолади. Қатор ҳолларда чандиқли атрофия ҳолат ривожланиши мумкин.

II- даражали совуқ олиши аввал қон томирлар спазмаси, сўнг уларнинг кенгайиши ва бунинг натижасида турғун гиперемия ривожланиши билан таърифланади. Кейин шиш

ривожланади, сероз ёки геморрагик суюқликлик бўшашган пуфаклар, эрозиялар ва пўстлар пайдо бўлади. Субъектив сезгилар — ачишиш ва оғриш бўлади.

Жунжишда пуфаклар кам пайдо бўлади. Улар бўшашган пардали бўлиб, фликтенани эслатади ва кўкимтир-қизил, ялтироқ шишли доғлар устида, ҳимояланмаган ёки яхши ҳимояланмаган соҳаларда (қўл бармоқларида, кулоқ супрасида, лунжда, бурун учида, товонда) жойлашади. Кўпинча акроцианоз ва терининг мармар тусига кириши кузатилади.

Қуёш таъсиридаги буллёз дерматит инсоляциядан 4-6 соат ўтиб ривожланади, аммо яллиғланиш жараёнининг чўққиси 12-24 соатдан кейин кузатилади. Клиникаси- беморларнинг қуёш нурига таъсирчанлигига боғлиқ бўлади. Оқ- сариқдан келган бемор одамлар инсоляцияга айниқса таъсирчан бўлади.

Ультрабинафша нурлар таъсир қилган соҳаларда эритемалар пайдо бўлади. Бу эритемалар фониде пуфаклар ва пуфакчалар вужудга келиши мумкин. Улар ёрилиб оғриқли эрозиялар, кейинчалик эса пўст ва гиперпигментация ҳосил қилади. Субъектив сезгилар — ачишиш, қизиш, оғриқ ва умумий ҳодисалар- жунжиш, иситмалаш, тахикардия, дармонсизлик, беҳушлик.

Кимёвий омиллар таъсирида вужудга келувчи буллёз дерматитлар.

Кўпинча пуфакли тошмалар урсол, скипидар сингари кимёвий омиллар таъсирида пайдо бўлади. Шиш ва гиперемия фониде таранг пуфаклар вужудга келади. Урсол таъсиридаги контакт дерматитда зарарланиш ўчоғи терининг урсол билан контактга киришган жойида бошланади ва сўнг тублашади. Юзда (пешонада, қовоқда), лунжда ва буйинда маҳаллийлашади. Субъектив сезгилар - қичишиш, ачишиш. Таранг пуфаклар билан бир қаторда везикулёз тошмалар ҳам кузатилиши мумкин. Қовоқ шишиши натижасида кўзлар ёпилиб қолиши мумкин.

Ўсимликлар таъсирида вужудга келувчи буллёз дерматит.

Кўпинча касаллик нурли ўсимликлар билан контактга киришиш натижасида вужудга келади (ҳошиясимон нурли дерматит). Тошмалар терининг очиқ жойларида пайдо бўлади ва кўзғатувчининг майдони катталигида бўлади. Эритематоз буллёз дерматитни кўзғатувчи жуда кўп (300 дан ортиқ) ўсимлик турлари мавжуд. Баъзи бир ўсимликлар облигат кўзғатувчилар бўлса, баъзи бирлари факультатив кўзғатувчилар бўлиши мумкин.

Буллёз дерматит диагностикаси қийинчилик туғдирмайди, зеро қандай кимёвий қўзғатувчилар (соч ва қош буяш, терига скипидар суртиш ва ҳ.к.) ёки ўсимликлар билан контактга киришганликларини (ўрмонда сайр қилиш, ўт устида ётиш ва ҳ.к.) кўпинча беморлар ўзлари кўрсатади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и:

Баъзи бир ҳолларда касаллик стрептококкли импетигодан гафовут эгилади (урсолли дерматитда). Экземадан фарқли ўлароқ, дерматит ўткир ривожланади, таранг тортилган йирик пуфаклар пайдо бўлиши кузатилади ва бевосита қўзғатувчининг таъсиридан кейин вужудга келади.

Тест саволлари

1. Акантолизис ҳодисаси асосида ётади:
 - А. Бенъе-Мешчерский симптоми
 - В. Поспелов симптоми
 - С. Ауспитц триадаси
 - Д. Никольский симптоми
 - Е. Ядассон симптоми
2. Аср пўрсилдоқда суртмаларда топилади:
 - А. LE-хужарайлар
 - В. Тцанк акантолитик хужайралари
 - С. лейкоцитлар
 - Д. эозинофиллар
 - Е. рангпар трепонема
3. Аср пўрсилдоқнинг клиник шакли:
 - А. томчисимон
 - В. эритематоз
 - С. эксфолиатив
 - Д. сквамоз
 - Е. дисксимон
4. Оддий пўрсилдоққа хос хусусият:
 - А. пуфакларнинг гуруҳланиши
 - В. пардаси бўшашган пуфаклар
 - С. қалин пардали пуфаклар
 - Д. қаварчиқлар
 - Е. йирингли пуфаклар
5. Гужеро-Хейли-Хейли безарар сурункали пўрсилдоғи қуйидаги йўл билан ўтади:
 - А. аутосом-рецессив йўл билан
 - В. рецессив йўл билан
 - С. аутосом-доминантали йўл билан

- Д. доминантани йул билан
Е. Утмайди
6. Безарар пурсилдоқ кузатиладиган ёш:
А. 4 ёшгача
В. 10-20 ёшда
С. 20-30 ёшда
Д. 1 ёшгача
Е. 2 ёшгача
7. Туғма буллёз эпидермоллизнинг қуйидаги клиник шакллари мавжуд:
А. оддий ва дистрофик
В. оддий ва усувчи
С. япроқсимон ва эритематоз
Д. дисксимон ва чуқур
Е. сквамоз ва дисгидротик
8. Дюрингни учуқсимон дерматитида пуфаклар ичида топилади:
А. LE-ҳужарайлар
В. Тцанк акантолитик ҳужайралари
С. лейкоцитлар
Д. эозинофиллар
Е. рангпар трепонема
9. Дюрингни учуқсимон дерматитига хос бўлган мусбат-синов:
А. Унна мусбат синови
В. Ядассон мусбат синови
С. Бальцер мусбат синови
Д. Минор мусбат синови
Е. Гистамин синови
10. Нотурғун симптомларидан бири пуфак бўлган касаллик:
А. эшакем
В. қутир
С. мохов
Д. токсидермия
Е. лейшманиоз

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Альбанова В.И. Буллезный эпидермолиз. В кн. Моногенные дерматозы. Йошкар-Ола. 1993; 104-126.
2. Бочков Н.П., Мордовцев В.Н. Некоторые направления генетических исследований в дерматологии. Вестн. дерматол. 1976; 11: 39-46.
3. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Руководство для врачей. /Под ред. Беренбейн Б.А., Студницына А.А. — М.: Медицина. 1989; 671.
4. Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях. /Под ред. Капкаев Р.А., Селицкий Г.Д., Адо В.А. — М.: Медицина. 1989; 184.
5. Ежов Н.Я., Белсцкая Л.В., Романенко Г.Ф. Иммунопатологические реакции при пузырчатке и дифференциальная диагностика данного заболевания. Вестн. дерматол. 1977. — 2: 14-16.
6. Каламкрян А.А. Редкие и атипичные дерматозы. 1989; 459.
7. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах. Под редакцией Ю.К. Скрипкина. М.: Медицина. 1996.
8. Кортикостероиды пролонгированного действия в терапии больных истинной пузырчаткой: методические рекомендации МЗ РФ 98/54. Москва. 1998.
9. Лелис И.И., Лелиенс В.А. Наследственный буллезный эпидермолиз и его варианты. Вестн. дерматол. 1977; 6: 63-65.
10. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматовенерология. Казань. 1996.
11. Патология кожи. /Под ред. Мордовцева В.Н., Цветкова Г.М. — М.: Медицина. 1993; 105.
12. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. Под ред. Е.В. Соколовского. Санкт-Петербург. 1999.
13. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. Руководство по детской дерматовенерологии. М.: Медицина. 1983.
14. Торсуев Н.А., Шеклаков Н.Д., Романенко В.М. Буллезные дерматозы. М.: Медицина. 1979; 295.
15. Mijuscovich Z.P., Zeceovich R.D. Clinical presentation and treatment of pemphigus/EADV, Munich. 2001; 282.
16. Matsubara K., Kanuchi B. Coexistence of pemphigus and bullous pemphigoid / J. Dermatology (Japan), January. 1995; 22: 68-71.

VII-МАВЗУ

УРТИКАР ДЕРМАТОЗЛАР

ЭШАКЕМ

Э ш а к е м — терида уртикар тошмалар пайдо бўлиши билан таърифланувчи аллергик касаллик. Баъзан шиллик пардаларда ҳам вужудга келади.

Этиологик омиллари:

* Экзоген омиллар (жисмоний — ҳароратга доир, механик-кимёвий дори воситалари, озиқ-овқат маҳсулотлари)

* Эндоген омиллар (ички аъзолар патологияси, сурункали инфекция ўчоқлари)

Этиологик омиллар биологик фаол моддалар, масалан, гистамин тувланишига олиб келади. Гистамин томир деворлари ўтказувчанлигини оширади, капиллярларни кенгайтиради ва капилляритга олиб келади. Бунинг оқибатида дерманинг сўрғич қатлами шишиб, терида уртикар тошмалар пайдо бўлади.

Тула парчаланмаган оқсилли маҳсулотлар, токсинлар, бактериялар аллергенлик вазифасини бажариши мумкин. Колитда шунингдек буйрак фаолияти издан чиққанида йўғон ичакда токсик моддалар ҳосил бўлади. Эшакем шунингдек ҳаддан ташқари кўп ацетилхолин ҳосил бўлганида ҳам ривожланади.

Ў т к и р э ш а к е м:

Касаллик кўққисдан бошланади, қаттиқ қичишади. Ҳар хил катталиқдаги тўқ қизил уртикар тошмалар пайдо бўлади. Умумий аҳвол бузилиши кузатилади. Жараён кўпинча дори, овқат маҳсулотлари, сивороткалар ва вакциналар парентерал киритилганида, қон қуйилганида ривожланади.

Нотипик шакли — сунъий эшакем бўлиб, бунда механик таъсирланиш натижасида чизиқ шаклида қаварчиқлар пайдо бўлади. Қичишмайди.

Квинкининг ўткир чегараланган шиши.

Тери ости ёғ тўқимаси ҳамда юз ва жинсий олат терисининг ўткир шиши.

Субъектив симптоми — қаттиқ ачишиш ва қичишиш.

Наврўз гулдан кўзгалган фитодерматит эшакемнинг кенг тарқалган шакли бўлиб, кучли аллергик таъсирга эгадир. Эшакем ўсимлик билан контактга киришилганидан кейин бир неча соат ёки кун ўтиб ривожланади. Таъсир ҳудудида ёрқин рангли, шишли эритема, терининг яқин соҳаларида эса — уртикариялар, баъзан эритема фонида майда пуфакчали тошмалар пайдо бўлади. Беморни қичишиш ва ачишиш безовта қилади.

Одатда аллерген ингаляциясида (формальдегид, натрий сульфит), баъзан тери билан контактга киришиш натижасида вужудга келувчи касбий эшакем жуда кам учрайди.

Т у р г у н т у г у н ч а с и м о н э ш а к е м:

Касаллик турғун уртикар тошмалар узок вақт сақланиб қолганида ривожланади. Тошмалар дермадаги туқима инфилтрациясининг турғун чегараланган шишига гиперкератоз ва акантознинг қушилиши натижасида папулаларга айланади. Туқ қизил тугунчали тошмалар букиладиган соҳаларда жойлашади. Кўпинча аёлларда учрайди. Кўпгина муаллифларнинг фикрича, чидамли тугунчасимон эшакемга қичиманинг бир тури деб қараш лозим.

С у р у н к л и қ а й т а л а м а э ш а к е м:

Сурункали инфекция уоқларининг мавжудлиги, ошқозон-ичак йули, гепатобилиар система фаолиятининг издан чиқиши, салицилат ва бензоатларни, озиқ-овқат маҳсулотларини кутара олмаслик натижасида организмнинг давомий сенсibiliзациялашиши асосида ривожланади. Касалликнинг қайталаши тери қаватининг турли жойларида қаварчиқлар пайдо бўлиши билан таърифланади ва ремиссия давлари билан алмашиб туради. Қайталаш даври ҳар хил бўлади. Касаллик қайталаганида умумий аҳволнинг бузилиши кузатилади.

Қ у ё ш л и э ш а к е м:

Жигар касалликларида ва порфирин алмашинуви бузилиши натижасида вужудга келади. Кўпинча баҳор ва ёз ойларида кузатилади. Тошмалар тананинг очик соҳаларида маҳаллийлашади.

К о н т а к т э ш а к е м:

Баъзи бир антигенлар билан контактга киришилганидан кейин бир неча минут ўтиб вужудга келади ва контакт зонасида қаварчиқлар, баъзан тублашган уртикар тошмалар пайдо бўлиши билан таърифланади.

Босқичлари:

1. Маҳаллийлашган контакт эшакеми.
2. Контакт эшакем ва шиш
3. Контакт эшакем ва астма
4. Контакт эшакем ва анафилактик реакция

Б о л а л а р э ш а к е м и (синоними: болалар қичимаси, строфулюс):

Касаллик одатда оқилона овқатланмаслик ва кўп еб юбориш фонида ривожланади. Оддий эшакемдан фарқли ўлароқ, майда қаварчиқлар тошиши билан таърифланади. Қаварчиқлар марказида бир неча соатдан сўнг игна кулоғидек катталиктаги папуловезикулалар ҳосил бўлади. Қаварчиқ қисман йўқолади, папуловезикулалар ўрнида эса қашлаш натижасида қонталаш қатқалоқлар ҳосил бўлади. Жараён оёқ-қўлларнинг букиладиган соҳаларида маҳаллийлашади. Шиллиқ пардалар касатланмайди.

ЛЕФФЛЕР СИНДРОМИ

Леффлер синдромида эозинофилияли ўпка инфильтрацияси ривожланади. Асосан аллергияк тери касалликлари (эшакем, экзема) билан касалланган болаларда, шунингдек гелиминтозлар, амёбиазда, дори воситаларига (антибиотикларга, сульфаниламидларга) таъсирчанликнинг охишида кузатилади. Синдромнинг ривожланишига томир системасининг турли аллергияларга гиперсенситизацияси келтириб чиқарса керак. Бунда капиллярлар ва майда қон томirlари шок органлари ролини ўйнайди. Улар ўтказувчанлигининг ортиши рентгенограммаларда аниқланадиган, транзитор ўпка эозинофил инфильтратлар ҳосил бўлишига олиб келади. Териде қаварчиқлар, ангионевротик шиши, баъзан доғли-папулез тошмалар пайдо бўлади. Леффлер синдромида касалликнинг умумий аҳволи бузилади (неитма чиқади, дармонсизлик, нафас қайтиши, бронхиал астма хужулари, артралгия, лимфа тутунларининг катталаниши кузатилади, йўтал тутади). Қонда ва сийдикда кучли (70% гача) эозинофилия ҳолат аниқланади. Нафас олиш аъзолари билан боғлиқ белгилари эшакемдан фарқлаш имконини беради.

ВИССЛЕР-ФАНКО СИНДРОМИ

(аллергияк субсепсис)

Болаларда кузатиладиган сурункали септико-аллергияк касаллик. Нисбатан енгил бактеремияга аллергияк реакция ривожланганида болаларда пайдо бўлувчи, қур-қур тутадиган узоқ безгак, юз терисиде, кўкрак ва оёқ-қўлларда қайталаб тошиадиган уртикар тошмалар билан таърифланади. Бўғимлар деформацияси, миокардит ва пневмонияга мойил артралгия ва ревматоид шаклдаги артропатия кўзгалиши мумкин. Қонда чапга силжувчи нейтрофилез, СОЭ нинг ортиши кузатилади, қон экмалари манфий натижа беради.

Эшакемдан фарқли ўлароқ, қур-қур тутадиган узоқ безгак, полиморф тошмалар, қондаги ўзгаришлар, юрак хасталиги (миокардит), ўпка зарарланиши (пневмония) ва бўғимлар зарарланиши (артралгия) ҳолат кузатилади.

ШЕЛЛИ-ХАРЛИ СИНДРОМИ

Сут безининг ўзгарган тўқималарида аутоантигенлар ҳосил бўлиши натижасида ривожланувчи аутоиммун синдроми. Сут безининг хавфли ўсмаси бўлган ёш аёлларда кузатилади. Клиник жиҳатдан мегаломастия, тублашган тошмалар касаллик учун (юз, қўл ва оёқ қафтидан ташқари) хос. Узунлиги 3-4 см, эни 3 см, тери сатҳидан 2-3 см бўрғиб турадиган, тез тарқаладиган, тузалганидан кейин эса ўрнида терининг диффуз гиперпигментацияси қоладиган гулсимон ва сийсимон уртикар тошмалардан иборат бўлади.

Д и ф ф е р е н ц и а л д и а г н о з и: қизил югурук – бу касалликда LE- хужайралари топилади, сут безлари зарарланмайди. Сут безлари зарарланмаслиги эшакем касаллигини ҳам ўзига хос белгисидир.

МАКЛИ-УЭЛЬС СИНДРОМИ

Уртикар тошмалар артралгия, ривожланувчи карлик ва буйрак амилоидози билан бирга кузатилади. Этиологияси номаълум. Оилавий касаллианиш ҳоллари тавсифланган. Клиникаси: эрта ёшда артралгия пайдо бўлади, кейинчалик болдир, товон, тизза, билак бугимлари артритлари ривожланади. Уртикар тошмалар диссеминацияланган, қушилишга ва тублашишга мойил бўлади, 24 соатгача сақланиб туради ва сўнг йўқолади, қичишмайди, одатда ҳар ҳафта, айниқса, қаттиқ чарчаганда ва совуқ қотганда қайталаниб туради. Эшитиш органлари, буйраklar зарарланади. «Ревматик розеткалар» тести мусбат бўлиб, IgG ва IgA миқдорларининг кўпайиши, СОЭ ортиши, лейкоцитоз ҳолат кузатилади.

Макли-Уэльс синдроми бошқа дерматозлардан эшитиш органларини типик зарарланиши, артритлар ривожланиши, ҳарорат жараёнини йўқлиги билан фарқ қилади.

ФЛЮОРОЗ

Касаллик таркибида фтор моддаси кўп (1 мг/л дан ортиқ) бўлган сув истеъмол қилиш оқибатида келиб чиқади. Клиникаси: уртикариялар, қичишиш, себореяли дерматит, экзема, тиш эмали ва тирноқ дистрофияси, ошқозон-ичак йўли ва нерв системаси фаолиятининг бузилиши, суяк системаси патологияси, ярали стоматит билан таърифланади. Бунда қон зардобиди кальций моддасини миқдори нормал бўлади.

УРТИКАР ТОШМАЛАР ТАРЗИДА ПАЙДО БЎЛУВЧИ ПАРАЗИТАР ДЕРМАТОЗЛАР

П у ф а к л и қ и ч и м а:

Касалликни *Pediculoides ventricosus* канаси кўзғатади.

Кана чаққан жойда уртикар тошмалар ҳосил бўлади, аммо маълум вақт ўтгач қаварчиқлар учиди пуфаклар пайдо бўлади ва пустулаларга айланади. Жараён қаттиқ қичишади.

Тана терисида, оёқ-қўлларда ва юзда маҳаллийлашади.

Оғир ҳолларда умумий аҳволнинг бузилиши кузатилади.

Дифференциал диагнози: эшакемдан везикулопустулёз элементлари ҳамда эпидемиологик маълумотлари билан фарқ қилади.

Ч и з и қ л и к ў ч у в ч и м и о з:

Касалликни *Gastrosilidae* oilасига мансуб сўна личинкаси лозезикула ҳосил бўлади ва кейинчалик улар пустидаларга айланади. Бир неча кундан сўнг шишли ҳошия пайдо бўлади ва личинканинг кўчиш йўли шаклланади. Бу йўл чизик шаклидаги тўқ қизил қаварчиқ билан белгиланади. Чизиклар шакли кўпинча қингир-қийшиқ, аломатли, узунлиги касаллик вақтига ва личинканинг фаоллигига боғлиқ (4-30 см) бўлади.

Эшакемдан личинкаларни топилишига қараб тафовут этилади.

Ш и с т о з о м а т о з д е р м а т и т:

Касаллик сувда сузувчи қушларда ва моллюскларда паразитлик қилиб яшовчи *Shistosomatidae* oilасига мансуб қуртлар личинкаси билан контактга киришиш натижасида ривожланади. Цекорийлар кирган жойда оғриқ ёки жизиллаш, сўнг қичишиш сезилади. Бир неча соатдан ёки кундан кейин майда эри-тамотоз доғлар пайдо бўлиб, 2 см ва ундан катта диаметрли типик уртикар тошмаларга айланади. Бу тошмалар йирик полициклик шишли дискларга қўшилиши мумкин. 1,5-2 ҳафтадан сўнг тошмалар қайтиб кетади, чунки инсон терисига кирганидан кейин маълум вақт ўтгач личинкалар ҳалок бўлади.

С т р о н г и л о и д о з:

Касаллик *Strongiloides stercorioris* йирик гижжаси (гельминт) кўзгатади. Гижжа одамнинг ингичка ичагида паразитлик қилиб яшайди. Тана терисида субфебрил температура фонида узунчоқ ва ўрама шаклдаги, ранги ёрқин пушти, ўртаси оқ қаварчиқлар пайдо бўлади. Тошмалар 1-2 ҳафтадан сўнг қайталаниши мумкин. Қаварчиқлар ортки чиқарув тешиги атрофида ҳам маҳаллийлашган ҳоллар тавсифланган. Тери симптомлари ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши билан бирга намоён бўлади. Беморлар ахлатида гижжалар тухуми ва личинкалари топилади.

Т р и х и н е л л е з:

Касалликни *Trichinella spiralis* юмалоқ қуртлари кўзгатади. Зарарланиш трихинеллез билан касалланган чўчка гўштини истеъмол қилиш натижасида содир бўлади. Касаллик ошқозон-ичак йўли фаолиятининг бузилиши, юз шишиши, мушаклар оғриши, иситма чиқиши билан нишона беради. 1-1,5 ойдан сўнг (цисталаш босқичи) бу ходисаларга анемия, бронхопневмония, миокардитлар қўшилади. Юз шишишидан ташқари одатда тирноқ пластинкалари ичига қон қуйилиши, доғли тошмалар кузатилади. Ташхис қўйишда қуйидагилар муҳим аҳамиятга эга:

Қонда: эозинофилия, лейкоцитоз, гипопротейнемия, анемия. Тери синови мусбат бўлади. Трихинеллез антигенлар билан преципитация ёки агглютинация реакциялари кузатилади.

А с к а р и д о з:

Касалликни *Ascaris lumbricoides* йирик куртлари кузгатувчи гельминтоз. Касаллик босқичидан қатъи назар, баъзан терида қаварчиқлар ҳосил бўлиши билан кечади. Қаварчиқлар купинча панжа ва товонлар соҳасида маҳаллийлашади. Ошқозон-ичак йули ва жигар фаолиятининг издан чиқиши белгилари кузатилади. Ахлатда аскарарида тухумлари топилади.

Л о а о з:

Касаллик *Loa-loa* гижжаси кузгатувчи тропик гельминтоз. Инсон терисига суналар чақиши натижасида киради. Касаллик 1-3 йилдан сунг ривожланади. Клиникаси: умумий белгилар, қичишувчи қаварчиқлар, бир неча ҳафтадан сунг йуқолиб кетади.

Қонда микрофиляриялар кузатилади.

Т р и х о ц е ф а л е з:

Кузгатувчиси — власоглав. Клиникаси: уртикар тошма, ошқозон-ичак йули фаолиятининг бузилиши.

А л а н т о х е й л о н е м а т о з:

Клиникаси: умумий белгилар, гепатоспленомегалия, эшакемга ўхшаш аллергия қичима тошмалар.

М а н с о н и ч а к ш и с т о с о м о з и:

Асосан ошқозон-ичак йули зарарланади. Терига цекорийлар кирган жойда бирламчи дерматит ривожланади. 5-8 кун ўтгач эса терида эшакемга ўхшаш аллергия тошмалар пайдо бўлади, безгак тутади. ўпкада эозинофил инфильтратлар кузатилади. 6-8 ҳафтадан сунг ичаклар, сунг жигар зарарлангани белгилари пайдо бўлади.

УРТИКАР ТОШМАЛАРИ НОТУРҒУН БЕЛГИ БЎЛГАН ДЕРМАТОЗЛАР

Уртикар тошмалар бунда касалликнинг нохусусий белгилари ёки маълум босқичининг нишонлари бўлиши мумкин.

Д о р и д а н қ ў з ғ а л у в ч и т о к с и д е р м и я л а р:

Касаллик барбитуратлар, новокаин, аминазин, антигистамин дори воситаларини кўтара олмайдиган одамларда эшакем кўринишида кузатилади. Уткир эшакемдан касаллик тошмалар полиморфизми билан фарқ қилади. Қаварчиқлардан ташқари папулалар, эритемалар ва розеолалар кузатилади.

Г е м о р р а г и к в а с к у л и т л а р:

Купинча тана ва оёқ-қуллар терисида уртикар тошмалар пайдо бўлиши билан бошланади. Ўзига хос пурпуроз тошмалар уртикариялар фонида пайдо бўлади. Ичак симптоматикаси, гематурия кўшилади.

Д ю р и н г н и у ч у қ с и м о н д е р м а т и т и:

Тошмалар полиморфизм кўриниши билан таърифланади. Эритематоз доғлар, везикулалар ва папулалар билан бир қаторда баъзан қаварчиқлар ҳам кузатилади.

Ўткир эшакемдан фарқи: тошмалар ёй, ҳалқа, гул шаклида гуруҳланади, асосан тана терисида маҳаллийлашади, Ядассон синови мусбат бўлади.

П и г м е н т с а қ л а н м а с л и г и:

Уртикар тошмалар эритематоз доғлар, чизиклар, пуфаклар ва пустулалар билан бир қаторда жараённинг биринчи, ўткир яллиғланишли босқичида кузатилади.

Г е м о б л а с т о з а л а р:

Одатда нохусусий уртикариялар гемобластозаларда ҳам кузатилиши мумкин. Қон яратувчи система зарарланганлиги симптомлари пайдо бўлишидан олдин пайдо бўлади ёки бу зарарланишнинг кенг клиник манзараси асосида кузатилади ва беморнинг аҳволи яхшиланишига қараб йўқолади.

В е н е р и к л и м ф о п а т и я:

Асосан тропик иқлимли мамлакатларда кузатилувчи таносил касаллиги. Филтраланувчи вирус кўзгатади. Қаварчиқлар одатда касалликнинг иккиламчи даврида кузатилади.

Ўткир эшакемдан лимфатик тугунлар ва атроф тўқималарни хусусий зарарланганлигини ҳамда проктит ва парапроктит ҳодисаларини аниқлаш орқали тафовут этилади.

Тест саволлари

1. Эшакемдаги асосий элемент:
 - А. тугун
 - В. тугунча
 - С. пуфак
 - Д. пуфакча
 - Е. қаварчиқ
2. Эшакемни оғирлаштирувчи ҳолат:
 - А. иккиламчи инфекция
 - В. Квинке шиши
 - С. кандидоз
 - Д. Лайелл синдроми
 - Е. юрак иши етишмаслиги
3. Эшакемга хос бўлган хусусият:
 - А. оқ дермографизм
 - В. пушти дермографизм
 - С. қизил дермографизм
 - Д. оч пушти дермографизм
 - Е. қаварчиқли дермографизм
4. Леффлер синдромида ўпка инфильтрацияси билан бирга ривожланади:
 - А. лейкоцитоз

- В. эозинофилия
 - С. моноцитоз
 - Д. тромбоцитопения
 - Е. анемия
5. Висслер-Фанкони синдроми бу:
- А. септик-аллергик сурункали касаллик
 - В. нейро-аллергик сурункали касаллик
 - С. ноаллергик сурункали касаллик
 - Д. замбуруғли сурункали касаллик
 - Е. вирусли сурункали касаллик
6. Шелли-Харли синдроми:
- А. жигар
 - В. буйрак
 - С. сут бези
 - Д. ошқозон
 - Е. ошқозон ости бези ўзгарган тўқималарига аутоантитаначалар ҳосил бўлиши натижасида ривожланади.
7. Флюроз таркибидаги модда бу:
- А. йод
 - В. хлор
 - С. темир
 - Д. фтор
 - Е. мис миқдори кўп бўлган сув истеъмол қилиниши натижасида келиб чиқади.
8. Макли-Уэльс синдромида уртикар тошмалар билан бирга кузатилувчи касаллик:
- А. артралгия
 - В. анемия
 - С. остеодистрофиялар
 - Д. тонзиллит
 - Е. миокардит
9. Чизиқли кўчувчи миоз касаллигини қўзғатувчиси:
- А. ясси чувалчанг личинкалари
 - В. кана
 - С. микобактериялар
 - Д. суна личинкалари
 - Е. думалоқ қурт личинкалари
10. Венерик лимфопатия касаллиги қўзғатувчиси:
- А. папилломавируслар
 - В. стрептококк
 - С. рангпар трепонема
 - Д. Дюкрей-Унна таёқчалари
 - Е. филтрланувчи вирус

А Д А Б И Ё Т Л А Р

1. Адо А.Д. Общая аллергология. М.: Медицина. 1978; 464.
2. Бабаянц Р.С., Лоншаков Ю.И. Расстройства пигментации кожи. М.: Медицина. 1972; 144.
3. Беренбейн Б.А. Дифференциальная диагностика кожных болезней. М. 1989.
4. Борисенко К.К., Василенко Т.И., Абаева А.С. Серотолу и венерол. 1975; 3: 22-26.
5. Капкаев Р.А., Скрипкин Ю.К. Справочник дерматовенеролога. 1992; 288.
6. Коралев Ю.Ф., Пильтиенко Л.Ф. Медикаментозные токсидермии. Минск. 1978; 143.
7. Лазовский И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. М.: Медицина. 1981.
8. Машкиллейсон А.А. Лечение кожных болезней. М.: Медицина. 1990; 560.
9. Мордавцева В.Н., Цветкова Г.М. Патология кожи. I-II том. 1993.
10. Скрипкин Ю.К., Сомов Б.А., Бутов Ю.С. Аллергические дерматозы. М.: Медицина. 1975; 247.
11. Туранова Н.М., Студницин А.А. Атлас. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина. 1977; 412.
12. Фицпатрик Т.Ф., Джонсон Р., Вульф К. Дерматология. Атлас справочник. М.: Медицина. 1999; 1088.
13. Шодиев Х.К., Ахмедов К.Р. Тери ва таносил касалликлари. Ибн Сино. 1993; 248.
14. Шапошников О.К. Крапивница. М.: Медгиз. 1962; 108.
15. Diseases of the skin in children and adolescents. A. Color. Atlas. London. 1970; 233.
16. Fitzpatrick M.K., Polano D. Suurmond. Color atlas and synopsis of clinical dermatology. New-York. 1983; 412.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
1-МАВЗУ. РОЗЕОЛЕЗ-ДОФЛИ ДЕРМАТОЗЛАР	5
Кўп шаклли экссудатив эритема	5
Дарье марказдан қочма ҳалқасимон эритемаси	7
Бир жойда тошадиган сульфаниламид эритема	9
Лендорф-Лейнер ҳалқасимон ревматик эритемаси	10
Венде турғун шаклдор эритемаси	11
Қул ва оёқ кафти туғма эритемаси	13
Ферсоль-Бенье скарлатинасимон дескваматив қайталоғчи эритемаси	14
Вильсон-Брок оғир тублашган эксфолиатив эритродермияси	16
Лейнер-Муссу дескваматив эритродермияси	18
Эризипеллоид	19
Жибер пушти темираткиси	20
Токсидермия	22
Оддий контакт дерматит	24
Розацеа	26
2-МАВЗУ. ПАПУЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР	31
Псориаз	31
Қул ва оёқ кафти псориази	36
Парапсориаз	36
Қизил чандиқсимон тукли темиратки	40
Сўгал	42
Контагиоз моллюск	43
Дарье касаллиги	43
Қизил ясси темиратки	45
Атопик дерматит	47
Атопик дерматитни диагностика қилиш мезонлари	49
Атопик дерматитни диагностика қилиш	50
Нейродерматит	53
Ёпишқоқ темиратки	56
Ялтироқ темиратки	57
Бурун қизил дона-дона тошмаси	58
Фокс-Фордайс касаллиги	59
Кирле касаллиги	60
Болалар папулёз акродерматити (Крости-Жаногги синдроми)	62
Қулоқ супраси тугунчали хондродерматити	63
Ҳалқасимон гранулёма	64
Папулёз сохта захм	66
Тери папулонекротик сили	66
Папулёз захм	67
3-МАВЗУ. ДУМБОҚЧАЛИ ДЕРМАТОЗЛАР	73
Тери сили	73
Сил люпуси	73
Саркоидоз	76
Думбоқчали сифилид	77
Тери лейшманиози	78
Моховнинг туберкулоид шакли	80
4-МАВЗУ. ТУГУНЛИ ДЕРМАТОЗЛАР	84
Спонтан панникулит	84
Олеогранулема ва парафинома	87
Инсулинли липодистрофия	87
Базен қалинлашган эритемаси	88
Дарье-Руси тери ости саркоидлари	88
Капоши-Ирганг қизил люпусининг чуқур шакли	89
Подагра тугунлари	89
Тери бирламчи кальцинози	89
Чақалоқлар тери ости ёғ тўқимаси некрози	90
Липома	90

Уемасимон сил кеантомаси	91
Абрикосов мнобластомаси	92
Захм гуммаси	92
Колликуватив тери сили (Скрофулодерма)	94
Актиномикоз	94
Моховнинг лепроматоз шакли	95
5-МАВЗУ. ВЕЗИКУЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР	98
Экзема	98
Аллергик дерматит	99
Иссиқлик	100
Дисгидроз	101
Учуқ	102
6-МАВЗУ. ПУСТУЛЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР	107
Пиодермиялар	107
Стрептококк импетиго	107
Буллёз импетиго	109
Юзаки хасмол	110
Чақалоқлар эпидемик пўрсилдоғи	110
Риттер фон Ритерсхайн эксфолиатив дерматити	111
Кузяра (Вульгар эктима)	112
Чуқур кузяра	113
Стафилококк импетиго	113
Фолликулит	114
Чипқон	115
Хушпоз	116
Гидраденит	116
Сохта фурункулёз	117
Оддий сикоз	118
Оддий хуснбузар	119
Абсцесс ҳосил қилувчи ва ёрилувчи фолликулит ҳамда Гофман перифолликулити	120
Қизил хуснбузар	120
7-МАВЗУ. БУЛЛЁЗ ДЕРМАТОЗЛАР	124
Тошманинг асосий морфологик элементи пуфак булган тери касалликлари	124
Асл (акантолитик) пўрсилдоқ	129
Гужеро-Хейли-Хейли безарар сурункали ошлавий пўрсилдоғи	130
Пуфаклар неакантолитик йул билан ҳосил булувчи пўрсилдоқлар	130
Шиллиқ пардалар безарар пемфигонди	131
Туғма буллёз эпидермолиз	152
Учуқсимон дерматозлар	152
Дюринг учуқсимон дерматити	153
Энтеропатик акродерматит	134
Пуфаклар нотурғун симптомлардан бири булган тери касалликлари	134
Ўткир пўрсилдоқ	135
Буллёз токсикодермия	136
Лайелл эпидермал токсик некролизи	136
Стивен-Жонсон синдроми	137
ашқи муҳитнинг зарарли омиллари таъсирида вужудга келувчи касалликлар	137
Буллёз дерматит	142
8-МАВЗУ. УРТИКАР ДЕРМАТОЗЛАР	142
Эшакем	144
Леффлер синдроми	144
Висслер-Фанкони синдроми	144
Шелли-Харли синдроми	145
Макли-Уэльс синдроми	145
Флюороз	145
Уртикар тошма тарзида пайдо бўлувчи паразитар дерматозлар	147
Уртикар тошма нотурғун симптом булган дерматозлар	147

