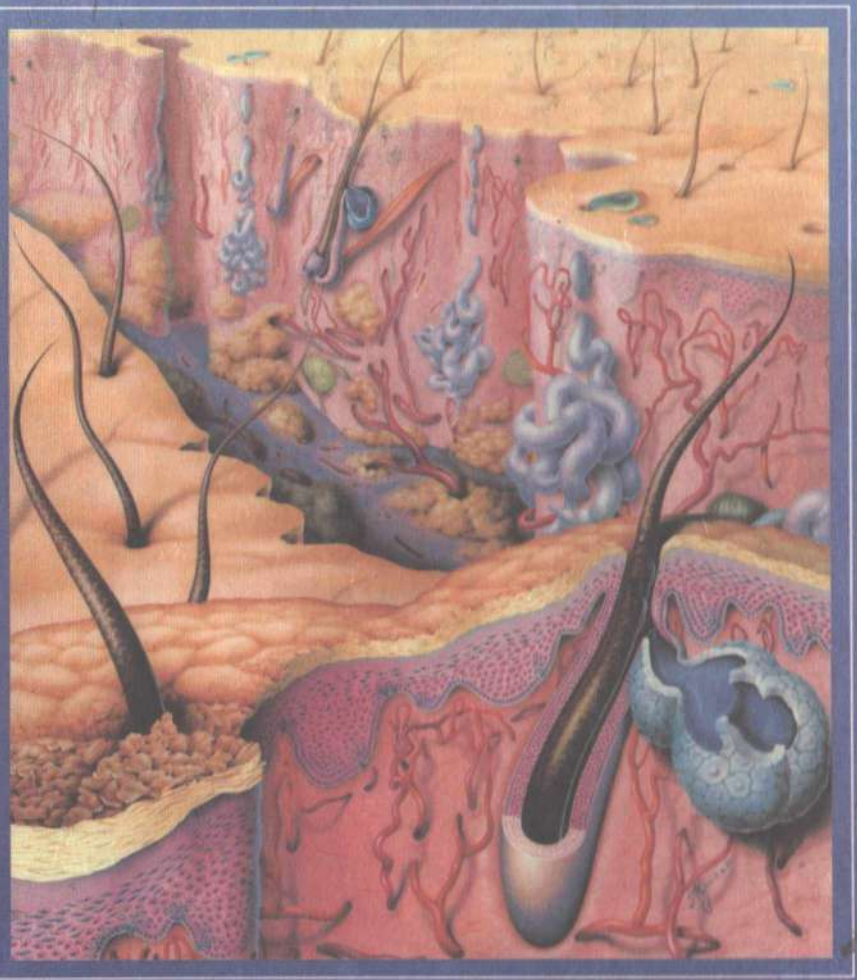
E.H. ESHBOYEV, Y.M. FAYZIYEV

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI



55.8
E 99

Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi ilmiy-metodik birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi Kengash tomonidan nashrga tavsiya etilgan.

Qo'llanmada keng tarqalgan teri va tanosil kasalliklarining paydo bo'lish sabablari, rivojlanish mexanizmi klinikasi, davosi va profilaktikasi bayon etilgan. Shuningdek, «Dermatovenerologiya» fanining qisqacha tarixi, teri gigiyenasi, gistologiyasi, bemorlarni klinik tekshirish usullari batafsil yoritilgan.

Taqrizchilar: **T.M. USMONOV** — O'zbekiston Dermatologiya va venerologiya ilmiy-tekshirish institutining yetakchi mutaxassisi, tibbiyot fanlari nomzodi; **I.M. TURSUNOVA** — Sog'liqni saqlash vazirligi O'quv-uslub idorasining oliy toifali uslubchisi; **G.G. TOSHXO'JAYEV** — Y. Oxunboboyev nomidagi tibbiyot kolleji oliy toifali o'qituvchisi.

ISBN 978–9943–303–40–9

© «ILM ZIYO» nashriyot uyi, 2007-y.

KIRISH

Terining yuqumli va tanosil kasalliklari bilan xastalangan bemorlarga o'z vaqtida tashxis qo'yish, uni davolashni takomillashtirib borish — sog'liqni saqlash muassasalari davolash hamda profilaktik faoliyatining asosiy vazifasi hisoblanadi. Bunday ishlarni amaliyotga tatbiq etishda, o'rta ma'lumotli tibbiyot hamshiralarining o'rni benihoya kattadir. Hamshiralar nafaqat shifokorga yordamchi bo'lib qolmasdan, balki kasallikni birlamchi aniqlash jarayonida hamda davolash muolajalarini bekam-ko'st bajarishda ishtirok etishadi.

So'nggi yillarda butun dunyoda teri va tanosil kasalliklari ortib borayotganligi ko'pchilikni tashvishga solayotir. Masalan, patogen zamburug'lar keltirib chiqaradigan (dermatomikozlar), parazitar (dermodikoz, qo'tir), jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (zaxm, so'zak, OITS, xlamidioz, mikoplazmoz va boshq.) keskin ko'payib bormoqda. Vaqt esa, ushbu kasalliklarning zamonaviy davo uslublarini yaratishni talab etayotir. Qo'llanmada yuqorida ta'kidlangan teri va tanosil kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, davosi, profilaktikasi va laboratoriya diagnostikasi keng yoritilgan. Shu bilan birgalikda «Dermatologiya va venerologiya» fanining qisqacha tarixini bilish va o'zlashtirish ahamiyatga molik vazifa sanaladi.

Dermatovenerologiya (yunon. *derma* — teri) — teri va tanosil kasalliklari haqidagi fan. Teri va tanosil kasalliklari qadimdan ma'lum. Masalan, yunon shifokori Gippokrat (eramizdan avvalgi 460—377-yillar) teri kasalliklarini ma'lum bir tizimga solib, qo'tir, moxov, alopetsiya, uchuq va boshqa dermatozlar haqida ma'lumotlar bergan. Vatandoshimiz Abu Ali ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» asarida ekzema (gush), qichima va qo'tir kasalligining belgilari hamda davolash usullarini yozib qoldirgan.

«Dermatologiya» fanining rivojlanishi XVI asrning ikkinchi yarmida kimyo, biologiya fanlaridagi kashfiyotlar bilan uzviy bog'liqdir. Shifokorlar orasidan teri va tanosil kasalliklari bo'yicha mutaxassislar ajralib chiqdi. XVIII asrda teri-tanosil kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasini o'rganish avj oldi va ingliz, fransuz, nemis dermatologiya maktablari paydo bo'ldi.

Angliya dermatologiya maktabiga asos solgan olimlar Vilan (1757—1812) — teri, Bateman (1778—1821) — tanosil kasalliklarini o'rganishda morfologik yo'nalishni tanlashadi. Ular taklif etgan dermatozlar tasnifi toshmalar (dog', tugun, pufakcha va boshq.) morfologiyasiga asoslangan.

Fransuz dermatologiya maktabining asoschisi Alibert (1766—1837) teridagi toshmalar, dermatozlarning kelib chiqishi va kechishini organizmning umumiy o'zgarishi (ahvoli) bilan bog'liq, deb hisoblagan. U shifokorlar uchun qo'llanma, atlas yozgan va dermatoz, sifilid atamalarini birinchi bo'lib qo'lladi. Olim yaratgan maktab olamga bir qancha mashhur dermatologlar (Biett, Bazin, Devergia, Vidal, Besnier)ni yetkazib berdi.

Nemis dermatologiyasining asoschisi Hebra (1816—1880) teri kasalliklarining patogenezini o'rganishda Virchow (1821—1902) tomonidan yaratilgan patologoanatomik konsepsiyani qo'lladi. U kasbga oid dermatozlarda teridagi patologik o'zgarishlarni o'rgandi. Uning o'quvchisi Kaposi (1837—1902) esa, pigmentli kseroderma, sarkoma, bolalarning varitselliform ekzemasi kabi dermatozlarni birinchi bo'lib ta'riflab berdi.

Rossiyada teri va tanosil kasalliklariga asos solgan olimlardan A.G. Polotebnev (1838—1907), A.I. Pospelov (1846—1919) o'z ilmiy izlanishlarida teridagi patologik o'zgarishlar ichki a'zo, asab tizimi xastaliklari, atrof-muhitning salbiy ta'siri oqibatida kelib chiqishini tushuntirishgan. A.G. Polotebnev tomonidan yaratilgan «Dermatologik tadqiqotlar» kitobi hozir ham o'z ahamiyatini yo'qotgan emas. A.G. Polotebnev rus dermatologiyasining otasi sanalsa, V.M. Tarnovskiy (1837—1906) rus venerologiyasining asoschisi hisoblanadi. Olimning 1863-yilda «Ayol va bolalarda venerik kasalliklarni aniqlash» kitobi chop etildi. U zaxm

bilan og'rigan bolalar va ayollarni davolash uchun Kalinkin kasalxonasida maxsus bo'lim ochib, Peterburgda sifilidologiya va dermatologiya jamiyatini tuzdi.

Olimlardan T.P. Pavlov (1860—1932), S.T. Pavlov (1897—1971), P.V. Kojevnikov (1898—1969), N.S.Vedrov (1891—1949), L.H. Mashkilleyson (1898—1964), A.I. Kartamishev (1897—1973), N.S. Smelov (1898—1975), Y.K. Skripkin va boshqalar dermatologiya fanining rivojlanishiga katta hissa qo'shishdi.

O'zbekistonda ilk bor teri va tanosil kasalliklari kafedrasining ochilishi 1920-yili Turkiston universiteti tashkil etilishi bilan bog'liq. 1932-yilga kelib, Toshkentda teri va tanosil kasalliklari ilmiy tekshirish instituti ochildi. So'zak, zaxm, terining zamburug'li kasalliklari, vitiligo kabi xastaliklarning tarqalishi, etiologiyasi patogenezi, tashxisi, davosi, oldini olish masalalari o'rganildi. Teri kasalliklarida ichki a'zolarining zararlanishi, kasbga aloqador teri kasalliklari, dermatomikozlar qo'zg'atuvchilarining turini aniqlash bo'yicha ilmiy ishlar olib borildi.

Respublikamizda bu sohada olimlardan A.X.Abdullayev, X.N. Xidirov, T.T. Tojiboyev, K.S. Sulaymonov, M.M. Obidov, U.M. Mirahmedov, A.Sh.Voisov, X.K. Shodiyev, S.S. Orifov, K.A. Yo'ldoshev, A.B. Rahmatovlar ilmiy tadqiqot va amaliy ishlar olib borishgan. Ularning teri va tanosil kasalliklarini keskin kamaytirishda xizmatlari beqiyos.

O'quv qo'llanmada nazariy ma'lumotlar bilan bir qatorda kichik tibbiyot xodimi bajarishi lozim bo'lgan amaliy ishlar keng yoritilgan. Xususan, kasallikning klinik belgilarini yuzaga keltiradigan har xil yara-chaqa va toshmalarni davolashda ishlatiladigan dorivor moddalar (malhamlar, pasta, bo'yoqlar, kremlar va boshq.)ni qo'llash uslublari, teri va tanosil kasalliklarida hamshira bilishi shart bo'lgan etika va deontologiyaga batafsil to'xtab o'tildi. Qo'llanmada tibbiyot fanlari doktorlari, professorlar Z.M. Obidova va K.A. Yo'ldoshevlar taqdim etgan suratlardan foydalanildi.

1-amaliy mashg'ulot

TERI ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI



• Normal teri anatomiyasi va fiziologiyasini o'rganish • Bolalar va keksalar terisining o'ziga xos xususiyatlari

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

Katta yoshdagi odam terisining umumiy sathi 1,5–2 m^2, qalinligi tananing turli joyida turlicha bo'lib, 0,5 mm.dan 2 mm. gacha, kaft va tovonda 4 mm.gacha yetadi. Teri butun badanni qoplab, og'iz, burun, siydik chiqarish kanali, anus sohasida shilliq pardalarga aylanadi. Gavda og'irligining 16–18 % ni, teri osti yog' qavatsiz esa, 5 % ni tashkil qiladi. Terining 70 % suv, 30 % oqsillar (kollagen, elastin, retikulin), uglevodlar (glukoza, glikogen, mukopolisaxaridlar), lipidlar, mineral tuzlar (natriy, magniy, kalsiy) va fermentlardan iborat. Teri o'ziga xos rang va tusga ega bo'lib, u donador va muguz qavatlarining qalinligiga, tomirlarning yuza joylashishiga, shu bilan birga melanin pigmentining ko'p-ozligiga qarab belgilanadi.

Terining rangi tashqi va ichki omillar ta'sirida o'zgarib turishi mumkin. Uning yuzasi odatda notekis, unda son-sanoqsiz egatcha, burma va chuqurchalar bo'lib, ular bir-biri bilan kesishgan joylarda uchburchaklar, rombiklar shaklini hosil qiladi. Panjalarning dorsal yuzalarida bular, ayniqsa, yaqqol ko'rinib turadi. Barmoqlarning kaft yuzalarida teri egatchalari konsentrik aylana shaklida joylashgan. Bu shakllar har bir shaxsda o'ziga xos

«naqsh»ni hosil qiladi. Shaxsni aniqlashda (daktiloskopiya), odatda, shu naqshlarning izidan foydalaniladi.

Terining ko'p qismi tuk bilan qoplangan. Og'iz lablari, tovon, kaftning ichki qismi, olat boshi, qin dahlizi, katta va kichik uyatli lablarning ichki sohalarida tuk (jun) bo'lmaydi. Terida juda ko'p ter va yog' bezlari hamda ularning teshikchalari joylashgan. Qo'l va oyoq barmoqlarining uchida tirnoq plastinkalari bor.

Terining mikroskopik tuzilishiga qarab uch qism tafovut qilinadi:

1. *Epidermis* — terining ustki qismi.
2. *Derma* — asl qismi.
3. *Gipoderma* — teri osti yog' kletchatkasi.

Epidermis (*Epidermis*) ko'p qavatli muguzlanuvchi (shoxlanuvchi) epiteliylardan tashkil topgan va ular bir-biridan hujayralarning shakli, tuzilishi bilan farq qiladi. Epidermisda quyidagi qavatlar bo'ladi:

1. Bazal qavat (*stratum basale*).
2. Tikansimon qavat (*stratum spinosum*).
3. Donador qavat (*stratum granulosum*).
4. Yaltiroq qavat (*stratum lucidum*).
5. Muguz qavat (*stratum corneum*).

Bu qavatlar kaft va tovon sohasida juda yaxshi rivojlangan, yaltiroq qavat esa yuz, ko'krak, qo'l va oyoqlarning bukiladigan joylarida yaxshi ko'rinmaydi. Umuman, olimlarning elektron mikroskopik izlanishlaridan shu narsa ma'lum bo'ldiki, epidermis yaltiroq qavatini odam terisidan bir bo'lak qavat sifatida ajratib bo'lmas ekan. Bazal, tikansimon va donador qavatlar yig'indisi Malpigi qavati, deb ham ataladi.

Bazal qavat teri ustki qismi (epidermis)ning eng chuqur qavati bo'lib, pastdan derma bilan chegaralanib, yirik, bo'ychan, yaxshi bo'yaladigan oval yadroli bir qator silindrsimon hujayralardan tashkil topgan. Yadrolari xromatinga boy, sitoplazmasi bazofil xususiyatga ega. Hujayralar oraliqlarida kichik tirqishlar (hujayralararo kanallar) bo'lib, ularda to'qima suyuqligi harakat qiladi. Bazal qavat hujayralari bir-biri bilan desmosomalar orqali birikadi. Bu qavat hujayralari asosiy yoki o'suvchi qavat

ham, deb ataladi. Chunki epidermisning yuqorida yotgan hamma qavatlari o'sha bazal hujayralardan muttasil o'sib chiqib turadi.

Bazal qavat hujayralari doimo mitoz yo'li bilan bo'linib boradi. Ularning ko'payishi natijasida muguzlangan va nobud bo'lgan hujayralar yangi, yosh hujayralar bilan muttasil almashib turadi. Yadrosiz, plastinkasimon ko'rinishdagi muguzlangan hujayralar teri yuzasidan asta-sekin, sezilmasdan ko'chib turadi, bu hodisa fiziologik normal hol bo'lib, odamda butun umr davom etadi.

Bazal qavat hujayralari uch qismida melanin pigmenti donachalarini tutadi. Buni ayollarning ko'krak uchi, qo'ltiq, jinsiy a'zolar va anus atrofi terisida, qora tanlilarda tikansimon qavat hujayralarida ham kuzatish mumkin.

Pigment donachalarini saqlovchi bunday hujayralar melanotsitlar (pigment hujayralar), deb yuritiladi. Melanotsitlar gemotoksinli eozin bo'yog'i bilan yaxshi bo'yalib, sitoplazmasi och bazofil, yadrosi to'q rangga kiradi. Kumush tuzi eritmasi bilan ishlanganda, hatto hujayralarning uzun tarmoqlangan melanin donachalarini saqlovchi o'simtalar ko'rinadi. Melanin pigmenti melanotsitlar sitoplazmasida tirozinaza fermentining tirozinga ta'sirida, ya'ni uning oksidlangan mahsulotlarini polimerizatsiyalash natijasida yuzaga keladi. Melanotsit ichidagi melanin pigmenti shu hujayra o'simtalari orqali bazal qavat hujayralariga o'tadi. O'zi pigment ishlab chiqarmay, melanin oluvchi bunday hujayralar *melanoformlar*, deyiladi.

Tadqiqotchilarning fikricha, 1 mm^2 teri yuzasida melanin ishlab chiqaruvchi 1155 tacha donacha bo'lar ekan. Terining rangi pigment donachalari — melanotsitlarning miqdoriga bog'liq. Melanin hosil bo'lishida *A* va *C* vitaminlarining ahamiyati katta. Melanin pigmenti organizmni nurlarning zararli ta'siridan saqlaydi. Ma'lumki, oftob ta'sirida terida pigment to'planib, badan qorayadi. Bu esa, organizmning o'ziga xos himoya reaksiyasi bo'lib, hujayralarning yadrolarini, shuningdek, chuqurroq joylashgan hujayra hamda to'qimalarni ultrabinafsha nurlarning kuchli (kuyish) ta'siridan himoya qiladi. Melanin pigmenti yetishmasa, terida har xil kattalikdagi gipopigmentli yoki depigmentlangan dog'lar, masalan, vitiligo (pes) kasalligi paydo bo'ladi.

Tikansimon qavat bazal qavat ustida joylashgan 5—10 qator kubsimon hujayralardan iborat bo'lib, donador qavatga yaqinlashgan sari u yassilanib boradi. Tikansimon qavat hujayralari protoplazma o'siqchalari (tikanlari) bilan bir-biriga tutashgan bo'lib, ular hujayralararo ko'prikchalar deb ataladi. Bu hujayralar sitoplazmasida tonofibrillar yaxshi rivojlangan, ularning uchi desmosomalar (o'siqchalar)ga ulanib ketadi.

Donador qavat. Bu qavatning donador deyilishiga sabab, hujayralari o'z sitoplazmasida ishqoriy anilin bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladigan keratogialin moddasidan tashkil topgan donachalar tutishidir. Donador hujayralar 2—3 qavatdan iborat, duksimon shaklga ega. Ular zich joylashib teri sathiga parallel yotadi. Hujayralarning yadrosi oval, ancha kichkina, xromatinga kambag'al, hatto ba'zi hujayralarda yadro bo'lmaydi. Sitoplazmadagi donachalar tuzilishi jihatidan DNK (dezoksiribonuklein kislota)ga yaqin turadi. Mana shu qavat tufayli teri o'ziga xos rangda bo'ladi.

Yaltiroq qavat (tiniq qavat) donador qavat ustida joylashgan bo'lib, uni muguz qavatidan ajratib turadi. Bu qavat 1—3 qator yassi cho'zinchoq hujayralardan tashkil topgan, ularning deyarli hammasida yadro bo'lmaydi. Hujayralar yadrosida eleydin oqsili bo'ladi. U nur sindirishda katta ahamiyatga ega. Epidermisning yaltiroq qavatida eleydin moddasidan tashqari glikogen, lipoidlar, yog' va olein kislota ham bor.

Muguz (shox) qavat epidermisning eng yuqori qavati bo'lib, 3—4 qavat qator yassi hujayralardan tashkil topgan. Hujayralarida yadro bo'lmaydi, ularning qalinligi terida turlichadir. Bu hujayralar keratin tutadi, ularga to'q qo'ng'ir rangli alohida bo'yoq — muguz qatlam yog'i singigan, u yopishqoq bo'ladi. Shuning uchun bu hujayralar bir-biriga zich taqalib turadi. Muguz qavatning eng yuqori yuza qismida plastinkalar zich turmaydi, ular astasekin ko'chib, fiziologik po'st tashlash yuz beradi. Shunday qilib, epidermis qavati hujayralari uchun keratinizatsiya jarayoni maxsus funksiyalardan biri hisoblanib, hujayralar yadrosi, organoidlar dezintegratsiyalanadi va muguzlanish bilan yakunlanadi.

Derma — terining asl (*derma, cutis, corium*) yoki xususiy qavati bo'lib, bazal membrana ostida yumshoq chegaralanmagan

biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan. Dermada bir-biridan unchalik ajralmagan ikki qavat tafovut qilinadi.

So'rg'ichsimon qavat (stratum papillare) – bevosita epidermis tagida joylashib, unga o'zining so'rg'ichlari *(papilla)* bilan botib kirgan holda turadi. So'rg'ichsimon qavat deganda epidermisdan to yuza tomirlarning to'r qismigacha bo'lgan joy tushuniladi. So'rg'ichlarning kattaligi va uzunligi har xil. Qo'l va oyoq kaftlarida, ayollarda sut bezi sohasida ular ancha uzun (200—300 mk) bo'lsa, yuz, peshana terisida juda qisqa (25—30 mk) bo'ladi. So'rg'ichlar uzunligi yosh ulg'ayishi bilan qisqarib boradi. So'rg'ichsimon qavat orqali inson shaxsini aniqlash mumkin.

To'rsimon qavat (stratum reticulare) zich biriktiruvchi to'qimadan tuzilgan bo'lib, unda yo'g'onligi va yo'nalishi har xil kollagen tolalar to'r hosil etadi. Elastik tolalar bir-biriga chirmashib, kollagen tolalar bilan bir xil yo'nalish oladi va to'r hosil qiladi. Shu bilan birga dermada o'ziga xos pigmentli hujayralar —melanofaglar ham bor. Terining asl qavatida soch ildizi, yog' bezlari, mimika muskullari, qon tomirlar, asab tolalari, teri osti yog' qatlami (gipoderma) bilan chegaradosh qismida esa, ter bezlari joylashgan.

Teri osti yog' qatlami (gipoderma). Derma aniq chegarasiz teri osti yog' qatlamiga (kletchatkaga) o'tadi. Bu qatlam yog' hujayralari to'plamidan iborat bo'lib, ular asl teri qavatining to'r qismidan davom etgan va teri fassiyasini hosil qiluvchi kollagen tolalarning katta tutamlari bilan o'ralib turadi.

Teri osti yog' qatlami odamning tanasini har xil mexanik ta'sirlardan saqlaydi, u organizm uchun yog' manbayi hisoblanib, haroratni mo'tadil ushlab turishda ishtirok etadi.

Teri bezlari. Terida ter bezlari *(glandulae sudoriberae)* va yog' bezlari *(glandulae sebaceae)* joylashgan.

Ter bezlari ter ishlab chiqaruvchi qism va chiqaruv naylaridan iborat. Ter bezlari homila taraqqiyotining 5—6-oyida epidermisdan hosil bo'ladi. Bosh miyada ter ajratishni boshqarish markazining faoliyati rivojlanmaganligi uchun, bola tug'ilmasidan homila terisida deyarli ter ishlab chiqarilmaydi. Odam terisida ter bezlarining soni 3—3,5 mln.gacha yetadi. Ular qo'l va oyoq kaftlarida

juda ko'p. Jinsiy olat boshchasi, kichik uyatli lablar atrofida ter bezlari bo'lmaydi. Hujayralardan ter ajralib chiqish xususiyatiga qarab, *ekkrin* va *apokrin* ter bezlari tafovut qilinadi.

Ter bezlarining aksariyat qismida ter ajralish jarayonida hujayralarning apikal qismi parchalanmasdan qoladi, ya'ni *ekkrin sekretsiya* yuz beradi. Apokrin ter bezlaridan ter ishlab chiqarilganda sekretor hujayralar tuzilishi o'zgaradi. Ter bezlarining tanasi dermaning chuqur qatlamlarida yoki teri osti yog' qatlamida yotadi. Chiqaruv naylari epidermisdan o'tib, teri yuzasida tirqishlar (teshik) hosil qiladi.

Ter bezlari hujayralari glikogen, yog' va pigment kiritmalarini tutadi. Bu bezlar asosida bazal biriktiruvchi to'qimali membrana — mioepitelial (savatsimon) hujayralar to'plami joylashadi. Mioepitelial hujayralar bir-biri bilan o'simtalar orqali bog'lanadi va ular savatsimon bo'lib, bez koptokchasini o'rab turadi. Bu hujayralar va ularni o'rab turuvchi muskul tolalari qisqarganda ter bezining asosi siqilib, ter chiqadi.

Ekkrin ter bezlari butun tana terisida joylashgan, ayniqsa, ular peshana, ko'krak, qorin va bilak terisida ko'p. Shu joylarda 1 sm^2 teri sathida 250—300 taga yetadi. Bir kunda ter bezlari 300—800 ml.gacha, ayrim hollarda 1500 ml.gacha ter ishlab chiqaradi.

Yog' bezlari — alveolyar bezlar bo'lib, tana terisining barcha qismida joylashgan. Yuz, boshning sochli qismi, kuraklar orasi va to'sh atrofida ko'p. Faqat oyoq va qo'l kaftlarida bo'lmaydi.

Yog' bezlari aksariyat sochlar bilan bog'langan holda joylashib, ularning sekret chiqarish yo'llari soch follikulasiga ochiladi. Har bir soch ildizi atrofida 6—8 tagacha yog' bezi bo'ladi. Jinsiy olatning chekka kertmagi, kichik uyatli lablar, ko'z burchaklari terisida va ayollarda ko'krak bezlari uchida yog' bezlari to'g'ridan to'g'ri yuzasiga ochiladi. Yog' bezlarining sekreti, asosan, oliy va past darajali yog' kislotalari, xolesterin, lipoid, fosfat, xlorid va oqsil mahsulotlaridan tuzilgan. U teri va sochlarni mo'rtlikdan hamda qurib qolishdan saqlaydi.

Sochlar. Sochlar uch xil bo'ladi: uzun soch, kalta soch, tuk. Uzun soch boshda, yuz va iyakda (soqol-mo'ylov), qo'ltiq, jinsiy

a'zolarda bo'ladi. Kalta sochlarga qosh, kiprik, burun shilliq qavatida va quloqning tashqi eshituv yo'lidagi sochlar kiradi. Tuklar deyarli butun tana terisini qoplab turadi (sochlarning 95 % ni tashkil qiladi).

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mayin tuk bo'ladi. Ular keyin ikkilamchi sochlar bilan almashinadi. Sochning o'sishi faqat jinsiy jihatdan voyaga yetishga emas, balki irqiy genetik belgilarga ham bog'liq. Ularning kimyoviy tarkibi juda murakkab bo'lib, unda 40 dan ortiq moddalar: marganes, simob, natriy, yod, brom va boshqalar bor. Qora sochda marganes, qo'rg'oshin, kumush ko'p bo'lsa, oq soch tarkibida havo pufakchalari va nikel bo'ladi.

Soch ikki qismdan: teri ustidagi qismi — tolasi va teri ostidagi qismi — soch ildizidan tashkil topgan. Soch ildizi soch xaltachasida joylashgan. Soch teri yuzasiga nisbatan o'tkir burchak hosil qilib o'sadi. Ular ildizining pastki qismi kengayib yo'g'onlashib turadi va soch so'g'oni (piyozchasi), deyiladi. Piyozchalar dermaning asosiga, hatto gidermaga qadar yetadi. Sochlar bir kunda 0,1 mm.dan 0,5 mm.gacha o'sishi mumkin. To'kilgan sochlar o'rniga follikular hujayralarning ko'payishi natijasida yangilari o'sib chiqadi. Sochlar uzunligi bir necha mm.dan 1,5 m.gacha, eni 0,6 mm. gacha yetishi mumkin. Ayollar sochi erkaklar sochiga nisbatan ingichka bo'ladi. Boshning sochli qismida 30000 dan 150000 gacha tola bor.

Tirnoq (*Unguis*) to'rt burchakli, muguzlangan zich yupqa plastinkalardan tuzilgan bo'lib, orqa va yon chetlari qo'l va oyoq teri burmalariga botib turadi. Plastinkaning tanasi esa, tirnoq o'rnida joylashadi. U qalin joylashgan muguz tanachalardan tuzilgan bo'lib, ba'zi joylarda yadro qoldiqlarini tutuvchi epidermisning zich qoplangan qismlaridan iborat. Tirnoq o'rni qator va uzunasiga yo'nalgan burmalarini hosil qilib, ularda tirnoq plastinkasini oziqlantiruvchi qon tomirlar bor.

Epiteliy hujayralari (tirnoq matritsasi)ning tinmay muguzlanishi natijasida tirnoq plastinkasi siljib o'sadi. Qo'l tirnog'i haftasiga 1 mm, oyoq tirnog'i 0,25 mm o'sadi. Tirnoq plastinkasining ildiz qismi to'g'ridan to'g'ri barmoq suyaklariga birikadi. Tirnoqlar ildizining barmoqlar suyaklari ustki qismi pardasiga bunday

birikishi tibbiyot amaliyotida juda muhim, chunki tirnoqlardan boshlangan yallig'lanish suyaklarga o'tib ketishi mumkin. Yog', ter bezlari, soch va tirnoqlar teri ortiqlari deb ham ataladi.

Teri muskullariga ko'ndalang-targ'il yuz terisi, ko'krak bezi uchi, orqa chiqaruv teshigi sfinkteri, olat kertmagi, yorg'oq terisining yassi muskullari kiradi. Ayniqsa, sochlarni ko'taruvchi muskullar (mm. *arrectores pilorum*) ko'p uchraydi. Ularning bir uchi 45° burchak ostida soch follikulasiga, ikkinchi uchi dermaning so'rg'ichsimon qavatiga birikadi. Ular qisqarganda ter bezlaridan sekret ajralib chiqishi ko'payadi hamda soch tolalari dikkayib, teri limon po'chog'i ko'rinishini oladi.

Terining oziqlanishi va innervatsiyasi. Teri juda rivojlangan qon va limfa tomirlari hisobiga oziqlanadi. Bu o'rinda shuni aytish kerakki, teridagi barcha qon tomirlarga organizmdagi umumiy qonning 1/5 qismi sig'a oladi. Fassiyadan chiqqan katta qon tomirlar terida yuza va chuqur qon tomirlar to'rini tashkil etadi.

Terining epidermis qismi o'z qon tomirlariga ega emas, ular dermaning so'rg'ichsimon qavat kapillarlari hisobiga ta'minlanadi. Limfa tomirlari ham dermaning so'rg'ichlaridan boshlanib, yuza va gipodermada joylashgan chuqur to'rlarni hosil qiladi. Yuza limfa tugunlari anastomoz hosil qilib birikadi. Ular fassiya va muskullar limfa tomirlariga ulanib, regionar limfa tugunlariga tomon yo'naladi. Terining inversiyasi organizmni tashqi muhit bilan bog'lab turadi. Teri sathi mo'l-ko'l asab tolalari bilan ta'minlangan. Bu asab tolalari terida katta retseptor maydonini yuzaga keltiradi. Ular butun ma'lumotlarni markaziy asab tizimiga yetkazib turadi. Teri innervatsiyasini erkin asab tolalari bilan birgalikda o'z kapsulasiga ega bo'lgan tanachalar olib boradi.

Terida joylashgan kapsulali asab oxirlariga plastinkasimon Fater — Pachini tanachasi, Meysner tanachasi, Krauze kolbachasi, Ruffini tanachasi, Markel disklari kiradi. Plastinkasimon Fater — Pachini tanachalari, ayniqsa, oyoq, qo'l kaftlarida, jinsiy a'zolarda ko'p joylashgan bo'lib, chuqur bosimni sezadi, tanachalar ichida to'qima suyuqligi bo'lgan ikki qavat biriktiruvchi to'qimali plastinkalardan iborat bo'lib, uzunligi 3 mm.ga yetadi.

Asab oxirlari tanachaga yetganda qobig'ini yo'qotadi va yumshoqqina bo'lib tanacha ichiga kiradi va uchlari tugmasimon keng tarmoq beradi. Ruffini tanachalari issiqni, so'rg'ichsimon qavatda joylashgan Krauze kolbachalari esa, sovuqni sezadi. Ular qo'l panjalarida, shilliq qavatlarida, olat boshida va ayollarda jinsiy uyatli lablarida ko'p uchraydi. Meysner tanachalari teri sathiga «tegishni» idrok etadi. Ular odamda juda yaxshi rivojlangan, ayniqsa, barmoqlar, lab va til shilliq qavatida ko'p bo'ladi. Markel disklari tikansimon qavatda joylashib, og'riqni qabul qiladi, taktil sezgini bajaradi. Terining 1 sm^2 sathiga 5000 dan ortiq sezgi asab oxirlari to'g'ri keladi. Shulardan 200 tasi og'riqni, 12 tasi sovuqni, 2 tasi issiqni sezadi, 25 tasi retseptorlar bosimini qabul qiladi.

Teri fiziologiyasi. Teri va tashqi shilliq qavat odam organizmini tashqi muhitning noqulay omillari ta'siridan himoya qilish bilan birga ko'plab boshqa vazifalarni ham bajaradi. Teri va teri ortiqlari, asab tolalari, qon tomirlar va limfa sistemasi butun organizm hamda uning a'zolari bilan chambarchas bog'langan. Teri tashqi muhitning (ekzogen) ta'sirlarini sezibgina qolmay, balki organizmda joylashgan barcha a'zolardagi patologik o'zgarishlarga ham o'z vaqtida javob reaksiyasi bilan belgi beradi. Teridagi katta salbiy o'zgarishlar esa, o'z navbatida ichki a'zolar funksiyasini buzilishiga olib keladi. Teri, jumladan, oqsil, uglevod, yog', suv, mineral moddalar, vitaminlar almashinuvida va boshqa xilma-xil funksiyalarni bajarishda qatnashib, organizmning yaxlit anatomik-fiziologik qismini tashkil etadi.

Himoya funksiyasi. Teri juda elastik bo'lganligi hamda o'zining qalin gipoderma qatlami hisobiga organizmni tashqi mexanik ta'sirlar (urish, bosim, cho'zilish, zarba va boshq.)dan birinchi bo'lib saqlaydi. Muguz qavat hujayralari issiqni yomon o'tkazadi va shuning hisobiga organizmning chuqur qatlamlarini qurib qolishdan saqlaydi.

Teri yuzasining muhiti kislotali bo'lganligi sababli, u patogen mikroorganizmlar ta'siridan saqlaydi va muguz qavati hujayralarini elektr toki urishidan himoya qiladi. Melanotsitlar ishlab chiqaradigan melanin pigmenti ultrabinafsha nurlarni o'ziga yutib, uning zararli ta'siridan asraydi. Qora tanli odamlar shuning uchun

quyosh nuriga chidamli bo'lishadi. Teri yuzasiga teri bezlaridan ajralib chiqqan sekretlar muhim bakteriotsit funksiyani bajaradi, ya'ni bunday muhitda mikroblar o'ladi. Teri hujayralari muguzlanishi natijasida tangachalar bilan minglab mikroorganizmlar tashqariga tushib ketadi.

Teri sezgi organidir. Unda og'riq, tegish, issiq va sovuqni sezish kabi to'rt sezgi farqlanadi. Og'riq terining epidermis qismidagi erkin nerv tolalari orqali seziladi va emotsional o'zgarish bilan yuzaga chiqadi. Emotsional o'zgarish og'riqning o'tkir, sanchuvchan, qirquvchan, bosimli, cho'ziluvchan bo'lishiga bog'liq. Og'riq o'tkir bo'lganida organizmning himoya reaksiyasi darrov oldinga chiqadi. Ba'zan terining arzimas ekzogen omil ta'sirida og'riqni sezish qobiliyati oshib ketadi — bu giperalgeziya va giperpatiya deyiladi. Og'riqni sezishning pasayib ketishi esa gipoalgeziya deb ataladi. Ba'zi ichki a'zolar kasalliklarida terining ayrim joylarida sezgirlik ortib ketadi, chunki kasallangan a'zoga tutashgan nerv oxirlari ham orqa miyaning afferent tolalaridan boshlanadi (masalan, yurak va o'pka kasalligida — ko'krak, bo'yin, yelka va qorinning yuqori qismida, ichaklar xastaligida — qorinning pastki sohasi, bel terisida og'riqni sezish kuchayib ketadi). Teri kasalliklarida aksariyat bemorlarning shikoyatlari orasida teri qichishishi birinchi o'rinda turadi. Uni endogen, ba'zan psixogen sabablar keltirib chiqaradi. Qichishish alomatini ham og'riq sezuvchi asab oxirlari qabul qiladi.

Odam terisida taktil (tegish) ta'sirotni sezish juda rivojlangan. Bu funksiyani soch follikulalari atrofida asab chigallari hamda Meysner tanachalari bajaradi. Hatto teri sathining 1 mm oralig'iga ikkita nina sanchilsa, ular bo'lak-bo'lak seziladi. Odam terisi unga tekkan jismning o'tkir, uchli yoki yoy shaklida ekanligini o'zi ko'rmasdan ham idrok etadi. Taktil sezuvchanlikni uzoq vaqt mashq qilish natijasida yanada rivojlantirish mumkin. Bunday mashqlar amaliyotda ko'zi ojiz kishilarga asqotadi. Moxov kasalligiga chalingan bemor terisining taktil sezuvchanligi keskin kamayib ketadi. Odam terisining issiq yoki sovuqni sezishi katta ahamiyatga ega, hatto sezish orqali butun tana harorati moslanadi. Issiqni Ruffini tanachalari, sovuqni esa, Krauze kolbalari idrok

etadi. Issiqni sezuvchi tanachalarga nisbatan sovuqni sezuvchilari ko'proq. Yuz terisi qo'l va oyoq terisiga nisbatan har qanday haroratni yaxshi sezadi.

Terining termoregulatsion funksiyasi. Butun tanadagi issiqlikni markaziy asab tizimi boshqarib turadi. Bu jarayonda teri katta rol o'ynaydi. Ma'lumki, tanadan 80 % dan ortiq issiqlikni teri orqali chiqariladi. Issiqlikni ajratish teridagi qon tomirlari, ter bezlari holatiga chambarchas bog'liq. Sog'lom odamning tana harorati har qanday bo'lishiga qaramay, deyarli bir xil darajada (36,5—36,7°C) turadi.

Odam bir kunda 0,8 litr ter ajratib, ayni vaqtda 2,1 MDj (500 kkal) energiya yo'qotadi. Bir kecha-kunduzda ter miqdori 3—4 litrga yetadi, ba'zan bundan ham ortadi.

Terining sekretor va ekskretor funksiyasi. Terining bu faoliyati undagi yog' va ter bezlari orqali bajariladi. Yog' bezlari ishlab chiqargan teri yog'i, terini moylab turish bilan birga uning butunligi, elastikligi va suv o'tkazmasligini ta'minlaydi. Yog' bezlari yana ekskretor vazifani ham, ya'ni organizmdan ba'zi dori moddalar (yod, brom, salitsilat kislota) va zaharli moddalarni chiqarib yuborish kabi funksiyalarni ado etadi. Terida sekretor va ekskretor funksiyani ekkrin va apokrin ter bezlari ham bajaradi. Tashqi muhitga ter bilan birga issiqlik hamda mishyak, simob, xinin, yod, brom, qand va boshqa moddalar (ekskretor funksiya) chiqarib turiladi. Ekkrin ter bezlari ajratgan ter kislotali muhitga ega bo'lib, zichligi 1,004—1008 ga teng, tarkibining 98—99 % ni suv, 1—2 % ni unda erigan anorganik birikmalar, jumladan, fosfat, sulfat, osh tuzi, kaliy, kalsiy tuzlari, shuningdek, organik mahsulotlar (siydik kislotasi, mochevina, kreatinin, ammiak, aminokislota) va uglevodlar tashkil etadi.

Apokrin ter bezlari sekretida glikogen, xolesterin va temir bor, ular neytral muhitga ega bo'lib, endokrin va jinsiy bezlarning faoliyati bilan uzviy bog'liq. Asabiy-ruhiy holat, cho'chish, hayajonlanish, qo'rqishlar normal teridan ko'p ter ajralishiga sabab bo'lishi mumkin.

Terining moddalar almashinuv funksiyasi. Odam organizmidagi ba'zi moddalar almashinuvi faqat terida kechadi. Bunga muguzla-

nish moddasi bo'lgan keratin, melanin va *D* vitamini sintezi misol bo'la oladi. Teri suv, minerallar (kaliy, kalsiy, natriy va boshq.), yog', oqsil va uglevodlar, shuningdek, gormon, ferment, vitamin va mikroelementlar almashinuvida ishtirok etadi.

Terining vitaminlar almashinuvidagi roli katta ahamiyatga ega. *C* vitamini teri pigmenti — melanin hosil bo'lishida hamda glukozaning gligogenga aylanishida, *A* vitamini epidermisning muguzlanishida ishtirok etadi. *A, D, E* vitaminlari teridagi oqsillarning o'zlashtirilishini va oltingugurtning qabul qilinishini tezlashtiradi, *C* vitamini yetishmasligi shilliq qavatining zararlanishiga, lavsha (singa) xastaligiga, *A* vitamini tanqisligi — ixtioz, kseroderma, vulgar husnbuzar va tirnoqlar distrofiyasiga olib keladi.

Terining nafas olish va rezorbsiya funksiyasi. Terining nafas olishdagi ishtiroki unchalik katta emas, odam yutadigan kislorodning 1/180 qismi, ajratadigan karbonat angidridning 1/90 ulushi teri orqali ro'y beradi. Suvning bug'lanishi esa, o'pkadagiga nisbatan 2—3 baravar ko'p. Shunday qilib, teri gazlari almashinuvining 1 % da ishtirok etadi.

Terining markaziy asab tizimi faoliyati bilan bog'liqligi. Dermatozlarning kelib chiqishida markaziy asab tizimidagi ko'pgina markazlar hamda simpatik asab tizimining roli kattaligi xususida A.G. Polotebnev, A.I. Pospelov, P.V. Nikolskiy va boshqalarning fikrlari mavjud. Hozirgi paytda patologik jarayonning kelib chiqishida asab tizimining ahamiyatini hech kim inkor qilmaydi. Uning faoliyati tufayli tashqi muhitdagi ekzogen yoki biror endogen ta'sirlarga organizm teri bilan hamkorlikda javob reaksiyasini beradi. M.K. Petrova tajribalar orqali itlar asab faoliyatiga har xil shikastlar yetkazib, ular terisida ekzematoz o'choqlarini hosil qilgan.

BOLALAR VA KEKSALAR TERISINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Yosh bolalar terisi nozik, yupqa bo'lsa, yosh o'tgan sayin, ya'ni keksalarda ancha o'zgaradi. Teri shalvillagan, serburma bo'lib qoladi. Bolalar terisining tuzilishi yoshga qarab o'zgarib boradi. Katta yoshdagilarda yaxshi rivojlangan epidermis bolalarda juda yupqa, unchalik shakllanmagan bo'lib, mexanik ta'sirdan salga

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAKLASH VAZIRLIGI JAMOAT SALOMATLIGI MARKAZI
AXBOROT NIKOLA
№: 5253
20 ___ yil

jarohatlanishi, yara-chaqalar paydo bo'lishi mumkin. Uning qavatlari bir-biri bilan nozik bog'lanib, hujayralari siyrak joylashadi. Muguzlanish oson kechadi, donador va yaltiroq qavatlari bolaning hatto qo'l va oyoq kaftlarida ham unchalik taraqqiy etmagan bo'ladi. Teri yuzasidagi suv-yog'dan iborat yupqa parda (mantiya) muhiti kattalar terisidagidek kislotali bo'lmay, aksincha neytral yoki kuchsiz ishqorli bo'ladi. Shuning uchun uning bakteriotsid ta'siri pastdir. Shu bilan birga bola terisining gidrofilligi, undagi moddalar almashinuvi jadalligining yuqori bo'lishi, buqoq bezi funksiyasining oshishi teridagi regenerativ (tiklanish) reaksiyalar faolligini oshiradi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalar organizmining har xil kasalliklarga qarshi kuchi onaning immuniteti va ona sutining immunologik xususiyatlariga bog'liq. Masalan, 4 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida dermatomikozlar ko'p uchraydi, chunki tug'ma immunitetning kuchi 1 yoshgacha yetadi, hayotda orttirilgan immunitet esa, hali barqarorlashmagan bo'ladi. Yosh bolalarning asl terisi (derma) hujayra elementlari argirofil tolalarga boy. Kollagen, elastik tolalar esa, kattalardagiga qaraganda ancha mayin, ingichka bo'ladi. Hujayralararo qavatlarda hali yaxshi shakllanmagan qo'shimcha to'qima hujayralari ko'p uchraydi.

Ter bezlari unchalik rivojlanmaganligiga qaramay yog' bezlari va soch ildizlari yaxshi rivojlangan bo'ladi. Ko'krak yoshidagi go'daklar teri osti yog' qavatining og'irligi bolalar tanasi og'irligiga nisbatan kattalardagiga qaraganda besh barobar ko'p. Yog' hujayralari va biriktiruvchi to'qimali qoplamalar nodifferensiallangan, morfologik ko'rinish embrional xarakterda bo'ladi. Ular tarkibida palmitin va stearin yog' kislotalarini kattalarnikiga qaraganda ko'p tutadi. Yog' bezlari hajmi ancha katta, bitta soch follikulasi atrofida 6—8 ta yog' bezi chegaralangan holda turadi.

Bolalar terisining qon tomirlari va limfatik tizimi deyarli kattalarniki bilan bir xil, ammo nodifferensiallangan, endoteliyali mayda kapillarlar to'ri doimo dilatatsiya holida bo'ladi. Ular terisining fiziologik giperemiyalanib yoki qizg'imtir, oqimtir bo'lishi shu bilan tushuntiriladi. Bolalar terisi asab-retseptor apparatining ko'pchiligi hali unchalik rivojlanmagan bo'ladi. Harorat

sezgisini idrok qiladigan tanachalar go'dak 1 yoshga to'lishi arafasida rivojlanadi.

Bolalar terisidagi gazlar almashinuvi kattalarnikiga nisbatan ancha faolroq boradi, ya'ni organizmdagi jami gazlar almashinuvining 1 % ni tashkil qiladi. Shu bilan birga emadigan bolalar terisining rezorbsion xususiyati ifodalangan bo'lib, ayniqsa, ular zararlangan teri sohasida kuchli kechadi.

Teridagi muhitning ko'proq ishqoriy bo'lishi, pigmentlanishning sustligi, organizm immunologik xususiyatining pastligi bolalar terisining tez-tez zararlanishiga olib keladi. Demak, bolalar terisidagi yuqorida ta'kidlab o'tilgan anatomik-fiziologik xususiyatlar hisobiga (jumladan, terining ancha yupqaligi, gidrofil bo'lishi, tarkibida suv va mineral moddalarning ko'pligi, teri qavatlaridagi tolalarning mustahkam bo'lmasligi, immunologik holatning yetarli rivojlanmaganligi) bolalar terisida har xil kasalliklar tez-tez uchrab turadi.

Bola unib ulg'aygan sari teri tuzilishi, uning barcha xususiyatlari (6—8 yoshdan boshlab) xuddi kattalarnikidek bo'lib boradi. Teri qavatlari mustahkamlanib, ulardagi tolalar yo'g'onlashadi, pigment hujayralari, yog' va ter bezlarining funksiyalari o'zgaradi. Odam keksaygan sari, uning organizmida bo'lgani kabi terisida ham atrofik jarayonlar asta-sekin avj olib boradi. Terining rangi, elastikligi, mayinligi va boshqa xususiyatlari o'zgaradi. Yog' va ter bezlari soni kamayib, funksiyasi susayib qolganligi hisobiga teri yuzasi qurib, muguzlanish ko'payadi. Terining epidermis qavati biroz yo'g'on tortadi. Terida gaz almashish, so'rilish, suv va mineral moddalarning taqsimlanishi ancha sust kechadi. Oqibatda, yuqoridagi barcha o'zgarishlar parallel ravishda butun organizm faoliyatiga ta'sir qiladi. Taktil, harorat, bosim kabi funksiyalar keksalar terisida pasayib qoladi, immun jarayonlar izdan chiqa boshlaydi, terisi o'sma kasalliklariga moyil bo'ladi. Yara-chaqalar tez-tez chiqib turadi.

Og'riq, qichishish, issiq-sovuqni idora qiladigan nerv tolalari sezish funksiyasining pasayishi tufayli allergik dermatozlar unchalik rivojlanmaydi, lekin surunkali uzoq davom etadi. Keksa odamlarda teri kasalliklarini davolash va oldini olishda ana shu holatlarni hisobga olish zarur.



NAZORAT SAVOLLARI

1. «Dermatovenerologiya» fanining qisqacha rivojlanish tarixi to'g'risida nimalarni bilasiz?
2. Normal teri anatomiyasi (tuzilishi) qanday?
3. Terining fiziologiyasi (funksiyasi)ni tushuntiring.
4. Yosh bolalar va keksalar terisining o'ziga xos xususiyatlarini bayon eting.

TEST SAVOLLARI

1. *Teri nima?*

A) sezgi organi;
B) qoplab turadigan a'zo;
D) himoya qobig'i;
E) hamma javob to'g'ri.

2. *Epidermis necha qavatdan iborat?*

A) 2 qavatdan;
B) 7 qavatdan;
D) 3 qavatdan;
E) 5 qavatdan.

3. *Asl teri qanday to'qimadan iborat?*

A) muskul to'qimasidan;
B) epitelial to'qimadan;
D) silliq to'qimadan;
E) biriktiruvchi to'qimadan.

4. *Teri osti yog' qavati qaysi qavat bilan uzviy bog'langan?*

A) epidermis bilan;
B) asl teri bilan;
D) muguz qavat bilan;
E) yaltiroq qavat bilan.

5. *Teri qanday vazifalarni bajaradi?*

A) himoya, issiqlikni idora etish;
B) chiqaruv, tashqi sezish;
D) shimish, nafas olish, moddalar almashinuvi;
E) hamma javob to'g'ri.

2-amaliy mashg'ulot

ODAM ORGANIZMINING NORMAL MIKROFLORASI. TERI GIGIYENASI

• Odam terisi, ko'z shilliq qavati, og'iz shilliq qavati, quloq, siydik-tanosil yo'llari mikroflorasi bilan tanishish • Teri gigiyenasini o'rganish

Sog'lom organizmda uchraydigan mikrob biosenozlarining yig'indisi odam mikroflorasini tashkil etib, bu evolutsiya jarayonida mikro va makroorganizmlarning o'zaro moslashishi mahsulidir. Inson bolasi tug'ilganda mikroflora bilan tug'ilmaydi, balki mikrobiotsenozlar uning hayoti jarayonida shakllanadi. Bola tug'ilishidan boshlab, bir necha yil ichida har bir biotipga xos mikroflora shakllanadi (qin, ona terisi va suti, sut, oziq-ovqatlar mikroflorasi hisobiga). Lekin ularning sifat va miqdoriy tarkibi ko'pgina omillar (yoshi, jinsi, ovqatlanishi, tashqi muhit mikroorganizmlari, iqlim va boshqalar)ga bog'liqdir. Shu bilan birga davolash-profilaktika muassasalarida qo'llanilayotgan antibiotiklar, kimyoterapiya, immunologik dori moddalarining ham o'ziga xos o'rni bor.

Dori preparatlari mikroorganizmlarning ma'lum bir ta'sirchan populatsiyalariga tanlab ta'sir ko'rsatadi, o'z navbatida boshqa tur mikroorganizmlarning saqlanib qolib, ko'payishiga sabab bo'ladi. Bu sabablarni inobatga olgan holda dori vositalarini, ayniqsa, antibiotiklarga patogen mikroorganizmlarning ta'sirchanligini mikrobiologik aniqlamasdan va shifokor maslahatisiz qo'llash maqsadga muvofiq emas.

Odam yoki hayvon organizmidagi mikroorganizmlar doimiy obligat, autoxton (yunon. *Autos* — o'z, *chthon*), indigen va fakultativ (tranzitor, tasodifiy), alloxton (yunon. *Allos* — o'zga, *chthon* — yer) guruhga ajratiladi. Autoxton mikroorganizmlar organizmga birinchi kunlardan tushib, umrning oxirigacha saqlanib qoladi. Ular asosan teri, ko'z, quloq, og'iz bo'shlig'i, me'da-

ichak, siydik-tanosil va nafas yo'llarida bo'lib, har xil sifat va miqdordagi aerob va anaerob saprofit, shartli patogen, patogen (kasallik qo'zg'atuvchisini tashuvchilar) mikroblardan tashkil topgan.

Biotoplardagi mikroblarning sifat va miqdoran shakllanishi mikroorganizmning shakllanishidagi fiziologik omillar hamda mikrobiotsenoz a'zolari orasidagi antagonistik va sinergitik munosabatlar hisobiga nazorat qilinadi. Alloxton mikroblar makroorganizmga ma'lum sharoitda (tashqi muhitdan ifloslangan oziq-ovqatlar bilan, immun tizim susayganda), muayyan vaqtdagina tushadi. Bular saprofit, shartli patogen va patogen bo'lishi mumkin. Odam organizmida mikroblardan xoli a'zo va to'qimalar (qon, limfa, ichki a'zolar, bosh va orqa miya, orqa miya suyuqligi va boshqalar) mavjud. Bunday tozalik nomaxsus himoya omillari va immunitet hisobiga ta'minlanadi.

Teri mikroflorasi. Teri doimo tashqi muhit ta'sirida bo'lishiga qaramay, undagi mikroorganizmlar turi va miqdori organizmdagi boshqa bioptatlarga nisbatan ko'p emas. Odatda, 1 sm^2 terida 10^2-10^3 miqdorida mikroorganizmlar aniqlanadi. Bularga, asosan, *Starhilococcus epidermidis S.saprophiticus,* sarsinalar, mikrokokklar, difteroidlar, zamburug'lar, streptokokklar, batsilla va korinebakteriyalar kiradi. Ular terining epidermis va shox qavati, ter bezlarining yo'llari hamda soch xaltalarida uchraydi. Terida mikroblarning ko'p bo'lmasligiga sabab, uning nordon muhiti hisoblanadi (pH – 5,5), bunday muhit ko'pgina mikroblar uchun bakteriotsid ta'sir ko'rsatadi.

Terida vaqtinchalik uchraydigan alloxton mikroblariga quyidagilar kiradi: *S.aureus, a* — gemolitik va nogemolitik streptokokklar, *E.coli.*

Mikroorganizmlar bilan, asosan, odam tanasining qo'l kafti, oyoq, yuz, ko'p ifloslanadigan quloq, anus va siydik-tanosil a'zolari atrofi terisi zararlanadi. Shu sababli bu joylarni tez-tez yuvib turish kerak.

Mikroorganizmlar kichik bo'lishiga qaramay, ular teri ichiga kira olmaydi, chunki teridagi mavjud to'siqlar bunga yo'l qo'ymaydi. Agar teri shikastlansa to'siqlar buziladi, natijada mikroorganizmlar teri ichiga kiradi. Bunda patogen va shartli patogen

mikroorganizmlar tezda ko'payib, mahalliy himoya omillarini yengsagina u yerda yiringli, zamburug'li va virusli yallig'lanish jarayonlarini yuzaga keltirib, infeksiya o'chog'iga aylanadi.

Ko'z shilliq qavati mikroflorasi. Ko'zning shilliq qavati steril bo'ladi. Bu tozalik a'zoning anatomik-fiziologik xossalari bilan bog'liq.

Konyunktiv mikroflorasiga asosan, stafilokokklar, *Corinebacterium xerosis*, mikoplazma, adeno- va gerpesviruslar kiradi. Bu mikroorganizmlar miqdori kam, ammo himoya omillarining susayishi, ko'zning shikastlanishi hisobiga yallig'lanish jarayonlari yuzaga kelishi mumkin.

Quloq mikroflorasi. Normada ichki va o'rta quloqda mikroblar bo'lmaydi. Tashqi quloq yo'lida yog' bezlari yaxshi rivojlangan, ularning sekreti hisobiga quloqda kir yig'iladi. Sog'lom odamlar qulog'ida ichak tayoqchasi, *Proteus*, patogen stafilokokk va korinebakteriyalar, achitqi zamburug'lari uchraydi.

Alloxton mikrofloraga *St.aureus, St.piogenes, Ps.aeruginosa, Aspergillus, A.niger, A.terreus* kabi mikroorganizmlar kirishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i mikroflorasi. Og'iz bo'shlig'i odam organizmida mikroorganizmlar uchun qulay sharoitli joylardan hisoblanadi. Bu yerdagi so'lak hisobiga yuzaga keladigan doimiy namlik va ko'p miqdordagi oziq moddalar, optimal pH, mo'tadil harorat mikroblarning adgeziya qilishi va ko'payishiga sharoit tug'diradi.

Birinchi mikroorganizmlar (laktobatsilla, interbakteriyalar, korinebakteriyalar, stafilokokklar va mikrokokklar) chaqaloq tug'ilayotgan davrida (qin mikroflorasi hisobiga) va tug'ilgandan keyingi birinchi soatlarda tushadi. Lekin 2–7 kunlarda bu mikroflora ona va tug'uruqxona mikroflorasiga almashinadi.

Og'iz bo'shlig'idagi autoxton mikroorganizmlariga *Str.salivarius* (tilda) *Str.mitis, Str.sanguis* (lunj epiteliysida), *Str.mutans* (tishlarning ustki qismida), bakteroidlar, aktinomitsetlar, spiroxetalar, mikoplazmalar *(M.orale, M.salivarium)*, protozalar *(Ent.buccalis, Ent.dentalis, Tr.buccalis)*, zamburug'lar va boshqalar kiradi. 1 ml so'lakda 10^7–10^8 miqdorida 200 xildan ortiq anaerob va aerob mikroorganizmlar uchrashi aniqlangan. Bolalarda tish chiqayotgan davrida obligat grammanfiy anaeroblarning ko'payishi kuzatilgan.

Og'iz bo'shlig'ining alloxton mikroblarga enterobakteriyalar (*Escherichia, Klebsiella, Enterobacter, Proteus* turkumlari), *Ps.aeruginosa*, spora hosil qiluvchi bakteriyalar (*Bacillus, Clostridium* turkumlari) kiradi.

Og'iz bo'shlig'idagi mikroorganizmlarning ko'pchiligi (70 %) tish kirida uchraydi. 1 mg quruq tish kirida 250 mln mikrob bo'ladi. Og'iz bo'shlig'idagi mikroorganizmlar miqdori og'iz bo'shlig'i gigiyenasi, odamning yoshi, ovqat ratsioni va boshqa omillarga bog'liq. Bu omillar hisobiga mikrobiotsinoz muvozanati buzilsa, kariyes (tish chirishi), pulpit, prodontit, stomatit kabi kasalliklar paydo bo'ladi. Masalan, kariyesni asosan *St.mutans* va *L.casei*lar qo'zg'atadi. Ular uglevodlarni sut kislotasigacha parchalab, so'lakning ishqoriy muhitini nordon muhitga aylantiradi. Natijada tish emali yemiriladi va kariyes rivojlanadi. Bundan tashqari nordon muhitda zamburug'lar ham rivojlanib, lab bichilishiga sabab bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'idagi grammanfiy kokklar (*Veilonella* turkumi) uglevodlarning CO_2 va H_2O hosil bo'lguncha parchalaydi va muhit pH muvozanatini saqlaydi. Dunyodagi 1 % odamlarda bu mikroblar ko'p miqdorda uchraydi, shuning uchun ularda kariyes kasalligi kuzatilmaydi.

Grammanfiy anaerob va mikroaerofil bakteriyalarning ko'pchiligi (*Bacteroides, Fesobacterium, Leptotichia* turkumlari) *Bacteroideceae* oilasiga mansub. Ular uglevodlarni gaz, peptonlarni aminokislotalar hosil bo'lguncha parchalaydi. Bu moddalarning ba'zilari hisobiga odamning og'iz bo'shlig'idan yomon hid keladi. Tish milkida tosh hosil bo'lishida aktinomitsetlarning ta'siri katta. Tishda toshlarning ko'payishi parodontoz kasalligiga olib keladi.

Og'iz bo'shlig'ida nomaxsus himoya omillari (so'lak, shilliq va shilliq osti qavat hujayralarining to'siqlik xossalari) ham mavjud. So'lak tarkibida kuchli bakteriostatik xususiyatga ega moddalar (lizotsim, fermentlar, *S IgA* va boshqalar) bo'ladi. Shunga qaramay, og'iz bo'shlig'ini toza saqlashning asosiy omili bu og'iz bo'shlig'i gigiyenasi hisoblanadi, ya'ni kuniga ovqatlangandan so'ng tishlarni tish pastasi bilan 2—3 marta yuvish va yiliga 1—2 marta toshlardan tozalatish kerak.

Siydik-tanosil yo'llari mikroflorasi. Normada buyrak, siydik yo'li steril bo'ladi. Uretraning tashqi qismida peptokokklar, peptostreptokokklar, bakteroidlar, *M.hominis, M.smegmatis,* gram-manfiy nopatogen bakteriyalar uchraydi. Ayollarning siydik yo'llaridagi mikroflora sifat va miqdor jihatdan erkaklarnikiga nisbatan kamroq bo'ladi.

Bachadon, tuxumdon steril hisoblanadi. Qinga esa, tug'ilish jarayonidan boshlab mikroblar tusha boshlaydi, bu yerda asosan laktobakteriyalar bo'lib, bir necha haftagacha saqlanib qoladi. Chunki bu davrda bola organizmida onadan tushgan esterogen gormonlar hisobiga sut achitqisi bakteriyalari uchun juda qulay yaratilgan bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan qinga *St.saprophiticus, Str.faeccalis, Coryne, acterium xerosis* enterokokklar va boshqa mikroorganizmlar tusha boshlaydi. Yillar o'tishi bilan qin pH neytral va kuchsiz ishqoriy tomonga o'zgaradi, chunki glokogen moddasi yo'qoladi. Jinsiy yetilish davri organizmda esterogen gormonlar ishlab chiqariladi, pH esa, nordonlashadi va bunda Doderleyn tayoqchalari ko'payadi. Hayz davrida ham qin mikroflorasida o'zgarishlar bo'lib, mikoplazma, achitqisimon zamburug'lar, stafilokokklar ko'payishi uchun sharoit vujudga keladi.

Sog'lom ayollarda qin mikroflorasi tozaligining 4 darajasi tafovut qilinadi: I darajasida qin sekretining pH muhiti nordon (pH 4,0—5,5) bo'lishi hisobiga ko'p miqdorda Doderleyn tayoqchalari topiladi; II—III darajalarda esa kuchsiz nordon yoki kuchsiz ishqor muhit yuzaga kelib, Doderleyn tayoqchalari soni kamayib, streptokokklar, stafilokokklar topiladi, leykotsitlar uchraydi. IV darajada muhit ishqoriy bo'lib, leykotsitlar ko'payib ketadi, Doderleyn juda kam uchrab, streptokokklar, enterobakteriyalar, stafilokokklar, bakteroidlar va boshqa mikroorganizmlar uchraydi. Homiladorlik davridagi gormonal o'zgarishlar qinning tozalik darajasini ancha yaxshilaydi. Bu o'zgarishlarning ahamiyati juda katta, ona bachadonida steril holda bo'lgan chaqaloq tug'ilayotgan davrda saprofit mikroflora hisobiga normal mikrobiotsinoz shakllanadi. Agar tug'ilish sun'iy ravishda amalga oshirilsa, bu holat yuz bermasligi mumkin.

Teri gigiyenasi. Teri organizmni qoplabgina qolmasdan, balki uni tashqi muhitning zararli ta'siridan birinchi bo'lib himoya qiladi. Shuning uchun birinchi galda teri kasalliklarining oldini olish, uni toza tutish va to'g'ri parvarish qilib borish juda katta ahamiyatga ega. Ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlar va yosh bolalarning terisi har kungi parvarishni talab qiladi. Go'daklarni iflos va ho'l ketliklarda qoldirib bo'lmaydi. Ular siyganida yoki ichini bo'shatganidan so'ng har gal jinsiy a'zolarini issiq suvda yuvib, chov, dumba sohalari toza paxta moyi yoki mineral kukunlardan tayyorlangan upa bilan artiladi. Bolaning tirnoqlari o'sgan bo'lsa, olinib, terisini barmoqlari bilan tirnamasligi uchun kiyimlarining yengi uzun qilib qo'yiladi. Go'daklar umrining birinchi yarim yilligida deyarli har kuni bir vaqtda cho'miltirib turiladi. Shunda bolaning terisi changdan, terdan doimo toza bo'lib, organizmi yayrab o'sadi. Cho'miltiriladigan xonaning harorati 22—24°C, suvning issiqligi 36—37°C bo'lishi kerak. «Lanolinli», «Bolalar uchun» sovunlari tavsiya etiladi.

O'smirlik davrida terini parvarish qilishga, ayniqsa, e'tibor berish lozim. O'smirlar mabodo yuz, badan terisini to'g'ri parvarish qilmasa, unda ko'pincha yuzlari, ko'krak, yelka terilariga, ba'zan hatto boshning sochli qismiga husnbuzarlar, maddalar toshadi. Balog'at yoshida yigit-qizlar teri bezlarining funksiyasi ortadi, terining hidi o'ziga xos bo'lib qoladi. Ular har kuni yuvinib-taranib, ozoda yurishlari, husnbuzar va yiringli maddalarni qo'l bilan siqmasliklari kerak. Yosh qiz-juvonlar bilar-bilmas yuz terisiga har xil upa-elik va kremlar surtaverishsa, terining tabiiy rangi va silliqligi o'zgaradi, keyinchalik unga turli allergik toshmalar toshadi, dog' tushadi.

Toza teri yuzasida moyli yupqa parda (mantiya) bo'lib, u patogen mikroorganizmlarning ko'p qismini terining ichki qismiga o'tishiga yo'l qo'ymadi. Teri haddan tashqari ifloslanadigan bo'lsa, aksincha ajralgan ter va yog' parchalanib, mikroblarning rivojlanishi uchun juda qulay ishqoriy muhit tug'diradi, teriga hadeb suv, nam tegaversa, u qurib yoriladi. Ishxonada ish qurollari bilan ishlaganda xavfsizlik texnikasi qoidalariga qat'iy amal qilinmasa, mayda qirindilar kirishi, kesishi yoki ishqor, kislota, bo'yoq moddalari ta'sir etishi natijasida terida yiringli yoki allergik kasalliklar paydo bo'lishi mumkin.

Benzin, kerosin, mashina moylari, neft va neft mahsulotlari, sement, mineral o'g'itlar hamda boshqa moddalar bilan bevosita ishlovchilar tana terisini to'g'ri va muntazam tozalab turishiga alohida ahamiyat berishi lozim. Ish vaqti tugaganidan so'ng iliq suv bilan yuvinishi, haftasiga kamida bir marta hammomda cho'milishi joiz. Korxonalarning sanitariya holati tibbiyot xodimlari tomonidan muntazam nazorat qilinib, xodimlar vaqti-vaqti bilan tibbiy ko'rikdan o'tib turishlari kerak.

Terining sog'lom bo'lishi va normal faoliyati insonning to'g'ri ovqatlanishiga, uni parvarish qilishga bog'liq. Surunkasiga spirtli ichimliklar ichish, haddan tashqari shirali mahsulotlar hamda sirka, qalampirni ovqat ratsioniga qo'shish teriga ziyon qiladi. Aksincha, ovqat mahsulotlarini to'g'ri, me'yorida iste'mol qilish, vitaminli taomlar (jigar, sut, baliq moyi, sariyog', sabzi, limon va boshqalar)ni iloji boricha ko'proq yeyish maqsadga muvofiq. Quyosh nuri terining oziqlanishini yaxshilaydi, toza havo, vannada yuvinish esa, organizmni chiniqtiradi, natijada bezlar sekretsiyasi normal rivojlanadi, qon tomirlar kengayib, teridagi muhim moddalar almashinuvi jarayoni kuchayadi. Shuni aytish joizki, O'zbekiston sharoitida quyosh tig'ida uzoq yurish tavsiya etilmaydi, aks holda oftob urishi mumkin, ba'zan bemorlarning quyosh nuriga sezgirligi oshib ketadi (fotosensibilizatsiya), natijada ular fotodermatoz kasalligi (teri qichimasi, porfirin kasalligi, xeylit, pigmentli kseroderma va boshqalar)ga chalinadilar.

Oftobda dastlab besh minut toblanib, keyininchalik bu muddatga 5—10 minutdan qo'shib boriladigan bo'lsa, odam quyosh nuridan yaxshi naf ko'radi. Ba'zan chilla issig'ida oftobda uzoq yurish oqibatida kishining uyqusi buziladi, ko'ngli ayniydi, charchoq hissi oshib, betob bo'lib qoladi. Terisi kuyib, og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Badan terisini sog'lom, chiroyli saqlash uchun doimo sport va badantarbiya bilan shug'ullanishi, toza va yaxshi joylarda dam olib turish lozim. Bunday mashg'ulotlar moddalar almashinuvi jarayonining yaxshilanishiga yordam berib, shu tariqa terining pishiq va baquvvat, elastik, chiroyli bo'lishini ta'minlaydi. Ayniqsa, o'z vaqtida yuvinish, vanna qabul qilish foydali.

Oyoqlarni har 3—5 kunda, yoz faslida har kuni yuvib turish kerak, aks holda qavarib bichilishi, yorilishi yoki pufaklar paydo bo'lib shilinishi, qadoqlanishi mumkin. Kishining faslga mos kiyinishi, ayniqsa, poyabzalni to'g'ri va toza kiyishi teri parvarishida katta ahamiyatga ega. Paypoqlarni tez-tez almashtirish, ko'p yurilganda kechqurunlari barmoqlar orasiga talk bilan borat kislotaning teng miqdordagi aralashmasini surtib turish tavsiya etiladi. Boshning sochli qismi terisi haddan tashqari quruq bo'lganda bir necha kun mobaynida uni zig'ir moyi bilan artish ma'qul. Yuvish uchun xinin, oltingugurt yoki oltingugurt qora moyli tibbiyot sovunlari ishlatiladi.

Sochning mayinligi va yaltiroqligi yog' bezlaridan ajralib chiqadigan yog' miqdoriga bog'liq. Yog'li sochlarni yuvish uchun suvga natriy gidrokarbonat yoki natriy borat (1 litr suvga 1/2 choy qoshig'ida) qo'shiladi, sovun o'rniga suyuq shampun ishlatiladi (glitserin, spirt va yashil sovun aralashmasi). Shunday qilib, terining pishiqligi, barqarorligi va sog'lomligini doimo saqlab qolish uchun terini sanitariya-gigiyena qoidalari asosida parvarish qilish lozim.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Sog'lom teri mikroflorasi qanday?
2. Ko'z va og'iz shilliq pardasida qanday mikroorganizmlar bor?
3. Tashqi quloq yo'li mikroflorasi to'g'risida nimalarni bilasiz?
4. Siydik-tanosil a'zolari shilliq qavati mikroflorasini tushuntiring.

TEST SAVOLLARI

1. Odam gavdasi og'irligining necha foizini teri tashkil qiladi?

A) 9 %;
B) 7 %;
D) 5 %;
E) 3 %.

2. Odam terisining umumiy sathi necha m^2?

A) 1,5—2 m^2;
B) 2—2,5 m^2;
D) 3—3,5 m^2;
E) 1—1,5 m^2.

3. *Terida necha foizgacha suv bo'ladi?*

A) 60—65 %;
B) 70—71 %;
D) 75—80 %;
E) 58—60 %.

4. *Terining nafas olishdagi ishtiroki necha qismni tashkil qiladi?*

A) 1/90;
B) 1/85;
D) 1/80;
E) 1/95.

5. *Sog'lom odam terisida necha foizgacha qand yig'iladi?*

A) 40—45 %;
B) 45—50 %;
D) 50—60 %;
E) 50—75 %.

3-amaliy mashg'ulot

TERI KASALLIKLARINING KELIB CHIQISH SABABLARI



• Endogen va ekzogen sabablarni bilish • Toshmalarning morfologik elementlari bilan tanishish • Bemorlardagi klinik belgilarni ajratish

Teri kasalliklarini keltirib chiqaradigan sabablar har xil bo'lishi mumkin. Ba'zan ular shunchalik kuchli bo'lib, butun organizm faoliyatini izdan chiqaradi. Chunki bunday omillar (kislota, ishqor, radiatsiya, qaynoq suv, smola va boshqalar) ta'sirida teri va uning to'qimalari qattiq zararlanadi. Oddiy bir misol, odatda sog'lom odam terisi yuzasida ko'plab saprofit mikroorganizmlar, jumladan, stafilokokklar, streptokokklar, zamburug'lar va mikoplazmalar bor. Ularning ayrim shtammlari juda virulent bo'lishiga qaramay, o'z holicha odamning terisida kasallik keltirib chiqarmaydi, ammo teri yuzasining butunligi buzilsa, masalan, zirapcha kirsa terida yiringlanish jarayoni boshlanadi. Yoki teri yuzasidagi suv lipid pardasi (mantiya) buzilsa, pH o'zgarib, terining mikroorganizmlarga qarshiligi pasayib ketadi. Gipovitaminoz, qandli diabetda ham organizmning reaktivligi susayib qoladi va hokazo.

Demak, teri kasalliklari tashqi (ekzogen) va ichki (endogen) omillarning bir-biriga bog'langan holdagi ta'siri tufayli kelib chiqadi. Endogen omillar sababli organizm, jumladan terining fiziologik qarshiligi pasaysa, ekzogen omillar ta'sirida patologik jarayonning kelib chiqishi yengillashadi.

Ekzogen omillarga fizik agentlar – yuqori va past harorat, nur energiyasi (ultrabinafsha radiatsiyasi, rentgen nurlari, radioaktiv nurlar) va elektr toki kiradi. Ko'rsatilgan agentlar ta'sirida terida ko'plab ekzantemalar (eritema, pufak, yara, eroziya va boshqalar) paydo bo'lishi va har xil jadallikdagi yallig'lanish hamda distrofik jarayonlarga olib kelishi mumkin.

*Mexanik agentlar*ga bosim, cho'zilish, urilish va boshqalar kiradi. Yuqori bosim ta'sirida terida yallig'lanish, qon quyilish, eroziya, yoriqlar va dog'lar paydo bo'lishi mumkin.

Kimyoviy agentlar ikki guruhga bo'linadi: obligat (oddiy) guruhi — bevosita ta'sir etib, teri yoki shilliq qavatda yallig'lanishni keltirib chiqaradi (kuchli kislotalar, ishqorlar, tuzlar va boshqalar). Fakultativ guruh (allergen) — organizmning mazkur moddalarga nisbatan sezgirligi oshib ketishi natijasida terida yallig'lanish reaksiyasi ro'y beradi.

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

Hayvon parazitlari bo'lgan kana, bit, burgalar va boshqa qon so'ruvchilar bir qancha yuqumli kasalliklar mikroblarini tashish bilan birga, terining qattiq qichishishi bilan kechadigan kasalliklarga ham sabab bo'ladi.

Endogen omillar ta'sirida teriga xilma-xil toshmalar toshib, klinik jihatdan juda murakkab kechadi. Markaziy va periferik asab tizimi faoliyatining buzilishi terining ko'pgina allergenlar, oziq-ovqatlar, dorivor va kimyoviy moddalarga sezgirligi oshib ketishiga olib keladi. Mabodo, ular yana iste'mol qilinadigan bo'lsa yoki parenteral yo'l bilan organizmga yuborilsa, toshma toshib ketadi. Asab tizimidagi funksional o'zgarishlar bir



1 — qo'tir kanasi va
2 — u qo'ygan tuxumlar.

qancha teri kasalliklari (ekzema, neyrodermit, tangachali temiratki, yassi temiratki, atopik dermatit va boshqalar) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Qattiq ruhiy kechinmalar, nevrozlar, oliy asab tizimidagi ba'zi o'zgarishlar terida eritema, pufakcha, qavarchiq kabi toshmalarga olib keladi va qator dermatozlarga sabab bo'ladi. Asab tizimidagi organik o'zgarishlar natijasida terining faoliyatida ham katta buzilishlar ro'y beradi.

Endokrin bezlar (jinsiy bezlar, buyrak usti bezlari) funksiyasining buzilishi oqibatida (qandli diabet, gipo- va gipertireoz) teri kasalliklari tez rivojlanishi mumkin. Uglevodlar almashinuvining buzilishi qandli diabetni, bu o'z navbatida terida har xil yarachaqalarni, xolesterin almashinuvining buzilishi esa, seboreya va husnbuzarlarni keltirib chiqaradi.

Gipo va avitaminozlar ham teri kasalliklarining paydo bo'lishiga olib keladi. Ba'zi vitaminlar yetishmasligi biror-bir kasallikning boshlanishiga turtki bo'lsa, ayrimlari, jumladan *C* — lavsha (singa)ga, *A* — muguzlanish jarayonining izdan chiqishiga, *PP* — pellagra kabi terida katta o'zgarishlar bilan kechadigan kasalliklarga sabab bo'ladi.

Ovqat hazm qilish a'zolari faoliyati buzilishi ham teri kasalliklarining patogenezida muhim ahamiyat kasb etadi. Me'da-ichak tizimi xastaliklarida ekzema, neyrodermit, eshakem, qichima kabi kasalliklar rivojlanadi yoki qayta qo'ziydi. Jigar xastaliklari ko'pincha atopik dermatit, ekzema, nefrodermit va pesning kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Qon yaratuvchi organlar va tomir kasalliklarida teri qichishi hamda turli toshmalar toshishi kuzatiladi.

Organizmning endogen va ekzogen omillarga nisbatan sezuvchanligi ortishi (allergen holat) ko'pgina teri kasalliklarining avj olishiga sabab bo'ladi. Oziq-ovqat mahsulotlari, o'simlik changlari, dori-darmonlar, ro'zg'orda ishlatiladigan har xil moddalar allergenlar jumlasiga kiradi. Organizmning individual xususiyatlari hamda allergenning ta'sir doirasiga qarab, patologik jarayon terining turli anatomik qismlarida epidermis, derma va gipodermada ro'y berishi mumkin. Ba'zan organizmning allergenga sezgirligi shunchalik ortib ketadiki, undan ozgina yuborish og'ir asoratga (anafilaktik shok) sabab bo'ladi.

Teri va shilliq qavatda paydo bo'lgan toshmalarda ba'zan irsiy kasalliklarning alomatini ko'rish mumkin (lamellyar ixtioz, tomirli nevus va boshqalar). Teri kasalliklarining murakkab va xilma-xil bo'lishi morfologik elementlar turli-tumanligi, birga yoki aralash kelishi, rangi, konsistensiyasi va shakli bilan belgilanadi. Aksariyat dermatozlarning kelib chiqishida ekzogen va endogen omillar birgalikda ta'sir qiladi.

TERI KASALLIKLARINING UMUMIY KLINIK BELGILARI

Odatda, *subyektiv* va *obyektiv* belgilar tafovut qilinadi.

Subyektiv belgilar zararlangan teri sohasining qichishishi, achishishi, og'rishi, tortishib turishi, paresteziya va shu kabilardir. Ayrim bemorlarda harorat ko'tarilib, et uvishishi, uyquning buzilishi kabi holatlar kuzatiladi. Ammo shuni ta'kidlash joizki, subyektiv belgilar ba'zi kasalliklarning eng asosiy belgilaridan hisoblanadi, chunki ma'lum dermatozlar qichishish bilan kechadi (qo'tir, eshakem, qichima, neyrodermit, qizil yassi temiratki, ekzema va boshqalar), ayrim kasalliklar (psoriaz, pushti temiratki, piodermitlar va boshqalar)da qichishish bo'lmasligi ham mumkin. Qo'tirda qichishish, asosan, kechasi zo'rayadi. Demak, subyektiv belgilar bemorning shikoyatidan iborat bo'ladi.

Obyektiv belgilar. Obyektiv o'zgarishlar toshmalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Aksariyat teri kasalliklarida, uning klinik belgilari toshmalar ko'rinishida «teriga yozilgan» bo'ladi. Belgilarning joylashishi, siyrak yo qalinligi, rang tusiga qarab shifokor tashxis qo'yiib, davo choralarini qo'llashda foydalanadi. Toshmalar yallig'lanib yoki yallig'lanmasdan o'tishi mumkin. Teri kasalliklarining ko'pchiligi, asosan, yallig'lanib o'tadi.

Yallig'lanmagan toshmalar pigmentli dog'lar, o'smalar, atrofiyalar, giperkeratozlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bunday toshmalar birlamchi va ikkilamchi morfologik elementlardan tashkil topadi. Ekzogen yoki endogen ta'sirotga javoban terida paydo bo'lgan elementlar birlamchi, shu elementlar asosida rivojlangan morfologik elementlar ikkilamchi deyiladi. Birlamchi morfologik elementlar infiltrativ hamda ekssudativ xillarga ajratiladi.

Ikkilamchi elementlarning tabiatiga qarab, ko'pincha birlamchi elementlarning qanday kechgani to'g'risida tasavvur hosil qilish mumkin.

Birlamchi morfologik elementlar. Terining qaysi qismida joylashganligiga, katta-kichikligiga, tarkibiga, yallig'lanish xarakteri va oqibatiga (evolutsiyasiga) qarab 8 ta birlamchi toshma elementlari tafovut etiladi:

1) dog' *(macula)*;
2) tuguncha *(papula)*;
3) do'mboqcha *(tuberculum)*;
4) tugun *(nodus)*;
5) pufak *(bulla)*;
6) pufakcha *(vesicula)*;
7) madda *(pustula)*;
8) qavarchiq *(urtica)*.

Shulardan dastlabki 4 tasi infiltrativ, keyingilari (pufak, pufakcha, madda, qavarchiq) esa ekssudativ morfologik elementlar, deyiladi.

Dog' — terining rangi o'zgarib qolgan joyda paydo bo'ladigan toshmaga aytiladi. Dog'lar yallig'lanadigan va yallig'lanmaydigan bo'lishi mumkin. Kelib chiqish sababiga qarab tomirli, gemorragik, pigmentli dog'lar farq qilinadi. Tomirli dog'lar barmoq bilan bosilsa yo'qoladi, keyin tezda yana paydo bo'ladi. Odamning kichik tirnog'idek keladigan pushti dog'lar *rozeola*, deyiladi. Ikkilamchi zaxm, qorin tifi va dorilar ta'siridan kelib chiqadigan, dog'lar bunga misol bo'ladi. Tomirli dog'lar terining ancha katta yuzasini egallashi mumkin (2 sm va undan katta) va ular *eritema*, deyiladi. Eritemalar kaftdek va undan kattaroq bo'lib, aksariyat o'tkir yallig'lanish bilan kechadi. Bir necha eritemalar qo'shilib, butun badanni egallashi *eritrodermiya*, deyiladi.

Kishi qattiq hayajonlanganda yoki uyalganida, ba'zan terida yallig'lanish bilan bog'liq bo'lmagan qizil dog'lar paydo bo'ladi. Bunday eritematoz dog'lar qichimaydi, shoxlanmaydi, bir zumda yo'qolib ketadi, ularni «uyalish» dog'lari ham deyiladi. Yallig'lanmaydigan dog'larda teri qizaradi, ba'zan ko'kargan holda qon tomirlar goh torayib, goh kengayadi. *Yallig'lanmaydigan*

dog'lar — tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin, bularga oq dog' (pes) yoki boshqa kasalliklar tufayli qoladigan dog'lar kiradi. Yallig'lanmaydigan dog'lar teridagi yuza tomirlarning mudom kengayishi tufayli ham yuzaga kelishi mumkin. Turmushda orttirilgan bunday dog'lar *teleangioektaziya* deyiladi. Ular bosilganda yo'qolib, keyin yana paydo bo'ladi. Teleangioektaziya mustaqil kechishi yoki boshqa biror kasallik (pushti husnbuzar, chandiqli eritematoz)ning klinik belgisi bo'lishi mumkin.

Tomirli yallig'lanmaydigan tug'ma dog'larga *nevus* kiradi. Tomirlar o'tkazuvchanligi ortganda yoki ular yorilganda teriga qon quyilib, unda *gemorragik dog'lar* paydo bo'ladi. Gemorragik dog'lar *petexiyalar*, ya'ni kattaligi nuqtadek keladigan dog'lar; *ekximozlar* — noto'g'ri shakldagi yirik dog'lar; *vibices* — chiziq-chiziqli dog'lar va *gematomalar*ga (tomirlar yorilganda qon quyilishi) ajratiladi. Gemorragik dog'lar allergik vaskulitda, organizmda *C* vitamini yetishmaganda, shuningdek, tif, qizilcha va boshqa kasalliklarda kuzatiladi.

Pigmentli dog'lar epidermisning bazal qavatida melaninning ko'p hosil bo'lishi (giperpigmentatsiya) yoki taqchilligi (gipopigmentatsiya) tufayli paydo bo'ladi. Pigmentli dog'lar tug'ma (xollar, albinizm) yoki hayotda ortirilgan (xloazma, vitiligo) ko'rinishida bo'lishi mumkin.

Mayda depigmentli dog'lar *leykoderma*, deyiladi. Leykoderma. ayniqsa, atrofi jigarrang bo'lgan dog'lar orasida oqarib yaxshi ko'rinadi. Butun badan terisida, shuningdek, qosh, kiprik va sochlarda pigment bo'lmasligi *albinizm*, deyiladi. Albinizm tug'ma bo'ladi.

Tuguncha — teri damidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element. Tabiatan yallig'lanishga aloqador bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Tugunchalar epidermisda joylashsa, epidermal papulalar (yassi so'galda uchraydi) yoki dermada bo'lsa, dermal papulalarni (ikkilamchi zaxmda) yuzaga keltiradi, aksariyat papulalar — epidermodermal bo'ladi (qizil yassi yoki tangachali temiratki, neyrodermit). Tugunchalar o'rnida odatda chandiq, chandiqli atrofiya kabi izlar qolmaydi, ammo giper yoki depigmentli dog'lar qolishi kuzatiladi. Tugunchalarning rangi pushti, qo'ng'ir, misdek qizil, ko'kish-qizil bo'lishi mumkin.

Do'mboqcha — o'tkir yallig'lanishga deyarli aloqasi bo'lmaydigan, teri sathidan ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element, chuqur tomirlar to'ri atrofidagi dermaning retikular qatlamida hujayra infiltrati to'planib qolishi tufayli kelib chiqadi. Do'mboqcha dermaning faqat so'rg'ichsimon qavatida emas, balki to'rsimon qavatida ham yuzaga keladi. Do'mboqchaning kattaligi 3—5 mm.dan 2—3 sm.gacha rangi ko'kimtir-sarg'ish yoki qo'ng'ir-qizg'ish, shakli yarimsharsimon bo'ladi.

Do'mboqcha infiltrati granulemadan, ya'ni limfotsitlar, gigant va epiteliloid hujayralardan iborat bo'ladi. Keyinchalik do'mboqcha markazi nekrozga uchrab, qora qo'tir bilan qoplanib turadigan yara hosil bo'ladi. Ba'zan do'mboqchaning so'rilishi hisobiga uning o'rnida atrofiyali chandiq qoladi. Do'mboqcha, masalan, sil volchankasida ko'prikchalar (kazeoz-nekrozdan keyin) hosil qilishi bilan bitsa, zaxmda naqshga o'xshash shakllarni yuzaga keltiradi va buning klinik ahamiyati katta.

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

Tugunlar o'zining konsistensiyasi, shakli, rangi va ajralmasiga qarab ayrim kasalliklarda o'ziga xos nom bilan ataladi: kollikvativ silda — skrofuloderma, uchlamchi zaxmda — gumma, moxovda — lepromа va hokazo. Shuningdek, tugunlar xavfli va xavfsiz o'smalar, chuqur mikoz, tarqalgan surunkali rubromikoz hamda tugunli eritemada ham uchraydi.

Pufakcha — doimo o'tkir yallig'lanish tabiatiga ega bo'lgan, teri damidan ko'tarilib turadigan, kovakli, ichida seroz suyuqligi bor ekssudativ birlamchi element. Shakli oval, yarimsharsimon, kattaligi 1,5 mm.dan 5 mm.gacha yetadi. Pufakchaning uch qismi, ya'ni seroz yoki seroz-gemorragik suyuqlik bilan to'lgan kovak qismi; yopib turuvchi po'st va asosi tafovut qilinadi. Kamdan kam hollarda (disgidrozda) pufakchalar teri damidan ko'tarilib turmay, teri yuzasi bo'ylab tarqaladi. Pufakchalar muguz qavat hujayralari ostida, epidermis qavati hujayralari o'rtasida hamda epidermis va derma oralig'ida joylashishi mumkin.

Pufakchalar bir yoki ko'p kovakli bo'ladi. Aksariyat pufakchalar tiniq seroz suyuqlik tutadi, ba'zan qon yoki yiring bo'lishi ham mumkin. Keyinchalik pufakchalar qurib, tangachalar bilan qoplanadi yoki yorilib, eroziya hosil qiladi va suvchirab turadi (ekzema va o'tkir dermatitda). Og'iz shilliq qavati hamda terining doimo bir-biriga ishqalanib turadigan sohasida pufakchalar aksariyat tez yoriladi va eroziyalangan yuza hosil qiladi. Aksincha, terining qalin joylarida (kaftda) joylashgan pufakchalar ancha vaqt yorilmay turadi.

Pufak — ichi kovakli ekssudativ element, kattaligi 0,5 sm.dan 5—7 sm.gacha bo'lishi mumkin. Pufakning ham xuddi pufakchaga o'xshab kovak, po'st va asos qismi tafovut qilinadi. Agar pufak muguz qavat hujayralari ostida yotsa *subkorieal*, malpigi qavati hujayralari orasida (tikansimon hujayralar orasida) bo'lsa — *intraepidermal*, epidermis bilan derma oralig'ida joylashsa — *subepidermal pufaklar* deyiladi. Pufak ichidagi suyuqlik tiniq, sarg'imtir, xira va gemorragik, shakli yarimsharsimon, oval, yumaloq bo'lishi mumkin. Aksariyat pufaklar bir kovakli bo'ladi, shuning uchun teshganda tez bo'shaydi, ba'zan (epidermofitiyada) bir necha kovak hosil qiladi.

Aksariyat pufaklar eritematoz dog'lar o'rnida, ba'zan esa hech qanday o'zgarishsiz terida yuzaga keladi. Dyuringning gerpetiform dermatiti, toksikodermiya, ko'p shaklli ekssudativ eritemada pufaklar atrofi giperemiyalangan teri bilan o'ralib tursa, nemfigus, tug'ma bullyoz epidermolizda pufaklar hech o'zgarmagan teri yuzasida paydo bo'ladi.

Madda, pustula — teri damidan ko'tarilib turadigan va ichida yiring bo'ladigan bo'shliq element. Pustulalar shakli yarimsharsimon va yassi konussimon bo'ladi, ularning kattaligi esa, no'xatdek, ba'zan olchadek keladi. Infeksion mikroorganizmlarning (stafilokokk, streptokokk) hayoti davomida ajralib chiqqan toksinlar ta'sirida epitelial hujayralar nekrozga uchrab, natijada epidermisda yiringli kovak vujudga keladi. Pustulalar terining qaysi qismida joylashishiga qarab, yuza (faqat epidermis bo'ylab joylashadi) va chuqur (derma, gipodermada) xillarga ajratiladi. Epidermis bo'ylab joylashgan va qora qo'tir hosil qilishga moyil maddalar *impetigo*, deb ataladi. Bunday maddalar o'rnida vaqtinchalik dog' qoladi.

Bundan tashqari maddalar soch follikuliga nisbatan joylashishiga qarab, follikular (soch follikuli bilan bog'langan) va nofollikular maddalarga bo'linadi. Kelib chiqish sababiga ko'ra, follikular maddalar stafilokokklarga bog'liq bo'lsa, nofollikular maddalar streptokokklarga aloqador bo'ladi. Soch follikulasining ustki qismi yiringli yallig'langanda osteofollikulit yuzaga keladi (bunda yiring markazidan soch chiqib turadi) va atrofi oz-moz qizargan bo'ladi. Nofollikular yuza pustula (nozik, yassi) *fliktena,* dermada joylashgan chuqur nofollikular pustula *ektima,* deyiladi. Fliktena bilan ektima streptokokkli piodermitlarda kuzatiladi.

Yog' bezlari bilan bog'liq pustula *akne* (husnbuzar) deyiladi. Akne yog' bezining butun asosi bilan dermada chuqur joylashishi mumkin.

Qavarchiq — o'tkir yallig'lanish tabiatida bo'lib, teri damidan biroz ko'tarilib turadigan bo'shliqsiz element, dermaning so'rg'ichsimon qavatida chegaralangan o'tkir yallig'lanishi va serozli shish paydo bo'lishi natijasida vujudga keladi. U dumaloq, cho'zinchoq va oval shaklda, rangi esa qizg'ish bo'ladi. Qattiq qichishish bilan kechadi. Qavarchiq lahzada paydo bo'lib, tezda yo'qoladi va o'zidan hech qanday iz qoldirmaydi.

Turli dori-darmonlar ta'sirida (medikamentoz), alimentar, infeksion, allergik hollarda ham qavarchiqlar ko'p kuzatiladi. Pigmentli eshakemda terini mexanik yo'l bilan ta'sirlab qavarchiqni yuzaga keltirish mumkin. Eshakem, Kvinkning angionevrotik shishi, zardob kasalligida va boshqa dermatozlarda (toksikodermiya, Dyuringning gerpetiform dermatiti, flebotodermiya) qavarchiq asosiy morfologik element hisoblanadi.

Ikkilamchi morfologik elementlar. Bularga quyidagilar kiradi: pigment dog'lar *(pigmentatio),* tangacha *(squama),* qora qo'tir po'st-qaloq *(crusta),* yoriqlar *(fissura),* ekskoriatsiya, tirnalish *(excoriatio),* eroziya *(erosio),* yara *(ulcus),* chandiq *(cicatrix),* vegetatsiya *(vegetationes),* lixenifikatsiya *(lichenificatio).*

Pigment dog'lar (pigmentatsiya, teri disxromiyasi — *dischromia cutis*) — terida pigmentlanishning buzilishi. Odatda birlamchi elementning o'rnida paydo bo'ladi. Masalan, zaxmdagi papulalar,

maddalar, ba'zi dermatozlarda eroziya va yaralar o'rnida giperpigmentlangan dog'lar qoladi. Bunday o'zgarish aksariyat yallig'langan o'choqlarda melanin hosil bo'lishining ortishi va gemosiderin kabi qon pigmenti chiqishidan yuzaga keladi.

Tangacha — muguz qavatning ko'chib tushadigan yadrosiz hujayralari. Odatda, odam terisidan fiziologik ravishda o'z umrini yashab bo'lgan muguz qavat hujayralari tangacha bo'lib tushib ketadi. Ayniqsa, ular yuvinganda, kiyim-kechak badanga ishqalanganda ko'plab ajraladi. Ayrim kasalliklarda tangachalar yengil ko'chadi (tangachali temiratki), ba'zan teridagi elementlar bag'riga mahkam bog'langan bo'lib (chandiqli eritematoz), ularning ko'chishi bir qadar og'riq bilan kechadi (Bene-Mesher simptomi). Distrofik va destruktiv jarayonlarga qarab tangachalar mayda va yirik bo'lishi mumkin.

Qora qo'tir po'st, (qaloq) po'stloq — teridagi birlamchi pufakcha, pufak, yiringcha va chuqur yaralar kabi toshmalar tarkibidagi tiniq yoki yiringli suyuqlikning qurib qolishi natijasida yuzaga keladi. Ba'zan qora qo'tir po'stga avval ishlatilgan dorilarning yopishib qolish hollari ham kuzatiladi. U teri yuzasidan ko'tarilib turadi, rangi har xil bo'ladi. Qora qo'tir po'stlar seroz, seroz — yiringli, yiring va qon aralash bo'lishi mumkin.

Yoriqlar — terining chiziqli yetishmovchiligi bo'lib, yallig'lanish, infiltratlanish oqibatida hamda teri o'zining yumshoqligi va elastikligini yo'qotganida vujudga keladi. Yuzaki yoriqlarda patologik jarayon faqatgina terining epidermis qismida joylashadi. Chuqur yoriqlarda esa, jarayon terining derma va undan ham chuqurroq qismida joylashgan bo'lishi mumkin. Odatda, yoriqlar surunkali ekzema, piodermiya, kandidozda kuzatiladi va asosan terining tabiiy burmali joylari (tizza, barmoqlar yuzasi, og'iz burchaklari va boshq.)da uchraydi.

Ekskoriatsiya, tirnalish — sog'lom terining mexanik ta'sirlar tufayli jarohatlanishi, ko'pincha teri qichishi natijasida paydo bo'ladi.

Eroziya — teri epidermik qavatining yuza nuqsoni pufakcha, pufak yoki yuza maddalar yorilganidan keyin paydo bo'ladi. Eroziyaning katta-kichikligi birlamchi element hajmiga bog'liq. Odatda, eroziyaning rangi qizg'ish bo'lib, yuzasi doimo namlanib turadi.

Yara — terining chuqur nuqsoni, bunda epidermis, derma, hatto gipoderma ham zararlanishi mumkin. Yara do'mboqcha, tugun, chuqur pustula kabi birlamchi infiltrativ elementlar yorilganidan so'ng yuzaga keladi. Trofik yaralar hamda to'qimalarning nekrozida birlamchi bo'lishi mumkin. Yaralarning shakli har xil, rangi esa ko'kish-qizg'imtir, pushti-qizil, qirralari notekis, granulali, silliq yoki osilgan bo'ladi. Qattiq shankrda yaraning qirralari tekis va silliq bo'lsa, kollikvativ sil, piodermiyaning ba'zi ko'rinishlari hamda chuqur mikozlarda esa, yaraning chetlari notekis, yumshoq, uzuq-yuluq bo'ladi.

Chandiq — terining chuqur nuqsonlari (yara) bilan kechadigan do'mboqcha, tugun, chuqur pustula va boshqalar o'rni bitayotganida hosil bo'ladi. Chandiqli soha terisi sog'lom teridan keskin farq qilib, unda o'ziga xos mayinlik, tirqishlar, tuklar, ter va yog' bezlari mutlaqo bo'lmaydi. Dermadagi so'rg'ichlar hamda so'rg'ichlararo epitelial o'siqchalar silliqlanib ketadi va epidermis bilan derma oralig'ida ko'ndalang to'g'ri chiziq yuzaga keladi. Chandiq, asosan, yaralar hamda yoriqlar o'rnida vujudga keladi.

Vegetatsiya — aksariyat terining uzoq vaqt yallig'lanib yurgan qismida epidermis tikansimon qavatining o'sib ketishi hamda so'rg'ichlarning yuqoriga qarab kengayishi natijasida paydo bo'ladi. Vegetatsiya pilakcha yoki vorsinkasimon o'simta bo'lib, tuguncha, yallig'langan infiltrat yoki eroziyalar ustida joylashadi. Ro'y-rost vegetatsiyalangan teri sohasi tashqi tomonidan «xo'roz tojisi» yoki gulkaramni eslatadi.

Lixenifikatsiya, terining dag'allashishi — terining o'ziga xos o'zgarishi bo'lib, undagi naqshning dag'allashishi bilan ifodalanadi, bunda teri egatchalari ro'y-rost bilinib, xuddi shu soha terisi giperpigmentlanadi, quruqshab, g'adir-budur bo'lib qoladi. Terining dag'allashishi to'g'ridan to'g'ri birlamchi, ya'ni terining hadeb tirnalaverishi (neyrodermitda) yoki ikkilamchi, masalan, tugunchalar bir-biriga qo'shilib ketishi natijasida (tangachali hamda qizil yassi temiratki, surunkali ekzema) vujudga keladi.

Teri va tanosil kasalliklaridagi toshmalar faqat bir xil birlamchi morfologik elementlardan (masalan, tangachali temiratki yoki zaxmdagi tugunchalar, rozeolalar, so'gal va boshqalar) tu-

zilgan bo'lsa, *monomorf toshmalar* deyiladi. Shuning uchun monograf toshmalardan iborat dermatozlar farq qilinadi. Ularga tangachali hamda qizil yassi temiratki, eshakem, vulgar pemfigus, furunkulyoz, gidroadenit, chaqaloqlarning chilla yarasi va boshqalar kiradi. Agar xastalikda har xil birlamchi morfologik elementlar uchrasa, buni chin *polimorfizm* deb ataladi.

Aksariyat kasalliklarda, jumladan, ekzema, moxov, Dyuringning gerpetiform dermatiti, zaxmning ikkilamchi davrida bir yo'la har xil, ya'ni ham birlamchi, ham ikkilamchi elementlar kuzatiladi. Bunday toshmalar polimorfizmi soxta polimorfizm deb ataladi. Bemordagi monomorf, polimorf toshmalar yoki soxta polimorfizmni baholay bilish kasallikni aniqlashda muhim ahamiyatga ega.

Umuman teridagi patomorfologik o'zgarishlar umumiy patologiyaning qonunlari bo'yicha rivojlanadi. Bu o'zgarishlar terining tuzilishi va funksiyasiga bog'liq bo'lib, o'ziga xos xususiyatlarga ega. Teridagi patomorfologik o'zgarishlar ma'lum atamalar bilan nomlanadi. Teri xastaliklari diagnostikasida ana shularni bilish zarur.

Vakuolli degeneratsiya. Malpigiy qavatining hujayralari yadrosi atrofida vakuollar hosil bo'lib, ular yadroni periferiya tomon siqib chiqaradi. Natijada yadro deformatsiyaga uchrab, piknoz xususiyatlarga ega bo'lib qoladi. Sitoplazma ichidagi suyuqlik hujayrani nobud qiladi. Agar vakuola yadro ichida joylashsa, u holda yadro shishib, suyuqlik bilan to'lgan pufakchaga aylanadi.

Spongioz (hujayralararo shish). Malpigiy qavati hujayralari orasidagi suyuqlik hujayralararo ko'prikchalarni buzadi. Natijada hujayralarning bir-biri bilan aloqasi buzilib, epitelial pufakchalar hosil bo'ladi. Bu spongioz ekzema va boshqa dermatozlar uchun xos.

Akantoz — tikansimon qavat hujayralarining ko'payib qalinlashib ketishi. *Papillomatoz* — terining bazal qavatida hujayralar bo'linishi (mitoz)ning kuchayishi va derma so'rg'ich qavati to'qimasining cho'zilishi. *Granulyoz* — epidermis donador qavatining qalin tortishi. *Giperkeratoz* — epidermis muguz qavatining haddan tashqari qalinlashuvi. *Parakeratoz* — tugallanmagan muguzlanish; muguz qavat hujayralarida yadro bo'lib donador qavatning bo'lmasligi. *Diskeratoz* — epidermis hujayralarida keratinizatsiya jarayonining buzilishi. *Akantoliz* — epitelial hujayralar orasidagi desmasomalarning shikastlanishi va bo'shliqlar vujudga kelishi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Teri kasalligini paydo qiladigan endogen va ekzogen sabablar nima?
2. Subyektiv va obyektiv belgilar haqida nimalarni bilasiz?
3. Birlamchi morfologik toshmalarni tushuntirib bering.
4. Ikkilamchi morfologik toshmalarni tushuntirib bering.
5. Birlamchi va ikkilamchi toshmalar bir-biridan qanday farqlanadi?
6. Giperkeratoz, parakeratoz, diskeratozni izohlang.

TEST SAVOLLARI

1. *Terining birlamchi toshmalariga nimalar kiradi?*

A) dog', yoriq, tuguncha, pufakcha, yara, chandiq, pufak, tugun;
B) dog', tuguncha, do'mboqcha, yiringcha, yag'irlik, o'sish;
D) chandiq, qaloq, shilinish, pigmentli dog'lar, pufak tugun, qavariq;
E) dog', tuguncha, do'mboqcha, tugun, qavariq, pufak, pufakcha, yiringcha.

2. *Terining ikkilamchi toshmalariga nimalar kiradi?*

A) dog', tuguncha, do'mboqcha, qavariq, qipiq, qaloq, yoriq, yara;
B) chandiq, yag'irlik, yara, tirnalish, bichilish, qipiq, qaloq, pigmentli dog';
D) o'sish, yara, chandiq, yiringcha, pufakcha, tugun, tuguncha, do'mboqcha;
E) to'g'ri javob yo'q.

3. *Teridagi ikkilamchi toshmalar nimani ko'rsatadi?*

A) kasallikning kechishini;
B) kasallikning paydo bo'lishini;
D) kasallikning oqibatlarini;
E) hamma javob to'g'ri.

4. *Poliform toshmalar nima?*

A) toshmaning har xil elementlardan iboratligi;
B) toshmaning ko'p elementlardan tashkil topishi;
D) toshmaning turli-tuman birlamchi elementlardan tashkil topishi;
E) toshmaning bir turdagi ko'p elementlardan tashkil topishi.

5. *Terining so'rg'ichsimon qalinlanishi nima deyiladi?*

A) chuqurlashishi;
B) kurtaklashishi;
D) qalinlashishi;
E) yag'irlik.

4-amaliy mashg'ulot

BEMORLARNI KLINIK TEKSHIRISH



- **Bemorlardan anamnez yig'ish tartibini o'rganish**
- **Teri kasalliklarini davolash tartibi bilan tanishish**
- **Umumiy va mahalliy davo ishini o'rganish**

Teri va tanosil kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshiruv chog'ida teridagi birlamchi yoki ikkilamchi elementlarga, ularning tarqoq yoki chegaralanganligi, shuningdek, konsistensiyasi, toshmalar chegarasi, atrofidagi terining o'zgargan yoki o'zgarmaganligiga ahamiyat berish lozim. Ba'zan teri morfologiyasini o'rganish, qon va siydikni umumiy analiz qilish va boshqa maxsus usullarni (masalan, qonning serologik reaksiyasi, teridagi elementlardan oqish treponema, moxov tayoqchasi, akantolitik hujayralarni izlash, immunologik tekshirishlar va boshq.) qo'llashga to'g'ri keladi.

Kasallik diagnostikasida to'g'ri yig'ilgan anamnezning ahamiyati katta. Kasbga oid dermatozlarni aniqlashda aynan shu soha kishilarida kuzatiladigan kasalliklar, masalan, kushxona va konserva zavodi ishchilarida erizepelloid, qassob yoki teri oshlovchilarda kuydirgi, veterinarlar va ot boquvchilarda manqa, uglevodorod bilan ishlovchilarda — melanodermiya kabi kasalliklarning uchrab turishi e'tiborga olinadi. Teri leyshmanioziga gumon qilingan bemordan Qashqadaryo va shu viloyat atrofidagi hududlarda safarda bo'lgan yoki bo'lmaganligini so'rab-surishtirish, kasallikni o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi.

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

Anamnez yig'ishda dermatozning vaqti-vaqti bilan qo'zib turishini inobatga olish zarur. Psoriaz, ekzema, Dyuring dermatiti

retsidivga moyil bo'lsa, trixofitiya, pushti rang temiratki va boshqalarda retsidiv kuzatilmaydi. Dermatozlar diagnostikasida kasallik boshlanishidan oldin bemorning dori-darmon qabul qilgan yoki qilmaganligi, shuningdek, oila a'zolarida shunga o'xshash toshmalar bor-yo'qligini surishtirish maqsadga muvofiq.

Teri kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda, avvalo, morfologik elementlar yallig'langan yoki yallig'lanmaganligini aniqlash kerak. Ko'pincha o'tkir yallig'lanish ekssudativ komponent bilan kechsa, muntazam (xronik) yallig'lanishda proliferativ komponent qo'shiladi. Kasallikni aniqlashda toshmalarning o'rni ham ahamiyatga ega. Masalan, psoriaz, teri silining papulonekrotik turida toshmalar qo'l barmoqlarida uchrasa, sil volchankasi, eritematoz, husnbuzarlar va toshmalar, asosan, yuzda bo'ladi.

Toshmalarning tarqoq, chegaralangan, generalizatsiya, disseminatsiya bo'lib joylashganligiga, simmetrik yoki nosimmetrikligiga, shuningdek, toshmalarning katta-kichikligi, shakli, chegarasi, rangi, konsistensiyasi hamda yuzasiga e'tibor berish zarur. Toshmalarning chegarasi aniq yoki noaniq, keskin va nokeskin, shakli — yassi, konussimon, yarimsharsimon bo'ladi. Toshmalar yumshoq, qattiqroq va juda qattiq konsistensiyali bo'lishi mumkin.

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

TERI KASALLIKLARIGA CHALINGAN BEMORLARNI DAVOLASHNING ASOSIY TARTIBI

Davolash shartli ravishda ikkiga bo'linadi: *umumiy va mahalliy.*

Umumiy davolash. Teri kasalliklarining kelib chiqishi organizm barcha a'zolari bilan bog'liqligini nazarda tutib, dermatozlarni davolashda terapiyada qo'llaniladigan dori-darmonlar keng ishlatiladi. Bunday usulda davolashda asab tizimini tinchlantirish,

organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshirish, vitaminlar yetishmovchiligining oldini olish, mikroblar qo'shilishi bilan kechadigan kasalliklarni antibiotiklar bilan davolash nazarda tutiladi.

Asab tizimini tinchlantirish uchun brom preparatlari (kaliy yoki natriy bromidning 0,25—0,5 % li eritmasi 2—3 mahal 1 osh qoshiqdan ichishga buyuriladi) va trankvilizatorlar (aminozni 2,5—1—2 ml muskul orasiga, tazepam — 0,01 g.dan kechqurun uxlashdan oldin, trioksazin 0,3 g.dan kuniga 2 mahal, meprotan 0,2 g.dan kuniga 2—3 mahal) keng qo'llaniladi. Bu dorilar o'ta asabiylashish va kuchli qichishish bilan kechadigan dermatozlarda tavsiya etiladi.

Tinchlantiruvchi dorilardan novokainning 0,25—0,5 % li eritmalari ishlatiladi. Bu dori 2—10—15 ml.dan muskul orasiga yuboriladi yoki ovqatdan 1 soat oldin 15—25 ml.dan kuniga 3 mahal ichiladi. Ba'zan novokaindan odamning boshi aylanib, ko'ngli ayniydi, umuman bo'shashib ketadi. Bunday hollarda uni berishni to'xtatish kerak.

Ko'pchilik dermatozlarning vujudga kelishi va rivojlanishida allergologik o'zgarishlar muhim ahamiyat kasb etadi, bunda bemor organizmida o'ta sezuvchanlik holati kuzatiladi. Bunday hollarda davolash asosini giposensibilizatsiyalash tashkil qiladi. Giposensibilizatsiyalovchi moddalardan kalsiy birikmalari (kalsiy xlor, glukonat kalsiy) va tiosulfat natriy keng qo'llaniladi; kalsiy tuzlari simpatik va vegetativ asab tizimiga ijobiy ta'sir etib, qon tomirlar devorlari o'tkazuvchanligini normallashtiradi va mustahkamlaydi. Kalsiy tuzlarini 10 % li eritma holida 1 osh qoshiqdan uch mahal ichiladi yoki 5—10 ml.dan venaga yuboriladi.

Kalsiy tuzlari venaga yuborilganda ular angioretseptorlarni qitiqlab, asab tizimi orqali butun organizm holatini normallashtiradi. Tiosulfat natriyning 30 % li eritmasi venaga yuboriladi, uning giposensibilizatsiyadan tashqari antitoksik ta'siri ham bor.

Antigistamin dorilar. Teri kasalliklari patogenezida gistamin va boshqa biologik faol moddalarning ahamiyati katta; allergik reaksiyalar tufayli bu moddalar miqdori bemor organizmida yuqori

bo'lib, ular qon tomirlar devorining o'tkazuvchanligini oshiradi, natijada terida eritema, shish va kuchli qichishish kuzatiladi. Bunday noxushliklarni bartaraf etish maqsadida antigistamin doridarmonlardan dimedrol, suprastin, pipolfen va boshqalar buyuriladi. Dimedrol 0,03—0,05 g.dan kuniga 2—3 mahal ichiladi yoki 1 % li eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Suprastin — 0,025 g.dan 1—2 mahal ichish yoki 2 % eritmasi 1 ml.dan muskul orasiga; diprazin (pipolfen) 0,025 g.dan tabletka yoki 2,5 % li eritmasi 1 ml. dan muskul orasiga; diazolin — 0,1 g.dan kuniga 2—3 mahal, fenkorol 0,025 g.dan 3 mahal, tavegil 0,001 g.dan 2—3 mahal yoki 2 ml.dan muskul orasiga, astemitsian 1 tabletkadan 2—3 mahal, peritol, zaditen 1 tabletkadan 2 mahal buyuriladi. Keyingi yillarda tavegil va zaditenni faqat tabletkasi emas, balki uni sirop shaklida ham ishlatish keng yo'lga qo'yilgan, ayniqsa, u bolalardagi allergodermatitlarni davolashda juda qo'l keladi.

Vitaminlar bilan davolash. Ko'pincha ba'zi dermatozlar vitaminlar yetishmasligidan kelib chiqadi. Shu sababli bemor organizmidagi yetishmaydigan vitaminlar o'rnini to'ldirish maqsadida sintetik vitaminlar tavsiya etiladi.

C vitamini — askorbin kislotasi organizmning infeksiyalarga bo'lgan qarshiligini kuchaytirib, oksidlanish-qaytarilish jarayonlarini normallashtiradi, detoksikatsiya va desensibilizatsiya qilish xususiyatlariga ega. Askorbin kislotasi 0,1—0,3 g.dan kuniga 3 mahal ichiladi yoki 5 % li eritmasi 1—2 ml.dan muskul orasiga yoki venaga yuboriladi.

B vitamini guruhiga kiruvchi vitaminlar. B_1 (tiamin) — nevrit kasalligida keng qo'llaniladi, u og'riqni qoldirib, qichishishni kamaytiradi; bu vitaminni 0,01—0,02 g.dan kuniga 2—3 mahal ichish yoki 5 % li suvli eritmasi 0,5—1,0 ml.dan muskul orasiga yuborish tavsiya etiladi.

B_6 (piridoksin), B_{12} (siankobolamin) vitaminlari ham dermatologiya sohasida keng qo'llaniladi.

A vitamini (retinol) epidermisdagi muguz qavatda kechayotgan keratinizatsiya jarayonida ishtirok etadi, agar bu vitamin yetishmasa, giperkeratoz holati vujudga keladi. *A* vitaminini kuniga 50000—100000 XB dan ichish yoki muskul orasiga yuborish mumkin.

E vitamini (tokoferol) oqsil, uglerod va yog' almashinuvlarida faol ishtirok etib, *A* vitamini ta'sirini kuchaytiradi. Tokoferol yog'larni oksidlanishdan saqlaydi. Bu vitamin yetishmasligi oqibatida bepushtlik, jinsiy zaiflik va homiladorlik asoratlari kuzatiladi. U yog'lar perekisli oksidlanishining buzilishi bilan kechadigan teri kasalliklarida (fotodermatozlar, sklerodermiya va boshq.) keng qo'llaniladi. *E* vitamini 50—150 mg.dan kuniga bir mahal ichiladi yoki muskul orasiga 50 mg.dan yuboriladi.

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

Steroidli gormonlar bilan davolash. Steroidli gormonlar organizmda yetishmagan tabiiy gormonlar o'rnini qoplash yoki organizmga o'ziga xos farmakodinamik ta'sir etish maqsadida ishlatiladi. Hozirda gormon preparatlaridan gidrokortizon, kortizon, shuningdek, prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalardan keng foydalanilmoqda. Ular ovqatdan keyin ichiladi yoki muskul orasiga yuboriladi. Bu dorilarning 2/3 qismi kunning birinchi yarmida qabul qilinishi kerak. Prednizolonning kattalarga bir kunlik o'rtacha miqdori 10—15 dan 30—40 mg.gacha, deksametazon 2—4 mg, triamsinalon esa, 10—20 mg.dan buyuriladi. Kortikosteroidlar immunodepressiv, allergiya va yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega. Ular oqsil, yog', uglevod, tuz va suv almashinuviga kuchli ta'sir etadi; u jigarda uglevodlarning to'planishi, qonda qand miqdorining (steroidli diabet) oshishi, siydik bilan azotning ko'p ajralishiga olib keladi. Qonda esa, eozinopeniya, limfopeniya, nefrofilyoz kuzatiladi.

Qand kasalligida, qon bosimi oshganda gormon preparatlarini berib bo'lmaydi, chunki ular qon bosimini ko'tarib yuboradi. Bundan tashqari uzoq vaqt gormon dorilari qabul qilinganda qonda protrombin ko'payib ketishi natijasida qon tomirlarda tromboz va asab tizimida esa, eyforiya holati kuzatiladi. Shu bilan bir qatorda

organizmdan suv va natriy moddasining chiqishi kamayib, kaliy moddasining chiqishi kuchayadi.

Yog' almashinuvining buzilishi sababli bemorlarda Iseng-Kushing sindromi kuzatiladi. Kortikosteroidlarni och qoringa qabul qilish yaramaydi, aks holda me'da va o'n ikki barmoqli ichak yaralari hosil bo'lishi hamda ulardan qon oqishi mumkin.

Gormon preparatlarining ta'sirini hisobga olib, u bilan davolanayotgan bemorlarga kaliy (kaliy oratat, panangin, asparkam) va kalsiy tuzlari (kalsiy glukonat, pantotenat kalsiy), anabolik steroidlar (retabolil, fenobolil), vitaminlar hamda vitaminga boy bo'lgan meva va sabzavotlar tavsiya etiladi.

Kortikosteroidlar qabul qilayotgan bemorlarda ikkilamchi infeksiyalar kuzatiladi, uning oldini olish maqsadida antibiotiklar qabul qilish maqsadga muvofiq. Kortikosteroidlar kundalik miqdori kasallikning klinik kechishi va bemor vazniga bog'liq. Og'ir kechadigan dermatozlarda (pemfigus, eritrodermiyalar) gormonlarni yuqori miqdorda qabul qilish tavsiya qilinadi (masalan, 80—100 mg) va kasallik tuzala boshlashi bilan oz-ozdan kamaytirib, minimal miqdorga keltiriladi va shu me'yorda ushlab turiladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Teri kasalliklari ichida yiringli kasalliklar, ayniqsa, bolalarda ko'p uchraydi. Antibiotiklardan penitsillin, ampitsillin, amoksiklav, lendatsin, roksitromitsin, tetratsiklin, eritromitsin, oleitetrin, kanamitsin, levomitsetin ko'proq qo'llaniladi. Bundan tashqari, zamburug' kasalliklarida grizeofulvan qo'llanadi, u 0,125 dan tabletka holida bo'lib, ko'pincha mikrosporiya, trixofitiya, oyoq mikozida buyuriladi. Umuman antibiotiklarni uzoq vaqt qabul qilinadigan bo'lsa, ularga, albatta, 250000 — 500000 TB dan kuniga 4 mahal nistatin beriladi.

Ba'zi bir dermatozlarni davolashda turli xil kimyoviy terapevtik vositalar qo'llaniladi: piodermiyalarda — sulfanilamidlar; moxov kasalligi va Dyuringning gerpetiform dermatitida — diaminodifenilsulfon, diutsifon; eritematozda, qizil yassi temiratkida — xingamin (rezoxin, delagil, xloroxin); teri silida — ftivazid, salyuzid va boshqalar.

Teri kasalliklarini davolashda fizik usullar (issiq, nur va elektr bilan davolash) keng qo'llanilmoqda. Davolash vositasi sifatida

nurdan foydalanganda bemor terisining shu nurga nisbatan sezuvchanligi va yo'ldosh kasalliklar hisobga olinishi zarur. Ultrabinafsha nurlar (UBN) bilan davolaganda terining shu nurga nisbatan ta'sirchanliligini oshiradigan dorilar (fotosensibilizatorlar)ni birga qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash usuli — kimyoterapiya yoki PUVA-terapiya, deb ataladi. Fotosensibilizator sifatida puvalen, lamadin, psoberan va boshqalarni qo'llash mumkin.

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

Mahalliy davolash. Mahalliy yoki sirtdan davolash aslida umumiy davo hamdir, chunki ular faqat mahalliy ta'sir etib qolmay, balki teri orqali so'rilib, butun organizmga umumiy ta'sir etadi. Mahalliy davo har bir bemorga alohida tanlanadi. Shunday so'ng zararlangan o'choqning holati, kasallikning kechishi, bosqichi, jarohatning yuza yoki chuqurligi, shuningdek, bemor ilgari ishlatgan mahalliy davo vositalarini hisobga olgan holda mahalliy davolashni boshlash mumkin. Teri kasalliklarini mahalliy davolashda dorilarni sepish, namlash yoki ho'llash, turli aralashmalar va malhamlardan foydalanish mumkin. Namlash uchun ishlatiladigan suyuqliklar, chayqatma va upalar yuzaki ta'sir etish xususiyatiga ega.

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

Upalar (pudralar) — yallig'lanishga qarshi yuza ta'sir ko'rsatadi, ular dezinfeksiya qilish, qichishishni kamaytirish, teridagi

nam, yog', terni o'ziga so'rib olib, terini sovitish xususiyatiga ega. Indifferent (talk, vismut, oq loy, rux oksidi, kraxmal), dezinfeksiyalovchi (dermatol, kseroform), shuningdek, tarkibida antibiotiklar bor upa (prisipka)lar ishlatiladi. Ular zararlangan joyga yupqa bir tekis qilib sepiladi.

Chayqatma (boltushka)lar yoki chayqatiladigan aralashmalar teridagi yallig'lanishni kamaytirish, terini sovitish va quritish maqsadida ishlatiladi. Ular (30 %) bir yoki bir necha xil kukun moddalar (rux, talk, oq loy, kraxmal) hamda (70 %) suv yoki asosdan (spirt, glitsirin, vazelin moyi) va boshqalardan iborat bo'ladi. Chayqatmani qo'llashdan oldin u, albatta, yaxshilab chayqatiladi. Aralashmalar tarkibidagi suyuqligi tezda bug'lanib ketib, zararlangan terida faqat kukun qismi qoladi, xolos. Chayqatmalar suvli, suv-spirtli va moyli bo'ladi.

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

Malhamlar asosini yog' yoki sintetik yog'simon moddalar tashkil qilib, uning tarkibiga turli xil farmakologik moddalar (oltingugurt, rezorsin, mentol, dermatol, levomitsetin) kiritiladi. Malham surilgandan keyin teridan chiqayotgan ter tarkibidagi suyuqlik malham ostida qoladi va u zararlangan teri yumshatib, dori-darmonlarni terining chuqur qavatlariga so'rilishini ta'minlaydi. Yog'larga turli xil dori-darmonlar qo'shib qichishish va og'riqni qoldiruvchi, yumshatuvchi, dezinfeksiyalovchi hamda boshqa malhamlar tayyorlash mumkin. Malhamlar, asosan, hayvon va mineral yog'lari (moylari), shuningdek, sariq vazelin, lanolin va ba'zan naftalan asosida tayyorlanadi.

Kremlarning 2/3 qismi yog' va 1/3 qismi suvdan iborat bo'lib, ular terini yumshatib, sovitish va tashqi muhit ta'siridan saqlash xususiyatiga ega. Keyingi yillarda tarkibida kortikosteroid bo'lgan malham va kremlar keng qo'llanilmoqda: 1 % li gidrokortizon, 0,5 % li prednizolon, «Ftorokort», «Sinalar», «Flyutsinar», ultralan, kortikosteroid va antibiotiklardan iborat malham va kremlar («Selestoderm B», «Diprogenta», «Triderm») qichima kasalligi piodermiya bilan murakkablashganda yaxshi yordam beradi.

Malhamlar tarkibidagi dori-darmonlarning farmakologik ta'siri ularning konsentratsiyasiga bog'liq, masalan, salitsil kislotasi, rezorsin kam miqdorda et bitirish (keratoplastik) xossasiga ega bo'lsa, yuqori konsentratsiyada keratolitik, undan yuqori konsentratsiyada kuydiruvchi xususiyatga ega. Keratoplastik moddalar yallig'lanishni kamaytirib, zararlangan epidermisning muguz qavatini qayta tiklaydi: infiltratlarni so'riltiradi, terini quritib, qichishishni kamaytiradi. Keratolotik dorilar dezinfeksiyalash xususiyatiga ham ega.

Keratolitik moddalar epidermisning muguz qavatini ajratadi, ular giperkeratoz yoki parakeratoz holati bilan kechadigan dermatozlarda qo'llaniladi. Salitsil kislotasi va rezorsin (5—10 % va undan yuqori konsentratsiyada) ishqor (sovun, ayniqsa, kaliy elementi bor ko'k-yashil sovun) va boshqalar keratolitik xususiyatiga ega. Parazitlarni yo'qotishda antiparazitar dorilar — oltingugurt, yod, kseroform, etakridin laktak va boshqalar keng qo'llaniladi. Bu moddalarni malham, chayqatiladigan aralashmalar yoki namlovchi dorilar ko'rinishida ishlatish mumkin.

Zamburug'li teri kasalliklarini davolashda, asosan, yod (2—5 % li spirtli eritmasi), anilin bo'yoqlar, oltingugurt va boshqalar ishlatiladi. Qichishga qarshi vositalardan mentol (0,5—2 %), anestezin (5—10 %), dimedrol (1 %), timol eritmasi (0,5 %), limon kislotasi (1 %) va boshqalar keng qo'llanilmoqda.

Hozirgi davrda terini kuydiruvchi (yemiruvchi) moddalar o'rnini zamonaviy davo usullari: elektrokoagulatsiya, diatermokoagulatsiya, lazerokoagulatsiya, krioterapiya egallab bormoqda. Kuydiruvchi moddalardan lyapis (20 % li eritmasi), trixlor-uksus kislotasi (30—50 % li eritmasi yoki 'ozasi), sut kislotasi (50 % li eritma), sirka (6 % li muz sirka kislotasi), marganovka kristallari, padofillin va boshqalarni ishlatish mumkin.

AMALIY MUOLAJALAR

Kasallikning rivojlanish tarixi va hujjatlarni rasmiylashtirish qoidalari

Teri tanosil kasalliklari kasalxonasida bemorni davolash paytida quyidagi hujjatlar rasmiylashtiriladi:

1. Kasallik tarixi varaqasi.
2. Bemorlarni qabul qilish va yotib davolanishdan bosh tortish daftari.
3. Bemorning kelganligi va ketganligini hisobga oluvchi daftar.
4. Kasalxonaga tushgan bemorni qayd etish daftari.
5. Ambulatoriya daftari.
6. Almashinuv daftari.
7. Mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotganlik varaqasi.
8. Shoshilinch xabarnoma (58-shakl).
9. 089-U xabarnomasi.
10. Zaharli va kuchli moddalarni sarflash daftari.
11. Davolash ko'rsatmalari daftari.
12. Ma'lumotnoma va yo'llanmalarni ro'yxatga olish daftari.
13. Bo'limga kelgan har bir bemor haqidagi ma'lumotni yozish daftari.
14. Shifokorlik-mehnat ekspert komissiyasiga jo'natiladigan varaqa, sanatoriy-kurort daftari.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari kasallik tarixining pasport qismini to'lg'azadi. O'quvchilar o'zlariga ajratilgan kunlar va soatlarda kasallik varaqasining pasport qismiga quyidagi ma'lumotlarni tushunarli tarzda yozishadi:

1. Bemorning ismi-sharifi.
2. Jinsi.
3. Manzili.
4. Kasbi, ish joyi.
5. Kasalxonaga keltirilgan kun.
6. Kundalik harorat egri chiziqliklari.
7. Sanitariya tozalovi haqida ma'lumot.
8. Laboratoriya ma'lumotlari.

Teri va tanosil kasalliklari kasalxonasining qabul bo'limida navbatchi tibbiyot xodimlari tomonidan bemorlarni qabul qilish daftariga bemorning pasport ma'lumotlaridan tashqari, qaysi davolash profilaktik muassasasi qanday tashxis bilan yuborgani, qaysi bo'lim, qaysi xonaga yotqizilgan, qachon va qayerga chiqarilgani, vafot etgan bo'lsa, bu haqdagi ma'lumotlarni beradi.

Teri-tanosil kasalliklari shifoxonasining har bir bo'limi katta hamshirasi tomonidan bemorning kelgan va ketganligi to'g'risidagi daftar to'lg'azib boriladi. Unda bemorning pasport ma'lumoti, kelgan vaqtdagi sog'lig'i haqidagi ma'lumot, ketayotgan vaqtdagi ma'lumot, yotgan kunlar muddati, kasallik varaqasi soni va uni necha kunga berilganligi haqidagi ma'lumotlar kiritiladi.

Tibbiyot hamshirasi kasallik tarixi ma'lumotlariga asoslanib, shifoxonaga tushgan bemorni qayd etish daftarini to'ldiradi va bemor sog'ayib chiqqandan so'ng shifoxonaning statistika bo'limiga jo'natadi.

O'rta tibbiyot xodimlari tomonidan shifokorlik-mehnat ekspert komissiyasiga jo'natiladigan varaqa, sanatoriy-kurort xaritasining pasport qismini rasmiylashtiriladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Bemorlardan anamnez yig'ish tartibini bayon eting.
2. Umumiy davoda nimalarga e'tibor berish kerak?
3. Mahalliy davoni ishlatish qanday olib boriladi?
4. Gormonal (steroid) preparatlarni ishlatganda nimalarga e'tibor berish kerak?
5. Malhamlarni qachon tavsiya etish mumkin emas?

TEST SAVOLLARI

1. *Teri kasalligini tekshirishda teridagi qanday o'zgarishlarga e'tibor beriladi?*

A) teri rangiga;
B) birlamchi elementlarga;
D) ikkilamchi elementlarga;
E) hamma javob to'g'ri.

2. *Qachon shifokor palpatsiya, dioskopiya, tirnash usullaridan foydalanadi?*

A) kasallikning o'xshash ko'rinishlarida;
B) kasallikning atipik shaklida;
D) kasallikning aniq bo'lmagan shakllarida;
E) to'g'ri javob yo'q.

3. *Dermatologik statusda, avvalo, nimaga e'tibor qaratiladi?*

A) terining rangiga;
B) yallig'lanish elementlariga;
D) toshmalarning joylashishiga;
E) morfologik elementlarning yallig'langanlik yoki yallig'lanmaganligiga.

4. *Dermografizm qanday aniqlanadi?*

A) mexanik qitiqlash bilan;
B) paypaslash yo'li bilan;
D) tirnash yo'li bilan;
E) analiz yig'ish yo'li bilan.

5. *Dermatologik status so'nggida nima qayd qilinadi?*

A) obyektiv tekshirish natijalari;
B) subyektiv shikoyatlar;
D) laboratoriya natijalari;
E) alohida tekshiruv natijalari.

5-amaliy mashg'ulot

TERINING YIRINGLI KASALLIKLARI



• Terining yiringli kasalliklari etiologiyasi, patogenezi va klinikasi • Kasallikning bolalar orasida keng tarqalishi sabablari • Davosi va profilaktikasini targ'ib qilishni o'rganish

Terining yiringli kasalliklari yoki piodermitlar (yunon. *pyon* — yiring, *derma* — teri) eng ko'p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Aksariyat terining yiringli kasalliklari surunkali kechib, tez-tez qaytalab turadi va uzoq vaqt davolanishni talab qiladi.

Bolalar dermatologiyasida ham piodermitlar salmoqli o'rin egallaydi. Barcha dermatozlar orasida u 25—60 % ni tashkil qiladi. Piodermitlar birlamchi bo'lishi yoki biron-bir boshqa teri kasalligining asorati bo'lishi ham mumkin.

Etiologiyasi. Terida yiring paydo qiluvchi mikroblar — stafilokk va streptokokklar, goho ayrim mikroorganizmlar — pnevmokokklar, ko'k yiring tayoqchasi, ichak tayoqchasi va boshqalarning tushishi sabab bo'ladi. Ba'zan bir necha mikroorganizmlar birgalikda uchrashi ham mumkin.

Patogenezi. Terida yiringli kasallik kelib chiqishida, avvalo, mikroorganizmlarning patogenligi va virulentliligi ahamiyatga ega, ammo ularning terida rivojlanib ketishi uchun ma'lum bir shart-sharoitlar zarur. Bular terining himoya funksiyasi va piokokklarga nisbatan organizmning qarshilik ta'sirini susaytirib yuboradigan ekzogen va endogen sabablardir.

Ekzogen sabablar:

1. Teridagi yuza mayda yara-chaqalanish (mikrotravmalar) — tirnalish, qirqilish, kuyish, ishqalanish va boshqalar.

2. Terining haddan tashqari ifloslanishi, oddiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik.

3. Sovuq yoki issiq urishi, sovqotish.

4. Kasb bilan bog'liq omillar (ko'mir, sement, ohak va neft mahsulotlari bilan ishlash).

5. Yosh bolalarni noto'g'ri kiyintirish (sun'iy toladan tikilgan kiyimlar, qalin qilib o'rab-chirmash).

6. Teri muhitining (pH) o'zgarishi.

Endogen sabablar:

1. Uglevodlar almashinuvining buzilishi (giperglikemiya), gipofiz hamda qalqonsimon bez faoliyatidagi yetishmovchilik.

2. Asab tizimi faoliyatidagi funksional buzilishlar (nevrozlar).

3. Organizm tomonidan oqsil o'zlashtirilishining buzilishi (gipoproteinemiya).

4. Me'da-ichak tizimi faoliyatining funksional (jigar, me'da-ichak kasalliklari) buzilishi.

5. Gipovitaminozlar (ayniqsa, *A* va *C*).

6. Irsiy omillar.

7. Organizm immun mexanizmining buzilishi va boshqalar.

Piodermitlarning paydo bo'lishida qo'zg'atuvchining patogenligi, ayniqsa, stafilokokklarning plazmakoagulatsiya, gemolitik, toksigenlik va pigment hosil qilish xususiyatlari muhim ahamiyatga ega.

Keyingi yillarda antibakterial preparatlarni haddan ziyod ishlatish (organizmning reaktivligini o'zgartirish bilan bir qatorda) ko'pgina mikroorganizmlar, jumladan stafilokokklar va streptokokklarning ba'zi biologik xususiyatlarini (antigenlik, immunogenlik, virulentlik) o'zgarishiga olib keladi. Bu jarayon terida kasallik paydo qilmaydigan mikroorganizmlarning (epidermal stafilokokk) patogenlik tomonga siljishiga sabab bo'lib, ular tez-tez qaytalab turadigan terining turli yiringli kasalliklarini keltirib chiqarmoqda.

Klassifikatsiyasi (tasnifi). Terining yiringli kasalliklari etiologik omillarga qarab stafilokokkli va aralash; joylashishiga qarab yuza va chuqur; kechishiga ko'ra esa, o'tkir surunkali xillarga bo'linadi.

Stafilokokkli piodermitlarda yallig'lanish jarayoni aksariyat teri hosilalari, soch follikulalari, yog' va ter bezlarida bo'ladi. Asosiy morfologik element — madda. Uning shakli konussimon, po'sti esa qalin, tortilgan, ichida sarg'imtir-yashil yiring bo'ladi. Madda o'rtasida mayin soch chiqib turadi.

Stafilokokklardan farqli streptokokklar qo'zg'atgan piodermitlarning morfologik elementlari soch va yog' bezlari follikulalari bilan bog'liq bo'lmaydi. Yallig'lanish jarayoni yuza, maddalar shakli, yassi, po'sti nozik (fliktena) ichidagi ekssudat seroz-yiringli va bir-biriga qo'shilib ketishiga moyil bo'ladi.

Stafilokokkli piodermitlar (stafilodermiyalar). Terining stafilokokkli kasalliklariga ostiofollikulit, sikoz, chuqur follikulit, furunkul (chipqon), karbunkul (xo'ppoz), gidradenit kiradi. Ostiofollikulit bilan sikoz terida chandiq qoldirmaydi, qolganlari esa chuqur to'qimalarni shikastlab chandiq bilan bitadi.

Yosh bolalar terisi o'ziga xos tuzilishga ega, shuning uchun ularda stafilodermiya boshqacharoq kechadi, bunda toshmaning morfologik elementi yuza nofollikular pufaklar hisoblanadi. Bolalar terisi stafilokokklarga nisbatan sezuvchanligi sababli yallig'lanish tez va tarqoq kechadi, ba'zan og'ir oqibatlarga olib keladi. Asosan, ularda vezikulopustulyoz, psevdofurunkulyoz, chilla yara va Ritterning eksfolitiv dermatit kabi stafilokokkli kasalliklari kuzatiladi.

Ostiofollikulit — soch xaltachasi og'zining yallig'lanishi, asosan stafilokokklar qo'zg'atadi. Dastlab teri yuzasida konussimon shaklda, follikular madda (pustula) paydo bo'ladi. Madda o'rtasidan mayin soch (tuk) chiqib turadi. Soch follikulasi atrofi biroz yallig'lanib, qizaradi va pushti-qizil rangli yallig'lanish toji bilan o'ralgan bo'ladi. Osteofollikulitlar yoki stafilokokkli impetigo terining kichik yoki keng xiylagina qismini egallashi mumkin. Bir necha kundan so'ng maddalar quriydi va yallig'lanishlar so'rilib ketadi. Osteofollikulitdan keyin hech qanday chandiq qolmaydi, balki biroz pigmentli dog' qoladi, xolos.

Chuqur follikulit — soch xaltasining chuqur qavati yallig'langanda teri qizarib turadi, terining shu yerida qo'lga qattiq unnaydigan infiltrat hosil bo'lib, bezillab og'riydi, keyinchalik madda boylamaydi. Bir necha kundan so'ng madda qovjiraydi yoki yiringlanish rivojlanib to'qimalar nekrozga uchraydi. Odatda, kasallik 5—6 kunda tuzaladi va o'rnida nuqta-nuqta chandiqlar qoladi. Ko'pincha chegaralangan chuqur follikulitlar boshning sochli qismi, ensa va chov oralig'ida uchraydi.

Sikoz — soch follikulalarining surunkali yallig'lanishi. Stafilokokkli yoki oddiy sikoz surunkali kechadi va tez-tez qo'zib turadi. Asosan, erkaklarda uchraydi (yun. *sicosis* — uzum g'ujumi). Toshma elementlari osteofollikulit va follikulitlardan iborat. Stafilokokkli sikoz aksari yuzning soqol va mo'ylov o'sadigan qismida, ko'proq, qosh, qovoq va qo'ltiqda, ba'zan boshning sochli qismi, bo'yin terisida, shuningdek, jinsiy a'zolar atrofida, qov, son, boldir va badanning jun bilan qoplangan boshqa sohalarida ham paydo bo'lishi mumkin.

Kasallik oylab, ba'zan yillab davom etadi. Bunda bemorning terisi tortishib, achishib og'riydi. Ayniqsa, zararlanish yuzda bo'lganida kasallik dam tuzalib, dam qo'zib turishi oqibatida bemorning ruhiy holati o'zgaradi. Stafilokokkli sikoz terining iflosланishi, burun-tomoq bo'shlig'ida turli surunkali infeksion kasalliklar, shuningdek, endokrin bezlar va asab faoliyatining buzilishlaridan kelib chiqadi.

Chipqon, furunkul — soch xaltachasi va atrofidagi to'qimaning o'tkir yiringli-nekrotik yallig'lanishi. Chipqon terining yiringli kasalliklari ichida eng ko'p uchraydigani bo'lib, uni stafilokokklar qo'zg'atadi (oq va tillarang).

Klinikasi. Chipqonda rivojlanish bosqichi tafovut qilinadi:

1) infiltrat paydo bo'lishi;
2) yiringlanish va nekroz;
3) tuzalish.

Dastlab soch tolasi follikulasi sohasida teri damidan biroz ko'tarilib turadigan, dumaloq, konussimon tuguncha shaklida qattiq yallig'langan infiltrat paydo bo'lib, bezillab og'riydi, qizaradi; asta-sekin kattalashadi (birinchi bosqich).

Kasallikning 3—4 kuniga kelib, chipqonning kattaligi 1—3 sm. ga yetadi (ikkinchi bosqich), uning o'rtasida yiringli-nekrotik o'zakli pustula paydo bo'ladi. Chipqon konussimon shaklni oladi, qizg'ish-ko'kimtir tusga kirib, yaltirab turadi. O'rtasidagi pustula sohasida nekroz rivojlanadi. Bu davrda bemorning harakati cheklanib, darmoni quriydi, harorati (37—38°C) ko'tariladi, intoksikatsiya alomatlari kuzatiladi, chipqon lo'qillab og'riydi, keyin o'z-o'zidan

yoki biror ta'sir tufayli yoriladi. Undan sarg'ish, ba'zan qon aralash quyuq yiring chiqadi. Yiring chiqib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib qoladi, uning tagida chipqon «o'zagi» ko'rinadi. Nekrotik o'zak ajralgach, infiltratli shish va og'riq keskin kamayadi. Yara «o'zagi» chiqqandan so'ng, uning o'rni chandiqlanib bitadi (uchinchi bosqich).

Chipqonga tashxis qo'yish qiyin emas, uni asosan kuydirgi, gidradenit va chuqur trixofitiya bilan taqqoslanadi.

Ho'ppoz, karbunkul, ko'k yara — terining chuqur qavatlari va ostidagi yog' qatlamining yiringli nekrotik yallig'lanishi. Katta yoshlilarda ko'proq uchraydi. Ho'ppozda yiringli — nekrotik jarayon derma, hatto gipodermaga yetib boradi. Kasallik juda og'ir o'tadi, ba'zan og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Ho'ppoz yoki karbunkul yunoncha *carbo* so'zidan olingan bo'lib, «ko'mir» ma'nosini beradi, chunki yiringli nekrotik jarayon oqibatida yallig'lanish o'chog'i xuddi ko'mir rangini oladi. Kasallik qo'zg'atuvchisi tillarang stafilokokk. Aksariyat ho'ppoz bo'yin, bel va dumg'azada ko'proq uchraydi.

Klinikasi. Avval terining chuqur qavatlari va teri osti yog' qatlamlaridagi kichik bir joy zichlashib, bezillab qoladi, infiltratli tugunchalar avj oladi. Tugunchalar borgan sayin kattalashib, bu joy tez orada doira shakliga kiradi, ustidagi teri tarang tortib, yaltirab turadi, o'rtasi avval ko'karadi («ko'k yara» deb atalishi shundan), 8—12 kundan keyin madda boylab, oqaradi, atrofida mayda «ko'zlar» paydo bo'ladi (kasallikning birinchi bosqichi), keyin shu joydan yoriladi. Yiringli jarayon atrofiga tarqalmaganidan yemirilgan (irigan) to'qimalar ko'chib tushadi va yashil, ba'zan qizg'ish yiring chiqa boshlaydi. Yiring chiqib bo'lgach, yara ichi chuqur bo'lib qoladi, uning tagida yiringli massa, ya'ni «o'zagi» ko'rinadi.

Yiringlanish va nekrozlanish ho'ppozning ikkinchi bosqichi bo'lib, 2—3 hafta davom etadi. Keyinchalik yara o'rni chandiq bo'lib bitadi. Odatda, ho'ppoz bitta chiqadi. Lekin kasallik og'ir kechganda uzoqqa cho'ziladi. Bemorning harorati ko'tarilib, eti uvishadi. Ayni vaqtda limfa tomirlari ham yallig'lanishi mumkin. Chipqonga yaqin turgan limfa tugunlari ham, bezlar ham yal-

lig'lanadi, teri biroz shishadi. Yuzdagi ho'ppoz juda xavfli, chunki bunda jarayon yuzdan qon tomirlari orqali miyaga o'tishi va turli asoratlar qoldirishi mumkin. Ho'ppozga tashxis qo'yish uncha qiyin emas, asosan, kuydirgi hamda chipqon bilan taqqoslanadi.

Gidradenit — apokrin ter bezlarining o'tkir yiringli yallig'lanishi; tillarang stafilokokklar qo'zg'atadi (yunon. *hydros* — ter, *aden* — bez). Gidradenit qandli diabetga chalinganlarda, jinsiy bezlar faoliyati izdan chiqqan kishilarda ko'p uchraydi.

Terining anatomiyasidan ma'lumki, apokrin ter bezlari faoliyati inson balog'atga yetgan davrdan boshlanadi (qizlarda o'g'il bolalarga nisbatan ertaroq). Apokrin ter bezlari ayollarda ko'proq, shuning uchun ham gidradenit ularda ko'proq uchraydi. Yosh o'tgan sayin bu bezlar faoliyati so'na boradi, shu tufayli gidradenit keksalarda deyarli kuzatilmaydi.

Klinikasi. Gidradenit yirik ter bezlari joylashgan qo'ltiqda, ko'proq chov va orqa chiqaruv teshigida, shuningdek, ayollarning ko'krak bezlari uchida uchraydi.

Kasallik terining derma yoki gipoderma qismida bosib ko'rilganda qo'lga unnaydigan 1—2 ta tugunlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Tugunlar usti qizarib, og'rib turadi, biroz qichiydi, tugunlar asta-sekin kattalashadi, ular yong'oqdek, hatto undan ham kattaroq bo'lib ketadi. Zararlangan teri sohasi qizarib, shishib chiqadi, yupqa tortib, bosganda yoki harakatlanganda bezillab og'riydi. Tugunlar bir-biriga qo'shilib ketadi, teri biroz salqib, bilqillab turadi. O'tkir yallig'lanishga xos infiltrat paydo bo'ladi. Bora-bora tugunlar yumshab yoriladi va sarg'imtir-qizg'ish yiring chiqa boshlaydi, gidradenitda nekrotik o'zak paydo bo'lmaydi.

Kasallikni aniqlash mutaxassis uchun qiyinchilik tug'dirmaydi. Gidradenitni furunkul va kollikvativ teri sili bilan taqqoslash kerak. Gidradenitda nekrotiv o'zak bo'lmaydi. Kollikvativ teri sili uzoq surunkali davom etishi, limfatik tugunlar zararlanishi, o'choqlarning teshik-teshik bo'lishi va og'rimasligi bilan farq qiladi.

Vezikulopustulyoz — chaqaloqlar orasida keng tarqalgan kasallik bo'lib, badanga turli kattalikdagi maddalar toshishi bilan ifodala-

nadi. Kasallik go'dak hayotining dastlabki kunlaridayoq boshlanadi. Bunda bolaning boshi, badanning serburma sohalari va oyoq-qo'llariga chetlari qizil yallig'langan hoshiya bilan chegaralangan pustulalar chiqadi; pustulalar bitta, ikkita yoki bir nechta bo'lishi mumkin. Gistologik tadqiqotlar yallig'lanishli o'zgarishlar ekkrin ter bezlarining og'iz qismida bo'lishini ko'rsatadi.

Chaqaloqlarning epidemik pufakli yoki chilla yarasi — o'tkir boshlanib bir lahzada bolaning butun badaniga pustulalar toshib ketishi bilan ifodalanadi. Kasallikni, asosan stafilokokklar, kamdan kam hollarda streptokokklar qo'zg'atadi.

Patogenezi. Piokokkli pemfigoidning 40 % dan ziyodi ilk go'daklik chog'idayoq (chaqaloq 3—6 kunligida) boshlanadi. Kasallikning kelib chiqishi go'dak terisining turli noxush omillar (bakterial, travma, homiladorlik toksikozi va boshqalar) ta'siriga ko'rsata olish qarshilik quvvatiga bog'liq.

Epidemiologiyasi. Epidemik pufakli yara o'ta yuquvchan bo'lib, uning asosiy manbayi tibbiyot xodimlari yoki stafilokokk bilan og'rigan chaqaloqlarning onalari hisoblanadi. Shuningdek, iflos choyshab, sochiq, ichki kiyimlardan ham yuqishi mumkin (kasal chaqaloqlarning kindigidan tushgan bo'ladi). O'rin-ko'rpalar yoki ba'zan tibbiyot xodimlarining sanitariya talabi darajasida toza emasligidan bu kasallik birdan tarqalib, tug'uruqxonada epidemiya tusiga kirishi mumkin. Bunda zudlik bilan kasalxonaning chaqaloqlar bo'limi yopilib, dezinfeksiya qilinadi, barcha xodimlar tibbiy ko'rikdan o'tkaziladi.

Klinikasi. Badan terisining bo'yin, kindik, dumba sohalarida, shuningdek, qo'l va oyoqlarda, biroz qizargan yoki o'zgarmagan teri yuzasi bo'ylab pufaklar paydo bo'ladi. Pufaklarning kattaligi no'xatdek, konsistensiyasi zich, ichidagi suyuqlik tiniq yoki sarg'imtir, atrofi gardish bilan o'ralgan bo'ladi. Pufaklar paydo bo'lishi bilan go'dakning ahvoli o'zgarib, qattiq bezovta bo'ladi, harorati ko'tariladi. Pufaklar tezda kattalashib, bir-biriga qo'shilib ketadi, ichidagi seroz suyuqlik loyqalanadi. Pufaklar yorilib, eroziyalanadi, periferiyadagi epidermis qoldig'i osilib turadi. Ba'zan yallig'lanish og'iz, burun, ko'z va boshqa a'zolar shilliq qavatiga ham tarqalib ketishi mumkin. Bu ko'pincha zaif,

nimjon, chala tug'ilgan bolalar orasida kuzatiladi (yiring autoinkulatsiyasi). Bunda go'dak qattiq bezovtalanib, chirillab yig'laydi, harorati 38—40°C gacha ko'tariladi, onasini emmay qo'yadi, qayt qiladi, goho ichi ketadi. Chora-tadbirlar ko'rilmasa zotiljam, otit, flegmona, hatto sepsis qo'shilishi mumkin.

Streptokokkli piodermitlar (streptodermiya). Patogen streptokokklar stafilokokklardan farq qilib, soch xaltachalari yoki yog' va ter bezlarini zararlantirmaydi, ular asosan teri kasalliklarining yuza xillariga sabab bo'ladi. Streptodermiyaga ko'proq bolalar va ayollar chalinadi, chunki ularning terisi nozik va yupqa bo'ladi. Birlamchi morfologik element — nozik pufak (fliktena) hisoblanadi. Pufak teri sathidan deyarli ko'tarilmaydi, ilvirab, shalpayib turadi va salga yoriladi.

Streptokokkli impetigo, sachratqi. Bolalar orasida eng ko'p tarqalgan yiringli kasallik bo'lib, toshmaning asosiy morfologik elementi nozik pufaklar hisoblanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Streptokokkli impetigo (lot. *impetus* — to'satdan, birdan ma'nosini bildiradi) teriga streptokokklar tushishidan kelib chiqadi. Ba'zi tadqiqotchilarning fikricha, zararlangan o'choqlardan ahyon-ahyonda stafilokokklar ham topiladi. Bolalar va ayollarning terisi yupqa hamda nozik bo'lganligi tufayli salga chaqalanadi, shuning uchun kasallik ularning yuzida va tanasining boshqa ochiq qismlarida uchraydi.

Klinikasi. Kasallik to'satdan boshlanib, yiringli toshma teriga birdan toshadi. Zararlangan terida avvaliga giperemiyalangan hoshiya bilan o'ralgan yupqa pufakchalar (fliktenalar) vujudga keladi. Pufakchalar turli kattalikda bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shilib ketishga va periferiyaga qarab o'sishga moyil bo'ladi. Ba'zan fliktenalar o'zgarmagan terida ham paydo bo'lishi mumkin. Bir-ikki kunda pufakchalar yumshab, ichidagi suyuqlik loyqalanadi, yiringlaydi; yiring tezda qurib, sarg'imtir qora qo'tirga aylanadi. Qora qo'tir tushib ketgan joylarda namlanib turadigan qizg'imtir eroziyalar ko'zga tashlanadi. Fliktenalar bir-biridan alohida joylashadi, ammo periferiyaga yoyilishi oqibatida qo'shilib, halqasimon (sirsinar) impetigo vujudga keladi. Kasallik 3—4 hafta davom etadi. Pirovardida qora qo'tir ko'chib tushadi.

Streptokokk impetigosining bir necha klinik xillari mavjud. *Bullyoz* (pufakli) *impetigo*, bunda ko'proq qo'l barmoqlarining yoni, tovon va boldir zararlanadi. Kattagina fliktena chiqadi. U yorilganda hosil bo'lgan eroziya periferiyasida po'st qoldig'i turadi.

Lab bichilishi yoki tirqishsimon impetigo. Dastlab labning bir yoki har ikki burchagida pufakchalar (fliktenalar) paydo bo'ladi. Ular tezda yorilib, qurib qoladi va qora qo'tirga aylanib, iz qoldirmasdan tushib ketadi. Ovqatlanganda, gaplashganda, shuningdek, yasama tishlar va so'laklar ta'siridan lab burchagi tinmay ta'sirlanganda eroziyalar vujudga keladi.

Eritema-skvamoz impetigo yoki oddiy temiratki. Barcha streptokokkli impetigolar ichida quruq kechishi bilan ajralib turadi. Asosan bolalarning yuzi, lunji va jag'lari atrofi, goho oyoq-qo'llari terisida doira hamda ovalsimon shakldagi, yuzasi biroz kepaklanib turadigan oqimtir yoki qizg'imtir dog'lar paydo bo'ladi. Dog'lar, ayniqsa, qoramtir bolalarda yaxshi bilinadi. Quyoshga toblanganda dog'lar yana ham aniqroq ko'rinadi. Atrofdagi sog'lom teri biroz qorayadi.

Yuza panaritsiy yoki turniol (xasmol). Tirnoq osti va atrofidagi to'qimalarning o'tkir yallig'lanishi. Bir yoki bir necha tirnoqlar kasallanishi mumkin. Asosan kattalar, ba'zan bolalar xastalanadi. Barmoqning ko'rinar-ko'rinmas chaqa joylari orqali to'qimalarga yiringlatuvchi mikroblar kirishi sabab bo'ladi. Tirnoq atrofida seroz-yiring tutgan fliktenalar paydo bo'ladi. Pufaklar avvaliga seroz suyuqlik saqlaydi, keyin loyqalanib yiringlaydi, periferiya tomon tarqalishga moyil bo'ladi. Bir necha barmoqlarning tirnog'i zararlansa, bemorning issig'i chiqib, uning umumiy ahvoli yomonlashadi, zararlangan joyga yaqin limfa tugunlari shishadi.

Intertriginoz streptodermiyada ko'proq ishqalanadigan, burmali joylar — quloq orqasi, qo'ltiq osti, chov oralig'i, ayollarning ko'krak bezlari tagiga toshmalar toshadi. To'ladan kelgan semiz, ayniqsa, ekssudativ diatez, qandli diabetga chalingan yosh bolalar orasida kasallik tez avj oladi. Toshmaning asosiy elementi yassi, kattaligi bug'doy donidek keladigan fliktena hisoblandi. Fliktenalar ko'plab chiqib, tezda bir-biriga qo'shilib ketadi va namlanib turadigan och pushti rangli eroziya o'choqlarini vujudga keltiradi.

Zaxmsimon papulyoz impetigo yoki papulo-eroziv streptodermiya. Aksariyat go'daklar orasida uchraydi. Uni ketlikdan kelib chiqqan dermatit ham deyishadi. Go'dakning jinsiy a'zolari, dumba, son va boldir sohasiga tez yoriladigan fliktenalar chiqadi. Fliktenalar infiltratlangan eroziyalar hosil qiladi, bu odatda zaxmdagi eroziyalangan papulalarga o'xshab ketadi. Asosan, bolani parvarishlaganda ozodalikka rioya etmaslik (ichki kiyimi va ketligini vaqtida almashtirmaslik) oqibatida kelib chiqadi.

Tashxisni aniqlashda, asosan, eroziyalangan papulyoz zaxm bilan taqqoslanadi; zaxmda o'tkir yallig'lanish kuzatilmaydi, undan tashqari toshmalar og'iz shilliq qavatiga ham toshadi. Papuloeroziv streptodermiyaga mahalliy va dezinfeksiyalovchi doridarmonlar tez kor qiladi. Shunga qaramay, qonning serologik reaksiyasi hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Vulgar ektima — streptokokk impetigosining chuqur shakli.

Yaralardan olingan yiringli ajratmalar mikrobiologik tekshirilganda vulgar ektimani streptokokkdan tashqari aralash mikroorganizmlar, ya'ni stafilo-streptokokklar ham qo'zg'atishi aniqlangan. Sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, ozib ketish, vitaminlar tanqisligi (gipoavitaminoz), organizm umumiy qarshilik quvvatining pasayib ketishi, moddalar almashinuvi hamda mahalliy qon, limfa aylanishining buzilishi va mayda yara-chaqalar ektimalarning paydo bo'lishiga qulay sharoit tug'diradi. Bolalarda vulgar ektima qizamiq, suvchechak, ko'kyo'tal kabi yuqumli kasalliklardan keyin avj oladi.

Aralash stafilo-streptokokkli piodermitlar. Bu kasalliklarni stafilokokk hamda streptokokklar qo'zg'atadi. Bunday piodermiyalarga vulgar yoki aralash impetigo va atipik chuqur piodermitlar (yarali va vegetatsiyalanuvchi piodermit, shankrsimon piodermiya va piogen granuloma va baktriomikoma) kiradi.

Vulgar yoki aralash impetigoning kelib chiqishidan bemorlarda ilgaridan mavjud bo'lgan, shuningdek, qichima bilan kechadigan ikkilamchi kasalliklarning patogenetik ahamiyati katta. Teridagi mayda yara-chaqalar, tirnalish, iflos yurish, lab burchaklarini doimo pilchirab turishi aralash impetigo paydo bo'lishida muhim omillardan hisoblanadi. Ko'proq bolalar, o'smirlar va yosh ayollar kasallanadi.

1-TO

Klinikasi. Vulgar impetigoda yallig'lanish o'choqlari aksariyat bemorlarning yuzida, og'iz va ko'z burchaklarida paydo bo'lib, ba'zan butun badanga ham, qo'l-oyoqlar terisiga ham tarqalib ketadi. Avvaliga biroz qizarib, shishibroq turgan joylarda streptokokk fliktenasi vujudga keladi. Keyinchalik ular stafilokokklar ta'sirida yiringga aylanadi; tez orada yiring qurib, sarg'imtir-mis rangli qora qo'tirlar paydo bo'ladi. Vulgar impetigoning o'ta yuquvchanligini nazarda tutib, uni kontagioz impetigo ham deyiladi. Noto'g'ri davo qilinganida yoki zaif va nimjon bolalarda kasallik 1—2 oyga cho'zilishi mumkin.

Surunkali yarali va vegetatsiyalanuvchi piodermitlar bilan ko'proq erkaklar og'riydi. Har xil shikastlanishlar, sovuq urishi, biron kasallik tufayli organizm qarshilik quvvatining pasayib ketishi, gipovitaminoz, ayrim sohalarda qon va limfa aylanishining buzilishi kasallik kelib chiqishida ma'lum rol o'ynaydi.

Klinikasi. Kasallikning klinik ko'rinishi juda xilma-xil bo'lib, asosan qo'zg'atuvchisining virulentligi (stafilokokk yoki stafilostreptokokk)ga bog'liq.

Kasallik streptokokkli ektima, furunkul yoki o'ziga xos infiltrat paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Ular tezda yaralanib, nekrozlanadi va har xil (oval, yumaloq) shakldagi zararlangan o'choqlar vujudga keladi. Yarali o'choqlarning qirralari infiltratlangan, egri-bugri bo'ladi, yaralar anchagina seroz yiring saqlaydi, tubida esa notekis granulatsiyalangan to'qima joylashadi. Asosiy o'choqlar periferiyasi bo'ylab yangi pustulalar paydo bo'ladi, dastlabki infiltratlar tagi bir-biri bilan tutashib ketadi. Po'st ostidagi yaralar chetga qarab kengayib boradi va nihoyat po'st tushib, keng sathli, ochiq yaralar vujudga keladi. Patologik jarayon avval epidermis, so'ng dermaga o'tadi, keyinchalik gipodermaga yetib boradi. Kasallik tufayli bemor ancha zaiflashib qoladi, uyqusizlik, kamqonlik alomatlari paydo bo'ladi. Zararlangan o'choqlardagi o'tmas og'riq bemorning tinkasini quritadi, kasallik hadeganda tuzalavermasdan anchaga cho'zilib ketadi.

Shankrsimon piodermiya. Asosan terining bakterial infeksiya bilan zararlanishi hamda uning zaxm (qattiq) shankriga o'xshash klinik jihatlari borligi E. Gauffman (1934) tomonidan izohlan-

gan. Hosil bo'lgan yara esa, zaxmdagi shankrga juda o'xshash bo'lib, hatto yetuk mutaxassislar ham bemor qonini qayta-qayta serologik tekshiruvdan o'tkazib, yaradan oqish treponema izlashadi. Shankrsimon piodermiyada bakteriologik tekshirish uchun olingan yiringda, asosan, stafilokokklar, ba'zan streptokokklar ham topiladi.

Shaxsiy gigiyenaga rioya qilmaslik, jinsiy olat uchidagi har xil chaqalanishlar, fimoz va boshqa omillar oqibatida teri ta'sirlanadi va eroziya yoki yara vujudga keladi. Shankrsimon piodermiya jinsidan qat'iy nazar kattalarda ham, yosh bolalarda ham kuzatilishi mumkin.

Klinikasi. Kasallik bemorning jinsiy a'zolari (olat boshi, katta hamda kichik uyatli lablar, qin dahlizi va boshq.), yuzi, lab atrofi va tiliga bir yoki bir nechta ovalsimon yara chiqishi bilan boshlanadi. Odatda, avvaliga pufak paydo bo'ladi, so'ngra u eroziyalanadi, asosi biroz infiltratlanib doira shaklidagi yaraga aylandi. Aksariyat bemorlarda eroziya yuzaki gemorragik po'st bilan qoplanishi mumkin, po'st tushib ketganidan so'ng yana qizg'ish pushti rangli, ichida biroz yiringi bor yara yuzaga keladi. Yaraga yaqin bo'lgan limfatik tugunlar kattalashadi (1—2 sm), bu holat ko'pincha og'riqsiz kechadi. Ko'pincha kasallik 2—3 haftada tuzala boshlaydi, ba'zan bir necha oylab cho'zilishi ham mumkin. Zararlangan o'choq o'rni iz qoldirmay yoki yuza chandiq hosil qilib bitadi.

Tashxisi. Asosan zaxmdagi qattiq shankr bilan taqqoslanadi. Qonning serologik analizi, kasallik tarixi va yaradan oqish treponemalarning topilishi kasallikka aniq tashxis qo'yish imkonini beradi.

YIRINGLI KASALLIKLARNI DAVOLASH

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

Umumiy davo. Sikoz, chuqur follikulitlar, chipqon, ho'ppoz, vezikulopustulyoz, terining ko'plab abssessi, bolalarning chilla yarasi va Ritterning eksfoliativ dermatitida antibiotiklar sulfanilamidlar, shuningdek, spetsifik va nospetsifik immunobiologik terapiya hamda fizioterapevtik davo usullari qo'llaniladi.

Antibiotiklar bilan davolash. Terining yiringli kasalliklarini davolashda (ayniqsa, surunkali xillarida) antibiotiklar juda samarali hisoblanadi. Antibiotiklarni qo'llashda ularning antibakterial ta'sir doirasiga e'tibor berish kerak.

I. *Penitsillin guruhi preparatlari.* Ularni tavsiya etishdan avval bemor organizmining bu guruh preparatlarga sezgirligi aniqlanadi. Suvda eriydigan penitsillin preparati (kaliy yoki natriyli tuzi) muskul orasiga 300000—500000 TB dan har 4 soatda buyuriladi. Har qanday holda ham kasallik tashxisi, uning kechishi, bemorlarning umumiy ahvoli va tana vazniga e'tibor beriladi.

Metitsillin natriy — penitsillinning yarim sintetik hosilasi, kam zaharli, kumulyativ xususiyatlari yo'q. 1,0 g.dan bir kunda 4 mahalgacha buyuriladi.

Oksatsillin natriy — ayniqsa, stafilokokklarga yaxshi ta'sir qiladi, ichganda me'daning kislotali muhitida o'z faolligini yo'qotmaydi. Ovqatdan 1 soat avval 0,25—0,5 g.dan 4 mahal buyuriladi.

Dikloksatsillinning natriyli tuzi — penitsillinaza fermenti hosil qiluvchi mikroorganizmlarga ancha samarali ta'sir qiladi. 0,5 g. dan 4 mahal ichiladi, kattalar uchun davo kursi 2,0 g, ammo me'da yoki o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklarida buyurish mumkin emas.

Aralash hamda surunkali piodermitlarda amoksil-kmp ancha unumli, u ta'sir doirasi keng antibiotiklarga kiradi, 0,25 va 0,5 g.dan tabletka holida yoki 0,5 g.dan kuniga 2—3 mahal muskul orasiga yuborish buyuriladi. Amoksiklav esa, 375 mg.dan 3 mahal ichishga buyuriladi.

Karbensilinning dinatriyli tuzi strepto-stafilokokkli piodermitlarda qo'llaniladi. Kattalar uchun bir kunga 4 g.dan 8 g.gacha inyeksiya holida muskul orasiga yuboriladi.

II. *Tetratsiklinlar.* Tetratsiklin va tetratsiklin gidroxlorid keng spektrda ta'sir qiladigan antibiotiklar bo'lib, ular yaxshi foyda

beradi. Ichish uchun 0,2—0,25 g.dan kuniga 3—4 mahal buyuriladi. 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi (kalsiy bilan birikib erimaydigan kompleks hosil qiladi va suyaklarda to'planib qolishi mumkin).

Metatsiklin gidroxlorid — tetratsiklinning yarim sintetik mahsuloti. Bir kunda ikki mahal, kundalik miqdori kattalar uchun 0,6 g. Jigar va buyrak xastaliklarida hamda 8 yoshgacha bo'lgan bolalarga tavsiya etilmaydi.

Doksitsillin gidroxlorid (vibramitsin) oksitetratsiklinning yarim sintetik mahsuloti, stafilokokk va streptokokklarga nisbatan ancha faol ta'sir qiladi, ichilganda yaxshi so'riladi va boshqa tetratsiklinlarga nisbatan qon tarkibida uzoq saqlanadi. Birinchi kuni 0,2 g, keyingi kunlari 0,1 g.dan sut yoki qatiq bilan ichiladi.

III. *Boshqa guruh antibiotiklar. Gentamitsin sulfat* — og'ir kechadigan piodermitlarni davolashda ancha samarali ta'sir qiladi. Ayniqsa, aralash infeksiyali yoki umuman qo'zg'atuvchisi aniqlanmagan; yiringli kasalliklarda ishlatgan ma'qul, uni kuniga 1—2 ml.dan 2—3 mahal muskul orasiga yuboriladi. *Tobromitsinning* gentamitsinga nisbatan oto-nefrotoksikligi past, har kilogramm vaznga 2—5 mg hisobida 2—3 mahal ichiladi. *Sizomitsin sulfat* gentomitsinga qaraganda ancha samarali bo'lib, 5 % li eritma (50 mg/ml) holida chiqariladi, uni 1—2 ml.dan muskul orasiga 2 mahal yuborish buyuriladi. Monoterapiya maqsadida ta'sir doirasi penitsillinlarga yaqin bo'lgan *eritromitsin* qo'llaniladi, 0,1—0,25 g.dan 4—6 martagacha ichish mumkin, *roksitromitsin Lek* 150 mg.dan 2 mahal ichishga tavsiya etiladi.

Metatsillinorezistent stafilokokklarga hamda aralash infeksiyaga *sefalosporinlar* (sefaloridin, sefaleksin, sefalizin, kefzol) kuchli ta'sir etadi. Sefaloridin 0,5 g.dan 2—3 mahal yoki sefazolin 0,25—0,5—1,0—2,0 g.dan har 8 soatda buyuriladi, seftriakson esa, 1—2 g.dan har 12 soatda ichiladi.

Mahalliy davo. Har bir bemorning o'ziga mos tarzda (individual) tanlab olinadi. Bundan asosiy maqsad yiringli toshmalar butun badanga yoki sog'lom teriga tarqalib ketmasligining oldini olish, subyektiv belgilarni kamaytirish va iloji boricha bemorni tezroq darddan xalos qilishga qaratilgan bo'lishi lozim.

Dastlabki kuniyoq bemorga shaxsiy gigiyena qoidalariga bekam-ko'st amal qilish hamda toshma toshgan davrda yuvinmaslik tartibi tushuntiriladi. Zararlangan o'choqlar atrofini kuniga 2—3 mahal kamfora spirti yoki 1—2 % salitsilat spirti bilan artib turiladi. Osteofollikulitda maddalar sterillangan nina bilan teshiladi va 70° li spirtda namlangan dokali tamponlar bilan yaxshilab tozalandi, so'ngra 1—2 % li anilin bo'yoqlari surtiladi.

O'ta yuqumli piodermiyalarda bolalarning tirnoqlari tozalab olinadi. Zararlangan o'choqlarga mutlaqo suv tegizmaslik kerak, ular atrofidagi sog'lom teri spirtli eritmalar bilan bir kunda ikki mahal artib turiladi. Yaralarni bint bilan bog'lash yaramaydi, ularning po'sti va dorilarning qotib qolgan qismi o'simlik moyi bilan yumshatilib olib tashlanadi. Chipqon, ho'ppoz va gidradenitda yallig'langan infiltratlarga ixtioldan tayyorlangan «kulchalar» qo'yiladi va ixtiol qurib qolmasligi uchun 2 % li borat eritmasi shimdirilgan dokalar bilan yopiladi. Toza ixtiol chuqur infiltratli piodermitlarning yanada avj olib ketishiga yo'l qo'ymaydi va qo'pol chandiq hosil qilmay et bitishini ta'minlaydi; ultrabinafsha va qisqa to'lqinli nurlar (OKUF-5) ham ana shu maqsadda ishlatiladi.

Chipqonga ho'ppozdagi «yara o'ligi», gidradenitda yiringli o'choqlarni yaxshilab tozalash natriy xlorid yoki proteologik fermentlardan tayyorlangan eritmalar bilan tiqin (turunda) qo'yiladi. Chipqon, ho'ppoz, gidradenit yoki chuqur follikulit yorilgandan so'ng geliomitsinli 2 %, linkomitsinli, tetratsiklinli, eritromitsinli 3—5 % li dioksiddin kabi malhamlar ishlatiladi. Chandiqlanib bitishda 2 g eritsiklin, 10 g dimeksid, 75 g suv lanolin va 100 g vazelin moyi aralashmasi yaxshi naf beradi. Mabodo, bemorlarda qandli diabet qayd qilingan bo'lsa, unda ishlatilayotgan doriga teng miqdorda insulin qo'shib zararlangan o'choqlarga qo'yiladi. Hali yetilmagan yoki yorilmagan chuqur infiltratlarga toza ixtiol qo'yish davom ettiriladi. Bemorning hayoti uchun xavfli (ayniqsa, chuqur follikulitlar yuzda bo'lganda) jarrohlik usulidan foydalaniladi.

Vezikulopustulyoz, bolalarning ko'plab abssessi, chaqaloqlarning chilla yarasi, Ritterning eksfoliativ dermatitida ham zararlangan

o'choqlar atrofidagi teri spirtli eritmalar bilan kuniga 1—2 mahal artiladi. Yiring bo'lganida chaqaloqlarni yuvintirish yaramaydi. Eroziyalangan sohalarga 5 % li bor-naftalan malhami, 3—5 % li sulfanilamid yoki 2—3 % li antibiotikli malham, 1—2 % anilin bo'yoqlari surtiladi. Qotib qolgan yiring va qon qoldiqlari yengil ko'chishi uchun o'simlik moyidan foydalaniladi.

Yallig'lanishning oldini olish va uni yiringlanishdan saqlash maqsadida o'choqlarga geliomitsin, kolimitsin, dibiomitsin, 1—3 % li eritromitsin va 5 % li polimiksin malhamlarini surtish buyuriladi. Chegaralangan sohalarga antibiotik va steroidli malhamlar «Gioksizon», «Oksikort», «Lorinden A, C», «Triderm», «Diprogenta» ishlatiladi. O'ta og'ir bemorlarga steroid gormonlar buyuriladi. Sepsisning oldini olish uchun antibiotiklar, past molekulali dekstrantlar — nativ plazma, yangi sitratlangan kon, kontrikal qo'llaniladi.

YIRINGLI KASALLIKLARNING OLDINI OLISH

Terining yiringli kasalliklari aholi moddiy farovonligi va madaniy sanitariya darajasini belgilovchi mezon hisoblanadi. Bu ko'rsatkich past bo'lgan joylarda piodermitlar keskin ko'payib ketadi. Piodermitlarning profilaktikasi davlat miqyosida katta ahamiyatga ega, chunki bu dardlar barcha teri kasalliklari orasida birinchi o'rinda turadi va bemorlarning mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotib qo'yishiga olib keladi. Yiringli kasalliklarning oldini olishda umumiy sanitariya-gigiyena qonun-qoidalarga bekam-ko'st amal qilish kerak.

B.I. Ilin korxonalarda piodermitlarning oldini olish ishlarini uch bosqichda olib borishni taklif qilgan:

1. Ish boshlashdan avval texnika xavfsizligi, shuningdek, shaxsiy gigiyena qonun-qoidalariga amal qilish, ish joyini tartibga solish, teridagi mayda yara-chaqalarni zararsizlantirish, terining ochiq joylariga himoya pastalarini surtish, maxsus kiyim (korjoma)ni nazoratdan o'tkazish.

2. Ish vaqtida ro'y bergan arzimagan jarohatlarni tegishli dorilar bilan artib surtish, ish joyini doimo ozoda va saranjom-sarishta tutish.

3. Ishdan keyin ish joyi va maxsus kiyimlarni tartibga solish, terining kirlangan joyini yaxshilab yuvib tozalash va boshqalar.

Ayniqsa, terining yiringli kasalliklariga moyil bo'lganlarni aniqlab, ularga ta'sir qiladigan kasbga aloqador omillarni o'rganish va o'z vaqtida bartaraf etish lozim. Ishga qabul qilishdan oldin xodimlarni maxsus tibbiy ko'rikdan o'tkazish zarur. Ko'mir konlari, neft mahsulotlarini qayta ishlash korxonalari, metallurgiya, mashina qurilishi va kimyoviy zavodlarda ba'zi bir surunkali dermatozlarga chalingan bemorlarning (neyrodermit, ekzema, qizil yassi temiratki, seboreyaning og'ir xillari, gipergidroz, ixtioz va boshqalar) ishga yaroqligini belgilovchi maxsus sanitariya guruhlari tuzilib, ular muntazam ishlab turishini ta'minlash lozim. Sanitariya guruhlari ishchi-xizmatchilarning ish joyi toza bo'lishini, ularning maxsus kiyim-kechak va turli anjomlar bilan ta'minlanishini kuzatib borishlari zarur. Ayniqsa, chuqur yer ostida ishlovchi shaxtyorlar, issiq sex ishchilari, metallurglar, frezerchilar va oynasozlar piodermiyaga ko'p chalinishadi. Shuning uchun ularning korjomalari har 10 kunda yuvilib, dezinfeksiyalanishi hamda toza kiyimlari individual shkaflarda saqlanishi zarur.

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

Yosh bolalar piodermiya bilan og'rishga ko'proq moyil bo'lganlari uchun bemorlarning sog'lom tengdoshlari bilan yurishiga yo'l qo'yilmaydi; piodermiyaga chalinganlar ajratib qo'yiladi, to ular tuzalgunlaricha bog'cha, maktab va boshqa jamoa joylariga kelishlari vaqtincha taqiqlanadi. Bolalar bilan muntazam ishlaydigan xodimlar, doimo profilaktik ko'rikdan o'tib turishlari lozim.

Mabodo, tug'uruqxonada piodermiyaga chalingan chaqaloqlar borligi aniqlansa, ular darhol sog'lom chaqaloqlardan ajratib qo'yiladi. Tug'uruqxona xodimlari va shu bilan birga barcha onalar sinchiklab tekshirilib, tegishli davo choralari ko'riladi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Terining yiringli kasalliklari paydo bo'lish sabablarini bayon eting.
2. Piodermitlarga xos bo'lgan toshma elementlarning nomini birma-bir bayon eting.
3. Chipqonning follikulitdan va korbunkuldan farqi nima?
4. Stafilodermiya terida joylashishi bo'yicha streptodermiyadan nima bilan farq qiladi?
5. Piodermitlar nima uchun bolalar orasida keng tarqalishi sabablarini izohlang.
6. Yiringli kasalliklar qanday davolanadi?
7. Yiringli kasalliklar keng tarqalmasligi uchun nima qilish kerak?

TEST SAVOLLARI

1. *Terining yiringli kasalliklari kelib chiqishiga nimalar sabab bo'ladi?*

A) ekzogen omillar, endogen omillar;
B) genetik omillar;
D) fizik-kimyoviy omillar;
E) ekologik omillar.

2. *Yiringli kasalliklarning umumiy davosiga nimalar kiradi?*

A) ekzogen omillar, endogen omillar;
B) genetik omillar;
D) fizik-kimyoviy omillar;
E) hamma javob to'g'ri.

3. *Yiringli kasalliklarning mahalliy davosiga nimalar kiradi?*

A) komfora spirti, anilin bo'yoqlar, o'simlik moyi, malhamlar;
B) gormonlar, vitaminlar;
D) simptomik dori vositalari;
E) to'g'ri javob yo'q.

4. *Yiringli kasalliklarning oldini olish uchun qanday chora-tadbirlar belgilanadi?*

A) shaxsiy gigiyena chora-tadbirlari;
B) sanitariya-gigiyena tadbirlari;
D) moddiy farovonlik tadbirlari;
E) hamma javob to'g'ri.

5. *Emlash uchun qanday vositalar qo'llaniladi?*

A) immun vaksinalar;
B) anatoksinlar;
D) zardoblar;
E) antitoksinlar.

6-amaliy mashg'ulot

TERINING PARAZITAR KASALLIKLARI

• Parazitlar (kana va bitlar) paydo qiladigan teri kasalliklari bilan tanishish • Yuqish yo'llarini o'rganish

Parazitlar qo'zg'atadigan kasalliklar dermatozoonozlar deyiladi. Ularga kanalar (qo'tir kanasi, kaptarlar va tovuqlar kanasi), bitlar, burgalar, taxta kanasi va boshqalar kiradi. Oziqlanish maqsadida ular odamni chaqadi, ayniqsa, qo'tir kanasi bemor terisining muguz qavatida joylashib olgancha oylab yashaydi. Boshqa parazitlar (bitlar) chaqqanida so'lagi terini ta'sirlab, mahalliy yoki umumiy allergik reaksiya qo'zg'atadi. Hasharotlar hadeb chaqaveradigan bo'lsa, odam terisida shish, qavarchiq paydo bo'ladi, harorat ko'tarilib, kishi qattiq qichinadi.

Teri kasalliklari mutaxassis amaliyotida qo'tir va bitliqilik (bitlash) kabi kasalliklar muhim o'rin tutadi. Ularning qo'zg'atuvchilari bemordan sog' odamga to'g'ridan to'g'ri, hatto qo'l berib ko'rishganda, ozodalikka rioya qilmaganda (ich kiyimlar va ko'rpa-to'shaklarni tez-tez almashtirmaslik, o'z vaqtida yuvinmaslik) yuqib qoladi. Epidemiologiya nuqtayi nazaridan qaraganda, bu kasalliklarning ko'payib ketishi aholining turmush sharoiti va madaniyatiga bevosita bog'liq. Qo'tir bilan ba'zan, ayrim uy hayvonlari, jumladan, mushuk, it, sigir, cho'chqa, ot, tovuq va boshqalar ham kasallanishi mumkin.

QO'TIR *(SCABIES)*

Qo'tir odam va hayvonlarning yuqumli kasalligi. Kasallikni qo'tir kanalari *Sarcoptes scabiei* qo'zg'atadi. Qo'tir kasalligi odam terisining, ayniqsa, tungi qattiq qichishi tufayli ko'proq namoyon bo'ladi. Bu kasallik qadimdan ma'lum bo'lib, «qichima», deb yuritilgan. Taxminan 4000 yil avval Xitoyda, Qadimgi Misrda, Vavi-

lon hamda Assiriyada qo'tir kasalligi ma'lum bo'lgan. Rimda Sels qo'tir kasalligiga «Skobies», deb nom bergan, bu hozirga qadar tibbiyot amaliyotida qo'llanib kelinmoqda.

Abu Ali ibn Sino «Tib qonunlari» kitobida boshqa kasalliklar qatorida qo'tir haqida ham ma'lumot berib o'tgan. Qator olimlar (Avenzoara, Gildegord (XII asr), Gale (1812) o'z asarlarida qo'tir kasalligi bilan og'rigan bemor terisida qandaydir mayda tirik parazit jonivorlar bo'lishini yozib qoldirishgan.

1834-yilda korsikalik talaba Rinuchchi qo'tirning yuqumli ekanligi va uni kana qo'zg'atishini aniq ma'lumotlar bilan isbot etdi. Shu davrdan boshlab unga qarshi davo va oldini olish choratadbirlar ishlab chiqila boshlandi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchisi, ya'ni qo'tir kanasi tashqi ko'rinishi jihatdan toshbaqaga o'xshaydi. Urg'ochisi erkagidan birmuncha yirik. Tanasi serbar tuxumsimon, burmali, uchburchak tangachalar bilan qoplangan, og'iz apparatlari changsimon, kemirishga moslashgan. Bunday rivojlangan og'iz apparati orqali ular xo'jasining terisini teshib, to'qima, qon, limfa va boshqa suyuqliklar bilan oziqlanadi. Oldi va orqasida 2 juftdan bo'g'imlarga bo'lingan qisqa oyoqchalari bor. Otalangan urg'ochi kana epidermisning yuza qatlamlariga kirib, har xil yo'llar ochgan holda shu joyga tuxum qo'yadi, erkagi esa halok bo'ladi. Urg'ochi kanalarning harakati chaqqon bo'lib, bir kunda 0,5—5 mm egri-bugri kovaklar (kana yo'llari) hosil qiladi. Kanalar rivojlanib 3—7 hafta davomida jinsiy voyaga yetadi. Bitta urg'ochi kanadan chiqqan tuxumdan 3 oy mobaynida 130—150 mln kana paydo bo'lishi hisoblab chiqilgan. Odamga yuqqanidan so'ng tez ko'payib ketishining sababi ham shunda.

Kana odam organizmidan tashqarida bir haftagacha yashashi mumkin. Qo'zg'atuvchilar bemor yoki uning buyumlari orqali o'tadi. Shuningdek, bir to'shakda yotganda, ba'zan jinsiy aloqada ham yuqib qoladi. Shuning uchun u jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar qatoriga kiritilgan. Kasallikning yashirin (inkubatsion) davri 7—10 kundan 20—30 kungacha boradi.

Klinikasi. Inson terisiga tushgan kana zudlik bilan teri ichiga kirib olib, epidermis bo'ylab uni teshishda davom etgan holda

kovak yo'lchalar hosil qiladi. Shu joylarda mayda pufaklar paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy belgisi terining qichishidir. Ko'pincha kana kovlagan kovakning boshlanish qismi, ya'ni kirgan joyi ochiq qoladi, xuddi ana shu yerda kattaligi 1—2 mm keladigan ichida seroz suyuqligi bor oqimtir pufakchalar paydo bo'ladi. Tuguncha va pufakchali mayda toshmalar bir chiziq bo'ylab joylashishga moyil bo'ladi, qashlayverish oqibatida o'rnida nuqta-nuqta qoramtir yo'llar hosil qiladi.

Toshmalar barmoqlar orasidagi burmalar, kaftning yon tomoniga, keyinchalik butun badanga (erkaklarda tanosil a'zolarga, ayollarda sut bezi so'rg'ichi atrofiga) toshadi. Ba'zan qo'l tirsaklarining tashqi qismida mayda nuqtali qora qo'tirlar va tangachalarni (Gorchakov—Ardi simptomi) uchratish mumkin. Bemor hadeb qashinaverishi natijasida qo'tir badan terisining bir joyidan ikkinchi joyiga o'tadi. Toshmalar qattiq qichishadi va bu holat, ayniqsa, kechasi kuchayadi. Bemorning terisi lupa orqali ko'zdan kechirilganda, kana yo'lining boshlanishi, qoramtir nuqtali chiziqlar (kovakchalar), mayda pufakchalarning teridan salgina bo'rtib turganligini ko'rish mumkin, xuddi ana shu pufakchalar ichida kanalar bo'ladi. Qoramtir nuqtalar — urg'ochi kana to'xtab, tuxum qo'ygan kovakchalarning tepa teshiklari.

Qashinish natijasida terining normal tuzilishi o'zgarib, terida tirnalgan, shilingan joylar, qoraqo'tir po'stlarni kuzatish mumkin. Ko'pincha qichinish natijasida terining tirnalgan joylarga infeksiya tushib, follikulit, furunkul, impetigo, ektima va boshqalar rivojlanishi ham mumkin, bunda kasallikka tashxis qo'yish murakkablashadi. Qo'tir kasalligi uzoq cho'zilib ketganida yoki bemor muntazam davolanmaganida dermatit, ekzema paydo bo'lishi mumkin. Kasallik shu tariqa asoratlanadigan bo'lsa, bemor qonida eozinofiliya kuzatiladi.

Yosh bolalarda kasallikning belgilari boshqacha kechadi. Aksariyat tovon, kaftning ichki sohasi, son oralig'i va dumba zararlanadi. Hosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon og'irlashishi mumkin.

Tez-tez yuvinadigan odamlarda kasallik bilinar-bilinmas kechadi. Toshmalar yoki kana yo'llari unchalik sezilmasa-da, ammo

bemorning terisi qattiq qichiydi. Bu holat chala davolangan bemorlarda ham kuzatiladi. Ammo bemorning butun badan terisi obdon ko'zdan kechirilganda, juft-juft joylashgan tuguncha va pufakchalar, qavarchiqlar, tirnalgan joylar hamda bir-ikki kana yo'llari topiladi.

Agar kasallik jinsiy aloqa tufayli yuqadigan bo'lsa, toshmalar qov atrofi, kindik va qorin sohasida bo'ladi. Jinsiy a'zolar zararlanib, tuguncha va pufakchalar toshib, ular yiringlab ketishga moyil bo'ladi. Ba'zan kasallikning klinik manzarasi zaxmga o'xshab ketadi.

Tashxisi. Asosan, bemorning shikoyatiga e'tibor beriladi. Qo'tirni ba'zan qichima bilan adashtiriladi, chunki bunda ham teri qattiq qichishadi. Ammo kasallik yillab davom etib, teri qichishi bemorni tun-u kun bezovta qiladi. Bemorning limfa tugunlari shishadi (pruriginoz shishi), teri rangi sarg'imtir bo'lib, tuguncha-lar qonli qora qo'tir bilan qoplanadi va qo'l-oyoqlarning bukiladigan qismida joylashadi.

Shu bilan birga qo'tir kasalligini mikrob ekzemasi, chin ekzema bilan taqqoslanadi. Lekin qo'tir kasalligiga tuguncha va pufakchali toshmalarning juft-juft bo'lib joylashishi, kana yo'llari borligi, qichishning aynan kechasi avj olishi, bir vaqtda oila a'zolaridan bir necha kishining kasallanishi, Gorchakov—Ardi simptomining musbat bo'lishi qo'tirni boshqa kasalliklardan farqlashda muhim rol o'ynaydi. Terida ko'pincha pigmentli dog'lar, impetigo elementlarining izi qoladi. Ba'zan dumg'azada toshmalar, dumbaning yorg'oq sohasi tomon yo'nalgan «uchburchak belgisi» hosil qiladi.

Laboratoriya diagnostikasi. Tekshirish uchun material maxsus laboratoriya xonasida olinadi. Xona, ishlatilgan laboratoriya asbob va anjomlari tez-tez 3 % li xloramin bilan artib turiladi. Qo'tir kanasini mikroskopik tekshirmoqchi bo'lgan laboratoriya xodimi bemorning qaysi joylarida kana ko'proq bo'lishini bilishi lozim. Chunonchi, terining shox qatlami nozik, yupqa bo'ladigan burmali joylarda: qo'l panjasida — barmoqlar orasidagi burmalarda, tirsak bo'g'imida, qo'ltiqning oldingi devorida, jinsiy olatda, ayollar ko'krak bezi so'rg'ichi terisida ko'plab uchraydi.

kovak yo'lchalar hosil qiladi. Shu joylarda mayda pufaklar paydo bo'ladi. Kasallikning asosiy belgisi terining qichishidir. Ko'pincha kana kovlagan kovakning boshlanish qismi, ya'ni kirgan joyi ochiq qoladi, xuddi ana shu yerda kattaligi 1—2 mm keladigan ichida seroz suyuqligi bor oqimtir pufakchalar paydo bo'ladi. Tuguncha va pufakchali mayda toshmalar bir chiziq bo'ylab joylashishga moyil bo'ladi, qashlayverish oqibatida o'rnida nuqta-nuqta qoramtir yo'llar hosil qiladi.

Toshmalar barmoqlar orasidagi burmalar, kaftning yon tomoniga, keyinchalik butun badanga (erkaklarda tanosil a'zolarga, ayollarda sut bezi so'rg'ichi atrofiga) toshadi. Ba'zan qo'l tirsaklarining tashqi qismida mayda nuqtali qora qo'tirlar va tangachalarni (Gorchakov—Ardi simptomi) uchratish mumkin. Bemor hadeb qashinaverishi natijasida qo'tir badan terisining bir joyidan ikkinchi joyiga o'tadi. Toshmalar qattiq qichishadi va bu holat, ayniqsa, kechasi kuchayadi. Bemorning terisi lupa orqali ko'zdan kechirilganda, kana yo'lining boshlanishi, qoramtir nuqtali chiziqlar (kovakchalar), mayda pufakchalarning teridan salgina bo'rtib turganligini ko'rish mumkin, xuddi ana shu pufakchalar ichida kanalar bo'ladi. Qoramtir nuqtalar — urg'ochi kana to'xtab, tuxum qo'ygan kovakchalarning tepa teshiklari.

Qashinish natijasida terining normal tuzilishi o'zgarib, terida tirnalgan, shilingan joylar, qoraqo'tir po'stlarni kuzatish mumkin. Ko'pincha qichinish natijasida terining tirnalgan joylarga infeksiya tushib, follikulit, furunkul, impetigo, ektima va boshqalar rivojlanishi ham mumkin, bunda kasallikka tashxis qo'yish murakkablashadi. Qo'tir kasalligi uzoq cho'zilib ketganida yoki bemor muntazam davolanmaganida dermatit, ekzema paydo bo'lishi mumkin. Kasallik shu tariqa asoratlanadigan bo'lsa, bemor qonida eozinofiliya kuzatiladi.

Yosh bolalarda kasallikning belgilari boshqacha kechadi. Aksariyat tovon, kaftning ichki sohasi, son oralig'i va dumba zararlanadi. Hosil bo'lgan pufakchalar tez yiringlab jarayon og'irlashishi mumkin.

Tez-tez yuvinadigan odamlarda kasallik bilinar-bilinmas kechadi. Toshmalar yoki kana yo'llari unchalik sezilmasa-da, ammo

bemorning terisi qattiq qichiydi. Bu holat chala davola
morlarda ham kuzatiladi. Ammo bemorning butun ba
obdon ko'zdan kechirilganda, juft-juft joylashgan tug
pufakchalar, qavarchiqlar, tirnalgan joylar hamda bir-
yo'llari topiladi.

Agar kasallik jinsiy aloqa tufayli yuqadigan bo'sa,
qov atrofi, kindik va qorin sohasida bo'ladi. Jinsi
zararlanib, tuguncha va pufakchalar toshib, ular yiringlab
moyil bo'ladi. Ba'zan kasallikning klinik manzarasi zax
shab ketadi.

Tashxisi. Asosan, bemorning shikoyatiga e'tibor beriladi
ba'zan qichima bilan adashtiriladi, chunki bunda ham
tiq qichishadi. Ammo kasallik yillab davom etib, teri qi
morni tun-u kun bezovta qiladi. Bemorning limfa tugu
shadi (pruriginoz shishi), teri rangi sarg'imtir bo'lib,
lar qonli qora qo'tir bilan qoplanadi va qo'l-oyoqlarni
digan qismida joylashadi.

Shu bilan birga qo'tir kasalligini mikrob ekzemasi, ch
bilan taqqoslanadi. Lekin qo'tir kasalligiga tuguncha
chali toshmalarning juft-juft bo'lib joylashishi, kana yo
ligi, qichishning aynan kechasi avj olishi, bir vaqtda oil
dan bir necha kishining kasallanishi, Gorchakov—A
tomining musbat bo'lishi qo'tirni boshqa kasallikla
lashda muhim rol o'ynaydi. Terida ko'pincha pigment
impetigo elementlarining izi qoladi. Ba'zan dumg'a
malar, dumbaning yorg'oq sohasi tomon yo'nalgan
chak belgisi» hosil qiladi.

Laboratoriya diagnostikasi. Tekshirish uchun mate
laboratoriya xonasida olinadi. Xona, ishlatilgan laborato
va anjomlari tez-tez 3 % li xloramin bilan artib turil
kanasini mikroskopik tekshirmoqchi bo'lgan laborator
bemorning qaysi joylarida kana ko'proq bo'lishini bil
Chunonchi, terining shox qatlami nozik, yupqa bo'la
mali joylarda: qo'l panjasida — barmoqlar orasida
larda, tirsak bo'g'imida, qo'ltiqning oldingi devorida, jin
ayollar ko'krak bezi so'rg'ichi terisida ko'plab uchrayd

Yuqorida ta'kidlanganidek, tez-tez yuvinadiganlarda kasallik belgilari, ya'ni toshmalar kam uchraydi. Shu sababdan bemor yechintirilib, sinchiklab ko'zdan kechiriladi. Toshma ko'p joylari yorug' xonada lupa yordamida ko'riladi. Qo'tir tashxisi kasallik qo'zg'atuvchisi topilgandan so'ng qo'yiladi.

Qo'tir yo'lining bir uchi ochiq (kislorod olish va kanachalarning kirishi uchun), ikkinchi uchi ko'r (yopiq) bo'ladi. Qo'tir yo'lining ko'r qismida o'zida tiniq yoki xiraroq suyuqlik tutgan pufakcha topiladi. Xuddi shu element material bo'lib xizmat qilib, uni tekshirishda doimo urg'ochi kana topiladi. Qo'tir qo'zg'atuvchisini odatda bir necha usul bilan aniqlaniladi.

Birinchi usul. Qo'tir yo'lining pufakchali uchiga lupa orqali qarab turib, Jenner yoki nayzasimon igna yordamida pufakcha teshilib, material olinadi. Pufakchani iloji boricha asosi bilan olishga harakat qilish kerak. Ba'zan kana igna uchida oq nuqta bo'lib ko'rinadi. Mikroskopda tekshirish uchun materialni yarim tomchi fiziologik eritma tomizilgan buyum oynasiga qo'yiladi va yopqich oyna bilan yopiladi. Uni x40 li obyektivda tekshiriladi. Aksariyat hollarda kana hali o'lmagan bo'ladi.

Ikkinchi usulda terining qo'tir kanasi bor deb gumon qilingan qismi spirt bilan dezinfeksiya qilinib, pufakchalarning usti kana yo'li bo'ylab yuza qilib (faqat epidermisning shox qatlami) kesib olinadi, kesilgan joyga esa, yod surtiladi (kesish uchun o'tkir skalpel yoki ustara ishlatiladi). Kesib olingan material oyna ustiga qo'yilib, ustiga 30 % li o'yuvchi natriy eritmasidan bir tomchi tomiziladi. So'ngra mikroskopning avvaliga x8 li, keyin x40 li obyektivlarida ko'zdan kechiriladi. To'g'ri olinib, yaxshi tayyorlangan preparatdan kanani oson topish mumkin. Qo'tir kanasi shakli toshbaqasimonligi, to'q jigarrangligi, kallasi va oyoqlari aniq ko'rinishi bilan ajralib turadi.

Uchinchi usul. Bemorning tanasidagi qo'tirning klinik manzarasi aniq ko'zga tashlangan joylar tanlab olinadi. Qo'tir yo'lining ko'r qismiga, ya'ni pufakchalarga 40 % li sut kislotasidan bir tomchi tomiziladi va 3—5 daqiqa kutib turiladi. So'ng tomchi o'rnidan material olinib, mikroskopda tekshiriladi (agar buyum oynasiga sut kislotasi tomizilsa, kanani uzoq saqlash mumkin). Kasallik

ro'yirost ko'zga tashlanib tursa-da, qo'tir kanasi har doim ham topilavermaydi. Shuning uchun ham tekshirishni bir necha marotaba qaytarish kerak bo'ladi.

Davosi. Qo'tirni davolashda terining muguz qavatini ko'chirib, kana yo'llariga kirib boradigan hamda to'g'ridan to'g'ri kanani yo'qotadigan preparatlardan foydalaniladi. Ayniqsa, professor M.P. Demyanovich usuli juda qulay bo'lib, bunda bemor o'zining asosiy ishidan qolmaydi, kiyimlari ifloslanmaydi. Bu usul bo'yicha kasallikka davo qilishda ikki xil dori eritmasi, ya'ni 60 % li natriy tiosulfat hamda 6 % li xlorid kislota eritmasi buyuriladi. Bemor natriy tiosulfat (№ 1) eritmasini biron idishga quyadi va ikki kaftini doriga botirib, bo'ynidan to tovonigacha ishqalash yo'li bilan 2—5 minutda surtib chiqqach, 5—10 minut dam oladi. Qisqa vaqt ichida 1-eritmaning suyuq qismi uchib ketadi, bemor badanida esa, tiosulfat kristallari qoladi va u xuddi upa sepgandek oqarib ketadi. Keyin xlorid kislota (№ 2) eritmasi ham xuddi shu yo'sinda surtiladi, muolaja tugagach bemor badanini quritib, toza kiyim kiyadi hamda ko'rpa-to'shaklarini almashtiradi. Ikki kun xuddi shu zaylda davo qaytarilib, yuvinishiga ikki, kundan so'ng ruxsat beriladi. Mabodo, bir davolash kursi bilan qo'tir yo'qolmasa, davo kursi yana takrorlanadi. Bolalarga 1-eritmaning 40 % li, 2-eritmaning esa, 4 % lisi ishlatiladi.

Oltingugurtning 20—33 % li malhami, bolalarga 5—10 % lisi 5—6 kun mobaynida xuddi yuqoridagidek tartibda ishlatiladi. Biroq malhamlar ba'zan inson terisini ta'sirlashi va doridan dermatit paydo qilishi, shuningdek, o'zidan qo'lansa hid chiqarishi hamda kiyim, ko'rpa-to'shakda dog' qoldirishi mumkin.

Qo'tirga qarshi dori ishlatishdan oldin, bemor yaxshilab yuvinishi lozim, chunki mexanik yo'l bilan teri yuzasidagi kanalar tushib ketadi. Agar ikkilamchi mikroblar tushib, jarayon yiringlashgan yoki ekzemalashgan bo'lsa, cho'milish tavsiya etilmaydi. Shu bilan birgalikda davo olib borilayotgan paytda ham cho'milish mumkin emas. Antiparazitar moddalar, ayniqsa, burmali sohalarga singdirib surtiladi, ammo yiringlashgan, impetigolashgan joylarga ehtiyotlik bilan surtish talab etiladi; shu bilan birga ikkilamchi piokokk infeksiyasiga ham qarshi davo qo'llaniladi. Qo'tir kasalligini davolashda benzil-

benzoat ancha yaxshi naf beradi. Kattalar uchun 20 % li, yosh bolalarga 10 % li sovunli-suvli benzilbenzoat eritmasi qo'llaniladi, eritma tayyorlangandan to 7 kungacha o'z kuchini saqlaydi.

Davolashda yana 5 % li «K» sovun emulsiyadan ham foydalanish mumkin. Uni 5 kun davomida surtish tavsiya etiladi; hadeganda tuzalavermasa, 3—5 kundan so'ng shu tartib yana takrorlanadi. Kasallik allergik dermatit bilan asoratlanganida antiparazitar dorilardan tashqari sharoitga qarab, desensibilizatsiyalovchi va antigistamin preparatlar buyuriladi. Qo'tirga piokokk infeksiyasi qo'shilgan hollarda antibiotiklar, sulfanilamidlar, surtishga oltingugurt-degtyar, bor-degtyar, oksikort, triderm malhamlari hamda anilin bo'yoqlari, 2 % li salitsil spirti buyuriladi.

Kasallikning oldini olish va profilaktikasi. Kasallik borligi aniqlanganida maxsus xabarnoma to'ldirilib, tegishli joylarga yuboriladi. Bemor bilan muloqotda bo'lganlar, oila a'zolari obdon ko'zdan kechiriladi. Xasta bola batamom tuzalib ketmagunicha, uni sog'lom tengdoshlari safiga (yasli, bog'cha, maktabga) qo'shilmaydi.

Bemorning ichki va ustki kiyimlari, ko'rpa-to'shaklari, ishlatgan asbob-anjomlari, o'yinchoqlari dezinfeksiya (DDT, «K» sovuni) qilinishi zarur. Dezinfeksiya maxsus nam kameralarda bajariladi. U bo'lmagan taqdirda kiyim-kechaklarni qaynatib, yaxshilab dazmollash zarur. Ko'rpa-to'shaklarni oftobga yoyib, har kuni bir necha marta orqa-o'ngini ag'darib turish (4—5 kun) lozim. Qo'tirga chalinganlar ko'payib ketganda davolash uchun maxsus skabiozoriylar ochilib, aholi o'rtasida yuqumli kasallik haqida tushuntirish ishlari olib boriladi.

BITLASH (PEDIKULYOZ, *PEDICULOSIS*)

Bitlar odam va sut emizuvchi hayvonlarda uchraydigan qon so'rar ekzoparazitdir. Hayvon bitlari odam uchun yuqumsiz. Bitlar odamdan odamga uning ko'rpa-to'shaklari, kiyim-boshlari orqali o'tib, xo'jasining qoni bilan oziqlanadi. Bir kunda 0,3—0,5 ml. gacha qon so'rishi mumkin. Qon so'rilganida u teriga yopishib, qichitadigan so'lak chiqaradi. Odamda bosh biti *(Pediculus capitis)*, kiyim biti *(Pediculus corporis)* va qov biti *(Pediculus pubis)* uchraydi.

Bosh biti to'g'ridan to'g'ri bosh kiyimi va ko'rpa-to'shak, ba'zan soch oldirganda yuqib qoladi. Bosh biti boshning sochli qismida bo'ladi. Urg'ochi bit o'zining 1—1,5 oylik hayoti davrida 100—150 taga yaqin sirka (tuxum) qo'yadi va ular sochga mahkam yopishib oladi. Sirkalarning rangi oqimtir-sarg'ish bo'lib, lupasiz ham yaxshi ko'rinadi. Aksariyat qora sochlilarda aniq, oq va sarg'imtir sochlilarda esa, biroz xira bo'lib ko'zga tashlanadi. Bosh biti bir kecha-kunduzda ikki-uch marta qon so'radi. Oziqasiz ko'pi bilan 7—10 kun tirik turadi; ularning harakati havo haroratiga bog'liq, masalan 25—27°C da 20—35 sm.ga o'rmalab borishi mumkin, 5°C da harakati keskin susayadi. Odamzod bit so'lagiga turli darajada sezgir bo'ladi. Bit chaqqan joy qattiq qichiydi, qashilgan joylarga ikkilamchi stafilostreptokokkli infeksiyalar tushib, piodermitlarga sabab bo'ladi.

Oylab bitlab yuradiganlarning sochlari bir-biriga yopishib, tarab bo'lmas darajaga tushib qoladi. Bosh terisi qora qo'tir va kepaklar bilan qoplanib, sochlar xira tortadi. Ikkilamchi infeksiya tufayli impetigo, follikulit kabi teri kasalliklari yuzaga keladi, bo'yin va boshqa sohadagi limfa tugunlari kattalashadi. Sirka yoki bit topilishi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi.

Davosi. Sochni olib tashlash, boshning sochli qismi terisidagi sirkalar xitini (qoplama)ni eritish uchun 3 % li iliq sirka eritmasidan foydalanish tavsiya etiladi. Ayollar yoki sochi olinmagan erkaklarning boshiga kerosin va o'simlik moyini (kungaboqar moyi) teng miqdorda aralashtirib, 2—3 qavat dokaga shimdiriladi, so'ngra boshga yaxshilab o'raladi, ustidan pergament qog'ozi qo'yilgan holda ustidan yana doka yoki toza ro'mol bilan o'raladi. Bir kecha shundayligicha qoldirilib, so'ngra boshni iliq suv va sovun bilan obdon yuviladi. Muolajani 2—3 kun oralatib yana bir bor takrorlash mumkin. Sirkalarni yo'qotish uchun ovqat sirkasini iliq qilib boshga surtiladi va mayda tishli taroq bilan taraladi. Ba'zan 10 % li benzilbenzoatning suvsovunli eritmasidan ham foydalaniladi. Bit va sirkalarni yo'qotish uchun benzilbenzoatning 20 % li suv-sovunli eritmasi, «Nittifor» qo'llaniladi.

Kiyim biti, asosan, ichki va ustki kiyim burmalarida, aksariyat yoqa, yeng burmalarida, kiyim-kechaklarning choklarida bo'lib, kulrang bosh bitidan biroz kattaroq bo'ladi. U qon so'rish uchun teriga o'tadi; ensa, yelka, kurak, bo'yin, qo'ltiq atrofi, bel sohasi, ya'ni kiyim burmalariga to'g'ri keladigan joylarni ko'proq chaqadi. Bit chaqqan joy qattiq qichiydi, teri yuzasidan bemorning qashingan tirnoq izlari, sarg'ish misrang qora qo'tir po'stlar yaqqol ko'rinadi. Uzoq vaqt bitlab yurganlar terisi ancha qurib, po'stlanadi, ikkilamchi infeksiya tushishi impetigo, follikulit, chipqonga sabab bo'ladi. Terisi xiralashib pigmentlanadi.

Davosi. Choyshab, ko'rpa-to'shak va yostiq jildlari, ichki va ustki kiyimlar 2—5 % sovunli eritmaga solinib, keyin qaynatiladi, ba'zan dezinfeksiyalanadi. Dam-badam sovun bilan yuvinib turish tavsiya etiladi.

Qov biti, asosan, qov sohasi va jinsiy a'zolar atrofidagi junlarga yopishib oladi va o'z umri davomida 8—12 ta tuxum qo'yadi. U ichki kiyim, choyshab, ko'rpa-to'shak jildlari orqali, aksariyat jinsiy aloqada yuqib qoladi. Pedikulyozning bu turi jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar guruhiga kiritilgan.

Bit chaqqan joylarda, ya'ni qov sohasi terisida kattaligi 0,2—0,3 sm keladigan gemorragik, ko'kish havorang tusdagi dog'lar paydo bo'ladi. Dog'lar bit so'lagining gemoglobinga ta'siri tufayli yuzaga kelib, bosib ko'rilganda yo'qolmaydi. Bit chaqqan joy terisi qattiq qichishadi. Shu joylardan qirib olingan materiallarda qov biti osongina topiladi.

Davosi. Davolashda dastlab jinsiy a'zolar, anus atrofi va boshqa joylardagi junlar qirib tashlanadi. Keyin issiq suv bilan sovunlab yuviladi va 2—3 kun 10 % li oq simob malhami surtiladi. 20 % li benzilbenzoat hamda sovunli-solvent emulsiyasi ham yaxshi naf beradi. Ichki kiyim va ko'rpa-to'shak jildlari 10 % li sovunli-solvent pastali eritmada bir necha soat saqlanadi. Xuddi shu eritmaning 20 % lisi xonalarni tozalash uchun ishlatiladi.

Bitlashning oldini olish va profilaktikasi. Bitlashning oldini olish, asosan, aholining moddiy farovonligi va sanitariya madaniyatini oshirishga qaratilgan chora-tadbirlar ishlab chiqilgan holda uni

hayotga tatbiq etishdan iborat. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish, choyshab, ichki kiyim, ko'rpa-to'shak jildlarini har haftada almashtirib turish, yuvilgan kiyimlarni dazmollab kiyish, birovlarning o'rniga yotmaslik, tasodifan jinsiy aloqa qilmaslik va boshqalarga amal qilish zarur.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Qo'tir kasalligining yuqish yo'llarini bayon eting.
2. Qanday belgilari asosida qo'tirni boshqa teri qichimalaridan farqlash mumkin?
3. Bosh biti, kiyim va qov bitlarining yuqish yo'llari xususida nima bilasiz?
4. Dermatozoonozlarni davolash usullari va profilaktikasini izohlang.

TEST SAVOLLARI

1. *Qo'tir qaysi kasalliklar bilan taqqoslanadi?*

A) ekzema, qichima, mikozlar bilan;
B) qichima, ekzema, mikrob ekzemasi bilan;
D) ekzema, pedikulyoz, yomon yara bilan;
E) to'g'ri javob yo'q.

2. *Vilkinson malhamining tarkibini aniqlang:*

A) 15 % li oltingugurt, 30 % yashil sovun, 30 % vazelin;
B) 20 % oltingugurt, 10 % yashil sovun, 15 % vazelin;
D) 15 % qatron, 15 % yashil sovun, 33 % oltingugurt;
E) 10 % oltingugurt, 33 % yashil sovun, 15 % vazelin.

3. *5 % li K sovun eritmasidan necha kun surtish tavsiya etiladi?*

A) 10 kun;
B) 8 kun;
D) 5 kun;
E) 3 kun.

4. *Qo'tir kasalligi ko'payib ketsa, qanday davolash muassasasi ochiladi?*

A) karantin e'lon qilinadi;
B) pruregozoriy;
D) leprazoriy;
E) skabiazoriy.

5. *Qo'tirni davolashda yaxshi samara beradigan dori vositasi:*

A) benzilbenzoat;
B) ACD malhami;
D) psoberan;
E) monomitsin.

7-amaliy mashg'ulot

DERMATIT VA TOKSIKODERMIYALAR



• Terining yallig'lanishiga sabab bo'ladigan kasalliklarni o'rganish • Terining qattiq qichishishi bilan (allergik) kechadigan kasalliklar etiopatogenezi

Dermatit terining yallig'lanishi, tashqi muhit ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Dermatitning o'ziga xos belgilaridan biri, unga ta'sir qiluvchi omil to'xtashi bilan teridagi yallig'lanish tuzalib, nomnishon qolmaydi, ayni vaqtda qayta ta'sir etilsa kasallik yana qo'ziydi. Dori ichganda yoki muskulga, teri orasiga, venaga yuborilgandan keyin ta'sir etishi natijasida terining yallig'lanishi toksikodermiya, deb ataladi. Dermatitlarni keltirib chiqaruvchi omillar tabiatiga ko'ra fizik, kimyoviy va biologik turlarga bo'linadi.

Fizik omillar — mexanik ta'sirlar (terining qisilishi, unga bo'lgan bosim), yuqori va past harorat (badanning kuyishi, sovuq olishi), quyosh, rentgen, radioaktiv nurlar va boshqalar.

Kimyoviy omillar — kislota, ishqor, tuz va boshqa moddalar. Bular ko'pincha kasbga aloqador va turmushda uchraydigan dermatitlarga sabab bo'ladi.

Biologik omillar — ba'zi o'simliklar ta'siri, chivin, hasharotlar chaqishi va boshqalar.

Shartsiz ta'sirlar (ishqor, kislota, qaynoq suv va boshq.) tufayli ro'y bergan dermatitda yallig'lanish ta'sirot tekkan joyning o'zida birdaniga vujudga keladi. Dermatitning bu turi — *kontakt* dermatit deyiladi. Kontakt dermatit *oddiy* yoki *atrifitsial* (sun'iy) bo'lishi mumkin.

Shartli, fakultativ qitiqlovchi omillar ta'sirida paydo bo'lgan dermatit faqat shu omillarga nisbatan sezuvchanligi yuqori organizmda kuzatiladi, ular *allergik* dermatit, deb ataladi. Allergik dermatit terining biron joyiga allergen ta'sir etgandan boshlab, orada muayyan inkubatsion davr o'tganidan keyin va allergen

takror ta'sir qilgandan so'ng boshlanadi. Biror moddaga o'ta sezuvchan bo'lgan organizmning asta-sekin kimyoviy jihatidan shu moddaga yaqin boshqa moddalarga ham sezuvchan bo'lib qolishi allergik dermatitga xos.

Oddiy kontakt dermatit bilan og'rigan bemorlar allergen bartaraf qilinganidan keyin ancha tez sog'ayib ketadi. **Toksik dermatit**da esa, kasallik qo'zg'atuvchi omil bartaraf qilinishiga qaramay bemorning ahvoli og'ir kechadi. Masalan, salvarsanli dermatit. Ba'zi bir dorilar qabul qilinganda badanning ayrim qismlariga toshmalar toshadi, oradan ma'lum vaqt o'tgandan so'ng shu dori takror qabul qilinganda toshmalar yana toshadi. Bunday toksikodermiya *mahkamlangan* yoki *fiksatsiyalangan* toksikodermiya, deb ataladi.

Allergik kontakt dermatitda toshgan toshmalarning tanada joylashishi va shakli muhim ahamiyatga ega. Masalan, uzunasiga joylashgan toshmalar ko'pincha o'simliklar bilan kontaktda bo'lganda kuzatiladi, toshmalarning yuz, qo'l, badanning ochiq, ya'ni quyosh nuri bevosita tushib turadigan sohalarda joylashishi esa, quyoshli dermatit (fotodermatit)dan dalolat beradi.

Mexanik omillar ta'sirida vujudga keladigan dermatitlar. Terining ayrim joylari kesilishi, bosilishi, shuningdek, ishqalanishi oqibatida kuzatiladi, ortiqcha terlash epidermisning rezistentligini kamaytiradi va shu soha terisida siyqalanish ro'y beradi. Qo'l panjasining ichki qismi, poyabzalning qisib turadigan joylarida mexanik dermatit ko'p uchraydi.

O'tkir mexanik dermatitda zararlangan teri qizarib shishadi, keyinchalik ichi seroz yoki gemorragik suyuqlik bilan to'la pufakcha yoki pufaklar paydo bo'ladi. Bora-bora pufaklar yorilib, o'rnida eroziyalar vujudga keladi. Bemor, asosan, shish va og'riqdan shikoyat qiladi. Epidermisning zararlanishi, eroziyalar hosil bo'lishi ikkilamchi infeksiyaning rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Natijada, xastalik piodermiyaga aylanib ketishi mumkin.

Surunkali mexanik jarohatlanish teri yallig'lanishiga, epidermisning qalinlashishi va giperkeratozga olib keladi. Bunday teri dag'allashib, o'z xususiyatini yo'qota boradi.

Davosi. Teri qizargan bo'lsa, indefferent upa va malhamlar (ruxli), shuningdek, eritema va shish bo'lganda ho'l bog'lamlar (3 % li borat kislotasi, qo'rg'oshinli suv), kortikosteroidli malhamlar va skin-kap aerozoli buyuriladi.

Pufakchalarni aseptika qoidalariga rioya etgan holda ochish, so'ngra kaliy permanganat bilan yuvib, anilin bo'yoqlaridan surtish tavsiya etiladi. Piodermiya bilan murakkablashgan hollarda antibiotikli krem va malhamlar bilan davolash zarur. Surunkali infiltratsiyalangan dermatitlarni davolashda 3—5 % li salitsil malhami qo'llaniladi.

Dori-darmonlar ta'sirida vujudga keladigan dermatitlar va toksikodermiyalar. Keyingi 10 yil mobaynida dori-darmonlar tufayli vujudga keladigan (medikamentoz) dermatitlar tez-tez uchraydigan bo'lib qoldi. Buning asosiy sabablaridan biri davolash amaliyotida antibiotiklar va sulfanilamidlarning nihoyatda ko'payib ketganligidir. Allergik dermatitlar *tarqoq* yoki *chegaralangan* shaklda bo'ladi (mahkamlangan yoki fiksatsiyali).

Tajribada antibiotiklar ta'sirida kelib chiqadigan dermatitlar tez-tez uchraydi, ba'zan ularni kasbga oid dermatitlarga ham kiritish mumkin. Chunki bunday dermatit tibbiyot hamshiralari, shifokorlar, farmatsevtika zavodlari hamda dorixona xizmatchilarida ko'p uchraydi. Penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin va boshqa antibiotiklar kuchli allergen xossasiga ega. Antibiotikli kontakt dermatit toshmalari, asosan, yuz, bo'yinda va qo'l sohalarida joylashadi, uning klinik ko'rinishi ekzemaga o'xshab namoyon bo'ladi. Antibiotiklar keltirib chiqargan toksikodermiya toshmalari ko'pincha bo'rtmalar tarzida ifodalanadi va kuchli qichish bilan kechadi. Ba'zan tarqalgan ekzemasimon tugunchali-pufakchali toshmalar toshadi, ayrim hollarda eritrodermiya yoki eksfoliativ dermatit kuzatiladi.

Sulfanilamid dorilarini tez-tez va uzoq vaqt qabul qilish sulfanilamidli toksikodermiyaga olib keladi. Dermatitning bu xili klinik ko'rinishi jihatidan og'iz shilliq pardasi va terida uchraydigan ko'p shaklli ekssudativ eritemani eslatadi. Bunda avval bitta, keyin esa bir necha dog'lar hosil bo'ladi. Dog'lar yumaloq, har xil kattalikda, pushti, ko'k yoki ko'kimtir-qo'ng'ir rangda bo'ladi.

Ba'zan og'iz yoki jinsiy organlar shilliq pardasida joylashgan dog'lar ustida mayda yoki katta pemfigoidli pufakchalar paydo bo'lishi mumkin; pufaklar til va tishga tegib tezda yoriladi, shu bois ba'zan shifokor uni ko'rmay qolishi mumkin. Yorilgan pufakchalar o'rnida eroziyalar hosil bo'lib, qattiq bezovta qiladi, og'riydi, bemor og'ziga ovqat olishdan bezillaydi. Bunday eroziyalar pemfigus va ko'p shaklli ekssudativ eritemada uchraydigan eroziyalarga o'xshash bo'lib, ularni bir-biridan ajratish qiyin.

Sulfanilamid dorilar takror qabul qilinganda, toshmalar avvalgi o'rnida paydo bo'ladi, lekin bu toshmalarning kattaligi dastlabkisidan ajralib turadi. Yuqorida keltirilgan toksikodermiyaning klinik ko'rinishi novokain, simob, salvarsan va boshqa dorilar qabul qilinganida ham kuzatilishi mumkin.

Davosi. Birinchi navbatda toksikodermiyani yuzaga keltiruvchi ta'sirni bartaraf etish va uning organizmga so'rilishini to'xtatishdan iborat. Buning uchun surgi, siydik haydaydigan dorilar, ko'p suyuqlik ichirish tavsiya etiladi. Nospetsifik desensibilizatsiya o'tkaziladi (kalsiy xlorid, natriy tiosulfat), antigistamin dorilar, gemodez va boshqa dorilar qo'llaniladi. Kasallik og'irroq kechganida, shuningdek, toksikodermiyaning tarqalgan turlarida steroidli gormonlar (ichish, muskul yoki venaga yuborish) va qon quyish maqsadga muvofiq. Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi.

Kimyoviy moddalar ta'sirida paydo bo'lgan dermatitlar. Hozirgi davrda kimyoviy moddalar soni ortib borishi bilan ular keltirib chiqaradigan dermatitlar ham tez-tez uchraydigan bo'lib qoldi. Ba'zi kimyoviy moddalar (mineral kislotalar, o'tkir ishqorlar, raketa yoqilg'ilari)ning dermatitga sabab bo'lishi aniqlangan. Bunday moddalar *obligat qitiqlovchilar* deb ataladi. Ular terida yuza yoki chuqur nekroz hosil qilishi mumkin. Bunday yaralar asosan chandiq hosil qilib tuzaladi.

Davosi. Kimyoviy moddalar tufayli paydo bo'ladigan dermatitlarni davolash uning boshqa turlarini davolash usullaridan deyarli farq qilmaydi. Dermatitning yarali, nekrotik xillarini davolashda dezinfeksiyalovchi 5 % li dermatol, kseroform, Mikulich, Vishnevskiy malhamlaridan foydalaniladi.

O'simliklar ta'sirida vujudga kelgan dermatitlar. Hozir dermatitlarga sabab bo'ladigan 100 dan ortiq o'simlik turlari ma'lum. Ularni odam organizmiga ta'sir etishiga qarab, obligat va fakultativ qitiqlovchilarga ajratiladi.

Ko'pincha o'simlik ta'siridan so'ng, terida eritema yoki pufakchalar hosil bo'ladi. Asosan daryo va ko'l bo'ylarida o'sadigan o'simliklar ta'sirida paydo bo'ladigan dermatitlar ko'p uchraydi. O'simlik ta'siridan 24—48 soat o'tgach, terida yo'l-yo'l yoki dog'li eritema hosil bo'ladi va asta-sekin pufakchalar ham paydo bo'lishi mumkin, oradan 5—6 kun o'tgach, toshmalar o'rnida pigmentatsiya kuzatiladi. Ko'pincha dermatitga o'simlik xlorofili yoki efir moyi sabab bo'lishi mumkin.

Davosi. Asosan mahalliy davo — kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi, pufaklarni yorish hamda anilin bo'yoqlari surtish lozim.

EKZEMA *(GUSH, ECZEMA)*

Ekzema yunon. *«eczeo»* — qaynash so'zidan olingan bo'lib, mayda-mayda pufakchalar qoplanib turadigan o'tkir ekzema o'chog'i qaynayotgan suvga o'xshaganligi uchun kasallikka shunday nom berilgan. Ekzema teri yuza qatlamlarining yallig'lanishi bo'lib, o'ziga xos nevrogen-allergik tabiatiga ega.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikning kelib chiqishi va rivojlanishida asab tizimi alohida o'rin tutadi. Tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, ekzema bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida markaziy asab tizimida turli o'zgarishlar va kasalliklar aniqlanadi. Bemorlar terisida asetilxolin moddasining ko'payib ketishi ekzema patogenezida asab tizimining muhim ahamiyatga ega ekanligini yana bir bor isbotlaydi. Ekzemaning kelib chiqishida me'da-ichak a'zolari faoliyati buzilishining ham salmog'i bor.

Ekzemali bemorlar me'da shirasining kislotalik darajasi pastligi, gastrit, kolit, xoletsistit kasalliklarining tez-tez uchrab turishi, me'da-ichak tizimining kasallik patogenezida muhim rol o'ynashidan dalolat beradi. Ekzemaning kelib chiqishida turli xil moddalarning ham ahamiyati bor. Bunga uy bekalarida uchraydigan sintetik yuvuvchi vositalar (ishqor, kukun) ta'sirida kelib chiqadi-

gan ekzemani misol qilib ko'rsatish mumkin. Hozirgi davrda «pnevmoallergenlar» deb nom olgan kasallik qo'zg'atuvchilari olimlar diqqatini o'ziga jalb etmoqda. Pnevmoallergenlarga chang, to'qimachilik tolasi, odam yoki hayvon epidermisi tangachalari va boshqalar kiradi. Ekologik muhitning buzilishi oqibatida kasallik qo'zg'atuvchi omillar yil sayin ko'payib bormoqda. Har xil dorilar va antibiotiklar ishlatish natijasida ham ekzema vujudga kelishi mumkin. Ekzemaning etiologiyasi va patogenezi haqida so'z ketganda, infeksion omillarni ham esdan chiqarmaslik kerak. Masalan, oyoq mikozi yoki chov epidermofitiyasida kasallik o'chog'idan ancha nari joylashgan sohalarda ikkilamchi allergik toshmalar — ekzematozli epidermofititlarning toshishi kuzatiladi. Shunday holatni mikrobli ekzemada ham uchratish mumkin.

Klinikasi. Ekzema o'zining patogenetik xususiyati, etiologik omillari va asosan klinik ko'rinishiga qarab quyidagi turlarga bo'linadi: chin, mikrobli, kasbga oid, seboreyali ekzema va bolalar ekzemasi. Klinik kechishiga ko'ra o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali ekzemalar tafovut qilinadi.

Chin ekzema. Toshmalar polimorfizmi, ya'ni qizarish, mayda tugunchalar, pufakchalar, yiringchalar, tangachalar, po'stloqchalar paydo bo'lishi va teri shishi bilan ifodalanadi. Ekzema toshmalari ma'lum bir evolutsiyani o'tadi, ya'ni toshmalar ketmaket bir elementning o'zgarishi hisobiga ikkinchisi vujudga keladi. Masalan, tugunchalardan pufakchalar, ulardan esa, po'stloq hosil bo'ladi.

Ekzemaning klinik ko'rinishida morfologik elementlarning qay biri ko'p uchrashiga qarab ho'l, papulyoz, vezikular, pustulyoz, skvamoz va po'stloqli xillari farq qilinadi. O'rtacha o'tkir ekzema klinik ko'rinishi jihatidan o'tkir ekzemaning yengilroq xili bo'lib, bilinar-bilinmas teri shishishi, qizarishi, shuningdek, o'tkir toshmalar toshishi to'xtashi va qichishish sezilarli darajada kamayishi bilan ifodalanadi. Ba'zan ekzemaning klinik ko'rinishiga qarab, o'tkir yoki o'rtacha ekanligini aniqlash ancha mushkul. Bunda kasallikning davom etishiga qarab shartli ravishda yuqoridagi turlarga ajratiladi. Ekzemaning 6 haftagacha bo'lgan davri o'tkir va bundan keyingisi o'rtacha o'tkir hisoblanadi.

Surunkali ekzemaga klinik va gistologik jihatdan yallig'lanish infiltratsiyasi xos, shu sababli zararlangan joy terisi zichlashib, qalinlashadi. Infiltratsiyali, elastiklik xususiyati kam bo'lgan terida oqish, sarg'ish-jigarrang yoki qizg'imtir po'stloqlarni, ba'zan tuguncha va pufakchalarni uchratish mumkin. Ma'lum bir noqulay omillar ta'sirida surunkali ekzemaning zo'rayishi ko'riladi; bunda terining qizargan joyi ko'payib, shish va toshmalar paydo bo'ladi.

Disgidrotik ekzema. Qo'l va oyoq kaftida mayda no'xatdek qattiq pufakchalar hosil bo'lishi bilan kechadi. Teri salgina qizarib pufakchalar yoriladi va o'rnida shilingan iz qoldiradi, ular usti sarg'ish po'stloqchalar bilan qoplanadi, ba'zida pufakchalar yorilmasdan ichidagi suyuqligi bilan qotib qolish hollari ham kuzatiladi. Kasallangan joy atrofidagi sog' teridan keskin ajralib turadi.

Mikrobli ekzemada ko'proq yuzaki piodermiya ikkilamchi yallig'lanib, ekzemaga aylanadi. Shuning uchun ham klinik ko'rinishi ekzema va piodermiyaga xos alomatlar borligi bilan ta'riflanadi. Kasallik asosan boldirda, qo'l panjasining tashqi qismida va bosh terisida kuzatilib, o'choqlar chegarasi keskin ajralib turadi va shakli yumaloq hamda jimjimador bo'ladi. Toshmalar asimmetrik joylashadi. Terining zararlangan qismi plastinkasimon po'st bilan qoplanadi, uni olib tashlansa, o'rnida pushti rangli pilchiragan yuza, ekzematozli quduqlar va seroz ekssudat tomchilar kuzatiladi. Ba'zan kasallangan o'choqlar atrofida mayda pustulalar paydo bo'lishi va ular yangi ekzematoz o'choqlarni hosil qilishi mumkin. Kasallik qichishish bilan kechadi. Mikrobli ekzemaning paratravmatik va varikoz xillari bor. Ularning paydo bo'lishiga mexanik (gipsni noto'g'ri bog'lash), kimyoviy (yaralarni zo'riqtiruvchi dorilar bilan davolash) va biologik (infeksiyalar) omillar ham sabab bo'lishi mumkin.

Kasbga aloqador (professional) ekzema badan terisining ochiq qismlarida vujudga keladi. Kasallikning avj olishiga ishlab chiqarishdagi allergenlar sabab bo'lib, ular organizmga sensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda teridagi sinab ko'rish testi sensibilizatsiyalovchi omillarga nisbatan

musbat bo'ladi. Bunday dermatitlarning klinik kechishi yuqorida keltirilgan ekzemalardan deyarli farq qilmaydi. Faqat allergenlar bartaraf etilgandan so'ng kasallik dermatitlarga nisbatan uzoqroq davom etadi.

Seboreyali ekzema (moyli gush) — patologik jarayon, asosan, yog' ajratib chiqaruvchi bezlar joylashgan terida, ko'proq boshning sochli qismi, quloq suprasi, yuz, qo'ltiq osti, shuningdek, ko'krakni zararlaydi va mayda po'stchalar bilan qoplanib turadigan dog'lar hamda tugunchalardan, tangacha va po'stloqchalardan iborat bo'ladi. Bu dog'lar sarg'ish bo'lib, chegaralari ancha keskin ajralib turadi, aksari bir-biri bilan qo'shilib ketadi. Tugunchalarning o'rtasi oqarib halqali elementlar hosil bo'lishi mumkin. Kasallik jinsiy uyg'onish davridan boshlanadi. Seboreyali ekzema, asosan, pilchirashsiz kechadi.

Davosi. Ekzemani davolashda birinchi navbatda kasallikni yuzaga keltiruvchi omillar (allergenlar)ni bartaraf etish hamda ichki a'zolar, asab, endokrin va boshqa organ hamda tizimlarda aniqlangan kasalliklarni davolash zarur. Asab tizimini tinchlantiruvchi (trankvilizator va sedativ) dorilar — brom, novokain, tazepam, nozepam va boshqalar qo'llaniladi. Gipnozoterapiya va uyqu bilan davolash yaxshi samara beradi. Organizmning sensibilizatsiya, allergik holatini yo'qotish uchun kalsiy birikmalari (kalsiy xlorid, kalsiy glukonat), natriy tiosulfat tavsiya etiladi. Davolashning birinchi kunidan boshlab antigistamin dorilar (tavegil, zaditen va boshqalar) terapevtik miqdorda buyuriladi. Ekzema og'ir kechganda bemorni kasalxonaga yotqizib, kortikosteroid dorilar bilan davolaniladi, ularning kunlik o'rtacha miqdori 30—40 mg.ni tashkil etadi. Davolash kompleksiga vitaminlar, ayniqsa, *B* guruh vitaminlari (B_1, B_6, B_{12}), nikotin kislotasi (*PP* vitamini) va boshqalarni qo'shish tavsiya etiladi. Seboreyali ekzemada yuqorida keltirilgan dorilardan tashqari *E* vitamini (tokoferol) buyuriladi. Davolash chog'ida, shuningdek, undan keyin ham parhezga rioya qilish, tuxum, qovurilgan, achchiq, sho'r, moshli ovqatlar iste'mol qilmaslik va spirtli ichimliklar ichmaslik talab etiladi.

Mahalliy davo har bir bemor organizmining o'ziga xos tomonlari hamda kasallikning turi va klinik kechishiga qarab olib

boriladi. Terida pilchirash va shish bo'lsa, sovuq namlagichlar (primochkalar), u holat kamaysa, indeferent pastalar (qo'rg'oshin, Lassar, naftalan pastalari) tavsiya etiladi. O'tkir yallig'lanish jarayoni o'tganidan so'ng qichishishni kamaytiruvchi malhamlar (mentol, anestezin, dimedrol)dan foydalaniladi. Kortikosteroidli malhamlar va «Skin-kap» kremlarini qo'llash ham davo samarasini oshiradi. Surunkali ekzemani davolashning asosiy vazifasi infiltratsiyani so'riltirishdir. Buning uchun oltingugurt (33 %—5,0), naftalan (20 %—10,0), dyogot (10 %—2,0) malhamlari tavsiya etiladi.

Bolalar ekzemasi. Bolalar ekzemasiga, asosan, ekssudativ diatez yoki irsiy omillar, shuningdek, organizm immunologik reaktivligining o'zgarishi sabab bo'ladi. Ekzema bilan og'rigan bolaning ota-onasi yoki yaqin qarindoshlarida turli allergik kasalliklar boryo'qligi aniqlanadi. Agar bolaning otasi yoki onasi allergik kasalliklar bilan og'rigan bo'lsa, u holda bolaning ekzema bilan kasallanishi 40 %, mabodo ularning har ikkalasi ham allergik kasallik bilan og'rigan bo'lsa, u holda kasallanish 60—70 % ni tashkil qiladi. Bemorda turli xil surunkali infeksiya o'choqlari, konyunktivit, me'da-ichak kasalliklari aniqlanadi. Bemor organizmining immunobiologik xususiyati pasayganligi tufayli ular kimyoviy moddalar, oziq-ovqatlar va dori-darmonlarga nisbatan juda sezuvchan bo'lib qoladilar.

Kasallik bolalar hayotining dastlabki kunlaridayoq boshlanishi mumkin. Patologik jarayon yuz, bo'yin, boshning sochli qismidan boshlanib, asta-sekin tananing boshqa sohalariga tarqaladi, badanning shu joyi qizarib, qichishadi va mayda-mayda ekssudativ tugunchalar hamda pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilib, tagi pilchirab turadi, so'ngra ustki qismi sarg'ish-jigarrang po'stloqlar, qora-qo'tir bilan qoplanadi, ba'zan bemorlarda eritematoz-skvamozli seboreidlarni uchratish mumkin. Kasallikning klinik kechishida mikrobli, chin va seboreyali ekzemaning belgilari namoyon bo'ladi. Bolalardagi ekzema hamisha qattiq qichishish bilan davom etadi va terining tirnalishiga, ishtaha yo'qolishiga, uyqusizlikka olib boradi. Kasallik ko'pincha xomsemiz, asabi zaifroq bolalarda uchraydi.

Davosi. Bolalar ekzemasini davolashda ovqatlanish rejimini tartibga solish muhim ahamiyatga ega. Ovqat bilan birga iste'mol qilinayotgan uglevod, osh tuzi hamda suyuqlik miqdorini cheklash zarur, chunki ular terida yallig'lanish jarayonini kuchaytiradi. Bolalar ekzemasini davolashda ishlatiladigan dorilar ekzemaning boshqa turlarini davolash vositalaridan deyarli farq qilmaydi. Ularning farqi faqat berilayotgan dorining miqdorida, xolos.

TERI QICHISHISHI *(PRURITUS CUTANEUS)*

Teri qichishishi uzoq vaqt davom etib, qichish va teri shilinishlari bilan kechadi. Hozirgi vaqtda qichishni qabul qiluvchi o'ziga xos retseptorlar haqida aniq fikr yo'q. Ba'zi olimlar og'riqni qabul qiluvchi retseptorlar qichishishni ham qabul qiladi; qichishish impulslari asab tolalari orqali subkortikal va kortikal markazlarga borib, subyektiv sezishga aylanadi, fikrini bildirishdi. Teri qichishishida qon, modda almashinuvi, jigar, buyrak, me'da osti bezi kasalliklarida ham uchraydi. Shu sababli dastlab bemorning ichki a'zolarini sinchiklab tekshirish zarur.

Teri qichishishining obyektiv belgilari terida birlamchi morfologik elementlar bo'lmasligi va ikkilamchi elementlardan shilinishlar hamda gemorragik po'stloqlar borligi bilan ifodalanadi. Demak, teri qichishishi subyektiv sezuvchanlikning buzilishi oqibatidir. Uzoq vaqt teri qichiyverishi natijasida bemorning tirnog'i «yaltiragan» ko'rinishda bo'ladi. Qichishish kunning ikkinchi yarmida yoki kechqurun kuchayadi, ba'zan shu darajada kuchli bo'ladiki, hatto bemorning mehnat qobiliyatiga ta'sir etib, ruhiy tushkunlikka olib keladi. Teri qichishishi uzoq davom etganda lixenifikatsiya avj oladi, bora-bora neyrodermitga aylanishi mumkin.

Teri qichishishining tarqoq yoki cheklangan xillari ajratiladi. Cheklangan xili ko'pincha jinsiy a'zolarda (yorg'oq, vulva va orqa teshik sohasida) kuzatiladi, bunga — gijja, jinsiy a'zolar yallig'lanishi, vegetonevroz natijasida kelib chiqqan mahalliy terlash, endokrin kasalliklar va boshqalar sabab bo'ladi.

Davosi. Birinchi navbatda yuqorida keltirilgan etiologik sabablarni o'z vaqtida aniqlab, uni bartaraf etish kerak. Asosan, simpto-

matik davo qilinadi, antigistamin, giposensibilizatsiyalovchi dorilar, shuningdek, tinchlantiruvchi dorilar — tazepam, elenium, seduksen, aminazin va boshqalar buyuriladi.

Mahalliy davo timol (1—2 %), karbol (2 %) hamda mentol eritmalari; tarkibida mentol va anestezin bo'lgan sovituvchi qorishmalar (boltushka) tavsiya etiladi. Kortikosteroidli malhamlar yaxshi naf beradi.

NEYRODERMIT

Neyrodermit — terining surunkali, tez-tez qaytalab turuvchi yallig'lanishi bo'lib, badanning qattiq qichishishi, keyinchalik tuguncha li toshmalar — papulalar toshib, teri qalinlashishi, lixenifikatsiya avj olishi bilan kechadi. Kasallikning klinik ko'rinishiga qarab diffuz (tarqoq) va chegaralangan xillari farq qilinadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Neyrodermitga, asosan, endogen omillar sabab bo'ladi, asab tizimining funksional o'zgarishlari, me'da-ichak yo'li, jigar, endokrin tizimining kasalliklari, modda almashinuvi faoliyatlarining buzilishi neyrodermitning vujudga kelishida katta rol o'ynaydi. Asab tizimi tomonidan nevrotik buzilishlar: kuchli qo'zg'alish, darmonsizlik, asteniya, emotsional o'zgaruvchanlik, uyqusizlik va boshqalar kuzatiladi.

Diffuz va (tarqoq) neyrodermit. Diffuz neyrodermitning klinik ko'rinishida o'tkir bo'lmagan teri eritemasi fonida lexinifikatsiya va infiltratsiya kuchli rivojlanadi.

Zararlanish o'choqlari asosan yuz, bo'yin, qo'l va oyoq bukilmalari, jinsiy a'zolar hamda sonning ichki yuzasida bo'ladi. Birlamchi morfologik element tuguncha bo'lib, u normal o'zgarmagan teri yoki och pushti rangida bo'ladi. Bu tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib, infiltratlangan sohalarni hosil qiladi. Patologik jarayondagi teri quruq, usti ekskoriatsiya va mayda kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Shuningdek, tananing tabiiy burmalarida uzun yoriqlar yuzaga keladi. Terining kuchli qichishi, monomorf toshmalar, asab tizimi faoliyatining buzilishi, oq dermografizm, aniq pilomotor refleksi, neyrodermitga xos belgilardandir. Kuchli qichishish bemor uyqusining buzilishiga, asablanish

(nevrotik) holatning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bemorlarda gipotoniya, giperpigmentatsiya, adinamiya, allergik reaksiyalar, me'da shirasi hamda siydik kam ajralishi, gipoglikemiya, ozib-to'zish, tez toliqish kabi belgilar namoyon bo'ladi.

Neyrodermitning klinik kechishi ko'pincha faslga bog'liq. Kasallik, asosan, qishda zo'rayib, yozda klinik remissiya holatida bo'ladi.

Cheklangan neyrodermit. Terining ma'lum bir qismi kuchli qichib bezovta qiladi. Zararlanish o'choqlari bo'yinning orqa yoki yon qismi, jinsiy a'zolar, dumbalar orasidagi burmalar, katta bo'g'imlarning bukuvchi yuzalarida bo'ladi. Kasallik boshlanishda teridagi o'zgarishlar deyarli sezilmaydi. Qichishish kuchayganida terida mayda tugunchalar paydo bo'lib, ular qattiq konsistentsiyali, yuzasi kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Keyinchalik tugunchalar bir-biri bilan qo'shilib, hiylagina joyni egallashi mumkin. Toshmalar och-pushti, qo'ng'ir tusda, yassi yumaloq shaklga ega bo'ladi. Teri asta-sekin qalin tortib zichlashadi (lixenifikatsiya). Kasallik avj olgan davrida lixenifikatsiyaga uchragan markaz usti yaltiroq yassi och-pushti rang tugunchalardan iborat o'rta va giperpigmentli periferik qismlari ajralib turadi, o'tkir yallig'langan o'choqlarda shilinishlar kuzatiladi. Hadeb qashlanaverish natijasida chiqqan qon qotib, qora qo'tir bo'lib qoladi, ko'pincha ikkilamchi piodermiya avj oladi. Kasallik uzoq muddat davom etadi.

Davosi. Neyrodermitni davolashda sedativ va psixotrop dorilar qo'llaniladi. Organizmning allergik holatini pasaytirish uchun desensibilizatsiyalovchi va antigistamin dorilar (tavegil, zadigen, dimedrol va boshq.) tavsiya etiladi. Markaziy asab tizimi faoliyatini maromga keltirish va nevrotik holatni kamaytirish maqsadida uyqu, gipnoz bilan davolash, brom preparatlari, neyroleptiklar (trioksazin, elenium, seduksen, meprotan), ganglioblokatorlar (nanofin, aminozin, geksoniy) va boshqalarni qo'llash yaxshi naf beradi. Vitaminlar (*B* guruh vitaminlari, *A*, *PP*) ishlatiladi. Kasallik og'ir kechganida kortikosteroidli dorilar (prednizolon, deksametazon, triamsinalon va boshqalar) buyuriladi.

Fizioterapevtik vositalardan oltingugurt vodorodi, radon vannalari, ultrabinafsha nurlar, PUVA-terapiya va boshqalar tavsiya

etiladi. Mahalliy davo vositasi sifatida kortikosteroidli malhamlar («Skin-kap», «Lorinden», «Flyutsinar», «Selestoderm», «Dermatop» va boshq.) ishlatiladi. Cheklangan neyrodermatitda zararlangan o'choqlar atrofiga gidrokortizon, kenolog va boshqa steroidli gormonlar inyeksiya qilinadi. O'choqli neyrodermatitda Bukki nurlarini qo'llash ham yaxshi natija beradi. Kasallikning zo'rayishi va qaytalanishining oldini olish maqsadida sanatoriyalarda («Chortoq», «Chimyon») davolanish, surunkali infeksiyalarni bartaraf etish tavsiya etiladi.

ATOPIK DERMATIT

Atopik dermatit multifaktorial irsiy kasallik bo'lib, bolalar dermatologiyasida keng tarqalgan dermatoz hisoblanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikning kelib chiqishida bemor yoshligida chalingan kasalliklar: bolalar ekzemasi, diatezi, shuningdek, yaqin qarindoshlarida allergik holatlar yoki xastaliklarining (allergik rinit, bronxial astma, ekzema va boshqalar) bor-yo'qligini aniqlash katta ahamiyatga ega. Ko'krak yoshida va ilk bolalik davrida me'da-ichak tizimi xastaliklari (ovqat hazmining buzilishi, fermentopatiya, disbakterioz, vitaminlar va oqsil moddalarining yomon so'rilishi), shuningdek, yoshi kattaroq bolalarda esa, ruhiy charchash, tajanglik va boshqalar atopik dermatitga sabab bo'luvchi omillardir. Ba'zi olimlar atopik dermatit neyrodermatitning bir ko'rinishi desalar, boshqalari esa, har biri o'zicha mustaqil kasallik degan fikrda. Lekin bolalikda atopik dermatitni boshidan o'tkazganlarda, keyinchalik neyrodermatitga xos klinik ko'rinish namoyon bo'lganligi ko'pchilikka ma'lum.

Klinikasi. Kasallik, asosan, yuz (ko'z va og'iz atrofida) bo'yin, tirsak va tizza osti bukilmalarida uchraydi. Patologik o'choqlarda eritema-skvamoz, follikular papulalar, vezikulyoz, eroziya, po'stloq, tangachalar ko'zga tashlanadi, bu elementlar likenifikatsiyaga uchragan terida joylashadi. Shu bilan birga terining shunga o'xshash klinik ko'rinishini tananing boshqa sohalarida ham uchratish mumkin. Terining quruq bo'lishi va kuchli qichishishi atopik dermatitga xos bo'lib, ko'pincha asosiy o'choqlar ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanadi.

Davosi. Neyrodermatit va bolalar ekzemasini davolashga o'xshash. Tajribalarning ko'rsatishicha, atopik dermatitni davolashda zaditen va skin-kap yaxshi naf beradi.

QICHIMA *(PRURIGO)*

Qichima kasalligining bir necha xili ma'lum: bolalar qichimasi *(prurigo infantum)*, kattalar qichimasi *(prurigo adultorum)*, tugunli qichima *(prurigo nodularis)*.

Bolalar qichimasi. Bu kasallikni birinchi Vilan va Bateman o'rganishib, uni *strofulyus,* deb ataganlar. Kasallik 6 oylikdan 3—4 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Patologik jarayon hadeganda tuzalavermasa, bolalar qichimasi Gebraning klassik qichimasiga aylanishi mumkin. Ko'pchilik olimlar bu kasallikni bolalar *eshakemi* deb ham ataydilar.

Etiologiyasi. Bolalar qichimasini keltirib chiqaruvchi omillar bolalar ekzemasidagi omillardan farq qilmaydi. Bolalar qichimasi ko'proq ekssudativ diatez bilan og'riydigan bolalarda (ba'zan, bolalikda toshgan eshakem keyinchalik qichimaga aylanadi) kuzatiladi. Gijjalar borligi, noto'g'ri ovqatlanish yoki bolani sun'iy sut mahsulotlari bilan boqish, ba'zi ovqat moddalari (tuxum, shokolad)ni ko'tara olmaslik tufayli ovqat hazmining buzilishi kasallikka sabab bo'ladi.

Klinikasi. Dastlab terida qavarchiqlar hosil bo'ladi. Talaygina qavarchiqlarning qoq o'rtasida kattaligi to'g'nog'ich boshidek keladigan, berch, juda qichishib turadigan tugunchalar paydo bo'ladi. Tugunchalar yuzida pufakchalar vujudga keladi. Tugunchalar och qizil, mayda, konussimon, qattiq konsistensiyali bo'ladi. Qavarchiqlar odatda tez yo'qolib ketadi, tugunchalar esa, uzoqroq saqlanib turadi. Toshmalar qo'l va oyoqlarning yoziluvchan yuzalarida, dumbada paydo bo'ladi.

Badanning qattiq qichishib turishi bolalarning uyqusi bilan ishtahasini buzadi, ular injiq bo'lib qoladi. Badan terisining qashlanib tirnalishi oqibatida ikkilamchi piodermiya qo'shilishi mumkin. Bunda kasallik surunkali davom etadi. Vaqtida davo qilinmaydigan bo'lsa, u kattalar qichimasiga yoki diffuz neyrodermitga aylanib ketishi mumkin.

Davosi. Davolash asosini parhez bilan davolash tashkil qiladi: tuxum, asal, shokolad, konfet, sho'r va qovurilgan ovqat berilmaydi. Ovqat, asosan, sabzavot (sabzi, karam, no'xat) va mevalardan iborat bo'lishi kerak. Sut mahsulotlari: asidofilin, kefir tavsiya etiladi. Ovqatda yog', uglevodlar miqdori kam, vitaminlar *(A, B, C)* esa, ko'p bo'lishi kerak. Kasallikni yuzaga keltiruvchi omillardan biri bo'lgan gijja va surunkali infeksiya o'choqlarini yo'qotish lozim.

Bemorlardagi o'ta sezuvchanlik holatini kamaytirish maqsadida antigistamin va neyroleptik dorilarni qo'llash maqsadga muvofiq. Kasallik og'ir kechganda kortikosteroid dorilar buyuriladi.

Mahalliy davo sifatida, 1 % li dimedrol, anestezin va kortikosteroidli malhamlar tavsiya etiladi. Kasallik asorat bersa, u holda anilin bo'yoqlar eritmasi, tarkibida antibiotik bo'lgan malhamlar surtiladi.

Kattalar qichimasi. Qo'l va oyoqlarning yoziluvchan yuzalari, bel, qorin, dumba terisi qichishib tugunchali toshmalar toshadi. Papulalar terida sochilgan holda joylashib, ularning ko'pchiligi qonab qotib qolgan po'stlar bilan qoplanib turadi, tugunchalar qattiq qichishadi, ular yo'qolib ketganidan keyin ba'zan chandiqchalar qoladi. Teridagi ba'zi elementlar ko'pchib qavarchiqqa o'xshab ketadi. Ko'pincha kasallik ikkilamchi infeksiya bilan murakkablashadi. Qichimada ham neyrodermitdagidek bemorlarning umumiy ahvoli o'zgarib asabiy holat vujudga keladi. Kasallik surunkali kechadi. Davolash neyrodermitni davolashga o'xshash.

ESHAKEM *(URTICARIA)*

Eshakem — allergik kasallik bo'lib, terida, ba'zan shilliq qavatlarda qavarchiqlar paydo bo'lishi va qattiq qichishishi bilan ifodalanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik asosida organizmning turli ta'sirlarga o'ta sezuvchan bo'lib qolishi yotadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen (kimyoviy, mexanik, fizik, doridarmonlar, oziq-ovqatlar) va endogen (ichki organlar patologiyasi — me'da-ichak, jigar, asab tizimi ishlash faoliyatlarining

buzilishi) bo'lishi mumkin. Endogen va ekzogen omillar ta'sirida organizmda gistamin, serotonin va boshqa biologik faol moddalar miqdori ortadi, natijada bu moddalar kapillarlarni kengaytirib, ularning o'tkazuvchanlik xususiyatini oshiradi va dermaning so'rg'ich qavatida o'tkir shish holatini vujudga keltiradi. Gistamin va boshqa bioaktiv moddalar, asosan, bazofil hujayralarda joylashib, ular proteaz fermentlar faolligi oshganda hujayralardan ajralib chiqadi. Proteaz fermentining faolligi antitelo-antigen reaksiyasi natijasida oshadi.

Klinikasi. Klinik kechishiga ko'ra eshakemning o'tkir, surunkali retsidiv (qaytalab turuvchi) va turg'un tugunchali xillari farq qilinadi.

O'tkir eshakem birdan bemor terisiga qavarchiqlar toshishi va kuchli qichish bilan boshlanadi. Qavarchiqlar teri damidan ko'tarilib turadi va pushti-qizil rangda, shakli yumaloq yoki cho'zinchoq bo'lishi mumkin, ba'zan ular bir-biri bilan qo'shilib, har xil shaklga kiradi. Bunda bemorning ahvoli o'zgaradi, tana harorati ko'tariladi, darmonsizlik, me'da-ichak faoliyatining buzilishi, «eshakemli lixoradka» kuzatiladi. Eshakem badanning turli qismiga toshishi mumkin. Toshmalar ko'pincha hiqildoq, halqum va shilliq qavatlarda ham paydo bo'lishi mumkin, bunda shu joylar shishib, nafas olish va yutish qiyinlashadi. Bir necha soatdan keyin eshakem batamom yo'qoladi, ba'zan qaytalanib turadi.

Kvinkning o'tkir chegaralangan shishi (angionevrotik shish) o'tkir eshakemning bir xili bo'lib, terida (yoki shilliq qavatda), teri osti kletchatkasida yoki jinsiy a'zolarda chegaralangan shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Teri dag'al, elastik, oqish yoki pushti rangda bo'ladi. Bemorlar qichishishga shikoyat qilmasliklari ham mumkin. Bu ko'pincha oddiy eshakem bilan birga kechadi. Kvinkning chegaralangan shishi xavfliroq bo'lib, uning hiqildoqdagi toshmalari stenoz yoki asfiksiyaga sabab bo'lishi mumkin.

Surunkali qaytalanib turuvchi eshakemda toshmalar soni ko'p bo'lmaydi, lekin ular bir necha oy yoki yillab davom etadi. Eshakemning bu turi surunkali infeksion o'choqlar (tonzillit, xoletsistit

va boshqalar) tufayli vujudga keladi. Toshmalar toshganda bemorning umumiy ahvoli o'zgaradi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynash, qusish va diareya holatlari, shuningdek qonda eozinofiliya va trombotsitopeniya kuzatiladi.

Turg'un tugunchali eshakem bemor terisidagi qavarchiqli toshmalarning uzoq turishi va papulalarga aylanishi oqibatida vujudga keladi. Bunda teridagi chegaralangan shish o'rnini astasekin limfotsitlardan iborat infiltrat egallaydi va giperkeratoz, akantoz jarayoni kuzatiladi. Toshmalar, asosan, qo'l va oyoqning yoziluvchi qismlariga toshib, qizg'ish-qo'ng'ir rangda bo'ladi.

Quyosh (oftob) ta'sirida vujudga keladigan eshakem — fotodermatozlar guruhiga mansub bo'lib, asosan jigar xastaligi va porfirin modda almashinuvi buzilgan hamda quyosh nuriga o'ta sezuvchan kishilarda uchraydi. Kasallik bahor va yoz oylarida qo'zib, badanning quyosh nuri tushib turadigan ochiq joylarida (yuz, qo'l, bo'yin) uchraydi. Toshma elementlari oddiy eshakemdagi elementlardan farq qilmaydi.

Gistopatologiyasi. O'tkir yallig'lanish jarayoni bilan ifodalanadi. Epidermisda hujayralar orasida shish, dermaning so'rg'ich qavatida esa — seroz suyuqlikning to'planishi, biriktiruvchi to'qimaning mo'rtlashuvi, tomirlar atrofida eozinofil, limfotsit va gistiotsitlardan iborat infiltrat kuzatiladi.

Tashxisi. Eshakemni aniqlash qiyin emas. Kasallikni strofulyus, hasharotlar chaqishidan kelib chiqqan dermatitlar hamda Dyuringning gerpetiform dermatitidan farqlay bilish lozim.

Davosi. Birinchi galda kasallikni keltirib chiqargan omillarni (me'da-ichak va asab tizimi patologiyasi, surunkali infeksion o'choqlari va boshqalar) aniqlash va ularni bartaraf etish zarur. Giposensibilizatsiyalovchi, antigistamin va tinchlantiruvchi dorilar tavsiya etiladi, og'irroq hollarda steroidli preparatlar ichish buyuriladi. O'tkir eshakemda surgi, tozalovchi klizma qilish, siydik haydovchi dorilar (furotsemid, lazisk va boshqalar) berish maqsadga muvofiq.

Mahalliy davo sifatida suv va qo'rg'oshinli pasta, chayqatmalar, gormonal malham hamda kremlar ishlatiladi. Bemorlarga parhez qilish tavsiya etiladi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Dermatit va toksikodermiyaning paydo bo'lishi sabablarini so'zlab bering.
2. Allergik dermatitlarni izohlang.
3. Ekzemaning rivojlanish bosqichlarini bayon eting.
4. Neyrodermit kasalligining asosiy belgilari qanday?
5. Bolalar qichimasi va eshakemning bir-biridan farqini izohlang.
6. Qichish bilan kechadigan teri kasalliklarini davolashda nimalarga e'tibor berish kerak?

TEST SAVOLLARI

1. *Ekzemaning turlarini ajrating:*

A) chin va yolg'on ekzema, kattalar ekzemasi;
B) chin, kasbga .oid, seboreyali ekzema, bolalar ekzemasi;
D) bolalar va kattalar ekzemasi;
E) kasbga oid ekzema, kattalar ekzemasi.

2. *Teri qichishishida qaysi obyektiv belgilar kuzatilmaydi?*

A) birlamchi morfologik elementlar;
B) gemoragik po'stloqlar;
D) ikkilamchi morfologik elementlar;
E) subyektiv shikoyatlar.

3. *Neyrodermitning qanday klinik ko'rinishlari tafovut qilinadi?*

A) gipertrofik;
B) follikullar va diffuz;
D) diffuz va chegaralangan;
E) o'choqli.

4. *Atopik dermatit gavdaning qaysi qismlarida uchraydi?*

A) orqa va dumbada, boldirda;
B) sonning ichki sohasida, oyoq kafti va panjada;
D) yuz, bo'yin, tirsak, tizza buklamalarida;
E) qo'l kafti va panjalarida, tirsak, ensada.

5. *Eshakem kasalligining asosida qanday omil yotadi?*

A) endogen ta'sirlar;
B) turli ta'sirlarga o'ta sezuvchanlik
D) fizik, biologik, kimyoviy;
E) to'g'ri javob yo'q.

8-amaliy mashg'ulot

ETIOLOGIYASI YETARLI ANIQLANMAGAN KASALLIKLAR



• Etiologiyasi yetarli aniqlanmagan kasalliklarning klinik kechishi va toshmalarning xarakteri • Ularni boshqa dermatozlardan asosiy farqi

Psoriaz yoki tangachali temiratki — ko'p tarqalgan teri kasalliklaridan biri. U multifaktorial tabiatga ega bo'lib, epidermisda hujayralarning giperproliferatsiyasi, keratinizatsiyasining buzilishi, dermada esa yallig'lanish reaksiyasi va turli a'zo hamda tizimlarda patologik jarayonlar bilan kechadi. Psoriaz teri kasalliklari orasida 5—10 foizni tashkil qiladi. U, ayniqsa, keyingi yillarda bolalarda ko'p uchramoqda.

Etiologiyasi va patogenezi. Psoriazning vujudga kelishi va rivojlanishini tushuntiruvchi bir necha nazariyalar (virusologik, infeksion, allergik, nevrogen, irsiy, endokrin, moddalar almashinuvining buzilishi va boshq.) mavjud.

Virusologik nazariya tarafdorlari psoriaz bilan og'rigan bemorlarning a'zo to'qimalarida elementar zarrachalar, o'ziga xos antitelolar borligi; laboratoriya hayvonlariga (dengiz cho'chqachasi, oqsichqon va quyonlar) psoriatik o'choqdan olingan to'qima ekstrakti yuborilganda ular terisida granulematoz to'qimalar hosil bo'lishi, tovuq embrionining xorion allantoisida «kasallik qo'zg'atuvchisining» kultivatsiya qilinishini asosiy dalil qilib keltiradilar. Psoriazning kelib chiqishida ma'lum bir qo'zg'atuvchilar borligini isbotlovchi quyidagi dalillar mavjud: psoriatik jarayon faqat mahalliy bo'lmay, uning umumiy xususiyatlarga ega bo'lishi, shuningdek, o'choqli infeksiyalar va kasallikning klinik kechishi (o'choqlarning markazidan periferiya tomon kengayishi, suyak va bo'g'imlarning revmatoidli poliartrit kabi shikastlanishi, kasallikning bexosdan harorat ko'tarilishi bilan boshlanishi) shular jumlasidandir.

Irsiy nazariya tarafdorlari psoriaz avloddan avlodga irsiy yo'l bilan (masalan, ona tomonidan buvasi, tog'asi yoki ota tomonidan buvisi yoki ammasi) o'tadigan kasallik degan fikrdalar. Bunda psoriaz 20—37 % ota tomondagi avlodlarda uchraydi. Infeksion-allergik nazariyaga muvofiq psoriaz pnevmoniya, tonzillit, gripp yoki boshqa surunkali infeksion kasalliklardan so'ng vujudga keladi.

Modda almashinuvining (asosan, uglevod, oqsil, yog') buzilishi tufayli epidermis muguz qavatining hosil bo'lish jarayoni va epidermopoezning normal ritm bilan ishlashida funksional o'zgarishlar sodir bo'ladi. Psoriaz bilan og'rigan bemorlar organizmida prostoglandin va poliaminlarning miqdori yuqoriligi, D_3 vitaminining kamayganligi aniqlangan.

Endokrin o'zgarishlar nazariyasi. Psoriaz endokrin bezlari faoliyatining o'zgarishi tufayli kelib chiqishi ko'p yillardan beri ma'lum, homilador ayollarda psoriazning klinik kechishi bunga misoldir. Homiladorlikning birinchi yarmi, abort, tug'ish va laktatsiyaning tugash davri psoriazni qo'zg'atib, og'ir kechishiga olib keladi. Psoriazning klinik kechishi homiladorlikning ikkinchi davrida birmuncha yengillashadi, hatto kasallik tuzalib ketishi ham mumkin. Boshqa endokrin bezlarda ham qator o'zgarishlar kuzatiladi. Psoriazning artropatik yoki eritrodermiyali turlarida buyrak usti bezi po'stloq qavati ishlab chiqaradigan glukokortikoidli gormonlar miqdori kamayadi.

Psoriaz kasalligining vujudga kelishida immun tizimining ham ahamiyati katta. Bemorlar epidermisining muguz qavatiga qarshi antitelolar topilishi, bazal hujayralar yadrosiga qarshi antitelolar ishlab chiqarilishi, *IgA, IgG* sinfiga mansub bo'lgan immunoglobulinlar miqdorining o'zgarishi, *T* — limfotsitlar umumiy miqdorining kamayishi, yangi toshmalarda *T* — xelperlar sonining ko'payishi bu dermatoz patogenezida immunologik o'zgarishlar muhim o'rin tutishidan dalolat beradi.

Klinikasi. Psoriazning klinik manzarasi ko'pincha aniq ifodalangan bo'ladi: dumaloq shaklli, pushti rang dog'lar bo'lib, ularning usti kumush rang tangachalar bilan qoplanadi. M.S. Pilnov psoriatik toshmalarning pushti rangda bo'lishiga e'tibor bergan («Pilnov simptomi»). Asta-sekin toshmalar hajmi kattalashib,

infiltratsiya kuchayadi, ular ustidagi tangachalar esa ko'payadi. Toshmalarning bunday o'zgarishi natijasida tugunchalar va pilakchalar hosil bo'ladi. Psoriaz diagnostikasida o'ziga xos uch simptom (psoriatik triada) va Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi xarakterli. Psoriatik triada papulani tirnash yo'li bilan yuzaga keladi, u uch fenomendan iborat:

1) oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yog'i fenomeni),

2) tangachalar olib tashlangandan so'ng nam yaltiragan yuza hosil bo'lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni),

3) tirnash davom ettirilsa, qonli nuqtalar yuzaga kelishi (*Auspitz* yoki qonli shudring fenomeni) kuzatiladi, bu fenomenlar patogistologik o'zgarishlar (parakeratoz, akantoz, papillomatoz) natijasida kelib chiqadi.

Psoriaz bilan og'rigan bemor terisida mexanik, kimyoviy (tirnash, pichoq yoki o'tkir buyumlar bilan terini kesib olish, nurlanish, ishqalanish, kuyish) omillar tufayli toshmalar toshishi — izomorf reaksiya yoki Kyobner fenomeni deb ataladi. Biror ta'sir dan so'ng 7—10 kun o'tgach, izomorf reaksiya hosil bo'ladi, lekin bu muddat qisqarishi (3 kun) yoki uzayishi ham (21 kun) mumkin. Bemorlarning ko'pchiligi teri qichishiga, ba'zilari esa terining qurib tortishishiga shikoyat qiladilar. Xastalikning klinik kechishida 3 davr tafovut qilinadi: zo'rayib boradigan (progressiv), statsionar, regressiv davrlar. Uning zo'rayib boradigan davrida yangi tugunchalar paydo bo'lib, badanning qichishib turishi, eski elementlarining kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, ya'ni yallig'lanish gultojisi, Kyobner fenomeni va psoriatik triada paydo bo'lishi bilan belgilanadi.

Statsionar davrda yangi toshmalar toshishi, gultojli yallig'lanishning periferiyaga qarab o'sishi to'xtaydi. Regressiv davrda toshmalar yassilanib, rangi o'chadi, tangachalar hosil bo'lishi kamayadi yoki to'xtaydi, papulalar atrofida depigmentli gultoji paydo bo'ladi (Voronovning psevdoatrofiya gultojisi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan so'rila boshlaydi. Elementlar so'rilgandan so'ng ko'pincha depigmentli, ba'zan giperpigmentli

dog'lar qoladi. Psoriaz turli omillar (iqlim, asabiy, endokrin buzilishlar va boshqalar) ta'sirida kuchayishi mumkin. Psoriazning meteorologik va iqlimga nisbatan yozgi (retsediv — yozda uchraydi), qishki (retsediv — qishda uchraydi) va aralash xillari bor. Psoriazning qishki turi ko'proq uchraydi.

Psoriazning klinik ko'rinishlari. Seboreyali psoriaz seboreyali subyektlarda uchrab, klinik jihatdan seboreyali ekzemani eslatadi. Psoriatik toshmalar seboreyali teri sathida — yuz, boshning sochli qismi, ko'krak va teri burmalarida joylashgan bo'ladi. Toshmalar chegarasi sog'lom teridan aniq ajralib turadi, ular quruq va oqkumushsimon tangachalar bilan emas, balki sarg'ish tangachalar bilan qoplangan bo'ladi.

Intertriginozli psoriaz, asosan revmatizm, diabet bilan og'rigan, semiz va o'ta sezuvchan kishilarda, ba'zan ko'krak yoshidagi bolalarda uchraydi. Bunda toshmalar oyoq, qo'l bo'g'imlarning bukiluvchi yuzalarida, qo'ltiq osti, chov qismida joylashadi. Toshmalar numular ekssudativ pilakchalar ko'rinishida bo'ladi, kasallik qichishish va achishish bilan kechadi.

Psoriaz eritrodermiyasi. Kasallikning bunday klinik ko'rinishi psoriaz bilan og'rigan bemorlarning 1—3 % da uchraydi. Psoriazning bu turini oddiy vulgar psoriazning murakkablanishi desa ham bo'ladi. Chunki u, asosan, psoriatik teriga noxush omillar ta'sir qilishi yoki psoriazni noto'g'ri davolash natijasida vujudga keladi. Masalan, yuqori konsentratsiyali malhamlarni qo'llash, shuningdek, turli o'simlik ekstraktlaridan vanna qabul qilish shular jumlasidandir. Kuchli ruhiy zo'riqishdan so'ng ham eritrodermiya holati kuzatiladi, bunda teri ravshan qizil rangda, shishgan, infiltratsiyaga uchragan bo'ladi. Yallig'langan teri ustida mayda va yirik plastinkali tangachalarni, soch to'kilishini uchratish mumkin. Limfatik tugunlar kattalashadi, tirnoqlar destruksiyaga uchraydi. Yiringli paronixiyalar vujudga keladi. Bemorlar qichishish va teri tortilishiga shikoyat qilishadi. Psoriatik eritmodermiyani boshqa eritmodermiyalardan ajratish juda qiyin.

Artropatik psoriaz. Psoriazning bu turi kam uchrashi va og'ir kechishi bilan ifodalanadi. Bunda, asosan, yirik hamda mayda bo'g'imlar zararlanadi, patologik jarayon ko'proq panja va

tovonning mayda bo'g'imlarida, tizzada, umurtqalarda uchraydi. Bemorlarni bo'g'imlardagi kuchli og'riq bezovta qiladi, og'riq, ayniqsa, harakat qilganda kuchayadi.

Davosi. Psoriazning etiologiyasi to'liq aniqlanmaganligiga qaramay, uni keltirib chiqaruvchi omillar (modda almashinuvining buzilishi, ruhiy iztirob, infeksiya o'choqlari, endokrinopatiya va boshqalar)ni bartaraf etish zarur. Kasallik zo'raygan davrida teriga kuchli ta'sir etuvchi malhamlar (5 % li salitsil malhami, psoriazin, xrizaborin va boshqalar) surtish yaramaydi. Psoriazni davolashda bir necha usullardan foydalaniladi:

1. Umumiy davo, bunda antigistamin (dimedrol, pipolfen, tavegil, diazolin) va desensibilizatsiyalovchi (kalsiy preparatlari, natriy tiosulfat) dorilar buyuriladi; *A, C, E, B_1, B_2, B_6, B_{12}, B_{15}* vitaminlarini qo'llash maqsadga muvofiq. Kasallikning statsionar va regressiv davrlarida yuqoridagi davo vositalaridan tashqari gamma-globulin, pirogenal va turli xil biostimulatorlar tavsiya etiladi.

2. Glukokortikoidlar, asosan, psoriaz og'irroq kechganida (psoriaz eritrodermiyasi, artropatiyasi, pustulyozli psoriaz) ishlatiladi. Gormonlarning kundalik miqdori kasallikning klinik ko'rinishiga bog'liq bo'lib, bemorning har kilogramm vazniga 1 mg.dan to 2 mg. gacha buyuriladi. Psoriatik artritni davolashda butadion, brufen, rumolon, pirabutol, reopirin va boshqa revmatizmga qarshi dorilarni steroidli gormonlar bilan birga qo'llash davolash samarasini oshiradi. Ichish uchun psorkyur buyuriladi.

3. PUVA-terapiya psoriazni davolashda muhim vosita, u asosan psoriazni tarqalgan xilida qo'llaniladi.

4. Immunodepressantlar. Metotreksat psoriazni davolashda keng qo'llaniladi. U tabletka (2,5 mg) yoki eritma holida (5 mg muskul orasiga) ishlatiladi. Metotreksatning ma'lum bir davo sikli bor, ya'ni bemor bu dorini 5 kun davomida har kuni 5 mg. dan qabul qiladi va 3 kun dori ichmay dam oladi.

5. Retinoidlar (*A* vitaminining sintetik preparatlari) teridagi proliferatsiya va keratinizatsiya jarayonlarini barqarorlashtiradi. Tigazon, neotigazon shular jumlasidandir.

Retinoidlarni PUVA-terapiya bilan birgalikda qo'llash (REPUVA-terapiya) davo samarasini oshiradi.

Mahalliy davo «Skin-kap», «Vipsogal», «Selestoderm», «Flyusinar» va boshqa malhamlardan iborat. Kasallikning statsionar va regress bosqichlarida teridagi infiltratlarni tez so'riltirish maqsadida naftalan (5—10—20 %), ixtiol (5—10 %) va boshqa malhamlarni ishlatish mumkin. Sanatoriy-kurortlarda dam olish tavsiya etiladi («Chimyon», «Chortoq», «O'zbekiston» va boshq.).

QIZIL YASSI TEMIRATKI *(LICHEN RUBER PLANUS)*

Qizil yassi temiratkini Vilson (1869) aniqlab, unda uchraydigan birlamchi elementni batafsil yoritib bergan. Qizil yassi temiratki teri kasalliklarining 0,5 % ni tashkil etadi.

Etiologiyasi va patogenezi. To'liq aniqlangan emas, ilmiy adabiyotlarda kasallikning kelib chiqishida turli nazariyalar (virusli yoki infeksion, nevrogen, irsiy, toksik, immunologik) mavjud.

Virusli nazariya tarafdorlari bemorlar terisida filtrlanuvchi viruslar uchrab, ular o'z faolligini organizmning immunobiologik himoya qobiliyati susaygan davrda kuchaytiradi, fikrini aytadilar.

Ko'pgina olimlar kasallikning vujudga kelishini asab tizimi faoliyatining buzilishi (emotsional hayajonlanish, ruhiy zo'riqish)ga bog'liq deb qaraydilar. Bunda toshmalar asab tolalari bo'ylab joylashishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda gipnozoterapiya yaxshi natija beradi.

Toksik (zaharlanish) nazariyaga muvofiq, qizil yassi temiratki organizmga turli xil dori-darmonlar ta'sir etishi, autointoksikatsiya, me'da-ichak, jigar xastaliklari oqibatida vujudga keladi. Antibiotiklar (streptomitsin, tetratsiklin), oltin, yod, qo'rg'oshin preparatlari, ftivazid va boshqa dorilar ta'sirida qizil yassi temiratki kelib chiqqanligi ma'lum.

Klinikasi. Kasallikning asosiy klinik-morfologik elementi dermo-epidermal papulalar bo'lib (diametri 1—3 mm), uning quyidagi o'ziga xos xususiyatlari bor:

1) poligonal, yassi shakli;

2) papulalar yuzasida (asosan, markazda) kindiksimon botiq bo'lishi;

3) periferiyaga qarab o'sishi;

4) toshmalar ustiga o'simlik moyi surtilsa, to'rsimon shakllar vujudga kelishi — Uikxem belgisi (epidermiya donador qavatining notekis kengayishi);

5) o'tuvchan yorug'likda papulalar yuzasining pushti-binafsha rangda yaltirab turishi.

Toshmalar aksariyat qo'l va oyoqning bukiluvchi qismlarida (tirsak oldi, bilak, oyoqda) yuzaga kelib, so'ng butun badanga tarqalishi mumkin. Toshmalar ba'zan og'iz bo'shlig'i va jinsiy a'zolarning shilliq qavati, ko'proq lunjlarda oqimtir tasmalar shaklida uchrab, bir-biri bilan qo'shilib, pilakchalar hosil qiladi. U surunkali davom etishi mumkin. Kasallikning avj olgan davrida, yangi-yangi toshmalar toshadi va ular kattalashib boradi. Keyin kasallik statsionar davrga o'tadi, bunda papulalar asta-sekin so'rilib, o'rnida to'q jigarrang dog' qoladi, terining ta'sirlangan joyida yoylar ko'rinishida joylashadigan papulalar paydo bo'ladi. Kasallik qattiq qichishish bilan kechadi. Qaytalanish ancha kam uchraydi. Qizil yassi temiratkiga Kyobner izomorf reaksiyasi ham xos. Ba'zan tirnoqlar ham o'zgarib rangi xiralashadi, ustida uzunasiga ketgan chiziqlar paydo bo'ladi.

Qizil yassi temiratkining bir necha xili bor:

1. *Gipertrofik, so'galsimon* xili tugunchalarning giperplaziyasi natijasida vujudga keladi. Hosil bo'lgan pilakchalar pushti, qizil-qo'ng'ir rangda bo'lib, ularning usti so'galsimon giperkeratotik qatlamlar bilan qoplangan bo'ladi. Bunday toshmalar atrofida qizil yassi temiratkining tipik toshmalarini uchratish mumkin.

2. *Atrofik va sklerotik* xilida papula va pilakchalar so'rilib, terida atrofik va sklerotik o'zgarishlar qolishi mumkin. Chandiqsimon atrofiya ochiq rangda bo'lgani uchun ba'zi dermatologlar uni oq temiratki deb yuritadilar. Bunda toshmalar bo'yin, qo'l, ko'krak va qorin sohasida uchraydi. Ba'zan boshning sochli qismida atrofik o'zgarishlar psevdopelladaga o'xshaydi va u qo'l hamda tananing yoziluvchi yuzalarida joylashgan follikular keratoz bilan birga kechadi. Buni Littl-Lassyuer simptomi deb ataladi.

3. *Pemfigoidli yoki pufakli* xilida qizil yassi temiratkining tipik elementlari bilan birga kattaligi no'xat yoki olchadek keladigan ichi seroz yoki qon-serozli suyuqlik bilan to'la pufakchalar toshadi.

4. *Moniliform qizil temiratkida* kattaligi olcha danagidek keladigan marjonsimon (*moline* — marjon, shoda) toshmalar toshish kuzatiladi. Ular asosan peshana, quloq suprasi, qorin, dumbada uchrab, ko'rinishi munchoqni eslatadi.

5. *O'tkir uchli* xilida yassi tugunchalar bilan birga uchli yoki konussimon tugunchalar uchraydi, ular asosan follikulalarda joylashadi. Toshmalar boshning sochli qismida bo'lsa, kichik-kichik atrofiyali chandiqlar yuzaga kelishi mumkin.

6. *Halqasimon* qizil yassi temiratki ko'pincha erkaklarning jinsiy a'zolarida uchraydi. Kasallikning bu turi toshmalar o'rtasidan so'rila boshlashi natijasida vujudga keladi. Qizil yassi temiratkining psoriaziform, uzunchoq va zoostriform xillari ham uchraydi.

Tashxisi. Qizil yassi temiratki ro'yirost namoyon bo'lganida tashxis qo'yish qiyin emas. Bunda yassi, poligonal o'rtasi kindiksimon botiq pushti-binafsha tugunchalarga, ularning joylanishiga va Kyobnerning izomorf reaksiyasiga ahamiyat berish talab etiladi. Toshmalar jinsiy a'zolarning shilliq qavatlarida bo'lsa, uni zaxm bilan taqqoslash kerak. Zaxmga tekshirganda qonni seroreaksiyasini qilish, pilchiragan tugunlardan oq treponemalarni izlash, kasallik anamnezini yig'ish muhim. Qizil yassi temiratki tugunchasi ustida Uikxem to'ri borligi, atrofiyaning yo'qligi, uni eritematozdan ajratib turadi.

Davosi. Birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etish, infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish lozim. Kasallik o'tkir kechganida antibiotiklar (tetratsiklik qatoridan — tetratsiklin, xlortetratsiklin 1.000.000 dan 10 kun), kalsiy tuzlari eritmasi, natriy giposulfit inyeksiya holida tavsiya etiladi. Tinchlantirish maqsadida brom preparatlari, trankvilizatorlar buyuriladi. Vitaminlar *(PP, B_1, B_6, B_{12})*, antigistamin dorilarni qo'llash davolash samarasini oshiradi. Kasallik klinik jihatdan og'ir kechganida steroidli gormonlar tavsiya qilinadi, ularning miqdori 30 mg.dan 100 mg.gacha bo'lishi mumkin. Surunkali qizil yassi temiratkini davolashda delagil, rezoxin, xingamin

preparatlari, steroidli gormonal vositalar bilan birga qo'llaniladi. Bemorni gipnoz va elektr ta'sir ettirish yo'li bilan uxlatib davolash, bo'ynidagi simpatik tugunlarni diatermiya, paravertebral blokada qilish, bel sohasida induktotermiya o'tkazish ham yaxshi natija beradi. Ba'zan esa, PUVA-terapiya tavsiya etiladi.

Mahalliy davo mentol va karbol spirti, glukokortikoidli malhamlardan iborat. Kasallikning gipertrofik turida toshmalarni diatermokoagulatsiya qilish, CO_2, suyuq azot bilan kuydirish, ular atrofidan gidrokortizon emulsiyasi yoki steroidli gormon eritmalari bilan inyeksiya qilish tavsiya etiladi. Kasallikning remissiya davrida bemorga sanatoriy («Chimyon», «Chortoq») va kurortlarda davolanish buyuriladi.

QIZIL YUGURUK (QIZIL VOLCHANKA, *LUPUS ERYTHEMATODES*)

Qizil yuguruk — surunkali kasallik bo'lib, asosan, yozda qo'zib turishi bilan ifodalanadi. Bu dermatoz teri kasalliklarining 0,45—1,5 % ni tashkil qiladi. Ayollar bu kasallik bilan erkaklarga nisbatan ko'proq kasallanadi. Qizil yuguruk tashqi muhit omillari (quyosh nuri, sovuq, shamol va ko'pincha haroratning keskin o'zgarishi) ta'sirida bo'ladiganlarda ko'p uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikning kelib chiqishi hozirgacha noma'lum, lekin uning paydo bo'lish sabablarini tushuntiruvchi bir qancha nazariyalar mavjud. Ba'zi (tarixiy nazariya) olimlar qizil yugurukning paydo bo'lishini sil kasalligi bilan bog'liq deb hisoblaydilar. Chunki qizil yuguruk bilan og'rigan bemor organizmida sil o'choqlarining topilishi, shuningdek, terida silga xos gistologik o'zgarishlar bo'lishi va silga qarshi ishlatiladigan dorilar bu kasallikka ham yaxshi kor qilishi ma'lum.

Hozir sil kasalligi ancha kamaygani bilan qizil yugurukning bot-bot uchrab turishi, shuningdek, teridagi kasallik o'choqlarida sil bakteriyasining topilmasligi sil nazariyasining asossizligini ko'rsatadi. Infeksion nazariya esa, qizil yuguruk infeksion kasallikdan keyin paydo bo'ladi va rivojlanadi, deb tushuntiradi. Bemorlarda gemolitik streptokokkning topilishi bu nazariya tarafdorlarining

asosiy isbotidir. Lekin antibiotiklar ta'sirida (asosan penitsillin) infeksion asosda qo'zg'atilgan va rivojlangan kasallik davo topmay, aksincha, avj oladi.

Hozirda qizil yuguruk bilan og'rigan bemorlar qonida *LE* hujayralari va hujayralar yadrosiga qarshi antitelolarning topilishi uni autoimmun kasallik deb hisoblanishiga sabab bo'ldi.

Tasnifi. Qizil yuguruk bo'yicha umumiy qabul qilingan tasnif yo'q. Ko'pchilik dermatologlar quyidagi tasnifdan foydalanadilar. Qizil yugurukning surunkali (surunkali chandiq hosil qiluvchi eritematoz), o'tkir yoki sistemali (o'tkir eritematoz), shuningdek, o'rtacha o'tkirlikda kechadigan xillari farq qilinadi. Kasallikning sistemali shaklida teri bilan birga ichki a'zolar ham jarohatlanadi; qizil yuguruk odamlarning yuz qismida ko'proq uchraydi.

Qizil yugurukning surunkali xili quyidagi klinik ko'rinishlarga ega: diskoidli (halqasimon), disseminatsiyalangan, Biyettning markazdan qochuvchi eritemasi va Kaposhi-Irgangning chuqur shaklidagi qizil yuguruk. Kasallik boshlanishida subyektiv belgilar deyarli kuzatilmaydi. Ko'pincha qizil yuguruk surunkali halqasimon shaklda namoyon bo'lib, toshmalar terining turli sohalariga toshishi mumkin. Toshmalar, asosan, yuzda aniq chegaralangan pushti qizil rangli, chetga tomon o'sib, bir-biri bilan qo'shilishga moyil bo'lgan dog'lar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Dastlab dog'lar usti kepaklanmaydi, lekin keyinchalik kepaksimon tangachalar paydo bo'lib, ular teriga mahkam o'rnashib qoladi.

Dog'lar kattalashib yirik dog'larga aylanadi, yallig'lanish biroz kuchayadi. Shu davrda qipiqlanish ham kuchayadi, qipiqni sekinasta tirnoq bilan tirnasak ko'chib chiqadi, qipiq tagida bo'rtmachalar ko'rinadi. Qipiq tirnalgan vaqtda bemor birmuncha og'riq sezadi, shuning uchun boshini orqaga tortadi. Bu Benye-Mesherskiy simptomi deb ataladi. Qipiqlar ko'chirilganda uning tagida bo'rtmachalar borligi («ayollar poshnasi» simptomi) va tangachalari tushgan terida voronkasimon shakl hosil bo'lishi (follikular giperkeratoz) kuzatiladi. Shunday qilib, kasallik avj olgan davrida 3 xil manzara: markaziy chandiqli atrofiya, o'rta giperkeratozli va periferiyadagi qizargan joy ko'zga tashlanadi. Shu bilan birga kasallik o'choqlarida teleangioektaziya, depigmentatsiya, giperpigmentatsiyalar ham uchraydi.

Kasallik terining yuz qismida uchraganda uning shakli xuddi kapalakka o'xshaydi. U badanning boshqa sohalarida boshning sochli qismida, quloqda, bo'yinda, qorinda, qo'l-oyoqlarda) ham uchrashi mumkin. Toshmalar boshning sochli qismida bo'lsa, soch to'kilishi (alopetsiya); og'izning shilliq qavatida esa, leykoplakiya, eroziya va yaralar kuzatiladi. Lablarda shish va yoriqlar paydo bo'ladi. Kasallikning disseminatsiyali turida uncha katta bo'lmagan juda ko'p toshmalar yuzda, boshning sochli qismida, bo'yinda va ko'krak qafasining yuqori qismlarida marjon singari joylashib sistemali qizil yugurukni eslatadi.

Lekin bu toshmalar chegarasi aniq va yallig'lanmagan bo'ladi. Biroq qizil yugurukning bu turida bemorning umumiy ahvoli biroz o'zgaradi, harorat subfebril bo'lib, eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi, leykopeniya, anemiya, bo'g'imlarda va muskullarda og'riq kuzatiladi. Bemorlarning ko'pchiligida surunkali infeksiya o'choqlari (surunkali tonzillit, sinusit, otit, tish kariyesi va boshqalar) aniqlanadi. Ba'zi bir olimlar kasallikning disseminatsiyalangan xilini halqasimon va sistemali qizil yuguruklar orasidagi o'tuvchi shakli, deb ta'riflaydilar. Kasallik yillab davom etadi, kuz va bahor oylarida qaytalab turadi.

Qizil yuguruk og'ir kechganda bemor yotib qoladi, yura olmaydi, ozib holsizlanadi, kamquvvat bo'lib qoladi. Shu davrda bemorning qoni laboratoriyada tekshirilsa, *LE* hujayralari topiladi, bu to'g'ri tashxis qo'yishda katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari qonda leykopeniya, gipergammaglobulinemiya, ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) ortib ketishi kuzatiladi.

Davosi. Davolash kasallikning xiliga qarab belgilanadi. Doirasimon qizil yugurukda bezgakka qarshi vositalar (rezoxin, xingamin, plakvenil, delagil) 0,25 g.dan 2 mahal 5—10 kun buyuriladi, orada 3—5 kun dam beriladi. Bu dorilar buyrak usti bezining po'stloq qavati ishini tezlashtirib, biriktiruvchi to'qimadagi modda almashinuviga ta'sir etadi va fotodesensibilizatsiya ro'y beradi.

Sistemali qizil yugurukda glukokortikoidlarni bezgakka qarshi vositalar bilan birga qo'llash yaxshi naf beradi. Steroidli dorilar miqdori kasallikning klinik kechishi va bemorning ahvoliga bog'liq

(o'rta hisobda prednizolon 60—70 mg. dan tavsiya etiladi) holda tayinlanadi. Shu bilan birga vitaminlar *(B_1, B_2, B_6, B_{12}, B_{15}, PP, C)* bilan davolash maqsadga muvofiq, chunki ular steroidli gormon va bezgakka qarshi dorilar ta'sirini kuchaytiradi. Mahalliy davo vositasi sifatida gormonal malhamlar delagil eritmasi ishlatiladi. Quyosh nuri ta'siridan saqlanish maqsadida «Luch», «Vesna», «Ot zagara», 5 % li ftivazid va 7 % li salol malhamlaridan foydalanish tavsiya etiladi.

AKANTOLITIK PEMFIGUS (PO'RSILDOQ YARA, *PEMPHIGUS ACANTHOLYTICUS*)

Etiologiyasi va patogenezi. Po'rsildoq yaraning kelib chiqishini tushuntiruvchi bir necha nazariyalar (immunologik, infeksion, virus, endokrin, nevrogen va boshqalar) mavjud. Pemfigusning kelib chiqishi to'g'risidagi immun nazariya ahamiyatga ega ekanligi isbotlangan. Bemor qonida, pufak suyuqligida va zararlangan terida hujayralararo substansiyasiga qarshi antitelolar topilgan. Immunoflyuorissensiya yo'li bilan epidermisning tikansimon qavatida *IgG* immunoglobulinlarning cho'kishi aniqlangan. Po'rsildoq yaraning vujudga kelishida autoimmun o'zgarishlar patogenetik ahamiyatga ega.

Ba'zi olimlar pemfigus virusli kasalliklar guruhiga mansub degan fikrdalar. Pufak ichidagi suyuqlikni oqsichqon va quyonga, shuningdek, tovuq embrioniga yuborilsa, ularda pufak hosil bo'lishi, qon zardobi va pufak suyuqligida virusga o'xshash zarrachalar borligi va ularni kasallik yuqtira olish xususiyati elektron mikroskopda aniqlangan.

Nevrogen nazariya tarafdori P.V. Nikolskiy kasallik asosida trofonevroz yotadi, deb tushuntiradi. Turli xil ruhiy holat, emotsional hayajonlanish va nevrologik kasalliklar ham pemfigusga sabab bo'lishi mumkin. Bemorning orqa va bosh miya hamda orqa miya gangliyalari hujayralarida degenerativ o'zgarishlar bo'lishi nevrogen konsepsiyani yana bir bor tasdiqlaydi.

Pemfigus ko'pincha homiladorlik davrida ham kuzatiladi, bu davr tugagach, kasallik yo'qolib ketadi. Pemfigusda endokrin bezlar faoliyatining buzilish hollari qayd qilinadi. Terida akantoliz yuzaga

kelishida proteolitik fermentlarning ahamiyati katta. Pemfigus va boshqa pufakli kasallik bilan og'rigan bemorlarning qon zardobi yuqori proteolitik va fibrinolitik faollikka ega bo'lib, teridagi proteolitik fermentlar faolligining oshishi epidermiyada akantoliz jarayonini yuzaga keltirishi mumkin.

Akantolitik pemfigusning to'rt turi tafovut etiladi: vulgar (oddiy), vegetatsiyali, qazg'oqli, qat-qat.

Vulgar yoki oddiy pemfigus (pemphigus vulgaris) ko'proq uchraydi, ko'pincha og'iz va tomoq shilliq qavatida va terida pufak paydo bo'ladi. A. D. Sheklakovning ma'lumotlariga qaraganda pemfigusning 67,5 foizi og'iz shilliq qavatida o'zgarishlar ro'y berishi bilan boshlanadi, taxminan 3—6 oydan so'ng bemorning sog'lom terisida pufakli toshmalar toshadi. Ular moshdek, no'xatdek va undan kattaroq bo'lishi mumkin. Pufak teridan ko'tarilib turadi, ichiga seroz, rangsiz yoki sarg'imtir suyuqlik to'planadi. Ularning sirti avvaliga tarang bo'lib, keyin asta-sekin shalpayib qoladi. Tez orada yorilib o'rni pilchirab turadi, shakli dumaloq bo'lib, chetlari ajralib turadi. Keyinchalik shilingan teri o'rni bitib, pufaklar o'rnida ikkilamchi giperpigmentli dog'lar hosil bo'ladi. Ba'zan pufak yorilmay, uning ichidagi seroz suyuqlik so'rila boshlaydi, natijada qobig'i bo'shab, yupqa po'stloqqa aylanadi va tushib ketadi. Kasallikning bemor hayoti uchun xavfli yoki xavfsiz xillari farq qilinadi. Kasallikning morfologik asosini «akantoliz» tashkil qiladi va klinik jihatdan u Nikolskiy simptomi (fenomeni) bilan ifoda etiladi. Nikolskiy simptomi uch turda bo'ladi:



Akantolitik pemfigusga chalingan bemor.

1) pufak qoldig'i pinset bilan tortilsa, u darrov uzilib ketmaydi, aksincha atrofdagi sog' teri bilan shilinib chiqadi;

2) pufak yoki eroziyalar oralig'idagi ko'rinishi «sog'» teri ishqalansa epidermisning yuqori qavatlari oz bo'lsa-da shilinadi;

3) pufak va eroziyalardan uzoqroq bo'lgan «sog'» teri ishqalansa, u yerda ham epidermisning shilinishi kuzatiladi.

Nikolskiy simptomi pemfigusning zo'rayish davrida musbat bo'lib, qolgan davrlarda esa, manfiy bo'ladi. Bu kasallikda pufakdan surtma olish usuli bilan akantolitik hujayralar topiladi yoki buni Tsank hujayrasi, deyiladi.

Kechishi. Pemfigus vaqti-vaqti bilan qo'zishi mumkin, buning oldini olish maqsadida kortikosteroidlardan foydalaniladi.

Vegetatsiyali pemfigus (pemphigus vegetans). Kasallik boshlanishida oddiy pemfigusga juda o'xshab ketadi. Bu kasallikning o'ziga xos xususiyatlaridan biri kindikka va katta burmalarga pufak toshishidir. Burmalar (kindik, qo'ltiq osti, dumbalar orasi, chot-son, ko'krak bezlari osti, quloq suprasi orti) birbiriga tegishi va ishqalanishi natijasida kasallik tez tarqalib ketadi. Keyinchalik pufaklar yorilib, usti suvlanadi va asta-sekin to'q sariq yoki ko'kimtir qatqaloqlar bilan qoplanadi. Bular bir-biri bilan qo'shilishi natijasida katta-katta vegetatsiyali o'choqlar hosil bo'ladi. Terining ishqalanishi natijasida kasallangan joylarda kichik-kichik o'simta (papilloma)lar paydo bo'ladi. Ba'zan bunga piodermiya qo'shiladi va bemorning ahvoli og'irlashadi. Toshma toshgan joyda og'riq, qichishish va achishish kuzatiladi. Bu kasallikda ham Nikolskiy simptomi ko'pincha musbat bo'ladi va akantolitik hujayralar topiladi.

Qat-qat (eksfoliativ) pemfigus *(pemphigus foliaceus).* Katta yoshdagi kishilar va yosh bolalarda ko'proq uchraydi. Kasallik ko'rinishi jihatidan deyarli o'zgarmagan terida shalpaygan pufaklar hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Ularning po'sti juda yupqa va nozik, ichida suyuqlik ko'p bo'ladi, teri sathidan bir ozgina ko'tarilib turadi. Tezda yorilib, eroziyaga aylanadi va usti tangachalar bilan qoplanadi. Shilingan joylar atrofida epidermis ko'tarilib, yana yangi pufakcha hosil qiladi. U ham yorilib yana shilinadi, bu jarayon shu asnoda uzoq davom etadi. Ko'chib chiqayotgan epidermis bir-biri bilan yopishib, qalin qavat-qavat po'stloqqa aylanadi. Nikolskiy simptomi musbat (bu simptom 1896-yilda pemfigusning qat-qat turida aniqlangan) bo'ladi.

Qazg'oqli (seboreyali, eritematoz, Siner-Asher pemfigusi) pemfigus *(pemphigus seborrhaicus, seu erythematosus).* Olimlarning fikricha, qazg'oqli pemfigus vulgar va qat-qat turlariga o'tishi mumkin. Dermatoz ko'pincha xavfsiz kechadi. Kasallik, asosan, yuz terisi yoki boshning sochli qismidan boshlanadi. Ba'zan esa, tananing ko'krak va bel qismlaridan boshlanishi mumkin.

Davosi. Hozir pufakli toshmalarni davolashda asosan kortikosteroidlardan foydalaniladi. Kortikosteroidlar miqdori bemorning umumiy ahvolidan kelib chiqqan holda belgilanadi. Dermatoz yengilroq kechganida steroid gormonlar bemorning har kg vazniga 1 mg. dan, lekin og'irroq hollarda 2 mg/kg miqdorida buyuriladi. Steroid gormonlar qabul qilinayotganda bemorning ahvoli ancha yengillashadi, terida yangi toshmalar toshishi to'xtab, eroziyalar o'rni bita boshlaydi. Shu vaqtdan boshlab berilayotgan dori miqdorini asta-sekin kamaytirib boriladi; steroid gormonlar dozasi saqlab turuvchi miqdorgacha kamaytiriladi, bu davrda bemorning ahvoli bir maromga kelib, kasallikning zo'rayishi (retsidivi) kuzatilmaydi.

Saqlab turuvchi miqdor, masalan, prednizolon uchun 15—20 mg. Bemor bu dozani kasalxonadan chiqqandan keyin uzoq vaqtgacha qabul qilishi zarur. Bir necha yildan so'ng kortikosteroidlar bilan davolash to'xtatilishi mumkin. Bunda shifokor bemorning umumiy ahvoli va kasallik qaytalamasligini inobatga olmog'i lozim. Bunday dorilarni uzoq vaqt qabul qilayotgan bemorlarda turli xil murakkablanishlar boshlanishini nazarda tutib, oldindan uning oldini olish chora-tadbirlarini ko'rish talab etiladi.

Pemfigusni davolashda kortikosteroidlardan tashqari immunosupressiv preparatlar — sandimmun, metotreksat, azotioprin va boshqalar keng qo'llaniladi. Agar bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, gemotransfuziya (150—200 ml tomchilab venaga yuboriladi), plazma, gemodez, reopoliglukin va boshqa foydali eritmalarni yuborish tavsiya etiladi.

Mahalliy davo. Ikkilamchi infeksiya bilan murakkablanishning oldini olish maqsadida shilingan teriga dezinfeksiyalovchi eritma (kaliy permanganat, Kastellani suyuqligi) yoki malham surtish lozim. Sirtdan kortikosteroidli malhamlar surtish davo samarasini

yanada oshiradi. Pemfigus og'iz bo'shlig'ida bo'lsa, stomatolog ko'rigidan o'tkazish va og'izni furatsillin (1:5000), metilen ko'ki va rivanol eritmasi bilan chayib turish kerak.

DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI *(DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING)*

Kasallik ilk bor 1884-yil amerikalik dermatolog Dyuring tomonidan ta'riflangan. Etiologiyasi va patogenezi aniqlangan emas. Kasallik vujudga kelishini tushuntiruvchi bir necha nazariyalar (nevrogen, endokrin, allergotoksik, autoallergik va boshqalar) mavjud. Nevrogen nazariyasi tarafdorlari kasallikning paydo bo'lishini asab tizimi faoliyatining buzilishi bilan bog'liq va u ko'proq ruhiy kasallikka chalingan bemorlarda kuzatiladi, deb hisoblashadi. Shu bilan birga bemorlarning markaziy va periferik asab tizimlarida turli patologik o'zgarishlar kuzatiladi.

Endokrin nazariyasiga ko'ra gerpetiform dermatit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida ichki sekretsiya bezlari faoliyatining buzilishi, ayollarda homiladorlik va undan keyingi davrda ham dermatozning tez-tez uchrashi, ba'zan kasallikning hayz sikli bilan bog'liqligi aniqlangan.

Gerpetiform dermatit bilan og'rigan bemorlar terisida *IgA* topilishi, ingichka ichakning devorida *IgA* va gamma-globulin borligi autoimmun nazariya vujudga kelishiga sabab bo'ldi. Bemorlarning yod va boshqa kimyoviy moddalarga o'ta sezuvchanligi bu dermatozning yuzaga kelishida allergik reaksiyalar muhim ahamiyatga ega ekanligidan dalolat beradi.

Klinikasi. Kasallikning klinik manzarasi xususan, toshmalarning to'p-to'p bo'lib turishi bu kasallikni oddiy pufakli temiratki (gerpes)ga qiyoslab, uni gerpetiform dermatit deb atashga sabab bo'ladi. Dermatoz ko'pincha 25—50 yoshlar atrofidagi kishilarda, ba'zan bolalar yoki keksalarda ham uchraydi. Erkaklar bu kasallikka ko'proq moyil bo'ladilar. Kasallik o'zining polimorf toshmalari bilan ajralib turadi. Avvaliga birlamchi elementlar: eritema, pufakcha, pufak, tuguncha, yiringcha, qavarchiq, keyin esa, eroziya, po'stloq va tangachalar paydo bo'ladi. Toshmalarning simmetrik to'p-

to‘p joylashishi (gerpetiformligi), shuningdek, surunkali, retsidiv bilan kechishi xos. Kasallik kuchli qichishish, achishish, ba’zan og‘riq bilan kechadi. Bemorning badani, oyoq va qo‘llarining yoziluvchi sohalarida eritematoz tugunchalar, qavarchiqlar, ular ustida esa, pufakcha va yiringchalar paydo bo‘lishi bilan birga davom etadi. Ba’zan pufaklar ham yuzaga kelib, ular tashqi ko‘rinishidan pemfigusni eslatadi. Pufak, pufakcha va yiringchalar ichida gemorragik suyuqlik bo‘lishi ham mumkin. Keyinchalik toshmalar qotishi natijasida eroziyalar, qora qo‘tir, po‘stloqlar va boshqalar vujudga keladi. Shilliq qavatning zararlanishi juda kam (10 %). Nikolskiy simptomi manfiy bo‘ladi. Bemorlar qonida hamda pufaklar suyuqligida eozinofiliya kuzatiladi, immunoflyuoressensiya yo‘li bilan esa, bazal membranada immunoglobulin borligi aniqlanadi. Kasallik uzoq davom etib, vaqti-vaqti bilan qo‘zib turadi.

Davosi. Kasallikni davolashda diaminodifenilsulfon (DDS) asosiy darmon hisoblanadi. Bu dorini davo kursi bo‘yicha ishlatish tavsiya etiladi: 0,1 g.dan kuniga 2 mahal ichish buyuriladi. Dorini 5 kun davomida ichiladi va 3 kun dam beriladi. Ba’zan DDS sinama davo *(therapia ex juvantibus)* sifatida ham qo‘llaniladi. Sulfanilamidlar berilganda yaxshi natija olinadi. Kasallik og‘ir kechganida DDS kortikosteroidli dorilar bilan birga ishlatiladi. Shuningdek, organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi, desensibilizatsiyalovchi, antigistamin dorilar va vitaminlar tavsiya etiladi. Mahalliy davo sifatida gormonal malhamlar (flyutsinar, sinalar, selestoderm va boshqalar) qo‘llaniladi. Eroziyalarda esa, aerozol va anilin bo‘yoqlarini surtish buyuriladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Etiologiyasi aniqlanmagan teri kasalliklarining nomini bayon eting.
2. Tangachali temiratkining asosiy klinik belgilarini bayon eting.
3. Qizil yassi temiratkining asosiy belgilarini izohlang.
4. Terining qichishish bilan kechadigan xastaliklarning boshqa dermatozlardan farqi nimada?
5. Eshakem kasalligining davosi nima?
6. Antigistamin preparatlarining ta’sir mexanizmi qanday?

TEST SAVOLLARI

1. *Psoriaz teri kasalliklarining necha % ni tashkil qiladi?*

A) 10—20 %;
B) 3—7 %;
D) 5—10 %;
E) 4—8 %.

2. *Qizil yassi temiratki mahalliy davosida qaysi dori vositalar ko'proq foydalaniladi?*

A) PUVA-terapiya, suyuq azot;
B) mentol, karbon kislotasi, glukokortikoidlar;
D) delagil, rezoxin, xingamin;
E) to'g'ri javob yo'q.

3. *Qizil yugurukni aniqlashda qaysi laboratoriya usullari qo'llaniladi?*

A) qizil yuguruk yarasidan surtma olish;
B) Novosilova usuli;
D) Simmer — Xargeyvs usuli;
E) immunoflyuoretsensiya usuli.

4. *Pemfigus teri kasalligi gavdani qaysi qismidan boshlanadi?*

A) yuqori tana oxirlaridan;
B) pastki tana oxirlaridan;
D) burunning shilliq qavatidan;
E) og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidan.

5. *Etiologiyasi aniq bo'lmagan teri kasalliklarini aniqlang:*

A) temiratki;
B) ekzema;
D) Dyuring gerpetiform dermatiti;
E) qizil yuguruk.

9-amaliy mashg'ulot

TIBBIYOT MIKOLOGIYASI — TERINING ZAMBURUG'LI KASALLIKLARI



• Terining zamburug'li kasalliklari kelib chiqishi sabablari • Keratomikozlar, dermatomikozlar, kandidoz va chuqur mikozlarning klinik kechishi, yuqish yo'llari, davosi va profilaktikasi • Laboratoriya diagnostikasini o'zlashtirish

Terida kasallik keltirib chiqaradigan zamburug'lar to'g'risida ilk ma'lumotlar Y.L. Shyonlyayn nomi bilan chambarchas bog'liq. U birinchi bo'lib zamburug'lar ayrim teri kasalliklariga sababchi (favus, kal) bo'lishini isbotlab berdi. Keyinchalik olimlar qushlar, hayvonlar va odam organizmidagi patologik materiallardan zamburug'larni topa boshlashdi.

1884-yildan boshlab odam va hayvonlarda zamburug'lar qo'zg'atadigan barcha kasalliklar «mikozlar», deb atala boshlandi. Terining zamburug'li kasalliklarini o'rganuvchi fan esa, «mikologiya» (*mikos* — zamburug') deyiladi.

Zamburug'larning morfobiologik xossalari. So'nggi yillarda mikologiya fanining rivojlanishi va zamburug'lar sitologiyasi, kimyoviy tarkibi, irsiyati va boshqa xususiyatlari to'g'risida yangi ma'lumotlar yig'ilishi natijasida ularning tirik organizmlar olamidagi sistematik o'rni ham o'zgarib borgan holda mumkin qadar chuqurroq aniqlanayapti. Hozirgi vaqtda zamburug'lar eukariotlar katta olamiga kiradi.

Patogen zamburug'larning ko'pchiligida *giflar* septali bo'lib, *vegetativ hamda konidiyalar* (ekzosporalar) yordamida jinssiz yo'l bilan ko'payadi. Shulardan ayrimlari saprofitlar, ba'zilari o'simliklarda, hayvonlarda va odamlarda kasallik keltirib chiqaradi, ya'ni patogendirlar. Hozirgi vaqtda zamburug'larning 100 dan ortiq patogen turlari ma'lum bo'lib, ular odam va hayvonlarda kasal qo'zg'atadi.

Zamburug'lar yosh kulturasining hujayrasi dumaloq, tuxumsimon, yetilgan hujayralar esa, noksimon, dugsimon va amyobaga

o'xshash bo'lishi mumkin. Ko'pchiligi esa silindrik hujayralarning birlashishidan mitseliy hosil qiladi. Zamburug'lar tuzilishi bo'yicha suv o'tlariga o'xshash bo'lib, ajralib turadilar. Ular bir yoki bir necha yadro, hujayra devori va sitoplazmatik pardadan iborat. Yosh kulturalarning sitoplazmasi gomogen bo'lib, yetilganlari donachalardan tashkil topgan. Sitoplazmasida mitoxondriya, Goldji apparati, vakuola, turli kiritmalar (glikogen, valyutin, lipid, organik tuzlarning kristallari, pigmentlar) bor.

Zamburug'lar hujayrasining struktural komponentini mitseliylar tashkil etadi. Ular shoxlangan rangsiz, yo'g'onligi 1—10 mkm, uzunligi 4—70 mkm, iplardan (giflardan) iborat. Zamburug'larning ayrim turlaridagi mitseliylar bo'g'insiz hujayralardan *(Mucor)*, ayrim oliy zamburug'lar mitseliylari ko'p hujayrali, achitqisimon zamburug'larda esa *(Candida)*, soxta mitseliylar bo'ladi. Ayrim zamburug'larda konidorflar murakkab bo'lib, o'ziga xos mikroskopik tuzilishiga ega. Masalan, *Asperqillus* konidorflari gifning uchida joylashgan bo'lib, pufakchaga o'xshaydi va ularda shishaga o'xshash o'simtalar — terigmalar o'sib chiqadi. Bulardan esa, konidiyalar paydo bo'ladi. *Penitsillium Fusarum, Microsporum*, zamburug'larning uchlarida pufakchalar hosil bo'lmaydi.

Zamburug'larda jinsiy yo'l bilan ko'payish usuli har xil. Sodda zamburug'lardagi jinsiy yo'l bilan hosil bo'ladigan sporalar osporalar va zigosporalar, yuqori — murakkab zamburug'lardagilarni esa, askospora va bazidosporalar deyiladi. Hozirgi vaqtda zamburug'larning vegetativ va jinssiz yo'l bilan ko'payishi anamorf hamda jinsiy yo'l bilan ko'payishini telemorf deyiladi.

Zamburug'lar, asosan, spora hosil qilib, bo'linib, kurtaklanib va o'sib ko'payadi. Qulay sharoitda sporalar o'sib naychalar hosil qiladi, bular o'z navbatida uzayib iplarga (giflarga) aylanadi. Zamburug'larining sporasi yoki mitseliyning bir qismi qulay sharoitda to'qimaga tushib, uning ichiga kirib ko'payadi. Kasallikning yashirin davri bir necha kundan, bir necha oygacha bo'lishi mumkin. Asosan teri, soch tolalari, tirnoq shikastlanadi (dermatofitlar), o'pka jarohatlanganda kandidoz, blastomikoz, mog'orli mikozlar, shilliq qavat shikastlanganda — kandidoz rinosporidoz, limfoid, makrofagal sistema va ichki a'zolar jarohatlan-

ganda — gistoplazmoz, limfa bezlarida va terida sporatrixoz kasalliklarini keltirib chiqaradi. Ayrim mikozlarda badan va ichki a'zolar shikastlanib, butun organizmga tarqaladi.

Zamburug' kasalliklarining paydo bo'lishida unga moyillik ham muhim ahamiyat kasb etadi. Shuning uchun dermofitiya bilan, asosan, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar, chaqaloqlar hamda uch yoshgacha bo'lgan bolalar ko'pincha kandidoz bilan og'riydilar. Zamburug' kasalliklarining paydo bo'lishiga gipo va avitaminoz, disbakterioz, ko'p terlashlik, xavfli o'sma, qon kasalliklari, OITS, turli yaralar va surunkali kasalliklar, antibiotiklardan noto'g'ri foydalanish, xromikoz, sportotrixoz va boshqa omillar ham sababchi bo'ladi. Patogen zamburug'lar keltirib chiqargan kasalliklar (mikozlar) joylashishi, patogenezi va klinik belgilariga ko'ra to'rt guruhga bo'linadi:

• **birinchi guruhga** — yuzaki mikozlar yoki keratomikozlar rang-barang temiratki, eritrazma va oq pyedra kiradi. Bu kasalliklarda soch va epidermisning muguz qatlami jarohatlanadi, xolos;

• **ikkinchi guruhga** — dermatomikozlar kiradi, bularda teri, sochlar, tirnoqlar shikastlanadi. Bularga oyoq-panja va chov epidermofitiyasi, rubromikoz, trixofitiya, mikroskoriya, favus va boshqalar kiradi;

• **uchinchi guruhga** — teri va shilliq qavati kandikozlari kiradi;

• **to'rtinchi guruhga** — chuqur mikozlar (aktinomikoz, xromomikoz) kiradi. Bularda ichki a'zo va turli to'qimalar shikastlanadi.

KERATOMIKOZLAR

Yuzaki zamburug'li kasalliklar yuqumli bo'lib, tez tarqaladi hamda yallig'lanishsiz kechish bilan ifodalanadi. Keratomikozlarga rang-barang yoki kepaksimon temiratki va eritrazma kiradi. Rang-barang yoki kepaksimon temiratki — terining yallig'lanishiga daxli bo'lmagan yuza infeksiyadir. Qo'zg'atuvchisi *Pityrosporum orbicularis (Microsporum furfur)* terining muguz qavatidan joylashib, ko'p terlaydigan va terining kimyoviy tarkibi o'zgarib turadigan kishilarda tez ko'payadi.

Ko'krak, orqa, bo'yin, ba'zan oyoq-qo'llarda, qorinda boshning sochli qismida keskin chegaralangan, turli shakl hamda katta-ki-

chiklikdagi jigarrang dog'lar yuzaga keladi. Bular periferiyaga tomon o'sib va qo'shilishga moyil bo'lib g'alati shakllarni hosil qiladi. Dog'larning rangi pushti-sariq, to'q-qo'ng'ir, ko'pincha sutli qahva rangida bo'ladi. Dog'larning yuzasi sinchiklab qaralganda ko'rinadigan mayda kepaksimon tangachalar bilan qoplangan bo'ladi, subyektiv belgilar deyarli bo'lmaydi, ba'zan sal-pal qichishib turadi. Bu kasallik oylab, hatto yillab ham davom etishi mumkin. Kasallikda zamburug'lar sochni zararlamaydi, ammo ba'zan boshning terisini shikastlaydi.

Davosi. Muguz qavatning zamburug'lar o'rnashib olgan yuza qismini ko'chirib tushirish maqsadga muvofiq. Buning uchun zararlangan joylarga har kuni yashil sovun, terbinoks kremi, 10 % li salitsilat spirti eritmasi, 10—20 % li oltingugurt moyi, 10 % li oltingugurt va 5 % li salitsilat moyi aralashmasi surtiladi. Shuningdek, bir hafta mobaynida 60 % li giposulfit eritmasi va 6 % li xlorid kislota eritmasini ketma-ket surtish yaxshi natija beradi (Demyanovich metodi). Kasallik qaytalamasligi uchun davolangan joylarni bir nęcha hafta mobaynida kuniga 1 mahal 2 % li salitsilat spirti bilan artib turish tavsiya etiladi, lamizil malhami 2 hafta davomida kuniga 1—2 mahal surtiladi. Kepaksimon temiratki dog'lari quyosh nuri ta'sirida yo'qolib ketishi mumkin.

Eritrazma. Qo'zg'atuvchisi — *Corynebacterium minutissimum* zamburug'i. Bu kasallik, asosan, erkaklarda ko'p uchrab, terining burmalarida kuzatiladi.

Son-yorg'oq burmasida, son terisida, qo'ltiqda, ayollarda esa sut bezlarining ostida qizil jigarrang tusli keskin ajralib turadigan dog'lar paydo bo'ladi, ba'zan bu dog'lar oyoq panjasi orqasida ham kuzatilishi mumkin. Ular bir-biriga qo'shilib, shakli festonlarga o'xshab ketadigan katta-kichik o'choqlarni hosil qiladi. Dog'larning yuzi sal po'st tashlab turadi, badan biroz qichiydi, ko'pincha subyektiv belgilar bo'lmaydi. Terlash natijasida zararlangan joy qizarib shishib, pufakchalar paydo bo'lishi mumkin.

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

DERMATOMIKOZLAR

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

Chov epidermofitiyasi. Kasallikni *Epidermophiton ingiunale (flaccosum)* zamburug'i paydo qiladi.

Klinikasi. Sonning ichki yuzasida kattaligi tangadek keladigan pushti qizil rangli dog'lar paydo bo'ladi. Dog'larning cheti teri sathidan bolishga o'xshab ko'tarilib turadi, ularning yuzasida mayda-mayda pufakchalar, pustulalar bo'lib, markazida esa, kepaksimon tangachalar ko'rinadi. Dog'lar yirik o'choqlar hosil qilib, bir-biri bilan qo'shilib ketishga moyil bo'ladi. Ular periferiya tomon o'sa borib, o'rtasi oqara boshlaydi va halqasimon yoki marjon shaklini hosil qiladi. Bemorni badan qichishishi va ba'zan og'riq bezovta qiladi. Bu kasallik kasalxona va ro'zg'or buyumlari (ichki kiyim, mochalka, kleyonka, termometr, tag tuvak)dan foydalanganda (agar ular to'la dezinfeksiya qilinmagan bo'lsa) yuqadi.

Tashxisi. Kasallikning klinik manzarasi va o'choqlardan olingan qirma, mikroskop ostida tekshirilganda, unda mitseliy iplarining topilishi hamda u Saburo oziq muhitiga ekilganda, zamburug' kulturasi o'sishi tashxis qo'yishda muhim rol o'ynaydi.

Davosi. Kasallik o'choqlariga 1—2 % li yod eritmasi, 3—5 % li oltingugurt, terbinoks kremi surtish tavsiya etiladi. Jarayon o'tkir kechganda (yallig'lanish kuchli bo'lsa) 0,25 % li kumush nitrat, 1—2 % li rezorsin, 2 % li borat kislota eritmasi va boshqalar bilan bir qatorda umumiy davo qilinadi, ya'ni 10 % li kalsiy xlorid eritmasi, dimedrol yoki boshqa antigistamin preparatlar terapevtik dozalarda tavsiya etiladi.

OYOQ PANJASI EPIDERMOFITIYASI

Oyoq panjasi epidermofitiyasi *Trichophiton interdigitale mentogrophytes* zamburug'i qo'zg'atadi. Uni quyidagi klinik shakli tafovut qilinadi:

Skvamoz epidermofitiya tovonda, panjalar oralig'idagi burmalar terisining har yer har yerida plastinkasimon po'st tashlab turishi bilan ifodalanadi. Bu joylar terisi och rangda bo'lib, yuzasi

oqish kulrang po'stchalar bilan qoplanadi. Po'st tashlab turadigan bu o'choqlar ba'zan uzoq vaqt turib, bemor hech narsa sezmasligi ham mumkin. Lekin biror noxush ta'sirot tufayli kasallik qo'ziydi, bunda teri qizaradi, qichishadi va pufaklar paydo bo'ladi.

Intertriginoz epidermofitiya. Epidermofitiyaning bu xili 4-, 5-, 4- va 3-barmoqlar orasidagi terining po'st tashlashi, bo'kkanga o'xshab yorilishi tarzida namoyon bo'ladi. Barmoqlarning bir-biriga tegib turadigan yuzalarida pufakchalar paydo bo'lib, ular yoriladi va shilinishlar vujudga keladi, ko'pincha ular chetida ko'chgan epidermisning osilib turgan jiyagi ko'zga tashlanadi. Jarayon barmoqlar orasidagi burmalardan oyoq kafti terisiga tarqaladi. Oyoq panjasi mikozining intertriginoz shakli ko'pincha piodermiya bilan asoratlanadi va limfa tugunlari hamda limfa tomirlarining yallig'lanishiga olib keladi. Oyoq panjasining yon yuzasida, oyoq kafti gumbazi sohasida bir talay pufakcha va pufaklar paydo bo'lishi bilan ifodalandi. Ular ba'zan yuza yoki chuqur joylashadi. Ko'pgina mayda pufakchalar qo'shilib katta pufaklarni hosil qiladi.

Pufaklar qobig'i tarang, ichidagi suyuqlik esa, tiniq yoki biroz xira bo'ladi. Pufak va pufakchalar paydo bo'lganda ko'pincha bemorning tinkasi qurib, harorati ko'tariladi. Pufaklar yorilib, eroziyalar vujudga keladi, ular chetida esa, epidermis bo'laklari ko'rinib turadi. Ba'zi pufakchalar qurib, qora qo'tir bilan qoplanadi va keyinchalik ular o'rnida po'stlanish kuzatiladi. Tez orada yangi pufakchalar va yangi eroziyalar hosil bo'lishi hamda pilchirash kuzatiladi. Bemorni qichishish va og'riq bezovta qiladi. Disgidrotik epidermofitiya ko'pincha piodermiya bilan asoratlanadi, oyoq panjasi terisida pustulalar, shish va og'riq paydo bo'lib, limfangit hamda limfadenitlar avj oladi. Kasallik uzoq davom etib, tez-tez qaytalab turadi. Ayniqsa, u bahor va yoz oylarida qo'ziydi.

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

Tirnoqlar epidermofitiyasi (onixomikozi) — epidermofitiyaning barcha klinik shakllarida kuzatiladi. Bosh barmoq bilan jimjiloq tirnoqlari ko'proq zararlanadi. Tirnoqlarning chetida va tirnoq plastinkasi bag'rida sariq dog'lar paydo bo'lib, tirnoq xira, qalin, mo'rt va uvalanadigan bo'lib qoladi.

Tashxisi. Oyoq panjasi epidermofitiyasining klinik ko'rinishi ko'pincha boshqa teri kasalliklariga, masalan, ekzemaga o'xshagani sababli, epidermofitiyaning tashxisi laboratoriya tekshirishlar orqali tasdiqlanadi.

Epidermofitiyaning yuqish yo'llari va sharoitlari. Kasallik qo'zg'atuvchisi zamburug'lar hammomning yuvinish xonasida, suv havzalari, sport zallari va poyabzalda bo'ladi. Asosan, kasallik shaxsiy gigiyenaga ahamiyat bermay, bemorning paypog'i va oyoq kiyimlarini kiyaveradigan kishilarga yuqadi.

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

Davosi. Epidermofitiyaning skvamoz shaklini davolash uchun 2 % li yod eritmasi va Vilkinson malhamidan foydalaniladi. Dastlab soda-sovunli iliq vanna qilinadi, keyin 10 % li oltingugurt va 5 % li salitsilat malhami aralashmasi surtilib, boylamlar qo'yish tavsiya etiladi. Oyoq panjasining intertriginoz epidermofitiyasida barmoq orasidagi burmalarga 2 % li yod, nitrofungun eritmasi, salitsilat-benzoat yoki 5 % li oltingugurt malhami va boshqa fungitsid malhamlar surtiladi.

Disgidrotik epidermofitiyani bartaraf etishda umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Kasallik o'tkir kechganda desensibilizatsiyalovchi umumiy davo buyuriladi: venaga 10 % li kalsiy xlorid, 30 % li giposulfit, 10 % li kalsiy glukonat eritmalari yuboriladi. Antigistamin preparatlardan dimedrol, suprastin, tavegil, diazolin, diprazin va boshqalar, *B* va *C* guruh vitaminlari, nikotin kislotasi buyuriladi. Shu bilan birga mahalliy davo ham qilinadi.

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

Kasallikning barcha shaklini davolashda «Terbinoks» preparatining samarasi katta. Uni boshqa antifungal dorilarga (nizoral, grizeofulvin) qaraganda noxush ta'sirlari judá ham kam. «Terbinoks» tabletka shaklida 250 mg.dan kuniga 1 mahal, 14 kun davomida ichiladi, «Lamizil» malhami esa, kuniga 1—2 mahal 2 yoki 4 hafta davomida surtiladi.

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

Rubromikoz rubrofitiyaga *Trichophyton rubrum* zamburug'i sabab bo'ladi.

Klinikasi. Asosan, qo'l-oyoq kaftlari, oyoq barmoqlari orasidagi hamda chov va qo'ltiq ostidagi burmalar zararlanadi. Yirik burmalar terisi, ayniqsa, ko'p kasallanadi. Qo'l-oyoq kaft terisi qurib, dag'allashadi, egatchalar bor joylar qipiqsimon tangachalar bilan qoplanadi. Natijada, qo'l va oyoq kaftlari xuddi un sepib qo'ygandek kepaklanib turadi. Jarayon epidermofitiyadan farq qilib, oyoq panjasi va barmoqlarning ustki hamda yon yuzalariga ham o'tadi. Oyoq panjasining kasallanishi ko'pincha qichishish bilan kechadi.

Oyoq barmoqlari orasidagi burmalar quruqshab kepaklanadi. Rubromikozda oyoqning deyarli hamma barmoqlari orasidagi burmalar, shuningdek, tirnoqlar zararlanadi. Qo'l-oyoq tirnoqlari sarg'ayib, xiralashadi hamda qalin tortib uvalanib turadi va ko'pincha tirnoq uchidan ko'chadi. Ko'chgan tirnoq kir kulrang tusga kiradi. Kasallik surunkali kechadi, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa, issiq kunlarda qaytalanib turadi.

Davosi. Qo'l-oyoq kaftlari terisi keratolitik va fungitsid moylar bilan ko'chiriladi. Buning uchun 2 % li yod eritmasi, nitrofungin, Kastellani bo'yog'i, 10 % li salitsilat va 5 % li oltingugurt moyi, 5 % li qoramoy, mikoseptin, mikozolon, undensin, sinkundan, amikozol terbinoks kremidan foydalaniladi.

Trixofitiya — dermatomikozlar ichida eng keng tarqalgani bo'lib, uning kelib chiqishiga *Trichophyton* turkumiga mansub zamburug'lar sababchi bo'ladi. Kasallik bolalar va kattalarda uchraydi. Ko'pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlar zararlanadi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi trixofiton turkumiga kiruvchi zamburug'lar bo'lib, ular sochning qay tariqa zararlanishiga qarab ikki guruhga bo'linadi. Birinchisi *Trichophyton endothrix (endo* — ichida, *thrix* — soch) deb atalib, zamburug' sporasi bilan mitseliy iplari soch ichida turadi. Ikkinchi guruh esa, *Trichophyton estothrix (esto* — tashqi) bo'lib, zamburug'lar soch tolasining sirtida parazitlik qilib yashaydi. Goho zamburug' sporalarining zanjirlari soch kutikulasi (pardasi)da ham bo'ladi.

Yuza va chuqur maddalangan — infiltrativ trixofitiya tafovut qilinadi. Yuza trixofitiyani antropofil *T. violaceum, T. tonsurans* zamburug'lari; chuqur maddalangan-infiltrativ trixofitiyani esa, zoofil zamburug'lar *T. verrucosum, T. mentografhytes, var. gypseum* paydo qiladi.

Epidemiologiyasi. Yuza trixofitiya ko'pincha bemor bilan bevosita muloqotda bo'lganda yuqadi. Shuningdek, bemor ishlatgan har xil buyumlar — taroq, bosh kiyim va boshqalardan ham patogen trixofitonlar yuqishi mumkin. Kasallikka, asosan, bolalar chalinadi, ular xastalikni yillab surunkali trixofitiya bilan og'rigan kattalardan yuqtirib oladilar.

Chuqur maddalangan-infiltrativ trixofitiya esa, asosan, hayvonlardan (mol, ot, cho'chqa, sichqon, kalamush va h.k.lardan) yuqadi. Kasallikning bu xilida sog'lom odamning buyumlari orqali yuqish hollari nisbatan kam uchraydi.

Klinikasi. Trixofitiyaning klinik ko'rinishi va kechishi kasallik qo'zg'atuvchisining xususiyatlari, uning patogenligi va makroorganizm holatiga bog'liq.

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

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

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

Kattalarning surunkali trixofitiyasi. Ko'proq ayollarda uchraydi. Yuqorida ta'kidlaganimizdek, balog'at davriga kelib, markaziy asab

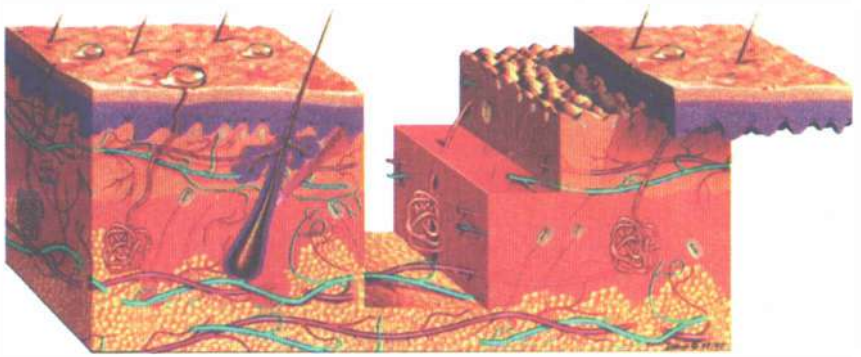
tizimi va ichki sekretsiya bezlari faoliyatining o'zgarishi trixofitonlar uchun noqulay shart-sharoit tug'diradi. Shuning uchun ko'pincha bu dayrda yuza trixofitiya o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ammo ichki sekretsiya bezlari faoliyatida, xususan tuxumdonlarda biror illati bor ayollarda kasallik surunkali kechib, yillab cho'zilishi mumkin.

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

Klinikasi. Kasallik o'choqlari keskin qizarib, shishadi. Boshning sochli qismida o'smasimon tuzilmalar paydo bo'lib, ularni ushlab ko'rilganda qo'lga xamirdek yumshoq unnaydi, bu o'choqlar yiringli yallig'langan soch follikulalaridan iborat bo'ladi. Asalari uyasiga o'xshab ketadigan bu o'choqlardan mog'or hidi kelib turadi va qo'l bilan bosilganda follikula teshiklaridan yiring tomchisi chiqadi *(Kerion Celci* nomi bilan ham yuritiladi). O'choqlarda soch tag-tugi bilan yiringlab ketganligi uchun ham sochlar to'kilib ketadi.

Yuqorida ta'kidlaganimizdek, kasallikning bu turi yallig'lanish alomatlari bilan kechadi. Bemorning harorati ko'tarilib, boshi og'riydi, shuningdek, bo'yin va ensa sohasidagi limfa tugunlari shishadi, ko'ngli ayniydi, qusadi, lohaslik kuzatiladi. Ayrim bemorlarning oyoq-qo'l va badan terisida lixenoid tabiatiga ega, allergik toshmalar — trixofitidlar paydo bo'ladi. Bunga zamburug' zaharlarining qon va limfaga o'tishi sabab bo'ladi. Oradan 2—3 oy o'tganidan keyin kasallik o'z-o'zidan tuzalib, kasallik o'choqlari o'rnida chandiqlar qolishi mumkin. Kasallikning maddalangan-infiltrativ xilida silliq terining zararlangan joyi dumaloq bo'lib, qizarinqirab turadi, yuza follikular pustula va ayrim joylari qora qo'tir po'st bilan qoplangan bo'ladi.

Tirnoqlar trixofitiyasi. Nisbatan kamroq uchraydi. Bu kasallik boshning sochli qismi yoki silliq teridan zamburug'larning tirnoqqa o'tishi natijasida vujudga keladi. Aksariyat qo'l barmoqlarining tirnoqlari zararlanadi. Kasallik jarayoni tirnoq plastinkasining



Terining tuzilishi: *1 — epidermis; 2 — derma; 3 — gipoderma.*



Stafilokokk va streptokokklar (aralash) sabab bo'lgan piodermit.



Bitdan zararlangan soch tolalari.



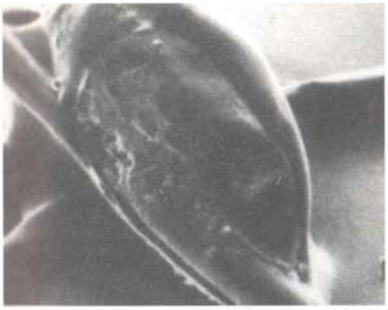
Surunkali pedikulyoz.



Quyoshli dermatit.



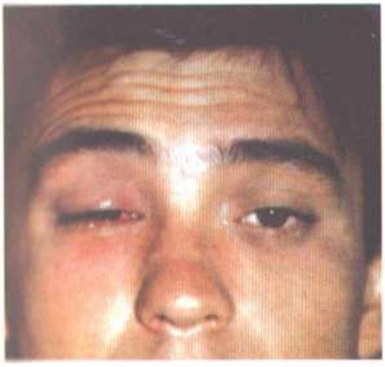
Quyoshli o'tkir dermatit.



Sochdagi bit sirkasi.



Ko‘z so‘zagi.



Ko‘z so‘zagiga chalingan bemor.



Psoriaz (tangachali temiratki).



Qizil yugurukka chalingan ayolning yuz ko‘rinishi.



a



b

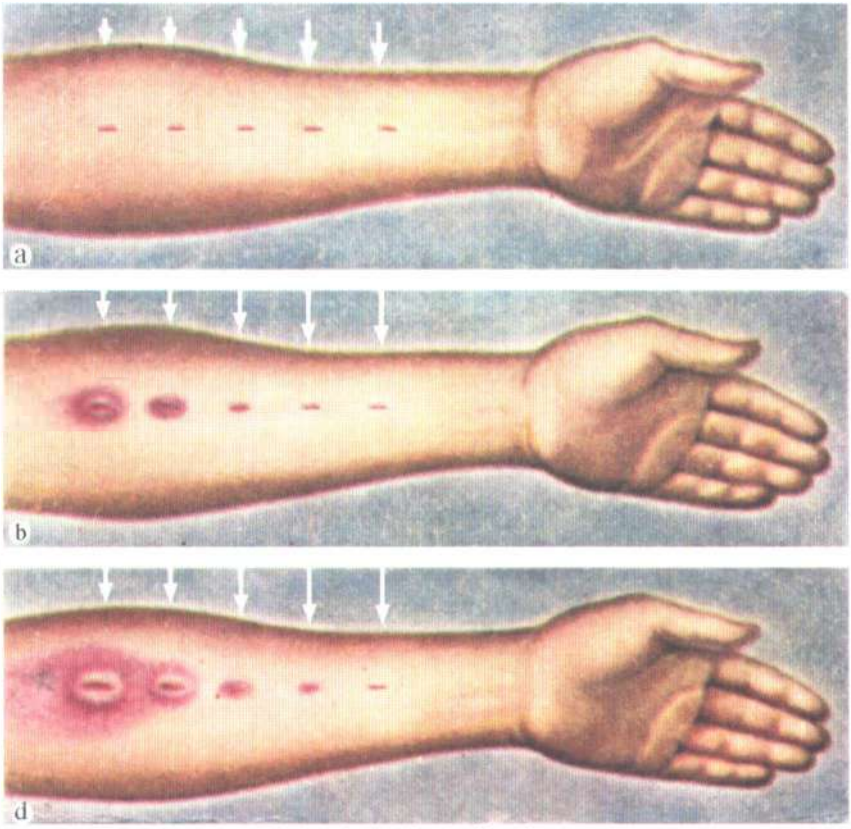
Chuqur infiltativ trixofitiyaning ko'rinishi: *a–bemorda; b–hayvonda.*



Tirnoqlar trixofitiyasi.



Yuza trixofitiyada yallig'langan o'choqning ko'rinishi.



Pirkening tuberkulin sinamasi:
a–manfiy; b–musbat; d–keskin musbat.



Mantuning musbat tuberkulin sinamasi.



Til oqarishi.



Moxovning lepramatoz xili.



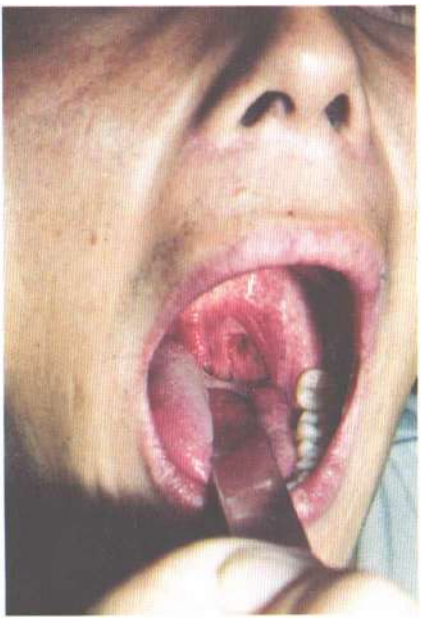
Moxovga chalingan ayol «arslon» yuz ko'rinishi.



Ikkilamchi zaxm. Bemor kaftidagi papulyoz toshmalar.



Ekstrogenetal joylashgan qattiq shankr.

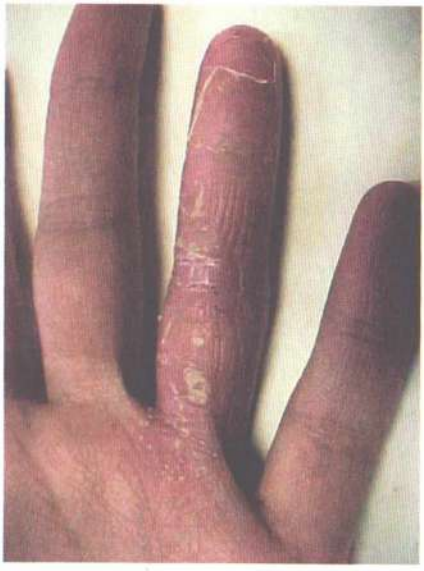


Bodomcha bezida joylashgan qattiq shankr.



Erta tug'ma zaxmga chalingan qiz bola dumbasidagi razeolali va papulali toshmalar.





O‘tkir ekzema.



QITSga chalingan
bemor.



erkin chetidan boshlanib, shu joyda asta-sekin xira dog' paydo bo'ladi; kamgak tirnoqqa, zamburug' o'sib kirishi natijasida tirnoq plastinkasi qalin tortib, xira bo'lib qoladi. Keyinchalik tirnoq uvalana boshlaydi va tirnoq plastinkasining yuza qatlamlari ostida kamgaklar hosil bo'ladi. Tirnoqlar trixofitiyasi uzoq vaqt davom etadi.

Davosi. Kasallikning barcha xilida ham grizeofulvin antibiotikni qo'llash mumkin. Grizeofulvinning kundalik miqdori bemorning vazniga qarab belgilanadi, odatda 15 mg/kg hisobida beriladi. Uni ovqat vaqtida bir choy qoshiq baliq moyi yoki o'simlik yog'i bilan ichiladi. Davo 1—1,5 oy va undan ham ko'proq davom etishi mumkin. Keyingi yillarda menstan, terbinoks kabi dorilar ham ishlatilmoqda. Trixofitiyani davolashda terbinoks eng afzal vosita, uni har kuni 250 mg.dan 14 kun davomida ichish yoki malhamini surtish tavsiya etiladi.

Silliq teri trixofitiyasida kasallik o'choqlariga 5 % li yod eritmasi surtiladi, 7—10, ba'zan undan ko'proq kun davomida terbinoks kremi 10—15 % li oltingugurt yoki qoramoy malhami qo'yiladi. Kattalarning surunkali trixofitiyasida esa, yuqorida aytilganlardan tashqari, organizmning umumiy quvvatini oshiradigan biostimulatorlar, vitaminlar, autogemoterapiya tavsiya etiladi.

Maddalangan-infiltrativ trixofitiyada esa, dastlab moyli boylamlar qo'yib, qora qo'tir po'stlar tushiriladi, so'ngra 5—10 % li ixtiol, 0,25—0,5 % li kumush nitrat eritmasi qo'llaniladi. Burov suyuqligi, 1:5000 nisbatdagi sulema hamda etakridin laktat eritmasi va boshqalar bilan ho'l — qurituvchi bog'lamlar qo'yiladi. Bundan so'ng qo'lda epilatsiya qilish ancha oson bo'ladi. Agar fluktuatsiya juda ham rivojlangan bo'lsa, o'choqlarni steril holda yorib tozalanadi. O'tkir yallig'lanishdan so'ng esa, terbinoks kremi ishlatiladi. Mahalliy davo sifatida lamizilning 1 % li kremini 14 kun davomida surtish yuqori samara beradi. Tirnoqlar trixofitiyasini davolash tirnoqning boshqa mikozlarini davolashdan deyarli farq qilmaydi.

Profilaktikasi. Kasalligi aniqlangan bemor boshqalardan ajratib qo'yiladi, uning ust kiyimlari, choyshab va ko'rpalari zararsizlantiriladi. Ichki kiyim va yostiq jildlari oldin qaynatilib, so'ng

yuviladi. Bemor turgan uyning poli dastlab 5 % li xloramin yoki lizol eritmasi bilan, so'ng qaynoq suv bilan yuviladi. Trixofitiya-dan tuzalgan bolada 3 haftagacha kasallik belgilari topilmay, mi-kologik tekshirish natijalari 3 martagacha manfiy bo'lgandagina unga bog'chaga qatnash ruxsat etiladi. Shuningdek, bolalar muassa-sasidagi barcha xodimlar muntazam ravishda rejali tibbiy ko'rikdan o'tkazilib turiladi.

Kasallik o'z vaqtida aniqlanishi lozim. Bemor bola oilasidagilar hamda uning atrofidagilar tekshirishdan o'tkaziladi. Chuqur mad-dalangan trixofitiya topilgudek bo'lsa, kasallik manbayi bo'lgan joydagi hayvonlarni ham tekshiriladi.

Mikrosporiyaga — *Microsporum* turkumiga kiruvchi ipsimon zamburug'lar sabab bo'lmaydi. Ikkita asosiy turi: odamdan yuqa-digan (antropofil) *Microsporum ferrugineum* (zangsimon mik-rosporum) va mushuk, goho itlardan yuqadigan (zooantropofil) *M. lonosum, M. canis* (tukli mikrosporum; mushuk mikrospo-rumi) tafovut qilinadi.

Mikrosporiyalar silliq teri hamda sochlarni zararlaydi. Ka-sallik yuza joylashish xususiyatiga ega, chuqur formasi kam uchraydi. Mikrosporiya bilan ko'proq maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi. Kattalarda, asosan, silliq teri mikro-sporiyasi uchraydi. Jinsiy yetilish davriga kelib mikrosporiya, odatda o'tib ketadi.

Zooantropofil mikrosporiyasining klinikasi. Boshning sochli qismida diametri 3—4 sm keladigan 2—3 yirik va bir nechta mayda kasallik o'choqlari paydo bo'ladi. Yirik o'choqlar dumaloq bo'lib, keskin ajralib turadi (shtamplangan o'choqlar) va asbestsimon yupqa tangachalar bilan qoplanadi, yallig'lanish belgilari deyarli kuzatilmaydi. Kasallik o'chog'idagi sochlar bir xil uzunlikda bo'lib, teri damidan 3—5 mm tepadan sinib ketadi; soch siniqlari kulrang oqish mufta bilan o'ralib turadi. Kasallik o'chog'ida sog'lom sochlar kam bo'ladi, ba'zan qora qo'tir vujudga keladi. Kamdan kam hollarda yallig'lanish zo'rayib, teri qizaradi, fol-likulitlar paydo bo'lib, kasallik manzarasi yiringli trixofitiyaga o'xshab ketadi. Boshning sochli qismi luminessent lampa yor-damida tekshirilganda mikrosporum bilan zararlangan sochlar

yashil bo'lib tovlanadi. Bu muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, bolalar maskanlari hamda jamoalarni profilaktik ko'rikdan o'tkazishda keng qo'llaniladi.

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

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

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

Favusga — *Achorion Schonleinii* (Shenleyn axorioni) zamburug'i sabab bo'ladi, asosan boshning sochli qismi, silliq teri va tirnoqlar zararlanadi. Kasallik bevosita kasal kishilardan yoki ular tutgan buyumlari (bosh kiyim, taroq va boshqalar) orqali yuqadi. Hayvonlarni bu zamburug' zararlamaydi. Favusning yuqishida

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

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

Klinikasi. Boshning sochli qismidagi favusning klinik manzarasi o'ziga xos bo'lib, favus qalqonchalari va skutulalari va undan keyin qolgan chandiqlar (atrofiyalangan joylar) hamda zararlangan sochlar bo'ladi.

Favus skutulasi boshning sochli qismiga tushganidan keyin soch xaltachasi og'zi (follikul)da ko'payib, likopchasimon sariq rangli quruq qora qo'tir po'st hosil qiladi. Skutula markazidan soch chiqib turadi. Avvaliga skutula to'g'nog'ich boshidek, keyinchalik kattalashib diametri 1,5 sm. ga yetadi va bundan ham ortadi. Skutula olib tashlangandan keyin uning o'rnida botiq och pushti rangli yuza qoladi. Skutula uzoq vaqt turadigan bo'lsa, uning atrofida atrofik chandiq paydo bo'lib, bu joyda soch o'smaydi.

Skutulalar ko'pincha to'p-to'p bo'lib joylashadi, ulardan qo'lansa hid kelib turadi. Skutulalar asta-sekin qurib uvalanadi va to'zg'ib sochlarni qoplab oladi. Zamburug' zararlagan sochlar odatdagi rangini, pigmenti, shuningdek mayinligi va jilvasini yo'qotib, xira, mo'rt bo'lib qoladi.

Qo'l va oyoq tirnoqlari favusi ikkilamchi tartibda vujudga keladi. Lekin ba'zan barmoq terisida o'zgarishlar bo'lmasa ham, tirnoqlar zararlanishi mumkin. Tirnoqlar plastinkasining bag'rida kattaligi to'g'nog'ich boshidek keladigan dog'lar paydo bo'ladi, keyinchalik tirnoq plastinkasi tagida shoxsimon modda to'planib, tirnoq qalin tortadi, uvalanuvchan, xira bo'lib qoladi va kulrang qo'ng'ir tusga kiradi.

Tashxisi. Kasallik tashxisi uning klinik manzarasi, shuningdek, soch va po'stlarni mikroskopda tekshirish natijalariga qarab qo'yiladi.

Davosi. Trixofitiyani davolashda ishlatiladigan (menstan, terbinoks, fungikeyer-150) dori-darmonlar qo'llaniladi.

KANDIDOZ *(CANDIDOSIS)*

Kandidozga *Candida* turkumiga kiruvchi achitqisimon zamburug'lar sabab bo'ladi. Bunda teri, shilliq qavatlar, tirnoq va ichki a'zolar zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Bu turkumga kiruvchi zamburug'lar shartli patogen bo'lib, sog'lom kishilar organizmida hamma vaqt saprofit holda yashaydi, lekin bu zamburug'larning patogen xususiyati oshishida makroorganizm holatining roli katta. Odam immunitetini pasaytiruvchi kasalliklarda kandidozlar tez rivojlanadi.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishiga qarab yuza (shilliq qavat va teri kandidozi, kandidozli onixiya va paranixiyalar) va sistemali (visseral) shakllari tafovut qilinadi. Shu bilan birga surunkali generalizatsiyalangan (granulematoz) bolalar kandidozi ham alohida ajratiladi.

Yirik burmalar kandidozi (intertriginozli kandidoz) bolalar (chov va dumba orasidagi burmalarda) va kattalarda (qo'ltiq va ko'krak bezi ostida, semizlarda chov qismida) uchraydi. Bu joylarda yuza namlanib yaltirab turadigan, to'q qizil rangli, aniq chegaralangan, usti oqish gard bilan qoplangan eroziyalar paydo bo'ladi. O'choqlar atrofida epidermis qoldiqlaridan iborat hoshiya va asosiy o'choqqa o'xshagan mayda joylar ko'zga tashlanadi.

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

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

Og'iz burchaklari kandidozi, asosan, keksalarda uchraydi. Og'iz burchaklarida chuqur burmalar va maseratsiya bo'lishi kandi-

dozlar rivojlanishi uchun qulay sharoit tug'diradi. Og'iz burchagidagi teri maseratsiyalangan, nam va salga ko'chadigan oqish gard bilan qoplangan bo'lib, u olib tashlansa eroziyalangan yuza kuzatiladi. Patologik jarayon simmetrik bo'lib, ba'zan u lablarning qizil hoshiyasiga o'tishi mumkin; bemor og'zini ochganda og'riydi. Kandidozli jarayonni streptokokkli eroziya, sifilitik papula va shankrlardan farqlash kerak.

Og'iz oqarishi, asosan, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Til, yumshoq tanglay, milk, lunj shilliq qavatlari qizarib (giperemiya) oq gard bilan qoplanadi; gardlar bir-biri bilan qo'shilib yaxlit parda vujudga keladi, vaqt o'tishi bilan u shilliq qavatga shunchalik zich yopishadiki, uni ko'chirib olish ancha mushkul bo'lib qoladi. Shilliq qavatlar zararlanishi oqibatida kandidozli stomatit, glossit va anginaning klinik kechishi kuzatiladi.

Surunkali generalizatsiyalangan (granulyomatoz) *bolalar kandidozi* ko'pincha yoshligida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kandidozi bilan og'riganlarda kuzatiladi. Yuz (burun, lunj, peshana), boshning sochli qismi, badan, oyoq va qo'llarda giperemiyali, infiltratli va po'st tashlayotgan dog'lar hosil bo'ladi. Bu dog'lar jimjimador chegarali granulematoz o'choqlarga aylanadi. Agar po'st olib tashlansa, vegetatsiya va giperkeratoz kuzatiladi. Patologik jarayon bosinqiragandan so'ng silliq terida atrofiyali chandiq, boshning sochli qismida esa kal joylar bo'ladi. Shu bilan birga bunday bemorlarda shilliq qavatlar (kandidozli stomatit, glossit, angina)ning zararlanishi, kandidozli paronixiya, teri va ichki a'zolar kandidozi rivojlanadi.

Davosi. Umumiy davo vositalaridan nistatin (sutkasiga 6 mln birlik), levorin (sutkasiga 4 mln birlik), difluzol, fungikeyer-150, terbinoks (250 mg.dan 14 kun davomida) va boshqa antifungan dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Mahalliy davo uchun anilin bo'yoqlari (gensian violet, fukorsin, 5—10 % li bura eritmasi), klotrimazol, levorin va lazimil malhamlari qo'llaniladi. Shu bilan birga yo'ldosh kasalliklarni davolashda yuqori dozada vitaminlar (*B* guruh vitaminlari) buyurish maqsadga muvofiqdir.

CHUQUR MIKOZLAR

Aktinomikoz. Qo'zg'atuvchisi anaerob va aerob aktinomitsetlar bo'lib, ular nafas yo'li, ichak shilliq qavatlari orqali organizmga kiradi va ko'pincha chuqur to'qima va a'zolardan teriga o'tadi.

Klinikasi. Kasallik gepodermada qattiq infiltrativ pilakchalar va tugunlar (gumma) paydo bo'lishi (gummoz infiltrativ shakli bilan boshlanadi. So'ngra jarayon teri osti yog' qavatiga o'tib, bu yerda katta zich tugunlar vujudga keladi; keyinchalik tugunlar yumshab, yoriladi va teshik yaralar hosil bo'ladi, shu yaralardan sarg'ish, noxush hidli yiring chiqib turadi. Yiringda maydamayda donalar, ya'ni aktinomitset druzalarining koloniyasi topiladi.

Katta tugunlar yemirilganda vegetatsiyali, nekrotik massali, chetlari yumshoq yaralar paydo bo'ladi (yara shakli) va yaralar ko'priksimon, teri osti yog' qavatiga birikkan chandiqlar hosil qilib bitadi. Ba'zan kasallikning nekroz va yara hosil bo'lishi bilan kechadigan do'mboqchali pustulyoz shakli ham uchraydi. Diagnozi gistologik tekshirish natijalari va qo'zg'atuvchisining topilishiga qarab qo'yiladi.

Davosi. Aktinolizat (patogen aerob aktinomitsetlar undirmasining filtrati) va antibiotiklar tavsiya etiladi.

Xromomikoz. Qo'zg'atuvchisi *Hormodendron pedrosoi.* Ular tuproq va o'simliklarda uchraydi va shikastlangan teriga tushib kasallik keltirib chiqaradi. Inkubatsion davri taxminan 1—1,5 oyni tashkil etadi.

Klinikasi. Ko'pincha oyoqda qizg'ish, qattiq konsistensiyali, ahyon-ahyonda qichishadigan tuguncha va do'mboqchalar toshadi, ular bir-biri bilan qo'shilib katta infiltratlarni hosil qiladi. Patologik jarayon ko'kish bolishcha bilan o'ralgan, ustida vegetatsiya, yara va po'stloqlar bo'lishi bilan kechadi.

Davosi. Ichishga yod preparatlari, D_2 vitamini, menstan, fungikeyer-150, mahalliy davo sifatida terbinoks kremi hamda jarrohlik usuli tavsiya etiladi.

TERINING ZAMBURUG'LI KASALLIKLARI DIAGNOSTIKASI

Terining zamburug'li kasalliklariga tashxis qo'yish chog'ida laboratoriyadan olingan natijalar katta ahamiyat kasb etadi. Ayniqsa, kasallik klinik belgilari bir-biriga juda o'xshash bo'lgan holatlarda, masalan: chuqur mikoz belgilari — o'pka siliga, suyaklarda zamburug'lar chaqirgan o'zgarishlarga (mitsetoma) ham suyaklar siliga klinik tomondan o'xshab ketadi. Bunday paytda asosiy tashxisni qo'yishda har qanday mutaxassis faqat laboratoriya natijalariga tayanadi.

Aksincha, ba'zi teri kasalliklari shunchalik zamburug'li kasalliklariga o'xshab ketadiki, ularni laboratoriya tekshiruvini o'tkazmasdan turib to'g'ri va ishonarli tashxis qo'yish ancha mushkul bo'lib qoladi. Demak, laboratoriya tekshiruvlari faqatgina klinik muammolarni hal qilmasdan balki epidemiologik, profilaktik kabi tadqiqot ishlarini oldindan hal qilishda muhim ahamiyatga ega.

Har qanday laboratoriya kabi mikologik laboratoriyadagi izlanish ishlarini olib borish uchun ma'lum jihatdan umumiy qoidalar, hamda maxsus asbob-anjomlar, reaktivlar va oziq muhitlar talab qilinadi. Mikologik laboratoriyada ishlash uchun zarur bo'ladigan asbob va anjomlar:

1. Oddiy bakteriologik qovuzloq (iloji bo'lsa, uni Kolle ruchkasi uchun ilmoq qilib tayyorlash kerak).
2. Koloniyalarni va teridan olingan tangachalarni maydalash uchun qattiq simdan tayyorlangan ninalar.
3. Qattiq ochiq muhit sathidan zamburug' koloniyalarini olish uchun platinadan yoki volframdan tayyorlangan sim kurakchalari (metall shpatellar).
4. Ichki diametri 2,5—3 mm bo'lgan shisha tayoqchalar. Bu nay tayoqchalar buyum oynachasidagi patologik material ustiga fiziologik yoki ishqor eritmalarini quyish uchun ishlatiladi.
5. Skalpel, shpatel, turli xil qaychilar, tirnoq olgichlar, qisqichlar, pinset (soch tolasini yulib olish uchun).
6. Turli xil shisha zondlar, shisha tayoqchalar.
7. Anatomik, jarrohlik pinsetlar.

8. Tirnoqlar uchun egov (pilka).
9. Kattalashtirish darajasi turli xil bo'lgan lupalar.
10. Shtativlar.
11. Mumni eritish uchun mis idishlar.
12. Probirkalar, Petri kosachalari, kolbalar, eksikatorlar, spirtovka, buyum, yopqich oynalar va boshqalar.

Kimyoviy vositalar: fiziologik eritma, *KOH* va *NaOH* larning 10 %, 20 %, 30 % li eritmalari, 96° li spirt, formaldegidning konsentrlangan eritmasi, dezinfeksiyalovchi moddalar (karbol kislotasi, xloramin, lizol va boshqalar), oddiy va murakkab usullarda bo'yash uchun bo'yoqlar (metilen ko'ki, fuksin, eozin, Romanovskiy-Gimza, Leyshman bo'yog'i, Kristalviolet va boshq.).

Patologik materialni olish tartibi: mabodo, bemor davolash jarayonida mikologik laboratoriyaga kelgan bo'lsa, albatta, teri yuzasidagi malhamlar yaxshilab tozalab olib tashlanishi lozim. Bakterioskopiyada olingan manfiy natija zamburug'li patologiya yo'qligiga yuz foiz kafolat bermaydi. Bunday vaziyatda laboratoriya tekshiruv ishlarini yana takrorlash kerak.

Tekshirish uchun patologik materialni shunday joydan olish kerakki, boshqalarni yana takror-takror olishga shubha qolmasin. Silliq teridan tangachalarni, qurib qolgan pufak yoki pufakcha po'stlog'ini, ayniqsa, zararlangan teri sohasini bir tekisda qirib olish lozim. Soch va tuklarni qirib, terib, hatto yulib olish talab qilinadi.

Mabodo, yiringlagan joydan material olishga to'g'ri kelsa, iloji boricha toza, hali ikkilamchi mahsulotlar qo'shilmagan qismidan olish kerak. Pufaklarning yuzasi qirqilib ham po'stlog'i, ham ichidagi suyuqligi tekshiriladi. Favus (kal) kasalligida qat-qat qazg'oqlar, tangachalar va sochlar olinadi. Mayda soch yulgich-pinsetlar bilan esa, zararlangan o'choqlardan sochlar yulib va terib, chov, son oralig'idan, ko'krak bezi tagidan va barmoqlar oralig'ida patologik material skalpel bilan qirib olinadi.

Jarohatlangan tirnoqlarning tagidan material olinsa natija unumli bo'ladi, ularni qalin joyidan qirib olish ham mumkin. Ba'zan terining shilliq qavatlaridan tekshirish uchun material olishga (kandidozlarda) to'g'ri keladi, odatda bunday hollarda

kasallikning klinik holatiga ahamiyat beriladi. Jarohatlanish chuqur kechgan vaqtlarda, albatta, patologik materialni olishda davolovchi shifokor hamkorligida bajarilishi talab qilinadi.

Zamburug'li kasalliklarni laboratoriya tekshirish usullari

1. Mikroskopik:

a) preparat bo'yalmasdan, fiziologik eritma bilan ko'riladi;

b) preparat bo'yalmasdan, ishqor eritmasi yordamida tekshiriladi;

d) preparat bo'yalib ko'riladi.

2. Teridagi allergik sinamalar. Mabodo, mikroskopik tekshirishlar kutilgan natijalarni bermasa, trixofitin, mikrosporin ekstraktlaridan tayyorlangan mahsulotlar bilan allergik sinama qo'yiladi.

3. Bakteriologik usul. Mabodo, yuqorida ta'kidlangan oddiy mikroskopik uslubdan kutilgan natijalar olinmaydigan bo'lsa, bunday vaziyatda zamburug'larni oziq muhitlarga ekib, ya'ni bakteriologik usul yordamida kasallikka tashxis qo'yiladi. Zamburug'lar 30—40 %, ba'zan 90 % gacha holatda bakteriologik usuldan foydalangan holda aniqlanadi.

Mikologik laboratoriyalar amaliyotida maltoza va glukoza-peptinli agar (Saburo oziq muhiti) ko'p ishlatiladi.

Saburo muhiti quyidagi tarkibiy moddalardan iborat:

maltoza *(Maltose brute)* — 40 g;
pepton *(Pepton-Merek)* — 10 g;
agar-agar — 18 g;
distillangan suv — 1000 ml.

Ushbu tarkibli muhitni yaxshilab aralashtiriladi, so'ngra avtoklavda 25—30 daqiqa qaynatiladi va sovitilib filtrlanadi. Filtrlangan muhit yana qaytadan avtoklavlanadi (besh daqiqa). Keyin toza muhit sterillangan idishlarga quyib chiqiladi. Shundan so'ng muhit talab va ehtiyojlarga qarab probirkalarga yoki Petri likopchalariga quyilib ishlatishga shay qilib qo'yiladi.

4. Serologik reaksiyalar. Zaiflashgan bemor organizmida yoki dermatofitlar chaqirgan immunobiologik jarayonlarda bemor qoni zardobi tarkibida maxsus antitelolarning paydo bo'lishi o'rganiladi va aniqlaniladi.

5. Hayvonlarga zamburug'larni yuqtirish. Tekshirmoqchi bo'lgan zamburug' patogenligi, ularning odamlarga yoki hayvonlarga tegishli ekanligini bilish uchun, zamburug'larning turi tajriba hayvonlariga yuqtirish bilan aniqlaniladi. Tadqiqotlar ko'proq quyonlar, dengiz cho'chqalari va oqsichqonlarda o'tkaziladi.

6. Gistologik tekshiruvlar. Yuqorida sanab o'tilgan uslublardan kutilgan natijalar olinmasagina, aksariyat hollarda chuqur mikozlarda jarohatlangan o'choqlardan qirqma olib tekshiriladi.

Rang-barang temiratki kasalligida tekshirish uchun olinishi kerak bo'lgan joy bu bemorning terisidagi (olinishi kerak bo'lgan joy shifokor yozgan yo'llanmada ko'rsatilgan bo'lishi kerak) po'st tashlab turadigan oqimtir dog'lar hisoblanadi. Shu dog'lardan buyum bir necha oynachalariga qirma olinadi. Qirmani laborant skalpelni teriga nisbatan 35—45° burchak ostida og'dirgan holda yengil harakatlar bilan oladi. Buyum oynachasiga olingan material ustiga 30 % li o'yuvchi kaliy yoki natriy eritmasidan tomizilib, alangada qaynash darajasiga yetkazmay qizdiriladi. So'ngra preparat ustiga yopqich oyna yopilib, avval kichik obyektiv bilan so'ngra x40 li sistemali obyektiv yordamida mikroskopda ko'riladi.

Rang-barang temiratki qo'zg'atuvchisi bo'lgan zamburug'lar *(Pityrosporion orbiculare)* kalta lekin yo'g'on qayrilgan mitseliy iplari va to'p-to'p shaklida yumaloq qo'sh konturli sporalar bilan takrorlanadi. Mitseliylarining uzunligi 8—12 mkm, eni 2—3 mkm.ni tashkil etadi.

Balzer sinamasi. Paydo bo'lgan dog'lar va uning atrofidagi sog' to'qimaga yod eritmasi surtiladi, bunda uning yuzasidagi tangachalar yodni ko'proq singdiradi, shuning uchun shikastlangan joyda yod rangi sog'lom joyga qaraganda to'qroq bo'lib qoladi. Boshning sochli qismi luminessent lampasi (Vud lampasi) orqali ko'rilganda, dog'lar yuzasi qo'ng'ir rangda tovlanadi. Eritrazmaning qo'zg'atuvchisi — *Corynebacterium minurissimum* zamburug'ining manbayi chov, qo'ltiq, anus va ayollar ko'krak bezi tagi burmalarining zararlangan qismlaridir. Shu joydagi zararlangan o'choqlardan material buyum oynachalariga qirib olinib, unga muz sirka kislotasi tomiziladi va kislota bug'lanib ketguncha alangada qizdiriladi. Keyin 2 % li metilen ko'kining eritmasida 2—3 daqiqa

davomida bo'yaladi. Preparat suv bilan yuvilib quritiladi va immerson sistemali mikroskopda ko'rilganda 0,8—1,0 mkm keladigan donador, biroz qayrilgan, uzunligi 5—15 mkm keladigan korinobakteriyalarning mitseliylarini ko'rish mumkin. Korinobakteriyalarning joylashuvi ba'zan batsillalarni eslatadi. Mitseliy iplari bo'ylab korinobakteriyalar zanjir bo'lib taqsimlanadi. Sporalari to'q, ko'kimtir-zangori rangda ko'rinadi. Luminessent lampa shu'lasida zararlangan teri qismi qizg'ish bo'lib tovlanadi.

Chov epidermofitiyasida tekshirilishi kerak bo'lgan material chov, sonning ichki yuzasidan, anus atrofi, ayollar ko'krak bezi ostidan, qo'ltiqning zararlangan qismidan olinadi. Material skarifikatorda buyum oynachalariga ohista qirib olinadi va ishqor tomiziladi, alangada qizdirilib, usti yopqich oyna bilan yopiladi.

Material tovondan olinayotganda avval tovon gumbazi qirib tashlanadi, barmoqlar orasi ham avval teri yuzasi qirib olib tashlanadi, so'ngra kerakli miqdorda material olinadi. Material qaysi joydan va qaysi barmoqlar oralig'idan olinganligi buyum oynalariga yozib qo'yilishi kerak.

Pufaklardan material olishda uning bir chetidan pinset bilan ushlab qiriladi va po'stlog'idan preparat tayyorlanadi. So'ngra 30 % li o'yuvchi ishqor eritmasi bilan ishlanadi va alangada qizdirilgach, qoplagich oyna yopiladi.

Tirnoqlar epidermofitiyasi va rubrofitiyada ustara yoki skalpel bilan tirnoqlar yuzasi qirib olinadi, tirnoqlarning chuqur qatlamidan olish uchun ulardan plastinkalar kesib olinadi. Buning uchun avval bemor oyog'ini iliq suvga botirib (bir litr iliq suvga bir qoshiq soda solinadi) tirnoqlarini ivitish kerak bo'ladi. So'ngra har bir barmoq tirnoqlari alohida-alohida olinadi. Sentrafuga probirkalariga ma'lum miqdorda 30 % li o'yuvchi ishqor solinib, olingan tirnoq bo'laklari solinadi va bir kun davomida qoldiriladi.

Rubrofitiyada tovon gumbazi egatchalaridan, oyoq panjalaridan, qo'l kaftlaridan olinadi. O'yuvchi ishqor bilan tayyorlangan preparat kichik obyektiv va okulyarlarda ham qayd qilish mumkin. Ammo bunda tangacha va po'stloqlarning qorong'i joylarida mitseliy iplari va konturlari yaxshi ko'rinmay qolishi mumkin. Shu sababli, katta obyektivda (x40) preparatning

qolgan elementlari ko'zdan kechiriladi. Bunda bo'g'inlarga bo'lingan mitseliy, zanjir ko'rinishida poligonal qo'sh konturli sporalarni aniq ko'rish imkoni bo'ladi. Mitseliylar bir-biriga ulanib boradigan qator uzunchoq bo'g'imlardan iborat bo'ladi, sporalar yumaloq va to'g'ri burchakli bo'ladi.

Shuni unutmaslik lozimki, ba'zan xolisterinning parchalanish mahsulotlari zamburug'lar mitseliylari ko'rinishida ko'zga tashlanishi mumkin. Ular soxta mitseliylar yoki zamburug' mozaikasi *(Mosaica fungi),* deyiladi. Bunda preparatni spirt alangasida qizdirish kerak bo'ladi. Shundan so'ng soxta mitseliylar yo'qolib ketadi. Yo'qolmagan taqdirda ularning nur sindirish qobiliyati pastligi, epiteliy hujayralari chetida to'r bo'lib joylashishi va mitseliy iplarining kalta bo'lishi bilan in zamburug'lardan ajralib turadi. Tayyorlangan preparat sinchiklab tekshirilgach, «zamburug' topildi» yoki bo'lmasa «zamburug' topilmadi» xulosasi beriladi.

Yuza trixofitiyada tekshirish uchun material zararlangan teridan olingan qirma, zararlangan soch tolalari, tirnoqlardan tayyorlanadi. Sochdan material olishda avval soch kalta qilib olinsa, zararlangan sochlarni aniqlash qiyin bo'lmaydi. Material olinish jarayonida yorug'lik yetarlicha bo'lishi ishni osonlashtiradi. Agar soch uzun bo'lsa sochlar orasi yaxshilab ochilib terisi ham ko'zdan kechiriladi. Bemorning o'zi zararlangan joylarni ko'rsatishi mumkin, lekin bu bilan kifoyalanmaslik kerak.

Materialni avval skarifikator bilan shubhali tuzilmalarni kovlab yoki tirnab chiqariladi, so'ngra pinset yordamida olinadi. Bu holatda tangacha va qora qo'tirlar hamda zararlangan sochlar ildiz qinlari bilan birga olinadi. Shuni eslatish lozimki, zararlangan sochlar pinset bilan tortib olinmaslik kerak, chunki shikastlangan sochlar sinib ketadi bu esa, tekshirishni qiyinlashtiradi. Zararlangan joylar lupa yordamida obdon ko'zdan kechirilishi maqsadga muvofiqdir. Silliq teri zararlanganda teri qirmasi bilan birga mayda tuklar ham skarifikator yordamida olinadi.

Surunkali trixofitiyada material olish laboratoriya xodimidan mahorat talab qiladi. Material sochdan, silliq teri va tirnoqlardan olinadi. Zararlangan o'choqlar ko'proq boshning ensa va chakka qismlarida bo'ladi.

Zararlangan tirnoqlardan esa, material skalpel yordamida qirib olinadi. Tirnoq plastinkalari tekshirish uchun qaychi yoki o'tkir ustara bilan olinishi mumkin. Olingan tirnoq plastinkasi maxsus aralashmaga (1 g karbol kislota, 1 g sut kislotasi, 2 g glitserin, 1 ml distillangan suv) 3—4 daqiqaga solinib, bug' hosil bo'lguncha alangada qizdiriladi. Bundan tashqari material 30 % li KOH eritmasida tayyorlansa ham bo'ladi. So'ng, material buyum oynachasiga qo'yilib, yopqich oyna bilan yopilib, mikroskop ostida tekshiriladi.

Yuza trixofitiyada kasallik qo'zg'atuvchisi mitseliy iplari va sporalar ko'rinishida zararlangan soch ichida tasmaga o'xshab joylashgan bo'ladi *(endothrix)*. Bu xususiyat boshning sochli qismi trixofitiyasining eng muhim differensial diagnostikasi hisoblanadi. Material, ya'ni zararlangan soch mikroskop ostida ko'rilganda sochning ichi oval, aylana, to'rtburchak shakldagi qalin sporalar massasi bilan to'lgan bo'ladi. Sporalar sochning ikki devori bo'ylab parallel ravishda tasma singari joylashgan bo'ladi. Bu holatni probirka ichini no'xat bilan to'ldirganga yoki yong'oq solingan qopga o'xshatish mumkin. Tangachalar va po'stlar sochga yopishib turadi. Zarurat tug'ilganida ularni epilatsion pinset bilan olib tashlash mumkin.

Silliq teri va tirnoqlardan olingan materiallar mikroskop ostida tekshirilganda zamburug'larning tasmasimon joylashgan sporalari bilan mitseliy iplarini ko'rish mumkin. Bunda zamburug'larning mikroskopik tuzilishiga qarab ularning turini aniqlash mushkul, shu sababli laboratoriya xodimi zamburug' bor yoki yo'q, degan xulosa beradi. Zamburug'larning turini ekib undirish usuli yordamida aniqlash mumkin.

Maddalangan infiltrativ trixofitiyada material soch va silliq teridan olinadi. Sochlarni epilatsion pinset bilan yulib olish mumkin, chunki sochlarning tagi yallig'lanib bo'shashib qolgan bo'ladi.

Kasallangan soch mikroskop ostida ko'zdan kechirilganda sporalarning tasmalari sochni g'ilof ko'rinishida o'rab turganligi ma'lum bo'ladi (*Trichophyton ectothrix)*. Buni obrazli qilib quyidagicha tushuntirish mumkin, ya'ni probirka tashqarisiga yelim

surtganda no'xat donalari probirka devoriga yopishib qolgandagi manzara hosil bo'ladi. Ba'zan katta sporali *Tr.megasporon* va mayda sporali *Tr.ectothrix* zamburug'lar ham uchrab turadi. Ular ba'zi jihatlari mikrosporiya zamburug'lariga o'xshab ketsa-da, lekin tasmasimon joylashishi bilan farq qilinadi. Soch ichida esa, bir-ikki mitseliy iplari ko'rinadi.

Chuqur trixofitiyalar qo'zg'atuvchisi — *Trichophyton mentagraphytes* uzun bo'g'inlardan iborat mitseliylarga ega. Yana to'p-to'p mitseliylarning ikki yoniga joylashgan aleyriyalar kam miqdorda spiralsimon burma va uchi to'mtoq tayoqchalar ham bo'ladi. Qattiq oziq muhitlarda qorga o'xshash oq momiqsimon, chetlari tekis koloniyalar hosil bo'ladi.

Mikrosporiya qo'zg'atuvchilari — *M.ferrugineum* (zangsimon mikrosporum — antropofil) va *M.lanosum*ni (tuksimon mikrosporum — zoofil) aniqlash uchun material boshning sochli qismi terisi yuqorisidan 5—8 mm naridan singan sochlar va silliq teridan olinadi. Tirnoqlar mikrosporiyada zararlanmaydi. Mikrosporiya qo'zg'atuvchisi sochlarni o'rab oluvchi sporalar to'plami hosil qilish bilan xarakterlanadi.

Sochlarning rangi kulrangnoma bo'lib qoladi, sporalar 2—3 mkm keladigan mozaika shaklida sochni o'rab hamma vaqt to'plam-to'plam bo'lib turadi, tasmalar hosil qilmaydi. Soch ichida joylashgan ingichka mitseliy iplari odatda ko'rinmaydi. Ularni aniqlash uchun qoplagich oynani sekinlik bilan siljitib yoki bosib sporalar to'plamini soch qobig'idan qo'zg'atiladi. Shunda yemirilgan soch ichidagi soch bo'ylab yotgan mitseliylar iplarini ko'rish mumkin bo'ladi. Silliq teri mikrosporiyasi analizida ham silliq teri trixofitiyasidagidek *«zamburug'lar mitseliysi topildi»* natijasini beradi.

Mikrosporiyada analizni tezroq aniqlash uchun luminessent lampadan foydalanish mumkin. Buning uchun maxsus qorong'i xonada boshni sochli qismiga shunday lampadan nur yuboriladi. Mikrosporum bilan zararlangan sochlar esa, yashil tusda tovlanib turadi. Mikrosporumlarning ayrim turlari yetilgan bo'lib, qolganlari yetilmagan zamburug'lardir, ular Saburo oziq muhitida, asosan, momiqqa o'xshash oq, ba'zan sarg'ish-jigarrang koloniyalarni hosil qiladi.

Mikrosporumlar devori qalin yoki yupqa, klenidiylarning ayrim turlari *(M. audouinii)* esa, qalin devorlari xlamidosporalarni hosil qiladi. Patogen zamburug'larning sof kulturasini ajratib olish uchun tekshirilayotgan material Saburo muhitiga yoki metilen ko'ki qo'shilgan muhitga ekiladi. Begona bakteriyalarni o'sishini to'xtatish uchun soch tolalari maydalanib, bir necha minut davomida qizdirilgan buyum oynachasiga qo'yiladi yoki oziq muhitga antibiotiklar qo'shiladi. Agar natija ijobiy bo'lsa, 3—5 kundan so'ng har xil koloniyalar o'sib chiqadi. So'ng sof kultura ajratib olinadi va uning asosiy biologik xususiyatlari tekshirilib, qo'zg'atuvchining qaysi turga mansubligi aniqlanadi.

Favus (kal) qo'zg'atuvchisi — *Achorion Schoehleinii* (Shyonlayn axorioni) zamburug'ni mikroskopda aniqlash uchun material zararlangan soch va po'stloq (skutlar)dan olinadi. Ma'lumki, favusda soch tolasi butunlay shikastlanmaydi, balki u yer bu yerdan shikastlanadi. Shu sababli ham u sinmaydi. Bosh terisi kuchli yallig'langanligi sababli soch tolasi butunligicha sug'urilib chiqadi. Tekshirish uchun rangi va yaltiroqligi xiralashgan soch tolalari zararlangan teri sathining periferiyasidan po'stloqlar olinadi.

Tekshirish paytida zararlangan uzun sochlarning mikroskopik manzarasida yumaloq zanjirchalar va uyumlar ko'rinishida kattaligi har xil bo'lgan ko'p qirrali polimorf sporalar ko'zga tashlanadi. Soch ichida yupqa septalangan mitseliy iplari bilan bir vaqtda havo pufakchalari va yog' tomchilari bo'lishi xarakterlidir. Silliq teri va tirnoq tangachalarida tarmoqlanadigan mitseliy yumaloq va polimorf sporalardan iborat zanjirchalar va ularning uyumlari topiladi.

Skutuladan tayyorlangan preparatlarda uyum ko'rinishda betartib, ba'zan kalta zanjirchalar shaklida joylashgan. Polimorf sporalarning kalta to'plamlari uchraydi. Ular atrofida odatda tarmoqlanuvchi mitseliylar bo'ladi. Bu o'rinda shuni aytib o'tish kerakki, agar skutulalar qalin bo'lsa, ularni maydalashga to'g'ri keladi, aks holda mikroskopda tekshirish uchun yaroqsiz qalin preparat hosil bo'ladi. Odatda, skutulalar o'yuvchi kaliy ishqorida ko'proq saqlanib qoladi.

Mitseliysining uchi bug'ining shoxiga o'xshaydi. Xlamidosporalar yordamida ko'payadi. Unsimon kulturalar mitseliysining ikki

yonida aleyriyalar yaxshi ko'rinadi. Aleyrosporalar mitseliy sitoplazmasining kondensatsiyasi natijasida hosil bo'ladi. Saburo muhitiga ekilganda quruq ajinli gumbazchaga o'xshash kulrang oqish yoki sarg'ish jigarrang yuzasi unsimon koloniyalar hosil bo'ladi.

Terida kasallik keltirib chiqaruvchi barcha patogen zamburug'larning fermentativ xususiyatlari xilma-xil, shu sababli laboratoriya tashxisida bu belgilardan foydalanib bo'lmaydi. Favus kasalligi O'zbekistonda deyarli uchramaydi. Bunday zamburug'lar ekzotoksin hosil qilmaydi, ammo endotoksin hosil qiladi, ular allergik xususiyatga ega. Shu sababli bemor organizmi, ayniqsa, terisi allergik holatga o'ta sezgir bo'ladi.

Patogen zamburug'larda turlarga xos antigen bo'lmaydi, shu sababli tekshirishning serologik variantlari yo'q. Tashqi muhitda uzoq saqlanadi, patologik materiallarda 4 yil, qazg'oqlarda 6 oygacha yashaydi. Kimyoviy va fizikaviy omillar ta'siriga ham chidamli. Ular qaynatilganda 15—30 daqiqada o'ladi. Kasallik bevosita bemordan va u ishlatgan buyumlari (bosh kiyim, sochig'i, tarog'i va boshqalar)dan, shuningdek, hayvonlardan ham yuqishi mumkin.

Zoofil zamburug'lar hayvonlar uchun patogen bo'lib, hayvonlardan odamlarga yuqadi. *Geofil* zamburug'lar butun organizmni shikastlashi mumkin, bemor badanida toshmalar toshib, harorati ko'tariladi. Bunday toshmalar trixofitid, mikrosporid, favidlar, deb ataladi. Dermatomikozlarda zamburug'larga nisbatan chidamlilik makroorganizmning reaktivligiga bog'liq. Kasallikdan so'ng antitelolar ham, nospetsifik immunitet ham uzoq davom etmaydi.

Kandidozda tekshirish uchun materiallar: teri va tirnoq qirindisi, oqimtir teri qoplami, lablar yuzasidan olingan po'stlar, og'iz shilliq pardasi, muguz qavat parchalari, pustula va pufakchalarning po'stlari, yiring, siydik, balg'am, siydik ajratish kanali va qindan olingan materiallar hisoblanadi.

Og'iz shilliq pardasi va bodomcha bezlardan material novsimon zond yordamida olinadi. Eroziyalardan o'chirgich yordamida ulardan ko'chirib olish usuli bilan material olinadi. Siydikni yig'ishdan oldin ayollar jinsiy a'zolari, erkaklarda olatning boshi yaxshilab artib tozalanadi. So'ngra siydik steril probirkalarga olinib sentrafugalanadi. Olingan materiallarni ikki usulda tekshirish mumkin.

Birinchi usulda oddiy, ya'ni nativ preparat tayyorlanadi. Bunda tut mevasi yoki uzum shingili ko'rinishida guruhlangan yumaloq, tuxumsimon yoki cho'zinchoq achitqisimon hujayralar topiladi. Bu hujayralar yumaloq shaklda bo'lishidan tashqari, yo'g'on, kalta va uzun shaklda bo'lishi mumkin, bularni soxta mitseliylar, deyishadi. Soxta mitseliylarning ingichka va yo'g'on iplarning birga uchrashi og'iz shilliq pardasi kandidozi — og'iz yelkishiga xosdir.

Suyuq holdagi aptologik materiallarni bir tomchi suvga, fiziologik eritmaga yoki glitserinning spirtli eritmasiga aralashtirib ham nativ holda ko'rish mumkin. Silliq teri va tirnoqlardan olingan materiallar ishqor bilan ishlov berilib tekshiriladi.

Tekshirishning **ikkinchi usulida** zamburug'lar Romanovskiy bo'yicha bo'yalganda pushti-binafsha rangga, qo'shimchalar — qizg'ish rangga bo'yaladi. Gram usulida bo'yalganda esa, achitqisimon zamburug'lar to'q binafsha rangga kiradi yoki tekis bo'yalmaydi, hujayralarning chekkasi binafsha, o'rtasi esa, och binafsha rangga bo'yaladi.

Mikroskop ostida qaralganda 2x4; 5x7 mkm shakli oval yoki yumaloq blastosporalar ko'rinadi, bir tomonlama yoki ikki tomonlama kurtaklanayotgan qiz hujayralarni ko'rish mumkin. Soxta mitseliylari ensiz, kattaligi 1,5—2,5 mkm. Shuni aytish kerakki, ko'rish maydonida bir dona zamburug'ni ko'rish kandidoz tashxisini bildirmaydi, buni saprofit deb tushunish kerak. Faqat 10—25 dona zamburug' hujayrasi topilgandagina faol kandidoz infeksiyasi haqida xulosa chiqarish mumkin.

Candida urug'iga mansub zamburug'lar dumaloq, tuxumsimon yoki uzunchoq hujayralar bo'lib, asosan, kurtaklanib ko'payadi. *S.albicans* xlamidosporalar hosil qiladi, ularning zanjirsimon uzunchoq hujayralardan iborat soxta mitseliylari bor. Achitqisimon zamburug'lar aerob bo'lib, oddiy muhitlarda 20—30°C haroratda o'sib, silliq koloniyalar hosil qiladi.

Chuqur mikozda materialni shikastlangan joydagi ajralib turgan yiringdan olinadi. Ba'zan balg'am, orqa miya suyuqligi, siydik va boshqalar olinadi. Yiring novsimon zond orqali olinib surtmalar tayyorlanadi. Surtmalar nativ va bo'yash usuli bilan tekshiriladi.

Shikastlangan to'qimalarda aktinometsitlar yirik donalar druzalar ko'rinishida to'planadi.

Nativ preparat tekshirilganda markazida — iplar, periferiyasida esa, to'g'nog'ich boshidek keladigan, har tomonga tarqaluvchi nurlarga o'xshagani uchun bu zamburug'lar nursimon, deb nom olishgan. Nursimon zamburug'lar oddiy anelin bo'yoqlarida yaxshi bo'yaladi (grammanfiy). Gram usulida bo'yalganda nursimon zamburug'larning sershox uzun mitseliy iplari yaxshi ko'rinib turadi. Agar yuqorida keltirilgan usullar natija bermasa, unda oziq muhitlarda o'stirish yo'li bilan tashxis qo'yiladi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Patogen zamburug'larning morfobiologik xususiyatlarini gapirib bering.
2. Patogen zamburug'lar terida qanday kasalliklarni paydo qiladi?
3. Keratomikozlarning klinik belgilarini ta'riflang.
4. Dermatomikozlarning asosiy klinik belgilarini izohlang.
5. Dermatomikozlarning yuqish yo'llarini tushuntiring.
6. Kandidoz qanday kasallik?
7. Trixofitiya mikrosporiyadan nimasi bilan farq qiladi?
8. Favus kasalligini ta'riflab bering.
9. Luminessent usul bilan mikrosporiyani trixofitiyadan ajratish tartibini bayon eting.
10. Yod bilan sinama qaysi kasallikda qo'yiladi?
11. Laboratoriya tashxis uslublarini tushuntirib bering.
12. Mikologik kasalliklarni davolash uslublari va profilaktikasi nimaga asoslangan?

TEST SAVOLLARI

1. *Dermatomikozda terining qaysi sohalari zararlanadi?*

A) epidermis, teri bezlari, gepoderma;
B) yog' qatlami, teri muskullari, soch;
D) epidermis, derma, teri hosilalari;
E) tirnoq, epidermis, yog' qatlami.

2. *Dermatomikozning qaysi turlari keng tarqalgan?*

A) chov, oyoq epidermofitiyasi;
B) rubramikoz, trixofitiya;
D) mikroskopiya;
E) favus.

3. *Chov epidermofitiyasida tekshiruv materiali qayerdan olinadi?*

A) qo'ltiq ostidan, yorg'oq sohasidan;
B) panja orasidan, sonning ichki qismidan;
D) anus atrofidan, chovdan, ko'krak bezi ostidan;
E) A va B javoblar to'g'ri.

4. *Epidermofitiyada surtma nima yordamida olinadi?*

A) buyum oynasi bilan;
B) skarifikator bilan;
D) nishtar bilan;
E) tampon bilan.

5. *Boshning sochli qismi mikrosporiyasini davolashda qo'llaniladigan dori modda:*

A) metatreksat;
B) biyoxinol;
D) grizofilvin;
E) delogil.

10-amaliy mashg'ulot

PATOGEN MIKOBAKTERIYALAR VA VIRUSLAR KELTIRIB CHIQARADIGAN TERI KASALLIKLARI

• Teri sili va lepra (moxov) kasalligining yuqish yo'llari, klinikasi va davosi • Virusli teri kasalliklari

Patogen mikobakteriyalar paydo qiladigan teri kasalliklarining qo'zg'atuvchilari *Mycobacteriaceae* oilasi *Mycobacterium* avlodiga mansub bo'lib, ular kislota, ishqor va spirtlarga chidamliligi bilan xarakterlanadi. Bu oilaga sil, moxov mikobakteriyalari, shuningdek, odam va hayvonlar organizmida hamda boshoqli o'simliklarda, tuproq, sut va go'nglarda uchraydigan kislotaga chidamli saprofitlar ham kiradi. Barcha mikobakteriyalar odam va hayvonlar uchun patogen, shartli patogen va saprofitlarga bo'linadi.

Patogen mikobakteriyalarga *M.tuberculosis, M.bovis, M.lepraemurium, M.paratuberculosis, M.microti, M.africanum, M.leprae* va boshqalar kiradi.

Teri kasalliklari amaliyotida *M.tuberculosis, M.bovis, M.leprae* kabi mikobakteriyalar muhim ahamiyat kasb etadi.

TERI SILI

Sil — surunkali yuqumli kasallik bo'lib, organizmning deyarli barcha tizimini (ayniqsa, o'pkani) shikastlaydi. Shulardan teri sili ham umumiy sil infeksiyasining bir ko'rinishi bo'lib, aksariyat, ikkilamchi sil ko'rinishi tariqasida vujudga keladi. Kasallik qo'zg'atuvchisi *Mycobacterium tuberculosis* R. Kox tomonidan 1882-yili topilgan. Mikobakteriyalarning bir necha turi tafovut qilinadi. Odamga, odatda, odam va xo'kiz mikobakteriyalari yuqadi. Teriga esa, u asosan, ikki yo'l bilan yuqadi: endogen yo'l — ko'pincha kasallikning birlamchi affektlari bo'lgan organ va to'qimalardan, asosan, o'pkadan nafas yo'llari orqali, gematogen, limfa yo'llari va suyaklardan yuqadi; ekzogen

yo'l — ko'pincha kasb-koriga bog'liq bo'lib, aksari, kushxonalar, go'sht kombinatlarining ishchilari, veterinariya va ko'pchilik sanoat xodimlari kasallanadi. Bunga sabab, sil bilan og'rigan qoramolni so'yish jarayonida yoki ularning go'shtini nimtalayotganda badanga shikast yetsa, terining shu joylariga sil mikobakteriyalari tushib qolishi va teri sili kelib chiqishi mumkin.

Teri silining ekzogen formasi endogen formasiga nisbatan ancha kam uchraydigan hodisadir. Teri sili har qanday yoshda uchrashi mumkin, lekin bolalik va o'smirlik yoshida ancha ko'proq uchraydi. Teri silining quyidagi klinik formalari farq qilinadi.

O'choqli teri sili. *Sil yugurugi yoki lyupoid teri sili* — teri silining boshqa xillariga nisbatan eng ko'p uchraydigani bo'lib (70—80 %), aksariyat 5—15 yoshdagi bolalar orasida keng tarqalgan. Ba'zan kasallik o'rta yoshli yoki keksalar orasida ham uchrab turadi. Kasallik tez-tez qaytalab turishi, davo qilinsa ham tezda tuzalavermasligi bilan ifodalanadi. Kasallik o'chog'ining yuzda bo'lishi samarali davo vositalari bo'lmagan vaqtlarda bemorning yuzini xunuk, go'yo bo'ri g'ajigandek qilib qo'yganligi sababli kasallik «volchanka», ya'ni «bo'ri temiratkisi», deb atalgan. Kasallik gematogen yoki limfogen yo'l orqali yuqadi.

Klinikasi. Teri sili o'choqlari aksariyat (80 %) bemorning yuzi, burni, yuqori lablari, lunji va quloq supralarida joylashadi. Ko'pincha zararlangan o'choqlarga terining shilliq qismi ham qo'shilib ketadi.

Sil yugurugining birlamchi morfologik elementi do'mboqcha yoki lyupomadir, u yarimsharsimon, chegarasi aniq, kattaligi nina uchiday va undan kattaroq, sarg'ish-qizil rangli, yumshoq bo'ladi, og'rimaydi. Yuzasi silliq yaltiroq kulrangda tovlanib turadi, keyinchalik xuddi shu joylar po'st tashlaydi. Po'st tashlash, ayniqsa, yassi sil yugurugida ko'zga yaqqol ko'rinadi. Do'mboqchalar periferiyaga tomon o'sib borib, atrofga yoyilib, bir-biri bilan qo'shilib ketadi. Do'mboqchalar (lyupomalar) yuzasidan ohista barmoqlar yuritilsa, uning yumshoq konsistensiyasi — sil yugurugining o'ziga xos birinchi belgisi ma'lum bo'ladi. Agar do'mboqchani buyum oynasi bilan qattiq bosilsa, zararlangan o'choqdagi kapillarlardan qon chiqib, atrofdagi to'qimalarga tarqaladi,

do'mboqchalar qonsizlanib oqish-sariq ko'rinishga ega bo'ladi, bu olma jelesiga o'xshaydi, shuning uchun bu klinik belgi «olma jelesi» simptomi deyiladi.

O'tmas zond bilan do'mboqcha yuzasiga sal bosilsa, taxminan 5—10 sekund saqlanib turadigan chuqurcha vujudga keladi. Bu holat «zond» fenomeni A.I. Pospelov belgisi hisoblanadi. Zond bilan qattiqroq bosilsa, to'qimalar yemirilib, qon chiqadi va qattiq og'riq paydo bo'ladi. Do'mboqchaning o'ziga xos yumshoqligi undagi kollagen va elastik tolalarning parchalanib, sonining kamayib ketishiga bog'liq.

Skrofuloderma yoki kollikvativ teri sili. Teri silining, ayniqsa, bolalar orasida ko'p uchraydigan bir xili. Kasallik aksariyat hollarda ikkilamchi infeksiya (sildan zararlangan suyak iligi, bo'g'imlar yoki limfatik tugundan teriga o'tadi) yo'li bilan *(per continuitatum)* tarqaladi. Birlamchi skrofuloderma esa kamroq uchraydi, asosan o'pka va boshqa a'zolardagi sil o'choqlaridan teriga gematogen yoki limfogen yo'l bilan mikobakteriyalar o'tishi natijasida paydo bo'ladi. Birlamchi toshma bo'yinda, jag' ostida, quloq atrofida, og'iz bo'shlig'ida uchraydi.

So'galsimon teri sili. Teri silining boshqa xillariga nisbatan kam uchraydi, ko'proq erkaklarda kuzatiladi. Ma'lumotlarga qaraganda, bu dard bemorning kasb-koriga bir qadar bog'liq bo'lib, ko'pincha patologoanatomlar, qassoblar, kushxona ishchilarida uchraydi. So'galsimon teri sili o'pka, ichak va boshqa a'zolar sili bilan og'rigan bemorlarda autoinfeksiya yo'li bilan yuzaga keladi.

Indurativ Bazen eritemasi yoki indurativ (qattiqlashgan) teri sili. Kasallik deyarli ikkilamchi tartibda yuzaga keladi. O'pka yoki limfa tugunlari sili, skrofuloderma yoki papulonekrotik sil bilan og'rigan bemorlar, xususan 15—35 yoshli qiz-juvonlarda kuzatiladi.

Kasallikning yuzaga kelishi kishining kasb-koriga bog'liq, jumladan, oyoq venalarining varikoz kengayishi, akrosianoz, oyoq-qo'llarning uzoq vaqt sovqotishi, tik turib ishlash va boshqa omillar kasallikning avj olishiga imkon yaratadi. Aksariyat kasallikning qaytalab turishi yilning fasllariga bog'liq bo'lib, u kuz va qishga to'g'ri keladi.

Indurativ eritemaning klinik ko'rinishi teri damidan pastda qattiq va sekin kattalashib boradigan tugun hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Tugunlar soni 1—4, ba'zan 8—10 ta bo'lib, ko'pincha simmetrik joylashadi, rangi ko'kimtir-pushti, asosi esa teri osti yog' qatlamida bo'ladi. Bemor ko'zdan kechirilganda boldir, son yoki dumba sohasida qo'lga yaxshi unnaydigan, yong'oqdek keladigan tugunlar topiladi.

Disseminatsiyalashgan teri sili Lixenoidli sil aksariyat nimjon, muskul va suyaklari yetarli rivojlanmagan, shuningdek, limfatik tugunlar hamda harakat a'zolarida faol sil o'chog'i bo'lgan bolalar orasida uchraydi. Ba'zan sil yugurugi tez davolanganda, mikobakteriyalarning tez parchalanishi va disseminizatsiyasi oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

Bunda, asosan bemorning ko'kragi, yelkasi, qorni va qovurg'alariga papulyoz, papulopustulyoz, maddalangan toshmalar chiqadi, ular mayda bo'lib bir-biriga qo'shilishi yoki qo'shilmasligi ham mumkin; rangi sog'lom teri rangida, ba'zan sarg'ish-qizil bo'ladi. Ayniqsa, badanning yon qismi, yuz va dumbadagi follikular tugunchalar simmetrik joylashadi, yuzasi mayda tangachalar bilan qoplanadi. Juda qalin birikib ketgan follikular toshmalar seboreyali ekzemani eslatadi. Bemorlarda subyektiv shikoyatlar bo'lmaydi, toshmalar bir zumda (spontan) yo'qolishi, ammo tez orada yana qayta toshishi ham mumkin. O'pka sili davolangandan keyin, toshmalar tuzalib ketadi va zararlangan o'choqlar o'rnida mayda pigmentli dog'lar, ba'zan nuqtali chandiqlar qoladi.

Laboratoriya diagnostikasi. Kerakli asbob-anjomlar:

1. Skalpel.
2. Jenner ignasi.
3. Buyum oynalari.
4. Mikroskop.
5. Immersion moyi.
6. 96° etil spirti.
7. Pinset.
8. Sil-Nilsen usulida bo'yash uchun zarur eritmalar (fuksin eritmasi, xlorid kislotaning 3 % li spirtdagi eritmasi, 1 % li metilen ko'ki).

9. Filtr qog'oz.
10. Tajriba hayvonlari.
11. Oziq muhitlar.
12. Pirke va Mantu sinamalari uchun reaktivlar.

Sil volchankasida do'mboqchalar kollikvativ sil va teri silida yaralangan tugunlardan olingan material mikroskopik tashxis qo'yish uchun asos bo'ladi. Biroq, bu elementlarga ko'pincha ikkilamchi piokokk infeksiyalar tushib, ulardan yiringli suyuqliklar chiqib turishga sabab bo'ladi. Shuning uchun avval yaralar steril doka-tampon bilan yaxshilab artib tozalanadi va yaralardan Jenner ignasida yoki skalpel bilan ajralma qirib olinadi. Olingan materiallardan bir xil qalinlikda bir necha surtmalar tayyorlanib, ular havoda quritiladi, alangada fiksatsiya qilinadi. Shundan keyin Sil-Nilsen usulida bo'yaladi.

Sil mikobakteriyasi ingichka tayoqcha shaklida bo'lib, uzunligi 2—4 mk, eni 0,3—0,5 mk, shakli — kalta va uzun, ingichka va yo'g'on, qayrilgan va donador bo'lishi mumkin. Ba'zan maxsus ozuqa muhitlarida kattaligi 10 mk.gacha kattalashib boradi (polimorfdir). Kapsula va spora hosil qilmaydi, harakat organlari yo'q, oddiy usulda aniq bo'yalmaydi. Qobig'i bilan sitoplazmasi bir talay lipidlar tutadi, shuning uchun ham bu mikobakteriyalar faqat murakkab bo'yash usulida va faqat kislotalar ishlatilgandagina bo'yaladi. Mikobakteriyalar spirt va ishqorlarga juda chidamli, qurigan yiringda bir necha haftagacha, qorong'i xonadagi kiyim-boshda 1,5—2 oygacha tirik saqlanadi. Tik tushgan yorug'lik nuri bir necha soatda, tarqoq nur esa, 3—8 kunda o'ldiradi.

Sil-Nilsen usulida bo'yalgan surtmalarda sil mikobakteriyalari ko'k fonda qizil bo'lib ko'rinadi. Buning sababi sil mikobakteriyasi o'z tarkibida yog' kislotalarini tutadi. Preparat qizdirilganda bu kislotalar asosiy fuksin bilan ajralmas birikma hosil qiladi, natijada preparat qizil rangga bo'yaladi, ular atrofidagi boshqa elementlar bilan mikroorganizmlar esa, ko'k rangga bo'yaladi. Mikobakteriyalar to'g'ri, egilgan, uzun va kalta bo'lishi mumkin. Ular alohida-alohida va turli kattalikda guruh-guruh bo'lib yoki to'plamlar holida uchraydi. Ba'zan ular bir xilda bo'yalmagan bir qator qizil donachalar shaklida ko'rinadi. Aksariyat hollarda, sil miko-

bakteriyalari burchak shaklida joylashadi. Son miqdori ko'ruv maydonida har xil bo'lishi mumkin. Mikobakteriyalar soni 1 ml hajmda olingan preparatda 50000 dan ko'p bo'lsa, bakterioskopik usulda tez aniqlanadi.

Surtmada mikobakteriyalardan, hatto bir nechta topilishi ham tashxis uchun muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Shunday ekan, imkoni boricha butun preparatni ko'zdan kechirib chiqish zarur. Ba'zan shunday ham bo'ladi: qayta-qayta tekshirib ko'rilgandagina sil mikobakteriyasi topiladi.

Bakteriologik usulda tekshirilayotgan patologik material avvaliga Ulengut va Sumiosh bo'yicha (15—20 % *HCI* yoki H_2SO_4 eritmasi) ishlov beriladi. So'ngra material sentrafugada aylantiriladi va fiziologik eritma bilan yuviladi. Keyin Lyovenshtayn-Yensen muhitiga ekiladi. Usulning kamchiligi shundan iboratki, mikobakteriyalarning o'sishi 2—12 haftadan so'ng kuzatiladi.

Sil kasalligida eng samarali usul, dengiz cho'chqalarida biologik sinama o'tkazish hisoblanadi. Buning uchun bemordan olingan patologik materialdan 1 ml hajmda cho'chqalarning terisi ostiga yoki qorin bo'shlig'iga yuboriladi. 5—10 kundan keyin limfadenit, so'ngra tarqalgan infeksion jarayon yuzaga keladi va hayvonlar o'ladi. Serologik usulda antigen va antitelolarni aniqlovchi KBR, agglutinatsiya, bilvosita reaksiyalari (Boyden reaksiyasi) quyiladi. Kasallikni erta aniqlashda Pirke, Mantu kabi teri sinamalarining ahamiyati katta.

Pirke reaksiyasi (teri ustiga tuberkulin surtiladi) yoki Mantu reaksiyasi (teri ichiga tuberkulin yuboriladi), asosan bolalar silini aniqlashda qo'llaniladi. Pirke reaksiyasida bilak terisi bitta tilinib, shu joyga suyultirilmagan tuberkulindan bir tomchi surtiladi. Natija 48 soatdan so'ng hisobga olinadi. Diametri kamida 5 mm.li infiltrat paydo bo'lsa, reaksiya musbat, deb hisoblanadi.

Odatda, *Mantu reaksiyasi* aniq natija beradi. Bu reaksiya uchun tuberkulin 0,25 % li karbol kislota eritmasi bilan 1:1000 va 1:100 nisbatda suyultirilib, teri ichiga yuboriladi. 48 soatdan keyin infiltrat paydo bo'lsa, reaksiya musbat deb hisoblanadi. 1:100 nisbatda suyultirilgan tuberkulin yuborilganda manfiy natija olinsa, bolada sil yo'q, deb hisoblash mumkin.

Teri silining davosi va profilaktikasi. Qo'llaniladigan davo tadbirlari, avvalo, etiologik va patogenetik omillarga qaratilmog'i lozim. Teri sili ham silning bir ko'rinishi, shuningdek, u butun a'zo kasalligi ekanligini hisobga olib, birinchi navbatda unga umumiy davo qo'llash zarur. Teri siliga chalingan bemorlarni davolashda maxsus dori-darmonlar bilan bir qatorda organizmning umumiy quvvati va immun qarshiligini oshiradigan vositalardan foydalanish zarur. Silga qarshi antibiotiklardan foydalanishning keng yo'lga qo'yilganligi, uni davolash samarasini oshirishda muhim omillardan hisoblanadi. Rifampitsin va uning mahsuloti rifampitsin (rifadin) silga qarshi ishlatiladigan eng zamonaviy antibiotiklardan, u 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga har kg tana vazniga 10—20 mg.dan kuniga ikki mahal ichishga buyuriladi.

Streptomitsin — silning barcha formalarida, xususan, o'pka va boshqa a'zolarda sil jarayoni bilan birga kechayotgan sil yugurugida etiologik va terapevtik natija beradigan antibiotikdir. Streptomitsin to'qimalar oralig'iga yengil singib ketadi va biologik suyuqliklar bilan aralashib komplement tizimidagi lizotsim faolligini oshiradi, fagotsitozini tezlashtiradi. Davo kursi kuniga 0,5—1,0 g. dan, jami 40—80 g. Ftivazid teri silining hamma xilida, ayniqsa skrofulodermada keng qo'llaniladi. Bemorning yoshiga qarab, 0,5 g.dan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin beriladi; jami davo kursi 40 g.dan 250 g.gacha.

PASK (paraaminosalitsilat kislota) ko'proq skrofuloderma yoki kollikvativ teri silida qo'llaniladi. Kattalar uchun kundalik miqdori 8—12 g, besh yoshdan oshgan bolalarga esa, 6—8 g buyuriladi. Bemorning terisida har xil dermatitlar yuzaga kelmasligi hamda me'da-ichaklar ishi buzilmasligi uchun natriy bikarbonat eritmasini sutga yoki borjom mineral suviga qo'shib ovqatdan 30 minut keyin ichish tavsiya etiladi. PASK natriyli tuzining bolalarga kuchli allergik ta'siri borligini e'tiborga olib kam buyuriladi. Ergosterilning spirtdagi eritmasi D_2 vitamini (achitqilardan olinadi) teri silining deyarli hamma xillarida ishlatiladi. Ayniqsa, uni boshqa o'ziga xos dorilar bilan birga qo'llash yaxshi natija beradi. 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga beriladigan bir martalik miqdori 0,10—0,15 kuniga 2—3 marta, kattalar uchun 0,75—1,0 dan davo kursiga 30—40 mln XB, bolalar uchun 8—10 mln XB (xalqaro birlik) buyuriladi.

Teri silining paydo bo'lishida atrof-muhitning sanitariya ahvoli va ijtimoiy omillar juda katta ahamiyatga ega ekanligini nazarda tutib, uning oldini olishda shu omillardagi nuqsonlarni bartaraf etish talab etiladi.

MOXOV *(LEPRA)*

Moxov *(lepra)* butun organizmni, xususan teri, asab tizimi hamda ichki a'zolarni zararlaydigan surunkali infeksion kasallik. Kasallik qo'zg'atuvchisi kislotaga chidamli mikobakteriyalar *(Mycobacterium leprae Hansen)*dir. Bu kasallik insoniyat olamiga juda qadimdan ma'lum. Ayrim tarixiy qo'lyozmalarning guvohlik berishicha, miloddan 3500–3000 yil avval moxov Misrda uchragan. Ayniqsa, dunyoning sharqiy, janubi-sharqiy qismida joylashgan davlatlarda, jumladan, Xitoy, Koreya, Mo'g'iliston, Laos, Vyetnam, Malayziya, Filippin va Indoneziya orollarida esa, eramizdan 2,5—2 ming yil ilgari lepra kasalligiga chalinganlar juda ko'p bo'lganligi to'g'risida dalolat beruvchi manbalar mavjud.

Moxov arabcha — yo'q qilish yoki chetlatish, izini yo'qotish kabi ma'nolarni anglatadi. Qadimgi arab xalifaligida bu kasallikni «juzom» deb ham atashgan. Bu ushbu xastalik oqibatida bemor a'zolari irib tushib ketadi, degan ma'noni bildiradi.

Yaqin-yaqinlargacha moxov bedavo dard hisoblanar, bemor bir necha yil azoblanib, qiynalib o'lib ketar, bu dardga chalinganlardan xazar qilinar, ular yashash joylaridan haydab yuborilib, sog'lom kishilar bilan muloqotda bo'lishga yo'l qo'yilmas edi. Moxov kasalligi Yevropa davlatlarida lepra *(Lepra)*, deb yuritiladi va bu nom dunyo tibbiyot tiliga kiritilgan. X–XI asrlarda yashagan Abu Mansur al-Husayn ibn Nux al-Buxoriy, Abu Ali ibn Sino, Nafis Binni Avaz al-Jurjoniy va boshqalar moxovning kelib chiqish sabablari, yuqish yo'llari, asosiy klinik belgilari, davolash, oldini olish choralarini o'rganganlar.

Etiologiyasi. Moxovning qo'zg'atuvchisi (*M.lepra)*ni norvegiyalik shifokor A. Gansen 1873-yili kashf etgan, u o'zining tuzilishi va xususiyatlari jihatidan sil mikobakteriyasiga juda o'xshab ketadi. Uni kasallangan a'zolarning to'qimalari va burun shilliq'idan topish mumkin. Ular Sil-Nilsen usulida yaxshi bo'yaladi.

Moxov kasalligi bilan faqat odamlar kasallanadi. Sun'iy usul bilan eksperimental sharoitda shimpanze maymuniga infeksiya yuqtirilib, kasallikning hayvonlarda kechishi kuzatilgan. Bolalar moxov yuqishiga kattalarga qaraganda ko'proq moyil bo'lishadi. Kasallik bemordan u bilan muloqotda bo'lganda, xususan sanitariya-gigiyena sharoitlari past bo'lgan sharoitlarda yuqadi. Keyingi yillarda infeksiya aerogen (havo orqali yuqori nafas yo'llari shilliq qavatidan) yoki zararlangan teridan kiradi degan nazariyalar mavjud. Umuman, moxovning yuqish yo'llari yetarlicha aniqlangan emas.

Klinikasi. Moxov kasalligi asta-sekin boshlanadi. Inkubatsion davri 2—3 oydan 5—6 yil, ba'zan 10—20 yilgacha cho'zilib ketishi mumkin. Moxovga chalingan bemorlarning og'iz-burun shilliq qavatida mikobakteriyalar juda ko'p bo'ladi. Ma'lumotlarga ko'ra, bemor 10 daqiqalik oddiy suhbat davrida ming-minglab moxov tayoqchalarini tashqi muhitga chiqaradi va uning radiusi 1—1,5 m. ga yetadi. Shunga qaramasdan kasallikning yuqish darajasi sil kasalligiga nisbatan bir necha barobar past.

Xastalikning inkubatsion davri oxiriga kelib, bemorlarda umumiy darmonsizlik, isitma chiqib turishi va nevrologik og'riqlar, chov va son limfa tugunlarining kattalashuvi, burun qurib, uni qonab turishi kuzatiladi. Klinik manzarasi juda xilma-xil bo'lishi bilan ajralib turadi. Uning 3 klinik shakli tafovut qilinadi: lepramatoz (xavfli og'ir kechuvchi), tuberkuloid (xavfsiz), differensiallanmagan (noaniq xili).

Moxovning lepramatoz, ya'ni do'mboqcha va tugunli xilida dastlab ko'zga tashlanmaydigan qizg'ish pushti dog'lar paydo bo'lib, ular teri damidan biroz ko'tarilib turadi. Bunda terining og'riqni, harorat va bosimni sezish darajasi deyarli o'zgarmaydi. Bunday belgilar qosh, peshana, quloq suprasi, qo'l va oyoqlarda uchraydi. Asta-sekin dog'lar qattiqlashib infiltratsiyalanadi. Infiltratlanish gipodermagacha yetib borib tugunlar (leproma) hosil qiladi. Terida har xil kattalikdagi depigmentlangan yoki gipopigmentlangan dog'li tugunlar va do'mboqchalar — lepromalar paydo bo'ladi. Lepromalar bir-biri bilan qo'shilib, katta-katta infiltratlarni hosil qilishi mumkin.

Bemorning peshanasida, og'iz-burun atrofida, jag'ida va quloq sohasida joylashgan bunday lepromalar uning qiyofasini o'zgartirib,

xuddi «arslon» aftiga o'xshatib qo'yadi *(facies leonina)*. Kasallik o'choqlari sohasida sezuvchanlik yo'qolib, shu sohadagi soch va tuklar tushib ketadi, ayniqsa, qosh va kipriklar to'kiladi. Do'mboqcha va tugunlar qattiq, kattaligi moshdek, hatto no'xatdek bo'lishi, rangi qizg'ish-jigarrang, ba'zan to'qima gemorragik komponentlari qo'shilishi oqibatida zangsimon bo'lishi mumkin.

To'qimalarning qon bilan ta'sirlanishi susayib, hadeganda bitavermaydigan trofik yaralar paydo bo'ladi, yaralar yuzasi qon-yiring aralash po'st bilan qoplanib, unda son-sanoqsiz moxov mikobakteriyalari bo'ladi. Tugunlar o'rnida hosil bo'lgan yaralar asta-sekin granulatsiyalanib chandiqlanadi. Katta tugunlar va infiltratlar chuqur yaralar hosil qiladi, ular mushaklarga, hatto suyaklarga ham yetib borishi mumkin.

Moxovning lepramatoz xilida burun, og'iz, ko'z shilliq qavatlari ham shikastlanadi. Kasallik boshlanishidayoq burun shilliq qavatidan Ganzen tayoqchalari topiladi. Burun shilliq qavati zararlanib, rinit kuzatiladi. Terida — eritematoz infiltrat (gemorragik ajralma), burun ichida esa, qonli qora qo'tir (surunkali rinit) yuzaga keladi, ba'zan infiltratlar burun tog'ayini qing'irqiyshiq, xunuk qilib qo'yadi. Tugunli qattiqlanish yumshoq, qattiq tog'ay sohasida, til va lablarda, shuningdek, infiltratlar tomoq, hiqildoq, ovoz paylari, shilliq qavatlarida ham bo'ladi. Bunda bemorning ovozi xirillab qoladi. Ko'z shilliq pardasi zararlanganda konyunktivit, episklerit, keratosklerit, erit, eridosklerit kuzatiladi.

Ko'z muguz pardasining infiltratlanib yaralanishi ba'zan bemorlarni butunlay ko'r qilib qo'yadi. Markaziy asab tizimida o'zgarishlar bemorlarda nevrotik buzilishlar, nevroz, psixoz holatiga olib kelsa, periferik asab tizimi yallig'lanishi esa, qattiq og'riq bilan kechadigan nevrit, polinevritga sabab bo'ladi. Aksariyat *n.n.ulnaris, auricularis magnus et pereneus* zararlanadi. Nerv tolalari tugunlari paypaslanganda qo'lga yaxshi unnaydi. Og'riq, harorat va taktil sezuvchanlik yo'qoladi. Gipersteziya, pareztiziya holatlari, anesteziya va analgiziya holati bilan almashinib turadi. Zararlangan sohalarda yog' va ter ajralishi kuchayadi, shuning uchun bunday bemorlarning terisi biroz yaltirab, namlanib turadi.

Kasallikning lepramatoz xilida og'riq va issiq-sovuqni sezish sezgisining yo'qolishi og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin. Issiqni sezmagan bemor ko'pincha kuyib qoladi. Natijada qirrasi notekis yaralar paydo bo'lib, ular chuqur o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bunda yon atrofdagi to'qimalar ham zararlanib parchalanadi. Ayniqsa, bunday holat qo'l va oyoq barmoqlarida bo'lsa, ularni amputatsiya qilib olib tashlashga to'g'ri keladi. Teridagi trofik buzilishlar zararlangan sohada teri rangini o'zgartirib yuboradi va tovon barmoqlarining mutilatsiyasi kabi og'ir asoratlarni keltirib chiqaradi. Trofik o'zgarishlar natijasida bemorlarning tovon va barmoqlari xuddi qurbaqa yoki tulen panjalariga o'xshab ketadi. Oyoq va qo'ldagi tirnoqlar deformatsiyalanadi. Sekin-asta ter va yog' bezlarining giperfunksiyasi gipofunksiya bilan almashinadi. Terining ter va yog' ishlab chiqarish xususiyati butunlay to'xtab qolishi ham mumkin.

Periferik asab tizimi faoliyatidagi o'zgarishlar oqibatida bemorning harakat qilishi buziladi. Dastlab tovon va barmoqni yoyuvchi mushaklari, keyinchalik tirnoq hamda boldir mushaklari notekis atrofiyalanadi. Bunday mushaklarning ichkari bukadigan xususiyati oshib barmoqlar yarim oysimon bukilgan holatga kelib qoladi. Bora-bora bemorning yuzi, ko'zi atrofidagi mushaklari ham atrofiyalanadi, ko'zni o'rab turuvchi mushaklarning kichrayishi bemorning ko'z qovoqlari oxirigacha yopilmay qolishiga sabab bo'ladi (lagoftalm). Yuzdagi asabning zararlanishi oqibatida mimika mushaklar atrofiyalanib, bemorning yuz ko'rinishi niqob kiygan yoki qayg'uli odamga o'xshab qoladi.

Moxovning (teri sili shaklidagi) **tuberkuloid** xili birmuncha xatarsiz bo'lib, ancha yengil o'tadi. Bunda teri toshmalar — dog'lar, do'mboqcha va tugunchalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Tugunchalar ko'pincha halqa, yoy ko'rinishida to'p-to'p bo'lib joylashadi, dastlab qizg'ish, keyinchalik esa, ko'kish-qizil tusga kiradi. Ular qizil yassi temiratkidagi tugunchaga o'xshab ketadi. Moxov mikobakteriyasining topilishi ham ancha past bo'ladi. Bunda ichki a'zolar kam zararlanadi. Ba'zan poligonal papulalar yoki tuberkuloidlar bir-biriga qo'shilib, teri damidan ko'tarilib

turadigan yallig'langan pilakchalar (pilakchasimon tuberkuloid) hosil qiladi. Buni differensiallanmagan xilidan farqlash ancha mushkul. Bemorning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi, lekin toshma toshgan joyda sezuvchanlik va ter ajratish biroz kamayadi. Burun shillig'ida moxov tayoqchasi kamdan kam topiladi. Toshmalar badan terisining hamma joyida uchrashi mumkin, lekin qorin, son, boldir, yuz terisida ko'proq uchraydi. Ular yo'qola boshlaganida terida depigmentlangan yoki atrofiyalangan joylar qoladi. Moxov vitiligodan farq qilib, unda 1:1000 nisbatda 0,1 ml gistomin teri ichiga yuborilsa, dog'lar periferiyasida giperemiya hosil bo'lmaydi (akson-refleks yo'q).

Asab tugunlari biroz shishadi, paypaslaganda qo'lga unnaydi, ammo zararlanish lepramatoz xilidagiga nisbatan ancha kam bo'ladi. Moxovning tuberkuloid xilida soch to'kilishi, ter va yog' bezlarining kamayishi ko'p uchraydi.

Differensialanmagan — ya'ni moxovning noaniq xilida, asosan, bemorning terisi va asab tizimi zararlanadi. Moxovning bu xili aksariyat bolalarda uchraydi. Ularning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi. Kasallik, asosan, nevrologik simptomlar, eritematoz giperpigmentlangan yoki depigmentlangan har xil kattalikdagi chegarasi aniq dog'lar bo'lishi bilan ifodalanadi. Zararlangan teri sohasida soch to'kiladi, ter ajralishi buziladi, terining sezuvchanligi oldin oshib, keyin yo'qoladi. Bir necha oydan so'ng mushaklar atrofiyasi avj oladi, qo'l va oyoqlar shakli o'zgarib, bemor mehnatga yaroqsiz bo'lib qoladi, yuz mimika mushaklarining atrofiyalanishi oqibatida uning basharasi niqob kiyganga o'xshab, ko'z qovoqlari tortilib, oxirigacha yopilmay qoladi (lagoftalm).

Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq moxovning aralash yoki dimorf xili kuzatiladi. Bunda lepramatoz, tuberkuloid va differensiallanmagan xillariga xos klinik belgilar namoyon bo'lishi mumkin. Ayrim vaqtda bolalarda moxov xatto tugunli eritemani eslatadi.

Laboratoriya diagnostikasi. Moxov mikobakteriyalari to'g'ri yoki biroz egilgan tayoqcha shaklida bo'lib, uzunligi 1—8 mkm, eni 0,2—0,5 mkm, bir uchi ikkinchisiga nisbatan yo'g'onroq bo'lishi

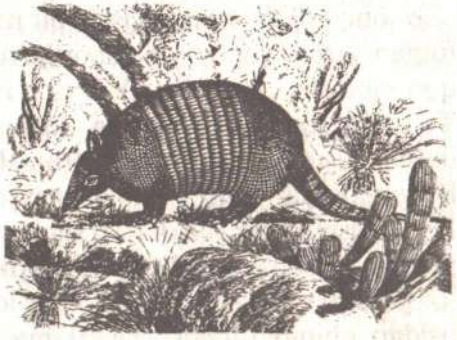
mumkin. Ular hujayra ichiga kirib, qattiq sharsimon tugunchalar hosil qiladi va bir-biri bilan zich yopishib joylashadi. Zararlangan to'qimalarda moxov tayoqchalari sharsimon, ipsimon, to'g'-nog'ichsimon va boshqa shaklda uchraydi. Mikobakteriyaning tarkibida 9,7—18,7 % lipid va 2,25 % gacha fosfatidlar bor, shuning uchun maxsus Sil-Nilson usuli bilan qizil rangga bo'yaladi. Bundan tashqari tarkibida moy pigmentlari, turli mum hamda leprozin mikol kislotalari ko'p bo'lganligi uchun ular kislotaga chidamli. Spora va kapsula hosil qilmaydi, harakatsiz.

Moxov tayoqchalari sil kasalligining qo'zg'atuvchilari o'sadigan oziq muhitlarda o'smaydi. Tekshiriluvchi materialni oq-sichqonlar oyog'i ostiga yuborib o'stirishga erishilgan. 1974-yili Storrs lepra mikobakteriyasini to'qqiz belbog'li armedill organizmida *(Dasypus novemcinctus)* ko'paytirish usulini yaratishga muvaffaq bo'ldi. Armedill organizmida mikobakteriyalar 15 oydan so'ng turli shakllarda, asosan, ularning hujayra sitoplazmasida ko'payadi. Hozir bronenos (Texas va Luizianada) va mangaboy maymunlarini kasallantirish usullari ishlab chiqilgan.

M.lepra tashqi muhitga juda chidamli. Dezinfeksiyalovchi moddalar: xlorli ohak, xloramin, formalin va boshqalar ta'sirida esa, tezda nobud bo'ladi. Laboratoriya tekshiruvida moxov mikobakteriyalari topilmasa, shifokor kasallikning klinik belgilariga ko'ra tashxis qo'yadi. Ammo, laboratoriya tekshiruvi orqali qo'yilgan tashxis aniq va ishonarliroq bo'ladi.

Kerakli asbob-anjomlar:

1. Doka tampon o'ralgan tayoqchalar.
2. Buyum oynalari.
3. Skalpel.
4. 96° C li etil spirti.
5. Mikroskop.
6. Sil-Nilsen usulida bo'yash uchun zarur bo'ladigan bo'yoqlar.
7. Pinset.
8. O'tkir ustara (yoki olmos).



To'qqiz belbog'li armedill.

Kasallikning lepramatoz shaklida boshqa formalariga nisbatan mikobakteriyalar ko'proq topiladi. Yuqori nafas yo'llari, masalan, burun shilliq pardasi devoridan olingan surtmalardan preparat tayyorlanadi. Buning uchun materialni olishdan oldin burun bo'shlig'i yaxshilab tozalanadi, buni bemorning o'zi ham bajarsa bo'ladi. So'ngra uchiga avvaldan doka tampon o'ralgan tayoqchalar bilan burunning ichki devoridan surtmalar olinadi va bir necha buyum oynasiga qalinligi bir xil qilib surtiladi. Burundan odatdagi ajrab turgan shilimshiqni olish yaramaydi. Ularda moxov mikobakteriyasi juda kam bo'ladi yoki bo'lmasligi ham mumkin. Surtmalarni tish shifokorlari amaliyotida qorishma tayyorlashda ishlatiladigan kichik kurakchalarda olsa ham bo'ladi, lekin burun devorini shikastlab qo'ymaslik kerak. Aks holda surtmaga qon elementlari aralashib qolsa, mikobakteriyalarni topish mushkullashadi.

Mikobakteriyalarni topishda zararlangan teri tayoqchaning suyuqligidan tayyorlangan surtmalarni mikroskop ostida tekshirish yaxshi natija beradi. Terining zararlangan qismidan to'qima suyuqligini olishdan avval shu joy spirt bilan yaxshilab artib tozalanadi. Bundan maqsad, birinchidan, aseptik qoidaga rioya qilingan bo'ladi, ikkinchidan, teridagi kislotalarga chidamli ba'zi saprofit mikobakteriyalar tozalangan bo'ladi.

Mo'ljallangan teri sathini chap qo'l barmoqlari bilan qisib turib steriflangan jarrohlik skalpel bilan uzunligi 5 mm, chuqurligi 2,5–3 mm qilib tilamiz. So'ngra ajrab chiqqan suyuqlikni qirib olib shundan buyum oynasida bir necha surtma tayyorlanadi. Qisib turgan barmoqlar qo'yib yuborilganda tilingan joydan odatda biroz qon chiqishi kerak, bu tilish to'g'ri bajarilganidan dalolat beradi. To'qima suyuqligi yuzning qosh, peshana, quloq suprasi, bel, dumba qismida joylashgan lepromalardan olinadi. Yaraga aylangan lepromalardan ham surtmalar tayyorlash mumkin. Surtmalar Sil-Nilsen usulida bo'yaladi (teri siliga qaralsin). Bo'yalgan surtmalarda moxov mikobakteriyalari qizil yoki pushti rangda bo'lib to'da-to'da holda joylashadi. Ularning joylashishi aksariyat sigaret qutisidan chiqib turgan sigaretlarga o'xshaydi, ba'zan esa yakka-yakka holda joylashishi ham mumkin. Sil mikobakteriyalari burchak

yoki rim harflari shaklida ko'rinsa, moxov mikobakteriyalari parallel shaklida hamda biroz uzunroq bo'lib ko'rinadi.

Mikobakteriyalarini topish uchun tekshiriladigan 1 ml materialda kamida 10000–100000 ta mikobakteriya bo'lishi kerak. Buning uchun bir surtmada 60–100 ta ko'rish maydonini ko'zdan kechirib chiqish kerak. 1–2 dona mikobakteriyalarni topish tashxisni tasdiqlay olmaydi. Ko'rish maydonida mikobakteriyalar sonini Xort sxemasi bo'yicha belgilaydigan bo'lsak, u quyidagicha bo'ladi: 0 — mikobakteriyalar yo'q, + — shubhali, ko'rish maydonida bitta-ikkita bor, ++ — ko'rish maydonida anchagina, +++ — ko'rish maydonida juda ko'p. Moxov mikobakteriyalariga tekshirishni bir necha marta takrorlagan ma'qul. Ishlatilgan asbob-uskunalar va buyum oynalari avval alangada, so'ng avtoklavda sterillanadi.

Kasallik qo'zg'atuvchisini sil mikobakteriyalaridan farq qilish uchun patologik materialni 0,85 % li natriy xlorid eritmasida dengiz cho'chqasiga yuqtiriladi. Agarda bemor sil bilan kasallangan bo'lsa, u holda dengiz cho'chqasida tezda sil kasalligi rivojlanadi va u o'ladi yoki aksincha dengiz cho'chqalari moxovga chalinmaydi. Umuman moxov kasalligi ijtimoiy-iqtisodiy xastaliklardan hisoblanadi. Shuning uchun uchinchi dunyo mamlakatlari (Hindiston, Nepal, Butan, Bangladesh, Filippin orollari, Xitoy va boshq.) aholisi orasida kasallik avvallari ko'p uchragan. Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (2000) ma'lumotlariga qaraganda, hozirgi paytda dunyo bo'yicha 1,0–1,3 mln aholi bu kasallikka chalingan. So'nggi yillarda ishlab chiqilgan yangi davo vositalari (rifampitsin, dapson, lampren) hisobiga kasallanish kamayib ketdi.

Keyingi yillarda o'tkazilgan (1997–2003) epidemiologik tadqiqotlardan ma'lum bo'ldiki, O'zbekiston hududiga moxov kasalligi Janubi-Sharqiy Xitoydan (Urumchi, Yorkent), Rossiyaning Uzoq Sharq viloyatlaridan (Saxalin, Amur, Kamchatka, Irkutsk), Astraxan va Qozog'istonning Qizil O'rda viloyatidan kirib kelgan ekan.

Davosi va profilaktikasi. Moxovga chalinganlar maxsus kompleks terapiya (KT) olishadi, ya'ni 6–12 oy mobaynida rifampitsin,

lampren (klofazimin), dapson sxema asosida davolanadi. Moxov bilan og'riganlar oddiy sanitariya-gigiyena qoidalarini yaxshi bilishlari, badani va kiyim-kechaklari ozoda bo'lishiga e'tibor berishlari lozim. Ularning ich kiyimlarini yuvishdan oldin dezinfeksiyalash zarur. Kasallar ishlatgan barcha bog'lov materiallari yoqib tashlanadi, xonalar esa dezinfeksiyalanadi.

VIRUSLI DERMATOZLAR

Viruslar sabab bo'ladigan dermatozlar teri kasalliklari ichida salmoqli o'rin egallaydi. Ularga, asosan oddiy uchuq, o'rab oluvchi yoki belbog'simon uchuq kiradi. Bu kasalliklarning klinik ko'rinishi har xil bo'lishiga qaramay yuqish yo'llari bir-biriga juda yaqin, qo'zg'atuvchilari esa, viruslardir.

Oddiy uchuq *(Herpes simplex)* virusi boshqa viruslardan farq qilib, u organizmda yillab saqlanishi, ba'zan noxush omillar (zotiljam, har xil intoksikatsiya va boshq.) ta'sir etganda, ular faollashib, kasallikni yuzaga keltirishi mumkin. Aksariyat cho-'chish, sovqotish, shamollash, gipovitaminoz, ruhiy ta'sirlar ham viruslarni qo'zg'atib, oddiy uchuqqa sabab bo'ladi. Ba'zan bemor bilan muloqotda bo'lganda ham kasallik yuqib qolishi mumkin.

Klinikasi. Badanning turli qismida teri qizarib, g'uj-g'uj mayda pufakchalar hosil bo'ladi. Kasallik alomati ko'ringunga qadar xuddi shu joylar sal achishib, qichishadi, biroz sanchib turadi. Oradan bir-ikki kun o'tgach, kattaligi tariq donidan tortib to moshdek keladigan g'uj-g'uj pufakchalar paydo bo'ladi, ular asosan giperemiyalanib turgan teri yuzasiga toshadi, ichida tiniq suyuqlik bo'ladi. Pufakchalar ichidagi suyuqlik bora-bora loyqalanadi, tortishib og'riydi. Ular tezda yorilib, sarg'imtir yupqa qora qo'tir bilan qoplanadi. U tushib ketgan joyda yana yangi po'stchalar paydo bo'ladi. Oddiy uchuq, asosan lab burchaklarida, lunjda, burun qanotlarida, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, ko'z qovoqlarida va jinsiy a'zolarda uchraydi.

Davosi. Terida paydo bo'lgan pufakchalar, eroziyalangan mayda yara-chaqalarga anilin bo'yoqlari, metilen ko'ki, brilliant yashili,

Kastellani bo'yog'i surtiladi. Qora-qo'tir bo'lgan joylar, yoriqlar, eroziyalarga 3–5 % li oq simob mazi, sintomitsin emulsiyasi, 1–3 % li oksolin, interferon, bonafton, gossipol, florenal mazlari surtiladi. Namlangan sohalarni quritish va dezinfeksiyalash uchun 1–4 % li kumush nitrat, 1–2 % li pioktanin eritmalari ishlatiladi. Og'iz bo'shlig'i yallig'langanda borat kislota, vodorod peroksid, kaliy permanganat, etokridin laktat, bikarbonat natriy eritmalari bilan tez-tez chayqab turish buyuriladi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda antibiotiklar buyuriladi; maxsus davodan tashqari simptomatik, immunostimular va umumiy davo choralari ko'riladi. Ayniqsa (genital oddiy uchuqda), kasallik tez-tez qo'zib turishi va yana qaytadan yuqishi mumkinligini nazarda tutib, uni mukammal davolash talab etiladi.

O'rab oluvchi yoki belbog'simon uchuq *(herpes zoster)*ni filtrlanuvchi neyrotrop virus qo'zg'atadi *(varicella roster)*. Virus o'zining juda ko'p xususiyatlari bilan suvchechak virusiga o'xshab ketadi. Kasallikning inkubatsion davri 7–8 kun mustaqil yoki biron-bir boshqa kasallik (o'sma kasalliklari, zotiljam, plevrit, leykoz, limfogranulematoz va boshq.) asorati sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Badanning muayyan bir nerv tolalari bo'ylab giperemiyalangan sohaga pufakchalar toshadi. Toshmalar aksariyat tananing bir tomoniga toshadi. Ular toshishidan oldin bemorning ko'ngli behuzur bo'lib, boshi og'riydi, biror asab tuguni bo'ylab tutib-tutib turadigan og'riq hamda xuddi shu joylarning achishib turishi kuzatiladi. Pufakchalar po'sti qattiq bo'lib, ichi tiniq suyuqlikka to'lib turadi, bora-bora suyuqlik loyqalana boshlaydi. Pufakchalar bir-biriga qo'shilib, qator joylashadi, ular atrofi giperemiyalanib, qizarib turadi.

Tashxisi. Uchuqning bu turiga tashxis qo'yish uncha qiyin emas, pufakchalarning ma'lum bir asab yo'li bo'ylab joylashishi, achishib qattiq og'rishi uni oddiy uchuqdan va boshqa kasalliklardan ajratib olish imkonini beradi.

Davosi. Kasallik yengil kechganida, o'z-o'zidan hech qanday davosiz ham o'tib ketadi. Interferon, kutizon, interferonogen kabi

dorilar bilan birga salitsilatlar, analgetiklar ishlatiladi. Bemorning yoshiga karab prozerin (0,001–0,005 g) qo'llash yaxshi naf beradi. Gemorragik va gangrenoz xillarida amidopirin, butadion, reopirin, vitaminlar (B_1, B_5, B_6, B_{12}, C), autogemoterapiya, gammaglobulin, antibiotiklar (penitsillin, levomitsitin, ampitsillin) buyuriladi. Sollyuks, ultratovush, ultrabinafsha nurlar, bo'yin simpatik tugunlari sohasiga diatermiya, Bernar diadinamik toki kabi fizioterapevtik muolajalarni qo'llash maqsadga muvofiq. Qattiq og'riqni bosish uchun novokainli elektroforez, sirkulyar blokada, 50 % li interferon mazi bilan fonoferoz qilinadi.

Tarqoq xilida kortikosteroidlar prednizalon, deksametazon, triamsinolon (15–20 mg. dan kuniga) qilinadi. O'tkir formalarida qo'zg'atuvchi dori-darmonlar, malhamlar hamda vanna buyurish yaramaydi. Yallig'lanishga qarshi va dezinfeksiyalovchi pasta, krem 1–2 % li oksolin mazi, 5 % li «Florenal», 20–25 % li interferon «Lorinden C», «Dermazolon» va spirtli anilin eritmalari ishlatiladi. Ayniqsa, virusga qarshi malhamlarni (gossipol, tebrofen, bonafton) anilin bo'yoqlari bilan almashtirib buyurish yaxshi naf beradi. Shuningdek, asiklovirni tabletka yoki malham holida qo'llash yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Iloji boricha, bemorlar bilan yaqin muloqotda bo'lmaslik, intoksikatsiya va sovqotishdan saqlanish zarur.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Patogen mikobakteriyalar qanday teri kasalliklarini keltirib chiqaradi?
2. Teri silining yuqish yo'llarini izohlang.
3. Teri silining qanday klinik xillari bor?
4. Moxov kasalligining yuqish yo'llarini so'zlab bering.
5. Kasallikning lepramatoz xilini ta'riflang.
6. Laboratoriya sharoitida mikobakteriyalar qanday aniqlanadi?
7. Patogen mikobakteriyalar qo'zg'atgan teri kasalliklari davosi va profilaktikasida nimalarga e'tibor berish kerak?
8. Virusli dermatozlarni klinik xillari haqida ma'lumot bering, yuqish yo'llarini ta'riflang.

TEST SAVOLLARI

1. *Teri silini aniqlashda nima asos bo'ladi?*

A) dermatologik status;
B) tugunlardan olingan materiallar;
D) bemorning subyektiv shikoyatlari;
E) obyektiv tekshirish natijalari.

2. *Moxovni lepramatoz xilini aniqlashda qanday reaksiya qo'yiladi?*

A) Pirke reaksiyasi;
B) Mantu reaksiyasi;
D) Lepromin reaksiyasi;
E) Bryuni reaksiyasi.

3. *Moxov kasalligini aniqlashda Minor sinamasi qanday qo'yiladi?*

A) teridan sinama olinib reaksiya qo'yiladi;
B) qon reaksiyalari qo'yiladi;
D) yod va kraxmal zararlangan joyga qo'yiladi;
E) to'g'ri javob yo'q.

4. *Katta yoshdagi odamlar ichida oddiy uchuq necha foizni tashkil qiladi?*

A) 50 %;
B) 70 %;
D) 80 %;
E) 90 %.

5. *Belbog'simon uchuqning necha xili farq qilinadi?*

A) 5 xili;
B) 6 xili;
D) 7 xili;
E) 4 xili.

VAZIYATLI MASALALAR

1. Bemor M. 30 yoshda. Badanidagi terining ayrim joylarida o'ziga xos katta-kichik infiltratlar mavjudligi va ular avval yumshoq shaklda bo'lib, tez-tez yaralanish, po'st to'kilishlar va yara kengayib borishidan shikoyat qilib jarrohlik bo'limiga murojaat etgan.

Bu bemorda qanday kasallik alomatlari bor? Teri parvarishi va davosi qanday amalga oshirilishi bo'yicha fikringiz.

2. Bemor K. 27 yoshda. Uning 3—4 kundan buyon tana harorati ko'tarilib, labining burchak qismida qizargan pufaklar paydo bo'lgan, uni nina bilan teshib siqib tashlaganidan so'ng yara kengayib ketganligidan shikoyat qilib shifokorga murojaat qilgan.

Sizning tashxisingiz. Davolash va parvarish qilishdagi fikringiz.

3. Bemor S. 45 yoshda. 3—5 yildan buyon tirsak oldi, oyoqda, jinsiy a'zolarining shilliq qavatida qandaydir toshmalar toshib, butun badaniga tarqalib ketayotganligi, har xil issiq-sovuq muolajalar bilan oldini olishga harakat qilganligi, lekin hech qanday foyda bo'lmaganligi, aksincha, ularni o'rniga to'q jigarrang dog'lar paydo bo'lganligi bilan shifokorga murojaat qilgan.

Siz bemorda qanday kasallik bor deb o'ylaysiz va uni davolash uchun qanday chora-tadbirlar belgilaysiz?

4. Bemor A. terisida har xil hajmdagi silliq tangachalar paydo bo'lib, terida qichish va tortish kabi shikoyatlar bilan dermatologga murojaat qildi. Shifokor bemor terisidagi o'zgarishlarni ko'rib, tangachali temiratki deb tashxis qo'ydi.

Bemorga nisbatan qanday laboratoriya tekshirishlarini o'tkazish lozim deb o'ylaysiz? Bemorni parvarishlashni nimadan boshlash kerak?

5. Bemor L. 33 yoshda. Qoni laboratoriya tekshirishidan o'tkazilganda quyidagilar ma'lum bo'ldi: leykopeniya, limfopeniya, anemiya trombotsitopeniya, gammaglobulinemiya, eritrotsitlar cho'kishi tezligi oshib ketishi, *LE* hujayra mavjudligi, yadroga qarshi antitelolar topilganligi.

Bemor qanday kasallik bilan xastalangan? Uni davolash uchun nima qilish kerak?

6. Bemor D.ni umumiy darmonsizlik, isitma chiqib turishi, nevralgik og'riqlar, chov va limfa tugunlarni kattalashuvi, burun tez-tez qonab turishi, shuningdek, quloq suprasida, qoshida, peshanasida, qo'l va oyoqlarda do'mboqcha tugunlar borligi bezovta qiladi.

Bemorda qaysi kasallikka xos belgilar bor? Bemorga tashxis qo'yish uchun qanday tekshirishlar o'tkaziladi?

7. Bemor T.ning tanasi turli joylarida har xil halqasimon, yoysimon to'p-to'p dog'lar, do'mboqchalar va tugunchalarni ko'rgan dermatolog moxov, deb tashxis qo'ydi.

Bemor moxovning qaysi shakli bilan kasallangan? Uni vitiligodan farq qilish uchun qanday muolaja o'tkazish kerak?

8. Bemor R. 35 yoshda. Tovonida, panja oralig'ida po'st tashlashlar, pufaklar paydo bo'lganligidan shikoyat qilib jarrohga murojaat etgan. Jarroh unga dori-darmon yozib bergandan so'ng kasallik susaygan.

Kasallikni aniqlash uchun qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak? Jarroh qanday tashxis qo'ygan?

9. Bemor K. 13 yoshda. Boshining sochli qismida diametri 3—4 sm keladigan 2—3 ta yirik o'choqlar bo'lib, abssess kabi yupqa tangachalar bilan qoplangan, kasallik o'chog'ida sochlar bir xil uzunlikda bo'lib, teri damidan 3—5 mm tepadan sinib ketadi, soch siniqlari kulrang oqish mufta bilan o'ralib turadi.

Bunday belgilar qanday kasallikda kuzatiladi? Sizning tashxisingiz. Parvarish va davo muolajalarini belgilang.

10. Bemor Z. 45 yoshda. Bir necha yildan buyon qandolatchilik fabrikasida ishlaydi. Uni barmoqlari orasida, ko'krak bezi, qo'ltig'i ostidagi yallig'lanish, shuningdek, tirnoq ostidagi infiltrat, qizarish va tirnoq usti po'tlog'ining tushib ketishi bezovta qiladi.

Bemor qanday kasallik bilan og'rigan? Unga qanday yordam berish mumkin?

11. Bemor X.ni 3 kundan buyon barmoqlar orasida kaftning yon tomonlarida, keyinchalik butun badanidagi qichishlar va mayda pufaklar toshishi bezovta qilmoqda. Mutaxassis shifokor unga allergiya, deb tashxis qo'ydi, lekin kasallikka qarshi vositalar yordam bermadi.

Sizningcha, bu qaysi teri kasalligiga xos belgilar? Bemorga qanday yordam berish mumkin deb o'ylaysiz?

12. Paxta yig'im-terimi davrida 35—40 kishi bir xonada yashaydi. M. ismli o'quvchida boshi, badani qichishi takrorlanib turadi. Dugonalari uning sochi va kiyimini tekshirib ko'rishganda bit borligini aniqlashdi.

M. ismli qizga, uning hamxonalariga qanday chora-tadbirlar belgilagan bo'lardingiz? Davolash muolajalari xaritasini tuzing.

13. F. ismli bola mollarni daryo sohilida yetaklab yurganida uni qon so'ruvchi chivin 2—3 marta chaqadi. 3—7 hafta o'tgandan keyin oyoqlari qizargan, tirnalgan joyda teri ozroq ko'tarilib, do'mboqcha bezillab og'riq bera boshlaydi.

Bolada qaysi kasallik boshlangan? Qanday davo va parvarish tadbirlarini belgilash mumkin?

14. Bemor X. 69 yoshda. Yuz terisiga 10 yil avval oq dog' tushgan, keyin bo'yin va butun tanaga tarqalgan. Kasallik boshlanganida e'tibor bermaganligi haqida shifokorga so'zlab berganida u vitiligo deb tashxis qo'ygan.

Bemorga nisbatan qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak deb o'ylaysiz? Qanday chora-tadbirlarni belgilash mumkin?

15. Bemor S. 41 yoshda. Qo'l kaft terisida qizarish, mayda tugunchalar, pufaklar, yiringli toshmalar, tangachalar bezovta qilayotganligi bilan murojaat qilgan. Shifokor subyektiv va obyektiv tekshirganda yuqorida bemor tomonidan keltirilgan o'zgarishlar hisobiga hosil bo'lgan, deb xulosa qildi.

Bemorda qanday kasallik paydo bo'lgan? Bemorni parvarish qilish va davolash tadbirlarini ishlab chiqing.

16. Bemor O. 63 yoshda. Uzoq yillar davomida bronxial astma uni bezovta qiladi. Shifokor tomonidan tekshirilganda badanida tirnalgan joylar ko'pligi, teri qalinlashganligi, ayrim joylarda papulalar mavjudligi ayon bo'ldi. Bemorning subyektiv analizida badani tez-tez qattiq qichib turishi ma'lum bo'ldi.

Bemordagi o'zgarishlar qaysi kasallikka xos? Qanday parvarish va davo belgilaysiz?

17. Bemor X. 11 yoshda. Maktabda profilaktik tibbiy ko'rik o'tkazilganda uning qo'l va oyoqlari yoziluvchi sohalari terisida qavariqlar paydo bo'lganligi, so'rab surishtirilganda bot-bot qichib turishi ma'lum bo'ldi. Teri yaxshi kuzatilganda qavariqlar to'g'nog'ich boshidek och qizil, mayda, konussimon qattiq ko'rinishda bo'lib o'zlaridan tugunchalar qoldiradi. Bolaning ishtahasi sust, uyqusi buzilgan.

Bemorga tashxis qo'ying, uni parvarishlash va davolash bo'yicha fikringizni bildiring.

18. Bemor M. 53 yoshda. Dori-darmon ishlab chiqaruvchi korxonada 15 yildan buyon ishlaydi. 3 yildan buyon oshqozoni og'riydi. Bemor terisi obyektiv tekshirilganda pushti qizil qavariqlar har xil shaklda joylashgan, tana harorati ko'tarilgan, darmonsiz. Og'iz bo'shlig'i ko'rilganda hiqildoq, halqum shilliq qavatida toshmalar kuzatildi.

Bemorni parvarishlash va davolash bo'yicha reja tuzing. Uni qanday kasallik bilan og'rigan deb o'ylaysiz?

19. Bemor X. 46 yoshda. Metallurgiya zavodida temir erituvchi bo'lib ishlaydi. Tez-tez gripp, tonzillit kasalliklariga chalinib turadi. Lekin oxirgi olti oyda uning oyoq-qo'l va badani terisida qizil, ko'kimtir dog'lar, tuguncha pufakchalar paydo bo'lganligi bois harakatlari qiyinlashganligidan shikoyat qiladi.

Bemorda qaysi teri kasalligi rivojlanmoqda? Uning oldini olish chora-tadbirlarini belgilang.

20. Bemor Z. 4 yoshda. Yonog'ining og'rig'idan uyqusi buzilgan, injiq bo'lib qolgan. Obyektiv tekshirilganda yonoq terisida kichik qizarish, tagi qattiq zichlashganligi, bezillab turgani aniq bo'ldi.

Bu belgilar qaysi teri kasalligining boshlanishidan dalolat beradi? Uning oldini olish uchun qanday muolajalar o'tkazish kerak deb o'ylaysiz?

21. Bemor O. 60 yoshda. Uzoq yillardan buyon qandli diabet bilan kasallangan. 2—3 kundan buyon bemorni qo'ltiq sohasida qichish, og'riq bezovta qilmoqda. Jarrohga murojaat qilganda, u quyidagilarni aniqladi: teri qizargan, 2—3 ta tugunlar paydo bo'lgan, atrofidagi limfa tugunchalar ham biroz kattalashgan.

Bemorda qaysi kasallik boshlanmoqda? Kasallikning oldini olish, davolash va parvarishlash bo'yicha sizning mulohazalaringiz.

22. Bemor R. 33 yoshda. Terini qayta ishlash zavodida ishlaydi. Navbatdagi tibbiy ko'rik vaqtida yuqori lablari terisida do'mboqcha borligi ma'lum bo'ldi. Uning chegarasi aniq, kattaligi nina uchidek sarg'ish-qizil rangli, og'rimaydi, yuzasi silliq yaltiroq, kulrang tovlanib turishi obyektiv tekshirishda ma'lum bo'ldi.

Kasallikni aniqlash uchun qanday tekshirishlar o'tkazilishi lozim? Bemorni parvarishlash rejasini ishlab chiqing.

23. Bemor A. 63 yoshda. 2—3 kun ichida ko'z ostida, yuqori lab, burun atrofidagi terida pufaklar toshib bezovta qilayotganligi bilan poliklinikaga murojaat qilgan. Shifokor obyektiv tekshirganda: pufakchalar po'sti qalinligi, ichi tiniq suyuqlik bilan to'lib, ular bir-biriga qo'shilib ketganligi, atrofi qizarib turganligi ma'lum bo'ldi.

Bemorga tashxis qo'ying. Bemorga nisbatan qanday muolajalar o'tkazish lozim?

24. Bemor B. 57 yoshda. Poliklinika shifokori va hamshira hovlima-hovli yurib aholini tibbiy nazoratdan o'tkazish vaqtida xastaligi aniqlangan. Teri-tanosil kasalliklar dispanseri shifokori obyektiv tekshirib quyidagilarni aniqladi: yuzning ozroq qismi, badan, oyoq-qo'llarida giperemiyali, infiltratli va po'st tashlaydigan. dog'lar bor. Og'iz bo'shlig'i kuzatilganda yallig'lanish belgilari borligi aniqlandi. Shifokor surunkali generallashgan kandidoz deb tashxis qo'ydi.

Bemorga nisbatan qanday tekshiruvlar o'tkazish lozim deb o'ylaysiz? Parvarishlash va davolash uchun qanday muolajalar o'tkazish kerak?

25. Bemor M. 15 yoshda. Maktabning tibbiy hamshirasi ko'rikdan o'tkazish vaqtida o'quvchining terisida o'zgarishlar bo'lganligini aniqlab, teri-tanosil kasalliklar dispanseriga yubordi. Shifokor obyektiv tekshirib, yog'li husnbuzarlar toshganligi, sochlari siyraklashgani, boshi ichida kulrang-jigarrang tangachalar borligini aniqladi.

Bu qanday kasallik? Uning oldini olish uchun nimalarga e'tibor berish kerak?

11-amaliy mashg‘ulot

JINSIY YO‘L BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR



• Zaxm kasalligi, yuqish yo‘llari, klinikasi, davosi va profilaktikasi • Zaxm kasalligiga tashxis qo‘yishda keng ishlatiladigan laboratoriya uslublari

Yaqin yillargacha tanosil (venerik) kasalliklari majmuasiga — zaxm (sifilis), so‘zak (gonoreya, tripper), yumshoq shankr, venerik limfogranulematoz jinsiy yo‘l bilan yuquvchi kasalliklar qatoriga yuqoridagilardan tashqari, yana quyidagi kasalliklar kiritildi: urogenital xlamidioz, urogenital mikoplazmoz, ureaplazmoz, gardnerelyoz, besoqolbozlarning urogenital shigellyozi, streptokokklarning *V* guruhi, genital gerpes, gepatit *V* virusi, sitomegaloviruslar, kontagioz mollyuska virusi, genital papiloma virusi, trixomoniaz, amyobiaz (besoqolbozlarda), lyamblioz (besoqolbozlarda), kandidoz, qov pedikulyozi, qo‘tir kasalligi. Bu kasalliklarning oldini olish va profilaktikasiga qaratilgan barcha tadbirlar tanosil (venerik) xastaliklari bilan bir xilda.

ZAXM (*SYPHILIS, LUES*)

Zaxm surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo‘lib, uni oqish treponema qo‘zg‘atadi. Zaxm o‘ziga xos klinik kechishiga ega: faol klinik ko‘rinish davrining yashirin davr bilan almashinishi; klinik va patologoanatomik jihatdan terida kuchsiz bo‘lgan yallig‘lanishlardan to chuqur o‘ziga xos infeksion granulemalar hosil bo‘lishi bilan ifodalanadi. Bu granulemalar keyinchalik nekrotik yo‘l bilan iriydi va ularning o‘rnida chandiq rivojlanadi.

Etiologiyasi. Zaxmni oqish treponema qo‘zg‘atadi. Bu 1905-yilda F. Shaudin va E. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Optik mikroskop ostida oqish treponema spiral ko‘rinishida ekanligi va 8—12 bir tekis burmalar tutganligi kuzatiladi. Oqish treponema juda xilma-xil — ilgarilama, mayatniksimon, to‘l-

qinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. U boshqa treponemalardan o'zining bir tekis harakat qilishi bilan ajralib turadi. Ular fakultativ anaerob bo'lganligi sababli, limfatik sistemada uzoq vaqt yashaydi.

Zaxmning yuqish yo'llari. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali kiradi. U bemor qonida, teri yarasida, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so'lagida, asab to'qimalarida va hamma a'zolarida, hatto zaxm bilan og'rigan ayol sutida yoki erkak shahvati (sperma)da ham bo'ladi. Bemor kasallikning faol davrida atrofdagilar uchun juda yuqumli hisoblanadi. Chunki ishqalanish, friksiyalar (jinsiy aloqada), mexanik va kimyoviy qitiqlanish natijasida zararlangan teri to'qimalaridan oqish treponemalarga boy bo'lgan seroz suyuqlik ajralib chiqadi.

Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir. U sog'lom kishi bilan o'pishganda, jinsiy aloqa qilganda yoki uning idish-tovoqlaridan foydalanganda kasallik yuqadi. Xastalik ko'pincha jinsiy aloqa yo'li orqali yuqadi. Keyingi yillarda qon quyish yo'li bilan ham zaxm yuqish hollari kuzatilmoqda. Bunda bemor organizmidan (donordan) qon oluvchi organizmga zaxm infeksiyasi (transfuzion) o'tadi.

Umumiy kechishi. Zaxmning klinik kechishida teri va shilliq qavatlarga toshgan toshmalarning asta-sekin regressga uchrashi va toshmalardan xalos bo'lgan davri bilan almashinishi xarakterli. Kasallikning bunday kechishi organizmning immunologik reaktivligi bilan bog'liq, ya'ni uning boshlang'ich davridagi gumoral immunitet so'nib, asta-sekin hujayrali immunitet rivojlanadi. Hujayrali immunitetning yuzaga kelishi ko'pincha o'ziga xos infeksion granulema hosil bo'lishi bilan kechadi.

Zaxmning klinik kechishida inkubatsion, birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi davrlar tafovut qilinadi.

Birlamchi davri. Oqish treponema teriga yoki shilliq qavatlarga kirgach, u yerda zaxmning birlamchi effekt belgilari (qattiq shankr) paydo bo'lib, u to ikkilamchi davrga xos belgilari bilan almashgunga qadar bo'lgan muddat zaxmning birlamchi davri deb ataladi. Birlamchi davr bemor qonidagi Vasserman va cho'kma

reaksiyalarning natijalariga qarab seronegativ va seropozitiv davrlarga bo'linadi. Birlamchi zaxm o'rtacha 6–8 hafta davom etadi. Zaxmning birlamchi faol davri oqish treponema tushgan terida qattiq shankr, regionar limfadenit, ba'zan limfangit hosil bo'lishi bilan ifodalanadi.

Qattiq shankr *(ulcus durum)* yoki birlamchi sifiloma oqish treponema kirgan teri va shilliq qavatlarda chegaralangan infiltrat hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik infiltratning yuza qismi nekrozga uchrab, eroziya yoki yara vujudga keladi. Qattiq shankrning joylashgan o'rniga qarab zaxm infeksiyasining yuqish yo'li haqida bir fikrga kelish mumkin. Qattiq shankr ko'pincha jinsiy a'zolar terisida joylashadi, bu kasallikning jinsiy muloqotda yuqqanligini bildiradi. Ba'zan qattiq shankrni oyoq, qorin va boshqa sohalarda uchratish mumkin. Qattiq shankr badan terisi yoki shilliq qavatlarning har qanday joyida, ko'pincha lab, til, ko'krak va bodomcha bezlarida joylashib, bu kasallikning nojinsiy yo'l bilan o'tganini bildiradi.

Odatda, qattiq shankr oval yoki yumaloq, atrof teridan aniq chegaralangan, qattiqligi jimjiloq tirnog'iday keladigan eroziyadir. Eroziyalarning rangi qizil, chetlari tekis, yulinmagan va biroz ko'tarilgan bo'lib, tubiga tomon nishab bo'lib boradi (idish shaklini eslatadi). Yaraning yuzi tekis, silliq, go'sht rangida bo'ladi, uning markazi goho sarg'ish yog' g'ubori bilan qoplangan bo'lishi mumkin. Eroziyalardan biroz seroz suyuqlik chiqib, shankrga yaltiroq, «laklangan» ko'rinish beradi. Qattiq shankrning xarakterli belgilaridan biri — qattiq konsistensiyali infiltratga ega ekanligidir. Barmoqlar bilan palpatsiya qilib, eroziya ostidagi qattiq infiltratni aniqlash mumkin. Yarali qattiq shankrning chekka qismi tubidan ko'ra balandroq bo'lib, tagidagi qattiq infiltrat qo'lga yaxshi unnaydi. Eroziyali shankrlar epitelizatsiya yo'li bilan tuzalsa, yaralisi o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Birlamchi sifiloma subyektiv belgilarsiz, ba'zan esa, sezilarsiz og'riq bilan kechadi.

So'nggi yillarda qattiq shankrning klinik ko'rinishida ma'lum bir o'zgarishlar yuz berdi. Ilgari zaxm bilan og'rigan bemorlarning 80–90 % da yagona (bitta) shankr uchragan bo'lsa, hozir ikki va undan ortiq shankrlar borligi kuzatilmoqda. Shu bilan

birga yarali shankrlar va ularning piogen infeksiyasi bilan asoratlanish hollari ham tez-tez uchrab turadi. Qattiq shankrning anogenital sohalarda uchrashi ko'proq kuzatilmoqda. Qattiq shankrni og'iz bo'shlig'ida ko'proq ayollarda kuzatilsa, uning anus atrofida joylashishi esa, erkaklarga xos, birlamchi sifilomaning shu sohalarda uchrashi jinsiy aloqaning nomaqbul ko'rinishlari mavjudligidan darak beradi.

Atipik shankrlar. Qattiq shankrlar quyidagi atipik ko'rinishlarda uchraydi: indurativ shish, amigdalit-shankr, panaritsiy-shankr.

Indurativ shish ko'pincha katta va kichik uyatli lablarda, erkaklarning moyak xaltachasida va olat boshchasining chekka qismida paydo bo'lib, og'riqsiz kechadi. Jinsiy a'zolar to'qimasi shishgan va qattiqlashgan bo'ladi, bosib ko'rilsa barmoq izi qolmaydi.

Amigdalit-shankrda bodomcha bezi bir tomonlama kattalashadi, biroz shishadi, qizaradi, qattiqlashadi, ammo og'rimaydi, yara va eroziyalar ba'zan ko'rinmaydi. Bemorning issig'i chiqmaydi, ovqatlangan vaqtida og'rimaydi va bemalol yutinaveradi. Ammo o'sha tomondagi bo'yin va jag' osti limfa tugunlari kattalashadi. Bemorning umumiy ahvoli o'zgarmaydi.

Panaritsiy-shankr ko'pincha tibbiyot xodimlari (ginekolog, stomatolog va laborantlar)ning ko'rsatkich barmog'ida uchraydi. Bunda barmoq kattalashadi, jigarrang-ko'kish rangga kiradi, chetlari notekis, shakli esa, noto'g'ri bo'ladi, u og'riydi; tirsak limfa tugunlari kattalashadi. Kasallikning klinik kechishi streptokokkli panaritsiyni eslatadi. Lekin qattiq infiltrat, regionar skleradenitlarning kuzatilishi va o'tkir yallig'lanish eritemasining yo'qligi panaritsiy-shankr uchun xosdir.

Regionar skleradenit birlamchi zaxmning ikkinchi asosiy belgisi, u qattiq shankr paydo bo'lgandan 5–7 kun o'tib rivojlanadi. Agar qattiq shankr tashqi jinsiy a'zolarda joylashsa, u holda chov sohasidagi limfatik tugunlar kattalashadi. Agar u bachadon bo'ynida u yoki to'g'ri ichak sfinkteridan yuqorida joylashsa, u holda kichik chanoqdagi limfa tugunlar kattalashadi. Jag' va dahan ostidagi limfa tugunlarining kattalashishi qattiq shankrning lab yoki og'iz bo'shlig'ida joylashganligida kuzatiladi. Limfa tugunlarning loviyadek kattalashishi, qattiq elastik konsistensiyaga ega bo'lishi,

paypaslab ko'rilganda ularning harakatchanligi, bir-biri va teri bilan birlashmaganligi hamda og'rimasligi regionar skleradenit uchun xarakterlidir. Rikorning yozishicha, «skleradenit qattiq shankrga yo'ldosh, u bilan doimo birga uchraydi, shankr ketidan izma-iz boradi, bubonsiz qattiq shankr uchramaydi».

Tashxisi. Qattiq shankrni oddiy pufakli temiratki, shankrsimon piodermiya va rakda uchraydigan yaralardan farqlash lozim. Oddiy pufakli temiratkida pufaklardan hosil bo'lgan eroziyalar shishgan bo'lib, ular giperemiyali terida joylashadi, politsiklik chegaraga ega, asosida esa, qattiqlik aniqlanmaydi, og'riq seziladi.

Shankrsimon piodermiya kamdan kam uchrasa-da, uni qattiq shankr bilan qiyoslash ma'lum bir qiyinchiliklar tug'diradi. Chunki shankrsimon piodermiyada ham og'riqsiz qattiq yara yoki eroziyalar bo'ladi va regionar limfa tugunlar kattalashadi. Tashxis qo'yishda eroziya yoki shankrdan bir necha marotaba oqish treponemaga tekshirish, Vasserman reaksiyasining natijalarini hisobga olish katta ahamiyatga ega.

Ikkilamchi davri. Zaxmning ikkilamchi davri oqish treponema bilan zararlangandan o'rtacha 2–3 oy yoki birlamchi sifiloma paydo bo'lgandan 6–7 hafta o'tgach, teri va shilliq qavatlarda toshmalar toshishi bilan boshlanadi. Kasallik davolanmagan holda 3–5 yil davom etadi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a'zolar, harakatlanish apparatlari va asab tizimida turli patologik o'zgarishlar kuzatiladi..

Ikkilamchi zaxmning birinchi 5–7 kunida ba'zi bemorlarda (10–15 %) umumiy darmonsizlik, lanjlik, bosh og'rig'i, harorat ko'tarilishi (37,2–38°C), kechqurunlari bo'g'im va suyaklarda og'riq bo'lishi kuzatiladi. Lekin ko'pincha bemorning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi. Zaxmning ikkilamchi davri ikkilamchi yangi zaxm (toshmalarning birinchi marta toshishi) va ikkilamchi retsidiv zaxmga (toshmalarning qayta toshishi) bo'linadi. Toshmalar toshishi orasidagi vaqt ikkilamchi *yashirin zaxm,* deb ataladi.

Ikkilamchi davrda toshmalarning paydo bo'lishi va yo'qolishi, shuningdek, ularning soni, morfologik xususiyatlari oqish treponemalarning faolligiga va ularning makroorganizm bilan bo'lgan immunobiologik munosabatiga bog'liq. Ikkilamchi davrda uchray-

digan toshmalar umumiy xususiyatga ega. Ular badanning turli sohalarida uchrab, shakli dumaloq, keskin chegaraga va ko'kimtir qizg'ish rangga ega, qo'shilishga moyil emas, subyektiv sezgilar bo'lmaydi, davolash choralari o'tkazilmasa ham, ma'lum bir vaqtdan keyin iz qoldirmasdan yo'qolib ketadi. Ikkilamchi sifilidlarning eroziyali yuzasida ko'p miqdorda oqish treponemalar bo'lib, ular juda ham kontagioz hisoblanadi. Vasserman va cho'kma reaksiyalar ikkilamchi yangi zaxmda 100 % keskin musbat bo'lsa (riaginlar titri yuqori – 1:160, 1:320), ikkilamchi retsidiv zaxmda 96–98 % bemorlarda keskin musbat bo'ladi (reaginlar titri past). Immunoflyuoressensiya reaksiyasi 100 % bemorda keskin musbat bo'ladi.

Oqish treponemalarning immobilizatsiya reaksiyasi ikkilamchi yangi zaxm bilan og'rigan bemorlarning taxminan yarmida (40–60 % immobilizatsiya) va ikkilamchi retsidiv zaxm bilan og'rigan bemorlarning 60–80 % da musbat bo'ladi (oqish treponemaning immobilizatsiyasi esa, 70—90 % ni tashkil etadi). Lukashevich—Yarish—Gerksgeymer reaksiyasi (harorat ko'tarilishi, umumiy simptomlarning paydo bo'lishi, toshmalar sonining ortishi va rangining yorqinlashishi) kuzatiladi. Antibiotiklar ta'sirida ko'plab oqish treponemalar nobud bo'lib, bu mikroorganizmlar tarkibidan pirogen (toksik) moddalar ajralib chiqadi. Moddalar qon tomirlarga ta'sir etib, klinik jihatdan Lukashevich—Yarish—Gerksgeymer reaksiyasi bilan ifodalanadi.

Ikkilamchi zaxmda morfologik elementlardan dog' (rozeola), tuguncha (papula), ba'zan esa, pufakcha (vezikul) va madda (pustula) uchraydi. Shu bilan birga bu davrda sifilitik leykoderma va soch to'kilishi (sifilitik alopetsiya) ham kuzatiladi.

Zaxmning ikkilamchi yangi davridagi sifilidlar mayda va ko'p, yorqin rangli, simmetrik, atrofga yoyilmaydi, usti kepaklanmaydi. Bu davrda ba'zi bemorlarda qattiq shankrning qoldiqlarini va regionar sklerodenitni aniqlash mumkin, 80–90 % bemorlarda polisklerodenit holati rivojlanadi. Ikkilamchi retsidiv zaxmda toshmalar yirik va soni kam, ko'pincha simmetrik bo'lmay, guruhlashishga moyil bo'ladi va ko'p ishqalanuvchi sohalarda (son, jinsiy a'zolar, og'iz bo'shlig'i) joylashadi.

Zaxmning ikkilamchi davrida teridagi kabi shilliq qavatlarda (og'iz bo'shlig'i, tomoq, halqum, lablarning qizil hoshiyasi, katta va kichik uyatli lablarning shilliq qavatlari) ham dog'simon papulyoz va pustulyoz sifilidlar uchraydi. Shilliq qavatlar pushti rangda bo'lganligi sababli bu elementlarni darhol ajratib olish qiyin. Yumshoq tanglay, tanglay tilchasi, bodomcha bezidagi rozeolalar bir-birlari bilan qo'shilishib katta o'choq hosil qiladi va buni sifilitik angina deb ataladi. Sifilitik angina bir yoki ikki tomonlama bo'lishi, subyektiv belgilarsiz kechishi, harorat ko'tarilmasligi va toshmalar chegarasi keskin ajralganligi bilan xarakterlanadi.

Shilliq qavatlarda papulyoz toshmalarni ham uchratish mumkin. Ular yassi dumaloq, chegarasi keskin, ushlab ko'rilganda zich, rangi esa to'q qizil bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ida joylashgan papulaning epiteliysi shikastlansa, u oqish bo'lib, chetida qizg'ish rangli bolishcha ko'rinadi. Shunga o'xshash papulyoz toshmalarni tanglay, milk, jinsiy a'zolarning shilliq qavatida uchratish mumkin. Agar papulalar ovoz (tovush) paylarida yoki hiqildoqda joylashsa, u holda ovoz xirillab qoladi.

Sifilitik alopetsiya. Sifilitik alopetsiyaning mayda o'choqli, yalpi (diffuz) va aralash xillari tafovut etiladi. Mayda o'choqli sifilitik alopetsiyada soch to'kilgan joy terisi o'zgarmaydi, qipiqlanmaydi, soch kichik-kichik o'choq hosil qilib to'kiladi, chetidagi soch qo'l bilan sekin tortilsa yulinib chiqadi, yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Yalpi (diffuz) alopetsiyada esa, boshdagi sochlar bir tekis to'kiladi. Soqol, qosh, kipriklar ham to'kilishi mumkin. Birinketin to'kilishi va o'sishi hisobiga kipriklar har xil uzunlikda bo'ladi va zinapoyani eslatadi (buni Pinkus belgisi deb ataladi). Qoshlarning mayda o'choqli to'kilishini «tramvayli» yoki «omnibusli» sifilid deb atashadi. Ba'zi bemorlarning sochi butunlay to'kilib ketishi mumkin. Terida hech qanday yallig'lanish elementlari, shuningdek, qipiqlanish ham kuzatilmaydi, teri tep-tekis bo'lib turaveradi. Yalpi soch to'kilishi ko'pincha zaxmning ikkilamchi davrida uchraydi.

Aralash soch to'kilishi. Bunda ham o'choqli, ham yalpi soch to'kilishini ko'rish mumkin. Zaxmda soch to'kilishi kasallikka xos alomat hisoblanadi, lekin bir necha oydan keyin soch yana o'sib chiqadi.

Uchlamchi davri. So'nggi yillarda zaxmning uchlamchi davri bilan og'rigan bemorlar soni ancha kamaydi. Bu bemorni to'la yoki mutlaqo davolanmaganligi natijasida kelib chiqadi. Uchlamchi davrning rivojlanishida jarohat (ruhiy) va surunkali kasalliklar, zaharlanishlar, bemorning yoshi hamda boshqa omillarning ahamiyati katta. Uchlamchi davr 3–5 yil yoki undan ham kechroq boshlanadi va teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar, asab tizimi hamda harakat apparatlarining zararlanishi bilan xarakterlanadi.

Uchlamchi zaxmni klinik kechishiga qarab, faol va yashirin davrlarga bo'linadi. Bu davr yana o'z navbatida do'mboqcha va tugun (gumma) toshish davriga ajratiladi. Toshmalar son jihatdan oz bo'lib (do'mboqchalar 10–20 bo'lsa, gumma odatda bitta yoki ikkita bo'ladi), o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Agar toshmalar hayot uchun muhim a'zo va sistemalarda joylashsa, u bemor hayoti uchun xavf tug'diradi. Elementlar atrofidagilar uchun kam yuqumli hisoblanadi. Bu davr ichida teri osti yog' qavatida, suyak va muskullarda, asab tizimi va ichki a'zolarda o'zgarishlar kuzatiladi.

Uchlamchi davr elementlari yod va og'ir metall saqlovchi dorilarga ta'sirchan bo'lib, ular bilan davolanganda elementlar tezda regressga uchraydi. Bemorlarning 30–35 % da standart serologik reaksiyalar manfiy bo'ladi. Lekin oqish treponemalarni immobilizatsiya qilish reaksiyasi kamdan kam hollarda manfiy natija beradi. Shu sababli bemorlar qonini OTIRga tekshirish katta ahamiyatga ega.

Yashirin zaxm. Sifilidolog ba'zan zaxm tashxisining faqat qondagi musbat serologik reaksiyalari asosida qo'yadi. Yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlarning terisi, shilliq qavati, ichki a'zolari, asab tizimi, harakatlanish apparatlari tomonidan zaxmning klinik ko'rinishi kuzatilmaydi. Statistika ma'lumotlariga qaraganda yashirin zaxm ko'proq uchraydi. Serologik diagnostikaning yaxshi yo'lga qo'yilganligi, aholini o'z vaqtida serologik tekshiruvdan o'tkazish, turli kasalliklarda (gripp, pnevmoniya, bronxit, angina va boshqalar) antibiotiklarni qo'llash, bemorning o'z holicha davolanishi va boshqalar yashirin zaxmni vaqtida aniqlashni qiyinlashtiradi va shu bois yashirin zaxm ko'proq kuzatiladi. Yashirin zaxmning erta va kechki hamda noma'lum xillari tafovut qilinadi.

Erta yashirin zaxm birlamchi seropozitiv va ikkilamchi retsidiv zaxm davrlariga teng bo'lgan muddatni o'z ichiga olib, faol klinik belgilarga ega emas. Bu davrning, infeksiya tushgandan so'ng, o'rtacha davom etish muddati 2 yilni tashkil etadi. Erta yashirin zaxm bilan og'rigan bemorlar terisi va shilliq qavatlarida yuqumli bo'lgan toshmalar toshishi mumkin. Shu sababli bunday bemorlarga nisbatan epidemiologik qarshi chora-tadbirlar o'tkazish (statsionarga yotqizish, davolash tadbirlari, jinsiy va uy-ro'zg'ordagi muloqotlarini tekshirish) kerak.

Erta va yashirin zaxmni aniqlashda quyidagi ma'lumotlar yordam beradi:

1. Sinchkovlik bilan yig'ilgan anamnez. Bemordan so'nggi 1–2 yilda jinsiy a'zolari, og'iz bo'shlig'ida eroziya yoki yaralar bo'lganligi, sochi to'kilganligi va antibiotiklar qabul qilgan-qilmaganligi haqida ma'lumot olinadi.

2. U bilan jinsiy aloqada bo'lgan kishilarni tekshirish, chunki bemor bilan jinsiy aloqada bo'lganlarda ko'pincha zaxmning faol (erta) formasi aniqlanadi. Bu esa, erta yashirin zaxm tashxisini qo'yishga yordam beradi.

Kechki yashirin zaxmni aniqlashda quyidagi ma'lumotlar yordam beradi:

1. Anamnez. Bemorlardan 2–3 yil avval zaxmning faol klinik ko'rinishi kuzatilgani yoki yo'qligi haqida ma'lumot olinadi. Lekin ko'pincha, kasallik klinik va serologik assimptom o'tishi mumkin.

2. Konfrontatsiya. Bemor bilan jinsiy aloqada bo'lgan kishilarda zaxmning kechki formalari aniqlanadi yoki ularda sifilitik infeksiya bo'lmaydi.

3. Serologik reaksiyalar musbat yoki keskin musbat bo'lib, reaginlar titri past (1:5, 1:10, 1:20); spetsifik reaksiyalar (RIF, OTIR) musbat yoki keskin musbat bo'ladi.

4. O'ziga xos davolash choralari o'tkazilganda serologik reaksiyalar uzoq muddatdan so'ng negativatsiyaga uchraydi.

5. Penitsillinoterapiya davrida qaytalanish reaksiyasining (Gerksgeymer reaksiyasi) bo'lmasligi.

6. Likvorda patologik jarayon bo'lib, davolash vaqtida sanatsiya juda sekin kechadi. Likvorda degenerativ komponent rivojlangan bo'ladi.

7. Bemorlar nevropatolog, terapevt, oftalmolog, otolaringologlar tomonidan sinchiklab tekshiriladi va ko'pincha ularning ichki a'zolarida o'ziga xos o'zgarishlar aniqlanadi.

Tug'ma zaxm. Zaxm bilan og'rigan homilador onadan sifilitik infeksiya qorindagi bolasiga o'tadi va uni zararlaydi. Bu tug'ma zaxm deb ataladi. XX asrga qadar, tug'ma zaxmning kelib chiqishini tushuntiruvchi bir qancha nazariyalar mavjud edi. Keyinchalik tug'ma zaxm to'g'risida boshqacha fikrlar ham paydo bo'la boshladi. Tekshirishlar natijasida oqish treponema homiladordan yo'ldosh orqali bolaga o'tishi aniqlangan. Bu jarayon homiladorlikning ikkinchi yarmida, ya'ni yo'ldosh qon aylanish doirasi ishga tushgandan so'ng ro'y beradi. Zaxm bilan og'rigan ayolning 3–4 oylik nobud bo'lgan homilasidan oqish treponemalar topilmagan, ular 6 va 7-oy o'rtasida topilgan. Tug'ma zaxmning vujudga kelishi ayol organizmida kechayotgan sifilitik infeksiyaning qay bosqichda ekanligi, uning kechish muddatiga bog'liq. Zaxmning ikkilamchi davri homila uchun xavfli hisoblanadi. Ba'zan, uchlamchi va kechki tug'ma zaxm bilan og'rigan ayollardan infeksiyaning homilaga o'tishi ham mumkin. Homiladorlikdan oldin yoki homiladorlik davrida ayollarga o'ziga xos davolash muolajalari o'tkazilsa, u holda tug'ma zaxmning oldi olingan bo'ladi.

Yo'ldosh orqali sifilitik infeksiyaning homilaga o'tish yo'llari:

1. Embol ko'rinishida kindik venasi orqali.
2. Kindik tomirlarining limfatik tirqishi orqali.
3. Oqish treponemalardan zararlangan yo'ldosh orqali (normal yo'ldosh oqish treponemalarni o'tkazmaydi).

Zaxm bilan zararlangan yo'ldosh kattalashib, gipertrofiyaga uchraydi, vazni homilaning 1/4—1/3 qismiga teng keladi (normada — 1/6—1/5). Yo'ldosh tomirlarida peri- va endarteriitlar, abssesslar hosil bo'lganligi aniqlanadi. Homila organizmida sifilitik infeksiyaning septitsemiyasi vujudga kelib, ichki a'zolarda

oqish treponemalar, topiladi. Homilador ayol o'z vaqtida davolanmasa, odatda bo'yida bo'lgan 4–5 oylik bolasi tushadi yoki chala (7–8 oyligida) yo o'lik tug'ilishi kuzatiladi.

Klinik belgilari, kechishi va muddatiga qarab tug'ma zaxm quyidagi to'rt xilga bo'linadi:

1) homila zaxmi;
2) erta tug'ma zaxm (tug'ilgandan to 4 yoshgacha bo'lgan davr);
3) kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda);
4) yashirin tug'ma zaxm (turli yoshda uchraydi).

Homila zaxmi. Sifilitik infeksiya ta'sirida yo'ldoshda oziqlanish, moddalar almashinuvi buziladi va 6–7 oylarda sababsiz bola tushishi ro'y beradi. Homiladorlikning 5-oyidan so'ng onadan homilaga o'tgan oqish treponemalar ta'sirida uning ichki a'zolarida mayda hujayrali infiltrat (limfotsit, plazmativ hujayralardan tashkil topgan) ko'rinishidagi diffuz-yallig'lanishli o'zgarishlar, keyinchalik biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi va miliar hamda solitar gummalari vujudga kelishi kuzatiladi.

Ichki a'zolardan, ko'pincha, jigar, qora taloq, o'pka, ichki sekretsiya bezlari, markaziy asab tizimi zararlanadi. Jigar kattalashadi, yuzasi silliq, kesib ko'rilganda sarg'ish-jigarrang tusda bo'ladi. Ba'zan jigar qovjirab, parenximasi diffuz-fibrozli atrofiyaga uchraydi. Qora taloq ham kattalashib, konsistentsiyasi kattalashadi. O'pka alveolalari orasidagi to'siqda infiltrat, alveola epiteliysining giperplaziya va deskvamatsiyasi kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar oq pnevmoniya, deb ataladi va tezda homila nobud bo'lishiga olib keladi.

Me'da va ichaklarda yupqa infiltratlar va ularning yemirilishi oqibatida yaralar paydo bo'ladi. Markaziy asab tizimida leptomeningit, meningoensefalit, glandular ependimatit va ba'zan uzunchoq miyaning gummasi kuzatiladi. Agar homila nobud bo'lmay, yashab ketsa u holda aqliy va jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi.

Erta tug'ma zaxmning ko'krak yoshidagi (yoshga qadar) va kichik yoshdagi (1 yoshdan 4 yoshga qadar) xillari tafovut etiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda tug'ma zaxmning klinik belgilari

bola hayotining birinchi 3 oyidayoq namoyon bo'la boshlaydi, zaxm toshmalari toshadi. Barcha ichki a'zolar, asab tizimi, harakatlanish apparati, teri va shilliq qavatlarining zararlanishi kuzatiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq qarimsiq ko'rinadi, terisi burishgan, xaltim-xaltim va xira bo'ladi. Bolaning boshi katta, kumush rang tangachalar bilan qoplangan, teri osti yog' qavati yaxshi rivojlanmagan, distrofiyaga uchragan bo'ladi. Suyaklar zararlanishi qattiq og'riqqa sabab bo'ladi, go'dak uxlay olmaydi va qattiq chinqirib yig'layveradi.

Kechki tug'ma zaxmning shartsiz yoki ishonchli belgilari Getchinson uchligi (parenximatoz keratit, sifilitik labirintit va Getchinson tishlari) kiradi. Parenximatoz keratit ko'z muguz pardasining qizarishi va xiralashishi, yorug'likka qaray olmaslik, ko'z yoshlanishi va ko'rish o'tkirligining pasayishi bilan ifodalanadi. Odatda, avval bir ko'z, keyin ikkinchi ko'z zararlanadi. Davo qilinadigan bo'lsa, keratit ko'pincha qaytadi, lekin ko'z muguz pardasining xiralashgani qoladi, ba'zan u og'ir o'zgarishlarga uchrab, ko'rlikka ham olib borishi mumkin. Ba'zan sifilitik keratit, irit, iridotsiklit va xorioretinit bilan kechadi. Sifilitik labirintit yoki labirintli karlik to'satdan paydo bo'lib, eshitishning pasayishi (odatda har ikki quloq shikastlanadi) va quloqda shovqin paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Kechki tug'ma zaxmning ehtimoliy belgilariga quyidagilar kiradi: boldirning yo'g'onlashib, oldinga qarab qiyshayishi va tunda og'riq turishi; sifilitik xorioretinit va gonit, Robinson—Furnening radiar chandiqlari, bosh suyakning «dumbaga o'xshash»ligi, burun yoki tish deformatsiyasi, neyrosifilisning ba'zi bir xillari va boshqalar. Bu belgilar orttirilgan zaxmda kam kuzatiladi, shu sababli uni ehtimoliy belgilarga kiritiladi. Orttirilgan zaxmdagi soxta qilichsimon boldirlar yoshligida boshidan kechirgan osteoperiostitlar asoratidir. Bunda katta boldir suyagining oldingi yuzasida qalin suyak qoplamalari hosil bo'ladi. Juda kam hollarda yelkaning old suyagi qilichsimon shaklni oladi.

Tug'ma zaxm profilaktikasi. Tug'ma zaxmning oldini olishda kasallikni o'z vaqtida aniqlash va uni davolash muhim ahamiyatga

ega. Ayniqsa, homilador ayollarni o'z vaqtida tekshirib turish va davolash ishlarini o'tkazish maqsadga muvofiq. Mavjud ko'rsatmaga binoan ayollar maslahatxonalari barcha homiladorlarni hisobga olib, klinik hamda serologik tekshiruvdan o'tkazadi. Serologik tekshirish ikki marta — homiladorlikning birinchi va ikkinchi davrida o'tkaziladi. Homilador ayolda faol yoki yashirin (latent) zaxm aniqlansa, unda faqat antibiotiklar bilan maxsus davolash ishlari olib boriladi. Agar ayol ilgari zaxm bilan og'rib, davolangan bo'lsa, homiladorlik davrida yana profilaktik davo o'tkaziladi. Bundan maqsad — sog'lom bola tug'ilishini ta'minlashdan iborat. Shunday qilinmagan hollarda yangi tug'ilgan chaqaloq Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan sxema asosida profilaktik ko'rikdan o'tkaziladi va davolanadi.

Davolash. Zaxmni davolashda ishlatiladigan dori-darmonlar o'ziga xos bo'lib, uni zaxm tashxisi qo'yilgandan so'ng, profilaktika yoki tashxisni aniqlashda sinama terapiya sifatida ishlatiladi. Kasallikni davolashda zaxm davrlari, bemorning yoshi va uni asab tizimi hamda ichki a'zolari qay darajada zararlanganligi, shuningdek, dorilarga nisbatan allergik reaksiyasini e'tiborga olish kerak.

Zaxmni davolashda qo'llaniladigan ba'zi usullar

Davolash usullari Antibiotiklar	Birimchi inyeksiyadagi antibiotikning miqdori	Inyeksiyalar oralig'i	Davolanish myddati (kun)	Antibiotikning umumiy miqdori (mln BR)
1. Birlamchi seronegativ zaxm:				
1. Suvda eriydigan penitsillin	400000	3 soat	14	44800
2. Birlamchi seropozitiv, ikkilamchi yangi zaxm; penitsillinning novokainli tuzi	600000	12 soat 5 kunda	16	19200
3. Bitsillin—5	3 mln	1 marta		birlamchi seronegativda 12 млн birlamchi seropozitivda 24 mln

II. Ikkilamchi retsidiv va erta yashirin zaxm: 1. Suvda eriydigan penitsillin 2. Suvda eriydigan penitsillin (natriyli tuzi)	400000 1 mln	3 soat 4 soat	28 28	89600 168 mln
III. Homilador ayollarni penitsillin bilan davolash: 1. Birlamchi yoki ikkilamchi yangi zaxm 2. Ikkilamchi retsidiv yoki erta yashirin zaxm 3. Kechki yashirin zaxm (ikki kurs o'tkaziladi)	600000 400000	12 soat 3 soat 3 soat	16 28 28	19200 89600 89600

Zaxmni davolashda penitsillin, bitsillin — 1, bitsillin — 3, bitsillin — 5 va boshqa antibiotiklar ishlatiladi. Bu dori-darmonlar oqish treponemaga bevosita ta'sir etadi. Shu bilan birga organizmning immunobiologik xususiyatini oshirish va infeksiyani yengish maqsadida o'ziga xos davodan tashqari o'ziga xos bo'lmagan davolash vositalari ham qo'llaniladi. Bu davolash birga o'tkaziladi.

Zaxmning laboratoriya diagnostikasi. Oqish treponema yoki oqish spiroxeta — zaxm qo'zg'atuvchisi *Spiochaetaceae* oilasining vakilidir. Bundan tashqari, bu turga *Tr.microdentium, Tr.macrodentium* og'iz bo'shlig'i saprofitlari va boshqalar kiradi. Spiroxetalarning oqish deyilishining sababi ularning laboratoriyada ko'p ishlatiladigan analin bo'yoqlari bilan bo'yalmasligidir.

Spiroxetalar (lot. *Spira* — egri-bugri, burama, *chaita* — ingichka), parmaga o'xshash buralgan, harakatchan, bir hujayrali mikroorganizmlar. Saprofit va patogen spiroxetalar *Spirachaetales* tartibi, *Spirochaetaceae* oilasiga kiradi. Saprofitlar yirik, kattaligi 200—500 mkm o'lchamdagi hujayralar bo'lib, ayrimlarida kriptalar bor. Saprofit spiroxetalar va nopatogen leptospirallar ifloslangan

suv havzalarida, sovuqqonli hayvonlar ichagida yashaydi. Romanovskiy-Gimza usuli bilan ko'k rangga bo'yaladi. Spiroxetalar spiralsimon bo'lib, yakka-yakka yoki to'p-to'p bo'lib joylashadi. Hujayralari protoplazmatik silindr tashkil qilib, o'qi bo'ylab bir dona yoki bir necha fibrillar joylashadi. Ularning tuzilishidagi ayrim xususiyatlari sodda jonivorlarnikiga o'xshab ketadi.

Spiroxetalar juda harakatchan, o'z o'qi atrofida aylanib yuruvchi, bukiluvchi, vintsimon harakatlarni bajaradi. Sporalar hosil qilmaydi. Oqish treponemalar ko'ndalang bo'linish yo'li bilan ko'payadi. Romanovskiy-Gimza usuli bilan bo'yalganda och pushti rangga kiradi. Treponemalar uchun organizmda noqulay sharoit vujudga kelishi (antibiotiklar ta'siri) ularning sistalar hosil qilishiga olib keladi. Sistalar koptokcha shaklida o'ralgan treponemalar bo'lib, tashqi tomonidan dori-darmonlar ta'siriga chidamli mutsinsifat qobiq bilan o'ralgan. Sista shakliga o'tgan treponemalar organizmga patogen ta'sir ko'rsatmaydi va ma'lum muddat saqlanadi. Makroorganizmning immunobiologik xususiyati pasayganda va mikroorganizmga ta'sir etuvchi omillar bartaraf etilganda sista shaklidagi mikroblar patogen treponemalarga aylanadi.

Oqish treponema qat'iy anaerob, oziq muhitga talabchan, oddiy muhitda o'smaydi, tovuq embrionining xorionallantois to'qimasida, miya to'qimasining bo'lakchalari qo'shilgan quyon zardobida vazelin moyi ostida ko'payishi tajribalarda kuzatilgan. Patogen xususiyatlarga ega bo'lgan va quyonlarda, laboratoriya sharoitida saqlanuvchi treponemalar to'qimadagi shtammlar, deb ataladi. Bunday shtammlar birgina patogenligi bilan emas, balki antigenlik jihatlari bilan ham farq qiladi. Oqish treponema murakkab antigen tuzilishiga ega. Uning antigeni, asosan, polisaxarid, lipid va protein komplekslaridan iborat. Oqish treponemalar tashqi muhitga uncha chidamli emas. 45–48°C qizdirilganda 1 soat, 55°C da esa, 15 daqiqada o'ladi. Lekin nam muhitda uzoq yashaydi. Dezinfeksiya qiluvchi vositalar treponemalarni bir zumda o'ldiradi.

Tabiiy sharoitda hayvonlar zaxm bilan kasallanmaydi. Eksperimental sharoitda, birinchi marta shimpanze maymunida, ke-

yinchalik quyonda qo'zg'atilgan. Zaxm oqsichqon, kalamush va dengiz cho'chqachalarida belgisiz kechadi. *Tr.canicola* quyonlarga xos zaxmni qo'zg'atadi, ammo tanosil a'zolarida jarohatlar kuzatilmaydi.

Kasallikning davriga qarab turli usullar qo'llaniladi. Ammo uning barcha davrida bakterioskopik usuldan foydalaniladi. Tekshirish uchun material yaradan, papuladan ajraladigan suyuqlik va regionar limfa tugunlaridan olinadi va nativ preparat mikroskopning qorong'ilatilgan maydonida (harakatlanishi) ko'riladi. Surtmalar tayyorlab, Romanovskiy-Gimza va Burri usullari bilan bo'yaladi, kumushlantiriladi va mikroskop ostida ko'zdan kechiriladi. Immunoflyuoressent usulidan foydalaniladi. Har bir ajratib olingan oqish treponemani boshqa nopatogen, tashqi jinsiy a'zolarda bo'ladigan *(T.refringens)* va og'izda yashovchi *(T.macrodentum, T.denticola, T.orale)* treponemalardan farq qilish lozim. Kasallikning ikkinchi davrida bemor organizmida immunobiologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bularni Vasserman va cho'kma reaksiyalar yordamida aniqlanadi.

Vasserman reaksiyasida antigen sifatida oqish treponema kulturasidan yoki zaxm bilan jarohatlangan homila a'zolaridan olingan o'ziga xos hamda ho'kiz yuragi muskulidan tayyorlangan o'ziga xos bo'lmagan kardiolipidlardan foydalaniladi. Vasserman reaksiyasi (kasallikning birinchi davrida, qattiq shankrdan 2–3 hafta keyin yoki infeksiya yuqqan 5–6 hafta o'tgach) 50 % bemorlarda musbat bo'ladi. Ikkinchi davrda 75 %, rivojlanuvchi falajda 95–98 % va asab tizimi zaxmida 50–70 % bemorlarda Vasserman reaksiyasi musbat bo'ladi. Tug'ma zaxm bilan tug'ilgan chaqaloqlarda 2–3 oy o'tgach reaksiya musbat bo'lishi mumkin.

Tug'ma zaxm bilan tug'ilgan bolalar zardobidagi antitelolarni aniqlash uchun bevosita immunoflyuoressensiya usuli qo'llaniladi. Bunda adsorbsiya qildirish uchun kultural treponema bilan ishlov berilgan va nishonlangan odam gamma-globuliniga qarshi antitelolardan foydalaniladi. Treponemalarni harakatsizlantirish reaksiyasi ham zaxm tashxisini aniqlashda yaxshi natija beradi. Bu immobilizatsiya reaksiyasi, bemor zardobi va quyon moyagiga yuborib, ko'paytirib olingan to'qima oqish treponemalari bilan qo'llaniladi.

MATERIAL OLISH TEXNIKASI VA MIKROSKOPIK DIAGNOSTIKASI

Kerakli asbob va uskunalar:

1. Pinset.
2. Skalpel.
3. Rezina qo'lqop.
4. Fiziologik eritma.
5. Doka tamponlar.
6. Ko'rish maydoni qorong'ilatilgan mikroskop.
7. Buyum oynalari.
8. Pipetkalar.
9. Bakteriologik qovuzloq.
10. Romanovskiy bo'yog'i.
11. Qora tush.
12. Immersion moy.

Zaxmning laboratoriya tashxisi ikki usulni: mikroskopik va serologik usullarni o'z ichiga oladi. Kasallikning birinchi bosqichida — qattiq shankrdan (birlamchi sifilomadan) olingan to'qima suyuqligi va limfa tugunlari punktati, ikkinchi bosqichda eroziyalangan papulalar va serbar kondilomalardan olingan to'qima suyuqligi tekshiriladi.

Oqish treponemalarni to'g'ri aniqlash uchun tekshirish materialni zaxmning qaysi bosqichdaligidan qat'iy nazar, to'g'ri olish muhim ahamiyatga ega. Birlamchi sifilomada oqish treponemalar biriktiruvchi to'qima tolalari oralig'ida, shikastlangan joyning periferiyasida, limfatik va qon tomirlarning atrofida ko'p yig'iladi. Ikkilamchi zaxmda bu spiroxetalar hali bitib ulgurmagan shankrda, eroziyalangan papulada, serbar kondilomalarning to'qima oralig'i kanallari, og'iz bo'shlig'ida joylashadi. Uchlamchi zaxmda mikroskopik yo'l bilan ularni topish juda qiyin, chunki ular terining shikastlangan joylarida kamayib ketadi.

Zaxmda material olishda qattiq shankr, eroziya, papula, serbar kandiloma yuzasini avval fiziologik eritmaga ho'llangan paxta yoki doka tampon bilan, so'ngra quruq paxta bilan artib tozalanadi. Agar yara qora po'stloq bilan qoplangan bo'lsa, u holda uni avval

namlab, so'ngra ehtiyotlik bilan ko'chirib olib tashlanadi. Ba'zan uni bir necha soatga fiziologik eritma bilan namlab qo'yish ham tavsiya etiladi. Qattiq shankrda to'qima suyuqligini ajratib olishning bir necha usullari mavjud.

To'qima suyuqligini siqib chiqarish usuli. Bu usul tashxis uchun boshqa usullar ichida eng qulayi hisoblanadi. Laborant (yoki bemorning o'zi) chap qo'li bilan bosh va ko'rsatkich barmoqlari yordamida yoki pinset bilan yaraning ikki chetidan sekin siqa boshlaydi. Rezina qo'lqopsiz barmoqlar bilan yara, eroziya, serbar kondilomaga qo'l tekkizish yaramaydi. Barmoqlardagi ko'zga ko'rinmaydigan tirqish orqali treponemalar laborantning o'ziga yuqib qolishi mumkin. Agar siqish jarayonida qon chiqsa, u holda qon artib olinadi va tiniq to'qima suyuqligi chiqquniga qadar kutib turiladi. Siqish mobaynida bir necha sekund to'xtab keyin yana uqalashga o'xshatib siqilsa to'qima suyuqligi yaxshi ajraladi. Ko'p qon ajralmasini saqlovchi to'qima suyuqligi oqish treponemalarni topishni murakkablashtirib qo'yadi. To'qima suyuqligi, odatda, yaraning chetiga qoplagich oynaning qirrasini tekkizish yo'li bilan olinadi. Yaraning chuqur joyidan chiqqan to'qima suyuqligida treponemalar ko'p bo'ladi.

Tirnash usuli. Bu usul siqib chiqarish usuliga nisbatan kam ishlatilsa-da, ba'zan yaxshi natija beradi. Bachadon bo'ynidagi og'iz bo'shlig'idagi eroziyalardan, serbar kondilomalardan to'qima suyuqligini olishda tirnash usulidan foydalanish qulay. Avval yara yoki eroziya yuzasi fiziologik eritma bilan yaxshilab artiladi, keyin quruq doka tampon bilan quritiladi, so'ng o'tmas skalpel, pinset yoki buyum oynasi qirrasi bilan 20—30 sekund davomida bir tomonlama sekin tirnaladi. 40—60 sekunddan so'ng tirnalgan joydan to'qima suyuqligi yaltirab chiqa boshlaydi. To'qima suyuqligini laboratoriyadan boshqa joyda olish yaramaydi, chunki olingan suyuqlik darrov qurib qoladi va yuqumli bo'lganligi uchun atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi.

Ikkilamchi qaytalma zaxmda og'iz bo'shlig'idagi eroziyalangan papulalarda yoki birlamchi zaxmda til, tanglay va bodomcha bezlarida joylashgan qattiq shankrdan to'qima suyuqligini olish laboratoriya xodimidan katta mahorat talab qiladi. Bunday hollarda

eroziyalangan papula yoki yaraning joylashishiga qarab material olish usulining har ikkalasini ham ishlatsa bo'ladi. Ajralgan to'qima suyuqligini esa, Paster pipetkasida rezina balloncha bilan surib olish kerak (surib olish usuli). Ish jarayonida bemorning laborant yuziga yoki atrofdagilarga qarab yo'talib yubormasligini oldini olish zarur.

Kuydirish yoki Ijevskiy usuli. Bunda tekshiriladigan morfologik element yuzasi qizdirilgan platina bilan kuydiriladi, natijada kuydirilgan joyda pufakcha paydo bo'ladi. Pufakchadan olingan suyuqlik qorong'i ko'ruv maydonida tekshiriladi.

Laborant yuqorida aytib o'tilgan usullarni qo'llashdan qat'iy nazar, u albatta, rezina qo'lqopda ishlashi kerak. Ishlatilgan tibbiy asboblarning hammasi avval dezinfeksiyalovchi suyuqlikka bir necha soat solib, keyin avtoklavda sterilizatsiya qilinadi (180°C da bir soat). Bu asboblarni boshqa laboratoriya asboblari bilan bir joyda saqlash man etiladi. Rezina qo'lqoplarni esa yechgan zahoti 1:1000 nisbatda suyultirilgan sulema eritmasiga solib qo'yiladi.

Qorong'ilatilgan ko'ruv maydoni — oqish treponemalarni tirik holda ko'rishning eng qulay usulidir. Qorong'ilatilgan ko'ruv maydonida yoritgich nurlarining bir qismi obyektivga yetmaydi, ya'ni ko'rish maydoni qorong'i bo'lib ko'rinadi. Agar mana shu yorug'lik yo'lida element tanachalari (mikroorganizmlar) yoki mexanik zarrachalar bo'lsa, bular singan yorug'lik nurlari obyektivga tushib, unda akslanadi, natijada, nur sochib turuvchi tasvir hosil bo'ladi.

Bunday hodisalar tabiatda ham uchrab turadi. Masalan, berk binolarning teshik tirqishlaridan, derazadan o'tib keluvchi quyosh nurlari chang zarrachalarini yoritib, bizga ularni ko'rsatib turadi (Tindal fenomeni). Mana shu hol qorong'ilatilgan ko'ruv maydonida oqish treponemalarni tiriklayin ko'rishga o'xshab ketadi.

Arxangelskiy usuli. Bunda oddiy fotoplyonka yoki rentgen plyonkalari solinadigan qora qog'oz olinadi. Ustiga 15 tiyinlik yoki yorug'lik manbayi kuchli bo'lsa, 20 tiyinlik tanga qo'yiladi. Tanganing aylanasi bo'ylab, oddiy qalamda chizib chiqiladi. So'ng aylanada 3 ta bir xil shoxcha qoldirib, qaychi bilan disk shaklida

kesib olinadi. Keyin uni Abbe kondensorining pastki linzasi yuzasiga qo'yiladi. Diskni linzaga tuxum oqsili yoki zardob bilan yopishtirib qo'yish ham mumkin. Oqish treponemalar, odatda, okulyari x10, obyektivi x40 bo'lgan mikroskopning quruq sistemasida tekshiriladi.

Dombrovskiyning qalpoqchali usuli. Fotoplyonka yoki rentgen plyonka solinadigan qora qog'ozning ikki varag'i oddiy yelim bilan bir-biriga yopishtiriladi va yelimi qurimasdan turib, 4x4 sm.dan qirqib olinadi. So'ng maxsus qalpoqcha qolipiga qo'yib uni presslanadi, hosil qilingan qalpoqchalarning balandligi 6,35 mm, diametri 17 mm bo'lishi kerak.

Qalpoqchaning yonidan diametri 14,5 mm, chuqurligi 3,8 mm keladigan yarim doira shaklida qirqib olinadi. Qalpoqchani oddiy yo'l bilan ham yasash mumkin. Buning uchun asosiy qalpoq shaklida do'mboq bo'lgan diametri 17 mm. ga yaqin probka olinadi. Unga oldindan iliq suvda namlangan qora qog'oz kiydiriladi va bir tekis qilib yelim surtib probirka asosi silliqlanadi va yonidan ingichka ip bilan siqib bog'lab, bir necha soatga qoldiriladi. Qora qog'oz qurigach qalpoqcha shakliga kirib qoladi.

Qorong'ilatilgan ko'ruv maydonini hosil qilish texnikasi quyidagicha: kondensorni o'rnidan olinadi va uni ikki qismga ajratiladi. Kondensorning yuqoridagi qavariq linzasiga qalpoqcha kiydirilib, kondensorning ikkinchi tomoni yuqorisidan burab yopiladi. Qalpoqchaning yarim doira (diafragma) qismi yoritgichga qaratib kondensor mikroskop opravasiga o'rnatiladi va uni vint bilan mahkamlab oxiriga yetguncha yuqoriga ko'tariladi. Yoritgich nurlarini kondensorga faqat botiq ko'zgu orqali tushiriladi. Buyum oynasining qalinligi 1,1—1,2 mm, qoplagich oynaniki esa, 0,18—0,2 mm bo'lib, ular mutlaqo toza bo'lishi lozim. Tekshirilganda material buyum oynasiga olingandan so'ng ustiga qoplagich oyna yopiladi. Material yupqa bo'lishi (bunda yaxshi ko'rinadi) uchun qoplagich oynani boshqa buyum oynasi qirrasi bilan bosishi mumkin. Yoritgichdan kelayotgan nurni botiq ko'zgu bilan kondensor markaziga to'g'rilanadi. Kondensor yuziga pipetkada bir tomchi distillangan suv tomiziladi. Tayyorlangan preparatni esa, shu tomchiga tegib turadigan qilib joylanadi. Preparat

ko'proq kattalashtirilib (okulyar x10, obyektiv x40), kuchli yorug'-lik manbayi (yoy lampasi, 200–300 voltli oddiy lampa yoki mikroskop uchun chiqarilgan OI-19 yoritgich)dan foydalanib ko'zdan kechiriladi.

Qorong'ilatilgan ko'ruv maydonida oqish treponemalar (Braun molekular harakati) ba'zan leykotsitlar, eritrotsitlar epitelial hujayralar kuzatiladi. Treponemalarning ingichka burmalari bir xilda yaltiroq spiral shaklda ko'rinadi. Ularning mayatniksimon, to'lqinsimon tebranma harakatlari boshqa saprofit treponemalardan farqlashga yordam beradi. Ayrim vaqtlarda esa, bir nechta treponemalar (ko'p bo'lsa) bir-birlariga uchlari bilan tutashib, burchak shaklida harakatlar qiladi, ya'ni o'z o'qi atrofida urchuqsimon aylanadi, burmalarning shakli o'zgarmaydi. Boshqa preparatlarda uchraydigan spiroxetalar qorong'ilatilgan ko'ruv maydonida zaxm treponemalaridan o'zining juda harakatchanligi va qavariq, dag'al burmalari bilan farqlanadi.

Yaralarning ajralmalaridan olib tayyorlangan preparatlarda ko'plab uchrab turadigan (ayniqsa, ikkilamchi infeksiya tushgan yaraning yuzasidan olingan ajratmalarda) spiroxetalar birmuncha dag'al, burmalarning kattaligi 193193har xil va keskin harakat qiladi. Og'iz bo'shlig'ida uchraydigan *Tr.refrigens, Tr.buccalis, Tr.dentinum* avvaliga to'xtab, so'ngra keskin harakatlanadi. Burmalari qo'pol, harakatlari davomida o'z shaklini o'zgartirib turadi.

Treponemalarning tashqi muhit va dezinfeksiyalovchi moddalarga chidamliligi. Treponemalar odam organizmidan tashqarida tashqi muhitga aytarli chidamli emas. Masalan, u quruq sharoitda tez o'ladi. Nam narsalarda bir necha soat yashashi mumkin. Ikki tomoni kavsharlangan naychadagi treponemalar nam muhitda 2 soatdan 2 kungacha tirik saqlanadi. Vakuum sharoitda muzlatilgan treponemalar 1,5–2 yil mobaynida ham patogenligini yo'qotmaydi. 10 % li inaktivlangan normal zardob va 1,5 % li glitserindan tayyorlangan suspenziyada treponemalar bir qancha vaqt tirik saqlanishi mumkin. M.S. Grigorev tug'ma zaxmni vafot etgan chaqaloqning jigaridan tayyorlangan preparat 48 soatdan keyin ham treponemalar harakatini kuzatgan. 72 soatdan so'ng esa, ularning harakati zaiflashgan.

Odatda, kislotali muhit va kislotalar treponemalarga halokatli ta'sir etadi. 0,3–0,5 % li xlorid kislota eritmasida ular bir zumda, kuchli kislotada bir necha daqiqa harakatini yo'qotadi. Ba'zan tarkibida kislota hamda alkogol saqlangan oziq-ovqat mahsulotlari (umumiy kislotaligi 0,8–0,4 %, spirtining quvvati 15–16 darajali vino, umumiy kislotaligi 6,8–7,2 % limonad, 0,33 % li kefir, 0,5–9,0 % kvas) treponemalarga halokatli ta'sir qiladi. 3–4 % li soda eritmasida ular o'z harakatini yo'qotmaydi, ammo 5 % li eritmasida nobud bo'la boshlaydi. Quyuq sovunli suvda ular bir necha daqiqada halok bo'ladi. Konservalangan holda oqish treponema 3–5 kungacha tirik saqlanib qolishi mumkin. Bu esa, qon quyishda zaxm yuqish ehtimolini oldini olish maqsadida donorlarni sinchiklab tekshiruvdan o'tkazishni zarur qilib qo'yadi.

Tibbiyot xodimlari bemorlarni yuqumli davrida tekshirganlarida ehtiyotlik choralariga qat'iy amal qilishlari kerak. Chunki akusherlar, jarrohlar, stomatologlar, laborantlarga kasallik yuqib qolgan hollar kuzatilgan. Buning oldini olish maqsadida bemorlarni tekshirib bo'lgandan so'ng ular qo'llarini, albatta, sulema eritmasi (1:1000) bilan artib, sovunlab yuvish kerak. Laboratoriyada esa, dezinfeksiya maqsadlari uchun 3–5 % li karbol kislota, 1–3 % li lizol, 0,5–3 % li xloramin eritmalari, 2–20 % li xlorli ohak, 70 % li etil spirti hamisha bo'lishi kerak.

Zaxmning serologik diagnostikasi. Deyarli barcha kasalliklarda bemorning qon zardobida maxsus antitelolar paydo bo'lib, muayyan antigenlar (mikroorganizmlar suspenziyasi, a'zolar ekstraktlari)dan foydalanib aniqlaniladi va shu asosda kasallikka tashxis qo'yiladi. Bu usul tibbiyotda serologik (*serum* — zardob) tashxisi, deyiladi. Zamonaviy serologik reaksiyalardan foydalanib, bemor organizmidagi mikrobning turi, xususiyati va infeksion jarayonning qanchalik rivojlanganligini mukammal o'rganish mumkin.

Komplementni bog'lash reaksiyasi (KBR). Komplementni bog'lash reaksiyasi uchun quyidagilar kerak:

1. Tekshirilayotgan zardob.

2. Komplement: gemolitik zardob, qo'y eritrotsitlari, antigen, fiziologik eritma.

Odatda, tekshiriladigan qon ertalab olinadi, mabodo bemor yog'li va oqsilli taomlar iste'mol qilgan bo'lsa, unda 6 soatdan keyin olinadi. Yog'li va oqsilga boy taomlar iste'mol qilingandan keyingi olingan qon zardobidagi mahsulotlar tashxis natijasini chalkashtiradi. Yana shuni aytish joizki, spirtli ichimlik iste'mol qilingandan keyin 24 soat mobaynida qon olish mumkin emas. Ayollardan hayz ko'rgan davrida, homiladorlarning tug'ishdan bir hafta oldin, tuqqanidan so'ng 10 kun mobaynida, tana harorati ko'tarilganida tekshirish uchun qon olinganida alohida e'tibor berish kerak.

Qon bilak venasidan 6—8 ml hajmda olinadi. Toza probirkaga solinib, 37°C li termostatga 30 daqiqaga qo'yiladi, so'ngra muzlatgichda keyingi kunga qoldiriladi. Ertasi kuni probirkaning yuza sathida hosil bo'lgan zardobni boshqa toza probirkaga olinadi. Olingan qon tarkibidagi tabiiy «komponentni» yo'qotish uchun suvli hammom yoki quruq shkafda 30 daqiqa 56°C da saqlanadi. Shu bilan komplementni bog'lash reaksiyasi uchun kerakli zardob tayyor hisoblanadi.

Komplement deb, yangi zardob tarkibidagi oqsil fraksiyalariga aytiladi. Amaliyotda komplement bog'lanish reaksiyasini bajarish uchun dengiz cho'chqachalaridan olingan zardob ishlatiladi. Qon olinadigan dengiz cho'chqachalarining og'irligi 300—400 g bo'lishi kerak. Bundan tashqari u erkak dengiz cho'chqachasi bo'lsa, juda yaxshi bo'ladi. Dengiz cho'chqachasidan 10—15 ml miqdorida yuragidan qon olinadi. Odatda, qon olish 7—10 kunda bir marotaba bajariladi.

So'ngra olingan qon termostatda 30 daqiqa saqlanadi, undan keyin muzlatgichda 4°C da ertasi kunigacha qoldiriladi. Hozirgi kunda laboratoriyalarda «liofil quritilgan komplement» ishlatilmoqda. Komplement ampulada 1 ml miqdorida ishlab chiqariladi. Uni ishga tayyorlash uchun ampuladagi quritilgan kukunni ustiga 1 ml fiziologik eritma solib eritiladi. Hosil bo'lgan eritmadan KBR uchun ishchi dozasini tayyorlash lozim. Buning uchun komplementni titrlash kerak.

Komplement titri — gemolitik tizimni lizis qiluvchi eng kam konsentratsiya hisoblanadi.

Gemolitik zardob — bu qo'y eritrotsitlari bilan immunizatsiya qilingan quyon zardobidir.

Quyonni 50 % qo'y eritrotsitlari bilan 3—4 marta 1—2 kun oralig'ida immunizatsiya qilinganda quyonda qo'y eritrotsitlariga qarshi o'ziga xos antitelo — gemolizin ishlab chiqariladi.

Qo'y qoni uning bo'yin venasidan olinadi. Qon olish 7—10 kunda bir marotaba qaytarilishi kerak. Qon olishdan oldin bo'yin venasi yungidan tozalanadi, hamda shu joy spirt yoki yod eritmasi bilan artiladi, so'ngra igna bilan 200 ml. dan ko'p bo'lmagan qon toza shisha idishga olinadi, idish 30 daqiqa qon defibrillashganga qadar chayqatiladi. Fibrinlardan xoli bo'lgan qon toza probirkalarga solinadi. Gemolitik tizim — bu titrlangan gemolitik zardobni 3 % li qo'y eritrotsitlari bilan aralashmasi hisoblanadi. Tayyorlangan aralashma 37°C da termostatda 30 daqiqa saqlanadi.

Antigen. Komplement bog'lanish reaksiyasi ikki xil antigen bilan amalga oshiriladi:

1. Ultratovush treponema antigeni — bu oq treponema kulturasini ultratovush ta'sir ettirib olingan antigen hisoblanadi. Ushbu antigen liofil quritilgan bo'lib flakonlarga solib chiqarilgan. Ishlatishdan oldin uni 5 ml fiziologik eritmada eritiladi.

2. Kardiolipid antigen — 2 ml ampulada suyuq holda ishlab chiqariladi.

Bu antigen qoramol yuragidan olinadi. Buning uchun qoramol yuragi yog'lardan tozalanadi, go'shtqiymalagichda maydalanib, so'ng quritiladi. Hosil bo'lgan kukunni 96° spirtda 15 kun davomida ekstraksiya qilinadi. Eritma filtrlanib, hosil bo'lgan ekstraktni har 100 ml eritmasiga 0,25—0,3 g xolesterin qo'shiladi. Shundan so'ng ekstrakt reaksiya uchun tayyor hisoblanadi.

Komplementni bog'lash reaksiyasini qo'yish. Reaksiya qo'yish uchun kamida 3 qatorli shtativ olinadi. Birinchi qator nazorat, ikkinchi va uchinchi qatorlar tajriba qatori hisoblanadi.

Birinchi navbatda uchala probirkalarga tekshirilayotgan zardobni 1:5 nisbatidagi eritmasi 0,25 ml.dan solinadi. So'ngra birinchi nazorat probirkasiga 0,25 ml fiziologik eritma, uchinchi probirkaga 0,25 ml kardiolipid antigeni, ikkinchi probirkaga ultratovush treponema antigeni solinadi. So'ngra barcha probirkaga 0,25 ml. dan ishchi dozada komplement solinadi. 45 daqiqaga 37°C ga termostatga qo'yiladi. Keyin termostatdan olinib unga

0,5 ml gemolitik sistemadan qo'yiladi va yana 45 daqiqaga 37°C ga termostatda saqlanadi. Har 5–10 daqiqa davomida shtativdagi probirkalar tekshirib boriladi. 45 daqiqadan so'ng hosil bo'lgan natija ko'zdan kechiriladi. Bunda nazorat qatordagi birikmalarning barchasida gemoliz bo'lgan bo'lishi kerak. Qolgan probirkalarda agar kasallik bo'lsa, gemoliz bo'lmasligi lozim. Bu natijalar 4+, 3+, 2+, 1+ bilan belgilanadi.

Komplement bog'lash reaksiyasi zardob tarkibidagi antitelolarni topishga asoslangan. Probirkalarga 1:5 nisbatdagi zardob solinib, uning ustiga kardiolipid va treponemali antigen qo'shganimizda, mabodo, zardob tarkibida antigenlar bo'lsa, uning antigen—antitelo kompleksi yuzaga keladi. So'ngra komplement antigen-antitelo kompleksiga adsorbsiyalanadi, aksincha kompleks hosil bo'lmagan bo'lsa, komplement adsorbsiyalanmay erkin holda qoladi.

Darhaqiqat, komplement bog'lanish reaksiyasi shu komplementning adsorbsiyalanishi yoki erkin holda qolishiga asoslangan. Komplement 45 daqiqa davomida 37°C haroratda termostatda saqlanib olingandan keyin uning ustiga gemolitik tizim solinadi. Agar probirkadagi eritmada antigen-antitelo kompleksi yuzaga kelib komplement unga adsorbsiyalangan bo'lsa, unda erkin holdagi komplement bo'lmaydi, shu sababli gemolizin va qo'yning 3 % li eritrotsitidan hosil bo'lgan gemolitik tizimdagi eritrotsitlarni gemoliz qila olmaydi — shu sababli natija musbat hisoblanadi.

Agarda probirkada antigen-antitelo hosil bo'lmasa, komplement unda adsorbsiyalanmaydi va erkin qoladi. Shu sababli tizimdagi gemolizga uchratib manfiy natija beradi.



NAZORAT SAVOLLARI

1. Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklarni bayon eting.
2. Zaxm kasalligining yuqish yo'llarini ta'riflab bering.
3. Zaxm kasalligining klinik xillarini tushuntiring.
4. Birlamchi zaxm, ikkilamchi zaxmdan nima bilan farq qiladi?
5. Tug'ma zaxmning patogenezini tushuntiring.
6. Zaxmni davolashda qanday preparatlar ishlatiladi? Profilaktikasini izohlang.
7. Zaxm tashxisida qanday laboratoriya uslublari keng ishlatiladi?

TEST SAVOLLARI

1. *Eksperemental zaxm birinchi qaysi hayvonlarda qo'zg'atilgan?*

A) dengiz cho'chqachasida, kalamushda;
B) shimpanze maymunida;
D) oqsichqonda, kalamushda;
E) shimpanze va dengiz cho'chqachalarida.

2. *Zaxmning birlamchi davri paydo bo'lguncha qancha muddat o'tadi?*

A) 2—3 hafta;
B) 4—5 hafta;
D) 6—7 hafta;
E) 8—9 hafta.

3. *Ginekolog, stomatolog va laborantlarning ko'rsatkich barmoqlarida qanday shankr uchraydi?*

A) indurativ shankr;
B) amigdalit shankr;
D) panaritsiy shankr;
E) qattiq shankr.

4. *Zaxmning davolash usullarini aniqlang:*

A) preventiv davolash, profilaktik, sinama davolash;
B) simtomatik, profilaktik;
D) sinama, preventiv, simtomatik;
E) profilaktik, simtomatik.

12-amaliy mashg'ulot

SO'ZAK KASALLIGI



• So'zak kasalligining yuqish yo'llari, klinikasi. • Erkaklar, ayollar va qizlar so'zagi, klinikasi, davosi va profilaktikasi • Laboratoriyada erta tashxis qo'yish uslublari

So'zak yuqumli tanosil kasalligi bo'lib, asosan, jinsiy yo'l bilan yuqadi. So'zak yunon. «gonoreya», nemischa «tripper», deb ham ataladi, ya'ni *gone* — urug', *rhoia* — oqish demakdir. So'zakda, asosan, siydik tanosil a'zolari, ba'zan to'g'ri ichak, ko'z, og'iz shilliq qavatlari ham zararlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. So'zakning qo'zg'atuvchisi — gonokokkni 1879-yili nemis olimi Albert Neysser topgan. E. Bum 1885-yilda esa, uni maxsus oziqli muhitda undirishga muvaffaq bo'lgan.

Kasallik ko'proq so'zakka mubtalo bo'lgan bemor bilan jinsiy aloqa qilganda, shuningdek, surunkali so'zak bilan og'rigan erkak va ayollardan yuqadi. Xastalik bemor foydalangan buyumlar: choyshab, sochiq va boshqalar orqali ham yuqadi. Bola so'zak bilan og'rigan onadan tug'ilishi vaqtida ko'zlariga so'zak yuqtirib olishi mumkin. Bolalar kattalar bilan birga yotganida, umumiy tuvakdan, vanna, tog'ora va boshqalardan foydalanganida ham kasallik yuqishi ehtimoli bor.

Ba'zan gonokokklarning butun organizmga tarqalish hollari (gonokokkli sepsis) ham kuzatiladi. Venerologiya sohasida kuchli antibakterial preparatlarning keng ishlatilishi natijasida gonokokkli sepsis, artrit kabi kasalliklar mutlaqo yo'qotildi. So'zak qadimgi tanosil kasalliklaridan hisoblanadi. Erkaklar so'zagida, uretradan sarg'ish-gungurt yiringli suyuqlik chiqa boshlaydi, shu ko'rinishni eramizdan avvalgi II asrda yashagan Galen «gonoreya», deb atagan.

So'zak eramizdan avvalgi V asrda Gippokratga ham ma'lum bo'lgan, lekin uni birinchi bo'lib A. Neysser aniqlagan, u bemorlarning

uretra kanalidan kasallik qo'zg'atuvchisini topib, gonokokklar siydik-tanosil a'zolarida yallig'lanish jarayonlarini vujudga keltirishini ilmiy asosladi. Shundan buyon so'zak — *mustaqil kasallik*, deb yuritiladi.

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, hozir ham so'zak eng ko'p tarqalgan tanosil kasalliklari qatoriga kiritilgan. Yer kurasida yiliga 200—250 mln aholi bu kasallikka chalinadi. Hatto rivojlangan Yevropa davlatlarida ham so'zak o'tkir yuqumli grippdan keyingi o'rinda turadi.

Kasallikning yuqish yo'llari. Yuqorida biz gonokokklar odam organizmidan tashqarida juda chidamsiz ekanligini aytib o'tdik. So'zak, asosan, sog'lom odamga bemor bilan jinsiy aloqada bo'lganida yuqadi. Uning manbayi so'zak bilan og'riganligini bilmay yurgan yoki surunkali so'zakka chalingan bemorlar hisoblanadi. Ayniqsa, ayollar, o'zlarining kasal ekanliklarini uzoq vaqtgacha bilmay yurishlari mumkin.

Katta yoshdagi erkaklarga so'zak ko'pincha jinsiy aloqa qilganda yuqadi. Notanish shaxslar bilan jinsiy aloqa qilish ham kasallikka zamin yaratadi. Bunda gonokokklar to'g'ri ichak yoki og'izburun bo'shlig'i shilliq qavatlarini zararlantiradi. Bunday holat besoqolbozlik (gomoseksualizm) bilan shug'ullanuvchilarda kuzatiladi. Ba'zan so'zak bilan og'rigan qizlarning shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmasliklari oqibatida, ularning jinsiy a'zolaridan kelayotgan infeksiyali ajralmalar to'g'ri ichak shilliq qavatiga tushib uni yallig'lantiradi.

Orogenital muloqotdan so'ng gonokokklar bodomcha bezlar va tomoq shilliq qavatini birlamchi yallig'lantirishi mumkin. Yosh bolalar jinsiy a'zolaridagi infeksiyani bilmay og'iz bo'shlig'iga yuqtirganliklari xususida ma'lumotlar bor. Gonokokkli konyunktivit kattalarda deyarli kuzatilmaydi, shaxsiy gigiyenaga rioya qilmagan bemor uni o'z qo'li bilan yuqtirishi mumkin. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, so'zak bilan og'rigan bemorlarning deyarli 95—99 % uni jinsiy aloqa oqibatida yuqtirib oladi.

Erkaklar so'zagi. So'zak bo'lgan ayol bilan jinsiy aloqa qilgan erkakda 3—5—7 kunlik inkubatsion davrdan keyin siydik chiqarish kanalidan sarg'ish-ko'kimtir yiring ajrala boshlaydi. Kasallikning

inkubatsion davri ba'zan 2–3 haftagacha davom etadi. Agar kasallik boshlanganiga 2 oydan oshgan bo'lsa, uni *surunkali so'zak*, deb yuritiladi. Shuningdek, kasalligi aniqlanmagan bemorlarni ham so'zakning surunkali xiliga kiritiladi.

Ba'zi bemorlarda gonokokk bo'lishiga qaramay, kasallik hech qanday subyektiv yoki obyektiv belgilarsiz, ya'ni asimptom kechadi, bunday holat yashirin (latent) so'zak yoki gonokokk tashuvchilar deb yuritiladi. Ko'pgina mutaxassislarning tushuntirishicha, keyingi yillarda so'zakning asimptom kechishi tez-tez kuzatilmoqda.

Erkaklar so'zagining quyidagi shakllari mavjud:

1. Yangi so'zak: a) o'tkir; b) o'rtacha o'tkir; d) sust kechadigan (torpid turi).
2. Surunkali so'zak.
3. Yashirin (latent) so'zak.

O'tkir so'zak uretriti. Bemor siydik chiqarish kanalining old qismida qichish, qizish va biroz achishish sezadi. Bu subyektiv belgilar, ayniqsa, bemorni ertalab peshob chiqarganida bezovta qiladi. Uretra kanali og'zi yopishib, giperemiyalanib shishib ketadi. Siydikda shilimshiq va yiringli ipchalar ko'rinadi. Bora-bora bemor siyganida og'riq turib, qattiq achishishidan, ereksiyada og'riq sezilishidan noliydi.

Kasallikning 3–4 haftalari oxirida yallig'lanish uretraning old qismidan orqasiga o'tadi va o'tkir total so'zak uretriti avj oladi. Uretraning oldingi qismi zararlanganligi belgilariga uning orqa tomoni yallig'langani simptomlari qo'shiladi. Kasallik belgilari zo'rayadi (uretrotsistit). Bemor tez-tez siyadi, shu paytda og'riq sezadi, peshobida qon bo'lishi ham mumkin (terminal gematuriya).

Surunkali so'zak. Bemor o'z vaqtida davolanmasa yoki palapartish davolansa, shuningdek, parhez va davo rejimiga rioya qilmasa jarayon o'tkirdan surunkaliga o'tadi. Xuddi shu hol gonokokklar preparatlar ta'siriga chidamli yoki organizm reaktivligi past bo'lganda kuzatiladi.

Surunkali so'zak o'zining subyektiv va obyektiv belgilari bilan xuddi torpid so'zakka o'xshab ketadi. Surunkali so'zakka chalingan

bemorlarning 60 % da kam ifodalangan belgilar bilan kechadi. Ba'zan surunkali so'zak qo'zib turadi. Ayniqsa, bemor achchiq, sho'r taomlar iste'mol qilsa, spirtli ichimliklar ichsa, jinsiy aloqa qilsa yallig'lanish zo'rayadi. Jarayon qaytalanganida kasallikning klinik ko'rinishi xuddi o'tkir yoki o'rtacha so'zakka o'xshab ketadi. Bunday bemorlarning kasallik tarixiga qarab, aniq tashxis qo'yiladi.

Erkaklar so'zagining asoratlari. Siydik chiqarish kanali strukturasi (uretra strukturasi) yoki uretraning chandiqli torayishi, asosan, uretraning oldingi qismida paydo bo'ladi; siyish akti cho'zilib, siydik oqimi ingichkalashib qoladi, bemor siyishga qiynaladi, achishish hissi paydo bo'ladi, bemor siyganidan keyin ham bir-ikki tomchi siydik keladi. Zamonaviy davo choralarini qo'llash tufayli uretra strukturasi keyingi yillarda mutlaqo uchramay qoldi.

So'zak prostatiti pala-partish davolanish, ko'pincha parhez va davo rejimining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Gonokokklar prostata bezining chiqarish yo'llari orqali shu bezga kiradi. Bunday kataral prostatit asimptom kechadi. Bunda kechalari tez-tez zahar tang qilib turadi, siydik loyqalanadi, ba'zan tiniq bo'lsa ham, unda ipir-ipirlar paydo bo'ladi. Bunda kasallikning klinik belgilari, xuddi uretraning orqa qismi yallig'langanidek (orqa uretrit) namoyon bo'ladi. Bemorning ahvoli yomonlashib, darmoni quriydi, ishtahasi pasayadi. Chov oralig'ida o'tmas og'riq, ich dam bo'lishi, qabziyat kuzatiladi. Tana harorati 38—39°C ga yetadi, kechalari tez-tez zahar tang qilib, stakanli sinamada siydikning har ikki qismi loyqa, cho'kmasida yiring bo'ladi.

Zamonaviy davo usullari qo'llanilganda ham moyak ortig'ining shikastlangan to'qimalari asli holiga qaytadi. Moyak ortig'ining dum qismidagi infiltratlari butunlay so'rilib ketmay, unda qattiq chandiq qoladi — bu spermatozoidlar harakatiga to'sqinlik qiladi. Har ikki moyak ortig'i yallig'lansa, azospermiya ro'y beradi va so'zakning eng xavfli asorati bepushtlik kuzatiladi.

Ayollar so'zagi o'zining klinik ko'rinishi va kechishi jihatidan erkaklarnikidan biroz farq qiladi — bu erkak va ayol siydik-tanosil a'zolarining tuzilishidagi tafovutlarga bog'liq.

Ayollarda so'zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bachadon bo'yni, shuningdek, to'g'ri ichakni bir yo'la shikastlantiradi va jadal kechadi. Keyingi yillarda so'zakning klinik simptomlari o'zgarishi, kasallik epidemiologiyasi, tashxisi va davosida o'z ifodasini topmoqda. Ayniqsa, ayollar so'zagi tashxisi uning 75–80 % subyektiv asimptom kechishi hisobiga murakkablashyapti.

Infeksiya, asosan, jinsiy yo'l bilan yuqadi. Favqulodda bemorlar ishlatgan buyumlari (sochiq, ichki kiyim, ko'rpa-to'shak va boshq.)dan yuqib qolishi mumkin. Gonokokklar ho'l buyumlardagi yiringda 24 soatgacha tirik saqlanadi. Bemor bilan jinsiy aloqa qilinganda gonokokklar avval uretraga, keyin bachadon bo'yniga tushib, ularni yallig'lantiradi. Keyinchalik katta vestibular bezlar va to'g'ri ichakning quyi qismi zararlanadi.

Gonokokklar yuqqanidan keyin, kasallikning 3–5 kun yashirin davri o'tadi. Ba'zan bu davr 14–15 kunga cho'zilib ketadi. Kasallikning subyektiv belgilari sustligi tufayli, ayollar infeksiya yuqtirgan vaqtini aniq ayta olmaydilar.

Ayollar so'zagi klinik kechishiga qarab xuddi erkaklarnikidek tafovut qilinadi: 1. Yangi so'zak (o'tkir, o'rtacha o'tkir, torpid). 2. Surunkali so'zak (ikki oydan oshgan so'zak). Siydik tanosil a'zolarining faqat quyi qismi (qin dahlizi, bartolin bezlari, uretra, bachadon bo'yni) so'zak bilan zararlangan bo'lib, bu asorat bermagan, mabodo, bachadonning ichki qismi, tuxumdon ortiqlari va boshqa a'zolari ham zararlangan bo'lsa, bunday kasallik yuqori ko'tariluvchi asorat bergan so'zak deyiladi.

Ayollar so'zagining o'tishi o'tkir va xronik (surunkali) bo'ladi. Kasallikka chalingan ayollarning 71–96 % da so'zak uretriti kuzatiladi, bunda asosan ayollar uretrasining qisqa (3–4 sm) va enliligi sabab (erkaklarnikidan 1,5 marta enli) bo'ladi. Kasallikning o'tkir davrida bemorlar uretraning sanchib og'rishiga, surunkali davrida esa, tez-tez og'riqli siyishga shikoyat qiladilar.

Obyektiv simptomlar. Uretra dahlizi giperemiyalanib shishib turadi, bosganda infiltratlanish va og'riq seziladi, oqish sarg'imtir ajralma keladi. Parauretral yo'llar yallig'lanib, qo'lga tugunchadek unnaydi.

Ayollarning asorat bermagan so'zagida bachadon bo'ynining so'zakdan yallig'lanishi (o'tkir so'zakda deyarli 85–90 %,

surunkalida esa, 94–98 %) kuzatiladi. Bachadon bo'ynining qin sohasi qizarib shishib turadi, qindan shilimshiq yiringli suyuqlik chiqadi, yuzaki eroziya hosil bo'ladi. Surunkali jarayonda shish, giperemiyaga nisbatan follikular eroziya ko'p uchraydi. Bemorlarning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi, ular asosan qichishish, achishish, chiqindi ajralishidan shikoyat qilishadi.

Vulva va qinning so'zakdan yallig'lanishi ahyon-ahyonda uchraydi, chunki bu a'zolarning shilliq qavati infeksiyaga chidamli ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Vulva va qinning so'zakdan zararlanishi yosh qizlar, homiladorlar va klimaks davrini boshidan kechirayotgan ayollardagina ko'riladi.

Bunday bemorlarning tashqi jinsiy a'zolari shishib giperemiyalanadi, klitor osti kriptalari, katta va kichik uyatli lablar yuzasi qizarib yiring bilan qoplanadi. Kichik uyatli lablar shishib, yopishib turadi, ba'zan yara-chaqalanib eroziyalanadi. Bemor og'riqqa, qichishish, achishish va chiqindi ajralayotganiga noliydi. Bunga ikkilamchi infeksiya qo'shilsa, qisman regionar limfadenit kuzatiladi. Homilador ayollar so'zakka chalinsa, ulardan tug'ilgan chaqaloqning har ikkala ko'ziga tug'ilish jarayonida so'zak yuqib qoladi.

Bartolin bezlarining so'zakdan yallig'lanishi (so'zak bartoliniti) uretra yoki bachadon gonokokkli yiring o'tishi natijasida vujudga keladi va ayollar so'zagining 20–30 % da uchraydi. Katta vestibular bezlar yallig'lanishining olti xil klinik ko'rinishi tafovut qilinadi: yuza kanalikulit, kanalikulit, soha abssess, katta vestibular bezlar o'smasi (kista), nodoz (tugun) xili.

Bez chiqaruv naylarining og'iz qismi zararlanganda (yuza kanalikulit), shu soha qizarib turadi, qizil dog'lar ko'zga tashlanadi, bu dog'lar bosib ko'rilsa, yiringli ajralma chiqadi. Bez tanasining zararlanishi (abssess, o'sma) juda bezillab turadigan o'sma ko'rinishida namoyon bo'ladi, o'sha o'sma bosib ko'rilganda qattiq og'riydi, qo'zg'aluvchan bo'ladi. Bora-bora abssessga aylanib ketishi mumkin. Gonokokklarga ikkilamchi mikroorganizmlar qo'shilishi tufayli chin abssess vujudga keladi. Bunda bemorning umumiy ahvoli yomonlashib, harakati keskin cheklanadi, tana harorati ko'tariladi. Ular jarrohlik usulida davolanadi. Ba'zan katta vestibular bezlardagi yallig'lanish kamayib, ularning chiqaruv

yo'llari tiqilib qolsa, unda no'xatdek yoki undan kattaroq sharsimon, yumshoq o'smalar (kista) vujudga keladi. O'smalar deyarli og'rimaydi, bemorni bezovta qilmaydi, yorilganda ichidan yopishqoq ajralma chiqadi.

Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak. Parhez va rejim buzilsa (jinsiy aloqa, og'ir jismoniy ish qilinadigan bo'lsa), o'z vaqtida davo qilinmay, organizm qarshiligi susayib ketsa, asorat bermagan so'zak asorat beradigan, yuqoriga ko'tariluvchi so'zakka aylanib ketishi mumkin. Yuqoriga ko'tariluvchi jarayon so'zakning eng og'ir ko'rinishi bo'lib, odatda kasallikdan keyingi birinchi yoki ikkinchi hayzdan so'ng boshlanadi. Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak o'tkir so'zakdan so'ng 6–9 %, surunkalisida 28–30 % hollarda uchraydi. Hozirgi paytda ancha kam uchraydi.

Klinik ko'rinishiga ko'ra yuqoriga ko'tariluvchi so'zak, ayollarda uchraydigan boshqa yallig'lanish jarayonlariga o'xshab ketadi. Bunda, asosan, qorinning pastki qismida og'riq turib, uning xarakteri yallig'lanish o'chog'iga bog'liq bo'ladi. Bemorning ko'ngli ayniydi, qayt qiladi, harorati ko'tarilib, qaltiraydi (salpingooforit, pelvioperitonit). Yuqoriga ko'tariluvchi so'zak bachadon ichi shilliq qavati, muskullari (endometrit, endomiometrit), bachadon naylari (salpingit) va tuxumdon (oofarit)ning yallig'lanishiga olib kelishi mumkin. Ayniqsa, bachadon naylarining ikki tomonlama so'zakdan yallig'lanishi, bachadon naylarining bitib qolishi va pirovardda bepushtlikka olib keladi.

Qizlar so'zagi. Asosan 2–8 yoshli qizlarda kuzatiladi. Ular so'zak bilan og'rigan onalari, qarindoshlari yoki tarbiyachilaridan nojinsiy yo'l bilan kasallikni yuqtirib olishadi. Shaxsiy va umumiy sanitariya qoidalari buzilganda, shuningdek, kasal bilan bir o'rinda yotilganda, chiqindilardan, vanna, tuvak, sochiq orqali ham kasallik yuqishi mumkin. Kasallikning shu yo'l bilan yuqishi 85–95 % ni tashkil qiladi. So'zak bilan og'rigan qizlarning asosiy kasallik yuqtirish manbayi onasi hisoblanadi. Qizlarning 80–93 % da so'zak o'tkir kechadi. Ayollardan farqli o'laroq qizlarda, asosan, siydik tanosil a'zolarining ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan sohalari zararlanadi. Bachadon va ortiqlarining zararlanishi, odatda kuzatilmaydi. Kasallikning inkubatsion davri qisqa, 3 kun davom etadi.

Yallig'lanish ko'p o'choqli bo'lib, bemorlarning deyarli 100 % qin va qin dahlizi, 85 % uretrasi, 50–82 % to'g'ri ichakning quyi qismi shilliq qavati zararlanadi.

Kasallikning klinik manzarasi mikroorganizmning reaktivligi hamda gonokokklarning virulentligiga bog'liq.

Davosi. So'zakni davolash mutaxassisdan antibakterial, immunoterapevtik, mahalliy va fizioterapevtik muolajalarni bir yo'la mukammal qo'llay bilishni talab qiladi. Yuqoridagi usullarni qo'llash zararlangan o'choqning xarakteriga qarab olib boriladi.

Gonokokka qarshi antibiotiklar ishlatganda uni yuborishdan 20–30 minut avval allergik reaksiyaning oldini olish uchun antigistamin preparatlar, dimedrol, pipolfen va boshqalar beriladi. Erkak va ayollarning o'tkir so'zagida benzilpenitsillinning davo kursi 6 mln TB buyuriladi. Yangi torpid xilining asorat bermagan hamda o'tkir asoratlangan erkaklar so'zagida, yuqoriga ko'tariluvchi va surunkali so'zakda davo kursi 10–12 mln TB. ga yetadi. Bemorlar qonida antibiotikning yuqori konsentratsiyasini hosil qilish uchun davo katta dozada, ya'ni birinchi inyeksiyani 600000 TB. da muskullar orasiga, keyingilari esa 400000 TB. da har 3 soatda buyuriladi.

Bitsillin–1, Bitsillin–3, Bitsillin–5 larda bir martalik doza 600000 TB. dan qilib olinganida 6 ta inyeksiyalar orasida 24 soat o'tadigan bo'lsa, bir martalik doza 1200000 TB qilib olinganida oradan o'tadigan vaqt 48 soatni tashkil qiladi. Erkaklarning o'tkir, o'rtacha o'tkir va ayollarning o'tkir so'zagida 4,8 mln TB buyuriladi, so'zakning boshqa shakllarida 6 mln TB, har 24 soatda 600000 TB. dan qilinadi.

Ampitsillin (davo kursi 8,0 g), ampioks 0,5 g.dan har 4 soatda 4–5 kun, oksatsillin (davo kursi 0,5 g.dan 5 mahal, jami 10,0 g), levomitsitin kuniga 3,0 g, davo kursiga 8,0 g, tetratsiklin davo kursi 8,0 g.dan buyuriladi. Roksitromitsin Lek 150 mg.dan, seftriakson 250 mg.dan, amoksiklav esa, 375 mg.dan buyuriladi. Antibiotik-makrolidlar ham keng qo'llaniladi: eritromitsin 400000 TB. dan 5–6 mahal, jami 10 mln TB, oletetrin jami 6 mln TB, eritsiklin jami 3,0 g. Rifampitsin – yarim sun'iy antibiotik 0,3 g.dan (birinchisi 0,6 g), har 6 soatda ovqatdan 30–60 minut avval beriladi, davo kursi 3,0 g.

SO'ZAKNING LABORATORIYA DIAGNOSTIKASI

Bakteriologik laboratoriyada shart-sharoitlar. Teri-tanosil kasalliklari dispanseri va boshqa maxsus davolash profilaktika muassasalari laboratoriyalarida kasallik qo'zg'atuvchini bakteriologik va bakterioskopik usullarda aniqlash ma'lum shart-sharoitlarni talab qiladi. Avvalambor boks, boks oldi xonasi, idishlarni yuvish, patologik materiallarni olish uchun yordamchi xonalar bo'lishi kerak. Shu bilan birga agarli oziq muhitlar tayyorlanadigan joy hamda mikroblarni ko'zdan kechirish uchun maxsus yorug' va shinam xona bo'lishi shart. Agarli oziq muhitlarni, idish, tibbiyot asboblari, avtoklav va quritish shkaflarida sterillanadi. Laboratoriyada shisha idishlar, termostat, muzlatgich, quritish shkafi, sentrafuga, suv hammomi, tarozi kabi apparaturalar bo'lishi lozim. Kerakli bo'yoqlar, dori-darmonlar, indikatorlar va boshqa kundalik sterillangan shisha idishlar, asboblar, xalat, bog'lov materiallari, niqoblar va boshga kiyiladigan qalpoqlar boks oldi xonasidagi shkafda saqlanadi.

Haftasiga bir marta boks xonalari tozalik darajasi tekshirib turiladi. Buning uchun go'sht pepton agari va Saburo oziq muhiti solingan likopchalar boksda 15–16 daqiqa ochiq holda qoldiriladi. So'ngra birinchi likopcha 48 soatga 37°C li termostatda, ikkinchisi esa, 96 soat 22°C li termostatda qoldiriladi. Likopchalarda 10 tagacha saprofit mikroorganizmlar koloniyasi unsa natija qoniqarli hisoblanadi.

Gonokokklarning morfologik va biologik xususiyatlari. Gonokokklarning kattaligi 1,25–1,0 x 0,7–0,8 mkm bo'lib, juft holda joylashadi. Spora hosil qilmaydi, ammo kapsula yoki mikrokapsulaga ega. Gram usulida manfiy bo'yaladi. Gonokokklar polimorf bo'lib, ularning mayda yoki kattaroq shakllari ma'lum. Bo'yoqlarni (metilen ko'ki, brilliant yashili, fuksin) yaxshi qabul qiladi. Ammo gonokokklarning differensial diagnostikasi Gram usulida bo'yalishiga asoslangan. Antimikrob preparatlar va harorat ta'sirida tez o'zgarib, L — shakliga o'tishi mumkin.

Gonokokklar makroorganizm hujayralari ichida yoki tashqarisida joylashadi. Fagotsitozga chidamli. Gonokokklar ekzotoksin hosil qilmaydi, ammo bakteriya hujayrasining parchalanishi natijasida endotoksin ajratadi, bu omil odam uchun kuchli zahar hisoblanadi.

So‘zak qo‘zg‘atuvchilari odam organizmidan tashqarida, quritilganda, 40°C haroratda nobud bo‘ladi. Dezinfeksiyalovchi moddalar: 1:10000 gacha suyultirilgan kumush nitrat, kaliy permanganat (1:50) ta’sirida bir necha daqiqada o‘ladi. Gonokokklar yiring ichida, nam buyumlar (choyshab, sochiq va h.k.)da 24 soatgacha tirik saqlanadi. Vakuum qilib muzlatilganda, ular antigenlik xususiyatlarini uzoq vaqt saqlab qoladi. Masalan, muzlatilgan kulturalar 5 yildan so‘ng yana oziq muhit qayta undirilgan tadqiqotlar ma’lum. Gonokokklar so‘nggi yillarda L — shakl hosil qilib, turli xil antibakterial preparatlarga chidamliligini o‘zgartirmoqda. Bu hol davolashni ancha mushkullashtiradi. Gonokokklar, ayniqsa, penitsillinga qarshi penitsillinaza fermentini ishlay boshladi.

Gonokokklar faqat odamlarda kasallik keltirib chiqaradi, shuning uchun antraponoz kasallik hisoblanadi. Tabiiy sharoitda hayvonlar so‘zak bilan kasallanmaydi, ularga kasallik yuqtirish tadqiqotlari natijasiz bo‘lmoqda. Keyingi yillarda ba’zi tadqiqotchilar maymunlarga so‘zak yuqtira olganliklari haqida ma’lumot berishgan.

Material olish texnikasi va mikroskopik diagnostikasi. So‘zak uretriti dub tashxis qo‘yish uchun tanosil a’zolaridan olingan ajralmada gonokokklar bor-yo‘qligi mikroskopik yo‘l bilan tekshirib ko‘riladi. Surtma olish va undan preparat tayyorlash texnikasini puxta bilish, siydik-tanosil a’zolari kasalliklari etiologiyasini aniqlashda muhim ahamiyatga ega.

Erkaklar tanosil a’zolaridan surtma tayyorlash. Erkaklardan surtma olish uchun uretradan chiqqan sarg‘ish-gungurt rangli yiring material manbayi bo‘lib xizmat qiladi. Kasallikning o‘tkir formasida siydik chiqarish kanali chetlari shishgan va ajralma mo‘l kelib turadi, surunkali formasida esa, ajralma kam va shilimshiqli bo‘ladi.

Material olishdan oldin olat boshi sterillangan fiziologik eritmaga ho‘llab olingan doka tampon bilan yaxshilab artiladi. Agar kasallikning o‘tkir formasi bo‘lsa, chiqayotgan quyuq ajralmaning birinchi tomchisi artib tashlanadi va olatni oldinga tortib uqalash yo‘li bilan keyingi chiqqan ajralma buyum oynasiga olinadi. So‘ng uni yog‘sizlantirilgan toza buyum oynasiga bir tekis qilib surtiladi.

Kasallikning yashirin yoki ko'pincha surunkali formasida ajralma chiqmasligi mumkin. Bunday hollarda material siydik chiqarish kanaliga bakteriologik qovuzloqni 2–3 sm kiritib olinadi (bemorga surtma topshirishdan 3–5 soat oldin siymaslik tavsiya etiladi). Ba'zan davolovchi shifokor ko'rsatmasiga binoan prostata bezi, Litter, Kuper bezlari va urug' pufagi sekreti uqalab olinadi.

Surtmalar aniq to'ldirilgan yo'llanma bilan yuboriladi. Unda bemorning ismi-sharifi va otasining ismi, kasallik tarixi yoki ambulatoriya kartasining raqami, material olingan joy va taxminiy kasallik tashxisi, bemorning antibiotik, sulfanilamid preparatlar qabul qilgan-qilmaganligi ko'rsatilgan bo'lishi shart.

Ayollarning tanosil a'zolaridan surtma olish. Odatda, ayollarning uretrasi, bachadon bo'yni va ba'zan to'g'ri ichak shilliq pardasidan surtma olinadi. Buning uchun avval siydik chiqarish kanalining kirish qismi quruq doka tampon bilan artib tozalanadi. Bu o'rinda shuni unutmaslik kerakki, artish uchun furatsillin, kaliy permanganat eritmalaridan foydalanib bo'lmaydi, chunki ular surtma tarkibidagi mikroorganizmlarning morfologiyasini o'zgartirib qo'yadi, bu esa, tashxis qo'yishda xatoliklarga olib kelishi mumkin. Sterillangan asboblar: metall qovuzloq, folkman qoshig'i va novsimon zondlar yordamida surtmalar (ularni 0,5–1,0 sm kiritib) olinadi.

Bachadon bo'ynidan surtma olishda avval qinga Kusko ko'zgusi kiritiladi va yuqorida bayon etilganidek, fiziologik eritmaga ho'llangan doka tampon bilan qin sekreti (bachadon bo'yni tiqini) artib olinadi, chunki unda har xil mikroflora bo'ladi. So'ng uzun ginekologik pinset yordamida (0,5–1,0 sm kiritilib) bachadon bo'yni kanalidan shilimshiqli yiring olinadi va uni buyum oynasiga bir tekis qilib surtiladi.

Ayollarning vulva va qinidan olingan surtmalarda aksariyat hollarda gonokokklar topilmaydi, chunki bu a'zolarning shilliq pardasida so'zak infeksiyasiga berilmaydigan ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan bo'ladi. Bartolin bezlariga gonokokklar uretra yoki bachadon bo'ynidan o'tadi. So'zakdan yallig'langan bezlar og'zi bosib ko'rilsa, shilimshiq-yiringli suyuqlik tomchilari ajralib chiqadi. Surtma ana shu tomchilardan olib tayyorlanadi.

Ayollar orqa teshigiga (anusga) gonokokkli yiring tushishi natijasida, erkaklarda esa, ko'pincha gomoseksualistlarda to'g'ri ichak shilliq pardasi shikastlanishi mumkin (so'zak proktiti). Esmarx krujkasi yoki kattaroq shpris bilan to'g'ri ichakning 6—7 sm ichkarisiga ich kelgandan 3—4 soat keyin iliq fiziologik eritma yuboriladi. Eritma qaytib tushgach, uni stakanga yig'ilib, undagi shilimshiqlardan surtma tayyorlanadi.

Ayollarda so'zakdan vulva bilan qin kamroq shikastlansa, bunga qarama-qarshi o'laroq, 3—8 yoshli qizlarda shu a'zolar ko'proq shikastlanadi. Bu qizlar jinsiy a'zolari shilliq pardalarining tuzilishi va kimyoviy tarkibiga bog'liq. Bunday paytda surtma olish tibbiyot xodimidan ehtiyotlik va mahoratni talab qiladi. Chunonchi, avval jinsiy a'zolarning tevarak-atrofi fiziologik eritmaga namlangan doka tampon bilan artiladi. Folkman qoshiqchasi yoki zondni iffat pardasi teshigidan o'tkazib, qin orti bilan bachadon bo'ynidan ajralma olinadi va undan surtma tayyorlanadi.

Og'iz bo'shlig'idan surtma olish uchun, avvaldan tayyorlangan steril nikelli bakteriologik qovuzloq yoki tampondan foydalaniladi. Surtma (og'iz ochgichni ishlatib) tomoqning orqa qismidan va tanglay chetlaridan olinadi. Ba'zan chaqaloqlarda so'zakdan ko'z konyunktivasi yallig'lanadi (blenoreya, onasidan yuqadi). Bunday hollarda ko'z shilliq pardasidan kelayotgan ajralmadan tekshirish uchun zudlik bilan surtma tayyorlanadi. Surtmalar aniq yozib to'ldirilgan yo'llanma bilan laboratoriyaga yuboriladi. Unda bemorning ismi-sharifi va otasining ismi, kasallik tarixi yoki ambulatoriya varaqasining raqami, patologik material olingan joy, birlamchi klinik tashxisi ko'rsatilgan, shifokorning imzosi bo'lishi shart. Mabodo, bemorga davo choralari ko'rilgan bo'lsa, yo'llanmada qayd etilishi lozim.

Surtmalarni bo'yash usullari. So'zak tashxisi odatda, bakterioskopik va bakteriologik usullar bilan tekshirib tasdiqlanadi. Gonokokklarni bo'yab mikroskopik tekshirish ishlari respublikamizdagi deyarli hamma klinik-diagnostik laboratoriyalarida bajariladi.

Bemorlardan olingan surtmalar xona haroratida quritilgandan so‘ng, ularni spirt alangasida u yoq-bu yoqqa o‘tkazish bilan yoki 96° etil spirtida 3 daqiqa davomida fiksatsiyalanadi.

Oddiy bo‘yash usuli. Bunda 1 % li metilen ko‘kining suvdagi eritmasi ishlatiladi. Ya’ni 1 g metilen ko‘ki kukuni, 100 ml distillangan suvda eritilib, yaxshilab chayqatiladi. Fiksatsiya qilib tayyorlangan surtmali buyum oynasiga metilen ko‘kining 1 % li eritmasi tomizilib, 1–1,5 daqiqa kutiladi, so‘ng preparatni yuvib havoda quritgach, mikroskopning immersion sistemasida ko‘zdan kechiriladi.

Keyingi paytda 0,5 % li brilliant yashilining suvdagi eritmasi shu maqsadlarda keng qo‘llanilmoqda. Faqat brilliant yashili kukunini qaynatilgan suvda eritish tavsiya qilinadi. Ba’zan metilen ko‘kini 1 % li eozin hamda 63° li etil spirti aralashmasidan tayyorlangan eritmadan foydalanish mumkin. Bunda bo‘yalgan preparatlar avvaldan fiksatsiya qilinmaydi. Oddiy usul bilan bo‘yalgan preparatda hujayra protoplazmasi oqimtir-ko‘k, yadrosi to‘q ko‘k rangda ko‘rinadi. Gonokokklar hujayra ichida yoki tashqarisidan joylashishidan qat’iy nazar bir xil ko‘k rangga bo‘yaladi. Bu usullarning oddiyligi va tez bajarilishi laborantlar uchun qulay. Ammo tashxisni tasdiqlashda Gram usuli o‘z afzalligi bilan ajralib turadi va shu tufayli differensial diagnostikada Gram usuli hal qiluvchi omil hisoblanadi.

Gram usulida (murakkab usul) bo‘yash. Bo‘yash uchun avval quyidagi eritmalar tayyorlanadi. Kristall violet eritmasi: Kristall violet — 1 g, 96° li etil spirti — 10 ml, distillangan suv — 300 ml. Kukun holidagi kristall violet chinni likopchada tuyuladi va 10 ml spirtda eritilib, keyin 300 ml distillangan suvni oz-ozdan qo‘shib aralashtiriladi, so‘ng filtrlanadi.

Lyugol eritmasi: Kaliy yodid — 2 g, kristall yod — 1 g, distillangan suv 300 ml. Avval kaliy yodidni chinni likopchadagi 10 ml distillangan suvda eritilib, keyin unga kristall yod qo‘shiladi, so‘ng ustiga 300 ml.gacha suv qo‘shilib, 12—24 soat 37°C li termostatda saqlanadi.

Safronin eritmasi: Safronin — 1 g, distillangan suv — 250 ml. Safronin kukuni distillangan suvda tez va yaxshi eriydi.

1. Fiksatsiya qilingan surtma ustiga sathini yopib turadigan qilib, unga kristall violet eritmasi quyiladi va 1 daqiqa kutib turiladi. Keyin surtma oddiy suvda yuviladi.

2. So'ngra surtma ustiga 5–10 sekund Lyugol eritmasi quyiladi, surtma to'q jigarrangga bo'yaladi.

3. Lyugol eritmasi zudlik bilan to'kilib, suvda yuvib tashlanadi va 20–30 sekund mobaynida 96° li etil spirti likopchada oqish kulrang tusga kirguncha rangsizlantiriladi. So'ng spirt suv bilan obdon yuvib tashlanadi.

4. Preparat suyultirilgan safronin eritmasida 2–5 daqiqa bo'yaladi. Shu o'rinda 1 % li neytral qizil eritmasini ishlatsa bo'ladi.

Yuqorida ko'rsatilgan asosda bo'yash yaxshi bajarilganida surtma aniq va kontrast bo'yaladi, bu — gonokokklarni boshqa mikroorganizmlardan farqlashda ahamiyatga ega.

Bo'yalgan tayyor preparatlar mikroskopning x7 okulyari, x90 obyektivida immersion sistemaga qo'yib ko'zdan kechiriladi. Laborant izlanish jarayonida hujayra elementlari, shilimshiqlar va mikroorganizmlarning bo'yalishiga, katta-kichikligi va qanday joylashishiga e'tibor berishi lozim. Hujayra elementlari soni, aksariyat leykotsitlar hamda epitelial hujayralari quyidagicha belgilanadi: juda ko'p, ko'p, kam miqdorda, juda kam, yoki raqamlar bilan baholanadi 1–3; 5–10; 15–20; 50–60; 100 dan ortiq, butun ko'rish maydonini qoplagan.

Raqamlar bilan belgilanganda ikki raqam oralig'idagi son 5–10 dan oshmasligi kerak. Ba'zan bir necha ko'rish maydonida har xil kattalikdagi raqamlarni sanash mumkin, bunday vaziyatda o'rtacha sonni yozish noto'g'ri. Masalan, birinchi ko'rish maydonida 15–20 ta leykotsit, ikkinchi ko'rish maydonida 25–30 ta, uchinchisida esa 40–50 ta leykotsit. Aniq javob quyidagicha yoziladi: «Ko'rish maydonida leykotsitlar soni 40–50 tagacha» yoki «40–50 ta», ya'ni oxirgi katta son yoziladi. Laborantning surtmadagi hujayralar sonini aniq ko'rsatish davolovchi shifokorning bemorga to'g'ri tashxis qo'yishda katta ahamiyatga ega.

Yuqorida ta'riflaganimizdek, gonokokklar shakli qahva, loviya donalarini eslatadi, botiq tomoni bilan bir-biriga qarab turadi.

Har qaysi juft kokklar o'rtasida bo'linish mobaynida hosil bo'ladigan botiq tirqish bo'ladi. Birinchi bo'lingan kokkning botiq tirqishi doimo perpendikular bo'ladi. O'tkir so'zakda gonokokklar ko'pincha yiring hujayralari ichida, ya'ni leykotsitlar sitoplazmasida joylashadi. Ularning bu tarzda joylashishi asalari uyasini eslatadi. Bunday leykotsitlarning sitoplazmasi och pushti, yadrosi binafsha rangga bo'yaladi.

Aksariyat gonokokklarning leykotsitlar ichida joylashishi so'zakda fagotsitoz jarayonining yanada rivojlanganidan dalolat beradi. Lekin leykotsitlar gonokokklarni tamomila fagotsitozlay olmaydi, ya'ni tugallanmagan fagotsitoz hodisasi yuz beradi. Natijada gonokokklar leykotsitlar ichida bo'linishni davom ettiradi, oqibatda leykotsit qobig'i yorilib, gonokokklar tashqariga chiqadi. Ularni esa, yana boshqa oq qon tanachalari qamrab oladi.

Kasallikning torpid, surunkali formalarida gonokokklar leykotsitlardan tashqarida, ba'zan epitelial hujayra ustida, uzun shilimshiq bo'ylab joylashgan bo'ladi. Bu yerda shuni aytishimiz joiz, gonokokklar leykotsitlar ichida yoki tashqarisida bo'lishi kasallikning o'tkir yoki surunkaliligini bildirmaydi. Chunki bu hol surtmaning yuza yoki chuqurdan, ba'zan bemorlarning peshobini necha vaqt ushlaganiga bog'liqdir.

So'zak kasalligini mikroskopda aniqlashda tadqiqotchi quyidagilarni: leykotsitoz hodisasini, gonokokklar leykotsitlar ichida joylashishini; shakli va kattaligi bir xil, ya'ni monomorfligini, gonokokklar hech qachon zanjir shaklida joylashmasligini va eng asosiysi Gram usulida bo'yalganda qizilnamo (manfiy) bo'yalishini yaxshi bilishi kerak. Tekshirishni tugatgach, laborant quyidagi ma'lumotlarni: gonokokk bor-yo'qligini, leykotsitlar va epiteliy hujayrasi maksimal sonini, kokk yoki tayoqcha shaklidagi mikrofloraning bor-yo'qligini, ularning joylashishi va gram bo'yog'i bilan bo'yalish rangini aniq va ravon qilib yozishi zarur. Shilimshiqlar soni quyidagicha, ya'ni musbat belgisini (+) qo'yib izohlash mumkin: (++++) — juda ko'p, (+++) — ko'p, (++) — ko'rish maydonida anchagina, (+) — bitta-ikkita deb yoziladi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. So'zakning etiologiyasi va patogenezini ta'riflab bering.
2. So'zak kasalligi qanday yuqadi?
3. Erkaklar so'zagi va ayollar so'zagining klinik kechishini ta'riflang.
4. Qizlar so'zagini tushuntirib bering.
5. Gonoblenoreya nima?
6. So'zak kasalligi laboratoriyada qanday uslublarda tekshiriladi?
7. So'zakning davosi va profilaktikasini bayon eting.

TEST SAVOLLARI

1. *So'zak kasalligining necha foizi jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadi?*

A) 60—70 %;
B) 80—90 %;
D) 95—99 %;
E) 100 %.

2. *Amaliyotda so'zakning qaysi turlari tafovut qilinadi?*

A) genital;
B) ekstragenital;
D) metastatik;
E) hamma javob to'g'ri.

3. *Erkaklarda so'zakning qanday turlati mavjud?*

A) yangi so'zak, o'tkir, o'rtacha, sust;
B) yangi, surunkali, yashirin;
D) o'tkir, o'rtacha, sust;
E) Latent, og'ir, cho'zilgan.

4. *Qizlar so'zagi necha yoshda ko'proq uchraydi?*

A) 2—3 yoshda;
B) 2—5 yoshda;
D) 2—7 yoshda;
E) 2—8 yoshda.

5. *So'zak bilan kasallangan bemorlar necha oy dispanser kuzatuvida bo'ladi?*

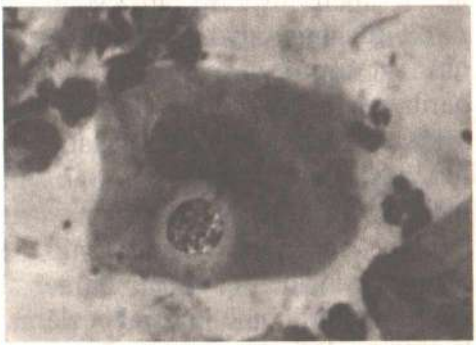
A) 8 oy;
B) 4 oy;
D) 2 oy;
E) 6 oy.

SIYDIK-TANOSIL A'ZOLARI XLAMIDIOZI VA MIKOPLAZMOZI. ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI (OITS)

• Xlamidiya va mikoplazmalar sabab bo'lgan siydik-tanosil kasalliklari bilan tanishish • Laboratoriya diagnostikasini o'zlashtirish • OITS — sababini o'rganish

Siydik-tanosil a'zolari xlamidioziga xlamidiyalar sabab bo'ladi. Ular mayda gramm-manfiy kokklar shaklida bo'lib, prokoriotlarga xos bakteriyalarga o'xshab ketadi. Morfologik va biologik xossalari jihatidan ikki xil yashash shakliga ega bo'lib, elementar va initsial (retikular) tanachalar sifatida ifodalanadi. Xlamidiyalar 24–48 soatlik rivojlanish bosqichini bosib o'tib, odatda hujayralar ichida va tashqarisida yashashga moslashgan. Shu bilan birga ularning patogenlik xususiyatlari ham bir-biridan farq qiladi.

Mayda o'ta infeksion elektron-qattiq nukleoidga ega bo'lgan, kattaligi 0,2–0,3 mkm elementar tanachalar hujayralar yuzasiga o'rnashib, fagotsitoz tufayli xo'jayin hujayralari ichiga kirib oladi, keyin hujayralarda o'zi xo'jayinlik qiladi. Bunday hujayralar sitoplazmasining yuza membranasidan mayda tanachalar atrofida vakuolalar paydo bo'ladi. Mayda tanachalar diametri 0,5–7,0 mkm keladigan katta tanachaga aylanib qoladi, ular qattiq elektron nukleoidga ega emas. Xuddi mana shu davrda ularning



Hujayra ichida joylashgan xlamidiyalar.

tarkibidagi ribosoma va poliribosomalar soni ortadi, hajmi kattalashadi hamda binor usulida bo'lina boshlaydi. Yuqorida keltirilgan holat bemorning hujayra vakuolalari ichida sodir bo'ladi va shu tariqa initsial tanachalar to'planib boradi. Initsial tanachalar xo'jayinning hujayralari ichida yashashga moslashgan parazit bo'lib, metabolik jihatdan faol mikroorganizmlarning reproduksiyasini ta'minlab turadi, ammo hujayra tashqarisida juda chidamsiz.

Klinikasi. Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi (urogenital xlamidioz) va mikoplazmozi klinik ko'rinishi bo'yicha so'zakka, trixomoniazga o'xshab ketsa-da, o'ziga xos belgilari bilan undan farq qiladi. Bunda yallig'lanish o'tkir yoki sust, ko'proq asorat bilan kechadi, so'zakka qarshi antibakterial preparatlarga ancha chidamli bo'ladi.

Kasallik, asosan, jinsiy yo'l bilan yuqadi. Inkubatsion davr 20–30 kun, ba'zan bu muddat sal o'zgarib turadi. Urogenital xlamidioz kechishiga qarab ilk (yangi) va surunkali; klinik ko'rinishi bo'yicha — o'tkir, o'rtacha o'tkir va torpid; kasallikning og'ir-yengilligiga qarab esa — yengil, o'rtacha va og'ir xillarga ajratiladi. Yallig'lanish o'choqlarining joylashishiga qarab xlamidiyali uretrit, prostati, epididimit, servitsit, oofarit, salpingit va hokazolarga ajratish mumkin. Aksariyat bir vaqtning o'zida siydik va tanosil a'zolaridan bir nechtasi zararlanadi.

Kasallik o'tkir kechganida uretra kanali og'zi va shilliq qavatlarida giperemiya va biroz shilimshiqli yiring ajralishi kuzatiladi. Ayollarda ham siydik-tanosil a'zolarining quyi qismi zararlanib, qindan oqimtir yiringli chiqindi keladi bemor tez-tez peshob chiqarib, siyganida qichishiga shikoyat qiladi.

Kasallikning surunkali shakli ko'p uchraydi. Ularda kasallikning o'tkir belgilari kam, ammo shilliq-yiringli chiqindi ko'p bo'ladi. Ayniqsa, uzoq vaqt siymay yurganda, alkogol yoki achchiq taomlar iste'mol qilganda ajralma ko'payadi. Uretra og'zi giperemiyalanib, bemor siyganida achishish va og'riq sezadi. Yallig'lanish jarayoni bulbouretral bezlarga yetib borishi mumkin, ba'zan Kuper bezlari zararlanadi. Bemorning chov oralig'i va orqa chiqaruv teshigi atrofida o'tmas og'riq bo'ladi.

Xlamidiyali prostatit aksariyat surunkali yoki torpid kechadi, juda kamdan kam hollarda o'tkir kechishi mumkin. Bunda bemorning uretra kanali og'zi doimo ozroq ajralma bilan yopishib turadi, siyganida va ichi kelganida chiqindi keladi. Ba'zan kechki diurez soni ortadi. Aksariyat hollarda siydik rangi o'zgarmaydi, ammo keyinchalik u biroz xiralashib qoladi.

Xlamidiyli vezikulit, prostati yoki epididimit bilan birga kechadi. Urug' pufaklarining yallig'lanishi bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lib, odatda kam belgilar namoyon bo'ladi. Kichik chanoq, qov va boshqa sohalarda o'tmas og'riq seziladi. Xlamidiyalar qo'zg'atgan epididimit o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali kechadi. Surunkali epididimit o'z holicha yoki o'tkir va o'rtacha o'tkir yallig'lanish jarayonining asorati sifatida yuzaga chiqadi.

Yallig'lanish jarayoni moyakning bir qobig'iga yoki hamma yog'iga tarqalib, orxoepididimitga olib keladi. Oqibatda, moyakning biri, ba'zan har ikkisi shishib, taranglashadi, ushlab ko'rganda qattiq og'riydi. Bir tomonlama kechayotgan torpid orxoepididimit, prostatit, vezikulit va deferentiti bor bemorlarda mizoj sustligi hamda spermogramma o'zgarishi kuzatiladi.

Ayollarda ham xlamidiylar erkaklardagi kabi siydik-tanosil a'zolari yallig'lanishiga sabab bo'ladi. Ayollarda infeksiya ko'pincha yashirin, surunkali kechadi va aksariyat jinsiy juftini gonokokksiz uretritga sinchiklab tekshirish paytida ma'lum bo'ladi. Zararlanish uzoq davom etgan hollarda bachadon bo'yni, uretra, katta vestibular bez yo'llari, to'g'ri ichak biroz yallig'lanishi mumkin. Nogonokokksiz uretritdagi kabi xlamidiozning ham klinik belgilari ro'yirost ro'yobga chiqmaydi.

Ayollarda qorin sohasida og'riq, paresteziya, qindan chiqindi kelishi kuzatiladi, ularning ko'pchiligida kasallik hech qanday belgilarsiz boshlanadi. Ba'zan bemor tez-tez peshob chiqarib, siyganida achishish va og'riq sezadi.

O'tkir salpingitga chalingan ayollar tekshirib ko'rilganda, ularning 25 % da xlamidiy infeksiyasi borligi aniqlangan. Teri va tanosil kasalliklari dispanseriga murojaat qilganlarning 10—37 % da, ginekologik bemorlarning 19 % da xlamidiyli servitsit topilgan.

Gipertrofik eroziyasi bor ayollarning 87–88 % da xlamidiyalar borligi aniqlangan. Keyingi yillarda, servikal o'smaning paydo bo'lishida xlamidiyalarning ham roli bor, degan fikrlar mavjud.

LABORATORIYA DIAGNOSTIKASI

Tekshirish ishlarini bekam-ko'st bajarish hamda olinadigan ma'lumotlarning aniq bo'lishini ta'minlash maqsadida bemordan material olishda quyidagi umumiy qoidalarga amal qilish talab etiladi:

1. Bemorga surtma topshirishdan oldin (xlamidiyani aniqlash uchun 2–2,5 soat, mikoplazmalarni aniqlashda esa 5–6 soat) siymaslik tavsiya etiladi. Materialni ertalab olish maqsadga muvofiq.

2. Tekshirish oldidan bir oy mobaynida bemor doksatsiklin, tetratsiklin, eritromitsin, rifampitsin va aminoglikozidlar kabi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi kerak.

Xlamidiyalarni aniqlash uchun material olishda, siydik-tanosil a'zolari shilliq qavati silindrik epiteliysini tanlab shikastlantirishni unutmaslik darkor. Ajralma juda kam bo'lsa yoki umuman bo'lmasa, u holda uretra uqalanadi, undan keyin Folkman qoshiqchasi bilan 3–5 sm ichkaridan ehtiyotlik bilan qon chiqarmay ajralma olinadi va uni yog'sizlantirilgan toza buyum oynasiga bir tekis qilib surtiladi. Odatda, ayollarning uretrasi, bachadon bo'yni va ba'zan to'g'ri ichak shilliq qavatidan surtma olinadi.

Sitologik (bakterioskopik) usul siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi diagnostikasida eng oddiy va qo'l keladigan usul. Bunda uretra va servikal kanaldan olingan surtma Romanovskiy-Gimza usulida bo'yaladi.

Preparat avvaliga xona haroratida quritilib, keyin 96° etil spirtida yoki metanolda 5–10 minut fiksatsiya qilinadi. Quritilgan preparatlarni bo'yash uchun ular maxsus shisha ko'prikchalarga tekis qilib taxlanadi va 1:10 nisbatida tayyorlangan Romanovskiy-Gimza (1 qism bo'yoq, 9 qism bufer fosfat) bo'yog'i quyiladi va unda 45 minut ushlab turiladi.

Romanovskiy-Gimza usulida bo'yalgan preparatdan xlamidiya elementlar tanachalari pushti, retikular tanachalar esa, havo

rangdan ko'k ranggacha bo'yaladi. Hujayra (silindrik) yadrosi to'q qizil, sitoplazmasi esa, och havo rangga kiradi. Xlamidiya tanachalari hujayra sitoplazmasining yadroga yaqin qismida joylashadi, ko'pincha yarim oy shaklida yadroga biroz kirib turadi. Ba'zan retikular tanachalar juda kattalashib ketganidan yadro atrofida qattiq mantiya hosil qiladi, bu bosqichda xlamidiyalar glikogen matriksga ega bo'ladi. Xlamidiya tanachalarini hujayra sitoplazmasida uchrab turadigan ayrim kiritmalaridan (vakuollar) ajrata bilish kerak. Bunday kiritmalar tashqi tomonidan bir tekis bo'yalgan bo'lib, xo'jayin hujayra yadrosini deyarli shikastlantirmaydi. Bu usul yordamida xlamidiya infeksiyasiga tashxis qo'yishda 40 % gacha hollarda patologik agent topiladi.

Monoklonal antitelolar qo'llab immunoflyuresseyent usuli yordamida xlamidiyalarni aniqlash. Surtmalar maxsus sterillangan paxta tamponli bakteriologik qovuzloqlarda olinadi. Siydik kanalining 4–5 sm.cha ichidan olingan patologik material buyum oynasiga yupqa qilib bir tekis surtiladi va xona haroratida quritiladi.

Quritilgan preparat suvsiz aseton, metanol yoki etanol yordamida fiksatsiya qilinadi va xona haroratida quritiladi. Preparatlarni bo'yash uchun quyidagi tarkibdagi reagentlar qo'llaniladi: flyuoresseyent — izotiotsianat moddasi, Evans bo'yog'ini saqlovchi liofillangan monoklanal antitelolar, distillangan suvda eritilgan 0,1 % natriy azot eritmasi. Xuddi shu reagentdan 30 mkl avtomatik pipetka yordamida, patologik material joylashtirilgan 8 mm aylana oynasi nam kamerada, xona haroratida 15 minut inkubatsiya qilinadi; buyum oynasi distillangan suvda 10 sekund yuviladi va xona haroratida quritiladi. Keyin buyum oynasiga pipetka yordamida 20 mkm buferlangan glitserin tomiziladi.

Preparat yuzini 22x40–60 mm №1 o'lchamli yopqich oyna bilan yopib, luminessent mikroskopda ko'zdan kechiriladi. Filtrlar sistemasi bo'lgan bunday mikroskop preparatda flyuoresseyent — izotiotsianatning nurlanishiga mo'ljallangan. Preparat 400–500 marta kattalashtirib ko'riladi. Bu usul bilan hatto xo'jayin hujayrasi tashqarisida joylashgan xlamidiya elementlar tanachalarini ham aniqlash mumkin. Elementlar tanachalarining chetlari

tekis, yumaloq shaklda, tiniq yashil rangli bo'lib ko'rinadi. Retikular tanachalar esa, elementlar tanachalardan 2–3 barobar kattaroq bo'lib, yashil rangda tovlanadi. Ko'rish maydonida bitta preparatning har xil joyida 10–12 va undan ortiq xlamidiya tanachalari topilsa, natija musbat hisoblanadi.

SIYDIK-TANOSIL A'ZOLARI MIKOPLAZMOZI

Mikoplazma infeksiyasi keltirib chiqaradigan kasalliklar xilma-xil bo'lib, organizmning umumiy intoksikatsiyasi va turli a'zolarning shikastlanishi bilan kechadi. Siydik-tanosil mikoplazmoziga mikoplazmalar (ureaplazmalar) sabab bo'ladi. Ular antibiotiklarga chidamliligi hamda bakterial filtrdan o'tib ketish xususiyatlari bilan viruslarga biroz o'xshab ketadi. Mikoplazmalar juda mayda mikroorganizmlar bo'lib, bakteriyalar kabi o'zining hujayra qobig'iga ega emas. Ular oval, cho'zinchoq va sferik shaklda bo'lib, kattaligi 0,2–0,3 mkm.

Mikoplazmalarning T-shtammasi o'zidan «ureaza» fermentini ajratish xususiyatiga ega. U mochevinani ammiak hamda SO_2 ga parchalaydi. Bunday xususiyat barcha mikoplazmalar ichida faqat T-shtammaga xos. Shuning uchun bunday mikoplazmalar ureaplazma urealitikum deyiladi. Ureaplazmalar birinchi marta gonokokksiz uretrit bilan og'rigan erkak uretrasidan ajratib olingan. Mazkur kasallikda ureaplazmalarning etiologik ahamiyati borligi isbotlangan. Keyinchalik endoservitsit, oofarit, salpingit, kolpit, oy kuniga yetmay tug'ish, homila tushishi, o'lik tug'ilishi, bo'yida bo'lmaslik, uretrit, vezikulit kabi kasalliklarning yuzaga kelishida ham ureaplazmalarning ta'siri borligi aniqlangan.

Sepsis, miya absessida ureaplazmalar ajratib olindi, glomerulonefrit, sistit va prostatit kabi kasalliklarda ularning ahamiyati o'rganilmoqda. Tadqiqotlardan siydik-tanosil kasalliklari bilan og'rigan ayollarning 40–50 % da, gonokokksiz ureatritga chalingan erkaklarning 51,2 % da ureaplazmalar borligi kuzatildi.

Klinikasi. Ureaplazmalar tufayli yuzaga kelgan uretritlar spetsifik klinik ko'rinishiga ega emas. Barcha nogonokokk uretritlar (NGU) kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. Shuning uchun inkubatsion davrini belgilash ham mushkul.

Bemorlarning ma'lum bir qismida (4–5 %) ureaplazmali uretritdagi yallig'lanish jarayonining klinik ko'rinishi so'zakdagiga o'xshab ketadi. Kasallik bunday kechganda inkubatsion davr 3–5 kunga teng bo'ladi. Ammo aksariyat hollarda mikoplazmali uretritlar o'rtacha o'tkir yoki surunkali kechib, inkubatsion davri 30–40 kunga surilib ketishi mumkin.

Urogenital ureaplazmozni og'ir-yengilligiga qarab yengil, o'rtacha og'ir va og'ir xillarga ajratiladi. Yengil shakliga — nogonokokk uretrit, ayollar siydik-tanosil a'zolari quyi qismining yallig'lanishi kirsa, o'rtacha og'ir shakliga esa, ayollarda kichik chanoq a'zolarining o'rtacha o'tkir va surunkali yallig'lanishi, erkaklarda prostatit, orxoepididimit, vezikulit kiradi. Og'ir shakliga abort va tug'uruqdan keyingi kichik chanoq a'zolaridagi kuchayib boradigan o'zgarishlar kiradi.

Kasallik muddatini aniqlash xuddi so'zak va trixomoniazlarga o'xshash, ya'ni ikki oygacha yangi, keyin esa, surunkali, deb yuritiladi.

Surunkali yallig'lanish jarayoni ko'p o'choqliligi va uzoq davom etishi bilan xarakterlanadi. Surunkali ureaplazmozga chalingan ayollarning ko'pchiligida bachadon nayi, tuxumdonlar ham yallig'lanishi kuzatiladi.

Quyidagi hollarda ayollar va erkaklar ureaplazma va xlamidiy infeksiyasiga tekshirilishi lozim: so'zak, trixominiazdan keyingi asoratlarda, nogonokokksiz uretritda, kichik chanoq a'zolarida surunkali yallig'lanishi bo'lganda, bo'yida bo'lmaslik, bepushtlik, homila tashlash, tug'uruqdan keyingi patologik jarayonlar: bo'g'im kasalliklari va pala-partish jinsiy hayot tarzi va boshqalar.

Tashxisi. Urogenital xlamidioz va ureaplazmozni, asosan, surunkali so'zak va trixomoniaz, shuningdek, bakteriyalar hamda achitqi zamburug'i *(Candida albicans)* keltirib chiqaradigan siydik-tanosil a'zolari yallig'lanishi kabi kasalliklar bilan taqqoslanadi. Faqat laboratoriya usulida u yoki bu infeksiyaning topilishi to'g'ri tashxis qo'yish imkonini beradi.

Davosi. Davolashda qo'zg'atuvchilarning biologik xususiyatlarini hisobga olish kerak. Ular zararlangan o'choqlar epiteliy hujayrasini zararlabgina qolmay, balki o'ziga mos membrana bilan chegaralangan epiteliy qismida joylashib oladi. Bu esa, qo'zg'a-

tuvchilarni dori ta'siridan saqlaydi va natijada davolash benafligicha qoladi. Buni mutaxassis davo choralarini qo'llayotganida e'tiborga olishi zarur.

Ureaplazmali va xlamidiyali uretritga chalingan bemorlarni davolash. 1. Doksiklinoterapiya: bir ichishga 200 mg doksiklin (zarb doza) berilib, keyin har 12 soatda 100 mg.dan yana beriladi, bir kursi 1000 g (1 kg). 2. Metatsiklinoterapiya: bir ichishga 600 mg, keyin har 6 soatda 300 mg.dan ichiladi. Erkaklar uchun davo kursi 4—5 kun, bir kursga hammasi bo'lib, 3900—4800 mg; ayollar uchun 6—7 kun, bir kursi 4800—7100 mg. Amoksiklav 375 mg.dan uch mahal, Lendatsin 1—2 g. dan kuniga, Roksitromitsin 150 mg. dan ikki mahal buyuriladi.

Mikoplazma infeksiyasini davolashda tetratsiklin gidroxlorid ichishga 500 mg, 7 kun mobaynida har 6 soatda beriladi: asorat bo'lgan taqdirda va xlamidiy infeksiyasida davolash kursi 10—14 kunga cho'ziladi (kurs dozasi — 28 g).

Ureaplazma va xlamidiy infeksiyalari retsidivlarini davolash uchun 7 kun mobaynida har 6 soatda 500 mg.dan eritromitsinni qo'llash va shu bilan birga bir vaqtda nistatin yoki levorin (bir kecha-kunduzda kamida 2 mln TB) berib borish tavsiya etiladi (bir kurs dozasi 14—20 mln TB).

LABORATORIYA DIAGNOSTIKASI

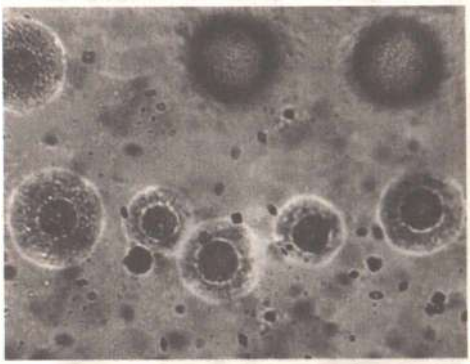
Kasallikning o'tkir davrida balg'am, halqum, tomoq, uretralardan olingan material maxsus oziq muhitga ekiladi. Ajratib olingan kulturaning o'chishi, fermentativ gemolitik xususiyatlari tekshiriladi, identifikatsiya qilinadi va maxsus zardoblar yordamida qaysi turga mansubligi aniqlanadi. So'ng serologik usul qo'llaniladi. Bemordan 3—4 hafta orasida olingan bemorning juft zardoblari bilan komplementni biriktiruvchi reaksiya va bilvosita gemogglutinatsiya reaksiyalari qo'yiladi.

Hozirgi vaqtda *U.Urealyticum* ni laboratoriya patologik materiallardan aniqlash uchun, asosan, qoramol yuragi gidrolizati — gidrolizat kozelindan iborat V.V. Delektorskiy va I. Jalaganiya (1983) muhiti ishlatiladi.

O'zbekistonda, asosan, quyon go'shti ekstraktidan tayyorlangan «ED–1» oziq muhitidan keng foydalaniladi. Oziq muhitga ekish uchun asosiy material qilib erkaklarning siydik kanalidan kelayotgan patologik ajralma, ayollardan esa, ham siydik kanalidan, ham bachadon bo'yni kanalidan ajralmalar olinadi.

Material olishdan oldin siydik kanali og'zi qismi, ayollarda esa qin dahlizi, bachadon bo'yni kanali va uretraning tashqi yuzasi sterillangan fiziologik eritmaga ho'llangan doka bilan yaxshilab artiladi. Agar kasallikning o'tkir shakli bo'lsa, ajralayotgan quyuq chiqindining birinchi tomchisi artib tashlanadi va massaj qilish yo'li bilan olingan patologik ajralmalar oziq muhitlarga ekiladi. Yakuniy javob mutlaqo bakteriologik tadqiqot asosida o'tkazilgan izlanishlardan so'ng, topilgan natijalardan keyingina beriladi.

Avval ta'kidlaganimizdek, mikoplazmalar biron-bir aniq shaklga ega emas, ya'ni polimorf bo'lib, hujayra qobig'i yo'qligi, ularni oddiy usullarda aniqlashga yo'l bermaydi. Shuning uchun barcha mikoplazmalarni aniqlashning yakka-yu yagona usuli bo'lib, bakteriologik tadqiqot hisoblanadi. Darhaqiqat, bakteriologik tadqiqot yo'li bilan urogenital mikoplazmalar turli xil oziq muhitlarga ekiladi va sof kulturasi undirib olinadi. Urogenital mikoplazmalarga *(U.Urealitycum, M.Hominis)* bakteriologik usulda tekshirish umum qabul qilingan suyuq va zich oziq muhitlarda olib boriladi.



Urogenital mikoplazmalar sof koloniyasi.

Oziq muhit undirilgan mikoplazmalarni qayta ekish uchun suyuq va zich oziq muhitdagi undirmalaridan foydalaniladi. Bemorlardan patologik material olishda (uretra, bachadon bo'yni kanali shilliq qavati ajralmasi) quyidagi umum qoidalarga amal qilish kerak:

1. Bemorlarga analiz topshirishdan oldin 5–6 soat siymaslik tavsiya etiladi. Materialni olish ertalab bajariladi.

2. Tekshirish oldidan bir oy mobaynida bemorlar doksitsiklin, eritromitsin va rifampitsin kabi dori-darmonlar qabul qilmagan bo'lishi kerak.

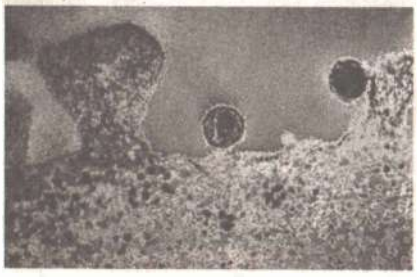
3. Mabodo, bemorlar yuqoridagi ta'kidlangan qoidalarga rioya qilmagan bo'lsa, ulardan analiz olinmaydi.

Patologik material oziq muhitga ekilgandan 18–24 soat o'tgach, yosh mikoplazmalar una boshlaydi. 36–72 soat ichida ular koloniyasi «qovurilgan tuxum»ni eslatadigan koloniyalar hosil qilib, shu natija musbatligidan dalolat beradi.

ORTTIRILGAN IMMUN TANQISLIGI SINDROMI

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) o'ta xavfli kasallik bo'lib, uni retrovirus guruhiga mansub virus qo'zg'atadi. Xorijiy adabiyotlarda OITSni *«Aquired immunodeficince syndrom (AIDS)»*, ruschada «Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)» deb yuritiladi. Odamlardagi immun tanqislik virusi (OITV)ni organizmning hujayralari va barcha biologik suyuqliklari (qon, sperma, ko'z yoshi, ter, ayollar suti va boshqalar)da aniqlash mumkin.

OITS organizmga jinsiy aloqa, parentat muolajalar (nosteril igna, shpris va boshqa asbob-uskunalarni), qon va uning o'rnini bosuvchi dorilarni qo'llash, a'zo va to'qimalarni ko'chirib o't-kazish (transplantatsiya) vaqtida yuqadi. OITS bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligini gomo- va biseksuallar (o'z jinsi va boshqa jinsdagilar bilan jinsiy aloqa qiluvchilar), fohishalar, giyohvandlar, shu kasallikni qo'zg'atuvchi virus bilan zararlangan donorlardan qon va uning mahsulotlarini qabul qilgan shaxslar — retsipiyentlar va boshqalar tashkil etadi.



OITS virusi.

Organizmga kirgan OITS limfotsitlarning funksional faolligini pasaytirib, limfopeniya va immun tizimi tanqisligiga olib keladi. Kasallik boshlanganda bemorning tinkasi qurib, kechasi terlaydi, juda ozib ketadi, isitmalaydi va turli kasallik alomatlari namoyon bo'ladi. OITSning klinik jihatdan bir necha shakllari mavjud.

OITS bilan og'rigan bemorlarning teri va shilliq qavatlarida ham o'ziga xos klinik belgilar namoyon bo'ladi. Ularda Kaposhi sarkomasi, zamburug'li, virusli, piodermiyali hamda seboreyali dermatit va boshqa teri kasalliklari uchraydi.

OITS bilan og'rigan bemorlarning 30–35 % da Kaposhi sarkomasi kuzatiladi; uning visseral va dermal xillari tafovut etiladi. Visseral xilida kasallik ichki a'zolarning (asosan, me'da-ichak) shikastlanishi bilan boshlanadi va keyinchalik og'iz shilliq qavati (qattiq tanglay) hamda jinsiy a'zolarga to'q qizil rangli tugunchalar toshadi, ularning ustida aniq chegaralangan petexiya va teleangiektaziyalar kuzatiladi.

Kasallikning dermal xilida avval teri (tananing yuqorigi qismi, bosh, bo'yin) va shilliq qavatlarga (ko'z, og'iz, burun) och pushti rangli dog' va tugunchalar toshadi: ular asta-sekin kattalashib, qizil-ko'kimtir rangga kiradi. So'ngra patologik jarayon terining boshqa sohalari (boldir, tovon)ga ham tarqaladi, ichki a'zolar shikastlanadi va bemorning ahvoli og'irlashadi. Teri va shilliq qavatlardagi toshmalardan tashqari madorsizlanish, isitma, ozib ketish, anoreksiya, diareya va turli xil virusli hamda bakterial kasalliklar kuzatiladi.

Kasallik avj olib, ma'lum bosqichga yetganda visseral va dermal xillari orasidagi tafovut yo'qoladi. OITSda Kaposhi sarkomasi uchun quyidagi klinik belgilar xos: kasallik, asosan, yoshlarda (o'rtacha 35 yosh) uchrab, toshmalar bosh, yuz, bo'yin, og'iz hamda jinsiy a'zolarga toshadi va qisqa vaqt ichida butun badanga tarqalgan holda limfatik tugunlar va butun ichki a'zolar zararlanadi. Ko'pincha kasallik boshlangandan keyin ko'p o'tmay bemor vafot etadi.

OITS bilan og'rigan bemorlarda rivojlangan oddiy uchuq immun tanqisligiga bog'liq bo'lmagan oddiy uchuqdan klinik kechishi bilan farq qiladi, ya'ni toshmalar tarqoq holda og'iz shilliq qavati, jinsiy a'zolar, orqa chiqaruv kanali atrofida (gerpetik proktit)

ko'p pufakli elementlar shaklida namoyon bo'ladi. Ular tez-tez qaytalanib turadi, ba'zan esa kasallikning remissiya davri kuzatilmaydi. Keyinchalik pufakchalar yorilib, ular o'rnida uzoq vaqt bitmaydigan, og'riq bilan kechadigan eroziya va yaralar paydo bo'ladi. Ular faqat terida emas, balki tomoq, qizilo'ngach, bronxlar va boshqa ichki a'zolarning shilliq qavatlarida ham uchraydi. O'rab oluvchi (belbog'simon) uchuqda toshmalar tarqoq holda bo'lib, asosan bel sohasi va yuz-bo'yin asablari yo'nalishida joylashadi, asosiy o'choqlar atrofida mayda pufakli-yarali toshmalar toshadi, kuchli og'riq kuzatiladi. Kasallik tez-tez qaytalanib, yaralar o'rnida dag'al chandiqlar hosil bo'ladi.

OITSda kontagioz molluskning morfologik elementlari avval yuzda bo'lib, qisqa muddat ichida bo'yin va boshning sochli qismiga tarqaladi, toshmalar bir-biri bilan qo'shilib katta yuzani egallaydi. Davolash muolajalarini o'tkazishga qaramay tez orada kasallik belgilari yana qaytalanadi. Agar kontagioz mollusk katta yoshdagi kishilarda tez-tez uchrasa (kontagioz mollusk bilan, asosan yosh bolalar og'riydi), u holda ularni OITSga tekshirish kerak.

Seboreyali dermatit OITS bilan zararlangan bemorlarning 60 % da uchraydi. Patologik jarayon avval yuzda (qosh, og'iz atrofi, burun-lunj burmasi) eritematoz dog' va pilakchalar shaklida paydo bo'lib, ularning usti yog'li, giperkeratotik tangacha va kulrang-sarg'imtir po'stlar bilan qoplanadi. Keyinchalik patologik jarayon lunjlarga tarqalib, klinik ko'rinishi halqasimon qizil yugurukni eslatadi. Shu bilan birgalikda boshning sochli qismi, oyoq-qo'l va badan terisi qurib po'st tashlaydi hamda jimjimador chegarali ekzematid o'choqlar paydo bo'ladi. Ba'zan immun sistemasining funksional faoliyati haddan tashqari pasayib ketganda (immunosupressiya) tarqoq holda joylashgan, qattiq qichiydigan ekzematoz follikular pilakchalarni (ekzematozli follikular ekzema) kuzatish mumkin.

OITSda terining yiringli kasalliklari klinik jihatdan og'ir kechuvchi follikulitlar (asosan bo'yin, bel, ko'krak, qo'ltiq osti va perianal sohalarda joylashadi), stafilokokkli abssess, furunkul, ektima, piomiozit, sellyulit, impetigo va surunkali piodermiyalar (vegetatsiyali, diffuz va shankrsimon) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Davosi. Kasallikning klinik kechishiga qarab simptomatik, patogenetik davo choralari olib boriladi.

Laboratoriya diagnostikasi. Bu asosiy yo'nalish bo'lib, OITS va uning markerlarini, immun tizimdagi o'zgarishlarni aniqlash hisoblanadi. Tekshirish uchun bemordan qon, sperma, ko'krak suti, orqa miya suyuqligi, letal hollarda murdaning limfoid a'zolari olinadi. Virusni elektron mikroskop yordamida ko'rish mumkin.

Serologik usullardan IFR, IFA, RIA, immunobloting kabi reaksiyalar bemor va tashib yuruvchilar qonidagi virusga qarshi antitelolarni aniqlash imkonini beradi. Bundan tashqari, klinik immunologik testlar ham keng qo'llaniladi. Ular yordamida T-limfotsitlar va ularning subpopulatsiyalari miqdori, T-xelperlarning T-supressorlarga nisbati tekshiriladi.

Profilaktikasi. Bemorni davolash uchun OITS virusiga, o'sma va yuqumli kasalliklarga qarshi preparatlar, immunomodulatorlar qo'llaniladi. Virusga qarshi, asosan azidotimidin, dideoksinozin, interferon kabi dorilar ishlatiladi. Bu dorilar qayta transkriptaza fermenti faoliyatini to'sadi. Bunda bemorning holati vaqtinchalik yaxshilanadi, ammo u to'liq sog'ayib ketmaydi, chunki virusning ma'lum bir miqdori organizm hujayralarida saqlanib qoladi.

OITSning tarqalishi oldini olishda bir marta qo'llaniladigan tibbiy asboblardan foydalanish joriy qilingan. Vazirlar Mahkamasi qarori va Sog'liqni saqlash vazirligi ko'rsatmalariga asosan OITS bo'yicha xavfli guruhga kiruvchilar, epidemiologik ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlar, chet elga boruvchi O'zbekiston fuqarolari va respublikamizga uzoq muddatga keluvchi xorijliklar (diplomatlardan tashqari), OITS bilan og'rigan bemorning oila a'zolari, bu bemorlarni davolovchi tibbiyot xodimlari, xalqaro aviareyslarda yuruvchilar, temiryo'l va avtoulov xodimlari laboratoriya tekshiruvidan o'tib turishlari lozim.

OITSga qarshi maxsus profilaktika ishlab chiqilmagan. Hozir tarkibida virusning yuzaki glikoproteinlarini tutuvchi rekombinant vaksinalar sinovdan o'tkazilmoqda. OITS virusining o'zgaruvchanligi va bu virusning sof undirmasini olish qiyinligi samarali vaksina tayyorlash imkonini murakkablashtirmoqda.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Xlamidiya va mikoplazmalarning morfobiologik xususiyatlarini bayon eting.
2. Xlamidioz va mikoplazmoz kasalliklarining klinik kechishi qanday namoyon bo'ladi?
3. Xlamidioz va mikoplazmozning yuqish yo'llari hamda profilaktikasi to'g'risida nimalar bilasiz?
4. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) yuqish yo'llari va klinikasi.
5. OITSga moyilligi bo'lgan guruhlarni sanab o'ting.
6. Ommaviy tekshiruvlarda qo'llaniladigan laboratoriya usullarini so'zlab bering.

TEST SAVOLLARI

1. *Xlamidiyalarning yashash shakli bo'yicha:*

A) 3 xil;
B) 6 xil;
D) 2 xil;
E) 4 xil.

2. *Xlamidiya va mikoplazmalarning yuqish yo'llari:*

A) havo tomchi;
B) suv orqali;
D) teri orqali;
E) jinsiy yo'l bilan.

3. *OITSning qo'zg'atuvchisi:*

A) stisroxetalar;
B) bakteriyalar;
D) sodda jonivorlar;
E) viruslar.

4. *OITSning yuqish yo'llari:*

A) jinsiy aloqa orqali;
B) igna, shpris orqali;
D) qon orqali;
E) hammasi to'g'ri.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

B.M. Лещенко. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. M., 1977.

E. Eshboyev, X. Alimov. Teri va tanosil kasalliklarini aniqlash laboratoriya usullari. T., Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1989.

H.Q. Shodiyev, Q.R. Ahmedov. Teri va tanosil kasalliklari. T., Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1993.

S. Orifov, E. Eshboev. Teri va tanosil kasalliklari. T., O'zbekiston Milliy ensiklopediyasi, 1997.

A.H. Родионов. Справочник по кожным и венерическим заболеваниям (2-е изд.). СПб., «Питер», 2000.

S. Orifov. Zaxm (klinikasi, diagnostikasi va davosi). T., O'zbekiston Milliy ensiklopediyasi, 2001.

I. Muhamedov, E. Eshboyev, H. Zokirov. Mikrobiologiya. T., O'zbekiston Milliy ensiklopediyasi, 2002.

MUNDARIJA

Kirish 3

1-amaliy mashg'ulot. Teri anatomiyasi va fiziologiyasi 6
2-amaliy mashg'ulot. Odam organizmining normal mikroflorasi. Teri gigiyenasi 21
3-amaliy mashg'ulot. Teri kasalliklarining kelib chiqish sabablari 30
4-amaliy mashg'ulot. Bemorlarni klinik tekshirish 43
5-amaliy mashg'ulot. Terining yiringli kasalliklari 54
6-amaliy mashg'ulot. Terining parazitar kasalliklari 72
7-amaliy mashg'ulot. Dermatit va toksikodermiyalar 82
8-amaliy mashg'ulot. Etiologiyasi yetarli aniqlanmagan kasalliklar 100
9-amaliy mashg'ulot. Tibbiyot mikologiyasi — terining zamburug'li kasalliklari 118
10-amaliy mashg'ulot. Patogen mikobakteriyalar va viruslar keltirib chiqaradigan teri kasalliklari 149
11-amaliy mashg'ulot. Jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklar 173
12-amaliy mashg'ulot. So'zak kasalligi 199
13-amaliy mashg'ulot. Siydik-tanosil a'zolari xlamidiozi va mikoplazmozi. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) 215

Foydalanilgan adabiyotlar 229

EGAMBERDI HUSANOVICH ESHBOYEV,
YANGIBOY MANOBOVICH FAYZIYEV

TERI VA TANOSIL KASALLIKLARI

(Amaliy mashg'ulotlar)

Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma

2-nashri

Toshkent — «ILM ZIYO» — 2007

Muharrir *I. Usmonov*
Rassom *R. Chigatayev*
Texnik muharrir *F. Samadov*
Musahhih *F. Temirxo'jayeva*

2007-yil 11-iyunda chop etishga ruxsat berildi. Bichimi 60x84 $^1/_{16}$.
«Tayms» harfida terilib, ofset usulida chop etildi. Bosma tabog'i 14,5+0,5 b.t.
rangli surat. Nashr tabog'i 14,5. 2615 nusxa. Buyurtma № 209.
Bahosi shartnoma asosida.

«ILM ZIYO» nashriyot uyi, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30-uy.
Shartnoma № 25 — 2007.

O'zbekiston Matbuot va axborot agentligining G'afur G'ulom
nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyida chop etildi.
Toshkent, U. Yusupov ko'chasi, 86-uy.