

С. С. Арифов, Э. У. Эшбоев

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги,
Соғлиқни сақлаш бўйича Илмий методик Бирлашма
тиббиёт олий ўқув юртларининг талабалари учун
дарслик сифатида тавсия этган.

«ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ЭНЦИКЛОПЕДИЯСИ»
ДАВЛАТ ИЛМИЙ НАШРИЁТИ
ТОШКЕНТ

Тери-таносил касалликларида ҳам барча юқумли касалликлардаги каби лаборатория текшириш натижаларининг ҳиссаси жуда каттадир. Шу вақтгача чиқарилган дарсликларда дермато-венерологияда қўлланиладиган лаборатория текшириш усуллари умуман берилмаган ёки қисқача баён этилган эди. Ваҳоланки, лаборатория текшириш усуллари билиш талаба ва мутахассисларнинг клиник фикр юритишлари ва касаллик моҳиятини тўлиқ англаб етишларида катта аҳамият касб этади. Шунинг назарда тутилган ҳолда дарсликда тери ва таносил касалликларини аниқлашда қўлланиладиган лаборатория текшириш усуллари мукаммал ёритилди.

Дарслик ўзбек тилида биринчи марта ёзилаётганлиги учун айрим хато ва камчиликлардан ҳоли бўлмаслиги мумкин. Шунинг эътиборга олиб дарслик тўғрисида ўз фикр ва мулоҳазаларини билдирган ҳамкасблар ҳамда кенг китобхонлар оммасига олдиндан миннатдорчилик билдирамиз.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Тери ва таносил касалликлари қадимдан маълум. Бизнинг эрамизгача ҳам бир қанча тери касалликларининг клиник белгилари ёзиб қолдирилган. Қадимий Юнонистон ва Римда тери ва таносил касалликларини даволаш билан шуғулланганлар. Масалан, Юнонистон шифокори Гиппократ (эрамизгача бўлган 460—377 йиллар) тери касалликларини системага солиб, қўтир, мохов, алопеция, учуқ ва бошқа дерматозлар ҳақида маълумотлар берган. Қадимий Рим врачлари Цельс (эрамизгача бўлган 30-йил — эрамизнинг 50-йили) чипқон, инфильтратив-йирингли трихофития, псориаз ва бошқа касалликлар тўғрисида батафсил ёзиб, бу дерматозларни даволашда ультрабинафша нурлар, илиқ физик омиллардан фойдаланишни тавсия этган.

Ўрта Осиёлик олим Абу Али ибн Сино ўзининг «Тиб қонунлари» номли асариде экзема (гуш), қичима ва қўтир касаллигининг белгиларини ва уларни даволаш усулларини ёзиб қолдирган.

Дерматология фанининг ривожланиши XVI асрнинг иккинчи ярмида физика, кимё, биология фанларида қилинган кашфиётлар билан узвий боғлиқдир. Умумий медицина билан шуғулланган шифокорлар орасидан тери ва таносил касалликлари бўйича мутахассислар ажралиб чиқди. XVIII асрда тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези ва клиникасини ўрганиш жуда ҳам авж олди ва инглиз, француз, немис дерматология мактаблари пайдо бўлди.

Инглиз дерматологик мактабига асос солган олимлар Willan (1757—1812) ва Bateman (1778—1821) тери ва таносил касалликларини ўрганишда морфологик йўналишни танладилар. Улар томонидан таклиф этилган дерматозлар классификацияси тошмалар (доғ, тугун, пуфакча ва бошқалар) морфологиясига асосланган.

Француз дерматологик мактабининг асосчиси Alibert (1766—1837) нинг таъкидлашича теридаги тошмалар, дерматозларнинг келиб чиқиши ва кечиши организмнинг умумий ўзгариши (аҳволи) билан боғлиқ. Alibert шифокорлар учун қўлланма, атлас ёзиб қолдирди ва дерматоз, «сифилид» деган терминларни биринчи бўлиб қўллади. У яратган мактаб оламга бир қанча

Тақризчи: Р. А. КАПКАЕВ — I Тошкент давлат тиббиёт институтининг тери ва таносил касалликлари кафедраси мудири, Республикада хизмат курсатган фан арбоби, профессор.

Дарслик тиббиёт институтларининг юқори курс талабаларига мўлжалланган. Шу билан бирга ундан амалиётда ишлаётган дерматовенеролог, акушер-гинеколог, урологлар ва клиник диагностика лабораторияси мутахассислари ҳам фойдаланишлари мумкин.

T 4100000000
138 97

ISBN 5—89890—134—5

© «ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ЭНЦИКЛОПЕДИЯСИ»
ДАВЛАТ ИЛМИЙ НАШРИЁТИ

СЎЗ БОШИ

Кейинги йилларда дерматовенерология (тери ва таносил касалликлари) кўпайиб кетганлиги сабабли бу фанга эътибор ошиб бормокда. Янги тиббиёт институтлари қошида тери ва таносил касалликлари кафедралари ташкил этилди, катта шаҳарлар, вилоят ва туман марказларида эса замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозланган тери ва таносил касалликлари диспансерлари ишлаб турибди.

Аммо тиббиёт институтларининг юқори курс талабалари ҳамда дерматовенерология соҳасида ишловчи миллий мутахассисларда тери ва таносил касалликлари кенг ёритилган ўзбек тилидаги дарсликка муҳтожлик сезилмокда.

Мазкур дарслик худди шу эҳтиёжни қондириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Олий таълим бошқармаси томонидан тиббиёт институтлари талабалари учун мўлжалланган режа асосида тайёрланди.

Дарслик умумий, хусусий ва лаборатория диагностикаси қисмларидан иборат. Умумий қисмда дерматовенерология фанининг қисқача тарихи, терининг анатомияси, гистологияси, гигиена, касалликларининг умумий симптоматологияси ва беморларни клиник текшириш усуллари батафсил ёритилган. Хусусий қисмга кўп учрайдиган тери ва таносил касалликлари киритилган.

Касалликлар этиологик, патогенетик ва клиник кўринишига қараб гуруҳларга бўлиб жойлаштирилган. Шу билан бирга ўлкамиз учун хос баъзи тери касалликлари, жумладан, лейшманиоз, вителиго (пес), фотодерматоз ва ирсий касалликларга ҳам кенг ўрин берилган. Таносил касалликлари — захм, сўзак ҳақида тўлиқ замонавий маълумотлар келтирилган.

XX асрга келиб жинсий йўл билан юқадиган касалликлар сони ошиб бормокда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотиغا қараганда улар сони 20 дан ошди. Биз юқоридаги далилларга таянган ҳолда жинсий йўл билан юқадиган касалликлардан трихомониаз, хламидиоз, уреоплазмоз ва генитал герпесни кенг ёритиб, уларни замонавий аниқлаш ва даволаш усулларига алоҳида эътибор бердик.

машхур дерматологлар (Bielt, Bazin, Devergia, Vidal, Besnier) ни етказиб берди.

Немис дерматологиясининг асосчиси Hebra (1816—1880) тери касалликларининг патогенезини ўрганишда Virchow (1821—1902) томонидан яратилган патологоанатомик концепцияни қўллади. Hebra касбга оид дерматозларда теридаги патологик ўзгаришларни ўрганди. Унинг ўқувчиси Karosi (1837—1902) эса пигментли ксеродерма, саркома, болаларнинг варицеллиформ экземаси каби дерматозларни биринчи бўлиб таърифлаб берди.

Россияда тери ва таносил касалликларига асос солган олимлардан А. Г. Полотебнев (1838—1907), А. И. Пospelов (1846—1919) ўзларининг илмий изланишларида теридаги патологик ўзгаришлар ички аъзо, нерв системаси хасталиклари, атрофмухитнинг салбий таъсири оқибатида келиб чиқади деб тушунтирганлар. А. Г. Полотебнев томонидан яратилган «Дерматологик тадқиқотлар» китоби ҳозир ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Агар А. Г. Полотебнев рус дерматологиясининг отаси бўлса, В. М. Тарновский (1837—1906) рус венерологиясининг асосчиси ҳисобланади. У «Аёл ва болаларда венерик касалликларни аниқлаш» (1863) китобини чоп этди, захм билан оғриган болалар ва аёлларни даволаш учун Калинин касалхонасида махсус бўлим очди, Петербургда сифилидология ва дерматология жамиятини тузди.

Собиқ Иттифокда олимлардан Т. П. Павлов (1860—1932), С. Т. Павлов (1897—1971), П. В. Кожевников (1898—1969), Н. С. Ведров (1891—1949), Л. Н. Машкиллейсон (1898—1964), А. И. Картамишев (1897—1973), Н. С. Смелов (1898—1975), Ю. К. Скрипкин ва бошқалар дерматология фанининг ривожланишига катта ҳисса қўшдилар.

Ўзбекистонда тери ва таносил касалликлари кафедрасининг очилиши 1920 йили Туркистон Давлат университети ташкил этилиши билан боғлиқ. 1932 йилга келиб Тошкентда тери ва таносил касалликлари илмий-текшириш институти очилди. Ўзбекистон Республикаси ўзининг А. А. Аковбян, У. М. Мираҳмедов, Р. А. Капкаев, У. К. Белуха, М. М. Обидов, А. Х. Абдуллаев, А. Ш. Ваисов, Э. С. Балуянц, Ш. А. Ҳамидов, Х. Ш. Шодиев, Х. Қ. Шодиев ва бошқа дерматовенеролог профессор олимлари билан фахрланади. Тери-таносил касалликлари соҳасидаги мутахассислар худудимизда кўп учрайдиган дерматозлар (витилиго, фотодерматозлар, лейшманиоз ва бошқалар) нинг келиб чиқиши, ривожланиши ва давоси бўйича чуқур илмий ишлар олиб бормоқдалар.

Одам териси бутун гавдани беркитиб турувчи қоплам бўлиб қолмай, балки барча ички аъзолар билан чамбарчас боғланиб, қатор муҳим вазифаларни бажаради. Одам соғлиғи, юрак, қон томирлар, эндокрин нерв системалари функциялари билан бир қаторда, терининг функцияси, хусусиятига ҳам боғлиқ. Терининг барча хусусиятларини ўрганиш учун дерматология соҳасидаги мутахассис тери анатомияси, гистологияси ва физиологиясини албатта билиши зарур.

ТЕРИ АНАТОМИЯСИ, ГИСТОЛОГИЯСИ, ФИЗИОЛОГИЯСИ ВА ГИГИЕНАСИ

Қатта ёшдаги одам терисининг умумий сатҳи 1,5—2 м², қалинлиги тананинг турли жойида турлича бўлиб, 0,5 мм дан 2 мм гача, қафт ва товонда 4 мм гача етади. Одам териси бутун баданни қоплаб, оғиз, бурун, сийдик чиқариш канали, анус соҳасида шиллиқ пардаларга айланади. Оғирлиги гавда оғирлигининг 16—18% ини, тери ости ёғ қаватисиз эса 5% ини ташкил қилади. Терининг 70 % и сув, 30% и оксиллар (коллаген, эластин, ретикулин), углеводлар (глюкоза, гликоген, мукополисахаридлар), липидлар, минерал тузлар (натрий, магний, кальций) ва ферментлардан иборат. Тери ўзига хос ранг ва тусга эга бўлиб, у донатор ва мугуз қаватларнинг қалинлигига, томирларнинг юза жойлашишига, шу билан бирга меланин пигментининг кўп-озлигига қараб белгиланади. Терининг ранги ташқи ва ички омиллар таъсирида ўзгариб туриши мумкин. Тери юзаси одатда нотекис, унда сон-саноксиз эгатча, бурма ва чуқурчалар бўлиб, улар бири бири билан кесишган жойларда учбурчаклар, ромбиклар шаклини ҳосил қилади. Панжаларнинг дорсал юзаларида булар айниқса яққол кўриниб туради. Бармоқларнинг қафт юзаларида тери эгатчалари концентрик айлана шаклида жойлашган. Бу шакллар ҳар бир шахсда ўзига хос нақшни ҳосил қилади. Шахсни аниқлашда (дактилоскопия) одатда шу нақшларнинг изидан фойдаланилади.

хужайраларига ўтади. Ўзи пигмент ишлаб чиқармай, меланин олувчи бундай хужайралар меланоформлар дейилади. Тадқиқотчиларнинг фикрича (Ю. К. Скрипкин, 1979), 1 мм² тери юзасида меланин ишлаб чиқарувчи 1155 тача доначалар бўлар экан. Терининг ранги пигмент доначалари — меланоцитларнинг миқдорига боғлиқ. Меланин ҳосил бўлишида А ва С витаминларнинг аҳамияти катта. Меланин пигменти организмни нурларнинг зарарли таъсиридан сақлайди. Маълумки офтоб таъсирида терида зўр бериб пигмент кўп тупланиб, бадан қораяди. Бу эса организмнинг ўзига хос химоя реакцияси бўлиб, хужайраларнинг ядроларини, шунингдек чуқурроқда жойлашган хужайра ҳамда тўқималарни ультрабинафша нурларнинг кучли (куйиш) таъсиридан химоя қилади. Меланин пигменти етишмаса терида ҳар хил катталикдаги гипопигментли ёки депигментланган доғлар, масалан витилиго (пес) касаллиги пайдо бўлади.

1) Тикансимон қават базал қават устида жойлашган 5—10 қатор қубсимон хужайралардан иборат бўлиб, донадор қаватга яқинлашган сари у яссиланиб боради. Тикансимон қават хужайралари протоплазма ўсиқчалари (тиканлари) билан бир-бирига туташган бўлиб, уларни хужайралараро кўприкчалар деб аталади. Бу хужайралар цитоплазмасида тонофибриллар яхши ривожланган, уларнинг учи десмосомалар (ўсиқчалар) га уланиб кетади. Базал қават сингари тикансимон қават хужайралари ҳам бир-бири билан хужайралараро каналлар ҳосил қилади. Бу қават хужайраларининг ядроси катта, овалсимон шаклда бўлиб, 1—2 та ядрочаси бор. Бундан ташқари, тикансимон қаватда ўзининг жуда кўп шохланган ўсиқчалари билан бириккан ва ядроси кам бўяладиган Лангерганс хужайралари учраб туради. Бундай хужайраларда пигмент бўлмайди, улар ҳар доим базал қават устида жойлашиб, иммунологик химоя вазифасини бажаради деган назария мавжуд. Тикансимон қават хужайралари митоз усулида бўлинади. Эпидермис хужайралари шу қават ҳисобига 19—20 кун ичида янгилашиб боради ва ҳеч қандай чегарасиз кейинги донадор қават бошланади.

2) Донадор қават. Бу қаватнинг донадор дейилишига сабаб, хужайралари ўз цитоплазмасида ишқорий анилин бўёқлари билан яхши бўяладиган кератогиалин моддасидан ташкил топган доначалар тутишидир. Донадор хужайралар 2—3 қаватдан иборат, дуксимон шаклга эга. Улар зич жойлашиб тери сатҳига параллел ётади. Хужайраларнинг ядроси овал, анча кичкина, хроматинга камбагал, ҳатто баъзи хужайраларда ядро бўлмайди. Цитоплазмадаги доначалар тузилиши жиҳатидан ДНК (дезоксирибонуклеин кислота) га яқин туради. Мана шу қават туфайли тери ўзига хос рангда бўлади. Кератогиалин доначаларининг бўлиши эпидермис хужайраларида мугузланишнинг бош-

ланганлигидан далолат беради. Катта одамлар терисида донатор қават деярли ҳамма жойда, болаларда эса қўл ва оёқ қафтларида яхши ривожланган.

1) Ялтироқ қават (тиниқ қават) донатор қават устида жойлашган бўлиб, уни мугуз қаватидан ажратиб туради. Бу қават 1—3 қатор ясси чўзинчок хужайралардан ташкил топган, уларнинг деярли ҳаммасида ядро бўлмайди. Хужайралар ядросида элейдин оксили бўлади. У нур синдиришда катта аҳамиятга эга. Эпидермиснинг ялтироқ қаватида элейдин моддасидан ташқари гликоген, липоидлар, ёғ ва олеин кислота ҳам бор. Оддий усул билан бўялганда қўл ва оёқ қафтлари терисида ялтироқ хужайралар рангсиз бўлиб кўринади. Баъзи патологик жараёнларда, жумладан, ихтиозда анча яхши кўринади. Хужайра цитоплазмасидаги элейдин ўз эволюциясининг кейинги босқичларида мугузланишнинг охириги фазаси — кератинга трансформацияланади.

2) Мугуз (шоҳ) қават эпидермиснинг энг юқориги қавати бўлиб, 3—4 қават қатор ясси хужайралардан ташкил топган. Хужайраларида ядро бўлмайди, уларнинг қалинлиги терининг турли соҳаларида турлича бўлади. Бу хужайралар кератин тутади, уларга тўқ кўнгир рангли алоҳида бўёқ — мугуз қатлам ёғи сингиган, у анчагина ёпишқоқ бўлади, Шунинг учун бу хужайралар бир-бирига зич тақалиб туради. Мугуз қаватнинг энг юқори юза қисмида пластинкалар зич турмайди, улар аста-секин кўчиб, физиологик пўст ташлаш юз беради. Шундай қилиб, эпидермис қавати хужайралари учун кератинизация жараёни махсус функциялардан бири ҳисобланиб, хужайралар ядроси, органондлар дезинтеграцияланади ва мугузланиш билан яқунланади.

Дерма. Дерма терининг асл (derma, cutis, corium) ёки хусусий қавати бўлиб, базал мембрана остида юмшоқ чегараланмаган бириктирувчи тўқимадан тузилган. Дермада бир-биридан унчалик аниқ ажралмаган икки қават тафовут қилинади:

1. Сўргичсимон қават (stratum papillare) — бевосита эпидермис тагида жойлашиб, унга ўзининг сўргичлари (papilla) билан ботиб кирган ҳолда туради. Сўргичсимон қават деганда эпидермисдан то юза томирларнинг тўр қисмигача бўлган жой тушунилади. Сўргичларнинг катталиги ва узунлиги ҳар хил. Қўл ва оёқ қафтларида, аёлларда сут бези соҳасида улар анча узун (200—300 мк) бўлса, юз, пешона терисида жуда қисқа (25—30 мк) бўлади. Сўргичлар узунлиги ёш улғайиши билан қисқариб боради. Сўргичсимон қават орқали инсон шахсини аниқлаш мумкин. Сўргичсимон қават тўқимасида фибробласт, гистиоцит хужайралар, шунингдек семиз, плазматик, лимфоцит, меланофаглар, пигмент хужайралар ва лимфа ҳамда қон томирлари бўлади. Бу қаватда қоллаген, эластик, аргиروفил толалар чигали билан

бирга толалараро моддалар ҳам бор. Майда мускул ҳужайралари ўзига хос алоҳида тутамлар (сочни кўтарувчи мускул) ҳосил қилади. Сўргичсимон қаватда эркин ҳамда капсулали жуда кўп нерв толалари учрайди. Баъзи олимларнинг фикрича сўргичсимон қаватда туқималарнинг ўтказувчанлигини таъминловчи мукополисахаридлар ҳам бўлади.

Тўрсимон қават (*stratum reticulare*) зич бириктирувчи туқимадан тузилган бўлиб, унда йўгонлиги ва йўналиши ҳар хил коллаген толалар тўр ҳосил қилади. Дермада терига эластиклик ва қаттиқлик бериб турадиган коллаген толалар билан бир қаторда, уни майин қиладиган эластик толалар ҳам бўлади. Эластик толалар бир-бирига чирмашиб, коллаген толалар билан бир хил йўналиш олади ва тўр ҳосил қилади. Қон томирлари билан тер безлари атрофини аргирофил толалар ўраб туради. Бу қаватда ҳужайрали элементлардан фибробласт, макрофаг, лимфоцит ва лейкоцитларни аниқлаш мумкин. Шу билан бирга дермада ўзига хос пигментли ҳужайралар — меланофаглар ҳам бор. Терининг асл қаватида соч илдизи, ёғ безлари, мимика мускуллари, қон томирлар, нерв ва нерв охирлари, тери ости ёғ қатлами (гиподерма) билан чегарадош қисмида эса тер безлари жойлашган.

Тери ости ёғ қатлами (гиподерма). Дерма аниқ чегарасиз тери ости ёғ қатламига (клетчаткага) ўтади. Бу қатлам ёғ ҳужайралари тўпламидан иборат бўлиб, улар асл тери қаватининг тўр қисмидан давом этган ва тери фасциясини ҳосил қилувчи коллаген толаларнинг катта тутамлари билан ўралиб туради. Ёғ ҳужайралари тутамини ўраб турувчи толаларда кўплаб қон томирлари, нерв толалари ва нерв охирлари жойлашади. Тери ости ёғ қатлами баданнинг турли қисмларида ҳар хил қалинликда бўлиб, айниқса қорин ва думба соҳасида қалин бўлади. Бош терисида ва елкада 2—10 мм ни ташкил этади, холос. Кўз ковоқлари терисида, тирноқ пластинкалари тагида эса умуман бўлмайди. Тери ости ёғ қатлами одамнинг танасини ҳар хил механик таъсирлардан сақлайди, у организм учун ёғ депоси ҳисобланади, температурасини муътадил ушлаб туришда иштирок этади.

Тери безлари. Терида тер безлари (*glandulae sudoriberae*) ва ёғ безлари (*glandulae sebaceae*) жойлашган (2- расм).

Тер безлари тер ишлаб чиқарувчи қисм ва чиқарув найларидан иборат. Тер безлари ҳомила тараққиётининг 5—6- ойида эпидермисдан ҳосил бўлади. Бош миёда тер ажратишни бошқариш марказининг фаолияти ривожланмаганлиги учун, бола туғилмасидан ҳомила терисида деярли тер ишлаб чиқарилмайди. Одам терисида тер безларининг сони 3—3,5 млн. гача этади. Улар қўл ва оёқ қафтларида жуда кўп. Жинсий олат бошчаси, кичик уятли лаблар соҳасида тер безлари бўлмайди. Ҳужай-

2-расм. Тери ҳосилалари ва рецептор аппаратларининг тузилиши (схема): 1. Мейснер таначаси. 2. Меркел дисклари. 3. Руффини таначаси. 4. Эркин нерв толалари. 5. Краузе колбачаси. 6. Фатер — Пачини таначаси. 7. Сочни кўтарувчи мускул. 8. Тери бези. 9. Ёғ бези. 10. Соч сўғони. 11. Соч сўрғичи.



ралардан тер ажралиб чиқиш хусусиятига қараб эккрин ва апокрин тер безлари тафовут қилинади. Тер безларининг аксарият қисмида тер ажралиш жараёнида хужайраларнинг апиқал қисми парчаланмасдан қолади, яъни эккрин секреция юз беради. Апокрин тер безларидан тер ишлаб чиқарилганда секретор хужайралар тузилиши ўзгаради. Тер безларнинг танаси дерманинг чуқур қатламларида ёки тери ости ёғ қатламида ётади. Чиқарув найлари эпидермисдан ўтиб, тери юзасида тирқишлар (тешик) ҳосил қилади. Тер безлари хужайралари гликоген, ёғ ва пигмент киритмаларини тутати. Бу безлар асосида базал бириктирувчи тўқимали мембрана — муэпителиал (саватсимон) хужайралар тўплами жойлашади. Муэпителиал хужайралар бир-бири билан ўсимталар орқали боғланади ва улар саватсимон бўлиб, без коптокчасини ўраб туради. Бу хужайралар ва уларни ўраб турувчи мускул толалари қисқарганда тер безининг асоси сиқилиб тер чиқади.

Эккрин тез безлари бутун тана терисида жойлашган, айниқса улар пешона, кўкрак, қорин ва билак терисида кўп. Шу жойларда 1 см² тери сатҳида 250—300 га етади. Бир кунда тер безлари 300—800 мл гача, айрим ҳолларда 1500 мл гача тер ишлаб чиқаради.

Юқорида таъкидлаганимиздек, апокрин тер безлари тер ишлаб чиқариш пайтида бир оз емирилади ва секрет билан чиққан оксил моддалари парчланиб, ҳар бир одам учун хос бўлган ўткир ҳидли тер ажралади. Апокрин тер безлари эккрин тер безларига нисбатан анча катта бўлиб, узунлиги 0,5—4 мм га етади.

Улар қўлтиқ, киндик, жинсий аъзолар ва айниқса анус соҳасида кўп жойлашади. Чиқариш йўллари тери юзасига эмас, балки соч фолликулаларининг оғзига очилади. Улар функцияси жинсий безлар фаолияти билан узвий боғланган.

Ёғ безлари альвеоляр безлар бўлиб, тана терисининг ҳамма қисмида жойлашган. Юз, бошнинг сочли қисми, кураклар ораси ва тўш атрофида айниқса кўп. Фақат оёқ ва қўл кафтларида бўлмайди.

Ёғ безлари аксарият сочлар билан боғланган ҳолда жойлашиб, уларнинг секрет чиқариш йўллари соч фолликуласига очилади. Ҳар бир соч илдизи атрофида 6—8 тагача ёғ бези бўлади. Жинсий олатнинг чекка кертмаги, кичик уятли лаблар, кўз бурчаклари териси соҳасида ва аёлларда кўкрак безлари учида ёғ безлари тўғридан-тўғри тери юзасига очилади.

Ёғ безлари секрет ажратиб чиқаришига кўра голокрин безларга киради. Уларнинг охири секретор қисми бир қанча альвеолалар тўпламидан тузилган бўлиб, ташқи томонидан майда бириктирувчи тўқима билан қопланган. Альвеолаларнинг пастки базал мембранасида доимо кўпайиб турувчи камбиал хужайралар жойлашади. Улар таркибида РНК, эстераза ва фосфатаза каби ферментлар бўлади. Бу хужайралардан сўнг без альвеолаларининг иккинчи ва энг ички қават хужайралари жойлашади. Уларнинг цитоплазмаси йирик ёғ томчилари билан тўлиб туради. Без фаолияти даврида хужайралар ядроси бужмайиб йўқолади, цитоплазмасининг ёрилиши натижасида маҳсулот ёғ бези найнга қуйилади. Бу безнинг базал мембранаси асосидаги камбиал хужайралар ҳисобига янги секретор ёғ хужайралари пайдо бўлади.

Ёғ безларининг секретари асосан олий ва паст даражали ёғ кислоталари, холестерин, липоид, фосфат, хлорид ва оксил маҳсулотларидан тузилган. У тери ва сочларни мўртликдан ҳамда қуриб қолишдан сақлайди.

Сочлар. Сочлар уч хил бўлади: узун соч, қалта соч, тук. Узун соч бошда, юз ва ияқда (соқол-мўйлов), қўлтиқ, жинсий аъзолар соҳасида бўлади. Қалта сочларга қош, киприк, бурун шиллик қаватида ва кулоқнинг ташқи эшитув йўлидаги сочлар киради. Туклар деярли бутун тана терисини қоплаб туради (сочларнинг 95% ни ташкил қилади).

Оёқ ва қўл кафти, лабнинг кизил хошияси, жинсий олат боши ва уятли лабларнинг ички дахлизиди тук (жун) бўлмайди. Янги туғилган чақалоқларда майин тук бўлади, холос. Туклар кейин иккиламчи сочлар билан алмашинади. Сочларнинг ўсиши фақат жинсий жиҳатдан вояга етишга эмас, балки ирқий генетик белгиларга ҳам боғлиқ. Сочларнинг кимёвий таркиби жуда мураккаб бўлиб, унда 40 дан ортиқ моддалар: марганец, симоб, натрий, йод, бром ва бошқалар бор. Қора сочда марганец, қўрғошин, қу-

муш кўп бўлса, оқ соч таркибида ҳаво пуфакчалари ва никел бўлади, холос.

Соч икки қисмдан: тери устидаги қисми — толаси ва тери остидаги қисми — соч илдизидан ташкил топган. Соч илдизи соч халтачасида жойлашган. Соч тери юзасига нисбатан ўттири бурчак ҳосил қилиб ўсади. Улар илдизининг пастки қисми кенгайиб йўғонлашиб туради, соч сўғони (пиёзчаси) деб шуни айтилади. Пиёзчалар дерманинг асосига, ҳатто гиподермага қадар етади.

Сочларнинг кўндаланг танаси уч қаватга ажратилади: 1) ташки — кутикула; 2) ўрта — пўст модда; 3) марказий — мия (мағиз) қисм. Кутикула бир қават устма-уст жойлашган мугузланган ясси эпителий хужайралардан, пўст модда чўзиқ хужайралардан тузилган. Соч кутикуласи эркин қисмининг тузилиши пастки илдиз қисми тузилишидан фарқ қилади. Илдиз қисми хужайралари узун цилиндрсимон бўлса, тепага чиққан сайин улар яссиланиб қаттиқ кератин моддасини тутати. Пўст модда хужайралари цитоплазмасида ва улар ораларида кўп микдорда сочга ранг берувчи меланин дончалари ётади. Мия модда эса кубсимон эпителий хужайраларидан иборат бўлиб, меланин дончаларини ва ҳаво пуфакчаларини тутати. Бу хужайралар юқори томон «тангачалар устун»ни ҳосил қилиб жойлашади. Соч илдизининг юқори қисмида мағиз хужайраларининг ядроси зичлашиб, мугузланиб, кимёвий таркиби ўзгаради. Сочлар тери сатҳига нисбатан қийшиқ турадиган илдизга жойлашган бўлади. Соч илдизини ташқи томондан эпителиал ва бириктирувчи тўқималардан тузилган фолликул ёки соч халтаси ўраб ётади. Сочнинг асоси (пиёзчаси) тагига юмшоқ, шаклланмаган бириктирувчи тўқимадан иборат соч сўргичи ботиб киради. Соч илдизи қон томирлар, нерв охириларига бой бўлган соч сўргичи ҳисобига озиқланади ва иннервацияланади. Соч ўзининг хусусий мускули — сочни кўтарувчи мускулларга эга. Лентасимон бундай мускуллар туклар, сокол ва қўлтиқ жунлари асосида бўлмайди. Уларнинг бир учи дермага, иккинчи учи соч қинига бирикади. Бу мускуллар қисқарганда ёғ безлари эзилади ва улардан секрет тери юзасига чиқади. Сочларнинг ўсиш тезлиги ва вақти, умри ҳар хил. Одам бошидаги сочнинг умри 4—10 йилга тенг, кош, киприк ва қўлтиқ остидаги жунлар 3—4 ойда алмашилиб туради. Сочлар бир кунда 0,1 мм дан 0,5 мм гача ўсиши мумкин. Тўкилган сочлар ўрнига фолликуляр хужайраларнинг кўпайиши натижасида янгилари ўсиб чиқади. Сочлар узунлиги бир неча мм дан 1,5 м гача, эни 0,6 мм га етиши мумкин. Аёллар сочи эркаклар сочига нисбатан ингичка бўлади. Бошнинг сочи қисмида 30.000 дан 150.000 гача тола бор.

Тирноқ (*Unguis*) тўрт бурчакли, мугузланган зич юпқа пластинкалардан тузилган бўлиб, орқа ва ён четлари кўл ва оёқ тери бурмаларига ботиб туради. Тирноқ пластинкасида тирноқ тана-

си, олдинги эркин учи, иккита ён чети ва илдизи фаркланади. Тирноқ илдизи деярли бутунлай тери бурмалари билан қопланган. Пластинканинг танаси эса тирноқ ўрнида жойлашади. У қалин жойлашган мугуз таначалардан тузилган бўлиб, баъзи жойларда ядро қолдиқларини тутувчи эпидермиснинг зич қопланган қисмларидан иборат. Тирноқ ўрни қатор ва узунасига йўналган бурмаларни ҳосил қилади, бу бурмаларда тирноқ пластинкасини озиклантирувчи қон томирлар бор.

Эпителий хужайралари (тирноқ матрицаси)нинг тинмай мугузланиши натижасида тирноқ пластинкаси силжиб ўсади. Қўл тирноғи ҳафтасига 1 мм, оёқ тирноғи 0,25 мм ўсади. Тирноқ пластинкасининг илдиз қисми тўғридан-тўғри бармоқ суякларига бирикади. Тирноқлар илдизининг бармоқ суяклари устки қисмининг пардасига бундай бириқиши тиббиёт амалиётида жуда муҳим катта, чунки тирноқлардан бошланган яллиғланиш суякларга ўтиб кетиши мумкин. Хулоса қилиб айтганда, ёғ, тер безлари, соч ва тирноқлар тери ортиқлари деб ҳам аталади.

Тери мускуллари. Тери мускулларига кўндаланг-таргил юз териси, кўкрак бези учи, орқа чиқарув тешиги сфинктери, олат кертмаги, ёрғоқ терисининг ясси мускуллари киради. Айниқса сочларни кўтарувчи мускуллар (*mm. arrectores pilorum*) кўп учрайди. Уларнинг бир учи 45° бурчак остида соч фолликуласига, иккинчи учи дерманинг сўргичсимон қаватига бирикади. Улар қисқарганда тер безларидан секрет ажралиб чиқиши кўпаяди ҳамда соч толалари диккайиб, тери лимон пўчоғи кўрнинишни олади. Ташқи муҳитдаги ҳароратнинг совуши натижасида рўй берадиган бу ҳолат (тери совукдан увишади) одам организмнинг химоя вазифаси бўлиб, ясси мускулларнинг қисқариши оқибатида дермадаги кўплаб қон томирлар физиологик равишда тораяди. Натижада тана ҳароратни иссиқликни сақлаб қолади. Бошнинг сочли қисми, пешона ва лунж терисндаги ясси мускуллар соч фолликулалари билан боғланмайди. Юздаги мускуллар кўндаланг-таргил бўлиб, юз терисига ҳаракатчанлик беради.

Терининг озикланиши ва иннервацияси. Тери жуда ривожланган қон ва лимфа томирлари ҳисобига озикланади. Бу ўринда шуни айтиш керакки, теридаги барча қон томирларга организмдаги умумий қоннинг 1/5 қисми сиға олади. Фасциядан чиққан катта қон томирлар терида юза ва чуқур қон томирлар тўрини ташкил этади.

Чуқур қон томирлар тўри чиқиш йўлида гиподермадаги ёғ тўпламларига бириктирувчи тўқима бўйлаб тармоқлар бериб боради, айрим бўлақлари дерманинг қуйи соҳасида горизонтал тўр анастомозлари ҳосил қилади. Булардан тер бези асоси, соч фолликулалари ва ёғ тўпламлари озикланади. Чуқур артериал тўпламдан дерманинг сўргичсимон қаватига етиб борадиган каттагина артериялар тармоғи кетади ва сўргичсимон қават остида,

юза артериал тўрни ҳосил қилади. Булардан ясси мускуллар, ёғ безлари ҳамда соч фолликуласи ва тер безининг юқори қисми озикланади. Сўргичсимон қават ости қон томирларидан эпидермисга параллел артериал томирлар тармоғи кетади, аммо улар бир-бири билан анастомозлашмайди. Улардан сўргичлар томон капиллярлар йўналади ва тутамлар ҳосил қилиб, энли веноз капиллярлар бўлиб қайтади. Веноз қон томирлар ҳам параллел юза сўргич ости биринчи веноз томирлар тўрини ҳосил қилади. Тери ости ёғ қатлами (клетчаткаси) гача жами учта вена томирлари тўри жойлашади. Бу томирлар гиподермадан ўтиб тери ости веналарига уланади. Терининг эпидермис қисми ўз қон томирларига эга эмас, улар дерманинг сўргичсимон қават капиллярлари ҳисобидан таъминланади. Лимфа томирлари ҳам дерманинг сўргичларидан бошланиб, юза ва гиподермада жойлашган чуқур тўрларни ҳосил қилади. Юза лимфа тугунлари анастомоз ҳосил қилиб бирикади. Улар фасция ва мускуллар лимфа томирларига уланиб, регионар лимфа тугунларига томон йўналади. Терининг инверсияси организмни ташқи муҳит билан боғлаб туради. Тери сатҳи мўл-кўл нерв толалари билан таъминланган. Бу нерв толалари терида катта рецептор майдонини юзага келтиради. Улар бутун маълумотларни марказий нерв системасига етказиб туради. Тери иннервациясини эркин нерв толалари билан биргаликда ўз капсуласига эга бўлган таначалар олиб боради. Иннервацияда қатнашувчи барча нерв толалари тери ости ёғ қатламида жойлашган асосий нерв чигалларидан бошланади. Аввалига улар ёғ қатламини, тер ёғ безларини, соч сўгонини, қон томирларини ўз толалари билан таъминлайди, сўнгра дерма сўргич қаватидан нерв чигаллари сўргичининг ўзига ва эпидермисга толаларини узатади. Невр толалари терининг эпидермис қисмига кирганида ўзининг миелин пардаларини йўқотади ва базал ҳамда тикансимон қават хужайралари орасида ҳар хил баландликда ўрнашади. Невр толалари лабнинг қизил ҳошиясида, қўл бармоқларида ва жинсий аъзолар терисида кўп бўлади. Шундай қилиб, терида икки хил нерв толалари: капсуласиз эркин нерв охирлари ва капсулали нерв охирлари (рецепторлар, таначалар) бор. Эркин нерв толалари дарахтсимон ёки коптоксимон бўлса, капсулали нерв толалари эса пластинкасимон бўлиб, толаларининг охири бириктирувчи тўқима билан қопланган. Терида жойлашган капсулали нерв охирларига пластинкасимон Фатер — Пачини таначаси, Мейснер таначаси, Краузе қолбачаси, Руффини таначаси, Маркель дисклари кирди. Пластинкасимон Фатер — Пачини таначалари айникса оёқ, қўл қафтларида, жинсий аъзоларда кўп жойлашган бўлиб, чуқур босимни сезади, таначалар ичида тўқима суюқлиги бўлган икки қават бириктирувчи тўқимали пластинкалардан иборат бўлиб, узунлиги 3 мм га етади. Невр охирлари таначага етганда

қобилини йўқотади ва юмшоққина бўлиб танача ичига киради ва учлари тугмасимон кенг тармоқ беради. Руффини таначалари иссиқни, сўргичсимон қаватда жойлашган Краузе колбачалари эса совуқни сезади. Улар қўл панжаларида, шиллик қаватларида, олат бошида ва аёлларда жинсий уятли лаблар соҳаларида кўп учрайди. Мейснер таначалари тери сатҳига «тегишни» идрок этади. Улар одамда жуда яхши ривожланган, айниқса бармоқларда, лабда ва тил шиллик қаватида кўп миқдорда бўлади. Меркель дисклари тикансимон қаватда жойлашиб, оғриқни қабул қилади, тактил сезгини бажаради. Терининг 1 см² сатҳига 5000 дан ортиқ сезги нерв охирлари тўғри келади. Шулардан 200 таси оғриқни, 12 таси совуқни, 2 таси иссиқни сезади, 25 таси рецепторлар босимини қабул қилади.

Тери физиологияси. Тери ва ташқи шиллик қават одам организмни ташқи муҳитнинг ноқулай омиллари таъсиридан химоя қилиш билан бирга кўплаб бошқа вазифаларни ҳам бажаради. Тери ва тери ортиқлари, нерв толалари, қон томирлар ва лимфа системаси бутун организм ҳамда унинг аъзолари билан чамбарчас боғланган. Тери ташқи муҳитдан таъсир қилган (экзоген) таъсиротларни сезибгина қолмай, балки организмда жойлашган барча аъзолардаги патологик ўзгаришларга ҳам ўз вақтида жавоб реакцияси билан белги беради. Теридаги катта салбий ўзгаришлар эса ўз навбатида ички аъзолар функциясининг бузилишига олиб келади. Тери жумладан оқсил, углевод, ёғ, сув, минерал моддалар, витаминлар алмашинувида ва бошқа хилма-хил функцияларни бажаришда қатнашиб, организмнинг яхлит анатомик-физиологик қисмини ташкил этади. Тери функцияларини сунъий равишда қисмларга ажратиш бўлмайди, аммо физиологик жараёнларни ўрганиш енгилроқ бўлиши учун уларни 2 қисмга ажратамиз.

Терининг асосий функциялари

Химоя	Моддалар алмашинувида
Механик	Д витамини синтезида
Регенераторлик	Жинсий гормон синтезида
Бактерицид	А витамини туплашда
Терморегуляция	Сув ва минерал моддалар алмашинувида
Рецепторлик	
Пигмент ҳосил қилиш	
Иммунологик	

Химоя функцияси. Тери жуда эластик бўлганлиги ҳамда ўзининг қалин гиподерма қатлами ҳисобига организмни ташқи механик таъсиротлар (уриш, босим, чўзилиш, зарба ва

бошқалар) дан биринчи бўлиб сақлайди. Мугуз қават ҳужайралари иссиқни ёмон ўтказади ва шунинг хисобига организмнинг чуқур қатламларини қуриб қолишдан сақлайди.

Тери юзасининг муҳити кислотали бўлганлиги сабабли, у патоген микроорганизмлар таъсиридан сақлайди ва мугуз қавати ҳужайраларини электр токи уришидан химоя қилади. Меланоцитлар ишлаб чиқарадиган меланин пигменти ультрабинафша нурларни ўзига ютиб, унинг зарарли таъсиридан асрайди. Қора танли одамлар шунинг учун қуёш нури тигига чидамли бўлади. Тери юзасига тери безлари (ёғ, тер) дан ажралиб чиққан секретлар муҳим бактериоцид ролни бажаради, яъни бундай муҳитда микроблар ўлади. Тери ҳужайралари мугузланиши натижасида тангачалар билан минглаб микроорганизмлар ташқарига тушиб кетади. Тоза терида бу хусусият яхши ривожланган бўлади. Сўнгги йилларда терининг энг муҳим функцияларидан яна бири кашф этилди. Тери организмнинг иммунологик системаларидан бири бўлиб, у тузилиши бўйича организмнинг иммун системаси бўлган тимусга (Т- лимфоцитлар ишлаб чиқарилади) ўхшар экан. Тимусни назорат қиладиган генлар соч қопламасини назорат қилувчи генлар билан бир хил. Тери ҳужайралари кератиноцитлар, Лангерганс ҳужайралари, Т- ҳужайраларнинг етилишида катта аҳамиятга эга.

Тери сезги органидир. Тери анатомияси бобида эркин нерв охирлари рецепторларга бой эканлигини айтган эдик. Бу нерв толалари экзоген таъсиротларнинг ҳаммасини идрок этиб, барча импульсларни марказий нерв системасига (МНС) ўтказади, бу ерда улар қайта кўрилиб, иссиқ, совуқ, босим, оғриқ, тегиш каби ҳар хил сезги хиссиётини келтириб чиқаради. Терида оғриқ тегиш, иссиқ ва совуқни сезиш каби тўрт хил сезги тафовут қилинади. Оғриқ терининг эпидермис қисмидаги эркин нерв толалари орқали сезилади ва эмоционал ўзгариш билан билинтирилади. Эмоционал билинтириш оғриқнинг ўткир, санчувчан, қирқувчан, босимли, қўзилувчан бўлишига боғлиқ. Оғриқ ўткир бўлганида организмнинг химоя реакциси дарров олдинга чиқади. Баъзан терининг арзимас экзоген омил таъсирида оғриқни сезиш қобилияти ошиб кетади — буни гиперальгезия ва гиперпатия дейилади. Оғриқни сезишнинг пасайиб кетиши эса гипоальгезия деб аталади. Баъзи ички аъзолар касалликларида терининг айрим жойларида сезгирлик ошиб кетади, чунки касалланган аъзога туташган нерв охирлари ҳам орқа миянинг афферент толаларидан бошланади (масалан: юрак ва ўпка касаллигида — кўкрак, бўйин, елка ва қориннинг юқори қисмида, ичаклар хасталигида — қориннинг пастки соҳаси, бел терисида оғриқни сезиш кучайиб кетади). Терининг бундай қисми Захарьин-Гед соҳаси дейилади. Тери касалликларида аксарият беморларнинг шикоятлари орасида тери қичишиши биринчи ўринда туради.

Уни эндоген, баъзан психоген сабаблар келтириб чиқаради. Қичишиш аломатини ҳам оғриқ сезувчи нерв охирлари қабул қилади. Одам терисида тактил (тегиш) таъсиротни сезиш жуда ривожланган. Бу функцияни соч фолликулалари атрофидаги нерв чигаллари ҳамда Мейснер таначалари бажаради. Ҳатто тери сатҳининг 1 мм оралиғига иккита нина санчилса, улар бўлак-бўлак сезилади. Одам териси унга теккан нарсанинг ўткир, учли ёки ёй шаклида эканлигини ўзи кўрмасдан ҳам идрок этади. Тактил сезувчанликни узоқ вақт машқ қилиш натижасида янада ривожлантириш мумкин. Бунақа машқлар амалиётда кўзи ожиз кишиларда асқатади. Тери касалликларидан моховда бемор терисининг тактил сезувчанлиги кескин камайиб кетади. Одам терисининг иссиқ ёки совуқни сезиши унинг ҳаётида жуда катта аҳамиятга эга, ҳатто сезиш орқали бутун тана ҳарорати мосланади. Иссиқни Руффуни таначалари, совуқни эса Краузе колбалари идрок этади. Иссиқни сезувчи таначаларга нисбатан совуқни сезувчилари кўпроқ. Юз териси қўл ва оёқ терисига нисбатан ҳар қандай ҳароратни яхши сезади. Кўпгина тери касалликлари (тарқалган нейродермит, экзема ва бошқалар) да тери сезувчанлигининг ҳар хил турлари билан бир қаторда ҳарорат сезгиси ҳам издан чиқиши мумкин. Шунинг ёдда тутиш керакки, ҳарорат сезгисининг ошиб кетиши тери зарарланиш (қитикланиш) соҳасининг кенгайишига олиб келади.

Терининг терморегуляциян функцияси. Бутун танадаги иссиқликни марказий нерв системаси бошқариб туради. Бу жараёнда тери катта роль ўйнайди. Маълумки, танадан 80% дан ортиқ иссиқликни тери орқали чиқарилади. Иссиқликни ажратиш теридаги қон томирлари, тер безлари ҳолатига чамбарчас боғлиқ. Соғлом одамнинг тана ҳарорати, ташқи муҳит ҳарорати ҳар қандай бўлишига қарамай, деярли бир хил даражада (36,5—36,7°C) туради. Бу ҳолат асосан кимёвий ва физик терморегуляция (идора этиш) ҳисобига бажарилади. Кимёвий терморегуляция деб, организмдаги моддалар алмашинуви натижасида келиб чиққан иссиқликдан ажралган энергияга айтилади. Бунга қарама-қарши ўлароқ физик терморегуляцияда иссиқлик кўпроқ берилади. Организм нисбатан тинч турган пайтда конвекция усулида 15% иссиқлик узатилади, 66% иссиқлик нур чиқаришда учди (радиация) ва 19% бугланади. Иссиқликнинг узатилиши ёки ташқарига берилиши қон томирларидаги қоннинг миқдори ҳамда тақсимланишига боғлиқ. Ҳаво совуганида тери капиллярлари кескин тораяди, тери оқаради, натижада томирлардаги қон оқими камаёди. Бу ҳол организмдан иссиқлик чиқишини камайтиради. Бунга қарама-қарши ҳаво ҳарорати кўтарилганда ёки жисмоний иш бажарилганда тер ажратиш йўли билан иссиқликни бериш ҳисобига организм ҳароратининг бир хиллиги сақланиб қолади. Одам териси орқали бир кунда

0,8 л тер ажратиб, айна вақтда 2,1 мДж (500 ккал) энергия йўқотади. Бир кеча-кундузда тер миқдори 3—4 л га етади, баъзан бундан ҳам ортади. Тана ҳарорати температура рецепторларининг ва гипоталамусдаги температурани бошқарувчи марказнинг рефлектор қитиқланиши натижасида идора қилинади.

Терининг секретор ва экскретор функцияси. Терининг бу фаолияти ундаги ёғ ва тер безлари орқали бажарилади. Ёғ безлари ишлаб чиқарган тери ёғи, терини мойлаб туриш билан бирга унинг бутунлиги, эластиклиги ва сув ўтказмаслигини таъминлайди. Ёғ безлари яна экскретор вазифани ҳам, яъни организмдан баъзи дори моддалар (йод, бром, салицилат кислота) ва заҳарли моддаларни чиқариб юбориш каби функцияни адо этади. Терида секретор ва экскретор функцияни эккрин ва апокрин тер безлари ҳам бажаради. Ташқи муҳитга тер билан бирга иссиқлик ҳамда мишяк, симоб, хинин, йод, бром, қанд ва бошқа моддалар (экскретор функция) чиқариб турилади. Эккрин тер безлари ажратган тер кислотали муҳитга эга бўлиб, зичлиги 1,004—1,008 га тенг, таркибининг 98—99% ни сув, 1—2% ни унда эриган анорганик бирикмалар, жумладан, фосфат, сульфат, ош тузи, калий, кальций тузлари, шунингдек органик маҳсулотлар (сийдик кислотаси, мочевина, креатинин, аммиак, аминокислота) ва углеводлар ташкил этади. Оддий шароитда ҳаво ҳароратига боғлиқ ҳолда рефлектор равишда тер безларидан бир хилда тер ажралаверади. Аввалига тўқималардан, кейинчалик қон плазмасидан тер безлари орқали тер ажралиб чиқади. Тернинг ажралиши ва унинг таркиби организмнинг ҳолати билан узвий боғлиқ. Масалан, буйрак касалликларида терида сийдик кислотаси, мочевина ортса, эндокрин безлар касалликларида, жумладан қандли диабетда қанд кўпаяди. Натижада беморнинг оғзи қуриб, ташна бўлишидан шикоят қилади. Апокрин тер безлари секретарида гликоген, холестерин ва темир бор, улар нейтрал муҳитга эга бўлиб, функцияси эндокрин ва жинсий безларнинг фаолияти билан узвий боғлиқ. Асабий-руҳий ҳолат, чўчиш, ҳаяжонланиш, кўрқиш каби таъсиротлар нормал теридан кўп тер ажралишига сабаб бўлиши мумкин.

Терининг моддалар алмашинув функцияси. Одам организмидаги баъзи моддалар алмашинуви фақат терида кечади. Бунга мугузланиш моддаси бўлган кератин, меланин ва Д витамин синтези мисол бўла олади. Тери сув, минераллар (калий, кальций, натрий ва бошқалар), ёғ, оксил ва углеводлар, шунингдек гормон, фермент, витамин ва микроэлементлар алмашинувда иштирок этади. Бундан ташқари, кўпгина моддаларни сақловчи манба бўлиб ҳам ҳисобланади. Одам организмида 60—65% сув бўлса, терида 71% га етади. Айрим дерматозлар (ўткир экзема, пемфигус, эритродермия ва бошқалар) да сувнинг миқдори бундан ҳам ошади. Терида ёғ моддалари озик захираси сифатида

йигилади. Соғлом одам терисида 50—75% гача қанд йигилади ва қандли диабетда унинг миқдори кескин ошиб кетади. Углеводлар алмашинувининг бузилиши терида фурункулёз, хуснбузар, кандидоз, экзема ва бошқа дерматозларнинг авж олишига йўл очиб беради. Терининг витаминлар алмашинувидаги роли катта аҳамиятга эга. С витамин тери пигменти — меланин ҳосил бўлишида ҳамда глюкозанинг гликогенга айланишида, А витамин эпидермиснинг мугузланишида иштирок этади. А, Д, Е витаминлар теридаги оксилларнинг ўзлаштирилишини ва олтингугуртнинг қабул қилинишини тезлаштиради, С витамин етишмаслиги шиллиқ қаватининг зарарланишига, лавша (цинга) хасталигига, А витамин танқислиги — ихтиоз, ксеродерма, вульгар хуснбузар ва тирноқлар дистрофиясига олиб келади. Теридаги барча моддаларнинг 1% ини минерал моддалар ташкил этади. Патологик ўзгаришлар жараёнида бу элементлар миқдори ва улар орасидаги муносабат ўзгариб туради. Соғлом одам терисида 0,5 мг % ош тузи бўлади, пемфигус, Дюрингнинг герпетиформ дерматитида сув билан бирга туз миқдори ҳам ошиб кетади. Тери силида зарарланган ўчоқларда калий кўпаяди. Тери азот алмашинувида ҳам иштирок этади.

Терининг нафас олиш ва резорбция функцияси. Терининг нафас олишдаги иштироки унчалик катта эмас, одам ютадиган кислороднинг 1/180 қисми, ажратадиган карбонат ангидриднинг 1/90 улуши тери орқали рўй беради. Сувнинг бугланиши эса ўпкадагига нисбатан 2—3 баравар кўп. Шундай қилиб, тери газлар алмашинувининг 1% ида иштирок этади. Соғлом одам терисининг резорбция (сўриш) функцияси, яъни моддаларни ўзига ташқаридан қабул қилиш лаёқати кучли эмас. Теридаги сув-ёғдан иборат юпка парда (мантия) унинг ўтказувчанлигини сусайтирса ҳам тери айрим ёғда ва липидларда яхши эрувчи моддалар (резорцин, олтингугурт, салицилат ва бор кислотаси, қўрғошин оксид, темир хлорид, йод, симоб, пироталол ва бошқалар) ни ўзига сўриш хусусиятига эга. Моддаларнинг терига сўрилиши ёғ беги бўлган соч фолликулалари атрофида яхши кечади. Улар йўқ жойда, масалан, қўл ва оёқ қафтларида унчалик сўрилмайди. Терида яллигланиш жараёнлари бўлганда сўрилиш жадаллашади. Тирналган, эрозияланган ва шишган эпидермисда, шунингдек бир қатор тери касалликлари (экзема, кипикли темиртки, ўткир дерматозлар) да терида сўрилиш кучаяди. Шу сабабли беморга доривор моддалар буюрганда буни назарда тутиш керак.

Терининг марказий нерв системаси фаолияти билан боғлиқлиги. Дерматозларнинг келиб чиқишида марказий нерв системасидаги кўпгина марказлар ҳамда симпатик нерв системасининг роли катталлигини А. Г. Полотебнов, А. И. Поспелов, П. В. Никольский ва бошқалар айтишган. Ҳозирги пайтда

патологик жараённинг келиб чиқишида марказий нерв системасининг ахамиятини ҳеч ким инкор қилмайди. Нерв системасининг фаолияти туфайли ташқи муҳитдаги экзоген ёки бирор эндоген таъсирларга организм тери билан ҳамкорликда жавоб реакциясини беради. М. К. Петрова ўзининг тажрибалари билан итлар нерв фаолиятига ҳар хил шикастлар етказиб, улар терисида экззематоз ўчоқларини ҳосил қилган.

Беморларни гипотоник аҳволга тушириб қўйиб, иккинчи хабар (сигнал) системаси таъсирида улар терисидаги биокимёвий жараёнларни нақадар ўзгартириб юбориш мумкин. Гипноз, электр ухлатиш йўли билан иккинчи хабар системаси жонлантирилади ва натижада қизил ясси темиратки, эшакем, сўгалларни, баъзан ҳатто экзема ва нейродермитнинг айрим хилларини даволаш ёки қичишиш каби симптомларни камайтириш мумкин.

Шу билан бирга кўпгина касалликларда терининг аҳволи нерв марказлари ва мия қобигига бевосита таъсир қилади. Узок вақт қичишиш билан кечадиган дерматозларга чалинган беморлар нерв фаолияти функциясида талай ўзгаришлар (жаҳлдорлик, тез-тез йиғлаш, уйқусизлик ва бошқалар) кузатилиши бунга мисол бўла олади.

БОЛАЛАР ВА КЕКСАЛАР ТЕРИСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ёш болалар териси нозик, юпқа бўлса, ёш ўтган сайин, яъни кексаларда анча ўзгаради. Тери шалвиллаган, сербурма бўлиб қолади. Болалар терисининг тузилиши ёшга қараб ўзгариб боради. Катта ёшдагиларда яхши ривожланган эпидермис болаларда жуда юпқа, унчалик шаклланмаган бўлиб, механик таъсирдан салга жароҳатланиши, яра-чақалар пайдо бўлиши мумкин. Унинг қаватлари бир-бири билан нозик боғланиб, хужайралари сийрак жойлашади. Мугузланиш осон кечади, донатор ва ялтироқ қаватлари боланинг ҳатто қўл ва оёқ кафтларида ҳам унчалик тараққий этмаган бўлади. Тери юзасидаги сув-ёғдан иборат юпқа парда (мантя) муҳити катталар терисидагидек кислотали бўлмай, аксинча нейтрал ёки кучсиз ишқорли бўлади. Шунинг учун унинг бактериоцид таъсири пастдир. Шу билан бирга бола терисининг гидрофиллиги, ундаги моддалар алмашинуви интенсивлигининг юкори бўлиши, букоқ беги функциясининг ошиши теридаги регенератив (тикланиш) реакциялар фаоллигини оширади. Янги туғилган чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болалар организмнинг ҳар хил касалликларга қарши кучи онанинг иммунитети ва она сутининг иммунологик хусусиятларига боғлиқ. Масалан, 4 ёшдан 8 ёшгача бўлган болалар орасида дерматомикозлар кўп учрайди, чунки туғма иммунитетнинг кучи 1 ёшгача етади, ҳаётда орттирилган иммунитет эса ҳали барқарорлашмаган бўлади. Ёш болаларнинг асл териси (дерма) хужайра эле-

ментлари аргирофил толаларга бой. Коллаген, эластик толалар эса катталардагига қараганда анча майин, ингичка бўлади. Хужайраларо қаватларда ҳали яхши шаклланмаган қўшимча тўқима хужайралари кўп учрайди. Тер безлари унчалик ривожланмаганлигига қарамай ёғ безлари ва соч илдизлари яхши ривожланган бўлади. Кўкрак ёшидаги гўдаклар тери ости ёғ қаватининг оғирлиги болалар танаси оғирлигига нисбатан катталардагига қараганда беш баробар кўп. Ёғ хужайралари ва бириктирувчи тўқимали қопламалар нодифференциалланган, морфологик кўриниш эмбрионал характерда бўлади. Улар таркибида пальмитин ва стеарин ёғ кислоталарини катталарникига қараганда кўп тутади. Ёғ безлари ҳажми анча катта, битта соч фолликуласи атрофида 6—8 та ёғ беги чегараланган ҳолда туради. Айниқса болаларнинг юзида, бошининг сочили қисмида, анус соҳасида жуда кўплаб жойлашади. Апокрин тер безлари бола туғилганидаёқ терисида бўлса ҳам, уларнинг ҳақиқий функцияси балоғат ёшидан бошланади. Янги туғилган чақалоқларнинг сочлари эмбрионал давридан ривожланади, уни бирламчи сочлар дейилади. Кейинчалик улар тушиб кетади ва ўрнига доимий иккиламчи сочлар чиқади. Жинсий балоғатга етганда эса соқолмўйлов, қўлтиқ ости ва қовда жун пайдо бўлади.

Болалар терисининг қон томирлари ва лимфатик системаси деярли катталарники билан бир хил, аммо нодифференцилланган, эндотелияли майда капиллярлар тўри доимо дилатация ҳолида бўлади. Улар терисининг физиологик гиперемияланиб ёки қизғимтир, оқимтир бўлиши шу билан тушунтирилади. Болалар териси нерв-рецептор аппаратининг кўпчилиги ҳали унчалик ривожланмаган бўлади. Температура сезгисини идрок қиладиган танақалар гўдак I ёшга тўлиши арафасида ривожланади.

Болалар терисидаги газлар алмашинуви катталарникига нисбатан анча фаолроқ боради, яъни организмдаги жами газлар алмашинувининг 1% ини ташкил қилади. Шу билан бирга эмадиган болалар терисининг резорбцион хусусияти ифодаланган бўлиб, айниқса улар зарарланган тери соҳасида кучли кечади.

Болалар терисининг дерма, гиподерма қаватидаги эластик тўқималар ва хужайралар ўзида сув ва минерал моддаларни кўп тутади ва теридаги осматик босимнинг тез ўзгаришига сабаб бўлади. Тери хужайралари ичида ва ташқарисида сув микдори ортиқча бўлганидан болаларда кўп учрайдиган экссудатив диатез, экзема баъзан оғир кечади, кўпинча сувчираб туради ва тез-тез қайталайди (Т. Улугхўжаев, 1988).

Теридаги муҳитнинг кўпроқ ишқорий бўлиши, пигментланишнинг сустлиги, организм иммунологик хусусиятининг пастлиги болалар терисининг тез-тез зарарланишига олиб келади. Демак, болалар терисидаги юқорида таъкидлаб ўтилган анатомик-физиологик хусусиятлар ҳисобига (жумладан терининг анча юқалиги, гидрофил бўлиши, таркибида сув ва минерал моддаларнинг

кўплиги, тери қаватларидаги толаларнинг мустаҳкам бўлмаслиги, иммунологик ҳолатнинг етарли ривожланмаганлиги) бола-лар терисида ҳар хил касалликлар тез-тез учраб туради.

Бола униб улғайган сайин тери тузилиши, унинг барча хусусиятлари (6—8 ёшдан бошлаб) худди катта одамларникидек бўлиб боради. Тери қаватлари мустаҳкамланиб, улардаги толалар йўғонлашади, пигмент хужайралари, ёғ ва тер безларининг функциялари ўзгаради. Одам кексайган сари унинг организмида бўлгани каби терисида ҳам атрофик жараёнлар аста-секин авж олиб боради. Терининг ранги, эластиклиги, майинлиги ва бошқа хусусиятлари ўзгаради. Ёғ ва тер безлари сони камайиб, функцияси сусайиб қолганлиги ҳисобига тери юзаси қуриб, мугузланиш кўпаяди. Терининг эпидермис қавати бир оз йўғон тортади. Терида газ алмашилиш, сўрилиш, сув ва минерал моддаларнинг таксимланиши анча суст кечади. Оқибатда юқоридаги барча ўзгаришлар параллел равишда бутун организм фаолиятига таъсир қилади. Тактил, температура, босим каби функциялар кексалар терисида пасайиб қолади, иммун жараёнлар издан чиқа бошлайди. Шунинг учун бўлса керак, ёши қайтган одамлар териси ўсма касалликларига мойил бўлади. Яра-чақалар тез-тез чиқиб туради.

Оғрик, қичишиш, иссиқ-совуқни идора қиладиган нерв толалари сезиш функциясининг пасайиши туфайли аллергик дерматозлар унчалик ривожланмайди, лекин сурункали узоқ давом этади. Кекса одамларда тери касалликларини даволаш ва олдини олишда айна шу ҳолатларни ҳисобга олиш зарур.

Тери гигиенаси. Тери организмни қоплабгина қолмасдан, балки уни ташқи муҳитнинг зарарли таъсиридан биринчи бўлиб химоя қилади. Шунинг учун биринчи галда тери касалликларининг олдини олиш, терини тоза тутиш ва уни тўғри парвариш қилиб бориш жуда катта аҳамиятга эга. Айниқса янги тугилган чақалоқларнинг ва ёш болаларнинг териси ҳар кунлик парваришни талаб қилади. Гўдак болаларни ифлос ва ҳўл бўлган кетликларда асло қолдириб бўлмайди. Улар сийганида ва ичини бўшатганида ҳар сафар жинсий аъзоларини иссиқ сувда ювиб, чов, думба соҳалари тоза пахта мойи ёки минерал порошоклардан тайёрланган упа билан артилади. Боланинг тирноқлари ўсган бўлса, яхшилаб олинади, терисини бармоқлари билан тирнамаслиги учун кийимлари енгини узун қилиб қўйилади. Гўдак болалар умрининг биринчи ярим йиллигида деярли ҳар куни бир вақтда чўмилтириб турилади. Шунда боланинг териси чангдан, тердан доимо тоза бўлиб, организми яйраб ўсади. Чўмилтириладиган хонанинг ҳарорати 22—24°C, қайнатилган сувнинг иссиқлиги 36—37°C бўлиши керак. «Ланолинли», «Болалар учун» каби совунлар тавсия этилади. Ўсмирлик даврида терини парвариш қилишга айниқса яхши эътибор бериш лозим. Ўсмирлар мабодо юз, бадан

терисини тўғри парвариш қилмаса, унда кўпинча юзлари, кўкрак, елка териларига, баъзан ҳатто бошнинг сочли қисмига хуснбузарлар, маддалар тошади. Балоғат ёшида йигит-қизлар тери безларининг функцияси ортади, терининг хиди ўзига хос бўлиб қолади. Улар ҳар куни ювиниб-тараниб озода бўлиб юришлари, хуснбузар ва йирингли маддаларни қўл билан ситмасликлари керак. Ёш қиз жувонлар билар-билмас юз терисига ҳар хил упәлик ва кремлар суртаверса, терининг табиий ранги ва силлиқлиги ўзгаради, кейинчалик унга турли аллергик тошмалар тошади, доғ тушади. Тоза тери юзасида мойли юпқа парда (мантия) бўлиб, у патоген микроорганизмларнинг кўп қисмини терининг ички қисмига ўтишига йўл қўймади. Тери ҳаддан ташқари ифлосланадиган бўлса, аксинча ажралган тер ва ёғ парчаланиб, микробларнинг ривожланиши учун жуда қулай ишқорий муҳит тугдиради. Терига ҳадеб сув, нам тегаверса, у қуриб ёрилади. Ишхонада иш қуроллари билан ишлаганда хавфсизлик техникаси қондаларига қатъий амал қилинмаса, майда қириндилар кириши, кесиши ёки ишқор, кислота, бўёқ моддалари таъсир этиши натижасида терида йирингли ёки аллергик касалликлар пайдо бўлиши мумкин. Бензин, керосин, машина мойлари, нефть ва нефть маҳсулотлари, цемент, минерал ўғитлар ва бошқа моддалар билан бевосита ишловчилар тана терисини тўғри ва мунтазам тозалаб туришига алоҳида аҳамият беришлари лозим. Улар иш вақтининг охирида илиқ сув билан ювинишлари, ҳафтасига камида бир марта ҳаммомда чўмилишлари жоиз. Бундай корхоналарнинг санитария ҳолати тиббиёт ходимлари томонидан мунтазам назорат қилиниб, ходимлари эса вақти-вақти билан тиббиёт кўригидан ўтиб туришлари керак.

Терининг соғлом бўлиши ва нормал фаолияти инсоннинг тўғри овқатланишига, уни парвариш қилишга боғлиқ, Сурункасига спиртли ичимликлар ичиш, ҳаддан ташқари ширали маҳсулотлар ҳамда сирка, қалампирни овқат рационига қўшиш терига зиён қилади. Аксинча, овқат маҳсулотларни тўғри, меъёрида истеъмол қилиш, витаминли таомлар (жигар, сут, балик мойи, сариёғ, сабзи, лимон ва бошқалар) ни иложи борича кўпроқ ейиш мақсадга мувофиқдир. Куёш нури терининг озиқланишини яхшилайти, тоза ҳаво, ваннада ювиниш эса организмни чиниқтиради, натижада безлар секретцияси нормал ривожланади, қон томирлар кенгайтиб, теридаги муҳим моддалар алмашинуви жараёни кучаяди. Шуни айтиш жоизки, Ўзбекистон шароитида куёш тигида узок юриш тавсия этилмайди, акс ҳолда офтоб уриши мумкин, баъзан беморларнинг куёш нурига сезгирлиги ошиб кетади (фотосенсибилизация), натижада улар фотодерматоз касаллигига (тери кичимаси, порфирин касаллиги, хейлит, пигментли ксеродерма ва бошқалар) чалинадилар.

Офтобда аввал беш минут тобланиб, кейин бу муддатни 5—10

минутдан қўшиб бориладиган бўлса, одам қуёш нуридан яхши наф қўради. Баъзан чилла иссиғида офтобда узоқ юриш, оқибатида кишининг уйқуси бузилади, кўнгли айниди, чарчок ҳисси ошиб, бетоб бўлиб қолади. Териси куйиб, оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Бадан терисини соғлом, чиройли сақлаш учун инсон доимо спорт ва гимнастика билан шугулланиши, тоза ва яхши жойларда дам олиб туриши лозим. Бундай машгулотлар моддалар алмашинуви жараёнининг яхшиланишига ёрдам беради ва шу тариқа терининг пишиқ ва бақувват, эластик, чиройли бўлишини таъминлайди. Айниқса ўз вақтида ювиниш, ванналар қабул қилиш фойдалидир.

Оёқларни ҳар 3—5 кунда, ёз фаслида ҳар куни ювиб туриш керак, акс ҳолда қавариб бичилиши, ёрилиши ёки пуфаклар пайдо бўлиб шилиниши, қадоқланиши мумкин. Қишининг фаслга мос кийиниши, айниқса пойафзални тўғри ва тоза кийиши тери парваришида катта аҳамиятга эга. Пайпоқларни тез-тез алмаштириш, кўп юрилганда кечқурунлари бармоқлар орасига тальк билан борат кислотанинг тенг миқдордаги аралашмасини суртиб туриш тавсия этилади. Бошнинг сочли қисми териси ҳаддан ташқари қуруқ бўлганда ёки қуруқ сочларда бир неча кун мобайнида уни зигир мойи билан артиш маъқул. Ювиш учун хинин, олтингугурт ёки олтингугурт-қорамойли тиббиёт совунлари ишлатилади. Сочнинг майинлиги ва ялтироқлиги ёғ безларидан ажралиб чиқадиган ёғ миқдорига боғлиқ. Ёғли сочларни ювиш учун сувга натрий гидрокарбонат ёки натрий борат (1 л сувга 1/2 чой қошиғида) қўшилади, совун ўрнига суюқ шампунь ишлатилади (глицерин, спирт ва яшил совун аралашмаси). Шундай қилиб, терининг пишиқлиги, барқарорлиги ва соғломлигини доимо сақлаб қолиш учун терини санитария-гигиена қоидалари асосида парвариш қилиш лозим.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ САБАБЛАРИ

Тери касалликларини келтириб чиқарадиган сабаблар турли хил бўлиши мумкин. Баъзан бу сабаблар шунчалик кучли бўладики, улар бутун организм фаолиятини издан чиқаради. Чунки бундай омиллар (кислота, ишқор, радиация, қайноқ сув, смола ва бошқалар) таъсирида тери ва унинг тўқималари қаттиқ зарарланади. Аммо шуни қайд қилиш керакки, ацсарият ҳолларда тери касалликларини бир эмас, балки бир неча сабаблар келтириб чиқариши мумкин. Оддий бир мисол, одатда соғлом одам териси юзасида кўплаб сапрофит микроорганизмлар, жумладан стафилококклар, стрептококклар, замбуруглар ва микоплазмалар бор. Уларнинг айрим штаммлари жуда вирулент бўлишига қарамай, ўз ҳолича одамнинг терисида касаллик келтириб чиқармайди, аммо тери юзасининг бутунлиги бузилса, ма-

салан, зирапча кирса терида йирингланиш жараёни бошланади. Ёки тери юзасидаги сув-липид пардаси (мантия) бузилса, рН ўзгариб, терининг микроорганизмларга қаршилиги пасайиб кетади. Гиповитаминоз, қандли диабетда ҳам организмнинг реактивлиги сусайиб қолади ва ҳоказо.

Демак, тери касалликлари ташқи (экзоген) ва ички (эндоген) омилларнинг бир-бирига боғланган ҳолдаги таъсири туфайли келиб чиқади. Эндоген омиллар сабабли организм, жумладан терининг физиологик қаршилиги пасайса, экзоген омиллар таъсирида патологик жараённинг келиб чиқиши энгиллашади. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, тери касалликларининг келиб чиқишида одамлар учун уйда ва ишхонада яратилган ижтимоий шарт-шароитлар қатта аҳамиятга эга.

Экзоген омилларга физик агентлар — юқори ва паст температура, нур энергияси (ультрабинафша радиацияси, рентген нурлари, радиоактив нурлар) ва электр токи киради. Кўрсатилган агентлар таъсирида терида кўплаб экзантемалар (эритема, пуфак, яра, эрозия ва бошқалар) пайдо бўлиши ва ҳар хил интенсивликдаги яллиғланиш ҳамда дистрофик жараёнларга олиб келиши мумкин.

Механик агентларга босим, чўзилиш, урилиш ва бошқалар киради. Юқори босим таъсирида терида яллиғланиш, қон қуйилиш, эрозия, ёриқлар ва доғлар пайдо бўлиши мумкин.

Кимёвий агентларни икки гуруҳга бўлган маъқул: облигат (оддий) гуруҳи — бевосита таъсир этиб, терида ёки шиллик қаватда яллиғланишни келтириб чиқаради (кучли кислоталар, ишқорлар, тузлар ва бошқалар). Факультатив гуруҳ (аллерген) — организмнинг мазкур моддаларга нисбатан сезгирлиги ошиб кетиши натижасида терида яллиғланиш реакцияси рўй беради. Бирор кимёвий моддага терининг сезгирлиги ошади ва маълум бир муддатдан сўнг унда ҳар хил тошмалар (эритема, қаварчик, пуфакча, тугунча ва бошқалар) пайдо бўлади.

Инфекцион агентлар, яъни патоген микроблар, вируслар терига тушиши оқибатида кўпгина касалликлар (тери сили, оддий учук, пнодермитлар, мохов ва сўгаллар) пайдо бўлади. Бу касалликлар ўзига хос ёки характерли ва диагностик аҳамиятга молик тошмалар (тугунча, пуфакча, мадда ва ўсмалар)га эга. Патоген замбуруғлар томонидан қўзғатиладиган трихофития, микроспория, фавус, кандидоз каби касалликларда тери, соч, тирноқлар ва шиллик қаватлар зарарланади.

Ҳайвон паразитлари бўлган кана, бит, бургалар ва бошқа қон сўрувчилар бир қанча юқумли касалликлар микробларини ташиниш билан бирга, терининг қаттиқ қичишиши билан кечадиган касалликларга ҳам сабаб бўлади. Уларнинг чақиши оқибатида терида пушти доғлар, қаварчик, тугунча, дўмбоқча, пуфакча каби морфологик элементлар пайдо бўлади.

Эндоген омиллар таъсирида териға хилма-хил тошмалар тошади ва улар клиник жиҳатдан жуда мураккаб кечади. Марказий ва периферик нерв системаси фаолиятининг бузилиши терининг кўпгина аллергенлар, озик-овқатлар, доривор ва кимёвий моддаларға сезгирлиги ошиб кетишиға олиб келади. Мабодо улар яна истеъмол қилинадиган бўлса ёки парентерал йўл билан организмға юборилса, тошма тошиб кетади. Невр системасидаги функционал ўзгаришлар бир қанча тери касалликлари (экзема, нейродермит, тангачали темиртки, ясси темиртки, атопик дерматит ва бошқалар) кўринишида намоён бўлади. Қаттиқ руҳий кечинмалар, неврозлар, олий нерв системасидаги баъзи ўзгаришлар терида эритема, пуфакча, каварчик каби тошмаларға олиб келади ва қатор дерматозларға сабаб бўлади. Невр системасидаги органик ўзгаришлар натижасида терининг фаолиятида ҳам катта бузилишлар рўй беради. Масалан, сирингомиелия, орқа хил яра-чақаларни, холестерин алмашинувининг бузилиши эса себорея ва ҳуснбузарларни келтириб чиқаради.

Эндокрин безлар (жинсий безлар, буйрак усти безлари) функциясининг бузилиши оқибатида (қандли диабет, гипо- ва гипертиреоз) тери касалликлари тез ривожланиши мумкин. Масалан, жинсий жиҳатдан балоғатға етмаганларда ҳуснбузар, себорея пайдо бўлса, ҳомиладор аёлларға гиперпигментли доғлар тушиши мумкин. Қандли диабетда терининг қичишиши тез-тез кузатилиб туради.

Моддалар, жумладан, углеводлар, оксиллар, ёғлар, минерал моддалар ва сув алмашинувининг бузилиши тери касалликларининг келиб чиқишида муҳим роль ўйнайди. Углеводлар алмашинувининг бузилиши қандли диабетни, бу ўз навбатида терида ҳар хил яра-чақаларни, холестерин алмашинувининг бузилиши эса себорея ва ҳуснбузарларни келтириб чиқаради.

Гипо- ва авитаминозлар ҳам тери касалликларининг пайдо бўлишиға олиб келади. Баъзи витаминларнинг етишмаслиги бирор касалликнинг бошланишиға туртки бўлса, айримлари, жумладан С — лавша (цинга)ға, А — мугузланиш жараёнининг издан чиқишиға, РР — пеллагра каби терида катта ўзгаришлар билан кечадиган касалликларға сабаб бўлади.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари фаолиятининг бузилиши ҳам тери касалликларининг патогенезида муҳим аҳамият касб этади. Меъда-ичак системаси хасталикларида (меъда шираси таркибининг ўзгариши, гастрит, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси, спастик колит, гижжа инвазияси, дисбактериоз ва бошқалар) экзема, нейродермит, эшакем, қичима каби касалликлар ривожланади ёки қайта кўзийди. Жигар хасталиклари кўпинча атопик дерматит, экзема, нейродермит ва песнинг келиб чиқишиға сабаб бўлиши мумкин.

Қон яратувчи органлар ва томир касалликларида тери қичи-

шиши ва турли тошмалар тошиши кузатилади. Масалан, томирларнинг варикоз кенгайишида оёқ болдирлари терисида доғлар, яралар ва эрозиялар пайдо бўлади. Облитерацияловчи эндоартрит гангреноз яраларга олиб келиши мумкин. Гипертония касаллиги туфайли оёқларда трофик яралар юзага келади (Мортерелла синдроми). Қон хасталикларидида ҳам терида морфологик элементлар (доғ, қаварчиқ, тугунчалар, тугун, лихенификация) пайдо бўлади ва улар аксарият ҳолларда қичишиш билан кечади.

Организмнинг эндоген ёки экзоген омилларга нисбатан сезувчанлигининг ортиши (аллерген ҳолат) кўпгина тери касалликларининг авж олишига сабаб бўлади. Озиқ-овқат маҳсулотлари, ўсимлик чанглари, дори-дармонлар, рўзғорда ишлатиладиган ҳар хил моддалар аллергиялар жумласига киради. Организмнинг индивидуал хусусиятлари ҳамда аллергиянинг таъсир доирасига қараб, патологик жараён терининг турли анатомик қисмларида эпидермис, дерма ёки гиподермада рўй бериши мумкин. Баъзан организмнинг аллергияга сезгирлиги шунчалик ошиб кетадики, ундан озгина юбориш оғир асоратга (анафилактик шок) сабаб бўлади.

Тошмалар бир қанча юқумли (инфекцион) касалликларнинг ҳам (ўткир юқумли касалликлардан қизамик, скарлатина, сувчечак; сурункали касалликлардан сил, захм, мохов ва бошқалар) клиник белгиси бўлиб ҳисобланади. Терида ва шиллиқ қаватда пайдо бўлган тошмаларда баъзан ирсий касалликларнинг аломатини кўриш мумкин (ламельляр ихтиоз, томирли невус ва бошқалар). Тери касалликларининг мураккаб ва хилма-хил бўлиши морфологик элементларнинг турли-туманлиги, бирга ёки аралаш келиши, ранги, консистенцияси ва шакли билан белгиланади. Аксарият дерматозларнинг келиб чиқишида экзоген ва эндоген омиллар одатда биргаликда таъсир қилади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УМУМИЙ СИМПТОМАТОЛОГИЯСИ

Тери касаллиги бутун организм касаллиги бўлиб, унда рўй берадиган ўзгаришлар билан чегараланмай, балки турли-туман умумий симптомлар билан намоён бўлади. Одатда, субъектив ва объектив симптомлар тафовут қилинади.

Субъектив симптомлар зарарланган тери соҳасининг қичишиши, ачишиши, оғриши, тортишиб туриши, парестезия ва шу кабилардир. Айрим беморларда ҳарорат кўтарилиб, эт увишиши, уйқунинг бузилиши каби ҳолатлар кузатилади. Аммо, шунини таъкидлаш жоизки, субъектив симптомлар баъзи касалликларнинг энг асосий белгиларидан ҳисобланади, чунки маълум

дерматозлар кичишиш билан кечади (қўтир, эшакем, қичима, нейродермит, қизил ясси темиртки, экзема ва бошқалар); айрим касалликлар (псориаз, пушти темиртки, пиодермитлар ва бошқалар) да кичишиш бўлмаслиги ҳам мумкин. Қўтирда кичишиш асосан кечаси зўраяди. Демак, субъектив симптомлар беморнинг шикоятидан иборат бўлади.

Объектив симптомлар. Тери касалликлари мутахассиси теридаги объектив ўзгаришларга асосланиб диагноз қўяди. Объектив ўзгаришлар эса тошмалар кўринишида намоён бўлади. Аксарият тери касалликларида, унинг клиник белгилари тошмалар кўринишида «терига ёзилган» бўлади. Белгиларнинг жойлашиши, сийрак ё калинлиги, ранг тусига қараб шифокор диагноз қўйишда ва даво чораларини қўллашда фойдаланади. Тошмалар одатда яллиғланиб ёки яллиғланмасдан ўтиши мумкин. Тери касалликларининг кўпчилиги асосан яллиғланиб ўтади. Тери касалликларида яллиғланмаган тошмалар пигментли доғлар, ўсмалар, атрофиялар, гиперкератозлар кўринишида намоён бўлади. Бундай тошмалар бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлардан ташкил топади. Экзоген ёки эндоген таъсиротга жавобан терида пайдо бўлган элементлар бирламчи, шу элементлар асосида ривожланган морфологик элементлар иккиламчи дейилади. Бирламчи морфологик элементлар инфилтратив ҳамда экссудатив хилларга ажратилади. Иккиламчи элементларнинг табиатига қараб кўпинча бирламчи элементларнинг қандай кечгани тўғрисида тасаввур ҳосил қилиш мумкин.

Бирламчи морфологик элементлар. Терининг қайси қисмида жойлашганлигига, катта-кичиклигига, таркибига, яллиғланиш характерига ва оқибатига (эволюциясига) қараб 8 та бирламчи тошма элементлари тафовут этилади: 1) доғ (macula), 2) тугунча (papula), 3) дўмбоқча (tuberculum), 4) тугун (nodus), 5) пуфак (bulla), 6) пуфакча (vesicula), 7) мадда (pustula), 8) қаварчиқ (pirtica). Шулардан дастлабки 4 таси инфилтратив, кейингилари (пуфак, пуфакча, мадда, қаварчиқ) эса экссудатив морфологик элементлар дейилади.

Macula Доғ — терининг ранги ўзгариб қолган жойда пайдо бўладиган тошмага айтилади. Доғлар яллиғланадиган ва яллиғланмайдиган бўлиши мумкин. Келиб чиқиш сабабига қараб томирли, геморрагик, пигментли доғлар фарқ қилинади. Томирли доғлар дерманинг асл қисмида жойлашган сўргичсимон қават томирлари кенгайишидан (гиперемия) ҳосил бўлади. Бу доғлар томирларнинг қон билан тўлишига қараб қизил, пушти, сиёҳ ранг ёки кўкимтир бўлиши мумкин. **Томирли доғлар** одатда бармоқ билан босилса йўқолади, кейин тезда яна пайдо бўлади. Одамнинг кичик тирноғидек келадиган пушти доғлар розеола дейилади. Иккиламчи захм, қорин тифи ва дорилар таъсиридан келиб чиқадиган доғлар бунга мисол бўлади. Аксарият улар ўткир ял-

лигланиш билан кечади. Доғлар пушти рангли, чегаралари ноаниқ, қўшилиб кетишга мойил бўлади. Ўткир яллиғланмаган розеоалар ним пушти рангли бўлиб, кўкимтироқ кўринади, қичмайди, чегаралари аниқ, қўшилишга мойил бўлмайди. Ўткир яллиғланишга хос доғлар одатда болаларнинг юқумли касалликлари, жумладан, қизамиқ, скарлатинада кузатилса, ўткир яллиғланмаган доғлар иккиламчи захм, эритразма, рангбаранг темирлаткида учрайди. Томирли доғлар терининг анча катта юзасини эгаллаши мумкин (2 см ва ундан катта) ва улар эритема дейилади. Эритемалар кафтдек ва ундан каттароқ бўлиб, аксарият ўткир яллиғланиш билан кечади. Ранги оч қизил, усти бир оз шишган, қирралари ноаниқ бўлиб, қаттиқ қичийди; ўткир экзема, дерматит, I- даражали куйишда, шунингдек кўп шакли экссудатив эритемада кузатилади. Бир неча эритемалар қўшилиб бутун баданни эгаллаши эритродермия дейилади. Қиши қаттиқ ҳаяжонланганда ёки уялганида, баъзан терида яллиғланиш билан боғлиқ бўлмаган қизил доғлар пайдо бўлади. Бундай эритематоз доғлар қичмайди, шохланмайди, бир пастда йўқолиб кетади, уларни «уялиш» доғлари ҳам дейилади. Яллиғланмайдиган доғларда тери қизаради, баъзан кўқаради, қон томирлар гоҳ торайиб, гоҳ кенгаяди. Яллиғланмайдиган доғлар — туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин, буларга ок доғ (пес) ёки бошқа касалликлар туфайли қоладиган доғлар қиради. Яллиғланмайдиган доғлар теридаги юза томирларнинг мудом кенгайиши туфайли ҳам юзага келиши мумкин. Турмушда орттирилган бундай доғлар телеангиоэктазия дейилади. Улар босилганда йўқолади, кейин яна пайдо бўлади. Телеангиоэктазия мустақил кечиши ёки бошқа бирор касаллик (пушти хуснбузар, чандиқли эритематоз)нинг клиник белгиси бўлиши мумкин. Томирли яллиғланмаган туғма доғларга не вус қиради. Томирлар ўтказувчанлиги ошганда ёки улар ёрилганда терига қон қуйилиб, унда геморрагик доғлар пайдо бўлади. Улар босиб қўрилганда йўқолмайди ва шу хусусияти билан яллиғланишга алоқадор доғлардан фарқланади. Одатда геморрагик доғларнинг ранги ўзгарувчан, дастлаб бинафша, қизгиш-кўкимтир, яшил, сўнгра сарғиш-қўнғир (гемоглобиннинг гемосидерин ва гематиндин шаклига ўтишига боғлиқ) бўлиб, бора-бора йўқолиб кетади. Геморрагик доғлар п е т е х и я л а р , яъни катталиги нуқтадек қоладиган доғлар; э к х и м о з л а р — нотўғри шаклдаги йирик доғлар; в и б и ц е с — чизик-чизикли доғлар ва гематомаларга (томирлар ёрилганда қон қуйилиши) ажратилади. Геморрагик доғлар аллергия васкулитда, организмда С витамин етишмаганда, шунингдек тиф, қизилча ва бошқа касалликларда кузатилади.

Пигментли доғлар эпидермиснинг базал қаватида меланиннинг кўп ҳосил бўлиши (гиперпигментация) ёки тақчиллиги (гипопигментация) туфайли пайдо бўлади. Пигментли доғлар

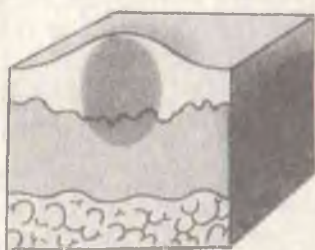
тугма (холлар, альбинизм) ёки ҳаётда орттирилган (хлоазма, витилиго) кўринишида бўлиши мумкин. Гиперпигментли доғлар ичида қуёш нури таъсирида баҳорда юз терисига тушадиган жигарранг доғлар айниқса кўп учрайди. Қатта гиперпигментли доғлар Аддисон касаллигида кузатилади. Катталиги 0,5—1,0 см келадиган гиперпигментли доғлар лентиго дейилади. Бундай доғлар юзаси гиперкератозланиб туради.

Майда депигментли доғлар лейкодерма дейилади. Лейкодерма айниқса атрофи жигарранг бўлган доғлар орасида оқариб яхши кўринади. Чин лейкодерма иккиламчи қайталама захмда, сохта ёки иккиламчи лейкодерма эса тангачали ва ранг-баранг темирлаткида кузатилади. Бутун бадан терисида, шунингдек қош, кичрик ва сочларда пигмент бўлмаслиги альбинизм дейилади. Альбинизм тугма бўлади.

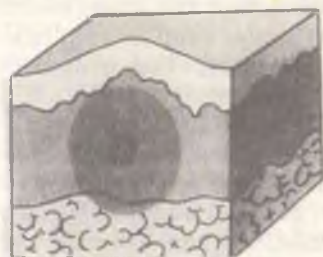
Тугунча — тери дамидан кўтарилиб турадиган бўшлиқсиз элемент. Табиатан яллиғланишга алоқадор бўлиши ёки бўлмаслиги ҳам мумкин. Тугунчалар (3-расм) эпидермисда жойлашса — эпидермал папулалар (ясси сўғалда учрайди) ёки дермада бўлса — дермал папулаларни (иккиламчи захмда) юзага келтиради, аксариyat папулалар — эпидермодермал бўлади (қизил ясси ёки тангачали темирлатки, нейродермит). Тугунчалар ўрнида одатда чандик, чаидикли атрофия каби излар қолмайди, аммо гипер-ёки депигментли доғлар қолиши кузатилади. Тугунчаларнинг ранги пушти, кўнғир, мисдек қизил, кўкиш-қизил бўлиши мумкин.

Шакли жиҳатдан думалок, овал, полигонал, ўткир учли сербар, киндиксимон, конуссимон ва ясси, консистенциясига кўра эса юмшоқ, қаттиқ эластик тугунчаларга бўлинади. Катталиги ҳар хил, тўғноғич бошидек — миллиар (1—1,5 мм), ясиқдек келадиган — лентикуляр (2—3 мм), 10—15 тийинлик тангадек — нуммуляр тугунчалар фарқ қилинади. Бир қанча йирик тугунчалар — пиллакчаларни ҳосил қилади. Миллиар тугунчалар қизил ясси темирлаткида, лентикуляр тугунчалар қипиқли темирлатки ва иккиламчи захмда кузатилади. Тугунчалар Мальпиги қаватининг қалинлашуви туфайли эпидермисдан (акантоз, гиперкератоз, паракератоз) ёки дерманинг сўргичсимон қаватидаги инфилтратлардан пайдо бўлади. Терининг кўп ишқаланадиган жойлари, чов оралиғи ёки оғизда ҳар хил таъсирот туфайли улар юзаси очилиб эрозияланади; эрозияланган папулалар, баъзан гипертрофияланиб ворсинкали юза ҳосил қилади ва уларни пилломалар дейилади. Гипертрофик тугунчалар нисбатан қатта бўлиб иккиламчи қайталама захмда учрайди. Кўпгина касалликларда папулалар билан бирга бошқа элементлар ҳам кузатилади. Масалан, папулалар билан пуфакчалар (папуловезикуларлар, маддалар, папула-пустулалар) некротик жараён билан бирга келади (папулонекротик тери сили). Бундай холларда улар ўрнида чандикланиш рўй беради.

Дўмбоқча — ўткир яллиғланишга деярли алоқаси бўлмай-диган, тери сатҳидан кўтарилиб турадиган бўшлиқсиз элемент, чуқур томирлар тўри атрофидаги дерманинг ретикуляр қатламида хужайра инфилтрати тўпланиб қолиши туфайли келиб чиқади. Касалликнинг бошида дўмбоқчани тугунчадан ажратиш жуда мушкул. Чунки катталиги, шакли, консистенцияси жиҳатидан у тугунчага ўхшаб кетади. Дўмбоқча дерманинг фақат сўргичсимон қаватида эмас, балки тўрсимон қаватида ҳам юзага келади. Дўмбоқчанинг катталиги 3—5 мм дан 2—3 см гача (4-расм), ранги кўкимтир-сарғиш ёки кўнғир-қизғиш, шакли ярим-шарсимон бўлади. Дўмбоқча инфилтрати гранулёмадан, яъни лимфоцитлар, гигант ва эпителиоид хужайралардан иборат бўлади. Кейинчалик дўмбоқча маркази некрозга учраб, қора кўтир билан қопланиб турадиган яра ҳосил бўлади. Баъзан дўмбоқчанинг сўрилиши ҳисобига унинг ўрнида атрофияли чандик қолади. Дўмбоқча, масалан, сил волчанкасида кўприкчалар (казеоз-некроздан кейин) ҳосил қилиши билан битса, захмда нақшга ўхшап шакллари юзага келтиради ва бунинг клиник аҳамияти катта.



3- расм. Тугунча (схема).



4- расм. Дўмбоқча (схема).

Турли касалликларда дўмбоқчалар ўзига хос рангга эга бўлади. Масалан, учламчи захмда қизғиш-жигарранг, сил волчанкасида кизғимтир, моховда тўқ бугдой ранг ва ҳоказо.

Кўпгина касалликларда дўмбоқчалар ўзининг гистоморфологик тузилиши билан фарқ қилади. Масалан, сил волчанкасида дўмбоқчалар аксарият эпителиоид ҳамда Лангханснинг гигант хужайраларидан ташкил топади, баъзан сил микобактерияларини топиш мумкин, захмда эса дўмбоқча плазматик эпителиоид хужайралар, лимфоцитлар ва фибробластлардан иборат бўлиб, гистологик препаратларда оқиш трепонемалар топилмайди. Одатда дўмбоқчалар баданнинг турли қисмларида жойлашади, баъзан улар бир-бири билан кўшилиб катта инфилтратлар ҳосил қилади. Дўмбоқчалар асосан захм, сил волчанкаси, мохов, тарқалган рубромикоз каби касалликларда учрайди.

Тугун — бўшлиқсиз элементлар қаторига кириб, тери дами-дан анча кўтарилиб туради, ўткир бўлмаган яллиғланиш билан кечади, инфилтратив табиатга эга. Консистенцияси қаттиқроқ,

лишк чегарланган, катталиги 1—5 см бўлиб, асоси тери ости қатламиди, яъни гиподермада жойлашади.

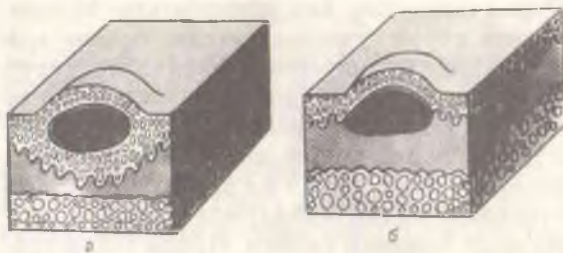
Тугун гранулёмадан, яъни тугун инфилтрати лимфоцитлар, эпителиоид ва гигант хужайралар тўпламидан ташкил топади. Дастлаб тугун ташқаридан билинмаслиги мумкин, ammo пайпаслаб кўрилганда қўлга яхши уннайди, кейинчалик катталашиб, тери дамидан кўтарилиб туради. Тугунлар аксарият яраланиб кетади, бора-бора қора кўтир билан қопланиб, ўрнида чандик қолдиради. Баъзан тугунлар ҳам ўткир яллиғланиш билан кечеди (тугунли эритема), бунда тугун асоси эпидермисда бўлади. Тугунлар консистенцияси колликватив силда юмшоқ, мохов ва учламчи захмда қаттиқ эластик бўлади. Тугунлар ўзининг консистенцияси, шакли, ранги ва ажралмасига қараб айрим касалликларда ўзига хос ном билан аталади: колликватив силда — скрофулодерма, учламчи захмда — гумма, моховда — депрома ва ҳоказо. Шунингдек тугунлар хавфли ва хавфсиз ўсмалар, чуқур микоз, тарқалган сурункади рубромикоз ҳамда тугунли эритемада ҳам учрайди. *vesicula, puzg'irak*

Пуфакча — доимо ўткир яллиғланиш табиатига эга бўлган, тери дамидан кўтарилиб турадиган, ковакли, ичида сероз суюқлиги бор экссудатив бирламчи элемент. Шакли овал, ярим-шарсимон, катталиги 1,5 мм дан 5 мм гача етади. Пуфакчанинг учта қисми, яъни сероз ёки сероз-геморрагик суюқлик билан тўлган ковак қисми; ёпиб турувчи пўст ва асоси тафовут қилинади. Камдан-кам ҳолларда (дисгидрозда) пуфакчалар тери дамидан кўтарилиб турмай, тери юзаси бўйлаб тарқалади. Пуфакчалар мугуз қават хужайралари остида, эпидермис қавати хужайралари ўртасида ҳамда эпидермис ва дерма оралигида жойлашиши мумкин. Пуфакчалар бир ёки кўп ковакли бўлади. Аксарият пуфакчалар тиник сероз суюқлик тутади, баъзан қон ёки йиринг бўлиши ҳам мумкин. Кейинчалик пуфакчалар қуриб тангаччалар билан қопланади ёки ёрилиб эрозия ҳосил қилади ва сунчираб туради (экзема ва ўткир дерматитда). Оғиз шиллик қавати ҳамда терининг доимо бир-бирга ишқаланиб турадиган оҳасида пуфакчалар аксарият тез ёрилади ва эрозияланган юза ҳосил қилади. Аксинча терининг қалин жойларида (кафтда) жойлашган пуфакчалар анча вақт ёрилмай туради. Пуфакчалар тўп-тўп бўлиб жойлашади (оддий учук), баъзан уни тугунча устида ҳам учратиш (қичимада) мумкин.

Пуфакчанинг гистологик кўринишида спонгиоз, хужайраларо иши (экзема, дерматит), Мальпиги қават хужайраларида дегенератив ўзгаришлар (оддий ва белбогсимон учук, сувчечак) ҳамда хужайралар ичида вакуолалар юзага келганлигини кўриш мумкин (дисгидротик экзема, эпидермофития). Пуфакчалар иши ёққолиб кетади ёки улар ўрнида вақтинча пигментли доғ қолади (Дюрингнинг герпетиформ дерматити).

Пуфак — ичи ковакли экссудатив элемент, катталиги 0,5 см дан 5—7 см гача бўлиши мумкин. Пуфакнинг ҳам худди пуфакчага ўхшаб ковак, пўст ва асос қисми тафовут қилинади. Агар пуфак мугуз қават хужайралари остида ётса субкорнеал, мальпиги қавати хужайралари орасида (тикансимон хужайралар орасида) бўлса — интраэпидермал, эпидермис билан дерма оралигида жойлашса — субэпидермал пуфаклар дейилади (5-расм). Пуфак ичидаги суюқлик тиник, сарғимтир, хира ва геморрагик, шакли яримшарсимон, овал, юмалоқ бўлиши мумкин. Аксарият пуфаклар бир ковакли бўлади, шунинг учун тешганда тез бўшайди. баъзан (эпидермофитияда) бир неча ковак ҳосил қилади. Пуфак суюқлиги лейкоцитлар, эозинофиллар, эритроцитлар, эпителиал хужайралар, айрим ҳолларда иккиламчи микроорганизм (стафилококк, стрептококк) тутати. Пуфаклар пўсти каттик ва таранг ёки майин ва юмшоқ бўлиши мумкин.

Аксарият пуфаклар эритематоз доғлар ўрнида, баъзан эса ҳеч қандай ўзгаришсиз тери соҳасида юзага келади. Дюрингнинг герпетиформ дерматити, токсикодермия, кўп шаклли экссудатив эритемада пуфаклар атрофи гиперемияланган тери соҳаси билан ўралиб турса, пемфигус, тугма буллёз эпидермолизда пуфаклар ҳеч ўзгармаган тери юзасида пайдо бўлади. Баъзан эпидермисга иккиламчи микроорганизмлар ёки уларнинг токсинлари таъсир этиши туфайли ҳам пуфак пайдо бўлади. Эндоген факторлар кўпинча интраэпидермал пуфаклар вужудга келишига сабаб бўлади, бунда хужайралараро боғламларнинг бузилиши (акантолиз) ҳамда эпидермал хужайраларнинг дегенератив ўзгариши кузатилади.



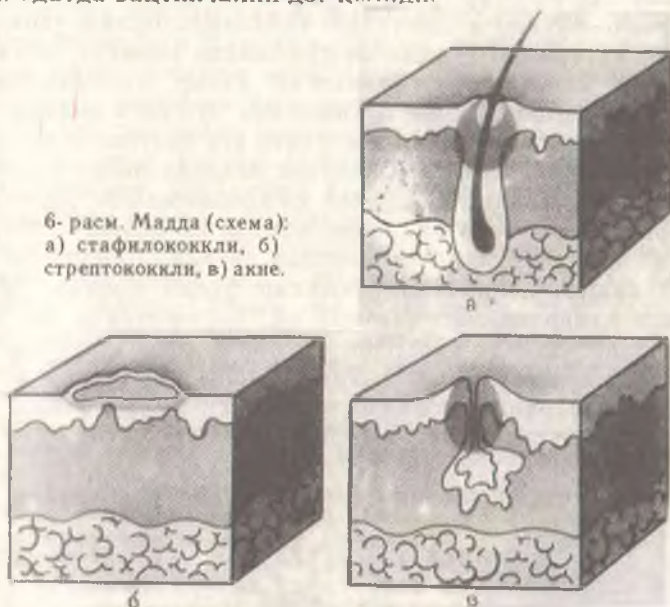
5-расм. Пуфак (схема):
а) эпидермис ичидаги,
б) эпидермис тагидаги.

Акантолитик ўзгаришлар пемфигусда яққол кўзга ташланади. Баъзан томирлардан чиққан экссудат эпидермисни дермадан ажратади ва субэпидермал пуфаклар пайдо бўлади (полиморф экссудатив эритема). Пуфак ичидаги суюқлик қуриб ўзига ҳос пўст ҳосил қилади ёки одатда пуфак ёрилиб, юза эрозияларга айланади, эрозиялар битиб, ўрнида вақтинча доғ қолади, кейинчалик бу доғ ҳам йўқолиб тери ўз аслига келади. Аксарият пуфаклар субэпидермал табиатга эга бўлганида дерманинг сўр-

гичсимон қавати ҳам бир оз зарарланади ва пуфаклардан кейин чандиқ қолади (туғма булғез эпидермолизда, куйгаида, порфирин касаллиги ва бошқалар). Пуфак кўпинча терининг куйиши ёки унга бирон қаттиқ нарса тегишидан келиб чиқади.

Мадда, пустула — тери дамидан кўтарилиб турадиган ва ичида йиринг бўладиган бўшлиқ элемент. Пустулалар одатда ўткир яллиғланиш табиатида бўлади, айрим касалликлар, масалан, захмда пустулалар ўткир бўлмаган яллиғланиш билан кечади. Пустулалар шакли яримшарсимон ва ясси конуссимон бўлади, уларнинг катталиги эса нўхотдек, баъзан олчадек келади. Инфекцион микроорганизмларнинг (стафилококк, стрептококк) ҳаёти давомнда ажралиб чиққан токсинлар таъсирида эпителиал ҳужайралар некрозга учраб, натижада эпидермисда йирингли кавак вужудга келади (6- расм). Пустулалар терининг қайси қисмида жойлашишига қараб, юз (фақат эпидермис бўйлаб жойлашади) ва чўқур (дерма, гиподермада) хилларга ажратилади. Эпидермис бўйлаб жойлашган ва қора қўтир ҳосил қилишга мойил маддалар импетиго деб аталади. Бундай маддалар ўрнида одатда вақтинчалик доғ қолади.

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



Бундан ташқари маддалар соч фолликулига нисбатан жойлашишига қараб фолликуляр (соч фолликули билан боғланган) ва нофолликуляр маддаларга бўлинади. Келиб чиқиш сабабига кўра фолликуляр маддалар, одатда стафилококкларга боғлиқ бўлса, нофолликуляр маддалар стрептококкларга алоқадор бўлади. Соч фолликуласининг устки қисми йирингли яллиғланганда ос-

теофолликулит юзага келади (бунда йиринг марказидан соч чиқиб туради) ва атрофи пича қизарган бўлади. Фолликулитлар юза бўлганда ўзидан сўнг деярли ҳеч қандай из қолдирмайди, баъзан соч фолликуласининг бутун танаси йирингли яллиғланади, бунда мадда чуқур жойлашади ва битганида ўрнида чандик қолади. Чуқур фолликулитлар учун оғрик ва атрофида инфилтратлар (фурункул) бўлиши хос, улар ёрилганда яра ҳосил бўлиб, чандик билан тугалланади. Нофолликуляр юза пусула (нозик, ясси) фликтена дейилади. Дермада жойлашган чуқур нофолликуляр пусула эктима дейилади. Фликтена билан эктима стрептококкли пиодермитларда кузатилади, баъзан чуқур нофолликуляр пусуланинг (эктиманинг) юзаси қалин қават билан (йирингнинг қуриб қолиши натижасида) қопланади, тагида чуқур яра ёки рупия ҳосил бўлади. Эктима ёки рупиянинг юзаси атайлаб кўчирилса ёки ўзи ажралса яра ҳосил бўлиб, кейинчалик чандикланиб қолади.

Ёғ безлари билан боғлиқ пусула акне (хуснбузар) дейилади. Акне ёғ безининг бутун асоси билан дермада чуқур жойлашиши мумкин. *Ичтиса, Каварчик*

Каварчик — ўткир яллиғланиш табиатида бўлиб, тери дамидан бир оз кўтарилиб турадиган бўшлиқсиз элемент; дерманинг сўрғичсимон қаватида чегараланган ўткир яллиғланиши ва серозли шиш пайдо бўлиши натижасида вужудга келади. У думалоқ, чўзинчоқ ва овал шаклда, ранги эса қизғиш бўлади. Қаттиқ қичишиш билан кечади. Каварчик лаҳзада пайдо бўлиб, тезда йўқолади ва ўзидан ҳеч қандай из қолдирмайди. Аммо баъзи беморларда у анча вақт сақланиб қолади (*urticaria facticta* ёки *dermografismus*). Уртикал элементлар дастлаб пайдо бўлганда ранги оч пушти, кейинчалик оқимтир бўлиб қолади. Шундай қилиб, асл каварчикнинг маркази оқ, периферияси эса пушти ранга киради. Одатда каварчиклар бир-бирига қўшилишга мойил бўлиб, доира ёки чизикчаларга ўхшаш шаклларни вужудга келтиради. Каварчиклар баданга қичитки ўт ва бошқа ўсимликлар тегиб кетганда, ҳашоратлар чаққанда, шунингдек киши қаттиқ совқотганда (экзоген), оғир изтироб ёки организм қаршилик кучининг кескин пасайиб кетиши (эндоген) туфайли пайдо бўлиши мумкин.

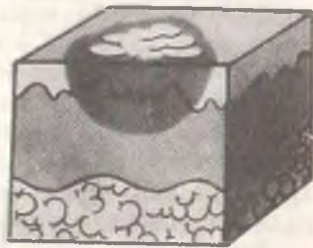
Турли дори-дармонлар таъсирида (медикаментоз), алиментар, инфекцион, аллергияк ҳолатларда ҳам каварчиклар кўп кузатилади. Пигментли эшакемда терини механик йўл билан таъсирлаб каварчикни юзага келтириш мумкин. Эшакем, Квинкнинг ангионевротик шиши, зардоб касаллигида ва бошқа дерматозларда (токсикодермия, Дюрингнинг герпетиформ дерматити, флеботодермия) каварчик асосий морфологик элемент ҳисобланади.

Иккиламчи морфологик элементлар. Буларга қуйидагилар

киради: пигмент доғлар (pigmentatio), тангача (squama), қора кўтир пўст (crusta), ёриқлар (fissura), экскорнация, тирналиш (excoriatio), эрозия (erosio), яра (ulcus), чандик (cicatrix), вегетация (vegetationes), лишенификация (lichenificatio).

Пигмент доғлар (пигментация, тери дисхромияси — *dischromia cutis*) — терида пигментланишнинг бузилиши. Одатда бирламчи элементнинг ўрнида пайдо бўлади. Масалан, захмдаги папулар, мадаллар, баъзи дерматозларда эрозия ва яралар ўрнида гиперпигментланган доғлар қолади. Бундай ўзгариш аксарият яллиғланган ўчоқларда меланин ҳосил бўлишининг ортиши ва гемосидерин каби қон пигментининг чиқишидан юзага келади (гемосидерозларда, бит чаққан тери соҳасида). Меланин етишмаслигидан эса иккиламчи гипопигментли доғлар пайдо бўлади. Уларни иккиламчи лейкодерма дейилади (тангачали темираткида, захмда кузатилади). *Squama, чили ёта*

Тангача — мугуз қаватнинг кўчиб тушадиган ядросиз хужайралари (7- расм). Одатда одам терисидан физиологик равишда ўз умрини яшаб бўлган мугуз қават хужайралари тангача бўлиб тушиб кетади. Айниқса улар ювинганда, кийим-кечак баданга ишқаланганда кўплаб ажралади. Тангачаларнинг ранги, шакли ва катта-кичиклиги ҳар хил бўлади, ана шу хусусиятлардан кўнгина дерматозларни аниқлашда фойдаланилади. Мугузланиш асосида эпидермисдаги дистрофик ўзгаришлар ётади. Кейинчалик керотин ҳосил бўлиши бузилади ва улар гиперкератоз (мугуз қаватнинг ҳаддан ташқари қалинлашуви) ёки кератоз (мугузланишнинг бузилиши) кўринишида кечади. Тангачаларнинг шакли ва рангини билиш шифокор учун амалий аҳамиятга эга. Масалан, тангачали темираткида тангачалар оқимтир кумушранг, ихтиознинг баъзи шаклларида қора, ёгли себореяда сарғимтир бўлади. Айрим касалликларда тангачалар енгил кўтади (тангачали темиратки), баъзан теридаги элементлар бағрига маҳкам боғланган бўлиб (чандикли эритематоз), уларнинг кўчиши бир қадар оғрик билан кечади (Бенье — Мешер симптоми). Дистрофик ва деструктив жараёнларга қараб тангачалар майда ва йирик бўлиши мумкин. Қизамиқ ва ранг-баранг темираткида майда, скарлатина, токсикодермия, ўткир дерматит каби касалликларда эса йирик тангачалар кузатилади. Ҳатто Лайел синдромида мугуз қават хужайралари юпқа резина қўлқопдек кўчиб тушади. Пушти темираткида тангачалар бамисоли босиб қўйилганга ўхшаса, захм тугунчаларида тангачалар «Биетта ёқаси» симптомини вужудга келтиради. Парапсориазда тангачалар тугунчаларнинг



7- расм. Тангача (схема).

ўртасидан кўчиши билан ажралиб туради. Кўпгина замбуругли касалликларда эса зарарланган учокларнинг перифериясидан пўст ташлаш кузатилади. *сунга, қорқа*

Қора кўтир пўст, пўстлок — теридаги бирламчи пуфакча, пуфак, йирингча ва чуқур яралар каби тошмалар таркибидаги тиник ёки йирингли суюқликнинг қуриб қолиши натижасида юзага келади. Баъзан қора кўтир пўстга аввал ишлатилган дориларнинг ёпишиб қолиш холлари ҳам кузатилади. У тери юзасидан кўтарилиб туради, ранги ҳар хил бўлади. Қора кўтир пўстлар сероз, сероз-йирингли, йиринг ва қон аралаш бўлиши мумкин. Серозли пўстлар фибринлар, лейкоцитлар ва деструктив ўзгарган эпидермис ҳужайраларидан; йирингли ва қон аралаш пўстлар эса лейкоцитлардан, фибрин толалари ҳамда парчаланган эпидермис ҳужайралари ва эритроцитлардан ташкил топади. Қора кўтир пўстларнинг катта-кичиклиги бирламчи морфологик элементлар ҳажмига қараб белгиланади. Сероз ажралмали элементлар ўрнида сарғиш, миссимон; йирингли элементлардан сўнг сарик, яшил-сарғимтир; қон аралаш ажралмали элементлардан қизғиш-жигарранг, қорамтир қора кўтир пўст вужудга келади. Қора кўтир пўстлар юпка, ясси, йўғон, учли, қаватли, қаттиқ ва нотекис бўлиши мумкин. Уларнинг шакли микрофлорага ҳам боғлиқ. Масалан, стрепто-стафилококкли вульгар импетигода қора кўтир пўстлар қат-қат, стрептококк импетигода эса юпка ва тиник бўлади. Вульгар эктима, рупоид тангачали темиртки ва гангреноз пиодермияда қора кўтир пўстлар ўрнига маҳкам бириккан бўлади. Катқат қалин қора пўстлар (рупия) иккиламчи захмда учрайди. Баъзан қора кўтир пўстлар тангачалар билан аралашиб (экссудат билан тангачалар аралашганда) кетади; экссудатив тангачали темирткида, себорея ҳамда себореяли экземада ана шундай ҳолат кузатилади.

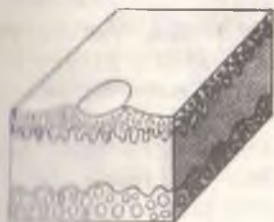
*Айнича
чағал
Тўқилма* **Ёриқлар** — терининг чизиқли дефекти (етишмовчилиги) бўлиб, аллиғланиш, инфилтратланиш оқибатида ҳамда тери ўзининг юмшоқлиги ва эластиклигини йўқотганида вужудга келади. Юзаки ёриқларда патологик жараён фақатгина терининг эпидермис қисмида жойлашади. Чуқур ёриқларда эса жараён терининг дерма ва ундан ҳам чуқурроқ қисмида жойлашган бўлиши мумкин. Одатда ёриқлар сурункали экзема, пиодермия, кандидозда кузатилади ва асосан терининг табиий бурмали жойлари (тизза, бармоқлар юзаси, оғиз бурчаклари ва бошқалар)да учрайди. Эрта туғма захм билан оғриган болалар терисида чуқур ёриқларни кўриш мумкин. Ёриқларнинг юзасидан сероз ёки сероз-қонли суюқлик чиқади ва улар ёриқлар бўйлаб қора кўтир ҳосил қилади. Фақат жуда чуқур ёриқлар ўрнида кейинчалик радиар чандиқлар қолади.

Экскориация, тирналиш — соғлом терининг механик таъсирот туфайли жароҳатланиши, кўпинча тери қичишиши натижасида

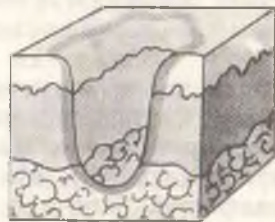
пайдо бўлади. Терини қаттиқ қашиганда эпидермис бутунлиги бузилиб, чизик-чизиклар пайдо бўлади, бундай чизикларнинг чуқурлиги баъзан дерманинг сўрғичсимон қаватигача етиши мумкин. Шилинишдан сўнг депигментли ёки гиперпигментли доғлар қолади, айрим ҳолларда чуқур жараёнлардан сўнг чандик юзага келади. Теридаги тирналиш чизиклари баъзан касаллиқнинг энг муҳим (қўтирда) белгиси ҳисобланади.

Эрозия — тери эпидермис қаватининг юза нуқсони, одатда пуфакча, пуфак ёки юза маддалар ёрилганидан кейин пайдо бўлади (8- расм). Эрозиянинг катта-кичиклиги бирламчи элемент ҳажмига боғлиқ. Одатда эрозиянинг ранги қизғиш бўлиб, юзаси доимо намланиб туради. Пемфигус, Дюрингнинг герпетиформ дерматити, экзема, оёқ панжаси эпидерморфитияси, белбоғсимон, генитал ва экстрогенитал учуқлардаги пуфак ёки пуфакчалар ўрнида эрозия ҳосил бўлади. Оғиз шиллиқ қаватида жойлашган вақм тугунчалари юзаси ҳам эрозияланиб туради. Қаттиқ шанкр ҳам юзаки эрозия билан намоён бўлиши мумкин. Бирламчи эрозия сонда ёки баданнинг бошқа жойида қаттиқ механик ишқаланиш оқибатида пайдо бўлиши мумкин. Эрозия бутунлай тузалиб кетганидан сўнг ўрнида вақтинчалик доғ қолади.

Яра — терининг чуқур нуқсони, бунда эпидермис, дерма, ҳатто гиподерма ҳам зарарланиши мумкин (9- расм). Яра дўмбоқча, тугун, чуқур пустила каби бирламчи инфилтратив элементлар ёрилганидан сўнг юзага келади. Трофик яралар ҳамда тўқималарнинг некрозида бирламчи бўлиши мумкин. Яраларнинг шакли ҳар хил, ранги эса кўкиш-қизғимтир, пушти-қизил, қирралари нотекис, гранулали, силлиқ ёки осилган бўлади. Қаттиқ шанкрда яранинг қирралари текис ва силлиқ бўлса, колликватив сил, пиодермиянинг баъзи кўринишлари ҳамда чуқур микозларда эса яранинг четлари нотекис, юмшоқ, узук-юлуқ бўлади. Яранинг таги текис ёки нотекис бўлиб, сероз, йирингли, қонли суюқлик билан қопланиб туради. Улар тагида тўқималар грануляциясини кўриши мумкин. Йирингли яллиғланишларда яранинг қирраси қизариб шишади, консистенцияси юмшоқ бўлиб, ундан йиринг



8- расм. Эрозия (схема).



9- расм. Яра (схема).

чиқиб туради. Инфекцион гранулёма (захм гуммаси) да ва ўсма касалликларда яра атрофида қаттиқ инфилтрат кузатилади. Яра тузалиб кетганидан сўнг ўрнида чандик қолади, унинг шаклига қараб аввалги элемент тўғрисида фикр юрнтиш мумкин.

Чандик — терининг чуқур нуксонлари (яра) билан кечадиган дўмбоқча, тугун, чуқур пуста ва бошқалар ўрни битаётганида ҳосил бўлади. Чандикли соҳа териси соғлом теридан кескин фарқ қилиб, унда ўзига хос майинлик, тиркишлар, туклар, тер ва ёғ безлари мутлақо бўлмайди. Дермадаги сўрғичлар ҳамда сўрғичлараро эпителиал ўсиқчалар силликланиб кетади ва эпидермис билан дерма ораллигида кўндаланг тўғри чизик юзага келади. Чандик асосан яралар ҳамда ёриқлар ўрнида вужудга келади. Баъзан тери яра-чақаларсиз, яъни «куруқ йўл» билан ҳам чандикланиши мумкин. Масалан, тери сили, мохов, захмда инфекцияцион гранулёма аста-секин сўрилиб унинг ўрни бириктирувчи тўқима билан битади, қизил волчанкадаги катта инфилтратлар ўрнида ҳам чандик ҳосил бўлади. Янги чандиклар пуштиқизғиш, эскилари эса гиперпигментли ёки депигментли рангга киради. Соғлом тери сатҳида бир текис ётган ясси ёки кўтарилиб турадиган гипертрофик (келлоид) ва атрофик, яъни тери сатҳидан пастда жойлашган юпқа чандиклар тафовут қилинади. Юпқа чандикли атрофия худди папирос қозонини эслатади, одатда курук йўл билан пайдо бўлади (эритематоз ва склеродермияда), терининг бундай соҳасини бармоқлар билан сиқиб бир жойга йиғиш мумкин.

Бўлиб ўтган патологик жараёни аниқлашда чандикнинг катта-кичиклиги, шакли, ранги, сони муҳим аҳамиятга эга. Масалан, захм гуммаси ўзидан сўнг узун ва чуқур юлдузсимон чандик қолдирса, колликватив тери силдан сўнг эса лимфа тугунлари атрофида чўзилган ноаниқ кўприксимон чандиклар юзага келади. Пиодермиядан сўнг терининг бошқа соҳаларида ҳам худди шунга ўхшаш чандиклар вужудга келади. Папулонекротик тери силида айнан муҳрлангандек юза чандиклар ҳосил бўлади, дўмбоқчали захмдан сўнг нақшдор чандиклар қолади.

Вегетация — аксарият терининг узоқ вақт яллиғланиб юрган соҳасида эпидермис тикансимон қаватининг ўсиб кетиши ҳамда сўрғичларнинг юқорига қараб кенгайиши натижасида пайдо бўлади. Вегетация пилакча ёки ворсинкасимон ўсимта бўлиб, тугунча, яллиғланган инфилтрат ёки эрозиялар устида жойлашади. Рўй-рост вегетацияланган тери соҳаси ташқи томонидан «хўроз тожиси» ёки гулқарамни эслатади. Мабодо вегетация юзаси қалин мугуз қават билан қопланган бўлса, унда улар курук, қаттиқ, сарғимтир рангли (сўғалда) бўлади, агар вегетация эрозияланган бўлса, унда улар аксинча юмшоқ, намланган, пушти-қизил ёки қизил бўлиб, салга қонайди (вегетацияланган пемфигус). Вегетацияланган соҳага иккиламчи пиоген инфекция кўшилса четлари гиперемияланиб, сероз-йирингли ажралма чиқиб туради.

Лихенификация, терининг дағаллашиши — терининг ўзига хос ўзгариши бўлиб, ундаги нақшнинг дағаллашиши билан

офодаланнади, бунда тери эгатчалари рўй-рост билиниб, худди шу соҳа териси гиперпигментланади, қуруқшаб, гадир-будур бўлиб қолади. Терининг дағаллашиши тўғридан-тўғри бирламчи, яъни терининг ҳадеб тирналавериши (нейродермитда) ёки иккиламчи, масалан, тугунчалар бир-бирига қушилиб кетиши натижасида (тангачали ҳамда қизил ясси темиратки, сурункали экзема) вужудга келади. Лихенификация пайдо бўлган тери соҳаси гистологиясида эпидермис тикансимон қаватининг гипертрофияси, сўғричсимон қаватлараро эпителиал ўсиқларнинг катталашуви ҳамда дерманинг юқори қаватида сурункали инфильтратли ялланиши кузатилади.

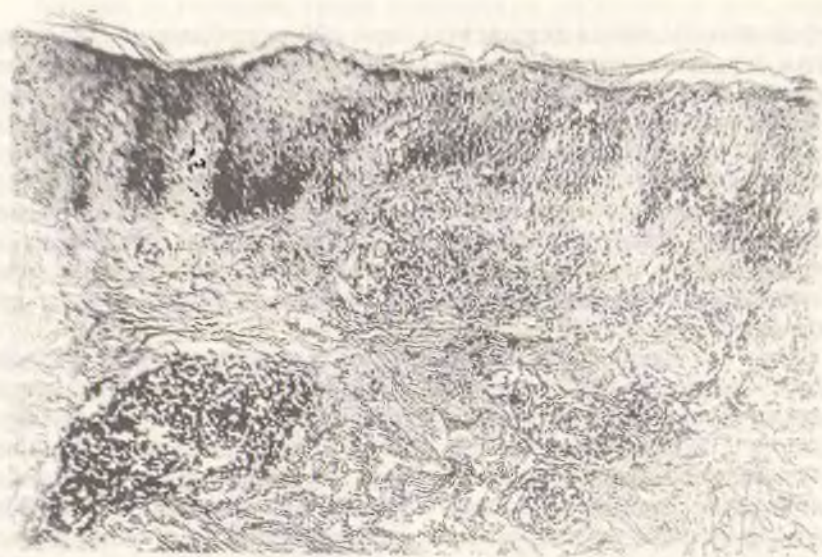
Тери ва таносил касалликларидаги тошмалар фақат бир хил бирламчи морфологик элементлардан (масалан, тангачали темиратки ёки захмдаги тугунчалар, розеолалар, сўғал ва бошқалар) тўзилган бўлса, мономорф тошмалар дейилади. Шунинг учун мономорф тошмалардан иборат дерматозлар фарқ қилинади. Уларга тангачали ҳамда қизил ясси темиратки, эшакем, вульгар пемфигус, фурункулёз, гидроаденит, чақалоқларнинг чийда яраси ва бошқалар киради. Агар хасталикда ҳар хил бирламчи морфологик элементлар учраса, буни чин полиморфизм деб аталади. Аксарият касалликларда, жумладан, экзема, мохов, Дюрингнинг герпетиформ дерматити, захмининг иккиламчи даврида бир йўла ҳар хил, яъни ҳам бирламчи, ҳам иккиламчи элементлар кузатилади. Бундай тошмалар полиморфизми сохта полиморфизм деб аталади. Бемордаги мономорф, полиморф тошмалар ёки сохта полиморфизмни баҳолай билиш касалликни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

ТЕРИДАГИ ГИСТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Теридаги патоморфологик ўзгаришлар умумий патологиянинг юшунлари бўйича ривожланади. Бу ўзгаришлар терининг тузилиши ва функциясига боғлиқ бўлиб, ўзига хос хусусиятларга эга. Теридаги патоморфологик ўзгаришлар маълум терминлар билан номланади. Тери хасталиклари диагностикасида ана шу терминларни билиш зарур.

Вакуолли дегенерация. Мальпигий қаватининг хужайралари ядрони атрофида вакуоллар ҳосил бўлиб, улар ядрони периферия томон сиқиб чиқаради. Натижада ядро деформацияга учраб, ички хусусиятларга эга бўлиб қолади. Цитоплазма ичида суюқлик хужайрани нобуд қилади. Агар вакуола ядро ичида жойлашса, у ҳолда ядро шишади ва суюқлик билан тўлган пуфакчага айланади (10- расм).

Спонгиоз (хужайралараро шиш). Мальпигий қавати хужайралари орасидаги суюқлик хужайраларни бир-биридан итариб, хужайралараро кўприкчаларни бузади. Натижада хужайра-

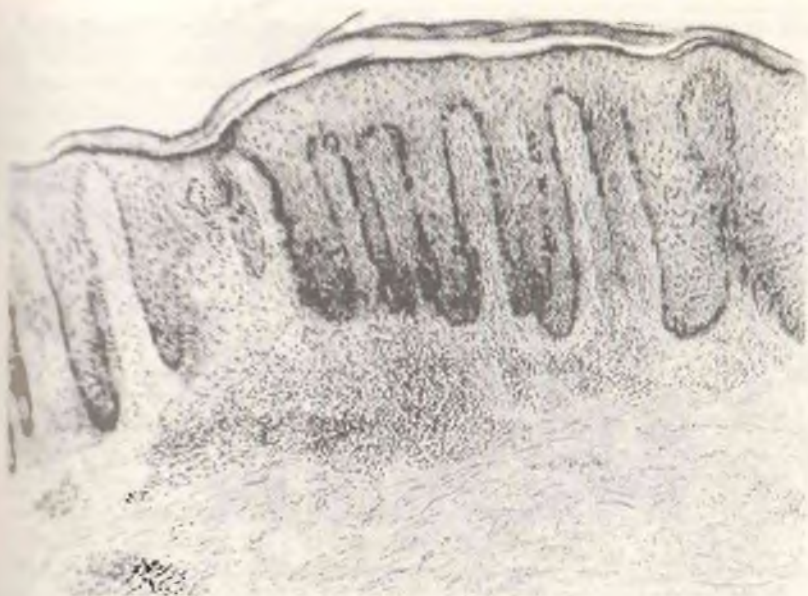


10- расм. Вакуолли дегенерация.



11- расм. Спонгиоз.

ларнинг бир-бири билан алоқаси бузилади ва эпителиал пуфакчалар ҳосил бўлади. Спонгиоз экзема ва бошқа дерматозлар учун хос (11- расм).



12- расм. Акантоз.



13- расм. Папилломатоз.

Баллонли дегенерация. Мальпигий қават ҳужайраларининг микробиотик, дегенератив ўзгариши. Чуқур дегенератив ўзгариши ҳужайралараро кўприкчаларини йўқотган ва сероз-фибринозли суюқликда сузиб юрган шар шаклидаги ҳужайралар кузатилади.

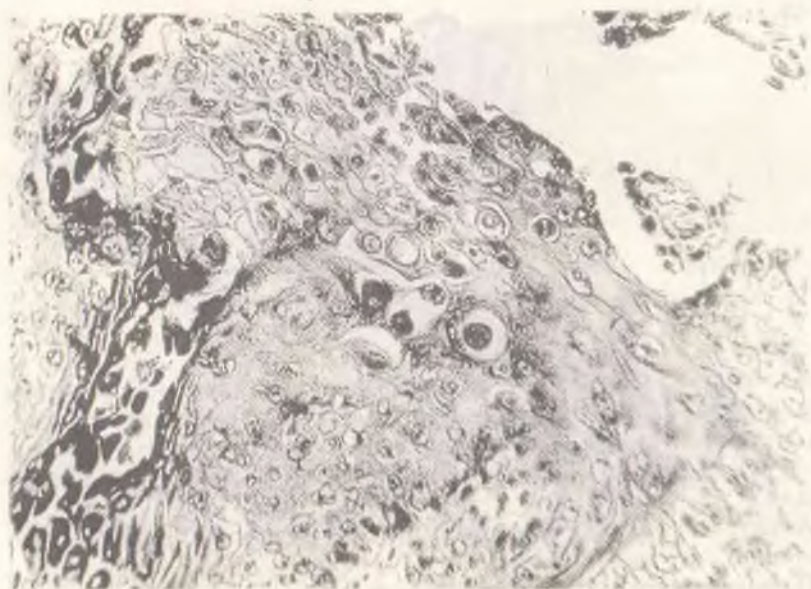
Акантоз — тикансимон қават ҳужайраларининг кўпайиб қатълашиб кеташи (12- расм).

Папилломатоз — терининг базал қаватнда ҳужайралар бўлиниши (митоз) нинг кучайиши ва дерма сўргич қавати тўқимасининг ўзилиши (13- расм).

Гранулёз — эпидермис донадор қаватининг қалин тортиши (14- расм).



14- расм. Гранулёз.

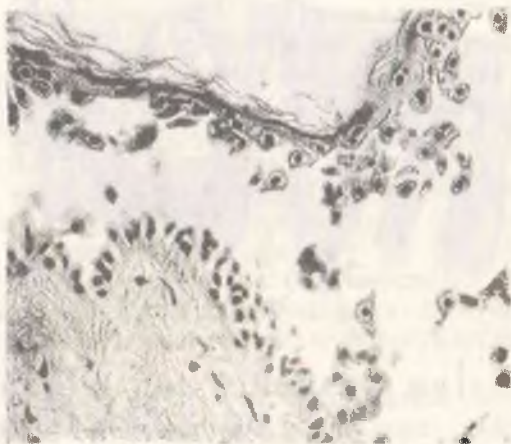


15- расм. Дискератоз.

Гиперкератоз — эпидермис мугуз қаватининг ҳаддан ташқари қалинлашуви.

Дискератоз — эпидермис ҳужайраларида кератинизация жараёнининг бузилиши (15- расм).

Акантолиз — эпителиал ҳужайралар оралидаги десмосомаларнинг шикастланиши ва бўлиқлар вужудга келиши (16- расм).



16- расм. Акантолиз.

Микроабсцесслар — эпидермис ва дерма ҳужайраларидан иборат яллиғланиш ўчоғи (17- расм).



17- расм. Микроабсцесс.

Паракератоз — тугалланмаган мугузланиш; мугуз қават ҳужайраларида ядро бўлиб донатор қаватнинг бўлмаслиги (18- расм).



Эпидермолиз — эпидермис ва дерма (базал мембрана қаватида) орасидаги боғлиқлик бузилиб, субэпидермал бушлиқлар ҳосил бўлиши.

18- расм. Паракератоз.

ТЕРИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТЕКШИРИШ

Тери ва таносил касаллиги билан оғриган беморларни текшириш терапия ва хирургияда қабул қилинган текшириш усулларида фарқ қилади. Бунда бемордан фақат анамнез йиғиб қолмай, балки унинг териси ва шиллиқ қаватлари умумий кўрикдан ўтказилади. Текширув чоғида теридаги бирламчи ёки иккиламчи элементларга, уларнинг тарқоқ ёки чегараланганлиги, шунингдек консистенцияси, тошмалар чегараси, атрофидаги терининг ўзгарган ёки ўзгармаганлигига аҳамият бериш талаб этилади.

Баъзи дерматозлар клиник кўриниши жихатидан бир-бирига жуда ўхшаш бўлади ёки касаллик атипик шаклда кечади. Бундай ҳолларда шифокор кўпинча пальпация, диаскопия, тирнаш каби текшириш усуллари қўллаши ёки касалликнинг келиб чиқиш тарихини чуқурроқ ўрганиши зарур. Баъзан тери морфологиясини ўрганиш, қон ва сийдикни умумий анализ қилиш ва бошқа махсус усуллари (мас., қоннинг серологик реакцияси, теридаги элементлардан оқиш трепонема, мохов таёқчаси, акантолитик ҳужайраларни излаш, иммунологик текширишлар ва б.) қўллашга тўғри келади.

Касаллик диагностикасида тўғри йиғилган анамнезнинг аҳамияти катта. Қасбга оид дерматозларни аниқлашда айнан шу соҳа кишиларида кузатиладиган касалликлар, мас., қушхона ва консерва заводи ишчиларида эризепеллоид, қассоб ёки тери ошловчиларда куйдирғи, ветеринарлар ва от боқувчиларда манқа, углеводород билан мулоқатда бўлганларда — меланодермия каби касалликларнинг учраб туриши эътиборга олинади. Тери лейшманиозига гумон қилинган бемордан Қашқадарё ва шу вилоят

атрофидаги ҳудудларда сафарда бўлган ёки бўлмаганлигини сўраб-суриштириш, касалликни ўз вақтида аниқлаш имконини беради.

Баъзи дерматозлар диагностикасида йил фаслларига ҳам аҳамият бериладн. Мас., ўраб олувчи темиртки, кўп шаклли экссудатив эритема, пушти ранг темиртки баҳор ва кузда учраса, эритематоз, фотодерматоз ва замбуруғли касалликлар — баҳор ва ёз ойларида учрайди.

Анамнез йиғишда дерматознинг вақти-вақти билан қўзиб туришини инobatга олиш зарур. Мас., псориаз, экзема, Дюринг дерматити рецидивга мойил бўлса, трихофития, пушти ранг темиртки ва бошқаларда рецидив кузатилмайди.

Дерматозлар диагностикасида касаллик бошланишидан олдин беморнинг дори-дармон қабул қилган ёки қилмаганлиги, шунингдек оила аъзоларида шунга ўхшаш тошмалар бор-йўқлигини суриштириш мақсадга мувофик.

Беморнинг ҳаётий анамнезини (*anamnesis vitae*) йиғиш, орган ва системаларини текшириш, терапевтик клиникаларда қабул қилинган усуллардан деярли фарқ қилмайди.

Тери касаллиги билан оғриган беморларни текширишда дерматологик статуснинг аҳамияти катта. Бунда аввало морфологик элементлар яллиғланган ёки яллиғланмаганлигини аниқлаш керак. Кўпинча ўткир яллиғланиш экссудатив компонент билан кечса, хроник яллиғланишда пролифератив компонент кўшилади. Қасалликни аниқлашда тошмаларнинг ўрни ҳам аҳамиятга эга. Мас., псориаз, тери силининг папулонекротик турида тошмалар терининг ёзувчи қисмида учраса, сил волчанкаси, эритематоз, хуснбузарларда тошмалар асосан юзда бўлади.

Тошмаларнинг тарқок, чегараланган, генерализация, диссеминация бўлиб жойлашганлигига, симметрик ёки носимметрик-лигига, шунингдек тошмаларнинг катта-кичиклиги, шакли, чегараси, ранги, консистенцияси ҳамда юзасига эътибор бериш зарур. Тошмаларнинг чегараси аниқ ёки ноаниқ, кескин ва нокекин, шакли — ясси, конуссимон, яримшарсимон бўлади. Тошмалар юмшоқ, эластик, каттикроқ ва жуда каттик консистенцияли бўлиши мумкин.

Касаллик диагностикасида дермографизмнинг ҳам аҳамияти катта. Уни тери нерв-томир системасининг механик китиқлашга нисбатан жавоб реакцияси билан аниқланади. Агар тери сатҳида шпатель юргазилса у кизаради ва 2—3 дақиқадан сўнг ранги йўқолади. Бу нормал дермографизмдир. Қизил дермографизм экзема, псориаз, оқ дермографизм қичима, эксфолиатив дерматит, тургун оқ ёки аралаш дермографизм эса нейродермит, эшак-емда учрайди.

Дерматологик статус сўнигида беморнинг субъектив шикоятлари қайд этилади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАРТИБИ

Тери касалликларида вужудга келадиган ўзгаришлар фақат маҳаллий бўлиб қолмай, балки бутун организмнинг, шунингдек асаб ва эндокрин системалар, ички аъзолар ҳамда моддалар ал-машинуви фаолиятларининг бузилиши натижасидир. Шу сабабли тери касалликларини даволашда умумий терапия алоҳида ўрин тутати. Лекин шуни ҳам ҳисобга олиш керакки, маҳаллий даво воситаси сифатида қўлланилаётган дорилар умумий таъсир этиш хусусиятига ҳам эга.

Даволаш шартли равишда иккига бўлинади: умумий ва маҳаллий.

Умумий даволаш. Тери касалликларининг келиб чиқиши организмнинг барча аъзолари билан боғлиқлигини назарда тутиб дерматозларни даволашда терапияда қўлланиладиган дори-дармонлар кенг ишлатилади. Бундай усулда даволашда асаб системасини тинчлантириш, организмнинг қаршилик кўрсатиш қобилиятини ошириш, витаминлар етишмовчилигининг олдини олиш, микроблар кўшилиши билан кечадиган касалликларни антибиотиклар билан даволаш назарда тутилади.

Нерв системасини тинчлантириш учун бром препаратлари (калий ёки натрий бромиднинг 0,25—0,5% ли эритмаси 2—3 маҳал 1 ош қошиқдан ичишга буюрилади) ва транквилизаторлар (аминозин 2,5% — 1—2 мл мускул орасига, тазепам — 0,01 г дан кечкурун ухлашдан олдин, триоксазин 0,3 г дан кунига 2 маҳал, мепротан 0,2 г дан кунига 2—3 маҳал) кенг қўлланилади. Бу дорилар жуда асабийлашиш ва кучли қичишиш билан кечадиган дерматозларда тавсия этилади.

Тинчлантиришнинг кенг фойдаланадиган тури гипносуггестиядир, яъни шифокор беморга ҳушмуомалалик билан руҳий таъсир этиши. Тинчлантирувчи дорилардан новокаиннинг 0,25—0,5% ли эритмалари ишлатилади. Бу дори 2—10—15 мл дан мускул орасига юборилади ёки овқатдан 1 соат олдин 15—25 мл дан кунига 3 маҳал ичилади. Новокаиндан баъзан одамнинг боши айланиб, кўнгли айниди, умуман бўшашиб кетади. Бундай ҳолларда новокаин беришни тўхтатиш керак.

Кўпчилик дерматозларнинг вужудга келиши ва ривожланишида аллергологик ўзгаришлар муҳим аҳамият касб этади, бунда бемор организмда ўта сезувчанлик ҳолати кузатилади. Бундай ҳолларда даволаш асосини гипосенсибилизациялаш ташкил қилади. Гипосенсибилизацияловчи моддалардан кальций бирикмалари (кальций хлор, глюконат кальций) ва тиосульфат натрий кенг қўлланилади; кальций тузлари симпатик ва вегетатив нерв системасига ижобий таъсир этиб, қон томир деворлари ўтказувчанлигини нормаллаштиради ва мустаҳкамлайди. Кальций туз-

ларини 10% ли эритма ҳолида 1 ош қошиқдан уч маҳал ичилади ёки 5—10 мл дан венага юборилади.

Кальций тузлари венага юборилганда, улар ангиорецепторларни қитиқлаб, нерв системаси орқали бутун организм ҳолатини нормаллаштиради.

Тиосульфат натрийнинг 30% ли эритмаси венага юборилади, унинг гипосенсибилизациядан ташқари антитоксик таъсири ҳам бор.

Антигистамин дорилар. Тери касалликлари патогенезида гистамин ва бошқа биологик актив моддаларнинг аҳамияти катта; аллергия реакциялар туфайли бу моддалар миқдори бемор организмда юқори бўлиб, улар қон томирлар деворининг ўтказувчанлигини оширади, натижада терида эритема, шиш ва кучли қичишиш кузатилади. Бундай нохушликларни бартараф этиш мақсадида антигистамин дори-дармонлардан димедрол, супрастин, пипольфен ва бошқалар буюрилади. Димедрол 0,03—0,05 г дан кунига 2—3 маҳал ичилади ёки 1% ли эритмаси мускул орасига юборилади. Супрастин — 0,025 г дан 1—2 маҳал ичиш ёки 2% эритмаси 1 мл дан мускул орасига; дипразин (пипольфен) 0,025 г дан таблетка ёки 2,5% ли эритмаси 1 мл дан мускул орасига; диазолин — 0,1 г дан кунига 2—3 маҳал, фенкорол 0,025 г дан 3 маҳал, тавегил 0,001 г дан 2—3 маҳал, ёки 2 мл дан мускул орасига, астемисан 1 таблеткадан 2—3 маҳал, перитол, задитен 1 таблеткадан 2 маҳал буюрилади. Кейинги йилларда тавегил ва задитенни фақат таблеткаси эмас, балки уни сироп шаклида ҳам ишлатиш кенг йўлга қўйилган, айниқса у ёш болалардаги аллергиядерматитларни даволашда жуда қўл келади.

Витаминлар билан даволаш. Қўпинча баъзи дерматозлар витаминлар етишмаслигидан келиб чиқади. Шу сабабли бемор организмдаги етишмайдиган витаминлар ўрнини тўлдириш мақсадида синтетик витаминлар тавсия этилади.

Витамин С — аскорбин кислотаси организмнинг инфекцияларга бўлган қаршилигини кучайтириб, оксидланиш-қайтарилиш жараёнларини нормаллаштиради, детоксикация ва десенсибилизация қилиш хусусиятларига эга. Бундан ташқари, витамин С қонни суюлтириш, қон хужайраларини ишлаш фаолиятини ошириш ва меланин синтезида ҳам иштирок этади. Шу сабабли бу витаминдан инфекция, токсик ва аллергия тери касалликларида ва турли хил васкулитларда кенг фойдаланилади. Аскорбин кислотаси 0,1—0,3 г дан кунига 3 маҳал ичилади ёки 5% ли эритмаси 1—2 мл дан мускул орасига ёки венага юборилади.

Витамин В гуруҳига кирувчи витаминлар. В₁ (тиамин) — неврит касаллигида кенг қўлланилади, у оғрикни қолдириб, қичишишни камайтиради; бу витаминни 0,01—0,02 г дан кунига 2—3 маҳал ичиш ёки 5% ли сувли эритмаси 0,5—1,0 мл дан мускул орасига тавсия этилади.

B_2 (рибофлавин), B_6 (пиридоксин), B_{12} (цианкоболамин), B_5 (пантотенат кальций), B_{15} (кальций пангамат) витаминлари ҳам дерматология соҳасида кенг қўлланилади.

В и т а м и н А (ретинол) эпидермисдаги мугуз қаватда кечаётган кератинизация жараёнида иштирок этади, агар бу витамин етишмаса гиперкератоз ҳолати вужудга келади. Витамин А ни кунига 50000—100000 ХБ дан ичиш ёки мускул орасига юбориш мумкин.

В и т а м и н Е (токоферол) оксил, углерод ва ёғ алмашинувларида фаол иштирок этиб, витамин А таъсирини кучайтиради. Токоферол ёғларни оксидланишдан сақлайди. Бу витамин етишмаслиги оқибатида бепуштлик, жинсий заифлик ва ҳомиладорлик асоратлари кузатилади. У ёғлар перекисли оксидланишининг бузилиши билан кечадиган тери касалликларида (фотодерматозлар, склеродермия ва бошқа) кенг қўлланилади. Витамин Е 50—150 мг дан кунига бир маҳал ичилади ёки мускул орасига 50 мг дан юборилади.

В и т а м и н РР (никотин кислотаси) — асосан пеллагра касаллигида ишлатилади. Дерматологияда тери қичишиши билан кечадиган касалликларда кенг фойдаланилади, чунки РР витамини қон томирларни кенгайтиради, қичишишни камайтиради, терини химоя қилади ва жигар функциясини тиклайди. Ичиш учун 0,05—0,1 г дан кунига 2—3 маҳал, венага ва мускул орасига эса 1% ли эритмаси 1—3 мл дан тавсия этилади.

В гуруҳдаги витаминлар аллергия ва гистаминга қарши кўпроқ қўлланилади. Бундан ташқари, ҳужайралараро оксидланиш жараёнини қайта тиклашда иштирок этади.

Организмнинг умумий қувватини оширувчи воситалардан аутогемотерапия, пиротерапия, биоген стимуляторларни қўллаш кенг тарқалган. Улар организмнинг орган ва системалари фаолиятини ошириш, химоя қилиш механизмларини (гуморал ва ҳужайралар иммунитетини) кучайтириш хусусиятига эга.

Пирогенал мускул орасига 50 МПМ (минимал пироген микдор) дан бошлаб юборилади ва беморнинг ҳолатига қараб, унинг микдори ошириб борилади ва 1000 МПМ гача етказилади. Инъекциялар оралниги 2—3 кун.

Организмнинг носпецифик стимуляция қилишини ошириш мақсадида алоэ, плацента, ФИБС, гамма-глобулин ва бошқалардан фойдаланилади.

Стероидли гормонлар билан даволаш. Стероидли гормонлар организмда етишмаган табиий гормонлар ўрнини қоплаш ёки организмга специфик фармакодинамик таъсир этиш мақсадида ишлатилади. Ҳозирда гормон препаратларидан гидрокортисон, кортизон, шунингдек преднизолон, дексаметазон, триамциналон ва бошқалардан кенг фойдаланилмоқда. Улар овқатдан кейин ичилади ёки мускул орасига юборилади. Бу до-

риларнинг 2/3 қисми куннинг биринчи ярмида қабул қилиниши керак. Преднизолоннинг катталарга бир кунлик ўртача миқдори 10—15 дан 30—40 мг гача, дексаметазон 2—4 мг, триамнолон эса 10—20 мг дан буюрилади. Кортикостероидлар иммунодепрессив, аллергия ва яллиғланишга қарши хусусиятларга эга. Улар оксил, ёғ, углевод, туз ва сув алмашинувига кучли таъсир этади; у жигарда углеводларнинг тўпланиши, қонда қанд миқдорининг (стероидли диабет) ошиши, сийдик билан азотнинг кўп ажралишига олиб келади. Қонда эса эозинопения, лимфопения, нейтрофилёз кузатилади. Қанд касаллигида, қон босими ошганда гормон препаратларини бериб бўлмайди, чунки улар қон босимини кўтариб юборади. Бундан ташқари узоқ вақт гормон дорилари қабул қилинганда қонда протромбин кўпайиб кетиши натижасида қон томирларда тромбоз ва нерв системаси томонидан эса эйфория ҳолати кузатилади. Шу билан бир қаторда организмдан сув ва натрий моддасининг чиқиши камайиб, калий моддасининг чиқиши кучаяди.

Ёғ алмашинувининг бузилиши сабабли беморларда Иценг-Кушинг синдроми кузатилади. Кортикостероидларни оч қоринга қабул қилиш ярамайди, акс ҳолда меъда ва ўн икки бармоқ ичак яралари ҳосил бўлиши ва улардан қон оқиши мумкин.

Гормон препаратларнинг таъсирини ҳисобга олиб у билан даволанаётган беморларга калий (калий оратат, панангин, аспаркам) ва кальций тузлари (кальций глюконат, пантотенат кальций, анаболик стероидлар (ретоболит, феноболит), витаминлар ҳамда витаминга бой бўлган мева ва сабзавотлар тавсия этилади.

Кортикостероидлар қабул қилаётган беморларда иккиламчи инфекциялар кузатилади, уни олдини олиш мақсадида антибиотиклар қабул қилиш мақсадга мувофиқ.

Кортикостероидларнинг кундалик миқдори касалликнинг клиник кечиши ва беморнинг вазнига боғлиқ. Оғир кечадиган дерматозларда (пемфигус, эритродермиялар) гормонларни юқори миқдорда қабул қилиш тавсия қилинади (масалан 80—100 мг) ва касаллик тузалинқираши билан оз-оздан камайтириб минимал миқдорга келтирилади ва шу меъёрда ушлаб турилади.

Антибиотиклар билан даволаш. Тери касалликлари ичида терининг йирингли касалликлари хийлагина, айниқса болаларда кўпроқ учрайди. Антибиотиклардан пенициллин, ампициллин, тетрациклин, эритромицин, олететрин, канамицин, левомицетин кўпроқ қўлланилади.

Бундан ташқари, замбуруғ касалликларида гризеофульван қўлланади, у 0,125 дан таблетка ҳолида бўлиб, кўпинча микроспория, трихофития, оёқ микозида буюрилади.

Умуман антибиотикларни узоқ вақт қабул қилинадиган бўлса, уларга албатта 250.000—500.000 ТБ дан кунига 4 маҳал нистатин берилади.

Тери касалликларининг пайдо бўлиши ва ривожланишида иммунологик ўзгаришларнинг аҳамияти катта. Иммун система фаолиятини кучайтириш мақсадида декарис, тимолин, тактивин ва бошқаларни қўллаш, унинг фаолиятини сусайтириш учун эса иммуносупрессив воситалар (метотрексат, азотиоприн, проспидин, циклофосфан, сандиммун) дан фойдаланиш мумкин.

Баъзи бир дерматозларни даволашда турли хил химиотерапевтик воситалар қўлланилади: пиодермияларда — сульфаниламидлар; мохов касаллиги ва Дюрингнинг герметиформ дерматитида — диаминодифенилсульфон, диуцифон; эритематозда, қизил яси темираткида — хингамин (резохин, делагил, хлорохин); тери си-лида — фтивазид, салюзид ва бошқалар.

Тери касалликларини даволашда физик усуллар (иссиқ, нур ва электр билан даволаш) кенг қўлланилмоқда, Даволаш воситаси сифатида нурдан фойдаланганда бемор терисининг шу нурга нисбатан сезувчанлиги ва йўлдош касалликлар хисобга олиниши зарур. Ультрабинафша нурлар (УБН) билан даволаганда терининг шу нурга нисбатан таъсирчанлигини оширадиган дориларни (фотосенсибилизаторлар) бирга қўллаш тавсия этилади. Бу даволаш усули — фотохимиотерапия ёки ПУВА-терапия деб аталади. Фотосенсибилизатор сифатида пувален, ламадин, псоберан ва бошқаларни қўллаш мумкин.

Юрак-томир касалликлари, 2—3- даражали гипертония, жигар, буйрак, қалқонсимон без ҳамда ўсма касалликларида, хомиладорликда, шунингдек УБН ёки фотосенсибилизаторларга нисбатан сезувчанлиги юқори бўлган кишилар, болалар ва кексаларни ПУВА-терапия билан даволаш қатъиян ман этилади.

ПУВА-терапия стационар ва амбулатория шароитида ўтказилиши мумкин. Фотосенсибилизаторнинг дозаси қуйидагича: пувален, ламадин, аммифурин беморнинг хар кг вазнига 0,6 мг дан берилади. Псоберан эса 0,8 мг дан берилади. Бу дориларни овқатдан кейин УБН дан 1,5—2,0 соат олдин ичилади ёки эритмалари терига суртилади.

ПУВА-терапия билан даволанаётган бемор ўзини бошка нурлар, хусусан қуёш нуридан химоя қилиши лозим. Беморлар фотосенсибилизатор препаратларини ичганларидан кейин 8 соатгача қуёшга чиқмасликлари, шунингдек УБН дан химоя қилувчи қора кўзойнак тақиб юришлари тавсия этилади. Фотохимиотерапия чогида баъзан беморларда тери куйиши кузатилади; агар терида куйишнинг I даражаси кузатилса, у ҳолда стероидли малҳам ёки кремлар суртиш, II даражали куйишда эса ҳосил бўлган пуфакчаларни очиб ташлаш, анилин бўёқлар суртиш ва антибиотикли малҳамлар қўллаш тавсия этилади; ПУВА-терапия маълум муддатга тўхтатилади.

Теридаги ўсма, сўгалларни йўқотиш мақсадида диатермокоагуляция, криотерапия, криодеструкция усуллари қўлланилади.

Криотерапиядан массаж сифатида фойдаланганда теридаги яллигланишлар тезда қайтади. Шулар қаторида электромагнит майдони, нонофорез ва лазер нурларидан ҳам дерматология соҳасида кенг фойдаланилмоқда.

Маҳаллий даволаш. Маҳаллий ёки сиртдан даволаш аслида умумий даво ҳамдир, чунки улар фақат маҳаллий таъсир этиб қолмай, балки тери орқали сўрилиб бутун организмга умумий таъсир этади. Маҳаллий даво ҳар бир беморга алоҳида танланади. Шундан сўнг зарарланган ўчоқнинг ҳолати, касалликнинг кечиши, босқичи, жароҳатнинг юза ёки чуқурлиги, шунингдек бемор илгари ишлатган маҳаллий даво воситаларини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий даволашни бошлаш мумкин. Тери касалликларини маҳаллий даволашда дориларни сепиш, намлаш ёки ҳўллаш (примочка), турли аралашмалар ва малҳамлардан фойдаланиш мумкин.

Намлаш учун ишлатиладиган суюқликлар, чайқатма ва упалар юзаки таъсир этиш хусусиятига эга.

Намлаш, ҳўллаш (примочка) — касалликнинг ўткир, ярим ўткир яллигланиш даврларида, тери юзаси иссиқ ва нам бўлганида ишлатилади. Бунда қон томирлар сиқилиб, тери юзасида пилчираш камаяди, қичиш ва оғриқ йўқолади. Терини намлаш учун сувда эрийдиган дорилардан фойдаланилади. Бунда намлаш учун қўлланиладиган дорилардан бири ишлатилади, бунинг учун дока ёки биент 4—5 қават қилиб букланади ва дорига ҳўлланади, бироз сиқиб сўнгра зарарланган жой устига боғлаб қўйилади. У қуриб қолмаслиги учун ҳар 10—20 минутда намлаб турилади. Намлаш усулида 1—2% ли резорцин, 0,25% ли кумуш нитрат, 2% ли борат кислотаси, 1:1000 этокридин лактат ва бшқа дори эритмаларидан фойдаланилади.

Упалар (пудралар) — яллигланишга қарши юза таъсир кўрсатади, улар дезинфекция қилиш, қичишишни камайтириш, теридаги нам, ёғ, терни ўзига сўриб олиб, терини совутиш хусусиятига эга. Индифферент (талък, висмут, оқ лой, руҳ оксиди, крахмал), дезинфекцияловчи (дерматол, ксероформ), шунингдек таркибида антибиотиклар бор упа (присипка) лар ишлатилади. Улар зарарланган жойга юпқа бир текис қилиб сепилади.

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

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

Чайқатма (болтушка) лар ёки чайқатиладиган аралашмалар теридаги яллигланишни камайтириш, терини совутиш ва қуришти мақсадида ишлатилади. Улар (30 фоиз) бир ёки бир неча

хил кукун моддалар (рух, тальк, ок лой, крахмал) ҳамда (70 фоиз) сув ёки асосдан (спирт, глицирин, вазелин мойи) ва бошқалардан иборат бўлади. Чайқатмани қўллашдан олдин у албатта яхшилаб чайқатилади. Аралашмалар таркибидаги суюқлиги тезда бугланиб кетиб, зарарланган терида фақат кукун қисми қолади холос. Чайқатмалар сувли, сув-спиртли ва мойли бўлади.

Rp: *Zinci oxydati*
Talci aa 20,0—30,0
Glycerini 10,0—20,0
Aqua plumbi 100,0

M.D.S. Ишлатишдан олдин
 чайқатинг.

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

Пасталар тери касалликларини даволашда жуда кўп қўлланади. Улар тайёр ҳолда бўлади ёки шифокор кўрсатмасига асосан тайёрланади. Пасталар тенг миқдордаги ёг ёки ёгсимон моддалар (ланолин, вазелин), шунингдек қаттиқ кукунсимон моддалардан (тальк, рух оксиди) иборат бўлади. У терининг чуқур қаватларига таъсир этади. Пасталар кепакланиш, қичишишни камайтиради, таркибидаги кукун экскудатни ўзига сўриб олиб, терини совитади ва зарарланган терининг тезроқ тузалишига ёрдам беради. Паста таркибидаги ёг ёки ёгсимон моддалар тангача ва пўстларни юмшатиб, уларни секин-аста кўчириб юборади. Таркибидаги ёг ва упа миқдорига қараб қуюқ (60:40) ва суюқ (40:60) пасталар тафовут этилади.

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

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

Малҳамлар асосини ёг ёки синтетик ёгсимон моддалар ташкил қилиб, унинг таркибига турли хил фармакологик моддалар (олтингугурт, резорцин, ментол, дерматол, левомецетин) киритилади. Малҳам сурилгандан кейин теридан чиқаётган тер таркибидаги суюқлик малҳам остида қолади ва у зарарланган терини юмшатиб, дори-дармонларни терининг чуқур қаватларига сўрилишини таъминлайди. Ёгларга турли хил дори-дармонлар қўшиб қичишишни ва оғриқни қолдирувчи, юмшатувчи, дезинфекцияловчи ҳамда бошқа малҳамлар тайёрлаш мумкин.

Малҳамлар асосан ҳайвон ва минерал ёғлари (мойлари), шунингдек сариқ вазелин, ланолин ва баъзан нафталан асосида тайёрланади.

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

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

Кремларнинг 2/3 қисми ёғ ва 1/3 қисми сувдан иборат бўлиб, улар терини юмшатиб, совутиш ва ташқи муҳит таъсиридан сақлаш хусусиятига эга.

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

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

Кейинги йилларда таркибида кортикостероид бўлган малҳам ва кремлар кенг қўлланилмоқда: 1% ли гидрокортизон, 0,5% ли преднизолон, «Фторокорт», «Синалар», «Флюцинар», Ультралан, кортикостероид ва антибиотиклардан иборат малҳам ва кремлар («Целестодерм «V», «Дипрогента», «Тридерм») кичима касаллиги пиодермия билан мураккаблашганда яхши ёрдам беради.

Малҳамлар таркибидаги дори-дармонларнинг фармакологик таъсири уларнинг концентрациясига боғлиқ, масалан, салицил кислотаси, резорцин оз миқдорда эт битириш (кератопластик) ҳоссаига эга бўлса, юқори концентрацияда кератолитик, ундан юқори концентрацияда куйдирувчи хусусиятга эга.

Кератопластик моддалар яллиғланишни камайтириб, зарарланган эпидермиснинг мугуз қаватини қайта тиклайди: инфилтратларни сўрилтади, терини қурятиб, қичишишни камайтиради. Кератолитик дорилар дезинфекциялаш хусусиятига ҳам эга.

Тери касалликларини даволашда қуйидаги кератопластик дорилар қўлланилади: катрон — деготь (қарағай дарахтидан олинган — Pix liquid, Ol. Rusci), нафталан — Naphthalanum, ихтиол — Ichtyoli, олтингугурт — Sulfur, салицил кислотаси — Ac. salicylici, Митрошин суюқлиги ва бошқалар.

Кератолитик моддалар эпидермиснинг мугуз қаватини ажратади, улар гиперкератоз ёки паракератоз ҳолати билан кечадиган дерматозларда қўлланилади.

Кератолитик моддалар пигментация билан кечадиган касалликларда (холдорлик, хлоазмлар, токсик меланодермия, чов импрегнацияси ва бошқалар) кенг ишлатилади. Улар антисептик, антипаразитар хусусиятга эга бўлиб, тери сатҳидаги микроорганизмларни механик йўл билан йўқотади.

Салицил кислотаси ва резорцин (5—10% ва ундан юқори концентрацияда) ишқор (совун, айниқса калий элементи бор кўкяшил совун) ва бошқалар кератолитик хусусиятига эга.

Паразитларни йўқотишда антипаразитар дорилар олтингургурт, йод, ксероформ, этакридин лактат ва бошқалар кенг қўлланилади. Бу моддаларни малҳам, чайқатиладиган аралашмалар ёки намловчи дорилар кўринишида ишлатиш мумкин.

Замбуруғли тери касалликларини даволашда асосан йод (2—5% ли спиртли эритмаси), анилин бўёқлар, олтингургурт ва бошқалар ишлатилади («Терининг замбуруғли касалликлари» бўлимида батафсил баён этилган).

Қичишга қарши воситалардан ментол (0,5—2%), анестезин (5—10%), димедрол (1%), тимол эритмаси (0,5%), лимон кислотаси (1%) ва бошқалар кенг қўлланилмоқда.

Rp: Anaesthesini 1,5—3,0
Mentholi 0,5
Lanolini
Vaselini
Aq. destill aa 10,0
M.f. Ung.
D.S. Малҳам.

Rp: Ac. citrici 1,0
Mentholi
Thymoli aa 0,5
Spiritus vini 80—100,0
M.D.S. Маҳаллий қўллаш
учун.

Ҳозирги даврда терини куйдирувчи (емирувчи) моддалар ўрнини замонавий даво усуллари: электрокоагуляция, диатермокоагуляция, лазерокоагуляция, криотерапия эгаллаб бормоқда.

Куйдирувчи моддалардан ляпис (20% ли эритмаси), трихлоруксус кислотаси (30—50% ли эритмаси ёки тозаси), сут кислотаси (50% ли эритма), сирка (6% ли муз сирка кислотаси), марганцовка кристаллари, падофиллин ва бошқаларни ишлатиш мумкин.

Куёш нуридан химоя қилувчи моддалар фотодерматоз билан оғриган беморларга тавсия этилади. Бунинг учун хинин, салол (7%), танин (2—5%), парааминобензой кислотаси (5—10%) малҳамлар таркибига қўшиб суртилади.

ТЕРИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

ДЕРМАТИТЛАР

Дерматит — терининг яллиғланиши; ташқи муҳит таъсиротлари натижасида пайдо бўлади. Дерматитнинг ўзига хос белгиларидан биринчи, унга таъсир қилувчи омил тўхташи билан теридаги яллиғланиш тузалиб, ундан ном-нишон қолмайди; аynи вақтда таъсирот қайтадан таъсир этса касаллик яна қўзийди. Таъсиротнинг организмга ичкаридан, мас., дори ичганда ёки мускулга, тери орасига, венага юборилгандан кейин таъсир этиши натижасида терининг яллиғланиши токсикодермия деб аталади.

Дерматитларни келтириб чиқарувчи омиллар табиатига кўра физик, кимёвий ва биологик турларга бўлинади.

Физик омиллар — механик таъсирлар (терининг қисилиши, унга бўлган босим), юқори ва паст температура (баданнинг куйиши, совуқ олиши), куйёш, рентген, радиоактив нурлар ва бошқалар.

Кимёвий омиллар — кислота, ишқор, туз ва бошқа моддалар. Булар кўпинча касбга алоқадор ва турмушда учрайдиган дерматитларга сабаб бўлади.

Биологик омиллар — баъзи ўсимликлар таъсири, чивин, ҳашаротлар чақиши ва бошқалар.

Шартсиз таъсиротлар (ишқор, кислота, қайноқ сув ва б.) туйфайли рўй берган дерматитда яллиғланиш таъсирот теккан жойнинг ўзида бирданига вужудга келади. Дерматитнинг бу тури — **контакт дерматит** дейилади. Контакт дерматит оддий ёки **атрифициал** (сунъий) бўлиши мумкин.

Шартли, факультатив китикловчи омиллар таъсирида пайдо бўлган дерматит фақат шу омилларга нисбатан сезувчанлиги юқори бўлган организмда кузатилади, улар **аллергик дерматит** деб аталади. Аллергик дерматит терининг бир жойига аллергия таъсир этгандан бошлаб орада муайян инкубацион давр ўтганидан кейин ва аллергия такрор таъсир қилгандан сўнг бош-

ланади. Бирор моддага ўта сезувчан бўлган организмнинг аста-секин кимёвий жиҳатидан шу моддага яқин бошқа моддаларга ҳам сезувчан бўлиб қоллиши аллергия дерматитга хос.

Аллергия омиллар фақат теригагина таъсир этиб қолмай, балки аллергиялар оғиз, тўғри ичак шиллиқ қаватлари ёки на-фас, парентерал йўл билан организмга сўрилиб терида яллиғланиш жараёни — токсикодермия юзага келтириши мумкин. Токсикодермиянинг клиник манзарасини контакт аллергия дерматитдан ажратиш қийин. Бироқ токсикодермияда тошмалар симметрик равишда жойлашади, беморнинг умумий аҳволи оғир кечади, баъзан ноҳуш оқибатларга олиб келиши мумкин.

Оддий контакт дерматит билан оғриган беморлар аллергия бартараф қилинганидан кейин анча тез соғайиб кетади. Токсик дерматитда эса касаллик қўзғатувчи омил бартараф қилинишига қарамай беморнинг аҳволи оғир кечади. Масалан, сальварсанли дерматит.

Баъзи бир дорилар қабул қилинганда баданнинг айрим жойларига тошмалар тошади, орадан маълум вақт ўтгандан сўнг шу дори такрор қабул қилинганда тошмалар яна ўша соҳаларга тошади. Бундай токсикодермия маҳкамланган ёки фиксацияланган токсикодермия деб аталади.

Аллергия контакт дерматитда тошган тошмаларнинг танада жойлашиши ва шакли муҳим аҳамиятга эга. Масалан, узунасига жойлашган тошмалар кўпинча ўсимликлар билан контактда бўлганда кузатилади, тошмаларнинг юз, қўл, баданнинг очик, яъни қуёш нури бевосита тушиб турадиган соҳаларда жойлашиши эса қуёшли дерматит (фотодерматит) дан далолат беради.

Контакт аллергия дерматитнинг клиник манзараси ўткир экземага жуда ўхшайди, лекин ўзига хос белгилари билан фарк қилади:

1. Контакт аллергия дерматитда яллиғланиш фақат аллергия таъсир этган соҳада жойлашади. Экземада эса яллиғланиш аллергия таъсир этган соҳадан бошқа жойларда ҳам бўлади.

2. Дерматитда тошмалар чегараси аниқ, шакли эса терининг аллергияга тегиб турган жойига мос бўлади. Экземада тошмалар чегараси аниқ ажралиб турмайди; кўпинча касалликнинг дастлабки кунларидаёқ иккиламчи рефлексор тошмалар пайдо бўлади.

3. Дерматитда аллергия таъсири тўхтаганидан кейин тошмалар анча тез йўқолади. Экзема эса аллергия таъсири тўхтаганидан кейин ҳам касаллик узок чўзилиб, кўпинча ўрта, ўткир ва сурункали турга ҳам ўтиб кетади.

4. Дерматит баданнинг қизиқ кетгандек бўлиб туюлиши, ачишиши, баъзан эса қичишиши билан кечади. Экзема билан оғриган беморларда асосан қаттиқ қичишиш кузатилади.

5. Дерматит фақат дастлабки аллергиянинг қайта таъсири

натижасида вужудга келади (рецидивлашади). Экзема эса бошқа носпецифик аллергенлар таъсирида ҳам қайталаниши мумкин.

Механик омиллар таъсирида вужудга келадиган дерматитлар. Терининг айрим жойлари қисилиши, босилиши, шунингдек ишқаланиши оқибатида кузатилади, ортиқча терлаш эпидермиснинг резистентлигини камайтиради ва шу соҳа терисида сийқаланиш рўй беради. Қўл панжасининг ички қисми, пойабзалнинг терини қисиб турадиган жойларида механик дерматит кўп учрайди.

Ўткир механик дерматитда зарарланган соҳа териси қизариб шишади, кейинчалик ичи сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўла пуфакча ёки пуфаклар пайдо бўлади. Бора-бора пуфаклар ёрилиб ўрнида эрозиялар вужудга келади. Бемор асосан шиш ва огриққа шикоят қилади. Эпидермиснинг зарарланиши, эрозиялар ҳосил бўлиши иккиламчи инфекциянинг ривожланиши учун қулай шароит яратади. Натижада хасталик пиодермияга айланиб кетиши мумкин.

Сурункали механик жароҳатланиш тери яллигланишига, эпидермиснинг қалинлашиши ва гиперкератозга олиб келади. Бундай тери қаттиқлашади ва ўз хусусиятларини йўқота боради.

Да в о с и. Тери қизарган бўлса индефферент упа ва малҳамлар (рухли), шунингдек эритема ва шиш бўлганда ҳўл боғламлар (3% ли борат кислотаси, қўрғошинли сув) ва кортикостероидли малҳамлар буюрилади.

Пуфакчаларни асептика қоидаларига риоя этган ҳолда очиш, сўнгра калий перманганат билан ювиб, анилин бўёқларидан суртиш тавсия этилади. Пиодермия билан мураккаблашган ҳолларда антибиотикли крем ва малҳамлар билан даволаш зарур. Сурункали инфльтрацияланган дерматитларни даволашда 3—5% ли салицил малҳами қўлланилади.

Дори-дармонлар таъсирида вужудга келадиган дерматитлар ва токсикодермиялар. Кейинги 10 йил мобайнида дори-дармонлар туфайли вужудга келадиган (медикаментоз) дерматитлар тез-тез учрайдиган бўлиб қолди. Бунинг асосий сабабларидан бири даволаш амалиётида антибиотиклар ва сульфаниламидларнинг ниҳоятда кўпайиб кетганлигидир. Аллергик дерматитлар тарқоқ ёки чегараланган шаклда бўлади (маҳкамланган ёки фиксацияли). Schwank (1960) дорилар таъсирида вужудга келадиган токсикодермияли 500 беморни синчиклаб ўрганиб, шундан 38,2% ида тошмалар антибиотиклар, 26% — химиотерапевтик дорилар, 19% — огриқ қолдирувчи ва тинчлантирувчи воситалар, 7,9% — огир металл галлоидлари, 3,8% — маҳаллий огриқ қолдирувчи дорилар, 2,8% — зардоб ва 2,4% — бошқа ҳар хил дорилар туфайли рўй беришини аниқлаган.

Дерматолог тажрибасида антибиотиклар таъсирида келиб чиқадиган дерматитлар тез-тез учрайди, баъзан уларни касбга оид дерматитларга ҳам киритиш мумкин. Чунки бундай дерматит тиббиёт ҳамширалари, шифокорлар, фарма заводлари ҳамда дорихона хизматчиларида кўп учрайди. Пенициллин, стрептомицин, тетрациклин ва бошқа антибиотиклар кучли аллерген хосса-сига эга. Антибиотикли контакт дерматит тошмалари асосан юз, бўйинда ва қўл соҳаларида жойлашади, унинг клиник кўриниши экземага ўхшаш намоён бўлади. Антибиотиклар келтириб чиқарган токсикодермия тошмалари кўпинча бўртмалар тарзида ифодаланади ва кучли қичиш билан кечади. Баъзан тарқалган экзема-симон тугунчали-пуфакчали тошмалар тошади, айрим ҳолларда эритродермия ёки эксфолиатив дерматит кузатилади. Адабиётларда ёзилишича антибиотикли дерматит оғир кечганида ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин.

*Disrupt
Septin*

Сульфаниламид дориларни тез-тез ва узок вақт қабул қилиш сульфаниламидли токсикодермияга олиб келади. Дерматитнинг бу хили клиник кўриниши жиҳатидан оғиз шиллик пардаси ва терида учрайдиган кўп шаклли экссудатив эритемани эслатади. Бунда аввал битта, кейин эса бир неча доғлар ҳосил бўлади. Доғлар юмалоқ, ҳар хил катталиқда, пушти, кўк ёки кўкимтир-кўнгир рангда бўлади. Баъзан оғиз ёки жинсий органлар шиллик пардасида жойлашган доғлар устида майда ёки катта пемфигоидли пуфакчалар пайдо бўлиши мумкин; пуфаклар тил ва тишга тегиб тезда ёрилади, шу боис баъзан шифокор уни кўрмай қолиши ҳам мумкин. Ёрилган пуфакчалар ўрнида эрозиялар ҳосил бўлиб, беморни қаттиқ безовта қилади, оғрийди, бемор оғзига овқат олишдан безиллайди. Бундай эрозиялар пемфигус ва кўп шаклли экссудатив эритемада учрайдиган эрозияларга ўхшаш бўлиб, уларни бир-биридан ажратиш қийин (19-расм).

Теридаги тошмалар қичишиш ёки ачишиш билан кечади ва кўпинча тошмалар ўрнида доғлар (пигментациялар) қолади.

Сульфаниламид дорилар такрор қабул қилинганда, тошмалар аввалги ўрнида пайдо бўлади, лекин бу тошмаларнинг катталиги дастлабкидан ажралиб туради.

Юқорида келтирилган токсикодермиянинг клиник кўриниши новоканн, симоб, салварсан ва бошқа дорилар қабул қилинганида ҳам кузатилиши мумкин.

Давоси. Биринчи навбатда токсикодермияни юзага келтирувчи таъсиротни баргараф этиш ва унинг организмга сўри-лаишини тўхтатишдан иборат. Бунинг учун сурги, сийдик ҳай-лайдиган дорилар, кўп суюқлик ичириш тавсия этилади. Но-специфик десенсибилизация ўтказилади (кальций хлорид, натрий тиосульфат), антигистамин дорилар, гемодез ва бошқа дорилар қўлланилади. Қасаллик оғирроқ кечганида, шунингдек токсико-

дермиянинг тарқалган турларида стероидли гормонлар (ичиш, мускул ёки венага юбориш) ва қон қуйиш мақсадга мувофиқ.

Маҳаллий даво воситаси сифатида кортикостероидли малҳамлар тавсия этилади.

Кимёвий моддалар таъсирида пайдо бўлган дерматитлар. Ҳозирги даврда кимёвий моддалар сони ортиб бориши билан улар келтириб чиқарадиган дерматитлар ҳам тез-тез учрайдиган бўлиб қолди. Баъзи кимёвий моддалар (минерал кислоталар, ўткир ишқорлар, ракета ёкилғилари) нинг дерматитга сабаб бўлиши аниқланган. Бундай моддалар облигат қитиқловчилар деб аталади. Улар терида юза ёки чуқур некроз ҳосил қилиши мумкин. Бундай яралар асосан чандиқ ҳосил қилиб тузалади.

Айрим кимёвий моддалар фақат маълум бир кишиларда сенсбилизация ҳолатини вужудга келтириб дерматитга сабаб бўлади. Дерматитнинг бу тури факультатив қитиқловчи моддалар (скипидар, лак, формалин, никель, синтетик ювувчи воситалар) таъсирида намоён бўлади ва клиник кўриниши аллергик контакт дерматитдан деярли фарқ қилмайди (20-расм).

Давоси. Кимёвий моддалар туфайли пайдо бўладиган дерматитларни даволаш унинг бошқа турларини даволаш усуллари-дан деярли фарқ қилмайди. Дерматитнинг ярали, некротик хилларини даволашда дезинфекцияловчи 5% ли дерматол, ксероформ, Микулич, Вишневский малҳамларидан фойдаланилади.

Кимёвий моддаларга нисбатан сезувчанлик ортиши натижа-сида пайдо бўлган аллергик дерматитда микровезикула ва эритемалар кузатилса, музлатувчи примочка (1% ли борат кислота-си, 1—2% ли резорцин, танин эритмалари) буюрилади. Теридаги пилчираш камайиб, ўткир яллиғланиш жараёни тугагач паста суртиш, шунингдек кортикостероидли малҳамлардан фойдала-ниш мумкин. Шу билан бирга бадан кичишини босадиган антиги-стамин дориларни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Ўсимликлар таъсирида вужудга келган дерматитлар. Ҳозир дерматитларга сабаб бўладиган 100 дан ор-тиқ ўсимлик турлари маълум. Уларни одам организмга таъсир этишига қараб облигат ва факультатив қитиқловчиларга ажра-тилади.

Кўпинча ўсимлик таъсирдан сўнг терида эритема ёки пуфак-чалар ҳосил бўлади (20 а-расм).

Дерматологларнинг кузатишича асосан дарё ва қўл ёқалари-да ўсадиган ўсимликлар таъсирида пайдо бўладиган дерматит-лар кўп учрайди. Ўсимлик таъсирдан 24—48 соат ўтгач, терида йўл-йўл ёки доғли эритема ҳосил бўлади ва аста-секин пуфакча-лар ҳам пайдо бўлиши мумкин, орадан 5—6 кун ўтгач, тошмалар ўрнида пигментация кузатилади. Кўпчилк ҳолларда дерматитга ўсимлик хлорофили ёки эфир мойи сабаб бўлиши мумкин.

Давоси. Асосан маҳаллий даво — кортикостероидли мал-хамлар тавсия этилади, пуфакларни ёриш ҳамда анилин бўёқла-ри суртиш лозим.

ЭКЗЕМА (ГУШ, ECZEMA)

Экзема сўзи юнончи «экзео» — қайнаш сўзидан олинган бў-либ, майда-майда пуфакчалар қопланиб турадиган ўткир экзема ўчоги қайнаётган сувга ўхшаганлиги учун касалликка шундай ном берилган.

Экзема тери юза қатламларининг яллиғланиши бўлиб, ўзига хос невроген-аллергик табиатга эга.

Этиологияси ва патогенези. Экземанинг келиб чиқи-ши ва ривожланишида нерв системаси алоҳида ўрин тутади. Ҳар бир дерматолог ўз тажрибасида экзема асабийлашиш ва кучли стрессдан сўнг пайдо бўлиши ёки қайталаниши кузатган.

Т. П. Павлов. (1894) нинг таъкидлашича, экзема бўлган соҳа ва унинг атрофидаги терида оғриққа нисбатан электр сезувчан-лик ошади ва бу кўзгалишдан олдин намоён бўлади. Баъзан ка-саллик периферик нерв системаси жароҳатланганидан сўнг бош-ланади. Текширишлар шуни кўрсатдики, экзема билан оғриган беморларнинг кўпчилигида марказий нерв системасида турли ўзгаришлар ва касалликлар аниқланади. Беморлар терисида ацетилхолин моддасининг кўпайиб кетиши экзема патогенезида нерв системасининг муҳим аҳамиятга эга эканлигини яна бир бор исботлайди. Экземанинг келиб чиқишида меъда-ичак аъзо-лари фаолияти бузилишининг ҳам салмоғи бор.

Schnitzer (1955) экзема билан оғриган 136 беморнинг 93 нафа-рида ички аъзоларда турли хил патологик ўзгаришлар кузатган. Бундай беморларнинг жигарида ҳам моддалар алмашинуви бу-зилганлиги, унинг антитоксик функцияси пасайганлиги аниқла-нади. Экземали беморлар меъда ширасининг кислоталик дара-жаси пастлиги гастрит, колит, холецистит касалликларининг тез-тез учраб туриши, меъда-ичак системасининг касаллик пато-генезида муҳим роль ўйнашидан далолат беради. Экземанинг ке-либ чиқишида турли хил моддаларнинг ҳам аҳамияти бор. Бунга уй бекаларида учрайдиган синтетик ювувчи воситалар (ишқор, порошок) таъсирида келиб чиқадиغان экземани мисол қилиб кўрсатиш мумкин. Ҳозирги даврда «пневмоаллергенлар» деб ном олган касаллик кўзгатувчилари кўпчилик олимлар диққатини ўзига жалб этмоқда. Пневмоаллергенларга чанг, тўқимачилик толаси, одам ёки ҳайвон эпидермиси тангачалари ва бошқалар қиради. Экологик муҳитнинг бузилиши оқибатида касаллик кўзгатувчи омиллар йил сайин кўпайиб бормоқда. Ҳар хил дори-лар ва антибиотиклар ишлатиш натижасида ҳам экзема вужудга

келиши мумкин. Улар ҳақида «Дерматитлар» мавзусида батафсил айтиб ўтилган. Экземанинг этиологияси ва патогенези ҳақида сўз кетганда, инфекциян омилларни ҳам эсдан чиқармаслик керак. Мас., оёқ микози ёки чов эпидермофитиясида касаллик ўчоғидан анча нари жойлашган соҳаларда иккиламчи аллергия тошмалар — экзематозли эпидермофититларнинг тошиши кузатилади. Шундай ҳолатни микробли экземада ҳам учратиш мумкин.

Клиникаси. Экзема ўзининг патогенетик хусусияти, этиологик омиллари ва асосан клиник кўринишига қараб қуйидаги турларга бўлинади: чин, микробли, касбга оид, себореяли экзема ва болалар экземаси. Клиник кечишига кўра ўткир, ўртача ўткир ва сурункали экземалар тафовут қилинади.

Чин экзема. Тошмалар полиморфизми, яъни қизариш, майда тугунчалар, пуфакчалар, йирингчалар, тангачалар, пўстлоқчалар пайдо бўлиши ва тери шиши билан ифодаланади. Экзема тошмалари маълум бир эволюцияни ўтади, яъни тошмалар кетма-кет бир элементнинг ўзгариши ҳисобига иккинчиси вужудга келади. Масалан, тугунчалардан пуфакчалар, улардан эса пўстлоқ ҳосил бўлади.

Юқорида келтирилган аломатлар ўткир чин экземага хос бўлиб, тошмалар асосан юз, қўл, оёқ териси ва баданнинг бошқа жойларида бўлади (21-расм) ва қаттиқ қичишиш, баъзан ачишиш ҳамда қизиб кетгандек бўлиб туюлиши билан давом этади.

Экземанинг клиник кўринишида морфологик элементларнинг қай бири кўп учрашига қараб ҳул, панулёз, везикуляр, пўстулёз, сквамоз ва пўстлоқли хиллари фарқ қилинади.

Ўртача ўткир экзема клиник кўриниши жиҳатидан ўткир экземанинг энгилроқ хили бўлиб, билинар-билинмас тери шишиши, қизариши, шунингдек ўткир тошмалар тошишининг тўхташи ва қичишишнинг сезиларли даражада камайиши билан ифодаланади. Баъзан экземанинг клиник кўринишига қараб ўткир ёки ўртача ўткир эканлигини аниқлаш анча мушкул. Бунда касалликнинг давом этишига қараб шартли равишда юқоридаги турларга ажратилади. Экземанинг 6 ҳафтагача бўлган даври ўткир ва бундан кейингиси ўртача ўткир ҳисобланади.

Сурункали экземага клиник ва гистологик жиҳатдан яллигланиш инфильтрацияси хос, шу сабабли зарарланган жой териси зичлашиб, қалинлашади. Инфильтрацияли, эластиклик хусусияти кам бўлган терида оқиш, сарғиш-жигарранг ёки қизгимтир пўстлоқларини, баъзан тугунча ва пуфакчаларни учратиш мумкин. Маълум бир ноқулай омиллар таъсирида сурункали экземанинг зўрайиши кўрилади; бунда терининг қизарган жойи сўпайиб, шиш ва тошмалар пайдо бўлади.

Экзема ҳар доим бир хил кечавермайди. Баъзан у узок вақтгача ўзгаришсиз қолаверади. Гоҳида тошмалар тез орада

қайтиб, узоқ вақтгача қайта тошмайди. Экзема қайталаганда касалланган жойдан бошқа соҳаларини ҳам эгаллаб олиши мумкин.

Дисгидротик экзема. Қўл ва оёқ кафтида майда нўхотдек қаттиқ пуфакчалар ҳосил бўлиши билан кечади. Тери салгина қизариб пуфакчалар ёрилади ва ўрнида шилинган из қолдиради, улар усти сарғиш пўстлоқчалар билан қопланади, баъзида пуфакчалар ёрилмасдан ичидаги суюқлиги билан қотиб қолиш ҳоллари ҳам кузатилади. Касалланган соҳа атрофидаги соғ теридан кескин ажралиб туради.

✓ **Микробли экземада** кўпроқ юзаки пиодермия иккиламчи яллигланиб, экземага айланади. Шунинг учун ҳам клиник кўриниши экзема ва пиодермияга ҳос аломатлар борлиги билан таърифланади. Касаллик асосан болдирда, қўл панжасининг ташқи қисмида ва бош терисида кузатилиб, ўчоқлар чегараси кескин ажралиб туради ва шакли юмалоқ ҳамда жимжимадор бўлади. Тошмалар асимметрик жойлашади. Терининг зарарланган қисми пластинкасимон пўст билан қопланади, уни олиб ташланса ўрнида пушти рангли пилчираган юза, экзематозли қудуқлар ва сероз экссудат томчилар кузатилади. Баъзан касалланган ўчоқлар атрофида майда пустилулар пайдо бўлиши ва улар янги экзематоз ўчоқларни ҳосил қилиши мумкин. Касаллик қичишиш билан кечади. Микробли экземанинг паратравматик ва варикоз хиллари бор. Уларнинг пайдо бўлишига механик (гипсни нотўғри боғлаш), кимёвий (яраларни зўриқтирувчи дорилар билан даволаш) ва биологик (инфекциялар) омиллар ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Касбга алоқадор (профессионал) экзема бадан терисининг очик қисмларида вужудга келади. Касалликнинг авж олишига ишлаб чиқаришдаги аллергенлар сабаб бўлиб, улар организмга сенсбилизацияловчи таъсир кўрсатиши мумкин. Кўпчилик беморларда теридаги синаб кўриш тести сенсбилизацияловчи омилларга нисбатан мусбат бўлади. Бундай дерматитларнинг клиник кечиши юқорида келтирилган экземалардан деярли фарқ қилмайди. Фақат аллергенлар бартараф этилгандан сўнг касаллик дерматитларга нисбатан узоқроқ давом этади.

✓ **Себореяли экзема** (мойли гуш) — патологик жараён асосан ёғ ажратиб чиқарувчи безлар жойлашган терида, кўпроқ бошнинг сочли қисми, қулоқ супраси, юз, қўлтиқ ости, шунингдек кўкракни зарарлайди ва майда пўстчалар билан қопланиб турадиган доғлар ҳамда тугунчалардан, тангача ва пўстлоқчалардан иборат бўлади. Бу доғлар сарғиш бўлиб, чегаралари анча кескин ажралиб туради, аксари бир-бири билан қўшилиб кетади. Тугунчаларнинг ўртаси оқариб ҳалқали элементлар ҳосил бўлиши мумкин. Касаллик жинсий уйғониш давридан бошланади. Себореяли экзема асосан пилчирашсиз кечади. Касалланган тери

мойдек ялтираб туради, бу жойларнинг кичишиб туриши характерли.

Гистопатологияси. Эпидермиснинг тикансимон қаватида спонгиоз кузатилади, кейинчалик у тикансимон қават хужайраларини бир-биридан ажратиб бўшликлар ҳосил қилади. Мугуз қаватида паракератоз кузатилади. Дерманинг сўргич қаватидаги қон томирлар кенгайган бўлиб, атрофида лимфоцит, гистиоцитлардан тузилган инфильтрат вужудга келади. Касалликнинг сурункали даврида тикансимон қават қалинлашади ва акантоз, баъзан кучсиз спонгиоз кузатилади.

Даво си. Экземани даволашда биринчи навбатда касалликни юзага келтирувчи омиллар (аллергенлар) ни бартараф этиш ҳамда ички аъзолар, нерв, эндокрин ва бошқа орган ҳамда системаларда аниқланган касалликларни даволаш зарур. Нерв системасини тинчлантирувчи (транквилизатор ва седатив) дорилар — бром, новокаин, тазепам, нозепам ва бошқалар қўлланилади. Гипнозотерапия ва уйку билан даволаш яхши самара беради. Организмнинг сенсibiliзация, аллергия ҳолатини йўқотиш учун кальций бирикмалари (кальций хлорид, кальций глюконат), натрий тiosульфат тавсия этилади. Даволашнинг биринчи кунидан бошлаб антигистамин дорилар (тавегил, задитен ва бошқалар) терапевтик миқдорда буюрилади. Экзема оғирроқ кечганда беморни касалхонага ётқизиб, кортикостероид дорилар билан даволанилади, уларнинг кунлик ўртача миқдори 30—40 мг ни ташкил этади. Даволаш комплексига витаминлар, айниқса В гуруҳ витаминлар (В₁, В₂, В₆, В₁₂), никотин кислотаси (витамин РР) ва бошқаларни қўшиш тавсия этилади. Себореяли экземада юқорида келтирилган дорилардан ташқари Е витамин (токоферол) буюрилади (Экземани даволашда ишлатиладиган дорилар, уларнинг миқдори, қўллаш усуллари «Тери касалликларини даволашнинг асосий тартиби» бўлимида батафсил айтиб ўтилган). Даволаш чоғида, шунингдек ундан кейин ҳам парҳезга риоя қилиш, тухум емаслик, қовурилган, аччиқ, шўр, мошли овқатлар истеъмол қилмаслик ва спиртли ичимликлар ичмаслик талаб этилади.

Маҳаллий даво ҳар бир бемор организмнинг ўзига хос томонлари ҳамда касалликнинг тури ва клиник кечишига қараб олиб борилади. Терида пилчираш ва шиш бўлса совуқ намлагичлар (примочкалар), у ҳолат камайса, индеферент пасталар (қўрғошин, Лассар, нафталан пасталари) тавсия этилади. Ўткир яллиғланиш жараёни ўтганидан сўнг кичишишни камайтирувчи малҳамлар (ментол, анестезин, димедрол) дан фойдаланилади. Кортикостероидли малҳамлар ва кремларни қўллаш ҳам даво самарасини оширади. Сурункали экземани даволашнинг асосий вазифаси инфильтрацияни сўрилтиришдир. Бунинг учун олтингургурт (33%—5,0), нафталан (20%—10,0), дёготь (10%—2,0) малҳамлари тавсия этилади.

Rp: Sulfuris p-pitati
Ol. Cadini aa 1,5—3,0
Zinci oxydati
Talci aa 5,0
Lanolini
Vaselini aa 10,0
M.f.Pasta
D.S. сиртра.

Инфилтрацияни сўрилтиришда Дорогов антисептик стимулятор (ДАС) нинг 3-фракцияси анча шифобахш. Бу 5—10% ли малҳам сифатида суртилади. Маҳаллий даво турлари ва кўлланиладиган дорилар номи ва миқдори «Тери касалликларини даволашнинг асосий тартиби» бўлимида келтирилган.

✓ **Болалар экземаси.** Болалар экземасига асосан экссудатив диатез ёки ирсий омиллар, шунингдек организм иммунологик реактивлигининг ўзгариши сабаб бўлади. Экзема билан оғриган боланинг ота-онаси ёки яқин қариндошларида турли аллергия касалликлар бор-йўқлиги аниқланади. Агар боланинг отаси ёки онаси аллергия касалликлар билан оғриган бўлса, у ҳолда боланинг экзема билан касалланиши 40%, мабодо уларнинг ҳар иккаласи ҳам аллергия касаллик билан оғриган бўлса, у ҳолда касалланиш 60—70% ни ташкил қилади. Беморда турли хил сурункали инфекция ўчоқлари, конъюнктивит, меъда-ичак касалликлари аниқланади. Бемор организмнинг иммунобиологик хусусияти пасайганлиги туфайли улар кимёвий моддалар, озиқ-овқатлар ва дори-дармонларга нисбатан жуда сезувчан бўлиб қоладилар.

Касаллик болалар ҳаётининг дастлабки кунлариданок бошланиши мумкин. Патологик жараён юз, бўйин, бошнинг сочили қисмидан бошланиб аста-секин тананинг бошқа соҳаларига тарқалади, баданнинг шу жойлари қизариб, қичишади ва майда-майда экссудатив тугунчалар ҳамда пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ёрилиб, таги пилчираб туради, сўнгра устки қисми сарғиш-жигарранг пўстлоқлар, қора-қўтир билан қопланади, баъзан беморларда эритематоз-сквамозли себореидларни учратиш мумкин. Касалликнинг клиник кечишида микробли, чин ва себореяли экзemanинг белгилари намоён бўлади. Болалардаги экзема хамиша қаттиқ қичишиш билан давом этади ва терининг тирналишига, иштаҳа йўқолишига, уйқусизликка олиб боради. Касаллик кўпинча хомсемиз, асаби заифроқ болаларда учрайди. Лимфатик тугунлар катталашади, қонда эса эозинофилия кузатилади. Касаллик кейинчалик диффуз ёки диссеминациялашган нейродермитга айланиши мумкин.

Гистопатологияси. Эпидермисда спонгиоз, паракератоз кузатилади. Дермада бириктирувчи тўқиманинг шишганлиги,

сўргич қаватида лимфо-гистиоцитар инфильтрат борлиги аниқланади.

Давоси. Болалар экземасини даволашда овқатланиш режими тартибга солиш муҳим аҳамиятга эга. Овқат билан бирга истеъмол қилинаётган углевод, ош тузи ҳамда суюқлик миқдорини чеклаш зарур, чунки улар терида яллиғланиш жараёнини кучайтиради. Болалар экземасини даволашда ишлатиладиган дорилар экземанинг бошқа турларини даволаш воситаларидан деярли фарқ қилмайди. Уларнинг фарқи фақат берилаётган дорининг миқдоридан, холос.

НЕЙРОДЕРМАТОЗЛАР

Нейродерматозлар — баданнинг қаттиқ қичишиши билан кечадиган бир қанча тери касалликларини ўз ичига олади. Тери қичишиши, нейродермитнинг ҳар хил турлари, қичима, эшакем ва бошқалар шулар жумласидандир.

ТЕРИ ҚИЧИШИШИ (PRURITUS CUTANEUS)

Тери қичишиши узоқ вақт давом этиб, қичиш ва тери шилинишлари билан кечади. Ҳозирги вақтда қичишни қабул қилувчи специфик рецепторлар ҳақида аниқ фикр йўқ. Баъзи олимлар оғриқни қабул қилувчи рецепторлар қичишишни ҳам қабул қилади; қичишиш импульслари нерв толалари орқали субкортикал ва кортикал марказларга бориб, субъектив сезишга айланади деган фикрни айтадилар.

Тери қичишишида қон, модда алмашинуви, жигар, буйрак, меъда ости бези касалликларида ҳам учрайди. Шу сабабли дастлаб беморнинг ички аъзоларини синчиклаб текшириш зарур.

Тери қичишишининг объектив белгилари терида бирламчи морфологик элементлар бўлмаслиги ва иккиламчи элементлардан шилинишлар ва геморрагик пўстлоқлар борлиги билан ифодланади. Демак, тери қичишиши субъектив сезувчанликнинг бузилиши оқибатидир. Узоқ вақт тери қичийвериши оқибатида беморнинг тирноғи «ялтираган» кўринишда бўлади. Қичишиш куннинг иккинчи ярмида ёки кечқурун кучаяди, баъзан шу даражада кучли бўладики, ҳатто беморнинг меҳнат қобилиятига таъсир этиб, руҳий тушкунликка олиб келади. Тери қичишиши узоқ давом этганда лихенификация авж олади, бора-бора нейродермитга айланиши мумкин.

Тери қичишишининг тарқоқ ёки чекланган хиллари ажратилади, чекланган хили кўпинча жинсий аъзоларда (ёроқ, вульва ва орқа тешик соҳасида) кузатилади, бунга — гнжжа, жинсий

аъзолар яллигланиши, вегетоневроз натижасида келиб чиққан маҳаллий терлаш, эндокрин касалликлар ва бошқалар сабаб бўлади.

Давоси. Биринчи навбатда юқорида келтирилган этиологик сабабларни ўз вақтида аниқлаб, уни бартараф этиш керак. Асосан симптоматик даво қилинади, антигистамин, гипосенсибилизацияловчи дорилар, шунингдек тинчлантирувчи дорилар — тазепам, элениум, седуксен, аминазин ва бошқалар буюрилади.

Маҳаллий даво тимол (1—2%), карбол (2%) ҳамда ментол эритмалари; таркибида ментол ва анестезин бўлган совутувчи қоришмалар (болтушка) тавсия этилади. Кортикостероидли малхамлар яхши наф беради.

НЕЙРОДЕРМИТ

Нейродермит — терининг сурункали, тез-тез қайталаб турувчи яллигланиши бўлиб, баданнинг қаттиқ қичишиши, кейинчалик тугунчали тошмалар — папулалар тошиб, тери қалинлашиши, лихенификация авж олиши билан кечади. Нейродермитнинг клиник кўринишига қараб диффуз (тарқоқ) ва чегараланган хиллари фарқ қилинади. Шу билан бирга нейродермитнинг гипертрофик, гиперкератотик, фолликуляр, юзнинг диффуз лихенификацияси каби атипик шакллари ҳам мавжуд.

Этиологияси ва патогенези. Нейродермитга асосан эндоген омиллар сабаб бўлади, нерв системасининг функционал ўзгаришлари, меъда-ичак йўли, жигар, эндокрин системасининг касалликлари, модда алмашинуви фаолиятларининг бузилиши нейродермитнинг вужудга келишида катта роль йўнайди. Невроз системаси томонидан невротик бузилишлар: кучли кўзғалиш, дармонсизлик, астения, эмоционал ўзгарувчанлик, уйқусизлик ва бошқалар кузатилади. Электроэнцефалография, плетизмография, хроноксиметрия каби текшириш усуллари марказий ва вегетатив нерв системасида функционал ўзгаришлар борлигини кўрсатади (тургун оқ дермографизм, аниқ пилomotor рефлекс, терморегуляция ва тер ажралишнинг бузилиши ва б.).

Баъзан марказий нерв системаси фаолиятининг бузилиши иккиламчи бўлиши ҳам мумкин, яъни уйқусизлик ва кучли қичишиш натижасида нерв системаси зўриқади ва бу нейродермитнинг клиник кечишига салбий таъсир этади.

Невроз системасининг зўриқиши (кучли кўзғалиш ва бошқалар) оқибатида келиб чиққан «стресс» буйрак усти бези пўстлогининг фаолиятига кучли таъсир этади ва бунда гормонлар ишлаб чиқариши сусаяди ёки бутунлай тўхтайти; организмнинг яллигланишга қарши хусусияти сусаяди, глюкокортикоидли гормонларга бўлган талаби ортади.

Демак, беморларда кортикостероидлар миқдорининг камайи-

ши аллергия реакциянинг кучайиши ёки теридаги патологик жараённинг қайталанишига олиб келади.

Юқорида келтирилганлар нерв ва эндокрин системалар бири-бири билан ҳаммуносабатли бўлишига боғлиқлигини кўрсатади.

Нейродермит билан оғриган беморларнинг кўпчилигида қалқонсимон без фаолиятининг ортиши ёки сусайиши аниқланган.

Нейродермит патогенезида аллергия жараённинг аҳамияти куйидаги маълумотларга қараб белгиланади:

1. Беморларнинг касаллик тарихи синчиклаб ўрганилганда, улар ёшлигида болалар диатези билан оғриганлиги маълум бўлади; терида пуфакчалар, пилчираш ва экзематоз «қудуқлар» бошқа элементларга (инфильтрация, лихенификация) нисбатан кўпроқ бўлади. Бу нейродермитнинг экссудатив турига хос.

2. Учоқли нейродермитда аллергия тошмаларни зарарланган ўчоқдан анча наридаги соҳаларда ҳам учратиш мумкин.

3. Нейродермит билан оғриган беморларнинг кўпчилигида дори-дармонлар ва озик-овқатларга нисбатан аллергия кузатилади.

4. Нейродермит баъзан бронхиал астма, вазомотор ринит, эшакем каби аллергия касалликлар билан бирга учрайди.

Шундай қилиб, нейродермитнинг келиб чиқиши ва ривожланишида нейроэндокрин бузилишлар ва аллергия реакциялар муҳим аҳамият касб этади. Турли орган ва системалардан топиладиган патологик ўзгаришлар бири-бирига боғлиқ ҳолда ривожланишини кўрсатади.

Анус атрофида жойлашган чегараланган нейродермит патогенезида йўгон ичак ва анал тешик йўли шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланиши катта роль ўйнайди. Сурункали гастрит, колит, энтероколит, гастроэнтероколит ва проктоануситлар ич қотишига олиб келади. Натижада ичакдаги захарли моддалар сўрилади ва организм аутоинтоксикацияга учрайди.

Шу билан бир қаторда анус атрофидаги тери ёриқлари, геморройдал тугунлар, гижжанинг бўлиши чекланган нейродермитни келтириб чиқарувчи этиологик омиллар қаторига киради.

Диффуз (тарқоқ) нейродермит. Диффуз нейродермитнинг клиник кўринишида ўткир бўлмаган тери эритемаси фонида лихенификация ва инфильтрация кучли ривожланади.

Зарарланиш ўчоқлари асосан юз, бўйин, қўл ва оёқ букулмалари, жинсий аъзолар ва соннинг ички юзасида бўлади. Бирламчи морфологик элемент тугунча бўлиб, у нормал ўзгармаган тери ёки оч пушти рангида бўлади. Бу тугунчалар бири-бири билан қўшилиб, инфильтратланган соҳаларни ҳосил қилади. Патологик жараёндаги тери қуруқ, усти эксфолиация ва майда кепакли тангачалар билан қопланади. Шунингдек, тананинг табиий бурмаларида узун ёриқлар юзага келади. Терининг кучли қичиши, монорф тошмалар, нерв системаси фаолиятининг бузилиши, ок

дермографизм, аниқ пилomotor рефлeкси, нейродермитга хос белгилардандир. Кучли кичишиш бeмор уйкусининг бузилишига, невротик ҳолатнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Бeморларда гипотония, гиперпигментация, адинамия, аллeргик реакциялар, меъда шираси ҳамда сийдик кам ажралиши, гипогликемия, озиб-тўзиш, тез толиқиш каби симптомлар намоён бўлади.

Нейродермитнинг клиник кечиши кўпинча фалсга боғлиқ. Қасаллик асосан қишда зўрайиб, ёзда клиник ремиссия ҳолатида бўлади.

Нейродермит бронхиал астма, вазомотор ринит, пичан лихорадкаси ва бошқа аллeргик касалликлар билан бирга кечиши мумкин.

Баъзи кучли қўзғатувчи омиллар таъсирида патологик жараяннинг ўткир яллиғланиш ҳоллари (везикуляция, пилчираш, қизариш) кузатилади.

Гистопатологияси. Терида пара ва гиперкератоз, акантоз, хужайралар ичида ва улар орасида шиш, дермадаги кескин кенгаймаган қон томирлар атрофида эса лимфо-гистиоцитли инфилтрат кузатилади.

Чекланган нейродермит. Терининг маълум бир соҳаси кучли кичиб безовта қилади. Зарарланиш ўчоқлари бўйиннинг орқа ёки ён қисми, жинсий аъзолар, думбалар орасидаги бурмалар, катта бўғимларнинг букувчи юзаларида бўлади. Қасаллик бошланишида теридаги ўзгаришлар деярли сезилмайди. Қичишиш кучайганида терида майда тугунчалар пайдо бўлиб, улар қаттиқ консистенцияли, юзаси кепакли тангачалар билан қопланади. Кейинчалик тугунчалар бир-бири билан қўшилиб, хийлагина жойни эгаллаши мумкин. Тошмалар оч-пушти, кўнғир тусда, ясси юмалоқ шаклга эга бўлади. Тери аста-секин қалин тортиб зичлашади (лихенификация) (22-расм). Қасаллик авж олган даврида лихенификацияга учраган марказ усти ялтироқ ясси оч-пуштиранг тугунчалардан иборат ўрта ва гиперпигментли периферик қисмлари ажралиб туради, ўткир яллиғланган ўчоқларда шилинишлар кузатилади. Ҳадеб қашилана бериш натижасида чиққан қон қотиб, қора қўтир бўлиб қолади, кўпинча иккиламчи пиодермия авж олади. Қасаллик узоқ муддат давом этади.

Гистопатологияси. Паракератоз, акантоз, дерманинг сўрғичсимон ва тўр қаватларида инфилтрация кузатилади.

Давоси. Нейродермитни даволашда седатив ва психотроп дорилар қўлланилади. Организмнинг аллeргик ҳолатини пасайтириш учун десенсибилизацияловчи ва антигистамин дорилар (тавегил, задиген, димедрол ва б.) тавсия этилади. Марказий нерв системаси фаолиятини маромга келтириш ва невротик ҳолатни камайтириш мақсадида уйқу, гипноз билан даволаш, бром препаратлари, нейролептиклар (триоксазин, элениум, седуксен, мепротан), ганглиоблокаторлар (нанофин, аминозин, гек-

соний) ва бошқаларни қўллаш яхши наф беради. Витаминлар (В гуруҳ витаминлари, А, РР) ишлатилади. Қасаллик оғир кечганида кортикостерондли дорилар (преднизолон, дексаметазон, триамциналон ва бошқалар) буюрилади.

Физиотерапевтик воситалардан олтингугурт водороди, радон ванналари, ультрабинафша нурлар, ПУВА-терапия ва бошқалар тавсия этилади.



22- расм. Чекланган нейродермит.

Маҳаллий даво воситаси сифатида кортикостероидли малхамлар (Синалар, Лоринден, Флюцинар, Целестодерм, Дерматоп ва бошқалар) ишлатилади. Чекланган нейродермитда зарарланган ўчоқлар атрофига гидрокортизон, кенолог ва бошқа стероидли гормонлар инъекция қилинади. Ўчоқли нейродермитда Букки нурларини қўллаш ҳам яхши натижа беради. Қасалликнинг зўрайиши ва қайталанишининг олдини олиш мақсадида санаторияларда (Чорток, Чимён) даволаниш, сурункали инфекцияларни бартараф этиш тавсия этилади.

АТОПИК ДЕРМАТИТ

Атопик дерматит мультифакториал ирсий касаллик бўлиб, болалар дерматологиясида кенг тарқалган дерматоз ҳисобланади.

Этиологияси ва патогенези. Қасалликнинг келиб чиқишида беморнинг ёшлигида ўтказган касалликлари: болалар экземаси, диатези, шунингдек яқин қариндошларида аллергик ҳолатлар ёки хасталикларининг (аллергик ринит, бронхиал астма, экзема ва бошқалар) бор-йўқлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Кўкрак ёшида ва илк болалик даврида меъда-ичак системаси хасталиклари (овқат ҳазмининг бузилиши, ферментопатия, дисбактериоз, витаминлар ва оксил моддаларининг ёмон сўрилиши), шунингдек ёши каттароқ болаларда эса — психозмо-

ционал чарчаш, стресс ва бошқалар атопик дерматитга сабаб бўлувчи омиллардир. Баъзи олимлар атопик дерматит нейродермитнинг бир кўриниши десалар, бошқалари эса ҳар бири ўзича мустақил касаллик деган фикрдалар. Лекин болаликда атопик дерматитни бошидан ўтказганларда, кейинчалик нейродермитга хос клиник кўриниш намоён бўлганлиги кўпчиликка маълум.

Клиникаси. Касаллик асосан юз (кўз ва огиз атрофида), бўйин, тирсак ва тизза ости буқулмаларида учрайди. Патологик учоқларда эритема-сквамоз, фолликуляр папулалар, везикулёз, эрозия, пўстлок, тангачалар кўзга ташланади, бу элементлар асосан лихенификацияга учраган терида жойлашади (23-расм). Шу билан бирга терининг аналогик клиник кўринишини тананинг бошқа соҳаларида ҳам учратиш мумкин. Терининг қуруқ бўлиши ва кучли қичишиши атопик дерматитга хос бўлиб, кўпинча асосий ўчоқлар иккиламчи инфекция билан асоратланади.

Давоси. Нейродермит ва болалар экземасини даволашга ўхшаш. Тажрибаларни кўрсатишича атопик дерматитни даволашда задител яхши наф беради.

ҚИЧИМА (PRURIGO)

ноче суға

Қичима касаллигининг бир неча хили маълум: болалар қичимаси (prurigo infantum), катталар қичимаси (prurigo adultorum), тугунли қичима (prurigo nodularis), Гебра қичимаси (prurigo Hebrae).

Болалар қичимаси. Бу касалликни биринчи Willan ва Bateman ўрганишиб, уни строфулюс деб атаганлар. Касаллик 6 ойликдан 3—4 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Патологик жараён ҳадеганда тузалавермаса, болалар қичимаси Гебранинг классик қичимасига айланиши мумкин. Кўпчилик олимлар болалар қичимасини болалар эшакеми деб ҳам атайдилар.

Этиологияси. Болалар қичимасини келтириб чиқарувчи омиллар болалар экземасидаги омиллардан фарқ қилмайди. Болалар қичимаси кўпроқ экссудатив диатез билан оғрийдиган болаларда (баъзан, болаликда тошган эшакем кейинчалик қичимага айланади) кузатилади. Гижжалар борлиги, нотўғри овқатланиш ёки болани сунъий сут маҳсулотлари билан боқиш, баъзи овқат моддалари (тухум, шоколад) ни кўтара олмаслик туфайли овқат ҳазмининг бузилиши касалликка сабаб бўлади.

Клиникаси. Дастлаб терида қаварчиқлар ҳосил бўлади. Талайгина қаварчиқларнинг қоқ ўртасида катталиги тўғноғич бошидек келадиган, берч, жуда қичишиб турадиган тугунчалар пайдо бўлади. Тугунчалар юзида пуфакчалар вужудга келади. Тугунчалар оч қизил, майда, конуссимон, қаттиқ консистенцияли бўлади. Қаварчиқлар одатда тез йўқолиб кетади, тугунчалар эса

узокрок сақланиб туради. Тошмалар қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзаларида, думбада пайдо бўлади.

Баданнинг қаттиқ қичишиб туриши болаларнинг уйқуси билан иштаҳасини бузади, улар инжик бўлиб қолади. Бадан терисининг қашланиб тирналиши оқибатида иккиламчи пиодермия қўшилиши мумкин. Бунда касаллик сурункали давом этади. Вақтида даво қилинмайдиган бўлса, у катталар қичимасига ёки диффуз нейродермитга айланиб кетиши мумкин.

Гистопатологияси. Касаллик бошланишида теридаги ўзгаришлар эшакемдаги ўзгаришлардан деярли фарқ қилмайди. Кейинчалик дермозпидермал тугунча ҳосил бўлади, уни серозли папула деб ҳам аталади. Қон томирлар атрофидаги инфильтратда лимфоцит, гистиоцит ва эозинофиллар бўлади; папилломатоз, спонгиоз ва эпидермис ичида пуфакчалар ҳосил бўлиши кузатилади.

Давоси. Даволаш асосини парҳез билан даволаш ташкил қилади; тухум, асал, шоколад, конфет, шўр ва қовурилган овқатлар берилмайди. Овқат асосан сабзавот (сабзи, карам, нўхат) ва мевалардан иборат бўлиши керак. Сут маҳсулотлари: ацидофиллин, кефир тавсия этилади. Овқатда ёғ, углеводлар миқдори кам, витаминлар (А, В, С) эса кўп бўлиши зарур.

Касалликни юзага келтирувчи омиллардан бири бўлган гижжани ва сурункали инфекция ўчоқларини йўқотиш лозим.

Беморлардаги ўта сезувчанлик ҳолатини камайтириш мақсадида антигистамин ва нейролептик дориларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Касаллик оғирроқ кечганида кортикостеронд дорилар буюрилади. Маҳаллий даво сифатида, 1% ли димедрол, анестезин ва кортикостерондли малҳамлар тавсия этилади. Касаллик асорат берса, у ҳолда анилин бўёқлар эритмаси, таркибида антибиотик бўлган малҳамлар суртилади.

Катталар қичимаси. Қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзалари, бел, қорин, думба соҳа териси қичишиб тугунчали тошмалар тошади. Папулалар терида сочилган ҳолда жойлашиб, уларнинг кўпчилиги қонаб қотиб қолган пўстлар билан қопланиб туради (24-расм); тугунчалар қаттиқ қичишади, улар йўқолиб кетганидан кейин баъзан чандиқчалар қолади. Теридаги баъзи элементлар кўпчиб қаварчиққа ўхшаб кетади. Кўпинча касаллик иккиламчи инфекция билан мураккаблашади. Қичимада ҳам нейродермитдагидек беморларнинг умумий аҳволи ўзгариб асабий ҳолат вужудга келади. Касаллик сурункали кечади.

Даволаш нейродермитни даволашга ўхшаш.

Тугунли қичима. Бу касалликни биринчи марта Hardaway 1880 йили таърифлаган.

Этиология ва патогенези номаълум. Баъзи олимлар касалликнинг келиб чиқишига жинсий безлар фаолиятининг бузилиши сабаб бўлади десалар, бошқалари тугунли қичима пато-

генезида организмнинг интоксикацияси муҳим роль ўйнайди деган фикрдалар. Лекин, нерв ва меъда-ичак системаси фаолиятининг бузилиши ҳам шу касаллиқнинг келиб чиқиши ва ривожланишига таъсир этади. Ҳашаротлар (чивин ва бурга, қандала)нинг чақиши ҳам касалликка сабаб бўлиши мумкин.

Клиникаси. Катталиги 7—13 мм келадиган яримшарсимон каттиқ тугунлар ва тугунчалар тошади; тугунлар ёнғоқдек ёки ундан ҳам катта бўлиши мумкин. Қасаллик кучли қичишиш билан кечади. Баъзан тошмалар ўз ҳолича ёки бир-бири билан қўшилиб, ҳийлагина жойни эгаллаши ва гипертрофияга учраши кузатилади. Тугунлар гипертрофияланиши ёки узоқ вақтгача сақланиб қолиши ҳам мумкин.

Гистопатологияси. Асосан мугуз, баъзан эса донатор қаватнинг қалинлашуви, дермада аниқ акантоз, тўрсимон қаватда лимфоцит, фибробласт, гистиоцитлардан иборат инфильтрация кузатилади. Инфильтрат марказида коллаген ва эластик товлалар йўқлиги, нерв толасининг гиперплазияси, шван қобиғининг қалинлашгани яққол кўриниб туради.

Давоси. Тугунлар ёнига ва остига стероидли эритмалар, метилден кўкининг 25% ва новокаиннинг 1—2% ли эритмаси юборилади. Тугунларни йўқотиш мақсадида суяқ азот, карбонат кислота, диатермокоагулянтлар ишлатилади; десенсибилизацияловчи ва антигистамин дорилар буюрилади. Маҳаллий даво кортикостероидли ёки сўрилтирувчи (нафталан, ихтиол, ДАС) малҳамларни қўйишдан иборат.

ЭШАКЕМ (URTICARIA)

Эшакем — аллергия касаллиқ бўлиб, терида, баъзан шиллик қаватларда қаварчиқлар пайдо бўлиши ва каттиқ қичишиши билан ифодаланади.

Этиологияси ва патогенези. Қасаллик асосида организмнинг турли таъсиротларга ўта сезувчан бўлиб қолиши этади. Қасалликни келтириб чиқарувчи омиллар экзоген (кимёвий, механик, физик, дори-дармонлар, озиқ-овқатлар) ва эндоген (ички органлар патологияси — меъда-ичак, жигар, нерв системаси ишлаш фаолиятларининг бузилиши) бўлиши мумкин. Эндоген ва экзоген омиллар таъсирида организмда гистамин, серотонин ва бошқа биологик актив моддалар миқдори ортади, натижада бу моддалар капиллярларни кенгайтириб, уларнинг ўтказувчанлик хусусиятини оширади ва дерманинг сўргич қаватида ўткир шиш ҳолатини вужудга келтиради. Гистамин ва бошқа биоактив моддалар асосан базофил хужайраларда жойлашиб, улар протеаз ферментлар активлиги ошганда хужайралардан ажралиб чиқади. Протеаза ферментининг активлиги антитело-антиген реакцияси натижасида ошади.

Клиникаси. Клиник кечишига кўра эшакемнинг ўткир, сурункали рецидив (қайталаб турувчи) ва тургун тугунчали хиллари фарқ қилинади.

Ўткир эшакем бирдан бемор терисига қаварчиқлар топиши ва кучли қичиш билан бошланади. Қаварчиқлар тери дамидан кўтарилиб туради ва пушти-қизил рангда, шакли юмалок ёки чўзинчоқ бўлиши мумкин, баъзан улар бир-бири билан қўшилиб ҳар хил шаклга киради (25-расм). Бунда беморнинг умумий аҳволи ўзгаради, тана ҳарорати кўтарилади, дармонсизлик, меъда-ичак фаолиятининг бузилиши, «эшакемли лихорадка» кузатилади. Эшакем баданнинг турли қисмига топиши мумкин. Тошмалар кўпинча ҳиқилдоқ, ҳалқум ва бошқа соҳа шиллиқ қаватларида ҳам пайдо бўлиши мумкин, бунда шу жойлар шишиб, нафас олиш ва ютиш қийинлашади. Бир неча соатдан кейин эшакем батамом йўқолади, баъзан қайталаниб туради.

Квинкнинг ўткир чегараланган шиши (ангионевротик шиш) — ўткир эшакемнинг бир хили бўлиб, терида (ёки шиллиқ қаватда), тери ости клетчаткасида ёки жинсий аъзоларда чегараланган шиш пайдо бўлиши билан ифодаланади. Тери дағал, эластик, оқиш ёки пушти рангда бўлади. Беморлар қичишишга шикоят қилмасликлари ҳам мумкин. Бу кўпинча оддий эшакем билан бирга кечади. Квинкнинг чегараланган шиши хавфлироқ бўлиб, унинг ҳиқилдоқдаги тошмалари стеноз ёки асфиксияга сабаб бўлиши мумкин.

Сурункали қайталаниб турувчи эшакемда тошмалар сони кўп бўлмайди, лекин улар бир неча ой ёки йиллаб давом этади. Эшакемнинг бу турини сурункали инфекцион ўчоқлар (тонзиллит, холецистит ва бошқалар) туфайли вужудга келади. Тошмалар тошганда беморнинг умумий аҳволи ўзгаради, бош оғриги, кўнгил айнаш, қусиш ва диаррея ҳолатлари, шунингдек қонда эозинофилия ва тромбоцитопения кузатилади.

Тургун тугунчали эшакем бемор терисидаги қаварчиқли тошмаларнинг узок туриши ва папулаларга айланиши оқибатида вужудга келади. Бунда теридаги чегараланган шиш ўрнини аста-секин лимфоцитлардан иборат инфилтрат эгаллайди ва гиперкератоз, акантоз жараёни кузатилади. Тошмалар асосан қўл ва оёқнинг ёзувчи соҳаларига тошиб, қизғиш-қўнғир рангда бўлади.

Қуёш (офтоб) таъсирида вужудга келадиган эшакем — фотодерматозлар гуруҳига мансуб бўлиб, асосан жигар хасталиги ва порфирин модда алмашинуви бузилган ҳамда қуёш нурига нисбатан ўта сезувчан кишиларда учрайди. Қасаллик баҳор ва ёз ойларида кўзиб, баданнинг қуёш нури тушиб турадиган очик жойларида (юз, қўл, бўйин) учрайди. Тошма элементлари оддий эшакемдаги элементлардан фарқ қилмайди.

Гистопатологияси. Ўткир яллиғланиш жараёни билан

ифодаланади. Эпидермисда хужайралар орасида шиш, дерманинг сўргич қаватида эса — сероз суюқликнинг тўпланиши, бириктирувчи тўқиманинг мўртлашуви, томирлар атрофида эозинофил, лимфоцит ва гистиоцитлардан иборат инфильтрат кузатилади.

Диагнози. Эшакемни аниқлаш қийин эмас. Қасалликни строфулюс, ҳашаротлар чақишидан келиб чиққан дерматитлар, ҳамда Дюрингнинг герпетиформ дерматитидан фарқлай билиш лозим.

Давоси. Биринчи галда касалликни келтириб чиқарган омилларни (меъда-ичак ва асаб системаси патологияси, сурункали инфекция ўчоқлари ва бошқалар) аниқлаш ва уларни бартараф этиш зарур. Гипосенсибилизацияловчи, антигистамин ва тинчлантирувчи дорилар тавсия этилади, оғирроқ ҳолларда стероидли препаратлар ичиш буюрилади. Ўткир эшакемда сурги, тозаловчи ҳуқна қилиш, сийдик ҳайдовчи дорилар (фуросемид, лазикс ва бошқалар) бериш мақсадга мувофиқ.

Маҳаллий даво сифатида сув ва қўргошинли паста, чайқатмалар, гормонал малҳам ва кремлар ишлатилади. Беморларга парҳез қилиш тавсия этилади.

ТАНГАЧАЛИ ТЕМИРАТКИ (ПСОРИАЗ, PSORIASIS)

Псориаз — анчагина тарқалган тери касалликларидан бири. У мультифакториал табиатга эга бўлиб, эпидермисда хужайраларнинг гиперпролиферацияси, кератинизациясининг бузилиши, дермада эса яллиғланиш реакцияси ва турли аъзо ва системаларда патологик жараёнлар билан кечади.

Псориаз тери касалликлари орасида 5—10 фоизни ташкил қилади. У айниқса кейинги йилларда болалар орасида жуда кўп учрамоқда.

Этиологияси ва патогенези. Псориазнинг вужудга келиши ва ривожланишини тушунтирувчи бир неча назариялар (вирусологик, инфекцион, аллергик, невроген, ирсий, эндокрин, моддалар алмашинувининг бузилиши ва бошқалар) мавжуд.

Вирусологик назария тарафдорлари псориаз билан оғриган беморларнинг аъзо тўқималарида элементар заррачалар, специфик антителолар борлиги; лаборатория ҳайвонларига (денгиз чўчкаси, оқ сичқон ва қуёнлар) псориастик ўчоқдан олинган тўқима экстракти юборилганда улар терисида гранулематоз тўқималар ҳосил бўлиши, товук эмбрионининг хорион аллантоисиди «касаллик қўзғатувчисининг» культивация қилинишини асосий далил қилиб келтирадилар. Псориазнинг келиб чиқишида маълум бир қўзғатувчилар борлигини исботловчи қуйндаги далиллар мавжуд: псориастик жараён фақат маҳаллий бўлмай, унинг умумий хусусиятларга эга бўлиши, шунингдек ўчоқли ин-

фекциялар ва касалликнинг клиник кечиши (Учоқларнинг марказидан периферия томон кенгайиши, суяк ва бугимларнинг ревматоидли полиартрит каби шикастланиши, касалликнинг беҳосдан ҳарорат кўтарилиши билан бошланиши) шулар жумласидандир. Олимлардан — Лендеберг, Провачек, А. Ф. Ухин, А. М. Кричевский вирусли назарияни қўллаб-қувватласалар, бошқа олимлар (И. М. Шербаков, Walfgam) бу назарияни ёқламайдилар, чунки псориаз билан оғриган бемор қонини бошқа касалликдан оғриган кишига қуйганда псориаз юқиши кузатилмаган.

Ирсий назария тарафдорлари псориаз авлоддан-авлодга ирсий йўл билан (масалан, она томонидан буваси, тоғаси ёки ота томонидан бувиси ёки аммаси) ўтадиган касаллик деган фикрдалар. Бунда псориаз 20—37% ота томондаги авлодларда учрайди. Агар соғлом ота-онадан тугилган бола псориаз билан оғриган бўлса, кейинги туғиладиган боланинг псориаз билан оғриш эҳтимоли 17 фоизни ташкил этади. Ота-онанинг бири псориаз билан оғриси, у ҳолда уларнинг болаларида псориаз учраш эҳтимоли 25%, уларнинг ҳар иккиси ҳам касалланган бўлса, у ҳолда бу эҳтимоллик 75% ниташкил этади. Масалан, Фарер ороли аҳолисининг 1/3 қисми текширилганда, уларнинг 2,84% псориаз билан оғригани ва 91% беморда оилавий псориаз борлиги аниқланган. В. Н. Мордовцев ва бошқа олимлар томонидан псориаз мультифакториал ҳусусиятга эга эканлиги ишлаб чиқилди. Хужайраларнинг бўлиниши ва кўпайиши протоонкогенлар томонидан назорат қилинади, турли сабаблар натижасида бундай генларнинг назорат қилиш қобилияти бузилади ва натижада эпидермиснинг активлиги ошади.

Псориаз ирсий табиатга эга эканлиги, унинг генетик маркери бўлиши — HLA системаси билан ассоциацияси исботлайди. Илмий маълумотларга қараганда псориаз кўпинча В 13, Вw 16, Вw 17, СТ 7 антигенлар билан боғлиқ. Псориастик артрит билан оғриган беморларда В 27 антигени тез-тез учрайди. Эгизаклардаги псориазнинг клиник кўринишлари бир-бирига жуда ўхшаш бўлиши ҳам ирсий назарияни исботлайди.

Инфекцион-аллергик назарияга мувофиқ псориаз пневмония, тонзиллит, грипп ёки бошқа сурункали инфекциялар билан касалликлардан сўнг вужудга келади. Псориаз билан оғриган беморларда (асосан гўдак ва ўсмир ёшдаги) антистрептолизин О ва антистрептокиназаларни, стрепто- ва стафилоаллергенларнинг юқори титрда бўлиши ҳамда бундай беморларни стрептоантиген ва стафилоанатоксин билан сенсбилизация ўтказганда беморлар ахволининг яшиланиши бу дерматознинг патогенезида стрепто- ва стафилококклар катта аҳмиятга эга эканлигини кўрсатади. Инфекцион-аллергик назария тарафдорларининг фикрича псориаз вирус, микроблар ва уларнинг ҳаёт фаолияти давомида ҳосил бўлган маҳсулотларга нисбатан аллергия реакциялар на-

тижасидир. Сурункали инфекциял касалликлар организмнинг қаршилиқ қилиш хусусиятини сусайтириб псориазик вируснинг организмга кириб келишига шароит яратади ва оқибатда аввал шу вирусга нисбатан ўта сезувчанлик, кейин эса аутоиммунлиқ реакциялар организмнинг генлари томонидан назорат қилиниб туради.

Невроген назарияси. Олимлардан А. С. Полотебнев, П. В. Никольский, Т. П. Павлов ва бошқалар псориази вазомотор невроз деб, П. В. Никольский эса псориаз асосида секретор вазомотор невроз ётади деб ҳисоблаганлар. Кўпчилиқ олимлар фикрича псориаз бу марказий нерв системасини трофик (озикланиш) хусусиятининг бузилиши оқибатида вужудга келади. Дерматолог ўз тажрибасида псориазининг турли хил стресс, нерв системаси фаолиятининг зўриқиши ва ҳар хил эмоционал ҳаяжонланишлар натижасида вужудга келишини жуда кўп кузатади. Псориазли беморларнинг кўпчилигида марказий ва вегетатив нерв системалари томонидан турли ўзгаришларни (невроз, диэнцефалит, вегетодистония ва бошқалар) кузатиш мумкин. Псориаз келиб чиқишида нерв системасининг муҳим аҳамиятга эга эканлигини организмда физиологик актив моддалар миқдорининг ошиб кетиши исботлайди. Масалан, псориаз билан оғриган бемор организм ва терисида гистамин, серотонин, катехоламин, ацетилхолин ва бошқа моддалар миқдори юқори бўлади. Лекин, невроген назария барча ҳолларда ҳам псориази келиб чиқишини мутлақо исбот қила олмайди. Масалан, ёш болаларда (туғилгандан сўнг ёки гўдаклиқ вақтида) псориаз вужудга келишидан аввал невроз ёки эмоционал бузилишлар кузатилмайди.

Модда алмашинувининг (асосан углевод, оқсил, ёғ) бузилиши туфайли эпидермис мугуз қаватининг ҳосил бўлиш жараёни ва эпидермопозининг нормал ритм билан ишлашида функционал ўзгаришлар содир бўлади. Псориаз билан оғриган беморлар организмда простогландин ва полиаминларнинг миқдори юқорилиги, D₃ витаминининг камайганлиги аниқланган.

Эндокрин ўзгаришлар назарияси. Псориаз эндокрин безлари фаолиятининг ўзгариши туфайли келиб чиқиши кўп йиллардан бери маълум, ҳомиладор аёлларда псориазининг клиник кечиши бунга мисолдир. Ҳомиладорликнинг биринчи ярми, аборт, туғиш ва лактациянинг тугаш даври псориази кўзгатиб, оғир кечишига олиб келади. Псориазининг клиник кечиши ҳомиладорликнинг иккинчи даврида бирмунча енгиллашади, ҳатто касаллик тузалиб кетиши ҳам мумкин. Бошқа эндокрин безларда ҳам қатор ўзгаришлар кузатилади. Псориазининг артропатик ёки эритродермияли турларида бўйрак усти беги пўстлоқ қавати ишлаб чиқарадиган глюкокортикостероид гормонлар миқдори камайд.

Эпидермисни биохимиявий текширишлар натижасида бу қаватда жойлашган кератиноцитларнинг бўлинишида циклик

нуклеотидларнинг муҳимлиги маълум бўлди. Циклик нуклеотидлар — ц. АМФ (циклик аденозинмонофосфат) ва ц.ГМФ (циклик гуанинмонофосфат)ларнинг теридаги миқдори ва уларнинг бири-бирига бўлган нисбати эпидермисдаги хужайралар пролиферациясини назорат қилади. Агар бу нисбат. ц. ГМФ томонига силжиса, у ҳолда теридаги пролиферация жараёни кучаяди. Ҳозирги вақтда циклик нуклеотидларга таъсир этувчи омиллардан арахидон кислотаси, лейкотриен, полиаминлар (спермин, спермидин) олимларимиз томонидан синчковлик билан ўрганилмоқда.

Псориаз касаллигининг вужудга келишида иммун система-сининг ҳам аҳамияти катта. Беморлар эпидермиснинг мугуз каватига қарши антителолар топилиши, базал хужайралар ядросига қарши антителалар ишлаб чиқарилиши, IgA, IgG синфига мансуб бўлган иммуноглобулинлар миқдорининг ўзгариши, Т — лимфоцитлар умумий миқдорининг камайиши, янги тошмаларда Т — хелперлар сонининг кўпайиши бу дерматоз патогенезида иммунологик ўзгаришлар муҳим ўрин тутушидан далолат беради.

Клиникаси. Псориазнинг клиник манзараси кўпчилик ҳолларда аниқ ифодаланган бўлади: думалоқ шаклли, пушти ранг доғлар пайдо бўлиб, уларнинг усти кумуш ранг тангачалар билан қопланади. М. С. Пильнов псориастик тошмаларнинг пушти рангда бўлишига эътибор берган («Пильнов симптоми»). Аста-секин тошмалар ҳажми катталаниб, инфильтрация кучаяди, улар устидаги тангачалар эса кўпаяди. Тошмаларнинг бундай ўзгариши натижасида тугунчалар ва пилакчалар ҳосил бўлади (26-расм). Псориаз диагностикасида ўзига хос учта симптом (псориастик триада) ва Кебнер феномени ёки изоморф реакцияси характерли. Псориастик триада папуларни тирнаш йўли билан юзага келади, у учта феномендан иборат: 1) оқ-кумуш тангачали кепакланиш (стеарин ёки шам ёғи феномени), 2) тангачалар олиб ташлангандан сўнг нам ялтираган юза ҳосил бўлиши (терминал ёки псориастик парда феномени), 3) тирнаш давом эттирилса қонли нуқталар юзага келиши (Auspitz ёки қонли шудринг феномени) кузатилади, бу феноменлар патогистологик ўзгаришлар (паракератоз, акантоз, папилломатоз) натижасида келиб чиқади. Псориаз билан оғриган бемор терисида механик, кимёвий (тирнаш, пичоқ ёки ўтқир буюмлар билан терини кесиб олиш, нурланиш, ишқаланиш, қуйиш) омиллар туфайли тошмалар тошиши — изоморф реакция ёки Кебнер феномени деб аталади. Бирор таъсиротдан сўнг 7—10 кун ўтгач изоморф реакция ҳосил бўлади, лекин бу муддат қисқариши (3 кун) ёки узайиши ҳам (21 кун) мумкин. Псориаз билан оғриган беморларнинг кўпчилиги тери қичишига, баъзилари эса терининг қуриб тортишишига шикоят қиладилар. Псориазнинг клиник кечишида 3 давр тафовут қилинади: зўрайиб борадиган (прогрессив), стационар, регрессив

даврлар. Касалликнинг зўрайиб борадиган даврида янги тугунчалар пайдо бўлиб, баданнинг қичишиб туриши, эски элементларнинг кенгайиши ва папулалар атрофида қизил гардиш, яъни яллиғланиш гултожиси, Кебнер феномени ва псориастик триада пайдо бўлиши билан белгиланади. Стационар даврда янги тошмалар тошиши, гултожли яллиғланишнинг периферияга қараб ўсиши тўхтабди. Регрессив даврда тошмалар яссиланиб, ранги ўчади, тангачалар ҳосил бўлиши камаёди ёки тўхтабди, папулалар атрофида депигментли гултожи пайдо бўлади (Вороновнинг псевдоатрофия гултожиси). Папулалар марказидан ёки периферик қисмидан сўрила бошлайди. Элементлар сўрилгандан сўнг кўпинча депигментли, баъзан гиперпигментли доғлар қолади. Псориаз турли омиллар (иклимий, невротик, эндокрин бузилишлар ва бошқалар) таъсирида кучайиши мумкин. Псориазнинг метеорологик ва иқлимга нисбатан ёзги (рецидив — ёзда учрайди), қишки (рецидив — қишда учрайди) ва аралаш хиллари бор. Псориазнинг қишки тури кўпроқ учрайди.

Гистопатологияси: Эпидермисда паракератоз, акантоз, ҳужайралар ичида шиш, ҳужайралар орасида дермадан келган нейтрофилларнинг йиғилиши (Мунро микроабсцесси) кузатилади. Тугунча устидаги мугуз қават қалинлашади, у асосан таёқчасимон ядрога эга бўлган паракератотик ҳужайралардан иборат бўлади. Мугуз қавати ҳужайралари орасида жуда кўп тирқишлар бўлиб, улар ҳаво билан тўлганлиги сабабли тангачалар кумушсимо кўринишга эга бўлади. Эски тошмаларда паракератозга нисбатан гиперкератоз кўпроқ шаклланади. Донадор қават йўқолиши ёки бир қаватли ҳужайралардан иборат бўлиши мумкин. Дермада папилломатоз кузатилади. Сўргичсимон қаватнинг капиллярлари кенгайиб, қон билан тўлганлиги яққол кўзга ташланади. Сўргичсимон қаватда ва унинг остида лимфоцит ва гистиоцитлардан иборат яллиғланиш инфильтрати бўлади.

Псориазнинг клиник кўринишлари. Себореяли псориаз себореяли субъектларда учраб, клиник жиҳатдан себореяли экземани эслатади. Псориастик тошмалар себореяли тери сатҳида — юз, бошнинг сочли қисми, кўкрак ва тери бурмаларида жойлашган бўлади. Тошмалар чегараси соғлом теридан аниқ ажралиб туради, улар қуруқ ва оқ-кумушсимо тангачалар билан эмас, балки сарғиш тангачалар билан қопланган бўлади.

Интертригинозли псориаз асосан ревматизм, диабет билан оғриган, семиз ва ўта сезувчан кишиларда, баъзан кўкрак ёшидаги болаларда учрайди. Бунда тошмалар оёқ, қўл бўғимларнинг букулувчи юзаларида, қўлтиқ ости, чов соҳасида жойлашади. Тошмалар нумуляр экссудатив пилакчалар кўринишида бўлади, касаллик қичишиш ва ачишиш билан кечади.

Псориаз эритродермияси. Касалликнинг бундай кли-

ник кўриниши псориаз билан оғриган беморларнинг 1—3% ида учрайди. Псориазнинг бу турини оддий вульгар псориазнинг мураккабланиши деса ҳам бўлади. Чунки у асосан псориастик терига ноҳуш омиллар таъсир қилиши ёки псориазни нотўғри даволаш натижасида вужудга келади. Масалан, юқори концентрацияли малҳамларни қўллаш, шунингдек турли ўсимлик экстрактларидан ванна қабул қилиш шулар жумласидандир. Кучли стрессдан сўнг ҳам эритродермия ҳолати кузатилади, бунда тери равшан қизил рангда, шишган, инфильтрацияга учраган бўлади. Яллигланган тери устида майда ва йирик пластинкали тангачаларни, соч тўкилишини учратиш мумкин. Лимфатик тугунлар катталашади, тирноқлар деструкцияга учрайди. Йирингли паронихиялар вужудга келади. Беморлар кичишиш ва тери тортилишига шикоят қиладилар. Псориастик эритродермияни бошқа эритродермиялардан ажратиш жуда қийин.

Артропатик псориаз. Псориазнинг бу тури кам учраши ва оғир кечиши билан ифодаланади. Бунда асосан йирик ҳамда майда бўғимлар зарарланади, патологик жараён кўпроқ панжа ва товоннинг майда бўғимларида, тиззада, умуртқаларда учрайди. Беморларни бўғимлардаги кучли оғрик безовта қилади, оғрик айниқса ҳаракат қилганда кучаяди.

Пустулёзли псориазнинг икки Zumbusch ва Barber тури мавжуд. Zumbusch псориази кўпинча вульгар псориаздан келиб чиқади, лекин у бирламчи бўлиши ҳам мумкин, яъни псориастик тошмалар бўлмаган терида йирингли элементлар пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Ҳарорат кўтарилади, ҳолдан тойиш, лейкоцитоз кузатилади. Терида кўпгина эритематоз ўчоқлар пайдо бўлиб, улар тез орада бутун баданга тарқалади, турли ранг ва шаклга эга бўлади. Шу орада аста-секин майда пустулёз элементлар пайдо бўла бошлайди, кейинчалик йирингчалар қотиб сариқ, жигарранг пўстлоқларга айланади. Қасаллик баъзан жуда оғир ўтади, хатто ўлимга сабаб бўлиши ҳам мумкин. Пустулёз псориазни иккинчи тури (Barber) учун кўпинча тошмаларнинг оёқ ва қўл қафтида симметрик бўлиб жойлашиши, шунингдек пустулёз ва псориазиформ ўчоқлар вужудга келиши характерли. Бунда пустила ичидаги суюқлик стерил бўлади. Баъзан тошлар бутун бадан терисига тарқалиши мумкин. Псориазда тирноқлар зарарланиши ҳам бот-бот учрайди, Бунда улар юзасида узунасига кетган чизиқлар, чуқурчалар («ангишванна» симптоми) пайдо бўлади, тирноқ ранги хиралашади.

Псориаз тошмалари шиллик қаваатларда жуда кам учрайди. Оғиз шиллик қаваатида тошмалар пайдо бўлиши тиш тирнаши, спиртли ичимликлар оқибатида рўй беради (Кёбнер феномени). Тошмалар думалоқ, овал шаклда бўлиб, шиллик қаваатдан кўтарилиб туради, пушти-қизил гултожиси бўлади.

Давоси. Псориазнинг этиологияси тўла аниқланмаганлиги-

га карамай уни келтириб чиқарувчи омилларни (модда алмашинувининг бузилиши, рухий изтироб, инфекция ўчоқлари, эндокринопатия ва бошқалар) бартараф этиш зарур. Қасаллик зўрайган даврида терига кучли таъсир этувчи малҳамлар (5% ли салицил малҳами, псориазин, хризаборин ва бошқалар) суртиш ярамайди. Псориазни даволашда бир неча усуллардан фойдаланилади:

1. Умумий даво, бунда антигистамин (димедрол, пипольфен, тавегил, диазолин) ва десенсибилизацияловчи (кальций препаратлари, натрий тиосульфат) дорилар буюрилади; А, С, Е, В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅ витаминларини қўллаш мақсадга мувофиқ. Қасалликнинг стационар ва регрессив даврларида юқоридаги даво воситаларидан ташқари гамма-глобулин, пирогенал ва турли хил биостимуляторлар тавсия этилади.

2. Глюкокортикоидлар асосан псориаз оғирроқ кечганида (псориаз эритродермияси, артропатияси, пустулёзли псориаз) ишлатилади. Гормонларнинг кундалик миқдори касалликнинг клиник кўринишига боғлиқ бўлиб, беморнинг ҳар килограмм вазнига 1 мг дан то 2 мг гача буюрилади. Псориастик артритни даволашда бутадиион, бруфен, румолон, пирабутол, реопирин ва бошқа ревматизмга қарши дориларни стероидли гормонлар билан бирга қўллаш даволаш самарасини оширади.

3. ПУВА-терапия псориазни даволашда муҳим восита, у асосан псориазни тарқалган хилида қўлланилади. Унинг таъсир этиш механизми, қўллаш усули «Тери касалликларини даволашнинг асосий тартиби» бўлимида қайд этилган.

4. Иммунодепрессантлар. Метотрексат псориазни даволашда кенг қўлланилади. У таблетка (2,5 мг) ёки эритма ҳолида (5 мг мускул орасига) ишлатилади. Метотрексатинг маълум бир даво цикли бор, яъни бемор бу дорини 5 кун давомида ҳар кун 5 мг дан қабул қилади ва 3 кун дори ичмай дам олади. Шундай цикл бир неча бор такрорланганда терида янги тошмалар тошиши тўхтайтилади ва эскилари регрессга учрайди. Бундай даво циклини олаётган вақтда бемор клиник ва лаборатория назорати остида бўлиши зарур. Метотрексат қабул қилинаётганда кўнгил айнаш, диарея, стоматит, шиллик қаватда яралар пайдо бўлиши, қонда эса лейкопения, анемия ҳоллари кузатилади. Иммунодепрессантлардан азотиоприн, 6- меркаптопурин, Сандиммун ва бошқалар ҳам кенг қўлланилмоқда.

5. Ретиноидлар (А витаминининг синтетик препаратлари) теридаги пролиферация ва кератинизация жараёнларини барқарорлаштиради. Тигазон, неотигазон шулар жумласидандир. Ретиноидлар беморга 0,5— 1 мг/кг ҳисобидан ҳар кун буюрилади, орадан маълум кун ўтиб даво самараси кўрингач, дорини кунора бериш тавсия этилади. Псориастик тошмалар регрессга учраган сари ретиноидларнинг миқдори камайтирилиб, сўнг тўхтатилади.

Ретиноидларни ПУВА-терапия билан биргаликда қўллаш (РЕ-ПУВА-терапия) даво самарасини оширади.

Маҳаллик даво Лоринден, Випсогал, Целестодерм, Флюцинар ва бошқа стероидли малҳамлардан иборат. Қасалликнинг стационар ва регресс босқичларида теридаги инфилтратларни тез сўрилтириш мақсадида нафталан (5—10—20%), ихтиол (5—10%) ва бошқа малҳамларни ишлатиш мумкин. Санатория-курортларда дам олиш тавсия этилади (Чимён, Чортоқ, Қисловодск ва бошқалар).

ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ (LICHEN RUBER PLANUS).

Қизил ясси темирткини Wilson (1869 йил) аниқлаб, унда учрайдиган бирламчи элементни батафсил ифодалаган. Қизил ясси темиртки тери касалликларининг 0,5% ини ташкил этади.

Этиологияси ва патогенези. Тўлиқ аниқланган эмас, илмий адабиётларда касаллиқнинг келиб чиқишида турли назариялар (вирусли ёки инфекция, невроген, ирсий, токсик, иммунологик) мавжуд.

Вирусли назария тарафдорлари беморлар терисида филтрланувчи вируслар учраб, улар ўз активлигини организмнинг иммунобиологик ҳимоя қобилияти сусайган даврда кучайтиради деган фикрни айтадилар. Л. Н. Машкиллейсон (1965) вирусли назарияни тасдиқловчи қуйидаги мезонларни келтиради: 1. Қизил ясси темиртки билан оғриган беморлар терисида вирусга ўхшаш ва бошқа инфекция агентларнинг бўлиши; 2. Қизил ясси темиртки беморнинг бошқа оила аъзоларида ҳам учраши; 3. Тошмалар ўраб олувчи темиртки сингари жойлашиши, қонда лимфоцитоз, шунингдек лимфа тугунларининг катталашиши ва бошқалар; 4. Баъзан беморларни антибиотиклар билан даволаш яхши натижа беради. Лекин ҳозирга қадар беморлардан вирус ажратиб олинмаган.

Қўпгина олимлар касалликнинг вужудга келишини нерв системаси фаолиятининг бузилишига (эмоционал ҳаяжонланиш, стресс) боғлиқ деб қарайдилар. Бунда тошмалар нерв толалари бўйлаб жойлашиши мумкин. Қўпчилик беморларда гипнотерапия яхши натижа беради.

Токсик (заҳарланиш) назарияга мувофиқ қизил ясси темиртки организмга турли хил дори-дармонлар таъсир этиши, аутоинтоксикация, меъда-ичак, жигар хасталиклари оқибатида вужудга келади. Антибиотиклар (стрептомцин, тетрациклин), олтин, йод, кўрғошин препаратлари, фтивазид ва бошқа дорилар таъсирида қизил ясси темиртки келиб чиққанлиги маълум.

Иммуноаллергик назария тарафдорларининг фикрича беморлар қонида ва терисида Т-ҳужайралар сонининг камайиши, Т-

лимфоцитлар субпопуляциясидаги нисбатнинг ўзгариши кузатилади. Моноклонал антителолар ёрдамида дермал инфилтратда Т-хужайралар ва Т-супрессорларнинг камайиши натижасида Т-хелперлар-Т-супрессорлар коэффициентининг ошиши аниқланган. Дермо-эпидермал чегарада Лангерганс хужайралари сонининг ортиши, Ig M-нинг чўкиши иммуноаллергик назарияни яна бир бор исботлайди.

Клиникаси. Касалликнинг асосий клиник-морфологик элементи дермо-эпидермал папулалар бўлиб (диаметри 1—3 мм), унинг қуйидаги ўзига хос хусусиятлари бор: 1) полигонал, ясси шакли; 2) папулалар юзасида (асосан марказда) киндиксимон ботиқ бўлиши; 3) периферияга қараб ўсиши; 4) тошмалар устига ўсимлик мойи суртилса, тўрсимон шакллар вужудга келиши — Уикхем белгиси (эпидермис донатор қаватининг нотекис кенгайиши); 5) ўтувчан ёруғликда папулалар юзасининг пушти-бинафша рангда ялтираб туриши. Тошмалар аксарият қўл ва оёқнинг букилувчи сохаларида (тирсак олди, билак, оёқда) юзага келиб, сўнг бутун баданга тарқалиши мумкин (27- расм). Тошмалар баъзан оғиз бўшлиғи ва жинсий аъзоларнинг шиллиқ қавати, кўпроқ лунжларда оқимтир тасмалар шаклида учраб, бир-бири билан қўшилиб, пилакчалар ҳосил қилади. У сурункали давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олган даврида, янги-янги тошмалар тошади ва улар катталашиб боради. Кейин касаллик стационар даврга ўтади, бунда папулалар аста-секин сўрилиб ўрнида тўқ жигарранг доғ қолади; терининг таъсирланган жойида ёйлар кўринишида жойлашадиган папулалар пайдо бўлади. Касаллик қаттиқ кичишиш билан кечади. Қайталаниш анча кам учрайди. Қизил ясси темираткига Кёбнер изоморф реакцияси ҳам хос. Баъзан тирноқлар ҳам ўзгариб ранги хиралашади, устида узунасига кетган чизиклар пайдо бўлади.

Қизил ясси темираткининг бир неча хили бор:

1. Гипертрофик, сўгалсимон хили тугунчаларнинг гиперплазияси натижасида вужудга келади. Ҳосил бўлган пилакчалар пушти, қизил-кўнгир рангда бўлиб, уларнинг усти сўгалсимон гиперкератотик катламлар билан қопланган бўлади. Бундай тошмалар атрофида қизил ясси темираткининг типик тошмаларини учратиш мумкин.

2. Атрофик ва склеротик хилида папула ва пилакчалар сўрилиб терида атрофик ва склеротик ўзгаришлар қолиши мумкин. Чандиксимон атрофия очик рангда бўлгани учун баъзи дерматологлар уни оқ темиратки деб юритадилар. Бунда тошмалар бўйин, қўл, кўкрак ва қорин соҳасида учрайди. Баъзан бошнинг сочли қисмида атрофик ўзгаришлар псевдопелладага ўхшайди ва у қўл ҳамда оёқларнинг ёзувчи юзаларида жойлашган фолликуляр кератоз билан бирга кечади. Буни Литтл-Лассюэр симптоми деб аталади.

3. Пемфигоидли ёки пуфакли хилида қизил ясси темираткининг типик элементлари билан бирга катталиги нўхат ёки олчадек келадиган ичи сероз ёки қон-серозли суюқлик билан тўла пуфакчалар тошади.

4. Монилиформ қизил темираткида катталиги олча данагидек келадиган маржонсимон (moline — маржон, шода) тошмалар тошиши кузатилади. Улар асосан пешона, қулоқ супраси, қорин, думба териларида учраб, кўриниши мунчокни эслатади.

5. Ўткир учли хилида ясси тугунчалар билан бирга учли ёки конуссимон тугунчалар учрайди, улар асосан фолликуларларда жойлашади. Тошмалар бошнинг сочли қисмида бўлса, кичик-кичик атрофияли чандиклар юзага келиши мумкин.

6. Ҳалқасимон қизил ясси темиратки кўпинча эркакларнинг жинсий аъзоларида учрайди. Қасалликнинг бу тури тошмалар ўртасидан сўрила бошлаши натижасида вужудга келади.

Қизил ясси темираткининг псориазиформ, узунчоқ ва зоостриформ хиллари ҳам учрайди.

Гистопатологияси. Эпидермиснинг ҳамма қавати қалинлашади, акантоз, гиперкератоз кузатилади. Донадор қават бир текисда қалинлашмайди, яъни гипергранулёзли донатор қават нормал қалинликдаги донатор қават билан кетма-кет келади. Дерманинг устки қаватида папилломатоз, асосан лимфоцитлардан ташкил топган инфильтрат кузатилади.

Диагнози. Қизил ясси темиратки рўйроост намоён бўлганида диагноз қўйиш қийин эмас. Бунда ясси, полигонал ўртаси киндиксимон ботик пушти-бинафша тугунчаларга, уларнинг жойланишига ва Кёбнернинг изоморф реакциясига аҳамият бериш талаб этилади. Тошмалар жинсий аъзоларнинг шиллик қаватларида бўлса, уни захм билан таққослаш керак. Захмга текширганда қонни серореакциясини қилиш, пилчираган тугунлардан оқ трепонемаларни излаш, қасаллик анамнезини йиғиш муҳим. Қизил ясси темиратки тугунчаси устида Уикхем тури борлиги, атрофиянинг йўқлиги, уни эритематоздан ажратиб туради.

Давоси. Биринчи навбатда қасалликни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш, инфекция ўчоқларини санация қилиш лозим. Қасаллик ўткир кечганида антибиотиклар (тетрациклик қаторидан — тетрациклин, хлортетрациклин 1.000.000 дан 10 кун), кальций тузлари эритмаси, натрий гипосульфит инъекция ҳолида тавсия этилади. Тинчлантириш мақсадида бром препаратлари, транквилизаторлар буюрилади. Витаминлар (РР, В₁, В₆, В₁₂), антигистамин дориларни қўллаш даволаш самарасини оширади. Қасаллик клиник жиҳатдан оғирроқ кечганида стероидли гормонлар тавсия қилинади, уларнинг миқдори 30 мг дан 100 мг гача бўлиши мумкин. Сурункали қизил яс-

си темирткини даволашда делагил, резохин, хингамин препаратлари, стероидли гормонал воситалар билан бирга қўлланилади. Беморни гипноз ва электр таъсир эттириш йўли билан ухлатиб даволаш, бўйнидаги симпатик тугунларни диатермия, паравертебрал блокада қилиш, бел соҳасида индуктотермия ўтказиш ҳам яхши натижа беради. Баъзан эса ПУВА-терапия тавсия этилади.

Маҳаллий даво ментол ва карбол спирти, глюкокортикоидли малҳамлардан иборат. Қасалликнинг гипертрофик турида тошмаларни диатермокоагуляция қилиш, CO_2 , суяқ азот билан куйдириш, улар атрофидан гидрокортисон эмульсияси ёки стероидли гормон эритмалари билан инъекция қилиш тавсия этилади. Қасалликнинг ремиссия даврида беморга санатория (Чимён, Чортоқ) ва курортларда даволаниш буюрилади.

БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН КАСАЛЛИКЛАР (КОЛЛАГЕНОЗЛАР, РЕВМАТИК КАСАЛЛИКЛАР)

Организмдаги иммунологик гомеостазнинг бузилиши оқибатида бириктирувчи тўқима элементлари ва қон томирлар системалари зарарланади. Бириктирувчи тўқимадаги патологик ўзгаришлар коллагенозлар термини билан юритилган. Ҳозир бу ўринда ревматик касалликлар термини қўлланиладиган бўлди. Бу гуруҳга ревматизм, рематоид артрит, Бехтерев касаллиги, системали қизил югурук, системали склеродермия, тугунли периартрит ва дерматомиозитлар киради. Бу касалликлар асосан бириктирувчи тўқимада авж оладиган дезорганизация жараёни, шунингдек паталогоанатомик жиҳатдан мукоидли шиш, фибриноид ўзгаришлар, ҳужайраларнинг яллиғланиши ва склероз билан ифодаланади. Лекин бу гуруҳга кирувчи ҳар бир касаллик қайси аъзо ва системани зарарлашига қараб ўзининг клиник-морфологик хусусиятига эга.

ҚИЗИЛ ЮГУРУК (ҚИЗИЛ ВОЛЧАНКА, LUPUS ERYTHEMATODES).

Қизил югурук — сурункали касаллик бўлиб, асосан ёзда қўзиб туриши билан ифодаланади. Бу дерматоз тери касалликларининг 0,45—1,5% ини ташкил қилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан кўпроқ касалланадилар. Қизил югурук асосан ташқи муҳит омиллари (куёш нури, совуқ, шамол ва кўпинча ҳароратнинг кескин ўзгариши) таъсирида бўладиган кишиларда кўпроқ учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Қасалликнинг келиб чиқиши ҳозирча номаълум, лекин унинг пайдо бўлиш сабабларини тушунтирувчи бир қанча назариялар мавжуд. Баъзи (тарихий назария) олимлар қизил югурукнинг пайдо бўлишини сил касаллиги билан боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Чунки қизил югурук билан оғриган бемор организмда сил ўчоқларининг топилиши, шунингдек терида силга хос гистологик ўзгаришлар бўлиши ва силга қарши ишлатиладиган дорилар бу касалликка ҳам яхши қор қилиши маълум.

Ҳозир сил касаллиги анча камайгани билан қизил югуруkning бот-бот учраб туриши, шунингдек теридаги касаллик ўчоқларида сил бактериясининг топилмаслиги сил назариясининг асосизлигини кўрсатади.

Инфекцион назария эса қизил югурук инфекциясидан кейин пайдо бўлади ва ривожланади деб тушунтиради. Беморларда гемолитик стрептококкнинг топилиши бу назария тарафдорларининг асосий исботидир. Лекин антибиотиклар таъсирида (асосан пеницилин) инфекциясидан асосда қўзғатилган ва ривожланган касаллик даво топмай, аксинча, авж олади.

Ҳозирда қизил югурук билан оғриган беморлар қонида LE хужайралари ва хужайралар ядросига қарши антителоларнинг топилиши уни аутоиммун касаллик деб ҳисобланишига сабаб бўлди.

Қизил югурук кўпинча турли хил дорилар (гидролизин, антибиотиклар, сульфаниламидлар, вакциналар, зардоблар), инфекциясиз агентлар (стрептококк ва вируслар) ҳамда ташқи муҳит омиллари (ультрабинафша, инфракизил нурлар, радиация ва бошқалар) таъсирида юзага чиқади. Қасаллик баъзан ирсий табиатга эга бўлиб, доминант йўл билан намоён бўлади. Организмда сурункали инфекциясиз ўчоқлар бўлиши, фотосенсибилизация, совуққа ўта сезувчанлик, вегетатив ва марказий нерв системалари ҳамда нейрэндокрин аъзолар фаолиятининг бузилиши патогенетик жиҳатдан аҳамиятга эга.

Классификацияси. Қизил югурук бўйича умумий қабул қилинган классификация йўқ. Кўпчилик дерматологлар қуйидаги классификациядан фойдаланадилар. Қизил югуруkning сурункали (сурункали чандиқ ҳосил қилувчи эритематоз), ўткир ёки системали (ўткир эритематоз), шунингдек ўртача ўткирликда кечадиган хиллари фарқ қилинади. Қасалликнинг системали шаклида тери билан бирга ички аъзолар ҳам жароҳатланади; қизил югурук одамларнинг юз қисмида кўпроқ учрайди.

Қизил югуруkning сурункали хили қуйидаги клиник кўринишларга эга: дискоидли (ҳалқасимон), диссеминацияланган, Биеттнинг марказдан қочувчи эритемаси ва Капоши-Иргангнинг чуқур шаклидаги қизил югурук. Қасаллик бошланишида субъектив белгилар деярли кузатилмайди. Кўпинча қизил югу-

1) рук сурункали ҳалқасимон шаклда намоён бўлиб, тошмалар терининг турли соҳаларига тошиши мумкин. Тошмалар асосан юзда аниқ чегараланган пушти қизил рангли, четга томон ўсиб, бир-бири билан қўшилишга мойил бўлган доғлар кўринишида намоён бўлади. Дастлаб доғлар усти кепакланмайди, лекин кейинчалик кепаксимон тангачалар пайдо бўлиб, улар терига маҳкам ўрнашиб қолади.

Доғлар катталлашиб йирик доғларга айланади, яллиғланиш бироз кучаяди. Шу даврда кипикланиш ҳам кучаяди, кипикни секин-аста тирноқ билан тирнасақ кўчиб чиқади, кипик тагида бўртмачалар кўринади. Қипиқ тирналган вақтда бемор бирмунча оғриқ сезади, шунинг учун бошини орқага тортади. Бу Бенье-Мешерский симптоми деб аталади. Қипиқлар кўчирилганда унинг тагида бўртмачалар борлиги («аёллар пошнаси» симптоми) ва тангачалари тушган терида воронкасимон шакл ҳосил бўлиши (фолликуляр гиперкератоз) кузатилади. Шундай қилиб касаллик авж олган даврида 3 хил манзара: марказий чандиқли атрофия, ўрта-гиперкератозли ва перифериядаги қизарган жой кўзга ташланади. Шу билан бирга касаллик ўчоқларида телеангиоэктазия, депигментация, гиперпигментациялар ҳам учрайди. Касаллик терининг юз қисмида учраганда унинг шакли худди қапалакка ўхшайди (28-расм). У баданнинг бошқа соҳаларида бошнинг сочли қисмида, кулоқда, бўйинда, қоринда, қўл-оёқларда ҳам учраши мумкин. Тошмалар бошнинг сочли қисмида бўлса, соч тўкилиши (алопеция); оғизнинг шиллиқ қаватида эса лейкоплакия, эрозия ва яралар кузатилади. Лабларда шиш ва ёриқлар пайдо бўлади. Касалликнинг диссеминацияли турида унча катта бўлмаган жуда кўп тошмалар юзда, бошнинг сочли қисмида, бўйинда ва кўкрак қафасининг юқори қисмларида маржон сингари жойлашиб системали қизил югурукни эслатади.

Лекин бу тошмалар чегараси аниқ ва яллиғланмаган бўлади. Бирок қизил югурукнинг бу турида беморнинг умумий аҳволи бироз ўзгаради, ҳарорат субфебрил бўлиб, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади, лейкопения, анемия, бўғимларда ва мускулларда оғриқ кузатилади. Беморларнинг кўпчилигида сурункали инфекция ўчоқлари (сурункали тонзиллит, синусит, отит, тиш карисеси ва бошқалар) аниқланади. Баъзи бир олимлар касалликнинг диссеминацияланган хилини ҳалқасимон ва системали қизил югуруklar орасидаги ўтувчи шакли деб таърифлайдилар. Касаллик йиллаб давом этади, куз ва баҳор ойларида қайталаб туради.

3) Марказдан қочувчи эритема қизил югурукнинг юзаки хили бўлиб, Биет томонидан изоҳланган (1828). Касаллик юз терисида бир озгина шиш, чегараланган ва марказдан қочувчи эритема пайдо бўлиши билан бошланади. Эритемалар ранги пушти-қизил ёки кўк-қизил бўлади. Тошмаларда гиперкератоз ва чандиқли атрофия белгилари кузатилмайди. Марказдан қочувчи

эритема касалликнинг системали тури яқинлашаётганидан дарак беради.

И) Капоши Иргангнинг чуқур шаклидаги қизил югурукда тери ости клетчаткасида чуқур жойлашган туғунлар пайдо бўлади, маркази ботиқ бўлиб, атрофияланади, улар кўпроқ бош, елка ва кўлларда учрайди. Баъзан туғунлардан сўнг яралар вужудга келади.

Гистопатологияси. Эпидермисда — фолликуляр гиперкератоз, базал қават хужайралари атрофияси, дермада — лимфоцитлар, гистиоцитлар, плазматик хужайралар пролиферацияси, шиш, коллаген толаларининг дегенерацияси кузатилади.

Системали қизил югурук тўсатдан ёки сурункали эритематознинг зуриқиши оқибатида вужудга келиб, оғир кечади. Турли стресс ҳолатлар, инфекция, ультрабинафша нурлар таъсирида сурункали ёки диссеминациялашган қизил югурук системали хилга ўтиши мумкин. Касаллик кўпинча 20—40 ёшдаги аёлларда учрайди; ҳарорат кўтарилади, бўғимларда шиш, қизариш ва оғрик бўлади, бармоқ бўғимлари деформациялашади. Терига турли хил тошмалар тошади, улар тананинг барча қисмида ва шиллик қаватларда бўлиши мумкин. Эритематоз тошмалар усти тангачалар билан қопланиб, аста-секин тананинг боша қисмига тарқалади ёки бир-бирлари билан қўшилиб хийлагина жойни эгаллайди. Қизарган терида қаварчик, пўфак ва пўстлоқлар пайдо бўлади, беморларни қичишиш ёки ачишиш безовта қилади. Баъзан тошмалар кўп шаклли экссудатив эритемани ёки токсико-аллергик дерматитни эслатади. Айрим ҳолларда беморлар танасида ёки шиллик қаватида тошмалар бўлмаслиги ёки улар чегараланган бўлиши мумкин. Системали қизил югурукда ички аъзоларнинг кўпи — юрак, нерв ва кон-томир системаси (эндокардит, миокардит, флебит, Рейно синдроми, гипотония), ўпка (интерстициал пневмония, плеврит) баъзан меъда-ичак йўли зарарланади. Қизил югурукда буйрақларнинг зарарланиши анча хавфли бўлиб, нефрит билан бир қаторда васкулит, полисерозит, артрит, артралгия, перикардит, абдоминал синдром, туғунли периаартрит ва бошқалар кузатилади. Талоқ, жигар, лимфатик туғунлар катталашади; соч тўкилади, тери қуруқлашиб, тирноқлар мўртлашади. Беморнинг дармони қурийд, ҳарорати кўтарилади, бўғимлари, боши оғрийди; уйқусизлик, анорексия, кўнгил айнаши кузатилади.

Қизил югурук оғир кечганда бемор ётиб қолади, юра олмайди, озиб ҳолсизланади, камқувват бўлиб қолади. Шу даврда беморнинг қони лабораторияда текширилса LE хужайралари топилади, бу тўғри диагноз қўйишда катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари қонда лейкопения, лимфопения, гипергаммаглобулинемия, ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) ортиб кетиши кузатилади.

Гистопатологияси. Ички аъзолар ва теридаги коллагенларда фибринозли дегенерация ҳолати кузатилади. Эпидермис ҳужайраларида атрофия ва вакуолинизация, дермада эса лейкоцитлардан иборат инфильтрат бўлади.

Ўртача ўткир қизил югурук камроқ учрайди, у тўсатдан ёки сурункали ҳалқасимон қизил югурукдан кейин ривожланиши мумкин. Баданнинг ёпиқ турадиган қисмларида ҳам касаллик ўчоқларининг пайдо бўлиши, умумий аҳволнинг ўзгариши, бўғимларда оғриқ туриши, ҳарорат кўтарилиши касалликнинг шу шакли учун хос аломатлардан. Унинг клиник кўриниши қизил югурукнинг ўткир хилидагидек яққол кўзга ташланиб турмайди. Теридаги тошмалар сарамасни эслатади. Чегараланган шиш билан бирга гиперемия ва пўст ташлаш кузатилади. Терида эритематоз-папулёз тошмалар узоқ вақт сақланиб қолади ва кейинчалик сурункали гепатит, плеврит ва бошқа ички аъзоларда турли хил патологик ўзгаришлар бошланади.

Диагнози. Касалликнинг белгилари (эритема, фолликуляр гиперкератоз, чандиқли атрофия), кондаги ўзгаришлар (лейкопения, лимфопения, анемия, тромбоцитопения, гаммаглобулинемия, эритроцитлар чўкиш тезлиги — ЭЧТ нинг ошиб кетиши), LE ҳужайралари ва ядрога қарши антителолар топилиши тўғри ташхис (диагноз) қўйишда катта аҳамиятга эга.

Давоси. Даволаш касалликнинг хилига қараб белгиланади. Доирасимон қизил югурукда безгакка қарши воситалар (резохин, хингамин, плаквенил, делагил) 0,25 г дан 2 маҳал 5—10 кун буюрилади, орада 3—5 кун дам берилади. Бу дорилар буйрак усти безининг пўстлоқ қавати ишини тезлаштириб, бириктирувчи тўқимадаги модда алмашинувига таъсир этади ва фотодесенсбилизация рўй беради.

Системали қизил югурукда глюкокортикоидларни безгакка қарши воситалар билан бирга қўллаш яхши наф беради. Стероидли дорилар микдори касалликнинг клиник кечиши ва беморнинг аҳволига боғлиқ (ўрта ҳисобда преднизолон 60—70 мг дан тавсия этилади) ҳолда тайинланади. Шу билан бирга витаминлар (В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅, РР, С) билан даволаш мақсадга мувофиқ, чунки улар стероидли гормон ва безгакка қарши дорилар таъсирини кучайтиради. Маҳаллий даво воситаси сифатида гормонал малҳамлар, делагил эритмаси ишлатилади. Қуёш нури таъсиридан сақланиш мақсадида «Луч», «Весна», «От загара». 5% ли фтивазид ва 7% ли салол малҳамларидан фойдаланиш тавсия этилади.

СКЛЕРОДЕРМИЯ (SCLERODERMIA)

Склеродермия касаллиги ҳам бириктирувчи тўқималар фаолиятининг бузилишидан келиб чиқадиган касалликлар қаторига киради.

Этиологияси ва патогенези аниқланмаган бўлиб, олимлар ҳар хил фикр юритадилар: инфекция натижасида, нейрорэндокрин бузилишлар, аллергия ва иммунитетнинг пасайиши, шунингдек совқотиш ва бошқалардан.

Патологик жараён бириктирувчи тўқимадаги модда алмашинувнинг бузилиши билан бошланади ва натижада қон-томир деворларида ўзгаришлар вужудга келади. Олимлар фикрича, гиалурон кислотаси ва гиалуронидаза ферменти орасидаги муносабатнинг бузилиши муҳим; гиалуронидаза активлигининг камайиши, мукополисахаридларнинг тўқимада тўпланиши ва фибриноидли дегенерация ҳисобига коллаген синтези кучаяди. Баъзи олимлар склеродермия организмга кирган оқсилга қарши аллергия реакция бўлиб, бунда агрессив аутоантителолар ҳосил бўлади, касалликнинг қон қуйиш, вакцинация, зардоб қуйишдан сўнг бошланади деб ҳисоблайдилар. Склеродермияда коллаген, эластик, ретикуляр толалар, хужайралар ва уларни бириктириб (ёпиштириб) турувчи хужайралараро моддалар, қон томирлар ҳамда нерв толалари зарарланади. Қон зардобда аутоантителолар ва диспротеинемия (асосан гипергаммаглобулинемия), Т-лимфоцит ва В-лимфоцитлар сонига ўзгаришлар кузатилади.

Шундай қилиб, склеродермиянинг келиб чиқишида эндокрин ўзгаришлар: гипофиз-буйрак усти безлари фаолиятининг пасайиши, қалқонсимон ҳамда жинсий безлар дисфункцияси (асабий ҳолат, шикастланиш, генетик омиллар) патогенетик аҳамиятга эга.

Склеродермиянинг чекланган (пилаккли), диффуз (системали) ва аралаш турлари бор.

Чекланган склеродермияда сирти текис ва аниқ чекланган ялтироқ, қаттиқ консистенцияли пилакчалар пайдо бўлиб, уларнинг қатталиги тангадай ёки қўл қафтидай келади. Пилакчалар ранги сариқ кулранг бўлиб тери сатҳидан бироз кўтарилиб ёки пастроқ туради. Пилакчалар атрофи очбинафша хошия (lilas ring) билан чегараланган бўлади. Касаллик ўчоқлари асосан юз, қўл ва оёқларда учрайди. Касаллик 3 босқичда кечади: 1— шиш даври, 2— қаттиқлашиш даври, 3— атрофия даври. Дастлаб терида қизғиш пилакчалар вужудга келиб, тери бироз шишади ва ҳамирга ўхшаб қолади. Бир неча ҳафтадан сўнг тери қуришиб, тери ости тўқималарига ёпишиб, тери сифатини йўқотади, ёғочдек қаттиқлашиб қолади, устидаги туклар тўкилиб кетади. Кейинчалик касалланган жойдаги тери атрофияланиб, суякка ёпишиб қолади.

Чекланган склеродермиянинг йўл-йўл, юзаки ва оқ доғли, баъзан эса тубероз, ҳалқасимон ва пуфакли шакллари кузатилади.

Йўл-йўл склеродермияда кўпинча юз, пешона ва бурун усти териси зарарланади. Кўпроқ болаларда учрайди. Касаллик ўчоқлари нерв толаси бўйлаб, оёқ-қўлларда жойлашади,

бу эса касалликнинг келиб чиқишида нейротрофик ўзгаришларнинг аҳамияти катта эканлигини кўрсатади (29- расм).

9) Системали склеродермия анча оғир кечади. Кўпинча бу касаллик болалик ва ўсмирлик давридан бошланади, эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди. Касаллик дастлаб юз ва қўл бармоқларида, кейинчалик эса кўкрак ва оёқ терисида учрайди; шу жойларда шиш пайдо бўлади, у катталашиб, қаттиқлашади. Касаллик зўрайганида тери гаранглашиб, тери ости тўқималарига ёпишиб боради ва тери саргимтир тусга киради. Терининг баъзи жойларида қон томирларнинг кенгайиши (телеангиоэктазия) ёки терининг оқариши (дисхромия) кузатилади. Терининг гаранг тортилиши ҳисобига юз териси ва мускули кимирламай, қудди юз ниқобга ўхшаб қолади. Агар касаллик ўчоғи бурунда бўлса, у қуш тумшугига ўхшаб қолади, оғиз тешиги тораяди, лимфа тугунлари катталашади.

Касаллик бошланишида беморнинг асаби бузилади, тери сезувчанлиги камаяди, уйқусизлик, ҳарорат кўтарилиши, дармонсизлик, бош, мускул ва бўғимлар оғриғи, диспептик ҳолатлар кузатилади.

Баъзан тери ости клетчаткасида қаттиқ тугунчалар пайдо бўлиши ва улар тез орада ярага айланиши мумкин (Тибьерж-Вейссенбах синдроми). Агар касаллик қўл ва оёқ панжаларида учраса, улар ингичкалашиб, ҳаракати қийинлашади, мускул, пай ва тирикчалар атрофияга учрайди. Қўл панжаси мускуллари атрофияси ва букувчи мускуллар тонусининг ошиши ҳисобига қўллар йиртқич хайвон чангалига ўхшаб эгилиб қолади, склеродактилия деб шунга айтилади; склеродактилия кўпинча Рейно синдроми, телеангиоэктазия, кальциноз (Винтер-Бауэр синдроми) билан бирга учрайди.

Патологик жараён оғиз, хиқилдоқ, шиллик қаватларида учраши туфайли, улар қуруқшаб бурушиб қолади. Овқат ютиш қийинлашади. Ички аъзолар — меъда-ичак (стенот, яралар пайдо бўлиши), юрак-томир ва қон системаси (эндоперикардит, миокардиосклероз, миокардиодистрофия, гипертензия), шунингдек буйракда (нефросклероз, нефропатия) турли мускулларда, суякларда, бўғимларда ўзгариш пайдо бўлади, беморнинг аҳволи оғирлашади. Шунинг учун ҳам склеродермия системали касалликлар қаторига киради. Диффуз склеродермия терида тошмалар тошмай фақат ички аъзолар зарарланиши билан ҳам кечиши мумкин. Иммунофлюоресценция услуби билан бемор қон зардобда антицитоплазматик ва антиядер омиллар аниқланади.

Гистопатологияси. Коллаген толалар синтезининг кучайиши, гипертрофия, фибриноидли дегенерация, гомогенизация ҳолатлари кузатилади. Қон томирлари атрофида лимфоцитлардан иборат инфильтрат, қон томири деворининг фиброзли қалин-

лашуви, мускул толалари гомогенизацияси ва атрофияси аниқланади.

Давоси. Даволаш касалликнинг кечишига қараб олиб борилади. Гиалуронидаза препаратлари (лидаза, «стекловидное тело») қўлланилади. Лидаза катта ёшдаги беморларга 64—128 БР, болаларга 16—32 БРдан мускул орасига ёки электрофорез, ультратовуш ёрдамида касаллик ўчоқларига юборилади. Лидаза билан бир қаторда қон томирларини кенгайтирувчи дорилар (никотинат кислота, но-шпа, никошпан, андеколин) ҳам буюрилади. Касалликни даволашда антибиотиклар ва витаминларнинг аҳамияти катта, айниқса Е, В₁₅, А, С витаминлари яхши ёрдам беради. Плаквенил, делагил ва бошқа безгакка қарши дорилар тавсия этилади. Физиотерапевтик даво усулларидан (ультратовуш, Бернар токи, диатермия, шунингдек лидаза, ихтиол, калий йодли электрофорез, озокерит, парафин аппликацияси) фойдаланилади. Сиртдан юмшатувчи малҳамлар ва гормонал кремлар тавсия этилади.

Кечиши. Касаллик узоқ вақт давом этади. Диффуз склеродермияда бемор нобуд бўлиши ҳам мумкин.

ДЕРМАТОМИОЗИТ (DERMATOMYOSITIS)

Қўпинча мускул, тери ва нерв зарарланиши билан кечадиган касаллик. Этиологияси ва патогенези аниқ эмас. Аксари ўткир инфекцион (тонзиллит, грипп, отит ва бошқалар), асаб ва аллергия касалликлардан кейин рўй беради. Муаллифлар дерматомиозитни «Қатта» коллагенозлар синфига киритадилар. Ўткир. ўртача ўткир ва сурункали бўлади.

Клиникаси. Дастлаб юзнинг кўзга ташланадиган қисмида, оёқ-қўл ва баданда кизил, кўкимтир доғлар, тугунча, пуфакчалар пайдо бўлади. Улар анчагина жойни эгаллаши, ҳатто бутун баданга тарқалиши мумкин. Кейинчалик тошмалар сўрилиб, ўрнида қорамтир доғ қолади, тери юпқалашади (атрофия). Эритемали тошмаларнинг кўз атрофида учраши (кўзойнаксимон эритема) дерматомиозитга хос аломатлардандир. Терида турли хил тошмалар (эритематоз, эритематосквамоз, тугунча, пуфакча, телеангиоэктазия, геморагия) кузатилади. Бу тошмалар пойкилодермияга хос бўлиб, шу сабабли уни пойкилодерматомиозит деб ҳам аталади. Қўпчилик беморларда тошма тошишидан олдин продромал симптомлар (қўл ва оёқларда оғриқ, дармонсизлик, бош айланиш, тахикардия, ҳарорат кўтарилиши, терлаш ва қайт қилиш) кузатилиши мумкин.

Дерматомиозитда мускул системаси зарарланиши сабабли улар бўшашиб, оёқ ва қўл ҳаракатлари қийинлашади. Мускуллар шишади ва қаттиқлашади, бора-бора овқат ейиш ҳамда нафас олиш қийинлашади.

Беморларда дерматомиозит билан бирга артропатия, миокардит, эндокардит, плеврит, пневмония ва бошқа йўлдош касалликлар учрайди.

Гистопатологияси. Коллаген толаларида гипертрофия, склероз ва гомогенизация, мускул толаларида дегенерация, атрофия кузатилади. Қон томирлар атрофида лимфоцит, гистиоцит ва плазматик хужайралардан иборат инфильтратлар бўлади.

Давоси. Кортикостероидлар, антибиотиклар, витаминлар организмни бақувват қилувчи дорилар тавсия этилади. Маҳаллий даво — симптоматик даво усулларида иборат.

ПУФАКЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Бу гуруҳга терида пуфак ҳосил бўлиши билан кечадиган касалликлар киради. Уларни шартли равишда қуйидагича клиник-морфологик классификацияга ажратилади:

I. Терида тез пуфак ҳосил бўлиб, сурункали ва оғир кечадиган пуфакли дерматозлар:

1. Пемфигус (вульгар, вегетацияли, қазғоқли, қат-қат).

2. Пемфигоид (Левер пемфигоиди, чандиқ ҳосил қилувчи).

3. Хавфсиз ноакантолитик, фақат оғиз шиллиқ қавати пемфигуси.

4. Дюринг дерматити ва унга ўхшаш дерматозлар (ҳомилдорлар герпеси, Снеддон-Вилькинсоннинг субкорнеал пустуллезли дерматити ва бошқалар).

II. Пуфакчали генодерматозлар (буллёзли эпидермолиз ва унинг бошқа шакллари, хавфсиз ва сурункали кечувчи оилавий Хейли-Хейли пуфакли дерматози, Дарье касаллигининг пуфакли тури).

III. Инфекцион касалликларда учрайдиган пуфакли дерматозлар ва иккиламчи пуфакли дерматозлар (кимёвий, физик омиллар ва дори-дармон таъсирида вужудга келадиган пуфаклар), кўп шаклли эксудатив эритема.

АКАНТОЛИТИК ПЕМФИГУС (ПЎРСИЛДОҚ ЯРА, PEMPHIGUS ACANTHOLYTICUS).

Этиологияси ва патогенези. Пўрсилдоқ яранинг келиб чиқишини тушунтирувчи бир неча назариялар (иммунологик, инфекцион, вирус, эндокрин, невроген ва бошқалар) мавжуд.

Пемфигуснинг келиб чиқиши тўғрисидаги иммун назария аҳамиятга эга эканлиги исботланган. Бемор қонида, пуфак суюқлигида ва зарарланган терида хужайралараро субстанциясига қарши антителодар топилган. Иммунофлюорисценция йўли билан эпидермиснинг тикансимон қаватида IgG иммуноглобу-

линларнинг чўкиши аниқланган. Пўрсилдоқ яранинг вужудга келишида аутоиммун ўзгаришлар патогенетик ахамиятга эга.

Баъзи олимлар пемфигус вирусли касалликлар гуруҳига мансуб деган фикрдалар. Пуфак ичидаги суюқликни оқ сичқон ва кўёнга, шунингдек товуқ эмбрионига юборилса, уларда пуфак ҳосил бўлиши; қон зардоби ва пуфак суюқлигида вирусга ўхшаш заррачалар борлиги ва уларни касаллик юқтира олиш хусусияти электрон микроскопда аниқланган.

Невроген назария тарафдори П. В. Никольский касаллик асосида (трофоневроз) ётади деб тушунтиради. Турли хил руҳий ҳолат, эмоционал ҳаяжонланиш ва неврологик касалликлар ҳам пемфигусга сабаб бўлиши мумкин. Беморнинг орқа ва бош мия, ҳамда орқа мия ганглиялари ҳужайраларида дегенератив ўзгаришлар бўлиши невроген концепцияни яна бир бор тасдиқлайди.

Беморларда оқсил, углевод ва сув, шунингдек минераллар алмашинувининг бузилиши аниқланган, пемфигуснинг вужудга келиши бу модда алмашинуви билан боғлиқ деган назариянинг яратилишига олиб келди. Дарҳақиқат беморлар сийдигида хлоридлар миқдори камайган бўлиб, улар организмда ушланиб қолади. Организмдаги минерал моддалар алмашинуви буйрак усти безининг пўстлоқ қаватида ишлаб чиқариладиган минералокортикоидлар томонидан назорат қилиниши маълум, шу сабабли пемфигус билан оғриган беморларда фақат минералокортикоидларгина эмас, балки глюкокортикоидлар синтези ҳам бузилиб, улар жуда кам миқдорда ишлаб чиқарилади. Шунинг учун ҳам бундай беморларни стероидли гормонлар билан даволаш яхши натижа беради.

Пемфигус кўпинча хомиладорлик даврида ҳам кузатилади, бу давр тугагач, касаллик йўқолиб кетади. Пемфигусда эндокрин безлар фаолиятининг бузилиш ҳоллари қайд қилинади.

Терида акантолиз юзага келишида протеолитик ферментларнинг ахамияти катта (O. Braun Falco). Пемфигус ва бошқа пуфакли касаллик билан оғриган беморларнинг қон зардоби юқори протеолитик ва фибринолитик активликка эга бўлиб, теридаги протеолитик ферментлар активлигининг ошиши эпидермисда акантолиз жараёнини юзага келтириши мумкин.

Акантолитик пемфигуснинг тўрт тури тафовут этилади: вульгар (оддий), вегетацияли, қазғокли, қат-қат.

1) Вульгар ёки оддий пемфигус (pemphigus vulgaris) кўпроқ учрайди, кўпинча оғиз ва томоқ шиллиқ қаватида ва терида пуфак пайдо бўлади. А. Д. Шеклаковнинг маълумотларига қараганда пемфигуснинг 67,5 фоизи оғиз шиллиқ қаватида ўзгаришлар рўй бериши билан бошланади, тахминан 3—6 ойдан сўнг беморнинг соғлом терисида пуфакли тошмалар тошади. Пуфаклар мошдек, нўхатдек ва ундан каттароқ бўлиши мумкин. Пуфак теридан кўтарилиб туради, ичига сероз, рангсиз ёки

*Akantomolix → Epithelial
lar arasin daji
desmosomalardan janchat
h bezlar iuxega ketishi*

саргимтир суюклик тўпланади. Пуфаклар сирти аввалига таранг бўлиб, кейин аста-секин шалпайиб қолади. Улар тез орада ёрилиб ўрни пилчираб туради, шакли думалоқ бўлиб, четлари ажралиб туради (30-расм). Кейинчалик шилинган тери ўрни битиб, пуфаклар ўрнида иккиламчи гиперпигментли доғлар ҳосил бўлади. Баъзан пуфак ёрилмай, унинг ичидаги сероз суюқлик сўзила бошлайди, натижада пуфакнинг қобиғи бўшаб, юпка пўстлоққа айланади ва тушиб кетади. Қасалликнинг бемор ҳаёти учун хавфли ёки хавфсиз хиллари фарқ қилинади. Қасалликнинг хавфли турида беморнинг дармони қурийд, септик иситма кузатилади, иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида беморнинг аҳволи оғирлашади, организмда хлорид, натрий ушланиб қолади, оксил микдори эса камайиб кетади. Қасалликнинг хавфсиз турида беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, тошма тошган соҳаларда оғрик кузатилади; яралар оғиз бўшлиғи, лаб ва жинсий аъзоларда бўлса, касаллик кучли оғрик билан кечади. Қасалликнинг морфологик асосини «акантолиз» ташкил қилади ва клиник жиҳатдан у Никольский симптоми (феномени) билан ифода этилади. Никольский симптоми уч турда бўлади: 1) пуфак қолдиғи пинцет билан тортилса у дарров узилиб кетмайди, аксинча атрофдаги соғ тери билан шилиниб чиқади; 2) пуфак ёки эрозиялар оралиғидаги кўриниши «соғ» тери ишқаланса эпидермиснинг юқори қаватлари оз бўлса-да шилинади; 3) пуфак ва эрозиялардан узокроқ бўлган «соғ» тери ишқаланса у ерда ҳам эпидермиснинг шилиниши кузатилади. Агар пуфак бир оз бармоқ билан босилса, у ситилиб кетмайди, аксинча ичидаги суюқлик атрофдаги тери орасига тарқалиб кетади, бунга Асба-Ганзен симптоми дейилади. Қасалликка «нок» симптоми ҳам хос бўлиб, уни Д. Н. Шеклаков (1961) изоҳлаган, бунда пуфакларнинг катталиги худди, нокни эслатади. Никольский симптоми диагностик аҳамиятга эга бўлиши билан бирга у айнан пемфигус учун хос эмас, чунки бу симптом бошқа пуфакли дерматозларда (туғма пуфак эпидермолизи, Лайелл синдроми, Риттер касаллиги) ҳам кузатилади. Никольский симптоми пемфигуснинг зўрайиш даврида мусбат бўлиб, қолган даврларда эса манфий бўлади. Бу касалликда пуфакдан суртма олиш усули билан акантолитик хужайралар топилади ёки бунни Тцанк хужайраси дейилади.

Кечиши. Пемфигус вақти-вақти билан қўзиши мумкин, бунинг олдини олиш мақсадида кортикостероидлардан фойдаланилади.

2) Вегетацияли пемфигус (pemphigus vegetans). Қасаллик бошланишида оддий пемфигусга жуда ўхшаб кетади. Бу касалликнинг ўзига хос хусусиятларидан бири киндикка ва катта бурмаларга пуфак тошишидир. Бурмалар (киндик, қўлтиқ ости, думбалар ораси, чот-сон, кўкрак безлари ости, кулоқ супраси ор-

ти) бир-бирига тегиши ва ишқаланиши натижасида касаллик тез тарқалиб кетади. Кейинчалик пуфаклар ёрилиб усти сувланади ва аста-секин тўқ сариқ ёки кўкимтир қатқалоқлар билан қопланади. Булар бир-бири билан қўшилиши натижасида катта-катта вегетацияли ўчоқлар ҳосил бўлади. Терининг ишқаланиши натижасида касалланган жойларда кичик-кичик ўсимта (папиллома)лар пайдо бўлади. Баъзан бунга пиодермия қўшилади ва беморнинг аҳволи оғирлашади. Тошма тошган жойда оғриқ, қичишиш ва ачишиш кузатилади. Бу касалликда ҳам Никольский симптоми кўпинча мусбат бўлади ва акантолитик хужайралар топилди. Стероидли гормонлар таъсирида касаллик ўчоқлари қуриydi, вегетациялар яссиланади ва тошмалар ўрнида иккиламчи гиперпигментли доғлар қолади. Баъзан касаллик оғир кечганида бемор жуда озиб-тўзиб кетиши ва ҳолдан тойиши мумкин.

3) Қат-қат (эксфолиатив) пемфигус (*pemphigus foliaceus*). Катта ёшдаги кишилар ва ёш болаларда кўпроқ учрайди.

Касаллик кўрниниши жиҳатидан деярли ўзгармаган терида шалпайган пуфаклар ҳосил бўлиши билан бошланади. Пуфакларнинг пўсти жуда юпка ва нозик, ичидаги суюқлик кўп бўлади, улар тери сатҳидан бир озгина кўтарилиб туради; пуфаклар тезда ёрилиб, эрозияга айланади ва усти тангачалар билан қопланади. Шилинган жойлар атрофида эпидермис осилиб қолади. Суюқлик тагидаги эпидермис кўтарилиб, яна янги пуфакча ҳосил қилади. У ҳам ёрилиб яна шилинади, бу жараён шу аснода узок давом этади. Кўчиб чиқаётган эпидермис бир-бири билан ёпишиб, қалин қават-қават пўстлоққа айланади. Никольский симптоми мусбат (бу симптом 1896 й. пемфигуснинг қат-қат турида аниқланган) бўлади. Дерматоз сурункали кечади, вақти-вақти билан ўз-ўзидан тузалинқирайди. Касаллик зўрайганда янги ўчоқлар ҳосил бўлади ва танага тарқалади, бу эритродермияни эслатади. Одатда бу турдаги касалликда оғиз бўшлиғида пуфак ҳосил бўлмайди. Лекин танага жуда кўп пуфакли тошмалар тошади, улар бир-бири билан қўшилиб худди куйган териға ўхшаб шилиниб тушади. Касаллик 3—5 йил ва ундан ҳам узокроқ давом этиши мумкин. Беморнинг ҳолати ўзгариб туради: ҳарорат кўтарилади, организмда сув ва туз алмашинуви бузилади. Қонда анемия, эозинофилия кузатилади. Бемор мадорсизланиб, озиб кетади, бунга иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида беморнинг аҳволи оғирлашиши мумкин.

4) Қазғоқли (себореяли, эритематоз, Синер-Ашер пемфигуси) пемфигус (*pemphigus seborrhoeicus, seu erythematous*). Олимларнинг фикрича қазғоқли пемфигус вульгар ва қат-қат турларига ўтishi мумкин. Дерматоз кўпинча хавфсиз кечади. Касаллик асосан юз териси ёки бошнинг сочли қисмидан бошланади. Баъзан эса тананинг кўкрак ва бел қисмларидан бошланиши

хам кузатилади (31- расм). Пўстлоқлар қизарган терида жойлашиб ташқи кўринишидан эритематозни эслатади, улар тушиб кетгандан кейин ўрнида пилчираган эрозияли ўчоқлар ҳосил бўлади, улардан акантолитик ҳужайраларни топиш қийин эмас. Пуфаклар ҳосил бўлиши кўпинча кузатилмай қолганлиги сабабли, касалликнинг биринчи клиник белгиси пўстлоқлар пайдо бўлиши билан бошланади деб англаш мумкин. Тананинг бошқа себореяли соҳаларида пуфаклар пайдо бўлади ва улар аста-секин пўстлоқлар билан қопланади. Шиллик қаватларда тошмалар кам учрайди, улар асосан касаллик жуда оғир кечганда кузатилади.



31- расм. Себореяли пемфигус.

Гистопатологияси. Эпидермисда акантолиз, тикансимон қаватда пуфаклар ҳосил бўлади. Қат-қат пемфигусда пуфаклар жуда аниқ ва равшан кўринади, ҳатто уларни кўриниши жиҳатидан «соғлом» бўлган эпидермисда ҳам учратиш мумкин. Шу сабабли қат-қат пемфигусда Никольский симптомининг уч турини кузатиш қийин эмас. Лекин пемфигуснинг бошқа турларида Никольский феномени касаллик ўчоғи ёки ундан унча узок бўлмаган терида мусбат бўлади. Пуфаклар ичидаги суюқликда нейтрофил, эозинофил, лимфоцит ва гистиоцитлар борлигини аниқлаш мумкин. Тикансимон қават ҳужайраларида дегенерация жараёни кузатилади. Ҳужайралар шишади, гиперхром хусусиятга эга бўлиб, чегараси аниқ гомоген протоплазма билан ўралиб олади. Ҳужайра ядроси думалок, йирик, қорамтир ва 2—3 йирик ядрочадан иборат, бу ҳужайраларнинг ўлчами тикансимон қаватнинг нормал ҳужайраларидан кичик, ҳужайра цитоплазмасининг ядро атрофи оч зангори, перифериялари эса тўқ кўк рангга эга. Юқорида келтирилган ҳужайра Тцанк ҳужайраси деб аталади ва у пемфигусни бошқа пуфакчали дерматозлардан фарқлашда катта аҳамиятга эга.

Диагнози. Касаллик белгилари аниқ намоён бўлганида унга диагноз қўйиш қийин эмас. Вульгар пемфигус диагностика-

сида пуфакчаларнинг оғиз бўшлиғига тошиши, кўриниши ўзгармаган «соғ» терида мономорф тошмалар бўлиши, касалликнинг аста-секин зўрайиб бориши, Никольский симптомининг мусбатлиги ва бемор аҳволининг оғирлашиб боришини ҳисобга олиш зарур. Зарарланган терида акантолик ҳужайраларни, тикансимон қаватда эса IgG ни иммунофлюорисценция усули билан аниқлаш, қўйилган диагнозни тасдиқлайди. Юқорида келтирилган белгилардан касалликни буллез токсикодермия, Дюринг дерматити, тугма буллез эпидермолиз, кўп шаклли эксудатив эритема ва қизил югурикдан ажратиб олиш қийин эмас.

Давоси. Ҳозир пуфакли тошмаларни даволашда асосан кортикостероидлардан фойдаланилади. Кортикостероидлар миқдори беморнинг умумий аҳволдан келиб чиққан ҳолда белгиланади. Дерматоз енгилроқ кечганида стероид гормонлар беморнинг ҳар кг вазнига 1 мг дан, лекин оғирроқ ҳолларда 2 мг/кг миқдоридида буюрилади. Одатда стероид гормонлар қабул қилинаётганда беморнинг аҳволи анча энгиллашади, терида янги тошмалар тошиши тўхтаб, эрозиялар ўрни бита бошлайди. Шу вақтдан бошлаб берилаётган дори миқдорини аста-секин камайтириб борилади; стероид гормонлар дозаси сақлаб турувчи миқдоргача камайтирилади, бу даврда беморнинг аҳволи бир маромга келиб, касалликнинг зўрайиши (рецидиви) кузатилмайди. Сақлаб турувчи миқдор, масалан, преднизолон учун 15—20 мг. Бемор бу дозани касалхонадан чиққандан кейин узоқ вақтгача қабул қилиши зарур. Бир неча йилдан сўнг кортикостероидлар билан даволаш тўхтатилиши мумкин. Бунда шифокор беморнинг умумий аҳволи ва касаллик қайталамаслигини инобатга олмоғи лозим. Бундай дориларни узоқ вақт қабул қилаётган беморларда турли хил мураккабланишлар бошланишини назарда тутиб, олдиндан унинг олдини олиш («Тери касалликларини даволашнинг асосий тартиби» бўлимига қаранг) чора-тадбирларини кўриш талаб этилади.

Пемфигусни даволашда кортикостероидлардан ташқари иммуносупрессив препаратлар — сандиммун, метотрексат, азотиоприн ва бошқалар кенг қўлланилади. Агар беморнинг аҳволи оғир бўлса, гемотрансфузия (150—200 мл томчилаб венага юборилади), плазма, гемодез, реополиглюкин ва бошқа фойдали эритмаларни юбориш тавсия этилади.

Маҳаллий даво. Иккиламчи инфекция билан мураккабланишнинг олдини олиш мақсадида шилинган терига дезинфекцияловчи эритма (калий перманганат, Кастеллани суюқлиги) ёки малҳам суртиш лозим. Сиртдан кортикостероидли малҳамлар суртиш даво самарасини янада оширади. Пемфигус оғиз бўшлиғида бўлса, стоматолог кўригидан ўтказиш ва оғизни фурацилин (1 : 5000), метилен кўки ва риванол эритмаси билан чайиб туриш керак.

ПУФАКЛИ ПЕМФИГОИД (ЛЕВЕР ПЕМФИГОИДИ, PEMPHIGOID BULLOSA)

Касаллик пемфигус каби полиэтиологик табиатига эга. Ҳозирда дерматоз аутоаллергик касалликлар қаторига киритилган. Чунки беморнинг қон зардобиди базал мембранага қарши антителолар топилган, улар комплемент билан боғланади ва патологик ўчоқларда жойлашади. Касаллик сурункали кечиби кортикостероидли дорилар, иммунодепрессантлар таъсирида ремиссияга учрайди.

Клиникаси. Эритемали терида сирти таранг, пемфигусдагига нисбатан тургун сероз ёки геморрагик суюқлик билан тўла пуфаклар ҳосил бўлади. Касаллик бошланишида тери сал-пал қичишади; шу соҳа териси қизариб, шишади, тошмалар тошади, улар кўпинча оёқ ва қўлларнинг букилувчи соҳаларида, киндик атрофида, сон ва қўлтиқ остида жойлашади. Тошмалар атрофидаги тери қизаради ва шишади. Беморларнинг 1/3 қисмида оғиз ва жинсий аъзолар шиллик қаватлари зарарланади. Кўз шиллик пардасининг зарарланиши натижасида чандиқ пайдо бўлиши ва бемор кўр бўлиб қолиши мумкин. Пемфигоидда пуфаклар эпидермис ичида эмас, балки дерма билан эпидермис оралиғида жойлашади. Иммунофлюоресцент усули билан базал мембранада IgM нинг жойлашганлиги аниқланади. Буллёзли пемфигоидда акантолиз кузатилмайди ва шу сабабли Никольский симптоми манфий бўлади.

Давоси. Даволаш асосини кортикостероидлар ташкил этади; дорилар миқдори 60—80 мг атрофида. Касалликнинг ремиссия даврида стероидли гормонлар қабул қилишни тўхтатиш тавсия этилади. Шу билан бирга пемфигусни даволашдаги бошқа дори-дармонлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ (DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING).

Касаллик биринчи бор 1884 йил филодельфиялик дерматолог Duhring томонидан таърифланган.

Этиологияси ва патогенези. Аниқланган эмас. Касаллик вужудга келишини тушунтирувчи бир неча назариялар (невроген, эндокрин, аллерготоксик, аутоаллергик ва бошқалар) мавжуд.

Невроген назарияси тарафдорлари касалликнинг пайдо бўлишини нерв системаси фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ ва у кўпроқ руҳий касалликка чалинган беморларда кузатилади деб ҳисоблайдилар. Шу билан бирга беморларнинг марказий ва периферик нерв системаларида турли патологик ўзгаришлар кузатилади.

Эндокрин назариясига кўра герпетиформ дерматит билан оғриган беморларнинг кўпчилигида ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, аёлларда хомиладорлик ва ундан кейинги даврда ҳам дерматознинг тез-тез учраши, баъзан касалликнинг ҳайз цикли билан боғлиқлиги аниқланган.

Герпетиформ дерматит билан оғриган беморлар терисида IgA топилиши, ингичка ичакнинг деворида IgA ва гамма-глобулин борлиги аутоиммун назария вужудга келишига сабаб бўлди. Беморларнинг йод ва бошқа кимёвий моддаларга ўта сезувчанлиги бу дерматознинг юзага келишида аллергия реакциялар муҳим аҳамиятга эга эканлигидан далолат беради.

Клиникаси. Касалликнинг клиник манзараси хусусан, тошмаларнинг тўп-тўп бўлиб туриши бу касалликни оддий пуфакли темиртки (герпес) га қиёслаб, уни герпетиформ дерматит деб аташга сабаб бўлади. Дерматоз кўпинча 25—50 ёшлар атрофидаги кишиларда, баъзан болалар ёки кексаларда ҳам учрайди. Эркаклар бу касалликка кўпроқ мойил бўладилар. Касаллик ўзининг полиморф тошмалари билан ажралиб туради. Аввалга бирламчи элементлар: эритема, пуфакча, пуфак, тугунча, йирингча, қаварчиқ, кейин эса эрозия, пўстлоқ ва тангачалар пайдо бўлади. Тошмаларнинг симметрик тўп-тўп жойлашиши (герпетиформлиги), шунингдек сурункали, рецидив билан кечиши хос. Касаллик кучли кичишиши, ачишиш, баъзан оғриқ билан кечади. Беморнинг бадани, оёқ ва қўлларининг ёзилувчи соҳаларида эритематоз тугунчалар, қаварчиқлар, улар устида эса пуфакча ва йирингчалар пайдо бўлиши билан бирга давом этади (32- расм). Баъзан пуфаклар ҳам юзага келиб, улар ташқи кўринишидан пемфигусни эслатади. Пуфак, пуфакча ва йирингчалар ичида геморрагик суюқлик бўлиши ҳам мумкин. Кейинчалик тошмалар қотиши натижасида эрозиялар, қора қўтир, пўстлоқлар ва бошқалар вужудга келади. Шиллиқ қаватнинг зарарланиши жуда кам (10%), Никольский симптоми манфий бўлади. Беморлар қонида ҳамда пуфаклар суюқлигида эозинофилия кузатилади, иммунофлюоресценция йўли билан эса базал мембранада иммуноглобулин борлиги аниқланади. Касаллик узоқ давом этиб, вақти-вақти билан қўзиб туради.

Герпетиформ дерматитнинг катта пуфакли турлари фарқланади, бунда пуфаклар танада, қўл ва оёқларнинг ёзилувчи қисмида жойлашади. Пуфаклар олчадай, ҳатто ёнғокдай бўлиши мумкин. Кичик пуфакли турида пуфаклар—мошдай ёки пўхатдай бўлиб, улар асосан юз, чот ва қўлтиқ остида жойлашади. Беморнинг аҳволи енгиш, ўрта ёки оғир кечиши мумкин. Оғирроқ кечган ҳолларда беморнинг мадори қуриб, асабийлашади, организмда сув ва туз алмашинуви кескин бузилади. Дерматоз иккиламчи инфекция билан мураккабланиши мумкин.

Касаллик диагностикасида дерматознинг йодга бўлган сезув-

Пемфигус, пемфигонд ва герпетиформ дерматитларнинг фарқлашиш белгилари

жадвал

	Ўзига хос белгилари	Олдий пемфигус	Пемфигонд	Герпетиформ дерматит
1.	Ёши	Кўпинча ўрта ёшда	Кўпинча кексаларда	Турли ёшда
2.	Барламчи элементлар	Клиник жиҳатдан ўзгармаган тарзда пуфаклар пайдо бўлади	Пуфаклар ўзгарган тарзда (эритемали) пайдо бўлади	Пуфаклар ўзгарган тарзда (эритемали) пайдо бўлади
3.	Пуфакнинг хусусияти	Кўпинча шалпайган, нок шаклда бўлади	Таранг, катта бўлади	Таранг бўлади
4.	Тошмалар хусусияти	Мономорфли	Полиморфли	Полиморфли
5.	Тошмаларнинг жойлашиши	Симметрик эмас	Симметрик эмас	Тўп-тўп (герпетиформ), симметрик
6.	Шиллик қаватларнинг зарарланиши	Деярли ҳамма беморларда кўпинча шу жойдан бошланади	1/3 беморда учрайди	Жуда кам учрайди
7.	Никольский ва Асбо-Гаизен симптомлари	Мўсбат	Манфий	Манфий
8.	Қичиш	Кучли эмас	Кучли эмас	Кучли
9.	Тпанк хужайралари	Топилади	Топилмайди	Топилмайди
10.	Пуфакнинг жойлашган ўрни	Эпидермис ичда	Эпидермис остида	Эпидермис остида
11.	Йодга бўлган реакция	Манфий	Манфий	Реакция кузатилади
12.	Эозинофилия	Қонда бязан кузатилади, пуфак ичидаги суюқлигида деярли йўқ	Йўқ	Қонда 20—30% пуфак суюқлигида доний кузатилади
13.	ДДС-нинг таъсири	Йўқ	Йўқ	Бор

чанлигини ҳисобга олиш керак. Йоднинг 50% ли малҳами терига суртилади ёки 3—4% калий ёки натрийли йод эритмаси ичирилади (Яддосан синамаси). Йодли эритма ичирилганда касаллик жуда кўзиб кетиши, малҳам суртилганда эса 24—48 соатдан кейин тери қизариб, янги тошмалар бўлиши мумкин. Лекин касаллик зўриққан даврида бундай диагностика усулидан фойдаланиш ярамайди, акс ҳолда ёмон оқибатлар рўй бериши мумкин.

Гистопатологияси. Эпидермис остида пуфаклар ва улар ичидаги суюқликда эозинофилия кузатилади. Дермада асосан эозинофиллардан иборат инфилтрат бўлади. Тцанк хужайралари топилмайди.

Диагнози. Дерматозни бошқа пуфакли дерматозлардан фарқлаш керак. Солиштирма диагноз жадвалда келтирилган.

Кўп шаклли экссудатив эритеманинг пуфакли турига ҳарорат кўтарилиши, бўғим ва мускулларда кучли оғриқ, яъни продромал давр бўлиши, касаллик баҳор ва кузда шамоллашдан сўнг бошланиши ва тошламаларни кафт олди, сон, лаб ва шиллик каватларда бўлиши хос.

Давоси. Касалликни даволашда диаминодифенилсульфон (ДДС) асосий дармон ҳисобланади. Бу дорини даво курси бўйича ишлатиш тавсия этилади: 0.1 г дан кўнига 2 маҳал ичиш буюрилади. Дорини 5 кун давомида ичилади ва 3 кун дам берилади. Баъзан ДДС синама даво (therapia ex juvantibus) сифатида ҳам қўлланилади. Сульфаниламидлар берилганда яхши натижа олинади. Касаллик оғир кечганида ДДС кортикостеронли дорилар билан бирга ишлатилади. Шунингдек организмнинг умумий қувватини оширувчи, десенсибилизацияловчи, антигистамин дорилар ва витаминлар тавсия этилади. Маҳаллий даво воситаси сифатида гормонал малҳамлар (флюцинар, синалар, целестодерм ва бошқалар) қўлланилади. Эрозияларга эса аэрозол ва анилин бўёқларини суртиш буюрилади.

ПИОДЕРМИТЛАР — ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Терининг йирингли касалликлари ёки пиодермитлар (юнонча руон — йиринг, degma — тери деган сўздан олинган) энг кўп учрайдиган касалликлар қаторига киради. Аксарият терининг йирингли касалликлари сурункали кечиб, тез-тез қайталаб туради ва узоқ вақт даволалишни талаб қилади, баъзан кишиларнинг меҳнат қобилияти пасайиб кетиши ёки вақтинча ишга яроқсиз бўлиб қолишлари ҳам мумкин. Профессор Я. А. Хамелин (1980) маълумотига қараганда, кейинги 15 йил ичида пиодермитга чалинган беморлар меҳнат қобилиятининг пасайиши 6,8% дан 9,4% га ошган, илгари фурункулёз, карбункул ва гидроденит ка-

би касалликлар ҳар йили меҳнаткашларнинг жуда кўп иш кунларининг йўқолишига сабаб бўлган. Шунинг учун бу касалликларнинг профилактикаси долзарблигича қолмоқда.

Болалар дерматологиясида ҳам пиодермитлар салмоқли ўрин эгаллайди. Барча дерматозлар орасида у 25—60% ни ташкил қилади. Пиодермитлар бирламчи бўлиши ёки бирон бир бошқа тери касаллигининг асорати бўлиши ҳам мумкин.

Этиологияси. Терига йиринг пайдо қилувчи микроблар — стафилококк ва стрептококклар, гоҳо айрим микроорганизмлар — пневмококклар, кўк йиринг таёқчаси, ичак таёқчаси ва бошқаларнинг тушиши сабаб бўлади. Баъзан бир нечта микроорганизмлар биргаликда учраши ҳам мумкин. Табиатда стафилококк ва стрептококкларнинг (уйда, кийим-кечак, тери ва шиллик каватда) доимий мавжудлиги пиодермитларнинг тез-тез учраб туришига олиб келади. Барча текширилганларнинг 20—75% ни бащилла ташувчилар ташкил қилади. Санитария-гигиена қонунқондаларини билмаслик ёки уни қўпол равишда бузиш, турмуш ва меҳнат шароитларидаги кам-кўст ҳолатлар терининг йирингли касалликлари тарқалишига имкон яратади.

Соғлом одам терисида доимо патоген бўлмаган (сапрофит) микроорганизмлар бўлиб, улар ташки муҳитдан тушиб туради ва соч фолликулалари ҳамда ёг безлари тирқишига ўрнашиб олади. Уларни келиб-кетувчи (транзитор) микроорганизмлар дейилади. Шу билан бирга терида доимий (резидент) микроорганизмлар ҳам мавжуд. Микроорганизмларнинг тери юзасида тарқалиши бир хил бўлмай, улар ҳатто фасл, ёш ва жинсга қараб ўзгариб туради. Терининг йирингли касаллигига чалинган беморларнинг териси юзасида айниқса патоген микроблар — стафилококк ва стрептококклар кўпайиб кетади.

Патогенези. Терида йирингли касаллик келиб чиқишида аввало микроорганизмларнинг патогенлиги ва вирулентлиги аҳамиятга эга, аммо уларнинг терида ривожланиб кетиши учун маълум бир шарт-шароитлар зарур. Булар терининг химоя функцияси ва пиококкларга нисбатан организмнинг қаршилиқ таъсирини сусайтириб юборадиган экзоген ва эндоген сабаблардир.

Экзоген сабаблар:

1. Теридаги юза майда яра-чақаланиш (микротравмалар) — тирналиш, қирқилиш, куйиш, ишқаланиш ва бошқалар.
2. Терининг ҳаддан ташқари ифлосланиши, оддий гигиена қондаларига риоя қилмаслик.
3. Совуқ ёки иссиқ уриши, совқотиш.
4. Қасбкор омиллар (кўмир, цемент, оҳак, тупроқ ва нефть маҳсулотлари билан ишлаш).
5. Ёш болаларни ногўри кийинтириш (сунъий толадан тикилган кийимлар, қалин қилиб ўраб-чирмаш).
6. Тери муҳитининг (рН) ўзгариши.

Эндоген сабаблар:

1. Углеводлар алмашинувнинг бузилиши (гипергликемия), гипопиз ҳамда қалқонсимон без фаолиятидаги етишмовчилик.
2. Нерв системаси фаолиятидаги функционал бузилишлар (неврозлар).
3. Организм томонидан оксил ўзлаштирилишининг бузилиши (гипопротеинемия).
4. Меъда-ичак системаси фаолиятининг функционал (жигар, меъда-ичак касалликлари) бузилиши.
5. Гиповитаминозлар (айниқса А ва С).
6. Ирсий омиллар.
7. Организм иммун механизмининг бузилиши ва бошқалар.

Юқорида келтирилган экзоген ва эндоген сабаблар биргаликда касалликни вужудга келтириши мумкин. Одатда бу омиллар комплекс равишда таъсир қилади. Шунга кўра мутахассис беморни қунт билан текшириши ва юқорида қайд этилган сабабларни аниқлаб, шунга яраша даво чораларини қўллаши керак бўлади.

Болаларда терининг йирингли касалликлари келиб чиқишида, терининг одатдаги физиологик қаршилиқ кучининг хали тўла ривожланмаганлиги ҳам катта аҳамиятга эга. Ҳудак туғилган замоноқ унинг териси ва шиллик қаватларидан сапрофит ва патоген микроорганизмлар топилади. Аммо бу микроорганизмлар ҳар доим ҳам касаллик келтириб чиқаравермайди. Қасалликнинг пайдо бўлиши тушган микроорганизмларнинг сони, вирулентлиги, бола терисининг намлиги, муҳити (рН), коллоид-осмотик аҳволи, иммун системаси ва бошқаларга боғлиқ.

Пиодермитларнинг пайдо бўлишида кўзгатувчининг патогенлиги, айтиқса стафилококкларнинг плазмакоагуляция, гемолитик, токсигенлик ва пигмент ҳосил қилиш хусусиятлари муҳим аҳамиятга эга.

Кейинги йилларда антибактериал препаратларни хаддан зиёд ишлатиш (организмнинг реaktivлигини ўзгартириш билан бир қаторда) кўпгина микроорганизмлар, жумладан стафилококklar ва стрептококklarнинг баъзи биологик хусусиятларини (антигенлик, иммуногенлик, вирулентлик) ўзгаришига олиб келди. Бу жараён терида касаллик пайдо қилмайдиган микроорганизмларнинг (эпидермал стафилококк) патогенлик томонга силжишига сабаб бўлмоқда ва улар тез-тез қайталаб турадиган терининг турли йирингли касалликларини келтириб чиқармоқда. Шу билан бирга пенициллинни парчовчи микроорганизмларнинг штамлари (b — лактомаза ишлаб чиқувчи, a — трансформацияланган) кўпайиб бормоқда.

К л а с с и ф и к а ц и я с и (таснифи). Терининг йирингли касалликлари этиологик омилларга қараб стафилококкли, стрептококкли ва аралаш бўлади. Терининг йирингли касалликлари

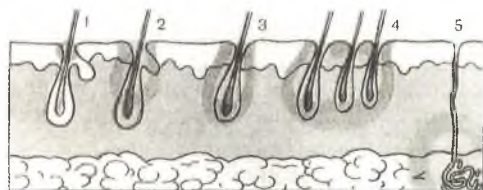
жойлашишига қараб юза ва чуқур; кечишига кўра эса ўткир ва сурункали хилларга бўлинади.

Стафилококкли пиодермитларда яллиғланиш жараёни аксарият тери ҳосилалари, соч фолликулалари, ёғ ва тер безларида бўлади. Асосий морфологик элемент — мадда. Унинг шакли конуссимон, пўсти эса қалин, тортилган, ичида саргимтир-яшил йиринг бўлади. Мадада ўртасидан майин соч чиқиб туради.

Стафилококклардан фарқли стрептококклар қўзғатган пиодермитларнинг морфологик элементлари соч ва ёғ безлари фолликулалари билан боглиқ бўлмайди. Яллиғланиш жараёни юза, маддалар шакли ясси, пўсти нозик (фликгина) ичидаги экссудат сероз-йирингли ва бир-бирига қўшилиб кетишига мойил бўлади.

Юза пиодермитларда морфологик элементлар фақат эпидермисда бўлади, шунинг учун тузалганидан кейин ўрнида вақтинчали доғ қолдиради, холос. Чуқур пиодермитларда эса яллиғланиш ҳатто гиподермагача боради ва ўзидан кейин чандик ёки атрофияли чандик қолдиради.

Стафилококкли пиодермитлар (стафилодермиялар). Терининг стафилококкли касалликларига остиофолликулит, сикоз, чуқур фолликулит, фурункул (чипқон), карбункул (хўппоз), гидраденит киради (33- расм). Остиофолликулит билан сикоз терида чандик қолдирмайди, қолганлари эса чуқур тўқималарни шикастлаб, чандик билан битади.



33- расм. Стафилодермия (схема): 1 — остеофолликулит, 2 — фолликулит, 3 — фурункул, 4 — карбункул, 5 — гидраденит.

Ёш болалар териси ўзига хос тузилишга эга, шунинг учун уларда стафилодермия бошқачароқ кечади, бунда тошманинг морфологик элементи юза нофолликуляр пуфаклар ҳисобланади. Болалар териси стафилококкларга нисбатан сезувчанлиги сабабли яллиғланиш тез ва тарқоқ кечади, баъзан оғир оқибатларга олиб келади. Асосан уларга везикуллопустулёз, псевдофурункулёз, чилла яра ва Риттернинг эксфолитив дерматити каби стафилококкли касалликлар кузатилади.

Остиофолликулит — соч халтачаси огзининг яллиғланиши, асосан стафилококклар қўзғатади. Дастлаб тери юзасида конуссимон шаклда, фолликуляр мадада (пустула) пайдо бўлади. Мадада ўртасидан майин соч (тук) чиқиб туради. Соч фолликуласи атрофи бироз яллиғланиб, қизаради ва пушти-қизил рангли ял-

лиғланиш тожи билан ўралган бўлади. Остеофолликулитлар ёки стафилококкли импетиго терининг кичик ёки кенг ҳийлагина қисмини эгаллаши мумкин. Бир неча кундан сўнг маддалар қуриydi ва яллиғланишлар сўрилиб кетади. Остеофолликулитдан кейин ҳеч қандай чандиқ қолмайди, бир оз пигментли дў қолади, холос.

Остеофолликулитда маддалар тўп-тўп бўлиб жойлашса ҳам бир-бирига қўшилмайди. Баъзан айрим элементлар нўхатдек бўлиши ҳам мумкин, ўртасидан майин соч (тук) чиқиб туради. Буни Бокхартнинг стафилококкли импетигоси дейилади.

Остеофолликулитга асосан экзоген омиллар ишқаланиш, тирналиш ва бошқалар сабаб бўлади. Мадалар аксарият баданнинг босилиб ишқаланиб турадиган қисмларида (бўйин, билак, болдир ва сон соҳаси терисида) пайдо бўлади.

Болаларда асосан 2—3 ёшдан кейин қузатилади, айниқса 13—15 ёшли ўсмирларда кўп учрайди. Юза ва чуқур фолликулит фарқ қилинади. Юза фолликулит одатда 2—3 кунда йўқолиб кетади. Тузалгандан кейин ярадан из ҳам қолмайди.

Чуқур фолликулит — соч халтачасининг чуқур қавати яллиғланганда тери қизариб туради, терининг шу ерида қўлга қаттиқ уннайдиган инфилтрат ҳосил бўлиб, безиллаб оғрийди, кейинчалик мадда бойламайди. Мада конуссимон бўлиб, ўртасидан соч чиқиб туради. Бир неча кундан сўнг мадда қовжирайди ёки йирингланиш ривожланиб, тўқималар некрозга учрайди. Одатда, касаллик 5—6 кунда тузалади ва ўрнида нуқта-нуқта чандиқлар қолади.

Кўпинча чегараланган чуқур фолликулитлар бошнинг сочли қисмида, энса соҳасида ва чов оралиғида учрайди.

Сикоз — соч фолликулаларининг сурункали яллиғланиши. Стафилококкли ёки оддий сикоз сурункали кечади ва тез-тез қўзиб туради. Асосан эркакларда учрайди (юнонча *sjcosis* — узум гужуми деган сўздан олинган). Тошма элементлари остеофолликулит ва фолликулитлардан иборат. Стафилококкли сикоз аксари юзнинг соқол ва мўйлов ўсадиган қисмида, кўпроқ, қош, ковок ва қўлтиқда, баъзан бошнинг сочли қисми, бўйин терисида, шунингдек жинсий аъзолар атрофида, қов, сон, болдир ва баданнинг жуи билан қопланган бошқа соҳаларида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Дастлаб соч атрофида майда мадалар (остеофолликулит) пайдо бўлиб, уларнинг асоси инфилтратланади, ўртасидан соч чиқиб туради, бироз оғрийди. Соч атрофи билинар-билимас қизил жияк билан ўралади. Фолликулитлар бир-бири билан пуслуалар гуруҳини ташкил қилади. 2—3 кундан сўнг йиринг қотиб пўст билан қопланади, кейинчалик пўст тушиб кетиб, ўрнида яна йирингли мадалар пайдо бўлади.

Тарқоқ сикозда беморнинг юзида яллиғланиш ўчоқлари пай-

до бўлади, ундан нохуш хид келиб туради. Зарарланган жойнинг бир қисми битса атрофидан янгиси кўринади.

Касаллик ойлаб, баъзан йиллаб давом этади. Бунда беморнинг териси тортишиб, ачишиб оғрийди. Айниқса зарарланган соҳа юзда бўлганида касаллик дам тузалиб, дам кўзиб туриши окибатида беморнинг рухий ҳолати ўзгаради.

Стафилококкли сикоз терининг ифлосланиши, бурун-томоқ бўшлиғидаги турли сурункали инфекциян касалликлар, шунингдек эндокрин безлар ва нерв фаолиятининг бузилишларидан келиб чиқади.

Оддий ёки стафилококкли сикознинг диагностикаси унчалик мураккаб эмас, у йирингли-инфилтратив трихофития ҳамда асоратланган экзема (йиринглаган) билан таққосланади. Биринчисида патогенли замбуруғлар, иккинчисида чин полиморфизм кузатилади.

Чипқон, фурункул — соч халтачаси ва атрофидаги тўқиманинги ўткир йирингли-некротик яллиғланиши. Чипқон терининг йирингли касалликлари ичида энг кўп учрайдигани бўлиб, уни стафилококклар кўзғатади (оқ ва тилларанг).

Патогенези. Чипқон мутлақо соғ терида пайдо бўлиши ёки чуқур стафилодермиянинг асорати туфайли вужудга келиши ҳам мумкин. Терида ёғ ва тер ажралишининг кучайиши, авитаминоз, моддалар алмашинувининг бузилиши билан кечадиган касалликлар (қандли диабет, семизлик), тозалikka ва шахсий гигиенага риоя қилмаслик, терининг тирналиши ва чақаланиши чипқонга сабаб бўлади. Чипқон терининг тукли қисмида, кўпинча бўйин, юз, бел, думба, сон ва бошқа ерларда учрайди.

Чипқоннинг якка (битта чипқон чиқади) ва қайталанувчи (ҳадеганда чипқон чиқаверади) хиллари фарқ қилинади.

Чипқоннинг айни вақтда кўплаб тошиши фурункулез дейилади, унга кўпинча чипқонни яхши даволамаслик, моддалар алмашинувининг бузилиши, гиповитаминоз сабаб бўлади.

Клиникаси. Чипқонда учта ривожланиш босқичи тафовут қилинади: 1) инфилтрат пайдо бўлиши; 2) йирингланиш ва некроз; 3) тузалиш.

Дастлаб соч толаси фолликуласи соҳасида тери дамидан бироз кўтарилиб турадиган, думалоқ, конуссимон тугунча шаклида қаттиқ яллиғланган инфилтрат пайдо бўлиб, безиллаб оғрийди, қизаради; аста-секин катталашади (биринчи босқич).

Касалликнинг 3—4- кунига келиб чипқоннинг катталиги 1—3 см га етади (иккинчи босқич), унинг ўртасида йирингли-некротик ўзакли пустила пайдо бўлади. Чипқон конуссимон шаклни олади, кизгиш-кўкимтир тусга кириб, ялтираб туради. Ўртасидаги пустила соҳасида некроз ривожланади. Бу даврда беморнинг ҳаракати чекланиб, дармони қурийди, харорати (37—38°C) кўтарилади, интоксикация аломатлари кузатилади, чипқон лўқиллаб

оғрийди. кейин ўз-ўзидан ёки бирор таъсир туфайли ёрилади. Ундан сарғиш, баъзан қон аралаш қуюқ йиринг чиқади. Йиринг чиқиб бўлгач, яра ичи чуқур бўлиб қолади, унинг тагида чипқон «ўзаги» кўринади. Некротик ўзак ажралгач, инфильтратли шиш ва оғрик кескин камаяди. Яра «ўзаги» чиққандан сўнг, унинг ўрни чандикланиб битади (учинчи боскич).

Чипқон баданнинг жун билан қопланган ҳамма жойидан чиқishi мумкин. Лекин кўпинча юз, бўйин, сон, думба, бел соҳасида учрайди. Юзга, хусусан устки лабга чиққан чипқон ўта хавфли, чунки бу соҳада қон томирлар тутами жуда юза жойлашганлиги сабабли инфекция қон оқимига ўтиб сепсис, менингит каби оғир асоратларга сабаб бўлади. Чипқонни ўз билгича ситиш, эзиш ярамайди, акс ҳолда ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин.

Чипқонга диагноз қўйиш қийин эмас, уни асосан куйдирги, гидраденит ва чуқур трихофития билан таққосланади.

Хўппоз, карбункул, кўк яра — терининг **чуқур қаватлари** ва остидаги **ёғ қатламининг** йирингли некротик яллиғланиши. Катта ёшли кишиларда кўпроқ учрайди. Хўппозда йирингли — некротик жараён дерма, ҳатто гиподермага етиб боради. Қасаллик жуда оғир ўтади, баъзан оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

Хўппоз ёки карбункул юнонча сағбо деган сўздан олинган бўлиб «кўмир» деган маънони беради, чунки йирингли некротик жараён оқибатида яллиғланиш ўчоғи худди кўмир рангини олади.

Патогенези. Умумий дармонсизлик, кўпинча оч-наҳор юриш, моддалар алмашинувининг бузилиши (қандли диабет), бошқа касалликлар туфайли дармон қуриши хўппоз чиқишига сабаб бўлади.

Касаллик қўзғатувчиси тилларанг стафилококк. Аксарият хўппоз бўйин, бел ва думғаза соҳасида кўпроқ учрайди.

Клиникаси. Аввал терининг чуқур қаватлари ва тери ости ёғ қатламларидаги кичик бир жой зичлашиб, безиллаб қолади, инфильтратли тугунчалар авж олади. Тугунчалар борган сайин катталашиб, бу жой тез орада доира шаклига киради, устидаги тери таранг тортиб, ялтираб туради, ўртаси аввал кўкаради («кўк яра» номи шундан), 8—12 кундан кейин мадда бойлаб, оқаради, атрофида майда «кўзлар» пайдо бўлади (касалликнинг биринчи боскичи), кейин шу жойдан ёрилади. Йирингли жараён атрофига тарқалмаганидан емирилган (ириган) тўқималар кўчиб тушади ва яшил, баъзан қизғиш йиринг чиқа бошлайди. Йиринг чиқиб бўлгач, яра ичи чуқур бўлиб қолади, унинг тагида йирингли масса — яъни «ўзаги» кўринади. Йиринглиниш ва некрозланиш хўппознинг иккинчи боскичи бўлиб, 2—3 ҳафта давом этади. Кейинчалик яра ўрни чандик бўлиб битади.

Хўппоз, одатда, ҳароратнинг (39—40°C) кўтарилиши, иш-

таханинг пасайиши, умумий аҳволнинг ёмонлашуви, бош оғриги ҳамда ҳаракатнинг чегараланиши билан кечади. Ҳўппоз чиққан соҳа қизиб, «лўкиллаб» оғрийди. Одатда ҳўппоз битта чиқади. Лекин касаллик оғир кечганда узокқа чўзилади. Беморнинг ҳарорати анча кўтарилиб, эти увишади. Айни вақтда лимфа томирлари ҳам яллиғланиши мумкин. Чипқонга яқин турган лимфа тугунлари ҳам, безлар ҳам яллиғланади, тери бир оз шишади. Юздаги ҳўппоз жуда хавфли, чунки бунда жараён юздан қон томирлари орқали мияга ўтиши ва турли асоратлар қолдириши мумкин.

Ҳўппозга диагноз қўйиш унча қийин эмас, асосан куйдирги ҳамда чипқон билан таққосланади.

Гидраденит — апокрин тер безларининг ўткир йирингли яллиғланиши; тилларанг стафилококклар қўзғатади (юнонча hydros — тер, aden — без дегани).

Патогенези. Соҳ фолликулалари ёки лимфа йўллари орқали апокрин тер безлари каналига стафилококклар тушиши сабаб бўлади. Дармонни қуритадиган сурункали касалликлар, организм умумий қаршилигининг пасайиши, қўлтиқ ости, чов оралиғи, анус соҳасининг кўп терлаши, тернинг (рН) ишқорийлиги, айниқса шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик гидраденит пайдо бўлишига шароит яратади. Шунингдек устара билан тукларни қирганда терининг кесилиши, қичинганда бадан тирналиши ҳамда майда яра-чақалар ҳам гидраденитга сабаб бўлиши мумкин. Гидраденит қандли диабетга чалинганларда, жинсий безлар фаолияти издан чиққан кишиларда кўп учрайди.

Терининг анатомиясидан маълумки, апокрин тер безлари фаолияти инсон балоғатга етган даврдан бошланади (қизларда болаларга нисбатан эртароқ). Апокрин тер безлари аёлларда кўпроқ, шунинг учун ҳам гидраденит уларда кўпроқ учрайди. Ёш ўтган сайин бу безлар фаолияти сўна боради, шу туфайли гидраденит кексаларда деярли кузатилмайди.

Клиникаси. Гидраденит йирик тер безлари жойлашган қўлтиқда, кўпроқ чов ва орқа чиқарув тешиги соҳасида, шунингдек аёлларнинг кўкрак безлари учнда учрайди.

Касаллик терининг дерма ёки гиподерма қисмида босиб қўрилганда қўлга унғайдиган 1—2 та тугунлар пайдо бўлиши билан бошланади. Тугунлар усти қизариб, оғриб туради, бироз кичийди, тугунлар аста-секин катталашади, улар ёнғокдек, ҳатто ундан ҳам каттароқ бўлиб кетади. Зарарланган тери соҳаси қизариб, шишиб чиқади, юққа тортиб, босганда ёки ҳаракатланганда безиллаб оғрийди. Тугунлар бир-бирига қўшилиб кетади, тери бироз салқиб, билқиллаб туради. Ўткир яллиғланишга ҳос инфилтрат пайдо бўлади. Бора-бора тугунлар юмшаб ёрилади ва саргимтир-қизғиш йиринг чиқа бошлайди; гидраденитда некротик ўзак пайдо бўлмайди.

Баъзан инфилтрат каттик (ёгочдек) бўлиб ёйилиб кетади, бу худди флегмонани эслатади. Бундай гидраденит жуда оғир кечади, бемор тинч турганида ҳам оғриқ безовта қилади.

Тугунлар ёрилгандан кейингина беморнинг ахволи биров енгиллашади, иссиғи тушиб, оғриқлар йўқолади. Ҳосил бўлган чуқур яра, грануляцион тўқима билан тўлиб, чандиқ юзага келади. Гидраденит 15—20 кун давом этади. Аммо диабетга чалинган, кўп терлайдиган, заиф, дармони қуриган, озодаликка риюя қилмайдиган кишиларда касаллик ойлаб чўзилиши ҳам мумкин.

Қасаллик диагнозини аниқлаш мутахассис учун қийинчилик тугдирмайди. Гидраденитни фурункул ва колликватив тери сили билан таққослаш керак. Гидраденитда некротив ўзак бўлмайди. Колликватив тери сили узок сурункали давом этиши, лимфатик тугунлар зарарланиши, ўчоқларнинг тешик-тешик бўлиши ва оғримаслиги билан фарқ қилади.

Везикулопустулёз — чақалоқлар орасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, баданга турли катталиқдаги маддалар тошиши билан ифодаланади. Қасаллик гўдак ҳаётининг дастлабки кунларидаёқ бошланади. Бунда боланинг боши, баданининг сербурма соҳалари ва оёқ-қўлларига четлари қизил яллиғланган ҳошия билан чегараланган пустиулалар чиқади; пустиулалар битта, иккита ёки бир неча бўлиши мумкин.

Гистологик тадқиқотлар яллиғланишли ўзгаришлар эккрин тер безларининг оғиз қисмида бўлишини кўрсатади.

Этиологияси ва патогенези. Қасалликнинг келиб чиқишига стафилококкларнинг турли штаммалари сабаб бўлади. Кўп терлаш туфайли терининг юза таъсирланиши, заиф ёки чала туғилганлик, сунъий овқатлантириш ва бошқалар касалликнинг ривожланишига олиб келади.

Гўдаклар орасида учрайдиган барча стафилодермиянинг 33% ни везикулопустулёз ташкил қилади. Шу қасалликка чалинганларнинг 70% ида абсцессланиш кузатилади (Ю. К. Скрипкин ва бошқалар, 1983).

Диагнозни аниқлашда асосан пиодермия билан асоратланган кўтир билан таққосланади. Везикулопустулалар кўтирда жуфт-жуфт жойлашади, аксарият боланинг кафти, товони, думба ва қорин соҳаси зарарланади, кўтир қанаси топилади.

Болаларда учрайдиган тарқоқ абсцесслар ёки Фингер псевдофурункулёзи. Аксарият бир ёшгача бўлган чақалоқларда кузатилади, эккрин тер безлари йўлига (чиқарув найчалари) ва тери юзасига очиладиган учига инфекция тушиши сабаб бўлади. Қасаллик кўзгатувчиси тилларанг стафилококк.

Патогенези. Хасталик кўпинча чала туғилган, организм химоя функцияси суст, нимжон болаларда учрайди. Кўп терлайдиган болани озода тутмаслик, етарли овқатлантирмаслик, шунингдек бола мадорини қуритадиган баъзи касалликлар (энте-

рит, дистрофия, умумий инфекция, камқонлик ва бошқалар) тарқоқ абсцесслар пайдо бўлишига олиб келади.

Клиникаси. Қасаллик фақат тер безининг йўли юзаки яллиғланиши билан кечса пустулалар ҳосил бўлади (периопорит). Пустулалар катталиги буғдойдек бўлиб, ичидан қуюқ йиринг чиқади ва тезда қуриб, пўст ҳосил қилади. Пўст тушиб кетгандан сўнг терида из қолмайди. Аксарият беморларда тер безларининг йўлида ҳамда унинг тугамлари (клубочкаси) йирингли яллиғланади, унда дерманинг чуқур қатламида аниқ чегараланган консистенцияси каттик, кўкимтир-қизил рангли тугунчалар пайдо бўлади; уларнинг катталиги нўхатдек, кейинчалик ёнғоқдек бўлиб кетади. Тугун ўртаси юмшаб зарарланган соҳа териси юққа тортади, босганда билқиллаб туради, ёрилса қон аралаш йиринг оқиб чиқади; ярада некротик ўзак бўлмайди. Қасаллик пировардида чандиқланиш кузатилади.

Аксарият беморларда яллиғланган тугунча 1—2 та, баъзан бир нечта бўлади. Кўпроқ бола баданининг ўри-кўрпасига тегиб ишқаланадиган жойлари, боши, бўйин, бел, думғаза соҳаси зарарланади.

Абсцессланиш чоғида умумий дармонсизлик, ҳарорат кўтарилиши (38—39°C), ҳолсизланиш ва умумий диспептик ҳолатлар кузатилади. Айниқса илк гўдаклик чоғида касаллик оғир кечади. Даво чоралари ўз вақтида қурилишига қарамай, нимжон болаларда касаллик ҳар 10—30 кунда қайталаниб туради, отит, зотилжам, менингит, остеомиелит, парапроктит ва сепсис (бактериемия) каби оғир асоратларга олиб келиши мумкин.

Болаларга кўплаб тошадиган абсцесслар ёки сохта фурункулезни фолликулит ёки фурункулез билан таққосланади. Маълумки фолликулит ёки фурункулез асосан катталарда учрайди ҳамда унинг пустила марказидан соч чиқиб туради ва ёрилганда ичидан некротик ўзак чиқади. Шунингдек папулонекротик тери силининг бошланғич босқичи билан қиёсланади. Тери силига чалинган беморларда Пирке реакцияси мусбат бўлиб, бошқа аъзоларда сил ўчоқлари топилади.

Қасаллик оқибати боланинг умумий аҳволига жуда боғлиқ бўлиб, айниқса дистрофияга учраганларда оғирроқ кечади. Баъзан зотилжам ёки сепсис қўшилиб боланинг нобуд бўлишигача олиб келиши мумкин. Шунинг учун бемор бола албатта касалхонада даволаниши лозим.

Чақалокларнинг эпидемик пуфакли ёки чилла яраси — ўткир бошланиб бир лаҳзада боланинг бутун баданига пустулалар тошиб кетиши билан ифодаланади. Қасалликни асосан стафилококклар, камдан-кам ҳолларда стрептококклар кўзғатади.

Патогенези. Пиококкли пемфигоиднинг 40% дан зиёди илк гўдаклик чоғидаёқ (чақалок 3—6 кунлигида) бошланади. Қа-

салликнинг келиб чиқиши гўдак терисининг турли нохуш оми-лар (бактериал, травма, хомиладорлик токсикози ва бошқалар) таъсирига кўрсата олиш қаршилиқ қувватига боғлиқ.

Эпидемиологияси. Эпидемик пуфакли яра ўта юқувчан бўлиб, унинг асосий манбаи тиббиёт ходимлари ёки стафилококк билан оғриган чақалоқларнинг оналари ҳисобланади. Шунинг-дек ифлос чойшаб, сочиқ, ички кийимлардан ҳам юқиши мумкин (касал чақалоқларнинг киндигидан тушган бўлади). Ўрин-кўрпалар ёки баъзи тиббиёт ходимларининг санитария талаби даражасида тоза эмаслигидан бу касаллик бирдан тарқалиб, туғруқхонада эпидемия тусига кириши мумкин. Бунда зудлик би-лан касалхонанинг чақалоқлар бўлими ёпилиб, дезинфекция қилинади, барча ходимлар тиббий кўрикдан ўтказилади.

Клиникаси. Бадан терисининг бўйин, киндик, думба соҳаларида, шунингдек қўл ва оёқларда, биров қизарган ёки ўзгармаган тери юзаси бўйлаб пуфаклар пайдо бўлади. Пуфак-лар катталиги нухатдек, консистенцияси зич, ичидаги суюқлик тиник ёки сероз сарғимтир, атрофи гардиш билан ўралган бўлади. Пуфаклар пайдо бўлиши билан гўдакнинг аҳволи ўзгаради, қаттиқ безовта бўлади, ҳарорати кўтарилади. Пуфак-лар тезда катталашиб, бир-бирига қўшилиб кетади, ичидаги се-роз суюқлик лойқаланади. Пуфаклар ёрилиб, эрозияланади, пе-рифериядаги эпидермис қолдиги осилиб туради. Баъзан ялли-гланиш оғиз, бурун, кўз ва бошқа аъзолар шиллиқ қаватига ҳам тарқалиб кетиши мумкин. Бу кўпинча занф, нимжон, чала туғилган болалар орасида кузатилади (йиринг аутоинкуляция-си). Бунда гўдак қаттиқ безовталаниб, чириллаб йиғлайди, ҳарорати 38—40°С гача кўтарилади, онасини эммай қўяди, қайт қилади, гоҳо ичи кетади. Чора-тадбирлар кўрилмаса зотилжам, отит, флегмона, ҳатто сепсис қўшилиши мумкин.

Касаллик энгил кечганда ва ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилганда пуфаклардан чиқиб турадиган суюқлик қуриб, кулранг-сарғиш тусли пўст ҳосил бўлади.

Диагнози. Эпидемик пемфигусни чақалоқлар захм пемфи-гуси ҳамда тугма эпидермолиз балин такқослаш керак.

Захм пемфигусида пуфаклар гўдакнинг оёқ ва қўл кафтлари-да, думба соҳасида бўлади. Ундан ташқари эрта тугма захмга бо-ланинг тез-тез шамоллаши, Гохзингернинг диффуз инфильтрация-си, пуфаклардан оқиш трепонемаларнинг топилиши, узун суяқлар жараҳати, Вассерман реакциясининг мусбат бўлиши хосдир.

Тугма эпидермолиз гўдак тугилган захотиёк пайдо бўлиб, асо-сан шикастланган соҳада, масалан бош, елка ва оёқ-қўлларда жойлашади. Пуфаклар битта-иккита бўлиб, яллигланиш жараё-ни унчалик сезилмайди.

Тугма эпидермолизнинг дистрофик хилида пуфаклар ўрнида чандиқли атрофия кузатилади. Аксарият пуфаклар оғиз шиллиқ

каватида учрайди. Шу билан бирга гўдакнинг тирноғи, сочи ва тишлари дистрофияси кузатилади.

Чақалоқларнинг эксфолиатив дерматити ёки Риттернинг эксфолиатив дерматити гўдаклар орасида тарқалган стафилодермиянинг энг оғир хили ҳисобланади. Қўпгина мутахассислар эса бу инфекцияни касалликни клиник кечиши ва юши даражасининг балансидига қараб, баъзан уни мустикал нозологик форма деб ҳам юритадилар.

Ҳозирги пайтда эксфолиатив дерматитнинг қўзғатувчиси тилларанг стафилококк эканлиги аниқланган. Касалликнинг келиб чиқиши эпидемик пемфигус билан деярли бир хил.

Клиникаси. Бошида касалликнинг клиник кўриниши эпидемик пемфигусга жуда ўхшаб кетади, аммо кейинчалик манзара бутунлай ўзгаради. Касаллик чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафтасидаёқ бошланади. Дастлаб оғиз атрофи, кейинчалик бўйин бурмалари, киндик атрофи, чов оралиғи ва орқа чиқарув бурмалари соҳасига тошма тошади. Тошмалар зич консистенцияли, катта ҳажмли сферик пуфаклардан иборат бўлади. Улар тезда ёки салга ёрилиб, кенг сатҳли намланган эрозияларни вужудга келтиради; перифериядаги эпидермис қолдиқлари лентасимон бўлиб осилиб ётади. Касалликнинг 8—12-кунлари гўдак териси гиперемияланиб, эрозия каттагина жойни эгаллайди, ҳатто Никольский симптоми мусбат бўлади. Терининг кўриниши бамисоли қайноқ сувда куйгандек бўлиб, қўқимтир-қизғиш тусга киради, эрозия ўчоқларида ёриқлар пайдо бўлади.

Касаллик баъзан буллез тошмалар билан бошланиб, кейин эритродермия кузатилади, аксарият, бирдан эритродермия бошланиб, 2—3 кунда бутун бадан терисини эгаллаб олади. Бунда гўдакнинг умумий аҳволи кескин ёмонлашади, ҳарорати 40°С дан тушмайди, аввалига токсико-септик ҳолат, кейинчалик сепсис кузатилиши мумкин. Бола озиб кетади, меъда-ичак фаолияти бузилади, лейкоцитоз, ЭЧТ кўтарилади, заиф ва нимжон болаларга кандидоз, зотилжам, пиелонефрит, флегмона, абсцесс, отит ва йирингли конъюнктивит қўшилиб ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин.

Бир неча ойлик, яъни каттароқ чақалоқларда касаллик бир-кадар енгил кечади. Кейинги пайтда эксфолиатив дерматитнинг енгилроқ кечадиган (абортив) хили кузатилмоқда. Бунда гиперемия унча ривожланмаган бўлиб, эпидермиснинг кўчиши суст кечади. Эрозияланиш бўлмайди, фақат муғуз қават бир оз зарарланади ҳолос. Гўдакларнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди.

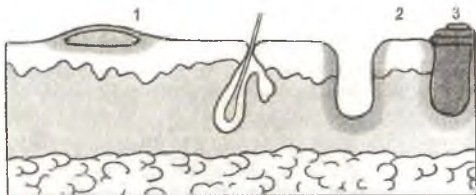
Диагнози. Касалликнинг тўсатдан бошланганлигига, эпидермиснинг пўст бўлиб кўчишига, катта-катта эрозияланган ўчоқларга эътибор бериш керак. Зарарланган ўчоқлар маълум соҳаларда жойлашади. Никольский симптоми мусбат бўлади.

Иккинчи даражали куйиш, буллезли эпидермолиз, туғма захм

пуфак яраси, ҳамда Лейнернинг дескваматив эритродермияси билан таққосланади.

Лейнернинг дескваматив эритродермияси каттароқ ёшли болаларда учрайди, зарарланиш ўчоқлари аногениталь соҳа ва тери бурмаларидан бошланади. Худди шу жойларда эритематоз-эксфолиатив яллигланиш рўй беради. Кейинчалик тошмалар боланинг юзи ва бошига тошади. Эрозияланган тери сатҳида яллигланиш унчалик ўткир кечмайди, тангачалар юзаси саргимтир ёғли бўлиб, себорейли экземани эслатади. Қасаллик тарихини ўрганиб, уни II даражали куйишдан бемалол фарқлаш мумкин.

Стрептококкли пиодермитлар (стрептодермия). Патоген стрептококклар стафилококклардан фарқ қилиб, соч халтачалари ёки ёғ ва тер безларини зарарлантирмайди, улар асосан тери касалликларининг юза хилларига сабаб бўлади. Стрептодермияга кўпроқ болалар ва аёллар чалинади, чунки уларнинг териси нозик ва юпқа бўлади. Бирламчи морфологик элемент — нозик пуфак (фликтена) ҳисобланади. Пуфак тери сатҳидан деярли кўтарилмайди, илвиллаб, шалпайиб туради ва салга ёрилади (34- расм).



34- расм. Стрептодермия (схема): 1 — импетиго (фликтена), 2 — эктима, 3 — рупия.

Стрептококкли импетиго, сачратқи. Болалар орасида энг кўп тарқалган йирингли касаллик бўлиб, тошманинг асосий морфологик элементи нозик пуфаклар ҳисобланади.

Этиологияси ва патогенези. Стрептококкли импетиго (лотинча *impetigo* — тўсатдан, бирдан деган маънони билдиради) терига стрептококклар тушишидан келиб чиқади. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрича зарарланган ўчоқлардан аҳён-аҳёнда стафилококклар ҳам топилади. Болалар ва аёлларнинг териси юпқа ҳамда нозик бўлганлиги туфайли салга чақаланади, шунинг учун касаллик уларнинг юзида ва танасининг бошқа очик қисмларида учрайди.

Касалликнинг келиб чиқишида тери ва шиллик қаватларнинг бутунлиги катта аҳамиятга эга. Терининг қашланиб, тирналиши шу билан бирга ринит ва отитда бурун ҳамда қулоқдан келаётган йиринг эпидермисни таъсирлаши оқибатида инфекция тегида тез ривожланади. Организм иммун қаршилигининг пасайиб кетиши, умумий дармонсизлик, меъда-ичак касалликлари ва гельминтозлар касалликнинг келиб чиқишида муҳим роль

ўйнайди. Айниқса озодалик қонун-қоидаларига риоя этмаслик (со-чик, кўрпа ва ёстиқ жилдларининг ифлос бўлиши) стрептодермия тез тарқалиб кетишига имкон яратadi.

Касаллик а с и . Касаллик тўсатдан бошланади, бунда йирингли тошма терига бирдан тошади. Зарарланган терида аввалига гиперемияланган хошия билан ўралган юпка пуфакчалар (фликтеналар) вужудга келади. Пуфакчалар турли катталиқда бўлиб, улар бир-бири билан қўшилиб кетишга ва периферияга қараб ўсишга мойил бўлади. Баъзан фликтеналар ўзгармаган терида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бир-икки кунда пуфакчалар юмбаб, ичидаги суюқлик лойқаланади, йиринглайди; йиринг тезда қуриб, сарғимтир қора қўтирга айланади (35- расм). Қора қўтир тушиб кетган жойларда бироз намланиб турадиган қизғимтир эрозиялар кўзга ташланади. Одатда фликтеналар бир-биридан алоҳида жойлашади, аммо периферияга ёйилиши оқибатида қўшилиб ҳалқасимон (цирцинар) импетиго вужудга келади. Касаллик 3—4 ҳафта давом этади. Пировардида қора қўтир кўчиб тушади. Ўрнида сал пигментланган (вактинча) доғ қолади. Баъзан бадан терисининг бошқа соҳасидан янги тошма элементлари чиқади ва шу йўл билан тарқалиб боради. Айниқса болалар қашланиб, терининг соғлом қисmlарига инфекция тарқатади, эрозияланган ўчоқлар кўпаяди ва шу жойлар тортишиб, бироз оғрийди. Бундай беморлар атрофидагилар учун жуда хавfli ҳисобланади. Фликтеналар кўпинча, юзда, аксари бурун ва оғиз атрофида жойлашади, лекин баданнинг ён қисmlари ва оёқ-қўл панжалари, тизза ва бошқа жойларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Касаллик тузалганидан кейин яллиғланган ўчоқларда чандик ва атрофия қолмайди.

Стрептококк импетигосининг бир неча клиник хиллари мавжуд. Буллёз (пуфакли) импетиго, бунда кўпроқ қўл бармоқларининг ёни, товон ва болдир зарарланади. Каттагина фликтена чиқади. У ёрилганда ҳосил бўлган эрозия перифериясида пўст қолдиғи туради.

Лаб бичилиши ёки тирқишсимон импетиго. Дастлаб лабнинг бир ёки иккала бурчагида пуфакчалар (фликтеналар) пайдо бўлади. Улар тезда ёрилиб, қуриб қолади ва қора қўтирга айланиб, из қолдирмасдан тушиб кетади. Овқатланганда, гаплашганда, шунингдек ясама тишлардан ва сўлақлар таъсиридан лаб бурчаги тинмай таъсирланганда эрозиялар вужудга келади. Эрозия марказида безиллаб турадиган чуқур ёриқлар пайдо бўлади. Гаплашганда, овқатланганда бемор бироз қийналади. Бичилган жой доим намланиб турса, бемор беихтиёр тилини тегизиб, уни баттар ачиштиради ва бичилган жой анча вақтгача тузалмайди. Касаллик мудом сўлағи оқиб юрадиган, тишлари чириган, ринит, конъюнктивит ҳамда гиповитаминоздан (асосан «В» гуруҳ витаминлари етишмаганда) азиат чекадиганларда кўпроқ учрайди.

Тиркишсимон импетиго жуда юкумли бўлиб, у бемор билан ўпишганда, у тутган идиш-товоқ, сочиқ ва бошқалардан фойдаланганда юқиб қолади.

Қасалликка диагноз қўйишда уни лаб бурчаклари кандидози ва иккиламчи захмдаги эрозияланган папулалар билан таққосланади.

Эритемасквामоз импетиго ёки оддий темиртки. Барча стрептококкли импетиголар ичида куруқ кечиши билан ажралиб туради. Асосан болаларнинг юзи, лунжи ва жағлари атрофи, гоҳо оёқ-қўллари терисида доира ҳамда овалсимон шаклдаги, юзаси бироз кепакланиб турадиган оқимтир ёки қизгимтир доғлар пайдо бўлади. Доғлар айниқса қорамтир болаларда яхши билинади. Қуёшга тобланганда доғлар яна ҳам аниқроқ кўринади. Атрофдаги соғлом тери бироз қораяди.

Куруқ стрептодермия, баъзан эритематоз-сквामоз импетиго билан бирга кечиши мумкин. Аксарият касаллик баҳорда ёки кuzда болалар орасида кузатилади. Улар деярли енгил қичишдан ташқари субъектив бошқа белгиларга шикоят қилишмайди.

Юза панариций ёки турниоль (хасмол). Тирноқ ости ва атрофидаги тўқималарнинг ўткир яллиғланиши. Битта ёки бир неча тирноқлар касалланиши мумкин. Асосан катталар, баъзан болалар касалланади. Бармоқнинг кўринар-кўринмас чақа жойлари орқали юмшоқ тўқималарга йиринглатувчи микроблар кириши сабаб бўлади. Тирноқ атрофида сероз-йиринг тутган фликтеналар пайдо бўлади. Пуфаклар аввалига сероз суюқлик сақлайди, кейин лойқаланиб йиринглайди, периферия томон тарқалишга мойил бўлади. Фликтена тирноқ чуқурчаси атрофида худди тақага ўхшаб жойлашади. Жароҳатланган бармоқлар шишиб оғрийди. Жараён сурункали давом этиб, бир бармоқдан иккинчисига ўтиб кетиши мумкин.

Фликтена ёрилгандан сўнг ярим ҳалқа шаклидаги эрозия вужудга келади. Эрозия четларида эпидермис пўсти кўчиб туради, баъзан тирноқ пластинкаси ажралиб тушади. Бир неча бармоқларнинг тирноғи зарараланса, беморнинг иссиғи чиқиб, унинг умумий аҳволи бироз ёмонлашади, зарарланган соҳага яқин лимфа тугунлари шишади.

Интертригиноз стрептодермияда кўпроқ ишқаланадиган, бурмали жойлар — қулоқ орқаси, қўлтик ости, чов оралиғи, аёлларнинг кўкрак безлари тагига тошмалар тошади. Тўладан келган семиз, айниқса экссудатив диатез, қандли диабетга чалинган ёш болалар орасида касаллик тез авж олади. Тошманинг асосий элементи ясси, катталиги бугдой донидек келадиган фликтена ҳисобланади. Фликтеналар кўплаб чиқиб, тезда бир-бирига қўшилиб кетади ва намланиб турадиган оч пушти рангли эрозия ўчоқларини вужудга келтиради. Эрозиялар асоси чизик-чизик бўлиб ёрилади. Бемор кўп терлайдиган бўлса ачи-

шиб огрийд, ўчоқлар атрофида янги пустулез элементлар пайдо бўлади. Қасаллик ҳар хил субъектив белгилар билан сурункали кечади. Беморга диагноз қўйишда асосан интёртригиноз кандидоз билан таққосланади. Кандидоз пуфаклари ичидаги суюқлик сарғиш бўлмайди, улардан ачитқисимон замбуруғлар топилади.

Захмсимон папулез импетиго ёки папуло-эрозив стрептодермия. Аксарият гўдаклар орасида учрайди. Уни кетликдан келиб чиққан дерматит ҳам дейишади. Гўдакнинг жинсий аъзолари, думба, сон ва болдир соҳасига тез ёриладиган фликтеналар чиқади. Фликтеналар инфилтратланган эрозиялар ҳосил қилади, бу одатда захмдаги эрозияланган папулаларга ўхшаб кетади. Асосан болани парваришлаганда озодаликка риоя этмаслик (ички кийими ва кетлигини вақтида алмаштирмаслик) оқибатида келиб чиқади.

Диагнозни аниқлашда асосан эрозияланган папулез захм билан таққосланади; захмда ўткир яллиғланиш кузатилмайди, ундан ташқари тошмалар оғиз шиллиқ қаватига ҳам тошади. Папуло-эрозив стрептодермияга маҳаллий ва дезинфекцияловчи дори-дармонлар тез қор қилади. Шунга қарамай қоннинг серологик реакцияси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Вульгар эктима — стрептококк импетигосининг чуқур шакли.

Яралардан олинган йирингли ажратмалар микробиологик текширилганда вульгар эктимани стрептококкдан ташқари аралаш микроорганизмлар, яъни стафило-стрептококклар ҳам қўзғатиши аниқланган. Санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, озиб кетиш, витаминлар танқислиги (гипоавитаминоз), организм умумий қаршилиқ қувватининг пасайиб кетиши, моддалар алмашинуви ҳамда маҳаллий қон, лимфа айланишининг бузилиши ва майда яра-чақалар эктималарнинг пайдо бўлишига қулай шароит туғдиради. Болаларда вульгар эктима қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал каби юқумли касалликлардан кейин авж олади.

Қлиник аси. Эктималар асосан болдир, сон, думба ёки бел соҳасида пайдо бўлади. Турли катталиқдаги фликтена, пустиула, шунингдек чегараланган ва огрийдиган инфилтратлар юзага келади (эктимада пуфаклар эпидермис тагида жойлашади). Пустиулалар 1—2 тадан 10—15 тагача, ичида йиринг ёки қон-йиринг аралаш бўлади. Пуфаклар атрофида қизғиш-кўкимтир инфилтрат шиши бўлади. Тез кунда пустиулалар юзаси қовжираб, бириккинчисининг устига қатма-қат бўлиб тушадиган зич қора кўтирга айланади. Қора кўтир тушиб кетганидан кейин чуқур ва оғриб турадиган яралар очилиб қолади, унинг тубида йиринг бўлади; 2—3 ҳафтадан сўнг яралар битиб, юза ёки чуқур чандик қолади.

Диагнози. Вульгар эктимани импетиго, чипқон, захм эктимаси ва колликватив тери силидан клиник ажратиш керак. Им-

петиго билан чипқонда пўстлоқ қатма-қат бўлмайди; эктимада эса пуфақларнинг борлигига асосланилади, ундан ташқари чипқондаги каби некрозли ўзак вужудга келмайди.

Заҳм эктимасида эрозия атрофи ва инфильтрат асоси қаттиқ бўлиб, серологик реакциялар мусбат натижа беради. Колликватив тери силигда тошмаларнинг жойлашиши, кўриниши ўзига хос бўлиб, сил синамаси мусбат чиқади.

Баъзан камқувват, айниқса ичкиликка ружу қилган, шунингдек огир жисмоний иш билан шугулланадиган кишиларда вульгар эктиманинг чуқур ўйилиб тушадиган ёки гангреноз хили кузатилиши мумкин. Худди шу ҳолат заиф ва нимжон чақалоқларда ҳам кузатилади. Касалликнинг келиб чиқишида иккиламчи инфекциянинг (кўк яшил таёқча ёки ичак таёқчаси) роли катта.

Ҳозирги вақтда турли дори-дармонларнинг мавжудлиги касалликдан бутунлай фориғ бўлиш имконини беради.

Аралаш стафило-стрептококкли пиодермитлар. Бу касалликларни стафилококк ҳамда стрептококклар кўзғатади. Бундай пиодермияларга вульгар ёки аралаш импетиго ва атипик чуқур пиодермитлар (ярали ва вегетацияланувчи пиодермит, шанкрсимон пиодермия ва пиоген гранулёма-бактриомикома) киради.

Вульгар ёки аралаш импетигонинг келиб чиқишида беморларда илгаридан мавжуд бўлган, шунингдек қичима билан кечадиган иккиламчи касалликларнинг патогенетик ахамияти катта. Теридаги майда яра чақалар, тирналиш, ифлос юриш, лаб бурчакларини доимо пилчираб туриши аралаш импетиго пайдо бўлишида муҳим омиллардан ҳисобланади. Кўпроқ болалар, ўсмирлар ва ёш аёллар касалланадилар.

Клиникаси. Вульгар импетигода яллиғланиш ўчоқлари аксарият беморларнинг юзида, оғиз ва кўз бурчакларида пайдо бўлиб, баъзан бутун баданга ҳам, қўл-оёқлар терисига ҳам тарқалиб кетади. Аввалига бироз қизариб, шишиброқ турган соҳаларда стрептококк фликтенаси вужудга келади. Кейинчалик улар стафилококклар таъсирида йирингга айланади; тез орада йиринг қуриб, сарғимтир-мис рангли қора қўтирлар пайдо бўлади. Вульгар импетигонинг ўта юқувчанлигини назарда тутиб, уни контагиоз импетиго ҳам дейилади. Нотўғри даво қилинганда ёки заиф ва нимжон болаларда касаллик 1—2 ойга чўзилиши мумкин. Бунда беморнинг бироз иссиғи чиқади, иштаҳаси бузилади, лимфа тугунлари шишиб кетади. Одатда даволаш муолажалари ўз вақтида ва тўғри олиб борилса 1—1,5 ҳафтада мисранг қора қўтир тушиб, ўрнида вақтинчалик доғ қолади ва бемор тезда соғайиб кетади.

Сурункали ярали ва вегетацияланувчи пиодермитлар билан кўпроқ эркаклар огрийди. Ҳар хил шикастланишлар, совуқ уриши, бирон касаллик туфайли организм қаршилиқ қувватининг пасайиб кетиши, гиповитаминоз, айрим

соҳаларда қон ва лимфа айланишининг бузилиши касаллиқнинг келиб чиқишида маълум роль ўйнайди. Мутахассисларнинг фикрича, айниқса макроорганизмларнинг пиококк инфекциясига нисбатан сезувчанлигининг заифлашиши, шу билан бирга улар вирулентлигининг пасайиши инфекциянинг бемор терисида узок сақланишига олиб келади. Айниқса углеводлар алмашинувининг бузилиши беморларда сурункали яралар пиодермитларнинг ҳадеганда тузалавермай чўзилиб кетишига, тез-тез қайталашига ва пировардида меҳнат қобилиятининг йўқолишига сабаб бўлади. Бундай беморлар қонида фагоцитоз ва хемотоксис су-сайганлиги ҳамда гуморал ва хужайра иммунитетининг бузилганлиги кузатилади.

Клиникаси. Қасаллиқнинг клиник кўриниши жуда хилма-хил бўлиб, асосан кўзгатувчисининг вирулентлигига (стафилококк ёки стафило-стрептококк) боғлиқ. Баъзан ичак таёқчаси ва кўк йиринг таёқчаси ҳам биргаликда учраши мумкин.



36- расм. Сурункали яралар пиодермия.

Қасаллиқ стрептококкли эктима, фурункул ёки ўзига хос инфилтрат пайдо бўлиши билан бошланади. Улар тезда яраланиб, некротланади ва ҳар хил (овал, юмалок) шаклдаги зарарланган ўчоқлар вужудга келади. Яралар ўчоқларнинг қирралари инфилтратланган, эгри-бугри бўлади, яралар анчагина сероз-йиринг сақлайди, тубида эса нотекис грануляцияланган тўқима жойлашади. Асосий ўчоқлар периферияси бўйлаб янги пустулалар пайдо бўлади, дастлабки инфилтратлар таги бир-бири билан туташиб кетади. Пўст остидаги яралар четга қараб кенгайиб боради ва ниҳоят пўст тушиб, кенг сатҳли, очик яралар вужудга келади (36- расм). Патологик жараён аввал эпидермис, сўнг дермага ўтади, кейинчалик гиподермага етиб боради. Қасаллиқ туфайли бемор анча заифлашиб қолади, уйқусизлик, камқонлик аломат-

лари пайдо бўлади. Зарарланган ўчоқлардаги ўтмас оғриқ беморнинг тинқасини қуритади, касаллик ҳадеганда тузалавермасдан анчага чўзилиб кетади.

Баъзан кенг соҳали яралар юзасида тўқималарнинг сўгалсимон ўсиши, яъни вегетацияси бошланади. Вегетация кейинчалик бутун яра ўрнини эгаллаши мумкин (сурункали ярали — вегетацияланувчи пиодермия). Қўпинча вегетацияланган тўқималар ичида (пустулалар ва фолликулитлар ўрнида) фистуллэз йўллар бўлади. Улар бир-бирига туташ ёки туташмаган бўлиб, ичидан доимо йиринг ёки қон-йиринг аралаш чиқиб туради. Вегетацияланган тўқима қизғиш-қўқимтир ва майин бўлади ҳамда соғлом теридан кескин ажралиб туради. Пилакчалар атрофида доимо қон-йиринг тўпланганлиги учун пилчираб туради. Касаллик сурункали кечиб анчага чўзилади.

Регрессияланиш жараёнида яралар ўртасидаги пилакчалар тушиб кетади, вегетацияланиш тўхтайтиди, мугузланади, йиринг ажралмай қолади. Яралар ўрни ўйдим-чуқур чандик ҳосил қилиб битади.

Чандикланиш колликватив тери силидагига ўхшаб кетади. Баъзан патологик жараён бир томонда тугаса, бошқа жойида янгидан бошланади (серпигиноз ёки эмакловчи ярали пиодермия).

Зарарланиш ўчоғи бадан терисининг турли жойида, кўпроқ бошнинг сочли қисми, биллак, елка ва кўлтиқ атрофи, чов ва думба соҳаларида учрайди.

Гистопатологияси. Эпидермисда дистрофик, дермада эса грануломатоз ўзгаришлар билан бирга сурункали яллиғланиш, некроз ва абсцессланиш кузатилади. Шунингдек эпидермисда гиперкератоз, баъзан паракератоз ва гранулоцитлар сақловчи микроабсцесслар бўлади. Дермадаги периваскуляр ёки диффуз инфильтрат чуқур қаватларга, ҳатто гиподермага етиб боради.

Диагнози. Қасалликнинг клиник кўриниши ва тарихига эътибор бериледи, шунингдек, колликватив ва сўгалсимон тери сили, чуқур микоз ва бластомикоз, актиномикоз, споротрихоз ҳамда учламчи захм билан таққосланади.

Шанкрсимон пиодермия. Асосан терининг бактериал инфекция билан зарарланиши ҳамда унинг захм (қаттиқ) шанкрига ўхшаш клиник жиҳатлари борлиги Е. Гауффман томонидан (1934 й.) изоҳланган. Ҳосил бўлган яра эса захмдаги шанкрга жуда ўхшаш бўлиб, ҳатто етук мутахассислар ҳам бемор қонини қайта-қайта серологик текширувдан ўтказиб, ярадан оқиш трепонема излашади.

Шанкрсимон пиодермияда бактериологик текшириш учун олинган йирингда асосан стафилококклар, баъзан стрептококклар ҳам топилади.

Шахсий гигиенага риоя қилмаслик, жинсий олат учидаги ҳар

хил чақаланишлар, фимоз ва бошқа омиллер оқибатида тери таъсирланади ва эрозия ёки яра вужудга келади. Шанкрсимон пиодермия жинсидан қатъий назар катталарда ҳам, ёш болаларда ҳам кузатилиши мумкин.

Клиникаси. Қасаллик беморнинг жинсий аъзолари (олат боши, катта ҳамда кичик уятли лаблар, қин даҳлизи ва бошқалар), юзи, лаб атрофи ва тилига бир ёки бир нечта овалсимон яра чиқиши билан бошланади. Одатда, аввалига пуфак пайдо бўлади, сўнгра у эрозияланади, асоси бироз инфилтратланиб доира шаклидаги ярага айланади. Аксарият беморларда эрозия юзаси геморрагик пўст билан қопланиши мумкин, пўст тушиб кетганидан сўнг яна қизғиш пушти рангли, ичида бироз йиринги бор яра юзага келади. Ярага яқин бўлган лимфатик тугунлар катталашади (1—2 см), бу ҳолат кўпинча оғриқсиз кечади. Кўпинча касаллик 2—3 ҳафтада тузала бошлайди, баъзан бир неча ойлаб чўзилиши ҳам мумкин. Зарарланган ўчоқ ўрни из қолдирмай ёки юза чандик ҳосил қилиб битади.

Диагнози. Асосан захмдаги қаттиқ шанкр билан таққосланади. Қоннинг серологик анализи, касаллик тарихи ва ярадан оқиш трепонемаларнинг топиллиши касалликка аниқ диагноз қўйиш имконини беради.

Пиоаллергидлар. Қоққларга нисбатан бемор терисининг ўта сезувчанлик ҳолати бўлиб, ўзига хос турли аллергик тошмалар тошиши билан ифодаланади.

Мутахассисларнинг фикрича худди тери сили, терининг замбуруғли касалликларидаги каби микроорганизмларнинг парчаланиш маҳсулотлари зарарланган ўчоқлардан гематоген йўл билан бутун организмга тарқалиб, ўта сезгирлик қўринишидаги аллергик ҳолатни намоён қилади.

Пиоаллергидлар бирдан бошланиб, кепакланиб турадиган эритематоз доғлар, папуловезикулалар, маддалар тошиши билан кечади. Одатда тошмалар бадан терисига ва оёқ-қўлларга симметрик тошади; хатто қўл ва оёқ кафтларига қаттиқ пўстли пуфакчалар ва пуфаклар чиқиши мумкин. Бундай пайтда беморларнинг иссиғи чиқиб, боши оғрийди, кўнгли айнийди ва дармони қурайди. Тошмалар тарқалиб, терининг хийлагина қисмини эгаллаши мумкин. 10—15 кундан кейин тошмалар камайиб регрессия бошланади.

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Терининг йирингли касалликларига даво комплекс тарзда олиб борилади. У этиотроп ва патогенетик терапиядан иборат бўлиб, асосан бемор организмнинг иммунологик қаршилиқ кучини оширадиган препаратларни қўллаш билан бирга олиб борилади. Аксарият беморларнинг нерв, эндокрин, ички аъзо ва сис-

темалари фаолияти зимдан бузилганлигини назарда тутиб, комплекс даво фақат этиологик омилларга қаратилмай, балки бутун организм функциясини тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Комплекс даво курсини буюришдан аввал, бемор обдан клиник текширувдан ўтказилади. Шу билан бирга унинг оила аъзолари ҳам тиббий кўриқдан ўтказилади, чунки улар орасида инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Умумий даво. Сикоз, чуқур фолликулитлар, чипқон, хўппоз, везикулопустулёз, терининг кўплаб абсцесси, болаларнинг чилла яраси ва Риттернинг эксфолиатив дерматитида антибиотиклар, сульфаниламидлар, шунингдек специфик ва носпецифик иммунобиологик терапия ҳамда физиотерапевтик даво усуллари қўлланилади.

Антибиотиклар билан даволаш. Терининг йирингли касалликларини даволашда (айниқса сурункали хилларида) антибиотиклар жуда самарали ҳисобланади. Антибиотикларни қўллашда уларнинг антибактериал таъсир доирасига албатта эътибор бериш керак (жадвал).

**КАСАЛЛИК ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИГА ҚАРАБ АНТИБИОТИКЛАРНИ
ТАНЛАШ ЖАДВАЛИ**
(С.М. НАВАШИН ВА И. П. ФОМИНА, 1982)

Ж а д в а л

Қўзғатувчи	s.anrens., s.epidermidis	str puogenes
I. Пенициллиназа ҳосил қилмайди	Бензилпенициллин	Бензилпенициллин
	Метициллиннинг натрийли тузи	Ампициллин
	Оксациллиннинг натрийли тузи	Қарбенциллиннинг динатурли тузи
	Диклоксациллиннинг натрийли тузи	Эритромицин
	Тетрациклин	
II. Пенициллиназа ҳосил қилади	Эритромицин	
	Цефалоспориинлар	Цефалоспориинлар
	Гентамицин сульфат	
	Тобрамицин	
	Сизомицин сульфат	
	Линкомицин гидрохлорид	
	Фузидин натрий	

Пенициллин гуруҳи препаратлари. Уларни буюришдан аввал бемор организмнинг бу гуруҳ препаратларга сезгирлиги аниқланади. Сувда эрийдиган пенициллин препарати (калий ёки натрийли тузи) мускул орасига 300000—500000 ТБ дан ҳар 4 соатда буюрилади. Ҳар қандай ҳолда ҳам касаллик диагнози, уни кечиши, беморларнинг умумий аҳволи ва тана вазнига эътибор берилади.

Метициллин натрий — пенициллиннинг ярим синтетик ҳосиласи, кам захарли, кумулятив хусусиятлари йўқ, 1,0 г дан бир кунда 4 маҳалгача буюрилади.

Оксациллин натрий — айниқса стафилококкларга яхши таъсир қилади. Ичганда меъданинг кислотали муҳитида ўз активлигини йўқотмайди. Овқатдан 1 соат аввал 0,25—0,5 г дан 4 маҳал буюрилади.

Диклоксациллиннинг натрийли тузи — пенициллиназа ферменти ҳосил қилувчи микроорганизмларга анча самарали таъсир қилади, 0,5 г дан 4 маҳал ичилади, катталар учун даво курси 2,0 г, аммо меъда ёки ўн икки бармоқ ичак яра касалликларида буюриш мумкин эмас.

Аралаш ҳамда сурункали пиодермитларда ампициллин анча унумли, у таъсир доираси кенг антибиотикларга киради, 0,25 ва 0,5 г дан таблетка ҳолида ёки 0,5 г дан кунига 2—3 маҳал мускул орасига юбориш буюрилади.

Карбенцилиннинг динатрийли тузи стрепто-стафилококкли пиодермитларда қўлланилади. Катталар учун бир кунга 4 г дан 8 г гача инъекция ҳолида мускул орасига юбориш буюрилади.

II. Тетрациклинлар. Тетрациклин ва тетрациклин гидрохлорид кенг спектрда таъсир қиладиган антибиотиклар бўлиб, улар яхши наф беради. Ичиш учун 0,2—0,25 г дан кунига 3—4 маҳал буюрилади. 8 ёшгача бўлган болаларга тавсия этилмайди (кальций билан бирикиб эримайдиган комплекс ҳосил қилади ва суякларда тўпланиб қолиши мумкин).

Метациклин гидрохлорид — тетрациклиннинг ярим синтетик маҳсулоти. Бир кунда икки маҳал, кундалик миқдори катталар учун 0,6 г. Жигар ва буйрак хасталикларида ҳамда 8 ёшгача бўлган болаларга буюрилмайди.

Доксициллин гидрохлорид (вибрамицин) окситетрациклиннинг ярим синтетик маҳсулоти, стафилококк ва стрептококкларга нисбатан анча актив таъсир қилади, ичилганда яхши сўрилади ва бошқа тетрациклинларга нисбатан қон таркибида узоқ сақланади. Биринчи куни 0,2 г, кейинги кунлари 0,1 г дан сут ёки қатиқ билан ичилади.

III. Бошқа гуруҳ антибиотиклар. Гентамицин сульфат — оғир кечадиган пиодермитларни даволашда анча самарали таъсир қилади. Айниқса аралаш инфекцияли ёки умуман кўзгатувчиси аниқланмаган; йирингли касалликларда ишлатган маъқул, уни кунига 1—2 мл дан 2—3 маҳал мускул орасига юборилади. Тобримициннинг гентамицинга нисбатан ото-нефротоксиклиги паст, ҳар килограмм вазнга 2—5 мг ҳисобида 2—3 маҳал ичилади. Сизомицин сульфат гентомицинга қараганда анча актив бўлиб, 5% ли эритма (50 мг/мл) ҳолида чиқарилади, уни 1—2 мл дан мускул орасига 2 маҳал

юбориш буюрилади. Монотерапия мақсадида таъсир доираси пенициллинларга яқин бўлган эритромицин қўлланилади, 0,1—0,25 г дан 4—6 мартагача ичиш мумкин.

Метациллинорезистент стафилококкларга ҳамда аралаш инфекцияга цефалоспориинлар (цефалоридин, цефалексин, цефализин, кефзол) кучли таъсир этади. Цефалоридин 0,5 г дан 2—3 маҳал ёки цефазолин 0,25—0,5—1,0—2,0 г дан ҳар 8 соатда буюрилади.

Линкомицин гидрохлориднинг ҳам антибактериал таъсири анча кенг бўлиб, айниқса бошқа антибиотиклар яхши наф бермаганда муваффақиятли қўлланилади. Уни 0,5 г дан 2—3 маҳал ичилади ёки 1—2 мл дан 30% ли эритмаси мускул орасига юборилади. Фузидин-натрий ичилгандан сўнг қоннинг таркибида узоқ вақт сақланиб қолиш хусусиятига эга. Шунинг учун уни амбулаторияга қатнаб даволадиган беморларга тавсия этилади. Фузидин-натрийни 0,5 г дан 3 маҳал сут билан ичиш буюрилади.

Умуман антибактериал препаратларни қабул қилиш муддати 2—3 ҳафтадан ошмаслиги керак. Антибиотиклар инфилтратланган тўқималарнинг йиринглаб кетишига йўл қўймайди, натижада катта-катта чандиқ бўлишнинг олди олинади. Аммо сурункали оғир кечадиган жараёнларда 1—1,5 ой буюришга тўғри келади; кандидоз, дисбактериоз, қайталовчи нейтропения, баъзан аллергик реакцияларнинг олдини олиш учун дори-дармонларни бошқасига алмаштириб турилади.

Айниқса сурункали пиодермитларда антибиотикларни бир нечтасини биргаликда қўллаш самарали эканлиги кўпгина мутахассислар томонидан исботланган (А. М. Бухорович, 1984; Р. С. Топурия, 1984). Масалан, эритромицин — тетрациклин; олендоминин — тетрациклин; ампициллин — оксациллин; мономицин — эритромицин, линкомицин гидрат — цепорин ва бошқалар.

Пиодермитларни этиотроп давоси учун сульфаниламид препаратларни ҳам ишлатиш мумкин. Улар айниқса, сурункали пиодермитларда антибиотиклардек натижа бермаслиги мумкин. Аммо, айрим беморлар антибиотикларни кўтара олмасликлари сабабли, улар ўрнини сульфаниламидлар билан алмаштирган маъқул.

Сульфамометоксин (дифадин) — препарат кам заҳарли бўлиб, таъсир доираси ва муддати анча кенг. Стафилококк, стрептококк ва грамм манфий бактерияларга қаттиқ таъсир қилади. Биринчи кунлари 0,5—1 г дан 2 маҳал, қолган 7—10 кун мобайнида 1 г дан бир маҳал ичишга буюрилади. Сульфадиметоксин, сульфален ҳам шу тариха ишлатилади.

Сульфаниламид препаратларга жуда чидамли бўлган грамм мусбат ва грамм манфий микробли пиодермитларни даволашда бактрим (таркибида сульфаметаксазол — 0,4 г ва триметоприм — 0,08 г сақлайди) анча қўл келади. Бактрим (бисептол) 2 таб-

леткадан ҳар 12 соатда бир маҳал овқатдан кейин ичиш учун буюрилади, даво курси 7—14 кун.

Иммунобиологик воситалар билан даволаш. Этиотроп даволаш нечоғли самарали бўлишига қарамай, у терининг тез-тез қайталаб турадиган ҳамда сурункали йирингли касалликларига тўғли қор қилмайди. Сурункали рецидив пиодермитларни фақат антибиотиклар билангина даволаганда 25,8% гача бўлган беморларда касаллик яна қайталаганлиги маълум (Л. А. Стерилов, 1980). Кузатишлар антибактериотерапияни иммунотерапия билан ҳамкорликда олиб бориш кераклигини кўрсатади.

Специфик иммунотерапия учун стафилококк анатоксини (натив ёки адсорбцияланган) ишлатилади, у бемор организмда антитоксин ва антибактериал иммунитетни юзага чиқишида муҳим роль ўйнайди. Анатоксин 0,5—1,0—1,5—2,0—2,2 мл дан 5 кун оралатиб курак териси остига юбориб турилади.

Поливалент стафилококк вакцинаси эса тери ичига 0,1—0,2 мл дан 4 кунда бир марта юборилади ва ҳар сафар 0,1—0,2 мл дан ошириб борилади, даво курси 1,5—2,0 мл. Стафилококкли антифагин, стафилококк бактериофаги ҳам 0,1 мл дан тери остига ошириб бориш усулида қилинади.

Айрим беморларга (жигар, юрак-томир, эндокрин без касалликларида) специфик иммунотерапия тавсия этилмайди. Бундай ҳолларда пассив иммунитетни таъминловчи препаратлар, антистафилококкли гамма-глобулин, антистафилококкли гипериммун плазма буюрилади.

Носпецифик иммунотерапия мақсадида касаллик патогенезини назарда тутиб, турли воситалар ишлатилади, жумладан, продигозан даво курси 100 мкг, пирогенал даво курси 1000—1500 МПМ гача.

Аутогемотерапия — носпецифик иммунотерапиянинг ҳаммадан кўп ишлатиладиган усули бўлиб, беморнинг ўз қонини мускул орасига юборилади, даво курси 10—12 инъекция.

Сўнги йилларда иммуномодуляторлардан, айниқса сурункали пиодермитларда кўп фойдаланилади. Левомизол (декарис) Т — лимфоцитларнинг регулятор функциясига танлаб таъсир қилади, қунига 150 мг дан 3 кун берилади. Натрий нуклеанат макрофаглларнинг фагоцитар функциясини оширади, 0,25—0,5 г дан 3—4 маҳал, жами 2—3 ҳафтага буюрилади. Тактивин ёки тималин ҳам ишлатиш мумкин.

Умумий қувватга киргизадиган даво мақсадида витаминлар С, А, В, Р ёки поливитаминлар: пангексавит, декамевит, аэровит, ундевит ва бошқалар бир ойгача қунига 2—3 маҳал буюрилади.

Адабиётлардаги маълумотларга қараганда, айниқса терининг сурункали йирингли касалликларига чалинган беморларнинг 50% дан зиёди углеводларни кўп истеъмол қиладиганлар бўлиб,

шунинг учун уларга даволаш жараёнида қанди камайтирувчи препаратлардан бикарбон ёки бутаамид бериш мақсадга мувофиқдир. Улардан биттаси 0,125—0,25 г дан, бир кунда 2 маҳал овқатдан олдин берилди ва 10 кун мобайнида қон таркибидаги қанд микдорини текшириб борилади.

Пиодермитларни даволаганда бемордаги иккиламчи касалликларни ҳам назарда тутиш лозим. Масалан, меъда-ичак йўли касалликлари, сурункали стоматит, тонзиллит, холецистит, гельминтоз ва бошқалар. Бемор кун тартибига амал қилиши, кунига 7—8 соат ухлаши, тоза ҳавода дам олиши ҳамда нечоғли оқсилга бой овқатларни истеъмол қилиши керак. Углеводли, ёғли ва аччиқ маҳсулотларни вақтинча емаган маъқул.

Теринг йирингли касаллигига чалинган беморларни даволашда физиотерапевтик даво усуллари, жумладан УВЧ-терапия, ультрабинафша ва қисқа тўлқинли нурлар, парафинли аппликация қилиш кенг қўлланилмоқда. Айниқса сурункали пиодермитларда физиотерапия усуллари комплекс даво курсига киритилган. Некротик ўзак ҳамда инфильтратнинг тезроқ етилишида ультрабинафша ва қисқа тўлқинли нурлар (ОКУФ-5 да 5—7 сеанс), ўзак ажралгандан кейин эса, ҳар кун умуий УФО, жами 10—12 сеанс буюрилади. Қаттиқ чандиқланиш билан кечадиган пиодермитларда парафин ёки озокеритли аппликация икки кунда бир маҳал, жами 10—12 сеанс, лидаза фонофорези даво курсига 6—8 муолажа тайинланади.

Маҳаллий даво. Ҳар бир беморнинг ўзига мос тарзда (индивидуал) танлаб олинади. Бундан асосий мақсад йирингли тошмалар бутун баданга ёки соғлом терига тарқалиб кетмаслигининг олдини олиш, субъектив белгиларни камайтириш ва илжиб борица беморни тезроқ дарддан ҳалос қилишга қаратилган бўлиши лозим.

Дастлабки кунидеъ беморга шахсий гигиена қоидаларига бекамму кўст амал қилиш ҳамда тошма тошган даврда ювинмаслик тартиби тушунтирилади. Зарарланган ўчоқлар атрофини кунига 2—3 маҳал камфора спирти ёки 1—2% салицилат спирти билан артиб турилади. Остеофолликулитда маддалар стерилланган шина билан тешилади ва 70°ли спиртда намланган докали тампонлар билан яхшилаб тозаланади, сўнгра 1—2% ли анилин бўёқлари суртилади.

Ўта юқумли пиодермияларда болаларнинг тирноқлари тозалаб олиб ташланади, зарарланган ўчоқларга мутлақо сув тегизмаслик керак, улар атрофидаги соғлом тери спиртли эритмалар билан бир кунда икки маҳал артиб турилади. Яраларни бинт билан боғлаш ярамайди, уларнинг пўсти ва дориларнинг қотиб қолган қисми ўсимлик мойи билан юмшатилиб олиб ташланади. Чипқон, хўппоз ва гидраденитда яллиғланган инфильтратларга ихтилолдан тийёрланган «кулчалар» қўйилади ва ихтиол куриб

қолмаслиги учун 2% ли борат эритмаси шимдирилган докалар билан ёпилади. Тоза ихтиол чуқур инфильтратли пиодермитларнинг янада авж олиб кетишига йул қўймайди ва қўпол чандик ҳосил қилмай эт битишини таъминлайди; ультрабинафша ва қисқа тўлқинли нурлар (ОКУФ-5) ҳам ана шу мақсадда ишлатилади. Чипқон, хўппоздаги «яра ўлиги», гидраденитда йирингли ўчоқларни яхшилариб тозалаш мақсадида натрий хлорид ёки протеололитик ферментлардан тайёрланган эритмалар билан тикин (турунда) қўйилади. Чипқон, хўппоз, гидраденит ёки чуқур фолликулит ёрилгандан сўнг гелиомицинли, 2% линкомицинли, тетрациклинли, эритромицинли, 3—5% ли диоксиддин каби малҳамлар ишлатилади. Чандикланиб битишда 2 г эрициклин, 10 г димексид, 75 г сувсиз ланолин ва 100 г вазелин мойи аралашмаси яхши наф беради. Мабодо беморларда қандли диабет қайд қилинган бўлса, унда ишлатилаётган дорига тенг миқдорда инсулин кўшиб зарарланган ўчоқларга қўйилади. Ҳали етилмаган ёки ёрилмаган чуқур инфильтратларга тоза ихтиол қўйиш давом эттирилади. Беморнинг ҳаёти учун хавфли (айниқса чуқур фолликулитлар юзда бўлганда) йирингли касалликларда жарроҳлик усулидан фойдаланилади.

Везикулопустулез, болаларнинг қўплаб абсцесси, чақалоқларнинг чилла яраси, Риттернинг эксфолиатив дерматитида ҳам зарарланган ўчоқлар атрофидаги тери спиртли эритмалар билан кунига 1—2 маҳал артилади. Йиринг бўлганида чақалоқларни ювинтириш ярамайди. Эрозияланган соҳаларга 5% ли бор-нафталан малҳами, 3—5% ли сульфаниламид ёки 2—3% ли антибиотикли малҳам, 1—2% анилин бўёқлари суртилади. Қотиб қолган йиринг ва қон қолдиқлари енгил кўчиши учун ўсимлик мойидан фойдаланилади.

Яллиғланишнинг олдини олиш ва уни йиринглашдан сақлаш мақсадида ўчоқларга гелиомицин, колимицин, дибиомицин, 1—3% ли эритромицин ва 5% ли полимиксин малҳамларини суртиш буюрилади.

Чегараланган соҳаларга антибиотик ва стероидли малҳамлар «Глюксизон», «Оксикорт», «Лоринден А, С», «Тридерм», «Дипрогента» ишлатилади.

Жуда оғир беморларга стероид гормонлар буюрилади. Сепсиснинг олдини олиш учун антибиотиклар, паст молекулали декстрантлар — натив плазма, янги цитратланган қон, контрикал қўлланилади.

Стрептококкли пиодермитларнинг маҳаллий давоси ҳам одатдагидек зарарланиш ўчоғини дезинфекцияловчи эритма ва малҳамлар, 1% спиртли ёки сувли эритмали анилин бўёқлари (генциан фиолет, кўк дори, метилен кўки, Кастеллани бўёғи ва бошқалар) билан артишдан бошланади; яра-чақалар пўст билан

копланган бўлса, у ҳолда аввал 1—2% ли оқ симоб, стрептоцид ёки бор-нафталан малҳами қўлланилади.

Пилчираган ёки ўткир яллиғланган соҳалар 1% ли резорцин эритмаси, алибур суюқлиги, 1 : 1000 этакридин лактат эритмалари шимдирилган докалар билан намланади, бунда катта-кичик пуфаклар ёрилиб, пўстлари тушиб кетади. Ўткир яллиғланиш биров пасайгандан сўнг антибиотикли малҳамлар (1% ли эритромицин, неомидинли «Лококортен», «Оксикорт», «Лоринден-С», «Дермазолон», «Дипрогента») суртиш яхши наф беради.

Тирноқ пластинкалари атрофи импетигосида антибиотиклар ишлатилади, маҳаллик даво яхши наф бермаса, жарроҳлик усули қўлланилади.

Тирқишсимон импетигони даволашда энг аввало уни келтириб чиқарадиган омилга — альвеоляр пиорея, оғиз шиллиқ қавайти яллиғланиши касалликларини бартараф этиш лозим. Қуруқ оддий темираткини даволашда эса 2—3% ли оқ симоб малҳамига 1—2% салицилат кислота қўшиб суртилади.

Эктимада кузатиладиган фликтеналар ҳам, худди импетигодек даволанади. Мабодо яралар узоқ вақтгача битмайдиган бўлса, у ҳолда Микулич малҳамидан фойдаланилади. Ўйиб борувчи эктимада мукамал умумий даво билан бирга 5% ли ихтиол, «Дерматол», «Лоринден-С», «Глюксизон», «Дермазолон» каби малҳамлар ишлатилади, некротик тўқималар жарроҳлик усулида олиб ташланади. Баъзан зарарланган ўчоқлардан олинган патологик ажралмалар бактериологик усулда текширилганда кўк йиринг таёқча, ичак таёқчалари каби микроорганизмлар фавқулодда учраб қолади. Бундай пайтда стрептомицин инъекцияда, полимиксин М, сульфатон эса малҳам ҳолида буюрилади.

Терининг йирингли касалликларини олдини олиш.

Терининг йирингли касалликлари аҳолининг моддий фаровонлиги ва маданий санитария даражасини белгиловчи мезон ҳисобланади. Бу кўрсаткич паст бўлган жойларда пиодермитлар кескин кўпайиб кетади. Пиодермитларнинг профилактикаси давлат миқёсида катта аҳамиятга эга, чунки бу касалликлар барча тери касалликлари орасида биринчи ўринда туради ва беморларнинг меҳнат қобилиятини вақтинча йўқотиб қўйишига олиб келади.

Терининг йирингли касалликларини олдини олишда умумий қонун-қоидаларга бекаму-кўст амал қилиш керак. Санитария-гигиена, даволаш-профилактика каби амалий ишлар ишлаб чиқаришдаги санитария техникаси чора-тадбирлари билан узлуксиз боғлиқ бўлиши зарур.

Б. И. Ильин (1977) корхоналарда пиодермитларнинг олдини олиш ишларини уч босқичда олиб боришни таклиф қилган: 1. Иш бошлашдан аввал техника хавфсизлиги, шунингдек шахсий гигиена қонун-қоидаларига амал қилиш, иш жойини тартибга солиш,

теридаги майда яра-чақаларни зарарсизлантириш, терининг очиқ жойларига химоя пасталарини суртиш, махсус кийим (коржома) ни назоратдан ўтказиш. 2. Иш вақтида рўй берган арзимаган жароҳатларни тегишли дорилар билан артиб суртиш, иш жойини доимо ўта озода ва саранжом-саришта тутиш. 3. Ишдан кейин иш жойи ва махсус кийимларни тартибга солиш, терининг кирланган жойини яхшилаб ювиб тозалаш ва бошқалар.

Айниқса терининг йирингли касалликларига мойил бўлганларни аниқлаб, уларга таъсир қиладиган касбга алоқадор омилларни ўрганиш ва ўз вақтида бартараф этиш лозим. Ишга олишдан аввал одамларни махсус тиббиёт кўригидан ўтказиш зарур. Кўмир конлари, нефть маҳсулотларини қайта ишлаш корхоналари, металлургия, машина қурилиши ва кимёвий заводларда баъзи бир сурункали дерматозларга чалинган беморларнинг (нейродермит, экзема, қизил ясси темиртки, себореянинг оғир хиллари, гипергидроз, ихтиоз ва бошқалар) ишга яроқлигини белгилловчи махсус санитария гуруҳлари тузилиб, улар мунтазам ишлаб туришини таъминлаш лозим.

Санитария гуруҳлари меҳнаткашларнинг иш жойи тоза бўлишини, уларнинг махсус кийим-кечак ва турли анжомлар билан таъминланишини кузатиб боришлари зарур, Айниқса чуқур ер остида ишловчи шахтёрлар, иссиқ цех ишчилари, металлургия, фрезерчилар ва ойнасозлар пиодермияга кўп чалинадилар. Шунинг учун уларнинг коржомалари ҳар 10 кунда ювилиб, дезинфекцияланиши ҳамда тоза кийимлари ўзларининг индивидуал шкафларида сақланиши зарур.

Пиодермиянинг авж олишида микротравмалар асосий сабабчи эканлигини назарда тутиб, терининг зирапча кирган, тирналган, шилинган ва ёрилган жойларига зудлик билан дезинфекцияловчи эритмалар (2% ли бриллиант яшили ёки 2—5% ли йод) суртиш лозим.

Терининг шикастланган жойларига иложи бўлса, юпқа қоплам ҳосил қилувчи Новиков эритмаси, БФ-6 елими ёки аэрозоллар («Неотизоль», «Лифузоль») сепилгани маъқул.

Баъзи бир моддаларнинг зарарли таъсирини олдини олиш мақсадида «ИЭР-1», «ИЭР-2», «ПМ-1», «ХИОТ-6», «АЙРО», биологик қўлқоплар, Шелюженко пастаси ва витамин аралаштирилган «Детский», «Ланолинли», «Бархатли» кремлар ва малҳамлар ишлатилади.

Ишчиларни соғломлаштириш мақсадида эҳтиётдан эмлаш гоят катта аҳамиятга эга. Кейинги пайтларда A_2 стафилококкли анатоксин билан ёппасига эмлаш яхши наф бермоқда. Стафилококкли анатоксин 30—45 кун оралатиб 2 марта қилинади. Жисмоний куч ҳамда захарли ва зарарли омиллар билан ишловчиларнинг бадани йилига 2 марта (15—20 сеанс) ультрабинафша нур остида тозаланиб турилиши керак. Кимёвий завод ишчила-

рининг тери мухитини (рН) сақлаш мақсадида, улар ювинганларида 0,5% ли водород хлорид кислотасидан фойдаланганлари маъкул.

Ёш болалар пиодермия билан оғришга кўпроқ мойил бўлганлари учун беморларнинг соғлом болалар билан юришига йўл қўйилмайди; пиодермияга чалинган болалар ажратиб қўйилади, то улар тузалгунларича боғча, мактаб, интернат ва бошқа жамоа жойларига келишлари вақтинча тақиқланади. Болалар билан мунтазам ишлайдиган ходимлар, доимо профилактик кўрикдан ўтиб туришлари лозим.

Мабодо туғруқхонада пиодермияга чалинган чақалоклар борлиги аниқланса, улар дарҳол соғлом чақалоклардан ажратиб қўйилади. Туғруқхона ходимлари ва шу билан бирга барча оналар синчиклаб текширилади ва тегишли даво чоралари кўрилади.

Терининг йирингли касаллигига йўлиққан болаларни ҳаддан зиёд иссиқ кийинтириш ва ўраб-чирмашга йўл қўймаслик, шунингдек уларни озода тутиш, бадан терисини тоза сақлаш, иложи борича вақтида чўмилтириш, ич кийимларини тез-тез алмаштириб туриш лозим. Уларнинг кийимлари, сочиқлари, ҳатто ўйинчоқлари содали сувда қайнатиб, дезинфекцияланади ва алоҳида сақланади. Пиодермияга чалинаверадиган болалар диспансер назоратига олинади ва батамом тузалиб кетганидан кейингина болалар муассасасига рухсат этилади. Демак, пиодермиянинг олдини олишда қуйидаги амалларни бажариш лозим: 1. Умумий омиллар: ишчи ва хизматчиларни мунтазам тиббий кўрикдан ўтказиш, санитария-оқартув ишларини йўлга қўйиш, пиодермияга сабаб бўладиган омилларни бартараф этиш, беморларни ўз вақтида аниқлаб, уларга зарур шарт-шароитлар яратиш, махсус санатория ва дам олиш масканларини ташкил қилиш. 2. Индивидуал омиллар: бадантарбия, очик ҳавода юриш, қуёш нуридан фойдаланиш, майда жарохатларни йод, анилини бўёқлари билан артиб-суртиш, бадан терисини озода сақлаш, ишлаганда махсус коржомалардан фойдаланиш ва ҳоказо.

ТЕРИ СИЛИ

Тери сили организмдаги умумий сил инфекциясининг бир кўриниши бўлиб, аксарият иккиламчи сил кўринишида вужудга келади. Сурункали қайталиб турувчи хили ўзига хос характерга эга.

Тери сили ҳозирги кунда жуда қам учрайдиган тери касалликларидан бири ҳисобланади.

Этиологияси. Касалликни сил таёқчаси қўзғатади. Сил таёқчасини биринчи марта Кох (1882) кашф қилганлиги учун уни Кох таёқчаси ҳам дейилади. Сил таёқчасининг уч тури бор: одам, қорамол ва парранда тури. Силни асосан одам туридаги таёқча қўзғатади. Унинг узунлиги 2,5—3,5 мк, у турли шаклда бўлиши мумкин. Сил таёқчаси 100° иссиқда ва қуёш нурида тезда нобуд бўлади.

Сил таёқчасининг бошқа бактериялардан фарқи шундаки, у кислота, ишқор ва спиртга жуда чидамли бўлади. Табиий шароитда сил касаллигига одатда одам, сут эмизувчи ҳайвонлар (сигир, от, эчки ва бошқалар) ва паррандалар чалинади. Сил қўзғатувчиларининг баъзи морфологик жиҳатлари бир-бирига ўхшаса ҳам, лекин биологик ва патогенлик хусусиятлари билан бир-биридан фарқ қилади. Масалан, тери силига чалинган беморлар ажралмасидан 70—85% одам туридаги микобактерия, 20—25% қорамол ва парранда микобактерияси топилади. Тери силининг кўп-озлиги асосан аҳоли орасида ўпка силининг қанчалик тарқалганлигига боғлиқ. Субтропик ва тропик ўлкаларда тери сили нисбатан кўпроқ учрайди.

Тери сили турли ёшдаги кишиларда учраши мумкин, лекин болалар ва ўсмирларда кўпроқ учрайди.

Патогенези. Одамга одатда одам ва қорамол микобактериялари юқади. Касаллик қўзғатувчиси эндоген йўл, яъни сил билан оғриган аъзо ва тўқималардан, асосан ўпка, нафас йўллари, лимфа тугунлари, қон оқими ва суюқлардан терига ўтади. Экзоген йўл — бу кўпинча кишининг касб-корига боғлиқ бўлиб, аксари қушхона ишчилари, қассоблар, кўнчилар, ветеринария ходимлари, баъзан патологоанатомлар касалланади. Бунда сил билан оғриган қорамолни сўйганда ёки гўштини нимталаганда кишининг бадан терисига шикаст етса, терининг шу жойларига сил микобактериялари тушиб қолиб, тери сили келиб чиқиши мумкин.

Илмий адабиётларда мурдани ёриш жараёнида патологик анатомларга сил таёқчаларининг юқиб қолганлиги ва кейинчалик уларда сўғалсимон тери сили пайдо бўлганлиги ҳақида ёзишган. Тери силининг экзоген йўл билан юқиши эндоген хилига нисбатан анча кам учрайди. Терининг силдан зарарланиши аксарият бирламчи ўчоқдан микобактерияларнинг тушиши оқибатида (бактериемия) вужудга келади.

Тери силининг одам организмида ривожланиш механизми тўлиқ ўрганилмаган. Соғлом одам терисига тушган микобактериялар ҳамма вақт ҳам касаллик келтириб чиқаравермайди. Бу турли-туман омиллар натижасида организмнинг химоя кучи ва иммунологик жараённинг пасайиб кетиши, гормонал дисфункциялар, моддалар алмашинувининг бузилиши, томирлар система-сидаги ўзгаришлар (томирлар девори ўтказувчанлигининг бузи-

лиши), ноқулай меҳнат ва турмуш шароитлари, санитария-гигиена қонун-қоидаларига риоя қилмаслик, ёлчитиб овқатланмаслик туфайли юзага келиши мумкин.

Одам организми аъзолари функциясининг комплекс равишда бузилиши, иммунитет ҳамда реактивлигининг ҳаддан зиёд пайсайд кетиши сил қўзғатувчисининг вирулентлиги ва аллергик таъсирининг ошиб кетишига олиб келади (Ю. К. Скрипкин, 1979).

Тери силининг қуйидаги клиник хиллари фарк қилинади:

1. Ўчоқли тери сили

- а) сил югуруги (волчанкаси)
- б) коллектив тери сили (скрофулодерма)
- в) сўгалсимон тери сили
- г) ярали тери сили
- д) индуратив Баъзен эритемаси

2. Диссеминациялашган (тарқоқ) тери сили

- а) миллиар тери сили
- б) папуланекротик тери сили
- в) лихеноид тери сили

Ўчоқли тери сили. Сил югуруги ёки люпоид тери сили — тери силининг бошқа хилларига нисбатан энг кўп учрайдигани бўлиб (70—80%), аксарият 5—15 ёшдаги болалар орасида кенг тарқалган. Баъзан касаллик ўрта ёшли ёки кексалар орасида ҳам учраб туради. Қасаллик тез-тез қайталаб туриши, даво қилинса ҳам тезда тузалавермаслиги билан ифодаланади. Қасаллик ўчоғининг юзда бўлиши самарали даво воситалари бўлмаган вақтларда беморнинг юзини хунук, гўё бўри гажигандек қилиб қўйганлиги сабабли касаллик «волчанка», яъни «бўри темиратқаси» деб аталган.

Қасаллик гематоген ёки лимфоген йўл орқали юқади. Текширув натижаларидан сил югуругига чалинганларнинг 5—10% ўпка сили, 5—20% эса суяк ва бўғимлар сили билан аввал оғриганлиги маълум (Ю. К. Скрипкин, 1979). Баъзан теридаги турли жароҳат ва яра-чақалар касалликнинг авж олишига сабаб бўлади.

Клиникаси. Тери сили ўчоқлари аксарият (80%) беморнинг юзи, бурни, юқори лаблари, лунжи ва кулоқ супралари соҳасида жойлашади. Кўпинча зарарланган ўчоқларга терининг шиллик қисми ҳам қўшилиб кетади.

Сил югуругининг бирламчи морфологик элементи думбоқча ёки люпомадир, у яримшарсимон, чегараси аниқ, катталлиги нина учидай ва ундан каттароқ, сарғиш-қизил рангли, юмшоқ бўлади, оғримайди. Юзаси силлик ялтироқ кулрангда товланиб туради, кейинчалик худди шу жойлар пўст ташлайди. Пўст ташлаш айниқса ясси сил югуругида кўзга яққол кўринади. Думбоқча-

лар периферияга томон ўсиб бориб, атрофга ёйилиб, бир-бири билан қўшилиб кетади. Дўмбоқчалар (люпомалар) юзасидан охиста бармоқлар юритилса, унинг юмшоқ консистенцияси — сил югуругининг ўзига хос биринчи белгиси маълум бўлади. Агар дўмбоқчани буюм ойнаси билан қаттиқ босилса, зарарланган ўчоқдаги капиллярлардан қон чикиб, атрофдаги тўқималарга тарқалади, дўмбоқчалар қонсизланиб оқиш-сарик кўринишга эга бўлади, бу олма желесига ўхшайди, шунинг учун бу клиник белги «олма желеси» симптоми дейилади. Ўтмас зонд билан дўмбоқча юзасига сал босилса, тахминан 5—10 секунд сақланиб турадиган чуқурча вужудга келади. Бу ҳолат «зонд» феномени ёки А. И. Поспелов белгиси ҳисобланади. Зонд билан қаттиқроқ босилса, тўқималар емирилиб, қон чиқади ва қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Дўмбоқчанинг ўзига хос юмшоқлиги ундаги коллаген ва эластик толаларнинг парчаланиб, сонининг камайиб кетишига боғлиқ.

Умуман сил югуругида дўмбоқчаларнинг парчаланиб яссиланиши икки хилда кечади. Яъни биринчиси қуруқ битиш йўли билан бошланиб, чандиқли атрофия билан яқунланади. Иккинчи хилида эса ярлар вужудга келади. Қуруқ битганда чандиқли атрофия юзаси худди папирос қоғозидек юпқа бўлиб, ялтираб туради. Яраланганда эса чандиқлар деформацияланган ва чуқур бўлади. Айниқса беморнинг юзида жойлашган дўмбоқчалар юқорида айтилган ўзгаришлардан кейин уни жуда бадбашара қилиб қўяди.

Дўмбоқчаларнинг ривожланиш босқичи, ташқи кўриниши ва касалликнинг ўтишига қараб сил югуругининг бир неча ўзига хос клиник кўринишлари мавжуд. Касалликнинг кўпроқ учрайдиган хили доғли ясси сил югуругидир, бунда дўмбоқчалар ясси шаклда бўлиб, атрофдаги теридан деярли кўтарилиб турмайди, яраланмайди, пилакчалар юзаси кепакланиб туради. Қасаллик ўчоқлари беморнинг юзида, думба соҳасида жойлашади, ўрмалаб юришга (серпигиоз) ва чандиқли атрофияга мойил бўлади. Дўмбоқчали ясси сил югуругида пилакчалар устида чегараси аниқ дўмбоқчалар бўртиб туради. Вақт ўтиши билан дўмбоқчалар қатталашади, бир-бирига қўшилиб кетиб ярага айланади. Яралар сурункали давом этиб чандиқланади. Баъзан яралар унга яқин жойлашган тоғай, суяк ва бўғимларга ҳам ўтиб, бунда емирилиш (мутиляция), фиброз, келлоид чандиқланиш рўй бериши мумкин. Қўпинча юз, бурун, кулоқ чиғаноғи касалланади, сил югуругининг бу хили жуда оғир кечади. Баъзан бурун, кулоқ супраси ва оғизнинг шиллик қаватлари, мускуллари, суяклари яра бўлиб, емирилади ва «қуш тумшуги» шаклини олади. Қўз-қовоқлари, оғиз бурчакларидаги яралар ҳисобига кўз-қовоқлари ташқарига ағдарилиб чикиб, оғиз бурчаклари торайиб қолади.

Сил югуругида касаллик ўчоғи фақат терида бўлмай, балки огиз, бурун бўшлиғи ва таносил аъзоларининг шиллик қаватлари ҳам зарарланади. Айниқса болалар орасида шиллик қаватларнинг силдан зарарланиши юқори (20—30%). Шиллик қаватларнинг зарарланиши гоҳида чекланган бўлиб огиз бўшлиғи, милк, қаттиқ ва юмшоқ танглай юзасида жойлашади. Аввалига кўкимтир-қизғиш дондек келадиган майда дўмбоқчалар пайдо бўлади. Улар зич жойлашади ва огиз бўшлиғида донатор кўриниши юзага келтиради. Дўмбоқчалар салга жароҳатланиб, қонайди ва четлари нотекис яралар вужудга келади. Айниқса бурун бўшлиғидаги яралар юзаси пўстлоқ билан қопланиб қалин тортгандек бўлиб, бемор нафас олишга қийналади. Яра-чақалар атрофида юзаси сарғимтир бўлган бошқа дўмбоқчалар жойлашади. Касаллик узок чўзилиб, лимфаденит ва элефантиазм билан бирга кечади.

Ўсмасимон сил югуруги — консистенцияси юмшоқ ва майда дўмбоқчаларнинг бир-бирига кўшилиб кетиши оқибатида вужудга келади. Асосан бурун ҳамда қулоқ супраси атрофида жойлашади. Баъзан ўсмасимон инфильтратлар юзасида кўплаб папилломатоз гиперкератик ўсиқларни кўриш мумкин.

Ўсмасимон дўмбоқчалар яраланиб, емирилиб тушади. Яралар юза, қирралари нотекис, туби хира — йирингли қоплам билан ёпишиб туради. Йирингли қоплам тагида ўсмали грануляцияланган тўқима кўзга ташланади.

Сил югуругининг тангачали темир аткисимон хилида дўмбоқчалар юзаси оқ кумуш рангли тангачалар билан қопланади ва псориазни эслатади. Серпигинозли хилида дўмбоқчалар марказида чандиқ колдириб периферияда янгилари ҳосил бўлади, яъни ўрмалагани эслатади. Чандиқланиш касаллик ўчоғининг марказий қисмидан бошланади ва унинг устида яна дўмбоқчалар пайдо бўлиши мумкин.

Сил югуругида терининг анчагина қисми зарарланиши оқибатида, аксарият у иккиламчи пиококк инфекцияси билан асоратланади, яъни лимфангит, лимфаденит, тез-тез қайталаб турадиган сарамас юзага келади. Айниқса сарамаснинг ҳадеб қайталайверishi беморнинг тинкасини қуритади, филоёқлик, баъзан атрофик чандиқлар ўрнида хавfli тери ўсмалари вужудга келади.

Гистопатологияси. Дермада эпителиоид, лимфоид ва Пирогов — Лангханс гигант хужайраларидан тузилган дўмбоқча, унинг марказида эса гигант хужайралар, перифериясида эса плазматик хужайралар ва фибробластлар жойлашади. Қесмада сил микобактериялари деярли топилмайди, ахёнда бир учраб қолиши ҳам мумкин. Дўмбоқчаларда казеоз некрозланиш кам ривожланган бўлади. Томирлардаги ўзгаришлар кўп, ҳатто томир деворлари облитерацияси қузатилади. Баъзан гигант хужайралардан иборат диффуз лимфоид инфильтратлар топилади, ин-

филтратлар атрофида коллаген ва эластик тўқималар бўлмайди. Чандиқлар соҳасида силга хос инфилтратлар бўлиб, бу чандиқли тўқималарда дўмбоқчаларнинг янгидан пайдо бўлганлигини кўрсатади.

Диагнози. Сил югуругининг клиник кўриниши хилма-хиллиги туфайли унга диагноз қўйиш анча мушкул. Тери сили куйидаги касалликлар билан таққосланади: дўмбоқчали захм, дискоид қизил югурук, мохов ҳамда тери лейшманиозининг силсимон хили, ясси ҳужайрали тери раки ва бошқалар.

Сил югуруги аксарият ҳолларда ёш болаларда кузатилади ва узок давом этади. Бунда буруннинг тоғай қисми зарарланади, яллиғланиш аста-секин ривожланиб, касаллик ўчоқлари бир-бирига қўшилиб кетади. Аксинча захмнинг дўмбоқчали хили (учламчи захм) катталарда кузатилади, дўмбоқчалар бир-бирига қўшилмайди, диоскопия ва зонд билан ўтказилган синама манфий бўлади. Дўмбоқчали захмда яралар чуқур, атрофи инфилтратли, юзи нотекис бўлади ва унда ҳеч қачон янги дўмбоқчалар вужудга келмайди. Сил югуругида аксинча яралар юза, четлари юмшок ва ўйилган, туби салга қонайдиган бўлади. Ундан ташқари дўмбоқчали захмда кўпинча мусбат серологик натижа қайд қилинади.

Сил югуругини дискоидли қизил югурукдан ажратиб олиш унчалик қийин эмас. Биринчидан, сил югуруги асосан болаларда, аксинча дискоидли қизил югурук эса катталарда учрайди. Иккинчидан, сил югуругида фолликуляр гиперкератоз кузатилмайди. Шунини айтиш керакки, қизил югурукда касаллик ўчоқлари кўпинча симметрик, юздагиси «капалак» кўринишида жойлашади.

Моховнинг силга ўхшаш хилида зарарланган тери соҳасида огрик ва ҳароратни сезиш йўқолади, бунда тошмалар полиморф, консистенцияси қаттиқ бўлади. Айниқса микроскопик текшириш чоғида зарарланган терининг тўқима суюқлигидан Ганзен таёқчаларининг топилиши диагноз тўғрилигини исботлайди. Тери лейшманиозининг силга ўхшаш хилига диагноз қўйганда, беморнинг касаллик тарихини чуқур ўрганиш зарур (бемор эндемик ўчоқда бўлган-бўлмагани). Лейшманиозда дўмбоқчалар кўпинча бемор терисининг очиқ жойларида учрайди, лейшманиомалар атрофида эса лимфангитлар кузатилади. Лейшманиомалардан Боровский таначаларининг топилиши касалликка аниқ диагноз қўйиш имконини беради.

Скрофулодерма ёки колликватив тери сили. Тери силининг, айниқса болалар орасида кўп учрайдиган бир хили. Касаллик аксарият ҳолларда иккиламчи инфекция (силдан зарарланган суяк илиги, бўғимлар ёки лимфатик тугундан терига ўтади) йўли билан (*per continuitatem*) тарқалади. Бирламчи скрофулодерма эса камроқ учрайди, асосан ўпка ва бошқа аъзо-

лардаги сил ўчоқларидан терига гематоген ёки лимфоген йўл билан микобактериялар ўтиши натижасида пайдо бўлади. Бирламчи тошма одатда бўйинда, жағ остида, қулоқ атрофида, оғиз бўшлиғида учрайди.

Клиникаси. Дастрлаб тери ости ёки тери ости ёғ клетчаткасида огримайдиган, катталиги ёнғоқдек келадиган, ҳаракатчан тугун пайдо бўлади. Кейинчалик тугун аста-секин катталашиб, атрофидаги тери билан қўшилиб кетади ва кўкимтир-бинафша ранга кириди. Бора-бора тугун маркази юмшаб териси юқалашади (*colliquatio* — юмшоқ демакдир), қизариб яллиғланади, бир ёки бир нечта жойдан уч бериб, ёрилади, бунда тешикли яралар пайдо бўлади (фистула). Яраларнинг қирралари нотекис бўлиб, ичидан қон аралаш йиринг ажралиб туради. Зарарланган ўчоқлардаги яраларнинг ривожланиши турлича, яъни бири энди бошланаётган бўлса, иккинчиси битиб чандиқланиб туради. Тешик яралар, аксари бўшлиқлар орқали бир-бири билан туташиб туради. Яра тешиқларига металл зонд киритиб, ўша бўшлиқларни топиш мумкин. Яралар ўз-ўзидан ҳар хил шаклдаги ўсиқлари бор нотекис чандиқлар ҳосил қилади. Энг кўп бўйин, пастки жағ ва қулоқ орқаси, туш, ўмров ости ва ўмров усти соҳалари зарарланади. Скрофудермада беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, аммо унинг ташқи кўриниши ўзгаради, яъни ранги ўчиб, юзи керкиб туради, лимфа тугунлари катталашади. Бундай беморлар зимдан текширилганда аксарият ҳолларда уларда актив ўпка сили борлиги аниқланади.

Сўгалсимон тери сили. Тери силининг бошқа хилларига нисбатан кам учрайди, кўпроқ эркакларда кузатилади. Маълумотларга қараганда бу дард беморнинг касби-корига бир қадар боғлиқ бўлиб, кўпинча патологоанатомлар, қассоблар, қушхона ишчиларида учрайди. Сўгалсимон тери сили ўпка, ичак ва бошқа аъзолар сили билан оғриган беморларда аутоинфекция йўли билан юзага келади.

Қасалликнинг асосий белгиси дўмбоқчалар бўлиб, улар кўпинча беморнинг қўл ва баъзан оёқ бармоқлари панжаси орқасида, тўпиқ соҳасида юзага келади. Катталиги нўхатдек ёки ундан каттароқ, ранги қорамтир-қизил, юзаси эса ғадир-будир бўлади. Дўмбоқчалар бир-бирига қўшилиб, катта-катта ўчоқлар пайдо қилиши ва улар аста-секин атрофдаги лимфатик томир ҳамда тугунларга тарқалиши мумкин. Бир жойга тўпланиб қолган дўмбоқчалар босиб кўрилса, улар атрофидаги микроабсцесслардан йиринг чиқади. Бемор даволанмайдиган бўлса, зарарланган ўчоқлар периферияси бўйлаб янги тугунчалар ва дўмбоқчалар чиқиб, улар ҳам бир-бирига қўшилиб кетади.

Сўгалсимон тери силида беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди. Қасаллик одатда жуда секин кечади, тузалганидан кейин ўрнида атрофияли чандиқ қолади. Шунинг назарда тутиш

лозимки, атрофияли чандиқ ўрнида қизил югурукдан фаркли ўлароқ янги элементлар пайдо бўлмайди. Сўгалсимон тери сили кўпинча ўпка сили билан бирга кечиши мумкин, бунда беморнинг аҳволи оғирлашади. Туберкулин синамаси мусбат бўлади.

Тери ва шиллиқ қаватларнинг ярали сили — аксарият аутоиннокуляция йўли билан юқади ва ички аъзолар сили билан оғриган беморларда кузатилади. Буни тери шиллиқ қаватларининг миллиар ярали сили ёки иккиламчи сил яраси деб ҳам юритилади.

Клиникаси. Қасаллик бошланишида зарарланган тери соҳасида (ўпка силида — оғиз ва бурун, буйрак силида — жинсий аъзолар атрофида, ичак силида — орқа чиқарув тешигининг ташқи юзасида) тўғноғич бошидек келадиган саргимтир қизил тугунчалар пайдо бўлади. Орадан оз вақт ўтгач, тугунчалар мадда бойлаб, тезда ёрилади ва майда ярачалар юзага келади. Тугунчалар бир-бирига қўшилишга мойил бўлади. Ярачаларнинг четлари нотекис, туби эса саргимтир-пушти рангда грануляцияланиб туради. Зарарланган ўчоқлар тез-тез қонайди ва сероз-йиринг билан қопланади. Вақт ўтиши билан яралар туби ва ён-атрофидан саргимтир казеоз дўмбоқчалар (Трел дончалари) чиқа бошлайди. Кейинчалик яралар анча чуқурлашиб, серпигинизация юз беради. Оғриқ кучаяди, зарарланган ўчоқнинг ўрнига қараб беморнинг овқатланиши, сийиши ёки ҳожатга чиқиши мушкуллашади.

Бемор организмидаги иммунологик қаршилиқнинг кескин камайиб кетиши оқибатида туберкулин синамаси одатда манфий бўлади, ammo яралардан олинган ажратмаларда сил микобактерияси кўп топилади.

Индуратив Баъзен эритемаси ёки индуратив (қаттиқлашган) тери сили. Қасаллик деярли иккиламчи тартибда юзага келади. Одатда ўпка ёки лимфа тугунлари сили, скрофулодерма ёки папулонекротик сил билан оғриган беморлар, хусусан 15—35 ёшли қиз-жувонларда кузатилади.

Қасалликнинг вужудга келиши кишининг касби-корига боғлиқ, жумладан, оёқ веналарининг варикоз кенгайиши, акроцианоз, оёқ-қўлларнинг узок вақт совқотиши, тик туриб ишлаш ва бошқа омиллар касалликнинг авж олишига имкон яратади. Аксарият касалликнинг қайталаб туриши йилнинг фаслларига боғлиқ бўлиб, у куз ва қишга тўғри келади.

Индуратив эритеманинг клиник кўриниши тери дамидан пастда қаттиқ ва секин катталашиб борадиган тугун ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Тугунлар сони 1—4, баъзан 8—10 та бўлиб, кўпинча симметрик жойлашади, ранги кўкимтир-пушти, асоси эса тери ости ёғ қатламида бўлади. Бемор кўздан кечирилганда болдир, сон ёки думба соҳасида қўлга яхши уннайдиган, ёнғокдек келадиган тугунлар топилади. Қасаллик бошланишида

беморнинг умумий аҳволи унча ўзгармайди, фақат бўғимлари безиллаб сал шишиб туради, ҳарорати биров кўтарилади. Зарарланган тери ўчоқлари ранги аввалига ўзгармай, кейинчалик кўкимтир-пушти ёки қўнғир-қизғиш тусга киради; шу жойларда юқорида айтилгандек катта-катта, ясси ва қаттиқ инфальтратлар ҳамда тугунлар пайдо бўлади. Бунда терининг шиллик қаватини зарарланиши камдан-кам кузатилади.

Баъзан тугунлар ўртасида яралар ва фистулёз ўзгаришлар рўй беради. Яраларнинг қирралари нотекис бўлиб, ичидан қуруқ сероз-йирингли ажратма чиқиб туради ва суст ифодаланган грануляция кўзга ташланади (индуратив эритеманинг ярали хили Гетчинсон томонидан ифодаланган). Бемор даволанмаса касаллик ойлаб, йиллаб давом этиши, тугунлар атрофида лимфангит, лимфастаз авж олиши, соғайгандан кейин эса тугунлар ўрнида турли шаклдаги чандиқлар қолиши мумкин.

Индуратив тери силида яллиғланиш жараёни гиперергик тарзда давом этиб, иммунитетнинг яхши ривожланишига олиб келади, шунинг учун туберкулин синамаси 60—70% беморларда мусбат кечади.

Диагнози. Аксарият ҳолларда касалликнинг клиник манзарасига катта эътибор берилади. Туберкулин синамаси юқорида таъкидлаганимиздек анча ишончли натижа беради. Ундан ташқари касалликнинг келиб чиқиш тарихи, клиник — рентгенологик ва гистологик текширишлар ҳисобга олинади.

Скрофулодермани асосан захм гуммаси, актиномикознинг гуммоз — тугунли хили ва сурункали ярали пиодермиялар билан таққосланади. Захм қонда кўпинча мусбат серологик натижа беради, кейин биохинол билан ўтказилган синама даводан, яхши натижа олинади. Захм гуммасининг ёрилиши унинг марказидан бошланиб, ичи гуңгурт рангли масса билан қопланади, атрофи дбора шаклдаги инфальтрат билан ўралиб туради. Актиномикознинг гуммоз-тугунли хилида терида ярмшарсимон тугунлар пайдо бўлади. Улар бир-бирига қўшилиб ёғочдек қаттиқ инфальтратларга айланади. Кейинчалик эса улар марказидан юмшаб тешик йўллар ҳосил қилади, ичидан сарғиш-жигарранг йиринг чиқади (друзалар).

Сурункали ярали пиодермия одатда катталар орасида учрайди. Юза ва чуқур морфологик элементлар полиморфизми кузатилади. Яралар атрофида яллиғланишлар яққол кўзга ташланиб туради.

Сўгалсимон тери силини аниқлашда унинг маълум бўлган клиник манзараси, яъни яллиғланиш ўчогидаги пушти-қизил доғлар, ўртасидаги сўгалсимон ўсиқлар, ёриқлар, пўстлар ва ниҳоят марказидаги асоси нотекис бўлган атрофияланган тери ва бошқаларга асосланилади. Сўгалсимон тери сили яна вульгар сўгал, вегетацияланувчи пиодермия, бластомикоз, хромомикоз, споротрихоз

каби касалликлар билан таққослаб кўрилади. Яллиғланиш ўчоқларининг жойлашиши, айниқса бактериоскопик ва гистологик изланишлар диагнозни тўғри қўйишга имкон беради.

Шиллиқ қаватларнинг ярали силида кўпинча беморларнинг ички аъзоларида ҳам актив сил борлиги аниқланади, Трел доначалари кузатилади, яралар қаттиқ оғрийди, бактериоскопик усулда микобактериялар топилади. Касалликнинг бошланғич даврида уни иккиламчи захм ва юмшоқ шанкр билан таққослаш мумкин, бу касалликларнинг бирида оқиш трепонемалар, иккинчисида Дюкрея-Унна-Петерсен стрептобациллалари топилади.

Индуратив Базен эритемаси тугунли эритема, скрофулодерма, гуммоз захм билан таққосланади. Клиник-гистологик изланишлар тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Диссеминациялашган тери сили Лихеноидли сил аксарият нимжон, мускул ва суяклари етарли ривожланмаган, шунингдек лимфатик тугунлар ҳамда ҳаракат аъзоларида актив сил ўчоғи бўлган болалар орасида учрайди. Баъзан сил югуруги тез даволанганда, микобактерияларнинг актив парчаланиши ва диссеминацияси оқибатида юзага келиши мумкин.

Бунда асосан беморнинг кўкраги, елкаси, корни ва қовургалари соҳасига папулез, папулопустулёз, маддаланган тошмалар чиқади, улар майда бўлиб бир-бирига қўшилиши ёки қўшилмаслиги ҳам мумкин; ранги соғлом тери рангида, баъзан сарғиш-қизил бўлади. Айниқса баданнинг ён қисми, юз ва думбадаги фолликуляр тугунчалар симметрик жойлашади, юзаси майда тангачалар билан копланеди. Жуда қалин бирикиб кетган фолликуляр тошмалар себорейли экземани эслатади. Беморларда субъектив шикоятлар бўлмайти, тошмалар бир зумда (спонтан) йўқолиши, аммо тез орада яна қайта тошиши ҳам мумкин. Ўпка сили даволангандан кейин, тошмалар тузалиб кетади ва зарарланган ўчоқлар ўрнида майда пигментли доғлар, баъзан нуқтали чандиқлар қолади.

Папулонекротик тери сили аксарият қизлар ва ёш аёлларда кузатилади. Касаллик ўчоғидан (ўпка, лимфа тугунлари, суяк сили) сил микобактерияларнинг лимфа ёки қон оқими билан тарқалиши оқибатида юзага келади. Тошмалар асосан тугунча бўлиб, терининг турли соҳаларига, кўпинча билак, болдир, сон, думба ва баъзан юзга тошади. Уларнинг катталиги мошдек ёки нўхатдек келади, дастлаб қизғиш, кейин эса кўкимтир-қизил тусга киради. Тошмалар дам пайдо бўлиб, дам йўқолиб туради. Маълум вақт ўтиши билан тугунчалар марказида сарғиш некротик ўзгаришлар пайдо бўлади. Бемор тузалганидан кейин зарарланган ўчоқлар ўрнидаги чандиқ бир умр сақланиб қолади.

Папулонекротик тери силининг бир неча хили тафовут қилинади.

1. Акнит — аксарият юкори синф ўқувчиларида учрайди ва

худди вульгар хуснбузарга ўхшаб кетади. Тошмалар беморнинг юзи, териси ва кўкрак соҳасига тошади ва симметрик жойлашади, ўзидан сўнг чуқур чандик қолдиради.

2. Фолликлис пустулёз тошмалар фолликулаларнинг чуқур яллиғланиши билан кечади. Жараён баданда ва ҳаракат аъзолари терисида жойлашади.

3. Қахектик хуснбузар — папуло-пустулёз тошмалар, кратероформли яралар ва чинчечак чандиқларига хос белгиларга эга бўлиб, бунда беморнинг умумий аҳволи унча ўзгармайди, баъзан сил интоксикацияси оқибатлари, яъни ҳарорат кўтарилиши, бўғимларда огрик ва дармонсизлик кузатилади.

Диагнози. Лихеноидли сил деярли 100% туберкулин синамаси билан тасдиқланади, чунки силнинг бу кўриниши Пирке реакциясига жуда сезгир. Шундай бўлса ҳам у иккиламчи захм лихеноиди, қизил ясси темираткининг ўткир учли хили билан таққосланади. Папулонекротик тери силига диагноз қўйиш анча мураккаб бўлиб, қўшимча гистологик текширишлар ўтказишга тўғри келади. Қасаллик ўсмирлар хуснбузари, касбкор билан боғлиқ ёғли хуснбузар ҳамда тугунчали захм билан таққосланади. Папулонекротик тери силида бир умр қоладиган чандиқлар, туберкулин синамаси ва гистологик текширишлар тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради. Шуни назарда тутиш керакки, даво тадбирларидан кейин силнинг бу кўриниши мутлақо тузалиб кетади ва қайталамайди.

Тери силининг давоси ва профилактикаси. Қўлланиладиган даво тадбирлари аввало этиологик ва патогенетик омилларга қаратилмоғи лозим. Тери сили ҳам силнинг бир кўриниши, шунингдек у бутун аъзо касаллиги эканлигини ҳисобга олиб, биринчи навбатда унга умумий даво қилиш зарур. Тери силига чалинган беморларни даволашда махсус дори-дармонлар билан бир қаторда организмнинг умумий қуввати ва иммунитет қаршилигини оширадиган воситалардан фойдаланиш зарур. Силга қарши антибиотиклардан фойдаланишнинг кенг йўлга қўйилганлиги, уни даволаш самарасини оширишда муҳим омиллардан ҳисобланади. Рифамицин ва унинг маҳсулоти рифамицин (рифадин) силга қарши ишлатиладиган энг замонавий антибиотиклардан, у 12 ёшгача бўлган болаларга ҳар катана вазнига 10—20 мг дан кунига икки маҳал ичишга буюрилади.

Стрептомицин — силнинг барча формаларида, хусусан, ўпка ва бошқа аъзоларда актив сил жараёни билан бирга кечатган сил юғуруғида этиологик ва терапевтик натижа берадиган антибиотикдир. Стрептомицин тўқималар оралигиб енгил сингиб кетади ва биологик суюқликлар билан аралашиб комплекс системасидаги лизоцим активлигини оширади, фагоцитозини тезлаштиради. Даво курси кунига 0,5—1,0 г дан жами 40—80 г.

Фтивазид тери силининг ҳамма хилида, айниқса скрофулодермада кенг қўлланилади. Беморнинг ёшига қараб, 0,5 г дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади; жами даво курси 40 г дан 250 г гача.

ПАСК (парааминосалицилат кислота) кўпроқ скрофулодерма ёки колликватив тери силида қўлланилади. Катталар учун кундалик миқдори 8—12 г, беш ёшдан ошган болаларга эса 6—8 г буюрилади. Беморнинг терисида ҳар хил дерматитлар юзага келмаслиги ҳамда меъда-ичаклар иши бузилмаслиги учун натрий бикарбонат эритмасини сутга ёки боржом минерал сувига қўшиб овқатдан 30 минут кейин ичиш тавсия этилади. ПАСК натрийли тузининг болаларга кучли аллергик таъсири борлигини эътиборга олиб кам буюрилади. Эргостерилнинг спиртдаги эритмаси витамин Д₂ (ачиткилардан олинади) тери силининг деярли ҳамма хилларида ишлатилади. Айниқса уни бошқа специфик дорилар билан бирга қўллаш яхши натижа беради. 10 ёшгача бўлган болаларга бериладиган бир марталик миқдори 0,10—0,15 кунига 2—3 марта, катталар учун 0,75—1,0 дан даво курсига 30—40 млн. ХБ, болалар учун 8—10 млн. ХБ (халқаро бирлик) буюрилади.

Сил касаллигининг ҳамма хилида витаминлар, айниқса аскорбин кислота, рутин, тиамин, рибофлавин ва бошқалар буюрилади. Силга қарши ПАСК, стрептомицин, фтивазид, витамин Д₂ ни узоқ вақт ишлатилганда бош оғриши, иштаҳа пасайиши, кулоқ эшитмай қолиши каби ноҳуш ҳодисалар рўй бериши, гоҳо стоматит ёки дерматитлар пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун даволашнинг барча даврларида беморларни мунтазам кузатиб бориш (қон ва сийдигини ҳар 7—10 кунда текшириб туриш) зарур. Тери силига чалинган беморларни маҳаллий даволаш ҳам бирга олиб борилади. Скрофулодермада 5—10% дерматол малҳами қўлланилади, яралар этакрин лактат билан намланади, фистулёз йўлларига 10% ли йодоформ эмульсияси қўйилади. Сўгалсимон тери силида 30% ли резорцин пастаси ишлатилади, криодеструкция, диатермокоагуляция, рентген ва радиотерапиялардан фойдаланилади.

Тери силининг пайдо бўлишида атроф-муҳитнинг санитария аҳволи ва ижтимоий омиллар жуда катта аҳамиятга эга эканлигини назарда тутиб, унинг олдини олишда шу омиллардаги нуқсонларни бартараф этиш талаб этилади.

Ундан ташқари болалар уйлари, мактаблар, боғчалар ва жамоа жойларида беморларни барвақт аниқлаш профилактик чора-тадбирлари кўрилади. Касалликнинг олдини олиш мақсадида болалар ва катталарни вақти-вақти билан тиббий кўрикдан ўтказиб туриш зарур. Касаллик борлиги аниқланганда беморнинг оила аъзолари ва у билан яқин мулоқатда бўлган кишилар махсус текширувдан ўтказилади. Тери силига чалинганларга мунтазам даво чоралари кўрилади ва давонинг не-

чоғли бекаму-кўст олиб борилиши диспансер йўли билан назорат қилиб турилади. Заруриятга кўра бемор клиника, касалхона ёки қулай иқлимий шароитларга эга бўлган санаторияларда даволанади.

МОХОВ (ЛЕПРА, LEPRA)

Мохов ёки лепра — бутун организмни, хусусан тери, ички аъзолар, марказий ва периферик нерв системасини зарарлайдиган сурункали инфекция касаллики. Касаллик қўзғатувчиси кислотага чидамли мохов микобактерияси (*Mycobacterium leprae* Hansen). Бу касаллик жуда қадим замонлардан бери маълум. Мохов Жанубий Америка, Африка ва бошқа мамлакатларда ҳозир ҳам кенг тарқалган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда аҳолининг ижтимоий ва иқтисодий аҳолининг яхшиланиши, маданий савиясининг юксалиши, соғлиқни сақлаш чора-тадбирларининг барқарорлиги моховнинг кескин камайиб кетишига олиб келди.

Этиологияси ва патогенези. Мохов қўзғатувчиси Ганзен (1871) томонидан кашф этилган ва ўзининг тузилиши ҳамда хусусиятлари жиҳатидан сил микобактерияларига жуда ўхшаб кетади. Уни касалланган аъзоларнинг тўқималари ва бурун шиллигидан топиш мумкин. Улар Цил — Нильсон усулида яхши бўялади. Бўялган препаратларда мохов микобактериялари ингичка, биров қайрилган таёқча шаклида, гуж-гуж қоғоз қутидаги сигарет доналари сингари жойлашади. Узунлиги 4—6 мкм, эни 0,4 мкм, бир учи иккинчисига нисбатан йўғонроқ бўлиши мумкин. Сидирга ёки донадор шаклда ҳам учраб туради. Микобактериялар капсула ёки споралар ҳосил қилмайди.

Мохов касаллиги билан фақат одам касалланади. Сунъий усул билан экспериментал шароитда, шимпанзе маймунига инфекция юктирилиб, касалликнинг ҳайвонларда кечиши кузатилган. Болалар мохов юқишига катталарга қараганда кўпроқ мойил бўладилар. Касаллик бемордан у билан мулоқатда бўлганда, хусусан санитария-гигиена шароитлари паст бўлган ҳолларда юқади. Кейинги йилларда инфекция аэроген (ҳаво орқали юқори нафас йўллари шиллик қаватидан) ёки зарарланган теридан киради деган назариялар мавжуд.

Консурач шароитлар (бит, бурга, чивинлар) чақиши, турли яра-чақалар, оёқ-панжа микози, кандидоз каби касалликлар натижасида ҳам мохов микобактерияси юкиб қолиши мумкин деган тахминлар бор. Умуман моховнинг юқиш йўллари, етарлича аниқланган эмас.

Мохов касаллиги аста-секин бошланади. Инкубацион даври 2—3 ойдан 5—6 йил, баъзан 10—20 йилгача чўзилиб кетиши мум-

кин. Моховга чалинган беморларнинг оғиз-бурун шиллиқ қаватида микобактериялар жуда кўп бўлади. Маълумотларга кўра бемор 10 минутлик оддий суҳбат даврида минг-минглаб мохов таёқчаларини ташқи муҳитга чиқаради ва унинг радиуси 1—1,5 м га етади.

Қасалликнинг юқиш даражаси сил касаллигига нисбатан анча паст.

Клиникаси. Инкубацион давр охирига келиб, беморларда умумий дармонсизлик, иситма чиқиб туриши ва невралгик оғриқлар, чов ва сон лимфа тугунларининг катталашуви, бурун куриб, унинг қонаб туриши кузатилади. Моховнинг клиник манзараси жуда хилма-хил бўлиши билан ажралиб туради. Моховнинг учта клиник хили тафовут қилинади: лепроматоз (хавfli оғир кечувчи), туберкулоид (хавфсиз), дифференцияланмаган (ноаниқ хили).

Моховнинг лепроматоз, яъни дўмбоқча ва тугунли хилида дастлаб кўзга ташланмайдиган қизғиш-пушти доғлар пайдо бўлиб, улар тери дамидан бироз кўтарилиб туради, бунда терининг оғриқни, температура ва босимни сезиш даражаси деярли ўзгармайди. Бундай белгилар қош, пешона, қулоқ супраси, қўл ва оёқларда учрайди. Аста-секин доғлар қаттиклашиб инфилтрацияланади. Инфилтратланиш гиподермагача етиб бориб тугунлар (лепрома) ҳосил қилади. Терида ҳар хил катталиктаги депигментланган ёки гипопигментланган доғли тугунлар ва дўмбоқчалар — лепромалар пайдо бўлади. Лепромалар бир-бири билан қўшилиб, катта-катта инфилтратлар ҳосил қилиши мумкин. Беморнинг пешонасида, оғиз-бурун атрофида, жағида ва қулоқ соҳасида жойлашган бундай лепромалар (37- расм) унинг қиёфасини ўзгартириб худди «арслон» афтига ўхшатиб қўяди (*facies leonina*). Қасаллик ўчоқлари соҳасида сезувчанлик йўқолиб, шу соҳадаги соч ва туклар тушиб кетади, айниқса қош ва киприқлар тўкилади. Дўмбоқча ва тугунлар қаттиқ, катталиги мошдек, ҳатто нўхатдек бўлиши, ранги қизғиш-жигарранг, баъзан тўқима геморрагик компонентлари қўшилиши оқибатида зангсимон бўлиши мумкин. Тўқималарнинг қон билан таъминланиши сусайиб, ҳадеганда битавермайдиган трофик яралар пайдо бўлади. Яралар юзаси қон-йиринг аралаш пўст билан қопланиб, унда сон-саноксиз мохов микобактериялари бўлади. Тугунлар ўрнида ҳосил бўлган яралар аста-секин грануляцияланиб чандикланади. Катта тугунлар ва инфилтратлар чуқур яралар ҳосил қилади, улар мускулларга, ҳатто суякларга етиб бориши мумкин.

Моховнинг лепроматоз хилида бурун, оғиз, кўз шиллиқ қаватлари ҳам зарарланади. Қасаллик бошланишидаёқ бурун шиллиқ қаватидан Ганзен таёқчалари топилади. Бурун шиллиқ қавати зарарланиб ринит кузатилади. Терида — эритематоз инфилтрат

(геморрагик ажралма), бурун ичида эса, конли қора қўтир (сурункали ринит) юзага келади, баъзан инфилтратлар бурун тоғайини қинғир-қийшиқ, хунук қилиб қўяди. Тугунли қаттиқла-ниш, юмшоқ-қаттиқ тоғай соҳасида, тил ва лабларда, шунингдек инфилтратлар томоқ, ҳиқилдоқ, овоз пайлари шиллиқ қаватла-рида ҳам бўлади, бунда беморнинг овози хириллаб қолади. Қўз шиллиқ пардаси зарарланганда конъюнктивит, эписклерит, ке-ратосклерит, ирит, иридоциклит кузатилади.

Қўз мугуз пардасининг инфилтратланиб яраланиши баъзан беморларни бутунлай кўр қилиб қўяди. Марказий нерв система-сидаги ўзгаришлар беморда невротив бузилишлар, невроз, пси-хоз ҳолатига олиб келса, периферик нерв системасининг ял-лиғланиши эса қаттиқ оғриқ билан кечадиган неврит ва полинев-ритга сабаб бўлади. Аксарият *p.n.ulnaris, auricularis magnus et regepeus* зарарланади. Невр толалари, тугунлари пайпасланган-да қўлга яхши уннайди. Оғриқ, температура ва тактил сезувчан-лик йўқолади. Гиперестезия ва парестезия ҳолатлари анестезия ва аналгезия ҳолати билан алмашиниб туради. Зарарланган соҳаларда ёғ ва тер ажралаши кучаяди. Шунинг учун бундай бе-морларнинг териси бироз ялтираб, намланиб туради. Мохов ка-саллигининг лепроматоз хилида оғриқ ва иссиқ-совуқни сезиш сезгисининг йўқолиши оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Иссиқни сезмаган бемор кўпинча куйиб қолади, натижада кир-раси нотекис яралар пайдо бўлиб, улар чуқур ўзгаришларга са-баб бўлади, бунда ён-атрофдаги тўқималар ҳам зарарланиб пар-чаланаяди. Айниқса бундай ҳолат қўл ва оёқ бармоқларида бўлса, уларни ампутация қилиб олиб ташлашга тўғри келади. Теридаги трофик бузилишлар зарарланган соҳада тери рангини ўзгартириб юборади ва товон бармоқларнинг мутиляцияси каби оғир асоратларни келтириб чиқаради. Трофик ўзгаришлар нати-жасида беморларнинг товон ва бармоқлари худди қурбақа ёки тюлен панжаларига ўхшаб кетади. Оёқ ва қўлдаги тирноқлар де-формацияланади. Секин-аста ёғ ва тер безларининг гиперфунк-цияси гипофункция билан алмашинади, терининг ёғ ва тер иш-лаб чиқариш хусусияти бутунлай тўхтаб қолиши ҳам мумкин. Периферик нерв системаси фаолиятидаги ўзгаришлар оқибатида беморнинг ҳаракат қилиши бузилади, дастлаб бармоқ ва товон-ни ёювчи мускуллари, кейинчалик тирноқ ҳамда болдир мускулла-ри нотекис атрофияланади. Бунда мускулларнинг ичкари бука-диган хусусияти ошиб, бармоқлар ярим ойсимон букилган ҳолга кириб қолади. Бора-бора беморнинг юз-қўзи атрофидаги мускул-лари ҳам атрофияланади. Қўзни ўраб турувчи мускулларнинг кичрайиши беморнинг қўз қовоқлари охиригача ёпилмай қоли-шига сабаб бўлади (лагофтальм). Юз нервининг зарарланиши оқибатида мимик мускуллар атрофияланиб, беморнинг юз кўриниши никоб кийган ёки қайғули одамга ўхшаб қолади.

Моховнинг лепроматоз хилида кўпинча бурун, оғиз, ҳиқилдок, кўз шиллиқ қаватлари, шунингдек лимфа тугунлари, жигар, мойлар зарарланади. Айниқса сон, чов, қўлтиқ ости, билакдаги лимфа тугунлари катталашади, касаллик қайталаган даврда бу тугунларни пайпаслаб кўрилса, уларни ҳаракати қўлга уннайди. Тугунлардан олинган патологик материалларда мохов микобактерияси топилади. Ички аъзолардан жигар, талок, буйрак, ўпка ва бошқа органлар зарарланади, катталашади ёки шишади. Суякларда периостит, лепромалар юзага келиши мумкин. Эндокрин безлар, хусусан жинсий безлар кўп зарарланади, аёлларда эрта климакс, эркакларда эса жинсий заифлик юз беради. Баъзи беморларда икки томонлама орхит, эпидедимит, жинсий безларда склеротик ўзгаришлар, азоспермия кузатилади, ҳатто ёш болаларда иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланмай қолиш ҳоллари учрайди (инфантилизм, гинекомастия).

Моховнинг қайталаши, айниқса, лепроматоз хилига хос бўлиб, бу кўпинча баҳор ва кузга тўғри келади. Касаллик беҳосдан ёки секин-аста продромал давр билан (дармонсизлик, иштаха пасайиши, бош оғриши, суякларда оғриқ ва бошқалар) бошланади. Баъзан шамоллаш, ҳомиладорлик ёки калий йодидни кўп қабул қилиш оқибатида қайталаш юзага келади. Бунда моховнинг барча клиник белгилари кузатилади: ҳарорат кўтариледи (38—40°C), лимфа тугунлар шишиб безиллаб оғрийди, лепроз инфильтратлар, лепромалар оч-қизил рангга кириб дўмбайиб туради, яллиғланиб, сувли яралар ҳосил қилади; тери сатҳига янги доғлар, тугун ва инфильтратлар чиқа бошлайди. Мохов реакциясининг энг юқори босқичида айрим чекланган тошмалар ёки лепроз инфильтратлар сарамасдаги яллиғланишга ўхшаб кетади. Қайталаш лимфа томирларини ҳам қаттиқ яллиғлантиради, натижада лимфа суюқлиги оқа олмай, димланиб қолиши мумкин (лимфостаз). Айниқса беморнинг оёқлари беўхшов бўлиб шишиб кетади (филоёк). Беморнинг қонида қатор ўзгаришлар кузатилади: эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади, лейкоцитоз, ҳатто қондан мохов таёқчалари топилади. Баъзан худди шу даврда иккиламчи касалликлар кўшилиши натижасида (зотилжам) бемор ҳалок бўлиши мумкин.

Моховнинг лепроматоз хилига манфий лепромин реакцияси хос. Бу реакция қуйидагича бажарилади: билакнинг букулувчи юзаси териси орасига 0,1 мл лепромин юборилади. Агар 24—48 соатда тери шишиб, қизарса — эрта реакция; 2—4 ҳафтадан сўнг дўмбоқча (1—1,5 см) ҳосил бўлиб, у ярага айланса — кечки мусбат реакция деб аталади. Эрта ёки манфий лепромин реакцияси ёмон оқибатларга олиб келади, чунки организм анергик ҳолатда ёки унинг иммунобиологик қаршилиқ хусусиятлари жуда пасайган бўлади.

Кечки лепромин реакцияга эга беморларда касаллик бироз энгил кечади.

Моховнинг (тери сили шаклидаги туберкулоид) хили бир мунча хатарсиз бўлиб, анча энгил ўтади. Бунда теридаги тошмалар — доғлар, дўмбоқча ва тугунчалар кўринишида намоён бўлади. Тугунчалар кўпинча халқалар, ёйлар кўринишида тўп-тўп бўлиб жойлашади, дастлаб қизғиш, кейинчалик эса кўкиш-қизил тусга киради. Улар қизил ясси темираткидаги тугунчага ўхшаб кетади. Моховнинг бу хили билан оғриган беморларда лепромин реакцияси мусбат, тошма элементларининг камлиги ҳисобига мохов микобактериясининг топилиши ҳам анча паст бўлади. Бунда ички аъзолар кам зарарланади. Баъзан полигонал папулалар ёки туберкулоидлар бир-бирига кўшилиб, тери дамидан кўтарилиб турадиган яллигланган пилакчалар (пилаксимон туберкулоид) ҳосил қилади. Буни дифференцияланмаган хилидан фарқлаш анча мушкул. Беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, лекин тошма тошган жойда сезувчанлик ва тер ажратиш бир оз камаяди. Бурун шиллигида мохов таёқчаси камдан-кам топилади. Тошмалар бадан терисининг ҳамма жойида учраши мумкин, лекин қорин, сон, болдир, юз терисида кўпроқ учрайди. Улар йўқола бошлаганида терида депигментланган ёки атрофияланган жойлар қолади. Мохов витилигодан фарқ қилиб, унда 1:1000 нисбатдаги 0,1 мл гистомин тери ичига юборилса, доғлар перифериясида гиперемия ҳосил бўлмайди (аксон — рефлекс йўқ).

Нерв тугунлари бироз шишади, пайпаслаганда қўлга уннайди, аммо зарарланиш лепроматоз хилидагидан анча кам бўлади. Моховнинг туберкулоид хилида соч тўкилиши, тер ва ёғ ажралишининг камайиши кўп учрайди. Кечки мусбат лепромин реакцияси кузатилади.

3) Дифференцияланмаган яъни моховнинг ноаниқ хилида асосан беморнинг териси ва нерв системаси зарарланади. Моховнинг бу хили аксарият болаларда учрайди. Уларнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди. Касаллик асосан неврологик симптомлар, эритематоз гиперпигментланган ёки депигментланган ҳар хил катталиқдаги чегараси аниқ доғлар пайдо бўлиши билан ифодаланади. Зарарланган тери соҳасида соч тўкилади, тер ажралиши бузилади, терининг сезувчанлиги олдин ошиб, кейин йўқолади. Бир неча ойдан сўнг мускуллар атрофияси авж олади, қўл ва оёқлар шакли ўзгариб, бемор меҳнатга яроқсиз бўлиб қолади, юз мимик мускулларининг атрофияланиши оқибатида унинг башараси ниқоб кийганга ўхшаб, кўз ковоқлари тортилиб охиригача эпилмай қолади (лагофталъм).

Касалликнинг бу хилида нервларнинг зарарланиши ифодаланган бўлади; қулоқ орқаси, бўйин, елка ва тирсак нервлари йўғонлашади, трофик яралар пайдо бўлади, парестезия, гипер-

стезия, фалажланиш, мутиляция авж олади. Бемор иссиқ-совуқни сезмаганлиги сабабли бадани, қўл-оёқлари куйганини ҳатто сезмай қолади. Бундай беморларда лепромин реакцияси нотайин, баъзиларида мусбат, бошқаларида эса манфий бўлади. Манфий реакцияли беморларда кейинчалик моховнинг лепроматоз хили бошланиши мумкин (трансформация). Лепромин реакцияси мусбат бўлган беморларда аксарият касаллик натижаси яхши бўлади. Камдан-кам ҳолларда моховнинг туберкулоид хилига ўтиши мумкин.

Уч ёшгача бўлган болаларда кўпроқ моховнинг аралаш ёки диморф хили кузатилади, бунда лепроматоз, туберкулоид ва дифференцияланмаган хилларига хос клиник белгилар намоён бўлиши мумкин. Айрим вақтда болаларда мохов ҳатто тугунли эритемани эслатади.

Диагнози. Захм, тери сили ва тери лейшманиози билан таққослаб кўрилади. Моховга чалинган ёки чалинмаганлигини билиш учун, дастлаб беморнинг касаллик тарихи, анализи, тери рангининг айтилиши, унинг сезувчанлиги, кош-киприкнинг тўкилиши, полиневрит, мутиляция бор-йўқлигини сўраб, обдан кўздан кечирилади. Беморнинг эпидемик ўчоқда бўлган, бўлмаганлигига эътибор берилди. Лимфа тугунлари, катта нерв толалари пайпасланади, тери сезувчанлигига текширилади.

Мохов касаллигини аниқлашда Минор синамасининг аҳамияти катта. Бунинг учун терининг текширилмоқчи бўлган жойига йод суртилади ва устига юпқа крахмал упа сепилади. Сўнгра бемор мажбуран терлатилади (иссиқ чой берилди, куруқ ҳаволи ванна) ёки хлорид пилокарпин инъекция қилинади. Зарарланган тери соҳасида йод билан крахмал аралашмаси тўқ кўк ранга кирмайди, чунки тери безларининг тер ажратиш хусусияти бузилган бўлади. Энг муҳими лаборатория текширувида мохов микобактерияларининг топилиши диагнозни ҳал қилади.

Гистопатологияси. Дерманинг сўргичсимон қисмидан эпителиод, лимфоцит, фибробласт, плазматик, гистиоцит каби хужайралардан иборат инфилтрат кўринади, айниқса Вирхов — Даниэльсон лепроз хужайраларининг топилиши моховнинг лепроматоз хили учун хос. Битта-иккита ядроли шарсимон кўпикли протоплазмага эга бўлган хужайралар ўзида кўплаб мохов микобактерияларини тутди. Мохов таёқчалари Цил — Нильсон усулида яхши бўялади. Коллаген эластик толалар инфилтратлар атрофида парчаланган, йиртилган ҳолда кўринади, улар инфилтрат билан эпидермис оралиғида чизиксимон бўлиб қолади, тер ва ёғ безлари атрофияланган бўлади. Моховнинг туберкулоид хилида улкан лепроз хужайралар кузатилади, аммо улар мохов таёқчаларини кам тутди ёки мутлақо тутмайди. Баъзан касаллик кайталаганда микобактериялар кўпайиб қолиши мумкин.

Тер, ёғ безлари ҳамда ички аъзоларнинг зарарланиши кам бўлади ёки хавфсиз кечади.

Давоси ва профилактикаси. Моховни даволашда асосий дорилар ди аминодифенилсульфон (ДДС) ва унинг маҳсулотлари. ДДС, авлосульфон, дапсон 0,05 г дан кунига 2 маҳал, якшанба кунлардан ташқари икки ҳафта 0,1 г дан 2 маҳал 6 ой буюрилади. Сульфетрон (солюсульфон) нинг сувдаги 50% ли эритмаси мускуллар орасига ҳафтасига 2 марта: 1-ҳафта 0,5 мл, 2-ҳафта 1,0 мл, 3-ҳафта 1,5 мл, 4-ҳафта—2,0 мл, 5-ҳафта—2,5 мл, 6-ҳафта—3,0 мл. Кейинчалик 3,5 мл дан юборилади. Даво курси 6 ой. Кейин беморга 1—1,5 ой дам берилади. Сульфетрон тери ва шиллиқ қаватларда пайдо бўлган яраларга яхши қор қилади. Бу препаратларни ишлатганда баъзан нохуш аломатлар; бош оғриғи, меъда-ичак ишининг бузилиши, токсикодермия, гипохром анемия, жигар ва буйрак фаолиятининг ўзгариши ва бошқалар кузатилиши мумкин. Шунинг учун 6 ой даво курси даврида 30 кун дам бериб, сўнгра даво яна давом эттирилади. Жигар, буйрак, меъда-ичак, шунингдек юрак-қон томир касалликларида беморларга сульфетрон препаратлари берилмагани маъқул. Кейинги пайтда камроқ захарли бўлган диуцфон кўпроқ ишлатилмоқда. Препарат 0,1—0,2 г дан кунига 3—5 маҳал ичилади ёки 5% ли эритмаси мускуллар орасига кунига 5 мл дан юборилади.

Сульфон препаратлари билан биргаликда чаулмуғр мойи буюрилади. Ҳафтасига тери ичига 2 марта 0,5—1,0 мл дан бошлаб, дозаси 1 мл дан 5 мл гача етказилади. Даво курси 30 инъекция. Даво 3 йилдан 5 йилгача давом этади. Бундан ташқари, тиомочевина ҳосилалари Сибa — 1906 ва этоксид буюрилади. Сибa — 1906 (тикорбонизид) бир кунда бир маҳал (якшанбадан ташқари) 1—2 ҳафта 0,5 г дан, 3—6 ҳафта 0,5 г дан, 7—12 ҳафта 2,5 г дан, кейинчалик 2 г дан берилади. Даво курси 40 ҳафта, сўнгра 1 ой дам берилади. Этоксид бир кунда 3 маҳал ичишга буюрилади: 1-ҳафта 0,1, 2-ҳафта 0,2 г, 3-ҳафта — 0,3 г, бемор ўзини яхши ҳис қилса даво курси 40 ҳафта давом эттирилади. Терига суртиш учун этизул ишлатилади. Этизул навбат билан елка, кўкрак, кураклар оралиғи, бел ва қорин соҳасига ҳафтасига 2—3 марта суртилади, Соч тўкилган жойларга ва юзга суртиш мумкин эмас. Баъзан этизул ўрнига 10% ли сульфетрон малҳамидан фойдаланиш мумкин. Этизул ва сульфетрон малҳамини ДДС ёки авлосульфон билан бирга (0,5 г дан 1 маҳал) қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Мохов ва тери силини даволашда изоникотин кислота ҳосиласи этионамиддан фойдаланилмоқда. 14 ёшгача бўлган болаларга даво курси 0,01—0,02 г. Ҳар кг тана вазнига кундалик дозаси — 0,75 г дан ошмаслиги керак, 14 ёшдан ошгач (тана ваз-

ни 50 кг дан кам) 0,25 дан 2 маҳал буюрилади. Даво курси 6 ой, дори овқатдан 1 соат олдин ичилади.

Дори танлашда албатта беморнинг индивидуал хусусиятларини эътиборга олиш лозим. Кундалик, бир марталик, ҳафталик, циклик ёки бир даво курсини тайинлашда беморнинг ёши, вазни ва умумий аҳволи ҳисобга олинади. Қасаллик сурункасига давом этадиган бўлгани учун унга узоқ даво қилиш керак бўлади. Беморларга барча қулай шароитларни яратиб бериш, овқатланиш, дам олиш тартибини тўғри йўлга қўйиш, витаминлар ва оксилларга бой овқатлар бериш, тоза ҳаводан баҳраманд этиш, уларнинг куч-қувватига мувофиқ меҳнат билан даволаш, шунингдек тузалиб кетишига ишонтириб, кайфияти ҳамда руҳини кўтариш катта аҳамиятга эга.

Шифокор доимо даво таъсирини назорат қилиб бориши керак. Бунинг учун беморнинг бурун шиллиги бот-бот Ганзен таёқчасига текшириб турилади, микобактериялар йўқолгач, тўқима суяқлиги ҳам вақти-вақти билан текширилиб турилади. Беморларни амбулаторияда даволанишга ўтказишдан аввал, зарарланган тери соҳасидан олинган гистологик қирқма ҳам микроскопда текширувдан ўтказилади.

Беморларнинг оила аъзолари тез-тез тиббий кўриқдан ўтказиб турилади.

Мохов билан оғриган оналардан тугилган чақалоқларни оналаридан зудлик билан ажратиб, сунъий овқатлантириб боқилади. Мактаб ёшидаги болалар йилига икки марта лаборатория текширувидан ўтказилади (эпидемик ўчоқларда аҳолини вақти-вақти билан ёпасига профилактик кўриқдан ўтказиб турилади). Беморлар билан яқин мулоқатда бўлган кишилар доимий ҳисобга олинади. Янги беморларга зудлик билан бемор ҳақида хабарнома тўлдирилиб (форма 058) шаҳар ёки туман санэпидстанциясига йўлланади. Моховга йулиққан беморлар билан яқин мулоқатда бўлганларга эҳтиётдан (превентив) БЦЖ вакцинаси билан иммунизация қилинади.

Мохов билан оғриганлар оддий санитария-гигиена қоидаларини яхши билишлари, бадани ва кийим-кечаклари озода бўлишига эътибор беришлари лозим. Уларнинг ич кийимларини ювишдан олдин дезинфекциялаш зарур. Қасаллар ишлатган барча боғлов материаллари ёкиб ташланади, хоналар эса дезинфекцияланади.

ВИРУСЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Вируслар сабаб бўладиган дерматозлар тери касалликлари ичида салмоқли ўрин эгаллайди. Уларга асосан оддий учук, ураб олувчи ёки белбоғсимон учук, ўткир учли кондиллома, сўгаллар ва контагиоз моллюск киради. Бу касалликларнинг клиник кўриниши ҳар хил бўлишига қарамай юкиш йўллари бир-бирига жуда яқин, кўзгатувчилари эса вируслардир.

ОДДИЙ УЧУК (HERPES SIMPLEX)

Вирусли тери касалликлари ичида кўп учрайди. Мутахассисларнинг маълумотларига қараганда, катта ёшдаги одамлар орасида оддий учук 90% га етади ва ҳатто ундан ҳам ошади. Бу эса оддий учук вирусининг ўта юкувчан ҳамда жуда кенг тарқалганлигини билдиради.

Оддий учук вируси бошқа вируслардан фарқ қилиб, у организмда йнллаб сақланиши, баъзи нохуш омиллар (зотилжам, ҳар хил интоксикация ва бошқалар) таъсир этганда, улар фаоллашиб, касалликни юзага келтириши мумкин. Аксарият чўчиш, совқотиш, шамоллаш, гиповитаминоз, руҳий таъсиротлар ҳам вирусларни кўзгатиб оддий учуққа сабаб бўлади. Баъзан бемор билан мулоқатда бўлганда ҳам касаллик юқиб қолиши мумкин.

Клиникаси. Баданнинг турли қисмида тери қизариб, ғуж-ғуж майда пуфакчалар ҳосил бўлади. Касаллик аломати кўрингунга қадар худди шу жойлар сал-пал ачишиб, қичишади, бир оз санчиб туради. Орадан бир-икки кун ўтгач катталиги тарик донидан тортиб, то мошдек келадиган ғуж-ғуж пуфакчалар пайдо бўлади, улар асосан гиперемияланиб турган тери юзасига тошади, ичида тиник суюқлик бўлади. Пуфакчалар ичидаги суюқлик бора-бора лойқаланади, тортишиб оғрийди. Улар тезда ёрилиб, саргимтир юпқа қора кўтир билан қопланади. У тушиб кетган жойда яна янги пўстчалар пайдо бўлади. Оддий учук асосан лаб бурчакларида, лунжда, бурун қанотларида, оғиз бўшлиғи шиллик қаватида, кўз қовоқларида ва жинсий аъзоларда учрайди.

Касаллик аломатлари 10—14 кун ичида ўтиб кетади, пуфакчалар ўрнида вақтинча жигарранг доғ қолади. Баъзан касаллик қайталаши мумкин. Бунда бош оғриб ҳарорат кўтарилиши, дармонсизлик, иштаха йўқолиши кузатилади. Совқотиш, ўта толиқиш, руҳий изтироб, жароҳатланиш, юқумли касалликлар касаллик кўзишига сабаб бўлади. Бунда бемор ҳолсизланади, уйқуси бўзилади, янги пайдо бўлган учуқлар ачишиб оғрийди, регионар лимфа тугунлар шишади.

Қлиник белгиларига қараб учукнинг бир неча тури фарк қилинади:

1. Енгил тез ўтиб кетадиган (абортив).
2. Шиш билан кечадиган.
3. Оғир кечадиган.
4. Ўраб олувчи ёки белбоғсимон учукқа ўхшаш хили.
5. Тез-тез қайталайдиган хиллари.

Гистопатологияси. Патологик жараён асосан эпидермисда бўлади, бунда экссудатив-альтератив жараён авж олиб, Мальпиги қаватида пуфакчалар чиқишига олиб келади, акантолиз кузатилади. Дерма деярли сезиларсиз ўзгариб, сўргичсимон қаватдаги томирлар кенгайди ва улар атрофи бир оз яллиғланади.

Диагнози. Касаллик одатдагидек кечганда ташхис осонгина қўйилади. Пуфакчалар жинсий аъзоларда бўлса, ёрилиб майда эрозиялар ҳосил қилади, кўпинча бирламчи захмга ўхшаб кетади, аммо ачишиб оғриб туриши, инкубацион даврининг жуда қисқалиги, ҳов лимфаденитининг йўқлиги ҳамда трепонемаларнинг топилмаслиги учукни захмдан ажратиб олиш имконини беради.

Давоси. Терида пайдо бўлган пуфакчалар, эрозияланган майда яра-чақаларга анилин бўёқлари, метилен кўки, бриллиант яшили, Кастеллани бўёғи суртилади. Қора-қўтир бўлган жойлар, ёриқлар, эрозияларга 3—5% ли оқ симоб мази, синтомицин эмульцияси, 1—3% ли оксолин, интерферон, бонафтон, госсипол, флоренал мазлари суртилади. Намланган соҳаларни қуритиш ва дезинфекциялаш учун 1—4% ли кумуш нитрат, 1—2% ли пиоктанин эритмалари ишлатилади. Оғиз бўшлиғи яллиғланганда борат кислота, водород пероксид, калий перманганат, этокридин лактат, бикарбонат натрий эритмалари билан тез-тез чайқаб туриш буюрилади. Иккиламчи инфекция қўшилганда антибиотиклар буюрилади; махсус даводан ташқари симптоматик, иммуностимуляр ва умумий даво чоралари кўрилади. Айниқса (генитал оддий учукда) касаллик тез-тез қўзиб туришини ва яна қайтадан юқиши мумкинлигини назарда тутиб уни мукамал даволаш талаб этилади.

Ацикловирни таблетка (0,2 г дан кунига 5 маҳал) ёки малҳам ҳолида қўллаш даволаш самарасини оширади.

Тималин 10—30 мг дан, тактивин 80—100 мг дан бир даво курсига 8—10 инъекция, спленин 1,0 мл дан, продигоизон 0,5 мл дан мускуллар орасига юбориш, элеутерококк, левомизол ичишга буюрилади. Таносил аъзоларидаги учукқа қарши иммуноглобулин 3,0 мл дан 3—4 кун оралатиб 5—7 инъекция (пассив иммунизация) ҳамда ҳар 7 кунда бир маҳал, жами 5 инъекция ўлдирилган герпетик вакцина қилинади (Э. С. Балуянц, Э. У. Эшбоев, 1989 й.).

Ўраб олувчи ёки белбоғсимон учук (*herpes zoster*)ни фильтирланувчи нейротроп вирус кўзгатади (*varicella zoster*).

Вирус ўзининг жуда кўп хусусиятлари билан сувчечак вирусига ўхшаб кетади.

Қасалликнинг инкубацион даври 7—8 кун мустақил ёки бирон бир бошқа касаллик (ўсма касалликлари, зотилжам, плеврит, лейкоз, лимфогранулематоз ва бошқалар) асорати сифатида намоён бўлиши мумкин.

Клиникаси. Баданнинг муайян бир нерви ёки нерв тармоқлари бўйлаб гиперемияланган соҳага пуфакчалар тошади. Тошмалар аксарият тананинг бир томонига тошади. Тошмалар тошишдан олдин беморнинг кўнгли беҳузур бўлиб, боши оғриydi, бирор нерв стволи бўйлаб тутиб-тутиб турадиган оғрик ҳамда худди шу жойларнинг ачишиб туриши кузатилади. Пуфакчалар пўсти қаттиқ бўлиб, ичи тиниқ суюқликка тўлиб туради, бора-бора суюқлик лойқалана бошлайди. Пуфакчалар бир-бирига қўшилиб, қатор жойлашади, улар атрофи гиперемияланиб, қизариб туради.

Клиник белгиларига қараб ўраб олувчи ёки белбоғсимон учукнинг бир неча хили фарқ қилинади:

1. Енгил (абортив).

2. Геморрагик — бунда аввалига пуфакчалар ичи лойқаланиб қон-йиринг бойлайди, натижада пуфакчалар қон билан тўлиб қолади.

3. Гангреноз — яра-чақа, некроз, гангреноз ҳолатлар кузатилади.

4. Буллез — бунда пуфаклар ва пуфакчалар учрайди.

5. Тарқалган — генерализацияланган хили.

Пуфакчалар кўз, қулоқ, қовургалараро нервлар, шунингдек бўйин, бел нервлари ва нерв тармоқлари бўйлаб тошади. Тошмалар оғиз (II—III учшоҳли нерв), лаб ва танглай шиллик қавати-га тошганда аксарият юз ва бўйин териси ҳам зарарланади, кўз соҳасига учук чиқиши жуда хавфли (38- расм).

Учук тошган соҳа қаттиқ тортишиб оғриydi, пуфакчалар ёрилиб яра-чақа, эрозиялар, қўнғир-сарик қора қўтир пўстлар ҳосил бўлади. 2—3 ҳафтада касаллик аломатлари йўқолиб, бемор тузалади, баъзан пуфакчалар даврий равишда янгидан тошиб туриши мумкин. Жароҳат тузалиб кетгач, худди шу жойларда мускуллар парези ва невралгия сезилади. Пуфакчалар ўрнида иккиламчи гиперпигментли доғлар, оғир формаларида эса чандиқли ёки атрофияли



38- расм. Ўраб олувчи учук.

ўзгаришлар қолади. Совқотиш, грипп, сил, сарамас, захарланиш, аксарият лимфогранулематоз, хавфли ўсмалар, лейкоз ўраб олувчи учуқнинг авж олишига сабаб бўлади. Бундай ҳолат йилнинг баҳор ва куз ойларида кўп учрайди. Қасаллик асосан катта ёшларда кузатилади; 10 ёшгача бўлган болаларда камдан-кам учрайди.

Пуфакчалар ўрнида иккиламчи гиперпигментли доғлар, оғир формаларида эса чандиқли ёки атрофияли ўзгаришлар қолади.

Гистопатологияси. Эпидермал хужайраларнинг ретикуляр дегенерацияси, хужайралар ичида вирусли киритмалар, нерв толаларида дегенератив ўзгаришлар; сўргичсимон қават хужайралари шишиб, кенгайиши, ўткир яллиғланиш ҳамда гистиоцит, фибробласт, лимфоцит ва лейкоцитлардан иборат полиморф — хужайрали инфилтрат кузатилади.

Диагнози. Учуқнинг бу турига диагноз қўйиш унча қийин эмас, пуфакчаларнинг маълум бир нерв йўли бўйлаб жойлашиши, ачишиб қаттиқ оғриши уни оддий учуқдан ва бошқа касалликлардан ажратиб олиш имконини беради.

Давоси. Қасаллик енгил кечганида ўз-ўзидан ҳеч қандай давосиз ҳам ўтиб кетади. Интерферен, метисазон, кутизон, интерфероноген каби дорилар билан бирга салицилатлар, анальгетиклар ишлатилади. Беморнинг ёшига қараб прозерин (0,001—0,005 г) қўллаш яхши наф беради. Геморрагик ва гангреноз хилларида амидопирин, бутадиион, реопирин, витаминлар (В₁, В₅, В₆, В₁₂, С), аутогемотерапия, гаммаглобулин, антибиотиклар (пенициллин, левомоцитин, ампициллин) буюрилади. Соллюкс, ультраовуш, ультрабинафша нурлар, бўйин симпатик тугунлари соҳасига диатермия, Бернар диадинамик токи каби физиотерапевтик муолажаларни қўллаш мақсадга мувофиқ. Қаттиқ оғриқни босиш учун новокаинли электрофорез, циркуляр блокада, 50% ли интерферон мази билан фонофероз қилинади. Тарқок хилида кортикостероидлар преднизалон, дексаметазон, триамцинолон (15—20 мг дан кунига) қилинади. Ўткир формаларида қўзғатувчи дори-дармонлар, малҳамлар ҳамда ванна буюриш ярамайди. Яллиғланишга қарши ва дезинфекцияловчи паста, крем 1—2% ли оксолин мази, 5 ли «Флореналь», 20—25% ли интерферон «Лоринцен С», «Дермазолон» ва спиртли анилин эритмалари ишлатилади. Айниқса вирусга қарши мазларни (госипол, теброфен, бонафтон) анилин бўёқлари билан алмаштириб буюриш яхши наф беради. Шунингдек ацикловирни таблетка ёки малҳам ҳолида қўллаш яхши натижа беради.

Профилактикаси. Иложи борича беморлар билан яқин мулоқатда бўлмаслик, интоксикация ва совқотишдан сақланиш зарур.

ЮКУМЛИ МОЛЛЮСК (MOLLUSCUM CONTAGIOSUM)

Юкумли моллюск болаларда учрайдиган юкумли касаллик.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик қўзғатувчиси филтрланувчи вирус бўлиб, у маълум вирусларнинг энг каттаси хисобланади. Аксарият боғча, кичик мактаб ёшидаги болалар (3—7 ёш) касалланади. Уларга касаллик тўғридан-тўғри вирус ташувчидан ёки умумий сочик, ванна, идиш-товок, уйинчоқ ва бошқалардан фойдаланганда юқиши мумкин. Касаллик болалар муассасасида бирдан тарқалиб кетиши мумкин.

Клиникаси. Юз, икки кўз атрофи, бўйин, кўкрак, қўл панжаси, қорин соҳаси, жинсий аъзоларнинг кўз илғамайдиган терисида, баъзан бадан терисининг каттагина қисмида ясимқдек келадиган майда-майда тугунчалар пайдо бўлади. Бу тугунчалар соғлом тери рангида, ўртасида киндикка ўхшаб босилган ясси шаклда берч бўлиб, огримаёди. Икки ён томондан сиқиб кўрилса, моллюск таначалари деб аталадиган мугузланган эпителий хужайраларидан иборат бўтқасимон масса чиқади. Баъзилари тери сатҳидан сал осилиброқ туради, уни оёғида ўтирган моллюска тугунчалари дейилади. Баъзан тугунчалар бир-бири билан қўшилиб катта-кичик моллюсклар ҳосил қилади.

Диагнози. Диагноз тез ва аниқ қўйилади, одатда уни ўсмирлар сўғали билан таққослаб кўрилади. Юкумли моллюск тугунчалари анатомик пинцетда қаттиқ сиқиб кўрилганда, ичидан сузмага ўхшаш масса ажралиб чиқади; микроскопда кўрилганда, катта-катта овал протоплазмасида киритмалари бор хужайралар топилади (моллюскли таначалар). Ўсмирлар сўғалининг ўртасида киприкка ўхшаш ботиклик бўлмайди; юкумли моллюск қўл-оёқ қафтлари ҳамда товонда учрамайди.

Давоси. Тугунчалар пинцет билан сиқиб ташланади ёки ўткир учли Фолькман қошиқчаси билан кириб олинади; ўрни 2—3% ли йод эритмаси билан артилади. 3% ли оксолин, интерферон малҳамлари суртилади. Баъзан диатермокоагуляция, криотерапия қўлланилади.

Касалликнинг олдини олиш мақсадида уни вақтида аниқлаш ва даволаш муҳим; бемор болалар муассасидан ажратиб қўйилади.

ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМА (CONDILOMATA ACUMINATA)

Тери ва шиллиқ қаватларнинг доимий ишқаланадиган қисмларида пайдо бўладиган сўғалсимон ўсмалар.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик қўзғатувчиси Ророва гуруҳига мансуб папилломатоз — акантоматоз филтр-

ланувчи вирусидир. У ўзининг кўпгина белгилари билан оддий ва ўраб олувчи учук вирусига ўхшаб кетади. Шахсий гигиенага риоя қилмаслик, сурункали носпецифик яллиғланиш, трихомоноз, кандидоз, хламидиоз, уреоплазмоз каби касалликлар ўткир учли кондиломанинг авж олишига сабаб бўлади. Жинсий мулоқот вақтида ҳам юқиб қолиши мумкин. Аксарият 20—40 ёшдагилар ва ундан катталар касалланади, болаларда жуда кам кузатилади. Инкубацион даври 7—8 ҳафтадан 9—10 ойгача.

Клиникаси. Ўткир учли кондилома кўпинча беморнинг жинсий аъзолари атрофида, олат кертмагида, анус соҳасида, қўлтиқда, аёлларнинг жинсий уятли лаблари ва қин қиррасида, кўкрак беи остида учрайди. Айрим вақтлари сийдик каналининг олдинги соҳаси шиллиқ қаватида ҳам кузатилади. Дастлаб шу соҳаларда унча каттиқ бўлмаган майда пушти тугунчалар пайдо бўлади, улар қўшилиб, гулкарамни ёки ҳўроз тожисини эслатувчи юмшоқ сўргичсимон ўсма ҳосил қилади (39-расм).

Ўткир учли кондиломанинг баъзи элементлари бир ингичка асосга (оёққа) жамланган бўлиб, юзаси намланиб турувчи кепаклар билан қопланади ва ундан қўланса ҳид келиб туради. Ишқаланиш натижасида ачишиб, қичишиб туради, яра — чақаланиб эрозияланади. Эрозияланиб яра-чақаланган ўсмалар бироз қончираб туради. Ўсмаларни тирнаб кўрилса қуюқ массали ажралма чиқади.

Диагнози. Ўткир учли кондиломага диагноз қўйиш унча қийин эмас. Асосан захмдаги сербар кондиломаларга таққосланади. Захмдаги кондиломалар текширилганда кўплаб оқиш трепонемалар топилади ҳамда серологик реакцияларнинг барчаси мусбат бўлади. Қамдан-кам ҳолларда бир беморнинг ўзида ҳам сербар, ҳам ўткир учли кондиломалар бўлиши мумкин.

Давоси. Ўткир учли кондиломалар асосан куйдирилади. Диатермокоагуляция, криотерапия, электроинцизия қўлланилади. Калий перманганатнинг ўткир эритмаси, уч хлор сирка кислота-си, подофиллиннинг 20% ли спиртдаги эритмаси, ферезол каби кучли эритмалар билан куйдирилади. Резорциннинг тальк билан 1:1 аралашмаси, колхамин мазлари буюрилади. Ўткир учли кондиломалар кам бўлса, ўткир учли Фолькман қошиқчаси билан қириб олиб ташланади.

СЎГАЛЛАР (VERRUCAE)

Терида пайдо бўладиган юқумли хавфсиз ўсмалар. Аксарият болалар ва ўсмирлар орасида кенг тарқалган. Ророва туркумига мансуб филтрланувчи вируслар қўзғатади. Қўзғатувчисининг хусусиятларига қараб акантоматоз, папилломатоз, ва қиритма

(вакуола) ҳосил қилувчи штаммлари бор. Сўгаллар катталиги бир неча миллиметрдан 1—2 см ча келадиган эпидермал ўсмалар. Қасаллик юқумли бўлиб, соғлом одамга бемордан тўғридан-тўғри мулоқатда бўлганда ёки беморнинг рўзғор буюмлари орқали юкиб қолади. Одам терисидаги яра-чақалар, тирналишлар, ишқаланишлар, сув-липид алмашинувининг бузилиши сўгал тошишига мойил қилиб қўядиган омиллардандир. Барча юқумли касалликларда кузатилгандек сўгалда ҳам инкубацион (бир неча ҳафтадан 2—3 ойгача), продромал, тошмалар чиқиши, сусайиш ва тузалиш каби даврлари бор.

Сўгаллар жойлашиши, кўзғатувчиси ва кўринишига қараб турлича бўлади: оддий сўгаллар, ўсмирларнинг ясси сўгаллари, оёқ кафти сўгаллари, кексалар сўгаллари ажратилади.

Оддий сўгаллар яллиғланишга алоқаси йўқ тугунчалар кўринишида бўлиб, катталиги тарик, кўпи билан нухат донидек келади, яъни, яримшарсимон ёки ясси шаклли, нормал тери рангида ёки қорароқ бўлади. Уларнинг юзи гиперкератоз туфайли нотекис. Қўл панжасининг орқа юзаси, кафт, юз ва баданнинг бошқа жойларида энг кўп учрайди. Улар одатда оғримайди, лекин тирноқ болишларида бўлса, ишқаланиш туфайли оғриб туриши мумкин.

Давоси. Психотерапия, гипноз яхши наф беради. Электрокоагуляция, диатермокоагуляция, криотерапия, суюқ азот, учлорсирка кислотаси билан қуйдириш буюрилади, 2% ли оксолин, 1—3% ли «Флореналь», госсипол билан Фовлер эритмаси (40% фенол, 60% трикреозол) ва интерферон, колхицин моддалари бор малҳамлар ишлатилади.

Ўсмирларнинг ясси сўгаллари — тери дамидан кўтарилиб турадиган, оч пушти ёки сарғиш рангдаги, майда-майда эпидермал ўсмалардир. Уларнинг юзи одатда силлиқ бўлади. Юзда (лунж, пешона, энгакда), бўйинда, қўл панжасининг орқа юзасида учрайди. Баъзан сўгаллар қатор бўлиб жойлашади. Ўсмирларнинг ясси сўғалига диагноз қўйиш қийин эмас.

Оёқ кафти сўгаллари оёқ кафти терисининг энг кўп босилиб турадиган жойларида пайдо бўлади, юрган вақтда безиллаб туради ва ранги сарғимтир жигаррангнамо, шакли юмалоқ ёки овал, катталиги тангадек келадиган тери қалинлашмасидан иборат бўлиб, қадоқларга ўхшаб кетади, бу сўгаллар сўргичли ўсимталари (акантоз, папилломатоз, гиперкератоз) борлиги билан қадоқлардан фарқ қилади. Пойафзални нотўғри кийиш, тоvonнинг чақаланиши ва гипергидроз оёқ кафти сўгалларига сабаб бўлади.

Кексалар сўгаллари ёши 40 дан ошган одамларда, тана, бўйин ва юзда кўл ранг, жигар ранг ёки қора, усти ёғ билан қопланган доғлар кўринишида вужудга келади.

Давоси. Суюқ азот эритмаси (криотерапия), колхамин

малҳами ишлатилади, (подофиллиннинг) 10—20% ли эритмаси суртилади.

Куйидаги куйдирувчи моддалар аралашмасини қўллаш мумкин:

Rp: Ac. salicylici 1,0
Ac. acetici 9,0
Collodi elastici 10,0
M.D.S. сиртга суртиш учун.

Икки ҳафта давомида 50 Р дан рентген нурлари бериш, электроакустика қилиш, муз сирка кислотаси, Фовлер эритмаси суртиш, ҳадеганда тузалавермаса жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш тавсия этилади.

КАПОШИ АНГИОРЕТИКУЛЁЗИ

Қасаллик 1872 йили Мориц Капоши томонидан ифодаланган. Этиология ва патогенези аниқланмаган. Олимларнинг фикрича тери ва ички аъзоларнинг томирлари атрофида жойлашган ретикулоэпителиоцитлар тўқима элементларида патологик ўсиш кузатилади. Қасаллик дунёнинг барча қитъаларида учрайди. Қасалликнинг келиб чиқишида вирусларнинг ҳам патогенетик аҳамияти бор деган фикрлар мавжуд.

Клиникаси. Қасаллик катталиги 1 см келадиган, аниқ чегараланган юзаси силлиқ, ранги қизғиш-кўкимтир доғ пайдо бўлиши билан бошланади. Доғлар аста-секин катталашиб, тахминан 2—5 см га етади. Кейинчалик доғлар ўрнида тугунча ёки тугунлар пайдо бўлади. Баъзан қасалликнинг бошланиш даврида шакли ясси, катталиги мошдек, консистенцияси юмшоқ, пушти-кўкимтир рангли тугунчалар ҳам кўзга ташланади. Зарарланган тўқиманинг ўсиши натижасида яримойсимон ўсмалар ёки тугунлар пайдо бўлиб, улар тери сатҳидан бироз кўтарилиб туради, катталиги нўхатдек ёки ёнғоқдек келади, консистенцияси қаттиқ-эластик бўлиб, юзаси нотекис, худди апельсин пўчоғини эслатади. Морфологик элементларнинг ранги вақт ўтиши билан ўзгариб кўкимтир-кўнғир тус олади. Қасаллик оғир кечганда (15—20%) тугунлар некрозга учраб, яралар ҳосил бўлади. Яралар чуқур, четлари қайрилган, асоси нотекис, конли-гангреноз пўст билан қопланган бўлади. Қасалликка хос морфологик элементлар кўпроқ оёқ панжаси, товон ва болдирда жойлашади. Беморларнинг 25—40% ида оёқда шиш, папилломатоз ва гиперкератотик ўсмалар кузатилади. Баъзан эса пуфак ва пуфакчали тошмаларни учратиш мумкин. Айрим ҳолларда тошмалар кулоқ супраси, лунж, қорин ва баданнинг бошқа соҳаларига ҳам

тарқалиши мумкин. Касалликка хос аломатлардан бири тошмаларнинг симметрик ва кўп ўчоқли бўлиши. Беморни асосан кучли оғриқ безовта қилади. Ангиоретикулёз билан оғриган беморларнинг 8—10% ида оғиз шиллик қавати зарарланади. Тошмалар (қизғиш-кўкимтир рангли доғлар, тугунчалар) асосан қаттиқ ва юмшоқ танглай, ҳиқилдоқ ва тилчада жойлашади. Патологик жараён баъзан ички аъзоларда ҳам кузатилади.

Гистопатологияси. Дерма томирлари кенгайган бўлиб, улар атрофида ёш фибробласт хужайраларининг пролиферацияси, баъзан эса геморрагия, гемосидериннинг чуқиши ва атипик хужайралар кузатилади.

Дифференциал диагноз. Касаллик клиник жиҳатдан яқин бўлган хавfli меланома, фиброматоз, дерматофибросаркома, тери ретикулёзи, Капоши псевдосаркомаси каби дерматозлар билан такқосланади.

Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) билан оғриган беморлар терисида Капоши ангиоретикулезиди учрайдиган морфологик элементларни кузатиш мумкин. ОИТСнинг келиб чиқишида иммун танқислигини келтириб чиқарувчи вирусларнинг ахамияти катта. Капоши ангиоретикулёзи ОИТС билан оғриган беморларда ўзига хос клиник кечишга эга. Касаллик кўпинча ёшларда (20—40 ёш) кузатилади, тошмалар (асосан тугун ва ўсмалар) тўсатдан бош, бўйин, оғиз бўшлиғи ва бутун баданга тошади. Доғли тошмалар деярли учрамайди. Айниқса ички аъзолар тез зарарланади ва олиб борилаётган даво чораларига қарамай касаллик зўриқиб, беморнинг ҳалок бўлишига сабаб бўлади.

Давоси. Полихимиотерапия, яъни стероидли (преднизалон 40—60 мг), цитостатик (проспидин, винкристин, винбластин) препаратлар тавсия этилади. Айрим ҳолларда рентгенотерапия ва жаррўхлик усуллари ҳам қўллаш мумкин.

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Замбуруг касалликларини ўсимлик паразитларига мансуб замбурўғлар кўзгатади. Улар хавода, тупрокда, ўт ва сув хавзаси атрофида ноактив ҳаёт кечиради. Аммо бошқа шароитларда, масалан, одам ёки ҳайвон терисига тушганда касаллик келтириб чиқаради. Ҳозирда замбурўғларнинг 100.000 дан ортиқ хили маълум бўлиб, улардан 500 тага яқини одам ва ҳайвонлар учун патоген ҳисобланади, яъни касаллик қақиради. Паразит замбурўғлар келтириб чиқарган тери касалликларини — дерматомикозлар (грекча дерма — тери; микоз — замбурўғ) дейилади, замбурўғлар эса дерматофитлар (грекча *phyton* — ўсимлик) деб аталади. Патоген замбурўғлар гуруҳини ипсимон замбурўғлар

(дерматофитлар) ташкил этиб, улар ипсимон мицелиялар ва споралар ҳосил қилиш хусусиятига эга.

Замбуруғли касалликлар юқумли бўлиб, тез тарқалади, айниқса улар болалар ўртасида тез-тез учрайди. Касаллик бемордан ёки касал ҳайвондан одамга ўтади. Касаллик асосан бемор билан бевосита мулоқатда бўлганда ёки унинг зарарланган буюмларидан фойдаланганда юқади.

Касаллик пайдо қилувчи замбуруғларнинг яна бир гуруҳини ачитқисимон замбуруғлар ташкил қилади. Улар *Candida* туркумига мансуб бўлиб, споралар ҳосил қилмай куртаклиниш йўли билан кўпаяди. Ачитқисимон замбуруғлар псевдомицелиялар ҳосил қилишга мойил. Бу замбуруғларнинг *Candida albicans* тури патоген ҳисобланади. Кандида замбуруғлари табиатда кенг тарқалган. Улар мева ва сабзавот, су. маҳсулотлари, шунингдек одам ва ҳайвон териси ҳамда шиллик қаватларида сапрофит ҳолда яшайди. Фақат муайян шароитларда улар кандидозлар деб аталувчи ўзига хос касалликни келтириш чиқаради.

Ҳозирги кунда дерматологлар томонидан қуйидаги классификация (тасниф) дан кенг фойдаланилади (Н. Д. Чеклаков, 1978).

I. Кератомикозлар

1. Ранг-баранг темиратки

2. Эритразма

II. Дерматомиқозлар

1. Чов эпидермофитияси

2. Оёқ панжаси эпидермофитияси

3. Рубромикоз

4. Трихофития

5. Микроспория

6. Фавус

III. Кандидоз

IV. Чуқур микозлар

КЕРАТОМИКОЗЛАР

Касаллик тери мугуз қаватининг зарарланиши ҳамда яллиғланишсиз кечиши билан ифодаланади.

Кератомикозларга ранг-баранг ёки кепаксимон темиратки ва эритразма киради.

РАНГ-БАРАНГ ЁКИ КЕПАКСИМОН ТЕМИРАТКИ

Ранг-баранг ёки кепаксимон темиратки — терининг яллиғланишга даҳли бўлмаган юза инфекциясидир. Қўзғатувчиси *Pityrosporum orbicularis* (*Microsporum furfur*) терининг мугуз қаватида жойлашиб, кўп терлайдиган ва тернинг кимёвий таркиби ўзгариб турадиган кишиларда тез кўпаяди.

Клиникаси. Кўрак, орқа, бўйин, камдан-кам ҳолларда оёқ-кўлларда, қоринда, бошнинг сочли қисмида кескин чегараланган ва турли шакл ва катта-кичикликдаги жигарранг доғлар юзага келади (40- расм). Булар периферияга қараб ўсиб бир-бирига кўшилишга мойил бўлади ва ғалати шакл ҳосил қилади. Доғлар ранги ҳар хил: пушти-сарикдан тўқ-кўнғиргача, кўпинча сутли кофе рангида бўлади. Доғлар юзаси кўзга сал илғайдиган кепаксимон тангачалар билан қопланади; субъектив сезгилар деярли бўлмайди, аҳёнда бадан сал қичишиши мумкин. Қасаллик бир неча ой ёки йиллаб давом этади. Замбуруг сочларга зарар етказмайди, лекин кўпинча бошнинг сочли қисми терисини шикастлайди.



40- расм. Ранг баранг темиратки.

проба Веллера

Диагнози. Доғлар ва улар атрофидаги соғлом терига йод суртилади, бунда унинг юзасидаги тангачалар йодни кўпроқ сингдиради, шунинг учун шикастланган жойда йод ранги соғлом жойга қараганда тўқроқ бўлиб қолади. Бошнинг сочли қисмини люминесцент лампаси (ВУД лампаси) орқали кўрилганда, доғлар юзаси кўнғир рангда товланади. Яллиғланишсиз сал пўст ташлаб турадиган ҳар хил катталиқдаги кўнғир-жигарранг доғлар ва лаборатория текширувларига асосланиб диагноз қўйилади.

Гистопатологияси. Терининг мугуз қаватида кўплаб замбуруглар топилади. Яллиғланиш бўлмайди.

Давоси. Мугуз қаватнинг замбуруглар ўрнашиб олган юза қисмини кўчириб тушириш мақсадга мувофиқ. Бунинг учун зарарланган жойларга ҳар куни яшил совун, Вилькинсон мази, 10% ли салицилат спирти эритмаси, 10—20% ли олтингургурт мойи, 10% ли олтингургурт ва 5% ли салицилат мойи аралашмаси суртилади. Шунингдек бир ҳафта мобайнида 60% ли гипосульфит эритмаси ва 6% ли хлорид кислота эритмасини кетма-кет суртиш яхши натижа беради (Демьянович методи). Қасаллик қайталамаслиги учун даволанган жойларни бир неча ҳафта мобайнида кунига 1 маҳал 2% ли салицилат спирти билан артиб туриш тавсия этилади, ламизил малҳами 2 ҳафта давомида кунига 1—2 маҳал суртилади. Кепаксимон темиратки доғлари куёш нури таъсирида йўқолиб кетиши мумкин.

Кўзгатувчиси — *Corynebacterium minutissimum* замбуруғи. Сўнгги йилларда эритразмани коринобактериялар кўзгатади деб, уни псевдомикозлар қаторига киритилмоқда. Эритразма терининг кўп учрайдиган замбуруғли касаллиги бўлиб, аксарият эркаларнинг тери бурмаларида учрайди.

Клиникаси. Сон-ёрғоқ бурмасида, сон терисида, қўлтиқда, аёлларда эса сут безлари остида қизил-жигарранг тусли кескин ажралиб турадиган доғлар пайдо бўлади, баъзан бу доғлар оёқ панжаси орасида ҳам кузатилади. Улар бир-бирига қўшилиб, шаклан фестонларга ўхшаб кетадиган катта-кичик ўчоқларни ҳосил қилади. Доғларнинг юзи сал пўст ташлаб туради, бадан бир оз қичийди, кўпинча субъектив сезгилар бўлмайди, терлаш натижасида баъзан яллиғланиш жараёни қўшилади, зарарланган жой қизариб шишиб туради ва пуфакчалар пайдо бўлади.

Диагнози. Люминесцент лампа орқали қаралганда касаллик ўчоқлари гишт ранг, қизил бўлиб товланади. Клиник кўриниши ва лаборатория маълумотларига асосланиб диагноз қўйилади.

Давоси. Худди кепаксимон темираткидағидек пўст туширадиган ва дезинфекцияловчи моддалар буюрилади. Бунинг учун 2% ли йод эритмаси, нитрофунгин ва 5% ли эритромицин малҳами қўлланилади. Кейинчалик касаллик қайталамаслигининг олдини олиш учун 2% ли салицилат спирти билан артиб туриш тавсия этилади.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР

Дерматомикозлар эпидермис, дерма ва тери ҳосилалари (соч, тирноқ)нинг зарарланиши билан кечади.

ЧОВ ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Касалликни *Epidermophyton inguinale* (*flaccosum*) замбуруғи пайдо қилади. Кўпроқ эркалар касалланади.

Клиникаси. Соннинг ички юзасида катталиги тангадек келадиган пушти қизил рангли доғлар пайдо бўлади. Доғларнинг чети тери сатҳидан болишга ўхшаб кўтарилиб туради, уларнинг юзасида майда-майда пуфакчалар, пустулалар бўлиб, марказида эса кепаксимон тангачалар кўринади. Доғлар йирик ўчоқлар ҳосил қилиб, бир-бири билан қўшилиб кетишга мойил бўлади. Улар периферия томон ўса бориб, ўртаси оқара бошлайди ва ҳалқасимон ёки маржон шаклини ҳосил қилади. Беморни бадан қичишиши ва баъзан оғриқ безовта қилади.

Бу касаллик одатда касалхона ва рўзғор буюмлари (ички кийим, мочалка, клеёнка, термометр, таг тувак) дан фойдаланганда

(агар улар тўла дезинфекция қилинмаган ёки ўлда-жўлда қилинган бўлса) юқади.

Диагнози. Қасалликнинг клиник манзараси ва ўчоқлардан олинган қирма, микроскоп остида текширилганда, унда мицелий ипларининг топилиши ҳамда у Сабуро озиқ муҳитига экилганда замбуруғ культураси ўсиши диагноз қўйишда муҳим роль ўйнайди.

Давоси. Қасаллик ўчоқларига 1—2% ли йод настойкаси, 3—5% ли олтингургурт, қорамой малҳамини суртиш тавсия этилади. Жараён ўткир кечганда (яллиғланиш кучли бўлса) 0,25% ли кумуш нитрат, 1—2% ли резорцин, 2% ли борат кислота эритмаси ва бошқалардан совуқ примочкалар қўйиш билан бир қаторда умумий даво қилинади, яъни 10% ли кальций хлорид эритмаси, димедрол ёки бошқа антигистамин препаратлар терапевтик дозаларда тавсия этилади.

ОЁҚ ПАНЖАСИ ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Оёқ панжаси эпидермофитиясини *Trichophyton interdigitale mentogrophytes* замбуруғи кўзгатади. Уни куйидаги клиник шакли тафовут қилинади.

1. Сквामоз эпидермофития.
2. Интертригиноз эпидермофития.
3. Дисгидротик эпидермофития.
4. Тирноқлар эпидермофитияси (онихомикоз).

Сквамоз эпидермофития товонда, панжалар оралиғидаги бурмалар терисининг ҳар ер ҳар ерида пластинкасимон пўст ташлаб туриши билан ифодаланади. Бу жойлар териси оч рангда бўлиб, юзаси оқиш кулранг пўстчалар билан қопланади. Пўст ташлаб турадиган бу ўчоқлар баъзан узоқ вақт туриб, бемор ҳеч нарса сезмаслиги ҳам мумкин. Лекин бирор ноҳуш таъсирот туфайли касаллик кўзийди, бунда тери қизаради, қичишади ва пуфаклар пайдо бўлади.

Интертригиноз эпидермофития. Эпидермофитиянинг бу хили 4-ва 5-, 4- ва 3-бармоқлар орасидаги терининг пўст ташлаши, бўкканга ўхшаб ёрилиши тарзида намоён бўлади. Бармоқларнинг бир-бирига тегиб турадиган юзаларида пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ёрилади ва шилинишлар вужудга келади, кўпинча улар четида кўчган эпидермиснинг осилиб турган жияги кўзга ташланади. Жараён бармоқлар орасидаги бурмалардан оёқ қафти терисига тарқалади. Оёқ панжаси микозининг интертригиноз шакли кўпинча пиодермия билан асоратланади ва лимфа тугунлари ҳамда лимфа томирларининг яллиғланишига олиб келади.

Дисгидротик эпидермофития. Оёқ панжасининг ён юзасида, оёқ қафти гумбази соҳасида бир талай пуфакча ва пу-

факлар пайдо бўлиши билан ифодаланади. Улар баъзан юза ёки чуқур жойлашади. Кўпгина майда пуфакчалар қўшилиб катта пуфакларни ҳосил қилади. Пуфаклар қобиги таранг, ичидаги суюклик эса тиник ёки бироз хира бўлади. Пуфак ва пуфакчалар пайдо бўлганда кўпинча беморнинг тинкаси қуриб, ҳарорати кўтарилади. Пуфаклар ёрилиб, эрозиялар вужудга келади, улар четида эса эпидермис бўлаклари кўриниб туради. Баъзи пуфакчалар қуриб, қора қўтир билан қопланади ва кейинчалик улар ўрнида пўстланиш кузатилади. Тез орада янги пуфакчалар ва янги эрозиялар ҳосил бўлиши ва пилчираш кузатилади. Беморни қичишиш ва оғриқ безовта қилади. Дисгидротик эпидермофития кўпинча пиодермия билан асоратланади, оёқ панжаси терисида пустулар, шиш ва оғриқ пайдо бўлиб, лимфангит ҳамда лимфаденитлар авж олади. Қасаллик узоқ давом этиб, тез-тез қайталаб туради. Айниқса у баҳор ва ёз ойларида кўзийди.

Кўпинча қўл панжасига ҳам пуфакчалар тошади, баъзан бадан ва қўл-оёқлар териси пўст ташлайди ва пушти-қизил рангли доғлар ва папулалар пайдо бўлади. Бу тошмалар аллергик бўлиб, уларда замбуруғлар бўлмайди. Бу тошмалар эпидермофитидлар деб аталади ва оёқ панжасидаги асосий ўчоқларда яллиғланиш қайтгандан сўнг одатда йўқолиб қетади.

Гистопатологияси. Терининг тикансимон қаватида хужайралар вакуолизацияси ва спонгиози кузатилади. Бунда хужайралараро майда бўшлиқлар ҳосил бўлиб, уларнинг қўшилиши натижасида сероз суюклик ёки лейкоцитлар билан тўла кўп катакли бўшлиқлар ҳосил бўлади. Дерманинг сўргичсимон қаватида қон томирларининг кенгайиши ва улар атрофида лимфоцитлардан иборат яллиғланиш инфилтрати кузатилади.

Тирноқлар эпидермофитияси (онихомикози) — эпидермофитиянинг барча клиник шаклларида кузатилади. Бош бармоқ билан жимжилоқ тирноқлари кўпроқ зарарланади. Тирноқларнинг четида ва тирноқ пластинкаси бағрида сарик доғлар пайдо бўлиб, тирноқ хира, қалин, мўрт ва уваланадиган бўлиб қолади.

Диагнози. Оёқ панжаси эпидермофитиясининг клиник кўриниши кўпинча бошқа тери касалликларига, масалан, экземага ўхшагани сабабли, эпидермофитиянинг диагнози лаборатория текширишлари орқали тасдиқланади.

Эпидермофитиянинг юқиш йўллари ва шароитлари. Қасаллик кўзгатувчи замбуруғлар ҳаммомнинг ювиниш хонасида, сув ҳавзалари, спорт заллари ва пойабзалда бўлади. Асосан, қасаллик шахсий гигиенага аҳамият бермай, беморнинг пайпоғи ва оёқ кийимларини кияверадиган кишиларга юқди.

Чўмилиш вақтида оёқ панжаси терисининг юмшани соғлом одамларга эпидермофитиянинг юқишига қулай шароит туғдиради. Эпидермофитиянинг келиб чиқиши ва авж олиб боришида

организмнинг индивидуал хусусиятлари, оёқ панжасининг кўп терлаши, тернинг кимёвий таркиби, организмнинг умумий аҳволи, нерв системасининг функционал ҳолати катта аҳамиятга эга.

Давоси. Эпидермофитиянинг сквамоз шаклини даволаш учун 2% ли йод эритмаси ва Вилькинсон малҳамидан фойдаланилади. Дастлаб сода-совунли илиқ ванна қилинади, кейин 5% ли салицилат, 10% ли олтингугурт ва 5% ли салицилат малҳами аралашма-си суртилиб, бойламлар қўйиш тавсия этилади.

Оёқ панжасининг интертригиноз эпидермофитиясида бармоқ орасидаги бурмаларга 2% ли йод, нитрофунгин эритмаси, салицилат-бензоат ёки 5% ли олтингугурт малҳами ва бошқа фунгицид малҳамлар суртилади.

Дисгидротик эпидермофитияни бартараф этишда умумий ва маҳаллий даво ўтказилади. Қасаллик ўткир кечганда десенсибилизацияловчи умумий даво буюрилади: венага 10% ли кальций хлорид, 30% ли гипосульфит, 10% ли кальций глюконат эритмалари юборилади. Антигистамин препаратлардан димедрол, супрастин, тавегил, диазолин, дипразин ва бошқалар, В ва С гуруҳ витаминлари, никотин кислотаси буюрилади. Шу билан бирга маҳаллий даво ҳам қилинади.

Қасаллиқнинг ўткир даврида 0,25% ли кумуш нитрат, 1% ли резорцин, 1:1000 нисбатдаги риванол, 1% ли рух сульфат, 1:5000 нисбатдаги фурациллин, 2% ли борат кислотаси эритмаларидан фойдаланиб, совуқ примочкалар қўлланилади. Пуфаклар ёрилиб, ўткир яллиғланиш жараёни босилиб қолганидан кейин, 5% ли дерматол мази, Унна креми ҳамда 2% ли ихтиол пастаси буюрилади. Малҳамлардан клотримазол, микозолон, микоспор, жараён иккиламчи инфекция билан асоратланганда эса тридерм буюрилади.

Қасаллиқнинг барча шаклини даволашда Ламизил препаратининг самараси катта. Уни бошқа антифунгал дориларга (низорал, гризеофульвин) қараганда ноҳуш таъсирлари жуда ҳам кам. Ламизил таблетка шаклида 250 мг дан кунига 1 маҳал, 14 кун давомида ичилади, Ламизил малҳами эса кунига 1—2 маҳал 2 ёки 4 ҳафта давомида суртилади.

Интертригиноз ва дисгидротик эпидермофитиялар иккиламчи инфекция билан асоратланиб, лимфангит ва лимфаденитлар билан кечганида антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари тавсия этилади. Аллергик тошмалар бўлса десенсибилизацияловчи ва антигистамин препаратлар қўллаш билан бир қаторда, касаллиқнинг клиник кўринишига қараб, маҳаллий даво сифатида чайқатувчи суюқлик ва индифферент упалар қўлланилади. Чов эпидермофитиясида тери таъсирланмаслиги учун эҳтиёт бўлиб даво қилиш талаб этилади. Ўткир яллиғланиш бўлганида 0,25% ли кумуш нитрат, 1% ли резорцин ва бошқа эритмалардан

совук примочкалар қилинади. Кейинчалик таркибида 2—3% ли салицилат ва бензоат кислоталари бор малхамлардан фойдаланиш тавсия этилади.

Профилактикаси. Оёқ кўп терлаши туфайли эпидермофития бот-бот кўзиб турадиган бўлса, озодаликка беками-кўст амал қилиш, пайпоқни тез-тез алмаштириб туриш, оёқ кафтига 3% ли формалин эритмаси суртиш, вақти-вақти билан упа сепиб туриш тавсия этилади. Эпидермофитиянинг тарқалишига қарши курашиш мақсадида ҳаммом, душхона ҳамда сув ҳавзаларида озодалик ва тегишли санитария талабларига мос профилактик чора-тадбирларни амалга ошириш талаб этилади. У жойлардаги пол, ўриндиқ ҳамда бошқа жиҳозларни хлорамин, крезолнинг 5% ли эритмаси ёки хлорли оҳак эритмаси билан мунтазам дезинфекция қилиб туриш зарур. Бу муассасаларда хизмат қиладиган ходимлар тиббий текширувидан ўтиб туришлари, текшириш вақтида касал деб топилганлар эса даволанишлари лозим.

РУБРОМИКОЗ

Рубромикоз ёки руброфитияга *Trichophyton rubrum* замбуруғи сабаб бўлади.

Клиникаси. Асосан қўл-оёқ кафтлари, оёқ бармоқлари орасидаги ҳамда чов ва қўлтиқ остидаги бурмалар зарарланади. Йирик бурмалар териси, айниқса кўп касалланади. Қўл-оёқ кафт териси қуриб, дағаллашади, эгачалар бор жойлар кипиксимон тангачалар билан қопланади. Натижада қўл ва оёқ кафтлари худди ун сепиб қўйгандек кепакланиб туради. Жараён эпидермофитиядан фарқ қилиб, оёқ панжаси ва бармоқларнинг устки ҳамда ён юзаларига ҳам ўтади. Оёқ панжасининг касалланиши кўпинча қичишиш билан кечади. Оёқ бармоқлари орасидаги бурмалар қуруқшаб кепакланади. Рубромикозда оёқнинг деярли ҳамма бармоқлари орасидаги бурмалар, шунингдек тирноқлар зарарланади. Қўл-оёқ тирноқлари сарғайиб, ҳиралашади ҳамда қалин тортиб уваланиб туради ва кўпинча тирноқ учидан кўчади. Кўчган тирноқ кир кулранг тусга киради (41- расм).



41- расм. Онихомикоз.

Силлиқ терида касаллик ўчоқларининг чети кўтарилиб турадиган, унсимон тангачалар билан қопланади. Баъзан, шаклан фестонларга ўхшайдиган, пўстчалар билан қопланган қизил доғлар, халқалар кўринишида бўлади. Доғлар устида майда, қизил рангдаги тугунчалар бўлиб, уларнинг юзаси қора кўтир билан қопланади.

Касаллик сурункали кечади, вақти-вақти билан, айниқса ис-
сиқ кунларда қайталаб туради.

Д а в о с и. Қўл-оёқ қафтлари териси кератолитик ва фунгицид
мойлар билан кўчирилади. Бунинг учун 2% ли йод эритмаси,
нитрофунгин, Кастеллани бўёғи, 10% ли салицилат ва 5% ли ол-
тингургурт мойи, 5% ли қорамой, микосептин, микозолон, унде-
цин, цинкундан, амикозол, 1% ли ламизил мойларидан фойдала-
нилади. Давонинг специфик воситаларига фунгистатик хусусият-
га эга бўлган гризеофульвин, гефульвин, низорал антибиотиклари
ва фунгицид хусусиятли ламизил дориси киради. Гризеофульвин
1 ой мобайнида ҳар куни 4—6 таблеткадан (0,125 г дан), кейинги
ойда эса худди шу дозада, лекин кунора ичиш, сўнгра соғлом
тирноқ пластинкалари ўсиб чиққунга қадар худди шу дозада 3
кунда 1 мартадан ичиб туришга буюрилади. Низорал дориси ҳар
куни 1 таблеткадан (200 мг) дан ичилади.

Силлик тери рубромикозини даволашда ламизил ҳар куни 250
мг дан 14 кун давомида ичилади. Агар зарарланиш ўчоғи тир-
ноқларда бўлса (онихомикоз), у холда ламизил ҳар куни 250 мг
дан 6 ҳафтадан 4 ойгача ичилади.

ТРИХОФИТИЯ

Трихофития — дерматомикозлар ичида энг кенг тарқалгани
бўлиб, унинг келиб чиқишига *Trichophyton* туркумига мансуб зам-
буруғлар сабаб бўлади. Касаллик болалар ва катталарда учрай-
ди. Кўпинча бошнинг сочли қисми, тери ва тирноқлар зарарла-
нади.

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси трихофитон турку-
мига кирувчи замбуруғлар бўлиб, улар сочнинг қай тариха зар-
рлашига қараб икки гуруҳга бўлинади. Биринчиси *Trichophyton*
endothrix (*endo* — ичида, *thrix* — лотинча соч) деб аталиб, замбу-
руғ спораси билан мицеллий иплари соч ичида туради. Иккинчи
гуруҳ эса *Trichophyton ectothrix* (*ecto* — ташқи) бўлиб, замбу-
руғлар соч толасининг сиртида паразитлик қилиб яшайди. Гоҳо
замбуруғ спораларининг занжирлари соч кутикуласи (пардаси)
да ҳам бўлади.

Юза ва чуқур ёки маддалаган-инфилтратив трихофи-
тия тафовут қилинади. Юза трихофитияни антропофил *T.*
violaceum, *T. tonsurans* замбуруғлари; чуқур, маддалаган-ин-
филтратив трихофитияни эса зоофил замбуруғлар *T.*
verrucosum, *T. mentographytes*, var. *gypseum* пайдо қилади.

Эпидемиологияси. Юза трихофития кўпинча бе-
мор билан бевосита мулоқотда бўлганда юқади. Шунингдек, бе-
мор ишлатган ҳар хил буюмлар — тароқ, бош кийим ва
бошқалардан ҳам патоген трихофитонлар юқиши мумкин. Ка-
салликка асосан болалар чалинади, улар касалликни йиллаб су-

рункали трихофития билан оғриган катталардан юктириб олади-лар.

Чукур, маддалаган-инфилтратив трихофития эса асосан хайвонлардан (мол, от, чўчка, сичқон, каламуш ва х.к. лардан) юқади. Қасалликнинг бу хилида соғлом одамнинг буюмлари орқали юқиш ҳоллари нисбатан кам учрайди.

Клиникаси. Трихофитиянинг клиник кўриниши ва кечиши касаллик кўзгатувчисининг хусусиятлари, унинг патогенлиги ва макроорганизм ҳолатига боғлиқ.

Юза трихофития. Қасалликнинг бу тури кўпинча 4—15 ёшли болаларда учрайди. Баъзан кўкрак ёшидаги болалар ёки катталарда ҳам кузатилади. Балоғат даврига келиб касалликнинг бу тури ички секреция безлари фаолиятининг ўзгариши туфайли ўз-ўзидан йўқолиб кетади, Айрим ҳолларда одам кексай-гунча чўзилавериши ҳам мумкин. Катталарнинг сурункали трихофитияси деб шунга айтилади.

Юза трихофития куйидаги клиник кўринишда кечади. Бошнинг сочли қисмида катталиги олчадек келадиган талайгина касаллик ўчоқлари вужудга келиб, шу соҳа териси пўст ташлаб, сочлари сийраклашиб қолади. Замбуруғлар билан зарарланган сочлар мўртлашиб, тери дами баробарида синиб тушади ва шу жойлар қора нуқталарга ўхшаб қолади; синган сочлар ўз рангини йўқотиб, хиралашади ва бироз йўғон тортади. Қасаллик ўчогидаги тери пўстлари орасидан илмоққа ўхшаш соч бўлаклари кўриниб туради, худди шу жойларда афтидан соғлом сочлар ҳам ўсади. Юза трихофития болаларда узоқ вақт давом этади. Агар у ўз вақтида даволанмаса баданнинг бошқа тукли қисмига тарқалиб кетиши мумкин.

Силлик терининг юза трихофитияси. Аксарият ҳолларда бошнинг сочли қисми зарарланиши билан бирга кечади, касаллик фақат терида учраши ҳам мумкин. Дастлаб терида четлари сал кўтарилган оч қизил рангли думалоқ яллиғланган доғ вужудга келади. Доғ четларида қизгимтир болишча бўлиб, маркази бирмунча ясси тортиб пўстлар билан қопланиб туради. Кейинчалик доғ четларида тарикдек пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ёрилгач қора кўтир билан қопланади. Доғлар четга томон ўсиб бориб ёки бир-бирига кўшилиб, турли шакллар ҳосил қилиши мумкин (42- расм).

Катталарнинг сурункали трихофитияси. Кўпроқ аёлларда учрайди. Юқорида таъкидлаганимиздек, балоғат даврига келиб марказий нерв системаси ва ички секреция безлари фаолиятининг ўзгариши трихофитонлар учун ноқулай шарт-шароит туғдиради. Шунинг учун кўпинча бу даврда юза трихофития ўз-ўзидан йўқолиб кетиши мумкин. Аммо, ички секреция безлари фаолиятида, хусусан тухумдонларда бирор иллати бор аёлларда касаллик сурункали кечиб, йиллаб чўзилиши мумкин. Қасаллик

кўпинча бошнинг сочли қисми, силлиқ тери ва тирноқларнинг бирга зарарланиши билан кечади. Болдир, билак, тирсак, думба, тизза соҳаларида бир-бирига қўшилишга мойил бўлган, катталиги тангадек, пўст ташлаб турадиган, бинафша рангли доғлар вужудга келади. Оёқ-қўл кафтлари терисининг мугуз қавати қалин тортиб, унда яллиғланиш белгиларисиз, пўст ташлаб турадиган касаллик ўчоқлари вужудга келади.

Бошнинг энса ва чакка соҳаларида сочлар тагидан синиб қора нукталар ҳосил қилади. Шунингдек, шу соҳаларда бироз пўст ташлаб турган кичикроқ зарарланиш ўчоқлари, яъни комедонларни кузатиш мумкин. Бундан ташқари, терида сочсиз атрофияга учраган жойлар ҳам бўлади. Қасаллик узок кечади, бундай ҳоларда катта ёшдаги беморлар болалар учун касаллик манбаи бўлиб қолишлари мумкин.

Ма д д а л а н г а н-инфилтратив ёки чуқур трихофития. Қасаллик асосан ҳайвонлардан юқади. Болаларда кўпроқ бошнинг сочли қисми, катталарда эса соқол-мўйловлар зарарланади. Агар зарарланган соч микроскоп остида қўрилса, занжирчалар қўринишидаги споралар сочни ғилофдек ўраб турганлигини кўриш мумкин.

К л и н и к а с и. Қасаллик ўчоқлари кескин қизариб, шишади. Бошнинг сочли қисмида ўсмасимон тузилмалар пайдо бўлиб, уларни ушлаб қўрилганда қўлга ҳамирдек юмшоқ уннайди, бу ўчоқлар йирингли яллиғланган соч фолликулаларидан иборат бўлади (43- расм). Асалари уясига ўхшаб кетадиган бу ўчоқлардан моғор ҳиди келиб туради ва қўл билан босилганда фолликула тешиқларидан йиринг томчиси чиқади (Kerion Celci номи билан ҳам юритилади). Ўчоқларда соч таг-туғи билан йиринглаб кетганлиги учун ҳам сочлар тўкилиб кетади.

Юқорида таъкидлаганимиздек, касалликнинг бу тури яллиғданиш аломатлари билан кечади. Беморнинг харорати кўтарилиб, боши оғрийди, шунингдек бўйин ва энса соҳасидаги лимфа тугунлари шишади, кўнгли айнайди, қусади, лоҳаслик кузатилади. Айрим беморларнинг оёқ-қўл ва бадан терисида лихеноид табиатига эга, аллергик тошмалар — трихофитидлар пайдо бўлади. Бунга замбуруғ захарларининг қон ва лимфага ўтиши сабаб бўлади. Орадан 2—3 ой ўтганидан кейин касаллик ўз ўзидан тузалиб, касаллик ўчоқлари ўрнида чандиқлар қолиши мумкин. Қасалликнинг маддаланган-инфилтратив хилида силлиқ терининг зарарланган жойи думалоқ бўлиб, қизаринқираб туради, юзаси фолликуляр пустиула ва айрим жойлари қорақўтир пўст билан қопланган бўлади.

Тирноқлар трихофитияси. Нисбатан камроқ учрайди. Бу касаллик бошнинг сочли қисми ёки силлиқ теридан замбуруғларнинг тирноққа ўтиши натижасида вужудга келади. Аксарият қўл бармоқларининг тирноқлари зарарланади. Касал-

лик жараёни тирноқ пластинкасининг эркин четидан бошланиб, шу жойда аста-секин хира доғ пайдо бўлади; камгак тирноққа, замбуруғ ўсиб кириши натижасида тирноқ пластинкаси қалин тортиб, хира бўлиб қолади. Кейинчалик тирноқ увалана бошлайди ва тирноқ пластинкасининг юза қатламлари остида камгаклар ҳосил бўлади. Тирноқлар трихофитияси узок вақт давом этади.

Даво с.и. Касалликнинг барча хилида ҳам гризеофульвин антибиотикини қўллаш мумкин. Гризеофульвиннинг кундалик микдори беморнинг вазнига қараб белгиланади, одатда 15 мг/кг ҳисобида берилади. Уни овқат вақтида бир чой қошиқ балик мойи ёки ўсимлик ёғи билан ичилади. Даво 1—1,5 ой ва ундан ҳам кўпроқ давом этиши мумкин. Гризеофульвин 0,125 г дозали таблеткада чиқарилади, уни қабул қилишнинг 2 хил схемаси мавжуд: биринчи схема бўйича таблеткалар 15—20 кун мунтазам ичилади, кейин эса икки кун оралатиб, худди шу тартиб, бемор то тузалиб кетгунча давом эттирилади. Иккинчи схемада — таблетка даволаш бошлангандан то бемор тузалгунга қадар кунора ичилади. Дори қабул қилинганида баъзан бош оғриғи, диспептик ўзгаришлар, лейкопения, эозинофилия, аллергик дерматит каби нохуш ҳолатлар ҳам кузатилади. Шу боис порфирия ҳамда ўткир жигар касалликлари, ҳомиладорлик, лейкопения, хавфли ўсмаларда гризеофульвин қўлланилмайди. Кейинги йилларда низорал, ламизил каби дорилар ҳам ишлатилмоқда. Трихофитияни даволашда ламизил энг афзал восита, уни ҳар куни 250 мг дан 14 кун давомида ичиш ёки малҳамини суртиш тавсия этилади.

Силлик тери трихофитиясида касаллик ўчоқларига 5% ли йод эритмаси суртилади, 7—10, баъзан ундан кўпроқ кун давомида Вилькинсон малҳами, 10—15% ли отлингугурт ёки қорамой малҳами қўйилади.

Катталарнинг сурункали трихофитиясида эса юқорида айтилганлардан ташқари, организмнинг умумий қувватини оширадиган биостимуляторлар, витаминлар, аутогемотерапия тавсия этилади.

Маддаланган-инфилтратив трихофитияда эса дастлаб мойли бойламлар қўйиб, қора қўтир пўстлар туширилади, сўнгра 5—10% ли ихтиол, 0,25—0,5% ли кумуш нитрат эритмаси қўлланилади; Буров суюқлиги, 1:5000 нисбатдаги сулема ҳамда этакридин лактат эритмаси ва бошқалар билан ҳўл — қуритувчи боғламлар қўйилади. Бундан сўнг қўлда эпиляция қилиш анча осон бўлади. Агар флюктуация жуда ҳам ривожланган бўлса, ўчоқларни стерил ҳолда ёриб тозаланади. Ўткир яллиғланишдан сўнг эса Вилькинсон малҳами ишлатилади. Маҳаллий даво сифатида ламизилнинг 1% ли кремини 14 кун давомида суртиш юқори самара беради.

Тирноқлар трихофитиясини даволаш тирноқнинг бошқа микозларини даволашдан деярли фарқ қилмайди.

Профилактикаси. Қасаллиги аниқланган бемор бошқалардан ажратиб қўйилади, унинг уст кийимлари, чойшаб ва кўрпалари зарарсизлантирилади. Ички кийим ва ёстик жилдлари олдин қайнатилиб, сўнг ювилади. Бемор турган уйнинг поли дастлаб 5% ли хлорамин ёки лизол эритмаси билан, сўнг қайнок сув билан ювилади. Трихофитиядан тузалган болада 3 ҳафтагача касаллик белгилари топилмай, микологик текшириш натижалари 3 мартагача манфий бўлгандагина унга боғчага рухсат этилади. Шунингдек болалар муассасасидаги барча ходимлар мунтазам равишда режали тиббий кўрикдан ўтказилиб турилади.

Қасаллик ўз вақтида аниқланиши лозим. Қасал бола оиласидагилар ҳамда унинг атрофидаги барча болалар текширишдан ўтказилади. Чуқур маддаланган трихофития топилгудек бўлса, касаллик манбаи бўлган жойдаги ҳайвонларни ҳам текширилади.

МИКРОСПОРИЯ

Микроспорияга — *Microsporum* туркумига кирувчи ипсимон замбуруғлар сабаб бўлади. Иккита асосий тури: одамдан юқадиган (антропофил) *Microsporum ferrugineum* (зангсимон микроспорум) ва мушук, гоҳо итлардан юқадиган (зооантропофил) *M. lanosum*, *M. canis* (тукли микроспорум; мушук микроспоруми) тафовут қилинади.

Микроспориялар силлик тери ҳамда сочларни зарарлайди. Қасаллик юза жойлашиш хусусиятига эга, чуқур формаси кам учрайди.

Микроспория билан кўпроқ мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар касалланади. Катталарда асосан силлик тери микроспорияси учрайди. Жинсий етилиш даврига келиб микроспория одатда ўтиб кетади.

Зооантропофил микроспориясининг клиникаси. Бошнинг сочли қисмида диаметри 3—4 см келадиган 2—3 йриқ ва бир нечта майда касаллик ўчоқлари пайдо бўлади. Йирик ўчоқлар думалок бўлиб, кескин ажралиб туради (штампланган ўчоқлар) ва асбестсимон юпқа тангачалар билан қопланади, яллиғланиш белгилари деярли кузатилмайди. Қасаллик ўчоғидаги сочлар бир хил узунликда бўлиб, тери дамидан 3—5 мм тепадан синиб кетади; соч синиқлари кулранг оқиш муфта билан ўралиб туради. Қасаллик ўчоғида соғлом сочлар кам бўлади, баъзан қора кўтир вужудга келади. Қамдан-кам ҳолларда яллиғланиш зўрайиб, тери қизаради, фолликулитлар пайдо бўлиб, касаллик манзараси йирингли трихофитияга (*Keiron Celci*) ўхшаб кетади. Бошнинг сочли қисми люминесцент лампа ёрдамида текширилганда микроспорум билан зарарланган сочлар

яшил бўлиб товланади. Бу муҳим диагностик аҳамиятга эга бўлиб, болалар масканлари ҳамда жамоаларни профилактик кўриқдан ўтказишда кенг қўлланилади.

Силлиқ тери микроспориясида — юз, лунж, қўлнинг силлиқ териси, бадан ва оёқларда кескин ажралиб турадиган қизғиш, думалок, яллиғланиш доғлари бўлиб, улар кепаксимон тангачалар билан қопланади, маркази бироз очроқ рангдаги халқа шаклига ўхшаш бўлади, чети эса кўтарилиб пуфакчалар билан қопланиб туради, бу манзара силлиқ тери трихофитиясига жуда ўхшайди.

Зангсимон микроспорум (*Microsporum ferrugineum*) туфайли келиб чиқадиган микроспория юқорида келтирилган клиник манзарадан бир оз фарқ қилади. Бунда — бошнинг сочли қисмида бир талай майда ўчоқлар бўлиб, юза трихофитияга ўхшайди. Қасаллик ўчоғида синган сочлар билан бир қаторда талайгина соғлом сочлар сақланиб қолади. Зарарланган сочлар тери дамидан 5—8 мм юқоридан синиб тушади. Соч синиқлари споралардан иборат гилоф билан қопланган бўлади. Қасаллик ўчоқларининг шакли нотўғри, улар бир-бирига қўшилиб кетишга мойил бўлиб, тарқалиб боради ва бошнинг сочли қисмидан кўпинча соч четларидаги силлиқ терига ўтади (44-расм). Тери пушти рангда бўлиб, пўст ва тангачалар билан қопланади. Қасаллик ўта юқумли.

Силлиқ терининг зарарланиши доиралар кўринишидаги ўчоқлар пайдо бўлиши билан ифодаланади, бир доира ичида янги доғ пайдо бўлиб, кейин у ҳам доирага айланиб қолади (ирис формаси). Микроскоп остида кўрилганда соч худди гилофга ўхшаб замбуруғ споралари билан ўралган бўлади, улар тарқоқ ҳолда жойлашади. Тери пўстчаларида замбуруғ мицелийларини, баъзан сегментларга бўлинган ҳолда кўриш мумкин.

Давоси. Талайгина патологик ўчоқлари (3 тадан ортиқ) бўлган ёки бошнинг сочли қисми зарарланган беморлар қасалхонада даволанишлари зарур. Беморнинг ҳар кг вазнига 22 мг дан гризеофульвин тавсия этилади ва шу миқдор текширув натижалари манфий бўлгунга қадар (лаборатория текширувлари ҳар кун ўтказилади) давом эттирилади. Сўнгра гризеофульвин бир ҳафта давомида кунора ва кейинчалик эса ҳафтада икки марта ба ичилади. Қасаллик аломатлари йўқолиб, лаборатория текширувидан учта манфий натижа олингач (ҳар 5—7 кун ичида) гризеофульвинни ичиш тўхтатилади.

ФАВУС

Фавусга *Achorion Schonleini* (Шенлейн ахориони) замбуруғи сабаб бўлади, асосан бошнинг сочли қисми, силлиқ тери ва тирноқлар зарарланади. Қасаллик бевосита касал кишилардан ёки

улар тутган буюмлари (бош кийим, тароқ ва бошқалар) орқали юқади. Ҳайвонларни бу замбуруғ зарарламайди. Фавуснинг юқишида организмнинг умумий ахволи катта аҳамиятга эга. Ясли ва мактабгача ёшдаги болалар, мадорни қуритадиган сурункали касалликлар билан оғриган кишилар бу касалликка кўпроқ мойил бўладилар. Фавус трихофития ва микроспорияга қараганда кам юқумли.

Замбуруғ билан зарарланган соч микроскоп остида кўрилганда унинг ичида мицелийнинг кўндаланг тўсиқлар билан сегментларга бўлинган иплари кўриниб туради, соч танасида ҳаво пуфакчалари ва нақшдор шаклдаги кичикроқ споралар тўплами жойлашади.

Клиникаси. Бошнинг сочли қисмидаги фавуснинг клиник манзараси ўзига хос бўлиб, фавус қалқончалари ёки скутулалари ва ундан кейин қолган чандиқлар (атрофияланган жойлар) ҳамда зарарланган сочлар бўлади.

Фавус скутуласи бошнинг сочли қисмига тушганидан кейин соч ҳалтачаси оғзи (фолликул)да кўпайиб, ликопчасимон сариқ рангли қуруқ қора қўтир пўст ҳосил қилади. Скутула марказидан соч чиқиб туради. Аввалига скутула тўғноғич бошидек, кейинчалик катталашиб диаметри 1,5 см га етади бундан ҳам ортади. Скутула олиб ташлангандан кейин унинг ўрнида ботиқ оч пушти рангли юза қолади. Скутула узоқ вақт турадиган бўлса, унинг атрофида атрофик чандиқ пайдо бўлиб, бу жойда соч ўсмайди.

Скутулалар кўпинча тўп-тўп бўлиб жойлашади, улардан қўланса хид келиб туради. Скутулалар аста-секин қуриб уваланади ва тўзғиб сочларни қоплаб олади. Замбуруғ зарарлаган сочлар одатдаги рангини, пигменти, шунингдек майинлиги ва жилвасини йўқотиб, хира, мўрт бўлиб қолади; тери сатҳидан юзада синади. Сочлардан ҳам қўланса хид келиб туради.

Фавусга ўз вақтида даво қилинмайдиган бўлса, касаллик йиллаб давом этиши мумкин. Атрофик чандиқли жойдаги сочлар нобуд бўлиб, бошқа чиқмайди. Фавус бош сочли қисмининг ҳамма ёғини зарарлаши мумкин, фақат четларидагина жиякка ўхшаб ўсадиган сочлар сақланиб қолади.

Кўпинча фавуснинг атипик хили кузатилади. Фавуснинг импетигоноз хилида сочлар бир-бирига ёпишиб қолиб, импетиголи қора қўтир билан қопланади. Қора қўтир олиб ташлангандан кейин, атрофияга учраб ўзгариб қолган тери кўриниб туради. Қасалликнинг узоқ давом этиши, ўткир яллиғланиш аломатларининг бўлмаслиги ва чандиқланиб атрофияланган жойлар борлиги фавусни аниқлаб олиш имконини беради.

Фавуснинг сквамоз хили бир талай пўст ажралиб туриши, оқиш сарғимтир тангачаларнинг устма-уст қалашиб туриши билан ифодаланади; гўё чанг босган ва «зафарон» бўлиб кўри-

надиган кулранг сочлар билан бир қаторда чандиқланиб, атрофияга учраган жойларнинг бўлиши, касалликка тўғри диагноз қўйиш имконини беради.

Фавусда силлик терининг зарарланиши, бирмунча кам учрайди, бунда силлик терида катталиги ясмиқдек келадиган думалоқ шаклли, кепаксимон пўстчадар билан қопланган қизғиш-пушти доғлар ёки ликопсимон типик сарик скутулалар пайдо бўлади.

Қўл ва оёқ тирноқлари фавуси иккиламчи тартибда вужудга келади. Лекин баъзан бармоқ терисиди ўзгаришлар бўлмаса ҳам, тирноқлар зарарланиши мумкин. Тирноқлар платинкасининг бағрида катталиги тўғноғич бошидек келадиган доғлар пайдо бўлади, кейинчалик тирноқ пластинкаси тагида шохсимон модда тўпланиб, тирноқ қалин тортади, уваланувчан, хира бўлиб қолади ва кулранг қўнғир тусга киради.

Диагнози. Қасаллик диагнози унинг клиник манзараси, шунингдек соч ва пўстларни микроскопда текшириш натижаларига қараб қўйилади.

Давоси. Трихофитияни даволашда ишлатиладиган доридармонлар қўлланилади.

КАНДИДОЗ (CANDIDOSIS)

Кандидозга *Candida* туркумига кирувчи ачитқисимон замбуруғлар сабаб бўлади. Бунда тери, шиллик қаватлар, тирноқ ва ички аъзолар зарарланади.

Этиологияси ва патогенези. Бу туркумга кирувчи замбуруғлар шартли патоген бўлиб, соғлом кишилар организмиди ҳамма вақт сапрофит ҳолда яшайди, лекин бу замбуруғларнинг патоген хусусияти ошишида макроорганизм ҳолатининг роли катта. Одам иммунитетини пасайтирувчи касалликларди кандидозлар тез ривожланади. Меъда-ичак хасталиклари, моддалар алмашинуви (қандли диабет) ҳамди витаминлар мувозанатининг бузилиши, лейкоз, шунингдек антибиотик ва стероидлар билан тартибсиз даволаниш замбуруғлар фаолиятини ошириб, касаллик вужудга келишига олиб келади.

Клиникаси. Қасалликнинг клиник кечишига қараб юза (шиллик қават ва тери кандидози, кандидозли онихия ва паранихиялар) ва системали (висцерал) шакллари тафовут қилинади. Шу билан бирга сурункали генерализацияланган (гранулематоз) болалар кандидози ҳам алоҳида ажратилади.

Йирик бурмалар кандидози (интертригинозли кандидоз) болалар (чов ва думба орасидаги бурмаларди) ва катталарди (қўлтиқ ва кўкрак беи остида, семизларди чов соҳасида) учрайди. Бу жойларди юза намланиб ялтираб турадиган, тўқ

кизил рангли, аниқ чегараланган, усти оқиш гард билан қопланган эрозиялар пайдо бўлади. Ўчоқлар атрофида эпидермис колдикларидан иборат хошия ва асосий ўчоққа ўхшаган майда жойлар кўзга ташланади.

Бармоқлар орасидаги кандидозли эрозия — кўпроқ касбга оид бўлиб, қандалатчилар, идиш-товоқ ювувчилар ва бошқаларда учрайди. Патологик жараён 3- ва 4-бармоқлар орасида жойлашиб, тўқ қизил рангли, аниқ чегараланган ва ўртасида сероз суюқлик бўлган эрозия борлиги билан ифодаланади (45- расм).

Кандидозли паронихия. Тирноқ болишида инфилтрат, шиш, гиперемия ва тирноқ усти пўстлоғининг тушиб кетиши билан кечади, бунда тирноқ хира, мўрт бўлиб қолади, четлари қайрилиб, гадир-будур, кўндаланг эгатчаларга эга ва турли хил қалинликда бўлади; ўрnidан кўчади, тирноқ билан эт орасига йиринг йиғилади; тирноқ босилса, атрофидан йиринг чиқади.

Оғиз бурчаклари кандидози асосан кексаларда учрайди. Оғиз бурчакларида чуқур бурмалар ва мацерация бўлиши кандидозлар ривожланиши учун қулай шароит туғдиради. Оғиз бурчагидаги тери мацерацияланган, нам ва салга кўчадиган оқиш гард билан қопланган бўлиб, у олиб ташланса эрозияланган юза кузатилади. Патологик жараён симметрик бўлиб, баъзан у лабларнинг қизил хошиясига ўтиши мумкин; бемор оғзини очганда оғрийди. Кандидозли жараённи стрептококкли эрозия, сифилитик папула ва шанкрлардан фарқлаш керак.

Оғиз оқариши. Асосан янги туғилган чақалоқларда учрайди. Тил, юмшоқ танглай, милк, лунж шиллик қаватлари қизариб (гиперемия) оқ гард билан қопланади: гардлар бир-бири билан қўшилиб яхлит парда вужудга келади, вақт ўтиши билан у шиллик қаватга шунчалик зич ёпишадики, уни кўчириб олиш анча мушкул бўлиб қолади. Шиллик қаватлар зарарланиши оқибатида кандидозли стоматит, глоссит ва ангинанинг клиник кечishi кузатилади.

Сурункали генерализацияланган (гранулёматоз) болалар кандидози кўпинча ёшлигида оғиз бўшлиги шиллик қавати кандидози билан оғриганларда кузатилади. Юз (бурун, лунж, пешона), бошнинг сочли қисми, бадан, оёқ ва қўлларда гиперемияли, инфилтратли ва пўст ташлаётган доғлар ҳосил бўлади. Бу доғлар жимжимадор чегарали гранулёматоз ўчоқларга айланади. Агар пўст олиб ташланса вегетация ва гиперкератоз кузатилади. Патологик жараён босилинқирагандан сўнг силлик терида атрофияли чандик, бошнинг сочли қисмида эса кал жойлар бўлади. Шу билан бирга бундай беморларда шиллик қаватлар (кандидозли стоматит, глоссит, ангина)нинг

зарарланиши, кандидозли паронихия, тери ва ички аъзолар кандидозли ривожланади.

Давоси. Умумий даво воситалардан нистатин (суткасига 6 млн), леворин (суткасига 4 млн бирлик), амфотерицин В, дифлюкан, ламизил (250 мг дан 14 кун давомида) ва бошқа антифунган дори-дармонлар тавсия этилади.

Маҳаллий даво учун анилин бўёқлари (генциан виолет, фукорцин, 5—10% ли бура эритмаси), клотримазол, леворин ва ламизил малхамлари қўлланилади. Шу билан бирга йўлдош касалликларни даволашда юқори дозада витаминлар (В гуруҳ витаминлари) буюриш мақсадга мувофиқдир.

ЧУҚУР МИКОЗЛАР

Актиноминоз. Қўзғатувчиси анаэроб ва аэроб актиномицетлар бўлиб, улар нафас йўли, ичак шиллик қаватлари орқали организмга киради ва кўпинча чуқур тўқима ва аъзолардан терига ўтади.

Клиникаси. Касаллик геподермада қаттиқ инфилтратив пиллакчалар ва тугунлар (гумма) пайдо бўлиши (гуммоз инфилтратив шакли) билан бошланади. Сўнгра жараён тери ости ёғ қаватига ўтиб, бу ерда катта зич тугунлар вужудга келади; кейинчалик тугунлар юмшаб, ёрилади ва тешик яралар ҳосил бўлади, шу яралардан сарғиш, нохуш ҳидли йиринг чиқиб туради. Йирингда майда-майда доналар, яъни актиномицет друзаларнинг колонияси топилади. Катта тугунлар емирилганда вегетацияли, некротик массали, четлари юмшоқ яралар пайдо бўлади (ярал шакли) ва яралар кўприксимон, тери ости ёғ қаватига бириккан чандиқлар ҳосил қилиб битади. Баъзан касалликнинг некроз ва яра ҳосил бўлиши билан кечадиган дўмбоқчали пустулёз шакли ҳам учрайди. Диагнози гистологик текшириш натижалари ва қўзғатувчисининг топилишига қараб қўйилади.

Давоси. Актинолизат (патоген аэроб актиномицетлар ундирмасининг филтрати) ва антибиотиклар тавсия этилади.

Хромомикоз. Қўзғатувчиси *Homodendron pedrosoi*. Улар тупроқ ва ўсимликларда учрайди ва шикастланган терига тушиб касаллик келтириб чиқаради. Инкубацион давр тахминан 1—1,5 ойни ташкил этади.

Клиникаси. Кўпинча оёқда қизғиш, қаттиқ консистенцияли, аҳён-аҳёнда қичишадиган тугунча ва дўмбоқчалар тошади, улар бир-бири билан қўшилиб катта инфилтратларни ҳосил қилади. Патологик жараён кўкиш болишча билан ўралган, устида вегетация, яра ва пўстлоқлар бўлиши билан кечади.

Давоси. Ичишга йод препаратлари. Д₂ витамини, В амфотерицин инъекцияда, маҳаллий даво сифатида диатермокоагуляция ҳамда жароҳлик усули тавсия этилади.

ТЕРИНИНГ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ

Паразитлар кўзгатадиган касалликлар дерматозоонозлар дейилади. Паразитларга каналар (қўтир канаси, каптарлар ва товуклар канаси), битлар, бургалар, тахта канаси ва бошқалар кирради. Улар озикланиш мақсадида одамни чақади, айниқса қўтир канаси бемор терисининг мугуз каватида ойлаб яшайди. Бошқа паразитлар (битлар) чаққанида улар сулаги терини таъсирлаб, маҳаллий ёки умумий аллергия реакция кўзгатади. Ҳашаротлар ҳадеб чакаверадиган бўлса, одам терисида шиш, каварчик пайдо бўлади, ҳарорат кўтарилиб, киши қаттиқ кичинади.

Тери касалликлари мутахассиси амалиётида қўтир ва битлиқлик (битлаш) каби касалликлар муҳим ўрин тутди. Уларнинг кўзгатувчилари бемордан соғ одамга тўғридан-тўғри, ҳатто қўл бериб кўришганда, озодаликка риоя қилмаганда (ич кийимлар ва ўрин-кўрпаларни ўз вақтида алмаштирмаслик, бировникини ишлатиш, вақтида ювинмаслик) юқиб қолади.

Эпидемиология нуқтаи назаридан қараганда бу касалликларнинг кўпайиб кетиши халқларнинг турмуш шароити ва маданиятига бевосита боғлиқ.

Қўтир билан баъзан, айрим уй ҳайвонлари, жумладан, мушук, ит, сигир, чўчка, от, товук ва бошқалар ҳам касалланиши мумкин.

Одамларнинг моддий фаровонлиги ўсиб бориши, санитария соҳасидаги юксалиш ҳамда тиббиёт ходимларининг диспансер ва профилактика ишларини намунали олиб бориши туфайли қўтир ва битлиқлик каби паразитар касалликлар кескин камайиб бормоқда.

ҚЎТИР (SCABIES)

Қўтир одам ва ҳайвонларнинг юқумли касаллиги. Қасалликни кўтир каналари *Sarcoptes scabiei* кўзгатади.

Қўтир касаллиги одам терисининг, айниқса кечаси қаттиқ кичиши билан ифодаланади. Бу касаллик инсониятга қадимдан маълум бўлиб «кичима» деб юритилган. Бундан тахминан 4000 йил аввал Хитойда, қадимги Мисрда, Вавилон ҳамда Ассирияда қўтир касаллиги одамларга маълум эди. Римда Цельс қўтир касаллигига «Скобиес» деб ном берган, бу ҳозирга қадар тиббиёт амалиётида қўлланиб келинмоқда.

Абу Али ибн Сино «Тиб қонуни» китобида бошқа касалликлар қаторида қўтир касаллиги ҳақида ҳам маълумот бериб ўтган. Қатор олимлар (Авензоара, Гильдегорд XII аср, Гале, 1812 й.) ўз асарларида қўтир касаллиги билан оғриган бемор терисида қандайдир майда тирик паразит жониворлар бўлишини ёзиб қолдирганлар.

1834 йилда Корсикалик талаба Ринуччи кўтир касаллигининг юкумли эканлиги ва уни кана қўзғатишини аниқ маълумотлар билан исбот этди. Шу даврдан бошлаб унга қарши даво ва профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқиладиган бўшланди.

Этиологияси ва патогенези. Қасаллик қўзғатувчиси, яъни кўтир канаси ташки қўриниши жихатдан тошбақага ўхшайди. Урғочиси эркагидан бирмунча йирикроқ бўлади. Танаси сербар тухумсимон, бурмали, учбурчак тангачалар билан қопланган, оғиз аппарати чангалсимон, кемиришга мослашган. Бундай ривожланган оғиз аппарати орқали улар хўжасининг терисини тешиб, тўкима, қон, лимфа ва бошқа суюқликлар билан озиқланади. Олди ва орқасида 2 жуфтдан бўғимларга бўлинган қисқа оёқлари бор. Оталанган урғочи кана эпидермиснинг юза қатламларига кириб ҳар хил йўллار очади ва шу жойларга тухум қўяди; эркаги эса ҳалок бўлади. Урғочи каналарнинг ҳаракати чакқон бўлиб, бир кунда 0,5—5 мм эгри-бугри коваклар (кана йўллари) ҳосил қилади. Каналар ривожланиб 3—7 hafta давомида жинсий вояга етади. Битта урғочи канадан чиққан тухумдан 3 ой мобайнида 130—150 млн кана пайдо бўлиши ҳисоблаб чиқилган. Одамга юққанидан сўнг тез кўпайиб кетишига сабаб ҳам шу.

Каналар, одатда одам организмидан ташқарида бир ҳафтагача яшаши мумкин. Қўзғатувчилар одамга бемордан ёки унинг буюмлари орқали ўтади. Шунингдек, бир ўринда ётганда, баъзан жинсий мулоқотда бўлганда ҳам юкиб қолади. Шунинг учун кўтир касаллиги жинсий йўл билан юқадиган касалликлар қаторига киритилган.

Касалликнинг яширин (инкубацион) даври 7—10 кундан 20—30 кунгача боради.

Клиникаси. Одам терисига тушган кўтир канаси зудлик билан тери ичига ковлаб кириб олиб, эпидермис бўйлаб тешишда давом этади, ковак йўлчалар ҳосил қилади (46-расм). Шу жойларда майда пуфаклар пайдо бўлади. Касалликнинг асосий белгиси терининг қичишидир. Кўпинча кана қовлаган ковакнинг бошланиш қисми, яъни кирган жойи очик қолади, худди ана шу ерда катталиги 1—2 мм келадиган ичида сероз суюқлиги бор оқимтир пуфакчалар пайдо бўлади. Тўғунча ва пуфакчали майда тошмалар бир қизиқ бўйлаб жойлашишга мойил бўлади, қашлайвериш оқибатида ўрнида нуқта-нуқта қорамтир йўллари ҳосил қилади. Тошмалар бармоқлар орасидаги бурмалар, кафтнинг ён томонида, кейинчалик бутун баданга (эркакларда таносил аъзоларга, аёлларда сут бези сўргичи атрофида) тошади. Баъзан қўл тирсақларининг ташки қисмида майда нуқтали қора кўтирлар ва тангачаларни (Горчаков — Арди симптоми) учратиш мумкин. Бемор ҳадеб қашинавериши натижасида кўтир бадан терисининг бир жойидан иккинчи жойига ўтади. Тошмалар каттик қичишади



ва бу ҳолат, айниқса кечаси ва иссиқда кучаяди. Беморнинг териси лупа орқали кўздан кечирилганда, кана йўлининг бошланиши, қорамтир нуқтали чизиқлар (ковакчалар), майда пуфакчаларнинг теридан салгина бўртиб турганлигини кўриш мумкин, худди ана шу пуфакчалар ичида каналар бўлади. Қорамтир нуқталар — урғочи кана тўхтаб, тухум қўйган ковакчаларнинг тепа тешикларидир. Қашинавериш натижасида терининг нормал тuzилиши ўзгариб, терида тирналган, шилинган жойлар, қоракўтир пўстларни кузатиш мумкин; кўпинча кичинганда терининг тирналган жойларига инфекция тушиши натижасида йирингли тери касалликлари: фолликулит, фурункул, импетиго, эктима ва бошқалар ривожланиши ҳам мумкин, бунда касалликнинг диагнози мураккаблашади. Қўтир касаллиги узоқ чўзилиб кетганида ёки бемор мунтазам даволанмаганида терининг бошқа касалликлари — дерматит, экзема пайдо бўлиши мумкин. Касаллик шу тариқа асоратланадиган бўлса, бемор қонида эозинофилия кузатилади.

Ёш болаларда касалликнинг белгилари ҳийла бошқачароқ кечади. Аксарият тоvon, кафтнинг ички соҳаси, сон оралиги ва думба зарарланади. Ҳосил бўлган пуфакчалар тез йиринглаб жараён оғирлашиши мумкин.

Тез-тез ювинадиган одамларда касаллик билинар-билинмас кечади. Тошмалар ёки кана йўллари унчалик сезилмаса-да, аммо беморнинг териси қаттиқ қичийди. Бу ҳолат чала даволанган беморларда ҳам кузатилади. Аммо беморнинг бутун бадан териси обдон кўздан кечирилганда, жуфт-жуфт жойлашган тугунча ва пуфакчалар, қаварчиқлар, тирналган жойлар ҳамда битта-иккита кана йўллари топилади.

Агар касаллик жинсий мулоқот тўфайли юкадиган бўлса, тошмалар ков атрофи, киндик ва қорин соҳасида бўлади. Жинсий аъзолар зарарланиб, тугунча ва пуфакчалар тошади ва улар йиринглаб кетишга мойил бўлади. Баъзан касалликнинг клиник манзараси захмга ўхшаб кетади.

Гистопатологияси. Кана йўллари терининг мугуз қаватида жойлашади, ковакларнинг энг чуқур жойи тикансимон, базал қаватга етиши мумкин. Худди шу ковакларда урғочи кана ва унинг тухумлари жойлашади. Мальпиги қаватида ҳужайраларо ва ҳужайралар шиши ва улар ҳисобига пуфакча пайдо бўлади. Терининг дерма қисмида асосан лимфоцитлардан иборат

сурункали инфилтрат кўринади. Бундай инфилтратлар кана йўллари тагида жойлашади.

Ди агнози. Асосан беморнинг шикоятига эътибор берилади. Қўтирни баъзан қичима билан адаштирилади, чунки бу касалликда ҳам тери қаттиқ қичишади. Аммо касаллик йиллаб давом этади, тери қичиши беморни туну-кун безовта қилади. Беморнинг лимфа тугунлари шишади (пруригиноз шиши), тери ранги саргимтир бўлиб, тугунчалар қонли қора қўтир билан қопланади ва қўл-оёқларнинг букиладиган соҳасида жойлашади.

Шу билан бирга қўтир касаллигини микроб экзема, чин экзема билан таққосланади. Лекин қўтир касаллигига тугунча ва пуфакчали тошмаларнинг жуфт-жуфт бўлиб жойлашиши, кана йўллари борлиги, қичишнинг айнан кечаси авж олиши, бир вақтда оила аъзоларидан бир неча кишининг касалланиши, Горчаков-Арди симптомининг мусбат бўлиши қўтирни бошқа касалликлардан фарқлашда муҳим роль ўйнайди. Беморларнинг терисида кўпинча пигментли доғлар, импетиго элементларининг изи қолади. Баъзан беморнинг думғаза соҳасида тошмалар, думбанинги ёрғоқ соҳаси томон йўналган «учбурчак белгиси» хосил қилади.

Айниқса беморнинг терисидаги тошмалардан (пуфакчалардан) лабораторияда топилган кана диагноз тўғри қўйилганлигини исботлайди.

Давоси. Қўтирни даволашда терининг мугуз қаватини кўчириб, кана йўлларига кириб борадиган ҳамда тўғридан-тўғри канани ўлдирадиган препаратлардан фойдаланилади. Айниқса профессор М. П. Демьянович усули жуда қулай бўлиб, бунда бемор ўзининг асосий ишидан қолмайди, кийимлари офлосланмайди.

Бу усул бўйича касалликка даво қилишда икки хил дори эритмаси, яъни 60% ли натрий тиосульфат ҳамда 6% ли хлорид кислота эритмаси буюрилади. Бемор натрий тиосульфат (№ 1) эритмасини биронта идишга қуяди ва иккала кафтини дорига ботириб, бўйнидан то товонигача ишқалаш йўли билан 1/2—5 минутда суртиб чиқади ва 5—10 минут дам олади. Қисқа вақт ичида 1-эритманинги суяқ қисми учиб кетади, бемор баданида эса тиосульфат кристаллари қолади ва у худди упа селгандек оқариб кетади. Кейин хлорид кислота (№ 2) эритмаси ҳам худди шу йўсинда суртилади, муолажа тугагач бемор баданини қуришиб, тоза кийим кияди ҳамда ўрин-кўрпа гилофларини алмаштиради. Икки кун худди шу зайлда даво қайталади; ювинишига икки кундан сўнг рухсат берилади. Мабодо бир даволаш курси билан қўтир йўқолмаса, даво курси қайтарилади. Болаларга 1-номерли эритманинги 40% ли, 2-номерли эритманинги эса 4% лиси ишлатилади.

Қўтир касаллигини даволашда Вилькинсон мази ҳам кенг қўлланилади, у дорихоналарда тайёр ҳолда сотилади (15% олтингурут, 10% бўр, 30% яшил совун, 30% вазелин, 15% катрон).

Вилькинсон малҳами юз ва бош қисмидан ташқари бутун баданга кунига бир мартадан 5 кун мобайнида суртилади ва 6-кун бе-мор яхшилаб ювиниб, кийим ва ўрин-кўрпасини алмаштиради. Буйрак хасталиги бор беморларга бу усул қўлланилмайди, акс ҳолда тери орқали сўрилиб ёмон асоратларга (нефропатия) олиб келиши мумкин. Ёш болаларга Вилькинсон малҳами рух пастаси билан тенгма-тенг аралаштириб ишлатилади.

Олтингургуртнинг 20—33% ли малҳами, болаларга 5—10% ли си 5—6 кун мобайнида худди юкоридагидек тартибда ишлатилади. Бироқ малҳамлар баъзан одам терисини таъсирлаши ва до-ридан дерматит пайдо қилиши, шунингдек ўзидан қўланса хид чиқариши, ҳамда кийим, ўрин-кўрпада доғ қолдириши каби ил-латлардан холи эмас.

Кўтирга қарши дори ишлатишдан олдин, бемор яхшилаб юви-ниши лозим, чунки механик йўл билан тери юзасидаги каналар тушиб кетади. Мабодо иккиламчи микроблар тушиб жараён йиринглашган ёки экземалашган бўлса, чўмилиш тавсия этил-майди. Шу билан биргаликда даво олиб борилаётган пайтда ҳам чўмилиш ярамайди. Антипаразитар моддалар, айниқса бурмали соҳаларга сингдириб суртилади, аммо йиринглашган, импетиго-лашган жойларга эҳтиётлик билан суртиш талаб этилади; шу би-лан бирга иккиламчи пиококк инфекциясига ҳам қарши даво қўлланилади. Кўтир касаллигини даволашда бензилбензоат анча яхши наф беради. Катталар учун 20% ли, ёш болаларга 10% ли совунли-сувли бензилбензоат эритмаси қўлланилади, эритма тайёрлангандан то 7 кунгача ўз кучини сақлайди.

Rp: Benzyl benzoate 20,0
Saponis viridis 5,0
Aq. destill. 80,0
M.D.S. суртиш учун.

Бу дори 3 кун мобайнида 2 маҳал 10 минутлик танаффус билан суртилади. Кейин бемор ювиниб ўрин-кўрпа ғилофлари ва кийи-минни алмаштиради.

Даволашда яна 5% ли «К» совун эмульсиядан ҳам фойдала-ниш мумкин. Уни 5 кун давомида суртиш тавсия этилади; ҳадеганда тузалавермас, 3—5 кундан сўнг шу тартиб яна так-рорланади. Қасаллик аллергик дерматит билан асоратланганида антипаразитар дорилардан ташқари шароитга қараб десенсиби-лизацияловчи ва антигистамин препаратлар буюрилади.

Кўтирга пиококк инфекцияси кўшилган ҳолларда антибио-тиklar, сульфаниламидлар, суртишга олтигургурт-дегтяр, бор-дегтяр, оксикорт, тридерм малҳамлари ҳамда анилин бўёқлари, 2% ли салицил спирти буюрилади.

Қасалликнинг олдини олиш ва профилактика-си. Қасаллик борлиги аниқланганида махсус хабарнома

тўлдирилади ва тегишли жойларга маълум қилинади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар, оила аъзолари обдон кўздан кечирилади. Бемор бола батамом тузалиб кетмагунча уни соғлом болаларга (ясли, боғча, мактабга) қўшилмайди.

Беморнинг ички ва устки кийимлари, ётадиган ўрин-кўрпалари ишлатган асбоб-анжомлари, болаларнинг ўйинчоқлари дезинфекция қилиниши зарур (ДДТ, «К» совуни). Дезинфекция махсус нам камераларда бажарилади. У бўлмаган тақдирда кийим-кечакларни қайнатиб ювиш ва яхшилаб дазмоллаш зарур. Ўрин-кўрпаларни офтобга ёйиб, ҳар куни бир неча марта орқа-ўнгини ағдариб туриш (4—5 кун) лозим.

Қўтир касаллиги кўпайиб кетганда беморларни даволаш учун махсус скабиозорийлар очилади, аҳоли ўртасида қўтир касаллиги хақида тушунтириш ишлари олиб борилади.

БИТЛАШ (ПЕДИКУЛЁЗ, PEDICULOSIS)

Битлар одам ва сут эмизувчи ҳайвонларда учрайдиган қон сўраб экзопаразитдир. Ҳайвон битлари одам учун юқумсиз. Битлар одамдан-одамга унинг ўрин-кўрпалари, кийим-бошлари орқали ўтади ва хўжасининг қони билан озикланади. Бир кунда 0,3—0,5 мл гача қон сўриши мумкин. Бит қон сўрганида одам терисига ёпишиб олиб, уни қичитадиган сўлак чиқаради.

Одамда бош бити (*Pediculus capitis*), кийим бити (*Pediculus corporis*) ва қов бити (*Pediculus pubis*) учрайди (47- расм).



47- расм. Битлар: 1. Бош бити, 2 Кийим бити, 3. Қов бити.

Бош бити тўғридан-тўғри одамдан унинг бош кийими ва ўрин-кўрпасидан, баъзан сартарошхоналарда юкиб қолади. Бош бити одамда бошнинг сочли қисмида бўлади. Ургочи бит ўзининг 1—1,5 ойлик ҳаёти даврида 100—150 тага яқин сирка (тухум) қўяди ва улар эса сочга маҳкам ёпишиб олади. Сиркаларнинг ранги оқимтир-сарғиш бўлиб лупасиз ҳам яхши кўринади, аксарият қора сочли одамларда аниқ, оқ ва сарғимтир сочлиларда эса бир оз хира бўлиб кўзга ташланади. Бош бити бир кеча-кундузда икки-уч марта қон сўради. Озикасиз кўпи билан 7—10 кун тирик туради; уларнинг ҳаракати ҳаво ҳароратига боғлиқ, маса-

лан 25—27°C да 20—35 см га ўрмалаб бориши мумкин, 5°C да ҳаракати кескин сусаяди.

Одамлар бит сўлагига турли даражада сезгир бўлишади. Бит чаққан жой қаттиқ қичийди; қашинган жойларга иккиламчи стафило-стрептококкли инфекциялар тушиб пиодермитларга сабаб бўлади.

Ойлаб битлаб юрадиганларнинг сочлари бир-бирига ёпишиб тараб бўлмас даражада кигиз бўлиб қолади, бош териси қорақўтир ва кепаклар билан қопланади, сочлар хира тортади. Иккиламчи инфекция туфайли импетиго, фолликулит каби тери касалликлари юзага келади, бўйин ва бошқа соҳадаги лимфа тугунлари катталашади. Сирка ёки бит топилиши тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Давоси. Эркакларнинг сочини олиб ташлаш, бошнинг сочли қисми терисидagi сиркалар хитинини (қоплама) эритиш учун 3% ли илиқ сирка эритмасидан фойдаланиш тавсия этилади. Аёллар еки сочи олинмаган эркакларнинг бошига керосин ва ўсимлик ёғини (кунгабоқар ёғи) тенг миқдорда аралаштириб 2—3 қават докага шимдирилади, сўнгра бошга яхшилаб ўралади, устидан (пергамент) қоғози қўйилиб, устидан яна дока ёки тоза румол билан ўралади ва бир кеча шундайлигича қолдирилади, сўнгра бошини илиқ сув ва совун билан обдон ювилади. Муолажани 2—3 кун оралатиб яна бир марта такрорлаш мумкин. Сиркаларни йўқотиш учун овқат сиркасини илиқ қилиб бошга суртилади ва майда тишли тароқ билан обдон таралади. Баъзан 10% ли бензилбензоатнинг сув-совунли эритмасидан ҳам фойдаланилади. Бит ва сиркаларни ўлдириш учун бензилбензоатнинг 20% ли сув-совунли эритмаси «Нитифор» қўлланилади.

Қийим бити асосан ички ва устки қийим бурмаларида, аксарият ёқа, енг бурмаларида, қийим-кечакларнинг чокларида бўлиб, кул ранг бош битидан хийла каттароқ бўлади. У қон сўриш учун терига ўтади; энса, елка, курак, бўйин, қўлтиқ атрофи, бел соҳаси, яъни қийим бурмаларига тўғри келадиган жойларни кўпроқ чақади. Бит чаққан жой қаттиқ қичийди, тери юзасида беморнинг қашинган тирноқ излари, сарғиш-мис ранг қорақўтир пўстлар яққол кўринади. Узок вақт битлаб юрган одамлар териси анча қуриб, пўстланади, иккиламчи инфекция тушиши импетиго, фолликулит, чипқонга сабаб бўлади. Териси хиралашиб пигментланади.

Давоси. Чойшаб, ўрин-кўрпа ва ёстик жилдлари, ички ва устки қийимлар 2—5% совунли эритмага солиниб, кейин қайнатилади, баъзан дезинфекцияланади. Дам-бадам совун билан ювиниб туриш тавсия этилади.

Қов бити асосан қов соҳаси ва жинсий аъзолар атрофидаги жунларга ёпишиб олади ва ўз умри давомида 8—12 та тухум қўяди.

У ички кийим, чойшаб, ўрин-кўрпа жилдлари орқали, аксарият жинсий мулоқотда юқиб қолади. Педикулёзнинг бу тури жинсий йўл билан юқувчи касалликлар гуруҳига киритилган.

Бит чакқан жойларда, яъни қов соҳаси терисида катталиги 0,2—0,3 см келадиган геморрагик, кўкиш ҳаво ранг тусдаги доғлар пайдо бўлади. Доғлар бит сулагининг гемоглобинга таъсири туфайли юзага келиб, босиб кўрилганда йўқолмайди. Бит чакқан жой териси қаттиқ қичишади. Шу жойлардан кириб олинган материалларда қов бити осонгина топилади.

Давоси. Даволашда олдин жинсий аъзолар, анус атрофи ва бошқа соҳалардаги жуонлар кириб ташланади. Кейин иссик сув билан совунлаб ювилади ва 2—3 кун 10% ли оқ симоб малҳами суртилади. 20% ли бензилбензоат ҳамда совунли-сольвент эмульсияси ҳам яхши наф беради. Ички кийим ва кўрпатўшак жилдлари 10% ли совунли-сольвент пастали эритмада бир неча соат сақланади. Худди шу эритманинг 20% лиси хоналарни тозалаш учун ишлатилади.

Битлашнинг олдини олиш ва профилактикаси. Битлашнинг олдини олиш асосан аҳолининг моддий фаровонлиги ва санитария маданиятини оширишга қаратилган чора-тадбирлар ишлаб чиқиш ва уни ҳаётга татбиқ этишдан иборат. Шахсий гигиенага риоя қилиш, чойшаб, ички кийим, ўрин-кўрпа жилдларини ҳар ҳафтада алмаштириб туриш, ювилган кийимларни дазмоллаб кийиш, бировларнинг ўрнида ётмаслик, тасодифан жинсий алоқа қилмаслик ва бошқаларга амал қилиш зарур.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ (ЁМОН ЯРА, БОРОВСКИЙ КАСАЛЛИГИ)

Лейшманиоз иқлими иссик бўлган ўлкаларда тарқалган трансмиссив касалликдир. Ўзбекистонда — Қашқадарё, Сурхондарё, Бухоро вилоятларида, Тожикистонда, Туркменистонда, Кавказ орти давлатлари ва Озарбайжонда учраб туради.

Синонимлари жуда кўп бўлиб, шаҳар, давлат ёки кашфиётчиларнинг номи билан аталиб келинган. Ёмон яра, Пендин яраси, йиллик яра, Боровский касаллиги, пашша-хўрда ва бошқалар.

Этиологияси ва патогенези. Тери лейшманиозини *Leishmania tropica* кўзгатади. Уни ҳарбий врач П. Ф. Боровский кашф этган (1898 й.), шунинг учун бу касаллик унинг номи билан юритилади. Тери лейшманиозининг қишлоқ (зооноз, кўзгатувчиси *Leishmania tropica major*) ва шаҳар хили (антропоноз, кўзгатувчиси *Leishmania tropica minor*) тафовут қилинади.

Буларнинг эпидемиологик сабаблари ва касалликнинг клиник манзараси бир-бирига унчалик ўхшамаса ҳам, аммо кўз-

гатувчиси морфологик жиҳатдан бир-бирига жуда ўхшаш. Уларнинг ҳар иккиси ҳам хивчинлилар синфига мансуб. Шунинг учун ҳам уларни микроскопик жиҳатдан бир-биридан ажратиш жуда қийин.

Тери лейшманиози ёки Боровский касаллиги одамга қон сўрувчи чивин — флеботомус — *Phlebotomus* чаққанда юқади.

Тери лейшманиозининг қишлоқ хилида инфекция манбаи катта қумсичқон, қизил думли қумсичқон, юмронқозиқ бўлса, шаҳар хилида эса бемор одам ҳисобланади.

Клиникаси. Тери лейшманиозининг қишлоқ хили ўткир бошланиб, яралар ҳосил бўлади, улар ҳўлланиб, некрозга учрайди (ўткир некрозланадиган лейшманиоз). Касалликнинг инкубацион даври қисқа; ўртача 2—4 ҳафта, баъзан 6—8 ҳафтага бориши мумкин. Дастлаб чивин чаққан жойда фурункулсимон дўмбоқча вужудга келиб, улар катталашишга мойил бўлади. Уларнинг ранги қизғиш, кўкимтир; ўткир яллиғланган, консистенцияси қаттиқ инфильтратланган бўлиб, безиллаб оғриб туради; ўрнидан 1—2 ой ичида (болаларда 1—2 ҳафтада) чуқур ва оғрийдиган яра ҳосил бўлади (48-расм).

Некрозланиш кўпинча дўмбоқчалар марказидан бошланади, юзаси қуруқ қора кўтир пўст билан қопланиб туради. Яралар қирраси нотекис, ёйилган, некрозланган, чуқур бўлиб, некротик-йирингли ва қонли масса билан тўлиб туради. Яралар ачишиб безиллаб оғрийди, баъзан уларнинг четидан лимфангитлар пайдо бўлади. Улар қатор жойлашиб, силаганда қўлга яхши уннайди. Баъзан тугунли лимфангитлар яра-чақаланиб кетиши мумкин; касаллик ўчоғининг лимфа томирлари бўйлаб тарқалиши натижасида лимфаденитлар ҳам юзага келади. Яраларнинг катталиги бир неча сантиметрга етиши мумкин. Ёш болаларда яраларнинг битиши анча узоққа чўзилиб, кўпинча иккиламчи пиоген инфекция билан асоратланади, абсцессланиб, сарамас, флегмоналар юзага келади, бунда касалликнинг асл клиник манзараси рўй-рост кўринмай, унга диагноз қўйиш анча мураккаблашади. Яраларнинг битиши тубидан бошланади, грануляциялар ҳосил қилиб, донадор тусга киради (бадиқ тухумлари симптоми); жараён 2—3 ой, баъзан 6—8 ой давом этади. Яралар битгач ўрнида умр бўйи кетмайдиган чандиқлар қолади.

Тери лейшманиозининг қишлоқ хилида фурункулсимон дўмбоқчалар ёки лейшманиомалар сони 1—2 тадан 5—10 тагача, ҳатто 50—60 тага боради; улар сони флеботомус чивини одамни неча марта чаққанлигига боғлиқ. Л. Гейденрейх 174 лейшманиомаси (1938), А. Н. Славин 222 лейшманиомаси (1964) бор беморларни кузатган. Касалликнинг кўп-озлиги одатда йил фассларига боғлиқ, асосан кузда, июль-октябрь ойларида кўпаяди. Касаллик ўчоқлари аксарият беморнинг юзи, қўл-оёқлари, баъзан

бутун танасида жойлашади. Мутахассисларнинг фикрича қараганда чивинлар одамларни асосан кечаси, яъни ухлаб ётганда чақади. Битта чивин одамнинг маълум бир жойини 10—15 марта чақиши мумкин, шунинг учун лейшманиомалар тўп-тўп бўлиб жойлашади.

Тери лейшманиозининг шаҳар (антропоноз) хили сурункали кечиб, лейшманиомалар кеч яраланади. Инкубацион даври бир йилгача (бир йиллик), айрим пайтларда 3—4 йилгача етади. Касалликнинг бу хили билан кўпинча шаҳарликлар оғриydi. Одатда бу касаллик эндемик жойларга бориб, касалликни аввалги мавсумда юктириб олган одамларда учрайди. Одамнинг чивин чаққан жойида (юзи, қўли, оёғи) кичкина дўмбоқча ҳосил бўлади, у теридан бир оз кўтарилиб туради ва аста-секин катталашиб қизғиш жигарранг ёки кўкимтир, консистенцияси зич инфилтратланган дўмбоқчага айланади. Усти қалин қора-қўтир билан қопланиб, ўртасидан ярага айланади. Яранинг қирраси нотекис, узук-юлуқ бўлиб, атрофи инфилтратланиб туради, туби донатор тўқима билан қопланади; ичида сарғиш-пушти қонли ёки қуюқ йирингли суюқлик тутади. Аста-секин қирралари нотекис чандиқ ҳосил қилиб битади. Тери лейшманиозининг бу шаклида лимфангитлар анча кам учрайди. Иккала хилида ҳам касалликнинг тегишли кўзгатувчиларига нисбатан иммунитет пайдо бўлади. Тери лейшманиозининг икки хил клиник турини яхши тафовут қилиш учун П. В. Кожевников ва бошқалар қуйидаги жадвални тавсия этишган.

Тери лейшманиозининг икки хилига хос асосий белгилари
(П. В. Кожевников ва бошқалар)

Белгилари	Шаҳар (антропоноз) хили	Қишлоқ, чўл (зооноз) хили
Синонимлари	Кеч яраланадиган лейшманиоз, йиллик яра	Эрта яраланадиган лейшманиоз, Пендин яраси.
Инкубацион даври	2—6 ой, баъзан 1—2 йил	1—4 ҳафта
Бошланғич белгилари	Озроқ папулалар, дўмбоқчалар	Ўткир яраланган, кўпинча фурункулсимон инфилтратлар
Жараённинг ривожланиши	Секин	Тез
Яранинг пайдо бўлиш вақти	3—6 ойда ёки ундан ҳам кейин	1—3 ҳафта
Лимфангитлар	Қам	Кўп
Дўмбоқчалар сони	Жуда кам	Анчагина
Жойлашиши	Оёқларга нисбатан юзда кўп учрайди	Юзга нисбатан оёқларда кўп учрайди
Эпителизациянинг ҳосил бўлиш вақти	Бир йил ва ундан кўп	2—6 ой

Белгилари	Шаҳар (антопоноз) хили	Қишлоқ, чўл (зооноз) хили
Фаслга боғлиқлиги	Қасаллик йил давомида пайдо бўлиши мумкин	Қасаллик асосан ёз-кузда (июль—октябрь ойларида) учрайди
Эпидемик тарқалиши	Камдан-кам ҳолларда	Тезда тарқалиши мумкин
Қўзғатувчисининг манбаи	Одам	Кемирувчилар
Тарқалган жойлари	Асосан шаҳарда	Чўл, қишлоқ, қишлоққа яқин шаҳарларда
Лейшманиомаларда Боровский таначасининг сони	Кўп	Кам
Оқ сичқонлар учун вирулентлиги	Кам	Катта
Иммунитет пайдо бўлиши	Шаҳар хили билан касалланган бемор қишлоқ хили билан яна касалланиши мумкин	Қишлоқ хили билан касалланган бемор шаҳар хили билан яна касалланиши мумкин
Қўзғатувчиси	<i>L. tropica minor</i>	<i>L. tropica major</i>

П. В. Қожевников классификациясида лейшманиознинг учинчи металеишманиоз ёки силсимон хили ажратилади. Қасалликнинг бу хили (Боровский касаллиги) камдан-кам учрайди, бутун лейшманиозларнинг 6—7% ини ташкил қилади. Қасаллик ўчоғи 80% ҳолларда (П. В. Қожевников, 1960) беморнинг юзида жойлашади. Аксарият ёш болалар ва ўсмирлар орасида учрайди. Кўпгина олимларнинг фикрича металеишманиозда жараён абортив кечиб, дўмбоқчалар ҳали битиб улгурмаган ёки чўзилиб кетган лейшманиомалардан ташкил топади. Ёки консистенцияси каттиқ майда тугунчалар бўлиб («псевдолюпа»), улар яралардан ҳосил бўлган чандиқлар атрофида жойлашади ва кўкимтир рангли тугунчалар ҳалқасини ташкил қилади. Худди шунга ўхшаш дўмбоқчалар юза жойлашган чандиқларнинг устида пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Боровский касаллиги силсимон хилининг номи ва белгилари сил югуругига ўхшаш бўлиб, бу касалликда ҳам худди сил югуругидагидек диаскопияда «олма желеси» феномени мусбат бўлади.

Гистопатологияси. Эпидермис кенгайиб акантоз ҳолатида бўлади, сўргичсимон қават аксинча нозик бўлиб, 3—4 қатор хужайралардан тузилади. Хужайралараро ва хужайралар ичида шиш ҳамда уларда дистрофик ўзгариш кузатилади. Дермада эса гистиоцит, фибробласт, лимфоцит ва эпителиал хужайралардан тузилган диффуз, полиморф инфилтрат кўринади. Катта макрофаглар ичида кўпинча Боровский таначалари учрайди.

Диагнози. Диагноз қўйишда касаллик тарихини ўрганиш, бемор эпидемик ўчоқда бўлган-бўлмаганлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Қасалликнинг клиник манзараси, яралар атрофида-

ги периферия бўйлаб жойлашган лимфангитлар яраларнинг некрозланиши, атрофдаги тўқима грануляциялари, безиллаган оғрик, шунингдек лаборатория текширувида касаллик кўзгатувчиси борлигини аниқлаш ташхисни тўғри қўйиш имконини беради.

Даво си. Даволашда беморнинг аҳволи, касалликнинг клиник белгилари ва хилига эътибор берилади. Ўткир бошланганда яллиғланишга қарши ҳар хил намлашлар, дезинфекциялайдиган эритмалар ҳамда антисептик малҳам ва кремлар тавсия этилади. Яралар кўп ва улар пиокок инфекциялари билан зарарланганда, лимфангитлар бўлган тақдирда антибиотик, сульфаниламидлар, аутогемотерапия буюрилади, томирга 5% ли солюсурьмин эритмаси бир кунда 3—10 мл, жами 20—25 мартаба юборилади.

Лейшманиомалар атрофига мономициннинг 0,5% ли новокаиндаги эритмаси (100.000 БР ҳар сафар) ҳамда уротропиннинг 40% ли сувдаги эритмаси шприц орқали юборилади. 0,5% ли акрихинни 1% ли новокаин билан аралаштириб лейшманиомалар атрофига юбориш яхши наф беради. Мономицин (200.000 БР мономицин, ланолин 30 г., вазелин 70 г.), 15% ли салицил малҳамларини суртиш, ичишга эса аминохинол (0,2г дан 3 маҳал, даво курсига 11—12 г), мускул орасига мономицин (500.000 БР дан 3 маҳал, даво курсига 8—10 млн БР) тавсия этилади. Метронидазол таблетка ҳолатида 250 мг дан 10 кун буюрилади. Маҳаллий даво сифатида коллагенмономицин комплекси шимдирилган тоза полиэтилен ёстиқчалар (2×3, 5×5, 10×5 см, қалинлиги 3—10 мм) тавсия этилади. Малҳамли ёстиқчалар яраларга бинт билан боғлаб қўйилади.

Яра-чақаларни тузатиш учун «Оксикорт», «Лакорктен», неомицин ёки виоформ, 2% ли оқ симоб ёки 5% ли сульфаниламид малҳами, 1—5% ли ихтиол, 0,5—1% ли кумуш нитрат ва 0,1% ли этакридин лактат эритмалари комплекс шаклида қўлланилади.

Касаллик кенг тарқалган эндемик ўчоқларда флеботомус чивинлари ҳамда касаллик манбаи бўлган кемирувчи ҳайвонлар йўқотилади. Беморлар яраларини боғлаб юрсалар касалликнинг олди бир қадар олинади. Кенглиги 1 км дан 15 км гача масофадаги (одамлар яшайдиган жойда) кемирувчи ҳайвонларнинг инлари хлорпикрин билан дориланади. Чивинларни йўқотиш учун инсектицидлар (тиофос, гексахлоран ва бошқалар) ишлатилади.

Чивинлар чақишининг олдини олиш мақсадида эндемик ўчоқларда ишлайдиган одамларга «Тайга», «Геолог» каби кремлардан, қалампирмунчоқ мойдан, ҳиди ўткир атирдан суртиб юриш буюрилади. Кечалари чивинларни қочирадиган (лизол, скипидар) дорили докаларни ётадиган кроватлар атрофига қўйиш ёки докали пашшахоналардан фойдаланиш керак. Тери лейшманиози кишлоқ хили кўзгатувчисининг тоза ундирмаси билан (0,1—0,2 мл) эмлаш ҳам яхши натижа беради.

ДЕМОДИКОЗ

Касалликнинг клиник кўриниши пушти хуснбузарга ўхшаб кетади. Аксарият пушти хуснбузарда одамнинг ёғ безларида учрайдиган кана иккиламчи бўлиб қўшилиб, бу касалликнинг ривожланиб кетишига ва қайталашига сабаб бўлади. Шунинг учун кўпчилик мутахассислар пушти хуснбузар билан демодикозни битта касаллик деб юритадилар.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик қўзғатувчиси *Demodex folliculorum* канаси бўлиб, у ёғ безлари ва соч фолликулаларида сапрофит холида учрайди. Уларни ёғ каналари деб ҳам аташади. Ҳайвонларда (ит, мушук, қўй, қорамол, от) ҳам *Demodex* канаси топилган, лекин улар ўзига хос ҳайвон демодикози касаллигини қўзғатади.

Москвадаги паразитология институти ҳамда Россия тери ва таносил касалликлари институтининг бир гуруҳ илмий ходимлари 400 дан ортиқ турли ёшдаги одамларни текшириб, уларнинг 61% ида *Demodex* канаси паразитлик қилиб яшашини аниқлашган. Катта ёшдагиларнинг (60—70 ёшдаги) 80—100% ида, кичик ёшдагиларнинг (19 ёшгача) 4—9% ида ёғ беzi каналари топилган.

Кўпинча, касаллик ҳеч қандай аломатларсиз кечади, ўзини соппа-соғ ҳис қилиб юрган киши тиббий кўриқдан ўтказилганда касаллик тарқатувчи эканлиги аниқланади.

Кана фақат ёғ безлари ва соч фолликулаларида паразитлик қилиши мумкин.

Каналар одам организмидан ташқарида ёғли, нам муҳитда 7—9 кун яшаши мумкин; 14°C иссиқда уларнинг ҳаракати кескин камайиб, 30—35°C иссиқда аксинча кучаяди, —52°C да эса ҳалок бўлади. Баъзи олимларнинг фикрига қараганда канани ўсимлик ёғи, вазелин ҳамда чўчқа ёғида —37°C да 18—20 кун тирик сақлаш мумкин. Қуруқ ҳавода, шунингдек катрон, олтингургурт, хлорофом, эфир ва карбол кислотасида каналар бир зумда ҳалок бўлади.

Кананинг одам териси учун патогенлиги тўғрисида турли маълумотлар мавжуд:

1. Тери ҳамда унинг ҳосилаларини кана ва кана маҳсулотларидан механик таъсирланиши.

2. Бемор организмнинг реактивлик ҳолати.

3. Маҳаллий тарзда иккиламчи касаллик ва инфекцияларнинг қўшилиши.

4. Организмга ташқи муҳит таъсири, жумладан, касб-корга оид, маиший, иқлимий, шунингдек озик-овқат орқали бўладиган таъсиротлар.

Патологик жараённинг ривожланишида одамнинг асаб ва томир системаси, эндокрин без фаолияти ҳамда моддалар алмаши-

нுவининг зимдан бузилиши муҳим аҳамият касб этади. Турли хил этиологик (овқатдан, дори-дармондан, чангдан, замбуруғлардан ва бошқалар) сабаблар туфайли келиб чиққан аллергик касалликларда Demodex канаси бемор терисига ҳам механик, ҳам кимёвий таъсир кўрсатади ва аллергик ҳолатни узоқ сақлаб туради. Соч фолликулалари таранглашади, терида кератин пайдо бўлиши кўпаяди, хужайралар гиперплазияси ривожланади, майда капиллярлар сони ортиб кетади. Демодикознинг вужудга келишида иккиламчи йўлдош (гастроэнтероколит, диабет, гельминтоз ва бошқалар) касалликларнинг ҳам аҳамияти катта. Қасалликнинг қайтадан ривожланиб кетишида йил-фаслининг ҳам талайгина таъсири бор, чунки макроорганизм қуватининг пасайиши каналарнинг айнан фаол даврига тўғри келади. Масалан, баҳор ойига келиб инсон организмда кўпгина ўта муҳим моддалар танқислиги бошланади, худди шу даврда эса каналар ривожланиш циклининг энг юқори даврини бошдан кечираётган бўлади. Шунинг учун тиббиёт амалиётида баҳор-ёз фаслида касаллик кўп қайд қилинади. Ҳавонинг юқори ҳарорати, қуёшнинг айнан тик таъсири туфайли инсон терисидан ёғ ва тер ажралиши кўпаяди, юза қон томирлари кенгайиб гиперемияланади, бу ҳолат ёғ каналарининг фаолиятини ошириб юборади.

Яна шуни таъкидлаш жоизки, атроф-муҳитнинг доимо чанг бўлиб туриши, терини озода тутмаслик, ундаги тер ва ёғ безлари функциясининг бузилишига олиб келади, оқибатда иккиламчи инфекция ривожланади, касаллик пайдо бўлишида кишининг шахсий гигиенаси, жойлардаги маиший шарт-шароитлар ва тўғри овқатланишнинг ҳам аҳамияти бор.

Ю. Ф. Майчукнинг (1983) фикрига қараганда ёғ каналарининг ҳаёт фаолияти давридаги маҳсулотлари терига аллергик таъсир қилар экан. Баъзи мутахассислар ёғ каналари бактерия ва вируслар манбаи ёки ташувчиси бўлиши мумкин деган фикрга келишган.

Клиникаси. Одам демодикози беморнинг икки лунжига, бурни устига, пешонаси ва ияги терисига, баъзан эса бошнинг сочли қисмига майда фолликуляр тугунча ва маддали тошмалар тошиши ҳамда улар атрофининг кизариб туриши билан (телеангиоэктазия) ифодаланади. Яллиғланиш жараёни асосан майин соч фолликулалари ва ёғ безлари оғзида ривожланади. Қасалликнинг клиник кўриниши пушти хуснбузар, сарамасга жуда ўхшаб кетади. Қасалликнинг асосий тошма элементлари эритема, телеангиоэктазия, майда фолликуляр ва катта пластинкали пўст ташлаш, турли катталикдаги қизғиш тугунча ва маддалар. Тери демодикозининг олти хил клиник кўриниши ажратилди (Л. Х. Акбулатова, 1966 й.).

1. Эритематоз-сквамоз — эритемали доғлар ҳамда унчалик ривожланмаган пўст ташлаш кузатилади. Баҳор-ёз фасл-

ларида қайталаб туриши ва бир неча ой давом этиши билан ифодаланади. Бундай беморлардан материал тўплаб микроскопда текширилганда 15 тадан то 30—40 тагача каналар топилади.

2. Папулэз ёки папуловезикуляр хили энг кўп учрайди; бемор терисига папулэз, папуловезикулэз, фолликуляр тошмалар тошади, касаллик тарқалишга мойил бўлади; бунда тери ҳаддан зиёд кўп каналар билан зарарланган бўлиб, препаратларда 30 тадан 100 тагача каналар топилади.

3. Пустулэз хили нисбатан кам учрайди ва тошма элементлари орасида пустулалар кўплиги билан ифодаланади.

4. Пуштиннома (rosacea) хили, чин пушти ҳуснбузардан каналарнинг кўплиги билан фарқ қилади.

5. Бирлашган (комбинациялашган) хили. 1/3 беморларда учрайди, касалликка хос барча тошма элементлари бўлади.

6. Кам белгили хили, кам учрайди. Бундай беморларнинг териси нотекис, фолликулаларнинг очилиш тирқишлари кенг бўлади; гиперемия ўчоқлари ва пўст ташлаган жойлар кўзга ташланади. Микроскопда текширилган препаратда талайгина каналар топилади.

Ҳаддан зиёд совуқ ёки иссиқ ҳавода узоқ юрганда, шунингдек иссиқ цехларда ва олов олдида ишлаганда каналар ўрнашиб олган ўчоқлар қизиртиш кучайиб, эритема юзага келади. Аксарият аччиқ овқат ва спиртли ичимликлар истеъмол қилган эркакларда касаллик бот-бот кўзийди, зарарланган соҳа териси пўст ташлаб қичийди.

Н. Д. Зацепина (1979) маълумотларига кўра касаллик кўз атрофи, хусусан, пастки ва юқори қовоқ терисини, киприklar фолликулаларини зарарлайди ҳамда блефарит, блефароконъюнктивит, мейбомият каби кўз касалликларига сабаб бўлади.

Диагнози. Касаллик асосан пушти ҳуснбузарга таққосланади, бунда ҳар икки касаллик кўпинча бирга учрашини назарда тутиш лозим. Яна огиз атрофи дерматити билан (периорал дерматит) қиёсланади. Огиз атрофи дерматитидаги тошма элементлари тўп-тўп жойлашиб соч фолликулалари билан боғлиқ бўлмайди. Тошмалар сарик тангачалар ва пўстлоқчалар билан қоплашиб, ўзидан сўнг «миссимон тери» рангини беради.

Давоси. Демодикозни даволашдан олдин унга сабаб бўлган омилларни бартараф этиш керак. Жумладан, эндокрин безлари, асаби, меъда-ичак системаси фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ бўлган касалликларни даволаш лозим. Енгил ҳазм бўладиган парҳез овқатлар, қайноқ ва аччиқ таомлар, шунингдек спиртли ичимликлардан ўзни тийиш буюрилади.

Умумий ёки маҳаллий даво воситалари этиотроп ва патогенетик қоидаларга асосланади. Кам белгили хиллари махсус даво талаб қилмайди, профилактика мақсадида канага қарши манифест даво курси буюрилади, холос.

Демодикозда ёғ каналарига қарши (акарицид моддалар) спирт, эфир, хлороформ, бензин, қатрон препаратлари, олтингургурт, симоб, хлорид, карбол, салицил кислотаси, спиртли анилин бўёқлари (бриллиант яшили, метилен кўки, фуксин ва бошқалар) ва инсектицидлар ишлатилади. Яллигланиш ўткир кечаётганида, янги-янги тошмалар чиқиб, йиринглай бошлаганда антибиотиклар (тетрациклин, левомецетин, метициллин, олеандомицин ва бошқалар) буюрилади. Таркибида антибиотик бўлган стероид малҳамларидан (Лоринден С, Гиоксизон, Целестодерм ва бошқалар) фойдаланилади.

Тошма элементларида ёғ каналари кўп учраганида терига Демьянович усули билан даво курси ўтказилади. Кўз қовоқлари ва киприк фолликулаларида яллигланиш ўчоқларини йўқотиш учун сикортен креми суртилади.

Демодикозли дерматитга қарши курашишда умумий ва шахсий гигиенага риоя қилиш, сартарошхона, косметика хоналари ҳамда ҳаммомларни озода сақлаш асосий профилактик усуллардан ҳисобланади.

КАСБГА АЛОҚАДОР ДЕРМАТОЗЛАР

Ишлаб чиқаришга алоқадор омиллар туфайли келиб чиқадиган тери ўзгаришлари ёки касаллик ҳолатлари касбга алоқадор дерматозлар (профдерматозлар) дейилади. Бундай дерматозлар касалликни келтириб чиқарувчи омилларга қараб қуйидагича ажратилади:

1. Кимёвий моддалар таъсирида келиб чиқадиган дерматозлар.
2. Физик омиллар туфайли вужудга келадиган дерматозлар.
3. Юқумли касалликларнинг кўзгатувчилари таъсирида келиб чиқадиган дерматозлар.

Кимёвий моддалар таъсирида келиб чиқадиган касбга алоқадор дерматозлар. Касбга алоқадор дерматозлар орасида кимёвий моддалар таъсирида келиб чиқадиган дерматозлар салмоқли ўринни эгаллайди. Одам организмга ташқаридан таъсир қиладиган кимёвий моддалар хилма-хил: а) тўғридан-тўғри терига таъсир этиб, шу жойларда яллигланиш ўчоғларини юзага келтирадиган оддий ёки облигат таъсиротлар (минерал кислоталар, ишқорлар, тузлар ва бошқалар); мазкур моддалар ҳадеб таъсир этавериши оқибатида организмнинг шу моддаларга сезувчанлиги (сенсбилизация) ошиб кетиб, улар макроорганизм учун аллергенга айланади. Одатда бундай кимёвий моддаларга ҳамма одамларнинг ҳам сезгирлиги ошавермайди, улар фақат баъзи одамларнинг терисида яллигланиш реакциясини юзага келтиради; б) икки ёки ундан ортик (комбинацияда) модданинг (сенсби-

лизатор ва облигат модда) биргаликда кўзгатадиган яллиғланиш реакцияси, масалан хром тузлари; в) нефт улеводлари ва тошкўмир маҳсулотлари — учувчи фракциялар (керосин, бензин ва бошқалар) банал дерматитлар, фолликуляр аппаратларнинг яллиғланиши, фотодерматитлар, гиперкератозлар, баъзан тери ўсмаларига сабаб бўлади.

Клиник дерматологияда кимёвий моддалар таъсирида келиб чиқадиган касбга алоқадор қуйидаги дерматозлар кўп учрайди.

Касбга алоқадор дерматит терининг ўткир яллиғланиши бўлиб, ишлаб чиқариш жараёнида терига бирон бир модда теккан жойнинг ўзида юзага келиб, ундан нарига тарқалмайди (банал, контакт дерматит). Бунда таъсирот бартараф этилгандан сўнг яллиғланиш ўчоқларидан ном-нишон қолмайди.

Касбга алоқадор экзема — ишлаб чиқариш жараёнида организмнинг сезувчанлигини оширадиган (сенсбилизацияловчи) кимёвий модда (аллерген) тушиши оқибатида келиб чиқади. Бундай дерматозлар клиник манзарасига қараб чин экземадан деярли фарқ қилмайди. Яъни доғ, тугунча, пуфакча, мадда, эрозия, қора кўтир пўстлар яллиғланишнинг асосий морфологик элементи ҳисобланади. Қасаллик тарқалишга мойил бўлади ва тез-тез қайталаб туради. Ҳатто экземанинг бевосита касбга алоқадор бўлган бирон модданинг зарарли таъсири натижасида келиб чиққанлигини аниқлаш анча мушкул бўлади. Кейинчалик экзоген омилининг йўқотилишига қарамай касаллик қайталанаверади.

Фолликулитлар ёки мой ҳуснбузарлари аксарият ишлаб чиқаришдаги нефть ва тошкўмир маҳсулотлари билан бевосита ишлайдиганларда кузатилади. Яллиғланиш соч фолликуллари ва ёғ безлари билан боғлиқ бўлади. Асосан слесарлар, машина мойловчилар, кўмирчилар ва бошқалар касалланади. Зарарланиш ўчоқлари кўпроқ билан, сон ва қорин соҳаси терисида учрайди. Дастлаб соч фолликуллари устида мой ва кўмир чанглари билан иборат майда қора нукталар тўпланиб, кейинчалик шу жойларда ясимдек келадиган яллиғланган тугунчалар ва хуснбузарлар пайдо бўлади.

Токсик меланодермия углеводородларнинг терига узоқ вақт таъсири оқибатида пайдо бўлади. Қасаллик умумий интоксикация, ҳолсизлик, бош оғриғи, уйку ва иштаҳанинг пасайиши, кейинчалик беморнинг юз, бўйин, кўкрак соҳаси ва бутун бадан терисида эритема, пигментли доғ, фолликуляр гиперкератоз, телеангиэктазия ва бошқа белгилар билан бошланади. Зарарланган ўчоқлар жигаррангнамо бўлиб, вақт ўтиши билан шу жойлар чизик-чизик бўлиб бужмайиб, юпқалашиб қолади ва даволаш яхши наф бермайди.

Қасб-корга боғлиқ ҳолда терининг яра-чақаланиши ёки сўгалсимон ўсмаси, унча оғримаслиги, овал ёки юмалоқ бўлиши, атрофида чегараланган яллиғланиш ҳалқаси борлиги билан ифо-

даланади. Одатда бундай белгилар аввал кесилган, тирналган, шилинган жойларга ёки ёриқлар ўрнига кимёвий моддалар ҳадеб тушавериши оқибатида юзага келади. Улар ташқи кўриниши жиҳатидан ўзига хос бўлиб, худди «қуш кўзини» эслатади. Терининг касб-корга боғлиқ яра-чақаланиши кислоталар, ишқорлар, карбид ва хром билан ишлайдиганларнинг қўл бармоқлари, биллаклари, баъзан оёқ болдирларида учрайди.

Тошкўмир ва нефть маҳсулотлари билан узоқ йиллар ишлаш оқибатида терида сўғалсимон ўсимталар пайдо бўлади. Улар баданнинг ҳохлаган жойида кузатилади, кўриниши эса одатдаги сўғал ёки папилломани эслатади. Баъзан улар хавфли ўсма-ларга айланиб кетиши мумкин, шунинг учун уларни барвақт аниқлашнинг аҳамияти жуда катта.

Касб-корга боғлиқ аллергик дерматозлар ишлаб чиқаришда аллергеннинг одам терисига қайта-қайта тушиши ва организм сезувчанлигининг ошиши оқибатида пайдо бўлади. Бунда асаб, меъда-ичак системаси, эндокрин бузилишлар, пиококк ва замбуруғли инфекциялар аллергик ҳолатнинг келиб чиқишига шароит туғдиради.

Аллергик дерматозларда касалликни қўзғатувчи модда билан синама ўтказилса, у албатта мусбат, бошқа аллерген билан эса манфий бўлади. Клиник манзарасига кўра аллергик дерматитлар контакт ноаллергик дерматозларга ўхшаб кетади, аммо аллергик дерматитлар тарқоқлиги, яъни кимёвий модда тегмаган жойларга ҳам тошмалар чиқиб кетиши билан фарқ қилади. Аллергик дерматозлар аллерген йўқотилганда тезда тузалиб, такрор дуч келганда яна қўзғийверади.

Физик омиллар таъсирида келиб чиқадиган касбга алоқадор дерматозлар. Бундай дерматозлар юқори ёки паст ҳарорат, қуёш тифи, турли механик таъсиротлар, электр токи ва бошқалар туфайли авж олади. Шунингдек касалликка оғир жисмоний зўриқишлар, юк ташиш, ер ковлаш, бурғи ишлари, асфальт ётқизиш ва ҳоказолар ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Ишлаб чиқаришдаги шароитни яхшилаш, барча оғир ишларни механизациялаш физик омиллар оқибатида келиб чиқадиган касб-кор дерматозларнинг кескин камайиб кетишига олиб келади. Оғир ишларни қилиб юрмаган кишиларнинг қўлларида салга «сувли қадоқлар» пайдо бўлади. Бу касб-кор касаллиги бўлмай, балки механик таъсиротга организмнинг физиологик ҳимоя реакциясидир. Аммо жисмоний зўриқиш ишларини узоқ йиллар бажариш қўл кафт териси мугуз қаватининг қалинлашувига олиб келади ва шу одамларда маълум бир касб-кор белгиларига айланиб қолади. Баъзан шу жойлар ёрилиб иккиламчи пиококк инфекцияси тушади ва у йирингли касалликка сабаб бўлади, бунда ишчи меҳнат қобилиятини вақтинча ёки бутунлай йўқотиши мумкин.

Стигмалар турли касб кишиларида ҳар хил, масалан, дурадгор, темирчи, этикдўз, колхозчиларда қуруқ қадоқ ва мугузланишлар, кон ичишлари (шахтерлар), ўт қаловчилар терисида тулланиб қолган доғлар, иссиқ металл кукуни билан ишлайдиган металлсозларда куйишдан қолган чандиқлар кўринишида намён бўлади.

Бевосита ташқи муҳит таъсири остида ишлайдиганларда совуқ ёки аксинча иссиқ уриш ҳолатлари кузатилади.

Радиоактив моддалар билан ишлаганда санитария қонунқоидаларига риоя қилмаслик, шунингдек ўз вақтида дозиметрик назорат ўтказмаслик, атом электростанцияларидаги носозликлар ўткир ёки сурункали нур касалликларига олиб келиши мумкин.

Юқумли касалликларнинг кўзгатувчилари таъсирида келиб чиқадиган касбга алоқадор дерматозлар. Агарда касаллик бевосита бирон бир касбга онд ишни бажараётганда юқиб қоладиган бўлса, унда уни касбга алоқадор касаллик дейилади. Биз шуларнинг айримларига, яъни тез-тез, учрайдиганларига тўхталиб ўтамиз.

Касбга алоқадор бўлган терининг замбуруғли касалликлари — аксарият замбуруғли касалликларга чалинган ҳайвонлар билан яқин мулоқотда бўладиган ветеринария ва ферма ходимлари, зоотехниклар, молбоқарлар, сут соғувчилар, шунингдек ҳаммом ишчилари, ҳайвонлар билан тажриба ўтказувчиларда учраб, улар иш жараёнида микроспория, трихофития, фавус, эпидермофития, рубромикоз, кандидоз, актиномикоз, споротрихоз каби касалликларни ўзларига юқтириб олишлари мумкин. Одатда улар клиник кўринишига қараб касбга боғлиқ бўлмаган худди шундай касалликлардан деярли фарқ қилмайди.

Эризеделлоид ёки чўчка сарамаси. Кўзгатувчиси — *Vac. rhysioptathiae suis* чўчкаларда сарамас кўзгатадиган бацилла. Бу касалликка асосан уй ҳайвонлари чалинади, касал ҳайвон билан яқин мулоқотда бўладиган қассоблар, саллоҳлар, қушхона ходимлари, консерва, балиқ ва парранда қорхонаси ишчилари, иш жараёнида ўзларига касалликни юқтириб оладилар. Бациллалар терининг зарарланган жойидан кириб, қисқа муддатли яширин давридан сўнг касалликка хос клиник белгиларни намён қилади. Аввалига чегараси аниқ шиш пайдо бўлади ва шу жойлар қизил-кўкимтир тусли эритемага айланиб безиллаб оғриб туради. Зарарланган ўчоқларда тугунчалар, пуфакчалар юзага келади. Беморнинг бўғимлари шишиб кетади, оғрийди, лимфа тугунлари катталашади, ҳарорати кўтарилади ва дармонсизланади. Кейинчалик эритематоз ўчоқ пушти-кўкимтир рангга киради. Касаллик бир неча кундан бир неча ҳафтагача чўзилиб сурункали кечиши мумкин. Беморда доимий иммунитет қолмайди, у яна касалликни юқтириб олиши мумкин.

Сут соғувчиларда бўладиган тугунчалар — қорамоллар (сигир, қўй, эчки) билан яқин мулоқотда бўлганларда учрайди. Қасалликка ветеринария ходимлари, зоотехниклар ҳам чалиниши мумкин. Қўзғатувчиси қорамол чинчегаги вируси.

3—4 кунлик инкубацион даврдан сўнг қўл бармоқлари, биллак, баъзан юз терисидан нўхатдек келади, яримшарсимон тугунчалар пайдо бўлади. Уларнинг ранги кўкимтир-пушти, ўртаси тугмага ўхшаб ботиқ бўлади, асосан гиперемияланган ва шишган жойларда юзага келади. Баъзан тугунчалар ўртасидан йирингли пуфакчалар чиқиши мумкин. Қасаллик бир неча ҳафтагача давом этиб, ўзидан кейин гиперпигментли доғ ёки юпка чандиқ қолдиради. Сут соғишни механизациялаш натижа-сида касаллик кескин камайиб кетди.

Қасбга алоқадор касалликларни аниқлаш усуллари, давоси ва профилактикаси. Қасбга алоқадор баъзи дерматозларни аниқлаш унча қийин эмас, чунки улар фақат маълум касбдаги кишиларда (мойли фолликулитлар, касбкор яра-чақалар) кузатилади. Ундан ташқари бир хил иш билан банд бўлганларнинг бир қанчаси бирданига касалланади. Шунга қарамай, касб-корга оид дерматозларни у билан боғлиқ бўлмаган дерматозлардан ажрата билиш анча мушкул. Бу ерда шунини таъкидлаш жоизки, кундалик турмушимизда кир ювиш воситалари, шунингдек лак, елим, бўёқ, никель, скипидар каби купгина маиший аллергиялардан ҳам фойдаланамиз, уларни албатта ишлаб чиқариш билан боғлиқ бўлган аллергиялардан фарқлай олиш керак.

Ишлаб чиқаришда қўлланиладиган ёки олинадиган моддаларнинг хизматчиларга аллергия таъсирини санитария-эпидемиология станцияси мутахассислари мунтазам ўрганиб борадилар, касалликнинг клиник манзарасини эса профдерматолог баҳолайди. Касб-корга оид касалликларнинг юзага келиши ва уларнинг клиник кўриниши аввало ишчининг ҳолатига, ишлаб чиқариш шароитига, ташқи муҳитга ҳамда тери сезувчанлигига сабаб бўлган моддаларнинг аллергиялик хусусиятларига, энг асосийси ишчининг санитария-гигиена малакасига боғлиқ.

Қасалликнинг касб-корга мойиллигини аниқлаш ва унинг табиатини баҳолашда қуйидаги маълумотлардан фойдаланиш зарур:

1. Бажариладиган иш шароити ва таъсирловчи модда билан макроорганизмнинг яқинлиги. Бемор терисининг қайси жойлари таъсирловчи моддага яқин бўлиши, бундан аввал ҳам худди шу модда билан мулоқотда бўлган-бўлмаганлиги; ушбу корхонада худди шундай беморлар яна қайд қилинган ё қилинмаганлигини аниқлаб олиш керак.

2. Қасаллик муддати, яъни бемор ишга киришидан олдин терисидан ўзгаришлар бор-йўқлиги. Бошқа технологик жараён ёки

янги кимёвий моддалар билан ишлаганида касаллик юзага келганлигини аниқлаш зарур.

3. Касалликнинг клиник кечиши. Аксарият бемор ўз корхонасига келди дегунча касаллик қайталайди, орада бирор муддат ишламайдиган бўлса, дархол тузаллади ёки ахволи анча яхшиланади. Узоқ вақт ишламай қўйса бемор тузалиб кетади, бундай ҳолларда касалликнинг касбга алоқаси борлиги тасдиқланади. Касаллик ҳадеганда тузалавермай (бемор ўзи ишлаб турган жойида ишламаса ҳам), унинг ўрнига янги зарарланиш ўчоқлари пайдо бўлаверса, демак хасталик касбга боғлиқ бўлмайди.

4. Зарарланиш ўчоқларининг жойлашиши. Касбга боғлиқ дерматозларда зарарланиш ўчоқлари асосан терининг очиқ жойларида учрайди.

5. Дерматозларнинг бирон бир касбга алоқадорлигини (шу касбда ишлатиладиган кимёвий моддага нисбатан организмнинг сезувчанлигини аниқлаш) исботлаш мақсадида тери синамалари ёки тестлари ўтказилди. Дерматология амалиётида компресс ва томчи синамаси кўп қўлланилади.

Компресс усули. Қўзғатувчи моддали эритмага намланган $1,5 \times 1,5$ см катталиқдаги дока тўртга букланиб билакнинг ёзувчи юзасига қўйилади ва устидан 4×4 см катталиқдаги компресс қоғоз ёпилади ва боғлаб қўйилади. Синама бир кун ўтказиб, икки кунгача қайд қилиб борилади.

Томчи усули. Бу усул жуда оддий бўлиб, уни ҳар қандай шароитда қўллаш мумкин. Томчи усулида синама ўтказиш учун ишлаб чиқаришда кенг ишлатиладиган таъсирловчи моддаларнинг аввалдан спиртли эритмаси тайёрлаб олинади. Соғлом тери юзасига (қорин терисига) бир томчи эритмадан томизилади ва атрофи кимёвий қалам билан ўраб қўйилади. Натижа 24—48 соатдан кейин қайд қилинади. Реакция мусбат бўладиган бўлса, томчи томизилган жойда бирмунча эритема, шиш, бир ёки бир нечта тугунча ёки пуфакчали тошмалар чиқади. Носпецифик реакциялардан ажратиб олиш учун симметрик равишда компресс усулида сулеманинг 1:1000, формалиннинг 4,5% ли сувдаги эритмаси, томчи усулида 2% сулеманинг спиртли эритмасидан иборат моддалар билан назорат ўтказилади. Аллергик реакцияларни ўтказиш мутахассисдан жуда катта масъулият талаб қилади. Шу билан бирга тери синамасининг манфий натижа бериши касаллик касбга алоқадор эканлигини инкор этиш учун асос бўла олмайди.

Касбга алоқадор бўлган дерматозларни даволаш. Аввало терига тушган таъсирловчи модда ёки аллергенларни дархол кетказиш ҳамда терини зарарсизлантириш ва зарарланган терига шу моддаларнинг қайта тушмаслик чораларини кўриш керак. Баъзан шу ёрдамнинг ўзи беморнинг тузалиб кетишига сабаб бўлади. Аллергик ёки ноаллергик касбга алоқадор дерматозлар-

ни даволаш непрофессионал, яъни касбга боғлиқ бўлмаган дерматозларни даволаш билан деярли бир хил.

Касбга алоқадор аллергик дерматозлар ўткир бошланган бўлса, антигистамин препаратлар, 30% ли натрий тиосульфат эритмаси ёки 10% ли кальций хлорид эритмаси 10 мл дан ҳар кунни 8—10 кун мобайнида томирга; мускуллар орасига эса кальций глюконат юборилади.

Тери юзаси пилчираб турганда унга яхшиси резорциннинг 1% ли сувдаги эритмаси ёки кумуш нитратнинг 0,25% ли эритмасига докани намлаб қўйган маъкул; яллиғланиш шиш билан кечганида намлаб 2% ли борат кислотаси билан қилинади. Тери кўчиб, мугузланиш бошланганда ихтиол ёки 2—5% ли нафтолан пастаси қўлланилади. Мойли фолликулитларда зарарланган ўчоқларни совун билан иссиқ сувда ювиб, олтингугурт аралашмаси суртилади. Ичишга витамин А буюрилади.

Эризипеллоидга чалинганларга ичишга антибиотиклар тайинланади. Баъзан мускуллар орасига 5—7 кун ҳар 4 соатда 600.000—800.000 БР дан пенициллин қилинади, агар даво сульфаниламид препаратлари билан бирга олиб борилса яхши натижа олинади. Зарарланган терига сирдан ультратрабинафша нур, 20% ли ихтиол ёки гиоксизон малҳами ишлатилади.

Бу ўринда шуни таъкидлаш жоизки, беморни даволаш давомида уни қайта аллерген билан мулоқотда бўлишига йўл қўйилмаса даво энг юқори натижа беради.

Ишчининг меҳнат қобилятини экспертиза қилиш касбга алоқадор дерматозларнинг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Ноаллергик контакт дерматитлар, шунингдек мойли фолликулитларда бемор вақтинча бошқа ишга ўтказилади ёки касби туфайли унга 1—2 ой касаллик варақаси берилади. Қимёвий моддалар билан ишлайдиганларнинг, шу моддаларга нисбатан сезувчанлиги ортиб касаллик кучайиб тарқалишга мойил бўлса, бемор умуман бошқа ишга ўтказилади.

Касбга алоқадор дерматозларнинг олдини олишда энг аввало ишлаб чиқаришдаги шарт-шароитларни соғломлаштириш, таъсирловчи моддаларни иложи борича терига беэиён бошқа моддалар билан алмаштириш, шунингдек организмга зарарли таъсир қиладиган омилларни мутлақо бартараф этиш лозим. Иш жойларининг санитария ахволи доимий назоратда бўлиши, хизматчилар эса индивидуал химоя чораларини мукаммал билишлари ва махсус кийим-кечаклар билан таъминланишлари керак.

Ишлаб чиқаришда терини турли таъсиротлардан индивидуал химоя қилиш учун 1% бриллиант кўки, 3—5% йод, 70% ли спирт, Новикова эритмасидан, Микулич малҳамидан фойдаланилади. Терини тозалаш мақсадида таркиби рух оксиди (3,5 г), стерин (14 г) ва ўсимлик мойи (82,5 г) дан иборат совун-ланолин пастаси ишлатилади.

КЎП ШАКЛЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА

Этиологияси ва патогенези. Қасалликнинг келиб чиқиш сабаби хилма-хил ифодаланади. Баъзи дерматологларнинг фикрича қасалликни аденовируслар кўзғатади. Қасаллик патогенезида одам организмида инфекция ўчоқларнинг борлиги (хроник тонзиллит, гайморит, пульпит ва бошқалар) катта аҳамиятга эга. Чунки кўп шаклли экссудатив эритема билан оғриган беморларнинг 70% ида бундай ўчоқлар борлиги аниқланган. Бемор организмида инфекция ўчоқлар мавжудлиги Т-лимфоцитлар сонини кескин камайиб, иммун тақчиллиги ҳолатининг келиб чиқишига олиб келади. Бундай организмга вирус инфекцияси, дори-дармонлар, гелиомагнит омиллар ва бошқалар таъсир этганида кўп шаклли экссудатив эритема келиб чиқади. Қасалликка хос тошмалар кўпинча сульфаниламид, амидоприн, барбитурат, тетрациклин ва бошқа дори-дармонларни қабул қилингандан сўнг тошади. Қасалликнинг асосида токсикоаллергик реакция ётади.

Клиникаси. Кўп шаклли экссудатив эритема ўткир кечиши ва фаслга боғлиқлиги (асосан баҳор ва кузда учрайди), шунингдек полиморф тошмалари ҳамда тез-тез қайталаб туриши билан ифодаланади.

Тошмалар дастлаб қўл ва оёқнинг ташқи юзасида пайдо бўлиб, аста-секин тананинг бошқа соҳаларига тарқалади. Кўпинча оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қавати ҳам зарарланади. Бирламчи элементлардан эритематоз доғлар, «экссудатив» тугунча, пуфак, пуфакча ва қаварчиқлар кузатилиши мумкин. Аксарият қасаллик гиперемияли шишган доғлар ёки тезда катталашиб кетадиган тугунчалар билан бошланади.

Элементлар (асосан пилакчалар) периферия томон катталашиб бориши ва ўртасида чуқурча ҳосил қилиши мумкин. Элементларнинг атрофи пушти-қизил, маркази эса кўкимтир бинафша рангда бўлади.

Пуфакли элементлар ичида сероз, баъзида эса геморрагик суяқлик тутади. Пуфакларнинг пўсти тез ёрилади ва безиллаб турадиган эрозиялар ҳосил бўлади, уларнинг усти геморрагик ва сарғиш-қулранг пўст билан қопланади. Тошмаларнинг полиморфлиги қасалликнинг асосий белгиси бўлиб, шунинг учун ҳам дерматоз кўп шаклли эритема деб юритилади, Баъзан тошмалар олдидан беморнинг иссиғи чиқади, дармони қурийди, эти увишади, боши, томоғи ва бўғимлари оғрийди. Бемор даволанмаса ёки даво чоралари етарли даражада бўлмаса кўп шаклли экссудатив эритема Стивенс — Жонсон ёки Лайел синдромига ўтиши мумкин.

Стивенс — Жонсон синдроми кўп шаклли экссудатив эритеманинг оғир ва ўткир хили ҳисобланади. Қасаллик бирдан ҳароратнинг кўтарилиши, бўғимлар ва бош оғриғи, оғиз, кўз,



49- расм. Стивенс — Жонсон синдроми.

жинсий аъзолар шиллик қаватида пуфакли тошмалар тошиши билан бошланади; касаллик ички аъзоларнинг яллиғланиши (плевропневмония, эндомиокардит), артрит, менингит ва бошқа патологик жараёнлар билан бирга кечиши ҳам мумкин. Бунда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тери ва шиллик қаватларидаги эрозиялар бирлашиб катта соҳаларни эгаллайди ва улардан

кон оқиши кузатилади (49- расм).

Лайел синдроми дори-дармонлар таъсирида вужудга келадиган касалликнинг энг оғир хили бўлиб, у Стивенс — Жонсон синдромидан, терининг каттагина юзасидан эпидермиснинг кўчиши билан фарқланади ва ҳосил бўлган манзара бамисоли куйган терини (II даражали куйиш) эслатади (50-расм). Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлади. Бунда баданнинг 80—90% териси зарарланади, Никольский феномени ва Асбо-Хансен симптомлари мусбат бўлади. Стивенс — Жонсон синдромида тошмалар асосан шиллик қаватларида (табiiй тешиклар — оғиз, бурун, орқа чиқариш канали, сийдик йўли атрофида) жойлашса, Лайел синдромида (агар бу касаллик мустақил равишда бошланса) тошмалар шиллик қаватда деярли кам учрайди. Стивенс — Жонсон синдромида теридаги тошмалар дори таъсиридан 4—6 кун ўтгандан сўнг пайдо бўлса, Лайел синдромида эса 1—2 кундан кейин тошади.

Кўп шаклли экссудатив эритемани бошқа тери касалликларидан фарқлаш қийин эмас ва диагностикаси юқорида айтиб ўтилган клиник белгиларга асосланади.

Д а в о с и . Касалликнинг энгил формасида антигистамин, десенсибилизацияловчи дорилар сиртдан эса гормонал малҳамлар билан чегараланилади. Касаллик оғир кечганида (Стивенс — Жонсон ва Лайел синдромлари) кортикостероидли дорилар ичиш ёки мускул орасига юбориш тавсия этилади. Кортикостероидлар миқдори беморнинг умумий аҳволи, вазни ва патологик жараёнга боғлиқ.

ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ РАНГ ТЕМИРАТҚИСИ

Касалликнинг келиб чиқиши тўла ўрганилган эмас. Кўпчилик олимларнинг фикрича бу касалликни инфекция, аллергия ва вируслар келтириб чиқаради. Дерматоз кўпинча юқори ҳарорат билан кечадиган инфекцион касалликлар, меъда-ичак фаолияти

бузилишлари ва вакцинация қилингандан сўнг кузатилади, кўпинча баҳор ва кузда қўзиб туради.

Клиникаси. Қасаллик продромал давр билан бошланади. Бу даврда бемор дармонсизланади, бироз иссиғи кўтарилади (субфебрил), бўғим ва суяклари огрийди. Кўпгина беморларда қасаллик 1—2 та она пилакча (бирламчи медальон), яъни катталиги 3—4 см келадиган чегаралари аниқ ажралиб турадиган, овал ёки думалок шаклли йирик-йирик доғлар пайдо бўлишидан бошланади. Бу доғлар асоси инфильтрацияланиши натижасида пилакчалар ҳосил бўлади. Бу пилакчалар пушти-қизил рангда бўлиб, кепаксимон тангачалар билан қопланади. Она пилакчалар кўпинча кўкрак, бўйин ва орқада учрайди.

Бир неча кундан кейин катталиги нўхат донидан то ёнгокдек келадиган, кўпинча овал шаклдаги бир талай пушти-қизил доғлар пайдо бўлади; 2—3 кундан сўнг доғлар терининг ҳамма қисмини эгаллаб олиши мумкин. Доғнинг усти майда-майда кепаксимон пўст билан қопланади. Доғ юзасидаги эпидермис папирос қоғозига ўхшаб гижимланиб қолгандек кўринади, бу пушти темираткига хос белги ҳисобланади.

Тошмалар тана, кўкрак қафаси, қўл ва оёқларга, баъзан юз ва бўйинга тошади. Баъзи беморларда доғлар тошган пайтда бадан сал кичишиб туради, бу ҳолат бироз зўрайиши ҳам мумкин. Болаларда тошмалар (доғ, пуфакча ва баъзан пуфакли) тарқоқ ҳолда бўлиб, пилчираш билан кечади.

Қасаллик цикл билан ўтиб, узоқ давом этади; кейин доғлар ранги ўчиб, йўқолиб кетади. Асосан баҳор ва кузда кўпроқ учрайди.

Гистопатологияси. Яллигланиш жараёни сурункали дерматозларникидек, яъни эпидермисда спонгиоз, акантоз ва паракератоз кузатилади.

Диагнози. Қасалликни аниқлашда она пилакчали тошмаларнинг мономорф (баъзан полиморф) эканлигини ва уларни Лангер чизикчаси бўйича (кўкрак қафаси, бел, бўйин, сон) жойлашишини ҳисобга олиш керак. Тангачаларда замбуруғларнинг бўлмаслиги, пушти ранг темираткини юзаки дерматомикозлардан ажратиб туради. Юқорида келтирилган симптомларнинг борлиги ва псориастик триаданинг манфийлиги билан пушти ранг темиратки псориаздан фарқланади.

Давоси. Даволашда антибиотиклар (эритромицин, олететрин), кальций препаратлари, натрий тиосульфат, антигистамин дорилар, витаминлар, аутогемотерапия қўлланилади. Сиртдан териға гормонал крем ва малҳамлар суртилади. Аччиқ, шўр ва қонурилган овқатлардан ўзни тийиш, асосан парҳез таомлар буюрилади.

ВИТИЛИГО (ПЕС, VITILIGO)

Витилиго (пес) Осиё худудида кенг тарқалган тери касалликларидан. Бу касаллик қадим замонлардан бери маълум. Гиппократ ва Платон витилигода учрайдиган тери оқаришини *Alphos*, Аристотель эса *Leuse* деб атаганлар. Баъзи олимлар фикрича *vitiligo* сўзи бузоқча маъносини англатади (яъни оқ доғлари бор бузоқча). Яна бошқаларнинг фикрича бу термин *vitium* — англашмовчилик, хатолик деган сўздан келиб чиққан.

Витилигонинг келиб чиқиши мохов тарихи билан узвий боғлиқ. Қадимда мохов ва витилиго билан оғриган беморларни аҳолидан ажратиб моховхоналарда сақлашган. Витилиго ва моховни бир-биридан клиник жиҳатдан ажрата билмаслик, теридаги оқ доғлардан кўрқиш, турли руҳий ўзгаришларни келтириб чиқаради ва беморларни жамоадан четлашишига олиб келади.

Этиологияси ва патогенези. Ҳозирги замонда касалликнинг келиб чиқиш сабабларини тушунтирувчи бир қанча назариялар ва гипотезалар мавжуд.

Невроген назарияси тарафдорлари фикрича, витилиго билан зарарланган теридаги нерв толаларида дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Оқ доғли терида терлашнинг пасайиши, витилиголи терини соғлом одам терисига кўчириб ўтказганда депигментациянинг ҳосил бўлиши ёки аксинча витилиголи тери ўрнига кўчириб ўтказилган соғ терида оқ доғларнинг пайдо бўлиши невроген назариясини тасдиқловчи далиллардир.

Витилигонинг келиб чиқиши ва ривожланишида эндокрин безларнинг аҳамияти катта. Шу касаллик билан оғриган беморларнинг кўпчилигида тиреотоксикоз, миксидема ёки Ҳошимота касалликларини учратиш мумкин. Тиреотоксикоз билан оғриган 105 бемордан 9 тасида витилиго борлиги аниқланган; шу билан бирга касаллик пайдо бўлишида жинсий гормонлар миқдори, бўйрак усти беzi фаолияти ўзгаришининг муҳим аҳамияти борлиги олимлар томонидан тўлиқ ўрганилган.

Аутоиммун назарияси тарафдорлари витилиго теридаги меланоцитларнинг антителолар билан шикастланиши оқибатида юзга келади деган фикрни айтадилар. Илмий изланишлар натижасида витилиго билан оғриган беморларнинг қон зардоби ва терисида меланоцитларга қарши антителолар топилган. Кўпинча витилигонинг аутоиммун касалликлар (қизил югурук, пернициоз анемия ва бошқалар) билан бирга учраши иммунологик назарияни яна бир бор тасдиқлайди.

Витилигонинг келиб чиқишида терида кислород ва микроэлементлар (кумуш, рух, темир ва бошқалар) етишмаслигининг ҳам таъсири бор.

Клиникаси. Витилигода терининг турли жойларига оқ доғ тушади. Доғлар думалоқ ёки овалсимон бўлиб, атрофидаги соғ

теридан аниқ ажралиб туради, баъзи оқ доғ чегараси жимжимадор бўлади. Депигментли доғ атрофидаги тери нормал пигментли ёки гиперпигментли бўлиши мумкин (51- расм).

Оқ доғ тушган жой аста-секин катталашиб, бир-бири билан қўшилиши ва терининг хийлагина қисмини эгаллаб олиши мумкин. Биргина оқ доғнинг ўзида репигментли доғларни ва унинг чегарасида эса янгидан пайдо бўлаётган оқ доғларни кузатиш мумкин.

Қасаллик бошланишини кўпинча беморлар сезмайдилар. Аста-секин тери оқаради баъзан бирдан оқариш ҳоллари ҳам учрайди (бир кечади бутун танани оқ доғлар эгаллагани ҳам кузатилган). Оқ доғ пайдо бўлишидан олдин тери кичиши ва бироз кепакланиши ҳам мумкин.

Оқ доғлар терининг турли жойлари (юз, бўйин, қўл, оёқ)га тушади. Оқ доғлар симметрик ёки носимметрик бўлиб, доғ тушган жойдаги соч ва туклар ҳам оқариб чиқади. Доғ тушган жойда терининг сезиш хусусияти йўқолмайди.

Витилигога диагноз қўйишда уни мохов касаллигидан фарқлай билиш ўринли. Моховда оқ доғли терида, сезувчанлик йўқолган бўлади.

Гистопатологияси. Эпидермиснинг базал қаватида кератиноцитлар ичидаги меланин доначалари кам ёки умуман бўлмайди; меланоцитларда ҳам худди шу ҳолатни кузатиш мумкин. Лангерганс хужайраларининг сони эса ортади.

Даво си. Витилигони даволашда бир қанча усуллар мавжуд, улар ичида ПУВА-терапия алоҳида ўрин эгаллайди. Бу усул 4—5 босқич, 16—20 сеанс фотохимиотерапияни ўз ичига олади. ПУВА-терапия хафтаига 3 ёки 4 марта ўтказилади, босқичлар орасида дам олиш мuddати 1,5—2 ой. Бу даво усули қўлланилганда витилиголи терида тез орада меланин пигменти синтези бошланади.

Витилигони даволашда лазер нуридан кенг фойдаланилмоқда. Бунинг учун ультрабинафша, инфрақизил ва бошқа лазер нурлари тавсия этилади. Лазер нурларини фотосенсибилизаторлар (пувален, псоберан) ва мелагенин билан бирга қўллаш яхши самара беради.

Витаминлар (В₁, В₆, В₁₂, С ва бошқа) билан даволаш мақсадга мувофиқ. Микроэлементлардан 1% ли мис сульфат эритмасини 10 томчидан 3 маҳал ичиш ёки шу эритмани электрофорез билан бирга қўллаш, таркибида мис бўлган дорилардан «Купир»ни парентерал йўл (мускул ичига) билан организмга юбориш мумкин.



51- расм Витилиго.

ТЕРИ ВАСКУЛИТЛАРИ

Тери васкулитлари тери касалликлари ичида катта гуруҳни ташкил этади. Васкулитлар тери ва тери ости ёғ қаватида жойлашган майда ҳамда ўртача қон томирларнинг яллигланиши оқибатида вужудга келади.

Дерматолог тажрибасида аллергия васкулит кўп учрайди. Касалликни юзага келтирувчи сабабларга қараб токсико-аллергик, анафилактик ва аутоиммун васкулит тафовут қилинади. Касаллик патогенезида организмнинг инфекция ўчоқларидаги (гайморит, тонзиллит, отит, кариес ва бошқалар) микроорганизмларга нисбатан ўта сезувчан (сенсibiliзация) бўлиши муҳим ўрин тутаети. Касалликнинг вужудга келишига фақат микроблар эмас, балки бошқа омиллар (кимёвий моддалар, физик, метеорологик ва бошқалар) ҳам таъсир этади.

Кейинги йилларда дори-дармонларнинг хилма-хиллиги туйфайли дорилар таъсирида пайдо бўладиган аллергия васкулитлар кўп кузатилмоқда. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, пиримидон ва фенотиозин бирикмалари кўпроқ аллергия васкулитларга сабаб бўлади. Организмнинг алкоголь ва никотин билан сурункали захарланиши ҳам васкулитлар ривожланишини тезлаштиради. Васкулитларнинг келиб чиқиши ва ривожланишида аутоаллергиянинг роли катта деган фикрлар бор; бемор қонида иммун комплекс ҳосил қилувчи антиген ва антителоларнинг топилиши, қон томирлари деворида иммуноглобулин ва комплекментларнинг чўқиши бунинг исботидир.

Кўпчилик олимлар томонидан юзаки (Шенлейн — Генохнинг геморрагик васкулити, геморрагик капилляротоксикоз, Мишер—Шторк микробид, Руитернинг аллергия артериолити ва бошқалар) ва чуқур (тугунли периартрит, ўткир тугунли эритема, сурункали тугунли эритема ва бошқалар) васкулитлар тафовут қилинади.

Клиникаси. Касалликнинг тўсатдан бошланиши, тошмаларнинг оёқларда симметрик жойлашиши, полиморфолиги ва улар некротик ёки геморрагик компонентларга эга эканлиги васкулитларга ҳос бўлган умумий белгилардир (52-расм). Тошма тошган жойда оғрик бўлади; касаллик узоқ давом этиб,



52- расм. Ярали некротик васкулит.

вакти-вакти билан (совуқ тушган даврда) кўзиб туриши мумкин. Касалликнинг ўткир даврида бош оғриғи, дармонсизлик, уйқусизлик, баъзан ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади.

Шенлейн — Генохнинг геморрагик васкулити. У Генох ва Шенлейн пурпураси кўринишида ўтади.

Генох пурпураси асосан болалар ва ўмирларда, кўпроқ аёлларда учрайди. Терида ўзига хос бўлган геморрагик каварчик, тугунча, пуфақча, некрозли ярачалар кузатилади. Бу тошмалар асосан қўл ва оёқларнинг ёзувчи қисмларида, катта бўғимлар атрофида жойлашади. У кўпинча ревматизм билан бирга кечади. Бунда бўғимлар оғришидан ташқари қорин оғриғи, меъда-ичак ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши ҳам мумкин. Қонда лейкоцитоз, анемия, гипергаммаглобулинемия кузатилади. Қон ивиши, протромбин вақти кўрсаткичларида ўзгаришлар бўлмайди. Кончаловский — Румпел — Ледеде симптоми мусбат бўлади. Шенлейн пурпураси асосан катта ёшдаги болаларда учрайди. Бунда тизза, тўпиқ, елка бўғимлари кизаради, шишади ва кучли оғрийди. Терида геморрагик тошмалар (бўғим атрофида), абдоминал симптомлар, эндомиокардит ва перикардитларнинг учраши касалликка хос ҳисобланади. Оғриқ салицилатлар таъсирида камаймайди. Шенлейн — Генохнинг пурпурасида нафас олиш, нерв системаси ва буйракда (гломерулонефрит) патологик ўзгаришлар кузатилади.

Ўткир тугунли эритема ўткир бошланади, ҳарорат кўтарилади (37—38°C), бўғим ва мускуллар оғрийди. Шунингдек бош оғриғи ва дармонсизлик кузатилади. Болдир ва елка олдининг ёзувчи қисмларида симметрик жойлашган, чегараланган, оғриқли, қизил рангли тугунлар пайдо бўлади. Бу тугунлар секин-аста катталашиб, ёнғоқдек ва ундан ҳам каттароқ бўлиши мумкин. Бир неча кундан сўнг тугунлар камайиб, рангсизланади, ярага айланмайди ва ўзидан сўнг пигментли доғ қолдиради.

Гистопатологияси. Дерма ва гиподермада лимфоцит, гистиоцит, нейтрофиллардан иборат периваскуляр инфильтрат кузатилади.

Сурункали тугунли эритема асосан аёлларда учрайди (25—45 ёшда). Тугунлар кўпинча болдирда бўлади; юрганда, узоқ вақт тик туриб қолганда бемор қаттиқ оғриқ сезади.

Сурункали тугунли эритемада тугун кўпинча битта бўлади, у аста-секин атрофга қараб ўса бошлайди ва марказий қисми сўрилиб, доира шаклини олади. Касаллик эса бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин. У об-ҳаво совиши билан бошланиши туфайли ўткир тугунли эритемага ўхшайди.

Диагнози. Касаллик диагностикасида васкулитларни Базен эритемаси, тери сили, дорилар таъсирида вужудга келган токсикодермиялардан фарқлаш керак.

Давоси. Кенг спектрда таъсир этувчи антибиотиклар, десенсибилизацияловчи моддалар, витаминлар (С, В₁, В₆, В₁₂, РР), безгакка қарши препаратлар, оз микдорда кортикостероидлар, анальгетиклар ҳамда қон томирлар деворини мустаҳкамловчи (рутин, аскорутин) дори-дармонлар тавсия этилади.

Маҳаллий даво сифатида курук иссиқ, 5—10% ли ихтиол эритмаси билан компресс қилиш, ультрабинафша нур, УВЧ, стероидли кремлар ва малҳамлар ишлатилади.

ТЕРИ ЛИМФОМАСИ

Тери лимфомаси асосида теридаги ретикуло-гистиоцитар (лимфоид-ретикуляр) системанинг ўсиши ётади. Теридаги бундай ўсмалар хавфли ёки хавфсиз бўлиши мумкин.

Дерматолог тажрибасида тери лимфомалари қаторига кирувчи касалликлар ичида (бирламчи ретикулёз, Сезари синдроми, тери ретикулосаркоматози) қўзиқоринсимон микоз (*mucosis fungoides*) кенг тарқалган. Баъзи олимлар буни терининг хавфли ўсмаси, Т- ҳужайрали лимфома деб ҳам атайдилар.

Қўзиқоринсимон микознинг этиологияси ва патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Лекин клиник кузатишлар шуни кўрсатадики, қўзиқоринсимон микоз мустақил касаллик сифатида (касалликнинг бошидан то охиригача) ёки баъзи оддий дерматозларнинг (нейродермит, сурункали экзема, эритродермия ҳолатлари ва бошқалар) трансформацияси оқибатида вужудга келиши мумкин.

Клиникаси. Қўзиқоринсимон микоз 70—80% ўрта ёшдаги (40—60) кишиларда учрайди, эркакларда нисбатан кўпроқ кузатилади.

Касалликни қуйидаги шакллари ажратилган: 1. Классик шакли ёки Алибер — Базен шакли. 2. Видал ва Брок шакли. 3. Галлопо-Беньенинг эритродермик шакли. Булар орасида Алибер — Базеннинг классик шакли кўпроқ учрайди ва ўзининг клиник кечишида 3 босқични ўтади: 1) экзематоидли-эритродермик; 2) инфилтратив-пилакчали ва 3) ўсмали.

Экзематоидли-эритродермик босқичида теридаги тошмалар парапсориаз, экзема, псориаз, нейродермит ёки генерализацияланган эритродермияларнинг клиник кўринишини эслатади. Лекин бу дерматозлардан фарқли ўларок қўзиқоринсимон микоз оғир клиник кечиши, тошмалар атрофидаги чегаранинг кескин бўлиши, атрофидаги лимфа тугунларининг катталашиши, қаттиқ қичишиши ва яллиғланишга қарши десенсибилизацияловчи даво усулларига нисбатан ўта чидамлилиги билан ифодланади.

Инфилтратив-пилакчали боскичида теридан бир оз кўтарилган ясси инфилтратлар юзага келади. Тошмалар катталиги кафтдай тўқ-қизил ёки кўкимтир рангда бўлади.

Ўсмали боскичида терида ўсмалар пайдо бўлиб, шу билан бирга экзематоидли ва инфилтратив-пилакчали ўзгаришлар ҳам учрайди (53-расм). Тўқ қизил рангли ўсмалар олча данагидан тортиб то тухумдек катталиқда бўлиши мумкин. Ушлаб кўрилганда улар қўлга қаттиқ уннайди, теридан 1—4 см кўтарилиб туради; бу ўсмалар тезда ўсиб, деструкцияга учрайди ва натижада чуқур яралар вужудга келади. Яралар атрофидаги тери қалинлашиб, юзаси қон-йиринг аралаш ёки гангренага учраган тўқима билан қопланади. Қасалликнинг бундай боскичида кўпчилик беморларда дармонсизлик, иштаҳа пасайиши, ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Баъзан ўсмалар шиллик қаватда пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Қўзикоринсимон микознинг Видал — Брок шакли биринчи (экзематоидли) ва иккинчи (пилакчали) боскичларсиз ўсмали боскичга ўтади.

Галлопо-Беньенинг эритродермик шакли бирдан эритродермия ҳолати билан бошланади. Бунда тана ва қўл-оёқ териси қизариб, шишади, инфилтланади ва тангачалар билан қопланади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Теридаги қизил ранг аста-секин кўкимтир-бинафша тус олади.

Гистопатологияси. Қасалликнинг биринчи боскичида терида оддий яллиғланиш жараёнини (эпидермисда акантоз, экзозитоз, шиш, дермада эса — лимфатик ва қон томирларининг кенгайиши) кузатиш мумкин. Дермада лимфоцит, фибробласт, эозинофиллардан ташкил топган инфилтрат кузатилади. Иккинчи боскичида акантоз ҳолати кучаяди ва гистиоцит ҳамда лимфоцитлардан иборат Потрие микроабсцесслари пайдо бўлади.

Учинчи боскичида пролифератив жараён атрофга ва тери ичига кенгайиб боради ва дермада атипик ҳужайралар сони ортади.

Давоси. Лимфопролифератив тери касалликларини даволашда кортикостероидларни (преднизолон, полькартолон ва бошқалар) химиотерапевтик моддалар (проспидин, циклофосфан, винбластин, винкристин) билан бирга қўлланилади.



53-расм. Тери лимфомаси.

Шу билан бирга симптоматик даво чоралари (антигистамин, десенсибилизацияловчи, транквилизатор ва седатив дори-дармонлар, кортикостероидли малҳамлар) қўлланилади.

ХЕЙЛИТ (CHEILITS)

Хейлит — лабнинг яллиғланиши; бунда лабнинг қизил хошияси, шиллиқ қавати ва териси яллиғланади. Чин ва симптоматик хейлит фарқ қилинади. Чин хейлитнинг эксфолиатив (қурук ва экссудатив), гландуляр (бирламчи ва иккиламчи), метеорологик ва актиник хиллари бор.

Симптоматик хейлит атопик, экзематоз (лаб экземаси), контактли (оддий ва аллергик) ва макрохейлит кўринишида учрайди.

Эксфолиатив хейлит — сурункали касаллик бўлиб, асосан аёлларда учрайди, бунда фақат лабнинг қизил хошияси яллиғланади.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг келиб чиқишида психоэмоционал омиллар катта аҳамиятга эга. Беморларда вегетатив нерв системасининг дисфункцияси кузатилади. Айниқса эксфолиатив хейлитда симпатoadренал системанинг кучайиши, шунингдек тиреотоксикознинг енгил кўриниши рўй беради.

Клиникаси. Касаллик бир ёки иккала лабда бўлиб, лабнинг фақат қизил хошияси яллиғланади. Яллиғланган соҳа оғизнинг бир бурчагидан иккинчи бурчаги томон лента шаклида чўзилиб, лаб шиллиқ қавати билан чегараланади ва Клейн зонаси деб аталади.

Эксфолиатив хейлитнинг экссудатив шаклида Клейн зонасида сариқ-жигарранг, сариқ-кулранг пўстлар кузатилади. Базан пўстлар қалин ва катта бўлиб, этакка ўхшаб осилиб туради. Пўстлар олиб ташланса лабнинг қизил силлиқ юзаси кўринади. Орадан 3—4 кун ўтганидан сўнг лаб сатҳи яна пўст билан қопланади. Хейлитнинг бу хилида эрозиялар бўлмайди. Беморни лаб терисининг тортилиб оғриши безовта қилади.

Эксфолиатив хейлитнинг қурук шаклида лабдаги пўстлар кулранг ёки жигарранг бўлиб, ўртасидан лабнинг қизил хошиясига яхши ўрнашади. Пўст олиб ташланса эрозия кузатилмайди, лабнинг шиллиқ қавати биров гиперемияланади; лаблар қуриб, тортишиб оғриydi.

Эксфолиатив хейлит бирдан бошланиб, узоқ давом этади, вақти-вақти билан йўқолиб кетиши ҳам мумкин.

Актиник хейлит ҳам лабларнинг сурункали касаллиги, бунда лабларнинг қизил хошияси қуёш нурига нисбатан ўта се-

зувчан бўлиб қолади. Актиник хейлит асосан 20—60 ёшгача бўлган эркакларда учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Касалликни ультраби-нафша нурга нисбатан аллергия реакциянинг сустрқуриниши де-са бўлади. Касалликнинг ривожланишида меъда-ичак ва гепато-билиар системаларнинг ахамияти катта.

Клиникаси. Касаллик икки хил кўринишда: экссудатив ва куруқ кечади. Актиник хейлитнинг куруқ шакли асосан эрта баҳорда бошланади. Пастки лаб қизаради ва унинг усти майда, куруқ оқ тангачалар билан қопланади, касаллик ўчоги пастки лабнинг бутун сатҳини эгаллаб олади. Тепа лаб ва юз териси де-ярли яллиғланмайди. Баъзи беморларнинг лаби танга-танга бўлиб куришиб, қотиб кетади ёки верукоз ўсмалар пайдо бўлади. Актиник хейлитнинг экссудатив хили клиник кўриниши жиҳатдан ўткир аллергия контакт дерматитга ўхшаб кетади. Бунда пастки лабнинг қизил хошияси шишади, гиперемиялашиб, майда-майда пуфакчалар ҳосил бўлади, улар тезда ёрилиб, эро-зиялар кўзга ташланади. Аста-секин лабнинг устки қисми пўст билан қопланади. Беморларни лабнинг қичишиб, оғриши, ачиши-ши безовта қилади.

Касаллик баҳор ва ёз ойларида кўзиб, куз ҳамда қиш ойлари-да йўқолиб кетади. Агар дерматоз узоқ давом этса, у ҳолда эро-зия ва чуқур ёриқлар ҳосил бўлади. Эрозия ва яралар тезда бит-маса, албатта цитологик ва гистологик текширишлар ўтказиш зарур. Чунки актиник хейлитнинг узоқ давом этиши кейинчалик тери раки ёки бошқа ўсмаларига сабаб бўлиши мумкин.

Гистопатологияси. Эпидермисда эпителий гиперплази-яси ва паракератози; дерма шишган, қон томирлари кенгайган ва улар атрофида яллиғланган инфилтратлар кузатилади.

Давоси. Эксфолиатив хейлитни даволашда транквилизатор-лар, антидепрессантлар, адреноблокаторлар асосий восита; ни-котин кислотаси, В гуруҳ (B_1 , B_2 , B_6 , B_{12}) витаминлар тавсия эти-лади. Безгакка қарши препаратлар (делагил, хингамин) ҳам қўллаш мумкин.

Маҳаллий даво сифатида кортикостероидли малҳам ёки крем-лар, шунингдек намлаш (примочка) суюқликлари ишлатилади.

Актиник хейлит қайталанишининг олдини олиш мақсадида фотохимоя малҳамлари («Шит», «Луч», «Анти-люкс», 7—10% ли салол) суртиш мумкин.

СОЧ ТЎКИЛИШИ (ALOPECIA)

Соч тўкилишининг туғма ёки симптоматик хили тафовут қилинади. Туғма алопецияда сочлар бутунлай ёки қисман тўкилиши мумкин, бундай алопеция кўпинча эктодермал диспла-

зияли генетик дерматозлар билан бирга кечади. Симптоматик соч тўкилиши токсик моддалар инфекция, оғир соматик касалликлар, шунингдек турли хил патологик жараёнлар оқибатида вужудга келади. Сочларнинг диффуз тўкилиши кўпроқ себореяли субъектларда кузатилади.

Уя-уя бўлиб соч тўкилиши (alopecia areata) кўп учрайди. Соч тўкилган жойда юмалоқ ёки овал шаклдаги оқ ва ялтироқ ўчоқлар ҳосил бўлади. Уя-уя бўлиб соч тўкилишига нерв фаолиятининг бузилиши, шунингдек эндокрин ва моддалар алмашинуви касалликлари сабаб бўлади.

Бошдаги соч, қўлтиқ ости, жинсий аъзолар атрофидаги жун бирдан тўкилади (54-расм). Дастлаб соч тўкилган жой кичик бўлиб, бора-бора хийлагина жойни эгаллайди. Вақтдан илгари соч тўкилиши ўрта яшар эркаларда учрайди. Бунда икки чакка ва тепадаги соч тўкила бошлаб, бир неча йилдан сўнг бутунлай қолмайди ёки бошнинг чакка қисмида қолади. Қариликдаги соч тўкилиши ёши улғайган аёллар ва эркаларда учрайди. Баъзи беморларда тотал алопеция кузатилади. Соч тўкилган тери ўзгармайди. Касаллик даволанмаса ҳам тузалиб кетиши ёки бир неча йилга чўзилиши мумкин.



54- расм. Сочнинг уя-уя бўлиб тўкилиши.

Давоси. Витаминотерапия (А, В группаси, Е, РР), микроэлементлар (кўргошин, мис ва бошқалар), тинчлантирувчи (транквилизатор) ва гормонал моддалар, шунингдек биостимуляторлар (алоэ, ФИБС); маҳаллий даво сифатида терини қиздирувчи моддалар (хлоралгидрат, қалампир настойкаси) суртилади. Маҳаллий фотохимиотерапия буюрилади, бунда соч тўкилган терига таркибида фотосенсибилизатор бўлган малҳам ёки суюқлик суртилади ва орадан 40 дақиқа ўтгач ультраби-нафша нурлар қабул қилинади. Физиотерапевтик давонан криомассаж, дарсонвал, ультратовуш, Букки нурлари тавсия этилади.

ТЕРИНИНГ РАК ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Боуэн касаллиги — рак олди дискератози ҳисобланади. Бадан терисида унча кўп бўлмаган, пушти рангли, думалоқ чегараланган пилакчалар пайдо бўлади. Уларнинг кўриниши қизил ясси меириятки ҳамда псориаз тошмаларига ўхшайди. Лекин бу тошмалар тангача ва қонли пўст билан қопланган бўлиб, уларни

олиб ташланса силлиқ, пилчираган пуштинамо юза кўзга ташланади. Тошмалар атрофига тарқалиши ва бир-бирига қўшилиб кетиши мумкин. Вақт ўтиши билан элементларнинг марказий қисми чўқади, атрофияга учраб, эрозияга айланади ва вегетация билан ёпилади. Кейинчалик эса дерматоз базал ёки ясси хужайрали карциномага айланади, лимфа тугунларининг катталашиси ва ички аъзолар метастазига олиб келади.

Диагноз қўйиш албатта патоморфологик текширишларга асосланади.

Давоси. Қасалликнинг бошланиш даврида чуқур криотерапия, кечиккан ҳолларда эса — нур билан даволаш, жарроҳлик усули қўлланилади.

Пигментли ксеродерма — рецессив тарзда наслдан-наслга ўтадиган касаллик бўлиб, кўпинча болалик даврида бошланади. Қасаллик асосан ота-онаси қариндош бўлган болаларда кўп учрайди.

Бунда бемор териси қуёш нурига нисбатан ўта сезувчан бўлади, шу сабабли ҳам биринчи тошмалар, майда холга ўхшаш гиперпигментли доғлар кўринишида терининг очиқ қисмларида (қуёш нури таъсиридаги соҳаларида) пайдо бўлади. Тошмалар катталашади, кўпаяди, эритемали кўнғир бўлиб, телеангиоэктазия, ангиома ва атрофиялар вужудга келади. Кейинчалик папиллома ва сўгаллар ўсиши, терини (асосан юз, бўйин териси) доғ бошиши ҳамда яралар пайдо бўлиши кузатилади. Яраларнинг чандикланиши натижасида бурун ингичкалашиб («қуш тумшуги»), кўз қовоғи қайрилиб қолади (55-расм). Папилломалар одатда хавфли ўсмаларга айланади. Пигментли ксеродерма кўпинча спиоцеллюляр рак, меланосаркомалар билан бирга учрайди.

Давоси. Нафи тегадиган даво воситалари ҳозирча номаълум. Асосан қуёш нуридан сақланиш тавсия этилади.

Лейкоплакия, лейкокератозлар. Патологик жараён лабларнинг қизил ҳошияси, оғиз ва қин шиллиқ қаватларида кузатилади. Бунда терининг мальпигий қавати қалинлашади (кератинизация). Турли катталиқ ва шаклдаги чегаралари жимжимдор пиллакчалар пайдо бўлади. Вақт ўтиши билан пиллакчалар устида сўргичсимон ўсмалар, ёриқлар ва яралар вужудга келади.

Қасалликнинг келиб чиқишида турли жароҳатлар, куйиш, кимёвий моддалар ва тамакиннинг таъсири катта.



55- расм. Пигментли ксеродерма.

Қасаллик сурункали кечади ва кўпинча у ракка айланади.

Гистологик текширишлар плазматик ва атипик ҳужайралардан ташкил топган инфилтрат борлигини кўрсатади.

Д а в о с и. Ўсмалар хирургик йўл билан олиб ташланади. А, Е, В₁₅, С витаминлар берилади, Букки нуллари тавсия этилади.

Базалиома (базал ҳужайрали рак) терининг хавфли ўсмалари орасида кенг тарқалган бўлиб, эркак ва аёлларда, кўпинча катта ёшдагилар орасида учрайди. Патологик жараён асосан юзда (кўз олди соҳалари, бурун-лаб бурмаси), бошнинг чакка қисми, кулок олди ва бўйинда жойлашади. Базалиома ўзгармаган ёки патологик жараён туфайли ўзгарган терида (кечки рентген дерматити, сил, чандикли атрофияларда, гистиоцитома ўрнида) ва қизил югурукдан сўнг пайдо бўлган чандикли атрофияларда ривожланиши мумкин.

Клиник кечиши бўйича базалиоманинг юзаки, ўсмали, ярали, пигментли ва склеродермасимон хиллари тафовут этилади.

Ю з а к и базалиомада аввалига чегараланган, кипикланувчи пушти ранг доғлар пайдо бўлади. Кейинчалик периферияда майда тугунча кузатилади, улар қаттиқ, қизғиш-пушти ёки тери рангида бўлиб, бемор оғриқ ва қичишиш аломатларини сезмайди. Тугунча секин-аста катталашади, марказий қисмида қизил рангли пўст пайдо бўлади, агар у олиб ташланса, яра унинг четида берч болишча кўринади. Юзаки базалиомада ўчоқлар бир ёки бир нечта бўлиши мумкин. Кўп ўчоқли базалиома асосан узок муддат инсоляция таъсирида бўлган ёки себореяли кератоз, Боуэн касаллиги ва сепкили бор кишларда учрайди.

Базалиоманинг ў с м а л и хилида аввал тугунча пайдо бўлади ва у аста-секин ўсиб катталашади, шакли думалок, ранги эсаним-пушти бўлади. Ҳосил бўлган ўсма юзаси текис, телеангиоэктазия, баъзан кул ранг тангачалар билан қопланади. Марказий қисмда зич ёпишган пўст яра ҳосил бўлади. Ўсманинг катта-кичклигига қараб базалиоманинг майда ва йирик тугунчали хиллари тафовут этилади.

Ярали базалиома мустақил равишда ёки юзаки ва ўсмали хилларининг емирилиши туфайли пайдо бўлиши мумкин. Бунда воронка шаклида унча катта бўлмаган яра пайдо бўлиб, унинг остида кичик, чуқур тўқималар билан бирлашган инфилтрат кузатилади. Яралар емирилиши оқибатида уларнинг туби чуқур жойлашган тўқималарга етиб боради (56-расм). Баъзан юзасида папилломатоз, веррукоз ўсмалар ўсади. Бундай ўсмаларнинг кўз, кулок ва чакка атрофида жойлашиши ҳаёт учун хавфли ҳисобланади.

Склеродермасимон базалиом ўсма қаттиқлиги, периферия томон ўсиши ва марказида телеангиоэктазия борлиги билан ифодланади.

Г и с т о п а т о л о г и я с и. Эпидермисда ҳужайраларга ўхшаш,

катта ядроли, суст ривожланган протоплазмали хужайралар кузатилади. Хужайралар ичида гликоген бўлмайди.

Давоси. Яра ҳосил бўлгунга қадар 5% ли падофиллин малҳами, криотерапия, диатермокоагуляция тавсия этилади. Яра ҳосил бўлган ҳолларда рентгенотерапия ва жарроҳлик йўли билан даволанади.

ТЕРИНИНГ ИРСИЙ КАСАЛЛИҚЛАРИ

Ихтиоз — эпидермисда мугузланиш жараёнининг бузилиши оқибатида келиб чиқадиган касаллик. Бунда бемор териси балик тангачасига ўхшаб кетади. Ихтиознинг бир неча клиник хили тафовут қилинади.

Вульгар ихтиоз. Касаллик аутосом-доминант йўл билан наслдан-наслга ўтади. Патологик жараён тарқоқ бўлиб, қўд ва оёқларнинг ёзувчи қисмларида, белда, қоринда жойлашади. Бунда тери ҳаддан ташқари қурук бўлиб, қалинлашади, пўст ташлайди, шунингдек фолликуляр кератоз кузатилади. Терининг баъзи соҳаларида (думбалар ораси, қўлтиқ ости, бўғим бурмалари, жинсий аъзолар) патологик ўзгаришлар бўлмайди. Касаллик ёз ойларида бироз тузалинқираб қолади.

Терининг қуруқлиги, тангачаларнинг кўринишига қараб вульгар ихтиознинг бир қанча клиник хиллари фарқ қилинади: ксеродермия — ихтиознинг энг кўп тарқалган хили, бунда тери қурук кепаксимон тангачалар билан қопланган бўлади; оддий ихтиозда — қурук, қалинлашган ва дағал терида пластинкасимон тангачалар бўлади; ялтировчи ихтиозда эса (асосан оёқ ва қўлларда) соч фолликулаларининг тангачалар билан тўдиши ва уларнинг ўзига хос ялтираши кузатилади. Ихтиознинг hystrix хилида терининг айрим жойлари (қўл ва оёқнинг ёзувчи юзалари) қалинлашиб, мугуз қавати жайра тиконига ўхшаб кетади. Тери қалинлашади (5—10 мм ча). Сочлар қурук, ингичка, тирноқлар қалин тортади. Тер ва ёғ безларининг фаолияти бузилади.

Касаллик энгил кечганида беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, огирроқ хилида эса пиодермия, отит, пневмония ва бошқалар ривожланади.

Гистопатологияси. Эпидермисда — гиперкератоз, гранулёз, дермада — периваскуляр инфильтрат (асосан лимфоцитлардан иборат) кузатилади. Соч фолликулалари ва ёғ безлари атрофияга учрайди.

Давоси. Витамин «А» катта дозада (хар куни 400.000—300.000 ХБ), витамин «Е» 100 мг дан тавсия этилади. Витаминотерапия, микроэлементлар бериш мақсадга мувофиқ. Замонавий препаратлардан неотигазан буюрилади.

Дарье хасталиги (вегетацияли фолликуляр дискератоз) — аутосом доминант йўл билан наслдан-наслга ўтади, асосан эр-какларда учрайди. Қасалликнинг этиологияси ва патогенези аниқланмаган, бунда ички секреция безлари фаолиятининг бузилиши, жинсий ривожланмай қолиш, ақли заифлик ва бошқаларнинг таъсири бор.

Клиникаси. Беморнинг кўкраги ва кўкрак суяклари орасида, ташки жинсий аъзолари атрофида папулалар пайдо бўлади (57-расм). Яллиғланишга мойил бўлмаган лентикуляр тугунчалар пайдо бўлиб, усти кулранг пўст билан қопланади, улар бир-бири билан қўшилиб пилакчалар ҳосил қилади. Элементлар симметрик жойлашишга мойил бўлади. Жароҳатланган тери кирланганга ўхшаб, юзаси ғадир-будур бўлади. Патологик жараён бошда бўлса, унда папулалар ёгли қалин пўстлар билан қопланиб, соч тўкилиши кузатилади. Тирноқлар қалинлашади, шакли ўзгариб, уваланиб кетади.



57-расм. Дарье касаллиги.

Гистопатологияси. Терининг мугуз, донадор ва тикансимон қаватларида «думалоқ таначалар», «доначалар» кузатилади, шунингдек акантоз, гиперкератоз ва папилломатоз аниқ кўзга ташланади. Дермада одатдагидек сурункали яллиғланиш белгилари аниқланади.

Давоси. Беморларни ремиссия ҳолатига келтириш учун неотигазон дориси қўлланилади; витаминотерапия, биоген стимуляторлар тавсия этилади. Маҳаллий даво сифатида кортикостероидли малҳамлар ишлатилади. Қасаллик оғир кечганда стероидли препаратлар (таблетка ёки инъекция шаклида) буюрилади.

СЕБОРЕЯ (SEBORRHOEA)

Себорея ёғ безлари фаолиятининг бузилиши натижасида келиб чиқадиган тери касаллиги. «Себорея» сўзи грекча бўлиб, «ёғ оқиши» деган маънони билдиради.

Этиологияси ва патогенези. Себорея асосида теридаги ёғ безлари секретор функциясининг издан чиқиши ётади; бунда ёғ кўп микдорда ҳосил бўлади ва сифат ўзгаришларига учрайди.

Қасаллик балоғатга етиш даврида пайдо бўлади ва бошнинг сочли қисми, лунж, кўкрак ҳамда орқа терисида жойлашади. Асосан, эндокрин безлар ва нерв системаси фаолиятининг бузилиши, ички касалликлар, турли заҳарланишлар сабаб бўлади.

Клиникаси. Қуруқ ва ёғли себорея фарқ қилинади; ажра-лаётган ёғнинг консистенциясига қараб, ёғли себорея суюқ ва қуюқ шаклларга бўлинади. Клиник тажрибада себореянинг аралаш шакллари ҳам учрайди.

Себореянинг юқорида айтилган шакллари маълум бир прогностик аҳамиятга эга. Қуруқ себореянинг узоқ давом этиши натижасида экзематозли ўчоқлар ҳосил бўлиши, ёғли себорея эса хуснбузар ва сочининг тўкилишига олиб келиши мумкин.

Ёғли себорея. Себореянинг бу шакли одам организмда андрогенларнинг кўпайиб кетиши билан боғлиқ, бунда тери ёғлаб қўйилгандек бўлиб, ялтираб туради, ёғ безларининг оғзи ёғ тиқинлари билан тўлиб, мой суртиб қўйилганни эслатади. Сочлар мойлангандек бир-бири билан ёпишиб туради, кейинчалик сочлар тўкила бошлайди, бу эркакларларда тепакал пайдо бўлишига ва аёлларда сочининг ҳийла сийраклашиб қолишига олиб келади. Бошнинг сочли қисмида кулранг-жигарранг тангачалар кўзга ташланади. Бундай терида себореяли экзема, атерома, алопеция, хуснбузарлар ривожланиши мумкин. Теридаги биокимёвий жараёнларнинг бузилиши оқибатида унинг рН муҳити ўзгаради ва йирингли касалликлар авж олади.

Суюқ ёғли себореяда тери мойи ёғ фолликулаларидан оқиб чиқади. Қуюқ ёғли себореяда теридаги мой қуюқ, мугуз қават тангачалари билан аралаш бўлади.

Қуруқ себорея. Теридаги ёғ безларидан ёғ кам ажралиши натижасида келиб чиқади. Бунда тери қуриб, пўст ташлайди, бошда майда кепаксимон тангачалар (қазғоқ) йиғилади. Сочлар хиралашиб, мўрт, тез тўкиладиган бўлиб қолади.

Себореянинг ҳар икки хилида ҳам бош қичийди.

Себореянинг аралаш шакли ёғли ва қуруқ себореянинг қўшма белгиларидан иборат бўлади; бунда ёғли себорея симптомлари кўпинча бошнинг сочли қисми ва юзда кузатилса, қуруқ себорея кўкрак ва орқада кўрилади.

Давоси. Биринчи галда себореянинг авж олишига таъсир кўрсатадиган омилларни бартараф этишга қаратилади. Витамин А, Е, С ва В гуруҳига мансуб (В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅) препаратларни қўллаш яхши натижа беради. Беморга гормонал препаратлар (прегнин, тиреодин ва бошқа) тавсия қилишда унинг гормонал фонини инobatга олиш зарур. Транквилизаторлар (седуксен, эленум) магний сульфат инъекцияси буюрилади. Маҳаллий даво сифатида қуйидаги малҳамларни ишлатиш мумкин:

Rp: Resorcini 3,0
Aq. Calcis. 40,0
Spiritus vini 60,0
Aq. destill ad 200,0
M.D.S. Суюқлик.

Rp: Sulfur p-p 2,5
Ol Rusci 2,5
Vaselini 45,0
M.D.S. Малҳам.

ОДДИЙ ҲУСНБУЗАР (ACNE VULGARIS)

Ёғ безлари фаолиятининг бузилиши туфайли терига турли хил тошмалар тошиши.

Этиологияси ва патогенези. Оддий ҳуснбузар (йигит гули) кўпинча йигит ва кизларнинг балогатга етиш даврида кузатилади, эркакларда бирмунча кўпроқ учрайди. Ҳуснбузар пайдо бўлиши ва тошишида организмнинг умумий аҳволи катта аҳамиятга эга. Асосан меъда-ичак, моддалар алмашинуви ва эндокрин безлар фаолиятининг бузилиши, камқонлик, гиповитаминоз, қабзият, себорея ҳуснбузар тошишига сабаб бўлади. Бу даврда ёғ безлари зўр бериб ишлайди, бунда ёғ безларидан чиқаётган секретция микдори ўзгарибгина қолмай, балки унинг таркиби ҳам ўзгаради, яъни эркин ҳолатда бўлган ёғ кислота-ларнинг микдори ошиб, терида ишқорий муҳит вужудга келади. Ёғ чиқариш йўлларида ёғнинг йиғилиб қолиши ва уларга стафилококк, коринобактерия ва бошқалар тушиши туфайли яллиғланиш жараёни юз беради. Яллиғланиш жараёнининг кечиши микроорганизмлар сони ва организмнинг индивидуал ҳолатига (резистентлигига) боғлиқ.

Клиникаси. Тошмалар асосан юз, кўкрак ва гардан терисига тошади. Теридан кўплаб ажралиб чиқаётган ёғ кислоталар без каналчаларининг терига туташ ерини қитиклаб гиперкератоз авж олади, ёғ соч фолликули ёки ёғ бези йўлининг эпидермис мугуз қаватидан ҳосил бўлган тиқин билан тиқилиши туфайли ёғ тери безлари ичида йиғилиб камедонлар ҳосил қилади. Секретнинг тери ичида туриб қолиши пиококкли касалликларнинг ривожланиши учун қулай шароит тугдиради. Дастлаб тугунчалар, сўнгра эса пустулалар юзага келади. Пустулаларнинг қўшилиши ва терининг чуқур қаватларига тарқалиши инфилтрат ва абсцесслар пайдо бўлишига олиб келади, улар тешилиб йиринг оқиши ва чандиқ ҳосил қилиб битиши мумкин.

Давоси. Касаллик авж олган даврида антибиотиклар (тетрациклин, эритромицин, цефамизин ва бошқалар) қўлланилади. Стафилококкли анатоксин, антистафилококкли гаммаглобулин, аутогемотерапия буюрилади. Витаминлар (В₁, В₆, В₁₂, Е, А, С) билан даволаш, пархезга риоя қилиш, ички аъзолар касалликларини бартараф этиш мақсадга мувофиқ.

Маҳаллий даво сифатида салицил кислотаси, резорцин, левомицетиндан иборат спиртли эритмалар, антибиотикли малҳамлар, криомассаж, электрокоагуляция ва бошқалардан кенг фойдаланилади.

Ҳуснбузарнинг оғирроқ шакллари (конглобатли, абсцессли) даволашда антиандроген таъсир этувчи «Скинорен», «Диана» ва ароматик ретиноид — «Роаккутан» препаратлари қўлланилади.

ПУШТИ ҲУСНБУЗАР (ACNE ROSACEA)

Қасаллик ёғ безлари функциясининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, тери томирлари конституционал неврози ҳисобланади. Қасаллик ёшларда ҳам, кексаларда ҳам бирдек, кўпинча 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди.

Пушти ҳуснбузар пайдо бўлишида бемордаги бошқа соматик касалликлар: меъда-ичак фаолиятининг бузилиши (гипо-ёки анацид гастрит, колит), шунингдек климакс, вегетатив неврозлар, дисменорея ва касбга оид зарарли омилларнинг таъсири бор. *Demodex folliculorum* ҳисобига патологик жараён тезда бошланиши ёки узоқ вақт (даво чораларига қарамасдан) сақланиб туриши мумкин.

Дастлаб беморнинг бурун териси қизаради, бора-бора пешона, икки лунж, бурун ва лунжлар оралиги терисига тарқалади. Жараён бир кўпайиб, бир камайиб туради, айниқса бемор каттиқ асабийлашса, иссиқ, аччиқ, шўр овқатлар истеъмол қилса, шунингдек спиртли ичимликлар ичса қизариш кучайиб телеангиоэктазия бошланади ва маддалар, перифолликуляр тугунчалар пайдо бўлади, бунда беморнинг териси бироз қичиши мумкин.

Морфологик элементларнинг ўзгаришига қараб касалликнинг тўртта шакли (босқич) тафовут қилинади:

1. *Rosacea erythematosa* — ўзгармас гиперемия, терининг қалинлашиши ва телеангиоэктазия кузатилади.

2. *Rosacea papulosa* — қизил рангли юза ҳуснбузарсимон фолликуляр папулалар чиқади, комедонлар бўлмайди.

3. *Rosacea pustulosa* — марказида йирингли некротик ўзгариш билан кечадиган пустиулалар пайдо бўлади.

4. *Rosacea fibroangiectatica* (seu, *rosacea hypertrophica*) яллиғланиш жараёнининг узоқ давом этиши оқибатида теридаги венулаларда қон айланиш қийинлашади, бурун териси дағал тортиб шишади, бурун устида, юзда қизғиш-кўкимтир рангли эритема (доғ) пайдо бўлади. Пустиулалар, телеангиоэктазия ва чандиқлар кузатилади.

Ҳуснбузарга диагноз қўйишда унинг ўзига хос клиник кўриниши ҳисобга олинади. Ўткир дерматит, вульгар ҳуснбузар, вульгар сикоз, экзема, эритематоз ва тери сили каби касалликлар билан таққосланади.

Даво си. Пушти ҳуснбузарга чалинган беморларни даволашда касалликни келтириб чиқарган омилларни бартараф этиш, меъда-ичак, жигар, шунингдек эндокрин ва жинсий безлар функциясининг бузилиши билан кечадиган касалликларни даволаш зарур. Аччиқ, шўр ёки ҳаддан зиёд иссиқ овқатлар истеъмол қилмаслик тавсия этилади; спиртли ичимликлар ичмаслик, углеводли таомларни чеклаш зарур. Ичишга ацидинпепсин, В-группага мансуб витаминлар буюрилади. Иккиламчи инфекцияга

қарши тетрациклин ёки этакридин лактат 0,05 г дан 3 маҳал 10 кун буюрилади. Териға эса себореяға қарши препарат «Гиоксизон», «Лоринден С», 33% ли олтингургурт малҳами ҳамда ихтиол резорцинли паста (аввалиға 1:3, кейинчалик 1:1 нисбатда) суртилади. Томирлар тонусини ошириш учун совуқ ҳамда иссиқ сув билан галма-гал ювиниш тавсия қилинади.

Беморлар терисида Demodex folliculorum топилса, у ҳолда антипаразитар дорилар, олтингургуртли ва бошқа малҳамлар тавсия этилади.

ФОТОДЕРМАТОЗЛАР

Фотодерматозлар клиник кўриниши ва кечиши бўйича турли дерматозларға мансуб бўлиб, уларнинг келиб чиқишида қуёш нури ҳал қилувчи аҳамиятға эға.

Турли хил тўлқин узунлигидаги нурлар таъсирида вужудға келган тери жароҳатларини қуйидагича тасниф этиш (классификациялаш) мумкин:

1. Узоқ муддат ёки кучли инсоляция (қуёшдан куйиш, ўткир актиник дерматит) касб-кор, дори-дармонлар, (терининг муддатидан аввал қариши, қуёшли эластоз, терининг ўсма касалликлари) таъсирида нормал терининг ўзгариши.

2. Терида қуёш нуридан сақловчи табиий протекторларнинг (пигментли ксеродермада ДНК репарация қилувчи ферментнинг етишмаслиги, альбинизмда меланин пигментининг) йўқлиги.

3. Қуёш нури таъсиридан сўнг пайдо бўладиган ёки қайталанадиган дерматозлар (қизил югурук, дерматомиозит, Дарье касаллиги, хлоазма ва бошқалар).

4. Терида қуёш нури таъсирини кучайтирувчи молекулаларнинг пайдо бўлиши.

Қуёш нури ҳаммада ҳам фотодерматозларни юзаға келтиривермайди. У кўпроқ нурға нисбатан ўта сезувчан бўлган организмда кузатилади. Фотосенсибилизацияға (қуёш нуриға нисбатан ўта сезувчанлик) эндоген ва экзоген омиллар (порфирия, пигмент алмашинувининг издан чиқиши, жигар касалликлари, гипо-ва авитаминозлар, нерв-эндокрин системаси фаолиятидаги ўзгаришлар) сабаб бўлади.

М. А. Штейнберг фотодерматозларни чин, туғма ва орттирилган (қуёшли экзема, пруритго, хейлит, эшакем, терининг порфирин касаллиги, пигментли ксеродерма) ҳамда нисбий фотодерматозларға (токсикоинфекцион, озик-овқатли) ажратади.

Полиморфли фотодерматоз. Бу касаллик клиник жиҳатдан қуёшли экзема ва қуёшли пруритгонинг хусусиятларини ўзида ифодалайди. Лекин баъзи олимлар қуёшли экзема ва қуёшли пруритгони мустақил касаллик деб изоҳлайдилар.

Патогенези. Касаллик патогенези тўлиқ ўрганилмаган.

Иммун система тарафдорлари фикрича касалликнинг келиб чиқишида иммун системанинг аҳамияти бор. Бемор қонида Т-лимфоцитлар умумий миқдорининг ошгани, терисида Т-хелперларнинг бошқа ҳужайраларга нисбатан кўпайиб кетганлиги аниқланади. У. К. Белуханинг (1986) маълумотлари бўйича пруритго-экзематозли (полиморф) фотодерматоз билан оғриган бемор қонида В-лимфоцит ва IgG — иммуноглобулинларнинг ошиб кетган ва нейтрофилларнинг оқсилга бўлган сенсibiliзацияси юқори бўлган.

Касаллиқнинг келиб чиқишида нерв, эндокрин ва меъда-ичак системаларининг аҳамияти катта. Юқорида келтирилган омилларнинг бирга келиши ва беморнинг қуёш нурига нисбатан ўта сезувчанлиги полиморфли дерматозни келтириб чиқаради.

Клиникаси. Касаллик асосан баҳор ойларида бошланади. Нур таъсиридан сўнг 7—10 кун ўтгач, касалликка хос аломатлар пайдо бўлади. Фотодерматозлар, жумладан полиморфли дерматоз учун хос аломатлардан бири баданнинг очик, яъни қуёш нури тушиб турадиган соҳаларга (юз, бўйин, қўл) қичишиш билан кечадиган пруритиноз ёки везикулёз тошмалар тошишидир. Конъюнктивит ва хейлит кузатилади (актиник хейлитнинг клиник кўриниши «Хейлит» да баён этилган). Касаллик мавсумий кечадди, тошмалар баҳор, ёз ойларида тошиб, кузда камаяди. Папулалар 0,2—1 см катталиқда, пушти-қизил рангда бўлиб, эритематозли терида жойлашади. Папулалар бирлашиб пиллакчаларни ҳосил қилади. Кучли қичишиш натижасида тери шилиниши ва геморрагик пўстлар билан қопланиши мумкин. Беморларнинг 1/3 қисмида папуловезикулёз тошмалар, пилчираш кузатилади ва клиник кўриниши кўпроқ ўткир экземани эслатади. Папулёз тошмаларнинг везикулёз тошмалар билан алмашиб туриши касалликка хосдир.

Шу билан биргалиқда бемор терисида уртикар ва гранулёмасимон тошмалар ҳам учраши мумкин. Касаллик зўрайган даврида тошмалар баданнинг қуёш нури тушмайдиган соҳаларига ҳам тарқалиб кетади.

Гистопатологияси. Морфологик ўзгаришлар специфик характерга эга эмас. Эпидермисда акантоз, спонгиоз, дермада эса лейкоцитлардан ташкил топган инфилтрат аниқланади.

Диагнози. Диагноз қўйишда тошмаларнинг мавсумийлиги ва биодозага эътибор бериш керак.

Давоси. Беморни қуёш нуридан эҳтиёт қилиш, нурдан сақловчи малҳамларни («Шит», «Луч») қўллаш тавсия этилади. Витаминотерапия (В-гуруҳи, С, РР), антиоксидантлар (α -токоферол), метионин, теоникол тавсия этилади. Безгакка қарши дориларни (делагил, суткада 0,25 г дан 1 маҳал, 5 кун давомида) ишлатиш яхши наф беради. Теридаги яллиғланишни бартараф этишда кортикостероидли малҳамлардан фойдаланилади.

ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

Яқингача фақат захм, сўзак, юмшоқ шанкр, венерик лимфо-гранулема ва донованоз венерик касалликлар деб юритилган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига қараганда охирги 10 йил ичида, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар сони 20 дан ошиб кетган. Ушбу бўлимда тери ва таносил касалликлари мутахассиси тажрибасида кўп учрайдиган венерик касалликлар ўз аксини топган.

ЗАХМ (СИФИЛИС, SYPHILIS, LUES)

Захм сурункали юқумли таносил касаллиги бўлиб, уни оқиш трепонема кўзгатади. Захм ўзига хос клиник кечишига эга: актив клиник кўриниш даврининг яширин давр билан алмашилиши; клиник ва патологоанатомик жиҳатдан терида кучсиз бўлган яллиғланишлардан то чуқур специфик инфекциян гранулемалар хосил бўлиши билан ифодаланади. Бу гранулемалар кейинчалик некротик йўл билан ирийди ва уларнинг ўрнида чандик ривожланади.

Захмнинг келиб чиқиш тарихи ҳақида қисқача маълумот. Захм қадимдан маълум. Унинг ер юзида пайдо бўлиши ва тарқалиши ҳақида учта назария мавжуд.

Биринчи назарияга асосан захм Европага 1493 йили, яъни Америка қитъаси кашф этилган йили, Христофор Колумбнинг захм билан оғриган матрослари томонидан олиб келинган. Тахминий маълумотларга қараганда Колумб матрослари захм инфекциясини лама ҳайвонлари билан доимо жинсий алоқада бўлган маҳаллий аҳолидан юктириб олганлар (лама ҳайвонларида спирохетоз борлиги қадим замонлардан маълум ва исботланган). Испанияга қайтиб келган Колумб матрослари захм инфекциясини бошқаларга юктиришган. Кейинчалик эса кирол

Қарл VIII ўз қўшинлари билан Римга келиб, у ерда испан фоҳишалари билан тартибсиз жинсий алоқада бўлишган ва натижада аскарлар орасида «хавфли касаллик» кенг тарқалган. Бундан хабардор бўлган қирол ўз қўшинларини тарқатиб юборган, натижада Европада захм эпидемияси бошланган. Шундай қилиб, биринчи назарияга асосан захмнинг ватани Марказий Америка ҳисобланади.

Иккинчи назария тарафдорлари эса захмнинг ватани Африка қитъаси деб ҳисоблайдилар. Улар (Кокберн ва Гудзон исмли олимлар) эндемик ёки тропик трепонематозларнинг қўзғатувчилари ва венерик захмнинг қўзғатувчиси трепонемалар авлодининг турли кўриниши деган фикрдалар. Одамнинг пайдо бўлиши ва унинг эволюцияси давомида трепонематозлар венерик захмнинг қўзғатувчиси шаклига айланган. Африка қитъасидаги аҳолининг Европа ва Осиёга олиб чиқиб кетилиши (кўпинча қул сифатида) захми бошқа қитъаларда ҳам кенг тарқалишига сабаб бўлган.

Ниҳоят учинчи назарияни ёқловчилар захм Европа, Осиё ва Яқин Шарқда қадим замонларда ҳам мавжуд бўлган деган фикрдалар. Утмишнинг буюк олимлари Гален, Гиппократ, Абу Али ибн Сино ва бошқаларнинг асарларида ёзилган касаллик белгилари (яра, афта, кандилома ва бошқалар) айнан захм клиникасини эслатади. Одам суякларида захмга хос бўлган рентгенологик ўзгаришларнинг топилиши, захми даволашда қўлланилган симобли моддаларнинг қон томирларида аниқланиши Европаликлар назариясини яна бир бор тасдиқлайди.

Шундай қилиб, юқорида келтирилган назариялардан ҳеч бири умумий тан олинмаган. Лекин эхтимолга лойиқ фикр, бу захмнинг Ер юзиде деярли инсон билан бирга пайдо бўлишидир.

Этиологияси. Захми оқиш трепонема қўзғатади. Бу 1905 й. Ф. Шаудин ва Е. Гоффманлар томонидан кашф этилган. Оптик микроскоп остида оқиш трепонема спирал кўринишида эканлиги ва 8—12 бир текис бурмалар тутганлиги кузатилади (58-расм). Оқиш трепонема жуда хилма-хил — илгарилама, маятниксимон, тулқинсимон, букилувчи, айланма ҳаракатлар қила олади. Оқиш трепонема бошқа трепонемалардан ўзининг бир текис ҳаракат қилиши билан ажралиб туради. Улар факультатив анаэроб бўлганлиги сабабли, лимфатик системада узоқ вақт яшайди. Электрон микроскоп ёрдамида ўтказилган текширишлар шуни кўрсатадики, оқиш трепонема уч қават қобик билан ўралган бўлиб, ҳар бир қават ўз структураси ва вазифасига эга. Қаватлар остида фибриллалар ва цитоплазма тутувчи цитоплазматик мембрана жойлашади. Фибриллалар ип шаклида бўлиб, бир учи билан блефоробластларга ёпишади. Фибриллалар ёрдамида трепонемалар ҳаракатланади. Цитоплазматик мембрана ҳам ташқи қобик сингари 3 қаватдан иборат. Цитоплазма тарки-



58- расм. Оқиш трепонемаларнинг микроскоптаги (скан) кўриниши.

бида турли хил катталиқдаги рибосомалар жойлашган бўлиб, улар оксил молекулалари, вакуола ва лизосомалар синтезини амалга оширади.

Оқиш трепонемалар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Атроф муҳитда трепонемалар учун ноқулай шароит вужудга келиши (антибиотиклар таъсири, етарли даражада озик бўлмаслиги ва бошқалар) уларнинг «омон қолиш» шакллари (L — шакл, цисталар) айланишига олиб келади. Цисталар коптокча шаклида ўралган трепонемалар бўлиб, ташқи томонидан доридармонлар таъсирига чидамли муцинсифат қобик билан ўралган. Циста шаклига ўтган трепонемалар организмга патоген таъсир кўрсатмайди ва танада узоқ муддат сақланади. Организм томонидан ҳам жавоб реакцияси бўлмаганлиги сабабли макро- ва микроорганизм орасида шартли «мувозанат» ҳолати вужудга келади. Лекин макроорганизмнинг иммунобиологик хусусияти пасайганда ва микроорганизмга таъсир этувчи ноқулай шароитлар бартираф этилганда циста шаклидаги микроблар патоген трепонемаларга айланади. Бу жараён реверсия деб аталади.

Цист ва L — шаклли трепонемалар ҳосил бўлишининг олдини олиш мақсадида захм билан оғриган беморларни даволашда антибиотикларни юқори миқдорда қўллаш тавсия этилади.

Экспериментал захм биринчи мартаба шимпанзе маймунида (И. И. Мечников ва Э. Ру, 1903 й.), кейинчалик кўенда қўзғатил-

газ. Ҳозирги вақтда захмнинг клиник кечиши, патогенези ва антибиотикларнинг оқиш трепонемаларга таъсирини ўрганишда қуёнларни модел сифатида қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Захмнинг юқиш йўллари. Оқиш трепонема одам организмга шикастланган тери ва шиллик қаватлар орқали киради. У бемор конида, теридаги ярасида, лимфа тугунларида, орқа мия суюқлигида, сўлагиди, нерв тўқималарида ва ҳамма аъзоларида, ҳатто захм билан оғриган аёл сутида ёки эркак шаҳвати (сперма) да ҳам бўлади. Захм билан оғриган бемор касалликнинг актив даврида атрофдагилар учун жуда юқумли ҳисобланади. Чунки ишқаланиш, фрикциялар (жинсий алоқада), механик ва кимёвий китикланиш натижасида зарарланган тери тўқималаридан оқиш трепонемаларга бой бўлган сероз суюқлик ажралиб чиқади.

Бемор захм тарқатадиган асосий манбадир; у соғлом киши билан ўпишганда, жинсий алоқа қилганда ёки унинг идиш-товокларидан фойдаланганда касаллик юқади. Касаллик кўпинча жинсий алоқа йўли орқали юқади.

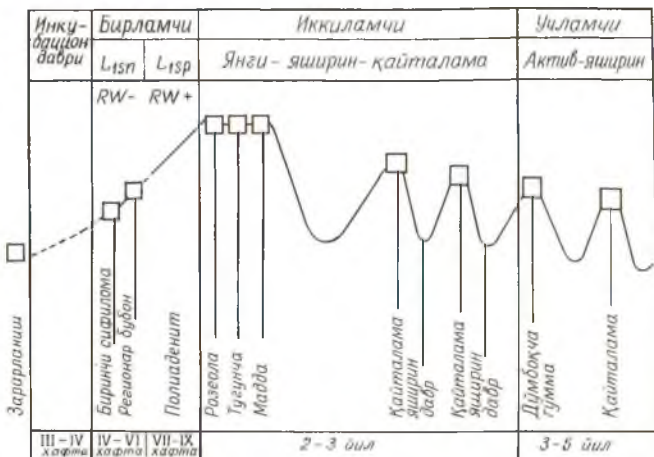
Кейинги йилларда қон қуйиш йўли билан ҳам захм юқиш ҳоллари аҳёнда кузатилади. Бунда бемор организмдан (донордан) қон олувчи организмга захм инфекцияси (трансфузион) ўтади.

ЗАХМНИНГ УМУМИЙ КЕЧИШИ

Захмнинг клиник кечишида тери ва шиллик қаватларга тошган тошмаларнинг аста-секин регрессга учраши ва тошмалардан ҳалос бўлган даври билан алмашилиши характерли. Касалликнинг бундай кечиши организмнинг иммунологик реактивлиги билан боғлиқ, яъни касалликнинг бошланғич давридаги гуморал иммунитет сўниб, аста-секин ҳужайрали иммунитет ривожланади. Ҳужайрали иммунитетнинг юзага келиши кўпинча специфик инфекциядан гранулема ҳосил бўлиши билан кечади.

Захмнинг клиник кечишида инкубацион, бирламчи, иккиламчи ва учламчи даврлар тафовут қилинади (59- расм).

Инкубацион давр организмга оқиш трепонемалар киргандан бошлаб, то касалликнинг биринчи белгиси — оғримайдиган қаттиқ шанкр пайдо бўлгунга қадар давом этади. Бу давр ўрта ҳисобда 1 ойча давом этиши, баъзан 10—15 кунга қисқариши ёки 4 ойгача чўзилиши ҳам мумкин. Инкубацион даврнинг узайиши, асосан, бошқа йўлдош хасталиклар (тумов бўлиш, гонорея) ни даволашда антибиотикларни кам миқдорда қўллаш туфайли вужудга келади (бунда қўлланиладиган антибиотиклар миқдори захми даволаш учун етарли эмас). Олимларнинг (Қ. Р. Аствацатуров, М. Н. Бухарович) таъкидлашларича, бир-биридан узоқ жойлашган ўчоқлардан организмга кўп миқдорда сифилитик инфекциянинг кириши, оқиш трепонемалар қисқа муддат ичида та-



59- расм. Захм клиник кечишининг схемаси.

нада генерализацияланиши, тезда иммун ўзгаришлар содир бўлишга сабаб бўлади ва натижада инкубацион давр қисқаради. Сил, ревматизм, алкоголизм, гиповитаминоз билан оғриган беморларнинг айримларида инкубацион давр қисқариши ҳам мумкин.

Захмнинг бирламчи даври. Терида бирламчи сифилома (қаттиқ шанкр) пайдо бўлгандан то тери ва шиллик қаватларда иккиламчи захмга хос тошмалар тошишига қадар бўлган муддатни ўз ичига олади. Бу муддат 6—7 хaftани ташкил қилади. Қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан сўнг (қўпинча 5—7 кун ўтиб) бирламчи захмнинг иккинчи симптоми кузатилади, бунда регионар лимфа тугунлар (регионар склераденит) яллиғланиб шишади, катталашади ва бироз қаттиқлашади. Лимфа тугунлардаги оқш трепонемалар лимфа томирлари орқали қонга тушади ва организмда захм инфекциясига қарши иммунологик ўзгаришларни вужудга келтиради. Бирламчи захмнинг биринчи 2—3 хaftасида Вассерман ва чўкма реакциялар манфий бўлади (бирламчи серонегатив захм), кейинчалик эса (одатда қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан сўнг 4 хaftа ўтгач) серологик реакциялар мусбатлашади (бирламчи серопозитив захм). Бирламчи захмнинг охири хaftасига бориб, оқш трепонемалар организмнинг барча лимфа тугунларига тарқалади ва сони ҳам ортади. Клиник кўриниши бўйича бу ҳолат барча лимфа тугунларининг катталаниши (полиаденит) билан ифодаланади.

Тахминан беморларнинг 20% ида дармон қурийди, иситма чиқади (38—38,5°C), бош ва бўғим оғрийди, иштаха йўқолади,

уйкусизлик кузатилади. Периферик қонда анемия, лейкоцитоз, эритроцитлар чуқиши тезлигининг (ЭЧТ) ошиши кузатилади. Бу давр 6—7 ҳафта давом этади.

Захмнинг иккиламчи даври одатда қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан 6—7 ҳафта ўтиб бошланади, яъни бирламчи захмга ҳос бўлган клиник белгилар (қаттиқ шанкр, регионар склераденит, полиаденит) фонда тери ва шиллик қаватларда розеолёз-папулёз тошмалар тошади. Иккиламчи захм 2—4 йил давом этиб, бунда серологик реакциялар мусбат бўлади. Иккиламчи захмга ҳос бўлган хусусият — бу актив тошмалар тошиш даврининг яширин ёки ассимптом даврлар билан алмашилишидир.

Агар иккиламчи захм даврида тери ва шиллик қаватларда тошмалар биринчи маротаба пайдо бўлса, бундай захм иккиламчи янги захм деб аталади (*sypphilis secundaria recens*). Тахминан 2—3 ойдан сўнг (агар касаллик даволанмаса) тошмалар ўз-ўзидан йўқолиб кетади ва касаллик иккиламчи яширин ёки латент даврга (*sypphilis II latens*) ўтади. Кейинчалик яна тошмалар пайдо бўлса у ҳолда иккиламчи рецидив (қайталанма) захм (*sypphilis II recidiva*) вужудга келади. Иккиламчи захмнинг латент даври турли муддатга чўзилиши мумкин. Бу муддат макроорганизм ва микроорганизм орасидаги мураккаб иммунобиологик жараёнга боғлиқ. Иккиламчи захмда тошмалар тошиши 3—4 марта қайталаниши мумкин. Иккиламчи рецидив захмда учрайдиган тошмалар иккиламчи янги захмдаги тошмалардан катталиги, сон жиҳатидан камлиги, оқиш ранги, гуруҳлашишга мойиллиги, шакл ҳосил қилиши ва куп қитиқланувчи соҳаларда (аногенитал соҳа, оғиз бўшлиғи) чегараланган ҳолда жойлашганлиги билан фарқ қилади.

Захмнинг учламчи даври 3—5 йилдан кейин иккинчи давр захмнинг учинчи даврига ўтади; захмнинг бу даври беморларнинг ҳаммасида ҳам кузатилавермайди. Вақт ўтиши билан организмдаги оқиш трепонемалар сони камаяди, лекин тўқималарнинг инфекция қўзғатувчисига нисбатан бўлган сенсibiliзацияси ошади. Захмнинг учламчи даври йиллаб давом этади. Яллигланган инфильтратлар, олча данагидек дўмбоқчалар ёки тухумдек, баъзан ундан қаттароқ гуммалар пайдо бўлиб, тўқималарни емиради, ярага айланади ва чандиқланиб битади. Касаллик оқибати гуммалар ўрнашган жойга боғлиқ. Мия, юрак, томир, жигар каби ҳаёт учун муҳим аъзолар зарарланса, бемор ҳаёти хавф остида қолади; юз зарарланган бўлса, бурун скелети емирилиб, бемор бадбашара, бурни эгарсимон бўлиб қолади. Ҳаракат, кўрув, эшитув аъзолари, нерв системасининг зарарланиши кишини умрбод майиб қилиб қўяди. Учламчи захмда учрайдиган тошмалар атрофдагилар учун кам юқумлиги билан ифодаланади. Чунки бу тошмаларнинг ажралмаларида оқиш трепонемалар жуда кам бўлади ёки умуман бўлмайди. Учламчи захмдаги тош-

малар бирдан пайдо бўлиб, мономорф, сон жиҳатдан кам, асимметрик ва гуруҳ-гуруҳ жойлашиши билан ифодаланади. Учламчи захмнинг актив ёки манифест (*syphilis III activa*) ва яширин (*syphilis III latens*) хиллари тафовут қилинади. Учламчи захмга йўлиққан беморларнинг айримларида прогрессив фалаж ва орқамия сўхтаси каби огир кечувчи яллиғланиш-дегенератив ўзгаришлари учрайди. Баъзан захм ҳеч бир белгисиз кечиби, кейинчалик эса нерв системаси ва висцерал (ички аъзолар) аъзоларининг зарарланиши билан ифодаланади.

Захм билан оғриган ва даволанган беморларда орттирилган иммунитет ривожланмайди, уларда туғма иммунитет ҳам бўлмайди. Захм билан қайта зарарланиш (реинфекция) ҳам мумкин. Захм инфекцияси бор организмда ривожланаётган иммунитет стерил бўлмаган, инфекцион иммунитет деб аталади. Бундай иммунитет организмнинг оқиш трепонемага қарши жавоб реакцияси бўлиб, инфекцион иммунитет организм таркибида инфекция сақланиб қолгунга қадар давом этади.

Агар захм билан оғриган организмга оқиш трепонемаларнинг янги «қисми» тушса, бу ҳолат суперинфекция деб аталади. Захмнинг турли даврларида суперинфекция турлича намоён бўлади. Суперинфекция натижасида пайдо бўлган морфологик элементлар беморда кечаётган захм даврининг элементларига мос бўлади (масалан, иккиламчи яширин захм билан оғриган бемор яна захм инфекцияси билан зарарланса, у ҳолда бемор терисида иккиламчи захмга хос элементлар — папула, роzeола ва бошқалар тошади). Агар бемор инкубацион даврда ёки бирламчи захмнинг биринчи 10—14 кунда яна сифилитик инфекция билан зарарланса, у ҳолда шу беморда қисқа инкубацион даврдан сўнг кичик ва янги қаттиқ шанкр пайдо бўлади. Захмнинг учламчи даврида, оқиш трепонемалар шу даражада кам бўладики, бунда организмнинг иммунобиологик реактивлиги оқори даражада сақлана олмайди. Бундай организмнинг яна оқиш трепонемалар билан зарарланиши (суперинфекция) қаттиқ шанкр пайдо бўлиши ёки иккиламчи даврга хос бўлган симптомлар кўринишида кечади. С. Т. Павлов бундай ҳолатни ресуперинфекция деб атаган.

Захм классификацияси. Инкубацион даврдан сўнг захмнинг қуйидаги даврлари кузатилади:

1. Бирламчи серонегатив захм.
2. Бирламчи серопозитив захм.
3. Бирламчи яширин захм.
4. Иккиламчи янги захм.
5. Иккиламчи рецидив (даволанмаган) захм.
6. Иккиламчи рецидив (даволанган) захм.
7. Иккиламчи яширин захм, бунда серологик реакциялар ва қавс ичида биринчи қўйилган диагноз кўрсатилади.

8. Серорецидив захм, яъни «иккиламчи яширин захм, серологик рецидив» деб талқин қилинади.

9. Яширин серорезистент захм.

10. Яширин серофиксацияланган захм, яъни серорезистент захмни қўшимча даволаш воситалари (носпецифик даволаш усуллари) билан даволагандан сўнг серологик реакциялар мусбат бўлиб қолади.

11. Учламчи актив захм.

12. Учламчи яширин захм.

13. Эрта яширин захм — яъни клиник кечиши асимптом, серологик реакциялар эса мусбат бўлган ва зарарланганига 2 йил бўлмаган захм.

14. Кечки яширин захм, яъни клиник кечиши бўйича асимптом, лекин серологик реакциялари эса мусбат ва зарарланганига 2 йилдан ортиқ вақт ўтган захм.

15. Аниқланмаган яширин захм — серологик реакциялари мусбат, лекин зарарланган вақти аниқ бўлмаган захм.

16. Эрта туғма захм. Бу кўкрак ёшидаги (1 ёшгача бўлган чақалоқларда) ва кичик ёшдаги болалар туғма захмини (1 ёшдан — 4 ёшгача бўлган болаларда) ўз ичига олади.

17. Кечки туғма захм.

18. Туғма яширин захм.

19. Нерв системасининг эрта захми — захм инфекциясининг 5 йилгача бўлган муддатда нерв системасини зарарлаши.

20. Нерв системасининг кечки захми, бунда нерв системасининг зарарланиши, одатда касаллик юққанидан 5 йил кейин пайдо бўлади.

21. Орқа мия сўхтаси.

22. Прогрессив фалаж.

23. Висцерал захм, бунда ички аъзоларнинг қай бири зарарланганлиги кўрсатилади.

ЗАХМНИНГ БИРЛАМЧИ ДАВРИ

Оқиш трепонема терига ёки шиллиқ каватларга киргач у ерда захмнинг бирламчи эффект белгилари (қаттиқ шанкр) пайдо бўлиб, у то иккиламчи даврга хос белгилари билан алмашгунга қадар бўлган муддат захмнинг бирламчи даври деб аталади. Бирламчи давр бемор қонидаги Вассерман ва чўкма реакцияларнинг натижаларига қараб серонегатив ва серопозитив даврларга бўлинади. Захмнинг классик кечишида бирламчи захм ўртача 6—8 ҳафта давом этади.

Захмнинг бирламчи актив даври оқиш трепонема тушган териди қаттиқ шанкр, регионар лимфаденит, баъзан лимфангит ҳосил бўлиши билан ифодаланади.

Қаттиқ шанкр (*ulcus durum*) ёки бирламчи сифилома оқиш

трепонема кирган тери ва шиллик қаватларда чегараланган инфилтрат ҳосил бўлиши билан бошланади. Кейинчалик инфилтратнинг юза қисми некрозга учраб, эрозия ёки яра вужудга келади. Қаттиқ шанкрнинг жойлашган ўрнига қараб захм инфекциясининг юқиш йўли ҳақида бир фикрга келиш мумкин. Қаттиқ шанкр кўпинча жинсий аъзоларда (жинсий олат бошчаси, препуциал халтача, анус, катта ва кичик жинсий уятли лаблар, бачадоннинг бўйин қисмида) бўлади ва бу касалликнинг жинсий йўл билан юққанини кўрсатади. Баъзан қаттиқ шанкрни оёқ, қорин ва бошқа соҳаларда учратиш мумкин. Қаттиқ шанкр бадан териси ёки шиллик қаватларнинг ҳар қандай жойида, кўпинча лаб, тил, кўкрак ва бодомча безларида жойлашади ва бу касалликнинг ножинсий йўл билан ўтганини билдиради.

Одатда қаттиқ шанкр овал ёки юмалоқ, атроф теридан аниқ чегараланган, қаттиқлиги жимжилоқ тирноғидай келадиган эрозиядир. Эрозияларнинг ранги қизил, четлари текис, юлинмаган ва бир оз кўтарилган бўлиб, тубига томон нишаб бўлиб боради (идиш шаклини эслатади). Яранинг юзи текис, силлик, гўшт рангида бўлади, унинг маркази гоҳо сарғиш ёғ ғубори билан қопланган бўлиши мумкин. Эрозиялардан бир оз сероз суюқлик чиқиб, шанкрга ялтироқ, «лакланган» кўриниш беради (60-расм). Қаттиқ шанкрнинг характерли белгиларидан бири — қаттиқ консистенцияли инфилтратга эга эканлигидир. Бармоқлар билан пальпация қилиб, эрозия остидаги қаттиқ инфилтратни аниқлаш мумкин. Ярали қаттиқ шанкрнинг чекка қисми тубидан кўра баландроқ бўлиб, тагидаги қаттиқ инфилтрат қўлга яхши уннайди. Эрозияли шанкрлар эпителизация йўли билан тизалса, яралиси ўзидан сўнг чандиқ қолдиради. Бирламчи сифилома субъектив белгиларсиз, баъзан эса сезиларсиз оғриқ билан кечадди.

Сўнгги йилларда қаттиқ шанкрнинг клиник кўринишида маълум бир ўзгаришлар юз берди. Илгари захм билан оғриган беморларнинг 80—90% ида ягона (битта) шанкр учраган бўлса, ҳозир икки ва ундан ортиқ шанкрлар борлиги кузатилмоқда. Шу билан бирга ярали шанкрлар ва уларнинг пиоген инфекцияси билан асо-ратланиш ҳоллари ҳам тез-тез учраб туради. Қаттиқ шанкрнинг аногенитал соҳаларда учраши кўпроқ кузатилмоқда. Қаттиқ шанкрни оғиз бўшлиғида бўлиши кўпроқ аёлларда кузатилса, унинг анус атрофида жойлашиши эса эркакларга хос; бирламчи сифило-манинг шу соҳаларда учраши жинсий алоқанинг номақбул кўринишлари мавжудлигидан дарак беради.

Атипик шанкрлар. Қаттиқ шанкрлар қуйидаги атипик кўринишларда учрайди: индуратив шиш, амигдалит-шанкр, пана-риций-шанкр.

Индуратив шиш кўпинча катта ва кичик уятли лабларда, эр-

какларнинг мойк ҳалтачасида ва олат бошчасининг чекка қисмида пайдо бўлиб, огриқсиз кечади. Жинсий аъзолар тўқимаси шишган ва қаттиқлашган бўлади, босиб кўрилса бармоқ изи қолмайди.

Амигдалит-шанкрда бодомча беши бир томонлама катталашади, бироз шишади, қизаради, қаттиқлашади, аммо огримайди, яра ва эрозиялар баъзан кўринмайди. Беморнинг иссиғи чикмайди, овқатланган вақтида огримайди ва бемалол ютинаверади. Аммо ўша томондаги бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашади. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармайди.

Панариций-шанкр кўпинча тиббиёт ходимлари (гинеколог, стоматолог ва лаборантлар) нинг кўрсаткич бармогида учрайди. Бунда бармоқ катталашади, гунгурт-кўкиш рангга киради, четлари нотекис, шакли эса нотўғри бўлади, у огрийди; тирсак лимфа тугунлари катталашади. Қасалликнинг клиник кечиши стрептококкли панарицийни эслатади. Лекин қаттиқ инфилтрат, регионар склераденитларнинг кузатилиши ва ўткир яллиғланиш эритемасининг йўқлиги панариций-шанкр учун хосдир.

Қаттиқ шанкрнинг асоратланиши. Қаттиқ шанкрнинг иккиламчи инфекция билан асоратланиши ва ўз вақтида тегишли даволаш ишлари олиб борилмаганлиги натижасида эрозив баланопастит, фимоз, парафимоз, гангрена, фагеденизм каби асоратлар вужудга келади.

Эрозив баланопастит — қаттиқ шанкрнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан бири. Препуциал ҳалтачада етарли намлик, бир хил ҳарорат ва озикланиш учун қулай муҳитнинг пайдо бўлиши микроорганизмларнинг тез муддат ичида кўпайишига олиб келади. Қаттиқ шанкр атрофида шиш, эритема, эрозиялар ҳосил бўлади ва натижада уларнинг усти сероз-йирингли экссудат билан қопланади. Бундай манзара қаттиқ шанкрнинг классик клиник кечишини ўзгартириб юборади.

Лимфатик томирларга бой бўлган препуциал ҳалтачада бир оз яллиғланиш жараёнининг ривожланиши фимозни келтириб чиқариши ҳам мумкин. Бунда олат бошчасининг чекка кертмаги катталашади, эластиклигини йўқотади ва препуциал ҳалтача жинсий олат бошчасини чиқаришга ҳалақит беради. Препуциал ҳалтача ичидаги мацерация олат бошчасида катта эрозиялар ҳосил қилади; торайган препуциал ҳалтача тешигидан экссудат оқиши кузатилади. Регионар лимфатик тугунларни пайпаслаганда огрийди ва ҳаракатчанлиги камаяди.

Препуциал ҳалтачанинг шиши ва инфилтрацияси натижасида препуциал ҳалқа олат бошчасини сиқиб кўяди. Натижада кон ва лимфа айланиши бузилиб олат бошчаси ва препуциал ҳалтачанинг тўқимаси некрозга учраши мумкин. Бу парафимоз деб аталади.

Гангрена ва фагеденизм қаттиқ шанкр асоратининг

энг огир кўриниши бўлиб, у камқувват ва ичкилик ичадиган кишиларда учрайди. Бунда фузоспириллёз инфекцияси кўшилиши касалликнинг тез ривожланишига олиб келади. Қаттиқ шанкр юзасида кир — қора ёки қалин қора рангли чирик (гангрена) пайдо бўлади ва у кўчганида геморрагик-йирингли, ярали дефект вужудга келади. Дефект аста-секин грануляцион тўқима билан қопланиб, ўзидан сўнг чандик қолдиради. Агар гангренали шанкрдаги яллиғланиш жараёни атрофга ва ичкарига тарқалса уни фагеденизм деб аталади. Бунда бемор титраб-қакшайди, иссиғи кўтарилади, боши оғрийди, захарланиш аломатлари кузатилади; тўқималарнинг кучли парчаланиши катта ва чуқур яралар ҳосил бўлиши ҳамда қон оқишига олиб келади.

Регионар склераденит бирламчи захмнинг иккинчи асосий белгиси, у қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан 5—7 кун ўтиб ривожланади. Агар қаттиқ шанкр ташқи жинсий аъзоларда жойлашса, у ҳолда чов соҳасидаги лимфатик тугунлар катталашади. Агар у бачадон бўйнида ёки тўғри ичак сфинктеридан юқорида жойлашса, у ҳолда кичик чанокдаги лимфа тугунлар катталашади. Жағ ва даҳан остидаги лимфа тугунларнинг катталаниши қаттиқ шанкрнинг лаб ёки оғиз бўшлиғида жойлашганлигида кузатилади. Лимфа тугунларнинг ловиядек катталаниши, қаттиқ эластик консистенцияга эга бўлиши, пайпаслаб кўрилганда уларнинг ҳаракатчанлиги, бир-бири ва тери билан бирлашмаганлиги ҳамда оғримаслиги регионар склераденит учун характерлидир.

Рикорнинг ёзишича «склераденит қаттиқ шанкрга йўлдош, у билан доимо бирга учрайди, шанкр кетидан изма-из боради, бубонсиз қаттиқ шанкр учрамайди».

Диагнози. Қаттиқ шанкрни оддий пуфакчали темиртки, шанкрсимон пиодермия ва рақда учрайдиган яралардан фарқлаш лозим. Оддий пуфакли темирткида пуфаклардан ҳосил бўлган эрозиялар шишган бўлиб, улар гиперемияли терида жойлашади, полициклик чегарага эга, асосида эса қаттиқлик аниқланмайди, оғрик сезилади.

Шанкрсимон пиодермия камдан кам учрасада, уни қаттиқ шанкр билан қиёслаш маълум бир қийинчиликлар туғдиради. Чунки шанкрсимон пиодермияда ҳам оғриксиз қаттиқ яра ёки эрозиялар бўлади ва регионар лимфа тугунлар катталашади. Диагноз қўйишда эрозия ёки шанкрдан бир неча маротаба оқиш трепонемага текшириш, Вассерман реакциясининг натижаларини ҳисобга олиш катта аҳамиятга эга.

Тери ўсмасидаги (тери раки) яра аниқ чегараланган, туби қаттиқ, чети нотекис, эгри-бугри, кўпинча емирилган ва атрофи сал-пал яллиғланган бўлади. Бундай яра, бирламчи сифиломага нисбатан, чуқур жойлашганлиги сабабли ундан қон оқиши ва секин (торпид) кечиши кузатилади. Шунингдек тери ўсмасидаги яралар кўпроқ қарияларда учрайди.

Захмнинг иккиламчи даври оқиш трепонема билан зарарлангандан ўртача 2—3 ой ёки бирламчи сифилома пайдо бўлгандан 6—7 ҳафта ўтгач тери ва шиллик каватларда тошмалар тошиши билан бошланади. Қасаллик даволанмаган ҳолда 3—5 йил давом этади. Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, ҳаракатланиш аппаратлари ва нерв системасида турли хил патологик ўзгаришлар кузатилади.

Иккиламчи захмнинг биринчи 5—7 кунда баъзи беморларда (10—15%) умумий дармонсизлик, ланжлик, бош оғриги, ҳарорат кўтарилиши (37,2—38°С), кечқурунлари бўғим ва суякларда оғриқ бўлиши кузатилади. Лекин кўпинча беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди.

Захмнинг иккиламчи даври иккиламчи янги захм (тошмаларнинг биринчи марта тошиши) ва иккиламчи рецидив захмга (тошмаларнинг қайта тошиши) бўлинади. Тошмалар тошиши орасидаги вақт иккиламчи яширин захм деб аталади.

Иккиламчи даврда тошмаларнинг пайдо бўлиши ва йўқолиши, шунингдек уларнинг сони, морфологик хусусиятлари оқиш трепонемаларнинг активлигига ва уларнинг макроорганизм билан бўлган иммунобиологик муносабатига боғлиқ.

Иккиламчи даврда учрайдиган тошмалар умумий хусусиятга эга. Улар баданнинг турли соҳаларида учраб, шакли думалок, кескин чегарага ва кўкимтир-қизғиш рангга эга, қўшилишга мойил эмас, субъектив сезгилар бўлмайди, даволаш чоралари ўтказилмаса ҳам маълум бир вақтдан кейин из қолдирмасдан йўқолиб кетади. Иккиламчи сифилидларнинг эрозияли юзасида кўп миқдорда оқиш трепонемалар бўлиб, улар жуда ҳам контагиоз ҳисобланади. Вассерман ва чўкма реакциялар иккиламчи янги захмда 100% кескин мусбат бўлса (реагинлар титри юқори — 1:160, 1:320), иккиламчи рецидив захмда 96—98% беморларда кескин мусбат бўлади (реагинлар титри паст). Иммунофлюоресценция реакцияси 100% беморда кескин мусбат бўлади. Оқиш трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси (ОТИР) иккиламчи янги захм билан оғриган беморларнинг тахминан ярмида (40—60% иммобилизация) ва иккиламчи рецидив захм билан оғриган беморларнинг 60—80% ида мусбат бўлади (оқиш трепонеманинг иммобилизацияси эса 70—90% ни ташкил этади).

Иккиламчи захм билан оғриган беморларни антибиотиклар билан даволаш вақтида Лукашевич — Яриш — Герксгеймер реакцияси (ҳарорат кўтарилиши, умумий симптомларнинг пайдо бўлиши, тошмалар сонининг ортиши ва рангининг ёрқинлашиши) кузатилади. Антибиотиклар таъсирида кўплаб оқиш трепонемалар нобуд бўлади ва натижада бу микроорганизмлар таркибидан пироген (токсик) моддалар ажралиб чиқади. Бу моддалар

қон томирларга таъсир этади ва клиник жиҳатдан Лукашевич — Яриш — Герксгеймер реакцияси билан ифодаланади.

Иккиламчи захмда морфологик элементлардан доғ (розеола), тугунча (папула), баъзан эса пуфакча (везикул) ва мадда (пустула) учрайди. Шу билан бирга бу даврда сифилитик лейкодерма ва соч тўкилиши (сифилитик алопеция) ҳам кузатилади.

Захмнинг иккиламчи янги давридаги сифилидлар майда ва кўп, ёрқин рангли, симметрик, атрофга ёйилмайди, усти кепакланмайди. Бу даврда баъзи беморларда қаттиқ шанкрнинг қолдиқларини ва регионар склераденитни аниқлаш мумкин, 80—90% беморларда полисклераденит ҳолати ривожланади. Иккиламчи рецидив захмда тошмалар йирик ва сони кам, кўпинча симметрик бўлмай, гуруҳлашишга мойил бўлади ва кўп ишқаланувчи соҳаларда (сон, жинсий аъзолар, оғиз бўшлиғи) жойлашади.

Доғсимон сифилид (сифилитик розеола). Захмнинг иккиламчи даври кўпинча сифилитик розеола билан бошланади. Доғларнинг катталиги жимжилокдек ёки ундан кичикроқ, ранги пушти-кизил, шакли эса думалоқ бўлади. Агар доғни босиб кўрилса йўқолиб кетади, лекин яна пайдо бўлади, пўст ташламайди, тери дамидан кўтарилмайди. Розеолалар кўпинча тери юзасида: кўкрак, қорин ва қўл, думба, сон ва оғиз шиллик қаватида учрайди. Розеола 1—2 ҳафта давомида тошиб, 3—4 ҳафтагача ўзгармай тураверади, кейин рангсизланади ва секин-аста ҳеч қандай доғ қолдирмай йўқолиб кетади.

Оқорида баён этилган типик розеоладан ташқари баъзан унинг атипик ёки кам учрайдиган хилларини ҳам учратиш мумкин:

1. Кепакланувчи розеола — элементнинг усти кепакли тангачалар билан қопланади, ўртаси эса бироз ботиқ бўлади.

2. Бўртиб турадиган (элевириловчи) розеола — периваскуляр шиц ҳисобига атрофидаги теридан бироз кўтарилиб туради ва клиник жиҳатдан эшакемни эслатади.

3. Қўшилувчи розеола — элементларнинг қўшилиши ҳисобига вужудга келади ва катта эритематоз соҳаларни ҳосил қилади.

4. Фолликуляр (нуктали) розеола — соч сўрғичлари атрофида периваскуляр инфилтрат ҳисобига вужудга келиб, розеола ва папула орасидаги оралик элемент ҳисобланади.

Папулэз сифилид. Папулэз сифилид иккиламчи захмнинг рецидив даврида кўпроқ учрайди. Папулаларнинг катта-кичиклигига қараб лентикюляр (ясмиксимон) ва милиар хиллари тафовут этилади. $2-3\text{mm}$ $1-1,5\text{mm}$

Лентикюляр папулалар ярим ойсимон шаклга эга, чегараси аниқ ва кескин, пушти рангли бўлиб, бир бири билан қўшилмайди, усти кепакланади ва тангачалар папулаларнинг атрофида жойлашади («Биетт ёқачаси» симптоми). Милиар папу-

*Yadovon papulaz ushbu turay hind
Hi baylaganda otas avval seketi*

лалар соч фолликулаларининг чиқиш жойида ва кўпинча дармони қуриган беморларда учрайди. Бундай папулалар тўғноғич бошидай катталиқда бўлиши мумкин.

Чов, жинсий аъзолар ва орқа чиқарув тешиги атрофида жойлашган папулалар ишқаланиш ва қитиқловчи ажралмалар таъсирида катталашади (гипертрофик папулалар), улар қўшилиши натижасида пилаксимон папулалар ёки кенг кондилломалар вужудга келади (61- расм). Бундай катта папулаларнинг усти ишқаланиш оқибатида эрозия (эрозив папула) ва пилчираш (хўлланувчи папула) пайдо бўлади. Бундай эрозив ва хўлланувчи папулалар сиртида жуда кўп оқиш трепонемалар бўлиб,



61- расм. Кенг (сербар) кондилломалар.



62- расм. Захмда кафтдаги тугунчалар.



63- расм. Захмда оёқ товонидаги тугунчалар.

у атрофдагилар учун жуда хавfli ҳисобланади (62- расм). Кафт ва товонда (63- расм) жойлашган папулёз тошмалар терининг умумий сатҳидан кўтарилмайди, тўқ-қизил рангдаги доғларни эслатади, Папулалар қаттиқ консистенцияли ва усти қалин, зич жойлашган тангачалар билан қопланган бўлади. Захмнинг иккиламчи даврида псориаз (псориазсимон сифилидлар) ва себореяга

(себореяли сифилитик папулалар) хос папулаларни ҳам учратиш мумкин. Сифилитик папулалар аста-секин сўрилиб, ўзидан сўнг пигментли доғлар қолдиради. Доғлар ҳам вақт ўтиши билан йўқолиб кетади.

Гистопатологияси. Дермада яллиғланиш инфилтрати вужуда келади. Инфилтрат асосан плазматик хужайралардан ташкил топган бўлиб, бу хужайралар сўргичсимон қават қон томирлари атрофида диффуз ҳолатда жойлашади. Томирлар эндотелийси кескин гиперплазияга учрайди.

Диагнози. Сифилитик папулаларни псориаз, қизил ясси темирлатки, қизил волчанкада учрайдиган папулалардан ажратиш лозим. Кенг кондиломаларни ўткир учли кондиломалардан, гемморраидал тугунлардан фарқлаш лозим.

Пустулёз сифилид. Пустулёз сифилид асосан организмнинг реактивлиги пасайган ва ичкиликка ружу қилган кишиларда учрайди. Тошмалар асосан бошнинг сочли қисми, бел ва болдирларга тошади.

Пустулёз тошмалар кўпинча папулёз сифилидлар билан бирга учрайди. Пустулёз сифилиднинг бир неча хили тафовут қилинади:

1. Захм импетигосида папула марказида мадда (пустула) бўлиб, у тез орада қурийд ва пўст пайдо бўлади. Элементлар периферия томон ўсмайди, бир-бирига қўшилмайди ва субъектив сезгилар бўлмайди.

2. Хуснбузарсимон сифилид клиник кўриниши жиҳатидан оддий хуснбузарни эслатади. Лекин хуснбузарсимон сифилидлар себореяли бўлмаган соҳаларда ҳам жойлашади, себореянинг симптомлари (камедонлар) бўлмайди.

3. Чечаксимон сифилид. Шарсимон пустила ҳосил бўлиб, тез орада ўртаси чўкиб қурийд (шу клиник кўриниши билан чечакни эслатади), атрофида қўнғир-қизил рангли инфилтратли болишча кузатилади. Пустилалар сони кўп бўлмайди (10—20) ва узоқ вақт сақлангандан сўнг ўзидан кейин чандиқ қолдирмайди.

4. Сифилитик эктимада қалин, кул ранг ёки қўнғир пўст билан қопланган чуқур пустила ҳосил бўлади. Пўст тагида яра бўлиб, кейинчалик у текис чандиқ билан битади. Элемент атрофида қизил гардиш билан ўралган қаттик болишли инфилтрат бўлади. Пустилалар болдирнинг олдинги юзасида, баъзан эса бадан, қўл-оёқларда ва бошнинг сочли қисмида жойлашади. Банал эктиманинг сифилитик эктимадан фарқи шундаки, уни стрептококклар қўзғатади; думба ва белда жойлашади ҳамда атрофидаги эритема катта бўлади.

5. Сифилитик рупия, захм рупияси. Сифилитик эктиманинг бир хили бўлиб, бунда инфилтрат катталашаверади, тубидан чиққан суяқлик қотиши натижасида қатлам-қатлам конуссимон, чуқур ярага айланади. Рупия касаллик бошлангандан кейин ву-

жудга келади ва эктима каби захмнинг огир кечишидан дарак беради.

Захмнинг иккиламчи даврида теридаги каби шиллик қаватларда (огиз бўшлиги, томоқ, халқум, лабларнинг қизил хошияси, катта ва кичик уятли лабларнинг шиллик қаватлари) ҳам доғсимон папулэз ва пустулэз сифилидлар учрайди. Шиллик қаватлар пушти рангда бўлганлиги сабабли бу элементларни дарҳол ажратиб олиш (диагностика қилиш) қийин. Юмшоқ танглай, танглай тилчаси, бодомча безидаги розеолалар бир-бирлари билан қўшилишиб катта ўчоқ ҳосил қилади ва буни сифилитик ангина деб аталади. Сифилитик ангина бир ёки икки томонлама бўлиши, субъектив белгиларсиз кечиши, ҳарорат кўтарилмаслиги ва тошмалар чегараси кескин ажралганлиги билан характерланади.

Шиллик қаватларда папулэз тошмаларни ҳам учратиш мумкин. Улар ясси, думалоқ, чегараси кескин, ушлаб кўрилганда зич, ранги эса тўқ қизил бўлади. Оғиз бўшлиғида жойлашган папуланнинг эпителийси шикастланса, у оқиш бўлиб, четида қизғиш рангли болишча кўринади. Аналогик папулэз тошмаларни танглай, милк, жинсий аъзоларнинг шиллик қаватида учратиш мумкин. Агар папулалар овоз (товуш) пайларида ёки ҳиқилдоқда жойлашса, у ҳолда овоз ҳириллаб қолади.

Сифилитик алопеция. Сифилитик алопециянинг майда ўчоқли, ялпи (диффуз) ва аралаш хиллари тафовут этилади. Майда ўчоқли сифилитик алопецияда соч тўкилган жой териси ўзгармайди, қипиқланмайди, соч кичик-кичик ўчоқ ҳосил қилиб тўкилади, четидаги соч кўл билан секин тортилса юлинниб чиқади, яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Ялпи (диффуз) алопецияда эса бошдаги сочлар бир текис тўкилади. Соқол, қош, киприқлар ҳам тўкилиши мумкин. Бирин-кетин тўкилиши ва ўсиши ҳисобига киприқлар ҳар хил узунликда бўлади ва зинапо-яни эслатади (буни Пинкус белгиси деб аталади). Қошларнинг майда ўчоқли тўкилишини «трамвайли» ёки «омнибусли» сифилид деб аташади. Баъзи беморларнинг сочи бутунлай тўкилиб кетиши мумкин. Терида ҳеч қандай яллиғланиш элементлари, шунингдек қилиқланиш ҳам кузатилмайди, тери теп-текис бўлиб тураверади. Ялпи соч тўкилиши кўпинча захмнинг иккиламчи даврида учрайди.

Аралаш соч тўкилиши. Бунда ҳам ўчоқли, ҳам ялпи соч тўкилишини кўриш мумкин. Захмда соч тўкилиши касалликка хос аломат ҳисобланади, лекин бир неча ойдан кейин соч яна ўсиб чиқади.

Сифилитик лейкодерма ёки пигментли сифилид. Сифилитик лейкодерма кўпинча захмнинг иккиламчи рецидив даврида учрайди. У оқиш доғ кўринишида бўлиб, беморни безовта қилмайди. Кўкрак, бўйин ва орқада, баъзан эса елка ва қўлларда катталиги

нўхатдек ёки ундан кичикрок доғларни кўриш мумкин. Оқ доғлар бир-бири билан қўшилиб тўр ҳосил қилгандек кўринади. Сифилитик лейкодерма билан оғриган беморларнинг 56% ида (Т. В. Васильев, 1963) орқа мия суюқлигида патологик ўзгаришлар аниқланади. Лекин сифилитик алопеция ва лейкодермага эга бўлган беморларнинг 73% ида ликвор патологияси аниқланади (А. К. Якубсон, 1940). Лейкодерма бир неча ойдан сўнг специфик даволаш усуллари ўтказилмаса ҳам аста-секин йўқолиб кетади.

Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, нерв системаси ва ҳаракат аппаратларининг зарарланиши. Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, нерв системаси ва ҳаракат аппаратларининг зарарланиши жуда кам учрайди ва пайдо бўлган патологик ўзгаришлар бемор ҳаёти учун бирор хавф туғдирмайди.

Баъзан Боткин касаллигини эслатувчи ўткир гепатитнинг клиник кўринишини кузатиш мумкин. Беморларнинг жигари катталашади, пальпация қилганда оғрийди, функцияси бузилади. Қора талоқ ҳам катталашиши мумкин. Бундай беморлар қонида серологик реакциялар кескин мусбат бўлади.

Иккиламчи захмда бўйракнинг зарарланиши — протеинурия, сифилитик липоидли нефроз билан ифодаланади.

Юрак-қон томир системасида электрокардиография билан аниқланадиган сифилитик миокардит (чарчаш, умумий ҳолсизланиш, нафас қисиши) учрайди.

Меъда-ичак фаолиятининг бузилиши (кўнгил айнаш, кекириш, иштаҳа йўқолиши, гипоацид гастрит) кузатилади.

Нерв система томонидан эса — яширин (латент) сифилитик менингит, ўткир генерализацияланган менингит, базал менингит ва сифилитик гидроцефалияларнинг клиник симптомларини диагностика қилиш мумкин.

Иккиламчи захмнинг бошланғич даврида оёқнинг узун найли суяқларида оғриқ пайдо бўлиб, уни кечга бориб кучайиши характерлидир. Шу билан бирга оғриқ билан кечадиган периостит ва остеопериоститларнинг клиник симптомлари ривожланади.

Агар бемор пенициллин ёки бошқа антибиотиклар билан ўз вақтида даволанса, юқорида айтилган патологик жараёнлар аста-секин қайтади (регрессга учрайди).

ЗАХМНИНГ УЧЛАМЧИ ДАВРИ

Сўнгги йилларда захмнинг учламчи даври билан оғриган беморлар сони анча камайди. Бу беморни тўла ёки мутлақо даволанмаганлиги натижасида келиб чиқади. Учламчи даврнинг ривожланишида травма (руҳий, физик) ва сурункали касалликлар, заҳарланишлар, беморнинг ёши ҳамда бошқа омилларнинг аҳамияти катта. Учламчи давр 3—5 йил ёки ундан ҳам кечроқ бошланади ва тери, шиллиқ қаватлар, ички аъзолар, нерв систе-

маси ҳамда ҳаракат аппаратларининг зарарланиши билан характерланади.

Учламчи захми клиник кечишига қараб фаол (актив) ва яширин даврларга бўлинади. Бу давр яна ўз навбатида дўмбоқча ва тугун (гумма) тошиш даврига ажратилади. Тошмалар сон жиҳатдан оз бўлиб (дўмбоқчалар 10—20 бўлса, гумма одатда битта ёки иккита бўлади), ўзидан сўнг чандиқ қолдиради. Агар тошмалар ҳаёт учун муҳим аъзо ва системаларда жойлашса, у бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради. Элементлар атрофдагилар учун кам юқумли ҳисобланади, чунки улар юзасида оқиш трепонемалар жуда оз бўлиб, асосан инфильтрат тубида жойлашади. Учламчи захм организмни оғир ўзгаришларга олиб келади. Бу давр ичида тери ости ёғ қаватида, суяк ва мускулларда, нерв системаси ва ички аъзоларда ўзгаришлар кузатилади.

Учламчи давр элементлари йод ва оғир металл сақловчи дориларга таъсирчан бўлиб, улар билан даволанганда элементлар тезда регрессга учрайди. Беморларнинг 30—35% ида стандарт серологик реакциялар манфий бўлади. Лекин оқиш трепонемаларни имобилизация қилиш реакцияси камдан кам ҳолларда манфий натижа беради. Шу сабабли беморлар қонини ОТИРга текшириш катта аҳамиятга эга.

Дўмбоқчали сифилид. Бемор терисининг дерма қаватида хужайрали инфильтрат ҳосил бўлиши натижасида дўмбоқчали сифилид вужудга келади. Бу терининг ҳамма қисмида учраши мумкин. Дўмбоқчалар оғримайди, қичишмайди ҳамда ялғизланмайди. Улар яримойсимон ёки ясси, ранги эса қизғиш бўлиб, терида асимметрик жойлашади. Дўмбоқчалар олча данагидек бўлиб, қаттиқ консистенцияси ва аниқ чегараланганлиги билан характерланади. Дўмбоқчалар дерма ва эпидермис қаватида жойлашади. Дўмбоқча инфильтрати вақт ўтиши билан некрозга учрайди ва яралар ҳосил бўлади. Яраларнинг усти грануляциян тўқима билан қопланиб тортилган чандиқлар вужудга келади. Қуруқ йўл билан регрессга учраган дўмбоқчалар ўрнида атрофия вужудга келади. Дўмбоқчаларнинг бирин-кетин тошиб чиқиши сабабли улар регрессга учраганда морфологик жиҳатдан элементларнинг турли босқичда эканлиги кузатилади. Дўмбоқчали сифилидларнинг бир неча хили тафовут қилинади: гуруҳлашган (элементлар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, лекин бир-бирлари билан қўшилмайди), эмакловчи ёки серпингиоз (дўмбоқчалар қўшилади, марказидан регрессга учрайди ва периферик соҳаларда янги элементлар ҳосил бўлади), майдончали (дўмбоқчалар қўшилиб, майдонча ҳосил қилади), пакана (тариқ донидай келадиган дўмбоқчалар кузатилади). Дўмбоқчали сифилид субъектив ўзгаришларсиз кечади.

Диагнози. Учламчи сифилид дўмбоқчасини сил юғуруғидаги дўмбоқчадан, моховнинг туберкулоид (силсимон) хили,

халқасимон гранулема, базалиома, тери лейшманиози, сурункали ярали пиодермия билан таққослаш керак.

Сифилитик гумма. Баъзи бир олимларнинг илмий текширишлари бўйича сифилитик гумма учламчи актив сифилитик элементлар ичида кўп учрайди. Морфологик нуқтаи-назардан сифилитик гумма гиподермада жойлашган тугун бўлиб, катталиги ёнгоқдек келади. Аста-секин тугун катталашиб, тери билан бирлашди ва ҳаракатчанлигини йўқотади. Терининг ранги кўкимтир-қизғиш тусга киради. Бемор бироз огрик сезади. Тугуннинг ўртаси юмшаб, у ерда тешик ҳосил бўлади ва ундан ёпишқоқ суюқлик ажралиб чиқади. Ҳосил бўлган яра — овал шаклида, аниқ чегараланганлиги, чети тери дамидан бироз кўтарилган, қаттиқ консистенцияли ва тубида некрозга учраган тўқимаси борлиги билан ифодаланади. Яра некротик тўқимадан бўшаб грануляцияон тўқима билан тўлади, тубидаги инфилтрат камаяди ва ўрнида юлдузчасимон гиперпигментли чандик ҳосил бўлади.

Учламчи актив захм билан огриган беморда одатда битта ёки камдан-кам ҳолларда бир нечта гумма учрайди. Клиник кечиши бўйича сифилитик гумманинг қуйидаги хиллари тафовут қилинади: изоляцияланган, инфилтратли, фиброзли гуммалар.

Учламчи сифилидлар (дўмбоқча ва гуммалар) кўпинча бурун, юмшоқ танглай ва танглай тилчаси шиллиқ қаватларида жойлашади. Суяклар зарарланса бурун суяги чўкиб, эгарсимон бўлиб қолади. Қаттиқ ва юмшоқ танглайларнинг тешилиши, танглай пардасининг шикастланиши оқибатида овоз ўзгаради, ютган овқат бурун бўшлиғига ўтиб кетади.

Гистопатологияси. Сифилитик дўмбоқча ва гуммада инфекцияон гранулема типидagi яллигланиш инфилтрати кузатилади. Дўмбоқчали инфилтрат дермада жойлашади. Гуммоз инфилтрат аввал гиподермада, кейинчалик эса дермага ҳам ўтади. Инфилтратда плазматик хужайралар, гистиоцит, лимфоцитлар кўп учрайди. Шу билан бирга озми-кўпми гигант ва эпителиоидли хужайраларнинг борлиги кузатилади. Гуммоз инфилтратда некроз аниқланади.

Диагнози. Гуммоз сифилидни скрофулодерма, оддий эктима, сифилитик эктима, сурункали ярали пиодермия, спиноцеллюляр рак, базалиома, тери лейшманиози каби касалликлардан фарқлаш керак.

Кечки захмда ҳаракатланиш аппаратлари, ички аъзолар ва нерв системасининг зарарланиши. Статистика маълумотларига кўра сўнгги йилларда захмнинг кечки шакллари анча камайган. Кечки захмда суякларнинг зарарланиши қадимдан маълум. Лекин XIX асрда патологик анатомия ва гистологиянинг ривожланиши билан захмда суякларнинг зарарланиши ҳақидаги аниқ маълумотлар пайдо бўлди. Захмда суяклар зарарланишининг

қуйидаги асосий клиник кўринишлари тафовут қилинади: 1. Периоститлар 2. Оститлар 3. Остеомиелитлар. Булар ўз навбатида чекланган ёки диффуз (тарқоқ) бўлиши мумкин. Бундай бўлиниш нисбий, чунки кўпинча улар бирга учрайди (масалан, остит деярли доимо периостит билан, остеомиелит эса суяк ичкарисига тарқалган остит билан бирга кечади).

Сифилитик инфекция оқибатида вужудга келган периоститлар мустақил ҳолда камдан-кам учрайди, кўпинча остит билан бирга кечади. Периоститлар катта болдир суяги юзасида учраб, шохсимон кўринишга эга. Гуммоз периостит чегараланган жараён бўлиб, у суяк тўқимасининг гуммасига нисбатан бўлган реакциясидир. Периостал гумма суяклар емирилишига (деструкциясига) сабаб бўлади, натижада суяк тўқимаси склерози ва периоститнинг суякланиши кузатилади. Клиник кўриниши жиҳатидан суяк юзасидан туртиб турувчи, аниқ чегараланган шиш аниқланади. Беморни кучаювчи қаттиқ оғриқ безовта қилади, оғриқ кечаси зўраяди. Гуммоз ўзгаришлар бош мия суяклариди ва катта болдир суягининг олдинги юзасида кўп учрайди (Фурнье уларни «захмнинг суюкли суяклари» деб атаган). Суякнинг солитар гуммаси аста-секин бириктирувчи тўқима билан алмашинади ва оссификацияланади. Лекин кўпинча гуммоз инфилтрат емирилиб, патологик жараён терига ўтади ва ўзига хос чуқур гуммоз яра вужудга келади. Унинг тубида некрозга учраган суяк тўқимаси бўлади. Гуммоз жараён кўпинча суякнинг катта қисмига ва ичкарисига тарқалиб, бутун суякни эгаллаб олади, суяк кўмигига ҳам ўтиши мумкин. Бундай ҳолда гуммоз остеомиелит ҳақида сўз юритилади. Морфологик жиҳатдан деструктив ва продуктив жараёнлар кузатилиб, охиргиси анча устун туради. Суяк калинлашади, зичлашиб қаттиқлашади, деформацияланади ва четлари қингир-қийшиқ бўлиб қолади. Бундай шикастланишлар рентгенологик жиҳатдан суякнинг бошқа сурункали яллиғланиш ҳолатларига ўхшайди.

Қасаллик анамнези, захмнинг бошқа клиник кўринишлари, лаборатория текширувлари (кон, ликвор) ва кўпинча синама даволаш усуллари диагноз қўйишни енгиллаштиради.

Қалта суяклар (умуртқалар, қафт ва бармоқ суяклари) нинг зарарланиши кам учрайди. Лекин суяклардаги деструктив ўзгаришларнинг камлиги диагностика қилишда анча қийинчилик туғдиради. Периостал ва гиперестетик ўзгаришлар деярли кузатилмайди.

Захмда бўғимларнинг зарарланиши суякларга нисбатан кам кузатилади. Захмга хос артритларнинг икки хили тафовут қилинади: 1) бирламчи-синовиал (бўғим қобиғи ва халтасининг зарарланиши) ва 2) бирламчи суяк (бўғим суяги ва тоғайларининг зарарланиши).

Бирламчи-синовиал артритлар ўткир ва сурункали бўлиши

мумкин. Ўткир кўринишга кўпинча реактив артритлар киритилиб, улар бўғимга яқин жойлашган гуммоз жараён билан ифодаланлади (эпифиз, метафизда). Кўпинча сурункали синовиал артритлар учрайди ва уларни аллергик табиатга эга деб тушунтирилади. Клиник жиҳатдан бу хилдаги артритга бўғим шиши ва огриги, ичига суюқлик йиғилиши ва натижада бўғим вазифасининг қисман бузилиши хос. Остеоартритлар бўғимга яқин жойлашган суякларнинг гуммоз зарарланиши натижасида пайдо бўлади ва ривожланади (улар гуммоз эпифизитлар деб ҳам аталади). Рентгенологик текширувлар натижасида эпифизларда юмалоқ кўринишдаги дефектлар (нуксонлар) кўриниб, атрофида склеротик реакция кам ифодаланган бўлади. Тизза, елка, тирсақ ва ўпик бўғимлари кўп зарарланади. Шунга қарамай, зарарланган бўғим ҳаракати сақланади, билинар-билинмас огрик бўлиб, беморнинг умумий ахволи деярли ўзгармайди. Бу белгиларнинг ҳаммаси, шунингдек клиник ва лаборатория текширув натижалари қиёсий диагноз пайтида, айниқса, сил артритлари билан ўтказилганда эътиборга олинади.

Захм ўзининг энг бошланғич даврларидаёқ ички аъзолар ва системаларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Захмнинг кечки кўринишлари, жумладан, учламчи захмда ички аъзолардан, кўпинча юрак-қон томир системаси ва жигар зарарланади. Иккиламчи ва айниқса учламчи даврда захм миокардити, нафас қисиши, толиқиш, умумий ҳолсизланиш, аритмия, юрак тонларининг эшитилмаслиги ва юрак чегарасининг чап томонга кенгайиши кузатилади. Захм миокардити ўзига хос клиник белгиларга эга эмас ва у бошқа табиатли миокардитлардан деярли фарқ қилмайди. Унинг диагнози захмнинг бошқа клиник ва лаборатор белгилари асосида қўйилади. Бунда айниқса, миокардит билан бирга кечадиган аортитга эътибор бериш зарур.

Захм артрити висцерал захмнинг энг кўп учрайдиган кўриниши бўлиб, асосий ўзгаришлар аортанинг ўрта қобиғида кузатилади (мезаортит). У аорта деворининг қаттиқлашиб, юқорига кўтарилувчи қисмининг кенгайишига олиб келади (охирги белги захм билан зарарланган аортага хос). Агар нормада соғлом одамда аортанинг юқорига кўтарилувчи қисми 3—3,5 см га тенг бўлса, мезаортитда у 5—6 см га етади ва кўпинча қолбасимон кўринишда кенгайди. Захм аортити асоратланиб аорта аневризмасига сабаб бўлиши мумкин. Унинг ёрилиб кетиши мусибатли ҳолларга олиб келади.

Захмнинг учламчи даврида жигарнинг зарарланиши висцерал захмнинг 2—4% ида учрайди. Ўчоқли гуммоз, миляр гуммоз ёки тарқоқ инфилтратив ва сурункали эпителиал захм гепатитлари кузатилади.

Учламчи захм даврида ички аъзолардан — буйрак, ўпка, меъда-ичак ва бошқаларнинг зарарланиши камдан-кам учрайди

(хаммасини қўшиб ҳисоблаганда учламчи захмдаги висцерал патологиянинг 1—1,5% ини ташкил қилади).

Захмнинг учламчи даврида нерв системаси томонидан қуйидаги патологик ўзгаришлар (кечки нейросифилис) кузатилади: кечки яширин (латент) сифилитик менингит, кечки диффуз менинговаскуляр захм, мия қон томири захми (васкуляр захм), орқа мия қуриши (сўхтаси) ва прогрессив фалаж.

Кечки яширин сифилитик менингит, асосан, захм инфекцияси организмга тушгандан сўнг бир неча йиллар ўтиб бошланади. Баъзан захмнинг иккиламчи даврида кузатиладиган эрта яширин сифилитик менингит аста-секин кечки яширин сифилитик менингитга ўтиши мумкин. Нейросифилиснинг бу хили билан шикастланган беморларда, эрта яширин сифилитик менингитга ўхшаш, субъектив белгилар кузатилмайди. Баъзан улар унча кучли бўлмаган бош оғриғи, қулоқ шангиллаши, эшитишнинг пайинишига ва бош айланишига шикоят қиладилар. Офтальмологик текширишда кўз нерви дискиннинг гиперемияси ва папиллит кузатилади.

Касаллик диагностикасида орқа мия суюқлигини (ликвор) текшириш катта аҳамиятга эга. Ликворда унча ривожланмаган яллиғланиш белгилари (оқсил миқдорининг ошиши, цитоз, глобулин реакциялари), мусбат Вассерман реакцияси, коллоидли олтин (Ланге) реакциясининг патологик эканлиги кузатилади. Ликвордаги патологик жараён захмга қарши олиб борилган давога нисбатан анча барқарор (резистент) бўлади. Эрта яширин захмда эса даволаш давомида ликвор тезда тозаланади (санация).

Кечки диффуз менинговаскуляр захм асосан яширин сифилитик менингит фонида ривожланади ва мия қобиқларининг оз бўлсада патологик жараёнга жалб этилганлиги билан ифодаланади. Беморлар кучсиз бош оғриғи ва бош айланишига шикоят қиладилар. Мия қон томирларининг зарарланиши натижасида касаллик белгилари гипертоник криз аломатларига ўхшаб кетади. Шу билан бирга мия нервларининг зарарланиши, сезувчанлигининг йўқолиши, патологик рефлекс, парестезия, гемипарез, фалаж, хотира ва талаффузнинг бузилиши кузатилади.

Орқа мия сўхтаси (қуриши, табес), сурункасига оғир ўтиши билан ажралиб туради. Бунда орқа мия қобиқлари, устунлари ва пўстлоқлари шикастланади, кучли оғриқ кузатилади. Оғриқлар юрак санчиги ёки буйрак ва жигар кризларидаги оғриққа ўхшаб кетади. Бундай оғриқлар бирдан бошланиб, тезда йўқолиши, баъзан узоқ вақт давом этиши ҳам мумкин. Орқа мия сўхтасида сегментар хусусиятига эга бўлган парестезия, сийиш ва дефикациянинг бузилиши, мия нервлари парези, кўз қорачиги функциясининг бузилиши, кўз нервининг атрофияси, табетик артропатия, товонда чуқур трофик яралар пайдо бўлиши, соч тўкилиши, тишларнинг тушиши, остеопатия ва бошқа симптомлар кузатилади.

Орқа мия суоқлиги текширилганда, унда оксил микдорининг ошганлиги, цитоз (1 мм³ да 20—30 лимфоцитлар), мусбат глобулин, Вассерман реакциялари ва паралетик кўринишга эга бўлган Ланге реакцияси аниқланади.

Прогрессив фалаж. Қасаллик асосида миядаги майда қон томирларнинг (капиллярлар) яллиғланиши ва бош мия моддаси, мияча ҳамда марказий кулранг ядроларнинг шикастланиши ётади. Натижада барча қаватдаги хужайралар атрофияси кузатилади. Қасаллик авж олган даврда деградация, прогрессив равишда ақлнинг заифланиши, галлюцинация, кахексия, алаҳлаш ва бошқалар кузатилади, унинг сўнгги босқичида демент, экспансив, ажитирланган ва депрессив каби прогрессив фалажнинг турли шакллари ривожланиши мумкин.

Прогрессив фалажнинг демент шаклида беморнинг атрофдагилар билан ҳеч иши бўлмай қолади, тезда апатия, эси пастлик, умумий фалаж кузатилади. Экспансив шаклида эса беморда эйфория, мегаломания ва психиканинг айниши учрайди. Қасалликнинг ажитирланган шаклида бемор кучли қўзғалган бўлиб, у атрофдагилар учун хавфли ҳисобланади. Қўрқув, рухий тушкунлик депрессив шаклга мансуб.

Прогрессив фалажнинг эрта психик ўзгаришларига қуйидагилар кирди:

1. Қиши хулқ-атворининг ўзгариши: беморда димоғчоғлик, серзарда ёки йиғлоқилик, мужмал ё ўта мулойимлик ҳоллари кузатилади. Бемор табиатидаги бундай ўзгариш тўсатдан содир бўлади. Шу сабабли шифокор беморнинг юриш-туриши, шунингдек феъл-атворидаги бундай ўзгаришларга аҳамият бериши лозим.

2. Хотира ўзгариши, бунда бемор бир вақтлар бўлиб ўтган ходисаларни эслаб, яқинда рўй берган воқеаларни унутиб қўяди.

3. Психик ўзгариш туфайли бемор тўғри санай олмайди.

4. Бемор тўғри ёза олмайди, ёзуви пайдар-пай бўлади.

5. Бемор тез ёки секин гапирадиган бўлиб қолади, гаплари узук-юлуқ бўлади.

Лаборатория текширишлари ўтказилганда беморнинг стандарт серологик реакциялари қонда 95—98%, ликворда эса 100% мусбат; Ликворда Ланге реакцияси паралитик кўринишга эга бўлиб, ОТИР ва РИФ 90—94% ҳолларда мусбат бўлади.

Юқорида келтирилган орқа мия сўхтаси ва прогрессив фалажнинг оқибати даволаш чоралари нечоғли ўз вақтида ўтказилишига боғлиқ. Қасалликнинг илк даврида пенициллин билан даволаш яхши наф беради.

Табопаралич. Агар беморда прогрессив фалаж ва орқа мия сўхтасига ҳос аломатлар бирга учраса, у ҳолда табопаралич диагнози қўйилади.

Сифилидолог баъзан захм диагнозини фақат қондаги мусбат серологик реакциялари асосида қўяди. Яширин захм билан оғриган беморларнинг териси, шиллиқ қавати, ички аъзолари, нерв системаси, ҳаракатланиш аппаратлари томонидан захмнинг клиник кўриниши кузатилмайди. Статистика маълумотларига қараганда яширин захм кўпроқ учрайди. Серологик диагностиканинг яхши йўлга қўйилганлиги, аҳолини ўз вақтида серологик текширувдан ўтказиш, турли касалликларда (грипп, пневмония, бронхит, ангина ва бошқалар) антибиотикларни қўллаш, беморнинг ўз ҳолича даволаниши ва бошқалар яширин захмни вақтида аниқлашни қийинлаштиради шу боис яширин захм кўпроқ кузатилади.

Яширин захмнинг эрта ва кечки ҳамда номаълум хиллари тафовут қилинади.

Эрта яширин захм бирламчи серопозитив ва иккиламчи рецидив захм даврларига тенг бўлган муддатни ўз ичига олиб, актив клиник белгиларга эга эмас. Бу даврнинг, инфекция тушгандан сўнг, ўртача давом этиш муддати 2 йилни ташкил этади. Эрта яширин захм билан оғриган беморлар териси ва шиллиқ қаватларида юқумли бўлган тошмалар тошиши мумкин. Шу сабабли бундай беморларга нисбатан эпидемиологик қарши чора-тадбирлар ўтказиш (стационарга ётқизиш, специфик даволаш тадбирлари, жинсий ва уй-рўзгордаги мулоқотларини текшириш) керак.

Эрта яширин захмни аниқлашда қуйидаги маълумотлар ёрдам беради:

1. Синчковлик билан йиғилган анамнез. Бемордан сўнги 1—2 йилда жинсий аъзолари, оғиз бўшлигида эрозия ёки яралар бўлганлиги, сочи тўкилганлиги ва антибиотиклар қабул қилган қилмаганлиги ҳақида маълумот олинади.

2. У билан жинсий алоқада бўлган кишиларни текшириш, чунки бемор билан жинсий алоқада бўлганларда кўпинча захмнинг актив (эрта) формаси аниқланади. Бу эса эрта яширин захм диагнозини қўйишга ёрдам беради.

3. Клиник текшириш натижасида бирламчи сифилома ўрнида чандиқ ёки атрофия, регионар склераденит қолдиқлари бор-йўқлиги аниқланади.

4. Қонда серологик реакциялар кескин мусбат ва юқори реактинлар титрига (1:120, 1:160, 1:320) эга бўлади. Лекин антибиотиклар билан даволанган ёки эрта яширин захмнинг бошланғич даврида (муддат бўйича бирламчи серопозитив захм даврига тўғри келганда) серологик реакциялар кучсиз мусбат ёки реактинлар титри паст бўлиши мумкин.

5. Пенициллинотерапия ўтказиш вақтида баъзан қайталаниш реакцияси (Герксгеймер реакцияси) кузатилади.

6. Даволаш даврида реактинлар титрининг пасайиши ва серологик реакцияларнинг тезда негативацияга учраши.

7. Беморнинг ёши кўпинча 40 ва ундан ҳам ёш бўлади.

8. Орқа мия ликвориди нормал кўрсаткичлар аниқланади.

Кечки яширин захм эпидемиологик жиҳатдан хавфли эмас. Захмнинг бу хили билан огриган беморни асосан серологик реакциялар ва профилактик текшириш чоғида аниқланади. Қасаллик диагностикаси ва уни тасдиқлашда албатта специфик реакциялардан (РИФ ва ОТИР) фойдаланиш керак.

Кечки яширин захмни аниқлашда қуйидаги маълумотлар ёрдам беради:

1. Анамнез. Беморлардан 2—3 йил аввал захмнинг актив клиник кўриниши кузатилгани ёки йўқлиги ҳақида маълумот олинади. Лекин кўпинча, касаллик клиник ва серологик ассимптом ўтиши мумкин.

2. Конфронтация. Бемор билан жинсий алоқада бўлган кишиларда захмнинг кечки формалари аниқланади ёки уларда сифилитик инфекция бўлмайди.

3. Серологик реакциялар мусбат ёки кескин мусбат бўлиб, реактинлар титри паст (1:5, 1:10, 1:20); специфик реакциялар (РИФ, ОТИР) мусбат ёки кескин мусбат бўлади.

4. Специфик даволаш чоралари ўтказилганда серологик реакциялар узок муддатдан сўнг негативацияга учрайди.

5. Пенициллинотерапия даврида қайталаниш реакциясининг (Герксгеймер реакцияси) бўлмаслиги.

6. Ликворда патологик жараён бўлиб, даволаш вақтида санация жуда секин кечади. Ликворда дегенератив компонент ривожланган бўлади.

7. Беморлар невропатолог, терапевт, офтальмолог, отоларингологлар томонидан синчиклаб текширилади ва кўпинча уларнинг ички аъзоларида специфик ўзгаришлар аниқланади.

ТУҒМА ЗАХМ

Захм билан огриган ҳомиладор онадан сифилитик инфекция қориндаги болага ўтади ва уни зарарлайди. Бу туғма захм деб аталади.

XX асрга қадар туғма захмнинг келиб чиқишини тушунтирувчи бир қанча назариялар мавжуд эди.

XX асрдан туғма захм тўғрисида бошқача фикрлар пайдо бўла бошлади. Текширишлар натижасида оқиш трепонема ҳомиладор онадан йўлдош орқали қориндаги болага ўтиши аниқланган. Бу жараён ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида, яъни йўлдош қон айланиш доираси ишга тушгандан сўнг рўй беради. Захм билан огриган аёлнинг 3—4 ойлик нобуд бўлган ҳомиласидан оқиш трепонемалар топилмаган, улар 6 ва 7-ой

ўртасида топилган. Туғма захмнинг вужудга келиши аёл организмда кечаётган сифилитик инфекциянинг қай босқичда эканлиги, унинг кечиш муддатига боғлиқ. Захмнинг иккиламчи даври ҳомила учун хавфли ҳисобланади. Баъзан, учламчи ва кечки туғма захм билан оғриган аёллардан инфекциянинг ҳомилага ўтиши ҳам мумкин. Ҳомиладорликдан олдин ёки ҳомиладорлик даврида аёлларга специфик даволаш муолажалари ўтказилса, у ҳолда туғма захмнинг олди олинган бўлади.

Йўлдош орқали сифилитик инфекциянинг ҳомиладор аёлдан ҳомилага ўтиш йўллари.

1. Эмбол кўринишида киндик венаси орқали.

2. Киндик томирларининг лимфатик тиркичи орқали.

3. Оқиш трепонемалардан зарарланган йўлдош орқали (нормал йўлдош оқиш трепонемаларни ўтказмайди).

Захм билан зарарланган йўлдош катталашиб, гипертрофияга учрайди, вазни ҳомиланинг $1/4$ — $1/3$ қисмига тенг келади (нормада — $1/6$ — $1/5$). Йўлдош томирларида пери-ва эндартериитлар, абсцесслар ҳосил бўлганлиги аниқланади. Ҳомила организмда сифилитик инфекциянинг септицемияси вужудга келади ва ички аъзоларда оқиш трепонемалар топилади. Ҳомиладор аёл захм билан оғриб даволанмаса, одатда ҳомиладорликнинг 4—5 ойида боласи тушади ёки захм боланинг чала (7—8 ойлигида) ё ўлик туғилишига сабаб бўлади.

Клиник белгилари, кечиши ва муддатига қараб туғма захм куйидаги 4 хилга бўлинади: 1) ҳомила захми; 2) эрта туғма захм (туғилгандан то 4 ёшгача бўлган давр); 3) кечки туғма захм (4 ёшдан ошган болаларда); 4) яширин туғма захм (турли ёшда учрайди).

Ҳомила захми. Сифилитик инфекция таъсирида йўлдошда озикланиш, моддалар алмашинуви бузилади, ва 6—7 ойларда сабабсиз бола тушиши рўй беради. Ҳомиладорликнинг (V-ойида) сўнг онадан ҳомилага ўтган оқиш трепонемалар таъсирида унинг ички аъзоларида майда ҳужайрали инфилтрат (лимфоцит, плазматив ҳужайралардан ташкил топган) кўринишидаги диффуз-яллигланишли ўзгаришлар, кейинчалик бириктирувчи туқиманинг ўсиб кетиши ва миляр ҳамда солитар гуммалар вужудга келиши кузатилади.

Ички аъзолардан, кўпинча, жигар, қора талоқ, ўпка, ички секретция безлари, марказий нерв системаси зарарланади. Жигар катталашади, юзаси силлиқ, кесиб кўрилганда сарғиш-жигаранг тусда бўлади. Баъзан жигар қовжираб, паренхимаси диффуз-фиброзли атрофияга учрайди. Қора талоқ ҳам катталашиб, консистенцияси қаттиқлашади. Ўпка альвеолалари орасидаги тўсиқда инфилтрат, альвеола эпителийсининг гиперплазия ва десквамацияси кузатилади. Бундай ўзгаришлар оқ пневмония деб аталади ва тезда ҳомила нобуд бўлишига олиб келади.

Меъда ва ичакларда юпка инфилтратлар ва уларнинг емирилиши оқибатида яралар пайдо бўлади.

Марказий нерв системасида лептоменингит, менингоэнцефалит, гландуляр эпендиматит ва баъзан узунчоқ миянинг гуммасы кузатилади.

Агар хомила нобуд бўлмай, яшаб кетса у холда аклий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолади.

Эрта туғма захмнинг кўкрак ёшидаги (ёшга қадар) ва кичик ёшдаги (1 ёшдан 4 ёшга қадар) хиллари тафовут этилади.

Кўкрак ёшидаги болаларда туғма захмнинг клиник белгилари бола ҳаётининг биринчи 3 ойидаёқ намоён бўла бошлайди, захм тошмалари тошади. Барча ички аъзолар, нерв системаси, ҳаракатланиш аппарати, тери ва шиллиқ қаватларининг зарарланиши кузатилади.

Янги туғилган чақалоқ қаримсиқ кўринади, териси буришган, халтим-халтим ва хира бўлади. Боланинг боши катта, кумуш ранг тангачалар билан қопланган, тери ости ёғ қавати яхши ривожланмаган, дистрофияга учраган бўлади. Суяклар зарарланиши каттик оғриққа сабаб бўлади, бола ухлай олмайди ва қаттик кичқириб йиғлайверади (Систо симптоми).

Юз, қафт, товон ва думба терисида Гохзингернинг диффуз-папулез инфилтрати кузатилади. Юз, оғиз атрофи, дахан, пешона ва қошлардаги тугунчалар эса инфилтрат ҳосил қилиб қаттиқлашади. Теридаги инфилтрат кўкрак ёшидаги туғма захмнинг биринчи белгиси ҳисобланади. Қасаллик терида доғ ёки диффуз эритема пайдо бўлиши билан бошланади, сўнгра тери қалинлашиб, қаттиқлашади ва тўқ-қизил рангга киради, атрофида узун-узун ёриқлар пайдо бўлади, улар чандик билан битиб умрбод сақланиб қолади (Робинзон — Фурнье симптоми). Агар диффуз инфилтрат кош, киприк ва бошда бўлса, ўша жойдаги сочлар тўкилади; бурун шиллиқ қаватида жойлашса боланинг нафас олиши ва эмиши қийинлашади. Инфилтратлар текширилганда улардан оқиш трепонемалар топилади.

Кўкрак ёшидаги захм учун сифилитик пемфигус характерли. Оёқ ва қафтларда (баъзан юз, бадан, оёқ ва қўлларда) катталиги тарикдай, баъзан нўхатдай келадиган, сероз-йирингли пуфаклар пайдо бўлади. Уларнинг сирти таранг бўлиб, симметрик жойлашади ва асосида инфилтрат сақлайди. Пуфаклар бир-бири билан қўшилишга мойил бўлиб, субъектив сезгиларни юзага келтирмайди.

Теридаги папулалар кўриниши иккиламчи захм давридаги лентикуляр папулаларни эслатади, лекин булар бир-бирига қўшилишга мойиллиги билан фарқ қилади.

Бурун шиллиқ қаватининг шикастланиши сифилитик ринит деб аталади. Унинг 3 босқичи тафовут этилади. Биринчи

(эритематоз) босқичда бурун шиллик қавати бир оз шишиб, қалинлашади. Бунда боланинг нафас олиши ва эмиши қийинлашади. Иккинчи (секретор) босқичда — бурун шиллик қавати шишади ва ундан йиринг оқиб туради. Бурундан нафас олиш қийинлашади, нафас олганда хуштак чалганга ўхшаш овоз эшитилади. Учинчи (ярали) босқичда буруннинг тоғай ва суяқларида деструктив ўзгаришлар кузатилади, натижада бурун эгарсимон бўлиб қолади. Сифилитик тумов кўкрак ёшидаги туғма захмга хос симптом бўлиб, халқум шиллик қаватининг зарарланиши овоз ҳириллаши, афонияси, баъзан эса стенозига олиб келади.

Кўкрак ёшидаги туғма захмда суяқларнинг зарарланишидан, асосан сифилитик остеохондрит, периостит ва остеопериоститлар кузатилади. Бундай ўзгаришлар албатта рентген йўли билан аниқланади. Суяк ўзгаришларида узун найсимон суяқларнинг (кўпинча қўл, елка суяқлари) сифилитик остеохондрити кўпроқ учрайди. Дастлаб рентгенда I ва II даражадаги остеохондрит аниқланади. Тоғай билан метафиз чегарасида бошланғич суяқланишнинг нотекис кенгайган зонаси кузатилади (2—2,5 мм гача; нормада у текис, аниқ тизимча кўринишида бўлиб, кенглиги 0,5 мм ни ташкил қилади), бу I- даражали остеохондритдир. II- даражали остеохондритда суяқланиш зонаси 2—4 мм гача кенгайди ва эпифизга қараган томонида тикансимон ўсмалар ва ғадир-будурлар ҳосил бўлади (бола бир ойлигида эпифиз рентгенограммаларида кўринмайди, чунки у тоғай тузилишига эга). Скелетни 3 ойгача бўлган даврда рентген қилиш зарур, чунки кейинчалик бу ўзгаришлар йўқолиб кетиши мумкин. Захмнинг бошқа клиник белгилари бўлмаса, фақат остеохондритнинг I- даража белгиларига асосан туғма зам диагнозини қўйиш ярамайди, чунки суяқнинг бундай ўзгаришлари турли патологик ҳолатларда ҳам учрайди (витамин Д- гипервитаминози, гипотрофия, гиповитаминозлар ва бошқа ҳолатлар). Остеохондритнинг II- даражасида бирламчи суяқланиш зонаси худди ювилиб кетгандек йўқолади. Метафизда қора рангдаги деструкция тизимчаси жойлашади. Унинг қалинлиги 2—5 мм ни ташкил этади. Суяқнинг грануляциян тўқима билан алмашиниши метафиз ичида суяқнинг синишига сабаб бўлади ва Парро псевдопараличи ривожланади: бола оғриган қўли ва оёғини қимирлатиб ёки буюкиб, эркин ҳаракат қила олмайди, лекин бармоқларнинг сезувчанлиги ва ҳаракати сақланиб қолади. Бу туғма захмнинг бирдан-бир белгиси ҳисобланади.

Булардан ташқари сифилитик периостит ва остеопериостит кузатилади, улар кўпинча узун найсимон суяқларда жойлашади, натижада суяк юзасида унча ифодаланмаган, чекланган оғриқли шишлар пайдо бўлади. Баъзан эса, улар миянинг ясси суяқлари соҳасига жойлашади, бунда бош суяқнинг ўзгариши кузатилади («думбага ўхшаш бош суяк» ва «Олимпиача пешона» симптоми,

яъни калла суягида пешона ва тепа думбокларининг дўппайиб чиқиб туриши). Периостит ва остеопериоститлар кўпинча диффуз характерда бўлади (экссудатив-пролифератив жараён), лекин гуммоз бўлиши ҳам мумкин. Баъзан сифилитик фалангит ёки дактилитлар пайдо бўлиши мумкин. Улар тугма захмга хос бўлиб, бунда асосий фалангалар зарарланади. Диффуз ёки гуммоз яллиғланиш туфайли суяклар цилиндрсимон ёки дуksимон кўринишда шишади, бармоқлар шишиб бутилкачаларга ўхшаб қолади. Одатда фалангаларнинг кўп қисми зарарланади, баъзида жараён бир томонлама ривожланади, оғриқ ва тешилиш кузатилади. Бу билан захм дактилити сил дактилитидан фарқ қилади. Дактилит тугма захмнинг ягона белгиси бўлиб, кўпинча I ёшдан 4—5 ёшгача, ҳатто 6 ёш болаларда ҳам ривожланади.

Сезги аъзоларидан кўпинча кўз шикастланади. Бу ёшда кўпинча тугма захм хориоретинити (кўзнинг тўр ва томирли пардаси зарарланади) кузатилади, кўз соққаси тубининг чекка қисмида ўзига хос сариқ нуқта-нуқта доғлар ҳосил бўлади. Боланинг кўриш қобилияти одатда ўзгармайди.

Ички аъзоларда (жигар, қора талок, буйрак, ўпка, мойк) диффуз-инфилтратлар натижасида вужудга келган склеротик ўзгаришлар ривожланади. Аввалига қон томирлари атрофида бошланган инфилтратлар, секин-аста бутун аъзоларга тарқалади. Нерв системасининг зарарланиши менингит, менингоэнцефалит, гидроцефалия кўринишида намоён бўлади.

Эрта кўкрак ёшидаги захмда қоннинг серологик реакциялари (Вассерман реакцияси, ОТИР, РИФ) ҳар доим мусбат бўлади.

Кичик ёшдаги болалар захмида (I ёшдаги 4 ёшгача бўлган давр) захмнинг клиник белгилари суст намоён бўлади. Орқа чиқариш канали, жинсий аъзолар, чов терисида пилчираб турадиган, вегетацияли, чегараланган, катта папулалар, шунингдек организми заиф болаларнинг юз ва бошининг сочли қисмига эса пустулалар (мадда) тошади. Тугма захмда розеола орттирилган захмга нисбатан жуда кам учрайди. Оғиз шиллик қаватида эрозияга учраган папулалар тошади. Оғиз бурчакларидаги папулалар эрозияланиб, ташқи кўриниши худди пиококк ва ачитқисимон замбуруғлар қўзғатадиган яллиғланиш жараёнига ўхшаш ўзгаришларни келтириб чиқаради. Лекин папула атрофида тўққизил рангли инфилтрат бўлиши ва мугуз қаватдан ҳосил бўлган шокила йўқлиги (тирқишсимон стрептодермияда бўлади) тугма захм учун характерлидир. Бунда барча лимфа тугунлар катталашади, соч тўкилади, периостит ва остеопериоститлар, ички аъзолар (гепатит, нефрозонефрит, пневмония) ва нерв системаси томонидан (гемиплегия, гидроцефалия, менингит ва бошқалар) патологик ўзгаришлар кузатилади. Кўпинча қоннинг серологик реакциялари мусбат бўлади.

Кечки тугма захм. Захмнинг бу даври 4 ёшдан 17 ёшгача

бўлган болаларда учрайди. У эмизукли даврда бошдан кечирилган ва аниқланмай ҳамда даволанмай қолган туғма захмнинг рецидивидеб ҳисобланади.

Клиник кечишига қараб кечки туғма захм орттирилган учламчи захми эслатади, чунки гумма ёки гуммозли инфильтратлар тери, шиллик қаватлар, суяклар (гуммоз периоститлар, остеоperiоститлар), бугимлар, ички аъзолар ва нерв системасида (гуммоз менингитлар) жойлашади. Терида дўмбоқчали сифилидлар пайдо бўлади. Баъзи эндокрин безлари, бош ёки орқа мия қон томирлари шикастланиши мумкин (бундай ўзгаришлар парез, фалаж ва тутқаноққа олиб келади). Қамдан кам ҳолларда орқа мия сўхтаси ёки прогрессив фалаж ривожланади.

Оқорида санаб ўтилган белгилардан ташқари (улар орттирилган захмнинг учламчи давридаги белгиларига хос) фақат кечки туғма захмга хос белгилар тафовут қилинади. Улар уч гуруҳга ажратилади. Биринчиси ишончли ёки шартсиз белгилар бўлиб, кечки туғма захмга хосдир. Иккинчи гуруҳни эҳтимолли белгилар ташкил этиб, улар захм борлигини тасдиқловчи бошқа белгилар мавжуд бўлгандагина эътиборга олинади (буларга қоннинг серологик реакция натижалари, ликвордаги патологик ўзгаришлар, она ва боланинг анамнези ва уларнинг текшириш натижалари). Учинчи гуруҳ — бу дистрофия (стигма) лар бўлиб, сурункали инфекция касалликларда учрайди ва улар туғма захмга хос деб ҳисобланмайди. Бироқ, бир неча дистрофиялар йиғиндисидеб сифилитик инфекция борлигини тасдиқловчи бошқа далиллар (масалан, она ва бола қонидаги Вассерман реакциясининг ижобий натижалари) касалликни туғри аниқлашга ёрдам беради. Бундан ташқари, дистрофияларнинг мавжудлиги парасифилитик касалликларни аниқлашда ҳам аҳамиятга эга.

Кечки туғма захмнинг шартсиз ёки ишончли белгиларига Гетчинсон учлиги (паренхиматоз кератит, сифилитик лабиринтит ва Гетчинсон тишлари) киради. Паренхиматоз кератит кўз мугуз пардасининг қизариши ва хиралашиши, ёруғликка қарай олмаслик, кўз ёшланиши ва кўриш ўткирлигининг пасайиши билан ифодаланади. Одатда, аввал бир кўз, кейин иккинчи кўз зарарланади. Даво қилинадиган бўлса, кератит кўпинча қайтади, лекин кўз мугуз пардасининг хиралашгани қолади, баъзан у оғир ўзгаришларга учраб, кўрликка ҳам олиб бориши мумкин. Баъан сифилитик кератит, ирит, иридоциклит ва хориоретинит билан кечади, Сифилитик лабиринтит ёки лабиринтли карлик тўсатдан пайдо бўлиб, эшитишнинг пасайиши (одатда иккала қулоқ шикастланади) ва қулоқда шовқин пайдо бўлиши билан ифодаланади. Бу клиник белгилар лабиринтнинг инфильтратив яллиғланиши ва эшитув нервининг дегенерацияси билан

боғлиқ; бунда боланинг овози чиқмай қолиши ёки кар-соқов бўлиш ҳоллари кузатилади.

Тишлар дистрофияси (Гетчинсон тишлари) ўртадаги юқори курак тишларнинг ўзгариши билан ифодаланади, бу тишлар бочкасимон ёки исканасимон шаклга кириб, ботиғи бор пастки чети торайиб қолади; юқори ўрта икки кесувчи тишлар сийрак бўлиб, нотўғри туради, четларида эмаль бўлмайди, биринчи доимий моляр ва озик тишларнинг чайнаш юзалари атрофияга учрайди, микродентизм кузатилади. Гетчинсон учлигига хос аломатлар бир вақтнинг ўзида бир беморда камдан-кам учрайди. Паренхиматоз кератит ва Гетчинсон тишлари симптомлари кечки тугма захм билан оғриган беморларнинг 30—48% ида бирга учрайди.

Кечки тугма захмнинг эҳтимолий белгиларига қуйидагилар киради: болдирнинг йўғонлашиб, олдинга қараб қийшайиши ва тунда оғриқ туриши; сифилитик хориоретинит ва гонит, Робинсон — Фурньенинг радиар чандиқлари, бош суякнинг «думбага ўхшаш»лиги, бурун ёки тиш деформацияси, нейросифилиснинг баъзи бир хиллари ва бошқалар. Бу белгилар орттирилган захмда кам кузатилади, шу сабабли уни эҳтимолий белгиларга киритилади. Орттирилган захмдаги сохта қиличсимон болдирлар ёшлигида бошидан кечирган остеопериоститлар асоратидир. Бунда катта болдир суягининг олдинги юзасида қалин суяк қопламалари ҳосил бўлади. Жуда кам ҳолларда елканнинг олд суяги қиличсимон шаклни олади.

Кечки тугма захм хориоретинити учун кўз соккаси тубида майда пигментли ўчоқлар ҳосил бўлиши ва бу патологик жараённинг қўрув нерв диски ва кўзнинг томирли каватига ўтиши характерли. Сурункали кечадиган сифилитик гонитда тирсак, тизза ва тўпик бўғимларида ҳаракат кескин чегараланади ва бузилади. Бунда ҳарорат кўтарилмайди, оғриқ деярли сезилмайди. Сурункали сифилитик гидрартроз кўпинча паренхиматоз кератит ёки Гетчинсон тишлари билан комбинацияланади, шунинг учун баъзи сифилидологлар сифилитик гонитни кечки тугма захмнинг шартсиз белгиси деб ҳисоблайдилар. Синовитлар диагнозида серологик реакциялар ёрдам беради.

Робинсон-Фурнье радиар чандиқлари оғиз бурчагида, лабларда радиар бўлиб жойлашади ва кўкрак ёши давридаги Гохзингернинг диффуз-папулёз инфильтрациясидан далолат беради.

Бош суякнинг «думбага ўхшаш»лиги тугма захмнинг биринчи ойларида шаклланиши мумкин, рахитда эса у бола 2—3 ёшга борганида аниқланади. У диффуз оссификацияланувчи инфилтрат қопламаларининг пешона ва чекка суякларида чўкиб йиғилиши натижасида пешона дўнгининг икки томондан бўр-

тиб чиқиши ва улар орасида тизимча аниқ ажралиб туриши билан характерланади. Чекланган сифилитик гидроцефалия ҳам диагноз қўйишга ёрдам беради. Баъзи туғма захм билан оғриган болаларда бош суягининг минорасимон бўлиши кузатилади.

Бурун суяги ёки тоғай қисмларининг ривожланмай қолиши ҳамда сифилитик бурун оқиши натижасида кечки туғма захмга хос бурун деформацияси кузатилади, у эгарсимон (бурун катаклари ташқарига туртиб чиқади) ёки «эчки» бурнига ўхшаб қолади.

Тишларнинг турли дистрофик кўринишлари ичида кўпинча уни куртаксимон (биринчи моляр тишнинг тўртта чайнов дўмбоги охиригача ривожланмай бўртмага, тишнинг ўзи гумбазга ўхшаб қолиши) ва «чўртан балиқ» тишига ўхшаб кетиши (қозик тишларнинг чайнов юзаси гипоплазияга учраб, ундан ингичка балиқ тишини эслатувчи конуссимон ўсимта чиқиб туриши) кузатилади.

Кечки туғма захмда нерв системасининг шикастланиши ОТИР нинг мусбат бўлиши билан кечади, лекин Вассерман реакцияси манфий бўлиши ҳам мумкин. Кўпчилик беморларда ликвор нормал кўрсаткичларга эга бўлса ҳам, баъзида патологик ўзгаришлар кузатилади. Нейросифилис кўринишларидан эси пастлик (бош мия томирларининг захм инфекцияси билан шикастланиши натижасида), Жексон тутқаноғи, гемипарез, гемиплегия, нутқ бузилиши, қаттиқ бош оғриғи (сифилитик гидроцефалия натижасида), орқа мия сўхтаси учрайди. Сўхтада узоқ вақтгача патологик тизза рефлекслари сақланиб қолади ва ахёнда атаксия бошланади, кўз қорачиғлари катта-кичик бўлиб қолади (анизокория, Аргайл Робертсон белгиси ва бошқалар). Прогрессив фалаж симптомлари туғма захм билан оғриганларда хотира сусайиши, нутқ бузилиши, васвасага тушиш, фалажлар, талваса ва тутқаноқлар кўринишида пайдо бўлиши мумкин, бундай клиник кўриниш доимо ижобий серологик реакциялар ва ликвор патологияси билан бирга кечади. Кечки туғма захм стигмалари (белгилари) дистрофияларидан қуйидагилар кузатилади:

1. Авситидийский белгиси — диффуз гиперостоз натижасида ўмов суягининг тўш қисми кенгайиб кетади; кўпинча ўнг ўмов суяги шикастланади. Рентген клиник диагнозни тасдиқлайди.

2. Қаттиқ танглайнинг баландлиги.

3. Инфантил жимжилоқ (Дюбуа — Гиссар белгиси), жимжилоқнинг қисқа (Дюбуа белгиси) ва эгри-бугри бўлиши кузатилади (Гиссар белгиси).

4. Аксифоидия — тўш суяги ўсимтасининг бўлмаслиги (бунда шамширсимон ўсимтанинг ичкарига бурилган бўлишини ёдда тутмоқ зарур).

5. Карабелли дўмбоқчаси — юқори жағда биринчи моляр тишининг чайнов юзасида қўшимча бешинчи думбоқча (бўртма) бўлиши.

6. Гаше дистемаси — юқори кесувчи тишларнинг бир-биридан узоқроқ жойлашиши.

7. Гипертрихоз, сертуклик авж олади (сочлар ўсиб, баъзан кошларга қўшилиб кетади).

8. Бош суягининг ўзгариши, гувалабошлик, пешона ва чекка бўртмалари туртиб чиқиб, улар орасидаги тўсиқ ботикча бўлмайди.

Кечки туғма захмда РИФ ва ОТИР мусбат бўлади.

Туғма захм профилактикаси. Туғма захмнинг олдини олишда касалликни ўз вақтида аниқлаш ва уни даволаш муҳим аҳамиятга эга. Айниқса ҳомиладор аёлларни ўз вақтида текшириб туриш ва даволаш ишларини ўтказиш мақсадга мувофиқ. Мавжуд кўрсатмага биноан аёллар (консультациялари) маслаҳатхоналари барча ҳомиладор аёлларни ҳисобга олади ва клиник ҳамда серологик текширувдан ўтказилади. Серологик текшириш икки марта — ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи даврида ўтказилади. Агар ҳомиладор аёлда актив ёки яширин (латент) захм аниқланса, унда фақат антибиотиклар билан махсус даволаш ишлари олиб борилади. Агар аёл илгари захм билан оғриб, даволанган бўлса, ҳомиладорлик даврида яна захмга қарши профилактик даво ўтказилади; профилактик даволашдан мақсад соғлом бола туғилишини таъминлашдан иборат. Шундай қилинмаган ҳолларда янги туғилган чақалоқ Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган схема асосида профилактик кўрикдан ўтказилади ва даволанади.

ЗАХМНИ ДАВОЛАШ

Захмни даволашда ишлатиладиган дори-дармонлар специфик бўлиб, уни захм диагнози қўйилгандан сўнг, профилактика ёки диагностика аниқлашда синама терапия сифатида ишлатилади. Қасалликни даволашда захм даврлари, беморнинг ёши ва уни нерв системаси ҳамда ички аъзолари қай даражада зарарланганлиги, шунингдек дориларга нисбатан аллергик реакциясини эътиборга олиш керак.

Захмни даволашда пенициллин, бициллин-1, бициллин-3, бициллин-5 ва бошқа антибиотиклар ишлатилади. Бу дори-дармонлар оқиш трепонемага бевосита таъсир этади. Шу билан бирга организмнинг иммунобиологик хусусиятини ошириш ва инфекцияни енгиш мақсадида специфик даводан ташқари носпецифик даволаш воситалари ҳам қўлланилади. Носпецифик даво специфик даволаш билан бирга ўтказилади. Захмга йўлиққан беморни

Ҳозир захми даволашда қўлланиладиган баъзи усуллар

Даволаш усуллари Антибиотиклар номи	Биринчи инъекциядаги антибиотикнинг миқдори	Инъекциялар оралиғи	Давола- ла- ниш муд- дати (кун)	Антибиотик- нинг умумий миқдори (млн. БР)
1. Бирламчи серонегатив захм;				
17 Сувда эрийдиган пенициллин	400.000	3 соат	14	44.800
2. Бирламчи серопозитив, иккиламчи янги захм; пенициллиннинг новокаинли тузи	600.000	12 соат	16	19.200
3. Бициллин-5	3 млн.	5 кунда 1 марта		бирламчи серонегативда 12 млн. бирламчи серопозитивда 24 млн.
II. Иккиламчи рецидив ва эрта яширин захм:				
1. Сувда эрийдиган пенициллин	400.000	3 соат	28	89.600
2. Сувда эрийдиган пенициллин (натрийли тузи)	1 млн.	4 соат	28	168 млн.
III. Ҳомиладор аёлларни пенициллин билан даволаш:				
1. Бирламчи ёки иккиламчи янги захм	600.000	12 соат	16 кун	19.200
2. Иккиламчи рецидив ёки эрта яширин захм	400.000	3 соат	28	89.600
3. Қечки яширин захм (2 курс ўтказилади)	3 соат	28	89.600	

даволашдан ташқари захмга қарши курашда қуйидаги даволаш усуллари қўлланилади.

1. Превентив даволаш — захмнинг келиб чиқишини олдини олиш мақсадида захми эрта давридаги беморлар билан жинсий ва маиший мулоқотда бўлган (агар мулоқот муддати 3 ойдан оғмаган бўлса) кишиларга ўтказилади.

2. Профилактик даволаш — илгари захм билан оғриган ёки айни вақтда баданида захм инфекцияси бор бўлган ҳомиладор аёллар ва уларнинг болаларига (уларда серологик ва клиник белгилар бўлмаса ҳам) ўтказилади.

3. Нерв системаси, ички аъзоларнинг захм билан зарарланганлиги гумон қилинганда синама даволаш белгиланади.

Захмнинг кечки даврларида (учламчи захм, ички аъзолар ва нерв системаси зарарланганда) махсус даво тадбирлари белгиланади; 1—2 ҳафта давомида йод, висмутли препаратлар (бийохинол 2 мл дан кунора, умумий доза 40—50 мл) қўлланилади. Сўнгра пенициллин 400.000 дан ҳар 3 соатда мускул орасига юборилади. Орадан 1,5—2 ой ўтгач иккинчи даволаш курси ўтказилади. Бунда бийохинол ўрнига бисмоверол буюрилади 1,5 мл дан ҳафтасига 2 маҳал, даво курси 18—20 мл.

Носпецифик даволашни серологик реакцияларнинг негативллашиши суст кечганда ёки қони негатилизацияланмаган беморларга, кечки яширин захм, нейро-, висцерозахм, туғма захмда қўллаш тавсия этилади.

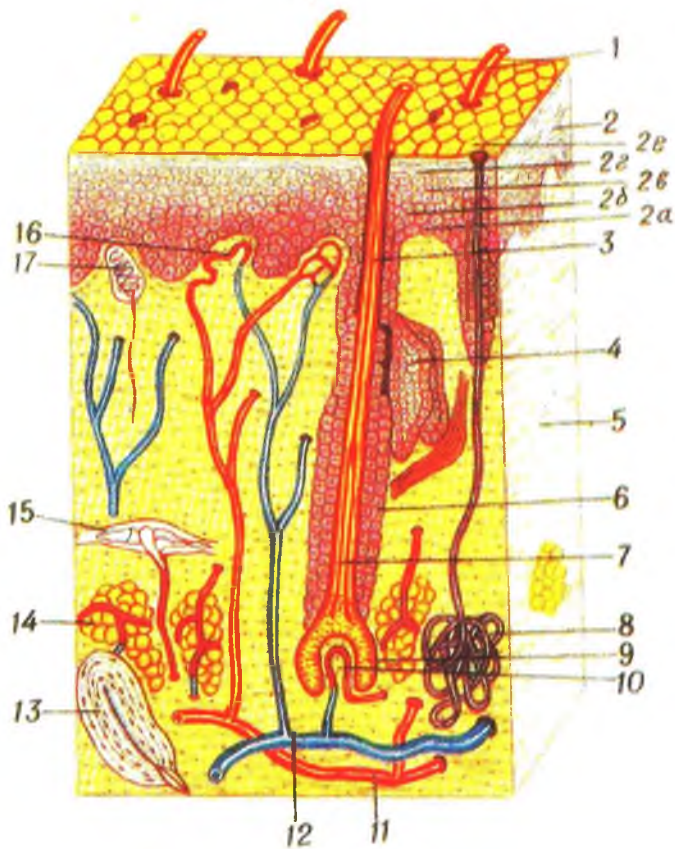
Носпецифик даво воситалари сифатида пироген препаратлар (пирогенал, продигозан) витаминлар, биоген стимулятор (алои экстракти, спленин, стекловидное тело) ва иммуномодуляторлар (декарис, метилурацил, натрий нуклеинат) қўлланилади.

СЎЗАК (ГОНОРЕЯ, GONORRHOEA)

Сўзак юкумли таносил касаллиги бўлиб, асосан жинсий йўл билан юқади. Сўзак грекча «гонорея», немисча «триппер» деб ҳам аталади, яъни gone — уруғ, rhoia — оқиш демакдир. Сўзақда асосан сийдик таносил аъзолари, баъзан тўғри ичак, кўз, оғиз шиллик қаватлари ҳам зарарланади.

Этиологияси ва патогенези. Сўзакнинг кўзгатувчиси — гонококки 1879 йили немис олими Альберт Нейссер топган. Е. Бум эса уни махсус озиқли муҳитда ундиришга муваффақ бўлган (1885).

Сўзак юқишининг кўпроқ учрайдиган йўли жинсий йўлдир, яъни бу касаллик сўзакка мубтало бўлган бемор билан жинсий алоқа қилганда, шунингдек сурункали сўзак билан оғриган эркак ва аёллардан юқади. Касаллик бемор фойдаланган буюмлар: чойшаб, сочиқ ва бошқалар орқали ҳам юқади. Бола сўзак



1-расм. Соғлом терининг гистологик тузилиши (схема): 1. Соч толаси. 2. Эпидермис: 2а — базал қават, 2б — тикансимон қават, 2в — донатор қават, 2г — ялтироқ қават, 2е — мугуз қават. 3. Соч. 4. Еғ безлари. 5. Дерма. 6. Қуткула. 7. Соч илдизи. 8. Тер безлари. 9. Соч пиезчаси. 10. Соч сўргичи. 11. Тер артерияси. 12. Тер венаси. 13. Нерв охирлари. 14. Еғ тўқимаси. 15. Нерв охирлари. 16. Капиллярлар. 17. Нерв охирлари.



19- расм. Токсикодермия

20- расм. Кимёвий моддалар (лаб бўёғи) таъсирида вужудга келган дерматит



20^a- расм. Ўсимликлар таъсирида вужудга келган дерматит



21- расм. Уткир чин экзема

24- расм. Катталар қичимаси





23- расм. Атошик дерматит

05- расм. Эшакем





96- расм. Тангачали темиратки



27- расм. Қизил ясси темиратки

28- расм. Қизил югурукнинг ҳалқасимон шакли





30- расм. Вульгар нефитус

29- расм. Склеродермия-
нинг чекланган тури



32- расм. Дюрингнинг гер-
петиформ дерматити





35- расм. Импетиго



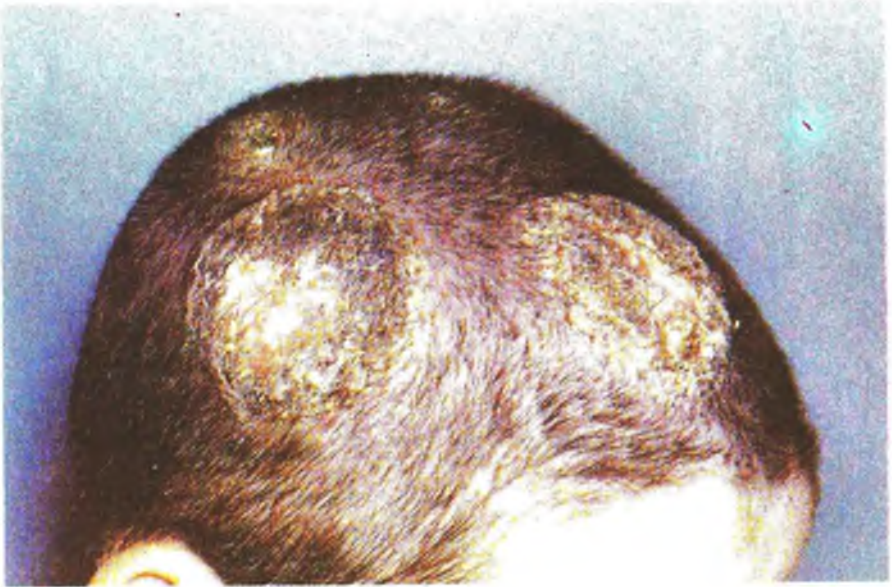
42- расм. Силлиқ терининг юзаки трихофитияси



37- расм. Моховнинг лепроматоз хили (Ricardo S Guintодан)

39- расм. Уткир учли кондилома





43- расм. Мадаланган инфилтратив трихофития

44- расм. Бошнинг сочли қисми микроспорияси

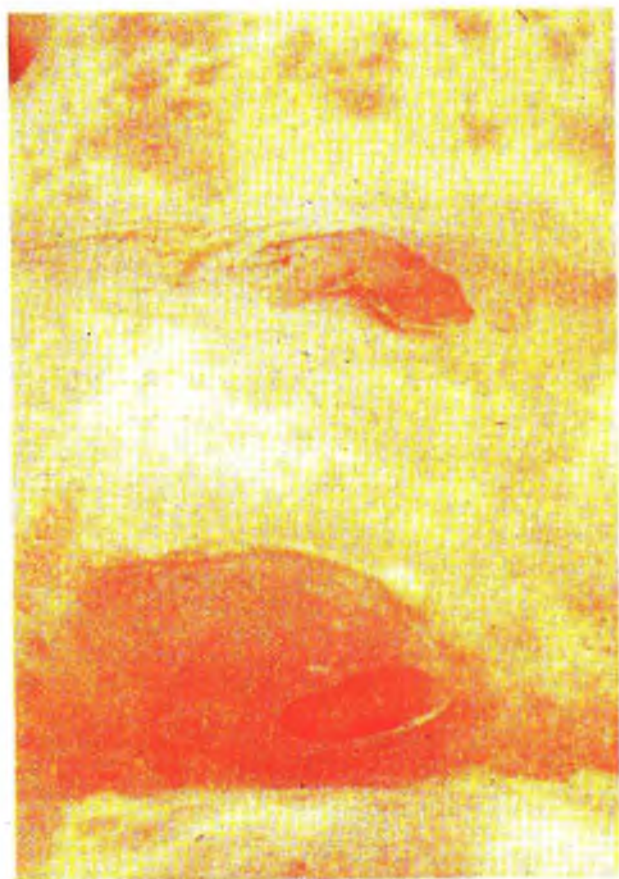


45-расм. Бармоқлар ораси канди-
дозни

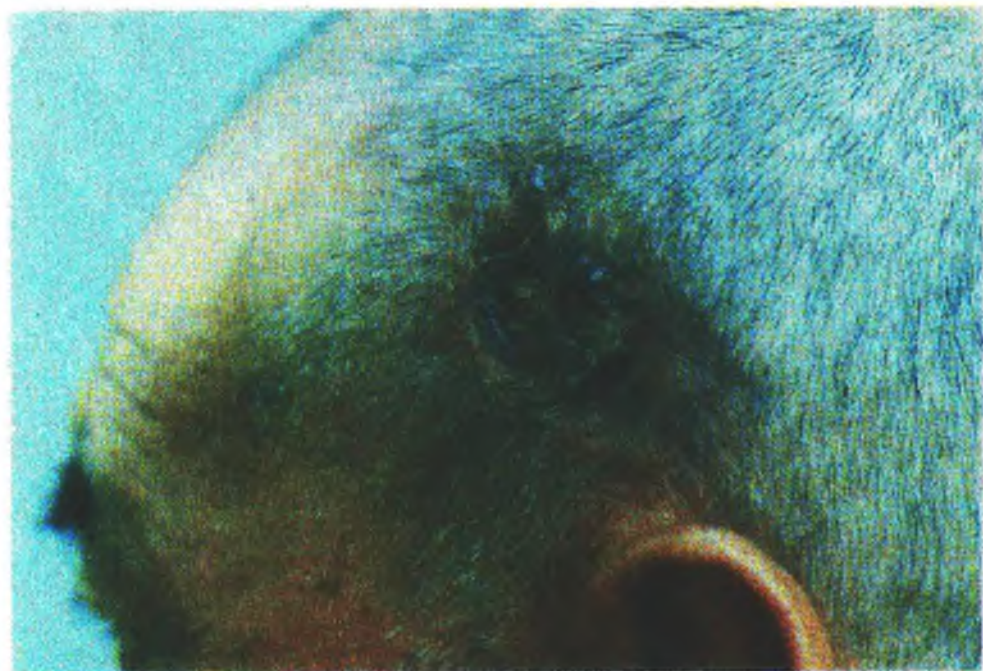


48-расм. Лейшманиознинг қишлоқ (ўткир некротик) тури.





50- расм. Лайел синдроми



56- расм. Базально-

60- расм. Қаттиқ
шанкр

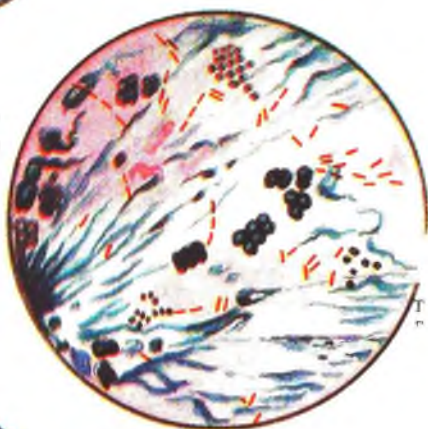


64- расм. Сўзак

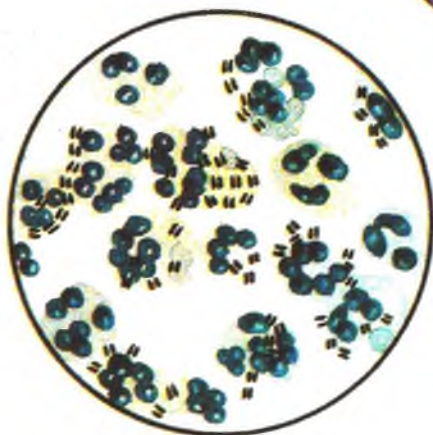




70- расм. Туқимада сна таёқчаси



71- расм. Мохов (Ганзен) таёқчаси



85- расм. Йирингда гонokokлар (метилen кўки билан бўлаган)

билан оғриган онадан туғилиши вақтида, кўзларига сўзак юктириб олиши мумкин. Болалар сўзак бўлган катталар билан бирга ётганида, умумий тувакдан, ванна, тоғора ва бошқалардан фойдаланганида ҳам касаллик юқиши эҳтимоли бор.

Баъзан гонококкларнинг бутун организмга тарқалиш ҳоллари (гонококкли сепсис) ҳам кузатилади. Венерология соҳасида кучли антибактериал препаратларнинг кенг ишлатилиши натижасида гонококкли сепсис, артрит каби касалликлар мутлақо йўқотилди.

Сўзак қадимги таносил касалликларидан ҳисобланади. Эркаклар сўзагида, одатда уретрадан сарғиш-гунгурт йирингли суюқлик чиқа бошлайди, шу клиник кўринишни эрамиздан аввалги II асрда яшаган Гален «гонорея» деб атаган.

Сўзак эрамиздан аввал V асрда Гиппократга ҳам маълум бўлган, лекин уни биринчи бўлиб А. Нейссер аниқлаган, у беморларнинг уретра каналидан касаллик кўзгатувчисини топиб, гонококклар сийдик-таносил аъзоларида яллиғланиш жараёнларини вужудга келтиришини илмий асослади (1879 й.). Шундан буён сўзак мустақил касаллик деб юритилади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳозир ҳам сўзак энг кўп тарқалган таносил касалликлари қаторига киритилади. Ер шарида йилига 200—250 млн. аҳоли бу касалликка чалинади. Ҳатто ривожланган Европа давлатларида ҳам, сўзак касаллиги сони бўйича ўткир юқумли гриппдан кейинги ўринда туради.

Айниқса сўзакнинг 20—30 ёшлардаги йигит-қизлар орасида арқалганлиги кўпгина мутахассисларни ташвишга солмоқда. Ганосил касалликлари фақат кўп учраши билан чегараланиб қолмай, балки иқтисодий ҳамда ижтимоий қийинчиликларга олиб келади, яъни касаллик асоратлари мураккаблашиб, даво чоралари қимматга тушади. Айниқса беморларнинг бепушт бўлиб қолиши ачинарли.

Этиологияси. Сўзак кўзгатувчиси гонококклар жуфт-жуфт бўлиб турадиган кокклар, яъни диплококклардир (грекча *diplos* — жуфт демакдир). Улар ботик томони бир-бирига қараб ётадиган дуккаклар шаклида бўлади.

Сўзак билан оғриган бемор ажратмаларидан тайёрланган суртмада гонококклар бир хил катталиқда, яъни эни 0,7—0,8 мк, бўйи — 1,25 мк келади. Даволаш жараёнида уларнинг катталиги ўзгариб қолиши мумкин. Беморга етарли миқдорда антибиотиклар ёки сульфаниламид препаратлари буюрилмаса, уларнинг катта-кичиклиги, шакли ўзгариб, шарсимон, овалсимон ёки эритроцитлар катталигидаги заррачаларга, яъни L — формага тезда айланиб қолади. Кейинчалик гонококкларнинг бундай штаммаларини антибактериал препаратлар билан даволаш анча муш-

куллашади. Ҳатто улар баъзи антибиотикларга, масалан, пенициллинга қарши пенициллиназа ферментини ишлай бошлайди.

Гонококклар грамм-манфий, ҳаракатсиз микроорганизм бўлиб, одатда спора ҳосил қилмайди. Одам организмидан ташқарида чидамсиз, лекин қуримаган қалин йирингда ва ҳар хил буюмларда (ёки нам ички кийимларда, сочик ва бошқаларда) бир сутка, баъзан ундан ҳам ортик сақланади. Одам организмидан уларнинг чидамлилиги бирмунча кўпроқ бўлади.

Гонококклар айниқса иссиққа чидамсиз, 40—45°C дан юқори температура, шунингдек дезинфекцияловчи эритмалар таъсирида тез ўлади. 1:100 нисбатдаги кумуш нитрат эритмаси, йод ва спирт гонококкларни шу заҳоти ўлдиради. Вакуум ҳосил қилиб музлатилганда, улар антигенлик хусусиятини узоқ вақт сақлаб қолади. Масалан, 5 йилдан сўнг яна қайта озик муҳитда ундирилган тадқиқотлар маълум.

Тоза гонококклар ундирмасидан (культураси) тайёрланган электрон-юққа препаратларни электрон микроскопда 100.000 марта катталиқда текшириб қўрилганда, уларнинг иккита овалсимон кокклардан иборат эканлигини кўрамиз.

Гонококкларнинг ташқи қобиғи, цитоплазмаси ва мембранаси уч қаватдан иборат бўлиб, улар микроорганизмлар кўринишини сақлайди. Гонококклар цитоплазмасида кўплаб рибосома (оксиллар фабрикаси) доначалари, ядро киритмалари жойлашган. Кейинги йилларда гонококкларнинг қобиғи атрофида капсуласимон қисми борлиги аниқланди. Бу ҳар бир коккни бир-биридан бўлак ушлайди. Электрон микроскопда ўтказилган тадқиқотлардан, гонококкларнинг ташқи қобиғида ингичка иплар (пилакчалар) тармоғи борлиги, улар ўзларида генетик информацияни сақлаб, микроорганизмнинг вирулентлигини белгилайди деган фикрлар бор.

Гонококклар одатда яшаб, кўпайиши учун маълум бир озикли муҳитларни танлайди, шу сабабли улар оддий муҳитларда ўсмайди. Уларнинг ўсиши учун оксил (асцит суюқлиги) бўлиши зарур. Масалан, аэроб шароитда 36—37°C да асцит бульон ва асцит агар улар учун энг яхши озикли муҳит саналади.

Табий шароитда ҳайвонлар сўзак билан касалланмайди, уларга касаллик юктириш тадқиқотлари натижасиз бўлмоқда. Кейинги йилларда баъзи тадқиқотчилар маймунга сўзак юктира олганликлари ҳақида адабиётларда маълумотлар бор.

Қасалликнинг юқиш йўллари. Юқорида биз гонококклар одам организмидан ташқарида жуда чидамсиз эканлигини айтиб ўтдик. Сўзак асосан соғлом одамга бемор билан жинсий алоқада бўлганида юқади. Қасаллик манбаи сўзак билан огриганлигини билмай юрган ёки сурункали сўзакка чалинган беморлар ҳисобланади. Айниқса аёллар, ўзларининг касал эканликларини узоқ вақтгача билмай юришлари мумкин.

Қатта ёшдаги эркакларга сўзак кўпинча жинсий алоқа қилганда юқади. Синашта бўлмаган кишилар билан жинсий алоқа қилиш ҳам касалликка замин яратади, бунда гонококклар тўғри ичак ёки оғиз-бурун бўшлиғи шиллик қаватларини зарарлантиради. Бундай ҳолат бесоқолбозлик (гомосексуализм) билан шугулланувчиларда кузатилади. Баъзан сўзак билан оғриган кизларнинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмасликлари оқибатида, уларнинг жинсий аъзоларидан келаётган инфекцияли ажралмалар тўғри ичак шиллик қаватига тушиб уни яллиглантиради.

Орогенитал мулоқотдан сўнг гонококклар бодомча безлар ва томоқ шиллик қаватини бирламчи яллиглантириши мумкин. Ёш болалар жинсий аъзоларидаги инфекцияни билмай оғиз бўшлиғига юқтирганликлари ҳақида адабиётларда айтиб ўтилган. Гонококкли конъюнктивит катталарда деярли кузатилмайди, шахсий гигиенага риоя қилмаган бемор уни ўз қўли билан юктириши мумкин.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, сўзак билан оғриган беморларнинг деярли 95—99% уни жинсий алоқа оқибатида юктириб олади.

Патогенези. Сўзакка қарши туғма иммунитет ҳам, ортирилган иммунитет ҳам йўқ. Шу боис касалдан тузалган бемор яна қайта касалланиши мумкин.

Сўзак билан оғриган беморлар қони текширилганда орадан анча вақт ўтишига қарамай, унда антителолар, комплемент боғловчилар борлиги аниқланган, аммо улар қайта касалланишдан сақлай олмайди. Бир киши сўзак билан бир неча марта оғриши мумкин (реинфекция).

Ўткир сўзакда, аксарият гонококклар, лейкоцитлар цитоплазмасида жойлашади, фагоцитоз жадал кечади; бунда фагоцитоз тугалланмай қолиб, гонококклар лейкоцитлар ичида бўлишини давом эттиради, оқибатда лейкоцит цитоплазмаси ёрилиб, гонококклар ташқарига чиқади. Бундай фагоцитоз организмни инфекциядан сақламай, аксинча микроорганизмларнинг специфик иммунитетини гуморал факторларидан сақлайди. Полиморф ядролу лейкоцитлар ичидаги гонококклар яқин аъзо ва тўқималарга ўтиб кетиши мумкин. Химиотерапевтик дори-дармонлар, хусусан пенициллиннинг ўз вақтида қўлланилиши фагоцитознинг тўлиқ яқунланишини таъминлайди.

Сўзакда асосий патологик жараён, одатда кўзгатувчи бирламчи кирган жойидан бошланади. Шунга асосан, сийдик таносил аъзолари (генитал), экстрагенитал ва метастатик сўзак тафовут қилинади. Метастатик сўзак генитал ва эстрагенитал сўзақлар асорати ҳисобланади.

Гонококклар, аксарият сийдик таносил аъзолари шиллик қаватларининг цилиндрик эпителийларини (уретра, бачадон

бўйни, кўз шиллик қавати, тўғри ичак) зарарлайди. Гонококклар тушган заҳоти шу жойдаги ҳужайра ворсинкасига маҳкам ёпишиб олиб, у билан зарарланган киши жинсий алоқадан сўнг сийганида тушиб кетмайди; уретра шиллик қаватига тушган гонококклар ҳужайралараро бўшлиққа, 3—4 кундан кейин субэпителиал бириктирувчи тўқимага етиб боради ва яллиғланиш жараёнини юзага келтиради. Бунда гонококклар тушган жойга лейкоцитлар, лимфоцитлар ва плазматик ҳужайралар миграцияси бошланади ва уретрадан чиқинди ажралишига сабаб бўлади. Баъзан микроорганизмлар тухум ортигига тушиб уни яллиғлантиради. Қўзғатувчи лимфоген йўл билан ҳам ўтиши мумкин. Гематоген диссеминацияси аҳёнда бир учрайди. Одам қони зардобдаги киллин-фактор таъсирида гонококклар тезда ҳалок бўлади. Организмнинг иммун ҳамда бактериоцид химоя функцияси сусайганида гонококкли сепсис рўй бериши мумкин.

Аёлларда гонококклар аввал сийдик чиқариш канали (уретра), бачадон бўйни, сўнгра бачадон ва найларини ҳамда тухумдонни зарарлантиради. Гонококклар ажратган гонотоксин туфайли беморнинг боши оғриб, иштаҳаси йўқолади, анемия кузатилади, бўғимлар, нерв системаси ва бошқа аъзолар ҳам зарарланади.

Эркаклар сўзаги. Сўзак бўлган аёл билан жинсий алоқа қилган эркакда 3—5—7 кунлик инкубацион даврдан кейин сийдик чиқариш каналидан сарғиш-кўқимтир йиринг ажрала бошлайди. Қасалликнинг инкубацион даври баъзан 2—3 ҳафтагача давом этади. Агар касаллик бошланганига 2 ойдан ошган бўлса, уни сурункали сўзак деб юритилади. Шунингдек касаллиги аниқланмаган беморларни ҳам сўзакнинг сурункали хилига киритилади.

Баъзи беморларда гонококк бўлишига қарамай касаллик ҳеч қандай субъектив ёки объектив белгиларсиз, яъни асимптом кечади, бундай ҳолат яширин (латент) сўзак ёки гонококк ташувчилар деб юритилади. Кўпгина мутахассисларнинг тушунтиришича, кейинги йилларда сўзакнинг асимптом кечиши тез-тез кузатилмоқда.

Эркаклар сўзагининг қуйидаги шакллари мавжуд: 1. Янги сўзак; а) ўткир, б) ўртача ўткир, в) суст кечадиган (торпид тури). 2. Сурункали сўзак. 3. Яширин (латент) сўзак.

Ўткир сўзак уретрити. Бемор сийдик чиқариш каналининг олд қисмида қичиш, қизиш ва бироз ачишиш сезади. Бу субъектив белгилар айниқса бемор эрталаб сийганида безовта қилади. Уретра канали оғзи ёпишиб, гиперемияланиб шишиб кетади. Сийдикда шилимшиқ ва йирингли ипчалар кўринади. Борабора бемор сийганида оғриқ туриб, қаттиқ ачишишидан, эрекцияда оғриқ сезилишидан нолийди.

Сийдик каналидан жуда кўп сарғиш-гунгурт йиринг келади (64-расм), говак тана ушлаб кўрилганда унинг қаттиқлашганли-

ги, босганда оғриқ сезилиши мумкин. Яллиғланиш кучайганида ажралаётган чиқинди қон аралаш бўлиб, ранги сарғимтир жигарранг тусга киради. Сўзак уретритида, уретранинг фақат олдинги қисми зарарланганми ёки зарарланиш унинг орқа қисмида ҳам борми, ана шуни аниқлаб олиш керак. Бунинг учун икки стаканли синама қилиб кўрилади: бемор аввал бир стаканга, кейин иккинчисига сийдирилади, бунда уретранинг фақат олдинги қисми зарарланган бўлса, йиринг сийиш вақтида сийдик оқими билан ювлиб, биринчи стаканга тушади, иккинчи стакандаги сийдик тиниқ қолаверади. Уретранинг орқа қисми ҳам зарарланган бўлса, иккала стакандаги сийдик ҳам лойқа бўлади. Қасалликнинг учинчи ҳафтасига келиб субъектив ва объектив белгилар, яллиғланиш аломатлари, йиринг ажралаши ўз-ўзидан камаяди.

Қасалликнинг 3—4 ҳафталари охирида яллиғланиш уретранинг олд қисмидан орқасига ўтади ва ўткир тотал сўзак уретрити авж олади. Уретранинг олдинги қисми зарарланганлиги белгиларига унинг орқа томони яллиғлангани симптомлари қўшилади. Қасаллик белгилари зўраяди (уретроцистит). Бемор тез-тез сияди, сийганида оғриқ сезади, сийдигида қон бўлиши ҳам мумкин (терминал гематурия).

Уретранинг орқа қисми зарарланиши баъзан ҳеч қандай аломатларсиз ҳам кечиши мумкин. Бундай беморлар икки стаканли синама қилиб аниқланади, унда ҳар иккала стакандаги сийдик ранги хира бўлади (тотал пиурия).

Янги торпид сўзакда уретранинг олдинги қисми зарарланганда, сийдик чиқариш канали атрофида шиш, қизариш унчалик сезилмайди, ажралаётган чиқинди миқдори кам, шилимшиқли, йирингли бўлиб, фақат эрталаблари ажралади, холос. Стакандаги сийдикда битта-иккита йирингли иплар чўкмаси кўринади (нимхира сийдик). Беморлар сийишдан олдин шу соҳада ачишиш, қичишишга шикоят қилишади. Аксарият беморлар ўзининг қасаллигини сезгани ҳолда, жараён уретранинг орқа қисмига ўтиши мумкин. Сийдик каналининг орқа қисми яллиғланганлигини икки стаканли синама билан аниқланади, бунда ҳар иккала стакандаги сийдик лойқа бўлади (тотал уретрит).

Ўткир сўзак уретрити, торпид уретритдан ташқари ўртача ўткир уретрит ҳам кузатилади. Унинг белгилари юқорида айтилган ҳар иккала уретритнинг ораллигида туради.

Ўткир сўзак уретритида сийдик каналининг орқа қисми зарарланиб, унда одатда простата беши ва тухум ортиқлари ҳам зарарланади, бунда даво чоралари мураккаблашади.

Ўткир сўзакда юқорида қайд қилинганлардан ташқари ҳарорат кўтарилиши, иштаҳа пасайиши, умумий қувватсизлик кузатилади. Бу белгилар гонококклар токсинларининг қонга сўрилишидан келиб чиқади.

Сурункали сўзак. Бемор ўз вақтида даволанмаса ёки

пала-партиш даволанса, шунингдек парҳез ва даво режимига риоя қилмаса жараён ўткирдан сурункалига ўтади. Худди шу ҳол гонококклар препаратлар таъсирига чидамли ёки организм реактивлиги паст бўлганда ҳам кузатилади.

Сурункали сўзак ўзининг субъектив ва объектив белгилари билан худди торпид сўзакка ўхшаб кетади. Сурункали сўзакка чалинган беморларнинг 60% кам ифодаланган белгилар билан кечади. Баъзан сурункали сўзак қўзиб туради. Айниқса бемор аччиқ, шўр таомлар истеъмол қилса, спиртли ичимликлар ичса, жинсий алоқа қилса яллиғланиш зўраяди.

Жараён қайталанганида касалликнинг клиник кўриниши худди ўткир ёки ўртача сўзакка ўхшаб кетади. Бундай беморларнинг касаллик тарихига қараб аниқ диагноз қўйилади.

Сурункали сўзак асосида сийдик каналининг бошдан оёқ зарарланиши ётади, бунда яллиғланиш ўчоғи кенгайиб, торайиб туради. Кенгайиш аввалига юмшоқ яллиғланиш инфильтратидан иборат бўлиб, бора-бора чандиқ тўқимасига ўхшаб қаттиқлашади, сийдик канали торайиб қолиши мумкин. Торайиш анчагина бўлса бемор сийганида оғриқ туриб сийиш жараёни чўзилиб кетади, сийганидан кейин яна бир неча томчи сийдик келади; чов оралигида ўтмас оғриқ, жинсий функция бузилиши кузатилади. Одатда сўзакка чалинган беморларда у ёки бу асорат қолади.

Гистопатологияси. Қасалликнинг ўткир даврида сийдик канали тўқимасида барча яллиғланишларга хос морфологик ўзгаришлар кузатилади. Эпителийда диффуз экссудатив ўзгариш, айрим жойларда юзаки эрозиялар бўлади. Шиллик қават остида плазматик ва лимфоид хужайралардан иборат инфильтрат ҳосил бўлади. Морганьи криптлари ва Литтер безларида полинуклеар нейтрофиллар ва эпителиал хужайралардан иборат яллиғланиш маҳсулоти — йиринг йиғилади (Литтерит, Морганит). Уларнинг чиқариш найлари бекилиб псевдоабсцесслар пайдо бўлади.

Қасаллик сурункали кечган ҳолларда экссудатив яллиғланишларга пролифератив ўзгаришлар қўшилади. Шиллик қават остида инфильтратлар ўчоқ-ўчоқ бўлиб жойлашади. У жойларда лимфоид ва плазматик хужайралар билан бирга фибробластлар пайдо бўлади. Баъзан юмшоқ инфильтратли, баъзан қўшимча тўқимали қаттиқ инфильтратлар вужудга келади.

Эркаклар сўзагининг асоратлари. Сийдик чиқариш канали стриктураси (уретра стриктураси) ёки уретранинг чандиқли торайиши, асосан уретранинг олдинги қисмида пайдо бўлади; сийиш акти чўзилиб, сийдик оқими ингичкалашиб қолади, бемор сийишга қийналади, ачишиш хисси пайдо бўлади; бемор сийганидан кейин ҳам бир-икки томчи сийдик келади. Замонавий даво чораларини қўллаш туфайли уретра стриктураси кейинги йилларда мутлақо учрамай қолди.

Сўзак простатити пала-партиш даволаниш, кўпинча парhez ва даво режимининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Гонококклар простата безининг чиқариш йўллари орқали шу безга киради. Бундай катарал простатит асимптом кечади. Бунда кечалари тез-тез заҳар танг қилиб туради, сийдик лойқаланади, баъзан тиниқ бўлса ҳам, унда ипир-ипирлар пайдо бўлади.

Бунда касалликнинг клиник белгилари, худди уретранинг орқа қисми яллиғланганидек (орқа уретрит) намоён бўлади. Беморнинг аҳволи ёмонлашиб, дармони қурийди, иштаҳаси пасаяди. Чов оралигида ўтмас оғриқ, ич дам бўлиши, қабзият кузатилади. Тана ҳарорати 38—39°С га етади, кечалари тез-тез заҳар танг қилиб, стаканли синамада сийдикнинг ҳар иккала қисми лойқа, чўкмасида йиринг бўлади.

Тўғри ичак орқали (ректал) текшириб кўрилганда бемор оғриққа шикоят қилади, простата беzi кўлга қаттиқ ва катталашган бўлиб унайди (паренхиматоз простатит), яллиғланишлар анча ифодаланган бўлади, баъзан нўхатдек ёки ундан ҳам каттароқ, босганда оғрийдиган тугунчалар, шунингдек шу без бағрида абсцесслар (фолликуляр простатит) пайдо бўлиб, уретра ёки тўғри ичакка ёрилади. Бунда беморлар сийиш ва ҳожат вақтида сийдик чиқариш канали, ёрғоқ, думгаза соҳасига ўтадиган оғриққа шикоят қиладилар. Тана ҳарорати кўтариледи. Простата безини текширишда эҳтиёт бўлиш лозим. Тўғри ва режали даво чораларидан кейин ўткир простатит белгилари йўқолади. Нотўғри даволанганда ўткир простатит ёки сурункали сўзак уретрити сурункали простатитга ўтиб кетади. Гонококклар баъзан простата беzi ичида (сўзакдан сўнг) узоқ вақт сақланиб ҳеч қандай объектив ва субъектив белгилар намоён қилмайди, у кўпинча чўзилиб кетган ёки сурункали сўзак уретритида кўзга ташланиб қолади. Сурункали простатитнинг клиник кўриниши полиморф. Беморлар бел соҳасида ўтмас оғриқ сийдик чиқариш каналининг ачишиши, тез-тез заҳар танг қилиши, ҳожат (дефекация) дан кейин простата беzi суюқлиги чиқиши (простаторея) дан, жинсий функция бузилиб, эрекция сустлигидан, вақтидан илгари шаҳват ажралашидан шикоят қиладилар. Қасаллик сийдик чиқариш канали оғзи сезилар-сезилмас гиперемияланиб, эрталаблари бироз шилимшиқ йирингли ажралма чиқиб туриши билан бирга давом этади; сийдик иккинчи порцияда лойқа бўлади. Антибактериал терапия ёрдамида гонококклар йўқотилганда ҳам сурункали яллиғланишлар анчагача давом этади. Олимларнинг фикрича простата беzi тўқималаридаги нейродистрофик ўзгаришлар, аутоагрессия ҳолати ва иккиламчи инфекция бунга сабаб бўлади.

Простата безининг ўзи тўғри ичак орқали, без секретини микроскопда текширилгандан кейингина сурункали простатит диагнози тасдиқланади. Беморлар секретини лейкоцитларни кўриш май-

донидаги сони 40—50 тадан ошиб кетади, улар тўп-тўп бўлиб жойлашади. Аксинча лейцитин доначалари эса камайиб кетади.

Катарал яллиғланишда простата беги бармоқларга унчалик уннамайди, фолликуляр ўзгаришда эса қаттиқлашган тугунчалар сезилади. Сурункали паренхиматоз простатитда безнинг бир бўлаги ёки бутунлай катталашиб кетиши мумкин. Безнинг маркази яссиланиб босганда қаттиқ оғрийди.

Кўпинча простата безининг сурункали яллиғланишлари уруғ дўмбокчаси (колликулит) ва уруғ пуфакчаларининг яллиғланишлари (везикулит, сперматоцистит) билан бирга кечади. Беморларнинг 10% ида эпидидимит ҳам бирга учрайди.

Гонококклар уруғ чиқарувчи йўл орқали, у антиперистальтик тарзда қисқарганида, уретранинг орқа қисмидан мойк ортигига ўтади ва сўзак эпидидимитига сабаб бўлади. Уретранинг орқа қисми шикастланмаган бўлса ҳам гонококклар у ерга унинг олдинги қисмидан лимфа ва қон йўллари орқали ўтиши мумкин. Мойк ортигининг зарарланиши бирдан бошланади: ёрғоқ териси қизариб шишади, безиллаб туради, мойк ортиги катталашиб қаттиқ оғрийди. Уруғ чиқарув йўли йўғонлашиб, зич тизимча кўринишида қўлга уннайди. Беморнинг иссиғи кўтарилади, бош оғриғи, умумий дармонсизлик, уйқусизлик пайдо бўлади. Мойк, одатда ўзгармай қолаверади, баъзан унинг қобиги (гидроцеле, ўткир периорхит) биров зарарланади.

Замонавий даво усуллари қўлланилганда ҳам мойк ортигининг шикастланган тўқималари асли ҳолига қайтмайди. Мойк ортигининг дум соҳасидаги инфилтратлари бутунлай сўрилиб кетмай, унда қаттиқ чандиқ қолади — бу сперматазоидлар ҳаракатига тўсқинлик қилади; ҳар иккала мойк ортиги яллиғланса азоспермия рўй беради ва сўзакнинг энг хавфли асорати бепуштлиқ кузатилади.

Аёллар сўзаги ўзининг клиник кўриниши ва кечиши жиҳатидан эркакларникидан биров фарқ қилади — бу эркак ва аёл сийдик таносил аъзоларининг тузилишидаги тафовутларга боғлиқ.

Аёлларда сўзак инфекцияси уретра, бартолин безлари, бачадон бўйни, шунингдек тўғри ичакни бир йўла шикастлантиради ва жадал кечади. Кейинги йилларда сўзакнинг клиник симптомлари ўзгариши, касаллик эпидемиологияси, диагностикаси ва давосида ўз ифодасини топмоқда. Айниқса аёллар сўзаги диагностикаси унинг 75—80% субъектив асимптом кечиши ҳисобига мураккаблашмоқда.

Инфекция асосан жинсий йўл билан юқади. Фавқулодда беморлар ишлатган буюмларидан (сочиқ, ички кийим, ўрин-кўрпа ва бошқалар) юқиб қолиши мумкин. Гонококклар ҳўл буюмлардаги йирингда 24 соатгача тирик сақланади. Бемор билан жинсий мулоқот қилинганда гонококклар аввал уретрага, кейин ба-

чадон бўйнига тушиб, уларни яллиғлантиради. Кейинчалик катта вестибуляр безлар ва тўғри ичакнинг қуйи қисми зарарланади. Баъзан бузуқ мулоқот қилинганда тўғри ичак ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Гонококklar юққанидан кейин, касалликнинг 3—5 кун яширин даври ўтади. Баъзан бу давр 14—15 кунга чўзилиб кетади. Қасалликнинг субъектив белгилари сустиғи туфайли, аёллар инфекция юқтирган вақтини тайин айта олмайди.

Аёллар сўзаги клиник кечишига қараб худди эркакларникидек тафовут қилинади: 1. Янги сўзак (ўткир, ўртача ўткир, торпид). 2. Сурункали сўзак (икки ойдан ошган сўзак). Сийдик тано-сил аъзоларининг фақат қуйи қисми (қин дахлизи, бартолин безлари, уретра, бачадон бўйни) сўзак билан зарарланган бўлса — бу асорат бермаган, мабодо бачадоннинг ички қисми, тухумдон ортиқлари ва бошқа аъзолари ҳам зарарланган бўлса, бундай касаллик юқори кўтарилиувчи асорат берган сўзак дейилади.

Аёллар сўзагининг ўтиши ўткир ва хроник (сурункали) бўлади. Қасалликка чалинган аёлларнинг 71—96% ида сўзак уретрити кузатилади, бунда асосан аёллар уретрасининг қиска (3—4 см) ва энлиги сабаб (эркакларникидан 1,5 марта энли) бўлади. Қасалликнинг ўткир даврида беморлар уретранинг сан-чиб оғришига, сурункали даврида эса тез-тез оғриқли сийишга шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар. Уретра дахлизи гиперемияланиб шишиб туради, босганда инфильтратланиш ва оғриқ сезилади, оқиш сарғимтир ажралма келади. Парауретрал йўллар яллиғланиб, қўлга тугунчадек уннайди.

Аёлларнинг асорат бермаган сўзагида одатда бачадон бўйнининг сўзакдан яллиғланиши (ўткир сўзакда деярли 85—90%, сурункалида эса 94—98%) кузатилади. Бачадон бўйнининг қин соҳаси қизариб шишиб туради, қиндан шилимшиқ йирингли суюқлик чиқади, юзаки эрозия ҳосил бўлади. Сурункали жараёнда шиш, гиперемияга нисбатан фолликуляр эрозия кўп учрайди. Беморларнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, улар асосан қичишиш, ачишиш, чиқинди ажралишидан шикоят қиладилар.

Вульва ва қиннинг сўзакдан яллиғланиши аҳён-аҳёнда учрайди, чунки бу аъзоларнинг шиллиқ қавати сўзак инфекциясига чидамли кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Вульва ва қиннинг сўзакдан зарарланиши ёш қизлар, ҳомилдор аёллар ва климакс даврини бошидан кечираётган аёллардагина кўрилади.

Бундай беморларнинг ташқи жинсий аъзолари шишиб гиперемияланади, клитор ости крипталари, катта ва кичик уятли лаблар юзаси қизариб йиринг билан қопланади. Кичик уятли лаблар шишиб, ёпишиб туради, баъзан яра-чақаланиб эрозияланади. Бемор оғриққа, қичишиш, ачишиш ва чиқинди ажралаётганига

нолийди. Бунга иккиламчи инфекция қўшилса қисман регионар лимфаденит кузатилади.

Бартолин безларининг сўзакдан яллиғланиши (сўзак бартолинити) уретра ёки бачадон бўйнидан гонококкли йиринг ўтиши натижасида вужудга келади ва аёллар сўзагининг 20—30% ида учрайди.

Катта вестибуляр безлар яллиғланишининг олти хил клиник кўриниши тафовут қилинади: юза каналикулит, каналикулит, сохта абсцесс, чин абсцесс, катта вестибуляр безлар ўсмаси (киста), нодоз (тугун) хили.

Без чиқарув найларининг озги қисми зарарланганда (юза каналикулит), шу соха кизариб туради, кизил доғлар кўзга ташланади, бу доғлар босиб кўрилса йирингли ажралма чиқади. Без танасининг зарарланиши (абсцесс, ўсма) жуда безиллаб турадиган ўсма кўринишида намоён бўлади, ўша ўсма босиб кўрилганда қаттиқ оғрийди, кўзгалувчан бўлади. Бора-бора абсцессга айланиб кетиши мумкин. Гонококкларга иккиламчи микроорганизмлар қўшилиши туфайли чин абсцесс вужудга келади. Бунда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашиб, ҳаракати кескин чегараланади, тана ҳарорати кўтарилади. Улар жароҳлик усулида даволанади. Баъзан катта вестибуляр безлардаги яллиғланиш камайиб, уларнинг чиқарув йўллари тикилиб қолса, унда нўхатдек ёки ундан каттароқ шарсимон, юмшоқ ўсмалар (киста) вужудга келади. Ўсмалар деярли оғримайди, беморни безовта қилмайди, ёрилганда ичидан ёпишқоқ ажралма чиқади.

Юқорига кўтарилувчи сўзак. Парҳез ва режим бузилса (жинсий алоқа, оғир жисмоний иш қилинадиган бўлса), ўз вақтида даво қилинмаса, организм қаршилиги сусайиб кетса, асорат бермаган сўзак асорат берадиган, юқорига кўтарилувчи сўзакка айланиб кетиши мумкин. Юқорига кўтарилувчи жараён сўзакнинг энг оғир кўриниши бўлиб, одатда қасалликдан кейинги биринчи ёки иккинчи ҳайздан сўнг бошланади. Юқорига кўтарилувчи сўзак ўткир сўзакдан сўнг 6—9%, сурункалисида 28—30% ҳолларда учрайди (Е. Н. Туранова, 1972). Ҳозирги пайтда анча кам учрайди.

Клиник кўринишига кўра юқорига кўтарилувчи сўзак, аёлларда учрайдиган бошқа яллиғланиш жараёнларига ўхшаб кетади. Бунда асосан қориннинг пастки қисмида оғриқ туриб, оғриқ характери яллиғланиш ўчоғига боғлиқ бўлади. Беморнинг кўнгли айнийди, қайт қилади, ҳарорати кўтарилиб, қалтирайди (сальпингоофорит, пельвиоперитонит).

Бачадон ичи яллиғланганда шилимшиқли бир талай сероз йирингли ва қон аралаш суюқлик келиб туради. Айниқса беморда аввалдан бошқа гинекологик яллиғланишлар бор бўлса (ад-

нексит, бачадондан қон кетиш, бачадон бўйни эрозияси), унда касаллик оғирроқ кечади.

Юқорига кўтарилувчи сўзак бачадон ичи шиллик қавати, мускуллари (эндометрит, эндомиометрит), бачадон найлари (сальпингит) ва тухумдон (оофарит) нинг яллиғланишига олиб келиши мумкин. Айниқса бачадон найларининг икки томонлама сўзакдан яллиғланиши, бачадон найларининг бити қолиши ва пировардда бепуштлиққа олиб келади.

Қизлар сўзаги. Асосан 2—8 ёшлардаги қизларда кузатилади. Қизлар сўзак билан оғриган оналари, қариндошлари ёки ўзларига қарайдиган аёллардан одатда ножинсий йўл билан касалликни юктириб оладилар. Шахсий ва умумий санитария қоидалари бузилганда, шунингдек касал билан бир ўринда ётилганда, чиқиндилардан, ифлосланган ванна, тувак, сочиқ орқали ҳам касаллик юқиши мумкин. Касалликнинг шу йўл билан юқиши 85—95% ни ташкил қилади. Сўзак билан оғриган қизларнинг асосий касаллик юктириш манбаи онаси ҳисобланади. Қизларнинг 80—93% ида сўзак ўтқир кечади. Аёллар сўзагидан фарқли ўлароқ қизларда асосан, сийдик таносил аъзоларининг кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган соҳалари зарарланади. Бачадон ва ортиқларининг зарарланиши, одатда кузатилмайди. Касалликнинг инкубацион даври қисқа, 3 кун давом этади. Яллиғланиш кўп ўчоқли бўлиб беморларнинг деярли 100% қин ва қин даҳлизи, 85% уретраси, 50—82% ида тўғри ичакнинг қуйи қисми шиллик қавати зарарланади.

Касалликнинг клиник манзараси микроорганизмнинг реактивлиги ҳамда гонококкларнинг вирулентлигига боғлиқ.

Сўзак вульвитада катта ва кичик уятли лаблар териси қизариб шишади, юзаси шилимшиқ, йирингли суюқлик билан қопланиб туради, клитор ва қизлик пардаси шишиб кетади. Сийдик чиқариш канали ҳам гиперемияланиб, сўзак уретрити авж олади. Бунда сийдик каналидан йиринг чиқиб туради, тез-тез заҳар танг қилиб, сийиш вақтида оғриқ пайдо бўлади.

Олти ёшгача бўлган қизларда катта вестибуляр безларнинг яллиғланиши кузатилмайди, тўғри ичакнинг ташқи сфинктери зарарланиши мумкин. Бунда ташқи сфинктернинг бурмали қисми гиперемияланиб шишиб туради. Шу соҳада кичишиш, ҳожат вақтида оғриқ кузатилади, баъзан майда ёриқлар пайдо бўлади.

Сўзак вагинитида қин шиллик қавати шишиб, қизариб туради, бирталай йирингли суюқлик чиқиб оралиқ ва соннинг ички юзасини таъсирлайди.

Сурункали сўзак қизларда камдан-кам кузатилади. Аксарият қизларнинг умумий аҳволи бироз ўзгаради, улар бўшашиб, жиззак бўлиб қолади, иштаҳаси йўқолади, сон соҳасини ҳадеб қашлайверадиган бўлиб қолади. Бир қанча ҳолларда қизлар сўза-

гининг субъектив ва объектив белгилари унча ифодаланмаган, яллиғланиш ҳодисалари билан суи бўлиб ўтиши мумкин.

Давоси. Сўзакни даволаш мутахассисдан антибактериал, иммунотерапевтик, маҳаллий ва физиотерапевтик муолажаларни бир йўла мукамал қўллаш билишни талаб қилади; юқоридаги усулларни қўллаш зарарланган ўчоқнинг характерига қараб олиб борилади.

Масалан, янги ҳали асорат бермаган сўзакда фақат антибиотиклар билан даволанса, асорат берган ҳамда сурункали шаклларида комплекс даво усуллари талаб этилади.

Сўзакка қарши қўлланиладиган дориларнинг хили, миқдори ва ишлатиш усуллари 1996 йилдаги «Сўзакнинг давоси ва профилактикаси курсатмаси»га асосланади.

Гонококка қарши антибиотиклар ишлатганда уни юборишдан 20—30 минут аввал аллергик реакциянинг олдини олиш учун антигистамин препаратлар, димедрол, пипольфен ва бошқалар берилади. Эркак ва аёлларнинг ўткир сўзагида бензилпенициллиннинг даво курси 6 млн ТБ буюрилади. Янги торпид хилининг асорат бермаган ҳамда ўткир асоратланган эркаклар сўзагида, юқорига кўтарилувчи ва сурункали сўзакда даво курси 10—12 млн ТБ га етади. Беморлар қонида антибиотикнинг юқори концентрациясини ҳосил қилиш учун даво катта дозада, яъни биринчи инъекцияни 600.000 ТБ да мускуллар орасига, кейингилари эса 400.000 ТБ да ҳар 3 соатда буюрилади.

Бициллин-1, Бициллин-3, Бициллин-5 ларда бир марталик доза 600.000 ТБ дан қилиб олинганида 6 та инъекциялар орасида 24 соат ўтадиган бўлса, бир марталик доза 1.200.000 ТБ қилиб олинганида орадан ўтадиган вақт 48 соатни ташкил қилади. Эркакларнинг ўткир, ўртача ўткир ва аёлларнинг ўткир сўзагида 4,8 млн ТБ буюрилади, сўзакнинг бошқа шаклларида 6 млн ТБ, ҳар 24 соатда 600.000 ТБ дан қилинади.

Ампициллин (даво курси 8,0 г), ампиокс 0,5 г дан ҳар 4 соатда 4—5 кун, оксациллин (даво курси 0,5 г дан 5 маҳал, жами 10,0 г), левомецитин кунига 3,0 г, даво курсига 8,0 г, тетрациклин даво курси 8,0 г дан буюрилади.

Антибиотик-макролидлар ҳам кенг қўлланилади: эритромицин 400.000 ТБ дан 5—6 маҳал, жами 10 млн ТБ, олететрин жами 6 млн ТБ, эрициклин жами 3,0 г.

Рифампицин — ярим сунъий антибиотик 0,3 г дан (биринчиси 0,6 г), ҳар 6 соатда овқатдан 30—60 минут аввал берилади, даво курси 3,0 г.

Пенициллин билан даволаш яхши наф бермаса ёки беморнинг бу дориларга сезгирлиги юқори бўлса, у ҳолда сульфаниламид препаратлар буюрилади: дастлаб сульфамометоксин ва сульфадиметоксин икки кун 1,5 г дан, кейинги кунлари 1,0 г дан уч маҳал, жами даво курсига 15,0 г буюрилади.

Бисептол 4 таблеткадан ҳар 6 соатда ичилади, жами даво курси 16 таблетка (7,68 г).

Қасаллик чўзилиб кетганида ёки асорат билан кечганида антибактериал препаратлар миқдори икки баробар оширилади. Гонококкли сепсис, сўзак артрити ва пельвиоперитонитда бензилпенициллин кунига 6—10 млн ТБ дан буюрилади, жами 7—10 кун.

Беморларнинг инфекцияга қарши реактивлигини ошириш мақсадида специфик (гонококкли зардоб) ва носпецифик (пирогенал, продигозан, аутогемотерапия, левомизол, калий оротат, метил-урацил) даво буюрилади.

Дори-дармонлардан ташқари маҳаллий даво чоралари ҳам кўрилади. Сийдик чиқариш канали 1:6000, 1:10000 нисбатдаги калий перманганат эритмаси билан ювилади; каналга 0,25% ли кумуш нитрат ёки 1—2% ли проторгол эритмаси юборилади (инстиляция қилинади). Уретрага металл буж киритилади ҳамда тампон қўйилади. Айниқса физиотерапевтик (парафинотерапия, диатермия, электрофорез, юқори частотали терапия, массаж ва бошқалар) муолажаларни бирга қўллаш яхши наф беради.

Болалар сўзагини даволаш катталарники билан деярли бир хил бўлиб, фақат ўринда ётиш буюрилади. Антибиотиклар уларнинг ёши ва вазнига қараб 200.000—500.000 ТБ дан ҳар 3—4 соатда юборилади. Сурункали сўзакда 3 ёшдан катта бўлган болаларга аввал 50—100 млн микроб таначасига эга бўлган гонококкли зардоб буюрилади.

Уч ёшгача бўлганларга иммунотерапия тавсия этилмайди, маҳаллий даво шароитга қараб буюрилади.

Сўзакдан тузалиб кетганликни кўрсатувчи мезон: беморда сўзак йўқолиб кетганлигини аниқлаш мақсадида даво тамом бўлганидан 7—10 кун ўтгач, аралаш провокация усули билан текшириш ўтказилади. Бу усул зарарланган ўчоқларнинг таъсирланишига (яширин қолиб кетган ўчоқлар) асосланган. Провокациядан кейин уч кун мобайнида (24, 48, 72 соат) жароҳатланган соҳадан чиқадиган суюқлик лаборатория текширувидан ўтказилади. Текшириш натижалари манфий бўлса, бир ойдан кейин провокация яна такрорланади. Бактериологик тадқиқотларни шароитга қараб ўтказиш зарур.

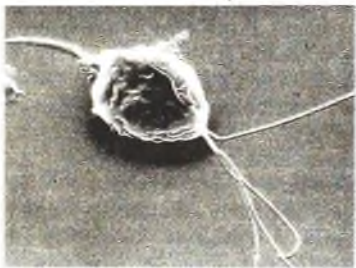
Сўзакнинг клиник белгилари бўлмаслиги ҳамда зарарланган соҳадан чиқадиган суюқликни текшириш натижаларининг манфий бўлиши, касални тузалиб кетган деб ҳисоблашга имкон беради. Сўзакни бошидан кечирган беморлар 2 ой мобайнида диспансер ва лаборатория текширувлари назоратида бўладилар. Аёллар кам деганда икки ҳайз цикли даврида кузатилади.

Инфекция манбаи аниқланмаган бўлса, беморлар жами 6 ой ҳисобда туради, 6 ой ўтгач, уни ҳисобдан чиқарилади. Баъзан сўзак-захм инфекциялари бўлиши мумкин деб гумон қилинганда, уларда шу давр мобайнида захм серологик текшируви олиб борилади.

СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ТРИХОМОНАДАДАН ЗАРАРЛАНИШИ

Сийдик-таносил аъзоларининг трихомонададан зарарланиши (трихомониаз) энг кўп тарқалган паразитар касалликлардан ҳисобланади. Муаллифларнинг маълумотларига кўра ҳар йили дунёда 180—200 млн киши бу дардга чалинади экан. Одатда касаллик эркакларга ҳам аёлларга ҳам бир хилда юқадди, аммо касаллик симптомларининг кам бўлиши аксарият аёллардан кўра эркакларда кўпроқ кўрилади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (Женева, 1984) касалликлар классификацияси тўғрисидага маълумотиغا қараганда трихомониаз таносил (венерик) касалликлар рўйхатига киритилмаган, аммо у хламидиоз, уреоплазмоз, гарднереллез сингари жинсий йўл билан юқадиган касалликлар қаторида туради. Касалликни қин трихомонадаси — *Trichomonas vaginalis* кўзгатади. Трихомонада Protozoa хивчинилар (65- расм) синфига мансуб бир хужайрали содда паразит. Узоқ йиллар давомида трихомона-



65- расм. Трихомонаданинг микроскопдаги (скан) кўриниши.

далар аёлларда учрайдиган одатдаги зарарсиз микроорганизмлардан деб ҳисобланиб келинган. Аммо аввалига Ноеһне (1916) кейинчалик Сарек (1927) трихомонадали кольпитга чалинган аёл билан жинсий мулоқотда бўлган икки эркакда трихомонадали уретрит ривожланганлигини кузатган ва бу касалликдан фориг бўлиш учун эркак ҳам, аёл ҳам бирга даволаниши зарурлигини айтиб ўтишган.

Этиологияси ва патогенези. Касаллик манбаи бемор; соғлом кишиларга жинсий йўл билан юқадди, аёлларда кўпроқ учрайди. Ректал ва орогенитал муносабатлар туфайли касаллик вужудга келмайди, чунки қин трихомонадаси оғиз бўшлиғи ва тўғри ичакда яшай олмайди. Ножинсий йўл билан юқиш камдан-кам учрайди. Болаларга эса туғруқ пайтида бемор онадан ўтади.

Цилиндрик эпителиларни шикастлайдиган гонококклардан фарқли ўлароқ, қин трихомонадалари фақат ясси эпителиал хужайраларни зарарлайди. Эркакларда трихомонадалар уретра шиллик қавати бўйлаб тарқалиб, унинг майда безлари ва лакуналарига киради. Трихомонадалар простата безига ҳам кириб, улар простатитга хос клиник белгиларни юзага чиқариши мумкин. Қелтирилган маълумотларга кўра 25—30% беморларда трихомонадали простатит яширин кечади.

Трихомонадалар ўзидан эндо- ёки экзотоксин ажратмайди, аммо улар бевосита макроорганизм хужайраларига ёпишиб уларни зарарлайди. Трихомонадаларнинг паразитлик хусусиятлари мукамал ўрганилган. Жумладан, соғлом одамнинг сийдик каналига ўлган трихомонадалар юборилганда, ҳеч қандай яллигланиш жараёнлари юзага келмайди. Баъзан эркаклар сийдик каналига тушиб қолган трихомонадалар, у жойда клиник ўзгаришларга олиб келмайди (асимптом инфекция) ёки маълум муддатдан сўнг трихомонадалар ўз-ўзидан йўқолади (транзитор ташувчанлик) ёки ўлиб кетади. Трихомониаз билан оғриган беморларда турли зардоб ва секретор антителолар юзага келса ҳам, иммунитети турғун эмас. Шунинг учун трихомониаз билан қайта-қайта оғриш мумкин.

Қин трихомонадаси антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларга жуда чидамли бўлиб, улар таъсирида нобуд бўлмайди. Улар фагоцитоз йўли билан айрим кокклар ва таёқчаларни ҳазм вакуолларига қабул қила олади. Шу билан улар иккиламчи инфекцияларни антибиотиклар таъсиридан сақлаб қолади. Электрон микроскопда олиб борилган изланишлар туфайли трихомонадаларнинг ҳазм вакуолларида гонококклар борлиги аниқланган (Н. М. Овчинников ва В. В. Делекторскийлар). Аммо трихомонадалар организмда гонококкларни парчалай оладиган протеолитик ферментлар йўқ, шунинг учун гонококклар улар ичида ривожланишни давом эттиради ва вақти келиб ёриб чиқади. Трихомонада билан сўзак инфекцияси бирга учраса, трихомонадалар сўзак учун манба бўлиб қолиши мумкин. Шунинг учун бир йўла сўзак билан трихомонизга қарши даво қилиш керак.

Клиникаси. Трихомониазнинг яширин даври 3—7 кундан 3—4 ҳафтагача, ўртача 10—15 кун, баъзан узокрок чўзилиши ҳам мумкин.

Аёлларнинг ҳайз кўриши, шунингдек эркакларнинг аччик, шўр таомлар истеъмол қилиши ёки спиртли ичимликлар ичиши касалликнинг кўзишига сабаб бўлади. Трихомониазнинг қуйидаги клиник кўриниши тафовут қилинади:

1. Сийдик-таносил аъзоларининг янги трихомониази: а) ўткир, б) ўртача ўткир, в) торпид (кам аломатли) трихомониаз.

2. Сурункали трихомониаз (касаллик 2 ойдан зиёд давом этганда).

3. Белгиларсиз (асимптом) трихомониаз.

Эркакларда трихомониаз уретрит, простатит, эпидидимит ва бошқа клиник кўринишда намоён бўлади.

Трихомонада уретрити аксарият кам аломатли бўлиб бемор уни унча сезмаслиги ҳам мумкин, баъзан сийдик каналидан озроқ оқимтир чиқинди келади. Бемор тез-тез сияди. Уретра оғзи қизариб шишиб туради, шу соҳа қичишиб ачишади. Баъзан жинсий алоқа тугаши билан беморда ачишиш ҳисси пайдо бўлади.

Айниқса янги уретритда касаллик симптомлари шиддат билан кечади. 3—4 кунлик инкубацион даврдан сўнг сийдик каналидан кўпикли-йиринг ажралади, беморнинг сийдиги хиралашади, бунда у ўткир сўзак уретритига жуда ўхшаб кетади. Касаллик яширин кечганида яллиғланиш жараёни уретранинг олд қисмидан орқасига простата безига, уруғ пуфакчаси, мойк ортиқлари ва ковуққа, ахёнда буйрак жомларига ҳам тарқаб кетиши мумкин.

Ўткир трихомонадали уретритда уретрадан ажралаётган суюқлик 1—2 ҳафта ичида ўз-ўзидан камайиб, касаллик аломатлари барҳам топиши мумкин. Бора-бора касаллик сурункали уретритга ўтиб, вақти-вақти билан хуруж қилиб туради. Бундай беморлар касаллик ташувчилар ҳисобланади.

Трихомонадали уретритдан бемор яхши даволанмаса ёки даво режими ва парҳез сақламайдиган бўлса, уларда (5—10%) уретра стриктураси, чандиқланиш каби асоратлар қолади.

Трихомонадали простатит бирламчи сурункали яллиғланиш тарзида ривожланади. Простатадаги зарарланиш кўпинча кам аломатли бўлиб, беморлар ўзларини соғлом ҳисоблайдилар; простата секретиди трихомонадалар борлиги аниқлангандан кейин диагноз қўйилади. Бемор чов оралиғида оғирлик, тез-тез захар танг қилиши, мизож заифлиги ва невростеник ўзгаришларга шикоят қилади. Трихомониазга чалинганларнинг 40% дан ортиғида простатит борлиги қайд қилинган.

Трихомонадали эпидидимитда патологик жараён тухум ортигининг дум ва тана қисмида, яллиғланиш жараёни эса кўпинча бир ёқлама бўлади. Аксарият касаллик тўсатдан тана ҳароратининг кўтарилиши ҳамда оғриқ билан бошланади. Трихомонадалар тухум ортиғи канали эпителийлари ва оралиқ тўқималарда инфилтрат юзага келтиради. Баъзан жараёнга мойкнинг яллиғланиши ҳам қўшилиб (орхозэпидидимит) кетади.

Трихомонадали везикулит, куперит ва циститларда клиник аломатлар кўзга ташланмай, балки яширин кечади. Трихомониаз жинсий фаолиятнинг бузилишига олиб келади (5—6%).

Аёллар трихомониазда яллиғланиш асосан, сийдик таносил аъзоларининг пастки қисмида бўлиб (98,9%), вагинит, вульвит, вестибулит, уретрит, бартолинит ва эндоцервицит каби клиник кўринишларда кечади. У ўзининг кўп ўчоқли бўлиши ҳамда ҳаддан зиёд кўп учраши билан эркакларникидан фарқ қилади.

Касалликнинг яширин даври ўтгандан сўнг бемор аёл ташки жинсий аъзолари соҳасининг қичишиб, ачишиб туришидан, қиндан чиқинди ажралаётганидан шикоят қилади. Чиқинди кўпиксимон, баъзан бироз йиринг аралаш бўлади. Ўзини покиза тутмайдиган аёлларнинг қинидан ўзига хос қўланса ҳид келади, қин дахлизи ўткир яллиғланиб, шишиб қизариб кетади; ташки жинсий уятли лаблар бурмаларида майда-майда юза эрозиялар пайдо бўлади. Баъзан чов оралиғи, анус атрофи терисини чиқин-

ди таъсирлаши туфайли дерматит юзага келиши мумкин. Қасаллик сурункали кечса, вульванинг шиллиқ қавати шишиб қизариб туради (вульвит), кичик жинсий лабларнинг ички юзаси гадирбудир бўлиб қолади ва кўпинча ўткир учли кондиллома юзага келади.

Баъзан касалликнинг ўткир тури ҳам унчалик сезилмай билинар-билинмас белгилар билан ўтиб кетиши ёки унга унчалик эътибор берилмаслиги ҳам мумкин. Қичиш, ачишиш, чиқинди ажралиши каби белгилар даво қилмаса ҳам аста-секин йўқолиб кетади, натижада касаллик сурункали тус олиб, бемор трихомонада ташувчи бўлиб қолади. Иккиламчи пиококк инфекция кўшилганда уретра, бачадон бўйни ҳам (эндоцервицит) яллигланади. Кейинчалик беморнинг ҳайз кўриш цикли ўзгариб, бели оғрийди, сал шамолласа, қиндан келадиган ажралма кўпаяди. Бачадон бўйни гиперемияланиб, шишади, эрозиялар пайдо бўлади. Айниқса сурункали трихомониазда эрозияли эндоцервицит кўп кузатилади, баъзан юқорига кўтарилувчи (10,2%) трихомониаз ривожланиши мумкин (Г. А. Воскресенская ва бошқалар, 1974). Улар метроэндометрит, аднексит ва периметрит каби клиник кўринишларда намоён бўлади. Трихомониаз 6—8 ёшли қизларда кам учрайди, уларга касаллик бемор оналари ёки қариндошларидан одатда ножинсий йўл билан юқиб қолиши мумкин. Қасаллик беморнинг трихомонадалар билан ифлосланган шахсий буюмларидан ҳам юқиб қолиш эҳтимоли бор. Қизларда ўткир ёки кам аломатли вульвовагинит кузатилади, қин даҳлизи қизариб, биров шишади, озрок ажралма келади.

Диагнози. Қасалликнинг ўткир даврида диагноз қўйиш унча мушкул эмас. Эркакларда эрталабки уретрал ажралмадан, аёлларда эса қиндан суртма олиниб микроскопда текширилади. Эркаклардаги ажралма кам бўлса, у ҳолда эрталабки сийдикнинг биринчи қисми чўкмаси ёки жинсий безлардан олинган секретлар, сурункали хилларда эса провокация усулини қўллаб, сўнг бактериологик (экиб ундириш) текширилади. Шунингдек трихомониазни сўзак, кандидоз, хламидиоз, уреоплазмоз каби касалликлар билан таққослаб кўрилади. Текширишларда трихомонадалар борлиги аниқ диагноз қўйишга асос бўлади.

Давоси. Трихомониазда давони эр-хотиннинг иккаласига ёки жинсий яқинликда бўлган иккала кишига (башарти улардан бирида трихомонадалар топилмаси ҳам), бирдан бошлаш керак. Даво вақтида жинсий яқинлик қилиш ярамайди, давони бошлашдан аввал жараённинг қаерда жойлашганини аниқ белгилаш керак.

Ўткир ва ўртача ўткир асоратланмаган трихомониазда трихомонадага қарши дориларни қўллаш кифоя. Асоратланган ёки сурункали трихомониазда этиотроп даво, организмни иммун ре-

акциясини оширадиган носпецифик дорилар ҳамда маҳаллий даво усуллари бирга олиб борилади. Аралаш инфекцияли трихомониазда даво курсига албатта антибактериал препаратлар қўшилади.

Трихомонадага қарши дорилардан метронидазол (трихопол), флагил, орвагил, клион, тинидазол (фасижин) ва наксогин (нимаразол), атрикан амалиётда қўп қўлланилади. Бу препаратлар 0,25 ва 0,5 г дан таблетка ёки қинга мўлжалланган шамчалар ҳолида чиқарилади.

Метронидазолнинг ичиш схемаси: биринчи кун 2 таблеткадан (0,5 г) уч маҳал ҳар 8 соатда, иккинчи кун 0,5, 0,25, 0,5 г, учинчи кун — 0,5, 0,25, 0,25 г, тўртинчи кун 0,25, 0,25, 0,25 ва ниҳоят бешинчи кун 0,25, 0,25 г дан икки маҳал, жами 5 г миқдорда ичишга буюрилади. Метронидазол препаратларини яна бошқа схема-ларда қабул қилиш тавсия этилган.

Тинидазол (фасижин, триконидазол ва бошқа) препаратлари трихомонадаларга таъсир этиш хусусиятлари жиҳатидан метронидазолга ўхшаб кетади, бу препаратлар ҳам 0,5 г дан қуйдаги схема бўйича буюрилади:

1. Бир ичишга 2 г (4 таблетка).

2. 0,5 г дан ҳар 15 минутда бир соат ичилади (4 таблетка). Тинидазол ҳамда метронидазол препаратларини ҳомиладор ва эмицикли аёллар, шунингдек қон касалликлари ҳамда марказий нерв системаси ҳасталикларида тавсия этилмайди. Ўткир гонококкли ва трихомонадали инфекцияда сўзакка ва трихомонадаларга қарши препаратлар бир маҳалда, сурункали хилида эса аввал иммунотерапия метронидазол препаратлари билан, кейин эса сўзакка қарши антибиотиклар берилади. Бемор даволаниб бўлганидан сўнг 7—10 кун ўтказиб даво назорати олиб борилади. Эркаклар 2 ой, аёллар 3 марта ҳайз кўргунича, қизлар эса 3 ой давомида диспансер кузатувида бўладилар. Такрор-такрор ўтказилган лаборатория текширишлари манфий натижа бериб, бемор бутунлай тузалиб кетгандагина ҳисобдан чиқарилади. Трихомониазда профилактика мақсадида касалларни диспансер кузатувиغا олиш ва даволашдан ташқари, инфекция манбаи бўлганларни, шунингдек беморга яқин юрган кишиларни даволанишга мажбур қилиш, трихомонадалар бўлмаса ҳам, улар билан даво курсини ўтказиш зарур.

СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ ХЛАМИДИОЗИ ВА МИКОПЛАЗМОЗИ

Кейинги йилларда жаҳон миқёсида сўзак, захм каби хавфли юқумли таносил касалликлари билан бир қаторда гонококксиз (ногнококк) уретрит (носпецифик уретрит, сўзакдан кейинги уретрит) деб аталадиган таносил касалликлари учраб туради. Маълумотларга кўра, бундай касалликлар сўзакка қараганда 2—3 барабар кўпроқ сийдик таносил аъзолари яллиғланишига сабаб бўлмоқда.

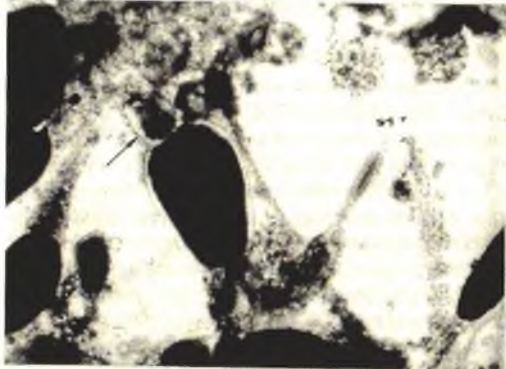
Мазкур касалликлар билан оғриган беморлар сони расмий маълумотларга қараганда дунё бўйича 750—800 млн дан ошиб кетди. Уларнинг 60—65% ини урогенитал хламидиоз ва микоплазмоз (уреаплазмоз) ташкил этади деб тушунтирилмоқда, эпидемиологик назоратга олиш эса мушкуллигича қолмоқда. Аслида хламидиоз ва микоплазмоз билан касалланиш бундан ҳам кўпроқдир. Бироқ, кўпгина лабораторияларда этиологик текшириш усулларининг йўқлиги, мазкур касалликлар клиник белгиларининг мужассам эмаслиги ва шунингдек тиббиёт ходимларининг касаллик ҳақида тўлиқ тушунчага эга эмаслиги туфайли бу касалликлар цервицит, уретрит, вагинит, аднексит каби носпецифик (гнококкларсиз) касалликлар диагнози остида яширин қолмоқда.

Оқибатда бемор фаол меҳнат қобилиятини йўқотади, хатто баъзи аёлларда бачадондан ташқари ҳомиладорлик, неонатал ўлим юз бериш ҳоллари кузатилган. Айниқса, касалликнинг юқори кўтарилиши ва бошқа аъзоларга тарқалиши, оғир асоратлар қолдириши ва бошқалар, бунда ҳам, худди захм касалликларидек беморларни назоратга олиш хизматини жорий қилишни тақозо этади. Хламидий ва микоплазмалар келтириб чиқарадиган сийдик-таносил йўллари яллиғланиши касалликларининг замонавий диагностикаси ва давосини такомиллаштириш, этиологияси номаълум бўлган кўпгина касалликларни ўз вақтида аниқлаш нохуш асоратларни бартараф этиш имконини беради.

СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ ХЛАМИДИОЗИ

Сийдик-таносил аъзолари хламидиозига хламидиялар сабаб бўлади. Улар майда грамм-манфий кокклар шаклида бўлиб, прокориотларга хос бактерияларга ўхшаб кетади; морфологик ва биологик хоссалари жиҳатидан икки хил яшаш шаклига эга бўлиб, элементар ва инициал (ретикуляр) таначалар сифатида ифодаланadi (66- расм). Хламидиялар 24—48 соатлик ривожланиш босқичини босиб ўтиб, одатда ҳужайралар ичида ва ташқарисида яшашга мослашган. Шу билан бирга уларнинг патогенлик хусусиятлари ҳам бир-биридан фарқ қилади.

Майда ўта инфекциян электрон-қаттиқ нуклеоидга эга бўлган, катталиги 0,2—0,3 мкм элементар таначалар ҳужайралар юзасига ўрнашиб, фагоцитоз туфайли ҳужайин ҳужайралари ичига кириб олади, кейин ҳужайраларда ўзи ҳужайинлик қилади. Бундай ҳужайралар цитоплазмасининг юза мембранасидан майда таначалар атрофида вакуолалар пайдо бўлади. Майда таначалар диаметри 0,5—7,0 мкм келадиган катта таначага



66- расм. Мак-Коя ҳужайрасида ундирилган хламидиялар.

айланиб қолади, улар қаттиқ электрон нуклеоидга эга эмас. Худди мана шу даврда уларнинг таркибидаги рибосома ва полирибосомалар сони ортади, ҳажми катталашади ва бинор усулида бўлина бошлайди. Юқорида келтирилган ҳолат беморнинг ҳужайра вакуолалари ичида содир бўлади ва шу тариқа инициал таначалар тўпланиб боради. Инициал таначалар ҳужайиннинг ҳужайралари ичида яшашга мослашган паразит бўлиб, метаболик жиҳатдан фаол микроорганизмларнинг репродукциясини таъминлаб туради, аммо ҳужайра ташқарисида жуда чидамсиз.

Хламидийлар (*Chlamydia*) уч турни ўз ичига олади: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae* одамда *Chlamydia psittaci* эса сут эмизувчи ҳайвонлар ва қушларда касаллик келтириб чиқаради.

Булар ичида *Chlamydia trachomatis* кўпроқ учрайди. Улар жинсий йўл билан юқади ва сийдик-таносил аъзолари касалликларига сабаб бўлади. Баъзан хламидиялар маиший йўл билан кўз шиллик қаватларига тушиб, унинг яллиғланишига сабаб бўлиши мумкин. Чақалоқларга эса кўпинча тугруқ жараёнида бемор онадан юқиб қолади. Бунда аксарият ҳолларда касалликка хос клиник аломатлар конъюнктивит, зотилжам (*Chlamydia pneumoniae*), баъзан гастроэнтероколит, артрит кўринишида юзага чиқади.

Сийдик-таносил аъзолари хламидиозидида касалликнинг клиник кўриниши бўйича 20 даң ортиқ синдромни кузатиш мумкин.

Жумладан, гонококксиз ёки гонококкдан кейинги уретрит, эпидидимит, проктатит, цервицит, сальпингит, перигепатит, фарингиал инфекция, зотилжам, отит, вульвовагинит ва бошқа патологик ҳолатлар. Аёлларда хламидийлар фаллопий найлари ўтказувчанлигининг бузилиши, бепуштлиқ, бола ташлаш, хомиланинг она қорнида касалликка чалиниши ва шу билан бирга неонатал ўлимга сабаб бўлиши кузатилади.

Гонококксиз уретрит билан касалланган эркакларнинг 40% ида, гонококкдан кейинги уретритларнинг 60—80% ида хламидийлар топилган. Рейтер синдроми (уретро-окуло-синовиал синдром) оғир системик касаллик этиологиясида ҳам хламидияларнинг маълум даражада роли бор. Реактив артрит билан оғирган 418 беморнинг 104 тасида хламидия ва уреоплазма инфекцияси борлиги кузатилган (Э. У. Эшбоев, 1996).

К л и н и к а с и. Сийдик-таносил аъзолари хламидиози (урогенитал хламидиоз) ва микоплазмози клиник кўриниши бўйича сўзакка, трихомониазга ўхшаб кетса-да, ўзига хос белгилари билан ундан фарқ қилади. Бунда яллиғланиш ўткир ёки суст, кўпроқ асорат билан кечади, сўзакка қарши антибактериал препаратларга анча чидамли бўлади.

Касаллик асосан жинсий йўл билан юқади. Инкубацион давр 20—30 кун, баъзан бу муддат сал ўзгариб туради. Урогенитал хламидиоз кечишига қараб илк (янги) ва сурункали; клиник кўриниши бўйича — ўткир, ўртача ўткир ва торпид; касаллиқнинг оғир-енгиллигига қараб эса — енгил, ўртача ва оғир хилларга ажратилади. Яллиғланиш ўчоқларининг жойлашишига қараб хламидияли уретрит, простатит, эпидидимит, цервицит, оофарит, сальпингит ва ҳоказоларга ажратиш мумкин. Аксарият бир вақтнинг ўзида сийдик ва таносил аъзоларидан бир нечтаси зарарланади.

Касаллик ўткир кечганида уретра канали оғзи ва шиллик қаватларида гиперемия ва бироз шилимшиқли йиринг ажралиши кузатилади. Аёлларда ҳам сийдик-таносил аъзоларининг қуйи қисми зарарланиб, қиндан оқимтир йирингли чиқинди келади; бемор тез-тез сийишга ва сийганида қичишига шикоят қилади.

Касаллиқнинг сурункали шакли кўп учрайди. Уларда касаллиқнинг ўткир белгилари кам, аммо шиллик-йирингли чиқинди кўп бўлади. Айниқса узоқ вақт сиймай юрганда алкоголь ёки аччиқ таомлар истеъмол қилганда ажралма кўпаяди. Уретра оғзи гиперемияланиб, бемор сийганида ачишиш ва оғриқ сезади. Яллиғланиш жараёни бульбоуретрал безларга етиб бориши мумкин, баъзан Купер безлари зарарланади. Беморнинг чов оралиғи ва орқа чиқарув тешиги атрофида ўтмас оғриқ бўлади.

Хламидияли простатит аксарият сурункали ёки торпид кечади, жуда камдан-кам ҳолларда ўткир кечиши мумкин. Бунда беморнинг уретра канали оғзи доимо озроқ ажралма билан ёпишиб

туради, сийганида ва ичи келганида чикинди келади. Баъзан кечки диурез сони ортади. Аксарият ҳолларда сийдик ранги ўзгармайди, аммо кейинчалик у бироз хиралашиб қолади.

Хламидийли везикулит, простатит ёки эпидидимит билан бирга кечади. Уруғ пуфакларининг яллиғланиши бир томонлама ёки икки томонлама бўлиб, одатда кам белгилар намоён бўлади. Кичик чанок, қов ва бошқа соҳаларда ўтмас оғриқ сезилади. Хламидиялар кўзгатган эпидидимит ўткир, ўртача ўткир ва сурункали кечади. Сурункали эпидидимит ўз ҳолича ёки ўткир ва ўртача ўткир яллиғланиш жараёнининг асорати сифатида юзага чиқади.

Яллиғланиш жараёни мойкнинг бир қобиғига ёки ҳамма ёғига тарқалиб, орхоэпидидимитга олиб келади. Оқибатда мойкнинг биттаси, баъзан ҳар иккаласи шишиб, таранглашади, ушлаб кўрганда қаттиқ оғриди.

Бир томонлама кечаётган торпид орхоэпидидимит, простатит, везикулит ва деферентити бор беморларда мизож сустлиги ҳамда спермограмма ўзгариши кузатилади.

Аёлларда ҳам хламидийлар эркаклардаги каби сийдик-таносил аъзолари яллиғланишига сабаб бўлади. Аёлларда инфекция кўпинча яширин, сурункали кечади ва аксарият жинсий жуфтини гонококксиз уретритга синчиклаб текшириш пайтида маълум бўлади. Зарарланиш узоқ давом этган ҳолларда бачадон бўйни, уретра, катта вестибуляр без йўллари, тўғри ичак бироз яллиғланиши мумкин. Ногонококксиз уретритдаги каби хламидиознинг ҳам клиник белгилари рўй-рост рўёбга чиқмайди.

Аёлларда қорин соҳасида оғриқ, парестезия, киндан чикинди келиши кузатилади, уларнинг кўпчилигида касаллик ҳеч қандай белгиларсиз бошланади. Баъзан бемор тез-тез сияди ва сийганида ачишиш ва оғриқ сезади.

Ўткир сальпингитга чалинган аёллар текшириб кўрилганда, уларнинг 25% ида хламидий инфекцияси борлиги аниқланган. Тери ва таносил касалликлари диспансерига мурожаат қилганларнинг 10—37% ида, гинекологик беморларнинг 19% ида хламидийли цервицит топилган. Гипертрофик эрозияси бор аёлларнинг 87—88% ида хламидиялар борлиги аниқланган. Кейинги йилларда, цервикал ўсманинг пайдо бўлишида хламидияларнинг ҳам роли бор деган фикрлар мавжуд.

Хламидийлар бачадон бўйни бўйлаб дастлаб бачадон ичига ва найларига тушади ҳамда унинг шиллик, мускул ва сероз қаватларида яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқаради. Бундай беморларнинг қорин пастида, думғаза соҳасида оғриқ бўлиб, қорин девори таранглашганда, кучанганда, хайз оралиғида у кучаяди. Беморнинг иссиғи (37—37,5°C) кўтарилади, қон, сийдик ва суртмада лейкоцитлар сони ортади.

Асорати. Беморларнинг кўпчилигида бир неча ҳафтадан

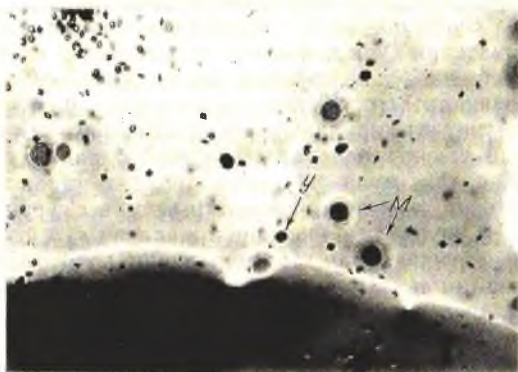
сўнг спонтан тузалиш кузатилади. Аммо бундаги клиник ўзгариш этиологик ўзгаришига олиб келмайди. Даволанмаган беморларнинг кўпчилигида турли асоратлар: эпидидимит, орхоэпидидимит, геморагик цистит, уретра стриктураси кузатилади.

СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ МИКОПЛАЗМОЗИ

Микоплазма инфекцияси келтириб чиқарадиган касалликлар хилма-хил бўлиб, организмнинг умумий интоксикацияси ва турли аъзо ҳамда системаларнинг шикастланиши билан кечади.

Сийдик-таносил аъзоларининг микоплазмасига микоплазмалар (уреаплазмалар) сабаб бўлади. Улар антибиотикларга чидамлилиги ҳамда бактериял филътрдан ўтиб кетиш хусусиятлари билан вирусларга бироз ўхшаб кетади.

Микоплазмалар жуда майда микроорганизмлар бўлиб, бактериялар каби ўзининг хужайра қобигига эга эмас. Улар овал, чўзинчок ва сферик шаклда бўлиб, катталиги 0,2—0,3 мкм (67- расм).



67- расм. Уреоплазма (У) ва микоплазмалар (М).

Микоплазмаларнинг Т-штаммаси ўзидан «уреаза» ферменти ажратиш хусусиятига эга. У мочевинани аммиак ҳамда CO_2 га парчалайди. Бундай хусусият барча микоплазмалар ичида фақат Т-штаммага хос. Шунинг учун бундай микоплазмаларни уреаплазма уреалитикум дейилади. Уреаплазмалар биринчи марта гонококксиз уретрит билан оғриган эркак уретрасидан ажратиб олинган; мазкур касалликда уреаплазмаларнинг этиологик аҳамияти борлиги исботланган. Кейинчалик эндоцервицит, оофарит, сальпингит, кольпит, ой кунига етмай туғиш, ҳомила тушиши, ўлик туғиш, бўйида бўлмаслик, уретрит, везикулит каби касалликларнинг юзага келишида ҳам уреаплазмаларнинг таъсири борлиги аниқланган.

Сепсис, мия абсцессида уреаплазмалар ажратиб олинди, гло-

мерулонефрит, цистит ва простатит каби касалликларда уларнинг аҳамияти ўрганилмоқда. Тадқиқотлардан сийдик-таносил касалликлари билан оғриган аёлларнинг 40—50% ида, гонококксиз уреатритга чалинган эркакларнинг 51,2% ида уреоплазмалар борлиги кузатилди.

Клиникаси. Уреоплазмалар туфайли юзага келган уретритлар специфик клиник кўринишига эга эмас. Барча ногонококк уретритлар (НГУ) каби у ҳам кам белгилар билан кечади. Шунинг учун инкубацион даврини белгилаш ҳам мушкул.

Беморларнинг маълум бир қисмида (4—5%) уреоплазмали уретритдаги яллиғланиш жараёнининг клиник кўриниши сўзакдагига ўхшаб кетади. Қасаллик бундай кечганда инкубацион давр 3—5 кунга тенг бўлади.

Аммо аксарият ҳолларда микоплазмали уретритлар ўртача ўткир ёки сурункали кечиб, инкубацион даври 30—40 кунга сурилиб кетиши мумкин.

Урогенитал уреоплазмозни оғир-енгиллигига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир хилларга ажратилади.

Енгил шаклига — ногонококк уретрит, аёллар сийдик-таносил аъзолари қуйи қисмининг яллиғланиши кирса, ўртача оғир шаклига эса аёлларда кичик чаноқ аъзоларининг ўртача ўткир ва сурункали яллиғланиши, эркакларда простатит, орхоэпидидимит, везикулит киради. Оғир шаклига аборт ва туғруқдан кейинги кичик чаноқ аъзоларидаги кучайиб борадиган ўзгаришлар киради. Қасаллик муддатини аниқлаш худди сўзак ва трихомониазларга ўхшаш, яъни икки ойгача янги, кейин эса сурункали деб юритилади.

Сурункали яллиғланиш жараёни кўп ўчоқлилиги ва узок давом этиши билан характерланади. Сурункали уреоплазмозга чалинган аёлларнинг кўпчилигида бачадон найи, тухумдонлар ҳам яллиғланиши кузатилади.

Қуйидаги ҳолларда аёллар ва эркаклар уреоплазма ва хламидий инфекциясига текширилиши лозим: сўзак, трихомониаздан кейинги асоратларда, ногонококксиз уретритда, кичик чаноқ аъзоларида сурункали яллиғланиши бўлганда, бўйида бўлмаслик, бепуштлиқ, ҳомила ташлаш, туғруқдан кейинги патологик жараёнлар, бугим касалликлари ва пала-партиш жинсий ҳаёт тарзи ва бошқалар.

Диагнози. Урогенитал хламидиоз ва уреоплазмозни асосан сурункали сўзак ва трихомониаз, шунингдек бактериялар ҳамда ачитқи замбуруғи (*Candida albicans*) келтириб чиқарадиган сийдик-таносил аъзолари яллиғланиши каби касалликлар билан таққосланади. Фақат лаборатория усулида у ёки бу инфекциянинг топилиши тўғри диагноз қўйиш имконини беради.

Давоси. Даволашда қўзғатувчиларнинг биологик хусусиятларини ҳисобга олиш керак. Улар зарарланган ўчоқлар эпителий хужайрасини зарарлабгина қолмай, балки ўзига мос мем-

брана билан чегараланган эпителий қисмида жойлашиб олади. Бу эса кўзгатувчиларни дори таъсиридан сақлайди ва натижада даволаш бенафлигича қолади. Буни мутахассис даво чораларини қўллаётганида эътиборга олиши зарур.

Уреаплазмали ва хламидияли уретритга чалинган беморларни даволаш. 1. Доксциклинотерапия: бир ичишга 200 мг доксициклин (зарб доза) берилиб, кейин ҳар 12 соатда 100 мг дан яна берилади, бир курси 1000 мг (1 г). 2. Метациклинотерапия: бир ичишга 600 мг, кейин ҳар 6 соатда 300 мг дан ичилади. Эркаклар учун даво курси 4—5 кун, бир курсга ҳаммаси бўлиб 3900—4800 мг; аёллар учун 6—7 кун, бир курси 4800—7100 мг.

Микоплазма инфекциясини даволашда тетрациклин гидрохлорид ичишга 500 мг, 7 кун мобайнида ҳар 6 соатда берилади; асорат бўлган тақдирда ва хламидий инфекциясида даволаш курси 10—14 кунга чўзилади (курс дозаси — 28 г). Уреаплазма ва хламидий инфекциялари рецидивларини даволаш учун 7 кун мобайнида ҳар 6 соатда 500 мг дан эритромицинни қўллаш ва шу билан бир вақтда нистатин ёки леворин (бир кеча-кундузда камида 2 млн ТБ) бериб бориш тавсия этилади (бир курс дозаси 14—20 млн ТБ).

Уреаплазмозга чалинган аёлларни даволаш. Энг мақбул даво гентамицин, бир курси 600 мг. Уни одатда парентерал йўл билан 5 кун мобайнида ҳар 8 соатда 40 мг дан бериб борилади (бир флакон дори моддаси 2 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади). Шу билан бир вақтда инфекция ўчоқлари маҳаллий даволанади. Кандидоз супер-инфекцияси нистатин билан профилактик равишда даволанади. Уреаплазмалар цервикал шиллик, вагинал ажралма ва уретрадан биринчи инъекциядан сўнг орадан 6—12 соат ўтгандан кейингина йўқола бошлайди.

Сурункали хламидий-уреаплазма инфекцияларини даволашда рифампицин билан эритромицин қўлланилади. Рифампицин 1-кун бир маҳал 900 мг (зарб доза), 2 ва 3-кун 150 мг дан 4 маҳал, 4 ва 5-кунлари 150 мг дан 3 маҳал (бир курсига 3,0) ичирилади. Шу билан бир вақтда эритромицин 0,5 г дан 4 маҳал (бир курсига 12,0 г) бериб борилади. Даволашни пирогеналотерапия фонида олиб борилади.

Сўзакдан кейинги хламидий ва уреаплазмалар келтириб чиқарган жараёнларга чалинган аёлларни даволашда доксициклин қўлланилади, бир курс дозаси 1,5 мг, биринчи марта 0,2 (зарб доза), орадан 12 соат ўтказиб 0,1 г дан берилади. Даволаш курси 7 кун. Доксциклиннинг 5-кун пирогенал терапия қўшилади. Уни дастлаб 50 МПМ дозадан бошланади, бир кун ўтказиб олдинги дозани яна 50 МПМ га кўпайтирилади (500 МПМ дозагача). Пирогеналотерапиянинг курси 20 кун. Тактивин ҳар кун 100 мкг дан, бир курсига 10—12 инъекция буюрилади.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СОҲАСИ УЧУҒИ (ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС, HERPES GENITALIS)

Маълумотларга қараганда жинсий йўл билан юқадиган касалликлар ичида жинсий аъзолар соҳаси учуғи (генитал герпес) энг кўп тарқалган.

Этиологияси ва патогенези. Дерматовенеролог, уролог, акушер-гинеколог ва бошқа соҳа мутахассисларининг кузатишларича генитал герпесга чалинган беморлар сони бир қадар ошган. Соғлом одамларнинг 70—90% и герпес вируси ташувчилари бўлиб, уларнинг бор-йўғи учдан бирида касаллик аломатлари кузатилиши мумкин. Уларда вирус тинч ҳолатда туради ёки вирусга қарши антителолар таъсирида нейтралланади, яъни клиник белгиларни қўзғатмайди. Яширин даврда ёки вирус геноми бўлганда, касаллик қайталамасдан олдин, вирусни аниқлаш жуда мушкул.

Касаллик патогенезида гуморал ва ҳужайра иммунитетининг аҳамияти катта. Генитал герпес касаллигининг тез-тез қайталаб туриши ва оғир ўтишини иммунологик ҳолатнинг бузилиши билан боғлаш мумкин. Амалий тажрибанинг кўрсатишича, урогенитал яллиғланишларга бир эмас, балки бир қанча патоген микроорганизмлар сабаб бўлади. Жумладан, генитал герпесга чалинган беморларда бир қанча (урогенитал хламидоз, уреоплазмоз ва бошқа) инфекция бўлиши мумкин.

Клиникаси. Бирламчи генитал герпес инфекцияси бор-йўқлигини аниқлаш учун, касаллик тарихи (анамнези), яъни бемор илгари ҳам шу касаллик билан оғриган-оғриманлигига эътибор бериш зарур. Бирламчи генитал герпесда клиник симптоматика яққол сезилади ҳамда теридаги патологик жараён узоқ давом этади.

Аксарият генитал герпес эркаклар жинсий олати боши ва унинг атрофида камдан-кам ҳолларда, сийдик канали ва орқа чиқарув тешиги соҳасида (бесоқолбозларда) тўда-тўда пуфакчалар (везикула) тошиши билан бошланади. Организм реактивлиги паст бўлганда, шунингдек салга шамоллаб турадиган беморларда жараён тез-тез (ҳар 3—4 ойда) қайталаб туради ва қайталама генитал герпес вужудга келади.

Аёлларда эса катта ва кичик жинсий лабларда, клитор, қин, цервикал канал, соннинг ички соҳаси, ораликда ва думба юзасида майда пуфакчали тошмалар пайдо бўлади. Оралиқ ва соннинг ички соҳа териси кизариб шишади, пуфаклар пайдо бўлади, улар ишқаланиш натижасида эрозияланиб, чақаланиб кетади. Жинсий аъзолар териси ва шиллиқ қисмидаги эрозияланган ярачақалар қаттиқ қичишиш ва оғриқ билан кечади, нормал жинсий ҳаёт бузилади. Эркакларда герпетик уретрит сийдик чиқариш канали олдинги пардаси ва терисининг зарарланиши билан кеча-

ди. Шу билан бирга пешоб келишидан олдин оғриқ ва ачишиш кузатилади, сийдик канали атрофи қизариб, ундан шилимшиқли чиқинди келади.

Уретроскопда уретранинг олдинги ва осилган қисми шиллик қавати юзасида, кўпгина эрозияланган яллиғланиш кўрилади.

Клиник кечишига қараб, енгил (йилиги 1—3 марта қайталаб туради, ремиссия — 4 ойдан кам эмас), ўртача оғир (йилиги 4—6 марта қайталаб, ремиссия — 2—3 ой), оғир (йилиги 6 мартадан кўп қайталаб, ремиссия — бир неча кундан 6 ҳафтагача) хиллари ажратилади. Қайталама герпеснинг оғир, енгил кечиши яллиғланиш жараёнига, қов лимфа тугунлари ва бошқалар кўшилиб кетишига боғлиқ.

Генитал герпесга чалинган беморлар умумий қонун-қондалар асосида ОИТС, захм ва бошқа жинсий йўл билан юқадиган касалликларга текширилади. Патологик жараёнга парестезия ҳамда неврологик оғриқларнинг қўшилиши периферик нерв системаси зарарланганидан далолат беради.

Герпетик пуфакли тошманинг 4 босқичи тафовут қилинади.

I босқич: қичишиш, ачишиш, парестезия, санчиб оғриш, тери ва шиллик қават гиперемияси.

II босқич: ярим айлана шаклидаги тўда-тўда, қизарган пуфакчалар, дастлаб шиллик, бора-бора лойқа суюқлиқ билан тўлиб туради. Кейинчалик пуфакчалар ёрилиб (7—8 кун ичида) улар ўрнида эрозияланган яра-чақа ҳосил бўлади.

III босқич: эрозияланган яра-чақалар ўрнида қора қўтир пўст ва улар атрофида биров қизарган жойлар ҳосил бўлади. Рупноид шаклида тери дамидан 0,7—1,0 см кўтарилиб турадиган, узоқ вақт битмайдиган жигарранг юмшоқ пўст юзага келади. Баъзан эрозияланган яра-чақага иккиламчи инфекция тушади.

IV босқич: тузалиш даври, бунда қора қўтир пўст тушиб кетади, иккиламчи инфекция қўшилмаган ҳолларда қизариш кетиб, чандиқ ҳосил бўлмайди.

Ҳайз, климакс, кучли ҳаяжон, совуқ қотиш, интоксикация, аллергия, вазомотор ўзгариш ва бошқалар герпетик тошмаларнинг қайталашига сабаб бўлади.

Шундай қилиб, қайталама генитал герпетик инфекцияда патогенетик характердаги ўзгариш боради, жумладан, гуморал омиллар, ҳужайра иммунитет, тери ва шиллик қават зарарланиши, вирусли интоксикация, турли аъзолар, шунингдек асабрухий фаолият функциясининг бузилиши кузатилади. Бу герпетик касалликлар ниҳоятда жиддий ўзгаришларга сабаб бўлишидан далолат беради.

Диагноз қўйишда касаллик анамнезининг аҳамияти катта. Пуфакчалар ёрилиб, эрозия ҳосил қилганида бирламчи захмга ўхшаб кетади. Аммо уларда оқиш трепонемалар топилмайди, шу билан биргаликда ачишиб оғриш, инкубацион давр-

нинг қисқа бўлиши уни захмдан жуда осон ажратиб олиш имконини беради.

Касаллик тез-тез қайталаб туриши ва яна қайтадан юқиши туфайли уни даволаш анча мураккаб. Беморларни махсус даволаш билан бирга, симптоматик, иммуностимулятор ва умумий даво чоралари кўрилади.

Д а в о с и . Иккиламчи инфекциядан сақланиш учун антибиотикли малҳамлар (тетрациклин, синтомицин ва бошқалар) ишлатилади. 3% ли мегасин, 1% ли риодоксол, 0,5% ли бонафтон каби вирусга қарши малҳамлар, шунингдек интерферон — 0,3% ли дезоксирибонуклеаз эритмаси, 0,1% ли гиалуронидаза эритмаси ва бошқалар буюрилади.

Витамин билан даволаш. Витамин В₁ ва витамин В₆—1,0 мл дан мускул орасига қилинади, бир курси 20—30 инъекция. Тималин иммуно ва биостимуляция хусусиятларига эга, 5—20 кун 10—30 мг дан чуқур қилиб мускуллар орасига юборилади. Профилактика мақсадида 10—20 мг дан 5—7 кун қилинади. тактивин — иммуномодуляция хусусиятига эга. Кечаси 80—100 мкг дан тери остига бир кунда бир маҳал қилинади, бир курси 8—10 инъекция. Элеутерококк экстракти барқарорлаштириш хусусиятига эга, уни 25—30 кун 20—30 томчидан буюрилади.

ЮМШОҚ ШАНКР (ULCUS MOLLE)

Юмшоқ шанкр ўткир юқумли таносил касаллиги бўлиб, жинсий аъзолар териси ёки шиллик қаватларида оғриб турадиган юмшоқ яралар ҳосил бўлиши билан ифодаланади, уни юмшоқ шанкр деб аталишининг сабаби ҳам шунда. Бу касаллик асосан жинсий йўл билан юқади.

Этиологияси ва патогенези. Микробни рус олими Петерсен (1887), итальян врач Дюкрей (1889), немис олими Унна (1892) топган. Касалликни Петерсен — Дюкрей — Унна стрептобациллалари кўзгатади.

Стрептобацилла якка, жуфт-жуфт, кўпинча узун занжирчалар кўринишида жойлашадиган, узунлиги 0,5—2,5 мк келадиган калта таёқчадир. Баъзан овал ёки гантел шаклида бўлиши мумкин.

Табийий шароитда юмшоқ шанкр билан фақат одам касалланади. Тажриба тариқасида маймунларга юқтирилган. Юмшоқ шанкр билан оғриган кишиларда барқарор иммунитет вужудга келмайди. Бацилла ташувчанлик кузатилади.

К л и н и к а с и . Яширин (инкубацион) даври жуда қисқа 2—3 кун давом этади. Юмшоқ шанкр юққанидан 1—2 кун ўтгач, микроб тушган жой қизариб йиринг пайдо бўлади, сўнг у ёрилиб ярага айланади; яралар бир талай бўлиб, улар ҳар хил, бири эн-

ди бошланса, иккинчиси яраланиб туради. Яра чети ўйилган, гадир-будир, туби юмшоқ нотекис ва йирингли, атрофи яллиғланган бўлади; тез қонайди, ушлаганда оғрийди. Одатда, ундан кўп йиринг оқиб, атрофидаги соғ тери ҳам зарарланади (инфекциянинг аутоинокуляцияси) ва яра кўпаяди. Баъзан улар катталашиб қўшилиб кетади. Орадан 3—4 ҳафта ўтгач, яралар аста-секин битиб, чандиқланади.

Юмшоқ шанкрда баъзан микроблар регионар лимфа тугунларига ўтади ва улар яллиғланиб, шишади (яъни бубонлар ҳосил бўлади), йиринглаб ёрилади. Юмшоқ шанкрда зарарланган аъзо оғрийди, гавда ҳарорати юқори бўлади, бемор ўзини нохуш сезади. Гоҳо юмшоқ шанкр билан бир вақтда ёки кетма-кет захм ҳам кўшилиши мумкин. Бунда захмга хос белгилар кечроқ намоён бўлади. Шу сабабли юмшоқ шанкр билан касалланган беморлар соғайганидан сўнг 6 ойгача врач назоратида туради.

Юмшоқ шанкрнинг куйидаги атипик турлари тафовут этилади:

1. Кўтарилиб турувчи юмшоқ шанкр — яра атрофдаги тўқимадан бироз кўтарилган ва грануляцион тўқима билан тўлган бўлади.

2. Серпигиноз (ўрмаловчи) юмшоқ шанкр — яра бир томондан чандиқ ҳосил қилиб тузалса, иккинчи томондан кенгайиб, соғлом тўқималарни қамраб олади. Бунда яра бир неча ой ёки йил сақланиб туради.

3. Генгреноз ёки фагеденик юмшоқ шанкр суперинфекция ёки фильтравувчи вируснинг ярага тушиши ҳисобига ривожланади. Яра атроф томон кенгайиб, чуқурлашади. Баъзан ярадан кучли қон оқиш, ҳатто жинсий аъзоларнинг ампутацияси кузатилади.

4. Герпетик юмшоқ шанкрнинг клиник кўриниши оддий герпес (учук) на эслатади.

5. Фолликуляр юмшоқ шанкр стрептобациллалари ёғ безлари найи ёки соч фолликулалари ичига тушганда ривожланади. Бу ерда катталиги тўғноғич бошидек, майда, қизил-бинафша рангли тугунчалар тошади ва кейинчалик марказида чуқур яра пайдо бўлиши мумкин.

6. Аралаш юмшоқ шанкрда стрептобацилла ва оқиш трепонемалар олдинма-кетин ёки бир вақтнинг ўзида терини зарарлайдилар. Натижада аввал юмшоқ шанкр учун хос бўлган яра пайдо бўлади ва 3—4 ҳафтадан кейин яра атрофи ва асоси қаттиқлашиб, қаттиқ шанкр аломатлари ривожланади. Бундай яра ажралмасида оқиш трепонемалар осонлик билан топилади. Агар юмшоқ шанкр яраси сульфаниламид дорилари билан даволанса, у ҳолда бир неча кундан сўнг яра тўлиқ эпителизацияланади. Аммо захмнинг инкубацион даври охирида бу ерда қаттиқ шанкр ҳосил бўлади.

Юмшоқ шанкрда лимфаденит (бубон), лифангит, фимоз, парифимоз ва бошқа асоратлар кузатилади. Лимфангитда жинсий

аъзолар атрофидаги лимфатик томирлар шикастланади ва натижада улар қалинлашиб, қўлга қаттиқ уннайди, тери билан бирлашмайди. Бу ердаги тери қизаради ва майда тугунчалар тошади. Тугунчаларнинг кейинчалик сўрилиб тузалиши ёки улар устида майда яралар ҳосил бўлиши мумкин (Нисбет шанкри).

Бубон касаллик бошлангандан 2—4 ҳафта ўтиб, стрептобациллаларнинг юмшоқ шанкр яқинидаги регионар лимфатик тугунлар ичига кириши натижасида юзага келади. Лимфа тугунлари яллиғланиб катталашади, улар бир-бири ва устидаги тери билан бирлашади. Лимфа тугунлари устидаги тери қизаради, ҳарорат кўтарилади. Кейинчалик лимфаденит симптомларининг камайиши ёки унинг ўртасида флюктуация пайдо бўлиб, яра ҳосил бўлиши мумкин. Яра тез орада грануляцияли тўқима билан тўлиб тузалади (оддий бубон) ёки яллиғланишнинг кучайиши ҳисобига у катталашади ва унинг атрофида майда яралар ҳосил бўлади. Бундай клиник кўриниш вирулент ёки шанкрли бубон деб аталади.

Диагнози. Юмшоқ шанкрга диагноз қўйиш тажрибали мутахасссга унча қийинчилик туғдирмайди. Касаллик диагностикасида бирламчи захм билан дифференциал диагноз ўтказишда яралардан чиқадиган суюқликда оқиш трепонемалар бор-йўқлигини аниқлаш, шунингдек қонни серологик текширишдан ўтказиш катта аҳамиятга эга. Инкубацион даврнинг қисқалиги, яраларнинг юмшоқ бўлиши, оқиш трепонемалар бўлмаслиги юмшоқ шанкрни захмдан ажратиш имконини беради. Аксинча Дюкрей — Петерсен — Унна стрептобацилласининг топилиши юмшоқ шанкр деб диагноз қўйишга асос бўлади.

Бундан ташқари, юмшоқ шанкрга диагноз қўйишда уни жинсий аъзолар оддий учуғи, венерик гранулема, жинсий аъзолар атрофи териси ўткир яраси, венерик лимфагранулематоз билан такқослаб кўрилади.

Бизда кейинга йилларда юмшоқ шанкр деярли учрамайди, аксарият касаллик порт шахарларда кўпроқ кузатилади.

Давоси ва профилактикаси. Сульфаниламид препаратлар ва антибиотиклар ўрта терапевтик миқдорда буюрилади: норсульфазол, сульфазин, сульфадемизин, этазол, сульфациридазин, сульфадиметоксин, сульфален, сульгин, фталазол, дисульфурмин, стрептомицин, эритромицин, тетрациклин, гентамицин, канамицин, вибрамицин ва бошқалар.

Захмга гумон қилинганда беморнинг қони доимий серологик назорат остига олинади.

Ярага оқ стрептоцид ёки норсульфазол упаси сепилади; Индифферент ёки эпителизацияни тикловчи малҳамлар буюрилади (5—10% ли дерматол, Микулич мазлари). Сульфанильамид препаратлар қўллашнинг нафи бўлмаса, яллиғланган соҳага карбол кислотаси ёки мис купороси суртилади; 1 : 3000—1 : 5000 нисбат-

даги калий перманганатли ванна қилинади (ванна ҳарорати 45—50°; муддати 10—15 минут).

Юмшоқ шанкр профилактикаси барча таносил касалликлари каби олиб борилади. Шахсий профилактика мақсадида сульфаниламид эмульсияси ёки малҳами тавсия этилади.

ВУЛЬВАНИНГ ЎТКИР ЯРАСИ (ULCUS VULVAE ACUTUM).

Вульванинг ўткир яраси асосан қизлар ва ёш аёлларда учрайди. Қасаллик кўзгатувчиси, аёллар қинида сапрофит ҳолда яшайдиган Дедерлейн таёқчасидир (*Bacillus crassus*).

Қасалликнинг келиб чиқиши ва ривожланишида организмнинг умумий аҳволи муҳим аҳамиятга эга. Чунки организмнинг умумий қувватини сусайтирувчи омиллар (шамоллаш, сурункали инфекциян ўчоқлар) Дедерлейн таёқчаларини сапрофит ҳолатдан патоген шаклга ўтишига имкон яратади.

Клиникаси. Қасаллик тўсатдан бошланиб, ўткир кечади. Жинсий лаблар териси ва вульва шиллиқ қавати қизариб шишади, юзасида некрозли яралар пайдо бўлади, улар безиллаб огрийди. Яралар юза жойлашади, асоси юмшоқ бўлади, юзаси сероз суюқлик ёки йиринг билан қопланади. Яралар битта ёки бир нечта бўлиши мумкин; беморнинг ҳарорати кўтарилиб, эти увишади. Яралар тез кунда пўст билан қопланиб эт битади (эпителизация) ёки ўрнида чандик ҳосил бўлади.

Диагнози. Қасалликка диагноз қўйишда юмшоқ ва қаттиқ яраларнинг клиник кўриниши ва кечишини назарда тутиш лозим. Қасалликнинг ёш қизларда учраши ва уларда жинсий алоқа бўлмаганлиги вульванинг ўткир ярасига хос.

Сил яраси сон жиҳатдан кам бўлиб, сурункали кечади ва ўткир яллиғланиш жараёни кузатилади. Бундай яралардан одатда сил микобактерияси топилади. Пирке, Манту ва Кох реакциялари мусбат бўлади.

Оддий пуфакли темираткида яралар ёки эрозиялар ўткир қиррали жимжимадор шаклда бўлиб, тўда-тўда бўлиб жойлашади ва тезда эт битади. Баъзан огрик билан кечади.

Даво си. Антибиотиклар, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори-дармонлар тавсия этилади. Аутогемотерапия ва витамин билан даволаш (витаминотерапия) даво самарасини оширади.

Маҳаллий даво сифатида антисептик эритмалар (2% ли борат кислотаси, марганцовка) ва стероидли кремлар буюрилади.

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ АНИҚЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЛАБОРАТОРИЯ УСУЛЛАРИ

Мутахассис беморга диагноз қўйишда касаллик тарихини, клиник кўринишини ўрганиш билан бирга текширув натижаларини, лаборатория усулларини ҳам қўллай билиши ва олинган маълумотларни мукамал таҳлил қила олиши лозим. Дермато-венерология соҳасида шу нарса муҳимки, лаборатория натижалари касаллик диагнозини бекаму-кўст изоҳлаб беради. Аниқ қўйилган диагноз эса доимо беморни тўғри даволаш имконини беради.

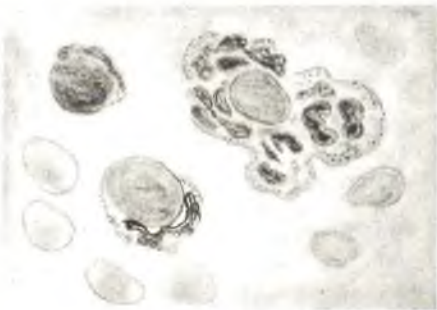
ҚИЗИЛ ЮГУРУК

1948 йили Харгрейвс, Ричмонд ва Мартон, 1949 йили Хезерик қизил югурук билан оғриган бемор қонидан люпус эритематоз (LE) ҳужайраларни топишга муваффақ бўлишди. Қизил югурук билан оғриган бемор қонида ядрога қарши антителолар ҳосил бўлиб, улар ҳужайра ядролари билан лейкоцитларнинг нобуд бўлишига олиб келади. Бу ходисани қўйидагича тушунтириш мумкин. Ядрога қарши антителолар таъсирида лейкоцитларнинг ядроси ўзининг маълум тузилишини йўқотиб, гомоген массага айланади, хроматин ипчалари эса парчаланиб кетади. Ҳужайра ядро элементларининг бундай ўзгаришига қизил югурук таначалари дейилади. Худди шу таначалар (ёки гомоген массалар) ни лейкоцитлар ярим ҳалқа шаклида қамраб олади ва фагоцитоз йўли билан ютиб юборади. Натижада қизил югурук ҳужайралари (LE) вужудга келади. Қизил югурук таначалари лейкоцитларнинг марказида жойлашади, лейкоцитларнинг ядроси эса периферияга силжийди. Танача овал ёки доира шаклида бўлиб, баъзан ҳужайра ташқарисида жойлашади ва уларни бир нечта лейкоцитлар қамраб олиб «розетка» ҳосил қилади.

Қизил югурук ҳужайралари бир неча усул билан аниқланади.

Новоселова усули: олдиндан натрий оксалат солиб қўйилган пробиркага бемор венасидан 8—10 мл қон олинади. Қон пробиркада натрий оксалат билан яхшилиб аралаштирилади ва хона ҳароратида ярим, 1 соатга қолдирилади. Шу вақт ўтгандан сўнг унга 3—4 мм ли 8—10 та юмалоқ шишачалар (мунчоклар) солинади ва резина тикин билан оғзи маҳкам бекитилади, сўнгра 30 минут мобайнида қўл билан (резина тикинни бош бармоқ билан босиб турган ҳолда) маятниксимон (фақат юқоридан пастга, пастдан юқорига) чайқатилади. Шундан сўнг уни то зардоб ҳосил бўлгунча хона ҳароратида қолдирилади. Кейин зардоб пипеткада тортиб олинади ва центрифуга пробиркасига қўйиб 5 минут центрифугаланади. Ҳосил бўлган центрифугат чўкмасидан эса бир нечта суртма тайёрланади. Суртма спирт билан фиксациялангач, Романовский усулида 15—20 минут бўялади.

Циммер-Харгрейвс усули: тоза, қурук пробиркага бемор венасидан 8—10 мл қон олинади ва шу захоти минутига 1000 марта айланадиган тезликда ярим соат центрифугаланади, ажралган зардоби эса пипеткада олиб ташланади, қолган қуюқ массаси майда тўрдан (чойнак оғзига осиб қўйиладиган металл тўрдан фойдаланса ҳам бўлади) чинни таёқча билан эзиб ўтказилади ва яна катталиги 80×10 мм ли аглүтинацион пробиркага солиб 30 минут центрифугаланади. Шу вақт ўтгач ҳосил бўлган пробирка юзасидаги зардоб резина нокча (груша) билан сўриб олинади ва унинг тагидаги чўкма оқимтир плёнкадан (плёнка лейкоцитлардан ташкил топган) бир нечта суртмалар тайёрланади. Уни эса одатдагидек Романовский усулида 15—20 минут бўялади. Шунда қизил югурук таначалари ўз хроматин ипчаларидан маҳрум бўлганлиги учун бир хилда — оқиб қизил ёки қизил-бинафша рангга, лейкоцит ядроси таркибидаги хроматин ипчалари ўз структурасини сақлаб қолганлиги учун тўқ бинафша рангга бўялади (68- расм). Бўялган препаратлар аввал лейкоцитларнинг гавжум жойларини топиш учун микроскопнинг кичик қурук системасида, сўнгра катта (90°) иммерсион системасида кўздан кечирилади. Бунда қизил югурук хужайралари орасидан тарта хужайраларини фарқлаб олиш керак (Тарта — шу касаллик билан оғриган бемор номи). Улар одатда полиморф ядроли лейкоцитлар, ҳалокатга



68- расм. LE хужайра.

учраган ёки ўлган лейкоцитларни қамраб олади, натижада, қизил югурук хужайраларига ўхшаш хужайралар вужудга келади. Бундай хужайраларни қамраб олган ўлик хужайралар ўз хроматин ипчаларини йўқотмаган бўлади, шунинг учун ҳам бир хилда бўялмайди, асл қизил югурук хужайраларида эса лейкоцитлар ичида ёки «розетка» марказида жойлашган гомоген масса бир хилда текис бўялади.

Системали ўткир қизил югурукнинг 40—95% ида хужайралар топилади. Сурункали қизил югурукда бу хужайралар камданкам ҳолларда учрайди. Шундай бўлгач, бундай ҳолларда яхшиси анализни бир неча марта такрорлаш керак.

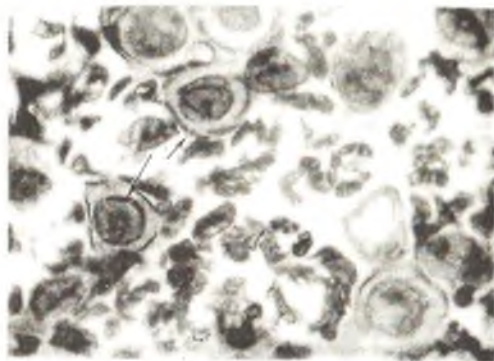
ПЕМФИГУС

Бу касалликда аксарият зарарланиш жараёни оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати (танглай, милк) дан бошланади. Шуни ҳисобга олиб беморнинг оғиз бўшлиғи, ёруғ хонада обдон кўздан кечирилади. Мабодо бемор даволанган бўлиб, оғзида метилен кўки, Кастеллани бўёғи, шунингдек қон, сўлак қолдиқлари қолган бўлса, стерилланган пахта тампон билан артиб тозаланади. Материал олиш учун мактаб ўқувчилари ишлатадиган оддий резина ўчирғичдан фойдаланилади. Бунинг учун 10—15 резина ўчирғич олдиндан тайёрлаб қўйилган бўлиши лозим.

Материал олишда олдин, эрозия ва унинг атрофи дока тампон билан артилади, сўнгра ўчирғични пинцет билан ушлаган ҳолда бемор оғзидаги эрозияга каттиқ босилади ва дарров уни шу томони билан буюм ойнасига босиб суртма олинади. Суртмаларни 4—5 марта олган маъқул. Агар пуфак ёрилмаган бўлса, уни скальпелда ёки Женнер игнасида ёриб, ажралган суюқликда бошқа алоҳида суртмалар тайёрланади. Пуфак ва эрозиялар бемор терисида ёки жинсий аъзолари атрофида жойлашган бўлса ҳам суртма худди шу усулда олинади.

Тайёр препаратлар хона ҳароратида қуритилиб, спиртда фиксация қилинади ва Романовский-Гимза усулида (15—20 минут) бўялади. Пуфак яра диагнозини аниқлашда цитологик текшириш усули хозир мажбурий ҳисобланади. Агар беморда асл пуфак яра бўлса, бўялган суртмалар микроскоп остида кўздан кечирилганда эпидермиснинг тикансимон қаватида дегенератив хужайралар ёки Тцанк хужайралари топилади.

Тцанк хужайралар доира ёки айлана шаклида бўлиб, катталиги 20—40 мкм; ядроси йирик, цитоплазманинг 3/4 қисмини эгаллаб туради (69-расм). Романовский усулида бўялганда унинг ядроси ва цитоплазмаси тўқ кўк, улар оралиғи айлана шаклида оч ҳаво рангга бўялади. Баъзан бир неча ядроли бўлиши ҳам мумкин. Суртмаларнинг ҳаммасини албатта микроскопда кўздан кечириш керак, чунки Тцанк хужайралари ҳар



69- расм. Акантолитик хужайралар (Тцанк хужайралари).

доим ҳам тез топилавермайди, баъзан текшириш (анализ) ни бир неча марта такрорлашга тўғри келади. Препаратда Тцанк хужайралари тўп-тўп бўлиб жойлашади. Бундан ташқари, суртмаларда қон хужайраларидан — лейкоцитлар, эритроцитлар, моноцитлар ва ҳар хил микрофлоралар топилади. Пуфаклардан олинган суюқликлардан тайёрланган суртмаларда эса Тцанк хужайралари камдан-кам ҳолларда топилади. Шу сабабли бундай суртмаларда асосан эозинофиллар сони санаб чиқилади ва рақамлар билан кўрсатилади. Амалда асл пуфак ярада (пемфигус) эозинофиллар сони жуда кам, Дюрингнинг пуфакли дерматозидда эса бунинг акси эозинофиллар жуда кўп бўлади.

Бу ўринда шуни айтиб ўтиш керакки, кўпгина тери касалликларида, масалан, Дюринг дерматози, кўп шаклли эритема, қизил югурукда ҳамда баъзи зарарланган теридан олиб тайёрланган препаратда битта-иккита дегенерацияга учраган эпителиал хужайралар топилиши мумкин.

ТЕРИ СИЛИ

Сил микобактерияси ингичка таёкча шаклида бўлиб, узунлиги 2—4 мк, эни 0,3—0,5 мк. Баъзан махсус озикли муҳитда катталиги 10 мк гача катталашиб боради (полиморфдир). Қобиги (капсула) ёки спораси йўқ. Оддий усулда аниқ бўялмайди. Қобиги ва цитоплазмасида бир талай липидлар бор. Шунинг учун ҳам бу микобактериялар фақат мураккаб усулда, фақат кислоталар иштирокида бўялади. Микобактериялар спирт ва ишқорларга жуда чидамли, қуриган йирингда бир неча ҳафта, қоронги хонадаги кийим-бошда 1,5—2 ойгача тирик сақланади; тик тушган ёруғлик нури бир неча соатда, тарқоқ нур эса 3—8 кунда ўлдиради. Дезинфекцияловчи моддаларда 24 соатда, қайнатилганда 5—10 минутда нобуд бўлади.

Сил касаллигига одатда одам, сут эмизувчи хайвон ва қушлар чалинади. Одам силини *typus humanus*, қора мол силини *typus bovinus*, қушлар силини эса *typus avium* келтириб чиқаради. Уларнинг баъзи хоссалари (морфологик ва культурал), патогенлик хусусиятлари бир-биридан фарқ қилади. Тирик ҳамда ўлик сил микобактериялари тўқималарда бир хил яллиғланиш жараёнига сабаб бўлади. Сил микобактериялари махсус озикли муҳит ва муайян ҳароратда, масалан, 4—5% ли глицерин қўшилган бўлонда 3—6 ҳафтада ўсади.

Тери силида яраланган тугунлардан олинган материал микроскопик диагноз қўйиш учун асос бўлади. Бирок бу элементларга кўпинча иккиламчи пиококк инфекциялар тушиб, улардан йирингли суюқликлар чиқиб туришига сабаб бўлади. Шунинг учун аввал яралар стерилланган дока тампон билан яхшилаб артиб тозаланади ва яралардан Женнер игнаси ёки скальпел билан ажралма кириб олинади. Олинган материаллардан бир хил қалинликда бир неча суртмалар тайёрлаб, ҳавода қуритилади ва алангада фиксация қилинади. Шундан кейин Циль — Нильсон усулида бўялади.

Циль — Нильсон усулида бўяш учун қуйидаги эритмалар бўлиши зарур.

1. Циль Фуксини — 10 мл 10% ли асосий фуксиннинг спиртдаги эритмаси ва 90 мл 50 % ли карбол кислота эритмасидан ташкил топган.

2. Хлорид кислотанинг 3% ли спиртдаги эритмасидан 3 мл ва 96° ли этил спиртдан 97 мл (ёки 10% ли нитрат кислота, 5% ли сульфат кислотани) қўллаш ҳам мумкин.

3. 1% ли метилен кўкининг сувдаги эритмаси.

Фиксацияланган суртма юзасига батамом қопланадиган килиб оддий фильтр қоғоз ёпилади, у буюм ойнасидан бир оз энсиз бўлиши шарт, акс ҳолда қуйилган бўёқ оқиб кетади.

Қоғозга Циль Фуксини эритмаси қуйилади ва буг ҳосил бўлгунга қадар бир неча минут суст ёниб турган спирт алангасида қиздирилади. Бунинг учун буюм ойнасини пинцетда ушлаб аланга устида аста-секин у ёқ-бу ёққа юргизилади. Препаратни ҳаддан ташқари қиздириб ёки қуритиб юбориш ярамайди. Сўнг препаратни 1—2 минут совитилади, кейин қоғозни олиб ташлаб, ортиқча бўёқ сувда ювиб юборилади. Шундан кейин препарат 10—20 секунд 3% ли хлорид кислота эритмасида рангсизлантирилади. Бу қуйидагича бажарилади: биринчи марта хлорид кислота эритмаси буюм ойнасига қуйилганда суртма сариқ рангга киради, уни сув билан ювиб ташланади, сўнг иккинчи марта хлорид кислота қуйилади, яна ювиб ташланади. Шундан кейин суртма оч сариқ ёки оқимтир ранг олади (суртманинг қизил ёки пушти рангга бўлиши рангсизлантиришни давом эттиришини тақозо қилади). Сўнг 1% ли метилен кўки эритмасидан қуйиб 3—5 ми-

нут кутилади ва яна ювиб ташланади. Препаратлар хона хароратида куритилгач, микроскопнинг иммерсион системасида кўздан кечирилади.

Циль — Нильсон усулида бўялган суртмаларда сил микобактериялари хаворанг кўриш майдонида қизил бўлиб кўринади (70- расм). Бунинг сабаби сил микобактерияси ўз таркибида ёғ кислоталарини тутати. Препарат қиздирилганда бу кислоталар асосий фуксин билан ажралмас бирикма ҳосил қилади, натижада препарат қизил рангга бўялади, улар атрофидаги бошқа элементлар билан микроорганизмлар эса кўк рангга бўялади. Микобактериялар тўғри, эгилган, узун ва калта бўлиши мумкин. Улар алоҳида-алоҳида ва турли катталиқда тўда-тўда ҳолида учрайди. Баъзан улар бир хилда бўялмаган бир қатор қизил дончалар шаклида кўринади. Аксарият ҳолларда, сил микобактериялари бурчак шаклида жойлашади, сони кўрув майдонида ҳар хил бўлиши мумкин. Микобактериялар сони 1 мл ҳажмда олинган препаратда 50.000 дан кўп бўлса, бактериоскопик усулда тез аниқланади.

Суртмада бир нечта микобактериянинг топилиши диагноз учун муҳим, шунинг учун, имкони борича бутун препаратни кўздан кечириб чиқиш зарур. Баъзан анализ қайта-қайта такрорлангандагина сил микобактерияси топилади.

МОХОВ

Олимларнинг фикрича, микроскопик усулда мохов микобактериялари топилмаса, даволовчи шифокор касалликнинг клиник манзарасига қараб диагноз қўйиши мумкин. Аммо лаборатория текширувида мохов микобактериясининг топилиши диагноз аниқ бўлишини таъминлайди.

Моховнинг лепроматоз хилида бошқа хилларига нисбатан микобактериялар кўпроқ топилади. Юқори нафас йўллари, масалан, бурун шиллик қаватидан олинган суртмалардан препарат тайёрланади. Бунинг учун бурун бўшлиғи яхшилаб тозаланади, буни беморнинг ўзи бажарса ҳам бўлади. Сўнгра аввалдан тайёрлаб қўйилган дока тампон ўралган таёқчалар билан буруннинг ички деворидан суртмалар олинади ва бир нечта буюм ойнасига қалинлиги бир хил қилиб суртилади. Бурундан одатдаги ажраб турган шилимшиқни олиш ярамайди. Уларда мохов микобактерияси жуда кам ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Суртмаларни тиш шифокорлари амалиётида қоришма тайёрлашда ишлатиладиган кичик куракчаларда олса ҳам бўлади, лекин бурун деворини шикастлаб қўймаслик керак. Акс ҳолда суртмага қон аралашиб, микобактерияларни топиш мушкуллашади.

Мохов микобактерияларини топишда зарарланган тери тўқи-

масининг суюқлигидан тайёрланган суртмаларни микроскоп остида текшириш яхши натижа беради. Терининг зарарланган қисмидан тўқима суюқлигини олишдан аввал шу жой спирт ёки эфир билан яхшилаб артиб тозаланади. Бунда биринчидан, асептикага риоя қилинса, иккинчидан, теридаги кислоталарга чидамли баъзи сапрофит микобактериялардан тозаланади.

Мулжалланган тери сатҳини чап қўл бармоқлари билан қисиб туриб, стерилланган ўткир жарроҳлик пичоғи (скальпел) билан узунлиги 5 мм, чуқурлигини 2,5—3 мм қилиб тилинади. Сўнгра ажралган суюқликни скальпелда қириб олиб, буюм ойнасида бир неча суртмалар тайёрланади.

Қисиб турган бармоқлар қўйиб юборилганда тилинган жойдан одатда бир оз қон чиқиб туради, бу тилиш тўғри бажарилганидан далolat беради. Тўқима суюқлиги қош, пешона, қулоқ супраси, бел ва думба соҳасида жойлашган лепромалардан олинади. Ярага айланган лепромалардан ҳам суртмалар тайёрлаш мумкин. Суртмалар Циль — Нильсон усулида бўялади (Тери силга қаралсин). Аммо мохов микобактериялари сил микобактерияларига нисбатан кислоталарга чидамсиз бўлиб препаратни рангсизлантиришда эҳтиёт бўлиш керак. Бўялган суртмаларда мохов микобактериялари қизил ёки пушти рангда бўлиб, тўда-тўда (71- расм), баъзан эса яка-якка ҳолда жойлашади. Сил микобактериялари бурчак ёки рим ҳарфи шаклида кўринса, мохов микобактериялари параллел таёқчалар шаклида бироз узунроқ бўлиб кўринади.

А. Р. Давидзон фикрича, мохов микобактерияларини топиш учун текшириладиган 1 мл материалда камида 10.000—100.000 микобактерия бўлиши керак. Бунинг учун битта суртмада 60—100 та кўриш майдонини кўздан кечириб чиқиш керак. 1—2 дона микобактерияларни топиш диагнозни тасдиқлай олмайди. Кўриш майдонидаги микобактериялар сонини Хорт схемаси бўйича қуйидагича белгиланиди: 0—микобактериялар йўқ, + шубҳали, кўриш майдонида 1—2 та бор, ++ кўриш майдонида анчагина, +++ кўриш майдонида жуда кўп.

Текширишни бир неча марта такрорлаган маъқул. Ишлатилган асбоблар ва буюм ойналари аввал алангада, сўнг автоклавда стерилланади.

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

Замбуруғлар — қуруқликда ўсадиган, табиатда кенг тарқалган тубан ўсимликлар бўлиб, хлорофилдан маҳрум. Улар кислотадонли муҳитда яшайди.

Замбуруғларнинг вегетатив танаси тармоқланиб кетган мицелий кўринишида, яъни озикланиш субстрати устига ёки ичига таралиб, учидан ўсадиган ингичка иплар — гифлардан иборат. Ту-

бан замбуруғларда тармоқлар сегментларга бўлинмаган, юқори замбуруғларда кўндаланг сегментларга бўлинган, сегментли гифлар деб шуларни айтилади. Замбуруғнинг мицелийси ўзининг асосий массаси билан субстратга ботиб туради, у озик моддаларни шу субстратдан осмотик йўл билан қабул қилади. Замбуруғлар ҳужайрасининг ташқи қобиғи протоплазма, ядро ва қатор киритмалардан тузилган.

Юқори замбуруғлар бактериялардан ўзининг ядро структураси, тубан замбуруғлардан эса ташқи қобиғи таркибидаги целлюлоза ёки хитин моддаси билан фарқланиб туради. Одатда ҳужайралар чўзинчок, тухумсимон, каттароқ ҳужайралар — цилиндрсимон; қари ҳужайралар эса полиморф шаклда бўлади. Замбуруғ ҳужайралари ноксимон, овалсимон, урчиксимон ёки амёбасимон бўлиши ҳам мумкин. Ёш ҳужайраларнинг протоплазмаси оддий микроскопда тиниқ оч рангда, қари ҳужайраларнинг протоплазмаси хира, донатор бўлиб кўринади.

Мицелий ипларининг кўп ҳужайрали, бўғим-бўғим бўлиши патоген замбуруғларга хос бўлиб, бир ёки аксарият кўп ядро тутади.

Мицелийлар қуйидагича тафовут қилинади: вегетатив — ўзининг асосий массаси билан субстратга ботиб туради ва бу — озикланадиган қисми саналади; репродуктив — ҳавода кўпайишга алоқадор қисми; донатор (друза) — мицетомаларда мицелийнинг асосий кўриниши. Бундан ташқари, диаметрининг катталигига қараб энсиз — 1 мкм гача ва энли — 1 мкм дан катта. Тузилишига кўра чин ёки сохта мицелий (псевдомицелий) лар ажратилади.

Махсус озикли муҳитга экилганда улар ўзига хос рангга (қизил, пушти, оқ ва ҳоказо) ва микроскопик кўринишга эга бўлади. Спора ва мицелийлари шохсимон, ҳалқасимон, колбасасимон ва хўроз тожига ўхшаш бўлиши мумкин. Бу замбуруғлар орасида бир қанча дерматофит замбуруғлар борки, улар одамда баъзи тери касалликларини келтириб чиқаради.

Ранг-баранг темир атки. Бу касалликда материални бемор терисидаги (қайси жойидан олиндиши врач йўлланмасида кўрсатилиши керак) пўст ташлаб турадиган оқимтир доғлардан олинади. Доғларнинг ҳар ер-ҳар еридан периферияси томон скальпелда бир неча буюм ойнасига қирма олинади. Қирмани мутахассис скальпелни 35—45° бурчак остида (терига нисбатан) оғдирган ҳолда, ортиқча босмасдан, енгил ҳаракат билан олади. Олинган материалга 30% ли ўювчи калий ёки ўювчи натрий эритмаси томизилади ва алангада қайнашга етказмай қиздирилади. Сўнгра препарат устига ойна ёпилади ва уни микроскопнинг аввал кичик, кейин катта қуруқ 40 х системасида кўздан ке-чирилади.

Ранг-баранг темир аткини кўзгатувчи замбуруғ калта, лекин

йўгон қайрилган мицелий иплари ва тўп-тўп, шакли юмалоқ қўш контурли споралари билан ифодаланади. Мицелийларнинг узунлиги 8—12 мкм, эни 2—3 мкм ни ташкил этади.

Эритразма қўзғатувчиси эпидермиснинг юза қаватини, аксарият, терининг табиий бурмалари юза қаватини шикастлайди. Эритразмада сон-ёргоқ бурмаларида, чов, қўлтиқ, орқа тешик (анус) соҳаси ва аёлларда кўкрак беги остида пушти-қизил, чегараси аниқ доғлар пайдо бўлиб, улар вақти-вақти билан пўст ташлаб туради. Одатда, терининг ана шу зарарланган соҳасидан кирма скальпел билан олинади. Олинган кирмаларни (эпидермиснинг мугуз қавати тангачаларини) буюм ойнасига бир текис тақсимланади. Препаратлар тайёрлаш учун унга муз сирка кислота томизилади ва у бугланиб кетгунича алангада қиздирилади. Кейин 2% ли метилен кўки эритмаси билан 2—3 минут бўялади ва сув билан ювилади. Уни микроскопнинг иммерсион системасида қаралса, эни 0,8—1,0, узунлиги 5—15 мкм келадиган донадор, бироз қайрилган, коринобактерияларнинг мицелий иплари кўринади. Уларнинг жойлашиши баъзан бациллаларни эслатади. Мицелий иплари бўйлаб коринобактериялар занжир бўлиб тақсимланади. Мицелий зангори рангга, споралар эса бирмунча тўқ, кўкимтир-зангори рангга бўялади. Терининг зарарланган жойига люминесценция лампасида нур юборилса, у қизғиш бўлиб товланади.

Чов эпидермофитияси. Материал чов, ёргоқ, соннинг ички юзаси, анус атрофи, баъзан аёлларда кўкрак безининг ости ва қўлтиқнинг зарарланган қисмидан олинади.

Текшириш учун материални скарификаторда қириб олинади ва кейин ўткир ишқор эритмасида ишланиб, алангада қиздирилади, устига қоплагич ойна ёпилади.

Оёқ панжаси эпидермофитияси. Бунда бемор ўтириб, пойабзални ечади ва оёғини лаборатория стулига қўяди (стул клеёнка билан қопланган бўлиши керак), сўнг мутахассис зарарланган жойларни кўздан кечириб анализ учун материал олишга киришади; материални дастлаб товон гумбазидан олган маъкул. Скарификаторда ёки скальпелда товон гумбази олдин яхшилаб қириб тозаланади, кейин текширишга кирма олинади. Бармоқлар орасидаги бурмалардан материал олганда ҳам (бемор қўллари билан оёқ бармоқларини очиб туради) аввал тери юзаси қириб тозаланади, сўнг кирмалардан препарат тайёрланади. Препарат қайси оёқдан ёки бармоқлар орасидан олинганлиги махсус белги билан буюм ойнасига ёзиб қўйилади.

Пуфаклардан материал олганда унинг бир чети пинцет билан ушлаб қиркилади ва пўстидан препарат тайёрланади. Сўнгра 30% ли ўювчи калий эритмасида ишланиб, алангада қиздирилади, усти қоплагич ойна билан ёпилади.

Тирноқлар эпидермофигияси билан руброфития-

да ўткир устара ёки скальпел билан зарарланган тирноқлар юзаси қириб олинади, тирноқларнинг бирмунча чуқур қатламларидан эса пластинкалар кесиб олинади. Бундай муолажани бажаришдан олдин материал олишни енгиллаштириш мақсадда бемор оёқларини илиқ сувга солиб ивитади (1 л сувга бир қошиқ сода солинади). Текшириш олдидан қалин пўст ва тирноқ пластинкалари скальпелда майдаланади. Сўнгра ишқор эритмаларида (30% ли ўювчи калий ва ўювчи натрий) бир сутка мобайнида юмшатиб, тинитилади. Жараёни тезлаштириш учун эритмани аввал пробиркаларда қиздириб, сўнгра материални иссиқ эритмада тайёр холга келтириш ҳам мумкин. Н. А. Черногубов қалин тирноқ пластинкаларини текширишдан олдин ишқор солинган пробиркаларда спирт алангасида қайнатишни тавсия этади. Сўнгра у центрифугаланиб, ҳосил бўлган чўкма микроскопда текширилади. Тирноқ пластинкаларини беморнинг ўзи олган бўлса лабораторияга коғоз пакетда унга материал олинган аъзо соҳаси, вақти, диагнози, текшириладиган кишининг фамилияси, исми ва отасининг исмини ёзиб келтиради. Материални одатда такрор текширишга ҳам етадиган қилиб олиш тавсия этилади.

Руброфитияда товон гумбази эгатчаларидан, оёқ панжаларидан ҳамда қўл қафтларидан ҳам қирма олинади. Материални олишда скальпел, пинцет ва қайчидан фойдаланилади. Уларни ишлатиш олдидан алангада қиздирилади ва ишлатиб бўлгач дезинфекцияловчи эритмага солиб қўйилади. Ўювчи ишқор билан тайёрланадиган препарат бўлса, микроскопнинг кичик объекти-вида ҳам (окуляр 7х, объектив 8х) замбуруғ элементларини қайд қилиш мумкин. Бироқ кичик объективда зарарланган тангача ва пўстларнинг қоронғи жойларидаги мицелий иплари ва контурлари яхши кўринмайди. Шунинг учун кичик объективда замбуруғлар тўплами аниқлангач, катта объективда (40х) препаратнинг қолган элементлари кўздан кечирилади. Бунда септа (бўғим) ларга бўлинган мицелий, занжир кўринишида полигонал кўш контурли споралар аниқ кўриниб туради. Юмалоқ ва тўғри бурчакли спораларнинг мицелий ва спора тўпламлари кўзга ташланади. Мицелий иплари бир-бирига уланиб борадиган қатор узун бўғимлардан тузилган бўлади. Улар баъзан бутун кўриш майдонини эгаллаб ётади. Баъзан холестериннинг парчаланиш маҳсулотлари, замбуруғларнинг мицелийлари кўринишида кўзга ташланиши мумкин. Уларни сохта (псевдо) мицелий ёки замбуруғ (мозаикаси) (*Mosaica fungii*) дейилади. Бундай пайтларда сохта мицелийлари замбуруғлар билан чалкаштирмаслик учун препаратни спирт алангасида яна қиздириш керак, бунда сохта мицелийлар бутунлай йўқолиб кетади. Йўқолиб кет-маса ҳам улар нур синдириш хусусиятининг пастлиги, эпителий хужайралари четида тўр бўлиб жойлашиши ва мицелий иплари-нинг калта бўлиши билан чин замбуруғлардан ажралиб туради.

Препаратлар обдон кўздан кечирилгандан кейин «замбуруғ топилди» ёки «замбуруғ топилмади» деган натижа берилади.

Бу ўринда шуни эслатиб ўтиш жоизки, чов эпидермофитияси, оёқ панжаси эпидермофитияси ва руброфития каби замбуруғ касалликларида микроскопик усул билан уларнинг аниқ турини тафовут қилиш қийин, чунки улар микроскопик жиҳатдан бири-бирига жуда ўхшаб кетади. Диагноз, лаборатория натижаси ва касалликнинг клиник манзарасига асосланиб қўйилади. Замбуруғларнинг аниқ тури махсус лабораторияларда озикли мухитларда ундириш йўли билан аниқланади.

Юза трихофития. Текшириш учун материал зарарланган сочлар, силлик тери ва тирноқлардан тайёрланади.

Сочдан материал олишда беморнинг боши яхшилаб ёритилди ва сочлар обдан кўздан кечирилади. Соч калта қилиб олинганда тўкилган ва зарарланган соҳани аниқлаш осон, Агар соч узун бўлса, у вақтда бошни сийпаб, пайпаслаб чиқилади, бунда зарарланган жой борлиги аниқланса, шу жойдан бошлаб соч икки томонга ўтказилади ва териси билан бирга синчиклаб кўздан кечирилади. Зарарланган соҳани беморнинг ўзи кўрсатиб берганда ҳам, бу билан кифояланмай, бошнинг ҳамма қисмини кўздан кечириб чиқиш лозим.

Материални шубҳали тузилмалардан аввал скарификаторда ковлаб ёки тирнаб, сўнгра пинцет ёрдамида олинади. Шунда тангача, қорақўтир пўст ва зарарланган соч илдиз қинлари билан бирга олинади. Аммо зарарланган сочни пинцет билан тортмаслик керак, акс ҳолда касал сочлар тери юзасида синиб қолиб, унинг ичидаги қисми текширилмай қолиб кетаверади. Зарарланган ўчоқлар бир нечта бўлса, материални юқорида кўрсатилгандек қилиб ҳаммасидан олинади. Зарарланган жойларни синчиклаб текшириш ва материални яхшилаб танлаш учун лупадан фойдаланса янада яхши бўлади.

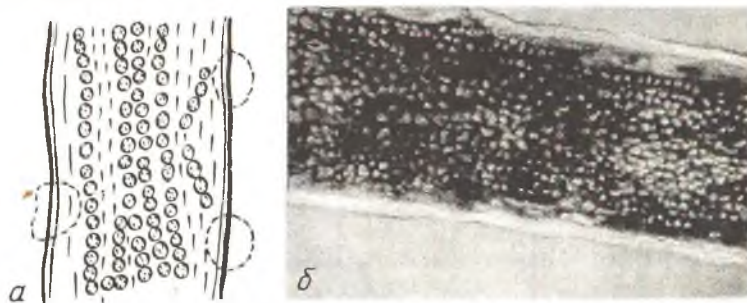
Силлик тери зарарланганда материал сифатида тангачалар билан бирга майин туклар ҳам олинади. Буларни зарарланган тери сатҳининг перифериясидан скарификатор ёрдамида олинади.

Тирноқлардан материал олиш техникаси оёқ эпидермофитиясида келтирилган.

Сурункали трихофития. Бунда бемордан материал олиш мутахассисдан анча маҳорат ва сабр тоқат талаб қилади. Чунки трихофитиянинг бу шаклида касалликнинг клиник манзараси суст ривожланган бўлади. Материал асосан, соч, силлик тери ва тирноқлардан олинади. Бошнинг сочли қисмидаги зарарланган жойлар кўпроқ энса ва чекка қисмида (қулоқ орқасида) бўлади, бунда топилган қора нукталар ва майда тангачалар бирга қўшиб олинади. Зарарланган тирноқлардан материални скальпел билан қириб олинади. Пластинкалар олинadиган бўлса, уларни қайчи ёки ўтқир устара билан кесиб олинади. Ана-

лизни аниқ ва тезроқ бажариш учун олинган тирноқ пластинкасини (1 г кристалл карбол кислота, 1 г сут кислота, 2 г глицерин ва 1 мл дистилланган сувдан тайёрланган) аралашмага 3—4 минут солиб олинади-да, то буг хосил бўлгунга қадар алангада қиздирилади ва олиб усти қоплагич ойна билан ёпилади. Бундан ташқари, материални 30% ли КОН эритмасига солиб олинса ҳам бўлади.

Юза трихофитияда касаллик қўзғатувчиси мицелий иплари ва споралар кўринишида зарарланган соч ичида (эндотрикс) тасмага ўхшаб жойлашади (72- расм). Унинг мана шу жиҳати бошининг сочли қисми трихофитиясининг энг муҳим дифференциал белгиси бўлиб, у касалликнинг эпидемиологиясини ўрганишда муҳим аҳамиятга эга. Зарарланган сочларнинг ранги хира кулранг-сарғиш, танаси эса қайрилган (илмоқ, вергул, «S» шаклида) ва мўрт бўлади. Соч ичи овал, айлана, тўртбурчак шаклидаги қалин споралар массаси билан тўлган. Шуниси эътиборлики, споралар юқорида айтганимиздек, соч деворининг ички юзаси бўйлаб паралель равишда тасмалар шаклида жойлашади. Улар шунчалик кўпки, ҳатто, соч ўзининг нормал тузилишига ўхшамай, худди нўхат солинган пробиркага ёки ёнғоқ солинган қопга ўхшаб қолади. Тангача ва пўстлар сочларга ёпишиб туради. Зарурият тугилганида уларни эпиляция пинцет билан олиб ташланади.



72- расм. Эндотрикс типи бўйича сочнинг зарарланиши: а) схема, б) микроскопик манзара.

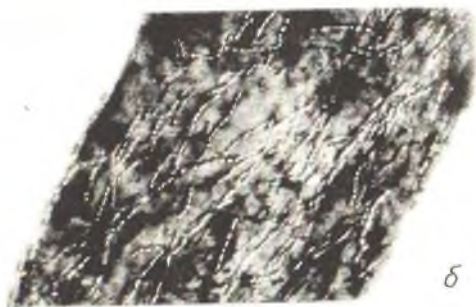
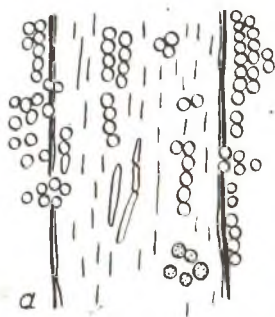
Силлиқ тери ва тирноқлардан олинган материаллардан тайёрланган препаратларда замбуруғларнинг тасмасимон жойлашган споралари билан мицелий-иплари бўлади. Уларнинг микроскопик манзарасига қараб (73- расм) замбуруғ турини аниқлаш жуда мушкул, шунинг учун лаборатория ходими анализ натижасини берганда фақат замбуруғлар бор-йўқлигини кўрсатади. Замбуруғларнинг тури эса махсус озикли муҳитларда уларни ундириш йўли билан аниқланади.



73- расм. Силлиқ тери трихофитиясининг микроскопик кўриниши.

Мадалаган-инфилтратив трихофитияда материални соч ва силлиқ теридан олинади. Бош сочининг юза трихофитиясидек бунда, сочлар синиб тушмайди, балки таги яллиғланиб бўшашиб қолганлигидан тукилиб тушади. Уларни эпиляцияон пинцет билан осонликча юлиб олса ҳам бўлади.

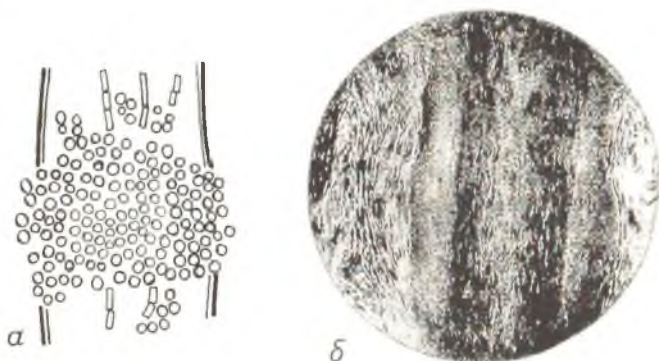
Қасалланган соч микроскоп остида кўздан кечирилганида спораларнинг тасмалари сочни гилоф кўринишида ўраб турганлиги маълум бўлади (*Trichophyton ectothrix*) (74- расм). Буни ифодали қилиб қуйидагича тушунтириш мумкин, яъни пробирка ташқарисига елим суртганда нўхат доналари пробирка деворларига ёпишиб қолгандаги манзара ҳосил бўлади. Баъзан катта спорали (*Tr. ectothrix mega sporon*) ва майда спорали (*Tr. ectothrix microdes*) замбуруғлар ҳам учраб туради. Улар баъзи жиҳатлари билан микроспория замбуруғларига ўхшаб кетса-да, лекин тасмасимон жойлашиши билан ажралиб туради. Сочнинг ичида эса бир-иккита ингичка мицелий иплари бўлади.



74- расм. Эктотрикс тили бўйича сочининг зарарланиши: а) схема, б) микроскопик манзара.

Микроспория кўзгатувчилари — *M. ferrugineum* (зангсимон микроспорум — антропофил) ва *M. lanosum* ни (туксимон

микроспорум — зоофил) аниқлаш учун материал бошнинг сочли қисми териси юқорисидан 5—8 мм наридан, синган сочлар ва силлик теридан олинади. Тирноқлар микроспорияда зарарланмайди. Микроспория кўзгатувчиси сочларни ўраб олувчи споралар тўплами ҳосил қилиши билан ифодаланади (75- расм). Сочларнинг ранги гунгурт-кулранг бўлиб қолади, споралар тўплами сочни ўраб тасмалар ҳосил қилмайди. Соч ичида жойлашган ингичка мицелий иплари одатда кўринмайди. Уларни аниқлаш учун қоплагич ойнани эҳтиётлик билан силжитиб ёки босиб споралар тўпламини соч қобигидан кўзгатилади. Шунда емирилган соч ичидаги соч бўйлаб ётган мицелий ипларини кўриш мумкин. Силлик тери микроспорияси анализида ҳам силлик тери трихофитиясидек «замбуруғлар мицелийси топилди» деган натижа берилади.

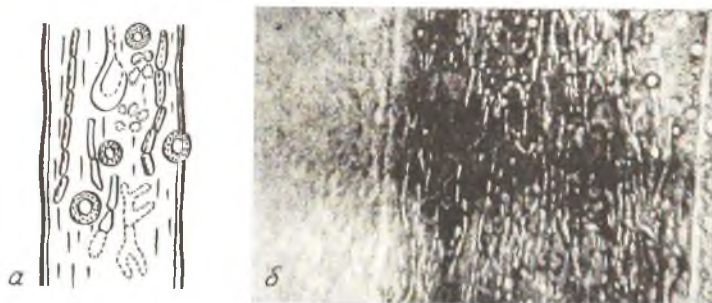


75- расм. Микроспорияда сочнинг зарарланиши: а) схема, б) микроскопик манзара.

Микроспорияда анализни тезроқ аниқлаш учун люминесцент лампадан фойдаланиш ҳам мумкин. Бунинг учун махсус қоронги хонада бошнинг сочли қисмига шундай лампадан нур юборилди. Микроспорум билан зарарланган сочлар эса яшил тусда товланиб туради.

Фавус (кал) кўзгатувчисини (Шенлейн ахориони) микроскопда аниқлаш учун материал зарарланган соч ва пўст (скутула) дан олинади. Маълумки, фавусда соч толасининг бор бўйи эмас, балки у ер — бу ери шикастланади, шу сабабли ҳам у синмайди. Бош териси кучли яллиғланганда соч толаси бутунлай сугирилиб чиқади. Текшириш учун хира ва жилвасиз соч толаси ҳамда зарарланган тери сатҳининг перифериясидан пўст олинади. Текшириш чоғида зарарланган узун сочларнинг микроскопик манзарасида юмалоқ занжирчалар ва уюмлар кўринишида ҳар хил катталиқдаги, кўп қиррали полиморф споралар кўзга таш-

ланади (76- расм). Соч ичида юпқа септаланган мицелий ипчалари билан бир вақтда ҳаво пуфаклари ва ёғ томчилари ҳам бўлади. Силлик тери ва тирноқ тангачаларида тармоқланадиган мицелий, юмалоқ ва полиморф споралардан иборат занжирчалар ва уларнинг уюмлари топилади. Скутуладан тайёрланган препаратда уюм-уюм бетартиб, баъзан калта занжирчалар шаклида жойлашган полиморф спораларнинг қисқа тупламлари учрайди, улар атрофида одатда тармоқланадиган мицелийлар бўлади.



76- расм. Фавусда сочнинг зарарлиниши: а) схема, б) микроскопик манзара.

Бу ўринда шуни айтиб ўтиш керакки, агар скутулалар калин бўлса, уларни майдалаш лозим, акс ҳолда микроскопда текширишга ярқисиз қалин препарат ҳосил бўлади. Одатда скутулалар ўювчи калий ишқорида кўпроқ сақлаб турилади.

Қ а н д и д о з л а р. Лабораторияда текширишга тери ва тирноқ қириндисидан, оқимтир тери қоплами ва лаблар юзасидан олинган пўстлар, огиз шиллик пардаси, уваланган мугуз қават парчалари, пуштула ва пуфакчаларнинг пўстлари, йиринг, балғам, ликвор, қон, ўт суюқлиги, сийдик чўкмаси, сийдик чиқариш канали ва қиндан олинган суртмалар материал бўлиб хизмат қилади.

Оғиз шиллик қавати ва бодомча безларидан материални новсимон зонд ёрдамида олинади. Эрозиялар бўлса резина ўчиргич ёрдамида улардан суртмани тушириб олса ҳам бўлади. Лаб бурчаклари ва тирноқ пластинкаларидан эса скальпелда қирма, яллиғланиб маддалаган жойлардан эса йиринг олиш мумкин. Сийдикни йиғишдан олдин аёлларнинг жинсий аъзо соҳалари, эркаклар олатининг боши яхшилаб артиб тозаланади. Сўнгра сийдик олиниб центрифугаланади. Материални аёллар кинидан новсимон зонд, эркаклар уретрасидан бактериологик қовузлок ёрдамида олинади.

Олинган материалларни икки усулда текшириш мумкин. Биринчи усулда, натив препарат тайёрланади. Бундай препарат-

ларда кўпинча тут ёки узум шингилига ўхшаш ғуж-ғуж юмалок, тухумсимон ёки чўзинчоқ ачитқисимон хужайралар топилади. Бу хужайралар юмалокдан ташқари йўгон, калта ёки узун иплар шаклида бўлиши ҳам мумкин, буларни сохта (псевдо) мицелий дейишади. Сохта мицелийларнинг ингичка ва йўгон ипларининг бирга учраши оғиз шиллик қавати кандидози — оғиз еликишига хосдир.

Суюқ патологик материални (сийдик, ликвор, йиринг, балгам, ўт суюқлиги ва бошқалар) бир томчи сувга, физиологик эритмага ёки глицериннинг этил спиртдаги эритмасига аралаштириб натив холида микроскопда кўриш мумкин. Бундан ташқари, суюқ материалдаги ачитқисимон замбуруғларнинг бўлиниши материал суюқликдан олингандан сўнг ҳам давом этиши мумкин. Шу сабабли тайёр препаратларни зудлик билан текшириб улгуриш керак.

Силлик тери ва тирноқлардан олинган материаллар одатда аввал ишқорга солиниб, сўнг алангада қиздирилади.

Иккинчи усулда замбуруғлар Романовский бўйича бўялганда пушти-бинафша рангга, кўшимчалар — кизғиш рангга бўялади. Грам бўйича бўялганда ачитқисимон замбуруғлар тўқ бинафша ранг олади ёки текис бўялмайди, хужайраларнинг чекка қисми бинафша рангга, ўртаси эса оч бинафшага бўялади.

Замбуруғларнинг морфологик манзараси айниқса бўялганда яхши кўринади. *Candida albicans* ўзининг морфологик хоссалари билан ачитқисимон замбуруғларга ўхшаб кетади, аммо улардан фарқи — спора ҳосил қилмайди, куртакланиш йўли билан кўпаяди.

Микроскоп остида қаралганда 2—4×5—7 мкм шаклли овал ёки юмалок бластоспоралар кўринади, бир томонлама ёки икки томонлама куртакланаётган қиз хужайралар кўзга ташланади. Сохта мицелийлари энсиз, катталиги 1,5—2,5 мкм. Шунини айтиб ўтиш керакки, кўриш майдонида 1 дона замбуруғ хужайраларининг бўлиши ҳали кандидоз диагнозини билдирмайди. Буни сапрофит деб тушуниш керак. Фақат 10—25 дона замбуруғ хужайралари топилгандагина актив кандидоз инфекцияси ҳақида хулоса чиқариш мумкин.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ

Лейшманиялар хивчинлилар синфига мансуб бўлиб, ривожланиш циклида иккита даврни бошидан кечиради. Уларнинг ҳаракатсиз, яъни хивчинсиз даври умуртқалилар организмида — одамда ўтади; иккинчи — ҳаракатли, яъни хивчинли даври умуртқасизлар — чивинлар организмида ўтади. Лейшманиялар одам ва сут эмизувчи ҳайвонларда паразитлик қилади.

Лейшманиялар майда жонивор бўлиб, овал ёки думалок шакл-

да, катталиги 2—5 мк, иккита ядроси бор. Марказга яқин жойлашган катта овал ядросининг катталиги 0,7—0,8 мк. Уни трофик ядро ҳам дейилади, у бўлиниш ва ўсишни таъминлайди. Кичик овалсимон ёки таёқча шаклидаги ядро — блефаробласт эса локомотор функцияни бажаради. Лейшманиялар одам танасида асосан ретикуло-эндотелиал хужайралар ва моноцитлар протоплазмасида эркин кўпаяди. Битта хужайра протоплазмасида 10—20 тагача ва ундан ортик бўлиши мумкин; хужайра ёрилганда улар ташқарига чиқади, бунда лейшманиялар бошқа хужайраларга кириб, уларнинг ҳалокатига сабаб бўлади. Лейшманияларнинг ҳазм органлари йўқ, улар осмотик йўл билан озиқланади. Узунасига бўлиниш йўли билан жинсиз кўпаяди.

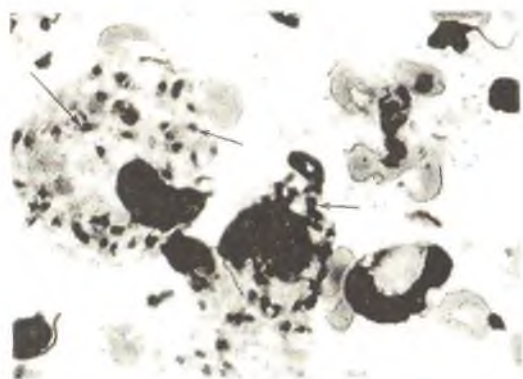
Яраларнинг тузилишига қараб бемордан материал олиш бир неча усулларда бажарилади. Биринчи усулда — яралар мабодо ёпиқ бўлса (тугунчага ёки фурункулга ўхшаш), Женнер игнаси ёки скальпел билан чуқур қилиб тешилади ва грануляцион тўқимаси қон билан бирга қириб олинади. Сўнгра улардан буюм ойнасида бир хил қалинликда бир нечта суртма тайёрланади.

Иккинчи усулда — худди шу элементларни (тугунча, думбокчаларни) йўғон игна билан пункция қилиб материал олинади. Лекин унинг айрим камчиликлари бор, шу туфайли бу усул ҳар доим ҳам кўзланган натижани беравермайди.

Учинчи усул. Яранинг юза қисми стерилланган физиологик эритмага намланган дока билан артиб яхшилаб тозаланади. Сўнг жарроҳлик пинцети билан яра қирраларидаги грануляцион тугунчалар юлиб олинади (қон аралаш) ва улардан суртма тайёрланади. Яра стерилланган бинт билан боғлаб қўйилади. Тайёрланган суртмалар хона температурасида қуритилади ва одатдагидек 96° этил спиртда фиксацияланади. Сўнгра суртмалар (1 мл сувга 1—1,5 томчи бўёқ қўшиб) Романовский усулида 50—60 минут мобайнида бўялади, бўёқ янги тайёрланган бўлиши лозим. Шундан кейин уни сувда ювилади ва қуришиб микроскопнинг иммерсион системасида текширилади. Бунда паразитнинг протоплазмаси оч ҳаворанг бўлиб, чегараси аниқ кўриниб туради. Ядро ва ядрочаси протоплазманинг марказидан четроқда, қизил ёки пушти ранга бўялган бўлади. Ядроси овал, ядрочаси узунчоқ таёқча шаклида туради. Баъзан паразит протоплазмаси яхши бўялмаслиги мумкин, аммо шунга қарамай, овал чегараси ва ядро шакли яхши кўринади.

Лейшманиялар кўпинча юқорида айтиб ўтганимиздек, хужайралар ичида, айниқса моноцитлар ичида гуж бўлиб жойлашади, камдан-кам ҳолларда лейкоцитлар цитоплазмасида бўлади. Моноцитлар ичида 1—2 тадан 20—30 тагача, баъзан хужайраларда эркин ҳолда жойлашади (77- расм). Кўриш майдонидаги бошқа барча элементлар ва микроорганизмлар эса кўк рангга бўялади. Шуни эса тутиш лозимки, қалин ёки нотекис

қилиб тайёрланган суртмалар паразитларни топишни мушкул-лаштиради. Айрим пайтларда анализни бир неча марта такрор-лашга тўғри келади. Висцерал (ички аъзолар) лейшманиозда туш суяги кўмигидан ҳамда лимфатик тугунлар пунктатидан тайёрланган суртмалар ҳам худди юқоридагидек текширилади.



77- расм. Лейшманияларнинг микроскопик кўриниши.

Бу ўринда шуни айтиб ўтиш керакки, лейшманияларнинг ҳар икки тури, яъни тери ва висцерал лейшманиоз кўзгатувчилари морфологик жиҳатдан бир-биридан деярли фарқ қилмайди.

ҚЎТИР

Текшириш учун материални махсус лаборатория хонасида олинади. Ишлатиладиган лаборатория асбоблари ва стол, стуллар 3% ли хлорамин билан тез-тез артиб турилади. Қўтир канасини-излаётган мутахассис, кана беморнинг қайси жойларида кўпроқ бўлишини яхши билиши керак. Каналар тери мугуз қаватининг нозик, юпқа бурмали жойларида, хусусан қўл бармоқлари орасидаги бурмаларда, тирсак бўғимида, қўлтиқ олдида, жинсий олатда, аёлларнинг кўкрак беzi учи терисида кўплаб учрайди.

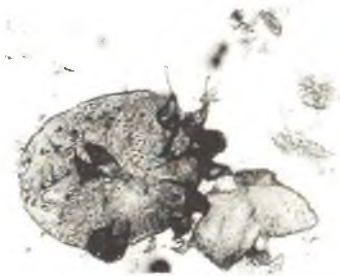
Қўллар буқими, бармоқлар ораси, тирсак атрофи, думба, қорин, сон терисида қўтир йўллари билан бир қаторда тугунча, пуфакчалардан иборат тошмалар, тирналган жойлар, қора қўтирлар кўзга ташланади.

Тез-тез ювиниб турадиган озода одамлар баданидаги тошмалар жуда рўйи-рост кўринмаслиги ҳам мумкин. Шуни назарда тутиб, материал олишда уларни бошдан-оёқ ечинтириш ва бадан терисини, хусусан, қўтир тошмалари кўп жойларини ёруғ хонада лупа ёрдамида синчиклаб қараб чиқиш лозим. Қўтир диагнози қасаллик кўзгатувчиси топилгандан сўнг қўйилади.

Қўтир йўлининг бир учи очик, иккинчи учи эса кўр (ёпик) бўлади. Қўтир йўлининг кўр қисмида тиник ёки хирарок пуфакча кўзга ташланади, худди шу пуфакча текшириш материали бўлиб, унда кўпинча ургочи кана топилади. Қўтир қўзғатувчисини одатда қуйидаги усуллар билан аниқланади.

Биринчи усул. Қўтир йўлининг пуфакчали учига лупа орқали қараб туриб, Женнер игнаси ёки найзасимон игна ёрдамида уни тешилади ва игна билан шу ердан ҳамда қўтир йўлларида материал олинади. Пуфакчани иложи борича асоси билан олган маъқул. Микроскопда текшириш учун материални ярим томчи физиологик эритма томизилган буюм ойнасига қўйилади ва ёпқич ойна билан ёпилади. Уни одатда 8х ли объективда қуруқ системада текширилади. Аксарият ҳолларда кана ҳали ўлмаган бўлади.

Иккинчи усул. Терини қўтир канаси бор деб гумон қилинган қисми спирт билан дезинфекция қилинади ва пуфакчаларнинг усти кана йўли бўйлаб юза қилиб (фақат эпидермиснинг мугуз қавати) кесиб олинади ҳамда шу жойга йод суртилади (кесиш учун ўткир скальпел, устара ишлатилади). Кесиб олинган материал буюм ойнасига қўйилади ва устига 30% ли ўювчи натрий эритмасидан бир томчи томизиб, 8х ли кичик, сўнгра 40х ли катта объективда қуруқ системада кузатилади. Тўғри олиниб, яхши тайёрланган препаратда кана осонгина топилади. Қўтир канаси ўзининг шакли, ранги ва тузилиши билан бошқа элементлардан ажралиб туради (78- расм).



78- расм. Қўтир канаси.

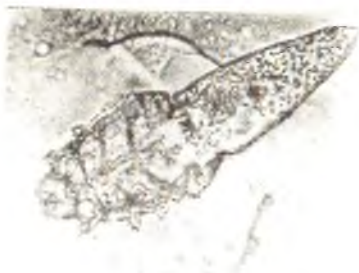
Учинчи усул. Бемор баданидаги қўтирнинг клиник манзараси кўзга аниқ ташланиб турган жойлар танлаб олинади. Қўтир йўлининг кўр қисмига, яъни пуфакчаларга 40% ли сут кислотадан бир томчи томизилади ва 3—5 минут кутиб турилади. Сўнг томчи ўрнидан материал олиб микроскопда текширилади (агар препарат ойнасига ҳам 40% ли сут кислотадан бир томчи томизиб қўйилса, уни узоқ муддат сақлаш ҳам

мумкин). Қасалликнинг клиник манзараси рўй-рост ифодалангани билан қўтир канаси ҳар доим топилавермайди. Шунинг учун текширишни бир неча марта такрорлашга тўғри келади.

ДЕМОДИКОЗ

Тери демодикозини қўзғатувчи *Demodex folliculorum* — кана (79- расм) морфологик кўринишига қараб икки хил бўлади. Би-

ринчиси ўзининг узунчоқ чувалчангсимон танаси, бош-кўкрак ва қорин қисмининг ўзига хос тузилиши билан ажралиб туради. Уларда тана, бош, кўкрак ва қорин бир-бирига қўшилиб кетган. Қорин қисми бош-кўкрак қисмидан 2—3 баробар узун, думи тўмтоқ бўлиб тугайди, бу ҳолат деярли ҳамма ривожланиш фазаси (босқичи)да



79- расм. Демодикоз канаси.

кузатилади. Икки жинсли, ургочи ва эркаги деярли бир хил катталиқда, узунлиги 0,27—0,48 мм, эни 0,048—0,64 мм. Бош-кўкрак қисми педипальпалар, хелицералар (оёқ, жағлар), сулак безлари, халқум ва хиқилдоқдан иборат. Оғиз аппарати санчиб сўрувчи типда тузилган. Педипальпаларнинг энг олдинги бўғимлари учидан 9—11 тадан тукчалари бор. Кўкрак қисмини бўғимларга бўлиб турадиган 3 та бурма бор. Бош-кўкрак қисмида хамиша бўғимларга бўлинган қисқа оёқлари бўлади. Ургочисининг охириги оёқлари асосида овал шаклда жинсий тешиги, унинг пастида эса ажратиш органи бор.

Эркагида кўкрак бўшлигининг иккинчи ва учинчи жуфт оёқлари орасида — махсус дивертикулда жинсий аппарат органлари жойлашган.

Бу хилга мансуб каналарнинг тухуми конуссимон, юраксимон бўлиб, ортиги пастга қараган. Узунлиги 0,102 мм, эни 0,048—0,05 мм. Тухумнинг олдинги қисмидан бош-кўкрак; ўрта ва пастки қисмидан кўкрак, қорин, дум ривожланади. Ривожланиш цикли личинка, нимфа ва имаго даврлардан иборат.

Қананинги иккинчи хили ўзининг жуда узун бўлмаган танаси, қорин ва дум қисмининг конуссимон бўлиб қўриниши билан биринчисидан фарқ қилади. Бош-кўкрак ва қорин, дум қисмларининг катталиги деярли бир хил. Ургочиси эркагидан кўра йирикроқ, тана узунлиги 0,128—0,144 мм. Тухумлари овал шаклда, катталиги 0,48—0,49 мм. Ҳар иккаласининг паразитлик хусусиятлари бир хил.

Материални беморни ўтказиб қўйиб олинади. Бунинг учун аввал тошмалар синчиклаб кўздан кечирилади. Тошмалар майда тугунчали ёки майда маддали ўткир яллиғланган пушти ранг морфологик элементлардан ташкил топган бўлиб, асосан юзда, бурунда, пешонада, оғиз бурчакларида, бошнинг сочли қисмида учрайди.

Одатда материални стерилланган найзасимон ёки Женнер игнаси ёрдамида олинади. Бунинг учун беморнинг юзи спирт ёки йод эритмаси билан артилиб, мўлжалланган элемент тешилади,

кейин асоси билан ўйиб олинади. Материални янги ҳосил бўлган элементлардан олиш яхши натижа беради. Олинган материалларни буюм ойнасига каттиқ босмасдан бир хил қалинликда қилиб суртилади ва усти қоплагич ойна билан ёпилади. Кейин микроскопнинг аввал кичик (8х), сўнг катта объективда (40х) куруқ системада кўздан кечирилади. Материал қуюқ бўлса бир томчи дистилланган сув ёки физиологик эритма ёғсиз буюм ойнасига томизиб юборилади. Тўғри олинган ва тайёрланган препаратда, микроскопнинг кўриш майдонида 1—2 та кана бўлади. Бунда баъзан каналар тирик бўлиши мумкин. Бош-кўкраги, 3 жуфт оёқлари ва чувалчангсимон қисми кўзга яққол кўриниб туради. Ана шу ҳолдагина шифокор касаллик канаси «топилди» деган ҳулосага келиши мумкин.

Мабодо препаратга қон аралашиб қолса, канани топиш қийинлашади. Шунинг учун қон тегмаган материал олишга ҳаракат қилиш керак. Каналар топилган препаратларни 4—5 соатгача нам муҳитда сақлаш мумкин. Бу вақтдан кейин кана ўзининг асл структурасини йўқотади. Умуман, анализни тўғри ўтказиш учун бемор юзини совунлаб юлмаган ва турли дори моддалар суртмаган бўлиши керак.

ЗАХМ (СИФИЛИС)

Оқиш трепонема ёки бошқача қилиб айтганда, оқиш спирохета — захм кўзгатувчиси *Spirochaetaceae* оиласининг вакили бўлиб, бу турга *Sp. microdentum*, *Sp. macrodentum*, оғиз бўшлиғи сапрофитлари ва бошқалар қиради. Трепонемалар анилин бўёғи билан ёмон бўялганлиги учун оқиш дейилади.

Оқиш трепонемалар микроскопнинг қоронғилатилган кўрув майдонида ингичка спиралсимон ипга ўхшаб кўринади. Бир текис штопорсимон ўрамаларининг сони 8—12 тага боради. Узунлиги 4—16 мкм га яқин. Трепонема спираллари бир текис ва бир хил баландликка эга, оралиғидаги масофалар тенг бўлган спираллардан ташқил топган; Романовский-Гимза усулида бўялганда оч пушти рангга қиради. Оқиш трепонемалар анаэроб, улар бўлиниш йўли билан кўпаяди, деб тахмин қилинади. Трепонема доначалардан ривожланади, деган фикр ҳам мавжуд (Н. М. Овчинников, Н. В. Беднова). Электрон микроскопда текширилганда трепонемаларда хивчинлар йўқлиги исботланган (В. В. Делекторский, 1974).

Оқиш трепонема қурилганда ўлади, лекин, нам муҳитда узок яшайди, 40—42°C да 3—6 соатда 56°C ҳароратда 15 минутда ҳалок бўлади. Қайнаган сув, 0,3—0,5% ли хлорид кислота, 1:2000 нисбатдаги сулема, 1:1000 нисбатда суультирилган карбол кислота, 96° этил спирт трепонемаларни бир зумда ўлдиради.

Консерваланган қонда оқиш трепонема 3—5 кунгача тирик сақланиши мумкин.

Табиий шароитда фақат одам захм билан оғрийди. Уни сунъий йўл билан ҳайвонларга юктириб, касаллик манзарасини юзага чиқариш жуда мураккаб; фақат қуён, баъзан маймунлар бошқа ҳайвонларга қараганда захмга кўпроқ мойил бўлади. Сунъий озикли мухитларда трепонемаларни ундириш мумкин, лекин улар ўзининг патогенлиги ва вирулентлигини йўқотди, шу туфайли бу усулнинг амалий аҳамияти йўқ.

Захмнинг лаборатория диагностикасида микроскопик ва серологик текшириш усулларидан фойдаланилади.

Касалликнинг биринчи босқичида — қаттиқ шанкрдан (бирламчи сифиломадан) олинган тўқима суюқлиги ва лимфа тугунлари пунктати, иккинчи босқичда — эрозияланган папулалар ва сербар кондиломалардан олинган тўқима суюқлиги текширилади.

Захмнинг қайси босқичида бўлмасин текшириш материалининг тўғри олиншига эътибор бериш лозим.

Бирламчи сифиломалардан оқиш трепонемалар бириктирувчи тўқима толалари оралигида, зарарланган жойнинг перифериясида, лимфатик ва кон томирларнинг атрофида кўп йигилади.

Иккиламчи захмда эса спирохеталар ҳали битиб улгурмаган шанкр, эрозияланган папула, сербар кондиломаларнинг тўқима оралиғи каналлари, оғиз бўшлиғида жойлашади.

Учламчи захмда уларни микроскопик йўл билан топиш жуда қийин, чунки терининг зарарланган жойларида улар жуда камайиб кетади.

Материал олишда қаттиқ шанкр, эрозия, папула, сербар кондилома юзаси дастлаб физиологик эритмага ҳўлланган пахта ёки дока тампон билан, кейин қуруқ пахта билан артиб тозаланади. Агар яра қора пўст билан қопланган бўлса, у ҳолда уни аввал намлаб, сўнгра эҳтиётлик билан кўчириб олиб ташланади. Баъзан уни бир неча соат физиологик эритма билан намлаб қўйиш тавсия этилади.

Қаттиқ шанкрдан тўқима суюқлигини ажратиб олишнинг бир неча усуллари мавжуд.

Тўқима суюқлигини сиқиб чиқариш усули. Бу усул мутахассис учун энг қулай ҳисобланади. Шифокор (ёки беморнинг ўзи) чап қўли билан бош ва кўрсаткич бармоқлари ёрдамида ёки пинцет билан яранинг икки четидан секин сиқа бошлайди. Бунда резина қўлқопсиз, яра ва эрозияга, шунингдек сербар кондиломага қўл теккизиш ярамайди, акс ҳолда бармоқлардаги кўзга кўринмайдиган ёриқлар орқали трепонемалар шифокорнинг ўзига юқиб қолиши мумкин. Агар сиқиш жараёнида кон чиқса, уни артиб олинади ва тиниқ тўқима суюқлиги чикқунга қадар кутиб турилади. Сиқиш мобайнида бир неча секунд

тўхтаб, кейин яна массажга ўхшатиб сиқилса, тўқима суюқлиги яхши ажралади. Кўп кон аралашса оқиш трепонемаларни топиш мураккаблашади.

Тўқима суюқлиги одатда, яранинг четига қоплагич ойна қиррасини тегизини йўли билан ҳам олинади. Яранинг чуқур жойидан чиққан тиниқ суюқликда трепонемалар кўп бўлади.

Тирнаш усули. Бу усул сиқиб чиқариш усулига нисбатан кам ишлатилса-да, баъзан яхши натижа беради. Бачадон бўйнидаги, оғиз бўшлиғидаги эрозиялардан, шунингдек сербар кондилемалардан тўқима суюқлигини олишда бу усулдан фойдаланиш қулай. Аввал яра, эрозия юзаси физиологик эритма билан яхшилаб артилади; кейин қуруқ доқа тампон билан қуритилади, сўнг ўтмас скальпел, пинцет ёки буюм ойнаси қирраси билан 20—30 секунд давомида бир томонлама секин тирналади. 40—60 секунддан сўнг тирналган жойдан тўқима суюқлиги ялтираб чиқа бошлайди.

Тўқима суюқлигини лабораториядан бошқа жойда олиш ярамайди, чунки олинган суюқлик дарров қуриб қолади ва юқумли бўлганлиги учун атрофдагиларга хавfli ҳисобланади.

Иккиламчи қайталама захмда, оғиз бўшлиғидаги эрозияланган папулаларда ёки бирламчи захмда тил, танглай ва бодомча безларида жойлашган қаттиқ шанкрдан тўқима суюқлигини олиш лаборатория ходимидан катта маҳорат талаб қилади.

Бунда эрозияланган папула ёки яранинг жойлашишига қараб, материал олишнинг ҳар икки усулидан ҳам фойдаланиш мумкин. Ажралган тўқима суюқлигини эса Пастер томизғичида (пипеткасида) резина балонча билан сўриб олинади (сўриб олиш усули). Иш давомида бемор шифокорнинг юзига, атрофдагиларга қараб йўталиб юбормаслиги керак.

Куйдириш ёки Ижевский усули. Бунда текшириладиган морфологик элемент юзаси қиздирилган платина билан куйдирилади, куйган жойда пуфакча пайдо бўлади. Пуфакчадан олинган суюқлик коронгилатилган кўрув майдонида текширилади.

Мутахассис юкорида айтиб ўтилган усуллардан қайси бирини қўллашидан қатъий назар, у албатта, резина қўлқопда ишлаши керак. Ишлатиладиган тиббийёт асбобларининг ҳаммаси аввал дезинфекцияловчи суюқликка бир неча соат солиниб, кейин автоклавда стерилланади (180°С да бир соат). Бу асбобларни бошқа асбоблар билан аралаш сақламаслик керак. Резина қўлқопларни ечган захоти 1:1000 нисбатда суюлтирилган сулема эритмасига солиб қўйилади.

Энг қулай усул бу микроскопнинг қора сатҳида оқиш трепонемаларни тирик ҳолда кўриш. Трепонемалар бўяб текширилганда (Романовский — Гимза, Зимин, Бурри тавсия қилишган) тадқиқотчи трепонемаларни тирик кўра олмайди. Препаратлар-

да трепонемаларни топиш кўрсаткичи 7—10% ни ташкил қилади, бу ҳам унинг камчилиги борлигидан далолат беради.

Ваҳоланки, захм трепонемаларининг ҳаракатчанлигига қараб, уларни одам организмда учрайдиган бошқа сапрофит трепонемалардан фарқ қилиш мумкин. У ёки бу элемент доначалари (микроорганизмлар) микроскопнинг ёритилган ва қора сатҳида кўрув майдонида текширилади. Биринчисида ёритгичдан келаётган нур микроскопнинг объективига тушиб, кўзга ёруғ кўрув майдонини ҳосил қилиб беради. Агар шу ёруғлик нури йўлида нур ўтказмайдиган элемент таначалари бўлса, ёритгич нурлари қисман ютилади, натижада, бу элемент таначалари (микроорганизмлар) қорароқ бўлиб ёки бўялиб кўринади. Ёруғлик майдонида эса ёритгич нурлари ўтиб кетаверади.

Қоронғилатилган кўрув майдонида ёритгич нурларининг бир қисми объективга етмайди, яъни кўриш майдони қоронғи бўлиб кўринади. Агар мана шу ёруғлик йўлида, элемент таначалари (микроорганизмлар) ёки механик заррачалар бўлса, буларда синган ёруғлик нурлари объективга тушиб, унда аксланади, натижада нур сочиб турувчи тасвир ҳосил бўлади.

Бундай ҳодисалар табиатда ҳам учраб туради. Масалан, берк биноларнинг тешик-тирқишларидан, деразасидан тушадиган қуёш нурлари чанг заррачаларини ёритиб, бизга уларни кўрсатиб туради (Тиндаль феномени). Бу қоронғилатилган кўрув майдонида оқиш трепонемаларни тириклайин кўришга ўхшаб кетади.

Одатда, микроскопнинг қора сатҳини ҳосил қилишга параболик конденсор ва силлиқ ойнали конденсорлардан фойдаланилади. Уларнинг ишлаш тартиби Тиндаль феноменига асосланган. Бунда параболик конденсорнинг пастки тирқишидан келаётган ёруғлик нурлари парабола шаклидаги ойнада синади ва текширилаётган нарсанинг заррачаларга дуч келиб, уларга нур сочиб турадиган тасвир беради.

Кордиод конденсорнинг тузилиши эса бир оз мураккаб, бунда ёруғлик нурлари кесишган нуқтага етишдан олдин, конденсор марказида жойлашган ёйсимон ойна қиррасида синиб, конденсорнинг ён қисмидан қайтади. Қайтган нурлар текширилаётган элемент таначаларига дуч келиб, уларга нур сочиб турадиган тасвир беради.

Қоронғилатилган кўрув майдонини тасвир қилишнинг қуйидаги усуллари мавжуд.

Архангельский усули. Бунда оддий фотоплёнка ёки рентген плёнкалар солинадиган қора қоғоз олинади. Устига 15 тийинлик ёки ёруғлик манбан қучли бўлса, 20 тийинлик танга қўйилади. Танганинг айланаси бўйлаб оддий қаламда чизиб чиқилади. Сўнг айланада бир хилда учта шохча қолдириб, қайчида диск шаклида қирқиб олинади.



Кейин уни Аббе конденсорнинг пастки линзаси юзасига қўйилади. Диск шохчалари линза юзасида уни қимирлатмай ушлаб туради. Дискни линзага тухум оқи ёки зардоб билан ёпиштириб қўйиш ҳам мумкин. Оқиш трепонемаларни одатда окуляри 10х, объективи 40х бўлган микроскопнинг қуруқ система-сида текширилади (80- расм).

80- расм. Архангельский диски (С).



81- расм. Домбровский қалпоқчаси.

Домбровскийнинг қалпоқчали усули. Фотоплёнка ёки рентген плёнка солинадиган қора қоғознинг икки варағи оддий елим билан бир-бирига ёпиштирилади ва елими қуримасдан туриб, ундан 4×4 см қирқиб олинади. Сўнг махсус қалпоқча қолипга қўйиб уни зичланади. Ҳосил қилинган қалпоқчаларнинг баландлиги 6,35 мм, диаметри 17 мм бўлиши керак (81- расм).

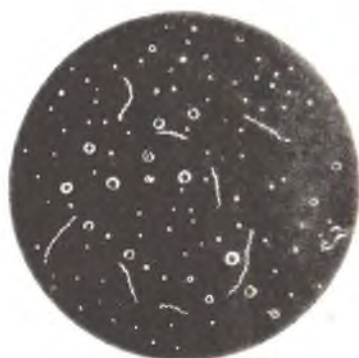
Қалпоқчани ёнидан диаметри 14,5 мм, чуқурлиги 3,8 мм келадиган ярим айлана шаклида қирқиб олинади.

Қалпоқчани оддий йўл билан ҳам яшаш мумкин. Бунинг учун асоси қалпоқча шаклида дўмбоқ, диаметри 17 мм ча пробирка олинади. Унга олдиндан илиқ сувда намланган қора қоғоз кийдирилади ва бир текис қилиб елим суртиб пробирка асоси силлиқланади ва бўйнидан ингичка ип билан сиқиб боғлаб, бир неча соатга қолдирилади. Қора қоғоз қуригач қалпоқча шаклига кириб қолади.

Қоронги кўрув майдонини ҳосил қилиш техникаси қуйидагича: конденсорни олиб, уни икки қисмга ажратилади. Уни юқоридаги қабарик линзасига қалпоқча кийдирилади ва конденсорнинг икки томони юқорисидан бураб ёпилади. Қалпоқчанинг ярим айлана (диафрагма) қисми ёритгичга қаратиб, конденсор микроскоп оправасига (асосига) ўрнатилади ва уни винт билан маҳкамлаб охирига етгунча юқорига қўтарилади. Ёритгич нурлари конденсорга фақат кўзгу орқали тушурилади. Буюм ойнасининг қалинлиги 1,1—1,2 мм, коплагич ойнаники эса 0,18—0,20 мм, улар жуда тоза бўлиши лозим.

Текшириладиган материал буюм ойнасига олингандан сўнг, устига қоплагич ойна ёпилади. У юпка тортиши учун (яхши кўринади) қоплагич ойнани, бошқа буюм ойнаси қирраси билан босиш мумкин. Ёритгичдан келаётган нурни ботик кўзгу билан конденсор марказига тўғриланади. Конденсор юзига бир томчи дистилланган сув томизилади. Тайёрланган препаратни эса шу томчига тегиб турадиган қилиб жойланади. Препарат кўпроқ катталаштириб (окуляр — 10х, объектив — 40х), кучли ёруглик манбаи (ёй лампаси, 200—300 вольтли оддий лампа ёки микроскоп учун чиқарилган ёритгич ОИ—19) дан фойдаланиб кўздан кечирилади.

Қоронғи кўрув майдонида оқиш трепонемалар (Броун молекулалар ҳаракати), баъзан лейкоцитлар, эритроцитлар, эпителий ҳужайралар кузатилади. Трепонемаларнинг ингичка бурмалари бир хилда ялтироқ спирал шаклида кўринади. Уларнинг маятниксимон, тўлқинсимон, тебранма ҳаракатлари бошқа сапрофит трепонемалардан фарқлаш имконини беради (82-расм). Баъзан бир нечта трепонемалар (кўп бўлса) бир-бирларига учлари билан туташиб, бурчак шаклида бурмаларнинг шакли ўзгармайди. Бошқа препаратларда учрайдиган спирохеталар қоронғи кўрув майдонида захм трепонемаларидан ўзининг жуда ҳаракатчанлиги ва қабарик дағал бурмалари билан фарқланади. Яра аж-



82- расм. Оқиш трепонемаларнинг микроскопик кўриниши.



83- расм. Оғиз бўшлиғида учрайдиган спирохеталарнинг микроскопик кўриниши.

ралмаларидан олиб тайёрланган препаратларда кўп учрайдиган (айниқса, иккиламчи инфекция тушган яранинг юзасидан олинган ажралмаларда) спирохеталар бирмунча дағал, бурмаларнинг катталиги ҳар хил ва кескин ҳаракат қилади. Оғиз бўшлиғида учрайдиган *Tr.refringens*, *Tr.buccalis*, *Tr.dentinum* аввалига тўхтаб, сўнгра кескин ҳаракатланади, бурмалари кўпол, ҳаракати давомида ўз шаклини ўзгартириб туради (83- расм).

Трепонеmalarнинг ташқи муҳит ва дезинфекцияловчи моддаларга чидамлилиги. Трепонеmalar одам организмидан ташқарида, яъни ташқи муҳитда деярли яшай олмайди. У куруқ шароитда тез ўлади, нам муҳитда маълум муддат яшаши мумкин. Икки томони кавшарланган найчадаги трепонеmalar нам муҳитда 2 соатдан то 2 кунгача тирик сақланади. Вакуум шароитда музлатилган трепонеmalar 1,5—2 йил мобайнида ҳам патогенлигини йўқотмайди. 10% ли инактивланган нормал зардоб ва 15% ли глицериндан тайёрланган суспензияда трепонеmalar бир қанча вақт тирик сақланиши мумкин. М. С. Григорьев туғма захмдан вафот этган чақалоқнинг жигаридан тайёрланган препаратда 48 соатдан кейин ҳам трепонеmalar ҳаракатини кузатган, 72 соатдан сўнг эса уларнинг ҳаракати сустлашган.

Одатда, кислотали муҳит ва кислоталар трепонеmalarга ҳалокатли таъсир этади. 0,3—0,5% ли хлорид кислота эритмасида улар бир зумда, кучли кислотали сийдикда эса бир неча минутда ҳаракатини йўқотади.

Баъзан таркибида кислота ҳамда алкоголь сақлаган озик-овқат маҳсулотлари (умумий кислоталилиги 0,8—1,4%, спиртининг қуввати 15—16° ли портвейн, умумий кислоталилиги 6,8—7,2% ли лимонад, 0,33% ли кефир, 0,5—9,0% ли квас) трепонеmalarга ҳалокатли таъсир қилади. 3—4% ли сода эритмасида улар ҳаракатланаверади, аммо 5% ли эритмасида эса нобуд бўла бошлайди. Совунли сувда улар бир неча минутда ҳалок бўлади.

Консерваланган қонда оқиш трепонема 3—5 кунгача тирик сақланиши мумкин. Бунинг учун қон куйишда захм юқиш хавфи борлигини назарда тутиб, донорларни синчиклаб текширувдан ўтказишни тақозо этади.

Қасаллик юқумли даврида беморни текшираётганда тиббиёт ходимлари эҳтиёт чораларига қатъий амал қилишлари керак. Чунки уларга қасаллик юқиб қолган ҳоллар кузатилган.

Бунинг олдини олиш мақсадида беморни текшириб бўлгандан сўнг қўлни, албатта, сулема эритмаси (1:1000) билан артиб, совунлаб ювиш керак. Лабораторияда эса дезинфекция мақсадида ишлатиладиган 3—5% ли карбол кислота, 1—3% ли лизол, 0,5—3% ли хлорамин эритмалари, 2—20% ли хлорли оҳак, 70% ли этил спирт ҳамиша бўлиши зарур.

Захмдан даволанаётган бемор сийдигини текшириш. Клиник анализ қилиш учун у рангсиз куруқ тоза идишга солинади ва наҳорги сийдик лабораторияга келтирилади. Унга текшириляётган беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, сийдик йирилган вақти ва кун иёзилган врач йўлланмаси бириктириб қўйилади. Мутахассис сийдикнинг физик-кимёвий хоссаларини, оқсилни аниқлайди ва уни 5—10 минут, минутига 1500 марта айланадиган тезликда центрифугалайди. Резина ба-

лонча кийдирилган пипетка (томизғич) ёрдамида идиш тубининг ҳамма жойидан чўкма олиб ундан натив препарат тайёрлайди.

Препарат одатда аввал сал катталаштирилган (окуляр 7х, объектив 8х), сўнгра кўпроқ катталаштирилган (окуляр 7х, объектив 40х) микроскопда конденсорни тушириб қўйиб текширилади.

Бу ўринда шуни айтиб ўтиш керакки, захм билан оғриган беморларни висмут препаратлари (бийохинол, бисмоверол) билан даволанганда аксарият даво курсининг иккинчи ярмида нефропатия касаллиги юзага келади. Бунда, одатда, бемор сийдигида висмут хужайралари пайдо бўлиши мумкин. Висмут хужайралари буйрак эпителийсининг дегенерацияга учраган хужайралари бўлиб, уни 1924 йили Гринблад биринчи бўлиб таърифлаб берган.

Висмут хужайраларининг ранги сарғиш, шакли овалсимон, полигонал, катталиги 15—20 мкм бўлиб, протоплазмаси донадор, марказида ядро йўқ, лекин бир неча нур кайтарувчи вакуолялар тутади. Кўриш майдонида 20—30 тагача висмут хужайралари бўлиши мумкин, бундай хужайралар сони 10 тадан ошса ва сийдикда оқсил пайдо бўлса, даволашни 7—10 кун тўхтатиб турилади.

Бироқ препаратда ҳаво пуфаклари бўлмаслиги ва ортиқча суюқлик қоплагич ойнадан ташқарига чиқиб кетмаслиги керак. Висмут хужайралари борлигини тасдиқлаш учун сийдикка 30% ли калий йодиднинг сувдаги эритмаси ва сирка кислотаси томизиб кўрилади. Агар сийдик чўкмасида висмут хужайралари бўлса, у яшил-сарик рангга бўялади.

Бемор сийдигида висмут хужайраларининг пайдо бўлиши, даволовчи врачдан анализни тез-тез такрорлаб туришни талаб қилади.

Препаратлар обдон текширилгандан кейин қоплагич ва буюм ойналар дезинфекцияловчи эритмаларга (тенг ҳажмда аралаштирилган — 3,5% ли хлорамин ва 5% ли аммоний сульфат эритмалари, 12—24 соат алоҳида-алоҳида қилиб солиб қўйилади.

Захмда орқа мия суюқлигини (ликвор) текшириш. Захмда асаб (нерв) системасининг зарарланиши — кўпинча иккиламчи қайталама (рецидив) ва яширин даврларида кузатилади. Одатда бу зарарланишларнинг эрта ҳамда кеч бошланган хиллари тафовут қилинади. Асаб системасининг эрта зарарланиши касаллик юққанидан бошлаб беш йилгача юзага чиқади ва мия пардалари ҳамда мия томирларининг яллиғланиши билан ифодаланади; кечки зарарланишлар эса касаллик юққандан бошлаб беш йилдан кейин ҳам кузатилади, бунда асосан нерв тўқимаси дегенерацияга учрайди.

Захмда беморнинг асаб системаси нечоғли зарарланганлигини аниқлаш учун, унинг орқа мия суюқлиги анализ қилиб кўрилади. Бунда беморни ўтказиб қўйилади ва III—IV ёки IV—V бел умуртқалари ораллигига пункция қилиб (пункция игнаси-

нинг диаметри 0,4—0,5 мм, узунлиги 10—12 см), стерилланган пробиркада 3—5 мл орқа мия суюқлиги олинади ва зудлик билан лабораторияга юборилади.

Орқа мия суюқлиги (ликвор)нинг физик хоссалари ва реакциясини ўрганиш. Микдорини аниқлаш: лабораторияга келтирилган ликвор микдори пробиркалар сизими бўйича аниқланади ва рақамлар миллилитрларда ёзиб қўйилади.

Рангини аниқлаш: пробиркада келтирилган ликвор худди шу диаметрда бўлган пробиркадаги сув ранги билан, ёруғ хонада қиёсланади. Ликвор қон аралаш бўлса, 30 минут центрифугаланади, бунда қон таначалари чўкмага тушса, пункция вақтида қон томирлар шикастланган бўлади.

Лойқалигини аниқлаш: бунинг учун ликвор ва сув солинган иккита пробирка чайқатиб қора фонда кўрилади. Ликвор сал, ўртача ва ўта лойқа бўлиши мумкин.

Нисбий зичлиги, одатда кичик ўлчамли ареометрлар ёрдамида, хиди эса (зарурият бўлганда) органолептик аниқланади. Реакциясини аниқлашда индикатор қоғозидан фойдаланилади. Нормада ликвор ивимайди, рангсиз — тиниқ бўлиб, туриб қолганда чўкма ва макроскопик кўринишдаги аралашмалар ҳосил қилмайди. Ҳиди — индифферент, нисбий зичлиги 1,006—1,008, реакцияси кучсиз ишқорий.

Ҳужайра элементларини ҳисоблаш. Ликвордаги ҳужайралар микдори, одатда уни олган заҳоти ҳисобланади. Агар орадан маълум вақт ўтгач текширишга тўғри келиб қолса, у вақтда ҳужайраларни бир текис тақсимлаш учун суюқликни 2—3 минут қаттиқ силкитиш зарур. Ҳужайра элементларини ҳисоблаш учун Фукс — Розенталь ҳисоб камераларидан фойдаланилади. Бунинг учун ликворнинг ҳужайра элементлари қуйидагича бўялади: 0,12 г метил виолет ёки генциан виолет, 5 мл муз сирка кислотаси 50 мл дистилланган сувда аралаштирилади. Ликворли пробиркани эса 2 минутча қўл кафтлари орасида ишқаб чайқатилади. Сўнг тоза ва қуруқ агглютинацион пробиркага ёки лейкоцит меланжерига ликвор билан бўёқ эритма 10:1 нисбатда солинади. Уларни яхшилаб аралаштириб, шу ҳолатда 30 минут қолдирилади, шундай қилинганда ҳужайра элементлари яхши бўялади. Бўялган ҳужайра элементларини санаш учун аввал пробиркани яхшилаб чайқатиб, сўнгра Фукс-Розенталь камераси тўлдирилади.

Шакли элементлар микросоп конденсорини тушириб қўйган ҳолда, 7х окуляр, 8х объектив камера тўрининг бутун майдонида саналади (16 катта квадрат).

Ликворда ҳужайра элементлари кам чиқса, у ҳолда иккита камерани санаш ва ўртача арифметик рақамни чиқариш тавсия этилади.

1 мм³ даги элементлар сонини аниқлаш учун тўр майдонидаги

элементлар сони — А, камеранинг хажми — $3,2 \text{ мм}^3$ ва суюлтириш сони — 11:10 тақсимланади.

Оқсилнинг умумий миқдори Роберт — Стольников — Брандберг усулида (сийдикдаги каби) аниқланади. Бунинг учун ликвор нитрат кислотанинг 50% ли эритмасига қават-қават қилиб қўйилади, шунда иккита суюқлик чегарасида юпка, ипсимон, аниқ оқ ҳалқа ҳосил бўлади. Суюлтирилганда оқ ҳалқа 3 минутда пайдо бўлса, у ҳолда оқсил миқдори $1/3000$ г ёки $0,033$ г/л га тенг бўлади, халқанинг бу муддатдан олдин пайдо бўлиши, ликворда оқсил миқдори кўплигидан далолат беради. Ликвор 10 марта суюлтирилганда ҳам оқ ҳалқа 3 минутда ҳосил бўлаверса, оқсил миқдори $0,033 \times 10 = 0,33\%$ бўлади. Нормада ликвордаги оқсил миқдори $0,15 - 0,3\%$ ни ташкил қилади.

Панди реакцияси. Реактив қуйидагича тайёрланади: 10 г карбол кислота (фенол) кристаллини 100 мл дистилланган сувда аралаштириб, 37°C температурали термостатда 24 соат сақланади, уни вақти-вақти билан чайқатиб турилади. Сўнг эритма бир неча кун хона ҳароратида батамом тингунча қолдирилади, тинган эритма эса реактив бўлиб хизмат қилади. Бундай эритmani узок вақтгача сақлаб қўйиш мумкин. Бироқ у совуқда бироз лойқаланиб қолади, иситилганда эса яна ўз аслига келади, яъни тиниқлашади.

Реакцияни бажариш учун кичкина пробиркага 1 мм Панди реактиви қуйилади. Реактив четига ёки ўртасига эса 1 томчи текширилган ликвор томизилади, силкитиб аралаштирилади ва коронги фонда шундай ҳажмда дистилланган сув солинган пробирка билан таққосланади. Лойқалик даражаси қўшув белгиси билан ифодаланади. Эътибор беринг: + кучсиз товланиш (опалесценция), ++ сезиларли лойқаланиш; +++ ўртача лойқаланиш, ++++ жадал лойқаланиш. Бинобарин, Панди реакцияси + бўлса, ликвор 10—15 марта, ++ да 15—25 марта, +++ да 25—30 марта, ++++ да 35—70 марта суюлтирилади. Чунки оқсил миқдори билан лойқаланиш даражаси тўғри пропорцияга эга.

Нонне-Апельт реакцияси. Бу реакция орқа мия суюқлиги таркибидаги оқсил миқдорини, глобулинларни тўйинган аммоний сульфат эритмасининг баробар миқдори билан чуқтиришга асосланган.

Реактивни тайёрлаш: 85 г тўйинган соф аммоний сульфатни 100 мл сув солинган қолбада эритилади ва қайнагунча қиздириб, тамомила эригунча чайқатилади, кейин эритма қайноқлигича филтрланади. Совуғанда эса кристаллар тагига чуқиб тушади. Реактив рН—7,0 реакцияга эга бўлиши, нордон реакцияли бўлмаслиги керак, агар бир оз муддат ўтгач реактив нордон реакция берадиган бўлса, у ҳолда унга бир неча томчи аммиак қўйиш зарур, хуллас рН — 7,0 га етказилади.

Аниқлашнинг бориши: центрифуга пробиркасига 1 мл ликвор қуйилади ва унга 1 мл реактив қатламлаб қўшилади. Сўнг иккала суюқлик чегарасида 3 минутдан сўнг оқ ҳалқа ҳосил бўлишига қараб натижа аниқланади. Натижалар Панди реакциясидаги каби қўшув белгилари билан ифодаланади.

Оқсиллар коэффицентини аниқлаш, яъни глобулинлар билан альбуминлар нисбатини аниқлаш. Глобулинлар қуйидагича аниқланади: центрифуга пробиркасига 1 мл ликвор ва шу ҳажмда тўйинган аммоний сульфат (Нонне — Апельт реактиви) қуйилади. Ҳосил бўлган аралашмани оғзини беркитиб, хона температурасида 24 соат қолдирилади. Глобулинлар обдон чўккач, яъни эртасига 40 минут, минутига 1500 марта айланадиган тезликда центрифугаланади. Сўнг чўкма устидаги аралашмани бўш идишга қуйилади ва шу ондаёқ пробиркани вертикал ҳолатга қайтарилади (чўкмани пипеткада сўриб олиш ҳам мумкин). Кейин чўкмага 1 мл физиологик эритма қуйилади.

Глобулинлар миқдори одатда Стольников — Брандберг усули бўйича аниқланади. Альбуминлар миқдори ҳисоблаш йўли билан аниқланади, яъни умумий оқсил миқдоридан глобулинлар миқдори айрилади. Оқсиллар коэффицентини глобулинлар миқдорининг альбуминлар миқдорига бўлинганга тенг бўлади.

Нормал ликворда умумий оқсил — 0,15—0,2%, цитоз 1 мм³ да 7 тагача, Нонне — Апельт ва Панди реакцияси манфий бўлади.

Захми аниқлашда қўлланиладиган серологик реакциялар. Антителолар билан антигенлар орасидаги иммун реакциялар ўзига хослиги туфайли (спецификлиги) тиббиёт амалиётида кенг қўлланилади.

Деярли ҳамма юқумли касалликларда беморнинг қон зардобиди махсус антителолар (антитаналар) пайдо бўлиб, уларни муайян антигенлардан (микроорганизмлар суспензияси, органлар экстрактлари) фойдаланиб аниқланади ва шу асосда касалликка диагноз қўйилади. Бу усул тиббиётда серологик диагностика (serum — зардоб) дейилади. Замонавий серологик реакциялардан фойдаланиб бемор организмидаги микробнинг тури ва хусусиятини, инфекция жараённинг қанчалик ривожланганлигини мукамал ўрганиш мумкин. Айниқса захм касаллигини аниқлашда серологик диагностиканинг аҳамияти катта.

Захми аниқлашда қуйидаги серологик реакциялар қўлланилади:

а) комплементни боғлаб олиш реакцияси (КБР). Бу реакция ниҳоятда сезгир ва ўзига хос бўлганлиги учун тиббиёт амалиётида жуда кенг қўлланилади. Бунда тайёр антигендан фойдаланиб, беморнинг қон зардобиди махсус антителолар бор-йўқлиги аниқланади ва шунга асосланиб бемор маълум бир касалликка чалинган ёки чалинмаганлиги тўғрисида хулоса чиқарилади.

Реакцияни бажариш куйидаги усулга асосланган. Иммунологиядан бизга маълумки, одам ва ҳайвонларнинг қон зардобда комплемент деган махсус модда бор. Бу модда иссиққа чидамсиз бўлиб, масалан, зардоб 55—56°C гача 30 минут қиздирилганда у ўз активлигини бутунлай йўқотади. Бемор организмда ёки иммун организмда махсус антитело маълум муддатдан сўнг юзага келади. Антителолар анча чидамли бўлиб, ўзига хослиги билан ажралиб туради, яъни у ўзига тегишли антиген билангина ўзаро таъсир қилади. Антитело зардобни пробиркада антигенга ара-лаштириб, комплемент қўшилса, уни (комплементни) антитело-антиген комплекси боғлаб олади. Мабодо антитело ва антиген бир-бирига мос келмаса, комплемент уларга боғланмай, эркин ҳолда қолаверади, бунда анализ бажарилаётган пробиркада кўзга ташланадиган ҳеч нарса кўринмайди. Комплементни боғланган ёки боғланмаганлигини юзага чиқариш учун, аввалдан текширилган яна бир система, яъни қўй эритроцитлари билан тегишли гемолитик зардоб реакцияга қўшилади. Буни гемолитик система дейилади, у ҳам антитело билан антигендан иборат бўлиб комплементни боғлай олади (гемолитик система қўй эритроцитининг натрий хлорид эритмасидаги суспензияси ҳамда қуённинг гемолитик зардобидан ташкил топган; гемолизни қуённинг гемолитик қон зардобни қўй эритроцити билан иммунлаш йўли билан олинади).

Реакцияни бажариш жараёнида гемолитик система қўшилса анализ натижаси тез маълум бўлади, чунки комплемент биринчи системада боғланган бўлса, гемолиз содир бўлмайди. Аксинча, биринчи системада комплемент эркин ҳолда қолган бўлса, гемолитик система тез боғланади ва гемолиз содир бўлади. Демак, гемолиз рўй бермаса, реакция мусбат, гемолиз рўй берса реакция манфий ҳисобланади.

Юқорида таърифланган реакцияни беками-кўст бажаришда комплементни олдиндан титрлаб қўйиш муҳим, чунки комплемент кўп ёки кам бўлса, анализ натижасини ўзгартириб қўйиши мумкин.

Тиббиёт амалиётида машҳур **Вассерман** реакцияси комплементни боғлаб олиш реакциясига асосланган бўлиб, бу реакция бир йўла 3 та антигенни ишлатган ҳолда олиб борилади: 1) таркибида қўзғатувчи антиген бўлган махсус трепонеманинг ультратовуш билан парчаланган; 2) кардиолипинли специфик бўлмаган антиген; 3) специфик бўлмаган антиген — холестеринли; бука юраги мускулларидан олинган липоидларнинг спиртли экстракти.

Текшириладиган зардоб 1:4 нисбатда суюлтирилиб, 4 та пробиркага 0,1 мл дан қуйилади (жадвал).

Заҳм касаллигининг биринчи ҳафталаарида (1—2 ҳафта), Вассерман реакцияси ижобий натижа бермайди. Аксарият беморларнинг 50 фоизда қаттиқ шанкр пайдо бўлиб, орадан 2—3

хафта ўтгач, реакция мусбат бўлади. Қасалликнинг биринчи даври охири ва иккиламчи даврларида 75—90% да ижобий натижа олинади. Вассерман реакцияси билан бир пайтда кўпинча Қан ва Закс — Витебский (цитахолли) чўкма реакциялари қўйилади. Бунинг учун беморнинг қон зардоби ва ўзига хос антиген аראшмасидан фойдаланилади. Захмнинг кеч ва яширин хилларида Вассерман реакциясини ликвор билан қўйиш мақсадга мувофиқ.

б) Билвосита иммунологик ёғдуланиш реакцияси (FTA—test Fluorescent treponemal antibody) ёки РИФ жуда специфик бўлиб, бунда тўқима трепонемаларнинг суспензияси антиген тарикасида ишлатилади. Бемор қон зардоби Вассерман реакциясидек 1:200 нисбатда суюлтирилади, активлиги камайтирилади. Ёғсизлантирилган буюм ойнасига бир томчи антиген томизилади, қуритилиб 5 минут мобайнида тоза ацетонда фиксацияланади. Кейин худди шу препаратга бемор зардоби томизилади ва 30 минутдан сўнг ювилади ва қуритилади. Қуритилган препаратлар одам глобулинига қарши флюоресцентли зардоб билан қайтадан ишланилади. Анализ охирида препаратлар люминесцент микроскопда кўздан кечирилади ва трепонемаларнинг ёғдуланиш даражаси белгиланади. Мабодо беморнинг қон зардоби таркибида трепонемага қарши антителолар мавжуд бўлса, трепонемалар ёғдуланади ва уларнинг сонига қараб реакция жавоби ўқилади.

ВАССЕРМАН РЕАКЦИЯСИНИ ҚЎЙИШ

Ж а д в а л

Ингредиентлар, мл	Пробиркалар рақами			
	1	2	3	назорат
Текшириладиган ноактив зардоб	0,1	0,1	0,1	0,1
Натрий хлориднинг изотоник эритмаси	0,4	0,4	0,4	0,9
1-титригача суюлтирилган антиген	0,5			
2-титригача суюлтирилган антиген		0,5		
3-титригача суюлтирилган антиген			0,5	
Комплемент (ишчи дозада)	0,5	0,5	0,5	0,5
Термостатга 45 минут				
Гемолитик система (сенсбилизация қилинган)	1,0	1,0	1,0	1,0
Назорат (контрол) да гемолиз бўлишига қараб термостатга 40—60 минутга қўйилади. Гемолизга қараб реакция натижаси белгиланади.				
Натижа	(+) ++	+++	++++	—
Шартли белгилар: ++++ тўлиқ гемолизнинг тўхташи; — гемолиз				

(в) Оқиш трепонемаларни имобилизациялаш реакцияси (ОТИР ёки ТРІ) *Treponema pallidum immobilization*. Беморнинг қон зардобидан захм антителоси топилганда ва комплемент ҳаракатсизлантирилганда (имобилизация) оқиш трепонема ёрдамидаги реакция. Оқиш трепонемалар аввалдан махсус юктирилган эркак қуённинг мойгидан ажратиб олинади (Никольс шаммаси).

Реакция қуйидагича бажарилади: антиген тайёрлаш учун оқиш трепонема қуёнга юктирилиб эркак қуён мойгидан (махсус мухитда майдаланиб тайёрланади) олинган захм трепонемаси изотоник эритмага қўшилади; пробиркада текшириладиган зардоб билан яхшилаб аралаштириб унга янги комплемент қўшилади. Кейин параллел ҳолда 2 та пробиркага фаол тажриба ва ноактив назорат (контрол) комплемент қўйилади. Пробиркалар анаэрогатга (кислородсиз мухит) солиниб, кейин 35°C ли ҳароратдаги термостатга қўйилади. Сўнгра барча пробиркалардан «эзилган» томчи препаратлар тайёрлаб, микроскопнинг коронги кўрув майдонида кўрилади. Олдин назорат (контрол) натижа ўқилади. Оқиш трепонеманинг ҳаракатчан ва ҳаракатсиз қанлиги процентларда аниқланади. Қуйидаги формуладан фойдаланилади:

$$X = \frac{A - B}{A} \cdot 100$$

A — ҳаракатчан оқиш трепонемалар сони

B — ҳаракатсиз оқиш трепонемалар сони

$$\text{Масалан } \frac{24 - 19}{24} \cdot 100 = 21$$

ОТИР натижаси қуйидагича баҳоланади: 20% дан кам бўлса манфий (—), 21—30% гача шубҳали, 31—50% ўртача мусбат, 50% дан юқориси мусбат натижа ҳисобланади.

СЎЗАК (ГОНОРЕЯ, ТРИППЕР)

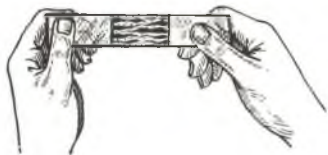
Сўзак уретрити деб диагноз қўйиш учун таносил аъзоларидан олинган ажралмада гонококклар бор-йўқлиги микроскопик йўл билан текшириб кўрилади.

Ажралмадан суртмани одатда фақат даволовчи врач олади. Суртма олиш ва ундан препарат тайёрлаш техникасини пухта билиш сийдик-таносил аъзолари касалликлари этиологиясини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

Эркакларнинг таносил аъзоларидан суртма олиш учун уретрадан чиққан сарғиш-гунгурт рангли йирингли суюқлик текшириш манбаи бўлиб ҳисобланади. Қасалликнинг ўткир шаклида

сыйдик чиқариш каналидан ажраладиган суюклик кўп, сурунка-
лида эса кам ва шилимшиқкли бўлади.

Материал олишдан олдин, олатнинг боши стерилланган физиологик эритмага ҳўлланган дока тампон билан яхшилаб артилади. Агар касалликнинг ўткир шакли бўлса ажралаётган қуюк чиқиндининг биринчи томчиси артиб ташланади ва олатни олдинга тортиб массаж қилиш йўли билан кейинги чиққан суюклик буюм ойнасига олинади. Сўнг уни ёгсизлантирилган тоза буюм ойнасига бир текис қилиб суртилади (84- расм).



84- расм. Суртма тайёрлаш.

Касалликнинг яширин ёки кўпинча сурункали шаклида чиқинди ажралмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда сыйдик чиқариш каналига бактериологик қовузлоқни 2—3 см кири-
тиб туриб суртма олинади (бе-
морга суртма топширишдан
3—5 соат олдин сиймаслик

тавсия этилади).

Баъзан даволовчи врач кўрсатмасига биноан простата бези, Литтер, Купер безлари ва уруғ пуфағи секретети массаж қилиш йўли билан олинади.

Текширишга юборилаётган суртмаларда аниқ тўлдирилган йўлланма, унда беморнинг исми ва фамилияси, отасининг исми, касаллик тарихи ёки амбулатория картаси номери, материал олинган жой ва тахминий касаллик диагнози, беморнинг антибиотик, сульфаниламид препаратлар қабул қилган-қилмаганлиги кўрсатилган бўлиши шарт.

Аёлларнинг таносил аъзоларидан суртма олиш. Одатда аёлларнинг уретраси, бачадон бўйни ва баъзан тўғри ичак шиллиқ қаватидан суртма олинади. Бунинг учун аввал сыйдик чиқариш каналининг кириш қисми қуруқ дока тампон билан артиб тозланади, артиш учун фурацилин, калий перманганат эритмаларидан фойдаланиб бўлмайди, чунки улар суртма таркибидаги микроорганизмларнинг морфологиясини ўзгартириб қўяди, бу эса диагноз қўйишда хатоликка олиб келиши мумкин. Стерилланган асбоблар: металл қовузлоқ, Фолькман қошиғи ва новсимон зондлар ёрдамида суртмалар 0,5—1,0 см ичкаридан олинади.

Бачадон бўйнидан суртма олишда аввал қинга Қуско кўзгуси киритилади ва юқорида айтилгандек физиологик эритмага ҳўлланган дока тампон билан қин секретети (бачадон бўйни тикини) артиб олинади, чунки унда ҳар хил микрофлоралар бўлади. Сўнг узун гинекологик пинцет ёрдамида (0,5—1,0 см киритилиб) бачадон бўйни каналидан шилимшиқ йиринг олинади ва уни буюм ойнасига бир текис қилиб суртилади.

Аёлларнинг вульва ва қинидан олинган суртмаларда аксарият гонококклар топилмайди, чунки бу аъзоларнинг шиллик қавати кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлади.

Бартолин безларига гонококклар уретра ёки бачадон бўйнидан ўтади. Сўзакдан яллигланган безлар оғзи босиб кўрилса, шилимшиқ-йирингли суюқлик томчилари чиқади, суртма ана шу томчилардан тайёрланади.

Аёлларда жинсий аъзолардан орқа тешикка (анусга) гонококкли йиринг тушиши натижасида, эркакларда, кўпинча гомосексуалистларда тўғри ичак шиллик қавати шикастланиши мумкин (сўзак проктити). Ҳожатдан 3—4 соат кейин тўғри ичакка (5—6 см ичкарасига) Эсмарх кружкаси ёки каттароқ шприц билан илик физиологик эритма юборилади, қайтиб тушган эритма стаканга йиғилади ва ундаги шилимшиқлардан суртма тайёрланади.

Аёлларда сўзакдан вульва билан қин камроқ зарарланса, аксинча 3—8 ёшли қизларда кўпроқ шу аъзолар зарарланади. Бу— қиз болалар жинсий аъзолари шиллик қаватларининг тузилиши ва кимёвий таркибига боғлиқ. Қизларнинг жинсий аъзоларидан суртма олиш тиббиёт ходимидан эҳтиёткорлик ва маҳорат талаб қилади, аввал жинсий аъзоларнинг атрофи физиологик эритмага ҳўлланган дока тампон билан артилади. Фолькман қошиқчаси ёки зондни ифбат пардаси тешигидан ўтказиб қин орти ва бачадон бўйнидан олинган суюқликдан суртма тайёрланади.

Сўзакдан кўз касалланганда (бленнорея) конъюнктиванинги йирингли суюқлигидан суртма тайёрлаб текширилади.

Сўзак диагнози одатда микроскопик ва бактериологик усуллар билан текшириб тасдиқланади. Гонококкларни бўяб микроскопик текшириш усули республикамизнинг деярли ҳамма клиник-диагностика лабораторияларида амалга оширилади.

Тайёрланган суртма спирт алангасида уёқ-буёққа ўтказилади ёки спиртда фиксация қилинади. Гонококклар анилин бўёқларида яхши бўялади.

Бўяш усуллари. Оддий бўяш усули. бунда 1% ли метилен кўкининг сувдаги эритмаси, 1% ли бриллиант яшили ишлатилади. 1 г метилен кўки 100 мл дистилланган сувда эритилади. Фиксация қилинган суртмали буюм ойнасига метилен кўкининг 1% ли эритмасидан томизиб 1—1,5 минут қутилади, кейин сув билан ювиб ҳавода қуритилади ва микроскопнинг иммерсион системасида кўздан кечиради.

Бўялган препаратда хужайра протоплазмаси кўкиш оқимтир, ядроси кўк ранга кўринади. Бу усулнинг оддий ва тез бажарилиши лаборантлар учун қулай. Аммо диагнозни тасдиқлашда Грам усули бирмунча афзалликка эга, шунинг учун ҳам бу усул дифференциал диагностикада ҳал қилувчи ҳисобланади.

Бўёқларни тайёрлаш техникаси.

1. Кристалл виолет эритмаси:

Кристалл виолет (порошок) — 1 г

Этил спирт 96° ли — 10 мл

Дистилланган сув — 300 мл

Порошок ҳолидаги кристалл виолет чинни идишда туйилади, 10 мл спиртда эритилиб, 300 мл дистилланган сувни оз-оздан қуйиб аралаштирилади, сўнг филтрланади.

2. Люголь эритмаси:

Калий йодид — 2 г

Кристалл йод — 1 г

Дистилланган сув — 300 мл

Калий йодидни аввал чинни идишда 100 мл сувда эритилиб, унга кристалл йод қўшилади, сўнг устига 300 мл ча сув қуйиб 12—20 соат 37°С термостатда сақланади.

3. Сафранин эритмаси:

Сафранин — 1 г

Дистилланган сув — 250 мл

Сафранин порошоги дистилланган сувда тез ва яхши эрийди.

Гра м усулида бўяш. 1. Фиксация қилинган суртма устини қоплайдиган қилиб 1 минутча кристалл виолет эритмаси қуйиб қўйилади. Сўнг бўёқ тўкиб ташланади ва суртма яхшилаб ювилади.

2. Суртма устига Люголь эритмаси қўйилади (5—10 секунд), бунда суртма тўқ жигаррангга бўялади.

3. Люголь эритмаси тўкиб ташланади, суртмани ювмасдан 20—30 секунд 96°ли спирт қўйилган стаканчада оқиш-кул ранг тусга киргунча рангсизлантирилади. Сўнг сув билан обдан ювиб ташланади.

4. Препарат суюлтирилган сафранин эритмасида 2—5 минут бўялади, сўнгра сув билан ювиб курилади.

Бўяш юқоридаги кўрсатмалар асосида тўғри бажарилганда суртма аниқ ва контраст бўялади, бу — гонококкларни бошқа бактериялардан фарқлаш имконини беради.

Бўялган препаратлар куритилиб микроскопнинг иммерсион системасига қўйиб кўрилади. Гонококклар дуккаклар шаклида бўлиб, ботик томони билан бир-бирига қараб туради. Ҳар қайси жуфт кокклар ўртасида бўлиниш мобайнида ҳосил бўладиган ботик тирқиш бўлади. Гонококк бўлинганда иккинчи бўлинаётган диплококкнинг тирқишига перпендикуляр жойлашиб туради.

Ўтқир сўзакда гонококклар йиринг ҳужайралари, яъни лейкоцитлар протоплазмасида жойлашган бўлади (85-расм). Уларнинг бу хилда жойлашиши асалари уясини эслатади. Бундай лейкоцитларнинг протоплазмаси оч пушти, ядроси бинафша рангга бўялади.

Гонококкларнинг лейкоцитлар ичида жойлашиши сўзакда фа-

гоцитоз жараёнининг янада ривожланганлигидан далолат беради.

Қасалликнинг яширин, сурункали шаклларида гонококклар лейкоцитлардан ташқарида, баъзан эпителиал ҳужайра устида жойлашади.

Сўзакнинг микроскопик диагностикасини аниқлашда мутахассислар қуйидагиларни назарда тутишлари лозим: лейкоцитоз ҳодисаси; гонококкларнинг лейкоцитлар ичида жойлашиши; шакли ва ўлчами бир хил, яъни мономорфлиги; гонококклар оралигидаги тирқишдан ҳаёлан чизик ўтказганда, улар бурчак ҳосил қилиб кетишиши; гонококклар занжир шаклида жойлашмаслиги ва бошқалар.

Текшириш олиб борган мутахассис олган маълумотларини: лейкоцитларнинг максимал сони; гонококк бор-йўқлиги; эпителиал ҳужайралар сони; шилимшиқ, шунингдек кокк ёки таёқча шаклидаги микрофлора бор-йўқлиги; уларнинг жойлашуви ва Грам бўёғи билан бўялиши ҳамда рангини ёзиб бориши керак.

Ҳужайра элементлари сони, аксарият лейкоцитлар ҳамда эпителиал ҳужайраларни қуйидагича белгиланади: жуда кўп, кўп, кам, жуда кам ёки рақамлар билан баҳоланади 1—3, 5—10, 15—20,, 50—60, 100 дан ортиқ, бутун кўриш майдони қопланган. Рақамлар билан белгиланганда икки рақам оралигидаги сон 5—10 дан ошмаслиги керак. Баъзан бир нечта кўриш майдонида ҳар хил катталиқдаги рақамларни санашига тўғри келади, бундай вазиятда лейкоцитларнинг ўртача сонини ёзиш нотўғри. Аниқ жавоб қуйидагича ёзилади: «кўриш майдонида лейкоцитлар сони 40—50 тага етади» ёки қисқача 40—50 та, яъни охириги катта сон ёзилади. Суртмадаги ҳужайралар сонининг аниқ кўрсатилиши даволовчи шифокор диагнозни тўғри баҳолашида аҳамияти катта.

Бўялган препаратларни рангсизлантириш ва қайта бўяш, лаборант амалиётида тез-тез учраб туради. Масалан, бемордан олинган суртма ҳар хил қалинликда ёки бўяш вақти нотўғри, суртманинг контрастлиги йўқолган вақтларда препарат рангсизлантирилиб қайта бўялади. Бунинг учун 70 мл 96° ли спирт, 1 г хлорид кислота, 30 мл дистилланган сувда аралаштирилади; ҳосил бўлган эритмада суртма рангсизлантирилади ва яна қайта Грам усулида бўялади.

Сўзакда сийдикни текшириш. Сўзак уретритида уретранинг олдинги ёки орқа қисми зарарланганлигини аниқлаш учун эрталабки сийдик текширилади. Даволовчи шифокор учун бунинг аҳамияти катта. Бунинг учун бемор эрталабки сийдигини иккита номерланган стаканга — ярмини биринчи стаканга, қолган қисмини иккинчи стаканга йиғади, буни икки стаканли синама (Томпсон синамаси) дейилади. Стаканлардаги сийдикнинг лойқалигига қараб шифокор уретранинг олдинги, ё орқа қисми

ёки ҳамма ери зарарланганлигини кўз билан аниқлайди. Лекин асосий маълумотлар лаборатория текшируви натижаларига асосланади.

Анализ ўтказиш учун олдин сийдикнинг физик хоссалари обдан аниқланиб натижа иккита белгиланган бланкага ёзилади. Иккала стакандаги сийдикни бир-бирига қўшиб текшириш мумкин эмас. Текшириляётган сийдикни центрифугалашдан олдин, унда ипир-ипир ипчалар бўлса, йиғиб олинади ва ундан суртма тайёрланади, йиғиб олишнинг иложи бўлмаса, центрифугаланган чўкмадан суртма тайёрланади ва Грам усулида бўялади. Қолган чўкмаларни натив ҳолида микроскопда кўздан кечирилади ва белгиланган бланкаларга анализ натижалари ёзиб қўйилади. Аммо сўзакда чўкмани гонокка текшириш ҳар доим кўзланган натижани беравермайди, шунга назарда тутиб, албатта, ажралган суюқлик текширилиши керак.

Простата беzi секретини текшириш. Соғлом эркакнинг простата беzi бир кунда 0,5—2 мл гача секрет (суюқлик) ишлаб чиқаради; тоза секретининг ранги суюлтирилган сут рангига ўхшаш бўлиб, сал ёпишқоқ, $pH=7,0\pm 0,3$, зичлиги $37^{\circ}C$ да 1,022 ни ташкил этади. Қасаллик бўлганида секретининг ранги кўпинча йирингга ўхшаб, таркибида ипир-ипир шилимшиқлар кўзга ташланади. Бундай секретни текшириш натижалари, касални текшириш даврида олинган маълумотлар билан қиёсланганда катта диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Секретни одатда даволовчи шифокор беzни массаж қилиб чиқаради ва уни буюм ойнасига суртиб устини қоплагич ойна билан ёлган ҳолда шу заҳоти лабораторияга юборади.

Анализни бажариш: препарат микроскопнинг 7х окуляр, 40х объективда натив ҳолида текширилади.

Простата беzi секретининг таркибий элементлари.

1. Лецитин (липоид) доначалари. Катталиги эритроцитнинг 1/5, 1/6, баъзан 1/3, 1/2 бўлагича келади. Юмалоқ майда ялтироқ лецитин доначалари простатанинг нормал секретиде кўп бўлиб, улар простата беzининг асосий маҳсулоти ҳисобланади. Простатитда, яъни простата беzi яллиғланганда улар микдори кескин камайиб кетиши мумин.

2 Лейкоцитлар. Нормал лейкоцитлар простата беzi секретиде жуда кам, 4—7 та учрайди. Улар сийдикдаги лейкоцитлар кўринишига ўхшайди. Простата беzининг турли патологик ҳолатларида лейкоцитлар сони кўпаяди, кучли йирингли яллиғланишларда эса лейкоцитлар микроскопнинг бутун кўриш майдонини эгаллайди.

3. Қаватли (амилоид) таначалар. Микроскоп остида кўздан кечирилганда ўзининг овалсимон шакли, катталиги, саргимтир ранги билан лейкоцитлардан аниқ ажралиб туради.

Соғ простата секретиди 1—2, 50—60 ёшли кишиларда кўпроқ бўлиши мумкин.

4. Эритроцитлар. Простата секретиди эритроцитларнинг бўлиши бирор иллат натижаси, чунки улар соғ простата секретиди учрамайди.

5. Сперматозоидлар. Тўғри массаж қилиб олинган простата секретиди одатда сперматозоидлар бўлмайди, уларнинг бўлиши массаж жараёнида уруғ пуфакчаларини босиб юборилганда кузатилади. Сперматозоидлар чўзиқ тузилмалар бўлиб, тузилишига кўра бошчаси, танаси ва думчаси тафовут қилинади.

6. Эпителиал хужайралар. Простата эпителийсининг ўлчами кичикрок, протоплазмаси оч рангли, шакли юмалоқ ёки овал кўринишига эга. Нормада 1—2 та учрайди. Простата беzi катарал яллиғланганида уларнинг сони кўпайиб кетади.

Мазкур элементлар орасида лейкоцитлар сони катта диагностика аҳамиятга эга, чунки уларнинг сони лецитин доначалари сонига тескари пропорционал, яъни лейкоцитлар қанча кўпайса, лецитин доначалари шунча камаяди.

Айрим уретритларда суртманинг микроскопик кўриниши. Одам организми ҳеч қачон микроблардан ҳоли бўлмайди. Терида, айникса, уретра, қин шиллиқ қаватларида микроблар жуда кўп, микробларнинг баъзи турлари шиллиқ қаватларда доимий яшашга мослашган. Нормал уретранинг кириш қисми (1—2 см) шиллиқ қаватида патоген бўлмаган микроблар: оқ стафилококк, стрептококк, дифтероид, айрим граммусбат диплококк ва таёқчалар (қинда Дедерлейн таёқчалари) кўп учрайди. Бу микроблар маълум шарт-шароит яратилгандагина касаллик туғдиради.

Сўзак, трихомоноз касалликларидан яхши даволанмаган беморларда кейинги вақтларда бактериал гонококксиз уретрит кўп кузатилмоқда. Бундай уретритларнинг клиник манзараси чинакам сўзак ёки трихомоноз уретритига жуда ўхшаш бўлиб, уни фақат лаборатория текширувларига асосланиб фарқлай олиш мумкин.

Гонококксиз уретритларда суртманинг микроскопик кўриниши аксарият қуйидагича бўлади: лейкоцитоз (25—35); микробларнинг катталиги ҳар хил (полиморфизм); граммусбат бўялади; микроблар лейкоцитдан ташқарида, баъзан лейкоцитлар ичида бўлади, граммусбат, грамманфий таёқчалар ва майда кокклар бутун кўриш майдонида бир текис жойлашади. Бундай ҳолатларда мутахассис анализ натижасини берганда, препаратнинг 5—10 та кўрув майдонига лейкоцитларнинг максимал миқдорини, эпителиал хужайралар сонини, уларга нисбатан микрофлоранинг жойлашишини ва микробларнинг Грамм усули бўйича қандай бўялганлигини, шилимшиқ миқдорини кўрсатиши керак.

ТРИХОМОНОЗ

Қин трихомонадаси — хивчинлилар синфига мансуб бир хужайрали энг содда организм бўлиб, ўзининг морфологик ва биологик хоссалари билан баъзи сут эмизувчи ҳайвонларда учрайдиган трихомонадалардан ажралиб туради. Бошқа хужайралардан ўзининг тўрсимон протоплазмаси, шакли, структураси ва ядросининг марказдан нарироқ (эксентрик) жойлашиши билан фарқ қилади. Ясмиқсимои ядро ва базал танача (блефаробласт) трихомонаданинг олдинги қисмида ётади. Танаси овал, ноксимои, амёбасимои бўлиб, охириги учи сал ўткирлашиб келган, катталиги 8—11 мк дан 18—20 мк гача, баъзан, махсус озиқли мухитда 50—60 мк ли улкан хиллари учрайди. Блефаробластдан бошланиб, танасининг бошдан охиригача борадиган ва ўткирлашиб келиб охириги учидан чиқиб турадиган таянч ўқи — оксостили бор. Икки жуфт хивчин ва трихомонада танасининг 2/3 қисмини эгаллаб турадиган тўлқинсимои мембрана (ундуляцияловчи) ҳаракат аъзоси бўлиб хизмат қилади. Цитоплазмасида бир нечта ҳазм вакуоллари жойлашган. Қин трихомонадаси содда жониворларга хос бутун танаси билан пиноцитоз (эндосмос) ва фагоцитоз йўли билан озиқланади. Узунасига бўлиниб кўпаяди, бунинг учун оптимал ҳарорат 37°С бўлиши керак. Таркибида қон зардоби, углеводлар бўлган суюқ, ярим суюқ озиқли мухитда (Жонсон — Трасел озиқли мухитида) кўпаяди.

Одам организмида бундан ташқари ичак ҳамда оғиз бўшлиғи трихомонадаси учраб туради. Улар сапрофит бўлиб, қинга тушганида тезда ҳалок бўлади.

Қин трихомонадаси ташқи мухит омилларига чидамсиз; 60°С сувда, 2% ли хўжалик совуни эритмасида бир неча минутда, 1% ли суюлтирилган карбол кислота ва 1% ли хлорамин эритмасида бир неча секундда ўлади. Ботқоқ ва сув ҳавзаларида яшай олмайди, ҳатто, водопровод сувида ҳам нобуд бўлиб кетади. Цисталар ҳосил қилмайди. Айрим мутахассислар қин трихомонадаси сув ҳавзаларида учрайди деган фикрдалар, лекин қин трихомонадаси табиий шаронтда фақат одам организмида, яъни сийдиктаносил аъзоларининг шиллиқ қаватидагина паразитлик қилиб яшайди. Сунъий йўл билан маймунларга юктириб улар қинида трихомонознинг клиник манзараси вужудга келтирилган. Сичқонларнинг қорин бўшлиғига соф трихомонада култураси юборилганда уларнинг жигари, талоги ва бошқа аъзоларида некрзли ўзгаришга, мускуллар ва тери орасига юборилганда эса абсцессга сабаб бўлган. Чўчка, ит, мушук, қуён, денгиз чўчкачаси ва шу каби ҳайвонлар трихомоноз касаллиғига чалинмайди.

Олимларнинг электрон микроскопда олиб борган изланишларида трихомонадаларнинг ҳазм вакуолларидан гонококклар топилган. Гонококклар трихомонадаларнинг ҳазм вакуолларида

парчаланмайди, балки вакуоллар ичида ривожланишни давом эттириб, вақти келиб ёриб чиқади; трихомонозда тугалланмаган фагоцитоз деб шуни айтилади. Трихомонада билан сўзак инфекцияси бирга учраса, трихомонадалар сўзак учун манба бўлиб қолиши мумкин. Шунинг учун бир йўла сўзак билан трихомонозни бирга даволаш зарур.

Трихомонадалар метронидазол, тинидазол, флагил, трихопол препаратлари таъсирида тез нобуд бўлади. Шу сабабли бу препаратлар трихомонадага қарши (антитрихомонад) воситаларга киради.

Материал олиш техникаси ва микроскопик диагностика. Трихомонадаларни топиш, текшириш учун материални тўғри олишга анча боғлиқ. Масалан, суртмани ўз вақтида кунт қилиб олиш трихомонадаларни аниқлашни анча енгиллаштиради. Аёллардан ажралмани аввал қиннинг орқа гумбази, сўнг бачадон бўйнидан уретрадан новсимон зонд ёки ўтмас қошиқча ёрдамида олинади ва ундан суртма тайёрланади. Баъзан суртма буюм ойнасида 37° — 38°C гача илитилган физиологик эритма билан аралаштирилиб, осилган ёки босилган томчи кўринишида препарат тайёрланади ва зудлик билан лабораторияга жўнатилади. Бунда босилган томчининг совуши ва қуриб қолишига йўл қўймаслик керак, акс ҳолда трихомонадалар ҳаракатланишдан тўхтайдди.

Аёллар уретрасидан материал олишдан олдин (бунда 3—5 соат сиймай туриш лозим) унинг атрофи стерилланган илиқ физиологик эритмага ҳўлланган дока тампон билан артиб тозаланади. Сўнг физиологик эритмага ҳўлланган новсимон зонд уретра каналига 1,5—2,0 см ичкари киритилади ва бир неча марта айлантириб туриб ажралма олинади. Ажралмани илитилган физиологик эритма солинган пробиркага олган маъқул. Аёлларда хайз (меңструация) дан сўнг олинган ажралмалардан тайёрланган препаратда трихомонадалар кўп бўлади. Қизлардан суртмани ифбат пардаси тешигидан ҳўлланган новсимон зондни ўтказиб, қиннинг орқа гумбазидан эҳтиётлик билан олинади.

Эркаклардан материал олишда ажралманинг оқиб чиқиб турган қисми ва олатнинг боши стерилланган илиқ физиологик эритмага ҳўлланган тампон билан артиб ташланади. Сўнг олатни массаж қилиб ажралма олинади ва ундан босилган ёки томчи суртма тайёрланади. Баъзан массаж қилиб олинган простата секретини ёки наҳорги сийдик чўкмасидан 1—2 томчи олиб, натиж ҳолда текшириш ва трихомонада бор-йўқлигини аниқлаш мумкин.

Эркаклар уретрасидаги муҳит трихомонадаларнинг яшаши учун ноқулай. Шу сабабли эркаклар уретраси ажралмасида трихомонадалар кам ва ҳаракати суст бўлади. Бу ҳолат эркаклардан олинадиган анализни тез-тез тақрорлашни тақозо этади.

Трихомонаданинг микроскопик диагностикаси тирик (натив) трихомонадалар топилишига ёки уларнинг бўялган препаратларда, шунингдек махсус озиқли муҳитга экилганда диагностика культурасида бор-йўклигига қараб қўйилади.

Трихомонадаларни тирик (натив) кўриш усули. Бу усулдан оддий тиббий лабораторияда ҳам фойдаланиш мумкин. Бунинг учун олинган заҳоти келтирилган осилган ёки босилган шаклдаги препаратни окуляри 10х, объективи 40х, конденсори сал қоронғи қилиб қўйилган оддий микроскопда кўздан кечирилади. Мабодо ажралма физиологик эритма солинган пробиркада келтирилса (физиологик эритма билан ажралма нисбати 4:1), у яхшилаб чайқатилади ва ундан босилган препарат тайёрланади (наҳорги сийдик чўкмасидан ҳам худди шу усулда препарат тайёрланади). Натив препаратдаги трихомонадаларни бирор кўзгалмас нарса ёнида уларнинг зарбсимон ҳаракат қилишига ёки суюқлик оқимининг тескарисига қараб ҳаракатланишидан билиб олиш мумкин; одатда улар ноксимон, тухумсимон, юмалоқ шаклда, йирик лейкоцитлардан каттароқ, мугузланган ясси эпителий ҳужайралардан эса кичикроқ бўлади. Агар улар кам ҳаракат ёки бутунлай ҳаракат қилмай кўйса, бу усул кўнгилдагидек натижа бермайди.

Трихомонадаларни натив ҳолда кўриш учун микроскопнинг фазали контраст, люминесцент ва қоронгилатилган кўриш майдонидан ҳам фойдаланиш мумкин.

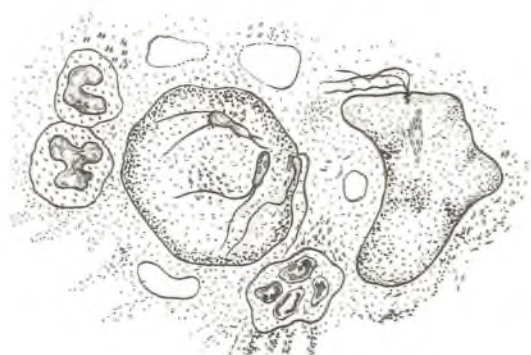
Суртмани бўяш усуллари. Трихомонадалар Грам, метилен кўки, Романовский усуллари билан осон бўялади. Препаратни Грам ва метилен кўки билан бўяш техникаси худди сўзакдагига ўхшаш.

Эркаклардан олинган препаратда трихомонадаларни топишда Романовский ёки Лейшман — Романовский усуллари билан бўяш энг яхши натижа беради. Бу усул билан бўялган суртмада трихомонадалар жуда кам бўлса ҳам, уни бошқа элементлар орасидан осонликча топиш мумкин.

Лейшман — Романовский усули. Суртма ҳавода куритилади ва фиксация қилмасдан устига 20—30 секунд Лейшман бўёғи (эозин, метилен кўки — 1 г, метил спирт — 100 мл, глицерин — 50 г) қуйиб қўйилади. Сўнг бўёқ сувда ювилади ва суртма яна 45 минут вертикал ҳолатда одатдагидек суюлтирилган Романовский — Гимза бўёғига солиб қўйилади, кейин суртмани яхшилаб ювиб ҳавода куритилади.

Бўялган суртмаларда ҳам трихомонадалар кўпинча ноксимон, овалсимон, думалоқ ёки амёбасимон бўлади. Ҳужайранинг олдинги кутби (учи) яқинида ясмиксимон ядроси бор, ундан олдинда 2 жуфт хивчин ва ундуляцияловчи мембрананинг чекка ипини топиш мумкин, цитоплазмаси эса нозик тўрсимон бўлади. Тўрсимон цитоплазмаси бир текис бўялмайди, у вакуоллашган,

кўпиксимон, трихомонада ядроси эса цитоплазмасига караганда тез бўялади. Лейшман — Романовский усулида бўялганда трихомонадада ядроси пушти-бинафша рангга, цитоплазмаси эса пушти рангга бўялади. Трихомонадаларни аниқлашда бунинг аҳамияти бор (86- расм).



86- расм. Трихомонадалар.

Метилен кўки билан бўяш усули. Кейинги йилларда лабораторияларда метилен кўкига бўлган талаб анча ошди. Биз қин трихомонадасини тез бўяшнинг янги усулини таклиф этамиз, бу усулда бўяшнинг бошка усулларидан анча афзаллиги бор.

Бўёқ куйидагича тайёрланади: 0,5 г метилен кўки 100 мл дистилланган сувда эритилади, яъни 0,5% ли эритма тайёрланади ва 5—10 соат термостатда сақланади.

Қуриган препаратлар алангада ёки 96° ли спиртда фиксация қилиниб, 0,5% ли метилен кўкига 1 минут (40—50 секунд) солиб кўйилади, сўнг сув билан ювилиб ҳавода қуритилади.

Микроскопнинг кўрув майдонида трихомонадалар атрофидаги элементлардан (эпителиал ҳужайралардан) ўзининг пушти-бинафша ранги билан ажралиб туради. Мутахассис қайси усулдан фойдаланишидан қатъий назар бўёқларни юқоридаги режа бўйича тайёрлаши ва кўрсатилган вақтга аниқ риоя қилиши керак.

СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИ ХЛАМИДИОЗИ ВА МИКОПЛАЗМОЗИ

Текшириш ишларини бекаму-кўст бажариш ҳамда олинадиган маълумотларнинг аниқ бўлишини таъминлаш мақсадида бемордан материал олишда қуйидаги умумий қондаларга амал қилиш талаб этилади.

1. Беморга суртма топширишдан олдин (хламидияни аниқлаш учун 2—2,5 соат, микоплазмаларни аниқлашда эса 5—6 соат)

сиймаслик тавсия этилади. Материални эрталаб олиш мақсадга мувофиқ.

2. Текшириш олдидан бир ой мобайнида бемор доксациклин, тетрациклин, эритромицин, рифампицин ва аминогликозидлар каби дориларни қабул қилмаган бўлиши керак.

Хламидияларни аниқлаш учун материал олишда, сийдик-таносил аъзолари шиллик қавати цилиндрик эпителийсини танлаб шикастлантиришини унутмаслик даркор. Ажралма жуда кам бўлса ёки умуман бўлмаса, у холда уретра массаж қилинади, кейин Фолькман қошиқчаси билан 3—5 см ичкаридан эҳтиётлик билан қон чиқармай ажралма олинади ва уни ёғсизлантирилган тоза буюм ойнасига бир текис қилиб суртилади. Уреаплазмаларни аниқлаш учун ҳам худди шу усул қўлланилади, фақат унда олинган патологик материал суюқ ёки агарли зич озиқли мухитга экилади.

Одатда аёлларнинг уретраси, бачадон бўйни ва баъзан тўғри ичак шиллик қаватидан суртма олинади. Бунинг учун аввал сийдик чиқариш каналининг кириш қисми қуруқ дока тампон билан артиб тозаланади. Суртмаларни стерилланган асбоблар: металл қовузлок, пинцет, Фолькман қошиғи ва новсимон зонд ёрдамида олинади.

Цитологик (бактериоскопик) усул; сийдик-таносил аъзолари хламидиози диагностикасида энг оддий ва қўл келадиган усул. Бунда уретра ва цервикал каналдан олинган суртма Романовский — Гимза усулида бўялади.

Препарат аввалига хона ҳароратида қуритилиб, кейин 96° этил спиртида ёки метанолда 5—10 минут фиксация қилинади. Қуритилган препаратларни бўяш учун улар махсус шиша кўприкчаларга текис қилиб таҳланади ва 1 : 10 нисбатида тайёрланган Романовский — Гимза (1 қисм бўёқ, 9 қисм буфер фосфат) бўёғи қўйилади ва унда 45 минут сақланади.

Романовский — Гимза усулида бўялган препаратдаги хламидия элементар таначалари пушти, ретикуляр таначалар эса ҳаво рангдан кўк ранггача бўялади. Хужайра (цилиндрик) ядроси тўқ кизил, цитоплазмаси эса оч ҳаво ранга киради. Хламидия таначалари хужайра цитоплазмасининг ядрога яқин қисмида жойлашади, кўпинча ярим ой шаклида ядрога бироз кириб туради. Баъзан ретикуляр таначалар жуда катталашиб кетганидан ядро атрофида қаттиқ мантия ҳосил қилади, бу босқичда хламидиялар гликоген матриксига эга бўлади. Хламидия таначаларини хужайра цитоплазмасида учраб турадиган айрим киритмалардан (вакуоллар) ажрата билиш керак. Бундай киритмалар ташқи томонидан бир текис бўялган бўлиб, хўжайин хужайра ядросини деярли шикастлантирмайди. Бу усул ёрдамида хламидия инфекциясига диагноз қўйишда 40% гача ҳолларда патологик агент топилади.

Моноклонал антителолар қўллаб иммунофлюоресцент усули ёрдамида хламидияларни аниқлаш. Суртмалар махсус стерилланган пахта тампонли бактериологик қовузлоқларда олинади. Сийдик каналининг 4—5 см ча ичидан олинган патологик материал буюм ойнасига юпка қилиб бир текис суртилади ва хона ҳароратида қуригилади.

Қуритилган препарат сувсиз ацетон, метанол ёки этанол ёрдамида фиксация қилинади ва хона ҳароратида қуригилади. Препаратларни бўяш учун қуйидаги таркибдаги реагентлар қўлланилади: флюоресцеин — изотиоцианат моддаси, Эванс бўёғини сақловчи лиофилланган моноклонал антителолар, дистилланган сувда эритилган 0,1% натрий азот эритмаси. Худди шу реагентдан 30 мкл автоматик пипетка ёрдамида, патологик материал жойлаштирилган 8 мм айлана шаклидаги буюм ойнаси сатҳига томизилади. Сўнгра реагентли буюм ойнаси нам камерада, хона ҳароратида 15 минут инкубация қилинади; буюм ойнаси дистилланган сувда 10 секунд ювилади ва хона ҳароратида қуригилади. Кейин буюм ойнасига автоматик пипетка ёрдамида 20 мкм буферланган глицерин томизилади.



87- расм. Иммунофлюоресцент услубда хламидияларнинг кўриниши.

Препарат юзини 22×40—60 мм № 1 ўлчамли ёпқич ойна билан ёпиб, люминесцент микроскопда кўздан кечирилади. Филтрлар системаси бўлган бундай микроскоп препаратда флюоресцеин — изотиоцианатнинг нурланишига мўлжалланган. Препарат 400—500 марта катталаштириб кўрилади. Бу усул билан хатто ҳўжайин ҳужайраси ташқарисида жойлашган хламидия элементар таначаларини ҳам аниқлаш мумкин. Элементар таначаларнинг четлари текис, юмалоқ шаклда, тиниқ яшил рангли бўлиб кўринади. Ретикуляр таначалар эса, элементар таначалардан 2—3 баровар каттароқ бўлиб, юмалоқ, яшил рангда товланади. Кўриш майдонида битта препаратнинг ҳар хил жойида 10—12 та ва ундан ортиқ хламидия таначалари топилса, натижа мусбат ҳисобланади (87- расм).

Уреаплазмаларни аниқлаш. Ҳозирги вақтда уреоплазмаларни лабораторияда патологик материаллардан аниқлаш учун бактериологик (ундириш) усулидан фойдаланилади. Бактериологик усулнинг икки хили мавжуд. Биринчиси уреоплазмаларнинг клиник намуналарда аниқлашнинг энг оддий усули, суяқ муҳитдаги уреазга қўйиладиган рангли тестдир. Иккинчиси зич агарли муҳитда уреоплазманинг соф колониясини ундириш.

Суяқ озиқли муҳитни тайёрлаш (рангли тест). 0,5 л ҳажмли, туби юмалок, иссиқбардош қолбага қорамол юрагининг гидролизати билан козеин гидролизатидан 18 мл дан қўйилади ва аралашма яхшилаб чайқатилади, унга 10% NaOH қўшиб $pH=5,5$ гача етказилади; устига янги тайёрланган дистилланган сувдан 500 мл га етгунга қадар қўйилади ва қўпик ҳосил қилмасдан бир текис қайнатилади. Қайнаш охирлаб қолганида унга 4,0 г пептон (кристалл виолетсиз) ва 0,4% ли бромтимол кўкидан 5,7 мл қўйилади. Қўшилган пептон батамом эриб бўлгач устига 500 мл дистилланган сув қўйилади. Ҳосил бўлган эритма яхшилаб аралаштирилади ва қайнагунча қиздирилади, сўнгра бир неча қават дока филтрдан ўтказиб, бир литрли иссиқбардош қолбага солинади. Эритма бироз совигач унга 0,064 г KH_2PO_4 , қуруқ хамир ачитқисидан 2 г қўйилади; pH ни $6,0 \pm 0,5$ гача меъёрига етказиб, кейин асос $121^\circ C$ температурадаги автоклавда 15 минут стерилланади. Кейин эритма $37-38^\circ C$ гача совитилади. Сўнгра 40 мл от зардоби, 2 мл 10% ли мочевина, 2% ли цистеин гидрохлорид, 1.000.000 ТБ пенициллин қўйилади ва тайёр бўлган муҳитни бир текис аралаштирилади. Эритманинг pH кўрсаткичи $6,5 \pm 0,5$ бўлиши керак. Қанда да типдаги ачитқи замбуруғларининг ўсишини тўхтатиб қўйиш учун суяқ озиқли муҳитга нистатин 50 ТБ/мл, амфотерицин В — 5 ТБ/мл, амфоглюкамин — 10 ТБ/мл каби эритмалардан бирини ишлатиш мумкин.

Уреаплазмаларнинг тоза ундирмасини (культурасини) олиш учун суяқ озиқли муҳитга 25 мг/мл линкомицин гидрохлорид қўйилади.

Суяқ озиқли муҳитни стерил ҳолда сақлаш учун мочевина ва L — цистеин гидрохлорид 0,22 мкм ли филтрдан ўтказилиб кейин асосга қўйилади.

Тайёр бўлган суяқ озиқли муҳит 1,8—2 мл дан стерилланган дока-пахта тиқинли тоза Вассерман пробиркаларига қўйиб чиқилади. Тўғри тайёрланган муҳит — сариқ лимон рангида бўлади, уни — $4^\circ C$ да бир ойдан ортиқ вақт сақлаш мумкин.

Суяқ озиқли муҳитнинг ишлаш усули $37^\circ C$ термостатда уреоплазмаларнинг мочевинани парчалаш хусусиятига асосланган, яъни уреаз ферменти таъсирида мочевина CO_2 ва аммиакка парчаланади, натижада муҳит реакцияси ўзгариб, нордондан

ишкорли реакция томон ўзгаради, индикатор (бром тимол) нинг ранги сариқ лимон рангидан яшилгача, титр жуда юкори бўлганда эса кўк ранггача ўзгаради.

Уреаплазманинг ўсиши 18—24 соатдан, баъзан 32—48 соатгача чўзилади. Суюқ озикли мухит нотўғри тайёрланганда унда чўкма ҳосил бўлади.

Зич агарли озикли мухитни тайёрлаш. 0,3 л ёки 0,5 л ли иссиқбардош колбага қорамол юраги гидролизати билан козеин гидролизатидан 12 мл дан солиб рН даражасини 10% ли NaOH да $5,5 \pm 0,5$ гача етказилади, устига агар-агардан 3,6 г қўшилади ва 200 мл гача янги дистилланган сув қуйилади ва 10 минут бир текис қайнатилади. Сўнгра унга 2,62 г микдорда пептон қўшилади, у эриб бўлгач, колбанинг 300 мл белгисигача яна янги тайёрланган дистилланган сув қуйилади.

Тайёрланган иссиқ асосни дока — пахтали филтрдан ўтказиб, 0,5 л ли асоси юмалоқ иссиқбардош колбага солинади ва унга 0,35 г $\text{K}_2\text{H}_2\text{PO}_4$, 0,43 г марганец сульфат, 1 г курук хамир ачитқиси қўшилади. NaOH ёки KOH ёрдамида рН $-6,0 \pm 0,5$ га тенглаштирилади. Сўнгра 121°C ҳароратли автоклавда 15 минут стерилизация қилинади.

Белгиланган вақт тугагач, агарли озикли мухитга асептик ҳолатда қуйидаги қўшимчалар солинади. Бунда мухит ҳарорати +50°C атрофида бўлиши керак. От зардоби —40 мл, мочевина 10% ли —2 мл, L — цистеин гидрохлорид 2% ли —1 мл, пенициллин —1 г, амфотерицин В —1 мл.

Кейин озикли мухит яхшилаб аралаштирилади, рН $-6,0 \pm 0,5$ га етказилади ва шу заҳоти стерил Петри косаларига қуйиб чиқилади. Мухит силлиқ бўлиб қотгандан кейин, қуриб қолмаслиги учун тўнтарилган ҳолатда целлофан халталарга солиб қоронги жойда бир кеча қолдирилади.

Уреаплазмаларни суюқ мухитдан олиб экиш: радиги ўзгарган суюқ мухит солинган пробирканинг тагидан Пастернинг стерил пипеткаси билан 1 томчи олиб зич мухит юзасига томизилади ва бактериологик қовузлоқ билан силлиқ қилиб агар юзасига тарқатилади. 48—72 соат ўтгач колонияларнинг униши кузатилади.

Инкубациянинг учинчи кунни микроскопнинг ёруғ сатхидан кичик объективида қайд қилинади. Уреаплазма колонияларининг ўлчами 20 мкм дан 200—250 мкм гача, баъзан 300—350 мкм га етади (88- расм).

Колониялар худди «кўзни» ёки «қовурилган тухумни» эслатади (89- расм). Колонияларнинг юзлари бироз бурилган, ўртаси ботиқ, яхлит ҳолда агарга жойланиб туради ва усти юпка агар қатлами билан қопланган бўлади.



88- расм. Бачадон бўйни ажралмасидан (чиқинди)сидан ундириб олинган уре-аплазмалар.



89- расм. Сийдик канали ажралмасидан ундириб олинган микоплазмалар.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СОҲАСИ УЧУҒИ (ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС)

Материал пуфакча ичидан, эрозия дамидан ва Фолькман қошиқчаси ёрдамида уретра каналидан олинади. Олинган патологик материал бир хил текисликда буюм ойнасига суртилади. Набодо материал кам бўлса, эрозия юзасидан суртма-из олинади.

Из-суртма хона температурасида куритилади, $-4-8^{\circ}\text{C}$ гача совутилган кимёвий тоза ацетон билан 10 минут фиксацияланади. Флюоресценцияловчи иммуноглобулин оддий герпес вирусига, 0,5 мл дистилланган сув билан аралаштирилади ва этикеткада курсатилгандек аралашма ҳосил қилинади. Намланган камерага (хўлланган фильтрлар солинган Петри косачаларида) фиксацияланган суртмалар солинади ва ишлаш учун тайёрлан-

ган флюоресциялайдиган аралашмадан бир томчидан томизилди, бир текис таксимлаб суртмани 25 минут 37°C температурали термостатга қўйилади. Кейин 10 минут оралатиб икки марта суртмалар физиологик эритмада ювилади, сўнгра дистилланган сувда чайиб, хона ҳароратида қуритилади (вентилятор ёрдамида қуритса ҳам бўлади).

Микроскопда кўриш ва натижани баҳолаш. Суртмалар МЛ-2, МЛД, ЛЮМАМ люминесцент микроскопларида (объектив 90х, окуляр 7х) иммерсия мойи томизилиб ёки сувли (объектив ВИ 70х, окуляр 7х) БС—15—2, СЭС—7—2, ФС—Т—2, ФС—18 филтрларни кетма-кет қўллаш билан кўздан кечирилади. Натижаларни баҳолашда хужайраларнинг табиатига, антиген ушлаганлигига, шу билан бирга махсус (специфик) нурланиш интенсивлигига эътибор бериш керак. Агарда специфик флюоресцент интенсив нурланишга эга бўлса, шунингдек учтадан ортиқ морфологик ўзгармаган эпителий хужайралари топилса, натижа «муосбат» ҳисобланади. Оддий герпес вируси кўпинча хужайра ядроси ва цитоплазмасида бир вақтда топилади.

ЮМШОҚ ШАНКР

Юмшоқ шанкр яраларининг четлари узук-юлук ва чуқур, гадир-будир, йирингли қобик билан қопланган, туби юмшоқ бўлади. Баъзан юмшоқ шанкр қаттиқ шанкр билан бирга кузатилади. Шунинг учун албатта оқиш трепонемаларга ҳам материал олиб қоронғилатилган кўрув майдонида текшириб кўриш керак. Йиринглаган лимфа тугунлари — бубонлардан юмшоқ шанкр кўзгатувчисини топиш жуда қийин.

Текширишга материал олишдан олдин яра юзаси физиологик эритмага ҳўлланган стерил тампон билан артилади, агар қаттиқ оғриқ бўлса, уни босиш учун 1% ли новокаин эритмаси ишлатилади. Кейин стерил жарроҳлик қошиқчаси билан яра тубидаги грануляцияцион қисмлар ажратиб олинади.

Тайёрланган суртмалар ҳавода қуритилади, спирт аланганси устидан бир неча марта у ёқ-бу ёққа ўтказиб фиксация қилинади ва Грам усулида бўялади. 1 : 10 нисбатда дистилланган сув билан суюлтирилган фуксин ёки 1% ли метилен кўки билан ҳам бўяш мумкин. Агар юмшоқ шанкр стрептобациллаларига ўхшаш микроблар топилгундай бўлса, у ҳолда суртма албатта Грам усулида қайта бўялади.

Қасаллик диагнозини бактериоскопик аниқлашда стрептобациллаларнинг полиморф эканлигини ёдда тутиш зарур. 1—2 та учраган таёқчаларга қараб хулоса чиқариш ярамайди. Стрептобациллаларнинг учи эмас, ўртасининг ингичка занжирчалар шаклида бўлиши характерли. Айрим олимлар мазкур таёқчаларнинг кўрув майдонида жойлашинини сув остидаги қатор бўлиб



90- расм. Юмшоқ шанкр стрептобациллалари.

турган баликларга ўхшатадилар (90- расм). Стрептобациллалар занжирсимон жойлашишини бузиб қўймаслик учун эҳтиёт бўлиш керак. Шу сабабли грануляцияларни буюм ойнасига аста қўйиб фақат бир йўналишда тақсимлаб чиқилади.

Умуман стрептобациллалар кимёвий моддарга анча чидамли, 1% ли фенол эритмасида 1 минутда, 0,25% ли формалинда 40 минутда ўлади. Иссиққа чидамсиз, совуққа узоқ сақланади. Уларни махсус тайёрланган қонли агарда ундириш мумкин.

ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ

Орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) ўта хавfli касаллик бўлиб, уни ретровирус гуруҳига мансуб вирус кўзгатади. Хорижий адабиётларда ОИТСни «Acquired immunodeficiency syndrom — (AIDS)», русчада «Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)» деб юритилади. Одамлардаги иммун танқислик вируси (ОИТВ) ни организмнинг хужайралари ва барча биологик суюқликларида (кон, сперма, сўлак, кўз ёши, тер, аёллар сути ва бошқалар) аниқлаш мумкин.

ОИТВ организмга жинсий алоқа, парентерал муолажалар (ностерил игна, шприц ва бошқа асбоб ускуналарни қўллаш), қон ва унинг ўрнини босувчи дориларни қўллаш, аъзо ва тўқималарини кўчириб ўтказиш (трансплантация) вақтида юқади.

ОИТС билан оғриган беморларнинг кўпчилигини гомо- ва бисексуаллар (ўз жинси ва бошқа жинсдагилар билан жинсий алоқа қилувчилар), фохишалар, наркоманлар (гиёҳвандлар), шу касалликни кўзгатувчи вирус билан зарарланган донорлардан қон ва унинг маҳсулотларини қабул қилган шахслар — реципиентлар ва бошқалар ташкил этади.

Организмга кирган ОИТВ лимфоцитларнинг функционал активлигини пасайтириб, лимфопения ва иммун системаси танқислигига олиб келади. Қасаллик бошланганда беморнинг тинкаси қуриб, кечаси терлайди, жуда озиб кетади, иситмалайди ва турли касаллик аломатлари намоён бўлади. ОИТС нинг клиник жиҳатдан бир неча шакллари мавжуд.

ОИТС билан оғриган беморларнинг тери ва шиллик қаватларида ҳам ўзига хос клиник белгилар намоён бўлади. Уларда Ка-

поши саркомаси, замбуругли, вирусли, пиодермияли ҳамда себореяли дерматит ва бошқа тери касалликлари учрайди.

ОИТС билан оғриган беморларнинг 30—35% ида Капоши саркомаси кузатилади; унинг висцерал ва дермал хиллари тафовут этилади. Висцерал хилида касаллик ички аъзоларнинг (асосан меъда-ичак) шикастланиши билан бошланади ва кейинчалик оғиз шаллик қавати (қаттиқ танглай) ҳамда жинсий аъзоларга тўқ қизил рангли тугунчалар тошади, уларнинг устида аниқ чегараланган петехия ва телеангиэктазиялар кузатилади.

Касалликнинг дермал хилида аввал тери (тананинг юқориги қисми, бош, бўйин) ва шиллик қаватларга (кўз, оғиз, бурун) очпушти рангли доғ ва тугунчалар тошади; улар аста-секин катталашиб, қизил-кўкимтир рангга киради. Сўнгра патологик жараён терининг бошқа соҳаларига (болдир, товон) ҳам тарқалади, ички аъзолар шикастланади ва беморнинг аҳволи оғирлашади. Тери ва шиллик қаватларидаги тошмалардан ташқари мадорсизланиш, иситма, озиб кетиш, анорексия, диарея ва турли хил вирусли ҳамда бактериал касалликлар кузатилади.

Касаллик авж олиб, маълум босқичга етганда висцерал ва дермал хиллари орасидаги тафовут йўқолади. ОИТСда Капоши саркомаси учун қуйидаги клиник белгилар хос: касаллик асосан ёшларда (ўртача 35 ёш) учраб, тошмалар бош, юз, бўйин, оғиз ҳамда жинсий аъзоларга тошади ва қисқа вақт ичида бутун баданга тарқалади; лимфатик тугунлар ва бутун ички аъзолар зарарланади. Кўпинча касаллик бошлангандан кейин кўп ўтмай бемор ҳалок бўлади.

ОИТС билан оғриган беморларда ривожланган оддий учук иммун танқислигига боғлиқ бўлмаган оддий учукдан клиник кечиши билан фарқ қилади, яъни тошмалар тарқоқ ҳолда оғиз шиллик қавати, жинсий аъзолар, орқа чиқариш канали атрофида (герпетик проктит) кўп пуфакли элементлар шаклида намоён бўлади. Улар тез-тез қайталаниб туради, баъзан эса касалликнинг ремиссия даври кузатилмайди. Кейинчалик пуфакчалар ёрилиб, улар ўрнида узок вақт битмайдиган, оғриқ билан кечадиган эрозия ва яралар пайдо бўлади. Улар фақат терида эмас, балки томоқ, қизилўнғач, бронхлар ва бошқа ички аъзоларнинг шиллик қаватларида ҳам учрайди. Ҳаёт оловчи (белбоғсимон) учукда тошмалар тарқоқ ҳолда бўлиб, асосан бел соҳаси ва юз-бўйин нервлари йўналишида жойлашади, асосий ўчоқлар атрофида майда пуфакли-яралар тошмалар тошади, кучли оғриқ кузатилади. Касаллик тез-тез қайталаниб туради ва яралар ўрнида дағал чандиқлар ҳосил бўлади.

ОИТСда контагиоз моллюскнинг морфологик элементлари аввал юзда бўлиб, қисқа муддат ичида бўйин ва бошнинг сочли қисмига тарқалади, тошмалар бир-бири билан қўшилиб катта юзани эгаллайди. Даволаш муолажаларини ўтказишга қарамай

тез орада касаллик белгилари яна қайталанеди. Агар контагиоз моллюск катта ёшдаги кишиларда тез-тез учраса (контагиоз моллюск билан асосан ёш болалар оғрийди), у ҳолда уларни ОИТСга текшириш керак.

«Тукли» лейкоплакия фақат ОИТВ билан зарарланган беморларда кузатилади. Патологик жараён асосан тилнинг ён томонида, баъзан эса лунжнинг шиллиқ қаватида жойлашиб, клиник жиҳатдан шиллиқ қаватнинг қалинлашиши ва оқариши билан ифодаланади. Тошмаларнинг нотекис юзасида шиллиқ қават эпителийсининг ипсимон ўсмалари жойлашади. Ўсмаларнинг узунлиги бир неча миллиметрдан 2—3 см гача етади. Лейкоплакия бундай ўсмалар билан қопланганлиги сабабли уни «тукли» (ёки «сочли») лейкоплакия деб юритилади. Субъектив белгилардан оғрик ёки ачишиш кузатилади.

ОИТВ билан зарарланганларда оддий сўгаллар юз, қўл ва оёқларда кузатилади, улар катталашиш ва тарқалишга мойил бўлади. Жинсий аъзо ва перианал соҳаларда, тез ўсиб кетадиган ўткир учли кондилломалар учрайди, бу бемор ҳаракатига ҳалал беради.

ОИТС билан оғрига беморларда терининг замбуруғли касалликларидан рубромикоз, кандидоз, чов эпидермофитияси, ранг-баранг темиртки кўпроқ учрайди. Замбуруғлар билан зарарланган теридаги патологик жараён қисқа муддат ичида бутун танага тарқалиши, даволашга ўта бардошлиги ва даволангандан сўнг ҳам тез-тез қайталаб туриши билан ифодаланади. Рубромикоз кўп шаклли эритема, себореяли дерматит, қафт-товон кератодермияси шаклида кечади. Ранг-баранг темирткида доғлар жуда катта ва лихенификацияланган, остида эса инфилтрат бўлади. Тери ва шиллиқ қаватлар кандидози асосан ёшларда учрайди, патологик жараён кўпинча оғиз шиллиқ қавати, халқум, жинсий аъзолар ва перианал соҳаларда жойлашади. Кандидозли эрозия ва яраларда кучли оғрик сезилади ва баъзан улардан қон ақшири кузатилади. Қисқа муддат ичида патологик жараён ички аъзоларга (мия ва жигарнинг кандидозли абсцесси, кандидозли эзофагит ва бошқалар) ҳам тарқалади.

Себореяли дерматит ОИТВ билан зарарланган беморларнинг 60% ида учрайди. Патологик жараён аввал юзда (қош, оғиз атрофи, бурун-лунж бурмаси) эритематоз доғ ва пилакчалар шаклида пайдо бўлиб, уларнинг усти ёгли, гиперкератотик тангача ва кулранг-сарғимтир пўстлар билан қопланади. Кейинчалик патологик жараён лунжларга тарқалиб, клиник кўриниши халқасимон қизил югурукни эслатади. Шу билан биргаликда бошнинг сочли қисми, оёқ-қўл ва бадан териси қуриб, пўст ташлайди ҳамда жимжимадор чегарали экзематид ўчоқлар пайдо бўлади. Баъзан иммун системасининг функционал фолляти ҳаддан ташқари пасайиб кетганда (иммуносупрессия) тарқоқ ҳолда жойлашган,

қаттиқ қичийдиган экзематоз фолликуляр пилакчаларни (экзематозли фолликуляр экзема) кузатиш мумкин.

ОИТСда терининг йирингли касалликлари клиник жиҳатдан оғир кечувчи фолликулитлар (асосан бўйин, бел, кўкрак, қўлтиқ ости ва перинал соҳаларда жойлашади), стафилококкли абсцесс, фурункул, эктима, пиомиозит, целлюлит, импетиго ва сурункали пиодермиялар (вегетацияли, диффуз ва шанкрсимон) кўринишида намоён бўлади.

Д а в о с и. Касалликнинг клиник кечишига қараб симтоматик, патогенетик даво чоралари олиб берилади.



**ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА КЕНГ
ҚўЛЛАНИЛАДИГАН ЗАМОНАВИЙ ДОРИЛАР**

Задитен (Новартис)

Т а р к и б и. Кетотифен.

Ш а к л и. Таблетка 1 мг, сироп 0,2 мг/мл.

Ф а р м а к о л о г и к х у с у с и я т и. Задитен антиаллергик хусусиятга эга, у яллиғланиш медиаторлари (эндоген биологик актив моддалар) фаоллигини сусайтиради ва гистаминнинг Н1 - рецепторларини блокада қилади.

Қўлланиладиган ҳоллар: атопик дерматит, ўткир ва сурункали эшакем, бронхиал астма, аллергияк бронхит ва бошқа аллергияк дерматитларнинг олдини олиш ва даволаш.

Д о з а с и:

Катталар 1 таблеткадан (1 мг) кунига 2 маҳал (эрталаб ва кечкурун) ичади; агар беморга дорининг ухлатиш хусусияти кучлилик қилса, у ҳолда ярим таблеткадан 2 маҳал буюрилади.

Болаларга: 6 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларга — ярим таблеткадан (0,5 мг) ёки 2,5 мл сиропдан кунига 2 маҳал; 3 ёшдан катталарига эса 1 таблеткадан (5 мл сироп) 2 маҳал тавсия этилади.

Ламизил (Новартис)

Т а р к и б и. Тербинафин гидрохларид.

Ш а к л и. Таблетка 250 мг. Қрем 1% 15 г.

Ф а р м а к о л о г и к х у с у с и я т и. Тербинафин алиламинлар синфига мансуб, кенг спекторли фунгицид модда. У оз концентрацияда дерматофит, могор ва баъзи диморф замбуруғларга фунгицид таъсир этади. Тербинафин замбуруғ хужайра мембранасида жойлашган скваленэпоксидаза ферментининг фаоллигини ва стеринлар биосинтезини сусайтиради ва натижада хужайра нобуд бўлади.

Қўлланиладиган ҳоллар: дерматофитлар (Трихофитон, микроспорум, эпидермофитон ва б.) ва Кандида туркумига қарашли могорли инфекциялар қўзғатадиган тери, соч ва тирноқларнинг замбуруғли касалликларида қўлланилади.

Д о з а с и. Ламизилни кунига 1 таблеткадан (250 мг) ичилади.

Дорини ичиш муддати касалликнинг жойлашган ўрни ва клиник шаклига қараб белгиланади: оёқ онихомикозиди — 12 ҳафта, қўл онихомикозиди — 6 ҳафта, сурункали чов эпидермофитияси, қўл ва оёқ дерматофитиясида — 2 ҳафта. Болаларнинг замбуругли касалликларини даволашда ламизил 125 мг дан кунига 1 маҳалдан буюрилади. Ламизилни крем шаклида оёқ дерматофитиясида 1 ҳафта кунига 2 маҳал, чов эпидермофитияси (силлик тери эпидермофитияси)да 1 ҳафта кунига 1 маҳал, тери кандидозиди 1 ҳафта кунига 1 мартаба ва ранг-баранг темираткида 2 ҳафта давомида кунига 2 маҳал суртиш тавсия этилади.

Локазален (Новартис)

Таркиби. 0,02% флюметазон пивалат ва 3% ли салицил кислотаси.

Шакли. Малҳам.

Фармакологик хусусияти. Флуметазон пивалат глюкокортикоид, у антиаллергик, антипролифератив, яллиғланишга қарши ва томирларни қисқартириш, шунингдек кератолитик, антифунгал, антибактериал хусусиятларга эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: гиперкератоз билан кечувчи тери касалликлари (псориаз, қизил ясси темиратки, атопик дерматит, нейродермит ва б).

Дозаси. Шикастланган терига кунда 1—2 марта суртилади.

Локакортен (Новартис)

Таркиби. Флуметазон пивалат.

Шакли. Малҳам, крем.

Фармакологик хусусияти. Флуметазон пивалат глюкокортикоид бўлиб, у антиаллергик, антипролифератив, яллиғланишга қарши ва томирларни қисқартириш хусусиятига эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: терининг яллиғланиши (иккиламчи инфекция билан асоратланмаган) ва қичишиши билан кечадиган барча касалликларда буюрилади.

Дозаси. Шикастланган терига 2—3 маҳал суртилади.

Бензатин бензилпенициллин (Ретарпен, Экстенциллин)

Таркиби. Бензатин бензилпенициллин.

Фармакологик хусусияти. Агуруҳига мунсуб бўлган стрептококк, трепонема ва лейшманиоз қўзғатувчиларига нисбатан бактерицид хусусиятига эга.

Дозаси. 2,4 млн БРдан 8 кунда бир марта мускул орасига юборилади. Инъекциялар сони: бирламчи серонегатив захмда — 1 та, бирламчи серопозитив ва иккиламчи янги захмда — 2 та, иккиламчи рецидив ва эрта яширин захмда эса 3 та.

Сикортен плюс (Новартис)

Т а р к и б и . 0,05% галометазон ва 1% триклозан.

Ш а к л и . Крем.

Ф а р м а к о л о г и к х у с у с и я т и . Унинг таркибидаги галометазон кучли таъсир этувчи глюкокортикоид, триклозан эса патоген микроорганизмаларга (грам-манфий ва грам-мусбат) қарши (антимикроб) хусусиятга эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: кортикостероидлар билан даволашга моил бўлган ва иккиламчи инфекция билан асоратланган барча тери касалликларида, пиодермияларнинг юза шаклларида буюрилади.

Д о з а с и . Шикастланган терига 1—2 маҳал юпқа қилиб суртилади.

Тавегил (Новартис)

Т а р к и б и . Клемастин.

Ш а к л и . Таблетка 1 мг.

Ф а р м а к о л о г и к х у с у с и я т и . Тавегил гистаминли H₁-рецепторларнинг фаолиятини ва капиллярлар деворининг ўтказувчанлигини сусайтиради. Тавегил кучли антигистамин, шу сабабли қичишишни бир зумда камайтиради ва узоқ вақт таъсир этади.

Қўлланиладиган ҳоллар: пичан иситмаси, эшакем, қичишиш билан кечадиган тери касалликлари, дерматит ва хашаротлар чакқанида буюрилади.

Д о з а с и . Қатталар ва ўсмирларга 1 таблеткадан 2 маҳал; 1—3 ёшгача бўлган болаларга 1/4 ёки 1/2 таблетка, 3—6 ёшга 1/2 таблетка ва 6—12 ёшга 1/2 ёки 1 таблетка тавсия этилади.

Сандиммун, Сандиммун Неорал (Новартис)

Т а р к и б и . А циклоспорини.

Ш а к л и . 25, 50, 100 мг ли капсулалар ва 100 мг/мл суюқлик.

Ф а р м а к о л о г и к х у с у с и я т и . Циклоспорин иммуносупрессив хусусиятга эга бўлган циклик полипептид. У секин ривожланган терининг ўта сезувчанлигини, «трансплантатнинг хўжайинга қарши» касаллигини, Т-лимфоцитларнинг антитело, лимфокин (интерлейкин 2) ишлаб чиқаришини камайтиради. Лимфоцитлар бўлинишининг G₀ ва G₁ фазаларини блокада этади.

Қўлланиладиган ҳоллар: оғир кечадиган ва бошқа доридармонлар қилмайдиган псориаз, атопик дерматит, пемфигус ҳамда бошқа аутоиммун касалликларда тавсия этилади.

Д о з а с и . Бошланғич доза — беморнинг ҳар кг вазнига 2,5 мг сандиммун тўғри келади. Кейинчалик дори миқдорини 5 мг/кг гача кўтариш мумкин. Даволаш муддати ўртача 4—8 ҳафта.

Фенистил (Новартис)

Таркиби. Диметинден малеат.

Шакли. Таблетка ретард, томчи, гель.

Фармакологик хусусияти. Фенистил антигистамин, у Н1-гистамин рецепторлари ва касаллик патогенезида иштирок этувчи медиаторлар (серотонин, брадикинин)ни блокада қилади. Кучсиз антихолинергик ва седатив хусусиятларга эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: кичишиш билан кечадиган тери ва аллергия касалликларда буюрилади.

Дозаси: Катта ёшдагилар ва ўсмирлар учун 1 таблеткадан 2 маҳал ёки 20—40 томчидан 3 маҳал тавсия этилади. Гель шакли шикастланган терига 2—4 маҳал суртилади.

Неотигазон (Хоффман-Ла Рош)

Таркиби. Ацитретин.

Шакли. 10, 25 мг ли капсулалар.

Фармакологик хусусияти. Ҳужайралар (кератиноцитлар)нинг мугузланиш ва дифференциацияланиш жараёнларини барқарорлаштиради.

Қўлланиладиган ҳоллар: псориаз, ихтиоз, Дарье касаллиги ва бошқа дискератозли дерматозлар.

Дозаси. Препаратнинг кундалик миқдори беморнинг ҳар кг вазнига 0,5 мг дан (тахминан 25—30 мг) 2—4 ҳафта буюрилади. Касалликнинг клиник кечишига қараб бу миқдор ошириб ёки камайтириб турилади.

Монелик қиладиган ҳоллар: Неотигазон билан даволанган бемор аёллар 2 ой давомида ҳомиладорликдан сақлашнилари керак.

Роаккутан (Хоффман-Ла Рош)

Таркиби. Изотретиноин.

Шакли. 2,5, 5, 10, 25 мг ли капсулалар.

Фармакологик хусусияти. Роаккутан трансретин кислотасининг маҳсулоти, у ёғ безларининг фаоллигини, ҳажмини ҳамда улардаги яллигланиш жараёнини камайтиради.

Қўлланиладиган ҳоллар: ўсмирлар хуснбузари ва пушти хуснбuzарларнинг оғир шакллари.

Дозаси. Бошланғич доза беморнинг ҳар кг вазнига 0,1—0,5 мг ни ташкил этади. Касалликнинг клиник кечишига қараб дори миқдори кўпайтириб, ё камайтириб турилади.

Монелик қиладиган ҳоллар: роаккутан ҳомиладор аёлларга тавсия этилмайди.

Псоркутан (Шеринг)

Таркиби. Кальцийпотриол.

Шакли. Малҳам 30, 100 г.

Фармакологик хусусияти. Кальцийпотриол Д₃ витамининг махсулоти, у хужайралар (кератиноцитлар)нинг мугузланиш, дифференциацияланиш ва пролиферация жараёнларини барқарорлаштиради.

Қўлланиладиган ҳоллар: псориаз.

Дозаси. Шикастланган терига 2 маҳал (эрталаб ва кечкурун) суртилади. Бир ҳафталик микдор 100 г дан ошмаслиги керак.

Скинорен (Шеринг)

Таркиби. Азелаин кислотаси.

Шакли. Крем, 30 г.

Фармакологик хусусияти. Антибактериал ва яллиғланишни камайтириш хусусиятларига эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: вульгар хуснбузарларни маҳаллий даволашда қўлланилади.

Дозаси. Шикастланган терига 2 маҳал (эрталаб ва кечкурун) суртилади.

Травокорт (Шеринг)

Таркиби. Изоконазол нитрат ва дифторкортolon-21 вале-рат.

Шакли. Крем, 15 г.

Фармакологик хусусияти. Антифунгал, антиаллергик, антибактериал ва яллиғланишга қарши хусусиятларга эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: терининг яллиғланиши ва экзематоз ҳолати билан кечадиган дерматомикозларда буюрилади.

Дозаси. Шикастланган терига 2 маҳал (эрталаб ва кечкурун) суртилади.

Таривид (Хехст)

Таркиби. Офлоксацин.

Шакли. Таблетка 0,2 г, 100 мл/200 мг ли инъекция учун суюқлик.

Фармакологик хусусияти. Офлоксацин грам-манфий ва грам-мусбат бўлган микроорганизмларга (микоплазма, хламидий, гонококклар ва б.) қарши бактерицид хусусиятга эга.

Қўлланиладиган ҳоллар: терининг йирингли касалликлари, сил, хламидиоз, сўзак ва бошқа инфекцион касалликлар.

Дозаси. 1 таблеткадан 2 маҳал буюрилади. Қасаллик оғир кечганда 0,2 г таривид 5% глюкоза билан бирга томчилаб венага юборилади.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

- Альтгаузен А. Я. Клиник лаборатория текширишлари, Т., 1964.
- Беренбейн А. Л., Студницин А. А. Дифференциальная диагностика кожных болезней, М., 1989.
- Қаламқарян А. А., Бухарович. Хроническая стафилококковая инфекция кожи, К., 1990.
- Капкаев Р. А. и др. «Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях», 1989.
- Лешенко В. М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. М., 1977.
- Машкиллейсон Л. А. Частная дерматология. М., 1965.
- Машкиллейсон А. Л.— Лечение кожных болезней. Руководство для врачей. М., 1990.
- Овчинников Н. М. Лабораторная диагностика венерических заболеваний. М., 1969.
- Овчинников Н. М., Делекторский В. В. Ультраструктура возбудителей венерических заболеваний и ее клиническое значение. М., 1986.
- Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни. М., 1979.
- Скрипкин Ю. К., Зверкова Ф. А., Шарапова Г. Я., Студницин А. А., Руководство по детской дерматовенерологии. Л., 1983.
- Студницин А. А., Стоянов Б. Г. Тери ва таносил касалликлари. Т., 1988.
- Торсуев Н. А. Распознавание и дифференциальная диагностика лепры. М., 1971.
- Торсуев Н. А., Шеклаков Н. Д., Романенко В. Н. Буллезные дерматозы. М., 1979.
- Цветкова Г. М., Мордовцев В. Н. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи. М., 1986.
- Чернух А. М., Фролов Е. П. Кожа, М., 1982.
- Шапошников О. К. Венерические болезни (Руководство). М., 1991.
- Эшбоев Э. У., Алимов Х. А. Тери-таносил касалликларини аниқлашнинг лаборатория усуллари. Т., 1989.
- Baran R., Barth J. Dowber R., Nail Disorders. 1991, 188p
- Fitzpatrick T. B. Dermatology in General Medicine. 1987, 2730 p.
- Ghata N Eliot Y. Dermatological Differential Diagnosis and Pearls. 1994, 316p
- Sams W. M., Lynch P. Principles and practice of Dermatology. 1990. 1014p
- Wolverton S. E., Wilkin J. K. Systemic drugs for skin diseases. Philadelphia, 1991, 433p.

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
Дерматовенерология фанининг қисқача тарихи	5
Умумий қисм	7
Тери анатомияси, гистологияси, физиологияси ва гигиенаси	27
Болалар ва кексалар терисининг ўзига хос хусусиятлари	23
Тери касалликларининг сабаблари	27
Тери касалликларининг умумий симптоматологияси	30
Теридаги гистоморфологик ўзгаришлар	43
Тери касаллиги билан оғриган беморларни клиник текшириш	48
Тери касалликларини даволашнинг асосий тартиби	50
Хусусий қисм .	
Тери касалликлари	59
Дерматитлар	59
Экзема	64
Нейродерматозлар	69
Тери қичишиши	69
Нейродермит	70
Атопик дерматит	73
Қичима	74
Эшакем	76
Тангачали темиртки (псориаз)	78
Қизил ясси темиртки	85
Бириктирувчи тўқима билан боғлиқ бўлган касалликлар (коллагенозлар, ревматик касалликлар)	88
Қизил югурук	88
Склеродермия	92
Дерматомиозит	92
Пуфакли дерматозлар	95
Акантолитик пемфигус	96
Пуфакли пемфигоид	102
Дюрингнинг герпетиформ дерматити	102

Пиодермитлар — терининг йирингли касалликлари	105
Терининг йирингли касалликларини даволаш	124
Тери сили	133
Мохов	145
Вирусли дерматозлар	153
Оддий учук	153
Юқумли моллюск	157
Ўткир учли кондилома	157
Сўгаллар	158
Капоши ангиоретикулёзи	160
Терининг замбурugли касалликлари	161
Кератомикозлар	162
Ранг-баранг ёки кепаксимон темиратки	162
Эритразма	164
Дерматомикозлар	164
Чов эпидермофитияси	164
Оёқ панжаси эпидермофитияси	165
Рубромикоз	168
Трихофития	169
Микроспория	173
Фавус	174
Қандидоз	176
Чуқур микозлар	178
Терининг паразитар касалликлари	179
Кўтир	179
Битлаш	179
Тери лейшманиози (ёмон яра, Боровский касаллиги)	186
Демодикоз	191
Қасбга алоқадор дерматозлар	194
Кўп шаклли экссудатив эритема	201
Жибернинг пушти ранг темираткиси	202
Витилиго	204
Тери васкулитлари	206
Тери лимфомаси	208
Хейлит	210
Соч тўкилиши	211
Терининг рак олди касалликлари	212
Терининг ирсий касалликлари	215
Себорея	216
Оддий хуснбузар	218

Пушти ҳусибузар	219
Фотодерматозлар	220
Жинсий йўл билан юқадиган касалликлар	
Захм	
Захмнинг умумий кечиши	222
Захмнинг бирламчи даври	225
Захмнинг иккиламчи даври	229
Захмнинг учламчи даври	238
Яширин захм	245
Туғма захм	246
Захми даволаш	254
Сўзак	256
Сийдик-таносил аъзоларининг трихомонададан зарарланиши	270
Сийдик-таносил аъзолари хламидиози ва микоплазмози	275
Сийдик-таносил аъзолари хламидиози	275
Сийдик-таносил аъзолари микоплазмози	279
Жинсий аъзолар соҳаси учуғи	282
Юмшоқ шанкр	284
Вульванинг ўткир яраси	287
Тери ва таносил касалликларини аниқлашда қўлланиладиган лаборатория усуллари	
Қизил югурук	288
Пемфигус	290
Тери сили	291
Мохов	293
Терининг замбуруғли касалликлари	294
Тери лейшманиози	303
Кўтир	305
Демодикоз	306
Захм (сифилис)	308
Сўзак (гонорея, триппер)	321
Трихомоноз	328
Сийдик-таносил аъзолари хламидиози ва микоплазмози	331
Жинсий аъзолар соҳаси учуғи (Генитал герпес)	336
Юмшоқ шанкр	337
Орттирилган иммун танқислиги синдроми	338
Илова	342
Фойдаланилган адабиётлар	347

«Жўрабек» хусусий дорихонаси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг 132-сонли қарорига биноан 1994 йил февралда ташкил топди. Унинг асосий мақсади Республикамиз аҳолисини дори-дармонга бўлган эҳтиёжини қондириш. Бу эзгу мақсад йўлида у дунёнинг 103 етакчи фармацевтика фирмалари билан алоқа ўрнатиб, уларнинг сифатли дориларини халқимизга етказиб бермоқда; шу билан бирга, у дунёнинг машҳур фирмалари билан ҳамкорликда сифатли дори-дармонлар ишлаб чиқарадиган қўшма корхоналар барпо этмоқда.

«Жўрабек» дорихонаси тиббиёт соҳасида эришилган ютуқлар, яратилган янги дорилар ҳақидаги маълумотларни радио, телевидение, рўзнома, шунингдек ўзи ташкил этган симпозиумлар орқали республикамиз аҳолисига, шифокор ва фармацевтларига ўз вақтида етказиб бермоқда.

Муаллифлар ушбу дарсликни чоп этишда хомийлик қилган «Жўрабек» хусусий дорихонаси жамоасига ўзларининг чуқур миннатдорчиликларини изҳор этадилар.

Тиббиёт фанлари доктори САИДҚОСИМ АРИФОВ,
Тиббиёт фанлари номзоди ЭГАМҚУЛ ЭШБОЕВ

ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

«Ўзбекистон миллий энциклопедияси»
Давлат илмий нашриёти
Тошкент — 1997

Тахририят мудри ҲОСИЛ ЗОКИРОВ
Муҳаррир САЛТАНАТ ИБРОҲИМОВА
Рассом АСОМИДДИН БУРҲОНОВ
Техник муҳаррир МИРЗИЁД ОЛИМОВ
Сураткаш АДҲАМ СУЛАЙМОНОВ

ИБ № 164

Теришга берилди 19.03.1997 й. Босишга рухсат этилди 22.07.1997 й. Қозғ бичими 60×90¹/₁₆. Шартли босма табоқ 22,0. Нашриёт-ҳисоб табоғи 22,73. Тиражи 5000. Буюртма № 7939. Баҳоси шартнома асосида

«Ўзбекистон миллий энциклопедияси», Давлат илмий нашриёти, Тошкент, 700129
Навоний кўчаси, 30-уй.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитасининг Ижарадаги Тошкент
матбаа корхонасида босилди. Тошкент 700129. Навоний кўчаси, 30-уй.

